

V L A A M S P A R L E M E N T



stuk **112** (2009) – Nr. 1
ingediend op 31 juli 2009 (2009)

Gezondheidsdoelstelling ‘Voeding en Beweging’ en Vlaams actieplan 2009-2015

ingediend door de heer Jo Vandeurzen,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

INHOUD

	Blz.
Ontwerp van actieplan Voeding en Beweging 2008-2015	3
Bijlage 1: Actieplan Voeding en Beweging 2009-2015	127
Bijlage 2: Kosteneffectiviteitsstudie	171



Gezondheidsconferentie Voeding & Beweging

ONTWERP VAN ACTIEPLAN VOEDING EN BEWEGING 2008-2015

22 september 2008

Inhoudstafel

INLEIDING	6
DEEL 1: VISIETEKST	8
1. Gezondheidsdoelstelling 1998 ..2002	8
2. Hoe eten en bewegen we?	10
2.1 Onderzoeksgegevens	10
2.2 Voeding	11
2.3 Beweging	16
2.4 Gewicht en middelomtrek	18
2.5 Is er een gezondheidskloof?	19
2.6 Besluit	20
3. De gezondheidsdoelstelling voeding en beweging 2008 -2015	21
4. Een integrale aanpak voor de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen	30
4.1 De wereldgezondheidsorganisatie	30
4.2 De Europese Unie	32
4.3 België en Vlaanderen	33
5. Methodologie	36
5.1 Procedure	36
5.2 Principes en waarden	38
5.3 Prioriteiten	40
6. Actieplan met zes strategieën	43
7. Basisvoorwaarden voor implementatie	46
DEEL 2: STRATEGIEËN	49
1. Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de lokale gemeenschap	50
1.1 Algemene bevolking	54
1.2 Kansengroepen en minderheden	56
1.3 Ouderen	58
1.4 Horeca en distributie	59
1.5 Vrije tijd	60
2. Gezond bewegen en evenwichtiger eten bij kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar	62
2.1 Interventies die moeders motiveren om te starten met borstvoeding	62
2.2 Bevorderen van gezond bewegen en evenwichtige voeding bij kinderen en jongeren via het gezin, de kinderopvang, diensten voor opvoedingsondersteuning en de vrije tijd	66
3. Gezond bewegen en evenwichtiger eten op school	72
4. Gezond bewegen en evenwichtiger eten bij de werkende bevolking	82

5. Een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers	88
6. Gezond bewegen en evenwichtiger eten bevorderen via informatie en communicatie	94
DEEL 3: PRIORITEITEN	98
Bijlage: Overzicht subdoelstellingen voeding per leeftijdsgroep en geslacht	104
Lijst tabellen en figuren	113
Literatuurlijst	114

INLEIDING

Dit actieplan heeft de ambitie alle inwoners van Vlaanderen aan te zetten tot meer beweging en evenwichtiger eten. Deze ambitie steunt op twee pijlers. De eerste is positief en gericht op het aanleren en onderhouden van gezonde gewoontes. Zo creëren we meer levenskwaliteit. Wie gezond eet en voldoende beweegt, bouwt energie op om de dingen te doen die voor zichzelf en voor de samenleving van belang zijn. Evenwichtige voeding en voldoende bewegen leiden elk op zich tot aanzienlijke gezondheidseffecten (Shephard, 1997; Beunen et al., 2001). Ze garanderen meer onafhankelijkheid later in het leven (Carlson et al., 1999). Beweging verbetert de lichaamssamenstelling en versterkt de spieren en botten. Het maakt dat mensen beter kunnen omgaan met spanning en vormt een buffer tegen neerslachtigheid en depressie. Een evenwichtig voedingspatroon levert op zijn beurt de nodige nutriënten en draagt zo bij tot een goede ontwikkeling van jongen kinderen en het behoud van een prima gezondheid. Gezond bewegen en evenwichtig eten beperken ziektegebonden absentieïsme en voorkomen op langere termijn ziektes zoals kanker, hart- en vaatandoeningen, diabetes type 2, hypertensie, osteoporose en valpartijen (Alberti et al, 2007, U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Gezond bewegen en evenwichtig eten hebben daarnaast een sterke sociale en culturele functie, waarvan de impact op de ontplooiing van mens en maatschappij niet te verwaarlozen valt (Meydani, 2001; Health Canada, 2002; Walters et al, 1999; Van der Bij et al, 2002; Shephard, 1997). Immers, een goede gezondheid heeft ook te maken met het kunnen opzoeken van vrienden of bekenden, het kunnen participeren aan activiteiten of het kunnen deelnemen aan het politieke, culturele en economische leven. Voeding kent daarenboven een ethisch-ecologische dimensie die aandacht vraagt voor de wijze waarop onze voeding is gekweekt, geteeld, gevangen, geoogst, getransporteerd of geconsumeerd. De doelstellingen en het bijhorend actieplan staan in functie van een sterkere gezondheid en van gezondheidswinst voor alle inwoners van Vlaanderen. De focus ligt op het behalen van gezondheidsvoordelen. De andere benaderingen behoren niet tot de reikwijdte van dit actieplan.

Naast de proactieve aanpak gaat dit actieplan ook uit van een probleembenadering. Het heeft de ambitie het aantal gevallen van obesitas onder controle te houden. Wereldwijd, en dus ook in Vlaanderen, breidt het aantal personen met overgewicht en obesitas gestaag uit. De kern van het probleem is dat de energie die mensen innemen via de voeding niet in verhouding staat tot de energie die het lichaam verbruikt. De balans is uit evenwicht en bedreigt alzo de gezondheid van grote groepen mensen. Uiterekend een evenwichtige voeding in combinatie met voldoende beweging staat voor de beste aanpak ervan.

In lijn met de aanbevelingen van de WHO en de Europese instellingen pleit dit plan voor een meer evenwichtig beweeg- en eetpatroon in Vlaanderen, met de focus op het bewaken van een gezond gewicht (WHO, 2007; Commissie van de Europese Gemeenschappen, 2007). Dit is een opdracht voor de hele samenleving. De zes strategieën van het actieplan tonen aan dat tal van actoren een rol op te nemen hebben, willen we de ambitie – gezondheidswinst realiseren door evenwichtiger eten en gezond bewegen – op bevolkingsniveau waarmaken.

Deze tekst licht enerzijds de nieuwe gezondheidsdoelstelling en de visie van experts daarop toe, en bevat anderzijds een uitgebreide opsomming van mogelijke acties die zowel door de experts als door praktijkwerkers zijn aangereikt om deze doelstelling te realiseren (www.gezondheidsconferentie.be). De epidemiologische gegevens die wijzen op de knelpunten in ons huidig voedings- en beweegpatroon, de keuzes die zijn gemaakt voor de nieuwe gezondheidsdoelstelling en de strategieën die ons in staat moeten stellen de doelstelling te realiseren worden beschreven. Met deze strategieën bereiken we alle inwoners van Vlaanderen, zowel kinderen, jongeren, gezinnen, sociale risicogroepen, ouderen, leden van socio-culturele organisaties, sportclubs, werkenden, enz. Er wordt

gewerkt via het lokale beleid, lokale organisaties, het gezin, de kinderopvang, opvoedingsondersteuning, de school, de werkplek, de zorgverstrekkers, de horeca & distributie, de voedingsindustrie en de media. Het document benoemt tevens de cruciale basisvoorwaarden die zullen bepalen of dit actieplan al dan niet met succes kan worden geïmplementeerd. Een doorgedreven facettenbeleid blijkt daarbij de kritische succesfactor bij uitstek. Ten slotte presenteert het de prioriteiten die zijn weerhouden na toetsing aan vooraf opgestelde principes en waarden. Eén van deze principes betreft de kosteneffectiviteit van interventies. De gegevens van de kosteneffectiviteitsanalyse zijn op dit moment nog niet beschikbaar. Zij zullen aan dit document worden toegevoegd zodra de berekeningen zijn voltooid.

Met dit document is de onderbouwing van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging afgerond. Nu moeten de prioriteiten omgezet worden in concrete acties voor alle inwoners van Vlaanderen. Dit zal uiteindelijk bepalen of we meer evenwichtig gaan eten en gezond bewegen. Of anders gesteld: een slagkrachtige investering in deze prioriteiten kan de ambitie van dit actieplan waarmaken.

Voor het neerschrijven ervan zijn velen geraadpleegd. Dit plan is het resultaat van een intensieve uitwisseling tussen experts, wetenschappelijke verenigingen, praktijkdeskundigen en beroepsorganisaties. Het is dan ook gepast elk van hen te danken voor inbreng van welke aard ook.

September 2008

Steven Vanackere,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

DEEL 1: VISIETEKST

Gezond bewegen

Gezond bewegen staat voor een niveau van fysieke activiteit waarop positieve gezondheidseffecten worden geboekt. Bij volwassenen beveelt men aan om dagelijks en minstens 5x per week minimaal 30 minuten matig tot intensief te bewegen, bij kinderen en jongeren is dat minimaal 60 minuten. Om de kans op overgewicht te verkleinen moet dit verhoogd worden naar 60 tot 90 minuten per dag voor volwassenen.

Evenwichtig eten

Een evenwichtig eetpatroon voldoet aan de richtlijnen bij de actieve voedingsdriehoek, die op zijn beurt de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad in een praktische format heeft vertaald.

Overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas zijn voornamelijk het gevolg van een onevenwicht in de energiebalans. Door een te grote energie-inname uit voeding en een naar verhouding te laag energieverbruik door activiteiten, slaat het lichaam te veel reserves op. Op lange termijn wordt een optimaal functioneren bedreigd. We spreken van overgewicht bij volwassenen met een BMI tussen 25 en 29,9. Vanaf een BMI van 30 spreken we van obesitas. Om het gewicht bij kinderen te beoordelen worden de Vlaamse groeicurven gebruikt die per leeftijd en geslacht te raadplegen zijn op www.vub.ac.be/groeicurven.

1 DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING 1998 – 2002

In 1998 formuleerde de Vlaamse overheid een eerste pakket van vijf gezondheidsdoelstellingen, waaronder een gezondheidsdoelstelling voor voeding.

De vorige gezondheidsdoelstelling beoogde het verlagen van de vetinname en het verhogen van de vezelinname. Op basis van de resultaten van de **gezondheidsenquête 2004** kon worden nagegaan welk percentage van de Vlamingen bewust zijn **vetinname** verlaagde over de voorbije twee jaren, met andere woorden welk percentage van de Vlamingen ervoor koos om vetrijke producten door vetarm(er)e producten te vervangen, om minder vet te gebruiken bij het koken of bakken en/of om de consumptie van gefrituurde producten te verlagen. 68% van de Vlamingen voerde geen wijzigingen door rond het gebruik van vetten. Vrouwen gaven minder dan mannen (64% versus 72%) aan geen wijzigingen te hebben doorgevoerd voor wat de consumptie van vet betreft. Na correctie voor leeftijd blijft dit verschil significant. Jongeren zijn minder bekommerd om het gebruik van vet te beperken: in de leeftijdsgroep 15 tot 24 jaar gaf 76% aan geen wijzigingen doorgevoerd te hebben, in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar gaat het slechts om 56%. De voornaamste reden voor het verlagen van de vetconsumptie is voor vrouwen vermageren (67%), terwijl voor mannen angst voor de gevolgen van verhoogde vetconsumptie (60%) de belangrijkste reden is.

Eveneens kon op basis van de gezondheidsenquête 2004 worden nagegaan welk percentage van de Vlamingen zijn **vezelinname** bewust verhoogde over de voorbije twee jaren door een hogere inname van fruit, groenten, bruin brood, volkoren graanproducten zoals bruine rijst en volkoren pasta, zemelen, havervlokken en/of ontbijtgranen. 79% van de Vlamingen gaf aan geen wijzigingen te hebben doorgevoerd wat de consumptie van vezels betreft. Vrouwen (77%) gaven minder dan mannen (81%) aan geen wijzigingen te hebben doorgevoerd op het vlak van vezelrijke voedingconsumptie.

Na correctie voor leeftijd is dit verschil niet significant. Aan beide extremen van het leeftijdsspectrum zie je de meeste personen die geen wijzigingen hebben doorgevoerd wat betreft de vezelconsumptie. De voornaamste reden voor het verhogen van de vezelconsumptie is zowel voor vrouwen als voor mannen het gunstige effect ervan op de gezondheid (43%).

Van beweging was in de vorige doelstelling nog geen sprake. In deze periode toonde onderzoek aan dat een gecombineerde aanpak van het voedings- en bewegingspatroon van mensen tot de beste resultaten leidde op het vlak van gezondheid.

2 HOE ETEN EN BEWEGEN WE?

Voor de periode 2008-2015 zullen nieuwe en meer specifieke gezondheidsdoelstellingen worden vastgelegd op basis van de aanbevelingen van de 'actieve voedingsdriehoek'. De actieve voedingsdriehoek combineert de aanbevelingen voor een gezond eetpatroon met deze voor een actieve leefstijl.

2.1 Onderzoeksgegevens

Voor een adequaat voedingsbeleid in België is het noodzakelijk te beschikken over gegevens omtrent de voedselinname en de voedingstoestand van de bevolking, en van specifieke bevolkingsgroepen. Daarom werd in **2004** de eerste **Belgische voedselconsumptiepeiling** (VCP) georganiseerd. Daarbij werd de Belgische bevolking bevraagd vanaf de leeftijd van 15 jaar.

Doel van een voedselconsumptiepeiling is betrouwbare gegevens verzamelen over de voedselconsumptie bij een representatieve steekproef van de bevolking. Deze gegevens geven inzicht in de consumptie van voedingsmiddelen en de inname van macro- en micronutriënten van de onderzochte bevolkingsgroep. Dit inzicht wordt gebruikt voor het ontwikkelen en evalueren van het voedingsbeleid en het geven van voedingsvoorlichting, en kan dus zeker ook gebruikt worden om gebreken in het voedingspatroon bloot te leggen en op basis daarvan nieuwe doelstellingen vast te leggen. De voedselconsumptiepeiling werd uitgevoerd op initiatief van de federale overheid in samenwerking met de gemeenschappen. De peiling werd uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), afdeling Epidemiologie - in samenwerking met de Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde van de Universiteit Gent en het Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé de l'Ecole de Santé Publique van de Université Libre de Bruxelles.

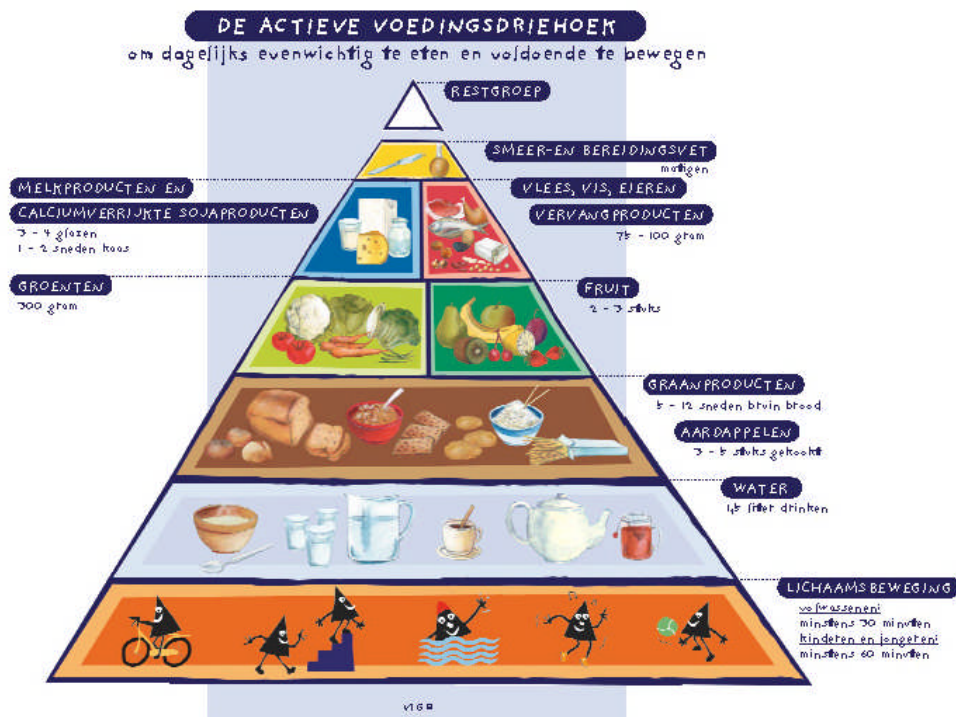
Hiernaast kunnen we ons voornamelijk baseren op de gegevens van de **Gezondheidsenquête** die sinds 1997 om de 4 jaar wordt uitgevoerd door het WIV bij volwassenen vanaf 15 jaar. Gegevens voor kinderen zijn enkel beschikbaar voor kleuters (Huybrechts, 2008), en voor jongeren (11 tot 17 jaar) vanuit de HBSC-studie (HBSC) en specifiek omtrent lichaamsbeweging (Lefevre, J. e.a. 2002). Informatie over de stand van zaken met betrekking tot een voedings- en beweegbeleid op school en op het werk wordt verzameld door het VIG (Moens et al, 2007) in opdracht van de Vlaamse overheid. Op dit moment zijn er voor lagere schoolkinderen en bepaalde doelgroepen, zoals minderheden en kansengroepen, weinig tot geen recente gegevens beschikbaar (zie tabel 5).

Voor gegevens over hoe actief we zijn kunnen we ons onder andere baseren op de gegevens uit de Gezondheidsenquête (WIV), Voedselconsumptiepeiling (WIV), de onderzoeken van het steunpunt Sport, Beweging en Gezondheid (Steens, 2006) en het onderzoek naar de graad van sportparticipatie en fysieke activiteit op Vlaams niveau (Lefevre, e.a., 2002).

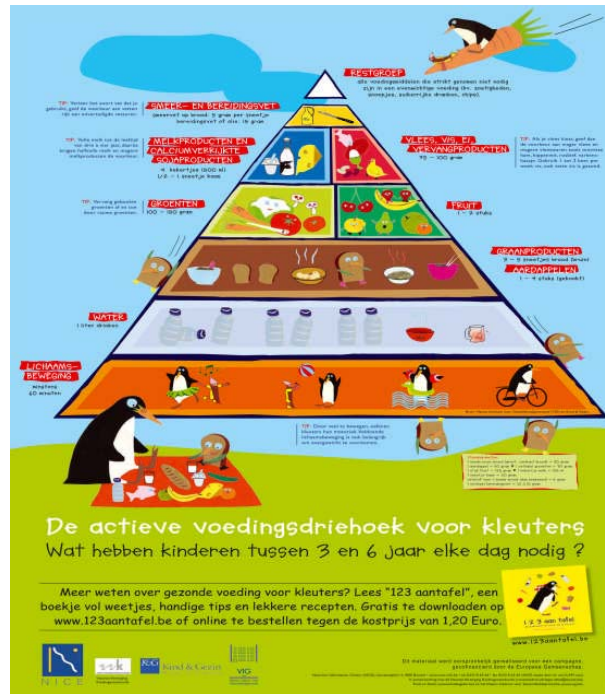
2.2 Voeding

Figuur 1 toont het Vlaamse voedingsvoorlichtingsmodel 'de actieve voedingsdriehoek' met aanbevelingen vanaf 6 jaar. Figuur 2 geeft de aanbevelingen voor kleuters weer. In tabel 1 worden de praktische dagelijkse voedingsaanbevelingen weergegeven, ingedeeld volgens leeftijdsgroep. In figuur 3 wordt geïllustreerd in welke mate de gebruikelijke inname van voedingsmiddelen in de voedselconsumptiepeiling van 2004 afwijkend is van de aanbevelingen uit de actieve voedingsdriehoek. Indien de voedingsmiddeleninname van de bevolking zou voldoen aan de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek, dan zouden alle vakken van de driehoek met de geobserveerde inname samenvallen met deze in de actieve voedingsdriehoek. Binnen elk vak van de actieve voedingsdriehoek met de geobserveerde inname werden eventuele tekorten in gebruikelijke inname aangegeven door een deel van het totale oppervlak wit te maken. Wanneer de helft van het vak wit is, betekent dit dat de huidige inname ongeveer de helft van de aanbeveling bedraagt. Is de inname van een voedingsmiddelengroep groter dan de aanbeveling, dan komt het gekleurde oppervlak buiten de grenzen van de driehoek. De grootte van het gekleurde oppervlak is dus een geschatte maat voor de procentuele overeenkomst tussen de gebruikelijke inname van een voedingsmiddelengroep en de aanbeveling. Tabel 2 geeft een overzicht van de inname per groep van de actieve voedingsdriehoek, door de Vlaamse bevolking per leeftijdsgroep.

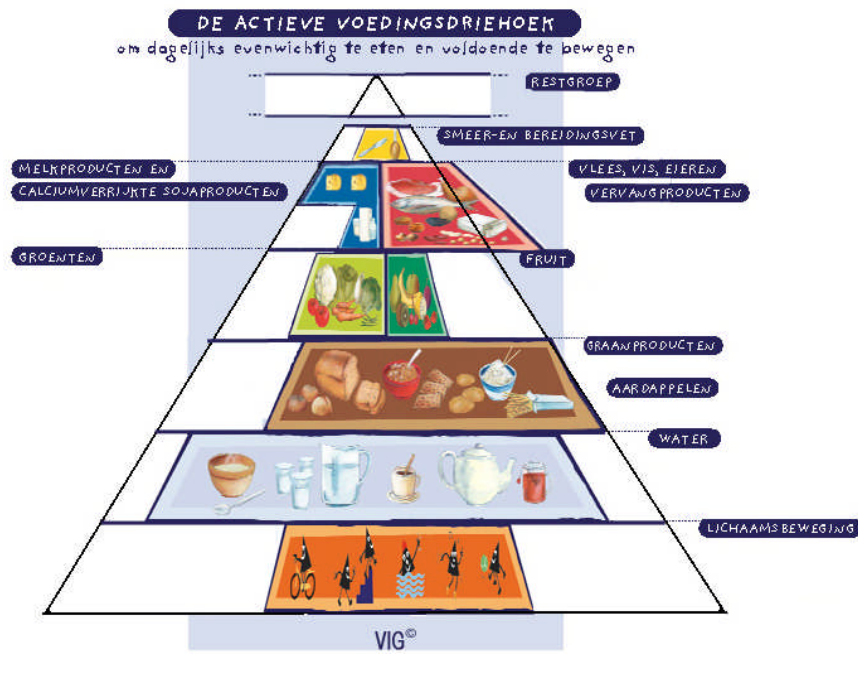
Figuur 1: De actieve voedingsdriehoek: Aanbevelingen inname voedingsmiddelengroepen en lichaamsbeweging per dag vanaf de leeftijd van 6 jaar (VIG, 2004)



Figuur 2: aanbevelingen voor kleuters (www.123aantafel.be)



Figuur 3: Illustratie van de geobserveerde inname van de Vlaamse populatie van 15 jaar en ouder (VCP-1, 2004)



Tabel 1: Praktische dagelijkse aanbevelingen bij de actieve voedingsdriehoek ingedeeld volgens leeftijdsgroep.

	1,5 – 3 jaar*	3 – 6 jaar*	6 – 11 jaar	12 – 18 jaar	19 – 59 jaar	60 +
Lichaamsbeweging, matig tot intensief (minimaal)	geen aanbeveling beschikbaar	60 minuten	60 minuten	60 minuten	30 minuten	30 minuten
Water***	0,5 – 1 liter	1 – 1,5 liter	1,5 liter	1,5 liter	1,5 liter	1,5 liter
Aardappelen, gekookt	1 – 2 stuks (50-100 g)	1 – 4 stuks (50 – 200 g)	3 – 4 stuks (140 – 280 g)	3,5 – 5 stuks (175 – 350 g)	3,5 – 5 stuks (175 – 280 g)	3 – 4 stuks (140 – 280 g)
Brood, bruin	1 – 3 sneden	3 – 5 sneden	5 – 9 sneden	7 – 12 sneden	7 – 12 sneden	5 – 9 sneden
Groenten, vers/diepvries	50 – 100 g	100 – 150 g	250-300 g	300 g	300 g	300 g
Fruit, vers	1 – 2 stuks	1 – 2 stuks	2 – 3 stuks	3 stuks	2 – 3 stuks	2 – 3 stuks
Melkproducten (halfvol) en calciumverrijkte soja-producten	4 bekertjes of 500 ml**	4 bekertjes of 500 ml**	3 glazen	3-4 glazen	3 glazen	4 glazen
Kaas, mager	0,5 snede	0,5-1 snede	1-2 sneden	2 sneden	1-2 sneden	1-2 sneden
Vlees, vis, eieren, vervangproducten (onbereid) (ei: 1x per week)	0,5 sneetje vleeswaren 65 g vlees, gevogelte of vis (rauw gewogen) OF 50 g vleesvervanger OF 1 – 2 eetlepels peulvruchten (droog gewogen)	0,5-1 sneetje vleeswaren 65- 100g vlees of vis of gevogelte OF 50 –75 g tofu of tempé of quorn OF 3 eetlepels (droog gewogen) peulvruchten	75-100 g	100 g	100 g	100 g
(65 g vlees, gevogelte of vis rauw gewogen = 50 g gaar gewogen)						
(1 eetlepel peulvruchten droog gewogen = 2 eetlepels peulvruchten gaar gewogen)						
Smeervetten (dun smeren = 5g smeervet/sneede brood)	5 g per sneetje brood	5 g per sneetje brood	dun smeren	dun smeren	dun smeren	dun smeren
Bereidingsvet	10 -15 g	15 g	10 - 15g	10 - 15 g	10 - 15g	10 -15 g
Restgroep = op zich niet nodig in een evenwichtige voeding maar om deze groep onder controle te houden is het best hiervan niet meer dan 250 kcal/dag te gebruiken.	Niet nodig Matigen	niet nodig, matigen	niet nodig, matigen	niet nodig, matigen	niet nodig, matigen	niet nodig, matigen

* Aanbevelingen Kind & Gezin; ** Kinderen tot en met 4 jaar volle melkproducten

*** De totale vochttoevoer per dag voor volwassenen bedraagt 2,5 liter. Dit omvat 1 liter uit de vaste voeding en 1,5 liter drinken. De dranken bestaan bij voorkeur uit 1 liter water, aangevuld met andere dranken, zoals koffie, thee, soep, light dranken en melkproducten (maar bij melk geplatest omwille van de specifieke aanbreng van calcium, enz.) Kortom: drink van de aanbevolen 1,5 liter minstens 1 liter water. Voor kleuters betekent dit minstens 0,5 liter water.

Verstrekkingsseenheden:

1 sneede bruin brood (groot, vierkant brood) = 30 g; 1 aardappel = 70 g; 1 sneede kaas = 20 g; 1 stuk fruit = 125 g; 1 groentelepels = 50 g; 1 eetlepel groenten = 25 g; 1 sneede brood dun gesmeerd met vetstof = 5 g; 1 eetlepel bereidingsvet = 10 g; 1 glas melk = 150 ml.

Tabel 2: Inname van voedingsmiddelen bij Vlamingen

	Kleuters (Huybrechts, 2008)	Jongeren (De Henauw, 1998)		Volwassenen, gem. 15 – 75 jaar (VCP, 2004)	Ouderen 60 – 74 jaar (VCP, 2004)	
		jongens	meisjes		man	vrouw
Water	644 ml waarvan 216 ml water			1,2 liter waarvan 615 ml water	1,0 l waarvan 405 ml water	1,3 l waarvan 663 ml water
Aardappelen Brood	69 g aard- appelen 65 g brood 10 g ontbijt- granen			284 g aardappelen & pasta 144 g brood	250 g aardappele n & pasta 157 g brood	149 g aardappele n en pasta 117 g brood
Groenten	78 g	124 g	104 g	145 g + 101 g groentesoep en -sap	154 g + 143 g soepen/sap pen	142 g + 143 g sappen en soepen
Fruit	113 g	85 g	114 g	120 g 56 ml fruitsap	127 g 32 ml fruitsap	160 g + 30 ml fruitsap
Melkproducten Kaas	379 ml melkproduct en 8 g kaas	271 ml 26 g kaas	239 ml 27 g kaas	158 ml 30 g kaas	124 ml 28 g kaas	142 ml 23 g kaas
Vlees- en vervangproducten	72 g			161 g	195 g	132 g
Smeer- en bereidingsvetten				25 g smeervet	36 g smeervet	24 g smeervet
Restgroep	43 g snoep/dag, 89 ml frisdrank, 56 ml light frisdrank	24 g snoep, 26 g koek, 220 ml frisdrank	21 g snoep, 23 g koek, 126 ml frisdrank	434 g waarvan 181 g producten die alcohol bevatten. Gem. inname van 645 kcal.	536 g waarvan 356 g producten die alcohol bevatten Gem. 670 kcal/dag	244 g waarvan 100 g producten met alcohol Gem. 459 kcal/dag

VOLWASSENEN

De gemiddelde gebruikelijke inname van **dranken** uit de **watergroep** (water, koffie, thee en bouillon) in de Vlaamse bevolking is 1,2 liter en bedraagt 80% van de aanbeveling van 1,5 liter per dag. De gebruikelijke consumptie van water bedraagt gemiddeld 615 ml per dag. Vlamingen met het laagste opleidingsniveau en ouderen (60-75 jaar) hebben de laagste dagelijkse consumptie van water (exclusief koffie, thee en bouillon).

Brood, beschuiven of ontbijtgranen worden nog te weinig gegeten (144 g/dag), 82% van de minimum aanbeveling (175-420 gram per dag of 5 tot 12 sneden brood) wordt bereikt. De inname van 284 g **aardappelen en/of deegwaren** per dag ligt binnen de grenzen van de aanbeveling (210-350 gram per dag of 3 tot 5 aardappelen). Mannen consumeren meer van deze koolhydraathoudende producten dan vrouwen.

Van groenten wordt verwacht dat men er dagelijks 300 g van eet. De gebruikelijke groente-inname van 145 gram per dag is dus ondermaats. Dit geldt voor alle bevolkings- en leeftijdsgroepen.

Hetzelfde geldt voor de **fruitconsumptie**. De gebruikelijke fruitinname is amper 120 g per dag, terwijl de ondergrens van de aanbeveling 250 g of 2 stukken fruit is. Voor adolescenten bedraagt de aanbeveling voor fruitconsumptie minstens 375 gram per dag. Jongeren hebben de laagste groente- en fruitconsumptie, hoewel de aanbeveling voor

fruitconsumptie voor jongeren hoger is dan voor de andere leeftijdsgroepen. Wanneer fruitsappen, groentesappen en groentesoepen worden meegerekend, dan bedraagt de gemiddelde fruitconsumptie 176 gram per dag en de gemiddelde groenteconsumptie 246 gram per dag.

Melkproducten – behalve kaas - worden te weinig ingenomen gezien de gebruikelijke inname van 158 gram per dag slechts 35% van de ondergrens van de aanbeveling (450-600 gram per dag of 3 à 4 glazen) bedraagt. De inname van melkproducten is het hoogst in de jongste leeftijdsgroep. De gebruikelijke inname **van kaasproducten** is 30 gram per dag, wat binnen de aanbeveling valt van 20-40 gram per dag (1 à 2 sneden kaas). De inname van kaas is lager bij vrouwen dan bij mannen en stijgt met het opleidingsniveau.

Voor **vlees en/of vleesvervangers** is de inname 1,6 maal te groot in vergelijking met de bovengrens van de aanbeveling (75-100 gram per dag). Mannen consumeren meer vlees en/of vleesvervangers dan vrouwen.

Voor **smeer- en bereidingsvetten** kan alleen een vergelijking gemaakt worden met de aanbeveling voor smeervetten (maximaal 5 gram per snede brood). De gebruikelijke inname is 25 gram per dag, wat overeenkomstig is met de geobserveerde gebruikelijke broodinnname. De consumptie is lager bij vrouwen dan bij mannen, stijgt met de leeftijd en daalt met het opleidingsniveau.

Voedingsmiddelen uit **de restgroep** (gesuikerde en alcoholische dranken, koek en gebak, sauzen...) zijn niet nodig binnen een evenwichtig voedingspatroon. Het is niet realistisch en niet nodig om als aanbeveling '0 gram' in te nemen, maar het is wel belangrijk in een evenwichtige voeding de balans te houden en uit deze groep dagelijks niet te veel te gebruiken. De gebruikelijke inname toont duidelijk dat de realiteit heel ver staat van deze verwachting gezien de inname gemiddeld 434 gram per dag is (zonder alcoholische dranken: 253 gram/dag). Dit komt overeen met een gemiddelde energie-inname van 645 kcal per dag. De consumptie van producten uit de restgroep daalt met de leeftijd. In energie bekeken haalt men gemiddeld 28 energie% uit de restgroep. Slechts 9% van de bevolking neemt dagelijks minder dan 250 kcal uit deze restgroep.

PEUTERS EN KLEUTERS

Het onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen (Lenaers S. et al, 2002) concludeerde dat het met de voedingsgewoonten bij kinderen jonger dan 2 jaar in het algemeen vrij goed gesteld is. Tijdens de eerste twee levensjaren worden bij sommige kinderen enkele knelpunten vastgesteld zoals een grote eiwitinname, geen adequate melkvoeding, gezoete dranken en ongezonde tussendoortjes. Een grote verandering die tussen de leeftijd van één en twee jaar optreedt, is de introductie van zoetmiddelen in dranken en ongezonde tussendoortjes in het tweede levensjaar. Hierbij geeft men in het onderzoek voedingsopvoedkundige aanbevelingen rond o.a. het gebruik van zoetmiddelen en snoep.

Het onderzoek naar de voedingsgewoonten van kleuters (Huybrechts I., 2008) brengt o.a. aan het licht dat 19% van de kleuters niet elke dag ontbijt, slechts 4% drinkt dagelijks 0,5 liter water en er wordt te weinig melk gedronken. Minder dan één op drie van de kinderen voldoet aan de minimum aanbeveling voor groenteconsumptie (100 tot 150 gram per dag), en minder dan de helft van de kinderen voldoet aan de minimum aanbeveling voor fruitconsumptie (125 tot 250 gram per dag). Twee derde eet niet elke dag groenten en zes op de tien eet zelfs niet 1 stuk fruit per dag. Onder de 4 jaar kiest men ook nog onvoldoende voor volle melk. Meer dan de helft drinkt frisdrank of gezoet fruitsap.

Slechts 1 tot 9% van de kleuters voldoet aan de aanbeveling voor smeervetten (15-25 g per dag). Enkel de consumptie van aardappelen en vlees is adequaat. Op nutriëntenbasis blijkt ook dat de inname van vezel, water en vitamine D te laag is.

Samengevat:

- ✓ We eten te weinig groenten, te weinig fruit, te weinig (bruin) brood.
- ✓ We drinken te weinig water en te weinig melkproducten.
- ✓ We eten voldoende kaas, aardappelen en smeervet.
- ✓ We eten te veel vlees en te veel uit de restgroep.
- ✓ Er zijn verschillen volgens leeftijdsgroep en opleidingsniveau.

2.3 Beweging

Onder gezond bewegen verstaan we een niveau van fysieke activiteit waarop positieve gezondheidseffecten worden geboekt. Om een volledig beeld te krijgen van de fysieke activiteit per dag is **de PAL- waarde**, physical activity level of het fysieke activiteitsniveau, een goede parameter of indicator. De PAL-waarde is de factor waarmee het basale metabolisme (= energieverbruik in rust) moet worden vermenigvuldigd om het totale energieverbruik per dag te berekenen. Deze index kan in theorie variëren tussen 1.2 voor extreem sedentaire individuen en ca. 2.4 voor zeer fysiek actieve personen. Deze waarde omvat zowel beroepsactiviteiten, rustige activiteiten, sportactiviteiten als sedentaire activiteiten. Internationaal wordt aangenomen dat een dagelijkse hoeveelheid fysieke activiteit in overeenstemming met een PAL-waarde groter dan 1,75 (in combinatie met een evenwichtige voeding) noodzakelijk is om preventief op te treden tegen obesitas en diabetes type 2. Zie tabel 3.

Het niveau van fysieke activiteit waarop positieve gezondheidseffecten worden geboekt, komt overeen met een PAL van meer dan 1,75. Dit betekent voor volwassenen en ouderen dagelijks minimum een half uur bewegen met een matige fysieke inspanning ofwel 3 dagen per week minstens 20 minuten intens aëroob fysieke activiteit, voor kinderen en jongeren minstens een uur per dag. (Ross, 2007, Institute of Medicine, 2002). Om de kans op obesitas te verkleinen moet dit bij volwassenen verhoogd worden naar 60 tot 90 minuten per dag. Gezien de dosis-respons-relatie tussen fysieke activiteit en gezondheid is er grotere winst wanneer deze minimumnorm overschreden wordt (Strong et al. 2005; Nelson et al., 2007; Haskell WL, et al 2007). Individuen met een PAL-waarde kleiner of gelijk aan 1,55 zijn inactief. Voor jongeren werd sedentair gedrag gedefinieerd als diegenen die per week naast de LO-les minder dan 1 uur fysiek actief zijn.

Tabel 3: Normen voor voldoende fysieke activiteit om gezondheidsvoordelen te behalen en sedentariteit

	Voldoende fysieke activiteit om gezondheidswinst te behalen	Sedentair minder dan 1u per week lichaamsbeweging naast de les LO
Jongeren	1 uur per dag 7 dagen per week	
Volwassenen (15 – 59 jaar)	PAL > 1,75	PAL <= 1,55
Ouderen (60+)	PAL > 1,75	PAL <= 1,55

PAL = Physical Activity Level

Praktische aanbevelingen

Om de gezondheid positief te beïnvloeden of te behouden dient:

- de **schoolgaande kinderen en jongeren** alle dagen van de week minstens 60 minuten matig tot intens fysiek actief te zijn. De fysiek activiteiten moeten aangepast zijn aan het ontwikkelingsniveau, aangenaam zijn om uit te voeren (plezierbeleving) en voldoende gevarieerd zijn (niet alleen eenzijdige training). Uitgaande van de vroegere HEPA-aanbevelingen en naar de geest van de Strong et al (2005) aanbevelingen wordt toegevoegd dat schoolgaande jeugd ook minstens tweemaal per week fysieke activiteiten dient uit te voeren die de verschillende componenten van de fysieke fitheid (kracht, lenigheid, snelheid, evenwicht en anaëroob vermogen) behouden of verbeteren.
- een **volwassene** tussen 18 en 65 jaar:
Ofwel dagelijks minstens 30 minuten per dag matig aëroob (uithouding) fysiek actief te zijn.
Ofwel minimaal drie dagen per week minstens 20 minuten intens aëroob (uithouding) fysiek actief te zijn.
- een **oudere** (60+) dezelfde aanbevelingen te volgen als deze voor volwassenen, rekening houdend met de volgende belangrijke toelichtingen:
 - Matige fysieke activiteit zal verschillen naargelang het fitheidsniveau (aërobe fitheid, uithouding) van de oudere.
 - Activiteiten die de lenigheid en het evenwicht beïnvloeden zijn aanbevolen.
 - Bij de promotie van fysieke activiteit dienen matige aërobe (uithouding) fysieke activiteit, spierversterkende oefeningen, reductie van sedentair (inactief) gedrag en risico-management benadrukt te worden.

Er kan een combinatie gemaakt worden van matige en intense fysieke activiteit: bijvoorbeeld twee dagen 20 minuten intense fysiek activiteit en twee dagen 30 minuten matige fysiek activiteit. Er kan ook geaccumuleerd worden, in periodes van ten minste 10 minuten, bijvoorbeeld drie periodes van 10 minuten matige fysieke activiteit per dag, of twee periodes van 15 minuten. Denk hier aan wandelen of fietsen van en naar het werk of gebruik van middagpauzes voor een stevige wandeling van 15 minuten.

Onder **matige fysieke activiteiten** verstaan we activiteiten waarbij (grote delen van) het lichaam wordt bewogen onder invloed van spieractiviteit en met duidelijke toename van het energieverbruik. Dit uit zich in een verhoogde hartslagfrequentie en ademhalingsritme. Voorbeelden van matige fysieke activiteiten zijn stevig wandelen aan een snelheid van 5,5 km per uur, fietsen aan 15-16 km/u op vlakke weg, rustig baantjes zwemmen. Op een 10-puntenschaal, waarbij 'zitten' 1 is en een maximale inspanning 10 bedraagt, heeft matige fysieke intensiteit een schaalwaarde van 5 of 6. **Intense fysieke activiteit** heeft dan een schaalwaarde van 7 of 8. Voorbeelden van intense fysieke activiteit zijn joggen, fietsen tegen 20-25 km/uur, een basketbalmatch, snel zwemmen.

VOLWASSENEN

Uit onderzoek van het **Steunpunt Sport, Beweging en Gezondheid** (2007) blijkt dat er in Vlaanderen een hoge graad van inactiviteit is. 23% van de Vlaamse bevolking vanaf 15 jaar is sterk inactief, slechts 33% beweegt voldoende om gezondheidswinst te behalen. Vrouwen zijn duidelijk meer inactief dan mannen, behalve bij senioren ouder dan 75. Ouderen zijn het meest inactief samen met meisjes tussen 15 en 18 jaar.

Voor beide geslachten is er een vast patroon per leeftijd. Tussen 15 en 18 jaar zijn 54% van de meisjes en 29% van de jongens inactief. Meisjes tussen 15 en 18 jaar zijn hiermee behalve mannen ouder dan 75 de grootste inactieve groep. Mannen zijn het meest gezondheidsbevorderend actief tussen 19 en 59 jaar (49%). Heel opvallend is de plotse sterke toename in het aandeel inactieve mannen met meer dan 30% tussen de leeftijdsgroepen 19-59 en 60-64. Dit is ook de leeftijd waarop momenteel de meeste mannen met pensioen gaan. Fysieke activiteit binnen de beroepsuitoefening zal hier ongetwijfeld een rol spelen. Van alle mannelijke zestigplussers is minstens 4 op 5 te weinig fysiek actief. Zoals verwacht liggen de percentages bij de vrouwen voor elke leeftijdsgroep - behalve bij 75+ - hoger dan bij de mannen. De uitschieters worden gevonden in de leeftijdscategorie van 15 tot 18 jaar (54% inactief) en vanaf 60 jaar (45%) (Steunpunt Sport, Beweging en Gezondheid, 2007)

Uit de **gezondheidsenquête** (2004) blijkt dat in het Vlaams Gewest, de bevolking gemiddeld 49 minuten per dag besteedt aan alle vormen van lichaamsbeweging - los van de intensiteit ervan. Om een positief effect te hebben op de gezondheid is het belangrijk dat het activiteitsniveau minimaal matig is.

Uit de **voedselconsumptiepeiling** (2004) blijkt dat in totaal 30,9% van de Vlamingen op basis van de IPAQ activiteitsschaal voldoende actief is met een positief effect voor de gezondheid. Gemiddeld is 42,2% van de Vlaamse bevolking inactief en 26,9% slechts minimaal actief (VCP, 2004).

Samengevat:

- ✓ Jongens en mannen zijn actiever dan meisjes en vrouwen
- ✓ Slechts 42% van de 15-18 jarige meisjes is voldoende fysiek actief
- ✓ Naarmate we ouder worden neemt de groep sedentairen toe bv. 5% van de jongens tussen 12 en 14 jaar is sedentair, wat bij 60+ oploopt tot 44%
- ✓ 33% van de bevolking ouder dan 15 jaar is voldoende fysiek actief om gezondheidswinst te halen.
- ✓ 23% van de bevolking ouder dan 15 jaar is inactief.
- ✓ daalt het niveau van fysieke activiteit naarmate we ouder worden.
- ✓ bewegen personen met een lager opleidingsniveau minder in de vrije tijd.

2.4 Gewicht en middelomtrek

De **gezondheidsenquête** (1997, 2001 en 2004) geeft de BMI voor kinderen en volwassenen weer (op basis van zelfgerapporteerde lengte- en gewichtgegevens). Uit de gezondheidsenquête van 2004 blijkt dat 32,3% van de Vlamingen kampt met overgewicht (BMI > 24,9), daarvan heeft 11,5% obesitas (BMI > 29,9). In 1997 bedroegen deze cijfers nog respectievelijk 30,8 en 9,6%. De stijging doet zich voor in bijna alle leeftijdsgroepen. Met een stijgende opleidingsgraad stijgt het aantal personen met een gezond gewicht en daalt het aantal personen met overgewicht en obesitas. Zo hebben personen die hoger onderwijs gevolgd hebben vaker een gezond gewicht (64,6%) en minder vaak overgewicht en obesitas (31%) dan personen met een opleiding tot en met lager secundair onderwijs (44,7% gezond gewicht en 53,8%). Vooral de toename van een te hoog gewicht bij kinderen is verontrustend, namelijk van 8,0% in 1997 naar 10,9% in 2001.

Uit de **voedselconsumptiepeiling** (2004) blijkt dat 25,3% van de volwassenen de limiet van de middelomtrek overschrijdt en 31,1% een veel te grote middelomtrek heeft en bijgevolg een gezondheidsrisico loopt. Middelomtrek is een maat die aangeeft of een volwassen persoon risico loopt op leefstijlgebonden ziekten.

INTERNATIONALE TENDENSEN

De opmars van overgewicht en obesitas in België is ook in andere Europese landen waargenomen. De 'International obesity taskforce' heeft de gegevens wereldwijd samengevat (zie tabel 4).

Tabel 4: Prevalentie van overgewicht en obesitas in enkele nabije EU-landen (WIV, 2004; Commissie van de Europese Gemeenschappen, 2005)

	Overgewicht BMI 25 – 29,9		Obesitas BMI > 29,9		overgewicht + obesitas BMI > 24,9	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
België (enquête, 2004)	37,1	19,4	9,1	9,7	46,2	29,1
Frankrijk (2003)	37,4	23,7	11,4	11,3	48,8	35,0
Nederland (2002)	43,5	28,5	10,4	10,1	53,9	38,6
Engeland (2003)	43,2	32,6	22,2	23,0	65,4	55,6
Duitsland (2002)	52,9	35,6	22,5	23,3	75,4	58,9

In **Europa** hebben minstens 135 miljoen mensen overgewicht of obesitas. In vele landen heeft meer dan de helft van de volwassenen overgewicht en is tot 30% obees (International Obesity Taskforce en European Association for the Study of Obesity, 2002). Er zijn verschillen tussen landen. Het aantal mensen met overgewicht varieert van 10% tot 27% bij mannen en bij vrouwen tot 38%.

Wanneer enkel obesitas bekeken wordt, zijn er minstens negen Europese landen met meer dan 20% mannen met obesitas, onder andere Griekenland en Cyprus (27%). Voor vrouwen varieert obesitas van 10% tot 26% in de Tsjechische Republiek. In minstens zeven Europese landen is één op vijf vrouwen obees (International obesity taskforce, 2005; Anna Sanz de Galdeano, 2005). Overgewicht en obesitas bij volwassen neemt in heel Europa toe.

Het aandeel kinderen van 10 jaar met overgewicht varieert van 10% in Slowakije tot 36% in Italië. De International Obesity Taskforce schat dat ongeveer 24% van de kinderen in Europa overgewicht hebben (Lobstein et al, 2004). Van de 14 miljoen die nu al overgewicht hebben, heeft minstens 3 miljoen obesitas. Het voorkomen van overgewicht en zwaarlijvigheid tijdens de kinderjaren vergroot snel in bepaalde landen. Elk jaar stijgt het aantal kinderen met overgewicht in Europa met 400.000 (International Obesity Taskforce, 2005).

In de **Verenigde Staten** heeft 28% van de mannen en 34% van vrouwen obesitas, dit stijgt zelfs tot 50% bij zwarte vrouwen, met inbegrip van een zeer significante component morbide obesitas. In een aantal Europese landen is de prevalentie van overgewicht bij volwassenen hoger dan in de VS. Bij kinderen zien we een verfraging met 10 à 15 jaar.

Samengevat:

- ✓ ongeveer 60% van de Vlaamse bevolking heeft een te grote middelomtrek
- ✓ ongeveer 40% van de volwassen Vlaamse bevolking tussen 19 en 59 jaar heeft geen gezond gewicht
- ✓ bijna 60% van de ouderen heeft geen gezond gewicht
- ✓ ongeveer 10% van de kinderen heeft overgewicht of obesitas
- ✓ opleidingsgraad heeft invloed op gewicht
- ✓ er is een stijgende trend in alle leeftijdsgroepen

2.5 Is er een gezondheidskloof?

In Vlaanderen leeft 10% van de bevolking in armoede. Iemand van 25 jaar met een goede gezondheid en laag opleidingsniveau, leeft ongeveer 18 jaar minder in goede gezondheid dan een hoog opgeleide leeftijdsgenoot (WIV, 2001). Mensen die onderaan de sociale

ladder staan, sterven gemiddeld 3 tot 5 jaar vroeger dan mensen die bovenaan de ladder staan. Bij personen met inkomensarmoede komt **overgewicht** meer voor (44% versus 39%) (WIV, 2006, Vranken et al, 2006). Personen met een opleiding tot en met lager secundair onderwijs hebben vaker overgewicht en obesitas (54%) in vergelijking met personen die hoger onderwijs gevolgd hebben (31%).

Lager opgeleide personen kennen een ongezonder **eetpatroon**. Zo eet bijvoorbeeld 62,9% van de hoogste inkomenscategorie vooral bruin brood, tegenover 31,1% van de laagste inkomensklasse (Gezondheidsenquête, 1997). Wat de **fysieke activiteit** betreft, ziet men dat 59,2% van de laagste inkomensklasse wekelijks actief is, tegenover 76,6% van de hoogste inkomensklasse. Armen hebben vaker dan niet-armen een sedentaire levensstijl (27% versus 21%). Personen met een laag versus hoog opleidingsniveau zijn op weekbasis minder fysiek actief, respectievelijk 40,7% en 76,9% (WIV, 2006).

Bij bepaalde **allochtone bevolkingsgroepen** is de prevalentie van sommige ziekten, zoals diabetes, opvallend hoger dan bij autochtone bevolkingsgroepen.

Samengevat:

- ✓ Er bestaat in Vlaanderen een gezondheidskloof die sterk samenhangt met het opleidingsniveau en het inkomen.
- ✓ Er is een relatie tussen overgewicht, obesitas, opleidingsgraad en leeftijd (WIV, 2006).
- ✓ Laag opgeleide personen doen veelal minder aan lichaamsbeweging en kennen een ongezonder eetpatroon.

2.6 Besluit

Algemeen kunnen we vaststellen dat de gemiddelde Vlaming onvoldoende gezond beweegt en er een onevenwichtig eetpatroon op nahoudt. De gegevens over wat we eten en hoeveel we bewegen geven duidelijk aan de aanbevelingen op verschillende punten lang niet gehaald worden. Dit geldt in het bijzonder voor kinderen, jongeren, ouderen en kansengroepen.

Het is de ambitie van dit actieplan om aan deze tekorten te werken, en het beweeg- en eetpatroon van de Vlaming meer in overeenstemming te brengen met de aanbevelingen bij de actieve voedingsdriehoek.

Dit is het vertrekpunt voor de invulling van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging voor de periode 2008 – 2015.

3. DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING VOEDING EN BEWEGING 2008-2015

Evenwichtig eten en gezond bewegen liggen aan de basis van het behoud van een gezond gewicht. Om die reden combineert de nieuwe doelstelling de thema's voeding en beweging.

Er werd gekozen om de doelstelling op twee niveaus te formuleren. De **hoofddoelstelling** benoemt de kerninhouden waaraan het actieplan werkt, met name voldoende beweging om gezondheidswinst te bereiken, evenwichtige voeding en een gezond gewicht. Daaronder worden de **subdoelstellingen** geformuleerd. De experts in de verschillende werkgroepen stelden in totaal 14 verschillende subdoelstellingen voor. In de eerste voorstellen waren subdoelstellingen voor *ontbijt*, *het aantal eetmomenten* en *visconsumptie* naar voor geschoven. Omwille van de goede gemiddelde score die de Vlaamse bevolking reeds behaalt voor deze voedingsmiddelen, werden ze als niet prioritair aangezien en daardoor niet als subdoelstelling opgenomen. Zo eten volwassenen gemiddeld 4,6 keer per dag. Dit komt overeen met de aanbeveling van maximum 5 tot 6 eetmomenten per dag. 71% ontbijt dagelijks, 80% bijna dagelijks. De meerderheid van de bevolking eet minstens 1x per week vis. Slechts 3,5% eet nooit vis. Het voorstel rond *alcohol* werd niet weerhouden gezien hiervoor in het kader van de gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs reeds doelstellingen werden geformuleerd.

Een subdoelstelling voor de groepen '*aardappelen en graanproducten*' en '*smeer- en bereidingsvet*' werd door de experts niet voorgesteld. Gemiddeld wordt de aanbeveling voor aardappelen op zich gehaald door meer dan de helft van de bevolking, brood zou meer geconsumeerd mogen worden. Voor *brood en alternatieven* haalt 25% de norm. Voor *smeervet* haalt 93% de norm. Men overdrijft niet met het gebruik van *smeervet*, het gebruik is evenredig met het aantal boterhammen dat men eet. In vergelijking met de andere groepen uit de actieve voedingsdriehoek voldoen meer mensen aan de norm voor deze voedingsmiddelengroepen. Zij worden dan ook niet als subdoelstelling weerhouden. Het spreekt voor zich dat bv aardappelen en (bruin) brood hun plaats hebben in de communicatie rond evenwichtige voeding.

Na de toetsingsdagen van het actieplan bij praktijkdeskundigen kwam de vraag naar een subdoelstelling over de *vleesconsumptie*. 'Het verhogen van het aantal mensen dat niet dagelijks vlees eet' werd gesuggereerd. Deze doelstelling is complexer dan ze lijkt. De doelstellingen van het actieplan zijn gebaseerd op de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek. Hierin is de aanbeveling vevat dat het verbruik van de groep vlees, vis, eieren en vervangproducten maximum 100 gram per dag bedraagt. 7% van de Vlaamse bevolking eet maximum 100 gram uit deze groep. Gemiddeld eten we dagelijks 161 gram producten uit de groep vlees, vis, eieren en vervangproducten, waarvan gemiddeld 117 g vleesproducten, 27 g vis, 11 g eieren en 6 g onder de vorm van vervangproducten zoals peulvruchten, enz. Er wordt aanbevolen om dagelijks maximum 100 g aan vlees, vis, eieren of vervangproducten te consumeren. Concreet betekent dit dat we uit de groep vlees, vis, eieren en vervangproducten gemiddeld minder vlees (en vleeswaren) moeten eten, vis mogen we -zelfs in vette vorm- meer eten, evenals vervangproducten zoals peulvruchten. Een vleesloze dag invoeren geeft echter geen garantie voor een daling van het gemiddelde vleesverbruik, het aantal personen dat vlees volwaardig vervangt en voor het gemiddelde totale gebruik van de groep vlees, vis, eieren en vervangproducten. Het aantal personen dat wekelijks een vleesloze dag (vlees + vleeswaren) invoert en de invloed daarvan op hun gemiddeld vleesverbruik is niet uit de VCP af te leiden en geen garantie tot een gemiddelde daling van de inname van de groep vlees, vis, eieren en vervangproducten. De doelstelling uitdrukken in het aantal personen dat niet alle dagen vlees verbruikt, is bijgevolg niet aan te raden. Een subdoelstelling om de visconsumptie te doen stijgen werd niet weerhouden gezien de meerderheid van de bevolking reeds één maal per week vis eet. In de hoofddoelstelling en de algemene formulering bij subdoelstelling 4 wordt automatisch opgenomen dat meer mensen moeten eten volgens de aanbevelingen bij de actieve voedingsdriehoek. De vleesbeperking is hierin dan ook automatisch opgenomen.

Het plan legt prioriteiten en maakt een keuze van aandachtspunten die binnen de actieve voedingsdriehoek extra aandacht verdienen. Zo is de keuze gemaakt voor water, groenten, fruit en melk waarvan we meer mogen gebruiken en de restgroep waarvan we minder moeten gebruiken. De groepen 'aardappelen en graanproducten', 'vlees, vis, eieren en vervangproducten,' en 'smeer- en bereidingsvetten' worden niet expliciet in de subdoelstellingen opgenomen maar het spreekt voor zich dat in de gezondheidsboodschappen deze aspecten meegenomen worden in het kader van een totale evenwichtige voeding. Voor de vleesgroep en de groep smeer- en bereidingsvetten zijn bij de actieve voedingsdriehoek ook aanbevelingen opgenomen die aangeven dat deze groepen met mate geconsumeerd moeten worden.

De keuze viel, met uitzondering van de subdoelstelling rond de restgroep, op een **positieve boodschap**. De idee is om zo weinig mogelijk 'belerend' over te komen en het positieve, gewenste gedrag te benadrukken. Het plan wil niet focussen op wat beter niet geconsumeerd wordt. Onderzoek suggereert dat voorkeurproducten het best gepromoot worden aan de hand van gezonde, positieve boodschappen (Adams & Geuens, 2007). Bij de evaluatie in 2015 moet nagegaan worden of het werken met positieve boodschappen tot de gewenste veranderingen heeft geleid.

De subdoelstellingen worden uitgedrukt als een stijging van het **percentage personen dat de aanbevelingen uit de actieve voedingsdriehoek haalt** en een daling van het percentage sedentairen. Voor de subdoelstellingen voor evenwichtige voeding wordt eveneens gestreefd naar een stijging (water, groenten, fruit, melkproducten) of een daling (restgroep) van de **gemiddelde inname**. Van het percentage moeders die starten met het geven van borstvoeding wordt een stijging nagestreefd en het percentage personen met een gezond gewicht mag zeker niet afnemen maar moet minstens behouden blijven.

De gezondheidsdoelen zijn geformuleerd op het niveau van experts en intermediairs. Zij moeten vertaald worden in correcte en vlotte boodschappen voor communicatie naar het **grote publiek**. Dit geldt ook voor het verspreiden van boodschappen rond het nastreven van een gezond gewicht.

Leeftijdsgroepen

Vanuit de beschikbare onderzoeksgegevens is er gekozen om in de subdoelstellingen specifiek de groepen 'kleuters', '12-14-jarigen' en '15-18-jarigen' (zie bijlage 1) apart te vermelden naast volwassenen en ouderen. Voor de leeftijdsgroep 6-11-jarigen zijn er omtrent de eetgewoonten weinig tot geen gegevens beschikbaar. Gezonde leefgewoonten individueel en omgevingsgericht bevorderen, meer bepaald evenwichtig eten en voldoende bewegen, is nodig en moet *aangepast worden aan elke leeftijdsfase*. De kindertijd is de beslissende levensfase voor het verwerven van een gezonde levensstijl met evenwichtige en gevarieerde voedingsgewoonten en voldoende beweging. Al vanaf de kleutertijd zien we eet- en beweegproblemen naar voor komen en deze nemen toe naarmate kinderen opgroeien tot jongeren en adolescenten. Het is dan ook belangrijk om in verschillende leeftijdsfasen, o.a. via de subdoelstellingen, de voedings- en beweeggewoonten te monitoren en acties op maat uit te voeren. Vooral naar de adolescenten toe ziet men de aandacht vaak afnemen, hierop moet zeker sterker ingespeeld worden.

Het onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen (Lenaers S. et al, 2002) concludeerde dat het met de voedingsgewoonten bij kinderen jonger dan 2 jaar in het algemeen vrij goed gesteld is. Gezien de wijzigingen in de voedingsgewoonten na de leeftijd van 2 jaar en het feit dat we vaststellen dat de voedingsgewoonten in de kleuterleeftijd al sterk de richting volgen van de volwassenen, is de kleutertijd een goede eerste indicator om de voedingsgewoonten op te volgen. Uit het voedingsonderzoek bij jonge kinderen blijkt de leeftijd van 3-4 jaar cruciaal te zijn in de toename van de Body Mass Index (Lenaers S. et al, 2002). Naarmate kinderen ouder

worden zien we invloeden van buitenaf sterker de voedingskeuze bepalen. Naast ouders en school wordt de invloed van vrienden, reclame en vrije tijd sterker. Zo ontbijt bv. een 17-jarige minder regelmatig dan een 11-jarige. Studies tonen bv. een daling van het aantal jongeren dat voldoende fysiek actief is om gezondheidswinst te behalen en een stijging van het aantal jongeren die sedentair gedrag vertonen naarmate ze ouder worden. Jongens zijn actiever dan meisjes. Uit de indicatorenbevraging (Moens o. et al, 2008) zien we dat de aandacht voor voeding in scholen significant daalt vanaf de bovenbouw (vanaf 2^{de} graad secundair onderwijs). Resultaten uit onderzoek over de eetgewoonten bij jongeren (VCP, HBSC) tonen aan dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan alle jongeren, maar specifiek aan de groep adolescenten. Evenwichtig eten is op die leeftijd nog geen bezorgdheid maar legt wel de basis voor een goed eetpatroon en voor het voorkomen van ziekte op latere leeftijd. Een blijvende aandacht op elk leeftijd is dan ook belangrijk.

Cijfergegevens

De **cijfergegevens** waarop de subdoelstellingen zijn gebaseerd, zijn samengevat in de overzichtstabellen (zie tabel 5 en 6). Er wordt voor elke groep gestreefd naar een verbetering van 10%. Per subdoel wordt er per leeftijdsgroep en geslacht verder opgesplitst. Om alle subdoelstellingen in 2015 te kunnen evalueren is het belangrijk dat de nodige studies hiervoor worden voorzien.

De cijfergegevens bij de subdoelstellingen zijn gebaseerd op de meest recente gegevens voor Vlaanderen over borstvoeding (Lenaers e.a., 2002), over het eetpatroon van kleuters (2,5 tot 6 jaar; Huybrechts, 2008), en jongeren (HBSC-studie, 2006), over lichaamsbeweging bij kinderen en jongeren (Lefevre e.a., 2002), over voeding voor volwassenen van 15 tot 75 jaar (WIV, Voedselconsumptiepeiling (VCP, 2004), over beweging vanaf 19 jaar (Steens, 2007: Steunpunt Sport, Beweging en Gezondheid), over gezond gewicht en over gezonde middelomtrek (WIV, Voedselconsumptiepeiling en Gezondheidsenquête 2004).

Voor kinderen tussen 6 en 14 jaar zijn, behalve gegevens uit de HBSC-studie (11 tot 18 jaar) over het dagelijks gebruik van een aantal voedingsmiddelen zoals groenten, fruit en bepaalde restgroepproducten die jongeren in het algemeen juist te weinig of net te veel gaan eten op dit moment geen recente, voldoende sterke gegevens beschikbaar op het niveau van voedingsmiddeleninname. De meest recente gegevens voor lagere schoolkinderen dateren van 1989 (De Henauw, 1997) en voor adolescenten (14 – 18 jaar) van 1998 (De Henauw, 1998). Deze data zijn te oud om als vergelijkende basis in de subdoelen op te nemen. In 2009 start het WIV een voedselconsumptiepeiling waarbij gegevens over kinderen tussen 3 en 15 jaar verzameld worden. Als deze gegevens bekend zijn, kunnen in aanvulling op de nu beschikbare gegevens verder aangepaste doelstellingen en streefwaarden worden opgesteld op het niveau van voedingsmiddeleninname. Verder zal voorzien worden in de HBSC van 2010 en 2014 om gegevens in dit kader in te zamelen.

De nieuwe gezondheidsdoelstelling

Hoofddoelstelling:

Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft.

Subdoelstellingen:

1. Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat voldoende fysiek actief is om gezondheidswinst te behalen met 10% punten¹.		
Jongeren 12-14 j ²	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 74% tot 84%.
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 47% tot 57%.
Jongeren 15 – 18 j ³	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 67% tot 77%.
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 42% tot 52%.
Volwassenen 19–59 j ⁴	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 49% tot 59%.
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 29% tot 39%.
Ouderen 60+ ⁵	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 17% tot 27%.
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 11% tot 21%.

¹ %punten: verwijzen naar het rekenkundig verschil tussen twee percentages.

² Lefevre J., et al., 2002

³ Lefevre J., et al., 2002

⁴ Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

⁵ Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

2. Tegen 2015 daalt het percentage sedentaire personen met 10% punten.		
Jongeren 12-14 j ⁶	Jongens	Tegen 2015 daalt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 5% tot 2%.
	Meisjes	Tegen 2015 daalt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 11% tot 2%.
Jongeren 15 – 18 j ⁷	Jongens	Tegen 2015 daalt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is Van 8% tot 2%.
	Meisjes	Tegen 2015 daalt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 16% tot 6%.
Volwassenen 19-59 j ⁸	Mannen	Tegen 2015 daalt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 11% tot 2%.
	Vrouwen	Tegen 2015 daalt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 22% tot 12%.
Ouderen 60+ ⁹	Mannen	Tegen 2015 daalt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 44% tot 34%.
	Vrouwen	Tegen 2015 daalt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 45% tot 35%.

3. Tegen 2015 stijgt het percentage moeders ¹⁰ dat met borstvoeding start (gemeten op dag 6) van 64 naar 74%.

4. Tegen 2015 eten meer mensen ¹¹ evenwichtig overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek .	
Water	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor water haalt van 22% tot 32%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water met 10% (van 669 naar 736 ml/dag).
Groenten	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten met 10% (van 147 naar 162 g/dag).
Fruit	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit met 10% (van 113 naar 124 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 4% tot 14%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melkproducten en

⁶ Lefevre J., et al., 2002

⁷ Lefevre J., et al., 2002

⁸ Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

⁹ Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

¹⁰ Lenders S. et al, 2002

¹¹ De Vriese S. et al, 2006; VIG, 2004

	calciumverrijkte sojaproducten met 10% (van 165 naar 182 g/dag).
Restgroep	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep met 10% (van 703 kcal naar 633 kcal/dag).

Voor gegevens per leeftijdsfase en geslacht: zie bijlage.

5. Tegen 2015 blijft het percentage personen ¹² met een gezond gewicht minstens behouden.		
Volwassenen 19–59 j	Mannen	52,7%
	Vrouwen	66,5%
	Totaal	59,6%
Ouderen ≥ 60 j	Mannen	38,0%
	Vrouwen	43,5%
	Totaal	40,9%

Korte toelichting bij elke subdoelstelling

1. Voldoende fysieke activiteit om gezondheidswinst te behalen
Dit betekent voor volwassenen en ouderen dagelijks minstens een half uur bewegen met een matige fysieke inspanning ofwel 3 dagen per week minstens 20 minuten intense aëroob fysieke activiteit. Voor kinderen en jongeren is dit minstens een uur per dag. In PAL (Physical Activity Level) uitgedrukt betekent dit over een dag een gemiddelde waarde groter dan 1,75. Op dit moment behaalt slechts 39% van de Vlaamse bevolking tussen 15 en 59 jaar deze aanbeveling. Jongeren, vooral jongens, zijn duidelijk actiever. Bij ouderen daalt dit cijfer tot 18% bij mannen en 11% bij vrouwen.
2. Inactiviteit of sedentair gedrag
Inactiviteit komt bij volwassenen overeen met een gemiddelde PAL kleiner of gelijk aan 1,55. Bij jongeren spreekt men van sedentair gedrag als zij minder dan 1 uur per week fysiek actief zijn naast de les LO. Op dit moment is 17% van de Vlaamse bevolking tussen 15 en 59 jaar inactief of sedentair te noemen. Bij jongeren ligt dit tussen 5 en 16%, bij ouderen loopt dit op tot 44%.
3. Borstvoeding
Borstvoeding is de ideale voeding vanaf de geboorte. Op dit moment geven slechts 64% van de vrouwen (gemeten op dag 6 na de bevalling) (al of niet exclusieve) borstvoeding.
4. Evenwichtig eten overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek
 - a. Water
De aanbeveling is om dagelijks 1,5 liter te drinken waarvan minstens 1 liter water. In totaal drinkt slechts 22% van de Vlaamse bevolking tussen 15 en 59 jaar 1 liter water per dag. Gemiddeld bedraagt de inname 669 ml.
 - b. Groenten
Slechts 1% van de Vlaamse bevolking tussen 15 en 59 jaar eet 300 gram groenten per dag (groentesoep en -sap niet meegerekend). Bijna 33% eet dagelijks 200 gram groenten. Slechts 38% eet dagelijks groenten. Terwijl groenten eten een zeer

¹² WIV, Gezondheidsenquête, 2004

belangrijk onderdeel is van een evenwichtige voeding en heel wat ziektepreventie-eigenschappen toegemeten krijgt.

c. Fruit

Slechts 5% van de bevolking eet ongeveer 2 stukken fruit of 250 gram fruit per dag (fruitsappen niet meegerekend). Slechts 50% van de bevolking eet dagelijks fruit.

d. Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten

We gebruiken best ongeveer 450 ml halfvolle melkproducten per dag, wat overeenkomt met 3 glazen of potjes van 150 ml. Ouderen en jongeren gebruiken best 1 glas extra. Tot 4 jaar kiezen we voor volle melkproducten. In totaal behaalt slechts 4% van de volwassen bevolking de norm. Kaas wordt voldoende gegeten en is daarom niet opgenomen in deze doelstelling. Zelfs magere kaas is een belangrijke bron van verzadigde vet en daarom is het belangrijk het kaasgebruik niet te verhogen.

e. Restgroep

Gemiddeld eet de Vlaamse bevolking 703 kcal uit de restgroep. De restgroep bevat producten zoals alcoholische drank, suikerrijke drank, koek, gebak, snoep, enz. Er wordt aanbevolen om matig gebruik te maken van producten uit de restgroep (maximum 250kcal). Slechts 5% van de Vlaamse bevolking weet maat te houden met de restgroep.

5. Gezond gewicht

Een gezond gewicht bij volwassenen tussen 19 en 59 jaar verwijst naar een BMI tussen 18,5 en 24,9. Slechts 60% van de volwassen bevolking voldoet hieraan. Naast de BMI is de middelomtrek een goede maat om het ziekterisico te bepalen. Slechts 40% van de volwassenen heeft een gezonde middelomtrek. Om het gewicht bij kinderen te beoordelen worden de Vlaamse groeicurven gebruikt die per leeftijd en geslacht te raadplegen zijn op www.vub.ac.be/groeicurven.

Tabel 5: Overzicht van het percentage personen per leeftijdsgroep dat de aanbevelingen uit de subdoelstellingen haalt.

(WIV: VCP-1, 2004; WIV: Gezondheidsenquête, 2004; Steunpunt SBG 2002 - 2006, 2007; Lefevre, J. e.a., 2002; Huybrechts, I., 2008; Lenaers, S. e.a. 2002)												
Subdoelstelling		Vlaamse bevolking (15 – 59)	Kleuters (3-5 jaar)	6 – 11 jaar	12 – 14 jaar		15 – 18 jaar		Volwassenen (19 – 59 jaar)		60+	
					Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes	Man	Vrouw	Man	Vrouw
1. Tegen 2015 stijgt het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is om gezondheidswinst te behalen met 10%.	39%	Geen gegevens	Geen gegevens	Geen gegevens	74%	47%	67%	42%	49%	29%	18%	11%
2. Tegen 2015 daalt het aantal sedentairen	17%	Geen gegevens	Geen gegevens	Geen gegevens	5%	11%	8%	16%	11%	22%	44%	46%
3. Tegen 2015 stijgt het aantal jonge moeders dat met borstvoeding start van 64% naar 75% . (Lenaers, 2002)												
4. Tegen 2015 eten meer mensen evenwichtig overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek												
4a) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor water haalt met 10%	22% drinkt min. 1 l/dag	4% kleuters drinkt min. 500 ml water per dag	Geen gegevens	Geen gegevens		5%	16%	20%	24%	7%	14%	
4b) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor groenten haalt met 10%	1 % eet 300g/dag	44% eet min. 100 g per dag	Geen gegevens	14 % eet dagelijks meer dan 1 X groenten	15.4 eet dagelijks meer dan 1 X groenten	0%	0%	0%	1%	1%	1%	
4c) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor fruit haalt met 10%.	5% eet 250 g/dag	43% eet gem. min. 1 stuk fruit	Geen gegevens	12% eet dagelijks meer dan 1 X fruit	14% eet dagelijks meer dan 1 X fruit	2%	3%	5%	3%	10%	13%	
4d) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten haalt met 10%	4% gebruikt 450 g/dag	41% haalt de aanbeveling (69% gebruikt geen volle melk)	Geen gegevens	Geen gegevens		7%	2%	3%	1%	2%	2%	
4e) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt met 10%.	5% gebruikt max. 250 kcal	Gem. inname is 250 kcal	Geen gegevens	Geen gegevens		0.2%	0.5%	2%	6%	18 %	6%	
5. Tegen 2015 blijft het % mensen met een gezond minstens behouden		tussen 2 en 5 jaar heeft 93% normaal gewicht	tussen 5 en 10 jaar heeft 86% normaal gewicht	tussen 10 en 15 jaar heeft 89% normaal gewicht	93,5% normaal gewicht		54% heeft een gezond gewicht Tussen 31 en 59 jaar heeft 45% een gezonde middelomtrek		38 à 40% gezond gewicht 20% gezonde middelomtrek			

Tabel 6 : Gemiddelde inname per dag per leeftijdsgroep voor de subdoelstellingen i.v.m. voeding
(geg. WIV: VCP-1,2004 behalve kleuters: Huybrechts I., 2008)

Subdoelstelling	Vlaamse bevolking (15 – 59)	Kleuters (3-5 jaar)	6 – 11 jaar	12 – 14 jaar	15 – 18 jaar		Volwassenen (19 – 59 jaar)		60+	
					jongen	meisje	man	vrouw	man	vrouw
4a) Tegen 2015 stijgt de gem. inname van water met 10%	Gem. 669 ml water/dag	224 ml	Geen gegevens	Geen gegevens	449 ml	616 ml	637 ml	707 ml	405 ml	663 ml
4b) Tegen 2015 stijgt de gem. inname van groenten met 10%	Gem. 147g/dag	66,5 g	Geen gegevens	Geen gegevens	109 g	129 g	140l g	160 g	145 g	133 g
4c) Tegen 2015 stijgt de gem. inname van fruit met 10%	Gem. 113g/dag	113 g	Geen gegevens	Geen gegevens	70 g	114 g	102 g	124 g	127 g	160 g
4d) tegen 2015 stijgt de gem. inname van melk, melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten met 10%	Gem. 165g/dag	440 g	Geen gegevens	Geen gegevens	244 g	179 g	170 g	150 g	124 g	142 g
4e) Tegen 2015 daalt de gem. inname uit de restgroep met 10%	Gem. 703 kcal/dag	250 kcal	Geen gegevens	Geen gegevens	1100 kcal	652 kcal	861 kcal	498 kcal	629 kcal	425 kcal

4. EEN INTEGRALE AANPAK VOOR DE REALISATIE VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN

Dat er gezondheidswinst te halen valt door evenwichtig eten en gezond bewegen te stimuleren is duidelijk. Daarvoor is een ommekeer nodig die een grote maatschappelijke inspanning vraagt. De vraag die zich opdringt is 'welke inspanning leidt tot de beste resultaten?'.

Onevenwichtige voeding, te weinig bewegen en de gevolgen daarvan, worden in de hand gewerkt door verschillende factoren. Het is aangetoond dat de oorzaken zowel liggen in de leefstijl van mensen als in hun omgeving (National Heart, Lung and Blood Institute, 2004; Law, 2007). Wat mensen doen of niet doen, wordt beïnvloed door hun opvattingen, voorkeuren of vaardigheden. Maar gedrag staat nooit op zich: het treedt op in een specifieke omgeving, met fysieke, sociale, culturele, politieke en economische kenmerken. Hoe meer die omgeving mensen uitnodigt om gezonde keuzes te maken, hoe groter de kans dat zij ook werkelijk kiezen voor het gezonde alternatief. Uitgangspunt is om de gezonde keuze het meest voor de hand liggend te maken: vlot beschikbaar, met een aanvaardbare kost, in overeenstemming met regels en ondersteund door de opvattingen en normen in de omgeving.

Een probleem met vele oorzaken vereist een meervoudige oplossing. De interventies in het actieplan dienen dan ook zodanig samengesteld te worden dat de verschillende determinanten behandeld worden. Er bestaat een hoge consensus dat de beste resultaten worden behaald als **gelijktijdig** een **integrale reeks** van elkaar ondersteunende maatregelen wordt genomen (Ottawa Charter, 1986). Een doordachte combinatie van strategieën kan leiden tot de gewenste lange termijn-uitkomsten (Barr et al., 2006). Alhoewel voor evenwichtige voeding en voldoende beweging de concrete bewijzen hiervoor nog ontbreken, werd vanuit de tabakspreventie al eerder aangetoond dat een integrale benadering de beste waarborg biedt voor een effectieve gedragsverandering en een grotere gezondheidswinst (Gilbert & Cornuz, 2003; CDC, Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en verschillende Europese instellingen bepleiten dat elk land een evenwichtig voedings- en beweegbeleid uitwerkt, aangepast aan de eigen cultuur en normen. Dit omvat een mix van educatieve interventies, structurele maatregelen en beleidsinitiatieven, waarin alle beleidsniveaus elkaar vinden en ondersteunen. De verschillende internationale initiatieven ter bevordering van evenwichtige voeding en gezond bewegen vertrekken vanuit diezelfde integrale aanpak. Ze pleiten voor een brede consumenteninformatie én voor het werken met prioritaire groepen, voor educatie én voor aanpassingen in de omgeving, voor betrokkenheid van diverse maatschappelijke actoren én voor een engagement vanuit de private sector, voor interventies die inspelen op de noden van de bevolking én voor een duurzaam beleid.

De volgende paragrafen beschrijven de aanbevelingen en keuzes van verschillende internationale instanties.

4.1 De Wereldgezondheidsorganisatie

- First European action Plan for Food and Nutrition Policy 2000 – 2005 (WHO Regional Office for Europe, 2001)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2004 (WHO, 2004)
- European Strategy for Child and Adolescent Health and Development, 2005 (WHO Regional Office for Europe, 2005)
- HEPA Europe: European Network for the Promotion of Health-enhancing Physical Activity, 2005 (WHO, 2005)
- European Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases, 2006.

- European Charter on Counteracting Obesity, 2006 (WHO, 2006)
- Second WHO Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012 (WHO, 2007)
- Workers Health: Global Plan of Action 2008-2017, 23 mei 2007 (WHO, 2007b)

In 2004 stelt de **Globale strategie voor voeding, fysieke activiteit en gezondheid** vier hoofddoelstellingen voorop (WHO, 2004):

1. Het verminderen van de risicofactoren voor chronische ziekten ten gevolge van ongezonde voeding en fysieke inactiviteit door acties op het domein van de volksgezondheid.
2. De toename van het bewustzijn en het begrip van de invloed van voeding en fysieke activiteit op de gezondheid en van de positieve impact van preventieve interventies.
3. Het ontwikkelen, versterken en implementeren van globaal, regionaal en nationaal beleid en actieplannen voor de verbetering van de voeding en de verhoging van de fysieke activiteit; beleid en actieplannen die zowel duurzaam en veelomvattend zijn als de medewerking van alle sectoren verzekeren.
4. Het in kaart brengen en het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek inzake voeding en fysieke activiteit.

In 2005 stelt het **HEPA-rapport** een aantal principes voor ter promotie van fysieke activiteit in Europa (WHO, 2005b):

- de volksgezondheid als uitgangspunt
- een brede definitie van fysieke activiteit
- een multisectorale aanpak
- een omgevingsgerichte benadering
- werken op alle niveau's
- programma's die beantwoorden aan de noden van de bevolking
- een multi-facetten- en op effectiviteit gerichte aanpak
- aandacht voor ongelijkheid
- een evidence based en duurzaam beleid.

In november 2006 werd het **Europees handvest ter bestrijding van obesitas** aangenomen als antwoord op de toenemende uitdaging die de obesitasepidemie stelt voor de gezondheid, economie en ontwikkeling (ook ondertekend door Vlaanderen) (WHO, 2006).

In 2006 werd **GAPA** opgericht, de Global alliance for physical activity, op initiatief van de IUHPE en de CDC. De alliantie wil beweging op populatieniveau bevorderen door in te staan voor communicatie, coördinatie en pleitbezorging. Het doel is professionals in de gezondheidspromotiesector te ondersteunen. Grote aandacht gaat naar intersectoraal werken, waaronder onderwijs, transport, lokale overheid en ruimtelijke ordening. (www.globalpa.org.uk)

Eind 2007 stelt de **WHO** het **Tweede Actieplan 2007-2012** voor met zes aandachtspunten (WHO, 2007) die elk land in zijn beleid op verschillende niveau's integreert en aangepast aan de eigen situatie:

1. Ondersteuning van een gezonde start: de zorg voor moeders en kinderen.
2. Het verzekeren van een veilig, gezond en duurzaam voedselaanbod: voldoende goede en veilige voeding voor iedereen.
3. Brede consumenteninformatie en -voorlichting: weet wat je eet en hoe je risico's kan voorkomen.
4. Geïntegreerde acties voor het aanpakken van de determinanten: rekening houden met andere risicofactoren.
5. Het bevorderen van voeding en voedselveiligheid in de gezondheidssector: gezondheidsprofessionals betrekken bij de verbetering van de gezondheidsdiensten.
6. Monitoring, evaluatie en onderzoek: acties op basis van evidence en verzamelen van nieuwe kennis

Met volgende nutritionele doelstellingen:

- Minder dan tien energie% afkomstig van verzadigde vetzuren
- Minder dan één energie% afkomstig van transvetzuren
- Minder dan tien energie% afkomstig van toegevoegde suikers
- Meer dan 400 gram fruit en groenten per dag
- Minder dan 5 g zout per dag.

In 2007: '**Workers health**': **Globaal actieplan 2008-2017** met volgende doelstellingen (WHO, 2007b):

1. beleidsinstrumenten uitwerken en implementeren voor de gezondheid van werknemers.
2. gezondheidsbevordering op de werkplek, o.a. via de promotie van gezonde voeding en fysieke activiteit.
3. de verbetering van de werking en de toegankelijkheid van arbeidsgeneeskundige diensten.
4. positieve resultaten onderbouwen en goede praktijken bekend maken.
5. gezondheidsbevordering op het werk integreren in andere beleidsdomeinen.

4.2 De Europese Unie

In 2000 werd het **Eurodriet** programma (Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe) gelanceerd met als ambitieus doel te komen tot een gecoördineerd EU- en lidstatenprogramma ter promotie van evenwichtige voeding en een gezonde levensstijl door het opzetten van een netwerk, strategieën en een actieplan voor de ontwikkeling van Europese voedingsaanbevelingen. Deze aanbevelingen moeten het kader vormen voor de uitwerking van nationale voedingsdoelstellingen (Kafatos & Codrington, 2001).

In 2003 hebben de diensten van de Europese Commissie een **netwerk opgericht op het gebied van voeding en lichaamsbeweging** dat is samengesteld uit door de lidstaten, de WHO en op vlak van de gezondheid werkzame NGO's aangewezen deskundigen. Dit netwerk moet de Commissie adviseren bij de ontwikkeling van communautaire activiteiten ter verbetering van de voeding, ter vermindering en preventie van voedingsgerelateerde ziekten, ter stimulering van lichaamsbeweging en bestrijding van overgewicht en obesitas.

In 2005 werd het **Europees actieplatform voor voeding, lichaamsbeweging en gezondheid** opgericht als gemeenschappelijk forum. Het platform wil een katalysatorfunctie vervullen voor vrijwillige maatregelen van het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en de overheidssector in de hele EU.

Via een '**Groenboek**' werd in 2006 een breed opgezette raadplegingsprocedure en een diepgaand debat gehouden met participatie van de EU-instellingen, de lidstaten en de maatschappelijke organisaties om de mogelijke bijdrage op communautair niveau tot de bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging in kaart te brengen. Het Groenboek (Commissie van de Europese Gemeenschappen, 2005) stelde vragen rond volgende werkerterreinen:

- consumentenvoorlichting, reclame en marketing met speciale aandacht voor kinderen.
- levensmiddelenaanbod, lichaamsbeweging en gezondheidsvoorlichting op het werk.
- integratie van preventie en de behandeling van overgewicht en obesitas in de gezondheidszorg.
- aanpak van de "obesogene" samenleving.
- sociaal-economische ongelijkheid.

- een geïntegreerde en brede benadering ter bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging.
- aanbevelingen voor de nutriëntinname en voor de opstelling van voedingsrichtlijnen.
- samenwerking over de grenzen van de Europese Unie.

In 2007 stelt de Europese Commissie haar '**Witboek**' (Commissie van de Europese Gemeenschappen, 2007) voor over 'een EU-strategie voor aan voeding, overgewicht en obesitas gerelateerde gezondheidskwesties'. Hierbij worden volgende aandachtspunten naar voor geschoven voor particuliere actoren samen met de aanbeveling voor een partnerschapsaanpak en het versterken van lokale actienetwerken:

- de gezonde optie beschikbaar en betaalbaar maken
- consumenten geïnformeerd houden
- lichaamsbeweging aanmoedigen
- prioritaire groepen en locaties:
 - o scholen zijn er in belangrijke mate verantwoordelijk voor dat kinderen niet alleen het belang van goede voeding en lichaamsbeweging begrijpen, maar daar ook daadwerkelijk van kunnen profiteren.
 - o ondernemingen kunnen ook de ontwikkeling van gezonde levensstijlen op het werk steunen.
- goede en beste praktijken in beeld brengen.

4.3 België en Vlaanderen

Ook dit actieplan gaat uit van een integrale benadering. Met deze keuze sluit Vlaanderen zich aan bij de aanbevelingen vanuit de WHO en de Europese instellingen, en kiest het voor een benadering die de meeste kans op succes garandeert.

Bovendien vertrekt dit actieplan niet van nul. Er zijn in het laatste decennium ook in eigen land beleidsinitiatieven genomen waaruit blijkt dat België en Vlaanderen het spoor van de internationale aanbevelingen volgen.

België

In 1996 formuleerde de Hoge Gezondheidsraad voor het eerst **voedingsaanbevelingen voor België**. Deze aanbevelingen worden regelmatig aangepast, de laatste herziening vond plaats in 2006 (Hoge Gezondheidsraad, 2006). Een nieuwe herziening is gepland in 2008.

In 2001 formuleert de Belgische **HEPA-groep** een statement en aanbevelingen omtrent de 'gezondheidsbevorderende fysieke activiteit voor de Belgische bevolking' (HEPA-groep, 2001).

In het **Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan** (2005) worden voor de periode 2005 – 2010 zeven strategische beleidskrachtlijnen naar voor geschoven:

1. Informatie en communicatie
2. Het creëren van een omgeving die leidt tot evenwichtige voedings- en bewegingsgewoonten bij de bevolking en in het bijzonder bij kinderen en jongeren
3. Engagement van de actoren uit de private sector.
4. Maatregelen betreffende specifieke doelgroepen:
 - Voeding van zuigelingen en jonge kinderen.
 - Mineralen, vitaminen en andere stoffen uit de voeding.
5. Ondervoeding: preventie en aanpak.
6. Evaluatie van de voedingsinname bij de bevolking.
7. Wetenschappelijk onderzoek betreffende voeding, voedingsgedrag.

Deze krachtlijnen zijn vertaald in zeven nutritionele doelstellingen voor België:

1. Energie-balans: Evenwicht tussen inname en verbruik van energie. Fysieke activiteit bevorderen.
2. Fruit en groenten: De bevolking aanzetten om elke dag min. 400 gram fruit en groenten te eten. Het aantal personen die weinig groenten en fruit eten doen dalen, vooral bij jongeren (scholieren en adolescenten).
3. Vetten: De hoeveelheid ingenomen vetten beperken (doelstelling: minder dan 35% van de totale aanbevolen energie-inname). De samenstelling van de ingenomen vetten verbeteren.
4. Koolhydraten en voedingsvezels: Het verbruik van koolhydraten bevorderen (tot min. 50% van de totale aanbevolen energie-inname) met een voorkeur voor bronnen van complexe koolhydraten (zetmeel, ...) zoals weinig of niet geraffineerde voedingsproducten (volgranen, peulvruchten, ...). Het verbruik van enkelvoudige toegevoegde koolhydraten (suikers, ...) verminderen. De consumptie van voedingsvezels verhogen.
5. Zout: Het verbruik van zout verminderen en het deels vervangen door gejodeerd zout.
6. Mineralen, spoorelementen, vitamines en andere voedingsbestanddelen: Het optreden van specifieke tekorten (ijzer, folaten, vitamine D, calcium) bij bepaalde bevolkingsgroepen (jongeren, vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven, personen op leeftijd). Het jodiumtekort wegwerken. Optimale voeding stimuleren.
7. Water: De bevolking motiveren om meer water te drinken (minstens 1,5 liter per dag). Let op: deze aanbeveling verschilt van de Vlaamse aanbeveling, die spreekt over 1,5 liter vochtinname per dag waarvan 1 liter water.

Vlaanderen

In 1997 vertaalde het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad in de 'voedingsdriehoek', het Vlaamse voedingsvoorlichtingsmodel. De voedingsdriehoek werd in 2000 een eerste maal bijgestuurd. In 2004 werden de gezondheidsrichtlijnen rond beweging geïntegreerd in het voedingsvoorlichtingsmodel dat sedertdien de naam '**actieve voedingsdriehoek**' kreeg. (VIG, 2004; VIG, 2005)

In 1998 formuleert de Vlaamse overheid een eerste pakket van vijf **gezondheidsdoelstellingen**, waaronder een gezondheidsdoelstelling voor voeding die streeft naar het verlagen van de vetinname en het verhogen van de vezelinname. Om deze doelstelling te realiseren werd door de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid een werkgroep samengesteld bestaande uit vertegenwoordigers van de belangrijkste sectoren die een rol te spelen hebben bij het bepalen van het voedingspatroon van de bevolking) om een strategische planning op te stellen. Deze strategische planning had tot doel een globaal kader uit te werken en concrete acties voor te stellen, zowel op lokaal als op bovenlokaal niveau (Vinck, 1999).

Volgende principes werden hierbij gehanteerd:

- een positieve en niet-medicaliserende benadering hanteren;
- het einddoel moet een totale evenwichtige voeding zijn;
- intersectorale werking;
- coördinatie en ondersteuning van de acties;
- omgevingsfactoren zoals aanbod, beschikbaarheid, prijs en kwaliteit van het aangeboden voedsel mee opnemen, niet enkel werken via GVO;
- globale, gecoördineerde aanpak op lange termijn;
- niet uit de weg gaan van tegengestelde belangen.

Het **decreet van november 2003** regelt het **preventieve gezondheidsbeleid** van de Vlaamse overheid en legt de basis voor een facettenbeleid. Dit decreet voorziet dat een gezondheidsconferentie wordt samengeroepen voor de ontwikkeling van een voorstel van een nieuwe of te herziene gezondheidsdoelstelling.

Het **Vlaams regeerakkoord** van juli 2004 vermeldt in het kader van het preventief gezondheidsbeleid dat het zich "vooral moet concentreren op de problemen van overgewicht door ongezond voedingsgedrag en onvoldoende lichaamsbeweging, (...)".

Met het **decreet op het lokaal sociaal beleid** van 2004 wordt het lokaal openbaar bestuur (gemeente en OCMW) de regierol toegewezen om samenwerking tussen de actoren te versterken, zodat de sociale grondrechten, waaronder gezondheid, voor alle burgers gevrijwaard en bevorderd worden. Het volgt daarmee de tendens tot een lokale autonome verantwoordelijkheid die ook in het steden- en gemeentebestuur aanwezig is via de uitbouw van het steden- en gemeentefonds en in het kerntakendebat.

Door toegankelijke (preventieve) zorg, maar ook door de verschillende lokale partners te betrekken bij het faciliteren van gezond leven in een gezonde omgeving, gelinkt aan andere sociale beleidsdomeinen zoals seniorenbeleid of diversiteitsbeleid, kan de gemeente of stad een planmatige aanpak van gezondheid in de lokale gemeenschap ontwikkelen. Extra aandachtspunt is het gelijke recht op elk grondrecht, ook voor de meest kwetsbare groepen.

In januari 2006 ondertekenen de Vlaamse ministers bevoegd voor Onderwijs, Welzijn en Gezondheid, Jeugd en Sport en Landbouwbeleid samen een **intentieverklaring** (VIG, 2007; Onderwijs Vlaanderen, 2006). Zij spreken af dat zij gezamenlijk willen bijdragen tot de gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs.

De minister van Onderwijs vraagt de scholen om een gezondheidsbeleid op maat van hun leerlingen uit te werken en tegen 1 september 2007 de leerlingen in een omgeving op te vangen die een gezonde levensstijl communiceert.

5. METHODOLOGIE

5.1 PROCEDURE

De gezondheidsconferentie voeding en beweging kende een uitgebreid voorbereidingstraject dat gebaseerd is op een intensieve consultatie van experts en praktijkdeskundigen (zie figuur 4). Vier fases werden daarbij doorlopen.

De eerste fase startte eind augustus 2007 met de **oproep** van de minister om tegen de conferentie in 2008 meetbare streefdoelen voor te stellen inzake evenwichtig eten en gezond bewegen. Bij de oproep hoorde tevens de voorbereiding van een concreet actieplan. De **Vlaamse werkgroep** gezondheidsconferentie voeding & beweging werd in diezelfde periode in het leven geroepen. Zijn taken bestonden uit het formuleren en goedkeuren van een breed gedragen gezondheidsdoelstelling inzake voeding en beweging en uit het opstellen en goedkeuren van het bijhorende actieplan, de fasering en het budget. De werkgroep telde 38 leden. Leden zijn experts en wetenschappelijke verenigingen op het gebied van evenwichtige voeding en gezond bewegen.

Input voor het actieplan werd aangereikt uit het Plan van Aanpak voor Voeding 2004. Dit plan, een aanbevelingsdocument dat door de VIG-expertengroep voeding is opgemaakt en ingediend bij het aantreden van de Vlaamse Regering in 2004, werd geactualiseerd in vijf **subwerkgroepen**: (1) een werkgroep epidemiologie, die instond voor het nodige cijfermateriaal inzake voeding en beweging, (2) een werkgroep settings en doelgroepen, die voor de verschillende leefsfere en leeftijds groepen acties voorstelde, (3) de werkgroep professionele vorming en training, die de aandacht voor deskundigheidsbevordering bewaakte, (4) de werkgroep zorgverstrekkers, die naging hoe het (eerstelijns-)zorgaanbod het best inspeelt op vragen en behoeften betreffende evenwichtig eten en gezond bewegen en (5) tenslotte, de werkgroep communicatie en bewustmaking die de rol van de media, de reclame en voorstellen voor communicatie over dit actieplan uitwerkte. De resultaten uit de verschillende subwerkgroepen werden gebundeld in één document, een 'aanzet tot actieplan', dat benoemt wat belangrijk is om in de gezondheidsdoelstellingen en het bijhorende actieplan op te nemen.

De tweede fase, van oktober 2007 tot maart 2008, betrof een intensieve raadpleging van experts en wetenschappelijke verenigingen. Doorheen drie **Delphi-rondes** werd hun oordeel gevraagd over de 'aanzetten' uit de subwerkgroepen. De Delphi-methode staat voor het herhaald en schriftelijk bevragen van experts over een specifieke issue en is geschikt om bij complexe materies een standpunt in te nemen en keuzes te maken. De bevraging gebeurt schriftelijk of online en voorkomt dat experts face tot face de materie met elkaar bespreken. De anonimiteit van de deelnemers wordt strikt bewaakt. De uitwisseling van ideeën en argumenten verloopt doorheen verschillende rondes. Bij elke ronde worden de deelnemers gebriefd over de resultaten uit de voorgaande consultatie. Doorgaans neemt de consensus bij elke ronde toe. Ideaal genomen gaat de Delphi-procedure door tot een volledige consensus is bereikt. Voor de uitwerking van dit plan waren twee rondes voorzien. De eerste ronde voorzag in feedback op de voorstellen voor de gezondheidsdoelstellingen. In een tweede ronde werden naast de doelstellingen ook de visie, strategieën en acties bevragd. Een extra ronde is op basis van de resultaten ingelast. Deze bevraging ging dieper in op de vele voorstellen uit het actieplan. De experts ontvingen de vragen online. Hun antwoorden werden geanonimiseerd en deze 'ruwe' data werden doorgestuurd naar de leden van de stuurgroep (d.z. alle voorzitters van de subwerkgroepen), het kabinet Volksgezondheid en het agentschap Zorg en Gezondheid. Het Delphi-team stond in voor de verwerking van de antwoorden. De resultaten werden telkens met de stuurgroep, het kabinet en het agentschap doorlopen alvorens de nieuwe tekst in een volgende bevraging op te nemen. De Delphi-methode leidde tot een ontwerp tekst waarvoor bij de experts een vrij ruime consensus aanwezig was. Begin maart werd dit 'ontwerp van actieplan' bekrachtigd op een tweede meeting van de Vlaamse werkgroep.

De derde fase voorzag in een ruime **consultatie van stakeholders en werkveld**. Deze fase liep van midden maart tot einde april 2008. Voor deze raadpleging werden 6 toetsingsdagen ingericht, één in elke Vlaamse provincie en één in Brussel en dit in samenwerking met de Logo's. Meer dan 600 praktijkdeskundigen uit diverse sectoren waren aanwezig. Zij konden hun mening, ervaringen en bezorgdheden over het ontwerp van actieplan dat experts en wetenschappelijke verenigingen hadden opgesteld, uitwisselen in de discussiegroepen. Voor elke strategie in het actieplan was een discussiegroep voorzien. Van elke sessie werd verslag gemaakt. Deelnemers hadden ook de mogelijkheid aanvullende acties voor te stellen. Bovendien werd hen gevraagd de acties uit het plan die voor hen prioritair waren, aan te duiden.

In aanvulling op deze toetsingsdagen werd een schriftelijke bevraging ingericht voor de stakeholders. Organisaties en koepels hadden de mogelijkheid te reageren op het voorstel van gezondheidsdoelstelling en actieplan. 16 van 85 organisaties hebben hierop gereageerd. De verslagen van de discussiegroepen, prioriteitenformulieren en de antwoorden op de schriftelijke bevraging zijn meegenomen en verwerkt in de volgende fase.



Figuur 4: voorbereidingstraject gezondheidsconferentie voeding & beweging.

Parallel aan de derde fase werd het **beleidsoverleg** opgestart tussen de beleidsdomeinen met het oog op medewerking bij de realisatie van dit plan. Dit kadert binnen het zogenaamde facettenbeleid, dat voor gezondheidspromotie cruciaal is om goede effecten te ressorteren.

De vierde fase is deze van de **integratie** en het selecteren van prioriteiten. Het Delphi-team integreerde de opmerkingen en suggesties van stakeholders en werkveld in het ontwerp van actieplan. Ook deze gegevens werden vooraf aan de stuurgroepleden, het kabinet en het agentschap doorgestuurd en na de integratie met hen besproken.

Vervolgens werd het ontwerp van actieplan door het Delphi-team en de stuurgroepleden getoetst aan de vooraf afgesproken principes & waarden van gelijkheid, evidence, haalbaarheid, empowerment en respect (zie ook verder). Dit resulteerde in een lijst van **prioriteiten** die samen met de visietekst, de nieuwe gezondheidsdoelstellingen en het ontwerp van actieplan op 3 juli aan de bevoegde minister werd voorgesteld.

In deze fase worden de uiteindelijke **beleidskeuzes** gemaakt die zullen worden voorgesteld aan de Vlaamse werkgroep, stakeholders en werkveld. Dit gebeurt op de gezondheidsconferentie van 23 oktober 2008.

5.2 PRINCIPES EN WAARDEN

Het werk van experts en professionals uit het veld resulteerde in een actieplan met zes strategieën en 190 voorstellen voor acties die op dit moment nodig zijn om de inwoners van Vlaanderen aan te zetten meer te bewegen en evenwichtiger te eten (zie ook verder). Wellicht is de beste optie dan ook de volledige realisatie ervan. Dit is evenwel binnen de voorgestelde periode 2008-2015 niet mogelijk. Daarom was het nodig om prioriteiten af te bakenen en wel zodanig dat tegen 2015 zichtbare verbeteringen zijn opgetreden. Met dit doel voor ogen zijn vijf principes en waarden ingevoerd die een leidraad vormden bij het vastleggen van de prioriteiten. Het gaat om (1) gelijkheid, (2) haalbaarheid, (3) kwaliteit, effectiviteit & efficiëntie, (4) empowerment en (5) respect.

HAALBAARHEID

Het eerste criterium is haalbaarheid. Het actieplan heeft pas zin als de voorgestelde interventies ook op een voldoende grote schaal kunnen worden geïmplementeerd. Veel hangt dan ook af van hoe de actoren, die ervoor zorgen dat de interventie bij de doelgroep raakt, denken over de haalbaarheid van de voorstellen. Haalbaarheid verwijst naar *de mate waarin de voorgestelde interventies aansluiten bij de beginsituatie van de verschillende praktijkwerkers en hun doelgroep(en)*. Het gaat hier niet enkel om praktijkwerkers uit de gezondheidspromotie. Er wordt actief gestreefd naar samenwerking met andere sectoren, zoals onderwijs, de bedrijfswereld, horeca en distributie, lokale besturen, socio-culturele verenigingen, enz. Ook zij moeten de interventies voldoende uitvoerbaar vinden. Zijn de interventies op maat van hun doelgroep? Zijn de voorstellen aangepast aan de situatie waarin zij werken? Beschikken zij over de nodige competenties? Zijn de randvoorwaarden voldoende vervuld om de interventie op een kwaliteitsvolle manier te gebruiken? Haalbaarheid bevat met andere woorden twee componenten. De eerste is een *technische* component, die aangeeft dat de actie op het terrein uitvoerbaar is. De tweede is *inhoudelijk* georiënteerd en biedt de zekerheid dat de actie aansluit op de huidige situatie van de doelgroep en de intermediairs die daarvoor instaan. Dit betekent dat het niveau van verandering dat mag worden verwacht, realistisch werd ingeschat. Vaak vormen deze acties een voorwaarde voor andere acties of veranderingen.

