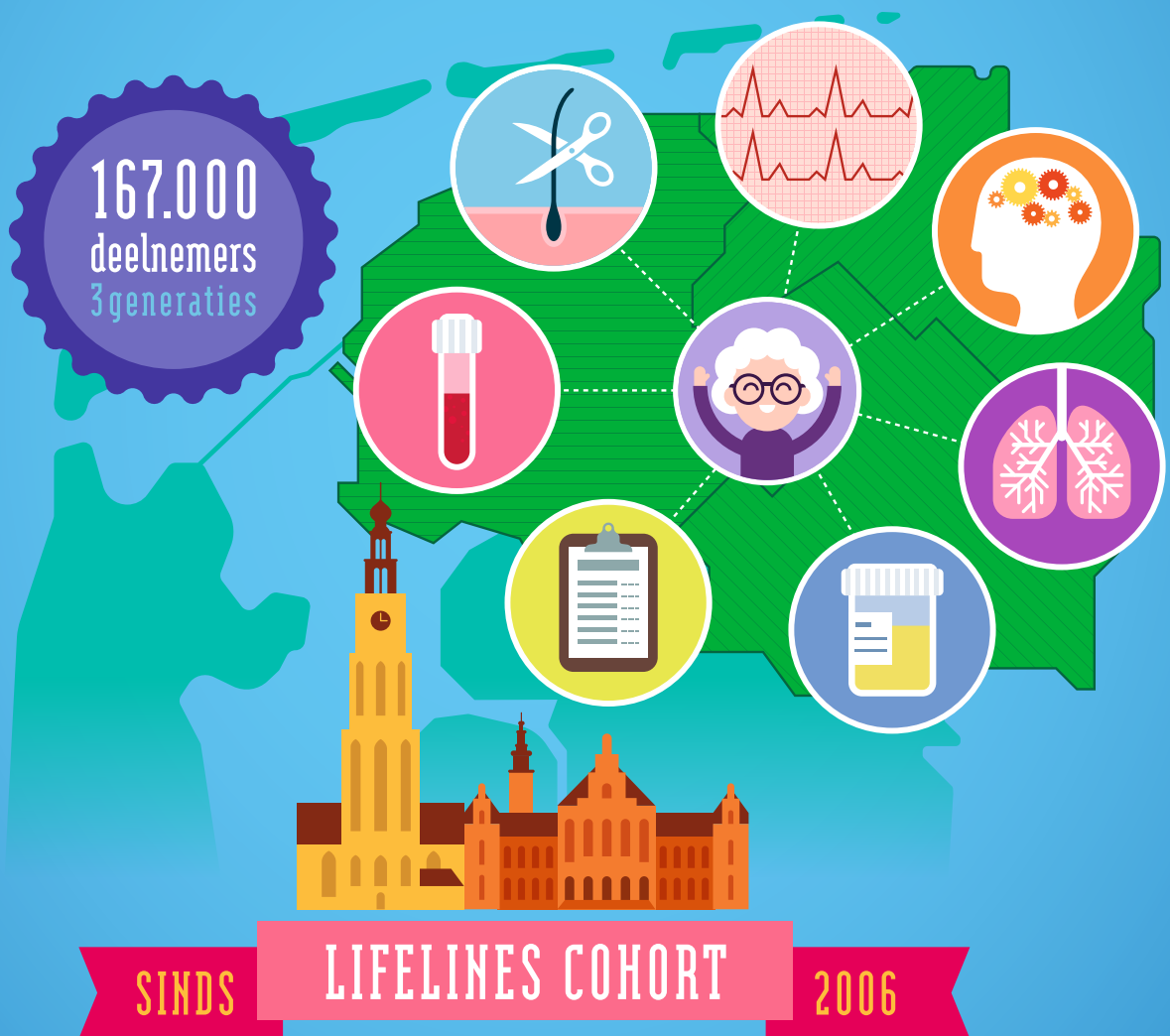


VOEDING

Magazine



EEN SCHAT VAN INFORMATIE OVER GEZOND OUDER WORDEN

6 De leefstijlcoach

Kans of bedreiging voor de diëtist?

10 Interview

De strijd van dr. Canan Ziyhan tegen ondervoeding bij ouderen

16 Ouderen

Hoe pak je ondervoeding aan en wat kan zuivel daaraan bijdragen

INHOUD

Rubrieken

4 **Trending Topics**
Opvallende berichten over voeding in de (social) media.

5 **Nieuws Update**
Aandacht voor voeding bij studie geneeskunde en een gids over probiotica bij antibioticagebruik.

29 **Publicatie Update**
Koolhydraat- of vetbeperking maakt geen verschil voor gewichtsverlies.

32 **Achterop**
Bestel (gratis) brochures over gezond eten voor zwangere vrouwen en kinderen.

21



VOEDINGSRICHTLIJNEN LETTEN OP EEN DEELASPECT VAN ETEN...



Interview

10 Canan Ziylan

Bij het tegengaan van ondervoeding bij ouderen is volgens dr. Canan Ziylan een belangrijke taak weggelegd voor de diëtist.

Column

21 Michiel Korthals

De focus op eten – en niet meer dan dat – is funest voor eten als geheel, aldus professor filosofie Michiel Korthals.



Reportages

6 De Leefstijlcoach

Wat betekent de opkomst van de leefstijlcoach voor diëtisten en cliënten?

8 Leefstijlcoach in de praktijk

Drie leefstijlcoaches en een diëtist over de opleiding en of en hoe het hun werk heeft beïnvloed.

16 Ouderen

Wat zijn de oorzaken van ondervoeding en hoe kun je dit het beste tegengaan en behandelen?

24 Lifelines Data- en Biobank

Wereldwijd onderzoek naar gezond ouder worden, dankzij data en lichaamsmateriaal uit Groningen, Drenthe en Friesland.



Redactioneel

Gezonde leefstijl voor een gezonde oude dag

Naast diëtisten en gewichtsconsulenten worden in 2019 ook behandelingen door leefstijlcoaches opgenomen in het basisprogramma van zorgverzekeraars. Komen er niet te veel zorgverleners op de markt en voegen de leefstijlcoaches wel iets toe? In deze Voeding Magazine bekijken we wat de leefstijlcoach precies doet en wat dit betekent voor de diëtist. Sommige diëtisten vinden de studie tot leefstijlcoach overbodig, maar anderen zien het als een – soms noodgedwongen – kans.

De gezonde leefstijl helpt om gezond ouder te worden en dat willen we allemaal. Wie eenmaal oud is, moet echter blijven letten op gezonde voeding. Ondervoeding bij ouderen komt veel voor, omdat het vaak laat wordt gesignaleerd. Dr. Canan Ziylan, gepromoveerd op het gebied ondervoeding bij ouderen, geeft in een uitgebreid interview haar visie op de aanpak van ondervoeding bij ouderen. Zij ziet een belangrijke taak weggelegd voor de diëtist. In haar ogen is de diëtist onvervangbaar, maar moet deze beter samenwerken met andere behandelaars en uitleggen wat haar of zijn rol is in de behandeling.

Ondervoeding bij ouderen is een complex probleem en kent talloze oorzaken. In dit nummer hebben we de oorzaken en de beste aanpak op een rij gezet, zonder echter het idee te hebben compleet te zijn. Dus mocht u willen reageren, dan kan dat altijd op redactie@voedingmagazine.nl of via mijn twitter account [@StephanDenHaag](https://twitter.com/StephanDenHaag)

Stephan Peters

Hoofdredacteur Voeding Magazine
@StephanDenHaag



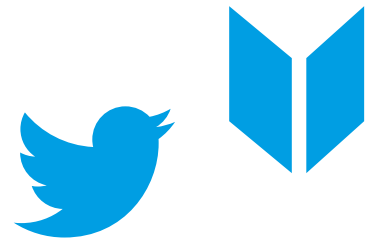
Colofon Voeding Magazine Jaargang 31, september 2018 Voeding Magazine is een uitgave van de Nederlandse Zuivel Organisatie (NZO) en verschijnt vier keer per jaar. **Redactie** Stephan Peters (hoofdredacteur) en Jolande Valkenburg (eindredactie) van de Nederlandse Zuivel Organisatie. **Redactionele medewerkers** Rob van Berkel, Rob van Berkel, Eva Corpeleijn (UMCG), Karine Hoenderdos (Scriptum), Michiel Korthals, Olaf Larssen (Vrije Universiteit), Gerjan Navis (UMCG), Angela Severs (Scriptum) **Fotografie** Leonie Kuizenga, Michel Campfens **Illustraties** Dannes Wegman **Coverbeeld** Dannes Wegman **Vormgeving** elan, part of [the] Group **Realisatie** Opmeer, Den Haag (CO₂-neutraal geproduceerd) **Gratis abonneren en adreswijzigingen** www.zuivelengezondheid.nl/voedingmagazine **Redactieadres** NZO Redactie Voeding Magazine Benoordenhoutseweg 46 2596 BC Den Haag, redactie@voedingmagazine.nl **Copyright** Uit deze uitgave mag worden geciteerd wanneer hiervoor schriftelijk toestemming is verleend door de NZO, afdeling Communicatie.



nederlandse zuivel organisatie

TRENDING TOPICS

Opvallende berichten over voeding in de (social) media



Paul Blokhuis

@PaulBlokhuis 21 juni

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning van @RIVM laat zien dat het goed gaat met de gezondheid in ons land. Maar we staan ook voor grote opgaven, zoals toename van dementie en prestatiedruk. Daar moeten we komende jaren mee aan de slag, voor een gezond Nederland in de toekomst.



Foodlog.nl

@foodlog 19 juli

Effect Omega-3 pillen 'verwaarloosbaar'; een haring werkt beter. www.foodlog.nl/artikel/eet-vis-geen-pillen/

Jacob Seidell

@jaapseidell 20 juli

Vet uit zuivel geassocieerd met lager risico op hart- vaatziekten. Verschillende verzadigde vetten hebben verschillende effecten op gezondheid blijkt uit deze studie met biomarkers voor vetsoorten (dus niet op basis van voedingsvragen-

Nederland Voedselland

@Voedselland 7 augustus

Volgens @Consumentenbond maken fabrikanten te vaak gebruik van 'lok-groente' op hun verpakkingen, de nieuwe trend om groente toe te voegen aan producten om het gezonder te laten lijken. De consumentenbond roept fabrikanten op eerlijkere informatie te geven. bit.ly/2M7W7sN



lijsten). academic.oup.com/ajcn/advance-article-abstract/doi/10.1093/ajcn/nqy117/5052139?redirectedFrom=fulltext

Aliëtte Jonkers

@aliettejonkers 9 augustus

'Eet gevarieerd' misschien toch niet het verstandigste advies, zegt de American Heart Association. Dat kan namelijk leiden tot overeten: newsroom.heart.org/news/a-diverse-diet-may-not-be-the-healthiest-one

Trouw

@trouw 10 augustus

Met zout hoeven we dus helemaal niet te minderen. Iets meer zou hartfalen zelfs helpen voorkomen. www.trouw.nl/home/nieuw-onderzoek-zout-lijkt-ons-juist-te-beschermen-tegen-hartfalen~a1e6741a/

VoedingNu

mei/juni

Verschillen in adviezen leiden tot verwarring

VoedingNu vond een aantal grote verschillen tussen de adviezen voor de eerste duizend dagen van het leven. Nationale bronnen verschillen onderling in het advies over vitamine D-suppletie tijdens de zwangerschap en het advies over nitraatrijke groente in de leeftijd van 0 tot 12 maanden.

Algemeen Dagblad

30 juli

Wil je afvallen? Flexibel vasten is de nieuwe trend



Intermittent fasting is een vorm van vasten die groeit in populariteit. Mensen die het doen, willen afvallen of hun gezondheid verbeteren. Maar werkt het ook en wat zijn de risico's?

Humo

31 juli

'Oud genoeg om dood te gaan'

'Je mag diëten en fitnessen zoveel als je wil, op elk moment kunnen je eigen cellen zich tegen je keren en een fatale tumor veroorzaken'. Humo sprak met antiwellnessgoeroe Barbara Ehrenreich (76).

Dunning-Kruger-effect

Een studie van de Universiteit van Pennsylvania naar vaccinatiebeleid en autisme liet zien dat mensen met de minste feitenkennis over autisme, denken dat ze meer van autisme weten dan wetenschappers en artsen. Dit is een bekend psychologisch verschijnsel – het Dunning-Kruger-effect.

Het Dunning-Kruger-effect treedt op bij mensen die ergens weinig van weten (of iets slecht kunnen) maar de expertise missen om dat ook te beseffen. Hierdoor

zien ze niet in dat hun keuzes of beslissingen soms verkeerd zijn. Volgens de Amerikaanse onderzoekers heeft het geen zin om deze zelfoverschatters te vertellen dat ze ongelijk hebben. Het advies voor beleidsmakers en voorlichters is om zelfoverschatting te bestrijden door goede informatie te geven en het vertrouwen in de wetenschap te vergroten.

Motta M. et al 'Knowing less but presuming more: Dunning-Kruger effects and the endorsement of anti vaccine policy attitudes'. Social Science & Medicine. (Aug 2018).



