



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Aanbod van interventies gericht op het verbeteren van de voeding van ouderen**

RIVM Briefrapport 050432001/2014  
S.W. van den Berg et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Aanbod van interventies gericht op het verbeteren van de voeding van ouderen**

RIVM Briefrapport 050432001/2014  
S.W. van den Berg et al.

## Colofon

© RIVM 2014

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

S.W. van den Berg, RIVM  
S.R. de Bruin, RIVM  
C.J.M. Rompelberg, RIVM  
J.M.A. Boer, RIVM

Contact:  
Saskia van den Berg

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van Kennisvraag 5.4.3B Ouderen, voeding, medicijngebruik en zorg

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

### **Inventarisatie voedingsinterventies voor ouderen**

Het RIVM heeft geïnventariseerd welke interventies vanuit bijvoorbeeld de GGD en zorginstellingen bevorderen dat ouderen goed eten. Daaruit blijkt dat het aanbod beperkt is. De inventarisatie laat verder zien dat het aanbod niet goed aansluit bij de praktische problemen die ouderen kunnen ervaren, bijvoorbeeld bij het boodschappen doen of bereiden van de maaltijd. De interventies zijn er vooral op gericht om ziekten bij zelfstandig wonende ouderen te voorkomen, bijvoorbeeld door voorlichting over gezonde voeding. Twee derde van alle 65-plussers heeft echter al één of meer chronische ziekten.

Naast de genoemde interventies bestaan er ook maatschappelijke initiatieven die praktische ondersteuning bieden, zoals de boodschappenbus die ouderen naar een supermarkt rijdt. Deze initiatieven zijn niet in dit onderzoek meegenomen. Wel zijn er aanwijzingen dat deze voorzieningen niet goed bekend zijn, bij de ouderen zelf maar ook bij zorgverleners, mantelzorgers en gemeentes.

Aanbevolen wordt om de interventies en maatschappelijke initiatieven die in de praktijk succesvol lijken, te onderzoeken op effectiviteit, zichtbaar te maken en te promoten. Het ministerie van VWS kan dit faciliteren. Gemeenten, zorgverleners en ouderen zelf kunnen de resultaten van dit onderzoek onder andere aangrijpen om inzicht te krijgen in het aanbod.

Het is van belang dat ouderen goed eten, omdat dit kan bijdragen aan hun gezondheid en functioneren, en daarmee aan hun kwaliteit van leven. Door te weinig of ongezond te eten kunnen ouderen ondervoed raken. Hierdoor kunnen ze minder fit of mobiel zijn, en vatbaarder voor ziekten. Van de thuiswonende ouderen is 12 procent ondervoed. Van de ouderen die van de thuiszorg gebruikmaken is 35 procent dat. Vanwege het overheidsbeleid om ouderen langer thuis te laten wonen is het extra van belang dat ouderen zelfredzaam blijven.



## Abstract

### **Inventory of dietary interventions aimed at elderly people**

The Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has produced an inventory of interventions offered for example by local health authorities and health care institutions to help elderly people eat healthily. The inventory shows that only a limited range of interventions is available. Furthermore, the interventions do not address the practical problems that elderly people may experience when shopping for groceries or preparing a meal. The interventions are mainly aimed at preventing disease in community-dwelling elderly people, e.g. by educating them about a healthy diet. However, two-thirds of all people aged 65 and older already have one or more chronic diseases.

In addition to these dietary interventions, there are other initiatives in place that offer practical support, such as a 'grocery bus' that drives elderly people to a supermarket. Such initiatives were not included in the inventory. There are indications that elderly people, health care providers, informal caregivers and local authorities are not sufficiently familiar with such facilities.

RIVM recommends studying, promoting and increasing the visibility of these two types of dietary measures, which appear to be effective in practice. The Ministry of Health, Welfare and Sport may facilitate these efforts. Local authorities, health care providers and elderly people themselves can use the results of this inventory to gain insight into the interventions that are available.

A proper diet is important for elderly people as it contributes to their health and ability to function, and thus to their quality of life. An insufficient or unhealthy diet may lead to elderly people becoming malnourished. This can result in diminished fitness and mobility and greater susceptibility to disease. Twelve percent of all community-dwelling elderly people are malnourished. This percentage increases to 35 percent among people receiving homecare. It is important for elderly people to remain self-reliant, in light of the Dutch government's policy to help them live at home for as long as possible.



## Inhoudsopgave

### **Samenvatting — 9**

#### **1 Inleiding — 11**

#### **2 Methoden — 13**

2.1 Zoekstrategie — 13

2.2 Beschreven kenmerken — 15

#### **3 Aanbod aan interventies om de voeding van ouderen te verbeteren — 17**

3.1 Totaal interventieaanbod — 17

3.2 Type interventie, doelgroep en aanbieder — 17

3.2.1 Ziektegerichte preventie — 17

3.2.2 Functioneringsgerichte preventie — 17

3.3 Implementatie — 23

3.4 Effectiviteit — 23

3.5 Succes- en faalfactoren bij de uitvoering van de interventies — 24

#### **4 Discussie — 25**

#### **5 Conclusie en aanbevelingen — 29**

5.1 Conclusies — 29

5.2 Aanbevelingen — 29

#### **6 Literatuur — 31**





## Samenvatting

Er is in Nederland een divers, maar beperkt aanbod aan interventies die tot doel hebben de voeding of voedingstoestand van ouderen te verbeteren. Over de werkzaamheid van deze voedingsinterventies en succesvolle implementatie is weinig bekend. Een beperkt deel van de gevonden interventies is gericht op ouderen in zorginstellingen. Veel interventies worden alleen lokaal aangeboden en de meeste interventies zijn gericht op zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer twee-derde van de voedingsinterventies voor zelfstandig wonende ouderen richt zich op preventie van ziekte en aandoeningen. Het overige deel richt zich op het voorkómen van functionele beperkingen en het behoud van zelfredzaamheid. Ouderen kunnen allerlei praktische problemen met eten en drinken ervaren, zoals problemen met boodschappen doen en bereiden van een maaltijd. Interventies die ouderen hierbij ondersteunen zijn schaars. Daarom sluit mogelijk het huidige aanbod niet volledig aan bij de problemen die ouderen op het gebied van voeding kunnen hebben.

Nederland telt 2.7 miljoen 65-plussers en het merendeel van hen woont zelfstandig. Twee-derde van alle 65-plussers heeft één of meer chronische ziekten en ongeveer een kwart van de ouderen is kwetsbaar. De verwachting is dat het aantal kwetsbare ouderen in de toekomst sterk zal stijgen. Het huidige overheidsbeleid is er op gericht om ouderen langer thuis te laten wonen. Daarom zal het aantal thuiswonende ouderen met beperkingen in het dagelijks functioneren toenemen. Een optimale voeding kan bijdragen aan het behoud of verbeteren van de gezondheid en functioneren van ouderen. Dit kan vervolgens gunstige effecten hebben op hun maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven. Er zijn aanwijzingen dat de voedselconsumptie van ouderen op een aantal punten niet voldoet aan de aanbevelingen. Ook komt ondervoeding frequent voor onder Nederlandse ouderen. Er is daarom mogelijk winst te behalen door de voeding of voedingstoestand van ouderen te verbeteren. Inzicht in het landelijke aanbod aan voedingsinterventies voor ouderen, hun effectiviteit en succes- en faalfactoren bij de implementatie kan door lokale beleidsmakers gebruikt worden bij het maken en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid. Tevens kan het zorgverleners en ouderen helpen bij het vinden van geschikte interventies. Daarom heeft het ministerie van VWS het RIVM opdracht gegeven om het huidige aanbod aan voedingsinterventies voor ouderen in kaart te brengen en daarbij ook te kijken naar de effectiviteit van de interventies en de succes- en faalfactoren.