GELIJKHEID

Deze voorwaarde beroept zich op het gelijkheidsprincipe en vertrekt van de bestaande gezondheidskloof (Vranken et al, 2006). Gezond gedrag blijkt een sterke samenhang te

vertonen met de socio-economische situatie waarin iemand leeft. Overgewicht en obesitas komen veel meer voor bij personen met een laag opleidingsniveau. Dit geldt ook voor een tekort aan beweging en een onevenwichtige voeding. Dat er systematisch verschillen optreden tussen groepen mensen, wijst erop dat de ongelijke kansen niet louter aan individuele kenmerken kunnen worden toegeschreven, maar ook door sociale en fysieke omstandigheden worden beïnvloed. Als we willen dat ook bij deze groepen de gezondheid verbetert en het gezondheidsschadend gedrag afneemt, zijn *extra inspanningen* noodzakelijk. Daartoe werden *sociale risicogroepen* binnen het actieplan benoemd als prioritaire doelgroepen.

EVIDENCE

In dit principe wordt het belang van de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de gekozen strategieën benoemd (VGR, 2006). *Effectiviteit* of doeltreffendheid verwijst naar de effecten die een strategie of interventie voortbrengt op het vlak van gedragsverandering of gezondheid bij individuen of populaties. Ze vertelt of de gekozen strategie de beloofde verandering kan waarmaken. *Efficiëntie* of doelmatigheid benoemt of de gekozen werkwijze ook de meest efficiënte is, d.w.z. met een adequate inzet van mensen en middelen en met de hoogste gedragswinst bij de minste kosten. *Kwaliteit* ten slotte, bewaakt dat de manier waarop de strategieën en interventies worden uitgevoerd zo verloopt dat de kans op de beloofde gedragsverandering zo hoog mogelijk is.

De gezondheids promotie kampt echter met een tekort aan evidence over haar effectiviteit (Tanahill, 2007), in het bijzonder deze m.b.t. de socio-ecologische veranderingsstrategieën. Bovendien werd de beschikbare evidence vaak verzameld op basis van buitenlandse studiemateriaal, waarvan niet is geweten of en onder welke omstandigheden de interventies ook in Vlaanderen werkzaam kunnen zijn. Om die reden is evidence ook vaak 'gedateerd' – ze heeft immers betrekking op wat de jaren voordien nodig was en werd onderzocht. Om tegemoet te komen aan de tekorten van de beschikbare evidence, biedt het actieplan ook plaats aan interventies waarvoor epidemiologische gegevens wijzen op een hoge nood of die gestoeld zijn op goede ervaringen van praktijkwerkers en deskundigen.

EMPOWERMENT

Dit principe is gestoeld op de empowermentgedachte (Tahanill, 2007). Empowerment staat voor het verhogen van de controle van mensen over de eigen gezondheid. De kerntaak van de gezondheids promotie is reeds lang niet meer het verhelpen van gezondheidstekorten, maar mensen in staat stellen om problemen op te lossen en de eigen gezondheid te bewaken. De filosofie hierbij is dat men door participatie mensen bewust maakt van de eigen situatie, hen in staat stelt om factoren die hun gezondheid beïnvloeden, te herkennen, en hen aanmoedigt daar zelf iets aan te doen (Katz & Pederby, 1997). Dit actieplan wil mensen vaardiger maken in het creëren van omstandigheden en mogelijkheden om voldoende te bewegen en evenwichtig te eten. De geselecteerde prioriteiten dienen voldoende acties te bevatten die de eindgebruikers empoweren.

RESPECT

Respect ten slotte, verwijst naar het bewaken van de zelfwaarde en het zelfrespect van individuen en gemeenschappen. De focus ligt hier op het respect voor de individuele autonomie. De interventies uit het actieplan dienen de waarden en normen van mensen, hun sociale realiteit, beperkingen en gewoonten, te herkennen en er rekening mee te houden, in zoverre dat deze geen schade aan anderen berokkenen (Tanahill, 2007; Donckers, 2007). Respect is niet alleen van toepassing op de doelgroep, van wie we verwachten dat zij anders gaan eten en bewegen. Respect is ook van toepassing op de organisaties en partners waarmee tijdens de uitvoering van dit plan wordt samengewerkt. Dit duidt op waardering voor wat organisaties doen en voor de manier waarop ze tewerk gaan in het bevorderen van gezonde voeding en voldoende beweging (Tanahill, 2007).

5.3 PRIORITEITEN

Aan de hand de hoger vermelde **principes & waarden** werden de 190 voorstellen geclusterd in **12 prioriteiten**. Zij geven aan welke clusters van acties het meest urgent zijn om de gewenste veranderingen in gedrag, omgeving en gezondheid te realiseren. We bespreken eerst de scoring die gehanteerd werd bij de toetsing aan de principes en waarden. De laatste paragraaf licht toe hoe de clustering is uitgevoerd.

HAALHAARHEID

De 192 acties werden ingedeeld in drie groepen. Een eerste groep bevat acties die niet haalbaar zijn. Een actie is niet haalbaar als dat op de toetsingsdagen door de aanwezigen is opgemerkt en beargumenteerd. Dit werd ook vermeld in de verslagen van de toetsingsdagen. Alle overige acties zijn acties waarvoor geen of weinig technische hindernissen worden voorzien bij de implementatie ervan. Deze groep werd vervolgens ingedeeld in een groep acties die door praktijkwerkers als prioritair werden aangeduid, en dus het best aansluiten bij de huidige situatie van doelgroep en intermediairs, en een groep acties die niet als prioriteit naar voren kwam.

Dit leidde tot volgende scoringsafspraken:

- niet uitvoerbaar, zoals dat werd aangegeven door praktijkwerkers op de toetsingsdagen (zie ook verslagen van de toetsingsdagen)
- + uitvoerbaar, geen belangrijke hindernissen vermeld voor de implementatie van de actie
- ++ uitvoerbaar én aangepast aan de huidige situatie van doelgroep en intermediairs; deze actie is op de toetsingsdagen als prioriteit aangeduid.

Bij de clustering in prioriteiten zijn enkel acties opgenomen die haalbaar zijn en een ++score kregen. Dit wil zeggen dat ze uitvoerbaar zijn én aangepast aan de huidige situatie van doelgroep en intermediairs. Op deze wijze werden 81 van 192 acties geselecteerd (zie tabel 7).

Tabel 7: overzicht van het aantal acties in het actieplan, bij de prioriteiten en in de clusters

STRATEGIE	AANTAL VOORGESTELDE ACTIES	AANTAL ACTIES AANGEDUID ALS PRIORITEIT	AANTAL ACTIES GECLUSTERD IN PRIORITEITEN
Strategie 1	56	27	8 acties in prioriteit 1 17 acties in prioriteit 2
Strategie 2	32	17	2 acties in prioriteit 3 6 acties in prioriteit 4 5 acties in prioriteit 5 1 acties in prioriteit 11
Strategie 3	68	16	11 acties in prioriteit 6
Strategie 4	18	10	2 acties in prioriteit 7 2 acties in prioriteit 8
Strategie 5	10	5	2 acties in prioriteit 9
Strategie 6	8	6	2 acties in prioriteit 10 2 acties in prioriteit 11 2 acties in prioriteit 12
Totaal:	192	81	62 acties geclusterd in 12 prioriteiten

GELIJKHEID

Vervolgens werd elke *haalbare* actie (n=81) gescoord op de overige principes en waarden, in de eerste plaats het principe van gelijkheid. De acties werden gescoord op de mate waarin ze sociale risicogroepen bereiken:

- negatief, deze actie betreft geen sociale risicogroepen
- + positief, deze actie kan ook sociale risicogroepen bereiken
- ++ zeker positief, deze actie richt zich expliciet tot sociale risicogroepen. Doorgaans zijn ook organisaties betrokken die met deze groepen werken.

Soms bestond nog twijfel over de betrokkenheid van organisaties die met sociale risicogroepen werken. Daarom is voorlopig nog een extra score toegevoegd:

- +(+) zeker positief, INDIEN we erin slagen ook organisaties te betrekken die met sociale risicogroepen werken.

De resultaten leerden dat 12 acties de maximum score kregen, 9 +(+) scoorden en 10 een + ontvingen. 11 van de 12 hoogst gescoorde acties en 8 van de 9 +(+) -acties werden geclusterd in prioriteiten 1, 2, 3, 4 en 11.

EVIDENCE

Dit principe verwijst naar de effectiviteit en efficiëntie van de geselecteerde acties. Van elke prioritaire actie werd de effectiviteit nagegaan en toegevoegd aan het uitgebreide actieplan. De scoring verliep als volgt:

- negatief, de beschikbare evidence pleit tegen de voorgestelde actie
- 0 er zijn geen effectiviteitsstudies beschikbaar of andere bronnen die wijzen op de bijzondere nood aan deze actie
- + de actie is gekozen op basis van epidemiologische gegevens of ervaringen van praktijkwerkers die wijzen op een bijzondere nood. Er is telkens een geschreven bron beschikbaar.
- ++ effectiviteitsstudie(s) zijn beschikbaar op het niveau van de methodiek
- +++ effectiviteitsstudie(s) zijn beschikbaar op het niveau van de actie

Kwaliteit van uitvoering is niet in de scoring opgenomen. De voorwaarden voor een effectieve uitvoering zijn toegelicht in de beschrijving van de effectiviteit van de verschillende strategieën.

Efficiëntie of doelmatigheid tenslotte, wordt - daar waar mogelijk - opgenomen in de kosteneffectiviteitsberekening. De kosteneffectiviteit wordt nagegaan van elk van de 12 prioriteiten. Zoals in de inleiding aangegeven, worden de gegevens van deze analyses toegevoegd van zodra deze beschikbaar zijn.

EMPOWERMENT

Voor het toekennen van een score m.b.t. empowerment werd rekening gehouden met de reacties van de deelnemers aan de toetsingsdagen en het oordeel van de stuurgroep. Voor de scoring werd per actie nagegaan of deze de einddoelgroep wel of niet empowert, d.w.z. mensen in staat stelt om zelf problemen op te lossen en de eigen gezondheid te bewaken.

- negatief, niet gericht op het empoweren van einddoelgroepen
- + positief, wel gericht op het empoweren van einddoelgroepen

Na scoring bleken 37 van 62 acties of 60% de einddoelgroep te empoweren.

RESPECT

Respect tenslotte, werd in dit actieplan ingevuld als rekening houden met de individuele autonomie.

Volgende scores werden daarbij gehanteerd:

- negatief, de actie bedreigt de individuele autonomie
- + positief, de actie houdt rekening met de individuele autonomie

Bij de selectie van de prioriteiten werd nagegaan welke daarvan de individuele autonomie negeren. Na scoring bleek het actieplan geen voorstel te bevatten dat dit principe geweld aan doet.

Tijdens de clustering van de 192 voorstellen in 12 prioriteiten is een wezenlijke reductie doorgevoerd op basis van de prioriteitenformulieren die door praktijkdeskundigen op de toetsingsdagen zijn ingevuld (zie tabel 7). Dit reduceerde het aantal acties met meer dan de helft (van 192 naar 81).

Op basis van de verslagen van de toetsingsdagen, de antwoorden op de schriftelijke bevraging en de scoring volgens de principes & waarden, en rekening houdend met de voorwaarden voor een integrale aanpak en de zes strategieën die door de experts waren naar voren geschoven, werden door het Delphi-team en de stuurgroepleden de 81 acties geclusterd in 12 prioriteiten. Daarbij werden 62 acties opgenomen. 19 voorstellen zijn niet weerhouden. Redenen hiervoor waren: te weinig interesse op het werkveld (slechts een enkele maal vermeld), een té geïsoleerde actie, niet aansluitend bij de beginsituatie van de sector of doelgroep of grote onduidelijkheid over uitvoerders en voorwaarden voor realisatie. De prioriteitenlijst is verder in dit document toegevoegd. Prioriteit 1 verwijst naar de extra inspanningen die nodig zijn om gezondheidseffecten te bereiken bij sociale risicogroepen. zij krijgt de hoogste prioriteit. De overige 11 preferenties volgen de volgorde van de zes strategieën uit het actieplan en zijn evenwaardig aan elkaar.

6. ACTIEPLAN MET ZES STRATEGIEËN

Om de aanbevolen, integrale aanpak in Vlaanderen te realiseren is vanuit de Vlaamse Werkgroep een actieplan met zes strategieën naar voren geschoven, met daarin telkens aandacht voor educatieve acties, aanpassingen in de omgeving, beleidsmaatregelen en deskundigheidsbevordering. Met deze strategieën bereikt het actieplan alle inwoners van Vlaanderen, zowel kinderen, jongeren, gezinnen, sociale risicogroepen, ouderen, leden van socio-culturele organisaties en sportclubs en de werkende bevolking. Zij worden bereikt via het lokale beleid, lokale organisaties, het gezin, de kinderopvang, opvoedingsondersteuning, de school, de werkplek, de zorgverstrekkers, de horeca & distributie, de voedingsindustrie en de media.

Dit deel van het document beschrijft bondig de verschillende strategieën om de gezondheidsdoelstelling te behalen en motiveert hun keuze. Per strategie worden de prioriteiten kort benoemd. Deel 2 van dit actieplan geeft per strategie uitgebreid informatie over de context en de effectiviteit. Het bevat tevens alle 192 voorgestelde acties. Deel 3 geeft het overzicht van de clustering in de 12 prioriteiten.

Strategie 1: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de lokale gemeenschap

Deze strategie bevat acties in *de lokale gemeenschap, buurt, gemeente of stad* die ondernomen worden om evenwichtige voeding en beweging bij alle inwoners te bevorderen. De aandacht voor acties in de directe leef- en woonomgeving van de Vlaming is nog zeer beperkt. Nochtans speelt een belangrijk deel van de voedings- en beweeggewoonten zich daar af: thuis, in de vrije tijd, in de buurt of de gemeente. De gemeenschapsbenadering is vooral aangewezen bij projecten waar veel stakeholders een impact hebben op het gedrag van mensen of op hun omgeving, en waar participatie van de doelgroep wenselijk is. Het is via de lokale gemeenschap en het middenveld dat in dit actieplan wordt gestreefd naar een engagement vanuit *socio-culturele organisaties, sportverenigingen en de horeca & distributie*. Gezondheidsbevordering in de lokale gemeenschap is pas duurzaam als de verschillende actoren samenwerken en/of eenzelfde boodschap geven. Het *lokale beleid* lijkt daarbij de aangewezen partner. Het heeft immers de kans om de opties die binnen andere beleidsdomeinen beschikbaar zijn met een gezondheidsfocus te benaderen. Binnen de lokale gemeenschap gaat ook bijzondere aandacht naar het bereiken van *sociale risicogroepen en ouderen* via een op maat gesneden aanpak.

De acties uit deze strategie werden geclusterd in 2 prioriteiten:

- PRIORITEIT 1: Aanreiken van geschikte hulpmiddelen aan lokale beleidsactoren EN organisaties die met kansarmen en/of etnisch-culturele minderheden werken, om sociale risicogroepen aan te zetten tot gezond bewegen en evenwichtig eten.
- PRIORITEIT 2: Ondersteunen van lokale beleidsactoren in het opstellen en uitvoeren van een lokaal beleid voor gezonde beweging en evenwichtige voeding, binnen het kader van het lokaal sociaal beleid en met medewerking van het middenveld.

Strategie 2: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de leefomgeving van kinderen en jongeren (0 tot 18 jaar)

Deze strategie bevat interventies om het aantal vrouwen dat *start met borstvoeding* te verhogen. Borstvoeding is de meest natuurlijke manier om een pasgeboren baby te voeden. Borstvoeding biedt op lange termijn bescherming tegen ondermeer obesitas. Op dit moment krijgen zes op tien zuigelingen op de zesde levensdag ook effectief borstvoeding. Het blijkt dat

de meeste ouders hun keuze voor de startvoeding reeds vóór de zwangerschap maken. Het is dus belangrijk dat vrouwen en hun partners dan al informatie krijgen over het belang van het geven van borstvoeding.

Deze interventies werden vertaald in prioriteit 3:
PRIORITEIT 3 Van borstvoeding de norm maken.

In Vlaanderen neemt obesitas al vanaf de kinderleeftijd toe. Het waken over goede voedingsgewoonten en voldoende lichaamsactiviteit bij kinderen is dan ook belangrijk. In de directe sociale omgeving hebben de *ouders*, het *gezin*, de *kinderopvang* en *vrijtijdsorganisaties* een belangrijke invloed op het verwerven van een gezonde levensstijl. In deze strategie gaat extra aandacht naar de rol die deze personen of organisaties kunnen spelen in het bevorderen van evenwichtige voeding en beweging bij kinderen.

De acties voor kinderen en jongeren zijn terug te vinden onder prioriteiten 4 en 5:

- PRIORITEIT 4 Ondersteunen van ouders, gezinnen en diensten voor opvoedingsondersteuning om kinderen en jongeren evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen.
- PRIORITEIT 5 Aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden in de kinderopvang.

Strategie 3: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op school

Het voedingspatroon van kinderen, jongeren en jongvolwassenen, in het bijzonder m.b.t. tot dranken, tussendoortjes, groenten- en fruitconsumptie is problematisch te noemen. Hetzelfde geldt voor de mate waarin leerlingen en studenten bewegen. Een verandering van eet- en beweeggewoonten is cruciaal om obesitas op latere leeftijd te voorkomen. Uiteraard is de school voor deze doelgroep een belangrijke leefomgeving. De impact ervan op het gedrag van haar leerlingen of studenten mag niet worden onderschat.

In prioriteit 6 gaat de aandacht naar de schoolomgeving:

- PRIORITEIT 6 Versterken van het bovenschools organisatorisch kader en de begeleidingsstructuur om zo scholen (basis- en secundair onderwijs) te ondersteunen bij hun opdracht om leerlingen evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen.

Strategie 4: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op de werkplek

Het bevorderen van evenwichtige voeding en voldoende beweging op de werkplek verwijst naar elke inspanning van werkgevers, werknemers en van de samenleving om de leefgewoonten van werkende mensen te versterken. Wie voltijds werkt, eet de helft tot 1/3 van zijn dagelijkse voeding op het werk. Vaak echter biedt de werkplek niet de mogelijkheid om er gezonde leefgewoontes op na te houden. Dit geldt in het bijzonder voor nachtarbeiders.

In prioriteiten 7 en 8 gaat de aandacht naar bedrijven en werknemers:

- PRIORITEIT 7 Creëren van een draagvlak bij bedrijven en sociale partners, in het bijzonder in kleine en middelgrote ondernemingen om een voedings- en bewegingsbeleid uit te werken. Prioritaire sectoren zijn voeding, chemie, metaal, transport, overheid, scholen en de socioculturele sector.
- PRIORITEIT 8 Aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden op de werkplek.

Strategie 5: Een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers

Huisartsen, diëtisten, bewegingsdeskundigen, (thuis)verpleegkundigen, algemene tandartsen, apothekers, gynaecologen, kinderartsen en andere zorgverstrekkers worden in hun praktijk onvermijdelijk geconfronteerd met allerlei vragen over voeding en beweging. Zij hebben als belangrijke taak de cliënt of de patiënt attent te maken op het belang van een evenwichtig voedingspatroon en gezond bewegen. In België zijn zorgverstrekkers niet alleen de belangrijkste informatiebron voor mensen m.b.t. evenwichtige voeding maar ook de meest betrouwbare. Om mensen goed te informeren en door te verwijzen moeten zorgverstrekkers over de juiste kennis beschikken en gebruik kunnen maken van praktische tools bij hun adviezen.

De acties die aansluiten bij de behoeften van zorgverstrekkers zijn gebundeld in prioriteit 9:

PRIORITEIT 9 Aanreiken van hulpmiddelen aan zorgverstrekkers zodat patiënten/cliënten de juiste informatie krijgen over de thema's voeding en beweging, problemen vroegtijdig worden herkend en correct wordt doorverwezen.

Strategie 6: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bevorderen via informatie en communicatie

Deze strategie geeft aan op welke wijze het best over *de thema's in dit actieplan* wordt gecommuniceerd. Iedereen heeft immers nood aan duidelijke en niet-tegenstrijdige informatie, op een positieve en aantrekkelijke manier gebracht.

Prioriteit 10 onderstreept het belang van een langlopende mediacampagne:

PRIORITEIT 10 Organiseren van een langlopende, goed herkenbare massamediacampagne, ter ondersteuning van het actieplan voeding en beweging, gericht naar alle doelgroepen en gedragen door lokale actoren.

Daarnaast gaat in deze strategie aandacht naar de wijze waarop *andere actoren* communiceren over evenwichtige voeding en gezond bewegen. In de eerste plaats wordt gestreefd naar een engagement van de mediasector, de voedingsindustrie, -distributie en landbouw.

De acties die zijn voorgesteld om deze engagementen te bekomen zijn gegroepeerd onder prioriteiten 11 en 12.

PRIORITEIT 11 Beïnvloeden van de beeldvorming rond gezonde voeding en beweging.

PRIORITEIT 12 Betrekken van de voedingssector bij de uitvoering van het actieplan.

7. BASISVOORWAARDEN VOOR IMPLEMENTATIE

Het actieplan bij de gezondheidsdoelstelling rond voeding en beweging legt de grote strategieën en concrete interventies vast waarop de Vlaamse overheid zal inzetten om tegen 2015 de gewenste veranderingen te bereiken. Een basisvoorwaarde om het actieplan en hiermee de nieuwe gezondheidsdoelstellingen te kunnen realiseren is het engagement van de Vlaamse overheid om haar voorwaardenscheppende rol op te nemen. Deze rol bestaat erin om met alle belanghebbenden een omgeving te creëren die individuen, gezinnen en gemeenschappen op een positieve manier aanmoedigt om steeds te kiezen voor een evenwichtige voeding en een actieve levensstijl. Een goede uitvoering van dit plan overstijgt echter de bevoegdheden van Vlaanderen. De voorwaardenscheppende rol omvat dan ook het bepleiten van noodzakelijke aanpassingen of maatregelen bij de federale of Europese instanties.

Hieronder volgt een overzicht van de basisvoorwaarden op de verschillende beleidsniveaus.

Basisvoorwaarden Vlaams niveau

De uitvoering van het actieplan op Vlaams niveau vraagt coördinatie van het preventieve gezondheidsbeleid op Vlaams, loco-regionaal en lokaal niveau en toewijzing van opdrachten aan partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking, Logo's en zorgaanbieders binnen een duidelijke taakverdeling en met voldoende structurele financiering.

- Dit actieplan kan pas tot enige verandering leiden indien een voldoende **slagkrachtige investering** voorzien wordt in de projecten die deze gezondheidsdoelstelling dienen te realiseren en die voldoen aan de criteria van duurzaamheid, intersectorale afstemming en structurele verankering. Dit is, van alle basisvoorwaarden, de meest cruciale.
- Een integrale aanpak impliceert een **facettenbeleid**, waarbij verschillende beleidsdomeinen (tewerkstelling, onderwijs, binnenlands beleid (gemeenten en steden), jeugd, sport, cultuur, ruimtelijke ordening, verkeer, media enz.) betrokken zijn en hun verantwoordelijkheid opnemen, met als doel op de totale omgeving te kunnen inwerken. Voorbeelden van mogelijke acties die een samenwerking met andere beleidsdomeinen zijn:
 - o Diverse initiatieven van de Vlaamse overheid zoals de Week van de Smaak, Vlaanderen Feest-cheques voor buurtfeesten, ... beter op elkaar afstemmen en daarin de boodschappen omtrent voldoende beweging en evenwichtige voeding integreren.
 - o Evenementen rond mobiliteit en milieuvriendelijke verplaatsingen zoals De Gordel, met Belgerinkel naar de Winkel, de Heen-en-Weer Week (waarin acties zoals Ik Kyoto en de Week van de zachte weggebruiker werden opgenomen), de Vlaamse fietsweek voor scholen, ... aangrijpen om het belang van meer beweging en evenwichtige voeding in de kijker te plaatsen.
 - o Bekomen van een engagement van de mediasector om in hun werking aandacht te hebben voor en inspanningen te doen om correcte boodschappen rond voeding en beweging te verspreiden.
 - o Regelgeving invoeren die de Vlaamse televisieomroepen oplegt gratis zendtijd vrij te maken voor gezondheidsboodschappen van de overheid en dit voor eenzelfde bedrag als zij verdienen aan zendtijd voor 'minder gezonde' producten.
 - o Overleg opstarten tussen welzijn/gezondheid enerzijds en sport anderzijds in functie van een betere aanbod van bewegingsactiviteiten.

- De ondersteuning van initiatieven voor bedrijven, van de verschillende beleidsniveaus (Vlaams en lokaal niveau) op elkaar afstemmen.
 - Integreren van de thema's gezond bewegen en evenwichtige voeding in de curricula en aangepaste scholing van zorgverstrekkers, hulpverleners, onthaalouders, koks, enz.
 - De voortzetting van de initiatieven inzake 'Baby Friendly Hospital Initiative' en het uitbouwen van het certificaat 'borstvoedingsvriendelijke organisatie'.
 - Voorkomen dat boodschappen die in het kader van milieuzorg worden gegeven in strijd zijn met de gewenste gezondheidsboodschappen rond gezonde voeding.
 - Afstemming van interventies en campagnes op lokaal niveau met deze op Vlaams niveau, zowel qua tijdstip als inhoud.
- De **expertise rond gezondheidsgerelateerde fysieke activiteit** toewijzen aan of toevoegen aan de opdracht van een partnerorganisatie.
- **Onderzoek** bevorderen in verband met evenwichtige voeding en fysieke activiteit om het beleid continu te ondersteunen in de keuze van beleidsmaatregelen en de organisaties te ondersteunen bij het uitwerken van preventieve acties:
 - Monitoring van het voedingsgedrag, de fysieke conditie, de fysieke activiteit (zelf-rapportering en objectieve metingen), indicatoren van fysieke, psychische en mentale gezondheid, de onderlinge samenhang en de determinanten ervan (persoons- en omgevingsgebonden) bij de Vlaamse bevolking.
 - Onderzoek naar effectieve en efficiënte interventiestudies die erop gericht zijn het gezond voedings- en bewegingsgedrag te stimuleren bij diverse leeftijdscategorieën en in diverse settings. Bijvoorbeeld omtrent het effect van gezond bewegen en evenwichtige voeding op de bedrijfsuitkomsten zoals productiviteit, absentieïsme, bedrijfsimago, ...
 - Onderzoek naar het voedingsaanbod – en kwaliteit samen met het voedings- en beweegbeleid in opvangvoorzieningen voor jonge kinderen.
 - Voortzetten van de driejaarlijkse indicatorenmeting 'voedings- en bewegingsbeleid in scholen en bedrijven' in opdracht van de Vlaamse overheid en uitgevoerd door VIG & Logo's, en uitbreiden naar de setting lokale gemeenschappen.
 - Opzetten van een 3-jaarlijkse indicatorenmeting lokaal beleid conform voedings- en bewegingsbeleid in bedrijven en scholen (uitvoering door VIG i.s.m. Logo's in opdracht van de Vlaamse overheid).
 - Nagaan welke doelgroepen de grootste gezondheidsachterstand hebben en welke specifieke leefstijlelementen – en hun determinanten – daarvan aan de basis liggen.
 - Bij een volgende voedselconsumptiepeiling en gezondheidsenquête aandacht hebben voor mensen in armoede en allochtone groepen zodat ook voor deze bevolkingsgroepen relevante gegevens beschikbaar zijn.
 - Behoeftenonderzoek rond beweging voor ouderen stimuleren.
- **Samenwerking** opstarten tussen **actoren uit de gezondheidssector** en het op elkaar laten aansluiten van de primaire en de secundaire preventie, door aandacht voor doorverwijzing, gestructureerd overleg, enz.
 - Duidelijke taakverdeling afspreken tussen CLB, pedagogisch begeleiders, koepelorganisaties en gezondheidspartners m.b.t. de begeleiding van scholen.
 - Duidelijke taakverdeling afspreken tussen scholen, CLB, hulpverleners en andere partners m.b.t. de detectie, de begeleiding en de doorverwijzing van jongeren met een onevenwichtige levensstijl.

- Gegevens verzameld door Kind & Gezin, CLB en huisartsen onderling doorgeven met bescherming/respect voor de privacy en met het oog op een doorlopende opvolging van de kinderen.
- **Overleg met de federale overheid**
 - Vastleggen van een profiel voor bewegingsdeskundigen met daaraan gekoppeld de erkenning van het beroep.
 - Bespreking van de vergoeding van preventieve consulten, onder andere bij diëtisten en bij bewegingsdeskundigen.
 - Afstemmen van de boodschappen van de verschillende overheden. Beide moeten dezelfde positieve boodschappen onderschrijven en zo vermijden dat de bevolking in verwarring wordt gebracht door naast elkaar lopende campagnes, bv. in het kader van de uitvoering van dit actieplan en het Nationaal voedings- en Gezondheidsplan.
 - Prestatievergoeding voor voedings- en bewegingsconsulten door zorgverstrekkers bespreekbaar maken op federaal niveau.
 - Aanbeveling om in de CAO's van alle sociaal-economische sectoren fietsvergoeding voor werknemers te voorzien.
 - Inbouwen van preventie in het elektronisch medisch dossier (EMD) en opstellen van de nodige verwijfsbrieven.
 - Opnemen van de thema's voeding en beweging in bestaande zorgpaden van aandoeningen waarbij voeding en beweging een rol kan spelen.
 - Betere voorwaarden voor borstvoedende moeders.

Basisvoorwaarden op andere beleidsniveaus

Federaal niveau

- Regelmatig actualiseren van de nationale voedingsaanbevelingen opgesteld door de Hoge Gezondheidsraad (www.health.fgov.be).
- Toezicht houden op het functioneren van de zelfregulerende reclamecodes van de voedingsindustrie.

Europees niveau

De Vlaamse Europarlementairen worden aangesproken om de ontwikkeling rond de etikettering van voedingsmiddelen van nabij te volgen en om maatregelen te bepleiten inzake::

- het vermijden van op kinderen gerichte reclame over onevenwichtige voeding tijdens televisieprogramma's voor kinderen en jongeren. Een aanpak gebaseerd op zelfregulering wordt hier voorgesteld, gekoppeld aan een evaluatie en opvolging.
- de aanpassing van de etikettering van enkele specifieke voedingsproducten in het belang van de gezondheid van jonge kinderen.

DEEL 2: STRATEGIEËN

Dit deel beschrijft de zes strategieën met alle interventies die na de overlegondes met de experten, de schriftelijke bevraging van organisaties en de toetsingsdagen zijn voorgesteld. De voorstellen hebben telkens een nummer gekregen. Het eerste cijfer duidt de strategie aan en het tweede cijfer duidt de plaats binnen de strategie aan. De 'P' voor een actie staat voor 'prioriteit'. Zij geeft aan dat deze actie op de toetsingsdagen door de praktijkdeskundigen als prioriteit is aangeduid.

Bij de acties werd ook de beschikbare evidence toegevoegd. De vermelde cijfers duiden de soort evidence aan:

- 1 negatief, evidence tegen;
- 0 nood vanuit de praktijk, maar geen effectiviteitsstudies of andere bronnen beschikbaar;
- 1 actie gekozen op basis van epidemiologische gegevens of ervaringen van praktijkwerkers die wijzen op een bijzondere nood. Er is telkens een geschreven bron is beschikbaar;
- 2 effectiviteitsstudies beschikbaar op niveau van methodiek;
- 3 effectiviteitsstudies beschikbaar op niveau van actie.

Strategie 1: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de lokale gemeenschap

Context

Interventies die behoren tot de strategie van de lokale gemeenschap omvatten alle inspanningen die in de buurt, gemeente of stad worden ondernomen om een gezonde leefstijl in een gezonde omgeving te behouden of te verbeteren voor alle bewoners. Het lokale bestuur zorgt voor een (integraal) beleid. De vele organisaties die in de stad of gemeente aanwezig zijn, kunnen helpen bij de implementatie van de acties. Een lokaal actieplan gezonde voeding en beweging omvat zowel gebiedsgerichte acties die zich in een buurt of gemeente op de hele bevolking richten, als interventies die op specifieke doelgroepen mikken (vb. ouderen, kansengroepen) of binnen deelsettings verankerd worden (vb. horeca, jeugdwerk).

De gezondheidsrisico's van de Vlaamse bevolking die het gevolg zijn van onevenwichtige voeding en een gebrek aan beweging zijn grotendeels te wijten aan gedrag dat zich in de dagelijkse leefomgeving afspeelt. Voedings- en beweeggedrag past in de levensstijl van het gezin of de socio-culturele gemeenschap waarin je je thuis voelt. Bij de algemene bevolking en zeker bij specifieke risicogroepen leidt onevenwichtig eten en onvoldoende bewegen niet enkel tot een daling van levenskwaliteit en van gezonde levensjaren, maar ook tot minder kansen op deelname aan de samenleving, arbeid, ontspanning of sociale contacten.

Gezondheidsbevordering in de lokale gemeenschap is vooral duurzaam als de verschillende actoren samenwerken en dezelfde boodschap geven. Gemeenten kunnen op lokaal niveau veel ondernemen om de gezondheidsrisico's ten gevolge van de leefstijl te voorkomen en terug te dringen. Het lokale beleid – gemeentebestuur en OCMW - is de aangewezen partner om een actieplan voor voldoende beweging en evenwichtige voeding op te maken, in samenwerking met de (eerst gesensibiliseerde) actoren, en indien mogelijk met participatie van de bewoners. Een dergelijk actieplan kadert in de bevoegdheid van het lokale beleid om de gezondheid van de burger te beschermen en te bevorderen. Concreet betekent dit dat dit thema zijn plaats krijgt in het lokale sociaal beleid, waarin ook de andere sociale rechten met veel van dezelfde actoren worden gevrijwaard. Elke Vlaamse gemeente moet tegen 2008 een sociaal beleidsplan opmaken, waarin minimaal het principe is opgenomen om elke burger maximale kansen op gezondheid te garanderen. Voor de concrete invulling hiervan is er nood aan methodieken en ondersteuning in de opmaak van een lokaal actieplan voeding en beweging. Voor de grootschalige centrumsteden is een andere aanpak aangewezen dan voor landelijke gemeenten.

De bewegingsgraad en voedingsgewoonten in de gemeenschap kunnen verschillen. Naargelang de buurt waar men woont, de culturele gemeenschap waar men toe behoort, en de sociale status zien we een verschillende leefstijl. Extra motivatie voor het uitbouwen van gezonde lokale gemeenschappen ligt daarom in het bereiken van sociale risicogroepen. Naargelang de leeftijdsfase zien we eveneens belangrijke gedragsverschillen met andere gezondheidsrisico's tot gevolg. Gelijke kansen op gezondheid vormt daarbij een even belangrijke doelstelling als de gezondheidswinst op populatieniveau. De lokale gemeenschap heeft in principe juist de kans om die doelgroepen te bereiken zoals thuiswerkers, jonge ouderen of werklozen, die niet via andere settings bereikt kunnen worden. Strategieën voor specifieke doelgroepen en in specifieke settings binnen de lokale gemeenschap dienen verder ontwikkeld te worden waarbij de relevante organisaties moeten betrokken worden. In dit actieplan gaan we in op sociaal zwakke groepen, allochtonen en ouderen en op de vrije tijd, horeca en warenhuizen. De specifieke contextanalyse daarvan vindt u bij elke groep.

De stad of gemeente heeft ook de mogelijkheid om met een gezondheidsfocus te kijken naar de opties binnen andere beleidsdomeinen, zoals mobiliteit, recreatie, vrije tijd of sport (facetbeleid). Hun betrokkenheid is cruciaal om de omgeving waar mensen wonen 'gezonder' te maken.

Good practices in andere Europese landen, zoals Groot-Brittannië en Nederland waar er een verplichting is tot het opstellen van een lokaal gezondheidsbeleid, tonen aan dat de ontwikkeling en uitvoering van lokale gezondheidsplannen een systematische verbetering van de nationale gezondheidsdoelen meebrengen, specifiek ook voor sociale risicogroepen. Het bereiken van de verschillende leeftijds- en doelgroepen, de intersectorale samenwerking en de beschikbaarheid van aangepaste methodieken voor de lokale gemeenschap of 'community' garanderen reeds op korte termijn een aantal voordelen.

Mogelijke actoren: lokale gezondheidsambtenaren en bevoegde mandatarissen, andere beleidsdomeinen zoals sport en ruimtelijke ordening, OCMW-verantwoordelijken, buurtgerichte dienstencentra en wijkwerkingen, buurthuizen, eerstelijnszorgverstrekkers en – centra, gezondheids- en participatieraden, ziekenfondsen, sportclubs, sportdiensten van de gemeente/provincie, fitnessorganisaties, doelgroeporganisaties zoals verenigingen waar armen het woord nemen, allochtonenverenigingen of seniorenorganisaties, jeugdverenigingen, jeugdclubs, distributiesector, horeca, socio-culturele organisaties (bv. Okra, KWB, Landelijke Gilde, De gezinsbond, vrouwenverenigingen, ...).

Effectiviteit

Community-projecten, ook deze voor voeding en beweging, kunnen in de praktijk tot de gewenste effecten leiden. Zo blijkt uit de analyse van 16 Nederlandse gemeenschapsinterventies m.b.t. gezondheidsbevordering en/of ziektepreventie uitgevoerd na 1990 (Harting & Van Assema, 2007). Het is aangetoond dat op lange termijn een significante daling in gewicht, een afname van de vetconsumptie en meer beweging tot de uitkomsten mogen worden gerekend (Bemelmans et al., 2004; Van Assema et al., 2006). Een voorbeeld is het gekende project Hartslag Limburg (van Assema, et al., 2006). Ook NICE (2006) wijst op de weliswaar beperkte evidence die bestaat ten voordele van lokaal geïmplementeerde gemeenschapsinterventies gericht op gewicht, voeding en beweging ter preventie van cardiovasculaire ziekten.

Effecten zijn dus mogelijk maar daarom niet evident. De vraag is niet zozeer óf gemeenschapsinterventies werken, maar veeleer onder welke vorm zij tot de beste resultaten leiden. Van Assema et al. (2006) besluiten dat effecten toenemen indien interventies beter onderbouwd zijn, gebruik maken van een 'interventiemix' en worden uitgevoerd zoals gepland. Interventies die gebruik maken van een interventiemix zodanig dat alle relevante individuele en omgevingsdeterminanten van een gezondheids- of gedragsprobleem aan bod komen, zijn effectiever dan interventies die enkel gericht zijn op één component (Barr et al., 2006). Een interventiemix omvat doorgaans educatieve strategieën, omgevingsinterventies en beleidsmaatregelen of afspraken (Nutbeam, 1999). Bovendien combineren ze vaak primaire en secundaire preventiestrategieën. Om deze redenen zijn community-projecten vooral aangewezen en effectief gebleken bij projecten waar veel 'stakeholders' impact kunnen hebben op het gewenste gedrag of de omgeving, en waar participatie van de doelgroep(-en) vereist is (Barr & Hashagen, 2000; Henderson, Summer & Raj, 2004). Effectieve interventies benaderen kleinere, meer homogene gemeenschappen en zijn meer gebaseerd op interpersoonlijke communicatie. Dit leidt o.m. makkelijker tot een grotere doordringing van de interventie in die gemeenschap (VIG, 2005).

Verder hebben diverse studies de effecten van maatregelen en interventies op voeding en beweging beschreven voor verschillende doelgroepen en settings:

Algemene bevolking:

- Een sterk beleid en duidelijke strategische opties zijn een essentieel onderdeel van effectieve gemeenschapsinterventies (BC Health Authorities, 2007). De volgende combinatie van elementen is nodig: een politiek commitment, samenwerking en partnerships van groepen of organisaties, verandering in de cultuur, prioriteitenlijst opgesteld d.m.v. consultatie en cijfergegevens bekeken door een 'populatielens' en een 'ongelijkheidslens', en aandacht voor capacity building.
- Beïnvloeden van de omgeving door veranderingen in het beleid, o.a. onderhoud van parken, wandelpaden, verlichting, transport en veiligheid, zijn geassocieerd met meer beweging (Flynn et al., 2005).
- Inrichten/aanbieden van beweegmogelijkheden en verhogen van de bereikbaarheid van beweegfaciliteiten door de omgeving te veranderen kunnen effectief zijn om volwassenen meer te doen bewegen (Canadian Institute for Health Promotion, 2006, CDC, 2005, NICE UK, 2006).

Kansengroepen en minderheden:

- Interventies in de community setting hebben het meeste potentieel om kansarmen en allochtonen te bereiken (Flynn et al, 2005; Poel et al , 2004).
- Empowerment verhoogt het bereik van achtergestelde groepen (Wallerstein, 2006).
- Sociale steun in een gemeenschap leidt tot een toename van de frequentie van bewegen, de tijd die men spendeert aan fysieke activiteit en een daling in gewicht. Met sociale steun bedoelt men het stimuleren van sociale netwerken, het installeren van een buddy-systeem en het organiseren van wandelgroepen (CDC, 2005).
- De toepassing van een community aanpak die aangepast is aan de culturele en sociale normen van de betreffende gemeenschap garandeert de deelname en de effecten bij allochtone en lage welstandsgroepen (Vroom, 2007).
- Integratie van een educatieaanbod evenwichtige voeding in verplichte budgetbegeleidingscursus vergroot de aandacht voor gezonde keuzes (minder verzadigd vetverbruik, meer groentegebruik) in combinatie met een beperkt budget (Steenbakkers, 2005).

Ouderen:

- Activiteiten die leiden tot een hogere participatie en verbeteringen op het vlak van fysieke activiteit omvatten beweging van matige intensiteit (Hillsdon et al., 1996; Dunn et al., 1998). Men gaat ervan uit dat het voor de sedentaire populatie gemakkelijker is om matig fysiek actief te worden in het dagelijkse leven dan deel te nemen aan georganiseerde bewegingslessen (Shephard, 1997). Wandelen is daarvan een goed voorbeeld. Alle activiteiten die wandelen voorschrijven bereiken effect (Hillsdon et al., 1996). Wandelen wordt door ouderen gezien als meer toegankelijk en minder 'gevaarlijk' (Hillsdon et al., 1995; Hillsdon et al., 1996). Ook andere matig intensieve activiteiten zoals traplopen, een meer actieve vrijetijdsbesteding en minder gebruik van geautomatiseerde hulpmiddelen, zullen sedentarisme verlagen (Singh, 2002).
- Tailoring en het aanpassen van een interventie aan persoonlijke behoeften en waarden van ouderen is bijzonder zinvol en effectief, vooral bij de meest sedentaire groep en op korte termijn (van der Bij et al., 2002; Adams & White, 2002). Advies op maat is eveneens effectief om eetgewoonten te verbeteren (Walters et al., 1999).
- Er bestaat enige evidentie ten voordele van het werken met kleine groepen ouderen, in het bijzonder deze die naast interventies voor evenwichtige voeding ook sociale en fysieke activiteiten aanbieden (Walters et al., 1999; Contento et al., 1995).
- Peer-educatie levert gunstige resultaten op. De programma's voorzien in een goed uitgewerkt ondersteuningssysteem voor het aanleveren van informatie over evenwichtige voeding en educatieve materialen (Contento et al., 1995; Fletcher & Rake, 1998).

Vrije tijd:

- Het integreren van fysieke activiteit in het dagelijkse leven, zodat voldoende bewegen iets 'natuurlijks' wordt, is aan te bevelen (Marcus et al., 1998; WHO, 1998). Ouderen geven vaak de voorkeur aan niet-georganiseerde en informele bewegingsactiviteiten, zoals thuis en in de vrije tijd (Van der Bij et al., 2002; Hillsdon et al., 1995; Hillsdon et al., 1996). Deze activiteiten zijn makkelijk uit te voeren, kosten weinig en worden gepland wanneer dit het best uitkomt. Groepsactiviteiten bereiken dan weer een betere participatie op lange termijn vergeleken met interventies in de thuisomgeving. Interventies bij ouderen gebaseerd op een initieel persoonlijk contact en gevolgd door telefonische contacten, al dan niet gecombineerd met een groepsinterventie, blijken bijzonder effectief (Hillsdon et al., 1995; King et al., 1998).

Horeca en distributie:

- Een lokaal beleid kan het aanbod in de lokale 'voedingsomgeving' meer evenwichtig maken (BC Health Authorities).
- In verschillende steden is aangetoond dat het haalbaar is om het aantal supermarkten in achtergestelde buurten te verhogen door middel van gemeenschapsinterventies (Sallis & Glanz, 2006).
- In het algemeen tonen de studies een positief effect van voedingsinterventies in eetgelegenheden en warenhuizen (Roe et al., 1997; Hider, 2001; Contento et al., 1995). De meeste studies rapporteren enkele significante stijgingen in de aankoop van die producten of maaltijden die worden aangeprezen. Ze beïnvloeden slechts de aankoop van specifieke producten of maaltijden en dus niet het totale aankoopgedrag, de totale voedingskwaliteit van een maaltijd of het volledige eetpatroon van een individu. Interventies in eetgelegenheden blijken doorgaans effectief zolang de interventie loopt (doorgaans 2 weken tot 6 maanden), maar slagen er minder goed in het aankoopgedrag op lange termijn te beïnvloeden.
- Effectieve componenten zijn (Roe et al., 1997; Hider, 2001; Contento et al., 1995): prijsreducties, meer voorkeurproducten op de kaart zetten, aanbieden van gebak en chips op minder zichtbare plaatsen, informatie of labeling op de plaats waar het voedsel gekocht of uitgekozen wordt, beloningen voor een evenwichtige maaltijd, rondleidingen in warenhuizen door een diëtiste, het promoten van hoofdschotels bereid met weinig vetten, vergelijken van producten (vb. soorten vlees in een warenhuis, maaltijden op een menukaart of snacks uit automaten). Interventies die bestaan uit het analyseren van de aankoopintenties of van het kasticket waarop feedback wordt gegeven aan de klanten, kunnen effect hebben op het percentage vetgehalte in de aangekochte goederen.

Kritische succesfactoren

- Inhoudelijke en praktische (timing) afstemming van lokale interventies voor gedragsverandering op Vlaamse sensibiliseringscampagnes.
- Voorzien van projectfondsen voor projecten die voldoen aan de criteria van duurzaamheid, intersectorale afstemming en structurele verankering.
- Onderzoek:
 - Opzetten van een 3-jarlijkse indicatorenmeting lokaal beleid conform voedings- en bewegingsbeleid in bedrijven en scholen (uitvoering door VIG i.s.m. Logo's in opdracht van de Vlaamse overheid).
 - Nagaan welke doelgroepen de grootste gezondheidsachterstand hebben en welke specifieke leefstijlelementen – en hun determinanten – daarvan aan de basis liggen. Gevolgd door het ontwikkelen en testen van acties op maat van deze doelgroepen.

- Bij een volgende voedselconsumptiepeiling en gezondheidsenquête aandacht hebben voor mensen in armoede en allochtone groepen zodat ook voor deze bevolkingsgroepen relevante gegevens beschikbaar zijn.
- Behoeftenonderzoek rond beweging voor ouderen.
- Bewegingsactiviteiten vallen vaak tussen twee beleidsdomeinen, namelijk welzijn/gezondheid en sport. Overleg tussen beide domeinen is noodzakelijk.

1.1 Algemene bevolking

Pijlers

A Beleid

- | | |
|---|--|
| P | 1.1 Motivaties uitwerken voor lokale beleidsactoren om het belang van een lokaal gezondheidsbeleid en in casu omtrent voeding en beweging te versterken zodat draagvlak kan verworven worden voor een integrale aanpak in het volledige lokaal bestuur (met inbegrip van facetbeleid) (2- BC Health Authorities, 2007) |
| P | 1.2 Elke gemeente beschikt over de nodige capaciteit om een voedings- en bewegingebeleid te kunnen voeren: een overlegkanaal, werkkraft (gezondheidsambtenaar, ...), bevoegde beleidsverantwoordelijke, middelen en een sociale kaart van aangewezen partners. (2- BC Health Authorities, 2007) |
| P | 1.3 Implementeren van een beleidsmethodiek en beleidsinstrumenten voor gemeenten, buurten, wijken, districten, ... om zonder drempels een analyse te maken van de lokale gemeenschap die uitmondt in een advies op maat voor een lokaal actieplan voeding en beweging, met nadruk op het samenwerken met lokale partners, zoals Hartelijke Buurt. (2- BC Health Authorities, 2007; Harting & Van Assema, 2007) |
| ▪ | Ontwikkelen en implementeren van een lokale gezondheidsmonitor, met als doel het aanreiken van lokaal relevante gegevens over de gezondheidstoestand, het gezondheidsgedrag en gezondheidsdeterminanten van de bevolking en specifieke doelgroepen. |
| ▪ | Ondersteunen van het proces om een lokaal voedings- en bewegingsbeleid op te stellen dat past binnen het gezondheidsbeleid dat zelf deel uitmaakt van het lokaal sociaal beleid. Gezond leven dient als aandachtspunt opgenomen te zijn in andere beleidsdomeinen zoals sport of ruimtelijke ordening en enveens gekoppeld aan het zorgaanbod. Enkel op die manier kan gezond leven in het dagelijkse leven ingebouwd worden. |
| ▪ | Faciliteren en ondersteunen van de regierol in het opstellen én het uitvoeren van het lokaal beleid o.m. met werkvormen voor het betrekken van andere sectoren zoals socio-culturele organisaties, zorgberoepsgroepen, welzijnsorganisaties. Logo en lokaal bestuur dienen hierin samen te werken. |
| ▪ | Ontwikkelen en implementeren van een instrument voor gezondheidseffectscreening van acties uit andere beleidsdomeinen (zoals ruimtelijke ordening, gelijke kansenbeleid, sportbeleid, welzijn, cultuur, bibliotheek, ...) zodat gemeenten en steden een facetbeleid voor evenwichtige voeding en voldoende beweging kunnen voeren. De gevolgen hiervan kunnen aanpassingen aan wandelpaden, verlichting, transport, ... zijn. |
| ▪ | Ontwikkelen en implementeren van een model en stimuleren van incentives voor lokale gezondheidsraden of andere kanalen waardoor de prioriteiten in het lokaal gezondheidsbeleid, specifiek met betrekking tot evenwichtige voeding en voldoende beweging participatief kunnen opgesteld worden. Zowel met partners uit de zorgsector, welzijnssector en doelgroeporganisaties (zoals ouderen en sociaal zwakke groepen) als op aangepaste wijze met de doelgroepen zelf. |

- Oprichten van een multidisciplinair netwerk dat gemeenten ondersteunt bij het uitwerken van gezonde gemeenten (parallel aan de lokale intersectoraliteit), gericht op rechtstreekse leefstijlbeïnvloeding en het omgevingsbeleid. Bijvoorbeeld infrastructuur maximaal uitwerken en benutten om mensen dicht bij huis aan te moedigen te bewegen (meer te voet of met fiets te gaan) of te sporten.
- Lokaal voedings- en bewegingsbeleid wordt ondersteund door hogere overheden, o.a. door een goede regeling voor de financiering van preventief advies in de zorg, prijzenbeleid voor basisvoeding, betaalbare sportinfrastructuur.