Voedingsles

Studenten geneeskunde krijgen weinig les over gezonde voeding. In Amsterdam hebben ze het roer omgegooid met een nieuw keuzevak over patiëntenvoeding en een extra-curriculaire collegereeks over gezonde voeding.

In april introduceerde Amsterdam UMC het keuzevak Diometer voor tweedejaars studenten geneeskunde. Dat bleek een groot succes, want Diometer werd het meest gekozen keuzevak in het tweede jaar. Zo'n 50 studenten deden concrete kennis op over gezonde voeding voor patiënten, via colleges, symposia en practica zoals kookworkshops.

Komend studiejaar gaan tientallen studenten geneeskunde in Amsterdam



een nieuwe extra-curriculaire collegereeks volgen over gezonde voeding. Dankzij de Amsterdamse afdeling van de Stichting Student en Voeding kunnen studenten buiten het curriculum om kennismaken met de basisprincipes van voeding en leefstijl in relatie tot ziekten.

www.zorgophetbord.nl



Gids probiotica bij antibiotica

TNO en ARTIS-Micropia hebben een gids ontwikkeld over het gebruik van probiotica bij een antibioticabehandeling. De gids geeft een overzicht van klinisch bewezen probiotica die antibiotica-geassocieerde diarree helpen voorkomen. De gids is bedoeld voor medische zorgverleners, patiënten en consumenten.

Antibiotica kunnen een verstrend effect hebben op de darmflora. Vooral het breed spectrum antibioticum amoxicilline geeft een grote kans op klachten. Een van de meest voorkomende bijwerkingen is antibiotica-gerelateerde diarree (AGD).

Het is bewezen dat de inname van bepaalde probiotica bij antibioticagebruik een preventieve werking hebben en de kans op AGD verkleinen. Probiotica beschermen darmflora tegen de verstrende werking van een antibioticakuur en bevorderen het herstel, zodat ook de kans op terugkerende infecties afneemt. Daarmee zijn probiotica ook een wapen in de strijd tegen antibioticaresistentie.

Voor de gids zijn de probiotische producten gegroepeerd op basis van het aangetoonde effect in minstens één tot drie onafhankelijke klinische studies. De gids geeft daarmee een overzicht van klinisch bewezen probiotica die samen met antibiotica antibiotica-geassocieerde diarree kunnen helpen voorkomen.

Agamennone V. A practical guide for probiotics applied to the case of antibiotic-associated diarrhea in The Netherlands. BMC Gastroenterology (2018) 18:103.

Opkomst van de leefstijlcoach

Onlangs besloot het kabinet om leefstijlcoaching vanaf 2019 op te nemen in de basisverzekering.¹ De opleiding tot leefstijlcoach staat nog in de kinderschoenen, maar het aanbod neemt gestaag toe. Veel mensen zien leefstijlcoaching als een kans voor diëtisten; anderen vinden het een bedreiging. Voeding Magazine zet de feiten en meningen op een rij.

TEKST ANGELA SEVERS

Leefstijlcoaching is meer dan alleen adviezen geven over voeding of beweging. Alle voor de cliënt relevante leefstijlthema's worden in de begeleiding meegenomen, dus ook thema's als slaap en ontspanning. Een leefstijlcoach heeft verstand van leefstijl én coaching, en focust op wat de cliënt nodig heeft om gezonde keuzes te maken in het dagelijks leven. Keuzes die bij hem of haar passen en die men daardoor kan volhouden. Coachen vormt de grondslag van de aanpak bij leefstijlcoaching. Dit betekent dat een leefstijlcoach mensen begeleid bij het maken van hun eigen keuzes.

Titel en opleiding

Op dit moment is leefstijlcoach geen

beschermde titel. De Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) hanteert wel criteria voor haar leden. Bij de BLCN kunnen zich alleen leefstijlcoaches aansluiten die minimaal een hbo-diploma hebben en een geaccrediteerde (post) hbo-opleiding tot leefstijlcoach hebben gevolgd (zie kader). Voor diëtisten bestaan er ook verkorte opleidingen. Zo heeft de Academie voor Leefstijl en Gezondheid een geaccrediteerde opleiding die bestaat uit 11 lessen, in plaats van 16, omdat het onderdeel voeding daarin niet tot nauwelijks behandeld wordt. Ook de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) organiseert eind 20-8 een driedaagse module. Deze module is niet door de BLCN geaccrediteerd, mede omdat nog niet duidelijk is of BLCN-accreditatie nodig is voor vergoeding van leefstijlcoaching. De HAN-module gaat in op andere leefstijlonderwerpen dan voeding, zoals een beweegplan en omgaan met slaap- en ontspanningspatronen. Ook motiverende gespreksvoering, alcohol en roken komen aan bod.

Kritiek diëtisten

De meningen onder diëtisten over leefstijlcoaches en het opnemen van leefstijlcoaching in de basisverzekering zijn verdeeld. Dat blijkt uit een enquête die Nieuws voor

Geaccrediteerde post HBO-opleidingen tot leefstijlcoach

Zoals bekend op moment van schrijven.

- Opleiding leefstijlcoach van Academie voor Leefstijl en Gezondheid
- Post-hbo registeropleiding tot integraal leefstijlcoach van Mark Academy
- Post-hbo registeropleiding leefstijlcoach van Brickhouse Leefstijlcoach Academy (vanaf 17 mei 2018)

diëtisten dit voorjaar hield onder 403 diëtisten.² Zo'n 30 procent van hen ziet leefstijlcoaching als een kans voor de diëtist. Zij laten zich bijscholen tot leefstijlcoach of hebben al scholing achter de rug. De rest van de diëtisten heeft meer moeite met het concept. Circa 10 procent van de diëtisten geeft aan de opkomst van de leefstijlcoach als een bedreiging te zien voor hun bestaan als diëtist. Nog eens 10 procent ziet geen nut in de leefstijlcoach en geeft aan ook niets te willen veranderen

gedrag, met als doel een gezondere leefstijl. Uitgangspunt is dat deze drie onderdelen worden aangeboden in een zorgprogramma van 24 maanden door aanbieders die - eventueel samen - de juiste competenties hebben. Voor diëtisten die geen leefstijlcoach zijn, kan samenwerken met andere disciplines dus kansen bieden. Overigens worden alleen bewezen effectieve leefstijlinterventies vergoed en verschilt het per interventie welke disciplines dat mogen uitvoeren. Op dit moment worden er interventies beoordeeld, zoals de Beweegkuur en Slimmer. Deze twee interventies worden niet uitgevoerd door leefstijlcoaches, maar door een combinatie van een diëtist en een fysiotherapeut of oefentherapeut. Het is

met leefstijlcoaches heeft uitgevoerd in Noord-Brabant (Coaching op Leefstijl, afgekort Cool).³ Er deden 350 mensen mee die obesitas hadden of overgewicht in combinatie met een verhoogd risico op diabetes of hart- en vaatziekten. De deelnemers volgden gedurende 6 tot 8 maanden 8 groepssessies van 1,5 uur en 4 individuele sessies van 0,5 uur. De leefstijlcoaches in het onderzoek hebben een eenjarige post-hbo-opleiding tot leefstijlcoach gevolgd. De vooropleidingen van de leefstijlcoaches varieerden van diëtietiek tot verpleegkunde en van lichamelijke opvoeding tot sociaalpedagogisch werk. Na afloop van dit experiment waren de deelnemers gemiddeld 2,2 kilo afgevallen. Van de deelnemers woog 62 procent 2 jaar na aanvang nog steeds minder dan voorheen. Bij tweederde van hen ging het om een totaal gewichtsverlies van minimaal 2 procent en een derde was meer dan 5 procent afgevallen ten opzichte van het aanvangsgewicht. Deelnemers gingen niet alleen gezonder eten, maar ook meer bewegen en ze voelden zich fitter en energiekeer. ◀

Niet de leefstijlcoach wordt vergoed, maar de gecombineerde leefstijlinterventie

aan de manier waarop zij zelf werken. Voor ongeveer 20 procent van de diëtisten is de vraag niet van toepassing omdat ze geen mensen met overgewicht behandelen. De overige 30 procent maakte gebruik van de mogelijkheid om een eigen antwoord te formuleren (zie kader). Van hen vindt een groot deel dat een opleiding tot leefstijlcoach onnodig is, omdat de diëtist in hun ogen al een expert is op het gebied van leefstijl.

Gecombineerde leefstijlinterventie

Een aantal deelnemers aan de enquête vindt dat eerstelijns diëtisten moeten meegaan met de tijd. 'Dat betekent niet per se bijscholen tot leefstijlcoach maar wel samenwerkingsverbanden aangaan met fysiotherapeuten of leefstijlcoaches om professionele informatie over voeding toe te voegen aan de multidisciplinaire behandeling', aldus een van hen. Dit snijdt zeker hout, want het is niet de leefstijlcoach die vergoed wordt, maar de zogenoemde gecombineerde leefstijlinterventie. Zo'n interventie moet bestaan uit advies en begeleiding bij voeding, beweging en

nog niet bekend of het RIVM deze twee interventies gaat opnemen als bewezen effectief in het register van het Loket Gezond Leven. Ook andere details moeten nog door de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitgewerkt. Zo zijn er plannen om de leefstijlinterventie niet ten koste te laten gaan van het eigen risico van de patiënt, maar zeker is dat nog niet.

Onderzoek leefstijlcoaching

Een belangrijke aanleiding voor opname van leefstijlcoaching in de basisverzekering is een experiment dat zorgverzekeraar CZ

Referenties

- 1 Rijksoverheid. Meer ruimte voor preventie in basispakket zorgverzekering. Nieuwsbericht 1 juni 2018
- 2 C. Vondermans. Resultaten Grote Nieuws voor diëtisten enquête 2018, maart 2018
- 3 C. van Rinsum et al. Coaching op Leefstijl (Cool). Eindrapportage van een implementatie- en monitoringstudie, april 2018

Reacties

Enkele reacties van diëtisten op de vraag wat zij vinden van het opnemen van leefstijlcoaching in de basisverzekering:

- 'Het idee dat een diëtist alleen voedingsadviezen geeft, is totaal achterhaald. Ik geef bijvoorbeeld ook slaaptips en beweegadviezen.'
- 'Wanneer je als diëtist motivational interview als gesprekstechniek toepast, dan heb je geen cursus leefstijlcoach nodig.'
- 'Als diëtist hebben we genoeg ervaring en kunde om mensen te begeleiden naar een gezonde leefstijl.'



Mariette de Mol van Otterloo,
Leefstijlcoach en diëtist:
**'De Hollandse kost wordt
enorm ondergewaardeerd'**

TEKST KARINE HOENDERDOS FOTO MICHEL CAMPFENS

Waarom ben je leefstijlcoach geworden?

‘Ik vond de diëtetiekopleiding echt heel leuk, maar toen ik eenmaal aan het werk was, raakte ik heel snel gefrustreerd. Want waarom deden mijn cliënten niet gewoon wat ik ze adviseerde? Ik miste coachingsvaardigheden en ook kennis over gedragsverandering en beweging. Daarom heb ik de opleiding tot leefstijlcoach gedaan. Nu is mijn carrière echt “rond”. Ik word helemaal blij van dit werk.’

‘Ik zoom veel meer in op het doel en de motivatie van de cliënt’

Is je werk erdoor veranderd?

‘Ja, zeker! Ik ga nu veel meer uit van de wens van de cliënt: wat is zijn of haar startpunt? Ik start het gesprek altijd met het doornemen van de BRAVO-factoren: Bewegen, stoppen met Roken, Alcohol en drugs, Voeding en Ontspanning. In die factoren zoek ik samen met de cliënt naar de aanknopingspunten om gedrag te veranderen. En dat is lang niet altijd voeding. Ik krijg veel mensen die alles al geprobeerd hebben en die het vertrouwen in hulpverleners kwijt zijn, maar ook in hun eigen kunnen. Ik adviseer nooit meer een complete ommezwaai in leefstijl, maar werk altijd in kleine stapjes. Zo krijgen ze weer vertrouwen in zichzelf en leren ze nieuwe gezonde gewoontes aan.’

Wat is de meerwaarde voor jou als diëtist?

‘De grootste verandering is dat ik veel meer inzoom op het doel en de motivatie van de cliënt. Ik neem geen genoegen meer met “Ik wil 20 kilo afvallen” maar vraag door tot het échte doel boven water is. Bijvoorbeeld dat iemand weer in een vliegtuigstoel past en zijn kleinkinderen in het buitenland kan bezoeken. Daar zit de échte motivatie. Waarschijnlijk doen heel ervaren diëtisten dit trouwens ook. Maar ik heb dit echt op de opleiding tot leefstijlcoach geleerd.’



Mariette de Mol van Otterloo heeft wat je noemt een ‘zoekende’ scholingscarrière gehad, met opleidingen als economie, accountancy, verschillende koksopleidingen en uiteindelijk de opleiding diëtetiek. Een paar jaar na haar afstuderen als diëtist volgde ze de opleiding tot leefstijlcoach. Ze geeft nu als leefstijlcoach groepstrainingen over gezonde leefstijl bij Eerstelijns Zorggroep Haaglanden (ELZHA). ELZHA ondersteunt huisartsenpraktijken bij zorg aan hun chronische patiënten in de regio Den Haag. Verder is de Mol van Otterloo als franchisenemer aangesloten bij Visiom leefstijlcoaches, een landelijk netwerk van leefstijlcoaches.

