

LNv Consumentenplatform
'Gezond leven, een leven gezond'
Over ouderen en gezonde voeding
12 maart 2010

LNV Consumentenplatform - '**Gezond leven, een leven gezond**'

Over ouderen en gezonde voeding

Bevat informatie over: gezonde voeding, consumentenbeleid, ouderenbeleid, ondervoeding, communicatie

Den Haag, 2 maart 2010

Inhoud

Pagina

Beleidsdossier	5
Achtergronddossier	13
Opinie onderzoek	25
Consumentenpaneldiscussies	33
Colofon	39

1. Beleidsdossier



1. Inleiding

De maatschappelijke aandacht voor gezondheid lijkt groter dan ooit. Gezondheid is allereerst van belang voor de kwaliteit van leven van elk individu. Daarnaast is gezondheid belangrijk voor de samenleving, het draagt bij aan het menselijk kapitaal waar de maatschappij op drijft. Een gezonde leefstijl, waar gezond eten onderdeel van is, speelt hierbij een belangrijke rol. Het kabinet wil die gezonde leefstijl stimuleren en mogelijk maken.

In onze samenleving moet ook iedereen kunnen participeren. Voor de meeste mensen is dit een vanzelfsprekendheid, maar er zijn mensen die daarbij moeten worden geholpen. Wanneer dat het geval is, moeten zij ervan op aan kunnen dat hulp of ondersteuning beschikbaar is. Het kabinet wil daarbij de weerbaarheid, het respect en de autonomie van kwetsbare mensen versterken, zodat zij zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig kunnen meedoen en eigen keuzes kunnen maken. Mensen moeten zich prettig en vertrouwd voelen in hun directe omgeving.

Leefstijlvoorlichting richt zich vooralsnog grotendeels op de rol van opvoeders en op jongeren, de jeugd heeft de toekomst. Gezien de toenemende vergrijzing en de wens dat mensen langer gezond leven en deelnemen aan de maatschappij, kan het een keus zijn meer in te zetten op ouderen. Met deze achtergrond leggen we de volgende vragen voor aan het Consumentenplatform:

Het streven is om mensen zo lang mogelijk in goede gezondheid en welzijn te laten leven. Voeding speelt hierbij een rol.

1. Hoe kan voeding bijdragen aan een gezonde leefstijl bij ouderen?
 - Welke aanpak is het meest effectief in het bijdragen aan een gezonde leefstijl?
 - Wat is de rol van de consument, de overheid en het bedrijfsleven bij het inzetten van voeding als instrument in het streven om ouderen zo lang mogelijk in goede gezondheid en welzijn te laten leven?
2. Zijn er grenzen aan het stimuleren van gezonde voeding?

1.2 Leeswijzer

In dit beleidsdossier treft u achtereenvolgens het beleid rond gezond eten en al bestaande activiteiten rond voeding en ouderen. Daarnaast staat het bredere beleidskader waar dit in past weergegeven onder de noemers: *Preventie, Politiek kader, Internationaal, Integraal en nationaal* en *Lokaal gezondheidsbeleid*.

1.3 Voedingsbeleid

Vroeger voerden voedselveiligheid en beschikbaarheid van voedsel de boventoon in het voedingsbeleid. Daar hoeven we ons tegenwoordig geen zorgen meer over te maken. Vandaag de dag ligt de nadruk op de risico's van een overvloed in keuze en de ongezonde keuze van voedsel. In juli 2008 is de nota '*Gezonde Voeding, van begin tot eind*' namens het Kabinet aan de Tweede Kamer gestuurd. Hierin staat het voedingsbeleid voor de komende tijd beschreven, gebaseerd op 2 lijnen. Uitgangspunt hierbij is de gezonde keuze de gemakkelijke keuze maken.

De eerste lijn is het **aanbod** (de omgeving) gezonder maken zodat de gezonde keuze (letterlijk) meer voor de hand ligt. Het herformuleren van levensmiddelen (hoeveelheid ongezonde vetten, zout, energie verminderen) is hier onderdeel van. De industrie werkt hier via verschillende taskforces aan.

De tweede lijn betreft **informatievoorziening** zodat mensen goed zijn toegerust voor het maken van de gezonde keuze. Hier valt generieke voorlichting onder en voorlichting via intermediairen of informatie op het etiket. In de voorlichting ligt de nadruk op het belang van een gezond voedingspatroon (in combinatie met beweging) en minder op afzonderlijke producten.

Eten is een thema dat raakt aan emoties, iedereen heeft er een mening over en heeft eigen gewoontes rond eten en koken. Dat maakt erover praten in relatie tot gezondheid ook snel gevoelig. Binnen een gezond voedingspatroon zijn wel belangrijke groepen voedingsmiddelen aan te wijzen, zoals groente en fruit, graanproducten en vis. Voor bepaalde groepen of patiënten kan verrijkte voeding een meerwaarde zijn. Het Voedingscentrum heeft een belangrijke rol bij de voorlichting over gezonde voeding. Daarnaast hebben partijen of personen in de nabije omgeving van mensen hierin een rol zoals beschreven staat in de paragraaf '*nationaal en lokaal*'.

Om het doel 'de gezonde keuze makkelijker maken' te bereiken, werkt het ministerie van VWS nauw samen met het ministerie van LNV, de levensmiddelenindustrie, retail, productschappen, onderzoekers en voorlichters. VWS is ervan overtuigd dat gezamenlijke inspanning nodig is om aanzienlijke verbeteringen te behalen. De ontwikkelingen in de voedselconsumptie worden gemonitord door het RIVM. Het RIVM voert in opdracht van VWS geregeld een voedselconsumptiepeiling (VCP) uit. Deze VCP brengt in beeld wat, hoeveel, waar en wanneer de Nederlandse bevolking eet. Binnenkort wordt voor het eerst een aparte VCP onder ouderen uitgevoerd om het voedingsbeleid voor die groep gericht vorm te geven.

1.4 Voeding en ouderen

Veel van het bovenstaande voedingsbeleid is speciaal gericht op groepen die minder goede eetgewoonten hebben. Zelfstandig wonende ouderen (>55+) en ouderen in instellingen zijn twee voorbeelden van dergelijke groepen waarop het voedingsbeleid van de overheid zich nu en in de toekomst op richt. Gezonde voeding speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van ziekte, zeker bij chronische ziekten die steeds vroeger de kop opsteken, zoals diabetes type II en hart- en vaatziekten. Maar ook als iemand al ziek of verzwakt is, kan voeding een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven en het verloop van het ziekteproces. Het beter verbinden van preventie en zorg kan hier een meerwaarde leveren (zie paragraaf '*Preventie*').

De zorgprofessional in de eerstelijnsgezondheidszorg (huisarts, thuiszorg) kan ouderen attenderen op het belang van een gezond voedingspatroon en zonodig doorverwijzen naar een diëtist. Daarnaast is er de laatste jaren veel aandacht voor het voorkomen en verminderen van **ondervoeding**. Ondervoeding is sterk gerelateerd aan de kwaliteit van leven (zelfredzaamheid, fragiliteit, kracht). Ouderen zijn een belangrijke risicogroep voor ondervoeding.

De overheid heeft de afgelopen jaren projecten gefinancierd waarmee instrumenten voor screening en voorbeelden voor behandelaanpak van ondervoeding in ziekenhuizen en zorginstellingen zijn ontwikkeld. Hiermee zijn randvoorwaarden gecreëerd voor de aanpak van ondervoeding. Het signaleren van ondervoeding bij patiënten is een verantwoordelijkheid van de instelling, het is onderdeel van de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Om de aandacht ervoor te verankeren is ondervoeding opgenomen in de

basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen en in de kwaliteitsindicatoren voor zorginstellingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) monitort deze indicatoren. Uit de rapportage 'Het resultaat telt ziekenhuizen 2008' van de IGZ blijkt het effect van deze inspanningen. De screeningsactiviteiten van ziekenhuizen ten opzichte van het jaar 2007 waren bijna verviervoudigd.

Naast het signaleren van al aanwezige ondervoeding, is het voorkómen van ondervoeding een zeer belangrijk punt. Momenteel loopt een project om te onderzoeken hoe screenen, diagnosticeren en behandelen van (het risico op) ondervoeding in de eerstelijnsgezondheidszorg (huisarts, thuiszorg) verbeterd kan worden. De *Stuurgroep Ondervoeding* is een belangrijke drijvende kracht bij bovengenoemde activiteiten in ziekenhuizen, instellingen en eerstelijnsgezondheidszorg.

2. Preventie

We leven gemiddeld langer, maar het aantal gezonde levensjaren neemt niet toe: het aantal chronisch zieken en mensen met overgewicht stijgt. Dat is zorgelijk. De missie van het kabinet is bijdragen aan de kwaliteit van leven van iedere Nederlander. Iedereen zo lang mogelijk gezond houden, zieken zo snel mogelijk beter maken, mensen met beperkingen ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen. Nederland gezond en wel. Onder het motto '*voorkomen is beter dan genezen*' is de afgelopen jaren een sterkere nadruk komen te liggen op het preventiebeleid.

Gezondheid wordt door mensen vaak als belangrijkste aspect van hun leven genoemd. Gezond zijn en gezond blijven is echter niet vanzelfsprekend. In de praktijk kiezen mensen toch vaak, veelal onbewust, voor ongezond gedrag. Mensen zijn over het algemeen in staat om zelfstandig keuzes te maken naar eigen voorkeur en leefstijl. De **omgeving** – fysiek en sociaal – bepaalt vaak de bandbreedte waarbinnen wordt gekozen. Het individu, werkgevers, bedrijven, zorgverzekeraars, het onderwijs, de overheid, hebben allemaal een rol in die omgeving. Het kabinet ziet al deze partijen dan ook als partners in gezondheid.

Leefstijl is een zaak van mensen zelf. Maar bij ziekte die voortkomt uit die leefstijl wordt wel een beroep gedaan op de (financiële) solidariteit van anderen. Ook om deze redenen wil het kabinet gezonde keuzen stimuleren. Kiezen voor gezonde voeding is hier een onderdeel van.

Onderdeel van het preventiebeleid is het versterken van de **verbinding tussen preventie en zorg**. De eerstelijnsgezondheidszorg, zoals de huisarts of fysiotherapeut, speelt bij het voorkomen van chronische aandoeningen een centrale rol. Een huisarts kan mensen aanraden deel te nemen aan bijvoorbeeld screening, of ze stimuleren genoeg te bewegen en gezond te eten. Doeltreffende preventieve programma's worden onderdeel van de basistaken eerste lijn en onderdeel van de zorgketen (preventie in het pakket).