B Omgeving

- P** 1.4 Analyseren en aanpassen van de ruimtelijke ordening in de gemeente in functie van bewegingsbevordering d.m.v. ontwikkeling en implementatie van een screeningsinstrument en handleiding: (2-Flynn et al., 2005; Canadian Institute for Health Promotion, 2006; CDC, 2005; NICE UK, 2006). Onderhouden veilige fiets- en wandelroutes, oversteekplaatsen, maatregelen die het verkeer vertragen, fietsparkeerplaatsen, veilige speelterreinen, voldoende verlichting, verhogen van de toegang tot recreatie en sport, ...
- Richtlijnen voor evenwichtige maaltijden, dranken en tussendoortjes implementeren o.a. in maaltijden bedeid via OCMW en private maaltijdbedelers, recepties georganiseerd door de gemeente, ...
 - Bij inrichting van gebouwen gebruik van de trap voor de hand liggend maken.
 - Stimulansen voor samenwerking met aanbodspartners: horeca (vb gratis water op tafel), cateraars, residentiële instellingen,... Zo nodig met een toezichtfunctie van de lokale overheid.
 - Samenwerking tussen de gemeenten en scholen en organisaties voor optimaal gebruik van de beschikbare infrastructuur (vb gebruik van sportaccommodatie van scholen)
 - Gezond aanbod in vrijetijdssector : sportmanifestaties, jeugdwerk, ontspanningsaanbod.

C Educatie

- P** 1.5 Gezond gedrag bij de brede bevolking in de levensstijl integreren door het verder verspreiden van bewegingsbevorderende initiatieven en acties voor evenwichtige voeding in alle gemeenten (2- Rees et al, 2006) zoals 10 000 stappen (3- De Cocker et al., in press), gezondheidswandelingen, gezonde marktacties, kooklessen en kookdemo's, infosessies rond voeding en/of beweging, winkeloefeningen, buurtgerichte bewegingsactiviteiten, 'start to run' acties, ...
- Ontwikkelen en implementeren van interventies die de aankoopintenties analyseren of feedbacken op aankoopgedrag (bv. via analyse van het kasticket).

D Deskundigheidsbevordering

- P** 1.6 Deskundigheid bevorderen van mandatarissen, ambtenaren en OCMW-medewerkers met het oog op het ontwikkelen en uitvoeren van het lokaal voedings- en beweegbeleid door een vormingsaanbod op maat in samenwerking met VVSG. Mogelijke thema's kunnen zijn: motiveren van partners, doelgroepinformatie, regisseren en afstemmen van de lokale partners, kwaliteitsbevordering van projecten, voedings- en bewegingskennis. (0)
- Continuïteit voorzien voor educatieve interventies in plaats van kortlopende projecten, inbouwen in de reguliere werking. Wel experimenteerruimte voorzien met pilootprojecten die daarna doorstromen.
 - Verspreiden en verzamelen van goede praktijkvoorbeelden van een lokaal voedings- en bewegingsbeleid.

- Deskundigheid bevorderen van lokale intermediairs uit het brede welzijnsveld met als doel te participeren bij het opstellen en uitvoeren van het lokale actieplan voeding en beweging:
 - welzijnsorganisaties kunnen een bijdrage leveren aan gezond leven;
 - vrijwilligerswerkingen zoals buurtcomités en informele sociale netwerken zijn er voor beleidsparticipatie; zorgverstrekkers hebben een motiverende rol omtrent de deelname van hun cliënteel aan preventieve activiteiten (bewegingsaanbod, educatieve acties, ...).

1.2 Kansengroepen en minderheden

Gezond gedrag blijkt een sterke samenhang te vertonen met de socio-economische situatie. Mensen met **een lagere sociaal-economische status** voelen zich minder gezond en zijn ook minder gezond (Vranken et al., 2007, Mackenbach 2006). Ze doen minder aan beweging en hebben een ongezond voedingspatroon. Overgewicht en obesitas komen veel meer voor bij personen met een laag opleidingsniveau in vergelijking met personen met een hoog opleidingsniveau. Er is sprake van een ware gezondheidskloof, en men stelt vast dat deze kloof steeds vergroot. Dat er systematisch verschillen optreden tussen groepen mensen wijst erop dat de ongelijke kansen niet louter aan individuele kenmerken kunnen worden toegeschreven. Ook sociale en fysieke omstandigheden spelen een rol. Dit rechtvaardigt een bijzondere aandacht voor sociale risicogroepen.

Mensen waarvan de gezondheid het meest bedreigd is, verdienen ook de grootste aandacht. Gelijke gezondheidskansen vormt een even belangrijke doelstelling als de gezondheidswinst op populatieniveau. En gelijke kansen zijn maakbaar.

De vraag om gericht aandacht te hebben voor de gezondheid van kansengroepen leeft niet alleen in de sector van de gezondheidsbevordering. Gezond blijven is immers een belangrijke hefboom voor sociale kansen als arbeid of het beschikken over een sociaal netwerk. Diverse organisaties voor kansengroepen zijn op dit moment vragende partij om methodieken uit te werken die aangepast zijn aan de culturele en socio-economische eigenschappen van deze mensen en die hen kansen geven om evenwichtiger te eten en vaker te bewegen. Daar waar een soortgelijke problematiek in verschillende Europese landen tot ontwikkeling van, weliswaar arbeidsintensieve, strategieën leidde, (KBS, 2007) zien we in Vlaanderen nog veel kansen op verspreiding en ondersteuning van goede praktijken die, o.a. onder impuls van de Koning Boudewijnstichting, door diverse initiatiefnemers (Verenigingen van armen, wijkgezondheidscentra, Logo's, sociale restaurant, CAW's...) uitgeprobeerd worden. Veel organisaties in deze sectoren hebben tot op heden nog niet de mogelijkheden of instrumenten om hieromtrent interventies in hun reguliere werking te integreren.

A Beleid

- P** 1.7 Voedings- en bewegingsaandacht inbrengen in het lokaal doelgroepenbeleid. (2-Vroom, 2007)
- Versterken van de organisaties die voor ontmoeting en sociaal contact zorgen, wat als basisvoorwaarde geldt om aan sensibilisering voor gezond leven te kunnen werken.

B Omgeving

- P** 1.8 Gevarieerde evenwichtige keuzes aanbieden en promoten in voedselbanken, voedselbedeling, sociale restaurants en sociale kruideniers, bv. door voedselbedeling aan te vullen op basis van de voedingsdriehoek (1- Koning Boudewijnstichting, 2008)
- P** 1.9 Het aanbod aan evenwichtige voeding in achtergestelde buurten verhogen door samenwerking met handelaars, bedrijven en producenten in de buurt (vb. door het openen van een buurtmarkt/-winkel). (2- Sallis & Glanz, 2006)
- P** 1.10 Structureel werken aan voldoende bewegen in organisaties die werken met kansarmen en/of etnisch-culturele minderheden, in de buurt, door faciliteiten voor beweging goedkoper te maken (zwembad, sportcentra, ...) en de toegang te verbeteren voor deze groepen, bv ladies swim. (2- CDC, 2005)

- Voldoende en betaalbare bewegingsinfrastructuur in kansarme buurten.

C Educatie

- P** 1.11 Evenwichtige voeding en voldoende beweging opnemen in budgetbegeleiding. (3- Steenbakkers, 2005)
- P** 1.12 De winkeloefeningen uitwerken en implementeren enerzijds op maat van autochtone mensen in armoede en anderzijds naar gemengde allochtone groepen. (1- Tiggelovend, 2005, Tanoti, 2003; Koning Boudewijnstichting, 2008)
- Een praktijkgids ontwikkelen en implementeren voor cursussen 'lekker, gezond en budgetvriendelijk'.
 - De actieve voedingsdriehoek voor de Turkse gemeenschap en de actieve voedingsdriehoek voor de Marokkaanse gemeenschap implementeren i.s.m. allochtonenorganisaties
 - Eerst voor voldoende basiswerk zorgen door samen te werken met welzijnsorganisaties. Pas daarna kan men starten met acties naar voeding en beweging toe.
 - Zorgen voor toeleiding naar groepspreventieactiviteiten. Bv overname van Nederlands project 'bewegen op recept'

D Deskundigheidsbevordering

- P** 1.13 Deskundigheidsbevordering d.m.v. een trainingsaanbod voor allochtonenorganisaties, organisaties die met kansarmen werken, voedselbanken, voedselbedeling, sociale restaurants, sociale kruideniers met als doel aandacht voor evenwichtige voeding en voldoende beweging voor kansengroepen en etnisch-culturele minderheden in hun dagelijkse werking. (0)
- P** 1.14 Deskundigheidbevordering over kansarmoede en cultuurverschillen overbrengen naar gezondheidswerkers zodat zij beter op maat van deze bijzondere doelgroepen kunnen werken. (2- Tiggelovend, 2005, Tanoti, 2003)
- Ontwikkelen en implementeren van een handleiding 'etnocommunicatie bij het bevorderen van evenwichtige voeding en voldoende beweging' voor bovengenoemde organisaties.

1.3 Ouderen

Ouderen zijn een bijzondere risicogroep omdat veel wijzigingen in eet- en beweeggewoonten ontstaan door een veranderde lichamelijke situatie. Ouder worden gaat gepaard met een vermindering van kracht en lenigheid, vertraging van bewegingen of handelingen en een achteruitgang van de psychomotoriek. 'Gezonde' ouderen, zonder ziektebeelden, hebben een verhoogde behoefte aan micronutriënten en een verlaagde behoefte aan energie. Dit is wat men het primair verouderingsproces noemt. Een aantal omgevingsfactoren versnellen evenwel dit proces. Zo bv. minder bewegen, veranderingen in sociale contacten, verminderde mogelijkheden om boodschappen te doen of zich te verplaatsen. Aan de primaire veroudering kan men niet veel doen, maar dit geldt niet voor de omgevingsfactoren. Oefening en beweging hebben een uitermate positieve invloed op het zogenaamde secundair verouderingspatroon. Onderzoek bij ouderen heeft aangetoond dat een gezondere leefstijl, en in het bijzonder voldoende beweging, niet zozeer het aantal levensjaren verlengt, dan wel het aantal jaren dat men in goede gezondheid doorbrengt, doet toenemen.

Verandering in eet- en beweeggewoonten bij deze leeftijdsgroep is nodig om de zelfstandigheid en kwaliteit van leven bij deze volwassenen te versterken. Ouderen kampen evenwel met een negatief imago. Onze samenleving, en vaak ook de ouderen zelf, herkennen vooral het primair verouderingsproces en weten dat gezondheidsproblemen en een verminderde zelfstandigheid horen bij die leeftijd. Men gaat er verkeerdelijk van uit dat daardoor alle inspanningen op het vlak van betere leefgewoonten overbodig zijn. Men beseft te weinig dat door het bewaken van een evenwichtig voedingspatroon en het bevorderen van een actieve leefstijl ook op latere leeftijd gezondheidswinst kan worden geboekt. Bovendien geldt voor beweging dat het ook goede effecten heeft op de werking van het hart, de bloedvaten, longen, spieren, gewrichten en psychomotorische functies. Bewegen samen met anderen is een vorm van sociale participatie en bevordert zo de sociale integratie.

Deze feiten pleiten voor een veel gerichtere aandacht voor evenwichtige voeding en voldoende beweging bij ouderen. Bij de promotie van evenwichtige voeding en beweging naar het algemeen publiek moet extra aandacht worden besteed aan de doelgroep 'gezonde' ouderen. Uit onderzoek van het steunpunt SBG blijkt dat 60% van de 60-plussers niet aan sport doet en slechts 16% aangesloten is bij een sportclub. Bovendien is aangetoond dat het mogelijk is sedentairen van alle leeftijden fysiek actiever te maken (Health Canada, 2002). Enerzijds is er nood aan bewustmaking van het belang van goede leefgewoonten; anderzijds dient men te voorzien in een beweeg- en voedingsaanbod dat is aangepast aan de verwachtingen van deze groepen.

Kanalen waarlangs ouderen op dit moment het makkelijkst bereikt worden zijn: OKRA, OOK, seniorenraden, S-sport,...

Pijlers

A Beleid

- | | |
|-----------------|---|
| <p>P</p> | <p>1.15 Een community based coördinatieproject waar de verschillende verenigingen voor ouderen de handen in elkaar slaan en samen de kar trekken om meer ouderen aan het bewegen te krijgen. Dit vanuit gezondheidspromotie-oogpunt. De aanwezige beweegactiviteiten blijven bestaan en worden verder uitgewerkt en gepromoot. (2-Hillsdon et al., 1996 ; Dunn et al., 1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verantwoordelijken van plaatselijke ouderensportclubs een volwaardige stem geven in de lokale sportraden. ▪ Financiële toegankelijkheid vergroten van bewegingsactiviteiten, zeker voor kansarme ouderen. |
|-----------------|---|

B Omgeving

- | | |
|----------|--|
| P | 1.16 In rust- en verzorgingstehuizen, dienstencentra, dagverblijven, buurtcentra en andere seniorenorganisaties een voedings- en beweegaanbod uitwerken met het oog op het verminderen van sedentariteit en het bevorderen van een gezond gewicht, met voldoende aandacht voor ondergewicht. (0) |
| P | 1.17 Ontwikkelen en implementeren van bewegingsactiviteiten voor ouderen (2- Marcus et al., 2006), eventueel samen met hun kleinkinderen. |
| P | 1.18 Maaltijd aan huis bedeling aanpassen volgens de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek voor ouderen. (0) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gezins hulp heeft aandacht voor evenwichtige voeding bij het bereiden van maaltijden en voor voldoende drinken tussendoor. ▪ Ter beschikking stellen van sportaccommodaties overdag voor ouderen. |

C Educatie

- | | |
|----------|---|
| P | 1.19 Aanpassen van effectieve buitenlandse programma's aan de situatie van de Vlaamse ouderen, toegepast op evenwichtige voeding en voldoende beweging, zoals GALM en Impuls. (3- De Greef M. 2000; Kaal & Jansen, 1998; Matthijs & Zijlstra, 1998) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Initiatieven moeten worden uitgewerkt in samenwerking met ouderenorganisaties om de juiste respectvolle houding te garanderen. Vooral acties nodig om gezond gedrag vol te houden. |

D Deskundigheidsbevordering

- | | |
|----------|---|
| P | 1.20 Opleiden van peer – educators (trainers voor beweegopleiding voor ouderen) en peer – motivators (ambassadeurs om ouderen te motiveren aan beweging te doen en ze mee te tronen naar beweegactiviteiten) door BLOSO en okra, S-sport. (2- Contento et al., 1995; Fletcher & Rake, 1998) |
|----------|---|

1.4 Horeca en distributie

Een ander bijzonder aandachtspunt in het actieplan is de toegang tot evenwichtige voeding in **warenhuizen, supermarkten, restaurants en eetgelegenheden**. De mate waarin we evenwichtig eten wordt mee beïnvloed door de omgeving waarin we dagelijks leven. Eetgelegenheden en warhuizen zijn de plaats waar heel wat beslissingen worden genomen over wat er wordt gegeten of aangekocht. De trend om meer buitenshuis te eten, verhoogt onze inname van vetrijke producten en gaat vaak ten koste van de vezelinname. Doorgaans bevatten deze maaltijden meer calorieën en vet en minder waardevolle nutriënten dan maaltijden die thuis worden bereid (BC Health Authorities, 2006). Voorkeurproducten zijn bovendien minder bereikbaar dan we denken. Een minder vlotte toegang tot fruit en groenten en de hoge kost ervan, verhinderen de consumptie. Bovendien stelt men vast dat energierijke voeding, die is samengesteld uit toegevoegde suikers en vetten, voor de consument vaak het minst kost (BC Health Authorities, 2006). Daarnaast blijkt ook de portiegrootte van zowat alle producten toegenomen (BC Health Authorities, 2006). Verschillende buitenlandse studies wijzen op het feit dat vele lage inkomensgezinnen leven in wijken met een beperkte toegang tot voorkeurproducten, zoals fruit en groenten (BC Health Authorities, 2006). In die buurten is de blootstelling aan fast food-restaurants hoger (Sallis & Glanz, 2006). Met betrekking tot evenwichtige voeding kunnen horeca en warhuizen dan ook een belangrijke rol spelen in het bevorderen van een meer evenwichtig voedingspatroon. Warhuizen en eetgelegenheden kunnen wellicht gemakkelijker dan welke ontmoetingsplaats ook op een relatief eenvoudige en goedkope wijze omgevingsinterventies aanwenden om de verkoop

van bepaalde producten te stimuleren. Daarom zijn ze een zinvolle locatie voor het gebruik van omgevingsinterventies (VIG, 2005).

Pijlers

A Beleid

B Omgeving

- P** 1.21 Stimuleren van school- en bedrijfsrestaurants om:
- een redelijk aantal evenwichtig samengestelde menu's, snacks en tussendoortjes aan te bieden en te promoten;
 - voorkeurproducten op duidelijk zichtbare plaatsen aan te bieden;
 - prijsreducties voor voorkeurproducten in te voeren.
- (2- French & Stables, 2003; Brug & Lenthe, 2005; Sharma, 2005; Doak, 2006; VIG, 2005) (2- Proper et al., 2005; Büchner et al, 2007; Engbers, 2005; Brug et al, 2005)

C Educatie

- P** 1.22 Lokale horeca, distributie, bioscopen en pretparken aanzetten via lokale campagnes en infosessies om aandacht te hebben voor een evenwichtig aanbod en portiegrootte. (2- Roe et al., 1997; Hider, 2001; Contento et al., 1995)
- P** 1.23 Lokale horeca en distributie aanmoedigen om incentives aan te bieden voor voorkeurproducten (zoals een spaarkaart voor voorkeurproducten, extra spaarpunten). (2- Roe et al., 1997; Hider, 2001; Contento et al., 1995)
- P** 1.24 Verder implementeren van de winkeloefeningen. Een winkeloefening houdt in dat de consument in een winkel/supermarkt door een diëtiste wegwijs wordt gemaakt in het lezen van etiketten. Hierbij gaat extra aandacht naar het vet- en vezelgehalte in de voedingsmiddelen. Er wordt uitgelegd waar allemaal op gelet dient te worden bij het kopen van gezonde voedingsmiddelen. Er wordt geoefend in het vergelijken van producten en in het uitkiezen van voorkeurproducten. (0)

D Deskundigheidsbevordering

- P** 1.25 Horeca Vlaanderen sensibiliseert zijn leden door een communicatiecampagne en een leertraject voor keukenchefs en hun medewerkers, met als doel voldoende beschikbaarheid van evenwichtige gerechten in het gewone aanbod. (0)

1.5 Vrije tijd

Voldoende bewegen en evenwichtig eten moet geïntegreerd raken in het dagelijks leven. Daarom treden vanuit de invalshoek van de lokale gemeenschap ook

socio- culturele organisaties en **sportclubs** steeds vaker voor het voetlicht. Het is niet altijd duidelijk in welke mate deze organisaties zich al bewust zijn van de rol die zij hebben in het ondersteunen van mensen om evenwichtig te eten en voldoende te bewegen (Blanchette & Brug, 2005). Het startpunt is hier de sensibilisatie van deze organisaties. De vraag van professionelen uit de gezondheidsbevordering ligt niet zozeer op educatief vlak, maar veeleer op het bewaken van een evenwichtig en zo gezond mogelijk voedingsaanbod of het stimuleren van laagdrempeling beweegaanbod.

Mogelijke kanalen kunnen zijn: sportclubs, socio-culturele organisaties, ...

A Beleid

B Omgeving

P 1.26 Project ontwikkelen rond het aanbieden en promoten van voorkeurdranken en -snacks in sportverenigingen. (2- Roe et al., 1997; Hider, 2001; Contento et al., 1995)

C Educatie

P 1.27 Ontwikkelen en verspreiden van praktische tools om socio-culturele organisaties aan te zetten evenwichtige voeding en beweging op te nemen in hun aanbod en programma. (2- Opdenacker et al., in press)

D Deskundigheidsbevordering

▪ Evenwichtige voeding en gezond bewegen opnemen in het vormingspakket van trainers uit diverse disciplines.

Strategie 2: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bij kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar

2.1 Interventies die moeders motiveren om te starten met borstvoeding

Context

Kind & Gezin beveelt op basis van de WHO-aanbevelingen (ESPGHAN committee on nutrition, 2007; WHO, 2003) aan dat zuigelingen best 6 maanden exclusieve borstvoeding krijgen en daarna borstvoeding in combinatie met vaste voeding. Uit het SEIN-onderzoek Lenaers et al, 2002 blijkt dat op dag 6 na de bevalling 64% van de kinderen borstvoeding krijgt (zie tabel 8). Het doel is om dit tegen 2015 op te trekken naar 75%. Het einddoel is uiteraard dat baby's minimaal 6 maanden borstvoeding krijgen, maar om dit vol te houden moet eerst het aantal starters sterk stijgen en de eerste weken succesvol overbruggen. Ongeveer de helft van de moeders stopt met het geven van borstvoeding tijdens de eerste 2 maanden (Lenaers et al., 2002).

Tabel 8: Aantal borstvoedende moeders in Vlaanderen naar leeftijd kind (Lenaers et al., 2002).

	Dag 6	3 maanden	6 maanden	12 maanden	24 maanden
Exclusieve Borstvoeding	59%	25%	9% + lepelvoeding	4% + vaste voeding	0,5% + vaste voeding
BV + kunstvoeding	4,5%	14%	5% + lepelvoeding	1% + vaste voeding	
Totaal (niet exclusieve) borstvoeding	64%	39%	15% + lepelvoeding	6% + vaste voeding	
Kunstvoeding	36,6%	61%	84% + lepelvoeding	17% + vaste voeding	

In het SEIN-onderzoek en de studie uitgevoerd door De Bakermat in opdracht van Kind & Gezin (Adams et al, 2006) blijkt dat de keuze om borstvoeding te geven in 7 op de 10 gevallen reeds lang voor de zwangerschap gemaakt is. Weinigen maken de keuze nog na de bevalling. Het is dan ook belangrijk om via de werking en de kanalen 'Gezondheid' de werking van 'Welzijn' bij te treden en toekomstige ouders reeds ver voor de zwangerschap of in het begin van de zwangerschap te motiveren en te informeren over de voordelen van borstvoeding voor zowel het kind als de moeder. Kanalen die Gezondheid hierbij vooruit schuift zijn o.a. onderwijs, organisaties die met kansarmen werken, werking binnen lokale gemeenschappen en uiteraard verschillende zorgverstrekkers, van huisarts, gynaecoloog tot kinesist en kinderarts. Welzijn en ook de acties van het NVGP in België richten zich vooral op het verlengen van de borstvoedingsduur. Het is goed om de krachten en de kanalen van Gezondheid en Welzijn te bundelen en in samenwerking met o. a. organisaties die met kansarmen werken te zorgen dat meer mensen starten met het geven van borstvoeding en dit ook langer volhouden.

Om te starten en vol te houden met borstvoeding lijken de succesfactoren te liggen bij een goede informatie met correcte verwachtingen, sociale steun en hulp vanuit de omgeving, in de eerste plaats van de partner en van de eigen ouders die van een generatie zijn die opgegroeid zijn met een eerder negatieve houding tegenover BV en zelden zelf BV hebben gegeven, kennis en een sterke motivatie om vol te houden en eventueel problemen te overwinnen. Hiervoor is het belangrijk dat vrouwen voor de bevalling geïnformeerd worden of kennis maken met organisaties zoals Kind & Gezin, expertisecentra kraamzorg, zelfstandige voedvrouwen, enz. waarop ze beroep kunnen doen indien nodig. Moeders die na 3 maanden terug aan het werk gaan moeten de voordelen en de mogelijkheden kunnen aftasten zodat zij in dit vooruitzicht niet afhaken vóór de start.

(Borstvoedings)Kansen op het werk, in de kinderopvang en voldoende rust zijn eveneens succesfactoren om te starten.

Om het aantal moeders dat met borstvoeding start te verhogen is vooral uniforme **informatie** nodig over de voordelen van borstvoeding. Dat vergroot de kennis en de bewustwording, wat leidt tot een sterkere motivatie om te starten en vol te houden. De folders over borstvoeding van Kind & Gezin worden voor en tijdens de zwangerschap nog niet actief verdeeld en daardoor onvoldoende geraadpleegd. Informatiesessies tijdens de zwangerschap bereiken voornamelijk de ouders die al hun keuze gemaakt hebben. Het is noodzakelijk om samen te werken met andere partners om toekomstige ouders te bereiken (Lenaers et al, 2002).

Zorgverstrekkers geven op dit moment nog te vaak tegenstrijdige adviezen wat voor verwarring zorgt bij de ouders. Dit moet door borstvoeding in de basisopleiding te voorzien en continue deskundigheidsbevordering voorkomen worden (De bakermat, 2006).

Borstvoeding is de meest natuurlijke manier om een pasgeboren baby te voeden. Baby's die borstvoeding krijgen, hebben **gezondheidsvoordelen** op korte termijn, zoals een verminderd risico op acute otitis media, atopische dermatitis, gastrointestinale infecties, infecties van de lagere luchtwegen, astma en necrotiserende enterocolitis (dit laatste enkel bij premature kinderen). Op lange termijn beschermt borstvoeding tegen chronische aandoeningen zoals obesitas, diabetes mellitus, coeliakie, leukemie,... (ESPGHAN committee on nutrition, 2007; Canadian institute for health promotion, 2006; Arenz et al, 2004). Ook voor de moeder zijn er gezondheidsvoordelen: een verminderd risico op diabetes mellitus type 2, borst- en ovariumkanker. Wie geen borstvoeding geeft of er vroegtijdig mee stopt, loopt meer risico op postnatale depressie (Voedingscel Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde, 2006; Agency for Healthcare Research and Quality, 2007).

Verder mogen we niet vergeten dat het geven van borstvoeding bevorderlijk is voor de smaakontwikkeling van het kind, dat al heel vroeg een waaiër van smaken leert kennen, dat het de band moeder en kind (hechting) bevordert, enz.

Naast de gezondheidsvoordelen zijn er ook **economische voordelen** verbonden aan het geven van borstvoeding. Borstvoeding vermindert de kosten van de gezondheidszorg en doet het absentisme dalen. Een Nederlandse studie heeft berekend dat een toename met 10 % van het aantal kinderen dat borstvoeding krijgt een besparing in de gezondheidszorg kan opleveren tussen de € 508 000 en € 2 857 750. Dit onderzoek heeft zich gefocust op de positieve invloed van borstvoeding op gastro-intestinale infecties, bovenste en onderste luchtwegeninfecties en otitis media, en het berekende effect op dokters- en apothekerskosten en werkverlet van de ouders (Holterman et al., 1998).

Kansengroepen moeten extra benaderd en gemotiveerd worden om te starten met borstvoeding en moeten op goede ondersteuning en netwerken kunnen terugvallen om borstvoeding te blijven geven. Hiervoor moet de algemene sociale en maatschappelijke ondersteuning voor borstvoeding verbeteren. Hiervoor wordt best met specifieke organisaties binnen lokale gemeenschappen gewerkt bv. socio-culturele organisaties, organisaties die met armen werken samen met expertisecentra en Kind & Gezin.

Effectiviteit

Een EU-project voor de bevordering van borstvoeding in Europa (2004) heeft een analyse gemaakt met conclusies omtrent effectieve interventies rond borstvoeding:

- Interventies die betrekking hebben op de pre- en postnatale periode, inclusief de cruciale dagen rond de bevalling, lijken effectiever dan interventies die zich richten op een enkele periode. Het 'Baby Friendly Hospital Initiative' is een voorbeeld van

een doeltreffende interventie met een breed bereik. Er is een sterke aanbeveling voor implementatie ervan op grote schaal.

- De combinatie van verschillende aantoonbaar effectieve strategieën en interventies in het kader van brede gecombineerde programma's blijkt een synergetisch effect te hebben.
- Interventies in de gezondheidszorg zijn met name effectief in een gecombineerde aanpak, met daarin de bijscholing van het personeel, de benoeming van een borstvoedingsconsulent of een lactatiekundige, de beschikbaarheid van schriftelijke informatie voor personeel en cliënten en rooming-in.
- Veelzijdige interventies zijn in het bijzonder effectief wanneer ze zich zowel richten op de start als op de duur en exclusiviteit van borstvoeding, waarbij gebruik wordt gemaakt van mediacampagnes, gezondheidsvoorlichting aangepast aan de lokale situatie en uitgebreide training van zorgverleners, en wanneer ook de nodige veranderingen plaatsvinden in nationaal/regionaal beleid en gezondheidszorg.
- De effectiviteit van veelzijdige interventies is groter wanneer peer support programma's er deel van uitmaken, vooral wat betreft het effect op exclusiviteit en duur van de borstvoeding.
- Interventies rond voorlichting aan moeders hebben alleen een significante invloed op de start en de duur van de borstvoeding, wanneer de gangbare praktijk overeenkomt met wat wordt aangeleerd.
- Het aanbieden van borstvoedingsinformatie aan aanstaande ouders of jonge moeders, zonder persoonlijk contact of met heel kortdurend contact (folders of telefonisch advies) is minder effectief dan het aanbieden van informatie in combinatie met uitgebreide één-op-één interactie. Het gebruik van alleen schriftelijk materiaal is de minst effectieve interventie.
- De ontwikkeling en de handhaving van wetten, codes, richtlijnen, beleid en aanbevelingen op verschillende niveaus (nationaal, regionaal) en in verschillende situaties (werkplek, gezondheidszorg, gemeenschap) is een belangrijke interventie. Het is echter nog wat zoeken naar een goede onderbouwing voor de effectiviteit ervan (weinig onderzoek, voornamelijk in het kader van brede gecombineerde interventies). Toch hebben deze initiatieven volgens deskundigen op de lange termijn een positief effect op het aantal moeders dat met succes borstvoeding geeft (Unit for Health Services Research and International Health, 2004).

Kritische succesfactoren

- **De Vlaamse overheid neemt het initiatief om betere (financiële) voorwaarden te bekomen voor borstvoedende moeders.** Langer verlof dan nu wettelijk voorzien is eveneens nodig om het aantal starters op te drijven. Nu worden vrouwen ontmoedigd om te starten als ze reeds binnen korte tijd terug moeten gaan werken. Een belangrijk actiepunt dat hierin naar voor geschoven wordt is het bevorderen via premies of aanvulling op het loon zodat dit financieel haalbaar wordt.
- De Vlaamse overheid neemt het initiatief om de voortzetting van de initiatieven inzake 'Baby Friendly Hospital Initiative' aan te kaarten bij de federale overheid.
- De Vlaamse overheid neemt het initiatief om het uitbouwen van het certificaat 'borstvoedingsvriendelijke organisatie' aan te kaarten bij de federale overheid.
- De Vlaamse overheid zoekt een haalbare afstemming met de doelstelling omtrent borstvoeding gesteld in het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. Deze heeft als doel:
 - Tegen 2010 50% borstvoeding op de leeftijd van 3 M
 - Tegen 2015 de huidige Zweedse standaard bereiken (prevalentie van meer dan 90% gedurende 6 maanden)
 - Tegen 2015 toekenning van de 'Baby Friendly Hospitals' status aan ten minste 25% van de ziekenhuizen

- Opleiding van gezondheidswerkers beter uitwerken op het vlak van borstvoeding

Actoren om het aantal "Borstvoeding – starters" te verhogen: Overheid (Federaal, Vlaams; Gezondheid, Welzijn, Werk), Kind & Gezin (bv. prenatale consultaties & steunpunten, regioverpleegkundigen, enz.), gynaecologen, huisartsen, ziekenhuizen, (zelfstandige) vroedvrouwen, kinesisten (prenatale oefeningen), (lokale) ondersteuningsorganisaties voor borstvoeding (bv. transmurale overlegplatforms, expertisecentra Kraamzorg, moedergroepen, enz.), kraamverzorg(st)ers, onderwijs ism. K&G, expertisecentra Kraamzorg, CLB, ... , borstvoedingsorganisaties (bv. Vereniging voor Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding (VBBB), La Leche League Vlaanderen), organisaties die werken voor en met armen, OCMW, mutualiteiten, lactatiekundigen, , kinderopvang en kinderverzorg(st)ers (bv. als ouders hun kind komen inschrijven, komen rondkijken), (kinder)artsen, diëtisten, organisaties werkzaam rond gezonde voeding, media, horeca, vrouwenverenigingen,

Pijlers

A Beleid

- P** 2.1 Samenwerking tussen actoren kwaliteitsvol versterken. Ook zorgverstrekkers, hulpverleners, kinesisten, mutualiteiten, organisaties die naar kansengroepen werken, OCMW's, onderwijs, enz. moeten zwangeren vroeg in de zwangerschap hierop attenderen en wegwijsmaken in hulpverlening. Al voor de zwangerschap of in het begin van de zwangerschap informeren en de mogelijkheid geven om info mee te nemen of vragen te stellen. Er zijn extra inspanningen nodig om kansarme gezinnen te bereiken.
- Het (lokaal) beleid zorgt mee voor een sociale en maatschappelijke ondersteuning op lokaal vlak. Dit is vooral noodzakelijk voor kansengroepen.

B Omgeving

- P** 2.2 Het is belangrijk om op maatschappelijk vlak te sensibiliseren en een positieve beeldvorming te ontwikkelen rond borstvoeding. Bij voorbeeld in de media bij populaire series, tonen van de juiste beelden, enz. . Hierbij moet gelet worden dat dit gebeurt zonder stigmatisering of schuldgevoel voor wie geen BV mag of kan geven. Adequate informatie, educatie en communicatie zijn cruciaal voor het herstel van een borstvoedingscultuur. (0)
- Rolmodellen zijn onvoldoende aanwezig in onze maatschappij. Faciliteren dat moeders of aanstaande moeders ervaringen met elkaar kunnen delen bv. via moedergroepen rond borstvoeding. Contact met andere moeders en ervaringen met elkaar delen zijn zeer motiverend en werken sterk ondersteunend. Dit versterken door samen te werken met lokale organisaties en deskundigen bv. voor moeders uit kansengroepen samen werken met organisaties die rond armoede werken en Kind & Gezin, Expertisecentra, enz.
 - Er is een mentaliteitswijziging nodig in kader van het geven van borstvoeding. Aandacht voor invloed van de naaste omgeving en de sociale steun die zij moeten geven. Vader, ouders of grootouders van de jonge moeder komen nu vaak uit een generatie die geen borstvoeding gegeven hebben en dit kan negatieve sociale druk geven. Ook om kansengroepen sterker te bereiken is dit essentieel.
 - Mogelijkheden voorzien voor het geven van borstvoeding op openbare plaatsen bv. bibliotheek, horeca. Horeca Vlaanderen engageert zich als actie om bij haar leden te bevorderen dat er meer aandacht is voor borstvoeding bij restaurantbezoek.
 - Geen automatische verdeling van kunstvoeding. De aandacht moet gaan naar de kans en ondersteuning bieden om borstvoeding te geven en hiervoor begeleiding voorzien. Indien het niet lukt om borstvoeding te geven of het niet mag wordt pas op kunstvoeding overgeschakeld.

C Educatie

- P** 2.3 Voortzetting van de verspreiding van informatie, advies en voorlichting rond borstvoeding naar toekomstige moeders en hun partners. (2- Fairbank et al, 2000, Unit for Health Services Research and International Health, 2004)
- Gericht informatie verstrekken die beantwoordt aan de specifieke nood aan informatie bij toekomstige vaders en bepaalde doelgroepen. Om de informatie gericht te verspreiden en infosessies rond borstvoeding met succes te organiseren moet samengewerkt worden met een brede waaier van organisaties bv. organisaties die met kansarmen werken, mutualiteiten, Gezinsbond, zorgverstrekkers bv. ook kinesisten (prenatale oef.), onderwijs, enz.
- Het is belangrijk om de postnatale borstvoedingsbegeleiding waarop ouders beroep kunnen doen (zelfstandige vroedvrouwen, Kind & Gezin, expertisecentra kraamzorg, borstvoedingsorganisaties, ...) die kunnen helpen bij de thuiskomst na de periode in het ziekenhuis beter bekend te maken bij toekomstige ouders (Lenaers, 2002), reeds in het begin van de zwangerschap.
 - Het belang van borstvoeding als onderdeel van een gezonde voeding of seksuele opvoeding opnemen in de leerplannen vanaf het secundair onderwijs. Kind & Gezin, expertisecentra Kraamzorg, CLB, enz. zijn ideale samenwerkingsverbanden om de lessen ook concreet te maken of te geven in de klas. Voor kleuter – en lageronderwijs is positieve beeldvorming (bv. via media) belangrijk.

D Deskundigheidsbevordering

- P** 2.4 Scholing zorgverstrekkers
- Borstvoeding in al zijn aspecten moet aan bod komen in de basisopleiding van zorgverstrekkers die met moeders en baby's werken. In eerste instantie bij huisartsen, gynaecologen, vroedvrouwen, verpleegkundigen en kinderartsen maar ook bij bv. diëtisten en gespecialiseerde kinesitherapeuten. Met als doel reeds voor of in het begin van de zwangerschap het onderwerp borstvoeding aan te kaarten, het vroegtijdig onderkennen van problemen bij borstvoeding, om ze snel te kunnen opvangen, te behandelen of door te verwijzen. (2- Unit for Health Services Research and International Health, 2004; Fairbank et al, 2000)
 - Opleiden van lactatiekundigen (2- Unit for Health Services Research and International Health, 2004; Fairbank et al, 2000)
 - Uitbouwen van transmurale overlegplatforms om continuïteit in de begeleiding van borstvoeding te verzekeren.

2.2 Bevorderen van gezond bewegen en evenwichtige voeding bij kinderen en jongeren via het gezin, de kinderopvang, diensten voor opvoedingsondersteuning en de vrije tijd

Context

De kindertijd is een belangrijke levensfase voor het verwerven van een gezonde levensstijl met evenwichtige en gevarieerde voedingsgewoonten en voldoende beweging. Ongezonde voedingsgewoonten kunnen op latere leeftijd het ontstaan van bepaalde ziekten bevorderen, zoals overgewicht, verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en osteoporose. In Vlaanderen neemt obesitas al vanaf de kinderleeftijd toe. De leeftijd van 3 tot 4 jaar blijkt gevoelig te zijn voor de toename van de Body Mass Index (Lenaers, 2002). Het waken over goede voedingsgewoonten en voldoende lichaamsactiviteit

in deze leeftijdsgroep is dan ook belangrijk (Voedingscel Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde, 2006).

Vaak blijven interventies voor kinderen en jongeren beperkt tot de schoolomgeving. Uiteraard is de **school** een belangrijke omgeving voor hen, maar het is even belangrijk kinderen en jongeren ook op andere 'plekken' aan te spreken om hun eet- en beweeggewoonten te veranderen. Bewegen en evenwichtig eten moeten geïntegreerd raken in hun dagelijks leven, waar ze ook zijn en wat ze ook doen.

Om die reden wordt aandacht besteed aan de **gezinnen en de opvangvoorzieningen**. Men benadert ouders en andere opvoeders als 'change agents': diegenen die hun kinderen steunen om evenwichtig te eten en te bewegen. Het is niet zo eenvoudig deze groep te bereiken. De kanalen waarlangs ouders en andere opvoeders op dit moment het makkelijkst bereikt worden zijn: scholen, ouderverenigingen, huisartsen, CLB's en organisaties met een werking naar gezinnen, zoals de Gezinsbond, Het Huis van het Jonge Kind en socioculturele verenigingen, Kind en Gezin, vrouwenverenigingen...

Omdat bewegen en evenwichtig eten geïntegreerd moet raken in het dagelijkse leven, is het belangrijk om ook **jeugdorganisaties, sportorganisaties, speelpleinwerking, horeca, enz.** waar kinderen en jongeren tijdens **de vrije tijd** actief zijn voor het voetlicht te plaatsen. Het is niet altijd duidelijk in welke mate deze organisaties zich al bewust zijn van de rol die zij hebben in het ondersteunen van jongeren om evenwichtig te eten en voldoende te bewegen (Blanchette & Brug, 2005). Het startpunt is hier juist de sensibilisatie van deze groepen. De vraag van professionelen uit de gezondheidsbevordering ligt niet zozeer op educatief vlak, maar veeleer op het bewaken van een evenwichtig en zo gezond mogelijk voedingsaanbod of het stimuleren van bewegen. De interventies die in dit actieplan worden voorgesteld sluiten bij deze beginsituatie aan.

Binnen de **kinderopvang** maken we een onderscheid tussen de formele en de informele kinderopvang. In de formele opvang worden er zes types van opvangvoorzieningen onderscheiden (kinderdagverblijven, diensten voor onthaalouders, mini-crèches en zelfstandige kinderdagverblijven, zelfstandige onthaalouders, initiatieven voor buitenschoolse opvang en buurt- en nabijheidsdiensten), die erkend zijn door of onder toezicht staan van Kind en Gezin. Informele opvang is de opvang door grootouders, familie, vrienden of kennissen, en de opvang die plaats vindt in het thuismilieu van het kind (au pair, babysit, ...). Hier treedt de Vlaamse overheid niet regulerend op (Jaarverslag kinderopvang, Kind & Gezin, 2006). Het totale aantal plaatsen dat erkend is door of onder toezicht staat van Kind en Gezin, bedraagt eind 2006 99 546 plaatsen. De aanwezigheid per week wordt geraamd op basis van een telling van één week, wat overeenkwam met 144 404 kinderen.

Er zijn geen objectieve gegevens beschikbaar over de samenstelling van de voeding in de kinderopvang. Kind & Gezin krijgt wel signalen dat het voedingsaanbod in de kinderopvang niet altijd evenwichtig en gezond is. Er zou hierbij mogelijk een verschil zijn tussen de opvang onder de 3 jaar en diegene vanaf 3 jaar en ouder. Verder onderzoek naar het voedingsaanbod- en kwaliteit binnen de opvangvoorzieningen en het beleid hieromtrent is nodig. Voor beweging zijn er om het attest Kind & Gezin of erkenning opvangvoorziening te bekomen eisen gesteld aan de beschikbare ruimte.

Het gebruik van formele kinderopvang ligt het hoogst bij kinderen van 1 tot 2 jaar. 64% van de kinderen tussen 3 maanden en 3 jaar maakt regelmatig gebruik van de formele kinderopvang, 34,5% via de informele kinderopvang. Dit verschuift vanaf 3 jaar naar de informele kinderopvang, waarbij tussen 3 en 12 jaar de hoofdbrok van opvang, nl. 45,5% gebeurt via de informele opvang, vooral via de grootouders (35,1%). De opvang in en door de school komt op de tweede plaats met 34,5%, de formele opvang binnen Kind & Gezin bedraagt 17,1%. Het aandeel van de IBO's is 11,5% (Kind in Vlaanderen, 2006). (Zie tabel 9)

Tabel 9: Kinderopvangvorm volgens leeftijd van het kind (Kind in Vlaanderen, 2006)

Leeftijd van het kind	Formele opvang binnen Kind & Gezin	Informele opvang	In en door de school
3 maanden en 3 jaar	64,1	34,5	1,3
3 en 6 jaar	20,3	45,3	31,0
6 en 12 jaar	15,0	45,6	36,7
Totaal tussen 3 en 12 jaar	17,1	45,5	34,5

Het Lokaal Overleg Kinderopvang (ontstaan regelgeving 1997) maakt het mogelijk de (buitenschoolse) kinderopvang in de gemeenten te optimaliseren. Hiervoor brengt het Lokaal Overleg Kinderopvang iedereen in de gemeente samen. De voornaamste partners zijn alle erkende en zelfstandige opvangvoorzieningen, scholen, ouders, jeugdwerk, lokale besturen, enz. Voor veel gemeenten was het Lokaal Overleg Kinderopvang een aanzet om plaatselijk het kinderopvangbeleid te ondersteunen en verder uit te bouwen. Naast buitenschoolse en voorschoolse opvang worden ook ruimere thema's aangekaart, zoals flexibele opvang, urgente opvang, opvang van zieke kinderen, opvang van kinderen met een handicap, kinder- en ouderparticipatie. In 2006 waren 288 gemeenten of 93% van de gemeenten in Vlaanderen (inclusief het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) opgestart met een Lokaal Overleg Kinderopvang. Ook de informele opvang mag hierbij niet vergeten worden. Vanaf de leeftijd van 3 jaar nemen zij hierin immers een belangrijke taak op.

Het is belangrijk dat al deze verschillende aspecten binnen de leefomgeving van het kind niet los van elkaar staan, maar op elkaar afgestemd worden en daarom ook best in het **lokaal sociaal beleid** een plaats krijgen.

Mogelijke actoren:

Vlaamse overheid, Lokale gezondheidsambtenaren en bevoegde mandatarissen, andere beleidsdomeinen zoals sport en ruimtelijke ordening, gezondheids-, sport- en jeugdraden, Kind & Gezin, erkende en gesubsidieerde kinderdagverblijven, zelfstandige kinderdagverblijven, minicrèches, diensten voor opvanggezinnen, aangesloten onthaalouders, zelfstandige onthaalouders, VIG, Lokaal Overleg Kinderopvang, LOGO's, sportclubs, sportdiensten van de gemeente/provincie, jeugdverenigingen, jeugthuizen, jeugdclubs, distributiesector, socio-culturele organisaties, doelgroeporganisaties, gemeenten en hun infrastructuur, scholen en hun infrastructuur, organisaties werkzaam rond voeding en beweging.

Effectiviteit

Gezin:

- Het betrekken van ouders in interventies leidt tot een verandering in de sociale omgeving van het kind, zodat kinderen aangemoedigd worden om actief te spelen en evenwichtiger te eten (Salmon et al., 2007). Ook sedentair gedrag kan via het gezin significant beïnvloed worden (Flynn et al., 2005). Werkzame elementen zijn: ouders bewust maken van hoe smaakpatronen bij kinderen ontstaan en kunnen worden beïnvloed, ouders bewust maken van hun voorbeeldfunctie, ouders vaardiger maken om kinderen actief te ondersteunen (directe betrokkenheid of samen activiteiten doen) en een verhoogde beschikbaarheid van groenten en fruit (Salmon et al., 2007). Deze resultaten gelden voor kinderen, bij adolescenten is de evidence ontoereikend om besluiten te trekken (Salmon et al., 2007).
- De Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants) projecten in de Franse steden Fleurbaix en Lavantie tussen '92 en 2000 tonen aan dat op korte termijn de BMI-waarden van 5- tot 12-jarigen niet statistisch significant verhoogd zijn, in vergelijking

met de stijging in de controlesteden. De projecten leggen de nadruk op samenwerking tussen de verschillende actoren in de stad die invloed hebben op het gezin (onderwijs, distributie, huisartsen, bedrijven,...) (www.epode.fr).

Werkzame elementen bij interventies voor jonge kinderen in de *kinderopvang* zijn:

- beschikbaarheid van een evenwichtig voedingsaanbod en beschikbaarheid van voldoende ruimte en materiaal om te bewegen en te spelen (National Institute for Health and Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Primary Care, 2006).
- Er is beperkte evidentie dat structurele bewegingsactiviteiten in de kinderopvang de hoeveelheid fysieke activiteit effectief kunnen verhogen.
- Het betrekken van ouders bij interventies is doeltreffend en verhoogt de betrokkenheid van ouders bij actief spelen en gezond eten. (National Institute for Health and Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Primary Care, 2006)

Vrije tijd:

- Jeugdverenigingen en jeugdclubs kunnen onder meer door veranderingen in het voedingsaanbod, gezonde snacks in jeugdclubs, of evenwichtige maaltijden en tussendoortjes in jeugdbewegingen, de fruit- en groentenconsumptie bij kinderen en adolescenten positief beïnvloeden (Blanchette & Brug, 2005).

Kritische succesfactoren

- Onderzoek naar het voedingsaanbod – en kwaliteit samen met het voedings- en beweegbeleid in opvangvoorzieningen
- Integreren van de thema's evenwichtige voeding en gezond bewegen in de curricula en aangepaste scholing van onthaalouders, personeel in kinderdagverblijven...
- Overgang adviezen tussen Kind & Gezin en de kleuterklas bekijken samen met het doorstromen van het gebruik van databankgegevens die door Kind & Gezin en CLB, huisarts worden bijgehouden met bescherming/respect voor de privacy.

Pijlers

A Beleid

- | | |
|----------|---|
| P | 2.5 Gezinnen worden door lokale actoren uit diverse sectoren (bv. organisaties die met armen werken, socio-culturele verenigingen, sportclubs, enz.) actief gestimuleerd tot gezond bewegen en evenwichtig eten. Projecten en interventies worden op elkaar afgestemd en geïntegreerd in het lokaal sociaal beleid van de gemeente of stad. (0) |
| P | 2.6 Speel- en groene ruimte voorzien door het lokale beleid, waar (groot)ouders met hun (klein)kinderen kunnen komen spelen met aandacht voor veiligheid. (2- Flynn et al., 2005) |
| P | 2.7 Opvangvoorzieningen actief stimuleren en ondersteunen om hun gezondheidsbeleid te bevorderen met aandacht voor educatie, afspraken, positieve omgeving en ouderparticipatie inzake gezonde voeding en beweging op maat van de opvangvoorzieningen en de leeftijd van de kinderen. Ontwikkeling en implementatie van tools en ondersteuningsmaterialen om dit verder te implementeren. Kind & Gezin is hierin de centrale actor. Hiervoor kan Kind & Gezin ook verder beroep doen op en samenwerken met andere organisaties bv. VIG en de gemeenten. (0) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinderopvang kadert in de werking van lokale gemeenschappen. Het lokaal overleg kinderopvang speelt hierin een rol. Het is belangrijk om afspraken te maken met gemeenten en scholen rond het voorzien van infrastructuur, veilige beweeg- en speelruimte, materiaal bv. uitleenbare speelkoffer, enz. ▪ Aandacht vanuit lokale gemeenschappen voor de informele kinderopvang. |

B Omgeving

- P** 2.8 Voortzetten van de verspreiding van informatie, advies en voorlichting aan (groot)ouders over evenwichtige voeding, leren eten en bewegen (2- Salmon et al., 2007; Flynn et al., 2005), bijvoorbeeld a.d.h.v. brochures met praktische tips, website over hoe binnen- en buitenshuis kinderen aanzetten tot bewegen en plezier beleven aan bewegen met oog voor de veiligheid; ontbijtacties van de Gezinsbond, BVLO en andere organisaties.
- P** 2.9 Project ontwikkelen rond het aanbieden en promoten van voorkeurdranken en -snacks in jeugdclubs en sportverenigingen. (2- Roe et al., 1997; Hider, 2001; Contento et al., 1995)
- P** 2.10 Ouderparticipatie en opvoedingsondersteuning: ouders informeren over evenwichtige voeding en gezond bewegen en motiveren van hun kind. (0) Ouderparticipatie op vlak van gezonde voeding in de kinderopvang bevorderen, door opvangvoorzieningen te informeren over hoe ze ouders kunnen inlichten en betrekken bij het voedingsaanbod en de samenstelling van het menu. Dit kan gebeuren door het ter beschikking stellen van brochures, website, werkinstrumenten, een vorming,...
- P** 2.11 Uitwerken van ondersteuningsmaatregelen voor de kinderopvang (0) om evenwichtige menu's (maaltijden en dranken) samen te stellen en zo een evenwichtig en gezond aanbod te bevorderen. Dit kan aan de hand van bijvoorbeeld brochures, werkinstrumenten, een website, een vorming met aandacht voor goede praktijkvoorbeelden.
- P** 2.12 Zorgen voor een uitnodigende, stimulerende en veilige beweegomgeving en het geven van spel- en bewegingsimpulsen. (0)
- Informeren van opvangvoorzieningen over hoe kinderen aan te zetten tot bewegen en plezier te beleven aan bewegen. Dit kan gebeuren door brochures, website, werkinstrumenten, een vorming, ...
 - Aandacht voor belang van voortzetten van borstvoeding in de kinderopvang en voor gezonde vaste voeding naast borstvoeding en hoe vaste voeding te introduceren en dit alles in het kader van een gezonde leefstijl.