Wat is de meerwaarde van een leefstijlcoach voor je cliënten?

‘Ik geef veel trainingen waarin ik de verschillende aspecten van een gezonde leefstijl uitdiep. Elke training opnieuw begin ik met het rondje “Wat ging er goed?”. Mensen zijn snel geneigd om over hun mislukkingen na te denken. Als leefstijlcoach help ik mensen om de kleine stappen vooruit te herkennen en te waarderen. Elke dag 2 glazen water drinken? Dat is een stap vooruit. Laatst zei een cliënt: “Je hebt me positief leren kijken naar mezelf”. Ik denk dat daar echte winst zit.’

‘Veel ouderen denken dat ze goed bezig zijn, maar er komt veel te weinig eiwit binnen; schokkend weinig!’

Ondervoeding bij ouderen komt vaak voor, ook omdat huisartsen en zorgverleners bij de thuiszorg te laat signaleren dat iemand ondervoed is. Dr. Canan Ziylan promoveerde op ouderen en ondervoeding en ziet een belangrijke taak weggelegd voor de diëtist: ‘Voedingskundig weten we wat ouderen nodig hebben, maar we moeten ze zover krijgen dat ze het ook gaan eten.’

TEKST STEPHAN PETERS

FOTO MICHEL CAMPFENS

Tijdens haar studie en werk ging Canan Ziylan zich steeds meer interesseren in voeding en ouderen. Na een Master Nutrition & Health waarbij ze onderzoek deed naar eenzaamheid bij ouderen, promoveerde ze uiteindelijk op het gebied van ondervoeding bij ouderen. Sinds 2016 geeft ze op dit gebied les als docent bij de opleiding Verpleegkunde en bij het Kenniscentrum Zorginnovatie aan de Hogeschool Rotterdam.

Je bent een specialist in voeding en ouderen. Hoe is dat zo gekomen?

‘Na mijn Bachelor Voeding en Gezondheid heb ik de Master Nutrition & Health gedaan, met een specialisatie in Public Health Nutrition. Voor mijn thesis heb ik me toen verdiept in eenzaamheid bij ouderen met dementie en ook tijdens mijn stage heb ik gekeken naar de effectiviteit van casemanagers bij dementie. Na m’n afstuderen ben ik bij Wageningen Food & Biobased Research gaan werken. Daar heb ik meegewerkt aan een interventie rondom het voorkomen van ondervoeding in verpleeghuizen; het ‘Genieten aan tafel’ project. Toen kwam dus voor het eerst mijn interesse voor zowel ouderen als voeding bij elkaar.’

Waarom besloot je op dit onderwerp te willen promoveren?

‘Voeding is in mijn ogen meer dan gezondheid alleen; het is ook een cultuuruiting en draagt bij aan je identiteit. Ik ben het type dat graag in de praktijk kijkt hoe je ervoor

kan zorgen dat mensen beter gaan eten omdat het bijdraagt aan een betere gezondheid. Aangezien ik erg op de praktijk gericht ben, vond ik een promotietraject geen logische stap. Dat leek me echt niets voor mij. Toch vond dr. Annemien Haveman-Nies, die mij begeleidde bij mijn thesis bij de WUR, een promotie-onderzoek juist iets voor mij. Zij heeft me enorm gemotiveerd het toch te gaan doen. Dat maakte voor mij echt het verschil. Daarnaast sprak me aan dat ik bij het onderzoek veel contact zou hebben met ouderen door de onderzoeksopzet en de interviews.’

‘Dat mijn opa’s en oma’s op mijn promotie aanwezig waren, voelde als het grootste cadeau’

Wat vind je zo leuk aan het contact met ouderen?

‘Ik ben erg geïnteresseerd in mensen en houd ervan om ze te spreken en te interviewen. Toen ik jonger was, heb ik vaak mijn opa’s en oma’s, die inmiddels weer in Turkije wonen, geïnterviewd. Ik weet daarom veel van hun achtergrond. Mijn opa’s en oma’s zijn ook een van de belangrijkste



Canan Ziylan

2011 Afgestudeerd in Nutrition & Health aan Wageningen University, specialisatie: Public Health Nutrition

2011-2012 Onderzoeker bij Wageningen Food & Biobased Research

2016 Gepromoveerd op 'Undernutrition management and the role of protein-enriched meals for older adults' aan Wageningen Food & Biobased Research

Vanaf 2016 Docent-onderzoeker aan de Hogeschool Rotterdam

Vanaf 2017 Onderzoeker bij Het Preventief Collectief te Rotterdam

2018 Basiskwalificatie Didactische Bekwaamheid & Basiskwalificatie Examinering aan Hogeschool Rotterdam, Rotterdam

Sinds 2018 Coördinator Expertraad Onderwijs bij de Stuurgroep Ondervoeding

redenen dat ik van ouderen houd. Zij en mijn ouders hebben me altijd enorm gemotiveerd om te studeren en mezelf te ontwikkelen. Ik was trots toen ze uit Turkije overkwamen voor de verdediging van mijn proefschrift. Daarmee konden ze zien dat hun motiverende rol een grote spil in mijn ontwikkeling is geweest. Dat mijn opa's en oma's op mijn promotie aanwezig waren, voelde als het grootste cadeau.'

Kun je wat meer vertellen over je promotie-onderzoek?

'Het hoofddoel van het project was het ontwikkelen van eiwitverrijkte maaltijden die in de praktijk de eiwitinname

bij ouderen zouden moeten verhogen. We hebben dus niet gekeken naar parameters over ondervoeding, maar sec naar de effecten op de eiwitinname. We weten namelijk dat het verhogen van eiwitinname een effect heeft op het verkleinen van de gevolgen van ondervoeding. Wat ik heb gedaan, is gekeken hoe je de eiwitinname op een lekkere manier kunt verhogen, zonder dat dit wordt gecompenseerd doordat ouderen op andere momenten minder gaan eten.'

Hoe heb je dat aangepakt?

'Ik ben eerst in gesprek gegaan met zorgverleners zoals huisartsen en verpleegkundigen. Wat me daarbij opviel was dat voeding niet echt prioriteit had bij de meesten en dat het ook wegviel bij alle andere zorgtaken die ze hadden. Vooral bij huisartsen en in de wijkzorg wordt vaak te laat signaleerd dat iemand ondervoed is. Het valt pas op als iemand flink is afgevallen. Maar eigenlijk ben je dan al te laat, omdat het heel moeilijk is om het gedrag dat eraan ten grondslag ligt, aan te passen. Het spierverslies tijdens



dit proces compenseren is moeilijk. Het gaat trouwens niet alleen over voeding; je moet ook bewegen om de eiwitten in de spieren weer op te bouwen. Daarnaast heb je ook ouderen die wel goed eten en toch spieren verliezen. Hier kan een ziekte onder zitten. Het op tijd oppikken van verschijnselen van ondervoeding is dus om meerdere redenen erg belangrijk.'

Waarom geven ouderen zelf niet aan dat ze weinig eten of afvallen?

'Ondervoeding wordt vaak niet tijdig gesignaleerd, omdat ouderen zich er ook niet van bewust zijn. Veel ouderen zijn blij dat ze afvallen of ze hebben het niet in de gaten. Ondervoeding gaat gepaard met spierverlies en daardoor wordt een oudere zwakker. Maar die zwakte wijten ze aan ouderdom en daarom gaan ouderen er niet mee naar de huisarts. Bovendien zouden de meeste huisartsen bij ouderen niet eens doorvragen naar hun voedingsstatus en -gewoonten.'

Hoe kunnen ouderen die bijvoorbeeld thuismaaltijden ontvangen toch ondervoed zijn?

'Uit mijn onderzoek bleek dat een kwart van de ouderen die maaltijden thuis ontvingen, ondervoed was. Veel van de ouderen die 3 tot 4 maaltijden per week ontvingen,

bleken die maaltijden te verdelen over de hele week. Dat was soms om financiële redenen en soms omdat ze de hele maaltijd niet op konden. Veel ouderen waren zich er niet bewust van dat ze minder waren gaan eten. En degenen die het wel beseften, maakten zich geen zorgen, want "ja, ik doe

'Veel ouderen krijgen met de dagelijkse voeding erg weinig eiwitten binnen. Zeker bij het ontbijt en de lunch; hooguit een eitje'

ook minder per dag". Wat ook opviel in mijn onderzoek was dat veel ouderen met de dagelijkse voeding erg weinig eiwitten binnenkregen. Zeker bij het ontbijt en de lunch; hooguit een eitje. Ik zag veel ouderen die simpel ontbeten met een cracker met jam en lunchten met voornamelijk of alleen maar fruit. Die ouderen denken dat ze dan goed bezig zijn, maar er komt veel te weinig eiwit binnen; schokkend weinig! Helaas is er bij ouderen te weinig bewustzijn over gezond en eiwitrijk eten. En de combinatie met te weinig bewegen is geen goede.'

Hoe hebben jullie de eiwitverrijkte maaltijden bij ouderen getest?

'We hebben maaltijden gemaakt met in elke hoofdmaaltijd 25-30 gram eiwit. Voor het onderzoek zijn vier verschillende maaltijden ontwikkeld met respectievelijk een normaal en een verhoogd eiwitgehalte. Dat deden we heel simpel door bijvoorbeeld te spelen met de verhouding doperwten/worteltjes – doperwten bevatten meer eiwitten – of door melkpoeder door sauzen en de aardappelpuree te verwerken. We hebben de maaltijden in het sensorische lab van het Restaurant van de Toekomst laten eten. De ouderen werd gevraagd om daar vier opeenvolgende weken, een keer per week een maaltijd te komen eten, waarbij ze niet wisten welke variant ze te eten kregen. Na elke maaltijd testten we hoe de maaltijd werd gewaardeerd en vroegen we de ouderen om nog twee uur te blijven. Zo konden we testen wat de effecten van de maaltijden waren op verzadiging en of er mogelijk compensatie plaats zou vinden. Uit de resultaten bleek geen verschil in de waardering voor de maaltijden, maar met de eiwitrijke maaltijden waren de ouderen wel meer verzadigd.'



Hebben jullie de maaltijden ook nog in een thuisomgeving getest?

‘Jazeker. Als laatste hebben we de eiwitverrijkte maaltijden getest in de praktijk bij thuiswonende ouderen in een ouderenwooncentrum. Deze ouderen hadden geen ziektes, maar waren wel een beetje hulpbehoevend en kregen dus thuiszorg en huishoudelijke ondersteuning. Ook deze ouderen wisten niet welke maaltijden ze kregen. Van het brood tijdens ontbijt en lunch wisten ze ook niet of het wel of niet met eiwit was verrijkt. Via voedingsdagboeken hielden de ouderen bij wat ze aten en wij namen de resten van de maaltijden weer in om te kijken wat er precies gegeten was. Wat bleek? Met de eiwitverrijkte maaltijden kregen de ouderen de gewenste 1,2 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht binnen. Bij de andere groep was het 1 gram, en dat is iets te weinig. Bovendien zagen we in deze real-life setting dat er niet werd gecompenseerd. De belangrijkste conclusie was dat eiwitverrijkt brood en eiwitverrijkte maaltijden echt kunnen helpen om de eiwitname te doen toenemen. Al met al een mooi en erg praktisch resultaat voor een proefschrift.’

Wat vind je dat er verbeterd kan worden bij voeding en ouderen?

‘Voedingskundig weten we wat mensen wel en niet nodig hebben, maar de vraag is hoe we ouderen zover krijgen dat ze dit gaan eten. Wat we nu vaak zien is dat de thuiszorg met de SNAQ-vragenlijst bij een oudere ondervoeding vaststelt en diegene dan doorverwijst naar de diëtist. Daarmee denkt de thuiszorg dat het voor hen klaar is. Maar de diëtist kan niets zonder de hulp van de thuiszorg. Wat ook niet helpt,

‘De diëtist moet zich niet alleen met de oudere bezighouden, maar ook met alle professionals en familie eromheen’

is dat de thuiszorg soms een beetje neerkijkt op de diëtist. Ik heb verzorgers vaker tegen ouderen horen zeggen dat “zo’n meisje je dan komt vertellen wat je moet eten”. De diëtist staat dan meteen op achterstand. En er bestaan ook veel vooroordelen, bijvoorbeeld dat diëtisten vooral drinkvoeding voor zouden schrijven. Dat is natuurlijk niet waar. Er moet duidelijk een veel betere samenwerking komen tussen alle hulpverleners als het om voeding en ouderen gaat.’



Wat moet er gebeuren om te zorgen dat de diëtist meer invloed krijgt?

‘De diëtist is onvervangbaar! Die is de enige die een goed voedingsadvies kan geven. Daarom moeten diëtisten veel beter uitleggen aan de huisarts, verpleegkundigen en andere hulpverleners wat ze precies doen en waarom. Ze moeten veel doortastender zijn in het pakken van hun rol. Om hun werk effectiever te maken, moet de diëtist zich niet alleen met de oudere bezighouden, maar ook met alle professionals en familie eromheen.’

Waarom heb je besloten om les te gaan geven op de Hogeschool Rotterdam?

