Voeding in de klinisch-psychiatrische zorg

Dat voeding een belangrijke rol speelt in zowel de lichamelijke als de psychische gezondheidsachterstand van mensen met een psychiatrische aandoening is bekend, maar hier is tot nu toe nog maar weinig onderzoek naar gedaan.

In dit artikel het verslag van een onderzoek dat tot doel had het verkrijgen van gedetailleerd inzicht in de voedingsinname en het eetgedrag van mensen met een psychiatrische aandoening in de klinische zorg, en in het verband daartussen. De nationale richtlijn van het Voedingscentrum vormde de context van dit onderzoek.

INZICHT IN VOEDING IN PSYCHIATRISCHE ZORG

Mensen met een psychiatrische aandoening (PA) leven tien tot twintig jaar korter dan gemiddeld.[1,2] De leefstijl van deze mensen kenmerkt zich door weinig bewegen, veel roken en een ongezond dieet. Dat leidt tot een groter risico op lichamelijke aandoeningen.[3,4] Zo is het risico op cardiometabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en obesitas 1,4 tot 2 keer verhoogd, onafhankelijk van de psychiatrische diagnose.[4] Voeding speelt een belangrijke rol in zowel de lichamelijke als de psychische gezondheidsachterstand van mensen met een PA.[4,5]

Ambulante zorg tegenover klinische zorg

De voedingsinname van mensen in de ambulante setting van de psychiatrie kenmerkt zich door een significant hogere energie-inname ten opzichte van de algemene bevolking,[3] en een lagere consumptie van voedzame voedingsmiddelen zoals groente, fruit, volkorenproducten, zuivel en vis. Ook kiezen mensen met een PA in de ambulante zorg vaker voor bewerkte en zoutrijke voedingsmiddelen[2,3,6] en eet men vaker slechts één maaltijd per dag.[2]

Naar voedingsinname bij mensen met een PA binnen de klinische zorg is nog maar weinig onderzoek gedaan. Bekend is wel dat de voedingsinname net als in de ambulante zorg ook in de klinische zorg hoger is.[7] Maar onduidelijk is hoe deze voedingsinname eruitziet. Daarom geeft deze studie een beschrijving van de voedingsinname (inname, kwaliteit en patroon) en het eetgedrag van mensen met een psychiatrische aandoening in de klinische zorg. Doel van deze studie is: diëtisten en andere (zorg)professionals die geïnteresseerd zijn in voeding in de psychiatrische zorg inzicht bieden in de voedingsinname en het eetgedrag van mensen met een PA in de klinische zorg, om daarmee aanknopingspunten voor vervolgonderzoek en handreikingen voor de praktijk te geven.

GEBRUIKTE METHODES

Setting

Dit cross-sectionele onderzoek maakt deel uit van de MULTI+ studie binnen GGz Centraal.[8] GGz Centraal is een instelling die brede klinische en poliklinische geestelijke gezondheidszorg biedt. Voor dit onderzoek zijn metingen gebruikt (n=53) afkomstig van de grotere MULTI+ studie. De voedingsinname werd gemeten met behulp van voedingsmiddelencategorieën binnen en buiten de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum. Hierbij waren drie scores mogelijk: score 1 (inname minder dan de richtlijn van het Voedingscentrum voorschrijft), score 2 (inname voldoet aan de richtlijn) en score 3 (inname meer dan de richtlijn voorschrijft).

Met de Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18)[9] werd eetgedrag geme- >>



ten en ingedeeld in de subschalen 'ongecontroleerd', 'emotioneel' en 'cognitief terughoudend'. Meervoudige regressieanalyse werd gebruikt om het verband tussen voedingsinname en eetgedrag te onderzoeken. Daarbij werd eventuele invloed van geslacht, leeftijd en ernst van aanwezige symptomen onderzocht.

Deelnemers

De data die voor dit onderzoek zijn gebruikt, zijn verzameld tussen maart 2021 en juni 2021, met behulp van een aselecte steekproef. De deelnemers waren gemiddeld 47 jaar, waarbij 28% vrouw was. Een uitgebreide beschrijving van het design van de MULTI+ studie is te vinden in Den Bleijker et al, 2022.[8] Mensen konden deelnemen wanneer zij opgenomen waren in een kliniek van GGz Centraal. Zij werden uitgesloten wanneer zij onvoldoende kennis van de Nederlandse taal hadden, of wanneer hun psychische of fysieke gesteldheid hen verhinderde geïnformeerde consensus aan het onderzoek te geven.