Daarnaast wordt ingezet op een actievere rol van de patiënt via zelfmanagement-programma's voor chronisch zieken. Die programma's houden in dat de patiënt verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen gezondheid, bijvoorbeeld door gezonder te eten en meer te bewegen. Een leefstijl die eraan bijdraagt dat de ziekte niet verergert.

2.1 Politieke kader van Balkenende IV

Het Kabinet kiest er met nadruk voor om de gezonde *keuze* makkelijk te maken. De keuze is aan het individu zelf, dit wil de overheid niet voorschrijven. Het Kabinet beroept zich hiermee op ieders eigen verantwoordelijkheid en op de verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen jegens de maatschappij.

De politiek kiest hiermee duidelijk voor zelfregulering door het bedrijfsleven om het aanbod te verbeteren. In Europa is voedselveiligheid wettelijk geregeld, maar zijn geen wettelijke voorschriften over gezonde voeding. Wel zijn er informele afspraken ('commitment') om aandacht aan bepaalde onderwerpen te besteden, bijvoorbeeld voor reductie van zoutconsumptie en terugdringen van overgewicht.

2.2 Internationaal

De beleidslijn die Nederland volgt op het gebied van voeding en gezondheid komt overeen met de aandachtspunten die door de WHO en EU worden aangegeven in de *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* (WHO, 2004) en het *EU Witboek voor een Europese Strategie voor voeding, overgewicht en obesitas*.

De vergrijzende bevolking vraagt aandacht voor beleidsontwikkeling in heel Europa, ouderen zo lang mogelijk gezond zelfstandig laten leven '*healthy ageing*' staat ook daar op de agenda.

De meeste EU-landen hebben beleid voor gezond ouder worden dat ofwel deel uitmaakt van het algemene gezondheidsbeleid voor de hele bevolking, ofwel een afzonderlijk onderdeel vormt. De meeste maatregelen zijn gericht op gezondheidsbevordering, ziekte- en ongevallenpreventie en er worden verschillende accenten gelegd, zoals het stimuleren van lichaamsbeweging, '*behoud van autonomie*' of '*sociale integratie*'. Er is nog weinig beleid dat zich richt op gezonder ouder worden door voeding. Ondervoeding bij ouderen is een actueel probleem.

In veel landen blijkt een toename te zijn van het aantal ouderen dat zelfstandig woont. Zelfstandig wonen blijkt vaak de eigen keuze van de ouderen te zijn, maar in sommige landen wonen ouderen ook noodgedwongen zelfstandig omdat er te weinig carevoorzieningen zijn of onvoldoende plaatsen. De diensten van de thuiszorg worden voornamelijk vastgesteld door de gemeenten. Er treedt daardoor een grote variatie op in de gemeenten van de onderzochte landen zelf, maar ook tussen de Europese landen. Cultuuraspecten spelen hierbij een rol. In Finland en Spanje is de rol van de familie groot, hier is mantelzorg vanzelfsprekender dan bijvoorbeeld in Duitsland.

3. Integraal gezondheidsbeleid

Het bevorderen van gezondheid gebeurt niet alleen vanuit het terrein van volksgezondheid. Ook beleidsterreinen als bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, sociale zaken en werkgelegenheid, verkeer en waterstaat dragen bij aan een integrale aanpak door bijvoorbeeld: veilige fietspaden, minder fijnstof in steden en de voorgestelde verhoging van de pensioenleeftijd van 65 jaar naar 67 jaar. De belangen vanuit andere beleidsterreinen lopen vaak parallel aan het belang vanuit gezondheidsoogpunt. Er is nog winst mogelijk door deze gezamenlijke belangen beter te benutten, op nationaal en lokaal niveau.

3.1 Nationaal en lokaal

Vastgelegd in de *Wet publieke gezondheid* (Wpg) en de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo) hebben gemeenten een verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welzijn van hun ingezetenen, en dus ook voor het bevorderen van een gezonde

leefomgeving. Lokaal kunnen activiteiten ter bevordering van de gezondheid optimaal op elkaar af worden gestemd en kan de aanpak op maat worden gemaakt naar de lokale behoefte. Afhankelijk van de bevolkingssamenstelling en gezondheidsproblemen, wordt het aanbod van interventies en voorlichtingsactiviteiten, bijvoorbeeld uitgevoerd door de GGD, vormgegeven. In de Wpg (art. 5a, dat 1 juli 2010 in werking zal treden) zijn ouderen als aparte groep genoemd. De nationale overheid laat de ruimte aan het lokaal initiatief over hoe zij de uitwerking van de preventieve ouderengezondheidszorg lokaal wil vormgeven.

De rijksoverheid zorgt voor de randvoorwaarden zodat er op lokaal niveau kan worden beschikt over kennis en kunde. Het *Centrum Gezond Leven* bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) fungeert als makelaar van interventies: het levert kennis over interventies en certificeert bestaande effectieve aanpakken. Ook worden steunpunten ingericht voor en door lokale professionals in de gezondheidsbevordering. Daarnaast zorgen gezondheidsbevorderende instellingen zoals het *Voedingscentrum*, *Trimbos* en het *Nationaal Instituut voor Sport en Bewegen* (NISB) voor betrouwbare informatie en materialen voor voorlichting.

3.2 LNV Consumentenplatform

Zoals reeds is genoemd draagt een goede gezondheid in belangrijke mate bij aan het welzijn van mensen. Vanaf 45-50 jaar vindt er een sterke stijging plaats in het percentage mensen die in enige mate ongezondheid ervaren. Een gezonde levensstijl, met onder andere gezonde voeding, speelt juist voor deze mensen een belangrijke rol. Vrijdag 12 maart aanstaande worden daarom de volgende vragen aan het LNV Consumentenplatform voorgelegd:

Het streven is om mensen zo lang mogelijk in goede gezondheid en welzijn te laten leven. Voeding speelt hierbij een rol.

1. Hoe kan voeding bijdragen aan een gezonde leefstijl bij ouderen?
 - Welke aanpak is het meest effectief in het bijdragen aan een gezonde leefstijl?
 - Wat is de rol van de consument, de overheid en het bedrijfsleven bij het inzetten van voeding als instrument in het streven om ouderen zo lang mogelijk in goede gezondheid en welzijn te laten leven?
2. Zijn er grenzen aan het stimuleren van gezonde voeding?

2. Achtergronddossier



1. Inleiding

Vanaf 45-50 jaar vindt er een sterke stijging plaats in het percentage mensen die in enige mate (licht, matig, ernstig) ongezondheid ervaren. Het percentage mannen dat de eigen gezondheid als '*minder dan goed*' ervaart bedraagt 11% in de leeftijdscategorie 25-44 jaar, 24% in de leeftijdscategorie 45-64 jaar, en 38% in de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder. Voor vrouwen bedragen die percentages respectievelijk 18%, 27% en 44%.

Een ongezond voedingspatroon is een risicofactor voor gezondheidsproblemen. Een erg groot deel van de ouderen (>65 jaar) voldoet niet aan de *Richtlijnen Goede Voeding* van de *Gezondheidsraad*. Slechts 7% van de mannen en 8% van de vrouwen van 65 jaar en ouder voldeed volgens de Voedsel Consumptie Peiling (VCP) 1998 aan de richtlijn voor verzadigd vet (<10% van de energieinname). Ook de aanbevelingen voor groenten en fruit worden door een groot deel (ongeveer 70%) van de ouderen niet gehaald.

Een gezonde leefstijl, inclusief een gezond voedingspatroon, is een belangrijke factor voor behoud van gezondheid. Echter, leefstijlvoorlichting richt zich vooralsnog grotendeels op de rol van opvoeders en op jongeren. Maar gezien de toenemende vergrijzing en de wens dat mensen langer in goede gezondheid blijven deelnemen aan de maatschappij, kan het een keus zijn om meer in te zetten op ouderen.

Dit achtergronddocument behandelt het belang van gezonde voeding voor ouderen, en de mogelijkheden om ouderen te bewegen om voedingsgewoontes te verbeteren. In het eerste deel van dit document wordt behandeld:

1. Ouderen als doelgroep.
2. Wat goede voeding is?
3. Welke specifieke voedingseisen zijn voor ouderen van belang?
4. Mogelijkheden om de voedingsstatus te verbeteren.

In het tweede deel wordt behandeld:

1. Welke sociale en fysiologische factoren bepalen in hoeverre een gezond voedingspatroon wordt gevolgd?
2. Wat zijn de mogelijkheden om het voedingspatroon te beïnvloeden?

DEEL I

1. Ouderen als doelgroep

Vanwege de demografische ontwikkeling nu en in de nabije toekomst, is het te rechtvaardigen om ouderen, hier aangeduid met 65 jaar en ouder, als aparte doelgroep ook voor voeding aan te merken.

Het aantal ouderen zal de komende decennia sterk blijven toenemen. Volgens de CBS Bevolkingsprognose zal het aantal 65-plussers toenemen van 2,5 miljoen in 2009 tot een hoogtepunt van 4,5 miljoen in 2040. Daarna daalt het aantal ouderen naar 4,2 miljoen in 2050. In 2050 is naar schatting 25% van de bevolking 65-plusser ten opzichte van 15% in 2009. De eerste jaren zal vooral het aandeel 65-79-jarigen sterk toenemen en vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe (de dubbele vergrijzing). In 2050 is vier op de tien 65-plussers ouder dan 80 jaar.

Andere kengetallen in dit kader zijn:

- Slechts 7% van de ouderen woont in een instelling, de grootste groep ouderen woont zelfstandig.
- Uit onderzoek is naar voren gekomen dat de groep ouderen die in meer of mindere mate ondervoed is 400.000 ouderen telt. Omdat ca. 93% van de ouderen zelfstandig woont is het signaleren van de eerste tekenen van ondervoeding door huisarts en/of thuiszorg cruciaal.

Hoewel, zoals hierna wordt beschreven, er een aantal specifieke aandachtspunten met betrekking tot de voeding van ouderen bestaan, zijn de uitgangspunten zoals gehanteerd bij het opstellen van de richtlijnen goede voeding in het algemeen ook voor deze doelgroep van toepassing.

2) Wat is gezonde voeding?