‘Ik vind dat er veel meer aandacht moet komen voor voeding in de zorg. En dat begint bij het onderwijs. Het is heel onwettelijk dat er bijvoorbeeld bij de opleiding fysiotherapie helemaal geen voeding in het curriculum zit. Bij het Instituut voor Gezondheidszorg van de Hogeschool Rotterdam zien ze dat ook in. Daarom werk ik hier aan het invoeren van voedingsonderwijs in de opleiding verpleegkunde. Wij zorgen nu dat voeding in het curriculum komt, maar ook dat de omgeving meer gezondheidsbewust wordt. Zo werken we ook aan het gezonder maken van de kantines. Het begint immers bij jezelf!’





Lonneke Groen,
leefstijlcoach en diëtist:
**'Ik ben nu meer een
buddy die in samenspel
met cliënten werkt'**

TEKST ANGELA SEVERS FOTO MICHEL CAMPFENS

Waarom ben je leefstijlcoach geworden?
 'Ik zocht verbreding. Als diëtist adviseerde ik cliënten bijvoorbeeld om minimaal een half uur per dag te bewegen, maar ik kon hen niet adviseren over de invulling ervan. Nu kan ik cliënten ook op dat gebied veel beter coachen.'

Is je werk erdoor veranderd?

'Ik dacht dat ik als diëtist al goed kon coachen, maar dat bleek toch tegen te vallen. Diëtisten willen een probleem meestal even snel oplossen. Het liefst maken ze een pasklaar plan, waarmee cliënten de deur uit gaan. Dat is ook wel logisch, omdat je als diëtist maar een beperkte tijd tot je beschikking hebt. Als leefstijlcoach werk ik in kleine stapjes. Ik zie cliënten vaker, leg de verantwoordelijkheid meer bij hen en laat ze zelf bedenken wat ze willen veranderen. Als coach vraag ik hen wat ze ervoor nodig hebben en hoe ik ze daarbij kan helpen. Het is nu een samenspel.'

Wat is de meerwaarde voor jou als diëtist?

'Doordat ik leefstijlcoach ben, is mijn begeleiding op een hoger niveau gekomen. Ik ben meer een buddy die in samenspel met cliënten werkt. De nadruk ligt op coachen en de cliënt laten meedenken, in plaats van oplossingen aandragen. Diëtisten kunnen dit ook, maar door de leefstijlcoachopleiding heb ik veel meer coachingsvaardigheden gekregen. Het is aanvullend en verdiepend.'

Wat is de meerwaarde van een leefstijlcoach voor je cliënten?

'Leefstijlcoaching is een heel andere aanpak, die veel verder gaat dan voeding. Er is ook aandacht voor bewegen, slapen, ontspanning. Kortom: het totaalplaatje. Het leefstijladvies is veel laagdrempeliger dan een diëtistisch advies.'

'Als leefstijlcoach kan ik veel intensievere begeleiding geven'



Lonneke Groen studeerde in 2000 af als diëtist en werkte 10 jaar in een ziekenhuis en de thuiszorg. In 2010 richtte ze met 2 andere diëtisten Diëtistenpraktijk Alimentum in Krommenie op. Lonneke noemt zichzelf een allround diëtist, maar heeft in de loop der jaren ook een aantal specialismen ontwikkeld, zoals ondergewicht, diabetes en overgewicht bij kinderen en volwassenen. In 2014 deed ze de opleiding tot leefstijlcoach waarna ze nog een post-HBO opleiding overgewicht volgde. Recent rondde ze ook de opleiding tot sportdiëtist af.

Een voorbeeld: als een cliënt niet ontbeet, gaf ik als diëtist voorbeeldontbijtjes mee met het advies om die te eten. "En als het niet lukt, hoor ik het wel." Nu adviseer ik cliënten om te proberen 's morgens in ieder geval iets te eten, maakt niet uit wat. En bij de volgende afspraak vraag ik hoe het gegaan is. Als leefstijlcoach kan ik veel intensievere begeleiding geven, met meer contactmomenten. Ik zie cliënten vaak eens per week of om de week. Mijn twee collega-diëtisten zien ook echt de meerwaarde. Ze sturen cliënten regelmatig naar mij door als ze het idee hebben dat leefstijlcoaching beter bij die cliënten past.'

Naar een effectieve aanpak van **ondervoeding bij ouderen**

Ondervoeding bij ouderen kent vaak meerdere oorzaken. Daarom is de aanpak van dit probleem ook complex. De sleutel van het succes ligt bij een individuele aanpak, met een focus op voedingsstatus, lichamelijke conditie en een eventuele achterliggende ziekte. Essentieel is een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners.

TEKST DR. STEPHAN PETERS (NEDERLANDSE ZUIVEL ORGANISATIE) EN DR. OLAF LARSEN (ASSISTANT PROFESSOR (0.2 FTE) VRIJE UNIVERSITEIT)



De essentie van ‘gezond ouder worden’ wordt in het RIVM Rapport Gezond ouder worden in Nederland (2011) als volgt omschreven: ‘Het gaat bij gezond ouder worden niet alleen om het voorkomen en uitstellen van ziekte, maar met name om het voorkomen van en terugdringen van beperkingen in het functioneren, het bevorderen van zelfredzaamheid en een goede kwaliteit van leven.’ Deze definitie

Op dit moment woont meer dan 90% van de ouderen zelfstandig, waarvan de helft een of meer chronische ziekten heeft.² De meest voorkomende ziekten zijn artrose, gezichtsstoornissen, diabetes en coronaire hartziekten, inclusief beroerte en hartfalen. De Volksgezondheid Toekomstvoorspelling van het RIVM voorspelt dat de prevalentie van deze ziekten de komende 25 jaar sterk zal toenemen (Figuur 1).³ Omdat gezondheidsproblemen als gevolg van roken en alcoholgebruik evident zijn en ook de

Definitie ondervoeding

Iemand is ondervoed als hij of zij voldoet aan één van de volgende twee criteria:

1. Een BMI (Body Mass Index) die lager is dan 18,5. Voor mensen van 65 jaar en ouder geldt dit al bij een BMI lager dan 20;
2. Onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 6 kg in de laatste twee maanden of meer dan 3 kg in de laatste maand.

Ongeveer 7% van de zelfstandig thuiswonende ouderen en 14% van de ouderen die thuiszorg krijgen, is ondervoed

maakt duidelijk dat gezond ouder enerzijds gaat over preventie en anderzijds over het terugdringen van klachten en ongemakken bij ouderdom. Daarbij richt preventie zich op het voorkomen van gezondheidsproblemen op latere leeftijd door op jongere leeftijd een gezonde leefstijl aan te houden. Voor het terugdringen van klachten en beperkingen in het functioneren doet men interventies tijdens het proces van ouder worden. Die interventies zijn vooral gericht op gezonde voeding, voldoende lichaamsactiviteit, niet roken en weinig of geen alcoholconsumptie. Bijzondere aandacht wordt besteed aan voldoende inname van eiwit, vocht calcium en vitamines. Daarnaast wordt geprobeerd te interveniëren met gewichtsverandering.

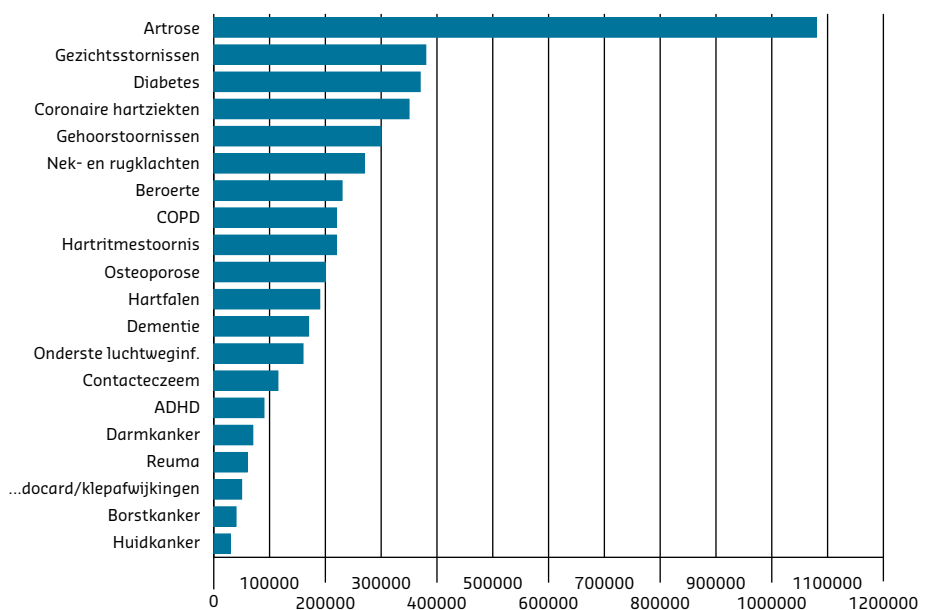
Cijfers en feiten

In een vergrijzende samenleving zoals in Nederland, zal het aantal ouderen de komende decennia relatief en absoluut gezien sterk toenemen. Volgens het CBS bedraagt het aantal ouderen in 2041 ongeveer 4,7 miljoen mensen, terwijl dat in 2009 nog 2,5 miljoen was. In 2050 zal ongeveer een kwart van de bevolking 65 jaar of ouder zijn en een aanzienlijk deel daarvan (een derde) 80-plusser.

oplossing voor de hand ligt, gaat dit artikel in op de invloed van voeding (met name zuivel) en activiteit op het gezond ouder worden en op het voorkomen van en interveniëren bij ouderdom gerelateerde ziekten.

Preventie: de Schijf van Vijf

Een gezond voedingspatroon en voldoende beweging gedurende het leven verkleint de kans op welvaartsziekten aanzienlijk. In de Richtlijnen goede voeding van de Gezondheidsraad zijn alle verbanden tussen de inname van voeding (sgroepen) en welvaartsziekten systematisch op een rij gezet.⁴ Het Voedingscentrum heeft deze



Figuur 1 Absolute toename prevalentie 2015-2040 (VTV Toekomstverkenning 2018)



Ondervoeding bij ouderen

vertaald in de Schijf van Vijf. Eten volgens de Schijf van Vijf is dus de beste manier om via een gezond voedingspatroon ziekte op latere leeftijd te voorkomen. Voor ouderen gelden wel aanvullende adviezen:

- **Slik extra vitamine D.**

Vrouwen van 50 jaar of ouder wordt aangeraden 10 mcg vitamine D per dag in supplementvorm te slikken.

Voor iedereen die 70 jaar of ouder is geldt een advies om een supplement van 20 mcg vitamine D te slikken.

- **Drink voldoende.**

Ouderen wordt aangeraden ongeveer 1,7 liter per dag te drinken. Dit houdt de nierfunctie goed op gang en kan blaas- en urineweginfecties voorkomen.

- **Zorg voor voldoende calciuminname.**

De aanbevolen hoeveelheid calcium voor ouderen is 1200 mg per dag.

- **Voorkom ondervoeding.**

Bijzondere aandacht is gewenst voor het voorkomen van ondervoeding.

Ondervoeding

Een tekort aan de inname van energie en/of voedingsstoffen leidt tot gewichtsverlies en tot een slechter functioneren van het lichaam, ook bij gewenst gewichtsverlies. Dat komt vooral door de afname van spiermassa. In principe is daarom het advies om ouderen te laten eten volgens de Richtlijnen Schijf van Vijf. Hierbij is speciale aandacht nodig voor de gewenste inname van eiwitten. Deze is 0,8 gram per kilogram lichaamsgewicht.

Ondervoeding komt vaak voor bij ouderen, zeker op hogere leeftijd. Ongeveer 7% van de zelfstandig thuiswonende ouderen en 14% van de ouderen die thuiszorg krijgen, is ondervoed. Binnen zorginstellingen is

ongeveer een kwart van de ouderen ondervoed.² Oorzaken van ondervoeding bij ouderen zijn velerlei. Vaak zijn er slik- en kauwproblemen of problemen met het gebit of de stoelgang. Maar ook ziekte,

van een onderliggende (chronische) ontsteking waarbij spieren en botten gezamenlijk worden getroffen. Sarcopenie en osteoporose worden vaak apart van elkaar gediagnosticeerd en behandeld. Beiden

Zorg dat de eiwitinname per hoofdmaaltijd minimaal 25 gram per keer is

dementie, armoede of eenzaamheid kunnen een rol spelen. Ondervoeding kan ook talloze gevolgen hebben, waaronder:

- Verminderde spiermassa
- Osteoporose (botontkalking)
- Grotere kans op vallen
- Verminderende weerstand
- Verhoogde kans op doorligwonden
- Langzamer herstel na operatie en bij ziekte
- Lagere kwaliteit van leven
- Verhoogde kans op overlijden

(bron www.stuurgroepondervoeding.nl)

Osteosarcopenie

Onvrijwillig gewichtsverlies kan ook voorkomen bij (ernstige) ziekte. Dit kan soms agressieve vormen aannemen waarbij de patiënt in een paar weken kilo's kan afvallen. Dit proces wordt cachexie genoemd. Aangezien cachexie gepaard gaat met ziekte, gaan we hier in dit artikel niet verder op in. Ondervoeding gaat meestal gepaard met geleidelijke vermindering van de spiermassa (sarcopenie) en botmassa en dichtheid (osteoporose) of er is sprake

hangen echter samen met ouderdom en met kwalitatieve (calcium en eiwit) en kwantitatieve (energie) ondervoeding. Daarom zouden sarcopenie en osteoporose meer in gezamenlijkheid moeten worden bekeken en behandeld en heeft de term osteosarcopenie dan ook recent zijn intrede gedaan.⁵ Voor het voorkomen en behandelen van osteosarcopenie zijn meerdere adviezen van toepassing.

