



Aan de slag met zorg voor voeding en gezondheid

Relevantie, missie en plannen van het lectoraat

Lectoraat Zorg voor Voeding en Gezondheid

Christelijke Hogeschool Ede
Oude Kerkweg 100
6717 JS Ede

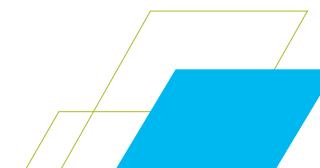
0318-696300

dr. Willemieke Kroeze

Lectoraat Zorg voor Voeding en Gezondheid

6 juni 2019

www.che.nl



Aan de slag met zorg voor voeding en gezondheid

Relevantie, missie en plannen van het lectoraat

dr. Willemieke Kroeze

Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
2. De relevantie van zorg voor voeding en gezondheid	11
2.1 Het belang van gezonde voeding	11
2.2 Het belang van voeding in de zorg	15
2.3 Knelpunten in zorg voor voeding	17
3. Onderzoek naar zorg voor voeding en gezondheid	21
3.1 Afbakening van het onderzoeksthema	22
3.2 De onderzoeksvragen van het lectoraat	22
3.3 De aanpak	23
3.4 Toekomst	26
4. Waarom op de CHE?	27
5. Even voorstellen	31
Nawoord	36
Referenties	37

1. Inleiding

Op 1 januari 2018 is het lectoraat Zorg voor Voeding en Gezondheid gestart aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE) met Willemieke Kroeze als lector. Dit lectoraat is verbonden aan de opleiding Verpleegkunde. Sinds september 2018 participeren Hylkje Algra, Truus Groenendijk, Marlies van Hell en Ytje van der Veen in de kenniskring. Samen zijn wij aan de slag gegaan om het lectoraat verder vorm te geven en op te bouwen. Via praktijkgericht onderzoek willen we een bijdrage leveren aan de zoektocht naar hoe verpleegkundigen en praktijkondersteuners preventie in de zorg vorm kunnen geven, specifiek gericht op het bevorderen van gezond eten en drinken van thuiswonende zorgvragers. De resultaten van dit onderzoek bieden aanknopingspunten voor het opleiden van verpleegkundigen en praktijkondersteuners en voor hun professioneel handelen op het gebied van het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het lectoraat wil zo bijdragen aan de deskundigheid van de zorgprofessionals van de toekomst, die een steeds belangrijker rol zullen krijgen als gezondheidsbevorderaar.

Ede maakt deel uit van Regio Foodvalley, een samenwerking van overheid, ondernemers, onderwijs- en kennisinstellingen in gemeenten Barneveld, Ede, Nijkerk, Rhenen, Renswoude, Scherpenzeel, Veenendaal en

Wageningen. De CHE wil bijdragen aan de ambities van Regio Foodvalley via kennisontwikkeling en kennisdeling. Eén van de ambities van Regio Foodvalley is het ontwikkelen van een kennis-ecosysteem voor gezondheid en voeding. Daarnaast heeft de regio de ambitie om duurzaam en gezond voedingsgedrag te bevorderen¹. Daarom heeft de CHE gekozen voor een lectoraat rondom het thema voeding en gezondheid. Bovendien sluit het thema van dit lectoraat goed aan bij het onderzoeksthema 'gezondheid: zorg en vitaliteit' van de onderzoeksagenda van de Vereniging Hogescholen². Dit thema is ook actueel in het nieuwe beroepsprofiel voor verpleegkundigen (Bachelor of Nursing 2020)³; één van de zeven expliciet geformuleerde beroepsrollen is de rol van 'gezondheidsbevorderaar'. Een rol die vrij nieuw is voor verpleegkundigen en gerelateerd is aan de verschuiving van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' in de gezondheidszorg. In het curriculum op de CHE worden twee kernbegrippen centraal gesteld bij deze rol: preventiegericht analyseren en gezond gedrag bevorderen⁴. Juist voor de verpleegkundige van de toekomst is zorg voor voeding en leefstijl dus een belangrijk speerpunt.

De CHE wil professionals opleiden voor de praktijk. Tijdens de ontwikkeling van het lectoraatsplan is daarom de input uit gesprek-

ken met diverse partijen van groot belang geweest. Zo zijn er gesprekken geweest met vertegenwoordigers van zorgorganisaties ('s Heerenloo, Opella, huisartsenpraktijk Symfonie, Bewegen 3.0 en Ziekenhuis Gelderse Vallei), de Alliantie Voeding in de Zorg, docenten van de opleiding verpleegkunde, experts van universiteiten en hogescholen en vertegenwoordigers van de gemeente Ede en de Foodvalley. Tot slot zijn er enkele online raadplegingen onder Alumni en deeltijdstudenten van de opleiding verpleegkunde van de CHE uitgezet. Op basis van deze uitgebreide verkenning zijn onderzoeksthema's gekozen die passen bij de huidige praktijk, maar ook bij de toekomstige praktijk van professionals in zorg en welzijn. Ik ben al deze mensen bijzonder erkentelijk voor het delen van hun ideeën, wensen, ervaringen en het geven van feedback op mijn plannen. Zonder hen, lag dit lectoraatsplan er niet.

Mijn persoonlijke drijfveren om aan de slag te gaan met dit lectoraat Zorg voor Voeding en Gezondheid komen voort uit mijn persoonlijke en professionele ervaringen. De wetenschap dat we door het bevorderen van een gezonde leefstijl overgewicht, ondervoeding en ziekten kunnen voorkomen en herstel kunnen bevorderen, motiveert mij enorm. Niet enkel vanwege cijfers over de volksgezondheid van Nederland en daarmee

gepaard gaande zorgkosten, maar juist ook doordat ik in mijn omgeving zie welke gevolgen het leven met dergelijke aandoeningen heeft op vitaliteit en kwaliteit van leven. De gedachte dat je door het bevorderen van een gezonde leefstijl een gunstige invloed kan hebben op de hele mens en het welbevinden en niet enkel op één ziekte^{5,6} geeft me energie om me bezig te houden met gezondheidsbevordering. Tegelijkertijd ligt daar ook een grote uitdaging, want het bevorderen van een gezonde leefstijl in de praktijk is niet eenvoudig en tot op heden was eigenaarschap van preventie onder (zorg)professionals beperkt. Tijdens mijn loopbaan, ontdekte ik in de afgelopen 18 jaar de kloof tussen wetenschap en praktijk. Hoe kan het toch dat effectieve leefstijlinterventies, zoals bijvoorbeeld advies-op-maat in de voedingsvoorlichting waar ik op gepromoveerd ben⁷, niet duurzaam in de praktijk geïmplementeerd kunnen worden? Hoe kan het toch, dat kennisoverdracht in de praktijk van gezondheidsvoorlichting nog steeds zo'n dominante plek heeft, terwijl we weten dat dit niet voldoende is voor gedragsverandering⁸? Waarom lijken we ons neer te leggen bij het feit dat het bereik van leefstijlinterventies beperkt is en dat juist mensen met minder gezondheidsvaardigheden vaak buiten de boot vallen? Meer aandacht voor preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl

in de zorg is één van de manieren waarop we meer mensen ook persoonlijk zouden kunnen bereiken.

Wat bezielt ons, om een lectoraat Zorg voor Voeding en Gezondheid op te bouwen op de CHE? In hoofdstuk twee schets ik enkele uitdagingen voor onze volksgezondheid (vergrijzing, chronische ziekten, overgewicht en obesitas en sociaal-economische gezondheidsverschillen) en de rol die een gezonde voeding heeft bij gezond ouder worden en

het voorkomen van ziekten. Vervolgens ga ik in op het belang van voeding in de zorg vanwege de transitie die plaatsvindt in de zorg en beschrijf ik dat 'zorg voor voeding' eigenlijk hoort bij het verpleegkundige vak, maar in de praktijk de nodige knelpunten kent. In hoofdstuk drie volgt een beschrijving van de onderzoeksplannen van het lectoraat. Ik besluit in hoofdstuk vier met een korte reflectie op de plaats van dit lectoraat binnen de CHE. Tot slot stellen de leden van het lectoraat zich nog graag even voor.



2. De relevantie van zorg voor voeding en gezondheid

2.1 Het belang van gezonde voeding

2.1.1 Ontwikkelingen in de volksgezondheid

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV)⁹ beschrijft verschillende opgaven voor onze samenleving. Het aandeel ouderen in onze maatschappij wordt steeds groter en de gemiddelde leeftijd neemt toe. Dit leidt er toe dat steeds meer mensen één of meer chronische aandoeningen hebben. Zo hebben inmiddels ruim 1 miljoen inwoners diabetes mellitus type 2. Het aantal mensen met een chronische aandoening stijgt ook, doordat steeds meer mensen ziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker overleven en met de langetermijnevolgen leven. Deze ontwikkelingen resulteren mede in stijgende zorguitgaven. Daarnaast is er sprake van sociaal-economische verschillen in gezondheid: bij mensen met een lagere sociaal-economische positie komen gezondheids- en sociale problemen en de daarbij behorende risicofactoren vaker voor. Dit heeft als gevolg dat mannen en vrouwen met lagere inkomens en een lagere opleiding gemiddeld zeven jaar korter leven, en zelfs negentien jaar minder lang leven in goed ervaren gezondheid dan hoger opgeleiden^{9,10}.