Voeding levert energie, bouwstoffen en regulerende stoffen, samen voedingstoffen of nutriënten genoemd. Voedingstoffen zijn nodig om nieuwe weefsels en cellen te kunnen vormen, of hun structuur en functie te onderhouden. Er zijn meer dan vijftig voedingstoffen bekend die onmisbaar zijn om de lichaamsfuncties van de mens in stand te houden. Het betreft zowel zogenaamde macronutriënten (eiwitten, vetten en koolhydraten) als micronutriënten (vitamines, mineralen en sporenelementen). Naast deze voedingsstoffen bevat voeding ook niet verteerbare voedingsvezels.

De *Richtlijnen goede voeding 2006* geven de gemiddeld wenselijke voeding weer die qua samenstelling en hoeveelheid optimaal is voor de gezondheid van de bevolking. De richtlijnen zijn bedoeld om de overheid te steunen bij het ontwikkelen van beleid en bij het volgen van de effecten ervan. Ze zijn in 2006 getoetst aan de laatste wetenschappelijke inzichten. Bij het vaststellen van de richtlijnen is naast het voorkomen van de traditionele deficiëntieziekten ook rekening gehouden met de preventie van chronische ziekten.

Gekwantificeerde doelstellingen uit de *Richtlijnen goede voeding 2006* maken het voor beleidsmakers mogelijk de actuele voedselconsumptie van de bevolking te vergelijken met het aanbevolen voedingspatroon. Voor de praktische toepassing van de richtlijnen in de voedingsvoorlichting moeten deze worden vertaald in aanbevolen hoeveelheden van voedingsmiddelen. Zie hiervoor de *Richtlijnen Goede Voedselkeuze* op de website van het Voedingscentrum

(www.voedingscentrum.nl).



De *Richtlijnen goede voeding 2006* hebben betrekking op de ogenschijnlijk gezonde Nederlandse bevolking vanaf de leeftijd van twaalf maanden met een stabiel en gezond gewicht (ofwel in energiebalans). Voor specifieke bevolkingsgroepen als kinderen, zwangere vrouwen en ouderen moet rekening gehouden worden met verschillen in hun behoeften hetgeen voor ouderen hierna verder wordt uitgewerkt.

De *Richtlijnen goede voeding 2006* (Gezondheidsraad, 2006) zijn:

- Zorg voor een gevarieerde voeding.
- Gebruik dagelijks ruim groente, fruit en volkoren graanproducten;
- Eet regelmatig (vette) vis.
- Gebruik zo weinig mogelijk producten met een hoog gehalte aan verzadigde vetzuren en enkelvoudig trans-onverzadigde vetzuren.
- Beperk frequent gebruik van voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijk vergistbare suikers en dranken met een hoog gehalte aan voedingszuren.
- Beperk de inname van keukenzout.
- Zorg dagelijks voor voldoende lichaamsbeweging.
- Bij alcoholgebruik: wees matig.

Voeding die voldoet aan de *Richtlijnen goede voeding* volstaat om de algemene, gezonde bevolking voldoende microvoedingsstoffen te leveren. Een inname van microvoedingsstoffen hoger dan de aanbeveling moet worden voorkomen omdat dit geen gezondheidswinst oplevert; een langdurige inname hoger dan de veilige bovengrens kan zelfs schadelijk zijn voor de gezondheid. Alleen bepaalde risicogroepen hebben in aanvulling op een gevarieerde voeding van sommige microvoedingsstoffen extra nodig.

Het gaat onder andere om de volgende microvoedingsstoffen en risicogroepen:

- Foliumzuur voor vrouwen rond de conceptie;
- Vitamine D voor: Jonge kinderen; kinderen en volwassenen met een niet-westerse achtergrond of die onvoldoende buitenkomen; gesluisde vrouwen; alle vrouwen vanaf 50 jaar; alle mannen vanaf 70 jaar;
- Vitamine K voor pasgeborenen die borstvoeding krijgen (tot 3 maanden);
- Vitamine B12 voor veganisten.

Voeding en lichamelijke activiteit bepalen samen de energiebalans. De energiebalans is in evenwicht als de dagelijkse inname van energie (voeding) even groot is als het dagelijkse energieverbruik. Bij een groot deel van de bevolking is sprake van te veel eten (ofwel overvoeding) in verhouding tot de mate van lichamelijke activiteit. Dit verhoogt het risico op overgewicht. Een te lage energie-inname komt in Nederland alleen voor bij specifieke groepen, zoals zwangere vrouwen, bepaalde groepen ouderen, chronisch zieken, alcohol- en drugsverslaafden en personen met eetstoornissen als anorexia nervosa. Een te lage energie-inname kan gepaard gaan met tekorten aan microvoedingsstoffen en/of een te sterke afname van lichaamsgewicht. Bij chronisch te veel of te weinig eten is de inname van voedingsstoffen niet optimaal voor het functioneren van het menselijke lichaam, wat tot ziekte en voortijdige sterfte kan leiden.

Tot slot, gezonde voeding is voeding die qua samenstelling en hoeveelheid van voedingsstoffen optimaal is voor de gezondheid. In de westerse wereld gaat het daarbij vooral om een zo laag mogelijke inname van verzadigde vetzuren, trans- onverzadigde vetzuren en keukenzout en voldoende consumptie van vis, groente, fruit en volkoren graanproducten. Een ongezond voedingspatroon is een belangrijke risicofactor voor een aantal chronische ziekten, waaronder kanker, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en osteoporose. Naar schatting is 25% van alle kankers en hart- en vaatziekten door een combinatie van juiste voeding en voldoende lichamelijke activiteit te voorkomen. Voor de preventie van aan voeding gerelateerde chronische ziekten is het de totale voeding die centraal moet staan en niet de afzonderlijke voedingsmiddelen of bestanddelen daarvan.

3. Welke specifieke voedingseisen zijn voor ouderen van belang?

Zoals ook gememoreerd in het beleidsdossier is het RIVM in 2009 in opdracht van het Ministerie van VWS gestart met een aparte voedselconsumptiepeiling (VCP) voor ouderen. Naar verwachting komen de resultaten hiervan in 2011 beschikbaar. Data in de onderstaande tekst zijn daarom in hoofdzaak gebaseerd op gegevens uit de VCP 1998.

Voedingsgedrag en ondervoeding

Zelfstandig wonende ouderen hebben in het algemeen een gunstige inname van groente en fruit, maar een hoge inname van vetten met een ongunstig vetzuurpatroon. In de periode 1987-1998 is er vooral bij 70-plussers sprake van een enigszins gunstige trend in het percentage dat voldoet aan de richtlijn voor groenten en verzadigd vet. De trend in de consumptie van fruit is zowel bij mannen als vrouwen van beide leeftijdsklassen ongunstig. Ook als de consumptie van vruchtensappen wordt meegenomen in de berekening blijft er sprake van een daling in het percentage dat aan de richtlijn voldoet.

Op basis van voedselconsumptie-onderzoek blijkt dat de energie-inname bij zelfstandig wonende ouderen gemiddeld voldoende is, maar dat dit voor subgroepen niet het geval is. Van personen van 75 jaar en ouder had 32% van de vrouwen en 10% van de mannen een energie-inname van minder dan 6,3 MJ per dag. Doordat de lichaamsbeweging in het algemeen afneemt bij het ouder worden, vermindert de hoeveelheid spierweefsel. Dit gaat gepaard met ofwel een toename van de vetmassa ofwel een vermindering van lichaamsgewicht. De ruststofwisseling neemt af, waardoor ook de energiebehoefte bij ouderen afneemt. Wanneer echter het lichaamsgewicht te sterk afneemt en/of de lagere energie-inneming gepaard gaat met tekorten aan essentiële voedingsstoffen, is sprake van **ondervoeding**.

Voedingstekorten ontstaan niet alleen door onvoldoende inneming, maar kunnen waarschijnlijk ook het gevolg zijn van verminderde opname van voedingsstoffen via de darmwand naar het bloed (zoals vitamine B12) of onvoldoende synthese in de huid (vitamine D). Met name bij ouderen boven 75 jaar vindt synthese in de huid van vitamine D onvoldoende plaats, ook als zij regelmatig buiten komen.

Met een dagelijks voedselpakket dat hoort bij een dergelijk lage energie-inname is het moeilijk om voldoende voedingsstoffen in te nemen. Naarmate de ouderen meer afhankelijk worden van zorg, gebruiken zij minder energie. Bij geïnstitutionaliseerde oudere vrouwen ligt de inname van de vitamines A, B1, B6, C, D, en E en van calcium gemiddeld genomen beneden de aanbevolen hoeveelheid per dag. De beperkte gegevens voor mannen wijzen in dezelfde richting. Dit is een ernstige situatie, met name wanneer het om een langdurige situatie gaat. In het algemeen is de gemiddelde voorziening van microvoedingsstoffen ten opzichte van de richtlijnen voldoende, echter met uitzondering van vitamine D waarbij in 12-25% van de ouderen een te lage vitamine D status wordt geschat.

Gedifferentieerd naar leeftijd en microvoedingsstof is het beeld genuanceerder. Een ontoereikende micronutriënten status komt bij fragiele ouderen en verpleeghuisbewoners veelvuldig voor. Voor vrouwen boven de 80 jaar wordt het percentage met een inadequate vitamine D status geschat op 65%. Bovendien komen lage waarden van de vitamines B6, B12 en foliumzuur vaak voor onder ouderen. Voor vitamine D en vitamine B12 is het voor veel ouderen boven de 75 jaar ondoenlijk om alleen via de voeding te voldoen aan de behoeftes. Suppletie van vitamine D wordt dan ook aanbevolen voor vrouwen vanaf 50 jaar en mannen vanaf 60 jaar en suppletie van vitamine B12 voor ouderen met een lage vitamine B12 status.

Een kwart van de 'fragiele' ouderen (zelfstandig wonende ouderen met een zorgbehoefte) en de verpleeghuisbewoners hebben een tekort aan vitamine B6. Voorts heeft 40% van de fragiele ouderen en 14% van de verpleeghuisbewoners een tekort aan vitamine B12. Voor vitamine D zijn de percentages respectievelijk 41 en 52%.

3.1 Voedingssupplementen

Voor gezonde consumenten die zich aan de '*Richtlijnen Goede Voeding*' houden zal het in het algemeen niet nodig zijn om *specifieke gezondheidsbevorderende voedingsmiddelen* (SGV's) of gezondheidsproducten te gebruiken. Gebruik hiervan zal voor deze consumenten geen of weinig gezondheidswinst opleveren.