C Educatie

- P** 2.13 Overkoepelende jeugdorganisaties en sportverenigingen (Steunpunt Jeugd, nationale secretariaten van de grote jeugdbewegingen, jongerenorganisaties die met kansarmen en allochtonen werken, ...) aanzetten om een evenwichtig voedings- en bewegingsaanbod (bv. tijdens activiteiten, op kamp, ...) gekoppeld aan gering budget te voorzien met behulp van praktische tools. (2- Blanchette en Brug, 2005) Bijvoorbeeld 'het kampkookboekje', bijvoorbeeld 'Foodkicks'
- P** 2.14 Voortzetten van de verspreiding van informatie, advies en voorlichting over gezonde voeding, beweging en leren eten aan kinderopvangvoorzieningen. (0)
- P** 2.15 Uitwerken van de actieve voedingsdriehoek voor peuters en kleuters met verschillende culturele achtergronden. De kennis hiervan overbrengen in deze gemeenschappen en bij zorgverstrekkers met de hulp van de diensten voor integratie. (0)
- Op een speelse manier werken aan gezonde voeding en gezond bewegen samen met de kinderen.

D Deskundigheidsbevordering

- | |
|--|
| <p>P 2.16 Deskundigheidsbevordering d.m.v. een trainingsaanbod voor organisaties voor opvoedingsondersteuning met als doel aandacht voor evenwichtige voeding en voldoende beweging in hun dagelijkse werking. (0)</p> <p>P 2.17 Evenwichtig eten en bewegen met toepassing van de actieve voedingsdriehoek bij jonge kinderen opnemen in de basisopleiding van iedereen die met de voeding van jonge kinderen te maken heeft (0) (personeel in de kinderdagverblijven, onthaalouders, regioteamleden, regioverpleegkundigen en gezinsondersteuners, Kind & Gezin, huisartsen, kinderartsen, diëtisten). Bijscholing hieromtrent geven voor lesgevers en begeleiders.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Integreren van de thema's evenwichtige voeding en gezond bewegen in de curricula en aangepaste scholing van onthaalouders, personeel in kinderdagverblijven, ...▪ Evenwichtige voeding en gezond bewegen opnemen in het vormingspakket van trainers (diverse disciplines), sport- en jeugdanimatoren, ... |
|--|

Strategie 3: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op school

Context

Jongeren en evenwichtig eten en voldoende bewegen is niet steeds een evident gegeven. Vanuit de impact die scholen hebben op het gedrag van kinderen en jongeren, is het voor het onderwijs een uitdaging om hierbij een handje te helpen.

De voorbije jaren werd de kadermethodiek voor **gezondheidsbevordering op school** (2002-2006) vernieuwd. Hierin krijgt de samenwerking van gezondheid en onderwijs een compleet andere invulling. Scholen worden aangespoord om naast GVO-activiteiten gericht op gedragsbeïnvloeding, een beleid te ontwikkelen en structurele maatregelen in te voeren die de fysieke en sociale omgeving wijzigen. Deze totaalaanpak is een faciliterende methodiek die de school toelaat om haar werking rond gezondheid en zorg te systematiseren en te optimaliseren. Hierbij ligt de nadruk op de implementatie van het vakoverschrijdende leergebied gezondheid in het curriculum en de procesmatige uitbouw van een schoolbeleid rond gezondheid. Voor de gezondheidseducatie wordt de klemtoon gelegd op de concrete uitwerking van een leerjaar- en niveau-overschrijdend programma met leerlijnen in functie van duurzame gedragsverandering. Bij de ontwikkeling van het schoolbeleid ligt de nadruk op het sociaal en omgevingsgericht werken met aandacht voor de verschillende componenten van een gezondheidsbeleid op school. Hierbij wordt met het onderwijskader, de onderwijs- en schoolorganisatie en de plan- en taaklast prioritair rekening gehouden. Een gezondheidswerking op school wordt gezien in functie van de maatschappelijke opdracht van scholen en de organisatie van kwaliteitsvol onderwijs en vertrekt steeds vanuit de eigenheid en de specifieke behoeften van de school.

De huidige situatie van het voedings- en bewegingsbeleid in Vlaamse scholen werd in kaart gebracht in de indicatorenmeting 2006 (Moens et al., 2007). Belangrijkste vaststellingen zijn:

- Het lager onderwijs zet een sterkere voedingswerking neer dan het kleuteronderwijs, maar voor de rest blijft de klassieke stelling overeind dat de aandacht voor gezondheidsthema's doorheen de onderwijsniveaus vermindert. Deze verminderende aandacht valt vooral op tussen de eerste graad en de bovenbouw secundair onderwijs. Zo zet de bovenbouw secundair onderwijs gemiddeld een totaalscore voor voedingsbeleid neer die 1/7 lager ligt dan die van middenschoolen en secundaire scholen met een volledig aanbod (niet onderzocht voor beweging).
- Net zoals in 2003 blijft het belangrijk om de thema's completer vakoverschrijdend en meer continu te integreren in de dagelijkse klas- en schoolpraktijk. Minder dan 1 op 5 basisscholen werkt met een spiraalcurriculum voor voedingseducatie, nauwelijks iets meer dan één op tien hanteren een curriculum voor het gezondheidsthema beweging. Secundaire scholen scoren nog zwakker: ongeveer 7% werkt met een curriculum voor beweging en nauwelijks één op tien scholen voor voedingseducatie. De verschillen voor educatie tussen basis- en secundair onderwijs zijn ietwat kleiner dan in 2003 – de secundaire scholen hebben ingelopen – maar vooral de bovenbouw SO blijft toch zwakker scoren voor educatie.
- Voor het aanbod van schoolmaaltijden is het beeld in basis- en secundaire scholen relatief positief met weinig verschil tussen onderwijsniveaus en tussen onderwijstypes. Met de dranken en tussendoortjes is het sinds 2003 de goede kant uit gegaan, zowel in de lagere scholen als in het secundair. Een zwak punt blijft het drankenaanbod in het secundair onderwijs. Het verschil tussen het basis- en secundair onderwijs is kleiner geworden door de opmerkelijke vooruitgang van het tussendoortjesaanbod in de secundaire scholen. De sterke vooruitgang in het secundair onderwijs komt vooral door een breder aanbod, ook voor evenwichtige tussendoortjes en dranken. Dat wil echter niet zeggen dat er minder frisdranken, koeken en zomeer zijn. In het basisonderwijs blijft het dranken- en tussendoortjesbeleid daarentegen voornamelijk gericht op een beperkter aanbod met minder keuzemogelijkheden en met vooral 'gezonde' keuzes, met onder andere het bannen van frisdranken op school en een

quasi onbestaand tussendoortjesaanbod in heel wat basisscholen (een fruitaanbod niet te na gesproken). De basisschool realiseert een kwaliteitsvol dranken- en tussendoortjesbeleid door het aanbod te beperken, de secundaire school door het aanbod te verbreden (en slaagt hierin beter voor de tussendoortjes dan voor de dranken).

- Voor het bewegingsbeleid formuleren we de conclusies met enig voorbehoud gezien het de eerste bevraging van het thema betreft. Het is wel duidelijk dat het basisonderwijs beter scoort dan het secundair onderwijs in het stimuleren van leerlingen, het organiseren van activiteiten en het hanteren van gedifferentieerde werkvormen op het vlak van beweging. Het secundair onderwijs lijkt globaal beter te scoren dan het basisonderwijs wat betreft de infrastructuur en faciliteiten die men de leerlingen biedt.
- Niet anders dan in 2003 voor voeding al was vastgesteld – alhoewel op verschillende vlakken al verbetering merkbaar is – is het ontbreken van een volwaardig gezondheidsbeleid met betrekking tot voeding en beweging voor het personeel.

Beleidscontext en partners:

- Vanuit het werkdomein gezondheid wordt door de Vlaamse overheid een beleid rond preventieve gezondheidszorg voor scholen gevoerd. Er werd een gezondheidsdoelstelling rond voeding in het leven geroepen (1998) waarrond het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) methodieken ontwikkelt, educatieve pakketten maakt en de implementatie coördineert door het opzetten van projecten en vormingen, begeleiding van bovenschoolse ondersteuningsstructuren en consultancy voor onderwijsmensen. Het CLB, de schoolbegeleiders en het Lokale Gezondheidsoverleg (Logo's) zorgen voor de implementatie van de methodieken en projecten, en begeleiden leerkrachten, directies en CLB-medewerkers in hun gezondheidswerking.
- Zo zet het VIG bijvoorbeeld samen met de Logo's voor het onderwijs landelijke projecten op rond gezonde voeding (zie hierboven).
- Vanuit het werkdomein sport wordt door de Vlaamse overheid een beleid rond schoolsport en jeugdsport gevoerd. Via het intern verzelfstandigd agentschap BLOSO wordt een actief jeugdbeleid gevoerd i.v.m. sport. In scholen wordt dit beleid uitgevoerd door de Stichting Vlaamse Schoolsport (SVS) die activiteiten organiseert en een ondersteunende structuur voor schoolsport heeft uitgebouwd. Zie: www.schoolsport.be
- In het beleidsdomein onderwijs werden in de minimumdoelstellingen voor het curriculum (i.e. eindtermen/ontwikkelingsdoelen) een vakoverschrijdend leergebied gezondheidseducatie (secundair onderwijs) en vakgebonden doelstellingen rond gezondheid (basisonderwijs) opgenomen. Binnen deze minimumdoelstellingen worden gezonde voeding en beweging als thematiek opgenomen. Daarnaast is er het curriculum lichamelijke opvoeding waarin de ontwikkeling van motorische competenties, een gezonde en veilige levensstijl, een positief zelfbeeld en sociaal functioneren zijn opgenomen.
- Binnen de verschillende onderwijsnetten (VSKO, GO!, OVSG, POV) en de scholen wordt actief gewerkt aan de implementatie van de eindtermen rond gezondheid (zie bv. www.vsko.be >thema's >vakoverschrijdende thema's; of www.ovsg.be >nieuws). Daarbij nam in het schooljaar 2004-2005 het gemeenschapsonderwijs de beslissing om prioritair rond gezondheid te werken en zijn scholen te stimuleren en te ondersteunen rond een aantal prioritaire thema's. Naast tabakspreventie werden gezonde voeding, beweging en waterbeleid als prioritaire thema's gekozen voor de volgende 2 schooljaren (2005-2006 en 2006-2007; www.gemeenschapsonderwijs.be)
- Bij de oprichting van de Centra voor Leerlingenbegeleiding in 1998 werd bepaald dat 1 van de 4 werkdomeinen preventieve gezondheidszorg is. Binnen dit werkdomein moet het CLB werken aan gezondheidspromotie, meer bepaald hebben ze een draaischijffunctie naar hun scholen rond gezondheid.
- Binnen onderwijs is er sinds einde jaren '90 het Dynamo2-projectenfonds waar scholen subsidies voor onder andere gezondheidsprojecten kunnen aanvragen. Zie: www.canoncultuurcel.be

- Om een effectieve gezondheidswerking op school te ondersteunen ondertekenden op 27 januari 2006 de ministers bevoegd voor Onderwijs, Welzijn en Gezondheid, Jeugd en Sport en Landbouwbeleid samen een intentieverklaring (www.ond.vlaanderen.be/nieuws/2006p/files/intentieverklaring-26-01-2006.pdf). Zij spraken af dat zij gezamenlijk willen bijdragen tot de gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs. De minister van Onderwijs verwacht dat scholen vanaf 1 september 2007 actief werken aan een gezondheidsbeleid op maat van de school.
- Binnen De Vlaamse Onderwijsraad werd einde 2005 de commissie Gezondheidsbevordering nieuw leven ingeblazen en werd er een gezondheidscoördinator aangesteld. Vanuit deze commissie met onderwijs- en gezondheidspartners werd het strategisch plan 'Op uw gezondheid' uitgewerkt dat een planning geeft voor de verdere actieve implementatie van gezondheidsbevordering in het onderwijs. In het schooljaar 2006-2007 organiseerde de minister van Onderwijs i.s.m. de Vlor activiteiten rond het prioritaire thema 'voeding en beweging'. Zie: www.vlor.be > projecten.

Effectiviteit

De aanpak van een voedings- en bewegingsbeleid op school gekaderd in een breder gezondheidsbeleid is een effectieve manier om evenwichtig eten en gezond bewegen te bevorderen (www.gezondeschool.be). Internationaal onderzoek toont overduidelijk aan dat een gezondheidswerking op school rendoert (Stewart-Brown, 2006). Er wordt effectieve winst gemaakt naar zowel de volksgezondheid, het gezondheidsgedrag en de leerprestaties (Allensworth, 1997). Binnen dit onderzoek komen de thema's voeding en beweging zeer positief naar voor: uit evidence blijkt dat scholen voor de beide thema's (in vergelijking met andere gezondheidsthematieken) het meest effectief kunnen werken (Lister-Sharp, 1999). Wil de schoolwerking rond gezondheid, i.c. voeding en beweging, effect hebben dan moet ze evenwel aan een aantal kenmerken voldoen:

- Complexe werking: een interventiemix van educatieve, faciliterende en regulerende acties die onderling op elkaar zijn afgestemd.
- Op verschillend niveau: zowel in de klas als op schoolniveau en naar de ouders moeten de boodschappen gelijklopen en dienen acties ondernomen te worden.
- Lange termijn: slechts een continue, langdurige werking geeft duurzame effecten.
- Intensieve werking: de school moet expliciet kiezen én werken aan gezondheid, een diffuse of impliciete werking volstaat niet.
- Beleidsmatige aanpak: een planmatige opbouw van structurele maatregelen en verankering in het schoolbeleid.
- Participatief: de betrokkenheid van leerlingen en vooral ouders zorgt voor een breed draagvlak.

Een aantal specifieke effecten zijn aangetoond:

- Interventies via de school voor kinderen en jongeren zijn effectief om gewicht te reduceren (Bessemers et al, 2006).
- Dagelijkse bewegingseducatie (verhogen van frequentie, duur en intensiteit van gymlessen), verbeteren van motorische vaardigheden, lessen LO baseren op theoretische modellen, LO leraren inschakelen om leerlingen te informeren en te bekrachtigen, dagelijks lessen integreren in schoolcurriculum en beweging in vrije tijd aanmoedigen is effectief. Zelfs een kleine verhoging van LO tijd is waardevol voor het verminderen van overgewicht. (CIHI, 2006; Sharma, 2006)
- Interventies via de school voor kinderen en jongeren zijn effectief om beweging in de vrije tijd te verhogen (Bessemers et al, 2006)
- Educatie met als doel het verminderen van schermkijken (TV, games, video) is effectief (Doak, C.M. et al, 2006; Sharma, 2006).
- Voedingseducatie (o.a. over ontmoedigen van het gebruik van frisdranken (ook light), aanmoedigen fruitinname en promotie van de consumptie van water) gebruik

makend van goal setting en monitoring van veranderingen, zelfbeoordeling, feedback en discussie over media en sociale invloeden, rolmodellen is effectief (Doak, 2006)

- Interventies via de school voor kinderen en jongeren zijn effectief om de consumptie van fruit en groenten te verhogen (Moens O. et al, 2007)
- Er is beperkte evidence dat het ontmoedigen van frisdranken leidt tot een daling in overgewicht en obesitas bij kinderen (Canadian institute for health promotion, 2006; Sharma, 2006)
- Computer tailoring bij adolescenten geeft positieve effecten op de vetinname, bij zij die het advies gelezen hebben en meer bij meisjes en TSO leerlingen (Haerens et al, in press)
- Een multi-component interventie bij adolescenten (12-15 jaar) voor promotie gezonde voeding en beweging via school geeft positieve effecten op voeding (vetinname) en beweging, en ook op BMI bij meisjes (Haerens, 2006).
- Participatie en actieve betrokkenheid van ouders bij gedragsverandering van het kind is een belangrijke succesfactor bij schoolinterventies. (Sharma, 2006; Doak, 2006, Salmon, 2007; Van Sluijs, 2007; Blanchette & Brug, 2005; Brug & Van Lenthe, 2005).
- Ouders kunnen op verschillende manieren betrokken worden: ouders vaardiger maken in het actief stimuleren en aanmoedigen van beweging bij hun kinderen, kennis verhogen i.v.m. het ontstaan van smaakvoorkeuren, vergroten van de beschikbaarheid van groenten en fruit, creëren van een positieve context en aanmoedigen van beweging bij hun kinderen. De beste manier om ouders te betrekken is via ouder-leerkracht-contact, vb. via nieuwsbrieven, huiswerkopdrachten en opsturen van materialen naar huis (Van Sluijs, 2007; Blanchette & Brug, 2005).
- Wijzigen van de fysieke of sociale omgeving: cafeteria's en schoolkiosken met 'gezonde voeding' (o.a. laag-vet-alternatieven, vegetarische maaltijden, dranken met een laag suikergehalte, beschikbaarheid van fruit en groenten, verminderen van portiegroottes, veranderingen in bereidingswijze), fruit en groenteabonnement, bewegingsactiviteiten aanbieden in vrije tijdperiodes gedurende de schooldag, actief spelen, organisatie van sportactiviteiten of fluorescerende aanduidingen op de speelplaats, creëren van een positieve sociale context (French & Stables, 2003; Brug & Lenthe, 2005; Sharma, 2005.; Doak, 2006.).
- Interventies gericht op minder vetinname, verhogen van de beschikbaarheid van groenten en fruit en promotie op plaats van aankoop, zijn effectief om het aankoop gedrag te beïnvloeden (VIG, 2005).
- Combinatie met interventies in de community en het gezin is effectief voor jongeren (13-19 jaar) (Canadian institute for health promotion, 2006).

Actoren: Scholen, onderwijsnetten, onderwijskoepels, ouderkoepels, leerlingenkoepels, CLB, VIG, Logo's, SVS, ziekenfondsen, Eetexpert, Koning Boudewijnsstichting, BOIC en sportfederaties, BVLO en cateringsector.

Kritische succesfactoren

- Duidelijke taakverdeling tussen, CLB, pedagogisch begeleiders, koepelorganisaties en gezondheidspartners m.b.t. de begeleiding van scholen.
- Duidelijke taakverdeling tussen scholen, CLB, hulpverleners en andere partners m.b.t. de detectie, de begeleiding en de doorverwijzing van jongeren met een onevenwichtige levensstijl.
- Uitbreiden van omkadering en werkingsmiddelen voor scholen en voor organisaties die de school- en leerlingbegeleiding rond voeding en beweging ondersteunen.
- In de uitwerking en implementatie van een geïntegreerd voedings- en bewegingsbeleid in onderwijsinstellingen dient voor de verschillende onderdelen steeds

- 'Doelgroepbewust' gewerkt te worden, t.i.z. met oog voor de specificiteit van leerlingen met bijzondere behoeften en kansengroepen.
- Met aandacht voor een vergaande betrokkenheid en brede participatie van leerlingen en ouders.
- Op basis van correcte leerboodschappen.
- Uitgewerkt binnen kwaliteitsvolle processen die maatwerk zijn.
- Afgestemd met, en ondersteund door andere settings zoals media, lokale gemeenschap, zorgverstrekkers,

Pijlers

A Beleid (bij overheid, netwerken, scholen, onderwijs- en gezondheidspartners)

Verder implementeren van een **geïntegreerd voedings- en bewegingsbeleid in het basis- en secundair onderwijs**, op verschillende niveaus en met verschillende strategieën, op maat van de school, in functie van de behoeften van de leerlingen, met brede betrokkenheid van actoren (schoolteam, leerlingen en ouders) en partners, en aandacht voor kwaliteitszorg.

P	3.1 Actief stimuleren van de onderwijskoepels om de eindtermen/ontwikkelingsdoelen voor voeding en beweging als vakoverschrijdende thema's explicieter te integreren in de verschillende leerplannen. (0)
P	3.2 Verdere ontwikkeling en actieve ondersteuning bij de implementatie van beleidsinstrumenten voor de ontwikkeling van een schoolbeleid rond voeding en beweging die de school ondersteunen bij de analyse van de (begin)situatie, de bewuste selectie van prioriteiten, het formuleren van correcte doelstellingen, het plannen en evalueren. De beleidsinstrumenten zijn gebaseerd op een kwaliteitscyclus, vertrekken vanuit de eigenheid van de school en behoeften van de leerlingen en stimuleren participatief werken met schoolteam, leerlingen en ouders. (2- Stewart-Brown, 2006; Lister-Sharp, 1999) (1- www.gezondeschool.be)
P	3.3 Verdere uitbouw en implementeren van de bestaande leefstijlbevraging door CLB, door standaardisatie van het bevraginginstrument en afspraken rond gegevensbeheer, -gebruik en –communicatie, gekaderd in een geheel van acties, die in de school ontwikkeld worden. (0)
	▪ Voor de verschillende onderwijsniveaus, -types en –vormen zijn er eindtermen/ontwikkelingsdoelstellingen uitgewerkt waarin voeding en beweging als gezondheidsthema's zijn opgenomen. Evaluatie van bestaande eindtermen/ontwikkelingsdoelen en aanvulling in functie van explicitering van beide thema's, onderlinge afstemming, verdere integratie in klas- en schoolwerking en beleidsvoerend vermogen van scholen. ▪ Uitbreiden van het aantal lesuren L.O. in de minimum lessenroosters. ▪ Actief stimuleren van scholen voor uitbreiden van aantal lessen LO in de lessentabellen. ▪ Onderwijs beschikt over een voorlichtingsmodel waarin de gezondheidsthema's voeding en beweging gelinkt zijn. Verdere implementatie van de actieve voedingsdriehoek. ▪ Onderwijs beschikt over een methodiek voor de uitbouw van een geïntegreerd voedings- en bewegingsbeleid dat ingepast is in de kadernethodieken van (1) gezondheidsbevordering in onderwijs en van (2) beleidsvoerend vermogen van scholen. Verdere implementatie van de beleidsmethodiek. ▪ Ontwikkeling en implementatie van leerlijnen voor zowel voedingseducatie als bewegingsopvoeding die onderling geïntegreerd zijn, doorheen de verschillende onderwijsniveaus, voor de verschillende onderwijstypes en –vormen, afgestemd op eindtermen en ontwikkelingsdoelen en gericht op een vakoverschrijdende klas- en schoolwerking. ▪ Verder uitbouwen van kwaliteitsbewaking voor het aanbod van methodieken, beleidsinstrumenten, educatieve materialen, acties en projecten met aandacht voor correcte, eenduidige leerboodschappen. Scholen informeren over kwaliteitsvolle materialen en acties, vanuit overheid, onderwijskoepels en gezondheidsorganisaties. ▪ Stimuleren en structureel verankeren van de aandacht voor gezondheidsbevordering van voeding en beweging, als onderdeel van duurzaam bouwen. Aandacht voor de

gezondheidsbevorderende omgeving (i.c. bewegingsvriendelijke omgeving, groenruimte, infrastructuur i.f.v. voedselveiligheid, aangename refter, voldoende tappunten voor water, ...) in (ver)bouw(ings)dossiers voor onderwijsinstellingen.

- Aftoetsen en heroriëntering van bestaande projectfondsen voor gezondheidsprojecten in scholen in functie van duurzame projectontwikkeling.
- Verdere uitbouw van structurele projectfondsen voor gezondheidsprojecten rond voeding en beweging binnen onderwijs.
- Verdere afstemming van beleid, aanbod en ondersteuning via de bestaande intersectorale overlegplatforms waaraan overheid, koepelorganisaties, partnerorganisaties en expertisecentra, academici en het werkveld participeren.
- Verder afstemmen van de onderwijswerking rond voeding en beweging met de werking in andere settings (gezin, lokale gemeenschap, vrije tijd, bedrijven,...) en intermediairs (media, zorgverstrekkers, ...) met het oog op versterking van de effectiviteit.
- Uitbouwen, voortzetten en verbreden van regelmatige bevragingen die het gezondheidsgerelateerd gedrag van kleuters, kinderen en jongeren en de gedragsdeterminanten in kaart brengen. Voortzetten en verbreden van regelmatige bevragingen die de mate en kwaliteit van het voedings- en bewegingsbeleid in scholen in kaart brengen. Afstemming en koppeling van deze bevragingen.

Implementeren van een **geïntegreerd voedings- en bewegingsbeleid in het hoger en volwassenenonderwijs**, op verschillende niveaus en met verschillende strategieën, op maat van de organisatie, in functie van de behoeften van de studenten en cursisten, met brede betrokkenheid van actoren en met aandacht voor kwaliteitszorg.

P 3.4 Actief stimuleren van hogescholen, universiteiten en centra voor volwassenenonderwijs om een facultatieve module gezonde leefstijl met aandacht voor voedings- en bewegingseducatie te integreren binnen de verschillende programma's en opleidingen. (0)

- Hoger onderwijs en volwassenenonderwijs beschikken over een voorlichtingsmodel waarin de gezondheidsthema's voeding en beweging gelinkt zijn. Verdere implementatie van de actieve voedingsdriehoek.
- Aftoetsen en bijsturing van de methodiek voor de uitbouw van een geïntegreerd voedings- en bewegingsbeleid op school aan de eigenheid en specificiteit van het hoger en volwassenenonderwijs ingepast binnen de kademethodiek van gezondheidsbevordering. Ontwikkeling en implementatie van deze aangepaste beleidsmethodiek.
- Ontwikkeling en implementatie van inhoudelijke programma's voor zowel voedingseducatie als bewegingsopvoeding die onderling geïntegreerd zijn, vanuit de specificiteit van het hoger en volwassenenonderwijs.

Aanpassen en implementeren van een **gezondheidsbeleid in initiatieven voor buitenschoolse opvang** vergelijkbaar met 'gezonde school' in het onderwijs (www.gezondeschool.be).

B Omgeving

Verder stimuleren van een evenwichtig aanbod van **schoolmaaltijden in basis-, secundair, hoger en volwassenenonderwijs**, met aandacht voor samenstelling, kwaliteit, prijs, bereiding en organisatie van maaltijdenaanbod.

- Actualiseren en implementeren van de bestaande aanbevelingen voor de samenstelling van maaltijden in basis- en secundaire scholen samen met de cateringsector, schoolkeukens en de consumenten (leerlingen, ouders). Hierbij wordt aandacht voor de leeftijdsgebonden en doelgroepbewuste aanbevelingen gevraagd.
- Actualiseren en implementeren in sociale voorzieningen van hoger onderwijs en in volwassenenonderwijs van de bestaande aanbevelingen voor de samenstelling van maaltijden

samen met de cateringsector en de consumenten (studenten).

- Verhogen van beschikbaarheid en bewuste (lage) prijszetting van de evenwichtige maaltijd binnen keuzemenu's.
- Verhogen van de beschikbaarheid van fruit en groenten bij de maaltijd.
- Verminderen van portiegroottes van energierijke producten en vergroten van de porties groenten en fruit binnen de maaltijd.
- Stimuleren van deskundigheidsbevordering via vormings- en begeleidingsaanbod voor keukenpersoneel in scholen, studentenrestaurants en cateraars in functie van de samenstelling en bereiding van evenwichtige maaltijden.
- Stimuleren van scholen door het aanreiken van materialen, handleidingen en projectsubsidies, in de verdere uitbouw van een kwaliteitsvolle eetstructuur via onder andere een aangename refter en voldoende 'maal-tijd'.
- Stimuleren van maatregelen (via bv. regelgeving) en verder implementeren van een kwaliteitsvolle infrastructuur van schoolkeukens en refters. Zij maken het op correcte wijze bewaren, bereiden en /of serveren van evenwichtige maaltijden/verse voeding meer haalbaar. Hierbij is ook aandacht nodig voor het bewaren van meegebrachte broodmaaltijden (koeling).

Verder stimuleren van een evenwichtig aanbod van **dranken en tussendoortjes in basis-, secundair, hoger en volwassenenonderwijs**, met aandacht voor gezonde alternatieven, prijs, organisatie van distributie en beperken van onevenwichtig aanbod.

- P** 3.5 Implementeren van een dagelijks aanbod van fruit en groenten in basis- en secundaire scholen en in hoger onderwijs met aandacht voor kwaliteit, variatie, prijs en laagdrempeligheid en vanuit de mogelijkheden van de onderwijsinstelling. (2- French & Stables, 2003; Brug & Lenthe, 2005; Sharma, 2005; Doak, 2006; VIG, 2005)
- P** 3.6 Breed aanbod van gratis drinkbaar water doorheen de school-/lesdag in basis-, secundair, hoger en volwassenenonderwijs met aandacht voor beschikbaarheid, veiligheid en hygiëne en praktische organisatie. (2- French & Stables, 2003; Brug & Lenthe, 2005; Sharma, 2005; Doak, 2006; VIG, 2005)
- Verhogen van de consumptie van fruit en groenten als tussendoortje tijdens de schooldag (basis- en secundair onderwijs) door het verder stimuleren van het meebrengen van fruit en groenten naar school en door het verder verhogen van de beschikbaarheid van fruit en groenten in het tussendoortjesaanbod van scholen via schoolfruitprojecten.
 - Verdere uitbouw en intersectorale afstemming van aanbod en distributie van fruit en groenten in functie van de specificiteit van onderwijs en de scholen.
 - Verder implementeren van een evenwichtig dranken- en tussendoortjesaanbod in secundaire scholen, instellingen hoger onderwijs en centra voor volwassenenonderwijs via een aanbod van water en dranken met een laag suikergehalte en van laag-vet alternatieven van tussendoortjes.
 - Verder implementeren van de dagelijkse beschikbaarheid en een dagelijks gestructureerd aanbod van witte melk in basisonderwijs.
 - Stimuleren van maatregelen en verder implementeren van een kwaliteitsvolle infrastructuur die het op correcte wijze bewaren en aanbieden van vers fruit en groenten en van drinkbaar water voor scholen meer haalbaar maken.

Verder stimuleren van een laagdrempelig aanbod van **bewegings- en sportactiviteiten en bewegingstussendoortjes in basis- en secundair onderwijs** met aandacht voor variatie en differentiatie en rekening houdend met specifieke doelgroepen.

- P** 3.7 Verder ontwikkelen en implementeren van educatieve interventies en materialen die scholen concrete programma's aanreiken voor de vakoverschrijdende implementatie van verschillende werkvormen beweging doorheen de klasdag, onder andere door implementatie van bewegingstussendoortjes doorheen de klasdag in basis- en secundaire scholen. (2- French & Stables, 2003; Brug & Lenthe, 2005; Sharma, 2005; Doak, 2006; VIG, 2005)
- P** 3.8 Verdere uitbouw van kwaliteitsvolle sport- en spelinfrastructuur in onderwijsinstellingen met aandacht voor accommodatie LO, douches e.d.. (2- French & Stables, 2003; Brug & Lenthe, 2005; Sharma, 2005; Doak, 2006; VIG, 2005)
- P** 3.9 Stimuleren en verder implementeren van actief transport van leerlingen naar school. Acties en methodieken dienen rekening te houden met de schoolspecificiteit, de leeftijden en de lokale omgeving. (3- Eyler A. et al, 2007 ; Fesperman, 2008)
- Verdere uitbouw en implementeren van een laagdrempelig kwaliteitsvol schoolsportaanbod voor basis- en secundair onderwijs door (school)sportorganisaties met aandacht voor variatie, differentiatie en specifieke doelgroepen tijdens, tussen en na schooltijd.
 - Stimuleren van basis- en secundaire scholen voor de verdere organisatie van een laagdrempelig aanbod van sportactiviteiten met aandacht voor variatie, differentiatie en specifieke doelgroepen.
 - Stimuleren van 'actieve' speeltijd en naschoolse opvang door het voorzien van speeltuigen en -materialen (koffers) die beweging stimuleren, aanduidingen op de speelplaats en aangepaste inrichting van de speelplaats (bv. 'groene speelplaatsen')
 - Stimuleren van 'actieve' speeltijd en naschoolse opvang door een actief toezicht. Ontwikkeling en implementatie van methodieken voor actief toezicht, geschikt voor de bestaande schoolpraktijk in basis- en secundair onderwijs.
 - Verder implementeren van samenwerking rond sport- en spelinfrastructuur tussen scholen en derden, bv. gemeenten, met aandacht voor wederzijdse gebruiksmogelijkheden (school die sportinfrastructuur van derden gebruikt; derden die spel- en sportinfrastructuur van de school gebruiken).
 - Verder implementeren van samenwerking rond een verkeersveilige omgeving tussen scholen en derden, bv. gemeenten, met aandacht voor actief transport van leerlingen.

Stimuleren van een laagdrempelig aanbod van **bewegings- en sportactiviteiten in het hoger onderwijs** met aandacht voor variatie en rekening houdend met specifieke doelgroepen.

- P** 3.10 Stimuleren van universiteiten en hogescholen voor de verdere organisatie van een laagdrempelig kwaliteitsvol aanbod van sportactiviteiten met aandacht voor variatie en specifieke doelgroepen. (0)
- Verdere uitbouw en implementeren van een laagdrempelig kwaliteitsvol sportaanbod voor hoger onderwijs door sportorganisaties met aandacht voor variatie en specifieke doelgroepen.
 - Stimuleren dat de omgeving van instellingen hoger onderwijs beweegvriendelijk zijn met aandacht voor 'groene campussen' en ruime beschikbaarheid van kwaliteitsvolle bewegings- en sportaccommodatie.

C Educatie

Verder ontwikkelen en implementeren van **educatieve methodieken, interventies en materialen** rond evenwichtige voeding en voldoende beweging **in het basis- en secundair onderwijs** vanuit een geïntegreerde voedings- en bewegingseducatie, aangepast aan onderwijsniveau, -type en -vormen. Deze educatieve methodieken, interventies en materialen zijn compatibel met eindtermen/ontwikkelingsdoelen en leerplannen en hebben aandacht voor kwaliteitszorg en de klas- en schoolspecificiteit.

P	3.11 Verder uitbouwen en implementeren van schoolprojecten en educatieve materialen voor elke onderwijsniveau, -type en vorm met aandacht voor afstemming doorheen onderwijsniveaus (via eindtermen/ontwikkelingsdoelen, leerplannen en leerlijnen). (2-Doak, 2006)
P	3.12 Verdere uitbouw en implementeren van didactische methodes die de intensiteit van de lessen L.O. vergroten. (2- CIHI, 2006; Sharma, 2006)
	▪ Screenen en bijsturen van bestaande educatieve materialen met inhouden rond voeding en beweging in functie van het voorlichtingsmodel en de beleidsmethodiek voor onderwijs en in overleg met de programmamakers en uitgevers. ▪ Verdere uitbouw, aftoetsen en implementeren van interactieve computerinterventies rond voeding en beweging die bijdragen tot bewustmaking en/of opvolging van eigen gedrag. ▪ Verdere uitbouw en implementeren van een aanbod van schoolprojecten en interventies die vertrekken of sterk beroep doen op de leerlingen en ouders vanuit een initiërende, participerende en/of richtinggevende rol. ▪ In educatieve interventies en materialen rond voeding en beweging voor de verschillende onderwijsniveaus wordt inhoudelijk aandacht besteed aan educatie en leerinhouden met het oog op het verminderen van schermkijken (zoals TV, games, pc). ▪ Ontwikkeling van educatieve interventies en materialen voor de verschillende onderwijsniveaus waarin aandacht wordt besteed aan leerinhouden (zowel kennis, vaardigheden als attitudes) met betrekking tot borstvoeding.

Ontwikkelen en implementeren van **educatieve interventies en materialen** rond evenwichtige voeding en voldoende beweging **in het hoger- en volwassenenonderwijs** vanuit een geïntegreerde visie op gezonde leefstijl. Deze educatieve interventies en materialen zijn compatibel met het programma van de richting of opleiding en hebben aandacht voor kwaliteitszorg.

P	3.13 Ontwikkelen van educatieve methodieken en materialen voor de invulling van een lesprogramma of module leefstijl vanuit de geïntegreerde visie op voeding en beweging, aangepast aan de verschillende programma's binnen hoger en volwassenenonderwijs. (0)
	▪ Aandacht voor de relatie tussen (1) voeding en beweging en (2) de vakspecifieke inhouden binnen de verschillende programma's en opleidingen in hoger en volwassenenonderwijs. ▪ Screenen en bijsturen van bestaande educatieve programma's en materialen met inhouden rond voeding en beweging in functie van het voorlichtingsmodel en de beleidsmethodiek voor onderwijs. Dit gebeurt in overleg met de universiteiten, hogescholen, centra en/of andere programmamakers.

D Deskundigheidsbevordering

Verdere uitbouw van programmaonderdelen binnen de **lerarenopleiding** waarin toekomstige leraren worden gevormd om bij te dragen aan de realisatie van gezondheidsbevordering in het onderwijs, i.c. een voedings- en bewegingsbeleid op school.

P	3.14 Ontwikkelen van educatieve methodieken en materialen voor de invulling van het onderdeel leefstijl vanuit de geïntegreerde visie op voeding en beweging en vanuit vakoverschrijdend werken in het programma van de lerarenopleidingen. (0)
	▪ Aandacht voor de relatie tussen (1) voeding en beweging en (2) de vakspecifieke inhouden binnen de programma's van de lerarenopleiding. ▪ Screenen en bijsturen van bestaande vakken, educatieve programma's en materialen rond voeding en beweging of met mogelijkheden voor integratie van deze thema's. Dit gebeurt in overleg met de universiteiten en hogescholen. ▪ Verdere uitbouw en implementeren van een ondersteunend vormings- en begeleidingsaanbod naar lerarenopleidingen vanuit partner- en gezondheidsorganisaties.

Deskundigheidsbevordering van **schoolteams, directies, leraren, schoolpersoneelsleden** (keukenpersoneel en opvoeders),...

- | | |
|----------|---|
| P | 3.15 Verdere uitbouw en afstemming van een ondersteuningsaanbod voor de procesbegeleiding van scholen door CLB, onderwijskoepels en -begeleidingsdiensten en partner- en gezondheids-/sportorganisaties, door Logo's en regionale en lokale gezondheids- en sportorganisaties. Dit ondersteuningaanbod heeft aandacht voor gedeelde inhoud en komt tegemoet aan de behoeften van bovenschoolse en schoolspecifieke begeleiding. (0) |
| ▪ | Meer aandacht voor de deskundigheidsbevordering via vorming en begeleiding van het keukenpersoneel rond samenstellen en bereiden van evenwichtige maaltijden. (zie boven). |
| ▪ | Vormen en begeleiden van leraars L.O. in hun functioneren als coach en begeleider van de vakoverschrijdende implementatie van het thema beweging. |
| ▪ | Scholen informeren over het ondersteunings- en begeleidingsaanbod van schoolnabije en externe organisaties. |

Deskundigheidsbevordering van **pedagogisch begeleiders, CLB-medewerkers en gezondheids- en sportwerkers** i.v.m. hun begeleidingsfunctie voor het voedings- en bewegingsbeleid in scholen.

- | | |
|----------|--|
| P | 3.16 Verdere uitbouw en implementeren van een geschikt ondersteunend vormings- en begeleidingsaanbod naar CLB, begeleiders, gezondheids- en sportwerkers vanuit partner- en gezondheidsorganisaties. (0) |
| ▪ | Ontwikkelen van een aanbod van beleidsmethodieken en -instrumenten die voor een schoolbegeleiding van het voedings- en bewegingsbeleid kunnen gehanteerd worden. Deze methodieken en instrumenten werken vanuit een kwaliteitscyclus en hebben aandacht voor de schoolspecificiteit, het beleidsvoerend vermogen van scholen en gezondheidsbevordering in onderwijs. |

Deskundigheidsbevordering van **CLB-medewerkers en zorgverstrekkers** i.v.m. hun doorverwijsfunctie, vroegdetectie en het geven van verantwoord voedings- en beweegadvies.

- | | |
|---|--|
| ▪ | Ontwikkelen van methodieken en instrumenten die voor een leerlingenbegeleiding rond voeding en beweging kunnen gehanteerd worden. Deze methodieken en instrumenten hebben aandacht voor handelingsgericht werken en vertrekken vanuit de expertises, specificiteit en mogelijkheden van de betrokken partners. |
|---|--|

Strategie 4: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bij de werkende bevolking

Context

Het bevorderen van evenwichtige voeding en voldoende beweging op de werkplek verwijst naar elke inspanning van werkgevers, werknemers of van de samenleving om de leefgewoonten van werkende mensen te versterken. Ongezonde leefgewoonten hebben naast het werk of de werkomstandigheden een eigen aandeel in het ontstaan van ziekte en arbeidsverzuim. Onevenwichtig eten en onvoldoende bewegen leiden tot een aanzienlijke persoonlijke en sociale kost door een daling in levenskwaliteit, verlies aan productiviteit of vroegtijdige arbeidsongeschiktheid. Werkgevers staan samen met de overheid in voor de indirecte kosten die met ongezonde eet- en beweeggewoonten samenhangen en dit via medische uitgaven voor hospitalisatie, medicatie, laboratoriumtesten en sociale uitkeringen. Daartegenover staan de gezondheidseffecten van een gezond gewicht en een verhoogde fitheid. Ze leiden tot een betere concentratie en verhoogde dagelijkse productiviteit. Op deze manier komt een evenwichtig voedings- en beweegpatroon, dikwijls louter gezien als een privé-zaak, ook het bedrijf ten goede.

Vaak biedt de werkplek werknemers niet de mogelijkheid er gezonde leefgewoonte op na te houden. Wie voltijds werkt, eet 1/3 tot de helft van zijn dagelijkse voeding op het werk.

Uit de indicatorenmeting 2006 (Moens O. et al, 2007) blijkt dat 16,5% van de bedrijven een evenwichtig aanbod op de werkplek promoot (restaurant, winkel, automaat).

- 20% van de bedrijven voorziet een voldoende groenteportie bij de warme maaltijd.
- 25% belegt broodjes steeds met groenten.
- 33% voorziet steeds broodjes met mager beleg.
- 23% biedt fruit aan.
- 45% van de grotere bedrijven bezit een snoepautomaat.
- 80% van de bedrijven biedt frisdranken of fruitsappen met toegevoegde suikers aan.
- 17% van de bedrijven stuurt minstens één iemand naar een studiedag of vorming over evenwichtige voeding of beweging of heeft een deskundige in huis.

Uit de indicatorenbevraging blijkt dat bedrijven gemiddeld 14,5% scoren op de vijf componenten van een beweegbeleid (educatie, aanbod, reglementering, participatie en netwerking). Er wordt doorgaans meer geïnvesteerd in faciliteiten (in het bijzonder die het fietsen stimuleren) dan in bewegingseducatie of voorlichting. Initiatieven die bedrijven nemen, richten zich vooral op sport (met uitzondering dan van de fietsvergoedingen). Bewegingsarmoede wordt momenteel internationaal erkend als een nieuw arbeidsrisico (Europees Agentschap voor Veiligheid en Gezondheid op het Werk, 2005). Als we het over overgewicht en obesitas hebben, blijkt dat 55% van de mannelijke werknemers en 40% van de vrouwen met overgewicht kampt (IDEWE, 2007). Men stelt vast dat dit vooral optreedt in de sectoren voeding, bouw, metaal, chemie en transport (Bewegen gemeten, 2005). Werkenden hebben bovendien de neiging vaker het ontbijt over te slaan (20% bij werkenden versus 10% bij de algemene bevolking). Oorzaken zijn een gebrek aan tijd of onregelmatige werkuren. Dit geldt in het bijzonder voor nachtarbeiders. Verschillende onderzoeken wijzen op een verband tussen arbeidstijden en eetgewoonten (Singh et al, 2002). Zo blijkt onder andere dat nachtarbeiders vaker de lunch overslaan. Sectoren die het ploegenstelsel toepassen zijn vooral de chemie, de energiesector en de voedingsindustrie.

De indicatorenbevraging (2006) voor bedrijven toont duidelijk aan dat het voedings- en bewegingsbeleid voor werknemers beter kan. Voor voedingsbeleid behalen bedrijven in Vlaanderen gemiddeld een score van 25,8%, voor het bewegingsbeleid is dit 14,5%. Bedrijven die een voedings- en beweegbeleid hebben uitgewerkt, blijken vooral oog te hebben voor een gezond aanbod (1 op 2). Voorlichting voorziet slechts 10% van de bedrijven. Bedrijven met de meeste ruimte voor verbetering situeren zich in de profitsector, zijn KMO, behoren tot de productie- of distributiesector en werken met het dagstelsel. Het ondersteunen van gezonde leefgewoonten van werknemers, in het bijzonder evenwichtige voeding en

beweging thuis en op het werk, kan dan ook op korte termijn al een aantal voordelen opleveren (Vanhouwaert E. & De Winter E., 2005).

Mogelijke actoren:

Ondernemingen en organisaties (werkplekken), externe diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk, werknemers- en werkgeversorganisaties, beroepsverenigingen, preventieadviseurs, partnerorganisaties, expertiseorganisaties, preventieadviseurs-arbeidsgeneesheren, bedrijfsverpleegkundigen, personeelsverantwoordelijken, bedrijfsgeronnen, sociale partners, kamers van koophandel, ...

Effectiviteit

Onderstaande effectieve interventies werken in ondernemingen wanneer ze bij invoering passen binnen de kadermethodiek van gezondheidsbevordering op het werk (Wouters, E., 2005). Hierin zijn volgende succesfactoren (Stevens V. & Vanlaeken M., 2002) van belang: systematische planning, organisatorisch commitment en actieve participatie van werknemers, multithematische en multimethodische aanpak en de toepassing van theoretische modellen en concrete technieken.

Voldoende studies tonen aan dat een gezondheidspromotieaanpak zorgt voor gunstige effecten op de leefgewoonten van werknemers. Positieve interventie-effecten gelden zowel voor arbeiders als bedienden. (Engbers et al, 2005)

Voor evenwichtige voeding wijzen effectiviteitsreviews op volgende veranderingen:

- Interventies leiden op korte termijn tot het significant verhogen van de groente- en fruitconsumptie en zowel op korte als op lange termijn op een verminderde vetinname en energiepercentage uit vet. Voor de vezelinname waren de resultaten minder eenduidig. (Proper et al, 2005)
- Een grotere beschikbaarheid van groenten en fruit zorgt voor een stijgende consumptie ervan (Proper et al, 2005; Büchner et al, 2007), in het bijzonder wanneer dit wordt gecombineerd met een efficiënte food placement (Engbers, 2005; Brug et al, 2005).
- Een evenwichtig voedingsaanbod, samen met bewustmaking rond evenwichtig eten d.m.v. brochures, folders en andere promotiematerialen, helpt werknemers evenwichtiger te eten (Proper, 2005; Engbers, 2005; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).
- Actieve promotie van evenwichtige keuzes in restaurants, automaten, winkels o.a. door food labelling verhoogt de consumptie van deze producten (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006; Engbers, 2005; Brug et al, 2005).
- Prijsreducties voor voorkeurproducten leiden tot een stijging in de verkoop van deze producten. (Engbers et al, 2005; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006; Goodman C. & Anise, A., 2006).
- Voorlichting op maat van het individu leidt tot veranderingen in het voedingsgedrag (Proper et al, 2005).
- Groepseducatie gecombineerd met individuele counseling resulteert in goede kortetermijneffecten (O'Donnell, M.P., 1997/2002).
- Screening en counseling, gecombineerd met veranderingen in de omgeving leiden tot verbeteringen op het voedingsgedrag gedurende de periode van de interventie (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

De effecten voor beweging zijn minder uitgesproken dan voor voeding (Engbers et al, 2005; Proper et al, 2005). Toch stelt men vast dat volgende maatregelen mensen aanzetten om meer te bewegen:

- Een algemeen beweegbeleid invoeren, eventueel aangevuld met incentives, zoals maatregelen m.b.t. verplaatsingskosten of bijdragen in lidmaatschappen (National Institute

- for Health and Clinical Excellence (2006) 2006) (let wel: de effecten van incentives als enige interventiecomponent op beweging zijn onduidelijk).
- Beweging gemakkelijker en goedkoper maken (dit geldt niet enkel voor werkplaats): o.a. voorzien van douches en veilige fietsstallingen (Brug et al , 2005; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).
 - Een actief transportbeleid uitwerken voor werknemers en bezoekers (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).
 - Aanbieden van ontspanningsmogelijkheden, zoals activiteiten buiten de uren, lunchwandelingen en gebruik van lokale vrijetijdsfaciliteiten (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006; Brug et al , 2005).
 - Stimulansen aanbrengen om het gebruik van de trap te verhogen (d.m.v. decoratie, motiverende markeringen of muziek) (Brug et al , 2005; Dugdill, 2007; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).
 - Wandelinterventies invoeren die gebruik maken van het stellen van haalbare doelen, dagboeken, zelfmonitoring en uitgestippelde wandelroutes (Dugdill, 2007).
 - Bewegen in groep inrichten, vooral voor vrouwen (Dugdill, 2007).
 - Voorlichting op maat van het individu voorzien (Proper et al, 2005).
 - Screening van de gezondheidstoestand en adviseren (o.m. d.m.v. motivational interview) (Dugdill, 2007).
 - Screening en counseling, aangevuld met veranderingen in de omgeving en dit gedurende de periode van de interventie (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).
 - Dugdill et al. (2007) komt tot de vaststelling dat beweeginterventies op de werkplaats effectiever zijn voor sedentairen. Belangrijk is programma's in te voeren die aangepast zijn aan de vragen en interesses van werknemers.

Effecten op gewicht zijn mogelijk bij interventies die de aandacht voor evenwichtige voeding combineren met beweging (Proper et al, 2005; CIHI, 2006). Screening gekoppeld aan counseling kan op korte termijn ook leiden tot een reductie in gewicht (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006). De effecten van financiële tegemoetkomingen, zoals terugbetaling van lidmaatschap, zijn onzeker. Als ze resulteren in een beter gewicht, is dat vaak enkel gedurende de periode van de interventie (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

Zowel voor voeding als beweging blijkt een combinatie van interventies noodzakelijk. De interventiemix bestaat best uit educatie, omgevingsveranderingen en counseling, weliswaar met een zwaar accent op aanpassen in de omgeving (Engbers et al, 2005). Bedrijven die een voedings- en bewegingsbeleid uitwerken slagen er beter in de interventiemix te realiseren. Investeren in deskundigheidsbevordering leidt doorgaans tot een beter beleid (indicatorenbevraging 2006). In zijn effectiviteitsreview over obesitas, stelt National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) vast dat programma's die met succes de eet- en/of beweeggewoonten van mensen veranderen, de volgende kenmerken delen: een interdisciplinaire aanpak en samenwerking tussen gezondheid, veiligheid, personeelsbeleid, aandacht voor een commitment van de top, enthousiasme van catering management, links met andere gezondheidsinitiatieven en betrokkenheid van het personeel.