Volgens de VTV is de combinatie van overgewicht en obesitas één van de grootste maatschappelijke opgaven voor (de toekomst van) onze volksgezondheid en zorg. Op dit moment heeft bijna de helft van de bevolking een BMI van 25 of hoger, terwijl de verwachting is dat dit aantal zal toenemen naar 62% (9,1 miljoen) in 2040⁹. Dat zijn 2,5 miljoen meer mensen dan op dit moment. Het aandeel mensen met overgewicht is onder ouderen, ook in de toekomst, het grootst. Overgewicht en obesitas hangen sterk samen met ziekte, psychische gezondheid, ervaren gezondheid, (gezonde) levensverwachting en maatschappelijke gevolgen. Het risico op genoemde problemen neemt toe, naarmate de BMI verder stijgt¹¹. Verder is obesitas gerelateerd aan een grotere kans op leeftijds-gerelateerde aandoeningen en beperkingen zoals cognitieve achteruitgang, urinaire incontinentie, pijn, afname van de spierkracht, mobiliteitsbeperkingen en beperkingen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (ADL beperkingen)¹². Deze negatieve gevolgen zijn vaak minder bekend en krijgen minder aandacht, maar hebben juist een zeer belangrijke invloed op de kwaliteit van leven en de mate van zelfstandigheid van ouderen¹³.

Voor gezond oud worden en een gezond gewicht zijn voldoende beweging en gezond

eten van groot belang. Uit onderzoek blijkt echter dat een aanzienlijk deel van de ouderen van 65 jaar en ouder ondervoed is of hier een risico op loopt. Cijfers lopen uiteen van 15,5 – 24% in instellingen voor wonen, zorg en welzijn en van 10,7 – 14,8% in thuiszorgorganisaties¹⁴. Daarnaast is het vermoeden dat (het risico op) ondervoeding in werkelijkheid nog groter is. Ondervoeding is nadelig voor het dagelijks functioneren en de vitaliteit van de oudere. De conditie wordt minder en de kans op vallen, met alle nare gevolgen van dien, neemt toe. Bovendien gaat herstel bij ziekten trager en genezen wonden moeilijker¹⁵. Ongezonde voedingspatronen zijn sterk gerelateerd aan bovengenoemde ziekten, overgewicht en ondervoeding. Bovendien heeft het een nadelige invloed op de (toekomst van) ons klimaat^{11,16-18}.

2.1.2 Gezonde voeding is geen hype

Alhoewel er duizend-en-één boeken worden geschreven over 'gezond' eten, koken en die-eten en nieuwtjes ruim aandacht krijgen in de media, is het niet zo dat experts, en daaronder versta ik voedings- en gezondheids-wetenschappers, steeds andere inzichten hebben over wat gezonde voeding is. In de afgelopen zestig jaar kwamen de adviezen van de Gezondheidsraad in essentie steeds

op hetzelfde neer: eet gevarieerd, niet te veel, niet te zout en veel groenten en fruit. Dat neemt niet weg dat alle aandacht voor gezonde voeding in de media zeker verwarrend is. Een deel van de tegenstrijdigheden is te verklaren doordat er vaak verkeerde conclusies worden getrokken uit wetenschappelijke artikelen. Een andere verklaring is dat aan gezondheid, uiterlijk en eten veel geld te verdienen valt. Marketingstrategieën spelen dan ook handig in op wat de consument wil om zo allerlei 'superfoods' te verkopen.

De huidige richtlijnen goede voeding van de Gezondheidsraad¹⁹ houden naast gezondheid ook rekening met duurzaamheid. Internationale consensus over de richtlijnen is groot en andere landen en organisaties hebben vergelijkbare richtlijnen zoals bijvoorbeeld 'The Eatwell Guide' uit het Verenigd Koninkrijk²⁰, de leefstijl aanbevelingen van het World Cancer Research Fund¹⁶ en de Food Guide uit Canada²¹. Gerenommeerde organisaties die op zorgvuldige wijze (inter- en onafhankelijk) al het wetenschappelijke bewijs op het gebied van voeding en het ontstaan van ziekten in kaart gebracht hebben en zo gekomen zijn tot voedingsadviezen die gericht zijn op de preventie van de meest voorkomende chronische ziekten.

Hebben we altijd zo gegeten?

Het is ook goed om even terug te gaan in de tijd. Want wat is 'normaal'? Is dagelijks een groot stuk vlees altijd al zo geweest? Of de veelheid aan keuzes die we tegenwoordig hebben in onze voedselomgeving? De grote porties die meer uitzondering dan regel zijn?

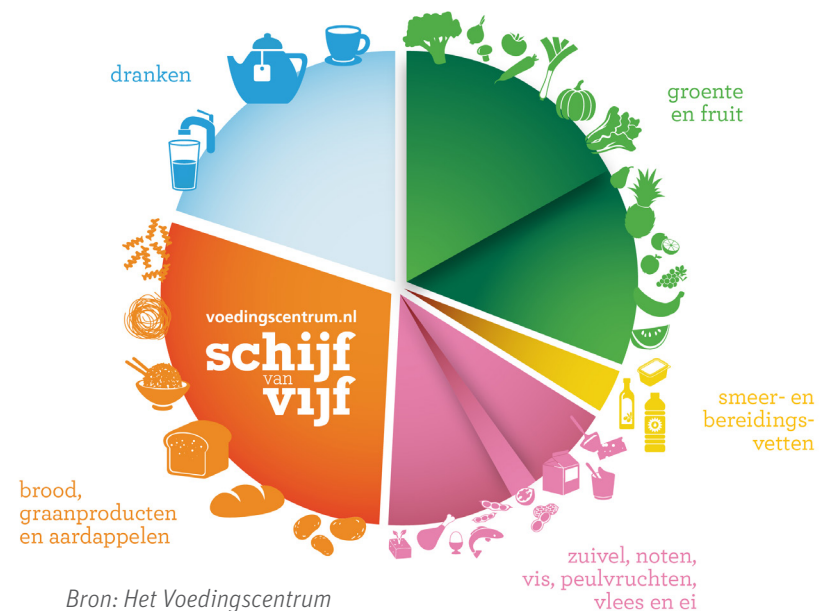
Tegenwoordig besteedt een gemiddeld huishouden zo'n 11% van het inkomen aan voeding. Dat zag er vroeger anders uit. In 1950 was het 40% van het inkomen, in 1900 50% en in 1850 ongeveer 70%! In die tijd werd ons voedingspatroon gekenmerkt door schaarste en gebrek aan variatie en er werd zelden vlees gegeten. Je werkte om te eten en in leven te blijven. De industriële revolutie bracht vernieuwingen in landbouw en veeteelt, levensmiddelenproductie en distributie en welvaart. In de crisisjaren (1929-1940) en de Tweede Wereldoorlog was er weer sprake van schaarste en voedseltekorten. Als reactie daarop werd in 1941 het Voorlichtingsbureau van den Voedingsraad opgericht. De uitdaging was in die tijd om met schaarse middelen toch een volwaardige maaltijd te bereiden. Voedingsvoorlichting lijkt van levensbelang.

Aan het einde van de Tweede Wereldoorlog stijgt de welvaart in Nederland snel evenals het gebruik van duurdere levensmiddelen zoals eieren, kaas, vlees en suiker. In het voorlichtingsmateriaal over een uitgebalanceerd dagmenu wordt alleen gesproken over drie hoofdmaaltijden, tussendoortjes waren nog niet ingeburgerd. In het jaarverslag van het Voorlichtingsbureau uit 1953 wordt geschreven dat er een grote belangstelling bestaat voor lekkernijen en dat er nog steeds gewaarschuwd moet worden tegen overvoeding. Een boodschap die door de Gezondheidsraad en het tegenwoordige Voedingscentrum nog steeds wordt verspreid.

Uit: Van schaarste naar overvloed. 70 jaar voedingsvoorlichting in Nederland. 2014, Stichting Voedingscentrum Nederland, Den Haag.

De voedingsadviezen van de Gezondheidsraad, door het Voedingscentrum praktisch vertaald in de Schijf van Vijf²², zijn gericht op behoud van gezondheid en op de preventie van tien ziekten en drie risicofactoren met een grote invloed op de volksgezondheid, te weten: coronaire hartziekten, beroerte, hartfalen, diabetes mellitus type 2, chronische obstructieve longziekten, borstkanker, darmkanker, longkanker, dementie en cognitieve achteruitgang, depressie, systolische bloeddruk, LDL-cholesterol en lichaamsgewicht¹⁹. Daarnaast zijn er steeds meer aanwijzingen dat voeding ook een belangrijke rol speelt bij de behandeling van chronische ziekten²³. De grootste gezondheidswinst valt te behalen bij de behandeling van cardio-metabole aandoeningen (cardiovasculaire ziekten,

diabetes mellitus type 2 en nierziekten), en van diverse darmaandoeningen. Voedingsmaatregelen zijn echter ook veelbelovend voor de ondersteunende behandeling van andere chronische ziekten (bijvoorbeeld chronisch obstructieve longziekten (COPD) en kanker). De Richtlijnen Goede Voeding¹⁹ bieden een goed vertrekpunt en kunnen daar waar nodig worden gecombineerd met ziekte-specifieke aanpassingen. Witkamp en collega's doen een pleidooi voor voeding als behandeling van chronische ziekten, omdat wetenschappelijk bewijs aantoont dat voeding bijdraagt aan: preventie van de ziekte of preventie van een recidief, preventie van progressie en/of complicaties van de ziekte, en het verminderen van klachten²³.