Het preventieaanbod voor ouderen op het gebied van voeding is geïnventariseerd door te zoeken in de I-database van het Centrum Gezond Leven en in het Preventieprogramma en het Nationaal Programma Ouderenzorg van ZonMw. Er zijn 19 interventies geïdentificeerd waarvan ongeveer de helft in 2013 daadwerkelijk werd aangeboden. De interventies die gericht zijn op zelfstandig wonende ouderen bestaan voornamelijk uit het geven van voorlichting over gezonde voeding en/of het actief begeleiden van ouderen bij het verbeteren van hun leefstijl. Interventies in zorginstellingen hebben vooral tot doel ondervoeding te voorkomen en behandelen, bijvoorbeeld door het verbeteren van de ambiance tijdens de maaltijd en het verbeteren van de voedingszorg rond een operatie. Er zijn nauwelijks interventies gevonden die ouderen ondersteuning bieden bij praktische problemen die zij met eten en drinken kunnen ervaren. Dit hangt wellicht samen met de manier waarop voor deze inventarisatie naar interventies is gezocht. Naast de gevonden interventies bestaan er namelijk andersoortige voorzieningen, zoals tafeltje dekje, die ouderen bij praktische problemen kunnen helpen. Uit de inventarisatie blijkt verder dat er meer kennis nodig is over de effectiviteit van de interventies en (determinanten van) succesvolle implementatie. Onderzoek hiernaar kan gestimuleerd worden door dit thema op te nemen in nieuwe onderzoeksprogrammeringen of in de landelijke nota gezondheidsbeleid 2015.

Daarnaast zou het zinvol zijn om in de praktijk goedwerkende initiatieven zichtbaar te maken, te ondersteunen en te promoten bij zorgverleners, mantelzorgers, lokale beleidsmakers en ouderen.

## 1 Inleiding

Op 1 januari 2012 telde Nederland 2,7 miljoen personen van 65 jaar en ouder. Daarmee was 16% van de bevolking 65-plusser. Het merendeel van de Nederlandse ouderen woont zelfstandig (ongeveer 95%). Het aantal ouderen zal de komende decennia sterk blijven toenemen (1).

Door een opeenstapeling van (kleine) lichamelijke, psychische en sociale problemen kunnen ouderen kwetsbaar worden voor ernstige gezondheidsproblemen. Deze kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, tot opname in een verzorgings- of verpleeginstelling of tot overlijden (2). Ongeveer een kwart van de Nederlandse ouderen is kwetsbaar (2). De verwachting is dat het aantal kwetsbare personen van 65 jaar en ouder tussen 2010 en 2030 zal toenemen van bijna 700.000 tot meer dan 1 miljoen. Gezien het huidige overheidsbeleid dat er op gericht is om ouderen langer thuis te laten wonen (3), zal het aantal thuiswonende ouderen met beperkingen in het dagelijks functioneren toenemen.

Een optimale voeding voor ouderen kan bijdragen aan het behoud of verbeteren van hun gezondheid en functioneren (4). Uit de Voedselconsumptiepeiling onder zelfstandig wonende ouderen (VCP ouderen), uitgevoerd in 2010-2012, blijkt echter dat de voedselconsumptie van ouderen op een aantal punten niet voldoet aan de aanbevelingen (5). Zo eten ouderen te veel verzadigde vetzuren en zout, en te weinig volkoren producten, fruit en vis. Slechts één op de vier 70-plussers volgt het advies op om extra vitamine D te slikken. Een suboptimale voeding verhoogt hun risico op het krijgen van chronische ziekten (6). Twee derde van alle 65-plussers heeft één of meer chronische ziekten (7). Het doel van preventie verschuift bij ouderen dan ook van het voorkómen van ziekte en aandoeningen (ziektegerichte preventie) naar het voorkómen van functionele beperkingen en het bevorderen van de zelfredzaamheid (functioneringsgerichte preventie) (8). Functioneringsgerichte preventie kan gunstige effecten hebben op maatschappelijke participatie en de kwaliteit van leven (4, 8).

Kwetsbare ouderen kunnen allerlei problemen ervaren met eten en drinken. Door verminderde mobiliteit, motorische beperkingen, slikproblemen en een verminderde werking van het maag-darmstelsel zijn ouderen minder goed in staat om een maaltijd te verkrijgen, te bereiden, te eten en te verteren (9, 10). Hierdoor krijgen zij mogelijk onvoldoende energie, eiwit en/of andere nutriënten binnen en kunnen daardoor ondervoed raken (11). Ondervoeding kan leiden tot verminderd welzijn van de patiënt, spierafbraak en vermindering van de weerstand (9). Uit de VCP ouderen kwam naar voren dat vooral ouderen met functionele beperkingen een lagere inname van energie, eiwit, groente, calcium en magnesium hebben. Ook hebben zij een verhoogd risico op ondervoeding (5). Ondervoeding komt frequent voor onder Nederlandse ouderen. Van de thuiswonende ouderen is naar schatting 12% ondervoed (5, 12), terwijl onder thuiswonende ouderen die gebruik maken van thuiszorg dit percentage rond de 35% ligt (12). Uit landelijke cijfers blijkt dat in het verpleeghuis 20-25% van de patiënten ondervoed is (13). Uit bovenstaande blijkt dat de voeding van ouderen voor verbetering vatbaar is.

Gemeenten spelen een belangrijke rol in de preventieve zorg voor ouderen. Zij zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke

ondersteuning (Wmo), en hebben de verantwoordelijkheid om kwetsbare burgers zo zelfstandig mogelijk te laten leven en optimaal maatschappelijk te laten participeren. Daarnaast zijn gemeenten op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg voor ouderen (inclusief preventie). Een deel van deze verantwoordelijkheden kan verwezenlijkt worden door middel van interventies, waaronder interventies die tot doel hebben de voeding of voedingstoestand van ouderen te verbeteren. Inzicht in het aanbod aan en de werkzaamheid van voedingsinterventies voor ouderen kan gemeenten helpen bij het maken en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid. Daarnaast kan deze kennis zorgverleners en ouderen zelf helpen bij het vinden van een geschikte interventie.

Het Ministerie van VWS heeft het RIVM daarom opdracht gegeven om het huidige aanbod van voedingsinterventies voor ouderen in kaart te brengen en daarbij ook te kijken naar de effectiviteit van de interventies en de succes- en faalfactoren bij de implementatie. In 2011 is voor de RIVM rapportage "Gezond ouder worden in Nederland" het aanbod van interventies voor zelfstandig wonende ouderen reeds in kaart gebracht met behulp van de Interventie-database (I-database) (8). Het betrof een brede inventarisatie van alle preventieve leefstijlinterventies gericht op ouderen. Voedingsinterventies maakten hier deel van uit, maar zijn toen niet in detail besproken. Ook is sindsdien de I-database geactualiseerd en aangevuld.

Dit briefrapport geeft een actueel overzicht van het interventieaanbod dat er specifiek op gericht is de voeding en/of voedingstoestand van ouderen te verbeteren. In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe de inventarisatie van het aanbod is uitgevoerd. Hoofdstuk 3 geeft naast een overzicht van de interventies die voorhanden zijn, ook inzicht in de effectiviteit van deze interventies en in de succes- en faalfactoren bij de implementatie ervan. In hoofdstuk 4 volgt een discussie. Dit briefrapport wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 5).