Kritische succesfactoren

- Ondersteuning van initiatieven van de verschillende beleidsniveaus (federaal, Vlaams, lokaal) aan bedrijven afstemmen.
- Opzetten van onderzoek naar het effect van interventies i.v.m. gezond bewegen en evenwichtige voeding op de bedrijfsuitkomsten zoals productiviteit, absenteïsme, bedrijfsimago, ...
- Voortzetten van de driejaarlijkse indicatorenmeting 'voedings- en bewegingsbeleid in bedrijven' in opdracht van de Vlaamse overheid en uitgevoerd door VIG & Logo's.

Pijlers

A Beleid

- P** 4.1 Implementatie van een beleidsmatige aanpak voor evenwichtige voeding en beweging: (2 – Engbers et al, 2005; 1 – Moens et al., 2006)
- Naar alle sectoren, in het bijzonder voeding, chemie, metaal, transport, overheid, scholen en de socio-culturele sector (personeel én leden).
 - Hiervoor moet argumentatie (zowel economische argumenten als aandacht voor vergrijzing, human capital en duurzaam ondernemen) opgebouwd en aangeleverd worden door externe organisaties evenals eenvoudige en meetbare indicatoren.
 - Overtuigen van de sociale partners .
 - Ontwikkelen van een methodiek die KMO's stimuleert om gezond bewegen en evenwichtig eten op het werk te promoten.
 - Verzamelen en verspreiden van goede praktijkvoorbeelden – opstellen van een inventaris met initiatieven voor werknemers i.v.m. voeding en beweging op centraal of regionaal niveau.
 - Ontwikkelen en ontsluiten van evidence voor bedrijfsinterventies.
- P** 4.2 Ontwikkelen van taakafspraken: (0)
- Ontwikkelen van taak, rol- en samenwerkingsafspraken tussen partner- en terreinorganisaties in het domein van gezondheidsbevordering op het werk (onderzoek, ontwikkeling, implementatie en evaluatie).
 - Duidelijke opdracht voor de externe diensten voor preventie en bescherming met betrekking tot voeding en beweging.

B Omgeving

- P** 4.3 Gezonde voeding aanbieden en faciliteren:
- Draagvlak stimuleren bij het management, de sociale partners en cateringbedrijven voor het opzetten van een 'gezond' aanbod in het bedrijf. (0)
 - Verhogen van het evenwichtig voedingsaanbod, bv. voldoende fruit, groenten en laag-vet-alternatieven in het bedrijfsrestaurant, evenwichtig opvullen van automaten (3- Proper et al., 2005; Büchner et al, 2007; NICE (UK), 2006).
 - Deelname aan en opname van het gezond aanbod door werknemers. Hiervoor is zicht vereist op de effectieve strategieën voor participatie van werknemers aan bedrijfsinitiatieven. Bijvoorbeeld d.m.v. promotie op de plaats van aankoop door evenwichtige voedingsmiddelen op ooghoogte of vooraan te plaatsen (3 – Engbers, 2005; Brug et al, 2005; NICE (UK), 2006), incentives, een financiële trigger.
 - Implementatie van richtlijnen voor evenwichtige maaltijden en tussendoortjes in samenwerking met cateraars. (1 – Moens et al, 2006)
 - Voorbeeldfunctie van overheidsbedrijven. (0)
- P** 4.4 Gezond bewegen aanbieden en faciliteren, ook voor sedentairen:
- Het ontwikkelen van laagdrempelige bewegingsinitiatieven voor sedentaire werknemers. (0)
 - Goede en veilige fietsenstallingen. (3- Brug et al, 2005; NICE (UK), 2006);
 - Voorzien van douches. (3- Brug et al, 2005; NICE (UK), 2006);
 - Promotie van woon-werkverkeer met de fiets, te voet of het openbaar vervoer. (3 – NICE (UK), 2006; Storm et al 2006)
 - Ontspanningsmogelijkheden binnen en buiten de uren aanbieden (lunchwandeling, gebruiken van lokale vrijetijdsfaciliteiten) (3- Brug et al, 2005; NICE (UK), 2006)
 - Afstand naar printers, koffie(zet)automaten, ... vergroten.
 - Stimuleren van het gebruik van de trap d.m.v. 'prompts', bv. posters en aanduidingen (3 - Brug et al , 2005; Dugdill, 2007; NICE (UK), 2006)

- Wandelinterventies die gebruik maken van het stellen van haalbare doelen, dagboeken, zelf-monitoring en wandelroutes (3- Brug et al, 2005; NICE (UK), 2006; Dugdill, 2007), bv. 10.000 stappen (3- De Cocker et al, in press).
- P** 4.5 Opstart van een netwerk van aanbieders en ondersteuners als cateraars, kinesisten, sportclubs, diëtistenverenigingen, overheden. (0)
- Infrastructuur aanpassen, zowel in het bedrijf als in de omgeving kunnen de haalbaarheid van bv. actief woon-werkverkeer bevorderen.

C Educatie

- P** 4.6 Draagvlak ontwikkelen voor een geïntegreerd beleid via sensibilisering en bewustmaking. (2- Rogers)
 - Op maat van de werkgever, leidinggevendenden, middenkader, comité voor preventie en bescherming.
 - Op het werk maar ook buiten het bedrijf.
 - Verzamelen en verspreiden van goede praktijkvoorbeelden.
- P** 4.7 Groepseducatie op maat van werknemers (1 - O'Donnell, M.P, 1997/2002; Proper et al, 2005)
 - Ontwikkelen en implementeren van zowel sensibiliserende als gedragsveranderende interventies
 - Door informatie bij het bewegings- en voedingaanbod (labeling, informatie op plaats van aankoop), workshops, bewustmakingstests, tailoringprogramma's, kookdemo's of winkeloefeningen).
 - Ontwikkeling en implementatie van voedingsschema's voor ploegenarbeiders. (3 – Singh et al, 2002)
 - Organiseren via de sectororganisaties voor bedrijven met minder dan 50 werknemers. Voor bedrijven met meer dan 50 werknemers kan dit georganiseerd worden via de bedrijven zelf.
 - Werklozen groepseducatie aanbieden via de VDAB.
 - Gezondheidseducatie afstemmen op moderne communicatiekanalen als iPod
- Bekendmaken van het wettelijk kader rond borstvoeding aan bedrijfsleiders en vrouwelijke werknemers, werknemers sensibiliseren rond het voorzien van faciliteiten voor het afkolven. (0)
- De individuele benadering/begeleiding van werknemers in gedragsverandering door het ontwikkelen en implementeren van interventies die zowel sensibilisering als gedragsverandering beogen. (2 - O'Donnell, M.P, 1997/2002)
- Ontwikkelen en implementeren van een transferstrategie voor interventies op het werk naar de thuissituatie. (0)

D Deskundigheidsbevordering

- P** 4.8 Ontwikkelen en legitimeren van een kwaliteitslabel van opgeleide deskundigen, door het VIG. (0)
- P** 4.9 Opleiding en trajectbegeleiding in functie van gezondheidseducatie en beleidsontwikkeling (vanuit de kadermethodiek gezondheidsbevordering op het werk) koppelen aan de erkenning van de externe diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk (EDPBW's) door de Vlaamse overheid als terreinorganisatie voor preventieve activiteiten in het luik bedrijfsgezondheidszorg. (0)
- P** 4.10 Training voor o.a. de hiërarchische lijn, HR verantwoordelijken, vakbonden, keukenpersoneel rond gezonde voeding en beweging. (0)
- Training van preventieadviseurs en personeelsverantwoordelijken in het geven van beleidsadvies aan ondernemingen binnen de context van de kadermethodiek gezondheidsbevordering op

het werk.

- Leertrajecten voor bedrijven om ondersteuning te bieden in de uitbouw van hun voedings- en bewegingsbeleid: (1 - Moens et al., 2006)
 - Hoe evenwichtige voedingskeuzes promoten, het maken van een business case, ...
 - Voor bedrijven met minder dan 50 werknemers kan dit georganiseerd worden via de sectororganisaties, voor bedrijven met meer dan 50 werknemers via de bedrijven zelf.
 - Begeleiding door experts bij de implementatie van het beleid in het bedrijf.
- Tools ontwikkelen en ontsluiten voor bedrijven om hun initiatieven te evalueren, o.a. via de indicatorenmeting. (0)
- Verbeteren van de implementeerbaarheid (onder meer de bruikbaarheid) van meetinstrumenten. (0)

Strategie 5: Een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers

Context

In de PAN-EU studie werd gepeild naar de voornaamste informatiebronnen van de bevolking voor evenwichtige voeding. In de EU behoren gezondheidsprofessionals tot de belangrijkste informatiebronnen, in België zijn ze zelfs de belangrijkste bron (Institute for European Food Studies, 1996). Een belangrijk kanaal voor een effectieve voedingsvoorlichting is de eerstelijnszorg, die in Vlaanderen vooral wordt verstrekt door huisartsen. Gezien de regelmaat in consultaties is de huisarts zeer goed geplaatst om mensen te informeren en preventief te werken (gezondheidsenquête, 2004). 79% van de Belgen gaat minimaal één keer per jaar naar de huisarts. Gemiddeld raadpleegt de Belg zo'n 4,5 keer per jaar zijn huisarts. Bij ouderen loopt het huisartsbezoek op tot 12 keer per jaar. Lager opgeleiden contacteren hun huisarts minder frequent. 49% van de Belgen gaat één keer per jaar naar de algemene tandarts en in het voorbije jaar had 2,4 % van de bevolking contact met een diëtiste. Onderzoek heeft aangetoond dat de Belg, net als andere Europeanen, gezondheidswerkers in het algemeen en de huisarts in het bijzonder niet alleen als een belangrijke, maar ook als de meest betrouwbare bron van voedingsinformatie beschouwt. 90% van de bevolking vindt de informatie van de gezondheidswerkers betrouwbaar (Smet & De Geeter, 2007; Van Dillen S, 2005).

Uit een onderzoek van NICE (2007) blijkt dat huisartsen en pediaters in de praktijk onvermijdelijk geconfronteerd worden met allerlei vragen over voeding en beweging. Daarnaast hebben zij ook de belangrijke taak de patiënt attent te maken op het belang van evenwichtige voeding en gezond bewegen, hetzij in het kader van een algemene preventie, hetzij in het kader van de behandeling van een vastgestelde aandoening. Huisartsen zien het nut van voedingsvoorlichting in, maar ervaren belangrijke barrières om dit tijdens consultaties vaker aan bod te laten komen. De indruk bestaat dat de kennis van voedings- en gezondheidsaspecten van bepaalde voedingsmiddelen en van de voedingsaanbevelingen vooral nog bij huisartsen kan worden verbeterd. Momenteel is de kans dat artsen en diëtisten verschillende adviezen geven nog reëel. Ook de samenwerking tussen artsen en diëtisten blijkt beter te kunnen (Nutrinews, 2007).

Van zorgverstrekkers zoals huisartsen, algemene tandartsen, thuisverpleegkundigen, apothekers, ... moeten echter geen voedings- en bewegingsdeskundigen worden gemaakt. Het is vooral belangrijk dat de zorgverstrekkers problemen omtrent te weinig beweging en onevenwichtige voeding herkennen, en relatief eenvoudige informatie over voeding en beweging in grote lijnen aan de patiënt kunnen uitleggen. Voor complexe en uitgebreide adviezen kunnen zorgverstrekkers best altijd blijven doorverwijzen naar een diëtist of bewegingsdeskundige. Van toenemende concurrentie tussen diëtisten en andere zorgverstrekkers zal dan ook geen sprake zijn. Uit de praktijk blijkt namelijk dat hoe meer een arts van voeding af weet, hoe meer hij zal doorverwijzen naar een diëtist (Coene, 1999). Zorgverstrekkers moeten een aantal attributen in handen krijgen, waarmee zij hun patiënten antwoord kunnen geven op hun vragen over voeding en beweging. Informatie aangeboden in de vorm van tijdschriften, symposia, nascholing,... lijkt de zorgverstrekkers onvoldoende te bereiken (Coene, 1999). Daarom zijn praktische 'tools', materiaal waarmee zorgverstrekkers direct aan de slag kunnen, nodig.

Het **doel van deze strategie** is het verhogen van kennis bij diverse zorgverstrekkers en hen in staat stellen gericht door te verwijzen naar een voedings- of bewegingsdeskundige. Gezonde voeding en beweging lijkt eenvoudig, maar is zeer complex. Het is belangrijk dat verschillende zorgverstrekkers op dezelfde vragen dezelfde antwoorden geven. Bovendien moeten ze tijdig problemen herkennen. Er wordt van elke zorgverstrekker verwacht dat hij een basiskennis over voeding en beweging bezit, relatief eenvoudige, maar juiste voedings-

en beweeginformatie kan geven en in staat is om mensen te motiveren om de eerste stappen te zetten naar gedragsverandering.

Het geven van complexe adviezen en het begeleiden van mensen tijdens dit veranderingstraject is een taak voor voedings- en bewegingsdeskundigen. Dit veronderstelt dat de verschillende zorgverstrekkers naar elkaar doorverwijzen, informatie uitwisselen en samenwerken.

Mogelijke actoren:

In het kader van dit actieplan worden de zorgverstrekkers in **twee categorieën** onderverdeeld. De ene groep bestaat uit voedings- en bewegingsdeskundigen. Zij staan in voor een intensieve begeleiding van mensen die anders willen eten of bewegen. De anderen zijn alle overige zorgverstrekkers die hun patiënten informeren over gezonde voeding en beweging, motiveren bij de eerste stappen tot gedragsverandering en hen doorverwijzen naar de juiste deskundigen.

- 1) Deskundigen op het vlak van voeding en beweging:
 - Diëtisten
 - Bewegingsdeskundigen
- 2) Zorgverstrekkers die basisinformatie over gezonde voeding en beweging aanreiken, patiënten kunnen motiveren en correct doorverwijzen:
 - Huisartsen: kunnen de centrale figuur zijn voor het opvolgen en verzamelen van alle medische gegevens en voor het doorverwijzen van patiënten. Vaak heeft een patiënt meerdere klachten en blijft er weinig tijd over voor preventieve activiteiten. De bevolking dient zich ervan bewust te zijn dat de huisarts ook geraadpleegd kan worden voor preventieve consulten, d.i. dus ook wanneer er (nog) geen klachten zijn.
 - Algemene tandartsen: verstrekken basisinformatie over gezonde voeding en verwijzen door bij problemen.
 - Huisapothekers: bereiken veel mensen, zijn laagdrempelig en kunnen op grote schaal informatie verspreiden.
 - Cardiologen: bij het voorkomen en behandelen van hart- en vaatziekten is een gezonde leefstijl, o.a. gezonde voeding en voldoende beweging van groot belang.
 - Endocrinologen
 - Gynaecologen, vroedvrouwen en lactatiedeskundigen: kunnen een rol spelen in het promoten van het starten met borstvoeding. Door borstvoeding te stimuleren, aandacht te hebben voor contra-indicaties omtrent geneesmiddelen en borstvoeding. Deze zorgverstrekkers kunnen ook evenwichtige voeding bij de toekomstige moeder bevorderen.
 - Kinderartsen: zijn belangrijke actoren voor evenwichtige voeding bij kinderen.
 - Maatschappelijk werkers, straathoekwerkers en andere sociale werkers: hebben contact met moeilijk te bereiken doelgroepen en zijn belangrijk om kansarmen te bereiken. Sociaal werkers kunnen drempelverlagend werken door in twee trappen door te verwijzen.
 - Thuisverzorgsters – gezins- en bejaardenhelpsters: komen bij mensen thuis en hebben een goed zicht op de leefsituatie van hun patiënten. Zij kunnen veranderingen in het dagelijkse leven m.b.t. voeding en beweging helpen aanbrengen.
 - Ergotherapeuten: leren dagelijkse activiteiten aan, waarbij aandacht geschonken kan worden aan evenwichtige voeding en gezond bewegen. Bijvoorbeeld bij het koken.
 - Bewegingstherapeuten in psychiatrische afdelingen: begeleiden bewegingsactiviteiten van patiënten.
 - Verpleegkundigen: kunnen in hun dagelijkse werking aandacht hebben voor evenwichtige voeding en voldoende beweging.
 - Arbeidsgeneesheren: zijn opgenomen in het actieplan in strategie 4 m.b.t. de werkplek. Screening van werknemers op vlak van voedings- en beweegriscos wordt niet standaard opgenomen en betekent een meerkost voor bedrijven. Het is nodig bedrijven te motiveren om hierop in te tekenen. Arbeidsgeneesheren dienen ook in deze strategie opgenomen te worden omdat hun taken ook de individuele begeleiding van werknemers omvat.

- CLB – schoolartsen: zijn opgenomen in het actieplan in strategie 3 m.b.t. de school. Dienen ook in de strategie voor zorgverstrekkers opgenomen omdat hun taken ondermeer de individuele begeleiding van leerlingen omvat. Hebben vaak weinig mogelijkheden om leerlingen terug te zien, maar wel een belangrijke motiverende opdracht bij doorverwijzen.

Effectiviteit

Uit reviewonderzoek blijkt dat het advies van huisartsen aan patiënten om meer te **bewegen** effectief is. Succesfactoren zijn onder andere gebruik maken van geschreven materialen voor patiënten, rekening houden met de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt, training van huisartsen en beschikbaarheid van aangepast materiaal voor de huisartsen. Nieuwe strategieën die toelaten om geleverde inspanningen te meten en voor te schrijven (bv. stappentellers, het "groene voorschrift", ...) kunnen de fitheid verhogen. Barrières zijn de vereiste tijd, benodigde vaardigheden, behoefte aan adequate terugbetaling en het gebrek aan evidence die resultaten ondersteunen (Petrella, 2002). Een combinatie van huisartsen trainen met het structureren van de aanpak in de praktijk leidde tot het aangepast toepassen van de aanbevolen strategie voor begeleiden van beginnende gedragsverandering, waarbij positieve veranderingen in **eetgewoonten, gewicht** en bloedlipiden bij patiënten bekomen werden (Ockene et al, 1999).

Om zorgverstrekkers aan te moedigen om deze begeleiding op te nemen met hun patiënten is aangetoond dat vooral korte trainingsinterventies, remindersystemen en efficiënte samenwerking met andere zorgpartners hiervoor de meeste kansen bieden (Harvey, 2007). Deskundigheidsbevordering bij zorgverstrekkers is cruciaal voor het snel opsporen van voedings- en bewegingsgerelateerde problemen, en voor het effectief en efficiënt aanpakken van deze problemen. Toch moet ervoor gewaarschuwd dat het niet bij éénmalige acties mag blijven. Het effect van éénmalige bijscholing blijft zeer beperkt en is snel uitgewerkt. Duurzame, continue scholing tijdens de opleiding van zorgverstrekkers en bijscholing tijdens hun loopbaan is noodzakelijk.

Kritische succesfactoren

- Aangaan van duurzame samenwerkingsverbanden tussen de Vlaamse en de federale overheid met het oog op de **bespreking van de vergoeding voor preventieve consulten** bij diverse zorgverstrekkers, zoals diëtisten, bewegingsdeskundigen, algemene tandartsen, ...
 - Momenteel is er slechts een beperkte terugbetaling voor consulten bij een diëtiste in het kader van diabetes. Andere preventieve consultaties m.b.t. gezonde voeding en beweging vallen op dit moment volledig ten laste van de patiënt of cliënt.
 - Het ontbreken van preventieve nomenclatuur vormt een drempel voor zorgverstrekkers. Zij aarzelen om door te verwijzen naar een deskundige waarvoor geen financiële tegemoetkoming is voorzien. Deze financiële barrière maakt het moeilijk om de patiënt te motiveren om bijvoorbeeld een voedings- of bewegingsdeskundige te raadplegen.
 - Terugbetaling van preventieve consulten is essentieel opdat kansengroepen zouden genieten van het preventief zorgaanbod.
- Vastleggen van een **profiel voor bewegingsdeskundigen** met daaraan gekoppeld erkenning van het beroep. Een bewegingsdeskundige moet vanuit het actieplan gezien worden als het equivalent van een diëtist, maar dan op het vlak van beweging. Hij/zij is expert op het vlak van beweging én beschikt over de competenties om mensen te motiveren en intensief te begeleiden om meer te gaan bewegen.
- Opnemen van basisinformatie over gezond bewegen, evenwichtige voeding, gedragsverandering en motivatietechnieken in de **curricula van alle zorgverstrekkers**.

- Inbouwen van preventie in het elektronisch medisch dossier (EMD). Alsook koppelingen voorzien in het EMD tussen diagnoses en specifiek daarvoor ontwikkeld beleidsondersteunend materiaal enerzijds en patiënteninformatie specifiek over de aandoening in kwestie anderzijds. De verwijsbrieven naar bijvoorbeeld diëtist en bewegingsdeskundige moeten, per aandoening, de daarvoor beschikbare informatie uit het EMD kunnen betrekken en integreren in de verwijsbrief. De inhoud van de verwijsbrieven wordt ontwikkeld in samenspraak met de betrokken zorgverstrekkers.

Pijlers

A Beleid

P	5.1 Opstellen en implementeren van taakafspraken tussen zorgverstrekkers op lokaal niveau. (0) – Het doel hiervan is het versterken van de efficiënte samenwerking tussen zorgverstrekkers. De taakafspraken dienen een antwoord te bieden op de vragen van zorgverstrekkers: naar wie dient wanneer doorverwezen te worden en waar kunnen deze zorgverstrekkers teruggevonden worden? – Een systeem dat steunt op doorverwijzen naar deskundigen impliceert dat zorgverstrekkers deze deskundigen kennen en gemakkelijk kunnen contacteren. Het is zowel voor voedings- als bewegingsdeskundigen noodzakelijk om te beschikken over een namen- en adressenlijst. – Het opstellen van deze taakafspraken gebeurt het best op lokaal niveau, bijvoorbeeld op het niveau van de LOK-groepen in samenwerking met de verschillende beroepsverenigingen van zorgverstrekkers. – Implementatie kan aan de hand van een draaiboek met bijhorende stappenplannen.
P	5.2 Lokaal multidisciplinaire centra/teams (0) – Verzameling van verschillende zorgverstrekkers, zoals huisarts, diëtist, bewegingsdeskundige, tandarts, ... – Huisarts kan mogelijke trekker zijn van een multidisciplinair centrum. – Vergoeding voor zorgverstrekkers die zich engageren om in groep te werken; vraagt immers tijd en middelen. – Kan bijvoorbeeld in buurtwerking. – Cfr wijkgezondheidscentra die een belangrijk kanaal zijn voor het bereiken van kansengroepen.
P	5.3 Aandacht voor gezonde voeding en beweging in zorgpaden: (0) – Systematisch aandacht besteden aan gezonde voeding en beweging in bestaande zorgpaden van ziektes waarbij voeding en beweging een rol spelen. ▪ Opstellen van een preventieve gestandaardiseerde aanpak, die bekend is bij alle zorgverstrekkers. Nu stellen verschillende zorgverstrekkers telkens opnieuw dezelfde vragen, voeren ze dezelfde onderzoeken uit en worden leefstijlgegevens niet doorgegeven. Dit is geen 'zorgpad' in de strikte betekenis van het woord omdat het voor alle zorgverstrekkers bedoeld is, en er bovendien niet vertrokken wordt vanuit een ziekte-toestand. ▪ Creëren van een overlegorgaan of communicatiesysteem tussen preventie en curatie – Afstemming van de aanbevelingen goede praktijk voortzetten. – Maken van afspraken over vroegdetectie en doorverwijzing, bijvoorbeeld tussen CLB en huisartsen, algemene tandartsen en huisartsen, huisartsen en diëtisten, ... ▪ Stimuleren van het systematisch meten van gewicht, lengte, middelomtrek en andere leefstijlgebonden parameters door huisartsen, diëtisten en bewegingsdeskundigen bij elke patiënt. Dit is een goede manier om evolutie op te volgen, wat belangrijk is voor de preventie van overgewicht.

- Ontwikkelen van andere stimuli waardoor huisartsen, algemene tandartsen, ... meer tijd kunnen vrijmaken voor preventie. Zorgverstrekkers werken volgens prestatievergoeding. Het invoeren van bijvoorbeeld een preventiebonus kan een positieve stimulans zijn.

B Deskundigheidsbevordering

Deze pijler behandelt de deskundigheidsbevordering van zorgverstrekkers in de basisopleiding en tijdens hun loopbaan met als doel het verhogen van de kennis over evenwichtige voeding, gezond bewegen en gezond gewicht, wetenschappelijk onderbouwd en afgestemd op familiale en sociale omstandigheden, rekening houdend met de fasen van gedragsverandering en verschillende doelgroepen.

- P** 5.4 Uitwerken van een direct bruikbaar preventiepakket naar zorgverstrekkers. (2- Petrella & Lattanzio, 2002, Ockene et al, 1999)
- Dit pakket kan uit verschillende componenten bestaan:
- Een direct bruikbare preventieve richtlijnen uitwerken voor zorgverstrekkers i.v.m. voeding en beweging - op basis van 'de praktische voedings- en beweeggids' (VIG, 2006). Aangepast aan de format van de specifieke beroepsgroepen, zoals bv. de 'aanbevelingen voor goede praktijkvoering' voor huisartsen (Domus Medica, 2008),
 - Directe tools voor de meting van de middelomtrek en BMI, bijvoorbeeld geïntegreerd in de reeds gebruikte software.
 - Ontwikkelen en implementeren van praktische handvatten voor thuisverzorgenden, bijvoorbeeld een kookboekje a.d.h.v. de actieve voedingsdriehoek, brochure met praktische tips om beweging te stimuleren bij sedentairen. Dit moet gepaard gaan met een goede introductie, gekoppeld aan interactieve vorming via o.a. het vormingsinstituut van Familiehulp VTO.
 - Ontwikkelen van een minimale interventiestrategie voor voeding en beweging.
 - Verspreiden bij alle zorgverstrekkers.
 - Op basis van het systematisch meten van gewicht, lengte, middelomtrek, ...
 - Doel: iedereen kan primair mensen aanzetten om gezond te eten en voldoende te bewegen. Voor uitgebreid advies kan doorverwezen worden naar een deskundige.
 - Aanbieden van navormingen en training, in samenwerking met andere zorgverstrekkers. Via bestaande structuren, zoals het Instituut Permanente Studie Apothekers (IPSA), het vormingsinstituut van Familiehulp (VTO), Domus Medica, ...
 - Vorming i.v.m. het omgaan met kansengroepen: vragen een benadering aangepast aan hun sociale en/of culturele leefsituatie.
 - Opnemen van tandvriendelijke dimensie bij het geven van advies over evenwichtige voeding. Dit kan aan de hand van het tandvriendelijk voedingsadvies.
 - Verdere uitbouw en implementeren van een geschikt ondersteunend vormings- en begeleidingsaanbod naar CLB, begeleiders en zorgverstrekkers vanuit partner- en gezondheidsorganisaties, i.v.m. hun doorverwijfsfunctie, vroegdetectie en het geven van verantwoord voedings- en beweegadvies.
- Informatie verstrekken over de deskundigheid, manier van werken en praktische aspecten (bv. tarief) van andere disciplines met het oog op samenwerking en doorverwijzing.

C Educatie van het grote publiek

- P** 5.5 Ruimer bekend maken bij het algemeen publiek van de preventieve dienstverlening van zorgverstrekkers, ter verduidelijking van hun mogelijkheden. (0)
- Doel van deze actie is aan het grote publiek een antwoord geven op de vraag: 'Bij welke hulpverlener kan ik voor wat terecht?'
 - Met aandacht voor goede beeldvorming van zorgverstrekkers, bijvoorbeeld een actie die mensen bewust maakt dat een diëtist ook voedingsadvies geeft zonder dat je een chronische ziekte hebt of verplicht op dieet moet. Dat een bewegingsdeskundige niet alleen topsporters begeleidt, dat algemene tandartsen in de eerste plaats mensen begeleiden.
 - Mogelijke kanalen:
 - Via infoblad van gemeenten, TV programma's, gezondheidslokaal, bibliotheek in iedere gemeente.
 - Oprichten van een organisatie op Vlaams, provinciaal of gemeentelijk niveau die de adressen van zorgverstrekkers verzamelt en het grote publiek begeleidt in haar zoektocht naar de gepaste zorgverstrekker.
 - Aanzetten van mensen tot het stellen van vragen aan de huisarts, door bijvoorbeeld aangepaste stimuli en materiaal voor de wachtkamer, zoals gezondheidstesten (2-Contento, 1995), getailorde computer programma's (2- Leitzmann et al, 2007), posters, eenvoudige vragenlijsten.

Strategie 6: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bevorderen via informatie en communicatie

Context

Publieksinformatie over voeding en beweging is alomtegenwoordig in de algemene en de gespecialiseerde pers, in de audiovisuele media en bij professionele aanbieders zoals ziekenfondsen, andere gezondheidsorganisaties, massamediacampagnes, reclameboodschappen of productinformatie. De interesse vanuit al deze hoeken voor leefstijlthema's en in het bijzonder voeding en beweging, illustreert dat leefstijl 'big business' is geworden. Indien boodschappen tegenstrijdig zijn, wordt de consument verward en dreigt hij niet langer geïnteresseerd te blijven in gezond bewegen en evenwichtig eten.

Uit het PAN –EU-onderzoek (Institute for European food studies, 1996) blijkt dat de populaire media vaak worden gebruikt als informatiebron voor gezonde voeding, ook al worden ze als minder betrouwbaar ervaren dan gezondheidsprofessionals en overheidsorganisaties. Een belangrijk doel in deze strategie is het bekomen van een engagement van de mediasector om in hun berichtgeving inspanningen te doen om correcte boodschappen rond voeding en beweging te verspreiden. Evenwichtige voeding en beweging moeten niet alleen tijdens pure informatieve momenten aan bod komen, maar ook als 'infotainment'. Tv- figuren die gezond eten en regelmatig bewegen zijn niet-belerende (informatie zonder het wijsvingertje) goede voorbeelden met een enorme impact. Een appetetende of melkdrinkende tv-figuur kan een invloed hebben op het gedrag, zonder ook maar één woord te reppen over gezonde voeding. Kookprogramma's waar rijkelijk wordt gekookt met seizoensgroenten en – fruit van bij ons en waar matig met vet, zout, suiker en vlees wordt omgesprongen, geven het goede voorbeeld en tonen dat evenwichtig eten ook lekker kan zijn. Veel groenten zien gebruiken doet ook de consumptie stijgen. Kansarmen gebruiken vaak de tv en BV's als voorbeeld. De boodschappen moeten correct zijn en positief geformuleerd. Wellicht is daarvoor ook kennis vereist bij mediaprofessionals om correcte boodschappen rond evenwichtige voeding en gezond bewegen te verspreiden.

Daarnaast is ook een engagement van de voedingsindustrie, -distributie en landbouw wenselijk om correcte boodschappen te gebruiken in hun campagnes. Een ethische code voor de reclame voor voeding werd door FEVIA, de federatie van de voedingsindustrie, en UBA (de Unie van de Belgische Adverteerders) opgesteld. De ethische code is bindend voor alle partijen die reclamecampagnes voeren met betrekking tot voeding in België. De JEP (Jury voor Ethische Praktijken inzake Reclame) kijkt toe op het naleven van deze ethische code. Het aantal klachten is nog niet zeer groot (in 2006 waren er 21 klachten inzake reclame voor voeding en 5 inzake dranken). Dit kan enerzijds te wijten zijn aan het feit dat de ethische code goed wordt nageleefd of anderzijds doordat nog te weinig consumenten en niet-commerciële organisaties de inhoud van de ethische code kennen. Alleen consumenten en niet-commerciële organisaties (bv. consumentenorganisaties, socio-culturele organisaties, overheden en vertegenwoordigers van deze overheden) kunnen een klacht indienen.

Deze strategie geeft eveneens aan op welke wijze het best over het actieplan wordt gecommuniceerd. De consument heeft nood aan duidelijke en niet-tegenstrijdige informatie. Een overkoepelende campagne is noodzakelijk om te bewaken dat uniforme boodschappen rond gezond bewegen en evenwichtige voeding verspreid worden, en om samenhang tussen alle interventies uit dit actieplan te bekomen. Dit vergroot de kans op de gewenste uitkomsten. In het verleden werden reeds dergelijke campagnes gevoerd. Op Vlaams niveau werd in 2003 en 2004 de campagne Vinnig Vlaanderen gevoerd. In 2003 werd beweging in de kijker gezet en in 2004 gezonde voeding. In 2006 werd in het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan eveneens een massamediacampagne gevoerd rond voornamelijk het belang van meer groenten en fruit. Het thema evenwichtige voeding kwam ook meermaals aan bod in de mediacampagnes van Kom op tegen Kanker.

De bekendheid van dergelijke acties bij de consument is meestal goed. Dit blijkt uit de gevoerde posttesten.

Effectiviteit

Welke resultaten mogen we verwachten van grootschalige campagnes en 'infotainment' over gezond bewegen en evenwichtige voeding te bevorderen? De mogelijke effecten van (massa)mediacampagnes zijn uitgebreid in kaart gebracht. Mediacampagnes die gebruik maken van sociale marketingtechnieken en die zich sterk op de doelgroep oriënteren, zijn effectief om de kennis over evenwichtige voeding te vergroten en het bewustzijn over de eigen eetgewoonten te veranderen (CDC, 2005; Alcalay et al., 2000; Contento et al., 1995). Dit geldt in het bijzonder wanneer deze campagnes gecombineerd worden met feedback naar de doelgroep. Ook voor fysieke activiteit werden deze effecten vastgesteld (CDC, 2005). Gedragsverandering via sociale marketingcampagnes ligt moeilijker. Het is mogelijk om via campagnes eenvoudige gedragingen, zoals bv. melk drinken, in goede zin te veranderen. Dit is niet zo voor complexe gedragspatronen. Veranderen van beweeg- en eetgewoonten is ook makkelijker bij kinderen en jongeren, juist omdat bij hen gedragspatronen nog niet of veel minder zijn vastgeroest. De betrokkenheid van de omgeving is een voorwaarde om een verandering in beweeg- en eetgewoonten te bereiken. Met omgeving bedoelt men zowel de sociale steun van familie, vrienden of burens, als de materiële omgeving, die het uitvoeren van het gewenste gedrag eenvoudiger maakt. Mediacampagnes worden dan ook best gecombineerd met acties in de lokale omgeving, als gedragsverandering wordt nagestreefd (Alcalay et al., 2000; Contento et al., 1995). De opzet van een dergelijke actie bepaalt in grote mate de **effectiviteit**. Door de campagne herhaaldelijk te voeren onder een steeds terugkerende "merknaam" wordt de bekendheid groter, vinden boodschappen meer hun weg naar de beoogde ontvanger en wordt de versnippering van middelen tegengegaan. Het uitwerken van een goede communicatiemix is bijzonder belangrijk. Een massamediacampagne richt zich tot het algemene publiek en bereikt diverse doelgroepen ongeacht de fase waarin men zich inzake mogelijke gedragsverandering bevindt. De campagne moet dus elementen voor alle fasen bevatten.

De effecten van infotainment zijn veel minder onderzocht. Het gebruik ervan leidde bij andere gezondheidsthema's tot positieve uitkomsten. Whittier et al. (2005) onderzochten het effect van infotainment televisie bij homomannen en vond bij diegenen die de serie volgden, een verhoogde intentie om zich te laten screenen op syphilis alsook om anderen aan te zetten om zich te laten screenen. Collins et al. (2003) gingen bij jongeren de impact na van een episode uit 'Friends' over condoomgebruik, en vonden een effect op kennis, vooral bij die jongeren die samen met een volwassene naar de aflevering hadden gekeken. Ook Valente et al (2007) stelden veranderingen vast op kennis, attitude en (zelfgerapporteerd) gedrag na een serie waarin de verhaallijn betrekking had op obesitas, hypertensie en '5 A Day'. Verrassend genoeg bleken deze effecten groter bij mannen dan bij vrouwen. Wellicht is dit verschil te verklaren door de lagere kennis over voeding bij mannen, zoals vastgesteld werd op de premeting. Wilkin et al. (2007) stelden goede effecten vast op kennis m.b.t. borstkanker en merkten op dat meer mannen die de afleveringen hadden gezien hun vrouwen aanmoedigden een mammografie te laten nemen. De mogelijkheden die infotainment lijkt te hebben om gedrag te veranderen, zijn bemoedigend, zeker omdat het bereik van deze benadering vaak veel groter is dan de meer traditionele vormen van educatie.

Kritische succesfactoren

- Toezicht op de regelgeving inzake reclame (vooral naar kinderen) en etikettering van voedingswaren.
- Toezicht op het functioneren van de zelfregulerende reclamecodes.

- Bij de Vlaamse minister van mediabeleid een regelgeving aanklaarten die de Vlaamse televisieomroepen oplegt om gratis zendtijd vrij te maken voor gezondheidsboodschappen van de overheid. Voor eenzelfde bedrag dat zij verdienen aan zendtijd voor 'minder gezonde' producten.

Pijlers

A Beleid

- P** 6.1 Ter ondersteuning van het actieplan voeding en beweging organiseert de Vlaamse overheid een langlopende massamediacampagne, die aan volgende voorwaarden voldoet: (2- CDC, 2005; Alcalay et al., 2000, Contento et al., 1995)
- Richt zich tot alle doelgroepen.
 - Maakt gebruik van een communicatiemix.
 - Professioneel.
 - Voorbereid in overleg met gezondheidsdeskundigen en doelgroeporganisaties.
 - Lokale actoren worden tijdig betrokken in de voorbereiding van de campagne.
 - Uitgetest bij de verschillende doelgroepen.
 - Goed herkenbaar door aantrekkelijk logo.
 - Heeft een duidelijk aanspreekpunt.
 - Acties die passen in de campagne kunnen gebruik maken van het campagnebeeld.
- P** 6.2 Bekomen van een engagement van de voedingsindustrie, -distributie en landbouw om correcte boodschappen te gebruiken in hun reclamecampagnes. Afspraken maken om hun boodschappen af te stemmen op die van de overheids campagne. (1 – WHO, 2005)
- Een engagement vragen van de journalistenbond voor het brengen van correcte, niet op sensatie gerichte berichtgeving in het kader van gezondheidsboodschappen met betrekking tot gezond bewegen en evenwichtig eten (vgl. Guidelines on Science and Health Communication in het VK).

B Omgeving

- P** 6.3 De langlopende overheids campagne kan maar doeltreffend zijn als deze lokaal ondersteund wordt: (2- Alcalay et al., 2000; Contento et al., 1995).
- Alle lokale actoren (school, werk, jeugdverenigingen, dienstencentra, socioculturele organisaties, ...) moeten dezelfde boodschap brengen.
 - De lokale campagne moet uitgaan van wat al bestaat: heel wat verenigingen en diensten werken met ouderen, kansarmen, allochtonen, jongeren, ... Zij zijn de meest geschikte kanalen om de campagne lokaal te verspreiden.
 - Samenwerking met de lokale media en ledenbladen.

C Educatie

- P** 6.4 Met de Vlaamse televisieomroepen een gesprek op gang brengen om de beeldvorming rond gezonde voeding en beweging te beïnvloeden, door bijvoorbeeld:
- Niet-belerende gezondheidsboodschappen te verwerken in hun programma's: infotainment in populaire programma's en soaps, herkenbare modellen, bekende gezichten, indirecte boodschappen zijn aanbevolen mediatechnieken om de gezondheidsboodschap over te brengen. (2- Whittier et al., 2005 ; Collins et al., 2003 ; Valente et al, 2007)
 - Niet enkel aandacht te hebben voor competitiesport en topsport, maar ook voor allerlei vormen van recreatief bewegen.

- Een mentaliteitswijziging omtrent ouderen en hun mogelijkheden om te bewegen.
- Educatieve programma's te ontwikkelen rond evenwichtige voeding en gezond bewegen, op een niet belerende en aantrekkelijke manier (bv. naar analogie met educatieve programma's op BBC). Bijvoorbeeld populaire tv-programma's en toegankelijke kookprogramma's met bekende figuren, die correcte gezondheidsboodschappen verspreiden. Op deze manier worden ook kansarme groepen bereikt.

P 6.5 Consumenten en niet-commerciële organisaties informeren over het bestaan van de ethische code inzake reclame voor voedingsmiddelen en de mogelijkheid tot het indienen van een klacht bij JEP op basis van deze code. (0)

- Tools ontwikkelen om de actieve voedingsdriehoek nog eenvoudiger uit te leggen.

D Deskundigheidsbevordering

P 6.6 Training aanbieden voor alle mediaprofessionals die regelmatig werken rond evenwichtige voeding en beweging, bijvoorbeeld door: (0)

- Te zorgen dat journalisten een concreet aanspreekpunt hebben of weten waar zij betrouwbare informatie kunnen raadplegen (vb. via een speciale website).
- Vorming 'gezonde leefstijl' voor het werkveld.

DEEL 3: PRIORITEITEN

Uit de vele voorstellen van experts en praktijkdeskundigen zijn, zoals eerder aangegeven, op basis van voorafbepaalde principes en waarden 12 clusters van prioriteiten vastgelegd. Ze benoemen wat het meest urgent is om de gewenste veranderingen in gedrag, omgeving en gezondheid te bereiken. Prioriteit 1 verwijst naar de extra inspanningen die nodig zijn om ook gezondheidseffecten te bereiken bij sociale risicogroepen. Zij krijgt de hoogste prioriteit. De overige 11 preferenties volgen de opbouw van de zes strategieën uit het actieplan en zijn evenwaardig aan elkaar. De opsomming van voorbeelden bij de acties is niet exhaustief.

Strategie 1: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de lokale gemeenschap.

Prioriteit 1: Aanreiken van geschikte hulpmiddelen aan lokale beleidsactoren EN organisaties die met kansarmen en/of etnisch-culturele minderheden werken, om sociale risicogroepen aan te zetten tot gezond bewegen en evenwichtig eten via:

- Een praktijkgids die voedselbanken, voedselbedelingscentra, sociale restaurants en sociale kruideniers¹³ aanleert hoe evenwichtige keuzes aan te bieden en te promoten.
- Een vormingspakket voor budgetbegeleiders om de cursussen budgetbegeleiding aan te vullen met de thema's evenwichtige voeding en gezond bewegen.
Kan worden uitgebreid tot kortlopende cursus over bv. goedkoop koken, gezond koken voor kinderen, winkeloefeningen, bewegingsmogelijkheden in de buurt, beweging in het dagelijks leven, relaxatie, ... Deelnemers aan alle sessies hebben recht op een verwendag of een andere vorm van beloning. Veel aandacht gaat naar het sociaal contact.
- Stimulansen voor samenwerking tussen handelaars, bedrijven en producenten in achtergestelde buurten enerzijds en lokale beleidsactoren en organisaties die met kansengroepen werken anderzijds om het aanbod van evenwichtige voeding in achtergestelde buurten te verhogen.
Omvat het uitwerken van een ideeënboek voor gemeenten met good practices van gezonde voeding in kansarmoedebeleid. Voorbeelden zijn een boerenmarkt in de stad, busvervoer naar winkels, sociale kruideniers, ...
- Incentives voor lokale besturen die faciliteiten voor beweging aanbieden die goedkoop en toegankelijk zijn voor kansengroepen.
Omvat zoals hierboven het uitwerken van een ideeënboek voor gemeenten met good practices, ditmaal voor beweging in kansarmoedebeleid. Voorbeelden zijn een aangepast prijzenbeleid, aandacht voor groepsactiviteiten, uitstippelen van wandelroutes voor 2000 stappen, 5000 stappen, ...
De Vlaamse overheid moedigt goede praktijken in gemeenten aan en honoreert deze.

Prioriteit 2: Ondersteunen van lokale beleidsactoren in het opstellen en uitvoeren van een lokaal beleid voor gezonde beweging en evenwichtige voeding, binnen het kader van het lokaal sociaal beleid en met medewerking van het middenveld, via:

¹³ Sociale kruideniers hebben als doel een gezond aanbod te voorzien voor kansengroepen. Alle aangeboden producten worden verkocht tegen een zeer lage prijs, ook degenen die gratis door de kruidenier verworven zijn. Sociale kruideniers verkleinen het gevoel van afhankelijkheid bij kansengroepen. Sociale kruideniers zijn doorgaans verbonden aan sociale diensten en buurtcentra.

- Een interactieve website, zoals bijvoorbeeld Hartelijke buurt, die lokale beleidsmakers in staat stelt om het lokaal beleidsplan concreet in te vullen met acties voor gezond bewegen en evenwichtige voeding. Deze acties worden geselecteerd op maat van de gemeente of buurt, houden rekening met de aanwezigheid van specifieke doelgroepen (zoals ouderen, sociale risicogroepen en gezinnen) en steunen op de participatie van lokale partners (zoals socioculturele organisaties, jeugd- en sportverenigingen).

Voor de algemene bevolking:

- Een ruimere verspreiding van acties voor gezond bewegen en evenwichtige voeding in de buurt of gemeente zoals 10 000 stappen, wandelroutes van 5000 of 10.000 stappen, 'start to run'-acties, winkeloefeningen, ...
 - Campagnes en infosessies voor de lokale horeca, distributie, bioscopen en pretparken om bij hen de aandacht te verhogen voor een evenwichtig aanbod, matige portiegrootte en het promoten van het evenwichtig aanbod.
 - Een praktijkgids die OCMW's, cateraars, buurtcentra, dienstencentra, seniorenorganisaties, dagverblijven en rust- en verzorgingstehuizen leert hoe de aangeboden maaltijden, zowel in de centra als aan huis bedeed, aan te passen aan de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek.
 - Stimulansen voor het lokaal beleid om actief transport te faciliteren: veilige fiets- en wandelroutes, voldoende oversteekplaatsen, fietsparkeerplaatsen, veilige speelterreinen, voldoende verlichting, maatregelen die het verkeer vertragen, ...
- Een goede hulp is het adapteren van Quicksan (Nederland) aan de Vlaamse situatie. Quicksan is een instrument voor gezondheidseffectenscreening van maatregelen in andere beleidsdomeinen (bv. sportaanbod en -infrastructuur, toerisme, transport, vrije tijd) en bevordert het lokale facettenbeleid.
- De Vlaamse overheid kan jaarlijks een prijs uitreiken aan gemeenten die op deze indicatoren een hoge score halen of hiervoor een opmerkelijke inspanning hebben geleverd.

Voor ouderen:

- Community-projecten waarbij de verschillende verenigingen voor ouderen de handen in elkaar slaan om meer senioren aan het bewegen te krijgen, zoals BOEBS (valpreventie bij senioren) of CIB (Communities in Beweging, een Nederlands project dat groepen mensen stimuleert tot een actieve leefstijl).
- Educatieve programma's voor bewegen bij ouderen, zoals de Nederlandse programma's GALM (Groninger Actief Leven Model, een bewegingsstimuleringsprogramma dat sedentaire ouderen van 55 tot 65 jaar persoonlijk benadert om meer fysiek actief te worden) en 'In balans' (valpreventieproject).
- Praktische tools die seniorenorganisaties, buurtcentra, dagverblijven, dienstencentra en rust- en verzorgingstehuizen aangeven hoe in hun dagelijkse werking aandacht te hebben voor beweging bij ouderen.

Voor socioculturele organisaties en sportverenigingen:

- Praktische tips en richtlijnen die *vrijtijdsorganisaties* aanzetten om een evenwichtig voedings- en bewegingsaanbod uit te bouwen. Bijvoorbeeld bewegingstussendoortjes inbouwen in hun werking, fietspooling inrichten bij activiteiten, gezond feesten, ...

Strategie 2: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de leefomgeving van kinderen en jongeren (0 tot 18 jaar)

PRIORITEIT 3 Van borstvoeding de norm maken, via

- Informatie, advies en voorlichting over borstvoeding naar (toekomstige) ouders en hun omgeving d.m.v. geschreven en mondelinge communicatie, om de positieve beeldvorming over borstvoeding te stimuleren.
- Sensibiliseringsprojecten voor het geven van borstvoeding en intersectoraal samenwerken. Bv. tussen netwerk opvoedingsondersteuning, onderwijs, armoedeverenigingen, enz.

PRIORITEIT 4 Ondersteunen van ouders, gezinnen en diensten voor opvoedingsondersteuning om kinderen en jongeren evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen, via:

- Informatie, advies, voorlichting aan (groot)ouders over evenwichtige voeding, leren eten en bewegen.
- Stimulansen voor het lokaal beleid om meer speel- en groene ruimte (met aandacht voor veiligheid) te voorzien, waar (groot)ouders met hun (klein)kinderen kunnen spelen.
Het screenen van de lokale omgeving op beweeg-, spel- en groenruimte is een goede start. Dit kan een plaats krijgen in de Vlaamse versie van Quicksan (Nederland). Quicksan is een instrument voor gezondheidseffectenscreening van maatregelen in andere beleidsdomeinen (bv. sportaanbod en -infrastructuur, toerisme, transport, vrije tijd) en bevordert het lokale facettenbeleid (zie ook hoger).
- Een sensibiliseringsproject voor jeugdclubs en sportverenigingen over het aanbieden en promoten van voorkeurdranken en -snacks
- Praktische tools voor koepels van jeugdbewegingen en sportverenigingen (Steunpunt Jeugd, nationale secretariaten van de grote jeugdbewegingen, jongerenorganisaties die met kansarmen en allochtonen werken, ...) om een evenwichtig voedings- en bewegingsaanbod te voorzien tijdens activiteiten, op kamp, ... gekoppeld aan een gering budget
- Trainingsaanbod voor organisaties voor opvoedingsondersteuning om de aandacht voor evenwichtige voeding en voldoende beweging in hun dagelijkse werking te vergroten
- Aangepaste ondersteunende materialen en werkvormen ontwikkelen voor en met ouders, per doelgroep (opvangvoorzieningen, verenigingen, welzijnsdiensten, organisaties die met kansarmen werken, enz.) en dit aanbod lokaal afstemmen met jeugdwelzijnsbeleid en lokaal gezinsbeleid. Voorbeelden zijn menu ondersteuning of de multi – culturele actieve voedingsdriehoek voor peuters en kleuters.

PRIORITEIT 5 Aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden in de kinderopvang via:

- Sensibiliseringsproject voor kinderopvang om evenwichtig eten en gezond bewegen in hun gezondheidsbeleid verder uit te werken.
- Ondersteunende materialen voor de kinderopvang om evenwichtige menu's (maaltijden en dranken) samen te stellen en op een speelse manier te werken aan gezond bewegen, bv. brochures, werkinstrumenten,

een website, een vorming met aandacht voor goede praktijkvoorbeelden,
...