Bron: Het Voedingscentrum

2.2 Het belang van voeding in de zorg

2.2.1 Van zorgen voor naar zorgen dat

Vanwege ontwikkelingen in volksgezondheid en zorg (grotere zorgvraag, stijgende zorgkosten, minder zorgpersoneel) heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in 2010 een nota uitgebracht waarin zij pleit voor een omslag van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag²⁴. Dat betekent bijvoorbeeld meer investeren in preventie, ook bij chronisch zieken. Inmiddels is deze omslag doorgedrongen in actueel beleid, zoals bijvoorbeeld het Preventieakkoord²⁵. Afstemming en samenhang tussen preventie, zorg en welzijn is nodig om goed in te kunnen spelen op de veranderende behoefte aan zorg en ondersteuning van de bevolking en om tegelijkertijd de kostengroei te beheersen²⁵. Het blijkt voor zorgorganisaties lastig deze denkomslag te maken; de focus en structuur van zorgorganisaties zijn (grotendeels) nog altijd productie-, curatief- en ziektegericht²⁶.

Maatschappelijke ontwikkelingen leiden ook tot een transitie in de zorg; minder zorg in instellingen en meer zorg in de thuissituatie. In de toekomst zullen steeds meer mensen langer thuis wonen en (complexe) thuiszorg ontvangen. Het recent verschenen kwaliteitskader Wijkverpleging²⁷ omschrijft wijk-

verpleging als 'een team dat zich met partners in de buurt inzet voor de gezondheid en zelfredzaamheid'. Het kan hierbij gaan om cliënten met gezondheidsproblemen en om cliënten die steun zoeken bij het vinden van een gezondere leefstijl. Hierbij zal een toenemend beroep gedaan worden op de zelfredzaamheid van de cliënt en diens naasten. Dat vraagt van verpleegkundigen voldoende kennis en vaardigheden en een positieve houding om constructief bij te dragen aan bijvoorbeeld het bevorderen van gezond voedingsgedrag van hun zorgvragers. Het is de bedoeling dat dit kwaliteitskader eind 2019 ingevoerd zal worden.

In deze context is in Nederland het concept positieve gezondheid in 2011 geïntroduceerd²⁸. Een concept dat een afgeleide lijkt te zijn van de visie op gezondheid die sinds de jaren tachtig door gezondheidsbevorderaars wordt gehanteerd⁶. Gezondheid wordt niet meer gezien als een volledige staat van lichamelijk en geestelijk welbevinden en niet meer als doel op zich. Gezondheid wordt gezien als middel dat bijdraagt aan zingeving en kwaliteit van leven van het individu. Vanuit dit concept is het bevorderen van gezond voedingsgedrag en een gezonde leefstijl niet alleen belangrijk om ziekte of complicaties te voorkomen of herstel te bevorderen, maar ook om bij te dragen aan andere dimensies

van gezondheid zoals kwaliteit van leven en dagelijks functioneren. Bovendien kan eten en drinken ook benut worden bij het werken aan andere dimensies zoals mentale functies en het sociale leven. Een gezonde leefstijl kan zo dus bijdragen aan veerkracht, functioneren en participatie.

2.2.2 Voeding en verpleegkunde

Florence Nightingale en Virginia Henderson, twee iconen uit de verpleegkunde, erkenden reeds het belang van zorg voor basisbehoeften, zoals voeding, in respectievelijk 1860²⁹ en 1978³⁰. Dat belang zien we bijvoorbeeld ook terug in het feit dat voeding een plek heeft in de gezondheidspatronen van Gordon die gebruikt worden als basis voor verpleegkundig handelen en het afnemen van de anamnese. Daarnaast is voeding opgenomen in classificatiesystemen zoals NANDA-I, NIC, NOC en het OMAHA-systeem. Verder is in 2012 De Zorgmodule Voeding uitgebracht in opdracht van het ministerie van VWS³¹. Deze module geeft richting aan de uitvoer van individuele voedingszorg, waarmee alle zorg op het gebied van het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag bij de preventie en behandeling van chronische ziekten wordt aangeduid. Op basis van de medische diagnose bepalen patiënt en zorgverlener samen of voedingszorg een essentieel onderdeel van de behandeling is en kie-

zen ze één van de vier gepaste zorgprofielen: uitsluitend zelfmanagement, algemeen voedingsadvies, individuele dieetbehandeling of gespecialiseerde dieetbehandeling.

Voor profiel 3 en 4 is de expertise van een (gespecialiseerde) diëtist noodzakelijk. Voor zorgvragers in profiel 1 en 2 is een rol weggelegd voor verpleegkundigen, praktijkondersteuners en artsen. Omdat de zorgvrager zelf het voedingsadvies of dieet in zijn dagelijks leven moet toepassen, is voedingszorg in alle profielen gericht op optimale bevordering van en ondersteuning bij zelfmanagement.

Zorg voor basisbehoeften, zoals zorg voor voeding, blijkt niet vanzelfsprekend. Daarom hebben Kitson en collega's een herwaardering van het belang van de zogenaamde 'Fundamentals of Care' in gang gezet³². Ook in Nederland vindt dit navolging³³. Deze fundamentele van zorg betreffen universele activiteiten, noodzakelijk voor het leven en onderdeel van dagelijkse zelfzorg zoals zorg voor eten en drinken. In de loop van de tijd is de aandacht voor deze basiszorg in curricula van verpleegkunde weggezakt, zoals ook blijkt uit onderzoek van ons lectoraat³⁴. Mogelijke oorzaken zijn de ziekte-gerichte benadering op basis van het biomedisch model en het gegeven dat verpleegkundigen fundamentele zorg minder belangrijk vin-

den³⁵, omdat iedereen het kan en omdat het een minimale impact zou hebben op patiëntuitkomsten³⁵. Studenten geven aan dat fundamentele zorgtaken logisch lijken en 'van-zelf' gebeuren. Maar studenten erkennen ook dat door niet bewust na te denken over fundamentele zorgtaken het risico groot is dat men in de zorgverlening teveel taakgericht is en de gehele zorgvrager inclusief diens basisbehoeften uit het oog verliest³⁶. Bovendien is het nog maar de vraag of het bevorderen van gezond eten en drinken van de zorgvrager een eenvoudige taak is of een taak die je op de automatische piloot doet. Verkennend onderzoek uit ons lectoraat laat zien dat er nog weinig bewustzijn is van het belang van goede voeding voor thuiswonende ouderen³⁷.

2.3 Knelpunten in zorg voor voeding

In de dagelijkse praktijk blijkt het bevorderen van gezond voedingsgedrag van zorgvragers dus weerbarstig, maar we weten nog niet precies waarom. Er zijn inderdaad mensen die niet willen veranderen, en dat is wellicht hun goed recht³⁸. Maar het gaat te ver om iedereen bij wie geen verandering plaats vindt af te serveren als ongemotiveerd of niet wilskrachtig³⁹. Het is zeer aannemelijk dat zowel het bereik als de

uitvoering van voedingszorg verbeterd kan worden. De onderzoekers van het lectoraat hebben in de afgelopen periode interviews gehouden met 20 praktijkondersteuners en 19 wijkverpleegkundigen naar de huidige voedingszorg die wordt geleverd. Uit de eerste resultaten van deze interviews komen verschillende knelpunten naar voren gerelateerd aan enerzijds het bereik van zorg voor voeding en anderzijds de manier waarop het bevorderen van gezond voedingsgedrag wordt aangepakt. In het vervolg beschrijf ik enkele knelpunten ten aanzien van het bereik en ten aanzien van de inhoud van zorg voor voeding op basis van onze eerste resultaten en literatuur.

2.3.1 Het bereik van zorg voor voeding

Uit de kennissynthese 'Voeding als behandeling bij ziekten'²³ en werk van de Taskforce 'Gezond eten met ouderen'⁴⁰ blijkt dat geraadpleegde experts unaniem van mening zijn dat er nog veel ruimte voor verbetering is bij het naleven van richtlijnen met betrekking tot voedingszorg. Zij noemen factoren die de implementatie van voeding als behandeling in de weg staan, waaronder: het gebrek aan voedingsinzicht onder verpleegkundigen, praktijkondersteuners en artsen, de moeilijkheid van gedragsverandering, slechte communicatie onder zorgprofessionals en tegenstrijdige berichtgeving in de

media^{23,40}. Ook de implementatie van (evidence-based) leefstijlinterventies in eerste lijnszorg is moeilijk^{41,42}.

Een ander knelpunt in het bereik van zorg voor voeding is het gebrek aan afstemming op de behoeften en mogelijkheden van mensen met minder gezondheidsvaardigheden, omdat deze groep nog niet echt erkend en herkend wordt binnen de zorg⁴³. Gezondheidsvaardigheden is het vermogen van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen met betrekking tot de gezondheid⁴⁴. Een op de twee Nederlanders heeft moeite om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg. Het ontbreekt hen aan kennis, motivatie en zelfvertrouwen⁴⁵. Drie op de tien volwassen Nederlanders beschikt over onvoldoende functionele lees- en rekenvaardigheden en onvoldoende vermogen om (gezondheids-)informatie te vinden en te verwerken⁴⁵. De WHO ziet 'gezondheidsvaardigheden' als een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid⁴⁶. Praktijkondersteuners gaven in onze interviews aan dat zij het lastig vinden om goed aan te sluiten bij deze doelgroep.