## 2 Methoden

### 2.1 Zoekstrategie

Voor deze inventarisatie is in de periode mei tot september 2012 in verschillende databases gezocht naar interventies voor ouderen op het gebied van voeding. Hiervoor werd allereerst gezocht in de Interventiedatabase (I-database) van het Centrum Gezond Leven van het RIVM

(<http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>) met als zoektermen de combinatie: leeftijd doelgroep "65+" en thema "voeding". De I-database biedt een actueel overzicht van gezondheidsbevorderende leefstijlinterventies die in Nederland beschikbaar zijn. Binnen de I-database is een interventie gedefinieerd als elke planmatige en doelgerichte aanpak om het gedrag van burgers te veranderen en hun omstandigheden te beïnvloeden, met als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen. In augustus 2013 is gekeken of er nieuwe interventies in de database waren opgenomen en wat de implementatiestatus van eerder geïdentificeerde interventies was.

Naast de I-database zijn ook relevante ZonMw-programma's bekeken, te weten het thema "voeding en ouderen" binnen het vierde Preventieprogramma en het Nationaal Programma Ouderenzorg. ZonMw heeft voor ons mogelijk relevante projecten over voeding bij ouderen geselecteerd uit het vierde Preventieprogramma. Deze projecten hebben wij daarna zelf op relevantie beoordeeld. De projecten in het Nationaal Programma Ouderenzorg zoals beschreven op de website van ZonMw zijn door ons zelf handmatig bekeken om na te gaan in hoeverre voeding deel uitmaakte van deze projecten.

Daarnaast is gekeken in NARCIS (National Academic Research and Collaborations Information System; <http://www.narcis.nl/>) en in de database die ontwikkeld is binnen het Europese project HealthProElderly (<http://www.healthproelderly.com/database/>). In NARCIS werd echter weinig informatie over de projecten verstrekt en de meeste genoemde projecten waren geen interventiestudies. Het enkele project dat wel relevant leek, werd al via de andere databases geïdentificeerd. Voor de database van HealthProElderly gold dat er ondanks de zoekstrategie (nutrition) nauwelijks interventies gevonden werden die betrekking hadden op voeding en/of bewegen. Daarom hebben we niet verder in NARCIS en de database van HealthProElderly gezocht. De onderzoekers betrokken bij deze inventarisatie hebben zelf enkele interventies toegevoegd waarvan zij op de hoogte waren en die zij relevant achtten, maar die niet in bovengenoemde databases/websites waren opgenomen. In Tabel 2.1 worden de geraadpleegde bronnen en de gehanteerde strategie per bron kort samengevat.

Drie interventies bleken placebo gecontroleerde interventieonderzoeken te zijn die een puur wetenschappelijke / etiologische vraagstelling hadden en niet gericht waren op de ontwikkeling of implementatie van een interventie in de praktijk. Daarom zijn ze niet meegenomen in de inventarisatie.

Tabel 2.1. Overzicht van geraadpleegde bronnen en gehanteerde zoekstrategie.

Database	Beschrijving	Zoekstrategie
I-database van het Centrum Gezond Leven (CGL/RIVM)	Met de I-database biedt het CGL een actueel overzicht van gezondheidsbevorderende leefstijlinterventies die in Nederland beschikbaar zijn. Dit dient (met name) ter ondersteuning van de lokale gezondheidsbevordering (professionals). De interventies worden door de verantwoordelijke organisaties zelf ingevoerd. Er zijn geen voorwaarden ten aanzien van de kwaliteit, effectiviteit en/of uitvoerbaarheid voor opname in de I-database ( <a href="http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/">http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/</a> ). Interventie-eigenaren hebben wel de mogelijkheid om hun interventie via een erkenningstraject te laten beoordelen op kwaliteit, uitvoerbaarheid en effectiviteit ( <a href="http://www.loketgezondleven.nl/interventies/kwaliteit-van-interventies/">http://www.loketgezondleven.nl/interventies/kwaliteit-van-interventies/</a> ).	Met behulp van de volgende combinatie van zoektermen werden relevante interventies gezocht: Leeftijd doelgroep "65+" en thema "Voeding".
ZonMw Preventieprogramma	Het vierde Preventieprogramma van ZonMw beoogt bij te dragen aan het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekte. Dat gebeurt via onderzoek, het delen van kennis, en het ontwikkelen en implementeren van effectieve preventiemethoden. Gezondheidswinst, kostenbesparingen en toepassing in de praktijk zijn belangrijke aspecten. Het Preventieprogramma omvat het gehele preventieterrein: het voorkomen van ziekte, het voorkomen van gezondheidsproblemen via leefstijlbeïnvloeding, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. Integrale (lokale) aanpak van problemen, vroege opsporing en het verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen krijgen bijzondere aandacht ( <a href="http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/preventieprogramma-4/algemeen/">http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/preventieprogramma-4/algemeen/</a> ).	Binnen het vierde Preventieprogramma werden 692 projecten uitgevoerd. ZonMw heeft hieruit voor ons projecten over voeding bij ouderen geselecteerd die zij mogelijk relevant achtten.  Deze hebben wij daarna zelf op relevantie beoordeeld.
ZonMw Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)	Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) beoogt de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren. Het doel van het programma is het realiseren van een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Beoogd wordt dat deze kwaliteitsslag zal leiden tot meer zelfredzaamheid, meer functiebehoud en minder terugval op de zorg. Hiertoe zijn diverse landelijke en regionale organisaties gaan samenwerken. Het programma is in april 2008 van start gegaan. Binnen het NPO worden drie typen projecten uitgevoerd, te weten: transitieprojecten, onderzoeksprojecten en implementatieprojecten ( <a href="http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/nationaal-programma-ouderenzorg/algemeen/">http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/nationaal-programma-ouderenzorg/algemeen/</a> ).	De 63 NPO projecten zoals beschreven op de website van ZonMw zijn handmatig doorgelopen om na te gaan in hoeverre voeding deel uitmaakte van deze projecten.

## 2.2 Beschreven kenmerken

Over de geïdentificeerde interventies is de volgende informatie verzameld: 1. Omschrijving van de interventie; 2. Doelgroep; 3. Aanbieder van de interventie; 4. Effectiviteit; 5. Succes- en faalfactoren bij de uitvoering en 6. Implementatiestatus (wordt de interventie (nog) aangeboden). Indien informatie ontbreekt is waar mogelijk de contactpersoon voor een interventie benaderd voor aanvullende informatie. Er is niet gezocht naar informatie over het bereik van de interventie onder de doelgroep, omdat deze gegevens vaak niet bekend zijn (8). De interventies zijn in deze rapportage in twee groepen ingedeeld te weten 1) interventies gericht op de preventie van ziekten en aandoeningen (ziektegerichte preventie) en 2) interventies gericht op de preventie van beperkingen in het functioneren, het bevorderen van de zelfredzaamheid en maatschappelijke/sociale participatie en van een goede kwaliteit van leven (functioneringsgerichte preventie, zie Tekstbox 1).

### TEKSTBOX 1

**Ziektegerichte preventie** omvat maatregelen om:

1. Specifieke ziekten te voorkomen en vroeg op te sporen;
2. De eigen rol in het bewaren of bevorderen van de gezondheid te versterken (gezondheidsbevordering);
3. Gezondheidsbedreigingen in de omgeving weg te nemen (gezondheidsbescherming).

**Functioneringsgerichte preventie** omvat maatregelen om:

1. Functionele achteruitgang en beperkingen te voorkomen en vroeg op te sporen;
2. De eigen mogelijkheden in het bewaren of bevorderen van de zelfredzaamheid te versterken;
3. Niet-ziekte gebonden factoren die de zelfredzaamheid bedreigen te beïnvloeden.