In een aantal situaties en bij specifieke groepen, waaronder ouderen, kan consumptie van SGV's en gezondheidsproducten echter wel tot gezondheidswinst leiden. Momenteel wordt door de Gezondheidsraad alleen voor vitamine D voor ouderen geadviseerd om als aanvulling op een gezonde voeding extra suppletie te gebruiken ter behoud van de botmassa. Inmiddels groeit het aantal aanwijzingen dat een te lage vitamine D status ook een risicofactor kan zijn voor een aantal andere (chronische) ziekten. Recent heeft de minister dit advies voor 60-plussers overgenomen (brief Klink Voedingsbeleid 7 januari 2010).



De bio-actieve stoffen die momenteel aan SGV's en gezondheidsproducten worden toegevoegd maken onderdeel uit van de traditionele voeding: ze komen meestal van nature, in lage doseringen, in de voeding voor. Ook specifieke kruideningrediënten, die in gezondheidsproducten zijn verwerkt, worden sinds lange tijd gebruikt. Daar traditionele voeding in het algemeen als veilig wordt beschouwd, kan men veronderstellen dat blootstelling aan deze stoffen eveneens veilig is. Dit hoeft echter niet meer te gelden als consumenten naast de traditionele voeding ook SGV's en gezondheidsproducten gaan gebruiken die verrijkt zijn met deze specifieke stoffen. Consumenten kunnen dan aan aanzienlijk hogere doseringen worden blootgesteld. De dosering kan enerzijds hoger worden door het tegelijkertijd gebruiken – ook wel stapelen genoemd – van meerdere producten met dezelfde bio-actieve stof(fen). Anderzijds kan de dosering per product hoger zijn, kortom waakzaamheid is ook geboden om overschrijding van vastgestelde bovengrenzen van (micro)voedingsstoffen te voorkomen.

3.2 Voeding en geneesmiddelen

Effecten van voeding en geneesmiddelen kunnen op verschillende wijzen met elkaar interfereren (Witkamp, 2007). Bij ouderen zouden bijvoorbeeld door (meerdere) geneesmiddelen geïnduceerde voedingsdeficiënties van extra belang kunnen zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor een specifiek type maagzuurremmers, de protonpomp remmers zoals *Omeprazol*. Deze remmen niet alleen de maagzuur productie maar onder andere ook de productie van *gastric intrinsic factor*, een cofactor noodzakelijk voor opname van vitamine B12 in de dunne darm.

3) Mogelijkheden om de voedingsstatus te verbeteren

Er zijn een kleine 200 reviews over voedingsinterventies gericht op ouderen beschikbaar in PubMed. Sommigen met een ziekte of aandoening maar velen met een (surrogaat) biomarker als uitkomstmaat. In het kader/bestek van dit document is het niet mogelijk om hier een systematisch overzicht met betrekking tot effectiviteit van deze interventies aan te geven. Daarom wordt volstaan met enkele willekeurige voorbeelden gebaseerd op systematische reviews en meta-analyses, waaronder een tweetal effectieve (vitamine D supplementatie en *exercise training*) en een tweetal niet effectieve interventies (*multi-vitamin-mineral supplements* en foliumzuur met of zonder vitamine B12).

- *Oral vitamin D supplementation between 700 to 800 IU/day reduces risk of hip and non-vertebral fractures in elderly (ambulatory or institutionalized). 400 IU/day is not sufficient. (Meta-analysis, JAMA 293: 2257-2264, 2005);*
- *Routine use of multivitamin and mineral supplements does not consistently reduce infections in elderly (Meta-analysis, BMJ 330: 871-877, 2005);*
- *Exercise training in elderly improves functional performance (Systematic review, Sports Med 38: 781-793, 2008);*
- *Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people. (Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8; 4).*

Het is wellicht voor meerdere partijen (ministerie van VWS en LNV en het Centrum voor Gezond Leven (RIVM)) interessant om in de toekomst wel een systematisch overzicht van effectieve voedingsinterventies voor ouderen op te stellen in verband met mogelijke toepassingen in de praktijk.

DEEL II

De *World Health Organization* (WHO) wijst erop dat er bewijzen zijn dat succesvolle voedingsinterventies onder ouderen mogelijk zijn en ook tot betekenisvolle afname van hun kansen op ziekte kunnen leiden. Een gezond en voedzaam voedingspatroon kan ziekte voorkomen en de gezondheid verbeteren waardoor de kwaliteit van leven van ouderen verbetert. Gunstig is dat ouderen meer geïnteresseerd blijken te zijn in gezonde voeding, omdat men meer bezig is met en nadenkt over de eigen gezondheid.

1) Factoren die een rol spelen bij een gezond eetpatroon

Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) heeft in 2003 effectieve methodieken voor gezonde voeding bij 55-plussers in kaart gebracht. Hieruit kwam het volgende naar voren:

- Factoren die bijdragen tot meer gezonde voeding zijn een lekkere smaak, de voordelen voor de gezondheid waarop de senior anticipeert, de bereidheid om fruit en groenten te eten, intrinsieke motivatie en sociale steun.
- Een gezonder eetpatroon hangt samen met een betere zelf waargenomen gezondheidsstatus, de overtuiging dat een evenwichtige voeding de gezondheid gunstig beïnvloedt, een goede, functionele autonomie (onder andere wat het zicht betreft), weinig hinder van functionele beperkingen bij het boodschappen doen, een vlotte toegang tot voedselservices, meer sociale steun en meer gunstige socio-economische factoren en leefomstandigheden (onder andere *alleen* versus *bij familie*).

- Barrières zijn de onbekwaamheid om de kennis over gezonde voeding toe te passen, de leeftijd van de senior ('oudere' ouderen hebben minder positieve opvattingen over de effecten van een evenwichtig voedingspatroon op hun gezondheid dan 'jongere' ouderen), een lagere intentie om eetpatronen te veranderen en een lagere verwachting dat te kunnen.
- Eetlust is sterk afhankelijk van individuele factoren zoals de aanwezigheid van lichamelijke en/of psychische ziektes, de mate van fysieke activiteit, de aanwezigheid van stress of het voorkomen van kauwproblemen en andere mondziektes.
- Risicogroepen voor een onevenwichtig eetpatroon en ondervoeding zijn senioren met een laag inkomen en/of laag opleidingsniveau, alleenwonende mannen en weduwnaarschap. Het gemiddeld inkomen van gepensioneerden is doorgaans lager dan dat van de werkende populatie.
- Voedingsgewoonten kunnen ook veranderen ten gevolge van sociale isolatie, depressie en dementie of medicatiegebruik. Psychische ziektes beïnvloeden vaak het aankopen van voedsel en het bereiden en genieten van maaltijden.
- Ook de gezinssamenstelling bepaalt vaak zaken zoals de aankoop van voedingsproducten en de beschikbaarheid van een auto, maar ook de mate waarin de oudere kan rekenen op sociale ondersteuning.
- Andere omgevingsbarrières zijn de prijs van voedingsproducten, etikettering van (on)gezonde voeding, de inhoud van voorverpakte maaltijden, de beschikbaarheid van kleine hoeveelheden en de situering van winkels.

In 2005 is er een literatuurstudie gedaan naar beïnvloedende factoren van gezonde voeding onder Canadese senioren. Hieruit kwam onder andere het volgende naar voren:

- *Individuele beïnvloedende factoren:*
 - Toegang tot voeding is moeilijker en gezondheidsproblemen komen vaker voor in kansarme ouderen;
 - Voedselinname en eetlust kan ook negatief beïnvloed worden door verminderd zicht, gehoor en reuk;
 - Sommige medicijnen kunnen ook de smaak veranderen;
 - Eenzaamheid kan bijdragen aan inadequate inname van voedingsstoffen;
 - Inname van voedsel en voedingsstoffen zou wellicht beter kunnen zijn onder diegenen met een hoge voeding- en gezondheid bewustzijn, en slechter onder diegenen met een negatief zelfbeeld of fysieke gezondheid.
- *Gemeenschappelijke factoren:*

Gemeenschappelijke factoren van gezond eten in ouderen die de potentie hebben om voedingsgewoonten en dus gezond eten te beïnvloeden, kunnen de volgende zijn:

 - Toegankelijke voedingsetiketten;
 - Een geschikte omgeving om boodschappen doen;
 - De marketing van de 'eet gezond boodschap';
 - Adequate sociale steun: (Echter wordt gezegd dat er hierover geen eenduidige antwoord te geven is);
 - Voorziening van effectieve community-based maaltijd-bezorging-services.

Ook is geografische isolatie naar voren gekomen als factor die een ongunstig effect heeft op de voedingsstatus onder ouderen. Echter komt uit andere onderzoeken juist naar voren dat voedingsstoffen inname niet gerelateerd was aan geografische locatie.

Het weduwschap kan negatieve effect hebben op voedselinname via gewichtsveranderingen, verhoogde ongunstige gezondheidsuitkomsten, inclusief depressie en verminderd 'voedings-zelf-management', die leiden tot veranderingen in voedingsgedrag en voedingsinname.

In 2008 is er een representatieve steekproef gedaan onder Nederlandse ouderen van wie de meerderheid zelfstandig woont. Hieruit komt naar voren dat belangrijke factoren die bij ouderen het risico op ondervoeding in de toekomst verhogen de volgende zijn: de aanwezigheid van twee of meer chronische ziekten, het gebruik van 3 of meer medicijnen, depressieve symptomen, angst symptomen en een slechte eetlust. Het hebben van beperkingen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten als gevolg van een gezondheidsprobleem was voor ouderen van 75 jaar en ouder een belangrijke risicofactor. Voor ouderen van 65 tot 75 jaar was een slechte score op de functie testen en zelfgerapporteerde functionele beperkingen een risicofactor. Het hebben van een partner leek het risico op ondervoeding in beide leeftijdsgroepen te verlagen.



2) Mogelijkheden om het eetpatroon te beïnvloeden

Het VIG doet op basis van een review een aantal aanbevelingen met betrekking tot methoden om gezonde voeding bij senioren te bevorderen:

2.1 Algemeen:

- Ouderdom is *geen barrière* voor het veranderen van voedingsgedrag. Een ruime meerderheid van de senioren leidt niet aan een chronische ziekte en zowat tweederden verkeert in goede gezondheid. Het is ook op oudere leeftijd mogelijk om door middel van een evenwichtige voeding gezondheidswinst te boeken.
- Senioren vormen *geen homogene groep*: het gaat zowel om mensen met een adequaat voedingspatroon, als om mensen met een ontoereikende inname van bepaalde voedingsstoffen of met een risico op '*ondervoeding*'.
- We kunnen er dus niet vanuit gaan dat de aanbevelingen en doelen van een interventie voor gezonde voeding bij senioren dezelfde zijn als deze voor jongere volwassenen of identiek zijn voor alle senioren. Het is nodig om de doelen van een *interventie af te stemmen op de specifieke kenmerken van de groep* senioren die men wil bereiken.