Wijkverpleegkundigen die wij interviewden ervaren regelmatig handelingsverlegen-

heid om het gesprek over voeding met hun zorgvrager aan te gaan. Een focus op geïndiceerde zorgtaken, zelfredzaamheid en autonomie van de zorgvrager lijken barrières op te werpen om voeding überhaupt bespreekbaar te maken. Verder wordt zorg voor voeding nauwelijks vergoed en komt het uit verschillende potjes (de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet), afhankelijk van de reden voor de zorg. Vanuit preventief oogpunt is er nauwelijks ruimte om iets met zorg voor voeding te kunnen doen. Door drukte komen verpleegkundigen vaak 'taakgericht' binnen bij de zorgvrager en is een bredere blik op de zorgvrager lastig. Daarnaast is er nog een beperkt bewustzijn van het belang van voeding in de zorg onder zorgverleners en de taken die zij daarin kunnen vervullen. Ook zijn wijkverpleegkundigen terughoudend in het bespreken van voeding, omdat dit gesprek dikwijls als te veel bemoeienis wordt ervaren. Eten en drinken is immers zoveel meer dan voedingsstoffen consumeren. Het is gekoppeld aan persoonlijke en culturele normen en waarden, aan het sociale leven, aan emoties, aan autonomie en jezelf verwennen of belonen. Wijkverpleegkundigen geven aan dat de aard van de relatie met de zorgvrager van groot belang is om dergelijke persoonlijke gesprekken aan te gaan.

2.3.2 De inhoud van zorg voor voeding

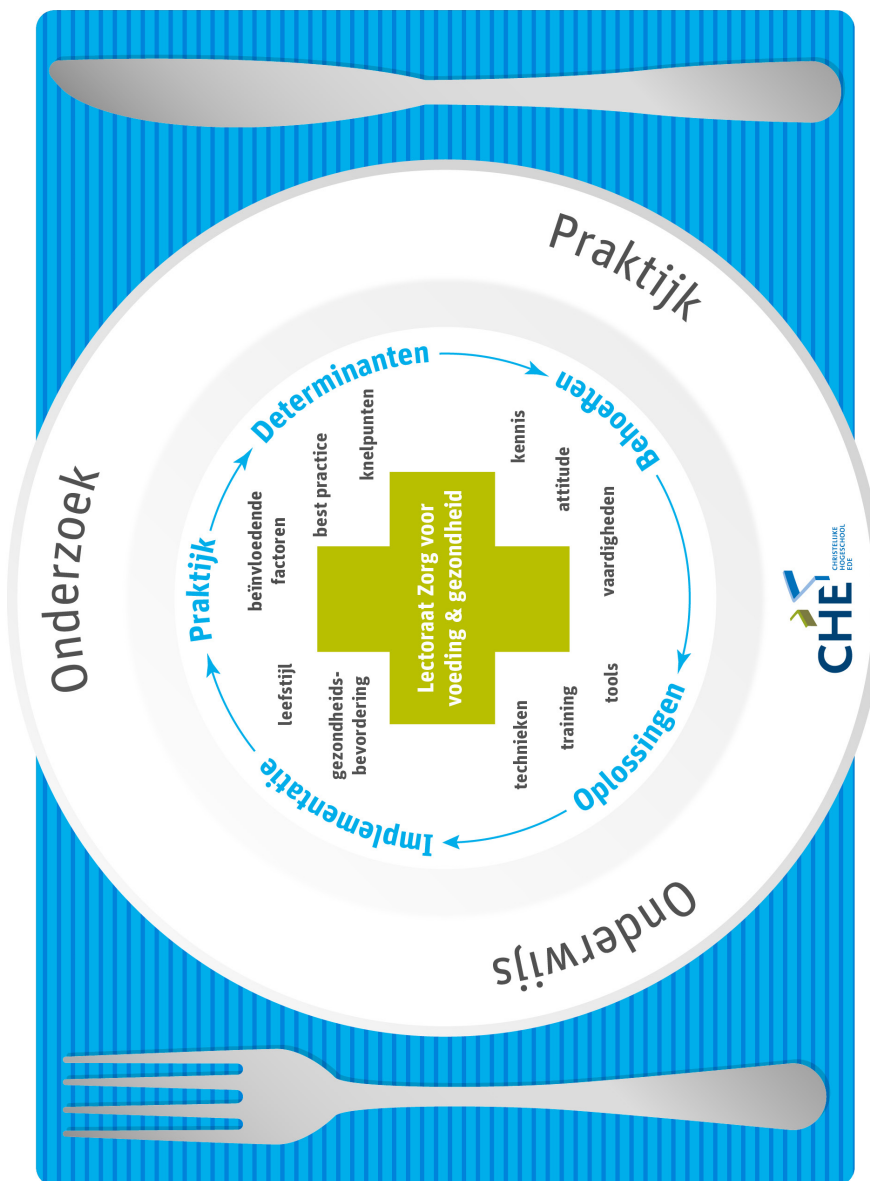
Eten en drinken, ofwel het voedingsgedrag bestaat uit een verzameling gedragingen en redenen voor dat gedrag. Voedingsgedrag omvat het totaal van wat, wanneer, waar, met wie, waarom en hoe een persoon eet³¹. Eten en drinken gaat om veel meer dan lichamelijke gezondheid en heeft ook een sterke psychosociale factor: We eten samen voor de gezelligheid, we eten om iets te vieren of juist uit verveling (zorgmodule). Eten en drinken en gezond gedrag zijn sociaal ingebed en mensen hebben verschillende persoonlijke, sociale en culturele meningen ten aanzien van gezond eten⁴⁷. Bij het bevorderen van gezond voedingsgedrag is het dus van belang dat er goed aangesloten wordt bij de huidige situatie van de zorgvrager en diens beweegredenen voor zijn voedingsgewoonten. Uit onderzoek blijkt dat er 51 categorieën van factoren bestaan die invloed hebben op eten en bewegen^{48,49}. Voordat je tot inhoudelijke adviezen over kan gaan, is het belangrijk om eerst af te tasten of de zorgvrager zich bewust is van de huidige situatie en de relatie met eten en drinken en of de zorgvrager gezonder wil gaan eten en drinken. Vervolgens is het nodig om in kaart te brengen waarom iemand een bepaald voedingsgedrag heeft. Hierbij moet ook rekening gehouden worden met de sociale en fysieke omgeving van de zorgvrager. Na deze

analyse, zouden interventies zich vervolgens moeten richten op de belangrijkste factoren die het voedingsgedrag beïnvloeden en op de voedingskundige kant van het gewenste gedrag. Uit onderzoek blijkt dat er onder zorgprofessionals behoefte is aan praktische handvatten en tools voor zorg voor voeding en het veranderen van voedingsgedrag^{37,40}.

In richtlijnen voor voedingsadvisering wordt over het algemeen weinig expliciete aandacht besteed aan de aspecten van gedragsverandering. Er wordt impliciet vanuit gegaan dat adequate strategieën voor gedragsverandering worden ingezet. Richtlijnen zijn vooral gericht op welke en hoeveel voedingsstoffen of producten je bij een bepaalde persoon moet adviseren. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter overduidelijk dat kennis nuttig is, maar niet voldoende om gedrag te veranderen^{8,50}. Het is noodzakelijk om strategieën voor gedragsverandering te gebruiken die goed aansluiten bij het voedingsgedrag van de zorgvrager. De ene strategie kan een zorgvrager bewust maken van de verbeterpunten in zijn eetgedrag en daarmee motivatie verhogen. De andere strategie kan de zorgvrager vaardigheden aanleren om daadwerkelijk gezond te eten en een volgende strategie helpt om vol te houden door in moeilijke momenten weerstand te bieden tegen verleiding^{50,51}.

Het gebruik van evidence-based strategieën voor gedragsverandering in de praktijk blijkt weerbarstig. Experts uit de diëtetiek en de verpleegkunde onderschrijven de noodzaak om meer onderzoek te doen naar het gebruik van toepasbare, evidence-based strategieën voor gedragsverandering ter bevordering van een gezonde leefstijl en zelfmanagement van de zorgvrager. Dit onderwerp heeft eind 2018 daarom een belangrijke plek gekregen in de Kennisagenda wijkverpleging²⁶ en de Kennisagenda diëtetiek³².





Infographic van het Lectoraat Zorg voor Voeding en gezondheid

3. Onderzoek naar zorg voor voeding en gezondheid

3.1 Afbakening van het onderzoeksthema

Er zijn voldoende aanknopingspunten om de zorgverlening van verpleegkundigen en praktijkondersteuners gericht op het bevorderen van gezond voedingsgedrag te verbeteren. Enerzijds door te zorgen dat deze zorg de zorgvrager daadwerkelijk bereikt. Anderzijds door wetenschappelijke onderbouwde én uitvoerbare voedingszorg-op-maat te bieden, afgestemd op de zorgvrager en diens context. Het is mijn grote wens om met de activiteiten van ons lectoraat een bijdrage te leveren aan het verbeteren van zorg voor voeding van thuiswonende volwassenen, in het bijzonder kwetsbare groepen, zoals mensen met een chronische ziekte, minder gezondheidsvaardigheden of ouderen. Het lectoraat wil via praktijkgericht onderzoek een brug slaan tussen wetenschap, praktijk en onderwijs om zo tot effectieve en uitvoerbare interventies te komen die zorg voor voeding kunnen verbeteren. En om de zorgprofessionals van de toekomst verder te bekwalen in zorg voor voeding.