*Bron: Preventie bij ouderen; focus op zelfredzaamheid. Gezondheidsraad, 2009.*





### 3 Aanbod aan interventies om de voeding van ouderen te verbeteren

#### 3.1 Totaal interventieaanbod

In totaal zijn er 19 interventies geïdentificeerd die zich richten op het verbeteren van de voeding of de voedingstoestand van ouderen: 11 uit de I-database, 3 uit het ZonMw Preventieprogramma, 2 uit het Nationaal Programma Ouderenzorg en 3 interventies die door de onderzoekers zelf zijn toegevoegd (Tabel 3.1). Met uitzondering van *Zorgprogramma gezond gewicht senioren* dat zich richt op zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor ouderen, richten alle aangeboden interventies zich op de ouderen zelf (met name 55-plussers of 65-plussers). In de volgende paragrafen worden de 19 gevonden interventies nader beschreven op basis van het type interventie, doelgroep, setting en implementatie, effectiviteit, en succes- en faalfactoren voor implementatie, voor zover deze bekend zijn.

#### 3.2 Type interventie, doelgroep en aanbieder

##### 3.2.1 *Ziektegerichte preventie*

Ongeveer de helft van de interventies (n=9) valt onder ziektegerichte preventie. Deze interventies hebben allen zelfstandig wonende ouderen als doelgroep. Nagenoeg alle interventies worden aangeboden door een GGD, een zorg- en welzijnsorganisatie of de thuiszorg (zie tabel 3.1a). Ze zijn gericht op het actief begeleiden van ouderen bij het verbeteren van hun leefstijl en/of het vergroten van hun kennis over gezondheid en gezonde leefstijl door het geven van voorlichting. Zes van deze interventies (*nr 1-6*) beogen de gezondheid en leefstijl in den brede te behouden of te verbeteren en gaan naast voeding ook in op andere aspecten, zoals bewegen, roken en psychisch welbevinden. Drie interventies (*nr 7-9*) zijn gericht op specifieke gezondheidsaspecten, namelijk lichaamsgewicht en voeding en cholesterol.

##### 3.2.2 *Functioneringsgerichte preventie*

De tien andere interventies kunnen aangemerkt worden als functioneringsgerichte preventie (zie tabel 3.1b). Eén hiervan, *Seniorenspreekuur*, signaleert risico's (zoals depressieve klachten, chronische ziekten en eenzaamheid), informeert over gezond en actief ouder worden en wijst de weg in het voorzieningenaanbod. Drie van de interventies (*nr 10, 11 en 13*) zijn specifiek gericht op zelfstandig wonende ouderen met bepaalde aandoeningen, zoals milde depressieve klachten of diabetes. Ze worden aangeboden door een GGD, de GGZ of een ziekenhuis. Ze hebben tot doel het bewustzijn over de eigen gezondheid te verhogen of de zelfzorg te verbeteren. Gezonde voeding is hier een onderdeel van. De zes andere functioneringsgerichte interventies (*nr 14-19*) hebben tot doel de voedingstoestand van of de voedingszorg voor ouderen binnen een zorginstelling te verbeteren. Drie van deze interventies (*nr 17-19*) zijn specifiek ontwikkeld om ouderen beter te laten eten en zo onder meer hun voedingstoestand gunstig te beïnvloeden. Twee hiervan zijn gericht op het verbeteren van de ambiance gedurende de maaltijd in verpleeghuizen (*Huiskamerambiance model, Genietende groene tafel*). De laatste genoemde interventie gebruikt onder andere streekgebonden en/of biologische producten en beoogt de voedselconsumptie te verbeteren.



Tabel 3.1a: Overzicht van het interventieaanbod gericht het voorkómen van ziekten door het verbeteren van de voeding en/of voedingstoestand van ouderen.

	Naam interventie	Beschrijving interventie	Doelgroep	Aanbieder	Resultaten bekend uit:		Implementatie-status
					Effect evaluatie	Proces Evaluatie	
1	Fit en gezondheidstestdag	Eenmalige individuele test + leefstijladvies (oa gezonde voeding)	Zelfstandige wonende 55-plussers	GGD	Nee	Nee*	Aangeboden
2	Gezond en Vitaal	Groepscurcus bestaande uit 6 bijeenkomsten van 2 uur over gezonde leefstijl (oa gezonde voeding)	Zelfstandig wonende 65-99 jarigen	GGD	Nee	Nee	Aangeboden
3	Gezonde voeding	Groepsvoorlichting en/of zittingsuren over (gezonde) voeding	Zelfstandig wonende 55-99 jarigen	Zorg- en welzijnsorganisatie	Nee	Ja	Aangeboden
4	Goud leven	Bevorderen van gezonde leefstijl (oa gezonde voeding) door mediacampagne en voorlichting ( digitaal en papier)	Zelfstandig wonende 55-99 jarigen	Zorg- en welzijnsorganisatie	Nee	Nee	Aangeboden
5	Voeding voor 55-plussers	Voorlichtingsbijeenkomst over ongezonde leefstijl waaronder ongezonde voeding	Zelfstandig wonende 55-99 jarigen	Thuiszorg	Nee	Ja	Aangeboden
6	Gezonde leefstijl, Delfgoud	Bevorderen van sociale competentie en gezonde leefstijl (oa voeding) door oa voorlichting en kookcursus Wekelijks, 2 jaar	Zelfstandig wonende 70-plussers	Universiteit/ Hogeschool	Nee	Nee	Onderzoeksfase
7	Gezonde voeding en cholesterol	Groepsvoorlichting van 2 uur over risico's hoog cholesterol en rol van voeding hierin	Zelfstandig wonende 55-99 jarigen	Thuiszorg	Ja	Ja	Aangeboden
8	Integraal gewichtsbeheersingsprogramma	Individuele, intensieve begeleiding, 28 wk, gericht op duurzame gewichtsbeheersing	Zelfstandig wonende 65-99 jarigen met duidelijke hulpvraag mbt gewicht	Zorg- en welzijnsorganisatie	Nee	Nee	Niet meer aangeboden
9	Zorgprogramma Gezond Gewicht Senioren	Systematisch beschrijven van preventie en behandeling overgewicht vanuit ouderen	Zorgverleners van 60-99 jarigen	Zorg- en welzijnsorganisatie	Nee	Ja	Aangeboden

\*Er is voor deze interventie wel procesevaluatie uitgevoerd, maar de gegevens zijn niet bij ons bekend

Tabel 3.1b: Overzicht van het interventieaanbod gericht op functioneringsgericht preventie door het verbeteren van de voeding en/of voedingstoestand van ouderen.