Adviezen bij spierafbraak en botontkalking

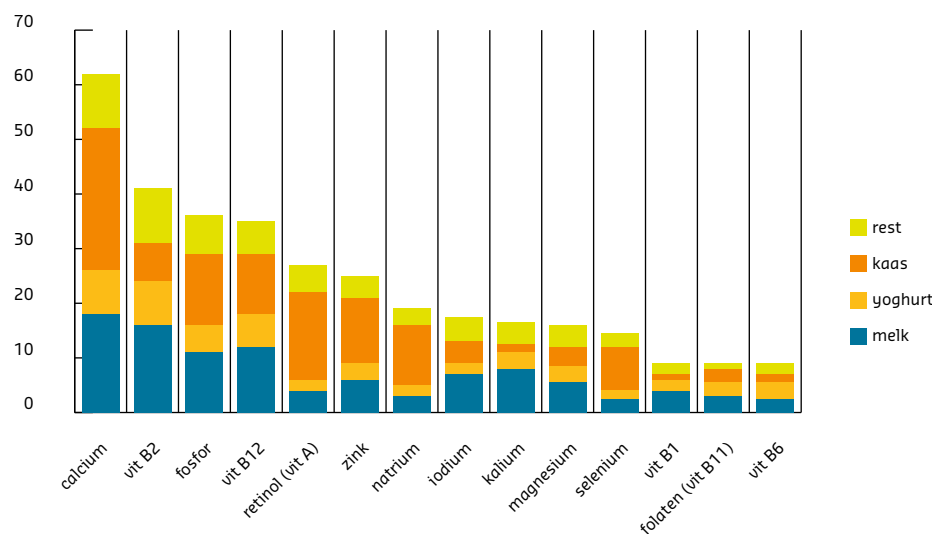
Het leefstijladvies voor mensen met osteosarcopenie is rechttoe rechtaan: beweeg meer en eet gezond. Voor diëtisten en zorgprofessionals zijn de volgende aandachtspunten belangrijk:

- Zorg ervoor dat ouderen kennis hebben van de vitamine D suppletie-adviezen en dat ze de adviezen opvolgen.
- Let op de calciuminname. Om de aanbevolen 1200 mg calcium binnen te krijgen, raadt het Voedingscentrum mensen van 70 jaar of ouder aan om 4 porties zuivel (600 gram) en 40 gram kaas per dag te consumeren.
- Kan of wil een oudere geen zuivel consumeren? Raad dan een calcium-supplement van minimaal 1000 mg per dag aan, in combinatie met 20 mcg vitamine D.
- Zorg dat de eiwitinname per hoofdmaaltijd namelijk gemiddeld minimaal 25 gram per keer is. In de praktijk valt de eiwitinname per maaltijd gemiddeld erg tegen (zie kader).
- Stimuleer beweging en sport. Dit versterkt de botten, vergroot de spierkracht en bevordert de algemene conditie.

Eiwitinname ouderen

Ouderen krijgen het grootste gedeelte van hun eiwitinname binnen met de hoofdmaaltijd. Het is wenselijk om per hoofdmaaltijd ten minste een hoeveelheid van 25 gram eiwit binnen te krijgen. Echter in de praktijk is de verdeling van de eiwitinname bij ouderen per maaltijd gemiddeld als volgt⁶:

- Ontbijt: 10-12 gram eiwit
- Lunch: 15-23 gram eiwit
- Avondmaaltijd: 24-31 gram



Figuur 2. Inname micronutriënten via zuivelproducten (VCP ouderen)

Zuivel als onderdeel preventie

Zelfstandig wonende 70-plussers zijn gewend zuivel te consumeren, zo bleek uit de Voedsel Consumptie Peiling (VCP) Ouderen (2010-2012). Dit maakt dat deze productgroep een rol kan spelen bij het voorkomen van ondergewicht en het in goede voedingsstatus brengen of houden van ouderen. Zuivel levert namelijk veel essentiële vitamines, mineralen en eiwitten in de Nederlandse voeding. Figuur 2 laat de percentages zien van de inname van micronutriënten via zuivel en met welke

het voorkomen en behandelen van ondervoeding en osteosarcopenie. Vooral kaas en melk leveren een grote bijdrage aan de eiwit- en calciuminname bij ouderen. De combinatie van de voedingsstoffendichtheid van zuivelproducten en het feit dat ouderen in Nederland liefhebbers zijn van zuivelproducten maakt zuivel uitermate geschikt om op een simpele manier in te zetten bij het behandelen van ondervoeding. Door het goed inzetten van zuivel in het voedingspatroon bij ouderen kan het risico op botfracturen worden verkleind.

handelen als er sprake is van overgewicht. Ouderen krijgen in principe pas het advies om (onder begeleiding) af te gaan vallen bij een BMI hoger dan 30. En dan alleen als het overgewicht gepaard gaat met complicaties en ziekte als gevolg van dat overgewicht. Denk hierbij aan harten vaatziekten, type 2-diabetes en problemen met slapen (apneu).² Het kan echter ook voorkomen dat ouderen met een gezond gewicht of zelfs overgewicht toch ondervoed zijn.

Ondervoed met overgewicht

Met de trend van toenemend overgewicht in de hele populatie, neemt zoals gezegd ook overgewicht bij ouderen toe. Bij ouderen kan overgewicht echter gepaard gaan met (osteosarcopenie). Een aanzienlijk deel van ouderen kan ingedeeld worden in de groep sarcopenisch overgewicht. Daarom moet speciale aandacht worden besteed aan ouderen met een ogenschijnlijk gezonde of te hoge BMI, die toch te weinig spier- en botmassa hebben, met alle risico's die daarmee gepaard gaan. In een recent overzichtsartikel schetsen onderzoekers Batses en Villareal een beeld van de oorzaak, mechanismen en behandeling van sarcopenisch overgewicht:⁹

- De prevalentie van sarcopenie in combinatie met overgewicht bij ouderen is aan het toenemen.
- Door verschillende definities en interpretaties van sarcopenie, over- en ondergewicht is het moeilijk om onder- ➤

Ouderen met een ogenschijnlijk gezonde BMI kunnen toch te weinig spier- en botmassa hebben

producten men deze binnenkrijgt. Zuivel is de belangrijkste bron van calcium in het Nederlands voedingspatroon en levert een belangrijke bijdrage aan onder andere vitamine B2, B12, A en de mineralen fosfor, zink, jodium en kalium. Uit dezelfde VCP blijkt dat zuivel voor gemiddeld een kwart bijdraagt aan de eiwitinname bij ouderen (vlees voor 28% en granen voor 23%). Dit maakt zuivelproducten uitermate geschikt om ondervoeding bij ouderen tegen te gaan en in het bijzonder om te helpen bij

Dit zorgt ook voor lagere zorgkosten.⁷ Een aanvullend aspect van zuivel is het effect op tandgezondheid. Vooral de consumptie van kaas doet de pH van tandplagues verhogen. Dit verkleint de kans op tandcariës. Voor yoghurt en melk geldt dat ze niet-cariogeen zijn.⁸

Overgewicht

Het aantal gevallen van overgewicht neemt ook bij ouderen toe. Toch is het advies om bij ouderen niet te proactief te

Ondervoeding bij ouderen

voeding in combinatie met overgewicht te herkennen en behandelen.

- De hoekstenen van de behandeling van sarcopenisch overgewicht zijn verantwoorde caloriereductie (onder de begeleiding van de diëtist) en lichamelijke activiteit en sport.
- Er moet bij energiereductie te allen tijde gelet worden op de inname van essentiële voedingsstoffen.

Aanpak

De aanpak van ondervoeding bij ouderen is complex, omdat de oorzaak multifactorieel kan zijn. De sleutel van succes ligt bij een individuele aanpak waarbij goed wordt gekeken naar de voedingsstatus, lichamelijke conditie en eventueel achter-

liggende ziekte. De diëtist moet hierin een centrale rol vervullen, waarbij een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners essentieel is. (Zie interview op pagina 10). Bij de behandeling van ondervoeding bij ouderen door de diëtist en andere behandelaars zijn de volgende punten van belang:

- Adviseer ouderen te eten volgens de Schijf van Vijf. Houd hierbij rekening met voldoende inname van energie, macro- en micronutriënten.
- Heb aandacht voor de inname van voldoende eiwit. Stel maaltijden zo samen dat in elke hoofdmaaltijd minimaal 25 gram eiwit zit.
- Let op de energiebalans, omdat de energiebehoefte afneemt bij een

toenemende leeftijd.

- Adviseer ouderen (>70 jaar) 20 mcg vitamine D per dag in supplementvorm te slikken en vrouwen 50-70 jaar 10 mcg vitamine D.
- Let op de calciuminname. Kan of wil een oudere geen zuivel consumeren, raad dan een supplement van 1000 mg calcium per dag aan.
- Adviseer veel volkorenproducten, groente en fruit. Dit helpt het risico op hart- en vaatziekten te verkleinen en verbetert de stoelgang.
- Adviseer een keer per week vis, bij voorkeur vette vis te eten.
- Let op de zoutinname. Probeer deze bij een te hoge inname te beperken tot 6 gram zout per dag.
- Valt iemand meer dan 3 kg in een maand of meer dan 6 kg in een half jaar af? Dan is iemand ondervoed en is nader onderzoek door een arts nodig.
- Heb aandacht voor de vochtinname. Voor ouderen wordt aangeraden om minimaal 1,7 liter vocht per dag te drinken.
- Stimuleer ouderen te bewegen of te sporten; minimaal 30 minuten matig intensief per dag. Dit voorkomt spieren botafbraak en bevordert de algehele conditie.
- Wees terughoudend met afvallen bij matig overgewicht (BMI 25-30). Bij BMI > 30 en daarbij behorende gezondheidsklachten wordt aangeraden onder begeleiding af te vallen. <

Probiotica en stoelgang

Bij oudere verpleeghuisbewoners ligt de gemiddelde prevalentie van obstipatie rond de 60%. Stoelgangproblemen zijn geassocieerd met de kwaliteit en samenstelling van de darmflora (microbiota). Er zijn meerdere onderzoeken gedaan in verpleeghuizen naar het gebruik van probiotica om dit heet veelvoorkomende probleem van obstipatie te voorkomen. Tot nu toe zijn er zes studies gepubliceerd, waarvan er vijf een significant effect van probiotica lieten zien op de stoelgang.¹⁰ Hoewel de aanwijzingen er zijn, is het nog te vroeg om een algemeen advies te geven voor het inzetten van (zuivel met) probiotica om stoelgangproblemen bij ouderen te voorkomen. De studies die zijn uitgevoerd, zijn vooral pilotstudies die zich ook nog op verschillende factoren van de stoelgang richten, zoals frequentie en consistentie van de ontlasting. Daarnaast zijn de studies uitgevoerd met verschillende soorten probiotica. Hoewel er muziek zit in de toepassing van probiotica in verpleeghuizen is het erg moeilijk om grootschalige studies in verpleeghuizen uit te voeren, omdat ze onvoldoende capaciteit hebben voor zulke grote klinische studies. De studies moeten vanzelfsprekend gepaard gaan met goede veiligheidsstudies. Recente analyses tonen echter aan dat probiotica veilig kunnen worden gebruikt bij ouderen.¹⁰

Dit artikel kwam mede tot stand door inbreng van dr. Jan Steijns (FrieslandCampina Institute). Mede-auteur van dit artikel dr. Olaf Larsen is tevens Science Manager voor Yakult Nederland B.V..

Referenties

- 1 RIVM, Gezond ouder worden in Nederland. 2011.
- 2 Voedingcentrum, Factsheet Ouderen en Voeding. 2017.
- 3 RIVM, Volksgezondheid Toekomst Voorspelling 2018 - VYTV2018. 2018; Available from: <https://www.vtv2018.nl>.
- 4 Gezondheidsraad, Richtlijnen goede voeding. 2015.
- 5 Tagliaferri, C., et al., Muscle and bone, two interconnected tissues. Ageing Res Rev, 2015. 21: p. 55-70.
- 6 Tieland, M., et al., Dietary Protein Intake in Dutch Elderly People: A Focus on Protein Sources. Nutrients, 2015. 7(12): p. 9697-706.
- 7 Lötters, F.J., et al., Dairy foods and osteoporosis: an example of assessing the health-economic impact of food products. Osteoporos Int, 2013. 24(1): p. 139-50.
- 8 Telgi, R.L., Yadav, V., Telgi, C.R., Boppana, N., In vivo dental plaque pH after consumption of dairy product. Gen Dent, 2013. 61(3): p. 56-9.
- 9 Batsis, J.A., Villareal, D.T., Sarcopenic obesity in older adults: aetiology, epidemiology and treatment strategies. Nature Reviews Endocrinology, 2018.
- 10 Larsen, O., Nieuwboer van den M., Koks, M., Probiotics for healthy ageing: innovation barriers and opportunities for bowel habit improvement in nursing homes. Agro FOOD Industry Hi Tech, 2017. 28: p. 512-5.