Het onderzoek wil bijdragen aan zowel de praktijk als het onderwijs. Bij resultaten kan bijvoorbeeld gedacht worden aan nieuwe kennis, inzichten, richtlijnen, (bijdragen aan) onderwijsmodules en praktische tools. Het lectoraat zal zich met name richten

op selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie bij volwassenen in de eerstelijnszorg en de wijkverpleging, met aandacht voor het toenemende belang van transmurale zorg en samenwerking met de publieke gezondheidszorg. Hierbij ligt het accent op het bevorderen van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van zorgvragers en op het voorkomen van (complicaties van) chronische ziekten zoals obesitas, cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus type 2, nierziekten, darmaandoeningen, kanker en ondervoeding. Verder wil het lectoraat in het bijzonder aandacht geven aan kwetsbare zorgvragers met lage gezondheidsvaardigheden, vanwege de grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de uitdagingen die verpleegkundigen en praktijkondersteuners hebben om juist deze mensen op een adequate manier te bereiken en te ondersteunen.

3.2 De onderzoeksvragen van het lectoraat

De hoofdvraag van ons lectoraat luidt:

Welke oplossingen zijn er om het bereik en de inhoud van 'zorg voor voeding' door verpleegkundigen of praktijkondersteuners van thuiswonende, kwetsbare zorgvragers te verbeteren?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het van belang om te beginnen met een verkenning van de huidige praktijk en ervaren problemen. Daarom hebben we de volgende deelvragen geformuleerd:

- / Hoe verloopt 'zorg voor voeding' in de huidige praktijk en wat zijn de ervaringen van (wijk)verpleegkundigen en praktijkondersteuners?
- / Welke factoren beïnvloeden het al dan niet verlenen van 'zorg voor voeding' door (wijk)verpleegkundigen en praktijkondersteuners?
- / Wat hebben (wijk)verpleegkundigen en praktijkondersteuners nodig om 'zorg voor voeding' goed uit te kunnen voeren?

3.3 De aanpak

3.3.1 Planmatig en goed onderbouwd

Het is ons doel om bij te dragen aan een verbetering van zorg voor voeding. Maar implementatie van nieuwe zorgpraktijken, zoals verbeterde zorg voor voeding, loopt dikwijls niet zoals bedoeld, omdat de gebruikte implementatiestrategieën niet goed passen bij het implementatieprobleem⁵³. Om dergelijke teleurstellingen te voorkomen is het belangrijk om eerst de context van het probleem goed in kaart te brengen evenals de factoren die de implementatie van

een nieuwe zorgpraktijk kunnen beïnvloeden^{53,54}. Deze factoren kunnen volgens het framework 'determinanten van innovatieprocessen' (MIDI)^{55,56} ingedeeld worden in zes categorieën^{54,55}: (1) de kenmerken van de innovatie, (2) de kenmerken van de professionals die deze innovatie moeten toepassen, (3) de kenmerken van de zorgvrager, (4) de kenmerken van de sociale context, (5) de kenmerken van de economische, administratieve en organisatorische context en (6) de kenmerken van de methoden en strategieën die gebruikt worden om de nieuwe zorgpraktijk te verspreiden en implementeren.

Omdat in dit lectoraat het professioneel handelen van de zorgprofessional centraal staat, werken we de kenmerken van de zorgprofessional verder uit aan de hand van het Theoretical Domains Framework of Behaviour in Implementation (TDF)^{57,58}. In dit framework staat het COM-model centraal; dit staat voor Capability (mogelijkheden; lichamelijk en psychologisch), Opportunity (kansen; sociaal en fysiek) en Motivation (motivatie; automatisch en reflectief) om een gedrag uit te kunnen voeren. Door deze drie aspecten goed in kaart te brengen, willen we ontdekken wat nodig is om professionals toe te rusten in hun zorg voor voeding. Inzicht in deze aspecten geeft daarmee richting aan de ontwikkeling van effectieve interventies gericht

op het gedrag van de zorgprofessional. Eerder onderzoek gericht op de implementatie van een leefstijlinterventie door zorgprofessionals heeft met behulp van dit framework de volgende belangrijke kenmerken van de zorgprofessional geïdentificeerd: kennis, vaardigheden, sociale/professionele rolopvatting en identiteit, opvattingen over eigen mogelijkheden, optimisme, opvattingen over de gevolgen, intenties, motivatie, doelen, emoties, gedragsregulatie en de aard van de gedragingen⁵⁹. Deze implementatietheorieën bieden goede aanknopingspunten voor onderzoek naar de praktijk van zorg voor voeding door verpleegkundigen en praktijkondersteuners en de factoren die hierop van invloed zijn. De complexe werkelijkheid laat zien dat het cruciaal is om eerst samen met de praktijk uit te zoeken welke factoren de meeste aandacht behoeven.

Binnen dit lectoraat streven we er naar om waar mogelijk voort te borduren op bestaande wetenschappelijke kennis, kennis uit de praktijk en op reeds ontwikkelde bewezen effectieve leefstijlinterventies. Juist voor een HBO-instelling is een rol weggelegd om een brug te slaan tussen wetenschappelijk academisch onderzoek en de praktijk door middel van praktijkgericht onderzoek². Door implementatie-onderzoek te doen en bestaande interventies dóór te ontwikkelen

met en voor de praktijk, kunnen evidence-based practice en practice-based evidence elkaar versterken. We gaan planmatig te werk en beginnen we bij het analyseren van het probleem, de oorzaken (determinanten) van het probleem en daarbij horende oplossingen. Hierbij integreren we een aanpak zoals bijvoorbeeld die van Intervention Mapping⁵⁰ met participatieve onderzoeksmethoden⁶⁰. Kortom, we willen werken vanuit een sterke theoretische basis, met altijd de praktische relevantie van het onderzoek voor ogen.

3.3.2 Praktijkgericht en participatief

Het onderzoek binnen dit lectoraat is praktijkgericht zorgonderzoek. Het doel van het lectoraat is om op een wetenschappelijk verantwoorde manier bij te dragen aan het beantwoorden van praktijkvragen en oplossingen voor praktijkproblemen op het gebied van het bevorderen van gezond voedingsgedrag. Het is de bedoeling dat probleemverheldering en vraagstellingen zijn gebaseerd op de professionele praktijk. Daarbij halen we niet enkel actuele vragen op uit de praktijk, maar proberen we ook draagvlak te creëren voor relevante vraagstellingen die voorsorteren op de toekomst⁶¹. Een toekomst waarin de rol als gezondheidsbevorderaar van de verpleegkundige steeds belangrijker wordt en het bevorderen van gezond voedingsgedrag belangrijk is voor kwaliteit van

leven en gezondheid van zorgvragers. Het onderzoek binnen dit lectoraat wil oog hebben voor datgene dat ertoe doet voor zorgvrager en zorgverlener. Dat lukt alleen goed als de doelgroep daadwerkelijk participeert bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek, ofwel in de verschillende fasen van een zorgverbetertraject (voorbereiding, uitvoering, evaluatie, bijstelling). Als hbo-instelling beslaat onze primaire doelgroep de zorgprofessionals (verpleegkundigen en praktijkondersteuners). Daarnaast zijn zorgvragers belangrijke stakeholders in het zorgproces. Binnen de projecten die we met het lectoraat opzetten, zal op basis van de wensen en behoeften van de praktijk steeds bepaald worden welke vorm van participatie op de zogenaamde participatieladder het meest geschikt is: (1) informeren, (2) raadplegen, (3) adviseren, (4) partnerschap of (5) regie bij doelgroep (bijvoorbeeld patiënt of zorgverlener)⁶².

Concreet zijn we begonnen met kwalitatief onderzoek onder wijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners. Dit onderzoek heeft tot doel om een beeld te krijgen van de huidige praktijk van zorg voor voeding: wat verstaan professionals daar onder, welke factoren bevorderen of belemmeren deze zorg, op welke bronnen baseren zij hun zorg, en welke wensen en behoeften hebben zij op

het gebied van bijscholing. Met behulp van deze interviews geven we de zorgprofessionals een stem en kunnen we bepalen welke knelpunten als eerste aandacht verdienen. Daarnaast is de CHE in de regio een samenwerking aan gegaan met verschillende partners uit zorg en overheid, te weten: regio Foodvalley, Menzis, Ziekenhuis Gelderse Vallei, Huisartsen Gelderse Vallei, Alliantie Voeding in de Zorg, Rabobank Vallei en Rijn en Wageningen University & Research. Deze Preventie Coalitie Foodvalley heeft de ambitie om vitaliteit van de inwoners in de regio te bevorderen en de stijging van het aantal mensen met diabetes mellitus type 2 een halt toe te roepen. We geven tot slot als lectoraat invulling aan een specifieke samenwerkingsovereenkomst tussen de Gemeente Ede en de CHE op het gebied van Gezonde Wijken in Ede, en bouwen daar aan een netwerk om op integraal niveau in de wijk aan gezondheidsbevordering te werken.