	Naam interventie	Beschrijving interventie	Doelgroep	Aanbieder	Resultaten bekend uit:		Implementatie-status
					Effect evaluatie	Proces Evaluatie	
10	Gezondheid in balans	Groeps cursus ter bewustwording eigen lichamelijke/psychische gezondheid	Zelfstandig wonende 65-99 jarigen met milde depressieve klachten	GGZ	Nee	Nee	Aangeboden
11	Verbeterde zelfzorg in de thuissituatie voor Turkse mannen met diabetes	In 5 maanden: 6 groepsvoorlichtings-bijeenkomsten, 1 telefonisch contact, 2 huisbezoeken ter versterking van zelfmanagement en vaardigheden zoals gezond en regelmatig eten	Zelfstandig wonende 55-99 jarige Turkse mannen met diabetes	GGD	Ja	Ja	Aangeboden
12	Seniorenspreekuur	Spreekuur/huisbezoek met als doel het geven van voorlichting en het signaleren / voorkomen/ vroeg opsporen van gezondheidsproblemen.	Zelfstandig wonende 60-99 jarigen	Zorg- en welzijnsorganisatie	Nee	Nee	Niet meer aangeboden
13	Zelfmanagement interventie bij chronisch zieke ouderen	6 workshops van 2,5 uur gericht op oa voeding, juiste beweging en medicatie	Zelfstandig wonende 59-plussers met een chronische ziekte	Universitair Medisch Centrum	Ja	Nee	Niet meer aangeboden
14	Transmurale voedingszorg	Verbeteren voedingstoestand door eiwit-energieverrijkte drinkvoeding, calcium en vitamine D suppletie, en intensieve begeleiding door diëtist gedurende 3 maanden	Ondervoede 60-plussers opgenomen op de afdeling algemene geneeskunde	Ziekenhuis	Ja	Nee	Binnenkort start implementatie
15	Extra voedingszorg na heupfractuur	Verbeteren voedingstoestand door 10x voedingsadvies door diëtist in 3 maanden	55-plussers opgenomen met een heupfractuur	Ziekenhuis, Revalidatiecentrum	Ja	Ja	Niet meer aangeboden

Tabel 3.1b: vervolg

	Naam interventie	Beschrijving interventie	Doelgroep	Aanbieder	Resultaten bekend uit:		Implementatie-status
					Effect evaluatie	Proces Evaluatie	
16	Peri-operatieve fysiotherapie en diëtetiek voor fragiele ouderen in de regio Eindhoven (Profyd)	Na pre-operatieve screening, behandelen van ouderen met risico's op het gebied van oa. de voedingstoestand, medicijngebruik, zelfredzaamheid	75-plussers met een geplande grote operatie aan buik/borst	Ziekenhuis	Nee	Nee	Onderzoeksfase
17	Dagopvang van mensen met dementie op Zorgboerderijen	Bieden van dagopvang in huiselijke omgeving met diverse (agrarische) activiteiten (oa (helpen) bij eten koken)	Thuiswonende 65-plussers met dementie	Zorgboerderij	Ja	Nee	Aangeboden (150 zorgboerderijen)
18	Huiskamerambiance model	Verbeteren van ambiance rond een maaltijd door gezamenlijke maaltijd (geserveerd in dekschalen op gedekte tafels) in woonkamer met keuze uit maaltijdcomponenten. Verzorgende aan tafel	Verpleeghuisbewoners met chronische aandoeningen	Verpleeghuis	Ja	Ja	Draaiboeken en werkinstructies beschikbaar
19	Genietende groene tafel	Aanpassingen in de maaltijd op 3 gebieden: product, persoon, presentatie.	Verpleeghuisbewoners met lichamelijke beperkingen	Verpleeghuis	Ja	Nee	Onderzoeksfase



De derde interventie betreft een vergelijking van de effectiviteit van dagopvang op zorgboerderijen voor mensen met dementie met reguliere dagopvang. Op zorgboerderijen wordt een diversiteit aan activiteiten in een huiselijke omgeving aangeboden, waaronder betrokkenheid bij het gehele proces van de maaltijdbereiding. De drie overige functioneringsgerichte interventies (nr 14-16) hebben tot doel de voedingszorg na een heupfractuur of voor een grote operatie aan buik of borst(holte) bij mensen met ondervoeding te verbeteren.

### 3.3 Implementatie

Ten tijde van de inventarisatie werden 9 geïdentificeerde interventies lokaal aangeboden (zie tabel 3.1a en b, nr 1-5, 7, 9-11). De interventie *Dagopvang op Zorgboerderijen voor mensen met dementie* wordt op 150 zorgboerderijen verspreid over heel Nederland aangeboden. Van het *Huiskamerambiance model* is bekend dat er draaiboeken en werkinstructies ontwikkeld zijn voor geïnteresseerde instellingen. We weten dat er instellingen zijn die deze gebruiken, maar niet hoeveel. Twee interventies worden niet meer aangeboden in de praktijk (*Zelfmanagement interventie bij chronisch zieke ouderen*, *Extra voedingszorg na heupfractuur*). Van de interventies *Integraal gewichtsbeheersingsprogramma* en *Seniorenspreekuur* hebben we aangenomen dat ze niet meer worden aangeboden in de praktijk omdat deze interventies in 2013 niet meer in de I-database gevonden werden, terwijl dat in 2012 wel het geval was. Drie interventies worden nog niet algemeen geïmplementeerd maar bevinden zich in de onderzoeksfase waarin de effectiviteit nader wordt onderzocht (nr 6, 16 en 19). *Transmurale voedingszorg* zal binnenkort worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Voor geen van de interventies afkomstig uit de I-database zijn afgeleide interventies gerapporteerd.

### 3.4 Effectiviteit

Voor 8 van de 19 interventies, zijn resultaten uit een effectevaluatie bekend (zie tabel 3.1). Dit betreft één interventie (*Gezonde voeding en cholesterol*) op het gebied van ziektegerichte preventie en zeven interventies (nr 11, 13-15 en 17-19) op het gebied van functioneringsgerichte preventie. Voor de overige 11 interventies hebben we geen gegevens over effectiviteit beschikbaar. Dit kan komen doordat er (nog) geen effectevaluatie is uitgevoerd, de resultaten van de effectevaluatie nog niet beschikbaar zijn of doordat de informatie bij ons ontbreekt, ondanks een verzoek om aanvullende informatie bij de betrokken instellingen. Geen van de voedingsinterventies gericht op ouderen is via het erkenningstraject beoordeeld als 'goed onderbouwd' of 'effectief'. Wel is de interventie *Verbeterde zelfzorg in de thuissituatie voor Turkse mannen met diabetes* beoordeeld als 'goed beschreven' (zie <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/kwaliteit-van-interventies/beoordeling/niveaus-criteria/>).

De effectevaluatie van de interventie *Gezonde voeding en cholesterol* laat zien dat deelnemers na het bijwonen van de bijeenkomst in staat zijn de etiketten van voedingsmiddelen te beoordelen. Deelname aan de cursus van de interventie *Verbeterde zelfzorg in de thuissituatie voor Turkse mannen met diabetes* leidde tot aanpassing van de voeding (het vaker dagelijks eten van rauwkost of sla, minder eten van fruit), maar niet in het beweeggedrag. Het aantal deelnemers waarop de effectevaluatie is gebaseerd was echter klein (n=9) wat het trekken van harde conclusies bemoeilijkt. De interventie *Transmurale Voedingszorg* is gericht op het verbeteren van de voedingszorg bij



ondervoeding en laat een toename van het lichaamsgewicht en een afname in functionele beperkingen en valincidenten zien (14-16). Uit de evaluaties van twee interventies (*Genietende Groene Tafel, Dagopvang op Zorgboerderijen*) blijkt dat het verbeteren van de ambiance rondom een maaltijd kan resulteren in een grotere inname van energie en vocht (17, 18). Invoering van *Huiskamerambiance model* ging een daling van de kwaliteit van leven, fijne motoriek en lichaamsgewicht tegen en resulteerde in een afname van het aantal bewoners met ondergewicht (19). *Extra voedingszorg na een heupfractuur* laat ook een gunstig effect op de voedingstoestand zien. Er is geen effect gevonden op de primaire uitkomstmaten, te weten verblijfsduur in de zorginstelling of het aantal postoperatieve complicaties (20, 21). De interventie *Zelfmanagement interventie bij chronisch zieke ouderen* laat nauwelijks tot geen significante effecten zien op bijvoorbeeld zelfmanagementgedrag, gezond gedrag of kwaliteit van leven en zelfvertrouwen (22).