2.2 Met betrekking tot interventies voor meer gezonde voeding bij senioren:

Er bestaan vele interventiestudies over gezonde voeding bij senioren, maar het aantal rigoureus uitgevoerde evaluatiestudies is eerder beperkt. Vooral het helpen formuleren van individueel aangepaste doelen en het aanbieden van feedback zouden effectief zijn.

Voor senioren is advies op maat aan te raden; niet alleen naar maaltijdpatronen en voedingsgewoonten, maar ook naar de kennis, opvattingen en waargenomen barrières van senioren over gezonde en evenwichtige voeding. Kennis, opvattingen en barrières kunnen verschillen naargelang de leeftijd ('oudere' ouderen versus 'jongere' ouderen), de culturele/maatschappelijke groep waartoe een senior behoort en individuele behoeften. Screening blijft als interventie nuttig.

Interventies voor gezonde voeding moeten ook '*relevant*' zijn en dit door bijvoorbeeld aan te sluiten bij de eetgewoonten van senioren, zoals vroeg ontbijten, drie maaltijden per dag, weinig gebruik van snel klaar-gerechten en een lage consumptie van snacks.

Er bestaat beperkte evidentie ten voordele van het werken met kleine groepen, in het bijzonder deze die naast interventies voor gezonde voeding ook sociale en fysieke activiteiten aanbieden. Toch is niet elke activiteit in groepen effectief. Groepsactiviteiten zijn effectief wanneer gewerkt wordt met bestaande groepen, zoals in kerkgemeenschappen of seniorencentra; ze blijken vooral vrouwen aan te spreken.

Voorlichting door groepsgenoten levert gunstige resultaten op. Goede groepsgenoten die voorlichting geven tonen overeenkomsten met de doelgroep qua leeftijd, achtergrond en ervaringen, hebben leiderschapsvaardigheden en bezitten een hoog zelfvertrouwen. Ze zijn geliefd bij de doelgroep en hebben een positieve houding t.a.v. gezonde voeding. Dit soort programma's voorzien in een goed uitgewerkt ondersteuningssysteem voor het aanleveren van informatie over gezonde voeding en educatieve materialen.

Evaluatieonderzoeken tonen aan dat een focus op personen met een hoog risico op cardiovasculaire aandoeningen waardevol is.

Interventies die verschillend risicogedrag tegelijkertijd aanpakken, zoals gewichtsverlies, aanpassen van eetgewoonten, rookstop en beweging, en dit met het oog op verbeteringen in cardiovasculaire risicofactoren, zoals hoge bloeddruk en te hoge cholesterolwaarden, genereren kleine, maar positieve effecten. De effecten zijn echter minder groot dan bij medische interventies.

2.3 Samengevat

Samengevat blijken de volgende zes elementen bij te dragen aan de effectiviteit van voedingseducatie:

1. Het gebruik van interventiemethoden die inspelen op de **behoeften van een individu**, zoals analyse van de eetgewoonten en vergelijking met aanbevelingen i.v.m. gezonde voeding voor senioren. Dergelijke methoden zijn vooral effectief in de aanvangsfase van educatieve interventies.
2. Het gebruik van interventies die gebaseerd zijn op **gedragsveranderings-technieken**, zoals bijvoorbeeld analyse van de eigen eetgewoonten, zelfmanagementtechnieken (o.a. formuleren van aangepaste doelen, bevorderen van probleemoplossende vaardigheden of verhogen van zelfeffectiviteit), sociale ondersteuning en het voordoen door groepsgenoten. Deze benadering levert betere effecten op dan het aanbieden van informatie over gezonde voeding via lezingen. Ook uit onderzoek bij volwassenen komt naar voren dat interventies die psychosociale factoren, zoals de verwachting het desbetreffende gedrag te kunnen

uitvoeren of '*readiness to change*', en gedragsverandering benadrukken, betere resultaten zouden opleveren dan interventies gericht op cognitieve factoren, zoals kennis en houding, alleen.

3. **Actieve participatie.** Senioren prefereren een actieve leerstrategie en blijken zeer betrokken in het denken over individuele en wederzijdse problemen. Praktische oefeningen, zoals het bijhouden van eetdagboekjes, het uitwerken van papier&pencil-oefeningen, het bereiden en proeven van maaltijden, het aanpassen van recepten en het discussiëren over gezonde voeding in kleine groepen, krijgen een duidelijke voorkeur boven het aanbieden van '*voedingsfeiten*' via lezingen.
4. **Aandacht voor bekrachtigers** in de vorm van sociale interactie en ondersteuning, verhoogd gevoel het desbetreffende gedrag te kunnen uitvoeren, goede smaak of gemak van bereiding.
5. Het toepassen van een **empowerment-filosofie**. Empowerment is gericht op het verhogen van persoonlijke keuzes en controle. De ervaringen die doorheen de interventie worden opgedaan, verhogen het bewustzijn over de eigen bekwaamheden onder andere met betrekking tot gezond gedrag.
6. En het onderscheiden van **subgroepen**; zoals bijvoorbeeld naar geslacht, culturele/maatschappelijke achtergrond, leeftijd ('oudere' ouderen versus '*jongere*' ouderen) en leeftijdgebonden fysieke veranderingen (zoals veranderingen in zicht en gehoor).

Het gebruik van bestaande *screeningsmethoden* in de zorg is belangrijk voor het tijdig signaleren van ondervoeding. Het stimuleren van lichaamsbeweging, het gebruik van verrijkte producten of supplementen en smaakversterkers en een stimulerende omgeving bij het eten kunnen een rol spelen bij de preventie van ondervoeding bij deze ouderen.

Uit het onderzoeksverslag van de steekproef in 2008 komt ook naar voren dat *screening* en vroege behandeling bij zelfstandig wonende ouderen, en vooral bij de oudste ouderen, gewenst is. Bovendien wordt voorgesteld om professionals de lichaamslengte eenmalig te laten bepalen op middelbare leeftijd, bijvoorbeeld in de huisartspraktijk en deze te blijven gebruiken om de BMI op oudere leeftijd te berekenen en consistent te kunnen interpreteren. Dit voorkomt tevens problemen bij het vaststellen van de lichaamslengte op oudere leeftijd door bijvoorbeeld kyfose (een kromming van de wervelkolom).

Ook wordt beschreven dat ouderen die professionele zorg ontvingen voor de persoonlijke verzorging, ook na correctie voor leeftijd, opleiding en geslacht, vaker ondervoed waren vergeleken met ouderen die deze zorg niet ontvingen. En dat meer aandacht voor ondervoeding bij ouderen in de opleiding en werkzaamheden van deze zorgverleners kan bijdragen aan het terugdringen van voedingsproblemen en de nadelige consequenties bij ouderen. Het ontwikkelen van eenvoudige instrumenten die deze zorgverleners tot hulp kunnen zijn bij het snel en simpel opsporen van ondervoeding is daarbij cruciaal. Ook zou er een optimale verwijzingsstructuur opgezet moeten worden waarbij ook aandacht is voor het identificeren van eventuele onderliggende oorzaken van ondervoeding zoals slechte gebitsstatus of eetlust.

Tenslotte wordt er aangegeven dat gezien de belangrijke invloed van depressieve en angst symptomen op het risico van ondervoeding bij ouderen zou ondervoeding mogelijk ook in de geestelijke gezondheidszorg meer aandacht verdienen.

3. Opinie onderzoek



1. Resultaten kwantitatief onderzoek

In februari 2010 onderzocht Schuttelaar & Partners in opdracht van het Ministerie van LNV en VWS hoe ouderen tegenover gezonde voeding staan. In totaal zijn 305 consumenten in de leeftijd van 55 tot en met 75 jaar ondervraagd. De gemiddelde leeftijd van de consumenten is 64 jaar. Het onderzoek bestaat uit 4 delen. In het eerste deel wordt ingegaan op het kopen van voedingsmiddelen. In het tweede deel ligt de nadruk op eetgedrag. Het derde deel staat in het teken van informatievoorziening met betrekking tot gezonde voeding. Tot slot komt in het vierde deel de houding van ouderen ten opzichte van gezonde voeding aan bod.

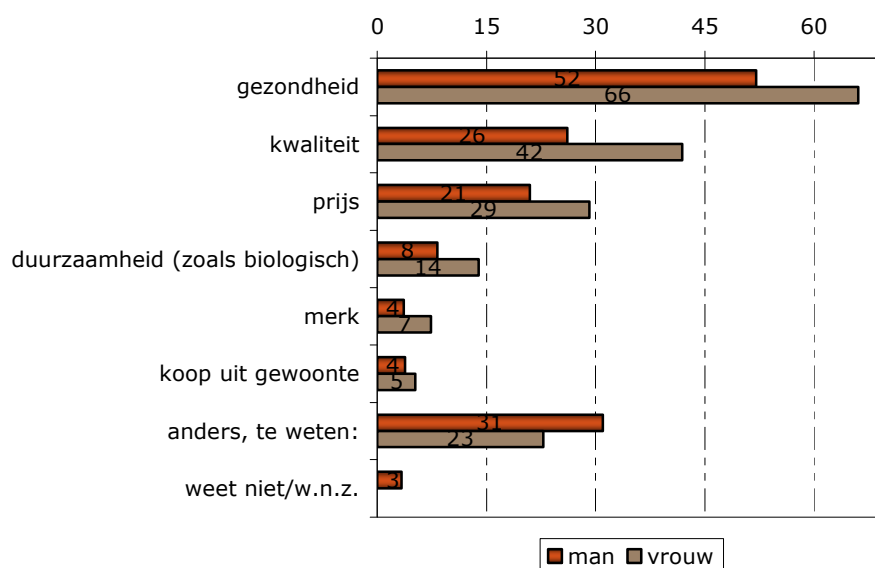
1.1 Kopen van voedsel

Bijna alle mensen in de leeftijd van 55 tot en met 75 jaar maken nog hun eigen eten klaar (92%). Maar voor 8% wordt door iemand anders buiten het huishouden het eten klaar gemaakt. Bijna alle ondervraagden wonen dan ook nog zelfstandig. 86% van de ondervraagden zegt verantwoordelijk of (mede)verantwoordelijk te zijn voor de dagelijkse boodschappen. Vrouwen zijn dit vaker dan mannen (97% versus 75%). De leeftijdsklassen geven geen verschillen.