3.3.3 Met en voor het onderwijs

De aandachtsgebieden en de opbrengsten van het lectoraat zullen hun doorwerking krijgen in het onderwijs. Enerzijds door de opbrengsten van het lectoraat te delen met docenten en studenten. Anderzijds, door docenten en studenten te betrekken bij het ontwikkelen van nieuwe kennis. De eerste stappen zijn inmiddels gezet. Leden van

het lectoraat zijn betrokken bij het onderwijs over voeding bij gezondheid en ziekte en gezondheidsbevordering in de voltijd en deeltijd Bachelor Verpleegkunde, minoren en het opleiden van praktijkondersteuners. Daarnaast zijn er workshops gegeven over gezondheidsvoorlichting in een interculturele setting. Verder zijn leden van het lectoraat verbonden aan de expertteams 'Gedrag en Gezondheid' en 'Onderzoekend Vermogen' van de opleiding. Daarnaast zijn de kenniskringleden betrokken bij afstudeeronderzoeken van studenten. Tevens proberen we met praktijkpartners geschikte afstudeerprojecten voor studenten op te zetten en is het lectoraat opdrachtgever voor projecten van studenten. Verder levert het lectoraat een bijdrage aan de ontwikkeling en uitvoer van de nieuwe hogeschoolbrede minor Voeding & Attitude. We participeren ook in alumni-bijeenkomsten om het belang van preventie en van voeding in de zorg uit te dragen. Tot slot is er regelmatig contact tussen het lectoraat en de curriculumcommissie.

3.4 Toekomst

In de komende jaren werken wij aan motivatie, mogelijkheden en kansen om met en voor de praktijk onderzoek te doen naar het verbeteren van zorg voor voeding. Tevens willen we bijdragen aan de ontwikkeling van

een positieve houding en voldoende kennis en vaardigheden voor zorg voor voeding van toekomstig (zorg)professionals. Daarbij sluiten we onderzoek naar het bevorderen van een gezonde leefstijl door andere professies zoals welzijnswerkers en human resource medewerkers of in andere contexten voor zorg en welzijn zeker niet uit.

Voor de toekomst hoop ik dat dit lectoraat zal bijdragen aan competente zorgverleners die in staat zijn adequaat bij te dragen aan het bevorderen van gezond voedingsgedrag van de zorgvrager. Zorg, met behulp van praktische tools die we samen met de praktijk hebben ontwikkeld. Tools, die ook geschikt zijn voor kwetsbare groepen zoals mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ik hoop dat dit eraan bijdraagt dat steeds meer mensen gezonder gaan eten, zodat zij gezonder oud kunnen worden.

4. Waarom op de CHE?

Wat bezielt ons? Een lectoraat over voeding en gezondheid op de Christelijke Hogeschool Ede. Past dit thema bij de identiteit van de CHE? Jazeker! Als rentmeester van de schepping dragen we zorg voor ons zelf en voor onze naasten⁶³. Gezond leven in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht past in die zorg⁶⁴. In Nederland zijn de kansen op een gezond leven en op gezondheid niet eerlijk verdeeld¹⁰. Mensen met een lagere sociaaleconomische positie hebben een lagere levensverwachting, meer (gezondheids)problemen en een ongezondere leefstijl. Daarnaast worden andere kwetsbare groepen, zoals mensen met chronische ziekten en ouderen steeds groter. Zorgprofessionals ervaren handelingsverlegenheid in het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezond voedingsgedrag bij deze kwetsbare groepen. Een lectoraat dat praktijkgericht onderzoek doet om oplossingen voor deze problemen te vinden, kan helpen om een gezonde leefstijl voor iedereen een stap dichterbij te brengen. Dat bezielt ons.

Het eenvoudigweg benoemen van ongezond gedrag zou gezien kunnen worden als 'vinger-wijzen' waarbij de verantwoordelijkheid voor deze problemen op de schouders van een specifieke groep of een individu wordt gelegd³⁸. Een risico waar we voor moeten waken. Ieder mens leeft in een context.

Een context die complex en uitdagend is. Het vermogen en de capaciteit om met die context om te gaan verschilt van persoon tot persoon. Juist voor kwetsbare groepen is het belangrijk dat zij zo goed mogelijk ondersteund worden om deze uitdagingen het hoofd te bieden. Uit voorgaande blijkt dat verbeteringen in de zorgverlening ertoe bij kunnen dragen kwetsbare groepen beter te bereiken en te begeleiden bij het zorgen voor zichzelf. Een mensgerichte aanpak met aandacht voor de context past goed bij de visie van de CHE.

De plannen van dit lectoraat sluiten tevens aan bij de nieuwe onderzoeksagenda van de CHE getiteld 'Kracht van relaties'⁶⁵. Deze onderzoeksagenda wordt gedreven door onze christelijke identiteit en de bijbelse roeping om te streven naar vrede en recht. Met het onderzoek op de CHE willen alle lectoraten bijdragen aan het 'goede leven' in onze samenleving. Een leven waarin mensen tot bloei kunnen komen. Een leven waarin mensen in onderlinge liefde en zorg leven en het goede proberen te doen. In het deelprogramma 'zorgen in relatie' is specifiek aandacht voor praktijkgericht onderzoek voor kwetsbare groepen in zorg en welzijn⁶⁵.

Het belang van gezondheidsbevordering heeft zich in het nieuwe curriculum BN2020

van Verpleegkunde aan de CHE, gestart in het studiejaar 2017-2018, vertaald naar het opleiden van "een breed opgeleide verpleegkundige met veel aandacht voor preventie van gezondheidsproblemen en zelfmanagement van de zorgvrager". Bovendien vraagt gezondheidsbevordering om een integrale, multidisciplinaire aanpak. Met verschillende opleidingen onder één dak, biedt dat ook kansen om samen te werken met bijvoorbeeld social work of human resource management.

Als iedereen op zijn of haar plek in de samenleving een (kleine) bijdrage levert aan gezondheidsbevordering, dan kunnen we samen een verschil gaan maken, ook voor toekomstige generaties!





Kenniskring
Lectoraat Zorg voor Voeding & Gezondheid

v.l.n.r.: Truus Groenendijk - van Woudenberg,
Marlies van Hell - Cromwijk, Willemieke Kroeze, Hylkje Algra
en Ytje van der Veen

5. Even voorstellen



Hylkje Algra, MSc
Docent-onderzoeker

hfalgra@che.nl



Passie voor gezondheid

Een gezonde leefstijl kan ziektes voorkomen en de kwaliteit van leven bevorderen. Dat was mijn motivatie om na een studie Bio-medische wetenschappen nog de master Science Communication richting Gezondheidsvoorlichting aan de Universiteit Utrecht te volgen. Daarna heb mijn opgedane kennis met veel plezier toegepast bij het maken van lesmateriaal over roken, alcohol en drugs voor het programma 'De Gezonde School en Genotmiddelen' van het Trimbos-instituut. Behalve een passie voor gezondheid, heb ik ook passie voor Afrika. Dit kon ik mooi combineren bij het opleiden van vrijwilligers tot gezondheidsvoorlichters in Mozambique.

Het bevorderen van de gezondheid en de kwaliteit van leven is nog steeds mijn drijfveer. Nu om als docent verpleegkundigen op te leiden tot gezondheidsbevorderaars. Dit motiveert mij ook om praktijkgericht onderzoek te doen naar zorg voor voeding en gezondheid.

Door middel van onderzoek kunnen we meer inzicht krijgen in praktijkproblemen en mogelijke oplossingen. Ik vind het mooi als resultaten van praktijkgericht onderzoek kunnen worden toegepast om de verpleegkundige praktijk te verbeteren of om het onderwijs aan te scherpen.

Bij het doen van onderzoek heb ik een specifieke interesse in het bereiken van kwetsbare doelgroepen, zoals mensen met een lage sociaal economische positie, mensen die laaggeletterd zijn of mensen met een niet-westerse migratie-achtergrond. Het is voor mij een uitdaging om de bestaande gezondheidsverschillen te verkleinen. De ervaring die ik heb opgedaan in Mozambique gebruik ik graag bij mijn werk voor de kenniskring 'Zorg voor voeding en gezondheid'.



**Dr. Ir. Truus
Groenendijk -
van Woudenberg**
Docent-onderzoeker

gigroenendijk@che.nl



Er is meer te bereiken met voeding in de zorg

De Griekse arts Hippocrates benadrukte de rol van voeding in de zorg al met zijn uitspraak "Laat voeding uw medicijn zijn, uw medicijn uw voeding". Je zou kunnen denken dat aandacht voor voeding na al die tijd niet meer nodig zou zijn, maar aandacht voor voeding tijdens de zorgverlening is nog geen gewoongedrag bij zorgprofessionals. Het is daarom belangrijk om te onderzoeken wat zorgprofessionals nodig hebben om het voedingsgedrag van een zorgvrager te bevorderen, zodat gezondheidsproblemen kunnen worden voorkomen.

Er is echter wel behoefte aan meer kennis en vaardigheden om gezond voedingsgedrag ter preventie van gezondheidsproblemen en bij ziekten onder zorgprofessionals.