### 3.5 Succes- en faalfactoren bij de uitvoering van de interventies

Voor 7 van de 19 interventies zijn resultaten uit een procesevaluatie bij ons bekend (zie tabel 3.1a en b, *nr 3, 5, 7, 9, 11, 15 en 18*). De geïdentificeerde succesfactoren zijn zeer divers en hebben betrekking op de doelgroep (ouderen) of de aanbieders. In tabel 3.2. worden een aantal succes en faalfactoren genoemd.

Tabel 3.2. Overzicht van geïdentificeerde succes- en faalfactoren bij de implementatie van voedingsinterventies voor ouderen.

Niveau	Succesfactor
Oudere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- het ontvangen van individuele adviezen,</li> <li>- het aanpassen van de interventie aan persoonlijke behoeften,</li> <li>- het krijgen van voorlichting door iemand van de eigen cultuur in de eigen taal,</li> <li>- het betrekken van partners bij de interventie.</li> </ul>
Aanbieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- het hebben van de mogelijkheid om de interventie te koppelen aan andere interventies,</li> <li>- rekening houden met mobiliteit van de deelnemers (eventueel zorgen voor vervoer),</li> <li>- het aanbieden van groepsvoorlichting in plaats van zittingsuren,</li> <li>- brede kennis bij de zorgverleners,</li> <li>- betrokkenheid van lokale zorgverleners,</li> <li>- motivatie van de zorgverleners,</li> <li>- een goede samenwerking tussen de betrokken zorgverleners.</li> </ul>
	<b>Faalfactor</b>
Oudere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lange tijd dat mensen moeten wennen aan een interventie,</li> <li>- onvoldoende mobiliteit om te reizen naar een locatie waar voorlichting gegeven wordt</li> <li>- overschatting van eigen kennis over voeding.</li> </ul>
Aanbieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onvoldoende en te algemene promotie van de interventie,</li> <li>- te lang tijdsbestek tussen aankondiging en uitvoering van de interventie,</li> <li>- gebrek aan kennis over voedingszorg bij zorgverleners,</li> <li>- gebrek aan tijd voor voedingszorg,</li> <li>- onvoldoende communicatie tussen instellingen over voedingszorg en onvoldoende financiën.</li> </ul>

## 4 Discussie

Binnen deze inventarisatie van het landelijke preventieaanbod voor ouderen op het gebied van voeding zijn 19 interventies geïdentificeerd waarvan ongeveer de helft in 2013 daadwerkelijk werd aangeboden. De gevonden interventies zijn heterogeen, voornamelijk gericht op zelfstandig wonende ouderen en worden voornamelijk lokaal aangeboden. Dit laatste lijkt gerechtvaardigd te zijn door het feit dat het merendeel van de Nederlandse ouderen zelfstandig woont. Een klein deel van de interventies is gericht op ouderen in zorginstellingen.

Ongeveer twee derde van de voedingsinterventies voor zelfstandig wonende ouderen richt zich op de preventie van ziekte. Het betreft voornamelijk activiteiten om ziektes te voorkomen door het geven van voorlichting over gezonde voeding en/of het actief begeleiden van ouderen bij het verbeteren van hun leefstijl. Ongeveer één derde van de voedingsinterventies voor zelfstandig wonende ouderen richt zich op het behoud van functioneren bij ziekte. Het betreft vooral activiteiten om beperkingen te voorkomen en de zelfredzaamheid te handhaven of te bevorderen. De interventies die uitgevoerd worden binnen een zorginstelling hebben vooral tot doel ouderen beter te laten eten en hun voedingstoestand te optimaliseren, en om ondervoeding te voorkómen en te behandelen, bijvoorbeeld door het verbeteren van de maaltijdambiance en de voedingszorg rond een operatie.

Van ongeveer de helft van de gevonden interventies is iets bekend over de effectiviteit. Omdat deze interventies heterogeen zijn wat betreft type interventie, doelgroep, en vorm, is geen algemene uitspraak te doen over de effectiviteit van interventies gericht op het verbeteren van de voeding of voedingstoestand van ouderen. Daarnaast is geen van de geïdentificeerde voedingsinterventies via het erkenningstraject beoordeeld als 'goed onderbouwd' of 'effectief'. Slechts één interventie is beoordeeld als 'goed beschreven'. Daardoor is het onduidelijk wat deze interventies voor ouderen kunnen betekenen. Ook over succes- en faalfactoren bij de implementatie van de interventies is weinig informatie voorhanden. Kennis op dit terrein kan bijdragen aan het verbeteren van de effectiviteit van interventies in de dagelijkse praktijk.

Voor deze inventarisatie is gebruik gemaakt van de I-database van het Centrum Gezond Leven en relevante ZonMw programma's. Deze aanpak heeft enerzijds geresulteerd in een overzicht van beschikbare gezondheidsbevorderende leefstijlinterventies op het gebied van voeding die voornamelijk gericht zijn op thuiswonende ouderen (I-database). Aangezien de interventies actief door de eigenaren aangeleverd en ingevoerd moeten worden in de I-database, is dit interventieoverzicht mogelijk niet helemaal compleet. Interventies die erin staan worden mogelijk niet meer aangeboden terwijl beschikbare interventies kunnen ontbreken. Anderzijds bevat ons overzicht een aantal interventies gericht op het behoud of verbeteren van de voedingstoestand van ouderen binnen een zorginstelling. Deze interventies werden via de ZonMw programma's geïdentificeerd of waren bij de onderzoekers bekend. Het is goed mogelijk dat er meer van dit soort interventies zijn, omdat voor dergelijke interventies een database, zoals de I-database, ontbreekt.

In de RIVM rapportage "Gezond ouder worden in Nederland" uit 2011 zijn alle leefstijlinterventies voor ouderen geïnventariseerd en was voeding één van de

vele thema's (8). In de periode tussen beide rapportages is de I-database geactualiseerd. Vergeleken met 2011, lijken er geen grote veranderingen te zijn in het aanbod aan leefstijlinterventies die gericht zijn op het verbeteren van de voeding(stoestand) van ouderen. Het resultaat van onze inventarisatie, die specifiek gericht was op voedingsinterventies, komt dan ook overeen met de resultaten van het RIVM rapport uit 2011. Uit een recent uitgevoerde evaluatie van de maatschappelijke en wetenschappelijke opbrengsten van het ZonMw programma Gezonde Voeding (2009-2014) blijkt dat de meeste projecten gericht waren op het ontwikkelen of evalueren van interventies die beogen gezond voedingsgedrag te stimuleren. Nagenoeg geen van deze interventies had ouderen als doelgroep. Deze observatie is ook in lijn met onze bevindingen.

In de landelijke nota gezondheidsbeleid "Gezondheid dichtbij" wordt door het Ministerie van VWS het toepassen van effectieve interventies genoemd als een middel om preventie en basiszorg dichtbij in de buurt te organiseren (3). Uit onze inventarisatie blijkt echter dat de kennis over de effectiviteit van deze interventies nog steeds beperkt is. Voor lokale beleidsmakers is het echter essentieel om te weten welke interventies daadwerkelijk effectief zijn. Het is daarom aan te bevelen meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van voedingsinterventies specifiek voor ouderen, bijvoorbeeld door het opnemen van dit thema in nieuwe onderzoeksprogrammeringen en de landelijke nota gezondheidsbeleid.