Aan degenen die aangaven (mede)verantwoordelijk te zijn voor de dagelijkse boodschappen is gevraagd waar men op let als men voeding koopt (Figuur 1). Hieruit blijkt 60% te letten op gezondheid, 35% op de kwaliteit, 26% op de prijs en 12% op duurzaamheid. Ruim een kwart van de respondenten geeft daarnaast aan ook op andere aspecten te letten, zoals de houdbaarheidsdatum, de versheid en of het er lekker uit ziet.

Verder blijken vrouwen op andere zaken te letten dan mannen. Vrouwen letten meer dan mannen op gezondheid (66% versus 52%), kwaliteit (42% versus 26%) en prijs (29% versus 21%).

Figuur 1 Waar let men op bij het kopen van voeding?



Bron: Stratus Marktonderzoek BV

1.2 Eetgedrag

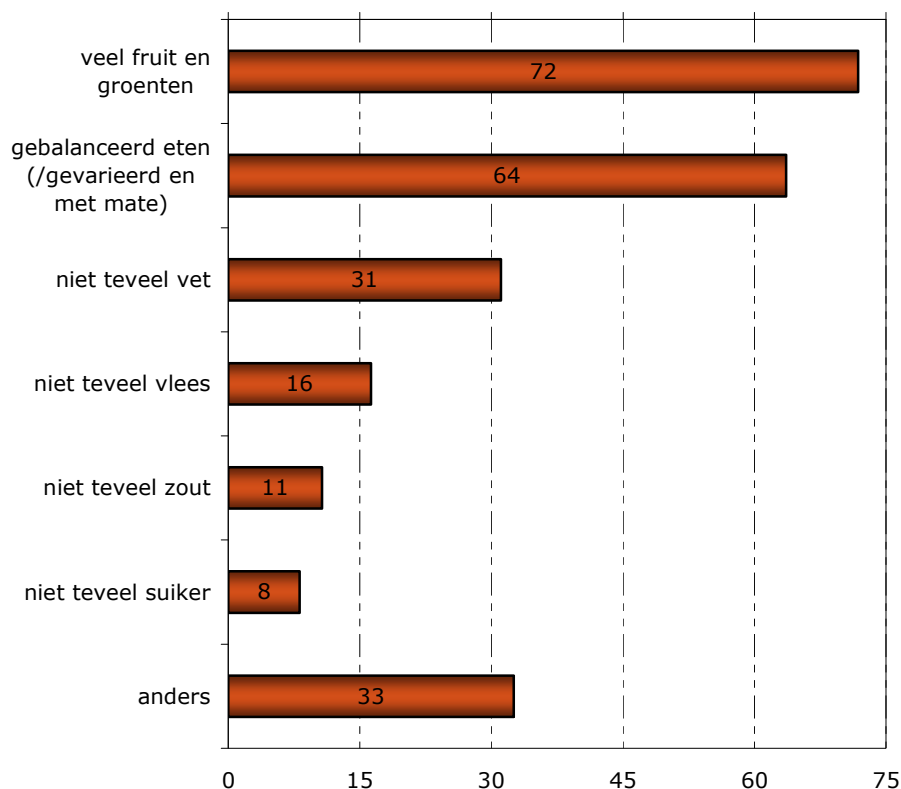
In dit deel is het eetgedrag van de consument onderzocht. Ongeveer één derde van de ondervraagden eet meestal alleen. Hiervan is 90% alleenstaand. Aan de respondenten is gevraagd of men naarmate men ouder wordt beter of juist minder goed let op wat men eet. De helft zegt hier juist beter op te (zijn gaan) letten, terwijl 48% zegt dat hun eetgedrag onveranderd is. Maar 2% zegt juist minder goed op te (zijn gaan) letten. Er is geen verschil naar geslacht en leeftijdsklassen.

1.3 Gezond eetpatroon

Op de vraag of men op dit moment van zichzelf vindt dat hij gezond eet, antwoordt 95% *ja*. Wederom is er tussen de leeftijdsklassen geen verschil. Degenen die zelf aangeven niet gezond te eten, vinden dat te ingewikkeld of doen dat uit gewoonte.

Vervolgens is de vraag gesteld waaruit volgens deze doelgroep een gezond eetpatroon bestaat (Figuur 2). Volgens 72% bestaat dit uit veel fruit en groenten, 64% zegt dat men gebalanceerd moet eten (gevarieerd en met mate), 31% zegt dat je niet teveel vet moet eten, 16% denkt dat je niet teveel vlees moet eten, 11% zegt niet teveel zout en 8% zegt niet teveel suiker. Daarnaast worden door 100 mensen (=33%) nog allerlei andere eetgewoonten genoemd die volgens hen tot een gezond eetpatroon behoren. Dit zijn onder andere een goed ontbijt, vers koken, veel zuivel, regelmatig eten (3 maaltijden per dag) en bruin brood eten.

Figuur 2 Waaruit bestaat een gezond eetpatroon?



Bron: Stratus Marktonderzoek BV

1.4 Informatievoorziening over gezonde voeding

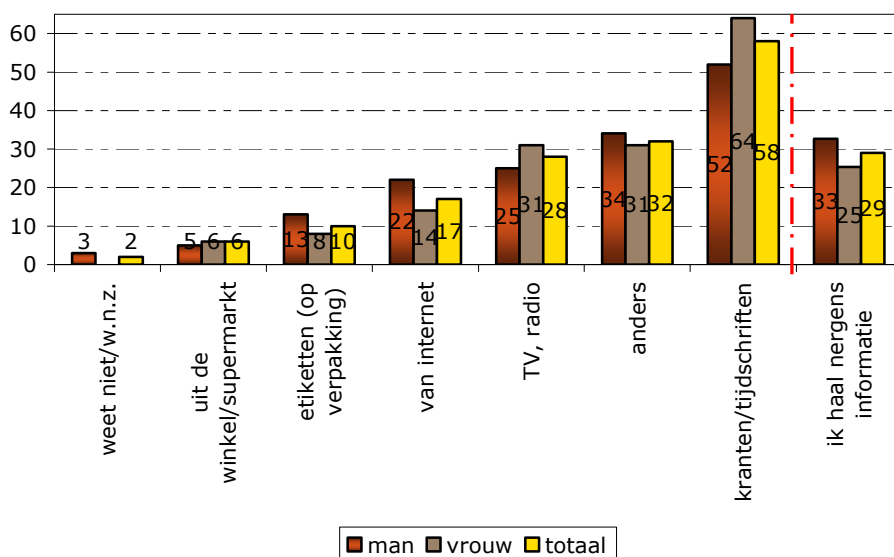
Van de ouderen in de leeftijd van 55 tot en met 75 jaar zegt bijna 30% nooit naar informatie over gezonde voeding te zoeken. Ruim 70% doet dat dus wel.

Degenen die wel (eens) informatie opdoen over gezonde voedingdoen noemen kranten en tijdschriften de belangrijkste informatiebronnen (58%). Ook belangrijk is de TV of de radio (28%). Andere bronnen worden veel minder genoemd: internet wordt door 18% genoemd, informatie op etiketten door 10% en informatie in winkels of de supermarkt door slechts 6%. Overige antwoorden zijn de diëtiste, het ziekenhuis/de apotheek en zelfkennis.

Een aantal opvallende verschillen zijn:

Mannen blijken minder informatie over gezonde voeding te lezen dan vrouwen. Bijna de helft van de ondervraagde vrouwen geeft aan informatie uit kranten en tijdschriften te halen, terwijl dit maar voor een derde van de ondervraagde mannen het geval is. Een kwart van de ondervraagde vrouwen en een derde van de ondervraagde mannen geven aan nergens informatie over gezonde voeding vandaan te halen.

Figuur 3 Informatiebronnen 'gezonde voeding'



Bron: Stratus Marktonderzoek BV

1.5 Mate van duidelijkheid per informatiebron

Kranten/tijdschriften

De respondenten die aangaven hun informatie over gezonde voeding uit kranten en/of tijdschriften te halen, vinden deze voldoende (70%) of zelfs ruim voldoende (21%) duidelijk.

TV/radio

Dit geldt ook voor degenen die aangeven dat de TV en/of radio als informatiebron wordt gebruikt. Zij vinden de informatie via dit medium voldoende (84%) tot ruim voldoende (10%) duidelijk.

Internet

Niemand vindt de informatie die ze op internet kunnen vinden over gezonde voeding (ruim) onvoldoende. 49% vindt de informatie voldoende, terwijl zelfs 43% deze ruim voldoende vindt.

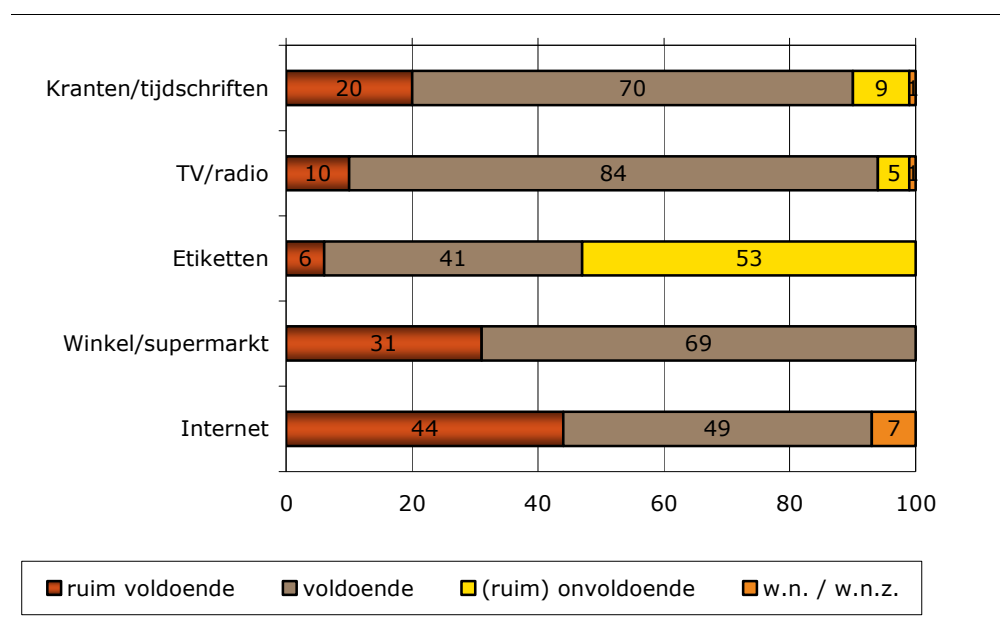
Supermarkt/winkel

Ook de informatie die men in de winkel of in de supermarkt kan vinden over gezonde voeding wordt door degenen die hier wel eens informatie inwinnen als (ruim) voldoende beoordeeld. 69% vindt de informatie voldoende, terwijl 31% deze ruim voldoende vindt. Niemand vindt dus de informatie onvoldoende.