Strategie 3: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op school

PRIORITEIT 6 Versterken van het bovenschools organisatorisch kader en de begeleidingsstructuur om zo scholen (basis- en secundair onderwijs) te ondersteunen bij hun opdracht om leerlingen evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen, en dit via:

- Beleidsinstrumenten die de school ondersteunen in het opstellen van een schoolbeleid voor voeding en beweging. Voorbeelden zijn een 'doe- boek', checklis, resultatenmeter, ...
- De eindtermen en ontwikkelingsdoelen voor voeding en beweging als vakoverschrijdende thema's explicieter integreren in de verschillende leerplannen. Hiertoe dienen de onderwijskoepels actief gestimuleerd.
- Kwaliteitsvolle, educatieve materialen en schoolprojecten voor elk onderwijsniveau, -type en -vorm met aandacht voor afstemming doorheen de verschillende onderwijsniveaus (via eindtermen/ontwikkelingsdoelen, leerplannen en leerlijnen).
- Standaardisatie van de bestaande leefstijlbevraging door CLB en afspraken rond gegevensbeheer, -gebruik en -communicatie. ⁽¹⁴⁾
- Een duidelijke taakverdeling tussen CLB, pedagogische begeleiders, koepelorganisaties en gezondheidspartners die scholen begeleiden bij de uitbouw van een voedings- en bewegingsbeleid.
- Een duidelijke taakverdeling tussen scholen, CLB, hulpverleners en andere partners m.b.t. de detectie, begeleiding en de doorverwijzing van jongeren met een onevenwichtige levensstijl.
- Bepaleiten dat in (ver)bouw(ings)dossiers voor onderwijsinstellingen de voorwaarden voor een gezondheidsbevorderende omgeving mee in rekening worden gebracht, i.c.
 - bewegingsvriendelijke omgeving,
 - groenruimte,
 - kwaliteitsvolle spel- en sportinfrastructuur,
 - infrastructuur i.f.v. voedselveiligheid,
 - aangename refter,
 - voldoende tappunten voor water, ...
- Uitbreiden van de omkadering van scholen via gesubsidieerde uren en van hun werkmiddelen, om hen zo te ondersteunen bij het uitwerken van een kwalitatief voedings- en bewegingsaanbod, bv. voor
 - de aankoop van basismaterialen voor spel en sport: zoals netten of rekken,
 - de organisatie van een kwaliteitsvol aanbod van bewegingsactiviteiten,
 - de uitbouw van een laagdrempelig dagelijks aanbod van fruit, groenten en water, bv. door middel van projecten zoals Tutti Frutti,
 - het stimuleren van actief transport en van beweging doorheen de klasdag.

¹⁴ Decreet (Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding d.d. 1/12/1998) is het CLB verplicht om te werken aan preventieve gezondheidszorg en hiervoor in een aantal leerjaren systematisch consulten te organiseren. Via secundaire wetgeving (Besluit van de Vlaamse regering d.d. 17/03/2000) moeten de algemeen consulten voor 5^e leerjaar BaO, 1^e en 3^e jaar SO een bevraging van voedings- en leefgewoonten bevatten (Zie : http://www.ond.vlaanderen.be/clb/thema/preventieve_gezondheidszorg/tabel_consulten.htm).

Strategie 4: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op de werkplek

PRIORITEIT 7 **Creëren van een draagvlak bij bedrijven, in het bijzonder bij kleine en middelgrote ondernemingen, en bij sociale partners om een voedings- en bewegingsbeleid uit te werken. Prioritaire sectoren zijn voeding, chemie, metaal, transport, overheid, scholen en de socioculturele sector.**

- Instrumenten die bedrijven en sociale partners een argumentatie aanreiken (economische argumenten, vergrijzing, human capital en duurzaam ondernemen) om te investeren in een voedings- en beweegbeleid. Voorbeelden zijn het ontsluiten van goede praktijkvoorbeelden en het ontwikkelen van indicatoren voor een voedings- en beweegbeleid in bedrijven.
- Uitwerken van een campagneweek 'Fit op het werk'. Doel is bedrijven te sensibiliseren voor meer aandacht voor evenwichtige voeding en beweging. Aanvullend wordt trajectbegeleiding aangeboden aan die bedrijven die graag leren hoe ze de thema's uit de campagne kunnen verankeren in hun organisatie.
- Onderzoek in Vlaamse bedrijven naar het effect van interventies i.v.m. gezond bewegen en evenwichtige voeding op de bedrijfsuitkomsten zoals productiviteit, absentieïsme, bedrijfsimago, ...
- Taak-, rol- en samenwerkingsafspraken tussen partner- en terreinorganisaties in het domein van de gezondheidsbevordering op het werk (onderzoek, ontwikkeling, implementatie en evaluatie).
- Regelgeving voorzien zodat bedrijfsgezondheidsdiensten aansluiting vinden bij het preventieve gezondheidsbeleid.

PRIORITEIT 8 **Aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden op de werkplek, door:**

- Bedrijven stimuleren om een evenwichtig voedingsaanbod uit te bouwen (bv. voldoende fruit, groenten en laag-vet-alternatieven in het bedrijfsrestaurant, evenwichtig opvullen van automaten), gecombineerd met promotie op de plaats van aankoop (bv. evenwichtig aanbod op ooghoogte of vooraan te plaatsen, incentives).
- Richtlijnen voor cateraars over evenwichtige maaltijden en tussendoortjes.
- Bedrijven stimuleren om bewegingsmogelijkheden aan te bieden binnen en buiten de werkuren, die ook laagdrempelig zijn voor sedentaire werknemers:
 - stimuleren van het gebruik van de trap d.m.v. posters en aanduidingen;
 - lunchwandelingen trendy maken;
 - gebruik van lokale vrijetijdsfaciliteiten aanmoedigen,
- Bedrijven stimuleren om douches en voldoende en veilige fietsenstallingen te voorzien.

Strategie 5: Een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers

PRIORITEIT 9 **Aanreiken van hulpmiddelen aan zorgverstrekkers zodat patiënten/cliënten de juiste informatie krijgen over de thema's voeding en beweging, problemen vroegtijdig worden herkend en correct wordt doorverwezen, via:**

- Een bruikbare, preventieve richtlijn voor zorgverstrekkers op basis van de praktische voedings- en beweeggids en aangepast aan de specifieke beroepsgroepen.

- Tools om de middelomtrek en BMI te meten, bv. geïntegreerd in de reeds gebruikte software.
- Praktische hulpmiddelen voor thuisverzorgenden om gezond bewegen en evenwichtige voeding te integreren in hun dagelijkse werking.
- Trainingspakket voor zorgverstrekkers om de technieken van korte motiverende gesprekken te leren toepassen op voeding en beweging.
- Navorming en training, in samenwerking met andere disciplines en via bestaande structuren, o.a. over het omgaan met kansengroepen.
- Taakafspraken tussen de verschillende zorgverstrekkers.

Strategie 6: *Gezond bewegen en evenwichtiger eten via informatie en communicatie*

PRIORITEIT 10 **Organiseren van een langlopende, goed herkenbare massamediacampagne, ter ondersteuning van het actieplan voeding en beweging, gericht naar alle doelgroepen en gedragen door lokale actoren.**

Deze campagne:

- Maakt gebruik van een communicatiemix.
- Is voorbereid in overleg met gezondheidsdeskundigen en doelgroeporganisaties.
- Is goed herkenbaar door een aantrekkelijk logo.
- Heeft een duidelijk aanspreekpunt.
- Wordt ondersteund door een kwaliteitsvolle website.

PRIORITEIT 11 **Beïnvloeden van de beeldvorming rond gezonde voeding en beweging, via:**

- Samenwerking met de Vlaamse televisieomroepen en andere media om niet-belerende gezondheidsboodschappen te verwerken in bestaande programma's (infotainment) en aantrekkelijke, educatieve programma's over gezond bewegen en evenwichtige voeding op stapel te zetten.
- Een trainingsaanbod voor alle mediaprofessionals die regelmatig werken rond de thema's voeding en beweging.
- De eigen kanalen van middenveldorganisaties.

PRIORITEIT 12 **Betrekken van de voedingssector bij de uitvoering van het actieplan**

- Bekomen van een engagement van de voedingsindustrie, -distributie en landbouw om correcte boodschappen te gebruiken in hun reclamecampagnes, heldere productinformatie aan te brengen op verpakkingen of om portiegroottes aan te passen.
- Bekomen van een engagement van de horeca om aandacht te hebben voor een evenwichtig aanbod.
- Consumenten en niet-commerciële organisaties informeren over de ethische code inzake reclame voor voedingsmiddelen en de mogelijkheid tot het indienen van een klacht bij JEP op basis van deze code.

BIJLAGE 1 : Overzicht subdoelstellingen voeding¹⁵ per leeftijdsgroep en geslacht

KLEUTERS (3-6 JAAR)	
Water	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling voor water (0,5 liter) haalt van 4% tot 14%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water (0,5 liter) bij kleuters met 10% (van 224 ml naar 246 ml/dag).
Groenten	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling voor groenten (100 g/dag) haalt van 44% tot 54%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij kleuters met 10% (van 66 naar 73g).
Fruit	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling voor fruit (1 – 2 stuks/dag) haalt van 43% tot 53%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij kleuters met 10% (van 113 naar 121 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling (500 ml) voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 41% tot 51%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij kleuters met 10% (van 440 naar 484 g/dag).
Restgroep	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling voor restgroep haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij kleuters met 10%. (gegevens niet beschikbaar)

¹⁵ (De Vriese S. et al, 2006; VIG, 2006)

JONGEREN (12- 14 JAAR)

Water	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor water haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor water haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)
	Totaal	
Groenten	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor groenten haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014) Tegen 2015 stijgt het aantal jongens dat elke dag meer dan 1 keer groenten eet van 14% naar 24%
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor groenten haalt van x% tot x%. [dagelijks gebruik] (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010) Tegen 2015 stijgt het aantal meisjes dat elke dag meer dan 1 keer groenten eet van 15 naar 25%
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het aantal jongeren dat elke dag meer dan 1 keer groenten eet van 15 naar 25%
Fruit	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor fruit haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010) Tegen 2015 stijgt het aantal jongens dat elke dag meer dan 1 keer fruit eet van 12% naar 22%.

	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor fruit haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010) Tegen 2015 stijgt het aantal meisjes dat elke dag fruit meer dan 1 keer eet van 14% naar 24%.
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het aantal jongeren dat elke dag meer dan 1 keer fruit eet van 13% naar 23%.
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)
	Totaal	
Restgroep	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor restgroep haalt van x% tot x%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010)
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van x% tot x%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010)
	Totaal	

JONGEREN (15- 18 JAAR)

Water	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor water haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij jongens met 10% (van 449 naar 494 ml/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor water haalt van 16% tot 26%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij meisjes met 10% (van 616 naar 678 ml/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor water haalt van 11% tot 21%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij jongeren met 10% (van 532 naar 585 ml/dag).
Groenten	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor groenten haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij mannen met 10% (van 99 naar 109 g/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor groenten haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij vrouwen met 10% (van 117 naar 129 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor groenten haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij jongeren met 10% (van 109 naar 120 g/dag).
Fruit	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor fruit haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij jongens met 10% (van 70 naar 77 g/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor fruit haalt van 3% tot 13%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij meisjes met 10% (van 114 naar 125 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor fruit haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij jongens met 10% (van 90 naar 99 g/dag).
Melkproducten en calcium-verrijkte sojaproducten	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 7% tot 17%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij jongens met 10% (van 244 naar 268 g/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij meisjes met 10% (van 179 naar 197 g/dag).

	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 7% tot 17%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij jongeren met 10% (van 211 naar 232 g/dag).
Restgroep	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij jongens met 10% (van 1100 kcal tot 990 kcal/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij meisjes met 10% (van 651 kcal tot 586 kcal/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij jongeren met 10% (van 879k cal tot 791 kcal).

VOLWASSENEN (19 – 59 JAAR)

Water	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor water haalt van 20% tot 30%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij mannen met 10% (van 637 naar 701 ml/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor water haalt van 24% tot 34%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij vrouwen met 10% (van 707 naar 778 ml/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor water haalt van 22% tot 32%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij volwassenen met 10% (van 680 naar 748 ml/dag).
Groenten	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij mannen met 10% (van 140 naar 154 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij vrouwen met 10% (van 160 naar 176 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij volwassenen met 10% (van 150 naar 165 g/dag).
Fruit	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij mannen met 10% (van 102 naar 112 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 3% tot 13%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij vrouwen met 10% (van 124 naar 136 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij volwassenen met 10% (van 114 naar 125 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 3% tot 13%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij mannen met 10% (van 170 naar 187 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij vrouwen met 10% (van 150 naar 165 g/dag).

	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 3% tot 14%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij volwassenen met 10% (van 161 naar 177 g/dag).
Restgroep	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij mannen met 10% (van 861 kcal naar 775 kcal/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 6% tot 16%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij vrouwen met 10% (van 498 kcal naar 448 kcal/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij volwassenen met 10% (van 686 kcal naar 617 kcal/dag).

OUDEREN (60+)		
Water	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor water haalt van 7% tot 17%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij mannen met 10% (van 395 naar 434 ml/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor water haalt van 14% tot 24%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij vrouwen met 10% (van 577 naar 634 ml/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor water haalt van 11% tot 21%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij ouderen met 10% (van 495 naar 544 ml/dag).
Groenten	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij mannen met 10% (van 145 naar 160 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij vrouwen met 10% (van 133 naar 146 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij ouderen met 10% (van 138 naar 152 g/dag).
Fruit	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 10% tot 20%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij mannen met 10% (van 128 naar 141 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 13% tot 23%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij vrouwen met 10% (van 157 naar 173 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 12% tot 22%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij ouderen met 10% (van 144 naar 158 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij mannen met 10% (van 129 naar 142 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij vrouwen met 10% (van 148 naar 163 g/dag).

	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij ouderen met 10% (van 140 naar 154 g/dag).
Restgroep	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 18% tot 28%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij mannen met 10% (van 629 kcal naar 566 kcal/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 6% tot 16%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij vrouwen met 10% (van 425 kcal naar 382 kcal/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 13% tot 23%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij ouderen met 10% (van 514 kcal naar 463 kcal/dag).

LIJST TABELLEN EN FIGUREN

Tabellen

Tabel 1: Praktische dagelijkse aanbevelingen bij de actieve voedingsdriehoek ingedeeld volgens leeftijdsgroep	13
Tabel 2: Inname van voedingsmiddelen bij Vlamingen	14
Tabel 3: Voldoende fysiek actief om gezondheidsvoordelen te behalen en sedentariteit	16
Tabel 4: Prevalentie van overgewicht en obesitas in enkele nabije EU-landen	19
Tabel 5: Overzicht van het percentage personen per leeftijdsgroep dat de aanbevelingen uit de subdoelstellingen haalt	28
Tabel 6 : Gemiddelde inname per dag per leeftijdsgroep voor de subdoelstellingen i.v.m. voeding	29
Tabel 7: Overzicht van het aantal acties in het actieplan, bij de prioriteiten en in de clusters	40
Tabel 8: Aantal borstvoedende moeders in Vlaanderen naar leeftijd kind	62
Tabel 9: Kinderopvangvorm volgens leeftijd van het kind	68

Figuren

Figuur 1: De actieve voedingsdriehoek: Aanbevelingen inname voedingsmiddelengroepen en lichaamsbeweging per dag vanaf de leeftijd van 6 jaar	11
Figuur 2: De actieve voedingsdriehoek voor kleuters	12
Figuur 3: Illustratie van de geobserveerde inname van de Vlaamse populatie van 15 jaar en ouder	12
Figuur 4: Voorbereidingstraject gezondheidsconferentie voeding & beweging	37

LITERATUURLIJST

- Adams, J. & White, M. (2002). Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 37(2) 106-114.
- Adams, J., Dedry, A. (2006) Kennis van gezondheidswerkers rond borstvoeding. Wat ze vandaag (al?) weten en morgen (nog?) moeten leren, om overmorgen voedende moeders succesvol te begeleiden. Leuven: De Bakermat & Kind & Gezin. 222 p. www.debakermat.be
- Agency for Healthcare Research and Quality (2007) Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Te raadplegen op <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/brfouttp.htm>
- Adams, J., Dedry, A. (2006) Succesvol borstvoeding geven in Vlaanderen kan het? Profiel van langvoedsters, invloed van omgevingsfactoren en aanbevelingen voor een borstvoedingsvriendelijke omgeving. Leuven: De Bakermat, 313 p. www.debakermat.be, www.wegwijsborstvoeding.be
- Alberti, KG, Zimmet, P., Shaw, J. (2007) International Diabetes federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabet. Med.*, 24 (5), 451-63.
- Alcalay, R & Bell RA (2000). *Promoting nutrition and physical activity through social marketing: current practices and recommendations*. Sacramento, California: Center for Advanced Studies in Nutrition and Social Marketing, University of California.
- Allensworth D., Lawson E. ,et al. (1997) *Schools & Health: our nation's investment*, Washington D.C., National Academy Press, , XIII + 498 p.
- Annemans L, Beunen G, Boen F, Cardon G, Cumps E, De Bourdeaudhuij I, Deforche B, de Geus B, De Martelaer K, Deriemaeker P, Duquet W, Duvigneaud N, Haerens L, Késenne S, Lefevre J, Maes L, Matton L, Meeusen R, Opdenacker J, Philippaerts R, Spittaels H, Steens G, Thomis M, Vanden Auweele Y, Van Langendonck N, Waes E, Wijndaele K. (2007) Naar een nieuwe bewegingscultuur. Sport, beweging en gezondheid in Vlaanderen 2002-2006. Volume 2. Steens, G. (ed.).
- Arenz S., Ruckerl R., Koletzko B., Von Kries R. (2004) Breast-feeding and childhood obesity - a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*.
- Barr, A. & Hashagen, S. (2000) ABCD Handbook: A framework for evaluating community development, CDF Publications, Londen.
- Barr V.J., Pedersen, S. & Rootman, I. (2006) Evidence review: Healthy communities. Population Health and Wellness, BC Ministry of Health.
- BC Health Authorities (2006) Evidence Review: Healthy living – physical activity & healthy eating. Population Health and Wellness, BC Ministry of Health.
- BC Health Authorities (2007) Model Core Program Paper: Healthy Communities. Population Health and Wellness, BC Ministry of Health, 2007.
- Bemelmans, W.J.E., Wendel-Vos, G.C.W., Bos, G. Schuit, A.J. & Tijhuis, M.A.R. (2004) Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de

- zorg: Een verkennende studie naar de effecten. Bilthoven: RIVM rapport 260301005/2004.
- Bessemers K., De Ruiter S., Buijs G. (2006) Toolkit Overgewicht, preventie van overgewicht binnen de setting school. Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Te raadplegen op www.gezondschool.nl of www.nigz.nl
- Beunen G, Boen F, Cardon G, Cumps E, De Bourdeaudhuij I, De Clercq D, De Geus B, Delecluse C, Duquet W, Duvigneaud N, Geldhof E, Haerens L, Lefevre J, Maes L, Matton L, Meeusen R, Philippaerts R, Scheerder J, Spittaels H, Steens G, Thomis M, Van Langendonck L, Verstraete S, Wijndaele K. (2007) Moet er nog sport zijn ? Sport, beweging en gezondheid in Vlaanderen 2002-2006. Volume 1. Steens, G (ed.).
- Beunen, G., De Bourdeaudhuij, I., Vanden Auweele, Y. & Borms, J. (2001) Fysieke activiteit, fitheid en gezondheid. Vlaams Tijdschrift voor Sportgeneeskunde en Sportwetenschappen – Speciale uitgave.
- Bewegen gemeten (2005) Bewegen gemeten 2002-2004, hfdst 16: arbeidsmarkt Vlaanderen 201, operatie veiligheid
- BIRNH (1989) The Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health Study group. Acta Cardiol 64: 89-194.
- Blanchette, L. and Brug, J. (2005) Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12-year-old children and effective interventions to increase consumption. Journal of human nutrition and dietetics, 18, 431-443
- Blaxter M. (2007) Evidence for the effect on inequalities in health of interventions designed to change behaviour, department of social medicine, University of Bristol.
- Bouchard C., Blair S., Haskell W. (2007) Physical activity and health. Human kinetics.
- Brug J & Van Lenthe F. (2005) Environmental determinants and interventions for physical activity, nutrition and smoking, A review.
- Büchner, F., Hoekstra, J., Van Den Berg, S. et al. (2007) Kwantificeren van de gezondheidseffecten van voeding. Bilthoven: RIVM rapport 350080001. Te raadplegen op www.rivm.nl.
- Canadian Institute for Health Promotion (2006) Improving the health of Canadians: promoting healthy weights. Beschikbaar op <http://www.icis.ca/cihiweb>
- Carlson, J.E., Ostir, G.V., Black, S.A., Markides, K.S., Rudkin, L. & Goodwin, J. (1999) Disability in older adults: 2: physical activity as prevention. Behavioural Medicine, 24(4) 157-168.
- Centers for Disease Control and Prevention (1999) Best practices for comprehensive tobacco control and prevention. Atlanta: U.S. DHHS, CDCP.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005) A Guide to Community Prevention Services. Atlanta: GA, 2005.
- Chaput JP., Gilbert JA., Caron C., Nicolau B., Tremblay A. (2007) Addressing the obesity epidemic : What is the dentist's role ? JCDA, 73, 8, 707-709.
- Coene I. (1999) Huisarts, belangrijke bron van voedingsinformatie. Nutrinenews

- Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE & Hunter SB (2003). Entertainment television as a healthy sex educator: the impact of condom-efficacy information in an episode of friends. *Pediatrics*, 112 (5) 1115-1121.
- Contento, I, Balch, G.I., Bronner, Y.L., Lytle, L.A., Maloney, S.K., Olson, C.M. & Swadener, S.S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research: a review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27(6), 277-418.
- Commissie van de Europese Gemeenschappen (2005) Groenboek "Bevorderen van gezonde voeding en lichaamsbeweging: een Europese dimensie voor de preventie van overgewicht, obesitas en chronische ziekten" COM. 26 p., te raadplegen op http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm
- Commissie van de Europese Gemeenschappen (2007) Witboek over een EU-strategie voor aan voeding, overgewicht en obesitas gerelateerde gezondheidskwesties. COM (2007) 279, 13 p., te raadplegen op http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm
- Cox B, Debacker N, De Vriese S, Drieskens S, Huybrechts I, Moreau M, Temme L, Van Oyen H. (2004) Food Consumption Survey, Belgium. Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health
- Dagevos H. en Munnichs G. (2007) De obesogene samenleving. Maatschappelijke perspectieven op overgewicht. Wageningen/Amsterdam.
- Debacker, M. & Gheysels, J. (2007) Zorgen voor kinderen in Vlaanderen: een dagelijkse evenwichtsoefening? Acco, Leuven.
- De Bourdeaudhuij, I. & Rzewnicki, R. (2001) Determinanten van fysieke activiteit. In: Beunen, G., De Bourdeaudhuij, I., Vanden Auweele, Y. & Borms, J. Fysieke activiteit, fitheid en gezondheid. Vlaams Tijdschrift voor Sportgeneeskunde en Sportwetenschappen – Speciale uitgave. pp.75-88.
- De Cocker, K., De Bourdeaudhuij, I., Brown, W., Cardon, G. (in press) Effects of "10,000 Steps Ghent:" A Whole-Community Intervention, *American Journal of Preventive Medicine*.
- Dedry, A. (2005) Zwanger van kraamzorg in Brussel. Een onderzoek naar noden en opportuniteiten. Leuven: De Bakermat. www.debakermat.be.
- De Greef M. (2000) Gedragsbehoud van GALM deelnemers. Verslag van een pilot onderzoek. Bewegingswetenschappen RuG, Groningen
- De Henauw, S. et al. (1998) Voedingsgewoonten bij jongeren van 14 – 18 jaar; Eindrapport. Gent: Universiteit gent. Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde.
- De Henauw S. (2003) Voedingsgewoonten van Vlaamse kleuters, onderzoek van november 2002 tot februari 2003, Universiteit Gent, vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde i.s.m. Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Nutrition Information Center.

- Demarest S., Drieskens S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J. (2005) Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004. Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium.
- Department of Human Services Victoria. Integrated Health Promotion: A practice guide for service providers. State Government of Victoria, Australia, 2002.
- De Vriese S., Huybrechts I., Moreau M., et al (2006) De Belgische voedselconsumptiepeiling (VCP)1 - 2004: rapport. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologieën Brussel. Resultaten te raadplegen op www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/foodnl/table04.htm
- Doak, C.M., et al. (2006) The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews*, 7, 111-136.
- Domus Medica (2008) Richtlijnen voor goede praktijkvoering. Beschikbaar op: <http://www.wvvh.be/Page.aspx?id=710>
- Donckers, H. (2007) Naar een ethisch kader voor gezondheidspromotie. *Ethiek en Maatschappij*, 10, 2-3, 107-126.
- Dunn, A.L., Andersen, R.E. & Jakicic, J.M. (1998) Lifestyle physical activity interventions: History, short- and long-term effects and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4) 398-412.
- Engbers LH et al; (2005) Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 29 (1): 61-70.
- European Commission (2003) Special Eurobarometer 183-6: physical activity. 49 p.
- ESPGHAN committee on nutrition (2007) Complementary feeding: a comentary by the ESPGHAN committee on nutrition. Medical Position Paper. *Journal of Pediatric Gastroenterology and nutrition*, 46, 99-110.
- Eyler A. et al (2007) Policies related to active transport to and from school: a multisite case study. *Health Education Research*,
- Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-sharp (2000) A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assesment*, 4, 25.
- Fesperman, Evenson, Rodríguez & Salvesen (2008) A Comparative Case Study on Active Transport to and From School. *Prev Chronic Dis* 2008;5(2).
- Fletcher, A. & Rake, C. (1998) Effectiveness of interventions to promote healthy eating in elderly people living in the community: a review. London: Health Education Authority.
- Flynn, M.A.T., McNeil D.A., Maloff B., Mutasingwa D., Wu M., Ford C. and S.C. Tough (2005) Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity reviews*, 7, 7-66.
- French, S.A. and Stables, G. (2003) Environmental interventions to promote vegetable and fruit consumption among youth in school settings. *Preventive Medicine* 37, 593-610
- Goodman, C. & Anise, A. (2006) What is known about the effectiveness of economic instruments to reduce consumption of foods high in saturated fats and other energy-

- dense foods for prevention and treating obesity? HEN-report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Brug, J., Vandelanotte, C., De Bourdeaudhuij, I. (in press). A Computer-tailored Dietary fat intake Intervention for Adolescents: Results of a Randomized Controlled Trial, *Annals of Behavioral Medicine*.
- Haerens L. (2006) Promoting healthy eating and physical activity among adolescents. Doctoraat Universiteit Gent.
- Harting & Van Assema (2007) Community projecten in Nederland. De eeuwige belofte? Universiteit Maastricht, Rotterdam 2007
- Harvey EL, Glenny A-M, Kirk SFL & Summerbell CD (2007) Improving health professionals' management and the organisation of care for overweight and obese people. Cochrane.
- Haskell WL, Lee I-M, Pate RR et al (2007) Physical activity and public health: recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports & Exercise* 39: 1423-1434.
- HBSC (2003, 2006) Resultaten van de Studie Jongeren en Gezondheid. Gent: Universiteit Gent. De resultaten zijn beschikbaar op www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be.
- Health Canada (2002) Healthy aging: physical activity and older adults. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- Henderson Paul, Summer Sylvia en Raj Thara, (2004) Developing healthier communities, NHS health development agency, London, 261 p.
- HEPA-groep (2001) Statements en aanbevelingen omtrent 'de gezondheidsbevorderende fysieke activiteit voor de Belgische bevolking' geformuleerd door de HEPA-groep naar het beleid en het onderzoek. *Vlaams Tijdschrift voor Sportgeneeskunde & Wetenschappen. Speciale Uitgave*, 103-112. Deze aanbevelingen kunnen integraal geraadpleegd worden op de website www.vlaanderen.be
- Hider PN (2001) Environmental interventions to reduce energy intake or density. A critical appraisal of the literature. *NZHTA Report* 2001; 4(2).
- Hillsdon, M., Thorogood, M., Anstiss, T. & Morris, J. (1995) Randomised controlled trials of physical activity promotion in free living populations: A review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 448-453.
- Hillsdon, M. & Thorogood, M. (1996) A systematic review of physical activity promotion strategies. *British Journal of Sports Medicine*, 30(3) 84-89.
- Hoge Gezondheidsraad (2006) Voedingsaanbevelingen voor België. Herziening november 2006, Te raadplegen op:
https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/ABOUTUS1_MENU/INSTITUTIONSAPPARENTEES1_MENU/HOGEGEZONDHEIDSRaad1_MENU/ADVIEZENENAANBEVELINGEN1_MENU/ADVIEZENENAANBEVELINGEN1_DOCS/HGR7145-2_VOEDINGSAANBEVELINGEN_2006_NL.PDF
- Holterman M., Nout S M. (1998) The economic benefit of breastfeeding in the Netherlands. Vrije Universiteit Amsterdam

- Huybrechts, I. (2008) Voedingsprofiel van de Vlaamse kleuter. Doctoraatsthesis aan Vakgroep maatschappelijke gezondheidskunde Ugent
- Huybrechts, I. (2008) Dietary habits in preschool children. Universiteit Gent. 431 p.
- IDWE (2007) De evolutie van overgewicht bij werknemers tussen 1993 en 2005: een beschrijvende analyse. Onderzoeksrapport
- Institute for European Food Studies (1996) A PAN-EU survey of consumers attitudes to food, nutrition and health. Report number one. Dublin.
- Institute of Medicine (2002) Dietary reference intake, energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. Washington, DC: National Academy Press.
- International obesity taskforce (2005) Eu platform on diet, physical activity and health. Briefing paper.
- International obesity taskforce with the European childhood obesity group. (2002) Obesity in Europe. IOTF, Copenhagen. Te raadplegen op: <http://www.iotf.org/media/euobesity.pdf>
- Jacklin, P. et al. (2007) Modelling the cost effectiveness of interventions to promote breastfeeding. NICE Maternal and Child Nutrition Programme. London: NICE. 24 p.
- Kaal M & Jansen C (1998) GALM: Effecten van een bewegingsprogramma van senioren bij deelname aan het GALM project, Bewegingswetenschappen RuG, Groningen.
- Kafatos, A.G., Codrington, C.A. (2001) Eurodiet Reports and proceedings. Public Health Nutrition, 4, special issue 2A". Te raadplegen op <http://eurodiet.med.uoc.gr>.
- Kind & Gezin (2006) Jaarverslag kinderopvang 2006. Te raadplegen op www.kindengezin.be
- Kind & Gezin (2006) Kind in Vlaanderen 2006. Te raadplegen op www.kindengezin.be
- King, A., Rejeski, W.J., Buchner, D.M. (1998) Physical activity interventions targeting older adults: A critical review and recommendations. American Journal of Preventative Medicine, 15(4) 316-333.
- Koning Boudewijnstichting (2008) Verslag dialoogdag 'Lekkere, betaalbare en gezonde voeding'.
- Koning Boudewijnstichting, Rauws G. et al. (2007) Ongelijkheid in gezondheid, beleidsaanbevelingen van een werkgroep van de Koning Boudewijnstichting voor alle overheden in België, Brussel
- Law, C., Power, C., Graham, H. et al. (2007) Obesity and health inequalities. Obesity Reviews, 8, 19-22.
- Lefevre, J., e.a. (2002) Onderzoek naar de graad van sportparticipatie en fysieke activiteit op Vlaams niveau en het opstellen van een instrument voor de evaluatie van sportpromotiecampagnes. Deelrapport II. BLOSO Interuniversitair Onderzoekscentrum voor Sportbeleid.
- Leitzmann M.F., Park Y., Blair A., Ballard-Barbash R., Mouw T., Hollenbeck A. R., & A. Schatzkin (2007) Brief intervention to increase physical activity helps type 2 diabetics lose weight Arch Intern Med, 167(22):2453-2460.

- Lenaers S, Goffin I, Vinck J, Alliet P, Raes M. (2002) Onderzoek naar de voedingssituatie voor jonge kinderen in Vlaanderen. SEIN/2002/04. Diepenbeek:, Kind & Gezin, Limburgs Universitair Centrum SEIN. 407 p.
- Lister-Sharp D., Chapman S., Stewart-Brown S. & A. Sowden (1999) Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews, Health Technology Assessment, vol. 3, nr. 22, 208 p.
- Lobstein T., Baur L., UAUY R. (2004) Obesity in children and young people : a crisis in public health. Obesity reviews, Volume 5 suppl 1: 4-85.
- Mackenbach, J.P. (2006) Health inequalities: Europe in profile, Erasmus universiteit Rotterdam.
- Marcus, B.H., Owen, N., Forsyth, L.H., Cavill, N.A. & Fridinger, F. (1998) Physical activity interventions using mass media, print media and information technology. American Journal of Preventive Medicine, 15(4) 362-378.
- Marcus, B.H., et al. (2006) Physical activity intervention studies: what we know and what we need to know. Circulation, 114; 2739-2752.
- Matthys C, Huybrechts I., Bellemans M., De Maeyer M., De Henauw S. (2003) Voedingsprofiel van de Vlaamse kleuter. Nutrinfo, nr 4. www.123aantafel.be
- Matthijs P. & Zijlstra R. (1998) Verandering in het lichamelijk activiteitenpatroon van senioren bij deelname aan het GALM project, Bewegingswetenschappen RuG, Groningen.
- Meydani, M. (2001) Nutrition interventions in aging and age-associated disease. Annals of the New York Academy of Sciences, 928, 226-235.
- Meganck, J. et al. (2007) Determinanten van het lokaal gezondheidsbeleid in de Limburgse gemeenten, UHasselt.
- Mittelmark, M.B. (2001) Investing in communities: principle, panacea or placebo? TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 79: 532-535.
- Moens O., Stevens V., Tambuyzer J. , Van Hoecke L. & Voorspoels W. (2007) Effectevaluatie van het schoolfruitproject Tutti Frutti in Vlaanderen, VIG vzw. Te raadplegen op: <http://www.fruit-op-school.be/>.
- Moens O., Tambuyzer, J. & E. Wouters (2007) Verslag van de indicatorenmeting voor een rook-, -voedings-, en bewegingsbeleid in bedrijven en scholen 2006. VIG, 209 p. Te raadplegen op www.vig.be .
- Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België (2005) NVGP 2005 – 2010. Te raadplegen op www.mijnvoedingplan.be .
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2006) Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children (full NICE guideline). Te raadplegen op www.nice.org.uk.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NLH-BI). Workshop on predictors of obesity, weight gain, diet and physical activity, august 4-5, 2004, Bethesda MB.

- Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. (2007) Physical activity and public health in older adults : recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports & Exercise* 39: 1435-1445.
- Nutbeam, D. (1999) Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 15-23.
- Ockene I.S., Hebert J.R., Ockene J.K. et al (1999) Effect of Physician-Delivered Nutrition Counseling Training and an Office-Support Program on Saturated Fat Intake, Weight, and Serum Lipid Measurements in a Hyperlipidemic Population Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *ARCH INTERN MED/VOL 159, APR 12, 1999* 725.
- O'Donnell, M.P (1997) Health impact of workplace health promotion programs and methodological quality on the research literature. *The art of Health promotion*, 1, 1-7.; O'Donnell, M.P (2002) *Health Promotion in the workplace*. New York: Delmar, Thomson Learning Inc.
- Opdenacker J., Boen F., Vanden Auweele Y, De Bourdeaudhuij I. (in press). Effectiveness of a lifestyle physical activity intervention in a women's organization. *Journal of Women's Health*.
- Paoli P. en Merlié, D. (2001). *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Dublin: Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Petrella J.R. & Lattanzio C.N. (2002) Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature, *canadian Family Physician*, vol 48.
- Proper, K.I. e.a. (2005) *Body@work. Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen*. TNO-rapport, 129 p. Te raadplegen op www.bodyatwork.nl.
- Rees R. et al (2006) Young people and physical activity: a systematic review matching their views to effective interventions. *Health Education Research* 21(6):806-25.
- Roe L, Hunt P, Bradshaw H & Rayner M (1997). *Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population – a review*. London: Health Education Authority.
- Ross, R., Janssen, I. (2007) Physical activity, fitness and obesity. In chapter 11. *Physical activity and health*. Human kinetics. P. 184 – 185.
- Sallis, J.F. & Glanz, K. (2006) The role of built environment in physical activity, eating and obesity in childhood. *Future of Children*, 16 (1): 89-108.
- Salmon J, Booth ML, Phongsavan P, Murphy N and Timperio A. Promoting PA participation among children and adolescents. *Epidemiol Review* 2007, issue 29, p144-159.
- Sharma M. (2006) International school-based interventions for prevention obesity in children. *Obesity reviews*, 8, 155-167.
- Shephard, R.J. (1997) What is the optimal type of physical activity to enhance health? *British Journal of Sports Medicine*, 31 (4) 277-284.
- Singh, A.S., van Poppel, M.N.M., Seidell, J.C., Hirasings, R.A. en van Mechelen W. (2002). Lichamelijke inactiviteit en ongezond voedingsgedrag onder werknemers, in:

- Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies. Raad voor Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer pg 127 -192.
- Singh, M.A.F. (2002) Exercise to prevent and treat functional disability. *Clinical Geriatric Medicine*, 18, 431-462.
- Smet K & H. De Geeter (2007) Huisartsen, pediaters en diëtisten, verschillende meningen over gezonde voeding. *Nutrinews*, 3, p 3-8.
- Steenbakkens M. (2005) GGD zuid Limburg, gezonde voeding hoeft niet veel te kosten, presentatie op studiedag VIG 2005, Beschikbaar op www.vig.be.
- Stevens V. & M. Vanlaeken (2002) Terreinverkenning Gezondheidsbevordering op het werk.
- Stewart-Brown, S (2006) What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network).
- Steens, G. (ed.) (2006) Moet er nog sport zijn? Sport, beweging en gezondheid in Vlaanderen 2002-2006. Volume 1 en 2. Steunpunt sport, beweging en gezondheid.
- Strong WB, Malina RM & Blimkie CJR et al. (2005) Evidence based physical activity for school-aged youth. *Journal of Pediatrics* 146: 732-737.
- Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ: interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of systematic reviews* 2005, Issue 3, Art.No: CD001871.
- Tannahill, A.M.B. (2007). Beyond evidence – to ethics: a decision making framework for health promotion, public health and health improvement. Setting an ethical agenda for health promotion, Conference 2007, 18-20 September, Ghent, Belgium.
- Tanoti N. (2003) Communiseren met Turkse en Marokkaanse ouderen met een lage SES. Nationaal instituut voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Steunpunt lokale aanpak gezondheidsbevordering. Hogeschool van Utrecht.
- Tiggelovend (2005) Ethnocommunicatie. Communiseren met een multicultureel publiek. Verbal Vision.
- Unit for Health Services Research and International Health, WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health (2004) Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000) Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Valente TW, Murphy S, Huang G, Gusek J, Greene J & Beck V (2007) Evaluating a minor storyline on ER about teen obesity, hypertension and 5 a day. *Journal of Health Communication*, 12 (6), 551-566.
- Van Assema, P., Ronda, G. & Brug, J. (2006) Hartslag Limburg: integrale gezondheidsbevordering in buurten, gemeenten, bij huisartsen en in het ziekenhuis. De effecten van het community project binnen Hartslag Limburg in de periode 1998-2001 op organisatieniveau en individueel gedrag en gedragsintenties. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84, 278-280.

- Van der Bij, A.K., Laurant, M.G.H., Wensing, M. (2002) Effectiveness of physical activity interventions for older adults: A review. *American Journal of Preventative Medicine*, 22(2), 120-133.
- Van der Werf W. et al (2007) Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid, voedingscentrum, den Haag.
- Van Dillen S., G.J. Hiddink, M.A. Koelen and C.M.J. van Woerkum (2005) Nutrition communication styles of family doctors: results of quantitative research. *European Journal of Clinical Nutrition* 59, Suppl 1, S47-S56.
- Van Der Wooning M. (2003) Computeronderwijs over voeding succesvol : nieuwe ontwikkeling binnen huisartsenopleiding. *Voeding Nu*, 7/8, 21-23.
- Vanhouwaert, E., De Winter, E. (2005) Stapsgewijs naar een voedingsbeleid op het werk. Lannoo Campus, VIG, STK en Prevent. www.vig.be; Vandelanotte, C., Wouters, E. (2006) Stapsgewijs naar een bewegingsbeleid op het werk. Lannoo Campus, VIG, STK en Prevent. www.vig.be.
- Van Keer S, Bettens C, Buysse B. (2004) Enquête naar het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar. *Kind en gezin*. Beschikbaar op www.kindengezin.be
- Van Sluijs E, McMinn A. and Griffin S. (2007) Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials, *BMJ*.
- Vinck, J. (1999) Concrete actieplannen voor het bereiken van de aanbevelingen voor vetten, vezels en andere nutriënten. In: *Impact van voeding op gezondheid. Recente ontwikkelingen – 1*. Leuven: Garant, 37-44.
- Vlaams decreet over de eerstelijnsgezondheidszorg van 3 maart 2004:
<http://www.vwg.vlaanderen.be/juriwel/gezopreventie/prg/decr030304.htm>
- Vlaamse Gezondheidsraad (2006). De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad VGR.2006/2 – WG GB.
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, VIG (2004) De actieve voedingsdriehoek. Te raadplegen op www.vig.be
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, VIG (2005). Effectiviteit van interventies die kennis & bewustzijn over gezonde voeding willen bevorderen. Een review van reviews. www.vig.be
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, VIG () Voedings- en bewegingsbeleid op school, www.gezondeschool.be
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, VIG (2006) De actieve voedingsdriehoek: een praktische voedings- en beweeggids. Beschikbaar op:
http://www.vig.be/content/pdf/VD_praktischegids.pdf.
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (2007) Vigoureuus cahier, Tien op tien voor gezondheid! Brussel, 23 p.
- Voedingscel Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde (2006) Richtlijnen over borstvoeding en kunstvoeding voor zuigelingen van 0 tot 12 maand.
- Voedingscel Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde (2004) Gezonde voeding voor kleuters.

- Voedingscentrum. Borstvoeding. Handleiding voor docenten en werkbladen voor leerlingen. Lesmodule over borstvoeding voor VMBO-leerlingen sector Zorg & Welzijn. www.voedingscentrum.nl Onderdeel van de campagne 'Borstvoeding verdient tijd'.
- Vranken J. , De Boyser K. & D. Dierckx (2006) Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting. Acco, ISBN 90-334-6312-1.
- Vroom, M. (2007) Communities in beweging, NISB, Bennekom.
- Wallerstein, N.(2006) What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, HEN-report, WHO.
- Walters, R., Cattan, M., Speller, V. & Stuckelberger, A. (1999). Proven strategies to improve older people's health. A Eurolink age report for the European Commission. London: Eurolink Age.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2004) Gezondheidsenquête door middel van interview . Online beschikbaar:
<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/EPINL/crospnl/hisnl/table04.htm>
- WHO (1998). Growing older – Staying well: Ageing and physical activity in everyday life. Geneva: WHO.
- WHO Regional Office for Europe (2001) The First Action Plan for Food and Nutrition policy. WHO European region 2000-2005. Copenhagen. Te raadplegen op:
http://www.euro.who.int/nutrition/Policy/20060612_1
- WHO (2004) Global Strategy on diet, physical activity and health. Te raadplegen op:
http://www.euro.who.int/nutrition/Policy/20061009_6
- WHO Regional Office for Europe (2005) European strategy for child and adolescents health and development. Copenhagen. Te raadplegen op:
<http://www.euro.who.int/childhealthdev>.
- WHO (2005) HEPA Europe. European network for the promotion of health-enhancing physical activity. Te raadplegen op: www.euro.who.int/hepa
- WHO (2005) Global health promotion scaling up for 2015. A brief review of major impacts and development over the past 20 years and challenges for 2015. 6th global conference on health promotion, Bangkok, Thailand, 7-11 aug 2005.
- WHO Regional Office for Europe (2006) The European strategy for the Prevention and control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen.
- WHO (2006) Europese ministerconferentie van de over de bestrijding van obesitas. Voeding en lichaamsbeweging voor een goede gezondheid. Europees handvest ter bestrijding van obesitas, EUR/06/5062700/8, 16 november 2006, 1995. In het Engels (European Charter on counteracting obesity) te raadplegen op
<http://www.euro.who.int/Document/E89567.pdf>, in het Nederlands op www.vig.be
- WHO (2007) Second WHO action plan for food and nutrition policy 2007 – 2012. Te raadplegen op: http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20070620_3
- WHO(2007b) Sixtieth world health assembly. Workers' health: draft global plan of action
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_20-en.pdf

- Whittier DK, Kennedy MG, St Lawrence JS, Seeley S & Beck, V (2005) Embedding health messages into entertainment television: effect on gay men's response to a syphilis outbreak. *Journal of Health Communication*, 10 (3) 251-259.
- Wilkin HA, Valente TW, Murphy S, Cody, MJ, Huang G and & Beck V (2007) Does entertainment-education work with latinos in the united states? Identification and the effects of a telenovela breast cancer storyline. *Journal of Health Communication*, 12 (5) 455-470.
- Wouters, E. (2005) Gezondheidsbevordering op het werk, een handleiding, Lannoo Campus, VIG vzw, STK (Stichting van openbaar nut), Prevent vzw, 202pg.
- www.ond.vlaanderen.be/nieuws/2006p/files/intentieverklaring-26-01-2006.pdf
- www.gezondopschool.be
- www.health.fgov.be
- www.globalpa.org.uk

BIJLAGE 1:

ACTIEPLAN VOEDING EN BEWEGING 2009 - 2015

1. INHOUDSOPGAVE

1.	Inhoudsopgave.....	129
2.	Wat vooraf ging	131
2.1.	Het Decreet betreffende het Preventieve Gezondheidsbeleid.....	131
2.2.	Aanloop en gezondheidsconferentie	131
2.3.	link met het ontwerp van actieplan zoals voorgesteld op de gezondheidsconferentie.....	132
2.4.	De gezondheidsdoelstellingen	133
2.4.1.	Hoofddoelstelling.....	133
2.4.2.	Subdoelstellingen.....	133
2.5.	Strategieën en Prioriteiten	135
	Strategie 1: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de lokale gemeenschap.....	136
	Strategie 2: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de leefomgeving van kinderen en jongeren (0 tot 18 jaar).....	136
	Strategie 3: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op school	136
	Strategie 4: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op de werkplek.....	136
	Strategie 5: Een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers	136
	Strategie 6: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bevorderen via informatie en communicatie	137
2.6.	Randvoorwaarden	137
2.6.1.	Opstarten van een Vlaamse werkgroep voeding en beweging	137
2.6.2.	Afstemming bevoegdheden.....	137
2.6.3.	Doelgroepenbeleid	138
2.6.4.	Het bestaande beleid duurzaam verder zetten.....	138
	Kind en gezin.....	138
	VIGEZ	138
	Logo's	139
	Eetexpert.....	139
	Domus Medica	140
3.	Acties in het actieplan.....	141
3.1.	Acties op Korte Termijn(2008 – 2009).....	141
3.1.1.	Vlaamse werkgroep voeding en beweging.....	141
3.1.2.	Wijken in Beweging – 10.000 stappen Vlaanderen	142
3.1.3.	Elke stap telt	144
3.1.4.	Vlaanderen beweegt	145
3.1.5.	123 feelfree social cooking	146
3.1.6.	123feelfree business events	147
3.1.7.	Vlaamse beroepsvereniging voor diëtisten.....	148
3.1.8.	EU schoolfruit.....	149
3.1.9.	Fitte School.....	151
3.1.10.	Project voedingsaanbod en –beleid in Vlaamse bedrijven.....	152
3.1.11.	Collectieve Gezondheidsovereenkomst (CGO) FEVIA Vlaanderen	153
3.2.	Budgetair Overzicht Geplande en Korte Termijn Acties.....	155

3.3.	Overzichtsmatrix Acties Korte Termijn	154
3.4.	Acties op Middenlange Termijn (2010 – 2012)	157
3.4.1.	Projectoproep kansengroepen	157
3.4.2.	Projectoproep jongerenverenigingen	158
3.4.3.	De gezonde klas	158
3.4.4.	projectoproep voor hoge scholen en universiteiten	159
3.4.5.	Tutti frutti naar bedrijven	160
3.4.6.	Lang lopende goed herkenbare campagne	160
3.5.	Overzichtsmatrix projecten middenlange termijn	162
3.6.	Acties op lange Termijn (2013 – 2015)	163
3.6.1.	Wijken in beweging - 10.000 stappen Vlaanderen' en 'Vlaanderen beweegt' naar specifieke settings	163
3.6.2.	Praktijkgerichte richtlijnen motiverende gesprekstechnieken zorgverstrekkers	164
3.6.3.	Detectie en begeleiding van personen met een verhoogd cardiovasculaire risico 37	
3.6.4.	Projectoproep actief woon- werk verkeer	165
3.6.5.	Collectieve gezondheidsovereenkomst met de voedingssector	166
3.6.6.	Collectieve gezondheidsovereenkomst met de media	166
3.7.	Overzichtsmatrix projecten Lange Termijn	168
3.8.	Totale overzichtsmatrix Korte, Middenlange en Lange Termijn	169
4.	Slotopmerkingen	170

2. WAT VOORAF GING

2.1. HET DECREET BETREFFENDE HET PREVENTIEVE GEZONDHEIDSBELEID

Dit actieplan situeert zich binnen het preventieve gezondheidsbeleid. Dit preventieve gezondheidsbeleid is gebaseerd op het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid van 21 november 2003 (preventiedecreet).

Dit decreet bepaalt dat de Vlaamse Regering voor het ontwikkelen van een voorstel van een nieuwe of te herziene Vlaamse gezondheidsdoelstelling een gezondheidsconferentie samenroept.

De gezondheidsdoelstelling voor 'voeding en beweging' is één van de zes gezondheidsdoelstellingen naast 'infectieziekten en vaccinatie', 'borstkankeropsporing', 'tabak, alcohol en drugs', 'ongevallen in de privésfeer' en 'depressie en zelfdoding'.

Anderzijds laat het preventiedecreet ook de oprichting van werkgroepen in kader van de aanloop en verdere uitwerking van een gezondheidsconferentie toe.

Tevens staat het sluiten van een collectieve gezondheidsovereenkomst met partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking of andere organisaties of instanties beschreven. Voorwaarde is uiteraard dat deze collectieve gezondheidsovereenkomst een bijdrage levert aan het preventieve gezondheidsbeleid.

Samenvattend kan gesteld worden dat zowel de oprichting van de gezondheidsconferentie, het formuleren van de gezondheidsdoelstellingen voeding en beweging, het samenstellen van werkgroepen als het sluiten van een collectieve gezondheidsovereenkomst kaderen binnen het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

2.2. AANLOOP EN GEZONDHEIDSCONFERENTIE

In 1998 formuleerde de Vlaamse overheid vijf gezondheidsdoelstellingen, waaronder de gezondheidsdoelstelling voor voeding. Deze gezondheidsdoelstelling werd tweeledig opgesteld. Enerzijds beoogde deze het verlagen van de vetinname, anderzijds het verhogen van de vezelinname. Op basis van de gezondheidsenquête (2004) werd nagegaan of Vlamingen bewust hun vet- en vezelinname veranderden:

- 68% van de Vlamingen voerden geen wijzigingen door rond het gebruik van vetten;
- 79% van de Vlamingen gaf aan geen wijzigingen te hebben doorgevoerd wat de consumptie van vezels betreft.