Daarnaast is het belangrijk te weten of het preventieaanbod op het gebied van voeding voldoende aansluit bij de behoeften van ouderen. Recentelijk heeft de Nederlandse seniorenorganisatie Unie KBO ouderen deze behoeften geïnventariseerd (23). De 750 respondenten waren deels afkomstig van het Unie KBO online panel en waren deels gerekruteerd via een oproep op de website van de Unie KBO (gemiddelde leeftijd 74 jaar). De helft van de ondervraagde ouderen gaf aan zo nu en dan behoefte te hebben aan meer informatie over optimale voeding voor senioren. In een open vraag konden de ouderen vervolgens aangeven over welke onderwerpen zij meer informatie zouden willen. Er werden veel verschillende onderwerpen genoemd. Het meest genoemd werden: voeding en eten in het algemeen, geschikte hoeveelheden voor ouderen, vlees, zout, suiker, en vitamines. Sommige van de in de huidige inventarisatie gevonden interventies, zoals *Voeding voor 55-plussers en Gezond en Vitaal*, geven dergelijke informatie. Het zou kunnen dat ouderen deze interventies niet weten te vinden of dat ze niet in hun regio worden aangeboden.

Een aantal zorgprofessionals dat in 2012 door het RIVM is geïnterviewd, noemde vooral praktische problemen die de voeding van ouderen nadelig kunnen beïnvloeden. Zo kost het doen van boodschappen meer moeite en wordt het bereiden van de maaltijd lastiger door functionele beperkingen (verminderde mobiliteit, gezichtsvermogen, dementie en afname van de fijne motoriek). In de huidige inventarisatie zijn weliswaar functioneringsgerichte voedingsinterventies gevonden, maar deze zijn niet gericht op dergelijke praktische problemen. De interviews zijn gehouden met enkele zorgprofessionals die met ouderen te maken hebben, zoals een huisarts, diëtist, specialist ouderengeneeskunde, geriater, verpleegkundige en een verzorgende (4). De interviews dienden om meer inzicht te krijgen in de praktijksituatie en hadden niet tot doel een representatief beeld te verschaffen. Desondanks is er mogelijk behoefte aan functioneringsgerichte preventieve interventies die meer aansluiten bij de praktische problemen die ouderen ervaren.

Bij het ontwikkelen van interventies die meer aansluiten bij de praktische problemen is het belangrijk rekening te houden met de succes- en faalfactoren die uit de huidige inventarisatie naar voren kwamen. Er moet dus rekening worden gehouden met de soms beperkte mobiliteit van ouderen. Ook moeten ouderen betrokken worden bij de opzet en uitvoering van de interventie. Zorgverleners die betrokken zijn bij ouderen moeten voldoende kennis hebben over voeding. Deze punten kwamen ook naar voren bij de workshop "Voeding als Medicijn voor Ouderen?" en werden geregeld genoemd in de interviews met de zorgverleners (4, 24).

Er zijn diverse voorzieningen die niet onder de definitie van een interventie vallen, zoals deze bijvoorbeeld door de I-database wordt gehanteerd, maar die ouderen wel ondersteunen bij het verkrijgen van een (gezonde) maaltijd. Op deze manier kunnen ze bijdragen aan het handhaven en het bevorderen van hun zelfredzaamheid. Dit kwam naar voren tijdens de RIVM workshop 'Voeding als medicijn voor ouderen?' (24). Het bezorgen van een warme maaltijd aan huis vanuit lokale welzijnsorganisaties (tafeltje dekje) of door commerciële aanbieders werd door de aanwezigen als voorbeeld van dergelijke initiatieven genoemd. Daarnaast werden ook sociale buurtinitiatieven genoemd waar mensen een betaalbare warme maaltijd kunnen verkrijgen, zoals Resto van Harte. Resto van Harte wil mensen uit hun sociale isolement halen door hen samen te brengen rond de eettafel en hen een lekkere, betaalbare en gezonde maaltijd aan te bieden. De Restolocaties zijn gevestigd in laagdrempelige buurtvoorzieningen verspreid over het hele land. Ook ouderen kunnen hier een warme maaltijd verkrijgen en blijven op deze manier mogelijk langer zelfredzaam. De website [Thuisafgehaald.nl](http://Thuisafgehaald.nl) is een ander voorbeeld dat genoemd werd. Via deze website kan contact gezocht worden met mensen die voor een geringe prijs een maaltijd aanbieden aan buurtbewoners. Dergelijke initiatieven leiden mogelijk niet alleen tot een verbetering van de voeding of voedingstoestand van ouderen, maar bevorderen ook de sociale cohesie in de wijk en de participatie van buurtbewoners. Daarmee kunnen deze initiatieven bijdragen aan de ambities van het kabinet om de participatie te verhogen en ouderen langer zelfstandig te laten wonen (25).

Ook in zorginstellingen zijn verscheidene initiatieven gestart om mensen beter te laten eten en drinken, bijvoorbeeld door te koken met verse streek- en seizoensproducten in plaats van het aanbieden van industrieel bereide maaltijden (26) (zie ook <http://www.mooiemaaltijd.nl> of [www.phliss.nl/mmib.html](http://www.phliss.nl/mmib.html)). Het Groene Hart ziekenhuis probeert patiënten te verleiden tot eten door het geven van aandacht aan de patiënt en de presentatie van het eten via bijvoorbeeld de portionering, smaaksensaties en visuele stimuli.

Er is dus wel een aantal initiatieven dat aansluit bij de praktische problemen die ouderen ervaren met eten en drinken, maar door de gehanteerde zoekstrategie zijn deze niet meegenomen in deze inventarisatie. Er zijn aanwijzingen dat dergelijke initiatieven goed werken in de praktijk, maar ze zijn nagenoeg niet wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit. Daarnaast kwamen uit de interviews met zorgverleners en de workshop "Voeding als Medicijn voor Ouderen?" signalen dat dergelijke initiatieven onvoldoende bekend zijn bij zorgverleners, mantelzorgers, lokale beleidsmakers en ouderen zelf. Er is waarschijnlijk winst te behalen door goede (praktijk)voorbeelden bij de verschillende doelgroepen zichtbaar te maken, te ondersteunen, te promoten, te onderzoeken en te evalueren. Een duidelijk overzicht (een sociale kaart) met daarop alle beschikbare interventies en voorzieningen op het gebied van voeding voor ouderen zou hieraan kunnen bijdragen. Een aantal gemeentes heeft op

internet sociale kaarten beschikbaar waarop gezocht kan worden naar aanbieders van (warme) maaltijden. Het zou zinvol zijn te kijken voor hoeveel gemeentes een sociale kaart beschikbaar is, in hoeverre alle relevantie voedingsinterventies en maaltijdvoorzieningen voor ouderen hierop vindbaar zijn en in hoeverre verschillende stakeholders, zoals beleidsmedewerkers, zorgverleners en ouderen gebruik maken van dergelijke sociale kaarten. Dit geeft inzicht in mogelijkheden om de voeding(stoestand) van ouderen in de praktijk te verbeteren.

## 5 Conclusie en aanbevelingen

### 5.1 Conclusies

Gezien het huidige overheidsbeleid zal het aantal thuiswonende ouderen met beperkingen in het dagelijks functioneren toenemen. Kwetsbare ouderen kunnen allerlei problemen ervaren met eten en drinken. Het Ministerie van VWS ziet effectieve interventies als een middel voor gemeentes om preventie en basiszorg dichtbij in de buurt te organiseren (3). Het huidige aanbod aan voedingsinterventies voor ouderen is echter beperkt en met name gericht op voorkomen van ziekten en aandoeningen bij thuiswonende ouderen. Het merendeel van de interventies wordt niet landelijk, maar alleen lokaal aangeboden. Ook is beperkt kennis beschikbaar over de effectiviteit en succesvolle implementatie van voedingsinterventies voor ouderen. Ten slotte sluit het interventieaanbod mogelijk niet aan bij de veelal praktische problemen die ouderen met (het kopen van) eten en drinken ervaren. Naast de gevonden interventies zijn er verscheidene maatschappelijke initiatieven in gang gezet die kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen door te helpen bij het verkrijgen van een (gezonde) maaltijd. Dergelijke initiatieven stimuleren tevens de sociale contacten en kunnen daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan de ambitie van het kabinet om de participatie te vergroten. Deze initiatieven zijn echter (nog) niet opgenomen in gangbare interventiedatabases en vaak nog niet onderzocht op effectiviteit, hoewel er uit de praktijk aanwijzingen zijn dat ze lijken te werken. Als gevolg hiervan is het mogelijk dat deze initiatieven onvoldoende bekend zijn bij zorgverleners, mantelzorgers, lokale beleidsmakers en ouderen zelf.