Etiketten

Degenen die de etiketten als informatiebron gebruiken, zijn meer negatief dan positief over de informatievoorziening over gezonde voeding op de etiketten. 53% zegt dat de informatie onvoldoende (28%) tot ruim onvoldoende (25%) is. 41% meent echter dat de informatie voldoende is; maar 7% zegt dat deze ruim voldoende is.

Figuur 4 Mate van duidelijkheid informatiebronnen



Bron: Stratus Marktonderzoek BV

1.6 Advies

Alle respondenten is gevraagd aan wiens advies over gezonde voeding men de meeste waarde hecht. 40% antwoordt hierop 'niemand'. De overigen (n=186) antwoorden spontaan het voedingscentrum (24%), de huisarts (23%), vrienden/buren/familie (18%) en wetenschappers (10%). De overheid (6%) en het bedrijfsleven (3%) worden nauwelijks genoemd. 10% noemt de diëtiste.

1.7 Houding ten opzichte van gezonde voeding

Tot slot zijn aan alle respondenten vijf stellingen voorgelegd met de vraag in welke mate men het eens is met die stelling. In figuur 5 zijn deze resultaten schematisch weergegeven. Het betreft de volgende stellingen:

Stelling 1:

De overheid mag bepaalde producten verbieden als we daardoor gezonder worden.

Stelling 2:

Ik weet voldoende over voeding om onderscheid te kunnen maken tussen wat gezond is en wat niet

Stelling 3:

Gezondheid is belangrijker dan de smaak van voedingsmiddelen.

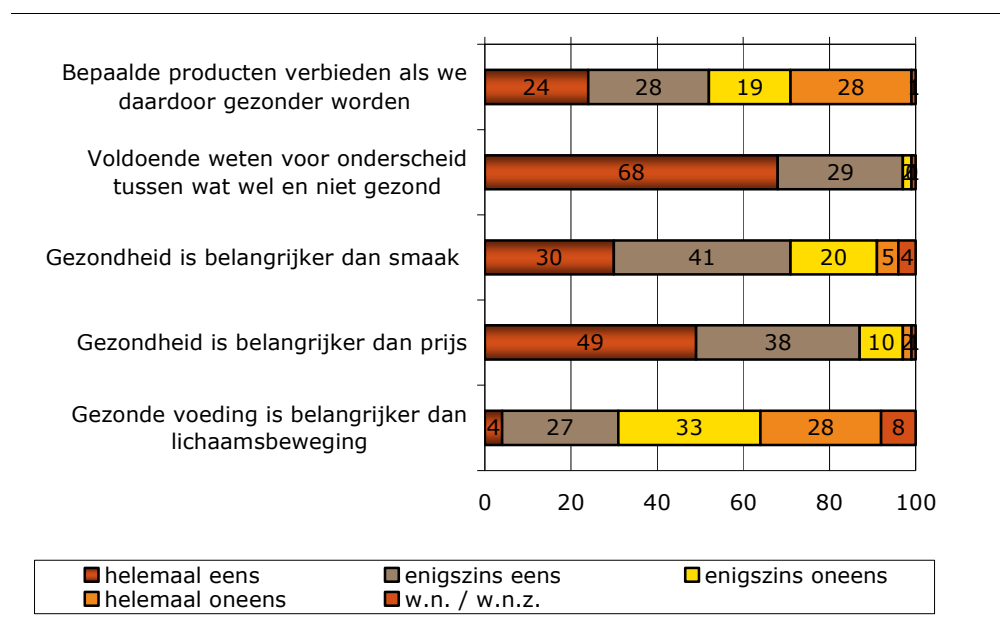
Stelling 4:

Gezondheid is belangrijker dan de prijs van voedingsmiddelen.

Stelling 5:

Gezonde voeding is belangrijker dan lichaamsbeweging om gezond te blijven.

Figuur 5 Houding respondenten voeding



Bron: Stratus Marktonderzoek BV

2. Verantwoording

Het onderzoek van Schuttelaar & Partners is door Stratus Marktonderzoek uitgevoerd door middel van telefonische ondervraging van 305 personen in de leeftijd van 55 tot en met 75 jaar. Het veldwerk vond plaats in de periode van 11 tot en met 16 februari 2010. De vraaggesprekken zijn afgenomen door ervaren interviewers, die kort voor aanvang van het veldwerk mondeling en schriftelijk zijn geïnstrueerd. De steekproef is getrokken uit het bestand van huishoudens in Nederland die een vaste KPN-aansluiting hebben. Het gesprek is gevoerd met de eerstjarige in het huishouden die tot de leeftijdscategorie 55 tot en met 75 jaar behoort. De samenstelling van de gerealiseerde steekproef is achteraf op de variabelen geslacht en leeftijd vergeleken met de opbouw van de Nederlandse populatie voor die doelgroep. Eventuele afwijkingen zijn door middel van herweging geëlimineerd. De herwogen steekproef, waarop alle onderzoeksresultaten zijn gebaseerd, is representatief voor de doelgroep 55 tot en met 75 jarigen in Nederland.

3. Consumentenpaneldiscussies



Consumentenpaneldiscussies

1. Inleiding

In samenwerking met de ministeries van LNV en VWS heeft Schuttelaar & Partners drie consumentenpanels georganiseerd. Onderwerp van de bijeenkomsten was *ouderen en gezonde voeding*. Dit is een impressieverslag van de panelbijeenkomsten. Doel van het onderzoek was vast te stellen hoe ouderen staan tegenover gezonde voeding en in hoeverre de overheid mag sturen om de consumptie van gezond voedsel te stimuleren.

1.1 Deelnemers

In totaal namen 28 consumenten deel aan de panels. De bijeenkomsten vonden plaats in Rotterdam, Amersfoort en Den Bosch. Alle panels hadden een gelijke verdeling voor geslacht en vertegenwoordigden zowel alleenstaande als niet-alleenstaande ouderen. Alle deelnemers woonden zelfstandig. Bij de werving is het onderwerp van de bijeenkomsten niet verteld. De samenstelling was als volgt:

- Panel 1: 55 – 65 jarigen met een lage sociaal economische status (gem. 61 jr.);
- Panel 2: 55 - 65 jarigen met een hoge sociaal economische status (gem. 60 jr.);
- Panel 3: 65 – 75 jarigen met een lage sociaal economische status (gem. 68 jr.).

1.2 Stramien bijeenkomsten

De drie bijeenkomsten zijn alle volgens hetzelfde stramien geleid. Er werd nadrukkelijk naar de mening van de aanwezigen gevraagd. De belangrijkste onderwerpen die aan de orde kwamen:

- Kennis en gewoontes met betrekking tot gezonde voeding;
- Voeding als onderdeel van leefstijl;
- Effectieve manieren om voedingspatroon te wijzigen;
- Rollen van betrokken partijen (consument, bedrijfsleven, zorgprofessionals, overheid).

2. Hollandse kost en boerenverstand

De groepsdiscussie startte met een korte inventarisatie van eetgewoonten en de beelden die mensen hebben bij gezonde voeding. Hieruit bleek dat '*Hollandse kost*' voor veel mensen van deze '*oudere*' generatie de basis vormt van het eetpatroon. Aardappels, vlees en groente zijn het meest populair, afgewisseld door bijvoorbeeld de Italiaanse of Aziatische keuken.

Een gezond eetpatroon betekent voor de meeste deelnemers dat er gevarieerd en regelmatig gegeten wordt; geen maaltijden overslaan, niet te veel tussendoortjes, de *Schijf van Vijf* hanteren en kleinere porties opscheppen. Daarentegen is men minder bezig met de samenstelling van voeding. Er lijkt weinig kennis te zijn over bijvoorbeeld verzadigde en onverzadigde vetten en het belang van voedingsvezel. Wel wordt er gelet op de hoeveelheid vet en suiker die voeding bevat.

Opvallend is dat tijdens de discussies regelmatig aspecten ter sprake komen die met voedselveiligheid te maken hebben. Hierin ervaart men een grotere en meer acute bedreiging voor de gezondheid dan in de keuzes die zij met betrekking tot voeding maken.

2.1 Verse producten zijn gezond

De meeste respondenten geven aan te denken dat ze gezond leven. Ze zeggen voldoende te bewegen en hun avondmaal altijd met verse producten te bereiden. Er blijkt onderlinge overeenstemming te zijn dat verse producten die rechtstreeks van het land komen gezond zijn. Niet iedereen kan echter benoemen wat deze producten dan zo gezond maakt. Sommigen hebben het gewoon 'van huis uit' meegekregen zonder zich er verder in verdiept te hebben, anderen – voornamelijk met een hoge sociaal economische status – noemen de variatie die seizoensproducten het eetpatroon bieden en het vitaminebehoud van verse groenten.

"Tegenwoordig kun je voorgesneden groenten kopen die al dagen in zakken in het schap van de supermarkt liggen. Daar zitten geen vitamines meer in hoor!"



Het valt op dat de meeste respondenten van mening zijn dat zij gezond eten, maar dat de jongere generaties dat volgens hen niet doen. Scholieren worden gemakkelijk verleid om ongezonde snacks op school te kopen en jonge mensen en tweeverdieners nemen vaak niet de tijd om gezonde maaltijden te bereiden. Ook hierin zien veel ouderen een bevestiging dat hun kennis en gedrag over voeding redelijk goed is en er relatief weinig te verbeteren valt.

2.2 De sociale functie van eten

Voor alle ondervraagden geldt dat eten een sociale bezigheid is. Het is gezellig om samen te eten, het liefst aan tafel en niet met het bord op schoot voor de televisie. Sommigen geven aan dat ze ook het voorbereidende werk als sociale bezigheid ervaren: onder de mensen op de markt of in de winkel de juiste ingrediënten uitzoeken. Over het algemeen is men het hier wel mee eens, maar alleen als je genoeg tijd hebt of als je iets speciaals voor vrienden of familie wilt bereiden. Bovendien is koken voor meerdere mensen leuker dan koken voor jezelf.

"Wanneer je voor jezelf kookt, besteed je er toch minder aandacht aan."