Mijn doel binnen het lectoraat is dan ook om samen met zorgprofessionals, kennispartners en opleidingen voeding de plek te geven die het verdient in de zorg en in de opleiding. Dit sluit nauw aan bij mijn studie voeding en gezondheid aan de Wageningen Universiteit, mijn promotie op het gebied van voeding en diabetes mellitus type 2, mijn functie als innovatieve (online) onderwijsontwikkelaar en docent voeding en gezondheidsbevordering bij de opleiding verpleegkunde. Het afgelopen jaar zijn de studentonderzoeken naar de rol van voeding bij thuiswonende ouderen waar ik bij betrokken ben geweest gepubliceerd. In een ander artikel heb ik in samenwerking met de Hogeschool Utrecht geïnventariseerd welke plek voeding heeft in het verpleegkunde curriculum van twee hogescholen. Beide zijn eerste stappen naar meer aandacht voor gezonde voeding, zodat de kwaliteit van leven van ouderen verbetert: dat is wat mij drijft!



**Marlies van Hell -
Cromwijk, RN MSc**
Docent-onderzoeker

mcvhell@che.nl



Verpleegkundige zorg voor voeding, onze zorg?

Van huis uit ben ik verpleegkundige en verplegingswetenschapper. Als verpleegkundige werkte ik in een academisch ziekenhuis op een afdeling waar patiënten met een oncologische maag-darm-lever aandoening worden verpleegd. Sinds 2005 ben ik verbonden aan de CHE en op dit moment ben ik werkzaam als seniordocent bij de opleiding Verpleegkunde.

Eerder onderzoek richtte zich op verpleegkundig eigenaarschap in het werken met kwaliteitsindicatoren en de rol opvatting hoe verpleegkundigen hun rol zien in het stimuleren van beweging en fysieke activiteit. Binnen dit lectoraat ligt mijn interesse bij de rol opvatting van de verpleegkundige in de zorg voor voeding en gezondheid.

Ongezonder voedingsgedrag leidt tot allerlei gezondheidsproblemen en een verhoogd risico op chronische ziekten. Vanwege de vergaande consequenties van ongezond voedingsgedrag, komt er steeds meer aandacht en prioriteit voor het stimuleren van gezonde voeding. Juist de verpleegkundige, die relatief veel contact heeft met de patiënt of cliënt, is bij de uitsteking de professional die hierin het verschil kan maken.

Op dit moment is echter onduidelijk hoe de verpleegkundige haar eigen rol wat betreft het bevorderen van gezond eten en drinken ziet. Andere vragen zijn: Hoe verhoudt deze rol zich ten opzichte van bijvoorbeeld die van de diëtiste? Hoe zit het met de kennis, vaardigheden en het zelfvertrouwen van een verpleegkundige m.b.t. het bevorderen van gezond eten en drinken? Daarnaast ben ik geïnteresseerd in onderzoek naar hoe we de rol opvatting van verpleegkunde studenten met betrekking tot zorg voor voeding en gezondheid positief kunnen beïnvloeden, zodat deze zorg onze zorg wordt!



Dr. Ytje van der Veen
Docent-onderzoeker

yvdveen@che.nl



Gezonde wijken

Ytje van der Veen studeerde Verpleegkunde aan de CHE, Gezondheidswetenschappen (Health Promotion) aan Universiteit Maastricht en Public Health aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (NIHES).

Ik heb tijdens en na mijn opleidingen gewerkt als verpleegkundige, gezondheidsvoorlichter en onderzoeker. Als verpleegkundige/gezondheidsvoorlichter werkte ik o.a. als wijkverpleegkundige, in de leprabestrijding in Indonesië en bij het RIVM. Daarna werkte ik als onderzoeker en interventieontwikkelaar bij de Academische Werkplaats van GGD Rotterdam en Erasmus MC Maatschappelijke Gezondheidszorg aan een promotieonderzoek naar het bevorderen van Hepatitis B-screening door Turkse Rotterdammers. Na enkele jaren als beleidsmedewerker bij patiëntenorganisaties te hebben gewerkt, ben ik sinds 2014 als docent/onderzoeker verbonden aan de Opleiding Verpleegkunde.

Mijn expertise en interesse voor onderzoek liggen op het terrein van gezondheidsbevordering en preventie, en de rol van de verpleegkundige daarin. Wijkgerichte gezondheidsbevordering is een structurele en integrale aanpak om gezondheid en welzijn van bewoners in een wijk, buurt of dorp te versterken. Het project 'Gezonde Wijken Ede' zet zich in voor gezonde, actieve wijken in de Gemeente Ede. Vanuit een samenwerkingsverband tussen Gemeente Ede, de Christelijke Hogeschool Ede en zorgorganisaties willen we mensen stimuleren actief aandacht te besteden aan de eigen gezondheid. Gezondheid betekent daarin niet alleen lichamelijke gezondheid, maar ook mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen in de maatschappij, en het dagelijks functioneren. Binnen Gezonde Wijken Ede is ruimte om te werken aan een gezondere leefstijl; bijvoorbeeld door meer te bewegen, te stoppen met roken, minder alcohol te drinken, gezonde voeding, ontspanning & welzijn, verminderen van eenzaamheid, optimale inzet van mantelzorg, werk & gezondheid en een gezonde leefomgeving in de wijk.



Dr. Willemieke Kroeze
Lector

wkroeze@che.nl



Voeding, gezondheidsbevordering en onderzoek

In 1994 begon ik met de opleiding Voeding & Diëtetiek aan de Hogeschool van Amsterdam. Het begeleiden van cliënten bij het veranderen van voedingsgedrag bleek niet eenvoudig. Omdat ik graag bij wilde dragen aan het voorkomen van ziekten, vervolgde ik mijn opleiding met de studie Gezondheidswetenschappen (afstudeerrichting gezondheidsvoorlichting) aan de Universiteit van Maastricht terwijl ik parttime werkte als diëtist. Aan de UM maakte ik ook kennis met epidemiologie. Sindsdien heb ik mijn drie interesses, voeding, gezondheidsbevordering en onderzoek steeds kunnen combineren in mijn werk.

Onder leiding van prof.dr.ir. Johannes Brug, wijlen prof.dr. Marci Campbell en co-promotor dr. Anke Oenema deed ik een promotieonderzoek naar de effectiviteit van advies-op-maat in de voedingsvoorlichting op de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC. In die periode leverde ik bijvoorbeeld ook een bijdrage aan de implementatie van een advies-op-maat interventie van de Nederlandse Diabetes Federatie en de evaluatie van het gebruik van het overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht in de JGZ. Na een korte periode bij TNO begon ik eind 2008 bij de sectie Preventie en Volksgezondheid van de afdeling Gezondheidswetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam (VU). Onder begeleiding van prof. dr. Ingrid Steenhuis ontwikkelde ik me tot universitair docent. Ik gaf onderwijs in de BSc en de MSc op het gebied van planmatige gezondheidsbevordering en coördineerde stages van de MSc Health Sciences. Samen met collega's van de VU deed en doe ik onderzoek naar de implementatie van het evidence-based programma SMARTsize in de eerstelijnszorg en werksettings voor mensen met minder gezondheidsvaardigheden. Daarnaast draag ik bij aan onderzoek naar determinanten van het voorkomen van terugval na gewichtsverlies.

Nawoord

U heeft net de plannen van het lectoraat Zorg voor voeding en gezondheid gelezen. Als directie zijn wij enthousiast over de totstandkoming van dit lectoraatsplan.

Het plan sluit inhoudelijk aan op maatschappelijke vraagstukken rondom volksgezondheid en zorg en bij de christelijke identiteit van de hogeschool. De CHE leidt reflectieve zorgprofessionals op die persoonlijke aandacht hebben voor de zorgvrager in diens context. We vinden het belangrijk dat er aandacht is voor kwetsbare groepen zodat ook zij betere kansen krijgen om gezond ouder te worden. Het ondersteunen van kwetsbare zorgvragers bij zelfredzaamheid en het bevorderen van gezond eten en drinken draagt bij aan een betere kwaliteit van leven.

De plannen zijn tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de leden van de kenniskring en na overleg met stakeholders uit opleiding en praktijk. We juichen de plannen van het lectoraat toe om met praktijkgericht onderzoek bij te dragen aan het verhogen van de kwaliteit van de hbo afgestudeerden van de CHE en de samenwerking met het onderwijs en de beroepspraktijk. We vinden het belangrijk dat het onderwijs scherp blijft op toekomstige ontwikkelingen in maatschappij en zorg, dat het nauw aansluit bij de beroepspraktijk en aandacht heeft voor evidence-based practice.

We hopen van harte dat het lectoraat een constructieve rol kan vervullen in het verbeteren van zorg voor voeding en gezondheid door zorgprofessionals. We wensen de lector en de kenniskring een goede start toe met het uitvoeren van de plannen van dit lectoraat.