Meetinstrumenten

Voedingsinname

De voedingsinname is gemeten met de 24H Recall methode (24HR)[10] omdat deze methode relatief weinig belastend is voor de doelgroep en vrij toegankelijk is. Deze voedingsvragenlijst werd afgenomen door een getrainde onderzoeker.
Om de uitkomsten van de 24HR te beoordelen op kwaliteit van voedingsinname, werd gebruikgemaakt van de Richtlijnen Schijf van Vijf.[11,12] Per respondent werd iedere afzonderlijke voedingsinname beoordeeld op 'binnen of buiten de Schijf van Vijf' en ingedeeld naar voedingsmiddelencategorie. Zo ontstond tevens de 'verhouding binnen de Schijf van Vijf' en de 'verhouding buiten de Schijf van Vijf'. Ook werd vastgelegd op welke momenten er werd gegeten, met als onderverdeling: ontbijt, lunch, avondmaaltijd en tussendoor.
Per voedingsmiddelengroep werden de rankingcategorieën 1, 2 en 3 gehanteerd. Hierbij geldt: ranking 1 bij voedingsmiddelengroepen 'binnen de Schijf van Vijf' betekent dat de inname minder is dan de richtlijn aangeeft, bij ranking 2 voldoet de inname aan de richtlijn, en bij ranking 3 is de inname meer dan de richtlijn voorschrijft.[11] Door middel van consensus tussen de onderzoekers en de diëtisten van GGz Centraal is besloten dat alle groente met een gewicht van 150 gram verstrekt uit de portioneerkeuken voldoet aan de richtlijn en 'binnen Schijf van Vijf-groente' is. Voor voedingsmiddelengroepen 'buiten de Schijf van Vijf' geldt geen richtlijn. Het advies hierbij is inname ervan te beperken.

Eetgedrag

Het eetgedrag werd gemeten met de verkorte versie van de Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18). Deze vragenlijst bevat achttien vragen en meet Cognitief terughoudend eetgedrag, Emotioneel eetgedrag en Ongecontroleerd eetgedrag.

Ernst Aanwezige Symptomen

Symptomen werden gemeten met de Brief Symptom Inventory (BSI).[13] De BSI meet symptomen van psychopathologie; hoe hoger de score, des te sterker de ernst van de aanwezige symptomen. De BSI inventariseert, via 53 items, de aard en de ernst op negen dimensies van klachten: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De totaalscore van de BSI werd berekend door de som van de itemscores te delen door de 53 items. In de hier beschreven studie is gebruikgemaakt van de Ernst Aanwezige Symptomen (EAS). >>

$$EAS = \frac{\textit{(Totaalscore BSI)}}{\textit{(Aantal Aanwezige Symptomen)}}$$

Ethiek

Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie (METC) van de Isala Academie (casus 20033) en door de instellingscommissie wetenschappelijk onderzoek van GGz Centraal.

Statistische analyses

Om de demografische gegevens en de uitkomstmaten te beschrijven is gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek.
Om de betrouwbaarheid van de subschalen van de TFEQ-R18 te beoordelen werd per subschaal de Cronbach's Alpha berekend. Om de invloed van het eetgedrag op de voedingsinname van mensen met een psychiatrische aandoening te onderzoeken zijn meervoudige regressieanalyses toegepast.

RESULTATEN

Respondenten

Van 53 deelnemers waren zowel de volledige resultaten van de 24HR als van de TFEQ-R18 beschikbaar, zie tabel 1.

Voedingsinname

Van respondenten bij wie een eetmoment in z'n geheel ontbrak omdat iemand was vergeten wat het was (ontbijt, lunch, avondeten, tussendoortje), werd de 24HR niet meegenomen (#3).