Veel alleenstaanden geven aan dat ze sinds ze alleen zijn minder gemotiveerd zijn om een goede maaltijd voor zichzelf te bereiden. Sommigen zeggen de maaltijd bijna plichtsmatig te nuttigen, enkel om in de levensbehoefte te voorzien. Dit terwijl ze vroeger met partner en/of thuiswonende kinderen echt genoten van het samen eten.

2.3 Eigen lichaam weerspiegelt je gezondheid

Tijdens de discussie werd de deelnemers gevraagd of zij bewust bezig zijn met hun gezondheid en of ze er meer of juist minder op zijn gaan letten naarmate ze ouder worden. Voor de meesten geldt dat ze nu meer dan vroeger letten op wat ze eten. Hierbij is het optreden van gezondheidsklachten bij mensen zelf of in de directe sociale omgeving een belangrijk 'trigger'. Met name bij de lagere sociale klasse valt op dat men vaak pas na een (ernstig) gezondheidsprobleem het gedrag wijzigt. In de groepen met een hogere sociale status wordt meer proactief gehandeld. Men wil graag de gezondheidsklachten voor zijn en past daarom het eet- en leefpatroon aan. Daarbij kunnen ook ogenschijnlijk eenvoudige zaken zoals het niet meer passen van kleding een aanleiding zijn om meer op de voeding te letten.

Toch is iedereen het er over eens dat ongezond eten af en toe ook erg lekker kan zijn, en dat een koekje bij de koffie best mag.

*"Op een gegeven moment paste die broek niet meer.
Toen dacht ik: nu moet er iets veranderen!"*

2.4 Informatie belangrijk; voedingsdeskundigen en overheid betrouwbare afzenders

Volgens de respondenten is men zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Mensen geven aan voldoende te weten wat gezond is en zijn daarom naar eigen zeggen voldoende in staat gezond te leven. Men ervaart geen noodzaak tot gedragsverandering. Desondanks geeft men wel aan dat correcte en actuele informatievoorziening een voorwaarde is om goede en gezonde keuzes te kunnen maken. Bovendien blijkt men gevoelig te zijn voor berichtgeving over voeding in de media.

*"Eerst lees je in de krant dat iets heel gezond is
en later lees je weer dat het ongezond is.
Dan weet ik het ook niet meer."*

Het is daarom belangrijk dat er duidelijke, eenduidige en betrouwbare informatie over gezonde voeding gegeven wordt. Daarbij is de afzender erg belangrijk. Een onafhankelijke partij zoals de overheid of het Voedingscentrum vertrouwt men daarin het meest. Daarnaast zijn ook directe contacten met de huisarts of familieleden belangrijk. Daarbij gaat het vooral om adviezen die voortvloeien uit bezorgdheid over mogelijke gezondheidsrisico's, die aansturen op gedragsverandering. Kinderen die hun vader wijzen op een 'buikje' of kortademigheid en de arts die een te hoge bloeddruk constateert. Echter, kinderen en in mindere mate ook de huisarts, worden door de doelgroep over het algemeen niet als deskundige voedingsvoorlichters gezien. Voedingsdeskundigen en diëtisten zijn dit volgens de respondenten wel. Hun advies over een gezond eetpatroon wordt om die reden als betrouwbaar ervaren.

Naast goede informatievoorziening gaat men ervan uit dat alle voedingsmiddelen die op de Nederlandse markt verkocht worden, door middel van strenge controles voldoen aan de minimum eisen voor voedselveiligheid. Hierin zien de ondervraagden een taak voor de overheid: de overheid moet hier als onafhankelijke partij toezicht op houden.

2.5 Gemak en prijs voorwaarden voor aankoop gezonde producten

Naast goede en betrouwbare informatievoorziening zijn gemak en prijs belangrijke voorwaarden voor de aankoop van gezonde producten. Supermarkten moeten voldoende (herkenbare) gezonde producten in het assortiment hebben en het algemene prijspeil van gezonde producten moet ongeveer gelijk zijn met dat van andere producten.

Niet iedereen vindt het leuk om te koken, laat staan om lang in de keuken bezig te zijn met het snijden en wassen van verse groenten voor een gezonde maaltijd. Met name de jongere groep ouderen geeft aan dat het fijn zou zijn als een gezond gerecht snel en gemakkelijk te bereiden is, zeker wanneer je alleen komt te staan. Als er iets op gevonden kan worden om snel in de supermarkt een makkelijk te bereiden gezonde maaltijd te kunnen kopen, is men eerder geneigd iets gezonds te eten in plaats van 'even snel een patatje' te halen.

Prijsverandering wordt vooral door de oudere groep genoemd als belangrijke voorwaarde voor een gezonder eetpatroon. Op dit moment vinden zij dat gezonde producten, zoals groenten en fruit, te duur zijn in vergelijking met ongezonde producten. Dit is volgens hen geen goede stimulans om gezond voedsel te kopen.

"Mensen moeten zelf kunnen beslissen of ze gezond of ongezond willen leven. Het kan echter geen kwaad ze daarin te sturen door het prijsverschil tussen gezonde en ongezonde producten groter te maken, in het voordeel van de gezonde producten."

Sommigen plaatsten hierbij wel de kanttekening dat het onderscheid tussen gezonde en ongezonde producten moeilijk te bepalen is, en vragen zich af wie daar dan eindverantwoordelijk voor is.

2.6 Adviezen aan de overheid

Aan het einde van de discussie werd de deelnemers gevraagd naar concrete adviezen voor de overheid. Een belangrijke constatering bij deze discussie was dat met name de groepen met een lage sociaal-economische status het moeilijk vonden zich een beeld te vormen van hetgeen 'de overheid' zoal doet. Men bleef daarom vooral bij mensen zelf in de adviezen: let op wat je eet, varieer en eet niet te veel.

Het waarborgen van voedselveiligheid en het toezicht houden op betrouwbare, eenduidige informatie over de voedingswaarde van producten kwamen hierbij sterk naar voren. Daarnaast werd de overheid erop gewezen ook onder de jeugd goede voorlichting te geven: meer sturen op een regelmatig eetpatroon en de *Schijf van Vijf* opnieuw onder de aandacht brengen.

3. Observaties

- Men is van mening dat ze zelf gezond leeft en denkt over voldoende kennis te beschikken om onderscheid te kunnen maken tussen wat gezond is en wat niet.
- Mensen met een hoge sociaal economische status zijn sneller geneigd hun eetgewoontes aan te passen naarmate hun leeftijd vordert dan mensen met een lagere sociaal economische status. Deze laatste groep past het gedrag over het algemeen pas aan in het geval van ernstige gezondheidsproblemen.
- De doelgroep beschouwt regelmatig, gevarieerd en niet te veel eten als een gezond eetpatroon. Het kennisniveau over voedingswaarde ligt echter niet erg hoog. Men probeert weinig suiker en vet binnen te krijgen, maar maakt de vertaalslag naar de samenstelling van voeding niet. Advies hierover door diëtisten en voedingsdeskundigen wordt als betrouwbaar ervaren.
- Correcte en eenduidige productinformatie is belangrijk om goede keuzes te kunnen maken met betrekking tot de aankoop van gezonde voedingsmiddelen.
- Binnen de groepen was weinig animo voor 'modernismen' zoals *functional foods* of kant-en-klaarmaaltijden uit de supermarkt. Toch erkent met name de jongere groep ouderen dat wanneer gezond samen gaat met gemak, hier wel succes van te verwachten is.

Colofon

Hoofdstuk 1

Beleidsdossier:

Letteke Boot en Rosanne Metaal (ministerie van VWS), Mireille Boshuizen (Ministerie van LNV, Directie Voedsel, Dier en Consument)

E-mail: ca.boot@minvws.nl en rj.metaal@minvws.nl en mireille.boshuizen@vwa.nl

Hoofdstuk 2

Achtergrondinformatie:

Deel I: Hans Verhagen (RIVM). Deel II: Arie Nieuwenhuizen en Boudewijn Breedveld (Het Voedingscentrum)

E-mail: hans.verhagen@rivm.nl en breedveld@voedingscentrum.nl

Hoofdstukken 3 en 4

Schuttelaar & Partners: 070-318 4444

E-mail: info@schuttelaar.nl

Pers

Directie Communicatie

Thijs van Son: 070-378 4513

m.d.m.van.son@minlnv.nl

LNV Consumentenplatform

Directie Voedsel, Dier en Consument

Ronald Sol en Sara Huang: 070-378 4356/4603

E-mail: r.sol@minlnv.nl en s.huang@minlnv.nl

Afbeeldingen afkomstig van LNV Beeldbank en www.sxc.hu

Oplage: 60 stuks

Meer informatie over het LNV Consumentenplatform is te vinden op:

www.minlnv.nl/Consumentenplatform

'Gezond leven, een leven gezond' Over ouderen en gezonde voeding, is een publicatie van het Ministerie van LNV in samenwerking met het ministerie van VWS en adviesbureau Schuttelaar & Partners.

Eerder in het LNV Consumentenplatform:

- Informeren, beïnvloeden of sturen? (20 november 2009)
- Nanotechnologie: Klein maar fijn? (3 juli 2009)
- Van picknickplek tot ecoduct, over mensenwensen voor natuur (17 april 2009)
- Interne evaluatie LNV Consumentenplatform (28 november 2008)
- Melk, vlees en eieren: onze zorg? (12 september 2008)
- Vis moet, kan dat? (21 mei 2008)
- Het etiket, waar staat dat voor? (november 2007)
- Leefbare stad, groene stad? (juni 2007)
- Voedsel versus Energie, een dilemma? (maart 2007)
- Jeugd en Natuur (november 2006)
- Voedselverliezen, verspilde moeite? (juni 2006)
- NL voor mensen, Nationale Landschappen in ontwikkeling (maart 2006)
- Diermeel, voer voor discussie (november 2005)
- Dierenwelzijn, willen we dat weten? (juni 2005)
- Platteland, ook voor uw vrije tijd!? (maart 2005)
- Geeft decontaminatie veilig pluimveevlees? (december 2004)
- Natuurlijkheid, waarde voor beleid (juni 2004)
- Voedsel zonder risico: wensen en grenzen (februari 2004)
- Ons voedsel over tien jaar (oktober 2003)
- De prijs van duurzame voedselproductie (juni 2003)
- Vis als het maar verantwoord is! (april 2003)
- Genetische modificatie en voedsel, weet u wat dat is? (november 2002)
- Kiezen voor groenten en fruit (september 2002)
- Waar komt mijn vlees vandaan? (april 2002)