We verwaarlozen bij landbouw en voeding altijd het geheel

Voorstanders van varkensflats prijzen deze aan als zeer milieuvriendelijk. Veel varkens op

een flink aantal verdiepingen, met onderin het slachthuis. Dat scheelt vervoer en dierenleed tijdens het vervoer. Vergeeten wordt echter dat varkens moeten eten en poepen. Het eten zou natuurlijk van voedselresten uit de buurt kunnen komen, maar het meeste daarvan zou worden afgekeurd om voedsel-hygiënische redenen. Het voer - zoals soja en mais - moet dus van ver komen. Weg milieuvoordeel. En de mest? Vrachtwagens die af en aan rijden met voer en mest, leuk voor de omwonenden. Vergeet ook de stank niet. Varkensflats hebben bovendien een aanzuigend effect. Kan je ermee verdienen, dan komen er steeds meer en dus krijg je meer problemen met mest en fijnstof. Kortom, varkensflats vormen een deeloplossing, maar verergeren de problemen van het geheel.

Landbouw en voeding zijn zo complex, dat velen het geheel uit het oog verliezen en zich alleen richten op een bepaald deelaspect. Ook bestaande voedingsrichtlijnen letten alleen op een deelaspect van eten. Ze letten goed op de nutriënten en zeggen dat je matig moet eten. Maar ze vergeten dat eten een sociale activiteit is, en dat gezamenlijk eten een soort beloning is na een zware werkdag. Gezamenlijk eten (en samen koken) zorgt voor langzamer eten en een betere vertering. Toch bevelen voedingsrichtlijnen het samen eten niet aan. Ook zeggen ze niets over hoe om te gaan met de onvermijdelijke restjes. Eigenlijk zouden alle receptenmakers moeten aan-

MICHEL KORTHALS



geven wat te doen met de visgraten (maak er vissoep van), met de botten (saus of bouillon) of de schillen (composteer!). Opnieuw, ze bestrijken een deel en laten het geheel buiten beschouwing. Psychologen noemen dat hypocognitie.

Voedsel opvatten vanuit nutriënten en de daarbij horende levensmiddelen is dus een deelaanpak. De focus op eten - en niet meer dan dat - is funest voor eten als geheel. Eten is veel meer dan eten. Het is: voorbereiden - ingrediënten uitzoeken, kopen of zelf oogsten -, koken, de maaltijd organiseren met of zonder familie en of kennissen, samen eten en opruimen. Deze vaardig-

heden zorgen fysiologisch voor een betere vertering, psychologisch voor een beter gevoel en voor smaakontwikkeling en sociologisch voor versterking van sociale contacten. Eten is het ontwikkelen van voedselvaardigheden, zodat je steeds beter ingrediënten kunt kiezen, kunt koken, kunt proeven, en kunt genieten van de maaltijd. Voedingsrichtlijnen zouden dus over voedselvaardigheden moeten gaan: hoe ingrediënten te verkrijgen die voldoen aan je voorkeuren; hoe lekkerder te koken; hoe maaltijden te organiseren, zodat eenzaamheid wordt teruggedrongen, en hoe je smaak te ontwikkelen. Producenten zouden eveneens verantwoordelijkheid moeten nemen voor het geheel, zodat er duurzame en gezonde ketens - inclusief eindgebruikers! - ontstaan.

Prof.dr. Michiel Korthals is professor Filosofie, University of Gastronomic Sciences, Pollenza/Bra (Italy) en emeritus professor Toegepaste Filosofie, Vrije Universiteit en Wageningen Universiteit. Afgelopen voorjaar verscheen zijn boek 'Goed eten. Filosofie van voeding en landbouw'.



Ellen Govers, diëtist:
**'Diëtisten hebben echt
geen complete leefstijl-
coach-opleiding nodig'**

TEKST ANGELA SEVERS FOTO MICHEL CAMPFENS

s leefstijlcoaching een onderdeel van je werk?

‘Zeker, het gaat altijd om het complete verhaal: niet alleen eten, maar bijvoorbeeld ook bewegen, slapen, emoties, stress, alcohol, roken. Het hangt allemaal met elkaar samen. Iemand die slecht slaapt, gaat vaak meer eten. En stoppen met roken heeft invloed op het gewicht. In de anamnese van een cliënt wordt leefstijl daarom standaard meegenomen en ik geef daar ook adviezen over.’

Waarom vind je het niet nodig om leefstijlcoach te worden?

‘De vijf pijlers van een gezonde leefstijl – Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning ofwel BRAVO – beheers je als diëtist al, door je opleiding en ervaring. Hooguit volstaat een kleine bijscholing, bijvoorbeeld om te leren omgaan met groepsdynamiek. Dat kan handig zijn omdat diëtisten vaak individueel behandelen en leefstijlcoaching juist vaak in groepen wordt gegeven. Verder is het ook handig om te leren hoe je gerichte beweegadviezen kunt geven. Maar diëtisten hebben echt geen complete leefstijlcoachingopleiding nodig.’

‘Als diëtist ben ik beter uitgerust om mensen met een medische indicatie te behandelen’

Wat is de meerwaarde van jou als diëtist boven een leefstijlcoach?

‘Als diëtist ben ik beter uitgerust om mensen met een medische indicatie te behandelen. Want daar gaat het bij de leefstijlinterventie om: mensen met obesitas of overgewicht in combinatie met comorbiditeit. Deze groepen mogen ook niet door een gewichtsconsulent worden behandeld. In mijn ogen zit de voedingskennis van een leefstijlcoach met een andere achtergrond dan diëtetiek, op hetzelfde niveau als die van een gewichtsconsulent. Een diëtist heeft meer kennis van de pathologie dan deze leefstijlcoaches en is zich bewuster van de complexe oorzaken van overgewicht en obesitas dan een leefstijlcoach. Alleen diëtisten kunnen voeding de centrale plek in de behandeling geven die deze doelgroep nodig heeft.’

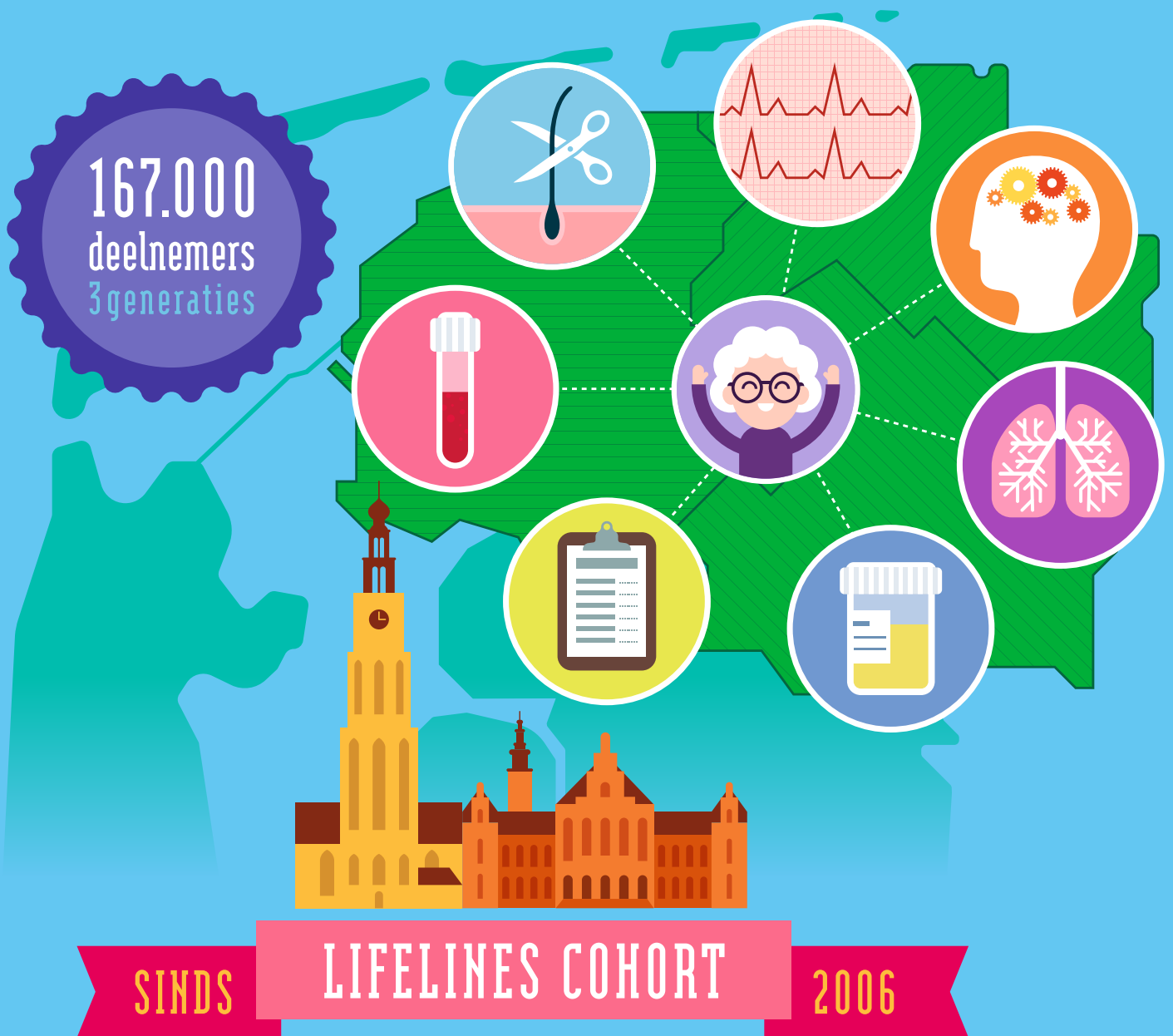


Ellen Govers is een zeer ervaren diëtist in de eerste lijn en werkzaam bij zorginstelling Amstelring in Amsterdam. Zij heeft zich gespecialiseerd in overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen, plus de daarbij behorende comorbiditeit (diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, eetbuistoornis, slaapapneu, jicht, artrose). Daarnaast is ze voorzitter van het Kenniscentrum Diëtisten Overgewicht en Obesitas (KDOO) en vertegenwoordigt ze de diëtetiek binnen het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON).

Kan een leefstijlcoach meerwaarde hebben voor bepaalde cliënten?

‘Misschien voor cliënten die zich vooral willen richten op beweging en niet met eten aan de slag willen. Maar uiteindelijk draait het bij deze doelgroep om afvallen, dat is dé manier om een hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol of diabetes het hoofd te bieden. En voor afvallen zal iemand toch aan de slag moeten met eten; bewegen is daarbij alleen ondersteunend. Daarnaast zullen er altijd mensen zijn waarbij leefstijlcoaching niet goed werkt. Die kunnen dan het beste worden doorverwezen naar een diëtist voor een individueel behandeltraject.’

Lifelines: gezond ouder worden





In Nederland lopen een groot aantal cohortonderzoeken die in kaart brengen wat de verbanden zijn tussen voeding en andere risicofactoren op het ontstaan van chronische ziekten en kanker. In Voeding Magazine belichten we in elk nummer een groot cohortonderzoek. Dit keer is het de beurt aan Lifelines; een uniek cohortonderzoek in de noordelijke provincies gericht op gezond ouder worden.

TEKST PROF.DR. GERJAN NAVIS (UMCG RUG AFD. INWENDIGE GENEESKUNDE), DR. EVA CORPELEIJN (UMCG RUG AFD. EPIDEMIOLOGIE), ROB VAN BERKEL (ONDERZOEKSDIËTIST/SCHRIJVER), JOLANDE VALKENBURG EN DR. STEPHAN PETERS (NZO)

BEELD DANNES WEGMAN
FOTOGRAFIE LEONIE KUIZENGA

Met gezond ouder worden, bedoelen we over het algemeen de afwezigheid van (chronische) ouderdomsziekten en het goed kunnen blijven functioneren, zowel fysiek en mentaal als sociaal. Een gezonde eet- en leefstijl helpt om gezond ouder te worden, maar biedt geen garanties. Gezond ouder worden is afhankelijk van verschillende factoren en die factoren beïnvloeden elkaar. Het cohort Lifelines helpt onderzoekers om complexe interacties tussen omgeving, genotype en fenotype te onttrafelen. Dankzij dit unieke cohort komen we steeds meer te weten over hoe we mensen gezond ouder kunnen laten worden.

Wat is Lifelines?

Lifelines is een uniek en grootschalig cohortonderzoek met als thema gezond ouder worden.¹ De werving van deelnemers startte in 2006 en is in 2013 beëindigd nadat het beoogde aantal van minimaal

gevolgd, waarbij ze vragenlijsten invullen en lichaamsmaterialen afstaan, zoals bloed- en urinemonsters. Momenteel zijn er twee onderzoeksrondes afgerond, waarvan de eerste ronde liep van 2006 tot en met 2013 en de tweede ronde van 2014 tot en met 2018. Onlangs is de financiering rondgekregen voor een derde onderzoeksrunde die in 2019 van start zal gaan.