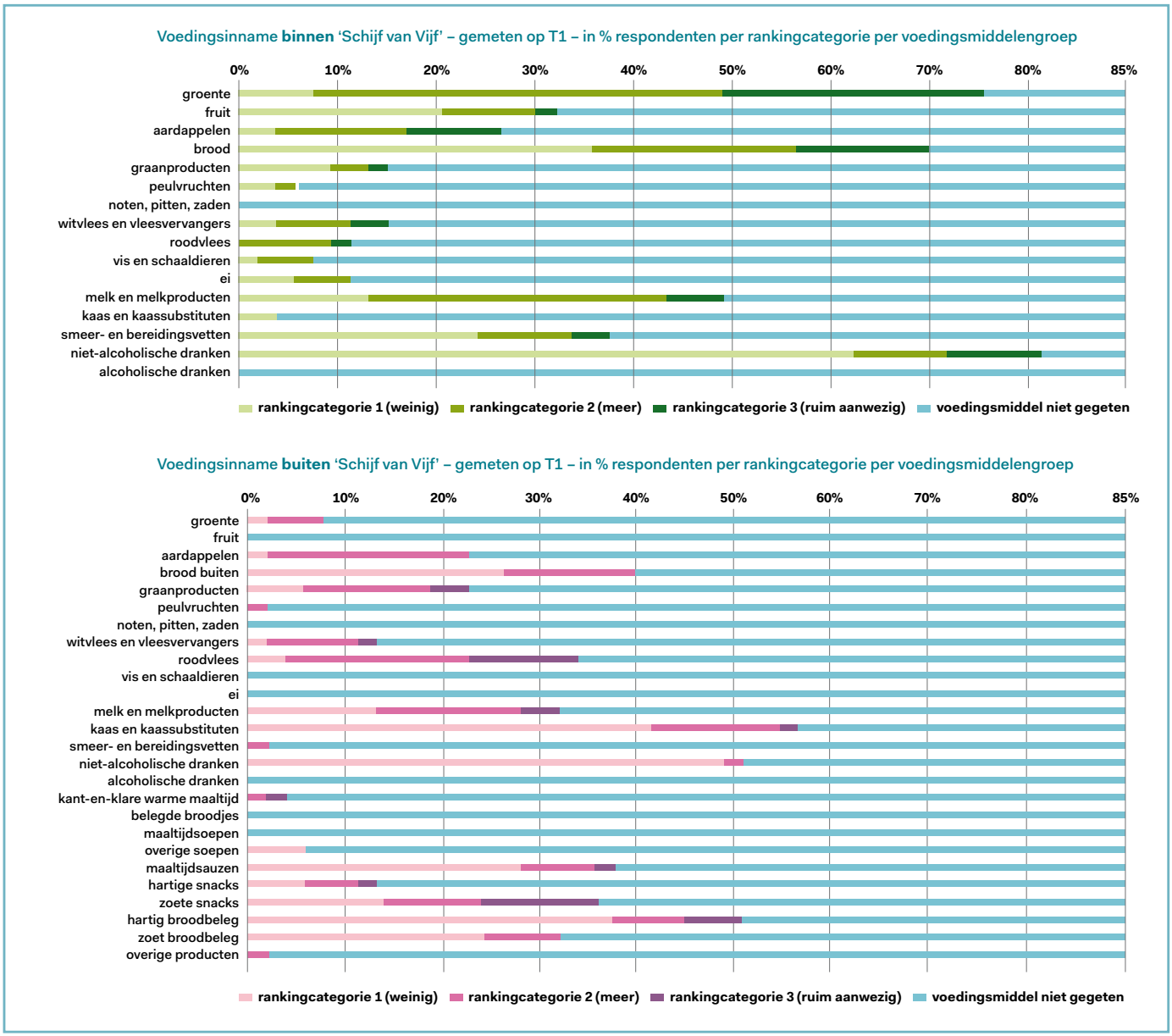
Eetgedrag

De TFEQ-R18 werd door 45 respondenten compleet ingevuld. De Cronbach's Alpha voldoet voor alle drie de subschalen, UES = 0,82 met n=9, CRS=0,79 met n=6, EES=0,89 met n=3.

	Deelonderzoek (T1)			
	N=53	*min - max*	*Man*	*Vrouw*
Demografie				
Leeftijd (mean, sd)	46,6 (18,05)		46,5 (17,8)	46,7 (19,4)
Geslacht (%, vrouw)	28,30%		71,70%	28,30%
Voedingsinname				
Totaal voedingsinname (mean, sd)	15,6 (5,96)	3-35	16,3 (6,08)	13,5 (5,29)
Verhouding binnen Schijf van Vijf (mean, sd)	0,50 (0,15)		0,497 (0,16)	0,516 (0,14)
Verhouding buiten Schijf van Vijf (mean, sd)	0,49 (0,15)		0,496 (0,15)	0,484 (0,14)
Psychologische eetgedragingen				
Emotioneel eten (mean, sd)	4,63 (2,24)	3-12	4,595 (2,01)	4,714 (2,84)
Ongecontroleerd eten (mean, sd)	15,82 (5,31)	9-31	17,194 (5,55) •	12,79 (3,14)
Cognitief terughoudend eten (mean, sd)	14,44 (3,81)	6-22	14,579 (3,86)	14,07 (3,79)
Ernst Aanwezige Symptomen (mean, sd)	2,06 (0,54)	1-3,5	1,968 (0,50)	•• 2,303 (0,59)

• *p = 0,008* •• *p = 0,041*

Tabel 1. Kenmerken deelonderzoek 'voedingsinname en eetgedrag' binnen de MULTI+ studie.