Drs. H.G.W. Bent
Directeur CHE
Werkveld, Onderwijs & Onderzoek

Referenties

- ¹ Food Valley Infographic. Food Valley; 2018.
- ² Vereniging Hogescholen. Onderzoek met Impact - strategische onderzoeksagenda hbo 2016-2020. Den Haag: Vereniging Hogescholen; 2016.
- ³ Stuurgroep Bachelor of Nursing 2020. Bachelor of Nursing 2020 – Een toekomst bestendig opleidingsprofiel 4.0. Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde; 2015.
- ⁴ Bouter S, Van Prooijen A, Van Velzen W, Verkerk A. Opleidingsplan Bachelor of Nursing 2020 - Academie Gezondheidszorg. Ede: Christelijke Hogeschool Ede; 2016.
- ⁵ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Governmental department of national health and welfare; 1974.
- ⁶ WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneve: World Health Organization; 1986.
- ⁷ Kroeze W. Insights in the efficacy of computer-tailored nutrition education. Erasmus Universiteit Rotterdam; 2008.
- ⁸ Brug J, Van Assema P, Lechner L. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering - Een planmatige aanpak. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV; 2017.
- ⁹ RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
- ¹⁰ Broeders D, Das D, Jennissen R, Tiemeijer W, De Visser M. Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, wrp-Policy Brief 7. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor de Regering; 2018.
- ¹¹ WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010 - Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization; 2011.
- ¹² Schaap L, Koster A, Visser M. Adiposity, muscle mass, and muscle strength in relation to functional decline in older persons. *Epidemiol Rev.* 2013;35:51–65.
- ¹³ Visser M. Obesitas bij ouderen - wel of niet behandelen? *Ned Tijdschr voor Voeding en Diëtetiek.* 2018: maart.
- ¹⁴ Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit. 2017. URL: <https://nl.lpz-um.eu/nl/CareIndicators/Malnutrition> [geraadpleegd op: 13 april 2019].
- ¹⁵ Kruijsenga H, Beijer S, Huisman-de Waal G, Jonkers-Schuitema C, Klos M, Remeijnse W, et al. Richtlijn ondervoeding - herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen. Stuurgroep Ondervoeding; 2019.
- ¹⁶ WCRF. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective - The Third Expert Report. London: World Cancer Research Fund; 2018.
- ¹⁷ Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. The Lancet Commissions Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems Executive summary. *Lancet.* 2019;393:447–92.
- ¹⁸ Ocké MC, Toxopeus IB, Geurts M, Mengelers MJB, Temme EHM, Hoeymans N. Wat ligt er op ons bord? Veilig, gezond en duurzaam eten in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezond en Milieu. 2017.
- ¹⁹ Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad; 2015.
- ²⁰ Nutrition Science team. Government Dietary Recommendations - government recommendations for energy and nutrients for males and females aged 1-18 years and 19+ years. London; Public Health England; 2016.
- ²¹ Health Canada. Canada's Dietary Guidelines. Ottawa: Federal department Health Canada; 2019.
- ²² Brink L, Smeets AP, Stafleu A, Wolvers D. Richtlijnen Schijf van Vijf. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland; 2016.
- ²³ Witkamp R, Navis G, Boer J, Plat J, Assendelft P, De Vries J, et al. Kennissynthese voeding als behandeling van chronische ziekten. Den Haag: ZonMw; 2017.
- ²⁴ Meijerink M, Van Blerck-Woerdman A, Braat D, Carter E, Groot W, Mackenbach J, et al.. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid en zorg; 2010.
- ²⁵ VWS. Nationaal Preventieakkoord – naar een gezonder Nederland. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018.
- ²⁶ Bleijenberg N, Hoeijmakers M, Van Straalen L, Schuurmans M. Rapport Kennisagenda Wijkverpleging - een routeplanner voor de toekomst. Utrecht: Beroepsvereniging Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland; 2018.
- ²⁷ Stuurgroep kwaliteitskader wijkverpleging. Kwaliteitskader wijkverpleging. 2018.
- ²⁸ Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ.* 2011;343:d4163.
- ²⁹ Nightingale F. Notes on Nursing. What it is and What it is Not. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1860.
- ³⁰ Henderson V, Nite G. Principles and Practice of Nursing. New York: Macmillan; 1978.
- ³¹ Zorgmodule Voeding. Amsterdam: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2012.
- ³² Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(4):423–34.
- ³³ Basic Care Revisited. URL: <https://www.basiccare revisited.nl/>. [geraadpleegd op 13 april 2019].
- ³⁴ Groenendijk-van Woudenberg T, Ten Cate D, Van der Veen Y, Ettema R. Krijgt voeding in het verpleegkundig onderwijs weer vaste grond onder de voeten? Onderwijs en Gezondheidszorg (geaccepteerd).

- ³⁵ Feo R, Kitson A. Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *Int J Nurs Stud*. 2016;57:1–11.
- ³⁶ Feo R, Donnelly F, Frensham L, Conroy T, Kitson A. Embedding fundamental care in the pre-registration nursing curriculum: Results from a pilot study. *Nurse Educ Pract*. 2018;31:20–8.
- ³⁷ Van der Veen Y, Groenendijk T. Competenties bij ondervoeding thuiswonende ouderen. *TVZ - Verpleegkd Prakt en Wet*. 2019;1:40–3.
- ³⁸ Van den Hoven M, Kessler C. Preventie en ethiek. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2011.
- ³⁹ Bunt SNW, Mérelle SYM, Steenhuis IHM, Kroeze W. Predictors of need for help with weight loss among overweight and obese men and women in the Netherlands: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1).
- ⁴⁰ Ten Cate L, Peppelenbos H. Eindrapport Taskforce Gezond Eten met Ouderen. 's-Hertogenbosch: HAS kennistransfer en bedrijfsopleidingen; 2018.
- ⁴¹ Van de Glind I, Heinen M, Van Achterberg T. Een pas op de plaats - Implementatie van leefstijlinterventies in de patiëntenzorg. Nijmegen: IQ Healthcare; 2013.
- ⁴² Van de Glind IM. Making the connection Implementing lifestyle interventions in healthcare. Radboud Universiteit Nijmegen; 2016.
- ⁴³ Heijmans M, Zwikker H, Van der Heide I, Rademakers J. Kennisvraag 2016: zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: NIVEL; 2016.
- ⁴⁴ Sørensen K, Van den Broucke, Stephan Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80).
- ⁴⁵ Rademakers J. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden - niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: NIVEL; 2014.
- ⁴⁶ Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts. Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization; 2013.
- ⁴⁷ Bisogni CA, Jastran M, Seligson M, Thompson A. How People Interpret Healthy Eating: Contributions of Qualitative Research. *J Nutr Educ Behav*. 2012;44(4):282–301
- ⁴⁸ Stok FM, Hoffmann S, Volkert D, Boeing H, Ensenaer R, Stelmach-Mardas M, et al. The DONE framework: Creation, evaluation, and updating of an interdisciplinary, dynamic framework 2.0 of determinants of nutrition and eating. *PLoS One*. 2017;12(2):1–23.
- ⁴⁹ Sleddens EF, Kroeze W, Kohl LF, Bolten LM, Velema E, Kaspers P, et al. Correlates of dietary behavior in adults: an umbrella review. *Nutr Rev*. 2015;73(8).
- ⁵⁰ Bartholomew Eldridge, L. K., Markham, CM, Ruiter, RAC, Fernández, ME, Kok, G, & Parcel GS. Planning Health Promotion Programs - An Intervention Mapping Approach. 4th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2016.
- ⁵¹ Steenhuis IHM, Overtom W. Positieve leefstijlverandering. 1st ed. Amsterdam: SWP Uitgeverij B.V.; 2018.
- ⁵² Plas M, Remijnse W. Kennisagenda Diëtetiek - Bouwen aan de toekomst. Houten: Nederlandse Vereniging van Diëtisten 2018.
- ⁵³ Powell BJ, Fernandez ME, Williams NJ, Aarons GA, Beidas RS, Lewis CC, et al. Enhancing the Impact of Implementation Strategies in Healthcare: A Research Agenda. *Front Public Heal*. 2019;7:3.
- ⁵⁴ Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering van patiëntenzorg. 5e ed. Amsterdam: Reed Business; 2013.
- ⁵⁵ Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Heal Care*. 2014;26(5):501–10.
- ⁵⁶ Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Heal Care*. 2004;16(2):107–23.
- ⁵⁷ Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci*. 2017;12(1):1–18.
- ⁵⁸ Cane J, O'Connor D MS. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*. 2012;24(7).
- ⁵⁹ Huijg J. Towards the effective introduction of physical activity interventions in primary health care. Universiteit Leiden; 2014.
- ⁶⁰ Bach M, Jordan S, Hartung S, Santos-Hövenner C, Wright MT. Participatory epidemiology: The contribution of participatory research to epidemiology. *Emerg Themes Epidemiol*. 2017;14(1):1–15.
- ⁶¹ Forum D – voor praktijkgericht onderzoek. Kenmerken, Randvoorwaarden en criteria van praktijkgericht zorgonderzoek. Hbo-raad en ZonMw. 2011.
- ⁶² Raats I, Van den Brink R, De Wit F. Handboek patiënten-/cliëntenparticipatie – Verbeteren van de zorg samen met patiënten/cliënten. Centraal Begeleidingsorgaan. 2013.
- ⁶³ De Nieuwe Bijbelvertaling.
- ⁶⁴ Warren R. Gezond leven. Heerenveen; Royal Jongbloed; 2014.
- ⁶⁵ Van der Stoep J. De kracht van relaties. Ontwikkeling en herstel van maatschappelijke verbanden. Tekst van hogeschoolbreed onderzoeksprogramma in voorbereiding. Christelijke Hogeschool Ede; 2019.