Cohort

Inwoners (25-50 jaar) van de provincies Groningen, Friesland en Drenthe kregen via hun huisarts de uitnodiging om deel te nemen aan het Lifelines-cohort. Geïnteresseerden uit de drie provincies konden zich ook inschrijven voor deelname. Iedereen mocht deelnemen, behalve mensen met 1) een ernstige psychiatrische of lichamelijke ziekte, 2) een levensverwachting die korter is dan vijf jaar en 3) onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal. Deelnemers werd gevraagd of hun familieleden zoals

aanvang bestond het cohort uit 167.729 deelnemers. Voor de derde onderzoeksrunde zullen - door uitval als gevolg van overlijden en stoppen met deelname - naar verwachting ongeveer 150.000 deelnemers worden uitgenodigd.



Lifelines Data- en Biobank

Alle Lifelines-deelnemers kregen bij aanvang en vervolgens iedere 1,5 jaar uitgebreide vragenlijsten toegestuurd. Deze gegevens over leefstijl, gezondheid, ziekten, leefomstandigheden en stress worden opgeslagen in de Lifelines Databank. Daarnaast worden deelnemers - vanaf acht jaar - iedere vijf jaar uitgenodigd om één van de Lifelines onderzoekscentra te bezoeken voor lichamelijk onderzoek (onder andere antropometrie, bloeddruk, longfunctie, hartfilmpje) en afname van lichaamsmaterialen (bloed, urine) voor uiteenlopende metingen. Tijdens de eerste onderzoeksrunde is DNA afgenomen; tijdens de tweede onderzoeksrunde faeces en hoofdhaar. Een deel hiervan is direct naar het centraal laboratorium van het UMCG gestuurd voor analyse. Een ander deel is dezelfde dag bij -80°C opgeslagen in de Lifelines Biobank, een geavanceerde en ISO9001-gecertificeerde 'vrieskist' ter grootte van een kleine sporthal. Met het materiaal in de Lifelines Biobank zijn toekomstige metingen mogelijk. >



De Lifelines Biobank is een geavanceerde 'vrieskist' ter grootte van een kleine sporthal

165.000 was bereikt. De deelnemers - allen afkomstig uit de drie noordelijke provincies - worden ten minste 30 jaar lang

partner, kinderen en (schoon)ouders ook wilden meedoen. Dit heeft geleid tot een uniek cohort, met vaak drie generaties. Bij

Het Lifelines cohort is bij uitstek geschikt om regionale verschillen in leefstijl en gezondheid in kaart te brengen

Regionale verschillen in voedingsgewoonten

Door de spreiding over de drie Noordelijke provincies is het Lifelines cohort bij uitstek geschikt om regionale verschillen in leefstijl en gezondheid in kaart te brengen. Deze 'geo-health' benadering heeft een lange historie in de epidemiologie van infectieziekten en de waarde ervan voor niet-besmettelijke ziekten (welvaartsziekten) wordt steeds meer onderkend. In Noord-Nederland bleek sprake van een viertal voedingspatronen, met duidelijke regionale verschillen zowel tussen stad en platteland als tussen verschillende noordelijke regio's. Die verschillen bleven over-

eind, ook na de correctie voor verschillen in leeftijd en geslacht. Na correctie voor de sociaaleconomische status bleef een drietal voedingspatronen over; allen niet optimaal gezond. Vrij vertaald: de meeste mensen eten volgens een suboptimaal patroon, maar de voedingspatronen verschillen per regio. Deze invalshoek biedt een empirische basis voor leefstijlinterventies die de verschillende voorkeuren en gewoontes in de populatie als startpunt nemen in plaats van een one-size-fits-all benadering. Dit is

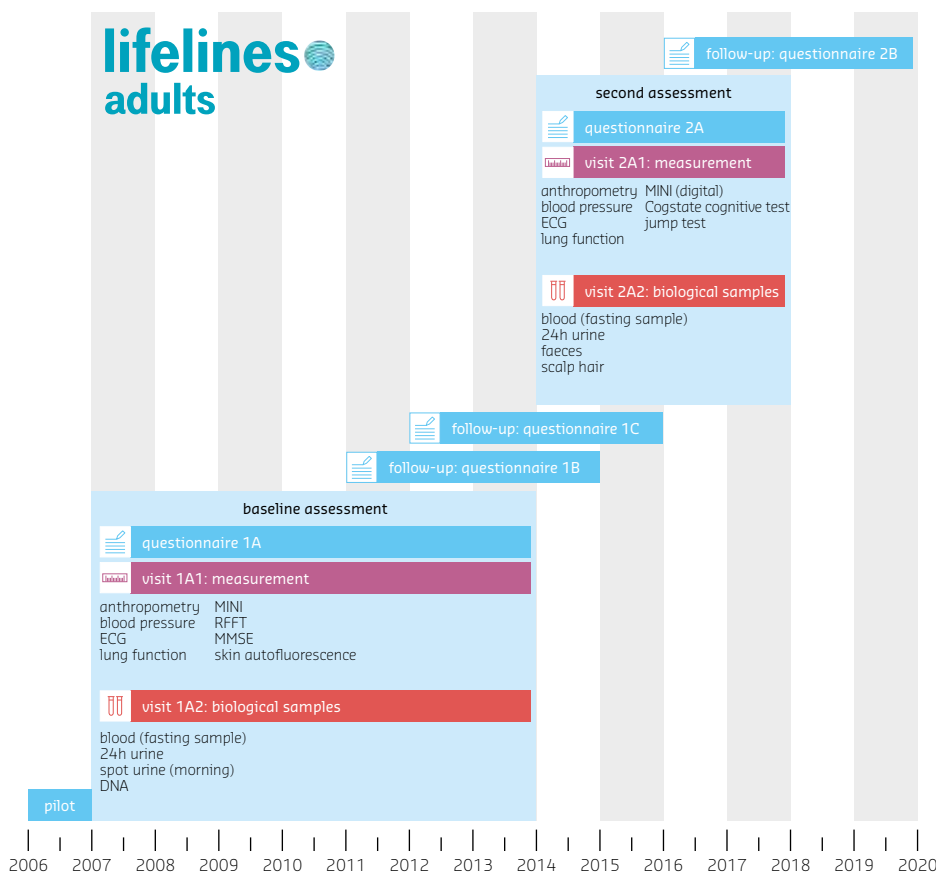
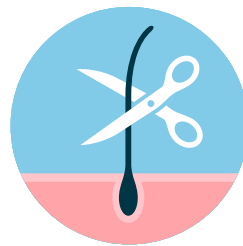
relevant omdat leefstijlinterventies alleen duurzaam effectief zijn als ze aansluiten bij waarden, wensen en voorkeuren van de doelgroep. Het in kaart brengen van regionale verschillen in leefstijl, voeding en gezondheid biedt de mogelijkheid om relevante omgevingsfactoren te identificeren. In vervolgonderzoek wordt die relatie met gezondheid nu in kaart gebracht.

Beschikbare data

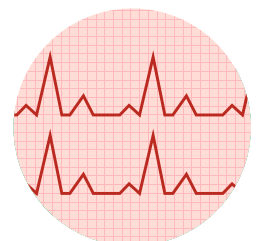
Lifelines bestaat uit een groeiend databestand met diverse informatie over de complexe interacties tussen omgeving, fenotype en genotype. Doel van Lifelines is dat met deze data wereldwijd onderzoek kan worden gedaan naar gezond ouder worden. Lifelines voert zelf geen onderzoek uit; de verzamelde data en lichaamsmaterialen worden tegen kostprijs beschikbaar gesteld voor wetenschappelijk onderzoek. Onderzoekers kunnen een verzoek indienen via www.lifelines.nl onder het kopje informatie. Er is een online database met een actueel overzicht van alle gegevens die beschikbaar zijn voor onderzoekers.² Zij hebben ook de mogelijkheid om binnen de Lifelines infrastructuur aanvullende data en lichaamsmaterialen te verzamelen en kunnen daarvoor een verzoek indienen. Bij goedkeuring wordt aan Lifelines-deelnemers gevraagd extra vragenlijsten in te vullen en/of aanvullende lichaamsmaterialen af te staan. Voorbeelden van studies waarvoor aanvullende data en/of materiaal binnen Lifelines is verzameld, zijn:

Lifelines DEEP

Het primaire doel van Lifelines DEEP is om inzicht te krijgen in de relaties tussen microbiom, genetische, metabole en fenotype variatie. Hiervoor vulden ruim 1.500 deelnemers enkele vragenlijsten in en er werd onder andere extra bloed, faeces en uitademingslucht verzameld. De studie ging april 2013 van start en is inmiddels afgerond.



Figuur 1. Onderzoeksgegevens die zijn en nog worden verzameld voor het Lifelines cohort.





Wat maakt Lifelines uniek?

- Een groot aantal deelnemers
- Een enorme hoeveelheid en diversiteit aan informatie (> 8 miljoen aliquots)
- Een lange volgtijd van de deelnemers (ten minste dertig jaar)
- De mogelijkheid voor onderzoekers om aanvullend onderzoek te doen
- Het is een dwarsdoorsnede van de populatie (gezond en ziek, alle leeftijden, geografische spreiding Noord Nederland)
- Het bevat informatie van drie generaties



Prof.dr. Gerjan Navis

Internist-nefroloog in het UMCG

2000 hoogleraar Experimentele Nefrologie aan Universitair Medisch Centrum Groningen

2015 hoogleraar Voeding in de Geneeskunde aan Universitair Medisch Centrum Groningen

'Ik ben betrokken geweest bij het ontwerp en de start van Lifelines en ben lid van de Scientific Advisory Board. De opzet van Lifelines is van onschatbare waarde voor het verkrijgen van robuuste, real-life kennis over de gezondheidsissues van een verouderende samenleving. Een belangrijke asset is de regionale spreiding van deelnemers over de drie noordelijke provincies om de rol van de sociale en fysieke omgeving bij gezondheid en ziekte te kunnen analyseren. LifeLines beschikt ook over de grootste collectie 24-uurs urine ter wereld: dé nefrologische klassieker die objectieve informatie over de inname van talrijke nutriënten kan verschaffen.'

Lifelines DAG3

Lifelines DAG3 is een darmgezondheids-onderzoek gericht op de rol van het microbioom in het vóórkomen van chronische ziekten en de relatie tussen genvariatie, methylatie, genexpressie en metabolietspiegels. Door 10.000 deelnemers zijn extra vragenlijsten ingevuld en is meer lichaamsmateriaal afgestaan (faeces, neus-, keel-, tongswabs). Het onderzoek ging in augustus 2015 van start.



Lifelines NEXT

Er zijn aanwijzingen dat tijdens de zwangerschap en eerste levensjaren een basis wordt gelegd voor het ontstaan van chronische ziekten. Lifelines NEXT onderzoekt die kwetsbare periode en bevat data van 1.500 moeders en hun

baby's, waarbij onder andere extra bloed, faeces en moedermelk van de moeder en/of baby verzameld. Lifelines NEXT ging in oktober 2016 van start.

ImaLife

Chronische obstructieve longziekten (COPD), hart- en vaatziekten en longkanker zijn de voornaamste doodsoorzaken in

Nederland. Met ImaLife willen onderzoekers meer te weten komen over het ontstaan van deze ziekten en wat de risicofactoren zijn. Bij 12.000 deelnemers van 45 jaar en ouder wordt daarvoor een CT-scan gemaakt van hart en longen. ImaLife ging in 2017 van start.

Newborn proeftuin

Voor deze studie komen alleen Lifelines-NEXT deelnemers in aanmerking, waarbij jonge gezinnen wordt gevraagd om thuis apparaten en producten te testen die de gezondheid en het welzijn verbeteren. Voorbeelden zijn slimme tandenborstels, ➤

Lifelines NEXT bevat data van 1.500 moeders en hun baby's



cieerd met een verhoogd risico op diabetes mellitus type II.³ Bij het risico op diabetes mellitus type II zou de fermentatie van zuivelproducten een rol kunnen spelen. Toekomstige prospectieve studies die gericht zijn op een breed scala aan zuivelproducten is nodig om dit te onderzoeken. Dat kan binnen Lifelines of met andere grootschalige prospectieve cohorten.