Tabel 2. **Voedingsinname binnen en buiten de Schijf van Vijf** (loopt tot 100%, is voor de leesbaarheid afgekapt bij 85%).

Beschrijving voedingsinname: voedingskwaliteit en voedingspatroon

Voedingskwaliteit

In tabel 2 zijn in het bovenste deel de verschillende voedingsmiddelengroepen binnen de Schijf van Vijf en in het onderste deel de voedingsmiddelengroepen buiten de Schijf van Vijf opgenomen. Hierin is bijvoorbeeld te zien dat 42% van de respondenten groente heeft gegeten volgens de richtlijn van het Voedingscentrum (rankingcategorie 2).[11] 26% van de respondenten eet meer groente binnen de Schijf van Vijf dan de richtlijn aangeeft (rankingcategorie 3), 8% van de respondenten eet minder groente dan de richtlijn aangeeft (rankingcategorie 1) en 25% van de respondenten eet geen groente.

Groente, brood en melk(producten) binnen de Schijf van Vijf zijn over het algemeen voldoende aanwezig in de voedingsinname van de respondenten. Opvallend zijn een gebrek aan inname van twee stuks fruit (11%), vis (6%), ei (6%), peulvruchten (4%) en noten/pitten/zaden (0%), en veel gebruik van 45+-kaas (57%). >>



Voedingspatroon

Van de 53 respondenten heeft 34% van de respondenten één maaltijd overgeslagen (17% had niet ontbeten, 10% niet geluncht, 8% had geen avondmaaltijd gegeten) en 23% geen tussendoortjes genuttigd. 11% van de respondenten gaf aan ook 's nachts te eten. 8% van de respondenten nam slechts één maaltijd.

Relatie tussen eetgedrag en voedingsinname

Ongeacht leeftijd, geslacht en ernst van de aanwezige symptomen, is er een matig sterk verband tussen ongecontroleerd eetgedrag en voedingsinname (β = 0,34, B = 0,37, BI = 0,03-0,71, p = 0,03).

DISCUSSIE

Percentage binnen Schijf van Vijf

In deze studie ligt de verhouding tussen voedselinname binnen en buiten de Schijf van Vijf op 50% respectievelijk 49%. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat van de algemene bevolking 67% binnen de Schijf van Vijf eet.[14] Een beperking van deze vergelijking is dat in dit onderzoek onder de algemene bevolking de voedselinname is weergegeven in grammen, en niet met een ranking zoals in het huidige onderzoek. Dit is echter op dit moment de beste vergelijking die gemaakt kan worden.

Veel kaas, weinig fruit

De voedingsinname van de respondenten laat zien dat zeker niet alle respondenten aan de richtlijn van het Voedingscentrum voldoen.[11] Overigens geldt dat ook voor de algemene bevolking.[14,15]

Groente, brood en melk(producten) binnen de Schijf van Vijf zijn over het algemeen voldoende aanwezig in de voedingsinname van een groot deel van de respondenten. Opvallend zijn een gebrek aan inname van twee stuks fruit (11%), vis (6%), ei (6%), peulvruchten (4%) en noten/pitten/zaden (0%), en veel gebruik van 45+-kaas (57%) en weinig volkoren/graanproducten.

Verschillen ten opzichte van mensen zonder PA

Ten opzichte van de richtlijn van het Voedingscentrum[10] eten respondenten meer dan de algemene bevolking (resultaten verkregen vanuit een voedselconsumptiepeiling (VCP))[14,15] van de voedingsmiddelencategorieën binnen de Schijf van Vijf groente (42% - 29% VCP),[15] melk en melkproducten (30% - 9% VCP)[14,15] en kaas buiten de Schijf van Vijf (57% - 33% VCP)[14,15]. Van de voedingsmiddelencategorieën binnen de Schijf van Vijf vis (6% - 30% VCP),[15] brood (21% - 52% VCP),[15] noten, pitten en zaden (0% - 11% VCP)[15] en fruit (niet aan richtlijn 89% - 82% VCP)[15] eten respondenten minder dan de algemene bevolking. Van de overige voedingsmiddelencategorieën zijn geen vergelijkingscijfers beschikbaar. Daar waar mogelijk is gerefereerd aan de meest recente cijfers.[15]