### 5.2 Aanbevelingen

Er is meer kennis nodig over de effectiviteit en (determinanten van) succesvolle implementatie van interventies die de voeding en/of voedingstoestand van ouderen kunnen verbeteren. Deze kennis kan gemeentes ondersteunen bij het opstellen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid voor ouderen. Verder kan deze kennis zorgverleners en ouderen helpen bij het kiezen van maatregelen die ervoor zorgen dat ouderen zo optimaal mogelijk kunnen blijven eten en drinken. Onderzoek naar de effectiviteit en implementatie van voedingsinterventies, en specifiek interventies voor ouderen, zou daarom gestimuleerd moeten worden. Dit kan bijvoorbeeld door dit thema op te nemen in nieuwe onderzoeksprogrammeringen of in de landelijke nota gezondheidsbeleid 2015. Daarnaast is het zinvol om interventies en in de praktijk goedwerkende initiatieven zichtbaar te maken, te ondersteunen en te promoten bij zorgverleners, mantelzorgers, lokale beleidsmakers en ouderen. Dit kan voor zorgverleners onder andere via de interventiedatabase van het Loketgezondleven.nl waarin het RIVM Centrum Gezond Leven een overzicht geeft van interventies die beoordeeld zijn op kwaliteit en effectiviteit. Een duidelijk overzicht (sociale kaart) met daarop alle beschikbare interventies en voorzieningen op het gebied van voeding voor ouderen kan lokale beleidsmakers ondersteunen bij het opstellen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid. Tevens kan een dergelijke sociale kaart ouderen, verwijzers zoals Wmo-consulenten, casemanagers, wijkverpleegkundigen en (vrijwillige) ouderenadviseurs helpen bij het vinden van de gewenste voedingsinterventie of -voorziening. Een aantal gemeentes heeft al een sociale kaart waarop maaltijdverstrekking te vinden zijn. Het is aan te bevelen inzicht te krijgen in de beschikbaarheid, volledigheid,

bekendheid en het gebruik van deze sociale kaarten. Het Ministerie van VWS kan onderzoek hiernaar faciliteren.

## 6 Literatuur

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <<http://www.nationaalkompas.nl>> versie 4.5, Bilthoven: RIVM; 22 september 2011.
2. Sociaal Cultureel Planbureau. Kwetsbare Ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011: SCP-publicatie 2011-10.
3. Ministerie van VWS. Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij', 2011. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>. 2011.
4. van den Berg SW, Weda M, de Bruin SR, Noorlander CW, Janssen CM, Nootenboom, et al. Voeding in relatie tot aandoeningen en medicijngebruik bij ouderen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2012: RIVM Rapport 350047001/2012.
5. Ocké MC, Buurma-Rethans EJM, Boer de EJ, Wilson-van den Hooven C, Etemad-Ghameshlou Z, Drijvers JJMM, et al. Diet of community-dwelling older adults. Dutch National Food Consumption Survey 2010-2012. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2013: RIVM Report 050413001/2013.
6. Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006: publicatie nr 2006/21.
7. Gijsen R, Oostrom SH van, Schellevis FC. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? . In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsstoestand\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 14 november 2013.
8. Zantinge EM, van der Wil EA, van Wieren S, Schoemaker CG. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2011: RIVM Rapport 270462001/2011.
9. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? Int J Nurs Pract. 2006; 12(2): 110-8.
10. van Asselt DZB, Olde Rikkert MGM. Gezondheidsraad miskent interacties bij ondervoeding van ouderen Ned Tijdschr Geneeskd 2012; 156: A4446
11. Gezondheidsraad. Ondervoeding bij ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011: publicatie nr 2011/32.
12. Schilp J, Kruijenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, van Binsbergen JJ, et al. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. Nutrition. 2012; 28(11-12): 1151-6.
13. Halfens RJG, van Nie NC, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM, et al. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2013. Maastricht: Universiteit Maastricht; CAPHRI School for Public Health and Primary Care, 2013.
14. Neelemaat F, Bosmans JE, Thijs A, Seidell JC, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Post-discharge nutritional support in malnourished elderly individuals improves functional limitations. Journal of the American Medical Directors Association. 2011; 12(4): 295-301.



15. Neelemaat F, Bosmans JE, Thijs A, Seidell JC, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Oral nutritional support in malnourished elderly decreases functional limitations with no extra costs. *Clinical nutrition*. 2012; 31(2): 183-90.
16. Neelemaat F, Lips P, Bosmans JE, Thijs A, Seidell JC, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Short-term oral nutritional intervention with protein and vitamin D decreases falls in malnourished older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(4): 691-9.
17. De Bruin SR, Oosting SJ, Tobi H, Blauw YH, Schols JM, De Groot CP. Day care at green care farms: a novel way to stimulate dietary intake of community-dwelling older people with dementia? *The journal of nutrition, health & aging*. 2010; 14(5): 352-7.
18. den Brok P, Gorselink M. De Genietende Groene Tafel. Een pilot - onderzoek naar wat goed eten en drinken binnen de zorgsector kan opleveren. Phliss / Wageningen UR Food & Biobased Research, 2010: <http://edepot.wur.nl/150900>.
19. Nijs KA, de Graaf C, Siebelink E, Blauw YH, Vanneste V, Kok FJ, et al. Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2006; 61(9): 935-42.
20. Wyers CE, Breedveld-Peters JJ, Reijven PL, van Helden S, Guldemond NA, Severens JL, et al. Efficacy and cost-effectiveness of nutritional intervention in elderly after hip fracture: design of a randomized controlled trial. *BMC public health*. 2010; 10: 212.
21. Breedveld-Peters JJ, Reijven PL, Wyers CE, van Helden S, Arts JJ, Meesters B, et al. Integrated nutritional intervention in the elderly after hip fracture. A process evaluation. *Clinical nutrition*. 2012; 31(2): 199-205.
22. Elzen H, Slaets JP, Snijders TA, Steverink N. Evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) among chronically ill older people in the Netherlands. *Social science & medicine*. 2007; 64(9): 1832-41.
23. van der Meer PAM. Eindrapport Senioren en Voeding (versie 2.0). Opdrachtgever Unie KBO. TeraKnowledge, Bureau voor Onderzoek, 2013: .
24. van den Berg SW, de Bruin SR, Rempelberg C, Boer JMA. Verslag Workshop 'Voeding als Medicijn voor Ouderen?'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2013: <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:228952&type=org&disposition=inline>.
25. Ministerie van VWS. Notitie 'Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg', 2013 <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/publicaties/2013/04/25/hervorming-van-de-langdurige-ondersteuning-en-zorg.html>.
26. van der Sluis A, Witkamp R, Peppelenbos H, Rempelber C, de Jong N, Verhagen H. Mogelijkheden voor reductie van medicijngebruik door gezonde voeding(sproducten) in zorginstellingen. Wageningen: Agrotechnology and Food Sciences Group, 2010: <http://edepot.wur.nl/173830>

**RIVM**

*De zorg voor morgen begint vandaag*