De tweede publicatie is een onderzoek naar de bruikbaarheid van de nieuw ontwikkelde 'Lifelines Diet Score' (LLDS).⁴ Hieraan deden 129.369 Lifelines-deelnemers mee. Voor de LLDS zijn op basis van de Richtlijnen Goede Voeding 2015 negen voedselgroepen geselecteerd met een positief gezondheidseffect (groente, fruit, volkoren graanproducten, peulvruchten + noten, vis, oliën + zachte margarines, ongezoete zuivel, koffie en thee) en drie met een negatief gezondheidseffect (rood + bewerkt vlees, boter + harde margarine en suikerhoudende dranken). Deze twaalf voedselgroepen zijn gecombineerd in de LLDS. De consumptie van iedere voedselgroep - in grammen per 1.000 kcal - werden verdeeld in kwintielen (0-4), waardoor de som van de twaalf voedselgroepen resulteert in een LLDS van 0 tot en met 48. Uit de resultaten blijkt dat de LLDS een goed onderscheidend vermogen heeft tussen een hoge en lage consumptie van de geselecteerde voedselgroepen en daardoor een bruikbare tool is om de voedingskwaliteit te beoordelen. ◀

Dr. Eva Corpeleijn

Voedingwetenschapper, hoofddocent Epidemiologie, Universitair Medisch Centrum Groningen

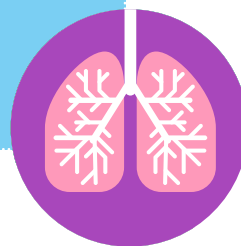
2006 gepromoveerd aan Maastricht University op het gebied van de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor de preventie en behandeling van type 2 diabetes

2008 postdoc UMCG Klinische epidemiologie

2010 unit-leider 'Lifestyle Medicine in Obesity and Diabetes'

2017 universitair hoofddocent leefstijl epidemiologie

'De brede opzet van Lifelines is enorm belangrijk voor het ontrafelen van de rol van leefstijl en leefomgeving bij welvaartsziekten zoals obesitas. Door de opzet en het drie-generatie design vormt Lifelines een unieke, toekomstbestendige resource die nog waardevoller wordt naarmate de follow-up toeneemt.'



luiers met sensoren om rode billen te voorkomen en middelen tegen darmkrampjes. Newborn is dit jaar gestart.

Publicaties

De Lifelines Data- en Biobank zijn inmiddels populair bij onderzoekers. Er is een groot aantal studies gepubliceerd waarin de data uit Lifelines zijn gebruikt.

Als voorbeeld noemen we twee recente publicaties die allebei in februari 2018 verschenen. De eerste betreft onderzoek naar de associatie tussen zuivelconsumptie en pre-diabetes en onlangs gediagnosti-



ceerde diabetes mellitus type II, waaraan ruim 110.000 Lifelines-deelnemers meededen.² De resultaten laten zien dat de consumptie van magere en gefermenteerde zuivelproducten is geassocieerd met een lager risico op pre-diabetes. De consumptie van volvette en niet gefermenteerde zuivelproducten bleek geassocieerd met een verhoogd risico op pre-diabetes en onlangs gediagnosticeerde diabetes mellitus type II. Hierbij dient opgemerkt te worden dat een meta-analyse uit 2016 niet laat zien dat de consumptie van volvette zuivel is geasso-

Referenties

- Scholten S, et al. Cohort Profile: LifeLines, a three-generation cohort study and biobank. *Int J Epidemiol.* 2015 Aug;44(4):1172-80.
- Brouwer-Broisma EM, et al. Dairy product consumption is associated with pre-diabetes and newly diagnosed type 2 diabetes in the Lifelines Cohort Study. *Br J Nutr.* 2018 Feb;119(4):442-455.
- Gijsbers L, et al. Consumption of dairy foods and diabetes incidence: a dose-response meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr.* 2016 Apr;103(4):1111-24.
- Vinke PC, et al. Development of the food-based Lifelines Diet Score (LLDS) and its application in 129,369 Lifelines participants. *Eur J Clin Nutr.* 2018 Jun 12.

Studie 1**Studie 2****Koolhydraat- of vetbeperking:
geen verschil**

Het aanpassen van de voeding is de beste strategie voor gewichtsverlies, maar niet iedereen bereikt hetzelfde resultaat. Onderzoekers hebben nu gekeken of er verschillen zijn tussen vet- en koolhydraatbeperking en of het genotype misschien een rol speelt.¹ Dat lijkt niet zo te zijn.

Studie

Voor de studie (DIETFITS-studie) zijn 609 gezonde deelnemers (18-50 jaar) met overgewicht of obesitas (BMI 28-40 kg/m²) in twee groepen gedeeld. De ene groep volgde één jaar lang een gezond koolhydraatbeperkt dieet en de andere groep een gezond vetbeperkt dieet, beide onder regelmatige begeleiding van een diëtist. De eerste acht weken werd gestart met 20 gram koolhydraten en 20 gram vetten per dag. Dit werd vervolgens langzaam opgehoogd tot een niveau dat de deelnemers dachten vol te kunnen houden. Er werden geen instructies gegeven om de energie-inname te beperken. Wel werd er geadviseerd om veel groente te eten en een minimale hoeveelheid toegevoegde suikers en geraffineerd meel en om vooral te kiezen voor minimaal bewerkte voedingsmiddelen met een hoge voedingsstoffendichtheid. Om te kijken of individuele factoren mee kunnen spelen is er gekeken naar de insuline-afgifte en naar drie genvarianten die betrokken zijn bij de koolhydraat- en vetstofwisseling.

Resultaten: het maakt niks uit

- Koolhydraatbeperkt na 12 maanden: 29,5% koolhydraten, 44,6% vetten, 22,9% eiwitten.
- Vetbeperkt na 12 maanden: 48,4% koolhydraten, 28,7% vetten, 20,6% eiwitten.
- Hoewel er geen restricties waren voor de energie-inname, was die in beide groepen ongeveer 500-600 kcal lager dan bij aanvang.
- Er was geen verschil in gewichtsverlies na 12 maanden (5,3-6,0 kg).
- De insuline-afgifte bij aanvang en het genotype hadden geen invloed op het gewichtsverlies.

Conclusie

Deze studie laat zien dat er geen verschil is in gewichtsverlies tussen één jaar koolhydraatbeperking of vetbeperking.

TEKST ROB VAN BERKEL

Referentie

1 Gardner CD, et al. Effect of Low-Fat vs Low-Carbohydrate Diet on 12-Month Weight Loss in Overweight Adults and the Association With Genotype Pattern or Insulin Secretion: The DIETFITS Randomized Clinical Trial. JAMA. 2018 Feb 20;319(7):667-679.

**Zuivel opnieuw geassocieerd met
lager risico darmkanker**

Dat de totale zuivel- en melkconsumptie geassocieerd is met een lager risico op darmkanker is overtuigend aangetoond. Spaanse onderzoekers hebben nu ook gekeken naar die associatie bij een groep ouderen met een hoog risico op hart- en vaatziekten.¹

Studie

Voor de analyse zijn gegevens gebruikt van de PREDIMED-studie (PREvención con Dieta MEDiterránea). Dit is een interventiestudie waarbij de deelnemers (55-80 jaar) met een hoog risico op hart- en vaatziekten in drie groepen werden verdeeld a) mediterrane voeding met extra olijfolie, b) mediterrane voeding met extra noten, c) controlegroep (vetarm). Bij aanvang en elk volgend jaar hebben de deelnemers een uitgebreide voedselfrequentievragenlijst ingevuld. Op die manier werd in kaart gebracht welke zuivelproducten er allemaal gegeten en gedronken werden, in welke hoeveelheden en of er verbanden zijn met het risico op darmkanker. Omdat de oorspronkelijke interventies niet belangrijk waren, zijn de groepen samengevoegd en als een observationele studie geanalyseerd.

Zuivel verlaagt risico op darmkanker

- Gedurende een mediane duur van zes jaar waren er 97 incidenten van darmkanker opgetreden bij 7.216 deelnemers.
- De mediane zuivelconsumptie was 350 g/dag (220 gram melk, 65 gram yoghurt, 26 gram volvette zuivelproducten, 25 gram kaas).
- De deelnemers met de hoogste zuivelconsumptie (hoogste tertiel) hadden een 45% lager risico op darmkanker vergeleken met deelnemers met de laagste zuivelconsumptie (laagste tertiel).
- De deelnemers die de meeste magere- en halfvolle melk dronken, hadden een 46% lager risico op darmkanker vergeleken met deelnemers die de minste melk dronken.
- Voor andere zuivelproducten (waaronder yoghurt, kaas, volle zuivel, gezoete zuivel en gefermenteerde zuivel) werden geen lagere risico's gevonden.

Conclusie

Deze studie laat zien dat de consumptie van totaal zuivel en magere melk is geassocieerd met een verlaagd risico op darmkanker.

TEKST ROB VAN BERKEL

Referentie

1 Barrubés L, et al. Dairy product consumption and risk of colorectal cancer in an older Mediterranean population at high cardiovascular risk. Int J Cancer. 2018 Apr 16.



Marjolein van Driel,
fysiotherapeut en
leefstijlcoach:
**'Mijn werk is veel leuker
en effectiever geworden'**

TEKST KARINÉ HOENDERDOS FOTO MICHEL CAMPFENS

Waarom ben je leefstijlcoach geworden?

‘Als fysiotherapeut had ik natuurlijk al veel kennis over beweging, maar ik wilde meer weten over voeding en stress en hoe je een gezonde leefstijl kunt aanleren. Ook voor mezelf.

Als ondernemer en moeder vond ik dat niet altijd even gemakkelijk en had ik bijvoorbeeld vaak last van een opgeblazen gevoel en weinig energie in de avond. Mede door de opleiding heb ik geleerd wat ik nodig heb om de balans te bewaken. Voor mij is dat minimaal twee keer per week sporten, meer afwisseling in mijn voeding en voldoende tijd doorbrengen met mijn gezin. Een gezonde leefstijl werkt echt en is haalbaar. Dat wil ik mijn cliënten laten zien.’

Is je werk erdoor veranderd?

‘Absoluut. Ik hanteer nu een veel bredere benadering van de klachten waarmee mensen naar me toe komen. Bij gewrichtsklachten kijk ik bijvoorbeeld ook naar overgewicht en geef ik laagdrempelige voedingsadviezen. Bij arbeidsfysiotherapie kijk ik veel gericht naar stress. Ik breng nu de volledige klacht en de mogelijke oorzaken in beeld.’

‘Een gezonde leefstijl werkt echt. Dat wil ik mijn cliënten laten zien’

Wat is de meerwaarde voor jou als fysiotherapeut?

‘Mijn werk is veel leuker én effectiever geworden. Ik bereik meer resultaat doordat ik me ook op andere leefstijlfactoren richt. Er is ook meer variatie in mijn werk. Als fysiotherapeut deed ik alleen individuele consulten, maar sinds ik leefstijlcoach ben, geef ik ook groepstrainingen en -coaching. Zo geef ik “slow sport”-lessen of groepsvoorlichtingen over voeding en bewegen. Ik zie een duidelijke verschuiving naar preventie en het voorkomen van ziekten. Je eigen verantwoordelijkheid nemen om ziekten te voorkomen, staat steeds meer centraal. Er is ook meer aandacht voor een gezonde leefstijl en gezonde arbeidsomstandigheden. Ik heb sinds kort een eigen leefstijlcoachpraktijk en bouw in mijn omgeving alvast een netwerk op voor volgend jaar, wanneer de gecombineerde leefstijlinterventie in het basispakket komt.’



Al jaren werkte **Marjolein van Driel** als arbeidsfysiotherapeut voor bedrijven waarbij ze mensen hielp met gezondheidsproblemen en chronische ziekten. Veel liever echter wilde ze voorkomen dat die problemen en ziektes ontstaan. Onlangs rondde ze de post-HBO opleiding af tot leefstijlcoach en is ze ook haar eigen leefstijlcoachpraktijk gestart. Daarnaast werkt ze ook nog als fysiotherapeut in een praktijk.

Wat is de meerwaarde van een leefstijlcoach voor je cliënten?

‘Mensen vinden het heel prettig dat het complete probleem in kaart wordt gebracht. Maar ook dat ik adviezen geef op andere gebieden, zoals voeding en stress. Ik ben voor kleine stappen. Zoals de dag starten met een ontbijt of fietsen naar je werk zodat je je hoofd kunt “leegmaken” na een werkdag. Dit kan voor veel mensen al gezondheidswinst opleveren. Als fysiotherapeut was ik geneigd om de lat hoog te leggen en bijvoorbeeld te adviseren dat iemand drie keer per week moest gaan sporten. Als leefstijlcoach kijk ik veel meer naar wat past bij de cliënt. Kleine stapjes zetten, maar ook die hebben uiteindelijk een groot effect.’

GRATIS!

Bestel nu!

Brochures over gezond eten voor kinderen en zwangere vrouwen.

Voor wie zijn de brochures bedoeld?

Veel ouders hebben behoefte aan informatie over gezonde voeding voor hun kind. Deze brochures helpen ouders om hun kind gezond te laten eten en geven de belangrijkste kennis over voeding voor een gezonde groei en ontwikkeling van hun kind. Dat begint al bij de zwangerschap! Daarom is er ook een brochure voor zwangere vrouwen.

Waar zijn de adviezen op gebaseerd?

De brochures zijn geschreven op basis van richtlijnen van de Gezondheidsraad, adviezen en richtlijnen van het Voedingscentrum en adviezen en richtlijnen van het Ivoren Kruis. De brochures zijn ontwikkeld in opdracht van de Nederlandse Zuivel Organisatie en in nauw overleg met (kinder)diëtisten, tandartsen, verloskundigen en andere gezondheidszorgprofessionals.



NIEUW!

Wie kunnen de brochures bestellen?

Diëtisten, huis- en jeugdartsen, verloskundigen, tandartsen en andere gezondheidszorgprofessionals kunnen de brochures gratis bestellen voor hun cliënten en hun praktijk. Bij meer dan 200 exemplaren per brochure, kunt u bellen met 070 2191700.

Bestellen? Dat kan via
[zuivelengezondheid.nl/
materialen/brochures](http://zuivelengezondheid.nl/materialen/brochures).



nederlandse zuivel organisatie