Verschillen ten opzichte van de ambulante zorg

Net als in de ambulante zorg voldoet de inname door mensen met een PA in de klinische zorg van de voedingsmiddelengroepen fruit (89% eet één stuk of minder), vezels, vis en bewerkte producten[2,3,6] niet aan de richtlijn van het Voedingscentrum. Een verschil is de consumptie door (bijna) meer dan 50% van de respondenten van groente, brood en melk en melkproducten binnen de Schijf van Vijf. Meer dan 30% van deze respondenten voldoet aan de richtlijn van het Voedingscentrum (groente 67%). Kant-en-klare maaltijden en fastfood worden niet zoveel gegeten als lijkt te worden beschreven binnen de ambulante zorg. Van de respondenten sloeg 34% weleens een van de drie maaltijden over, 8% nam slechts één maaltijd per >>

dag. In de ambulante zorg komt dit ook voor. In hoeverre dit hier meer of minder voorkomt, is niet te zeggen omdat exacte vergelijkingscijfers ontbreken.
Mensen met een PA in de klinische zorg voldoen nog onvoldoende aan de voedingsinnamerichtlijnen van het Voedingscentrum. Daarbij lijkt de voedingsinname in de klinische zorg wel van betere kwaliteit dan in de ambulante zorg.[2,3,6] Mogelijk komt dit door de structuur in de maaltijden, het inkopen van voedingsmiddelen, het (samen met cliënten) verzorgen van de maaltijden door zorgprofessionals en minder bereikbaarheid van een supermarkt. Dit bevestigt het belang van dit onderwerp.

Meer inzicht in ongecontroleerd eetgedrag

Bij mensen met een PA in de klinisch zorg is er ongeacht leeftijd, geslacht en ernst van de aanwezige symptomen een matig sterk verband te zien tussen ongecontroleerd eetgedrag en voedingsinname ($\beta = 0{,}34$, $p = 0{,}03$). Meer inzicht in ongecontroleerd eetgedrag is belangrijk en krijgt daarom een plek in het element Voeding in de MULTI+ behandeling. Evaluatie hiervan in vervolgonderzoek is van belang, aangezien effect mogelijk meetbaar is op lange termijn.

Bevorderen van gezond eetgedrag en een goede kwaliteit van voeding

Dit onderzoek laat zien dat de richtlijn van het Voedingscentrum nog onvoldoende wordt nagevolgd. Uit het onderzoek volgt de aanbeveling voor de klinische zorg om de aandacht voor voeding en voedingsinterventies te richten op het bevorderen van gezonde voedingspatronen, gezond eetgedrag en een goede kwaliteit van voeding volgens de nationale voedingsrichtlijnen. Het is daarbij van belang dat de betrokken zorgprofessionals voldoende tijd, middelen en kennis krijgen om hun cliënten te kunnen begeleiden naar gewenst voedingsgedrag.

CONCLUSIE

Er is eerder nog maar weinig onderzoek naar voeding in de klinische psychiatrische zorg gedaan. Deze studie laat zien dat mensen met een psychiatrische aandoening die zijn opgenomen in een voorziening binnen de klinische zorg qua voedingsinname onvoldoende de richtlijn van het Voedingscentrum halen. De kwaliteit van de voeding lijkt hier echter wel hoger te zijn dan in de ambulante zorg. De mate waarin voeding uit de verschillende voedingsmiddelengroepen wordt gegeten, verschilt van mensen zonder psychiatrische aandoening. Aangezien voedingsinname gerelateerd is aan zowel lichamelijke als psychische gezondheid, en voedingsdeskundigheid met specialisatie in de GGZ bewezen meerwaarde heeft in het verbeteren van de voedingsinname, is het belangrijk om hier meer op in te zetten.

AUTEURS

DRS. W.M.H. HOUWERT-ZUIDEMA STAGIAIR LEEFSTIJLPSYCHIATRIE GGZ CENTRAAL
DRS. A.M. FLEURKE DOCENT EN PROMOVENDUS DE HAAGSE HOGESCHOOL EN WAGENINGEN UNIVERSITEIT DRS. N.M. DEN BLEIJKER PROMOVENDUS LEEFSTIJLPSYCHIATRIE GGZ CENTRAAL DRS. M.M.E. VAN SCHOTHORST PROMOVENDUS LEEFSTIJLPSYCHIATRIE GGZ CENTRAAL DR. J. DEENIK PROGRAMMALEIDER EN HOOFD ONDERZOEKSLIJN LEEFSTIJLPSYCHIATRIE GGZ CENTRAAL, ASSISTANT PROFESSOR MAASTRICHT UNIVERSITY

CONTACT

M.HOUWERT-ZUIDEMA@GGZCENTRAAL.NL

Lees het uitgebreidere artikel op www.nvdietist.nl.

De literatuurreferenties zijn te vinden op www.nvdietist.nl/artikelen.