Beweging werd in de vorige doelstelling niet mee opgenomen. Onderzoek toonde echter aan dat een gecombineerde aanpak van het voedings- en bewegingspatroon tot de beste resultaten leidt op vlak van gezondheidswinst. Evenwichtig eten en gezond bewegen liggen immers beide aan de basis van het behoud van een gezond gewicht. Om die reden was het dan ook de wens van toenmalig minister van welzijn, volksgezondheid en gezin om beweging mee op te nemen in combinatie met voeding in het voortraject van de nakende

gezondheidsconferentie. Gezonde voeding en voldoende bewegen worden voortaan beleidsmatig samen aangepakt.

Op 23 oktober 2008 vond de gezondheidsconferentie voeding en beweging plaats te Oostende. Op de gezondheidsconferentie werd een voorstel van gezondheidsdoelstelling voor voeding en beweging geformuleerd en werd een ontwerp van actieplan voorgesteld. Zowel de inhoudelijke voorbereiding van het ontwerp van actieplan als de eigenlijke organisatie van de conferentie werden grotendeels door het VIG¹ opgenomen. Het ontwerp van de nieuwe gezondheidsdoelstelling voeding en beweging omvat meerdere subdoelstellingen.

Voor de voorbereiding van de gezondheidsconferentie werd in eerste instantie een werkgroep opgericht. Deze werkgroep werd aangevuld met meerdere subwerkgroepen. Verschillende Delphi rondes stonden in voor een consensus over het 'ontwerp van actieplan'. In een volgende fase werd via provinciale toetsingsdagen de haal- en werkbaarheid ondervraagd bij praktijkdeskundigen uit het veld. De deelnemers aan de toetsingsdagen kregen de mogelijkheid om acties toe te voegen.

Het uiteindelijke resultaat was in een ontwerp van een actieplan met zes strategieën en 190 voorstellen van acties. Aan de hand van dit ontwerp werden prioriteiten afgebakend en wel zodanig dat tegen 2015 zichtbare verbeteringen kunnen optreden op alle domeinen van de nieuwe gezondheidsdoelstelling. De 190 acties werden aan de hand van vijf principes en waarden (gelijkheid, haalbaarheid, kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie, empowerment en respect) geclusterd tot 12 prioriteiten. Deze specifieke aanpak van het VIG zorgde ervoor dat de gezondheidsdoelstelling reeds bij het werkveld getoetst werd voor de eigenlijke bekendmaking op de gezondheidsconferentie.

2.3. LINK MET HET ONTWERP VAN ACTIEPLAN ZOALS VOORGESTELD OP DE GEZONDHEIDSCONFERENTIE

Het ontwerp van actieplan en het voorliggende actieplan moeten als één complementair geheel beschouwd worden. Het (voorliggende) actieplan moet immers aanzien worden als een overzicht van de beleidsmatig eerste keuzes van acties die binnen een bepaalde termijn worden gepland.

Dit actieplan beschrijft de acties voor de begrotingsjaren 2008 en 2009 (acties op korte termijn). Tevens werd ervoor gekozen om ook een aanzet te geven voor acties voor de nieuwe legislatuur. Hiertoe worden acties op middenlange (2010 – 2012) en lange termijn (2013 – 2015) geformuleerd. De onderverdeling van deze niet exhaustieve opsomming van acties werd voor de middenlange en lange termijn gemaakt op basis van de 'dringendheid' en de 'haalbaarheid'. Er dient beklemtoond dat de voorstellen van de volgende regeerperiode eerder als een voorzet moeten gezien worden waarin zowel de uiteindelijke keuze, de eigenlijke uitwerking en de timing ter discussie kunnen staan. Dit zal één van de taken zijn

¹ Sinds 1 januari 2009 werd het VIG (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie) omgevormd tot VIGEZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie)

waarmee de Vlaamse werkgroep voeding en beweging, die opgericht zal worden, belast wordt. Hierover kunt u verder in dit document meer lezen in hoofdstuk 2.6.1 en 3.1.1.

In het ontwerp van actieplan voeding en beweging 2008 – 2015, van de gezondheidsconferentie, vindt u informatie terug over volgende thema's:

- de stand van zaken over het eet- en beweeggedrag van de Vlaming;
- de aanbevelingen voor voeding en beweging;
- de wetenschappelijke onderbouw;
- het beleid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Unie (EU).

2.4. DE GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN

In dit hoofdstukje kunt u het ontwerp van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging terugvinden. Deze bestaat uit een hoofddoelstelling en verschillende subdoelstellingen, opgedeeld naar thema, leeftijd en geslacht.

2.4.1. Hoofddoelstelling

“Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft.”

2.4.2. Subdoelstellingen

Er zijn vijf subdoelstellingen: twee rond bewegen, en telkens een rond borstvoeding, voeding en gezond gewicht.

1. Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat voldoende fysiek actief is om gezondheidswinst te behalen met 10%punten ² .		
Jongeren 12-14 j ³	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 74% tot 84%.
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 47% tot 57%.
Jongeren 15 – 18 j ⁴	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 67% tot 77%.
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 42% tot 52%.

² % punten verwijzen naar het rekenkundig verschil tussen twee percentages

³ Lefevre J., et al., 2002

⁴ Lefevre J., et al., 2002

Volwassenen 19–59 j ⁵	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 49% tot 59%.
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 29% tot 39%.
Ouderen 60+ ⁶	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 17% tot 27%.
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 11% tot 21%.

2. Tegen 2015 daalt het percentage **sedentaire personen** met 10% punten.

Jongeren 12-14 j ⁷	Jongens	Tegen 2015 daalt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 5% tot 2%.
	Meisjes	Tegen 2015 daalt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 11% tot 2%.
Jongeren 15 – 18 j ⁸	Jongens	Tegen 2015 daalt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is Van 8% tot 2%.
	Meisjes	Tegen 2015 daalt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 16% tot 6%.
Volwassenen 19–59 j ⁹	Mannen	Tegen 2015 daalt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 11% tot 2%.
	Vrouwen	Tegen 2015 daalt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 22% tot 12%.
Ouderen 60+ ¹⁰	Mannen	Tegen 2015 daalt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 44% tot 34%.
	Vrouwen	Tegen 2015 daalt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 45% tot 35%.

3. Tegen 2015 stijgt het percentage moeders¹¹ dat met **borstvoeding** start (gemeten op dag 6) van 64 naar 74%.

⁵ Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 - 2006

⁶ Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 - 2006

⁷ Lefevre J., et al., 2002

⁸ Lefevre J., et al., 2002

⁹ Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

¹⁰ Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

¹¹ Lenaers S. et al, 2002

4. Tegen 2015 eten meer mensen ¹² evenwichtig overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek.	
Water	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor water haalt van 22% tot 32%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water met 10% (van 669 naar 736 ml/dag).
Groenten	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten met 10% (van 147 naar 162 g/dag).
Fruit	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit met 10% (van 113 naar 124 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 4% tot 14%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten met 10% (van 165 naar 182 g/dag).
Restgroep	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep met 10% (van 703kcal naar 633kcal/dag).

5. Tegen 2015 blijft het percentage personen ¹³ met een gezond gewicht minstens behouden.		
Volwassenen 19–59 j	Mannen	52,7%
	Vrouwen	66,5%
	Totaal	59,6%
Senioren ≥ 60 j	Mannen	38,0%
	Vrouwen	43,5%
	Totaal	40,9%

2.5. STRATEGIEËN EN PRIORITEITEN

Onderstaande tekst geeft een overzicht van de verschillende strategieën en prioriteiten die volgens de gezondheidsconferentie gerealiseerd dienen te worden. Deze staan uiteraard ook in het ontwerp actieplan voeding en beweging te lezen, maar worden om de leesbaarheid van dit document te verhogen nogmaals weergegeven.

¹² De Vriese S. et al, 2006; VIG, 2004

¹³ WIV, Gezondheidsenquête, 2004

Strategie 1: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de lokale gemeenschap

- PRIORITEIT 1: Aanreiken van geschikte hulpmiddelen aan lokale beleidsactoren EN organisaties die met kansarmen en/of etnisch-culturele minderheden werken, om sociale risicogroepen aan te zetten tot gezond bewegen en evenwichtig eten.
- PRIORITEIT 2: Ondersteunen van lokale beleidsactoren in het opstellen en uitvoeren van een lokaal beleid voor gezonde beweging en evenwichtige voeding, binnen het kader van het lokaal sociaal beleid en met medewerking van het middenveld.

Strategie 2: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de leefomgeving van kinderen en jongeren (0 tot 18 jaar)

- PRIORITEIT 3: Van borstvoeding de norm maken.
- PRIORITEIT 4: Ondersteunen van ouders, gezinnen en diensten voor opvoedingsondersteuning om kinderen en jongeren evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen.
- PRIORITEIT 5: Aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden in de kinderopvang.

Strategie 3: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op school

- PRIORITEIT 6: Versterken van het bovenschools organisatorisch kader en de begeleidingsstructuur om zo scholen (basis- en secundair onderwijs) te ondersteunen bij hun opdracht om leerlingen evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen.

Strategie 4: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op de werkplek

- PRIORITEIT 7: Creëren van een draagvlak bij bedrijven en sociale partners, in het bijzonder in kleine en middelgrote ondernemingen om een voedings- en bewegingsbeleid uit te werken. Prioritaire sectoren zijn voeding, chemie, metaal, transport, overheid, scholen en de socioculturele sector.
- PRIORITEIT 8 : Aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden op de werkplek.

Strategie 5: Een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers

- PRIORITEIT 9: Aanreiken van hulpmiddelen aan zorgverstrekkers zodat patiënten/cliënten de juiste informatie krijgen over de thema's voeding en beweging, problemen vroegtijdig worden herkend en correct wordt doorverwezen.

Strategie 6: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bevorderen via informatie en communicatie

- PRIORITEIT 10: Organiseren van een langlopende, goed herkenbare massamediacampagne, ter ondersteuning van het actieplan voeding en beweging, gericht naar alle doelgroepen en gedragen door lokale actoren.
- PRIORITEIT 11: Beïnvloeden van de beeldvorming rond gezonde voeding en beweging.
- PRIORITEIT 12: Betrekken van de voedingssector bij de uitvoering van het actieplan.

2.6. RANDVOORWAARDEN

De uitvoering van het actieplan vraagt een geïntegreerde aanpak. Zoals ook eerder in dit document aangegeven zal een Vlaamse werkgroep voeding en beweging opgericht moeten worden om het beleid verder te adviseren. Thema's zoals voeding en beweging reiken ook verder dan alleen de bevoegdheid van de minister van welzijn, volksgezondheid en gezin. Andere beleidsdomeinen, maar ook andere al dan niet private partners dienen hun verantwoordelijkheid op te nemen.

Onderstaande tekst geeft een overzicht van de voornaamste randvoorwaarden.

2.6.1. Opstarten van een Vlaamse werkgroep voeding en beweging

Dit actieplan geeft antwoord op de vraag welke acties op korte termijn gerealiseerd worden. Zoals hoger in dit document beschreven, zal dit actieplan ook een aanzet geven op middenlange en lange termijn. Echter om gedragenheid in het veld te garanderen is overleg met een werkgroep aangewezen. Het besluit van de Vlaamse werkgroepen binnen het preventieve gezondheidsbeleid laat toe dat er ondersteunende werkgroepen opgericht worden met betrekking tot een bepaald aspect van het preventieve gezondheidsbeleid.

De nieuw op te richten werkgroep voeding en beweging – er werd een tijdelijke werkgroep opgericht in de aanloop van de gezondheidsconferentie – zal zich toeleggen op de verdere uitwerking van het actieplan en het mee opvolgen van de realisatie van de strategieën en de gezondheidsdoelstelling. Tevens dient gewaakt te worden over de samenhang en de duurzaamheid van het geheel. Immers, in dit actieplan wordt slechts een aanzet gegeven voor de acties op middenlange en lange termijn. Deze staan nog ter discussie, er kunnen acties toegevoegd, weggelaten of bijgestuurd worden. De lopende acties zullen ook geëvalueerd moeten worden. Afhankelijk van deze evaluatie kan hierop al dan niet voortgebouwd worden.

De Vlaamse werkgroep voeding en beweging heeft met andere woorden een belangrijke rol in het verder uitwerken van dit actieplan.

2.6.2. Afstemming bevoegdheden

De uitvoering van dit actieplan vergt een coördinatie met het federale en lokale niveau. Een andere basisvoorwaarde voor de realisatie van dit actieplan is een facettenbeleid waarbij verschillende Vlaamse beleidsdomeinen (tewerkstelling, onderwijs, binnenlands beleid

(gemeenten en steden), jeugd, sport, cultuur, ruimtelijke ordening, verkeer, media, enz) betrokken worden. Volksgezondheid belangt immers niet alleen de bevoegde minister aan, om de realisaties de meeste kans op succes te bieden, dienen ook andere beleidsdomeinen hun verantwoordelijkheid op te nemen.

Een voortzetting van de intentieverklaring die in januari 2006 werd ondertekend door de Vlaamse ministers bevoegd voor Onderwijs, Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jeugd en Sport en Landbouwbeleid, is een belangrijke voorwaarde. In het bijzonder voor het thema bewegen dient naar een goede afstemming met het sportbeleid gezocht te worden.

Ook het lokale niveau met in het bijzonder de provincies, steden en gemeenten is een belangrijke partner.

2.6.3. Doelgroepenbeleid

Uit de gezondheidsconferentie onthouden we dat de gemiddelde Vlaming onvoldoende gezond beweegt en er een onevenwichtig eetpatroon op nahoudt. De gegevens over 'wat' we eten en 'hoeveel' we bewegen geven duidelijk aan dat de aanbevelingen op verschillende punten lang niet gehaald worden. Dit geldt in het bijzonder voor kinderen, jongeren, ouderen en kansengroepen.

Hieraan zal de nodige aandacht besteed worden en moet een inhaalbeweging ingezet worden. Ook voor het toekomstige beleid is hier een belangrijke rol weggelegd.

2.6.4. Het bestaande beleid duurzaam verder zetten

Verschillende partners zijn reeds werkzaam rond voeding en beweging. Vooral binnen het preventieve voedingsbeleid is reeds een heel netwerk actief. De acties en partners die vroeger en ook vandaag werkzaam zijn, blijven in de toekomst zeer belangrijke partners. De rol van Kind en Gezin, VIGEZ, de Logo's, CLB, Eetexpert en Domus Medica worden hieronder verder toegelicht, maar zijn slechts enkele voorbeelden uit de waslijst aan partners op het terrein.

Kind en gezin

Naar jonge kinderen en gezinnen heeft Kind en Gezin een belangrijke verantwoordelijkheid. De realisatie van strategie 2 (gezond bewegen en evenwichtiger eten bij kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar), zou dan ook verder opgenomen dienen te worden door Kind en Gezin.

Tot strategie 2 behoren prioriteiten 3 (van borstvoeding de norm maken), 4 (ondersteunen van ouders, gezinnen en diensten voor opvoedingsondersteuning om kinderen en jongeren evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen) en 5 (aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden in de kinderopvang).

De bestaande werking voortzetten en waar nodig uitbreiden is daarom noodzakelijk.

VIGEZ

De Vlaamse overheid werkt al vele jaren samen met het VIG (Vlaams instituut voor Gezondheidspromotie). Eind 2008 fuseerde het VIG met OCL (Ondersteuningscel voor de Logo's) en laat zich voortaan VIGEZ (Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie) noemen. Het VIGEZ is het expertisecentrum voor verschillende thema's,

waaronder voeding, met inbegrip van de link naar beweging. Het thema beweging wordt met andere woorden inhoudelijk niet los van het thema voeding gezien. Omtrent beweging werd immers vroeger nog geen gezondheidsdoelstelling geformuleerd, zoals eerder aangehaald. Het VIGEZ richt zich naar verschillende settings zoals onderwijs, bedrijfsleven en lokale gemeenschappen, en naar verschillende doelgroepen, zoals kansengroepen en senioren. Het convenant voorziet een thematische werking van het VIGEZ. De opdrachten binnen het convenant worden in vijf resultaatgebieden opgesplitst:

- het aanbod van informatie, documentatie en advies (art. 18)
- de ontwikkeling van methodieken (art. 19)
- de ondersteuning van implementatie (art. 20)
- evaluatie van interventies (art. 21)
- vorming en deskundigheidsbevordering (art. 22)

Bij de ondersteuning van de Logo's door VIGEZ worden de nieuwe gezondheidsdoelstellingen als uitgangspunt genomen.

Logo's

De Logo's (samenwerkingsverbanden voor locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie) zijn de locoregionale partners in het preventieve gezondheidsbeleid. Logo's hebben sinds hun ontstaan uitgebreide ervaring met projecten rond gezonde voeding en ook stilaan met de link naar beweging. Logo's staan mee in voor de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en doen dit via hun netwerking met preventieorganisaties in hun regio. Zij zijn aanspreekpunt voor deze preventieorganisaties, brengen deze samen in overleg, sensibiliseren, coördineren en ondersteunen de preventieorganisaties tot uitvoering van acties, en helpen ook bij de evaluatie ervan. Belangrijke groepen van preventieorganisaties, die de Logo's betrekken bij hun werking, zijn ondermeer huisartsenkringen, CLB's, externe en interne diensten voor preventie en bescherming op het werk, lokale besturen, gezondheidsbevorderende diensten van mutualiteiten en consultatiebureaus van Kind en Gezin. Ook de lokale gezondheidssector, socio-culturele verenigingen of individuele zorgaanbieders kunnen participeren aan de Logo-werking. Het komt er op neer dat Logo's alle relevante locoregionale preventieorganisaties stimuleren om het preventieve gezondheidsbeleid op de agenda te plaatsen en acties in het kader van de gezondheidsdoelstellingen te realiseren.

Zoals ook vandaag het geval is, zullen zij een belangrijke partner vormen in de implementatie van het actieplan voeding en beweging.

Eetexpert

Sinds 2000 is Eetexpert in opdracht van de Vlaamse overheid gestart met de inventarisatie en professionalisering van de zorg rond eet- en gewichtsproblemen in Vlaanderen. Verder bouwend op dit project is einde 2005 de vzw Eetexpert.be opgericht, een kenniscentrum voor iedereen die participeert in de preventie en behandeling van eet- en gewichtsproblemen. In 2008 sloot de Vlaamse overheid een convenant af met Eetexpert.be tot eind 2010. Dit convenant is gericht op het door Eetexpert uitbouwen en professionaliseren van een getrappt systeem voor vroegdetectie en vroeginterventie (doorverwijzing en begeleiding) bij eet- en gewichtsproblemen voor alle leeftijdsgroepen. De werking van Eetexpert richt zich hiertoe onder andere op volgende doelgroepen: intermediairen (huisartsen en kinderartsen, diëtisten,

CLB- medewerkers, centra geestelijke gezondheidszorg, psychologen en psychiaters), partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en de LOGO's.

Domus Medica

De huisarts neemt in het landschap van de preventieve gezondheidszorg een unieke plaats in. Voor deze doelgroep levert Domus Medica vzw de wetenschappelijke basis om de opdracht van de huisarts betreffende preventie, maar ook praktijkorganisatie en organisatie van de eerstelijnszorg te ondersteunen en hem zinvolle en verantwoorde methodieken voor te stellen. In 2006 werd door de Vlaamse Gemeenschap met Domus Medica vzw een convenant van vijf jaar afgesloten. Met betrekking tot de realisatie van het actieplan voeding en beweging, zal deze organisatie een belangrijke rol spelen in de strategie naar de zorgverstrekkers (strategie 5).

3. ACTIES IN HET ACTIEPLAN

3.1. ACTIES OP KORTE TERMIJN(2008 – 2009)

In volgend hoofdstuk worden de verschillende acties toegelicht die reeds opgestart én begroot werden in 2008 in kader van het ontwerp van actieplan voeding en beweging. Het was immers de wens van de toenmalige minister om de definitieve goedkeuring van de gezondheidsdoelstelling niet af te wachten en in het najaar van 2008 al te starten met de uitvoering van het ontwerp van actieplan. Daarenboven worden ook acties die gepland worden in 2009¹⁴ toegelicht. Daar waar mogelijk worden telkens volgende rubrieken beschreven: situering in het ontwerp actieplan, omschrijving, projectpartners, doelgroep, gewenste effect, evidentie, inhoudelijke opmerkingen, planning, opvolging en evaluatie en de budgettaire weerslag.

Niet elke prioriteit uit de gezondheidsconferentie komt in deze eerste 'korte termijn' fase aan bod. Niet voor elke voorgestelde actie was er immers voldoende evidentie te vinden. Zo zal voor strategie 2 op korte termijn geen actie kunnen opgestart worden, omdat de acties niet-kosteneffectief bleken of evidentie in de literatuur ontbrak. Het spreekt voor zich dat op termijn deze prioriteit ook verwezenlijkt dient te worden. Ook waren niet voor alle prioriteiten acties opgenomen in de kosteneffectiviteitsstudie. Het advies van de Vlaamse werkgroep voeding en beweging zal bij de verdere invulling van dit actieplan een cruciale rol spelen.

Voor het selecteren van deze acties was de kosteneffectiviteitsstudie, die door professor Annemans (UGent) werd uitgevoerd, een belangrijk hulpmiddel. De kosteneffectiviteitsstudie – d.m.v. een literatuuronderzoek – gebeurde enkel voor die acties die op basis van het voortraject van de gezondheidsconferentie geselecteerd werden onder de coördinatie van het VIG. Omwille van het feit dat de keuze reeds bepaald was, werden de literatuurgegevens die uitwezen dat de actie een omgekeerd effect had dan het gewenste, achterwege gelaten. De effectiviteit van sommige voorgestelde acties was niet steeds even krachtig aangetoond.

Tevens dient opgemerkt dat de acties die behandeld werden in de studie inhoudelijk niet altijd exact vertaald konden worden naar de concrete situatie in Vlaanderen. Dit bleek in de studie ook een belangrijk discussiepunt: de acties uit de literatuurstudie stemden niet altijd overeen met de voorgelegde acties uit het ontwerp van actieplan. Bij elke actie in dit actieplan staat te lezen of er al dan niet kostenefficiëntie werd aangetoond

3.1.1. Vlaamse werkgroep voeding en beweging

Situering ontwerp actieplan

| Basisvoorwaarde voor de verdere uitwerking op middenlange en lange termijn.

Omschrijving

| Om dit actieplan op een geïntegreerde wijze én met succes te realiseren zal een Vlaamse werkgroep voeding en beweging opgericht

¹⁴ Referentiedatum voor het opstellen van dit document is maart 2009. Beslissingen die hierna werden genomen, konden onmogelijk worden opgenomen.

worden. De Vlaamse werkgroep voeding en beweging waakt over het realiseren van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging, zoals artikel 20 van het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid voorschrijft. De werkgroep heeft met andere woorden een adviserende functie.

Projectpartners

De leden van de Vlaamse werkgroep zijn experts, waaronder vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen; op het gebied van evenwichtige voeding en gezond bewegen.

Gewenst effect

De werkgroep adviseert en waakt over de realisatie van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging.

Evidentie

Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (23/11/2003) – art 20 voorziet de mogelijkheid voor het oprichten van ondersteunende werkgroepen.

Het besluit van de Vlaamse Regering betreffende Vlaamse werkgroepen binnen het preventieve gezondheidsbeleid werd goedgekeurd op 14.11.2008.

Planning

Oprichting voorjaar 2009

Budgettaire weerslag

Ongeveer 8.000€ per jaar

3.1.2. Wijken in Beweging – 10.000 stappen Vlaanderen

Situering ontwerp actieplan

Strategie 1; prioriteit 2

Omschrijving

De werktitel is '10.000 stappen Vlaanderen'. '10.000 stappen Vlaanderen' is een laagdrempelige campagne die mensen wil aanzetten om meer te bewegen in het dagdagelijkse leven in combinatie met een gezonder eetpatroon.

Projectpartners

Universiteit Gent (wetenschappelijke ondersteuning)
Logo's
Logo Gent (gastlogo)

Doelgroep

De campagne richt zich naar lokale en bovenlokale intermediären. Deze zullen op hun beurt de bevolking overtuigen deel te nemen aan het project.

Gewenst effect

Zoveel mogelijk Vlamingen verbeteren hun levensstijl door tenminste hun dagelijks bewegingsniveau te verhogen of idealiter de bewegingsnorm van 10.000 stappen per dag te halen en hun voeding te verbeteren.

Om dit effect te realiseren zal de methodiek '10.000 stappen' door verschillende intermediairen, in samenwerking met de Logo's, geïmplementeerd moeten worden.

Evidentie

De '10.000 stappen' methodiek werd door Universiteit Gent in 2005 voor het eerst in de stad Gent geïmplementeerd.

De resultaten bij deze doelgroep werden vergeleken met een andere, vergelijkbare, stad waar geen campagne plaatsvond.

De onderzochte steekproef zette gemiddeld 860 stappen meer per dag, waardoor het totale gemiddelde boven de 10.000 stappen per dag komt te liggen. De interventiegroep liet een stijging van het gemiddelde aantal stappen per dag optekenen en dit voor verschillende leeftijdscategorieën. De waarden uit de controlestad, afzonderlijk voor de 5 leeftijdsgroepen, bleven ongeveer gelijk of nemen af na 1 jaar.

Voor de campagne haalde 42% van de Gentenaars gemiddeld 10.000 stappen per dag. Na 1 jaar campagnevoering is dat aantal gestegen met 8%. In de controlestad echter was er geen positieve verandering waarneembaar en bleef het aantal inwoners dat dagelijks voldoende beweegt op 40%.

Tot slot is deze actie kosteneffectief gebleken in de kosteneffectiviteitsstudie van professor Annemans (2008, overzicht p 11).

Inhoudelijke opmerkingen

De methodiek van het project '10.000 stappen Vlaanderen' laat toe dat reeds bestaande acties mee instappen.

Planning

1 december 2008 – 31 december 2011

De eerste acties in het veld worden verwacht tegen de zomer van 2009

Opvolging en evaluatie

De evaluatie zal drie componenten bevatten: een procesevaluatie, effectevaluatie en de evaluatie van de implementatie.

Budgettaire weerslag

Het volledige bedrag voor 3 jaar, 746.000 €, werd vastgelegd op de begroting van 2008.

Hiervan gaat 154.000€ naar de Universiteit Gent, 50.000€ naar Logo Gent dat als gastlogo onder andere zal instaan voor de bovenlokale aankoop van promotiemateriaal en 542.000€ naar de Logo's verdeeld a rato het aantal inwoners per Logo (0,0845€ per inwoner).

Per jaar komt dit neer op een bedrag van 241.946 €.

3.1.3. Elke stap telt

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 1; prioriteit 2

Omschrijving

| Dit project zet senioren door middel van sensibilisatie en ondersteuning aan om meer te bewegen.

Projectpartners

| Okra sport (projectindiener)
| Katholieke Universiteit Leuven
| VIGEZ
| Logo's
| Christelijke mutualiteit

Doelgroep

| Sedentaire, minder actieve en sportieve senioren

Gewenst effect

| Okra sport wil gezondheidswinst bij senioren behalen door het bewegen in het dagelijks leven te stimuleren en zowel individueel als in groep wandelactiviteiten te organiseren. Hiervoor wordt er gewerkt naar een persoonlijk doel dat in functie van het beginniveau wordt bepaald en dat kan bereikt worden in een 12-tal weken.

Evidentie

| De wetenschappelijke onderbouw van de trainingsprogramma's wordt gegarandeerd door projectpartner Katholieke Universiteit Leuven.
| De kosteneffectiviteitsstudie (Annemans 2008, overzicht p 11) wees uit dat deze actie kosteneffectief is.

Inhoudelijke opmerkingen

| Okra sport richt zich naar de trefpunten van Okra. De methodiek van het gemeenschapsproject 'Elke stap telt' zal worden uitgewerkt onder de naam 'Fit al gaand'. Deze extra methodiek heeft de bedoeling om mensen te motiveren. Concreet kan een deelnemend trefpunt 'sterren' verzamelen door een aantal criteria te vervullen. Elk deelnemend trefpunt tracht een vijf sterren trefpunt te worden.

Planning

| 1 december 2008 – 31 december 2010
| De eerste acties in het veld worden verwacht in september 2009.

Opvolging en evaluatie

| Zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve evaluatie zijn gepland.

Budgettaire weerslag

| Het project wordt door zowel het beleidsdomein sport als volksgezondheid gesubsidieerd: met respectievelijk 203.043,12€ en 97.715€ (in totaal 300.758,12€). Voor het totale project komt dit jaarlijks neer op een bedrag van 144.363,9 €, het deel van volksgezondheid 46.903,2 € per jaar.
| De totale subsidie voor volksgezondheid, 97.715€, is voorzien op de begroting van 2008.

3.1.4. Vlaanderen beweegt

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 1; prioriteit 2

Omschrijving

| Dit project vormt een brug tussen enerzijds projecten met een zeer lage instap drempel ('Elke stap telt', 'Wijken in beweging – 10.000 stappen Vlaanderen') en de recreatieve georganiseerde sportsector. Doelstelling is om meer mensen meer te doen bewegen en gezonder te laten leven. Hiertoe worden bewegingsschema's, voedingstips en kalenders aangeboden voor de vijf populairste en meest toegankelijke bewegingsvormen (wandelen, fietsen, , lopen, zwemmen en fitness). Deze bewegingsschema's zullen zodanig opgesteld worden dat zowel beginnende als de meer gevorderde mensen hier hun gading in vinden. Tevens worden ook voedingstips meegegeven. De activiteitenkalender bevat informatie over waar gezond kan bewogen worden in Vlaanderen. Vlaamse bekende personen zetten de campagne op een positieve manier extra in de verf.

Projectpartners

| De vzw 'Start to sport'

Doelgroep

| De doelgroep van dit project is vrij verscheiden: enerzijds mensen die te weinig fysieke uitdaging vinden in het '10.000 stappen Vlaanderen' project, anderzijds mensen voor wie de stap naar de recreatieve georganiseerde sportsector te groot is. Er kan dus geconcludeerd worden dat dit project de brug tussen zeer lage instap projecten en de recreatieve georganiseerde sport vormt.

Gewenst effect

| Hoofddoelstelling is dat meer mensen voldoende gaan bewegen. Daarenboven wordt er ook gestreefd naar een gezondere levensstijl en beter voedingspatroon.

Evidentie

| De vzw 'Start to sport' werkt samen met organisaties, federaties en wetenschappelijke instanties om 'Vlaanderen beweegt' wetenschappelijk te onderbouwen. Hiervoor werkt zij samen met; het ISB, Aktivia, de Vlaamse Atletiekliga afdeling recreatiesport, Wielerbond Vlaanderen afdeling recreatiesport, de vzw Mens en Beweging en de Universiteit Gent. Deze actie bleek kosteneffectief in de kosteneffectiviteitsstudie van Annemans (2008, overzicht p 11).

Inhoudelijke opmerkingen

| Deze actie wordt onder voorbehoud opgenomen. Onderhandelingen zijn nog aan de gang.

Planning

De totale duur van het project bedraagt 3 jaar. De voorbereidingsfase loopt van 1 mei 2009 – 30 september 2009.

Dit project bestaat in de eerste plaats uit een voorbereidingsfase (5 maanden). De evaluatie van deze voorbereidingsfase bepaalt of het project effectief geïmplementeerd zal worden. Deze evaluatie zal plaatsvinden in de maand oktober 2009. Het tweede luik bevat dan de eigenlijke implementatiefase met bijhorende effect- en implementatie-evaluatie. Afhankelijk van deze evaluatie kan er voor gekozen worden dit project te continueren.

Opvolging en evaluatie

De voorbereidingsfase (1 mei 2009 – 30 september 2009) zal geëvalueerd worden. Enkel bij een gunstige evaluatie zal overgegaan worden tot een implementatie.

Ook (de eventuele) implementatiefase wordt van een evaluatie voorzien.

Budgettaire weerslag

De totale kostprijs van dit project bedraagt 450.000€ voor een periode van drie jaar. Hier is de voorbereidingsfase inbegrepen. Zoals hierboven aangehaald is een positieve evaluatie nodig om tot de eigenlijke implementatie over te gaan.

Dit komt neer op een bedrag van 150.000€ per jaar.

Momenteel zijn de onderhandelingen nog volop aan de gang.

3.1.5. 123 feelfree social cooking

Situering ontwerp actieplan

Strategie 1; prioriteit 1

Strategie 5; prioriteit 9

Omschrijving

De bedoeling van het '123feelfree social cooking' project is om kansarmen te laten kennismaken met het 123feelfree principe. Kort samengevat komt dit neer op het principe 'energie in = energie uit'. Voedingsmiddelen krijgen een bepaalde score (0, 1, 2, 3, of +) toegekend. Afhankelijk van de gegeten voedingsmiddelen zal er moeten gecompenseerd worden met beweging, waaraan eveneens een score wordt toegekend.

Concreet worden er kook- en bewegingssessies ten voordele van kansarmen uit opvangtehuizen of vluchthuizen gehouden onder leiding van een beweegdeskundige, voedingsdeskundige en een kok.

In totaal worden 4 pilootprojecten georganiseerd en geëvalueerd, verdeeld over de provincies Limburg en Antwerpen.

Projectpartners

Bekx&X

Doelgroep

Kansengroepen uit vlucht- of opvangtehuizen.

Gewenst effect

De deelnemers vernemen het 123feelfree principe en kunnen het toepassen ook op langere termijn.
Na een gunstige evaluatie zetten de organisaties het '123feelfree social cooking' project verder op lange termijn.

Evidentie

De specifieke 123feelfree methodiek (input – output systeem) is door de projectindieners geëvalueerd. Deze resultaten werden niet vrijgegeven.
De specificiteit van de methodiek maakt dat geen van de onderzochte acties uit de kosteneffectiviteitsstudie hiermee overeenstemt. Over de kosteneffectiviteit van de actie kan met andere woorden geen uitspraak gedaan worden.

Planning

1 april 2009 – 31 maart 2010

Opvolging en evaluatie

Dit project wordt onmiddellijk geëvalueerd na de uitvoering van de pilootprojecten, een tweede keer na 6 maanden en een laatste keer na 12 maanden. Bijkomende deskundigheidbevordering voor de pilootprojecten wordt voorzien door VIGEZ.
De opvolging van de pilootfase zal geïntroduceerd worden bij sociale organisaties.

Budgettaire weerslag

Het project duurt een jaar en zal 29.796,2 € kosten.

3.1.6. 123feelfree business events

Situering ontwerp actieplan

Strategie 4; prioriteit 8

Omschrijving

De bedoeling van het '123feelfree business events' project is om bedrijfsmedewerkers tijdens een korte initiatie vertrouwd te maken met het 123feelfree principe. Kort samengevat komt dit neer op het principe 'energie in = energie uit'. Voedingsmiddelen krijgen een bepaalde score (0, 1, 2, 3, of +) toegekend. Afhankelijk van de gegeten voedingsmiddelen zal er moeten gecompenseerd worden met beweging, waaraan eveneens een score wordt toegekend.
Zoals dit ook bij het 'social cooking' het geval is, zal het hele gebeuren onder leiding van een beweegdeskundige, voedingsdeskundige en een kok plaatsvinden.
In totaal worden 4 pilootprojecten georganiseerd en geëvalueerd.

Projectpartners

Bekx&X

Doelgroep

Via bedrijven is het de bedoeling om de bedrijfsmedewerkers te bereiken.

Gewenst effect

De deelnemers vernemen het 123feelfree principe en kunnen het toepassen ook op langere termijn.
De bedrijven passen het '123feelfree principe' toe op lange termijn.

Planning

1 april 2009 – 31 maart 2010

Evidentie

De specifieke 123feelfree methodiek (input – output systeem) is door de projectindieners geëvalueerd. Deze resultaten werden niet vrijgegeven. De specificiteit van de methodiek maakt dat geen van de onderzochte acties uit de kosteneffectiviteitsstudie hiermee overeenstemt. Over de kosteneffectiviteit van de actie kan met andere woorden geen uitspraak gedaan worden.

Opvolging en evaluatie

Dit project wordt onmiddellijk geëvalueerd na de uitvoering van de pilootprojecten, een tweede keer na 6 maanden en een laatste keer na 12 maanden. Bijkomende deskundigheidbevordering voor de pilootprojecten wordt voorzien door VIGEZ.

Budgettaire weerslag

Het project duurt een jaar en zal 30.764,3 € kosten.

3.1.7. Vlaamse beroepsvereniging voor diëtisten

Situering ontwerp actieplan

Strategie 5, prioriteit 9 (databank, engagement diëtisten)
Strategie 1; prioriteit 1 (groepswijze benadering eetgewoonten kansengroepen)

Omschrijving

De beroepsvereniging voor diëtisten wordt ingeschakeld in het preventiebeleid van de Vlaamse overheid om een aantal taken te realiseren.

Eerst en vooral zal een publiek toegankelijke databank, waarin alle erkende diëtisten en voedingsdeskundigen de kans krijgen te worden opgenomen, opgericht worden.

Ten tweede zal het engagement van diëtisten in Vlaanderen met betrekking tot vroegdetectie van eetstoornissen en de interventie van eet- en gewichtsproblemen in samenwerking met 'Eetexpert vzw' ondersteund worden.

Tot slot zal onder de vorm van een pilootproject een methodologie voor een groepswijze benadering om eetgewoonten bij kansengroepen te verbeteren ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd worden.

Projectpartners

VBVD (de Vlaamse Beroepsvereniging voor Voedingsdeskundigen en Diëtisten)

Zowel de 'Eetexpert vzw', VIGEZ, de Logo's als 'het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen' worden betrokken.

Doelgroep

Diëtisten (databank en engagement)
Kansengroepen

Gewenst effect

Het gewenste effect is respectievelijk:
Zoveel mogelijk erkende diëtisten en voedingsdeskundigen worden opgenomen in de databank.
Ten tweede ondersteunen de diëtisten die lid zijn van de beroepsvereniging de werking van 'Eetexpert vzw' binnen het stepped care model.
Tot slot wordt een methodologie voor een groepsgewijze benadering om eetgewoonten bij kansengroepen te verbeteren ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd.

Evidentie

Voor 'het opnemen van diëtisten en voedingsdeskundigen in een databank' en 'een engagement van de diëtisten m.b.t. het stepped care model van Eetexpert' is geen evidentie op vlak van (kosten)effectiviteit.
De 'groepsgewijze benadering om eetgewoonten bij kansengroepen te verbeteren door middel van een kortlopende cursus' sluit slechts gedeeltelijk aan bij actie 1.1 (bijlage 1 bij rapport kosteneffectiviteitsstudie) door Annemans onderzocht, welke kosteneffectief bleek te zijn.

Inhoudelijke opmerkingen

Geen opmerkingen.

Planning

april 2009 – april 2011
Het project zal 2 jaar lopen.

Opvolging en evaluatie

Het derde luik (methodologie groepsgewijze benadering kansengroepen) zal op zijn effectiviteit geëvalueerd worden.

Budgettaire weerslag

Het totale project zal 56.500 € kosten voor 2 jaar.
Dit komt neer op 28.250 € per jaar.

3.1.8. EU schoolfruit**Situering ontwerp actieplan**

Strategie 3; prioriteit 6

Omschrijving

Met dit initiatief wil de Europese Unie een beleids- en financieringskader bieden aan nationale initiatieven om de consumptie van groenten en fruit in het voedingspatroon van kinderen duurzaam te verhogen in een levensfase waarin hun eetgewoonten worden bepaald.

De Europese Unie voorziet 90 miljoen euro steun. Dit budget wordt over de deelnemende lidstaten verdeeld a rato het aantal schoolkinderen tussen 6 en 10 jaar en dient voor 50% aangevuld te worden via cofinanciering van de deelnemende lidstaat. Momenteel wordt een regionale (Vlaamse) strategie opgesteld. Scholen zullen vrij kunnen kiezen om al dan niet deel te nemen aan deze actie.

Projectpartners

Kabinet van de minister Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kabinet Landbouw en Visserij
Mogelijk ook het Verbond voor Belgische Tuinbouwweilingen en Fresh Trade Belgium. Naar alle waarschijnlijkheid zullen ook VIGEZ en de Logo's ingeschakeld worden.

Doelgroep

Vlaamse kinderen uit het kleuter en lager onderwijs.

Gewenst effect

Het doel van deze actie is om zoveel mogelijk kleuter- en lagere schoolkinderen wekelijks één stuk groente of fruit te laten eten.

Evidentie

Vlaanderen heeft reeds enkele jaren een voorloper van dit project: Tutti Frutti. Uit de evaluatie van Tutti Frutti is gebleken dat het invoeren van een fruitdag op school resulteert in een hogere fruitconsumptie op school, een logisch resultaat. Verder is gebleken dat een interventie op schoolniveau ook een effect kan hebben in het thuismilieu. De realisatie van effecten in het thuismilieu vanuit een schoolinterventie vormt een meerwaarde voor duurzame effecten bij kinderen en jongeren. Tutti Frutti bereikt in het huidige schooljaar 1252 scholen, goed voor een bereik van 252.766 leerlingen. (ter info: in totaal zijn er ongeveer 2.500 basisscholen en ongeveer 1.050 secundaire scholen in Vlaanderen; Tutti Frutti bereikt ongeveer 40% van de leerlingen in basisonderwijs). Verder werd deze actie niet onderzocht op vlak van kosteneffectiviteit.

Inhoudelijke opmerkingen

Momenteel zijn de onderhandelingen wat betreft de werkingsmodaliteiten nog volop aan de gang. Mogelijk kunnen er verschillen optreden tussen het voorgestelde en de uiteindelijke realisatie.

Planning

Het EU schoolfruit project start in het schooljaar 2009-2010 en wordt in eerste instantie één schooljaar voorzien. Na dit schooljaar zal een evaluatie gemaakt worden. Nadien zal afgewogen moeten worden of er voor de 4 komende schooljaren (De Europese Unie voorziet subsidies voor 5 schooljaren) eveneens deelgenomen wordt. De scholen zullen in mei, juni 2009 ingelicht worden.

Opvolging en evaluatie

De monitoring en evaluatie zal (naar alle waarschijnlijkheid) door het VIGEZ opgenomen worden.

Budgettaire weerslag

300.000 euro wordt voorzien op de begroting van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
 300.000 euro wordt voorzien op de begroting van Landbouw en Visserij.
 (mogelijk) 300.000 euro injectie door het Verbond voor Belgische Tuinbouwweilingen en Fresh Trade Belgium.

3.1.9. Fitte School**Situering ontwerp actieplan**

| Strategie 3; prioriteit 6

Omschrijving

| Fitte School reikt scholen een methodiek aan om een geïntegreerd voedings- en bewegingsbeleid uit te bouwen.

Projectpartners

| VIG
 | SVS
 | NICE

Doelgroep

| (leerlingen van) basis en secundaire scholen.

Gewenst effect

| Het project 'Fitte School' werd in 2005 voor het eerst gesubsidieerd. Met de subsidie voor het schooljaar 2008-2009 is de projectindienaar toegekomen aan een finale verankering van het project. Doelstelling is dan ook dat dit project na deze laatste subsidiëring verder kan bestaan in de reguliere werking van de verschillende partners.

Evidentie

| Deze actie sluit slechts gedeeltelijk aan bij actie 6.1 van de kosteneffectiviteitsstudie van Annemans (bijlage 1 bij rapport kosteneffectiviteitsstudie). Deze bleek niet kosteneffectief te zijn (overzicht p 11).

Inhoudelijke opmerkingen

| Geen opmerkingen

Planning

| 1 november 2008 – 30 juni 2009

Opvolging en evaluatie

| De finale evaluatie wordt voorzien in kader van de uitbetaling van het saldo (ten vroegste 30 juni 2009).

Budgettaire weerslag

| Voor de duur van het project (8 maanden) werd 18.000 euro werd vastgelegd op de begroting van 2008.
 Dit komt overeen met een jaarlijks bedrag van 27.000 euro.

3.1.10. Project voedingsaanbod en –beleid in Vlaamse bedrijven

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 4; prioriteiten 7 en 8

Omschrijving

| Dit project streeft ernaar het voedingsaanbod en het voedingsbeleid te verbeteren in 100 Vlaamse bedrijven die lid zijn van AGORIA federatie. Hiertoe zal:

- een analyse van het voedingsaanbod in de bedrijven gemaakt worden en bijhorend advies geformuleerd worden;
- ontwikkelen en implementeren van richtlijnen voor evenwichtige maaltijden en tussendoortjes op het werk;
- ontwikkelen van concrete promotiematerialen voor een evenwichtig aanbod van maaltijden, tussendoortjes, dranken en broodjes.

Projectpartners

| Codie, vereniging van consulterende diëtisten/ voedings- en dieetkundigen
VIGEZ
AGORIA de federatie van de technologische industrie
(communicatiepartner)

Doelgroep

| De werknemers van technologie bedrijven lid van de AGORIA federatie.

Gewenst effect

| Dit project tracht deelnemende bedrijven een gezond voedingsaanbod en –beleid te laten voeren.

De gewenste effecten voor de respectievelijke onderdelen zullen zijn:

- het bedrijf past het voedingsaanbod en zijn communicatie over het aanbod aan in functie van de voedingsaanbevelingen op basis van het advies en het leertraject.
- concrete aanbevelingen en richtlijnen voor maaltijden, broodjes, tussendoortjes en dranken worden ontwikkeld en zorgen voor deskundigheidbevordering bij de logistieke verantwoordelijken, facility managers, koks,...
- gezondheidsbevordering door het sensibiliseren van werknemers met behulp van promotiematerialen.

Evidentie

| Uit de VIG indicatorenmeting van 2006 bleek dat de principes van een gezond voedingsbeleid nog niet bekend zijn in de Vlaamse bedrijven. Een gelijkaardige actie (actie 1.1; p 11 rapport) uit de studie van Annemans bleek kosteneffectief te zijn.

Inhoudelijke opmerkingen

| Dit project biedt ook verschillende mogelijkheden tot uitbreiding: andere bedrijvensector en aanvullen met acties rond beweging. Afstemming met bedrijfsgezondheidszorg is belangrijk. (Departement en afdelingen medisch toezicht)

Planning

De onderhandelingen zijn nog aan de gang, momenteel wordt de start voorzien op 01/09/2009; de einddatum op 31/08/2011.
--

Opvolging en evaluatie

Wordt voorzien, nog geen verdere detail beschikbaar.
--

Budgettaire weerslag

Momenteel wordt 500.000 euro voorzien, onder voorbehoud. Dit geeft een voorlopig jaarlijks bedrag van 250.000 €.

3.1.11. Collectieve Gezondheidsovereenkomst (CGO) FEVIA Vlaanderen

Een collectieve gezondheidsovereenkomst is een overeenkomst tussen de Vlaamse Regering (de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid) en één of meerdere organisaties die een bijdrage kunnen leveren aan het preventieve gezondheidsbeleid. De organisatie onderschrijft een inspanningsverbintenis om één of meer Vlaamse gezondheidsdoelstellingen of andere aspecten van het preventieve gezondheidsbeleid mee te helpen nastreven door haar leden of de doelgroep tot wie ze zich gewoonlijk richt hierover te informeren, te sensibiliseren en aan te zetten tot gezond gedrag.

In de overeenkomst worden ook de engagementen van de overheid vermeld. Die zijn doorgaans niet van financiële aard.

Om de realisatie van dit actieplan te faciliteren is een breed maatschappelijk draagvlak aangewezen. Heel wat (private) partners zouden immers een hefboom kunnen betekenen binnen de realisatie van de acties, prioriteiten, strategieën en finaal de gezondheidsdoelstellingen.

Situering ontwerp actieplan

Strategie 6; prioriteit 12

Omschrijving

De CGO met FEVIA Vlaanderen wordt momenteel opgesteld. Volgende acties worden overwogen om te worden opgenomen: - het gebruiken van correcte boodschappen in de reclamecampagnes (communicatie) - het weergeven van heldere, eenvoudige en correcte informatie op de eigen producten (informatie) - aanpassen van de portiegroottes in functie van een gezonde maaltijdsamenstelling (samenstelling).
--

Projectpartners

FEVIA Vlaanderen

Doelgroep

Bedrijven lid van FEVIA Vlaanderen.

Gewenst effect

Zie tweede pijler 'omschrijving'

Inhoudelijke opmerkingen

In kader van een grotere collectieve gezondheidsovereenkomst met de voedingssector zou op middenlange / lange termijn aan FEVIA Vlaanderen kunnen gevraagd worden, op initiatief van de minister, om contacten met andere partners in de voedingssector te leggen. Hier zou dan voor FEVIA Vlaanderen een faciliterende functie kunnen weggelegd zijn.

Planning

Verdere doelstellingen naar communicatiecode, informatieweergave op producten en het aanpassen van de productsamenstelling dienen door Fevia Vlaanderen aangevuld te worden.
Overleg tussen FEVIA Vlaanderen – agentschap Zorg en Gezondheid en kabinet zijn aangewezen.

Evidentie

Voor deze actie is (nog) geen evidentie. Het creëert wel een draagvlak, hetgeen nodig is om prioriteit 12 te verwezenlijken.

Opvolging en evaluatie

Nader te bepalen.

Budgettaire weerslag

geen

3.2. BUDGETTAIR OVERZICHT GEPLANE EN KORTE TERMIJN ACTIES

N°	Actie	begrotingsjaar	Strategie	Prioriteit	Totaal budget	budget herleid per jaar
3.1.1	Vlaamse werkgroep voeding en beweging	Vanaf 2009	/	/	± 8.000 € per jaar	8.000 €
3.1.2	Wijken in beweging – 10.000 stappen Vlaanderen	2008	1	2	746.000 €	241.946 €
3.1.3	Elke stap telt	2008	1	2	97.715 €	46.903,2 €
3.1.4	Vlaanderen beweegt	2009	1	2	Max 450.000 €	150.000 €
3.1.5	123 feelfree social cooking	2009	1-5	1-9	29.796,2 €	29.796,2 €
3.1.6	123 feelfree business events	2009	4	8	30.764,3 €	30.764,3 €
3.1.7	Vlaamse beroepsvereniging voor diëtisten	2009	1-5	1-9	56.500 €	28.250 €
3.1.8	EU schoolfruit	2009	3	6	300.000 €	300.000 €
3.1.9	Fitte school	2008	3	6	18.000 €	27.000 €
3.1.10	Voedingsaanbod en –beleid in Vlaamse bedrijven	2009	4	7-8	500.000 €	250.000 €
3.1.11	Collectieve gezondheidsovereenkomst FEVIA Vlaanderen	n.v.t.	6	12	/	/
					Totaal budget 2008	
					861.715 €	
					Totaal budget 2009	
					1.375.060,50 €	

3.3. OVERZICHTSMATRIX ACTIES KORTE TERMIJN

KORTE TERMIJN ACTIES												
PRIORITEITEN												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
STRATEGIEËN	1	3.1.5 3.1.7	3.1.2 3.1.3 3.1.4									
	2											
	3					3.1.8 3.1.9						
	4						3.1.10	3.1.6 3.1.10				
	5								3.1.5 3.1.7			
	6											3.1.11

3.4. ACTIES OP MIDDENLANGE TERMIJN (2010 – 2012)

Zoals reeds in de inleiding aangehaald wordt de opsomming van deze acties louter gezien als een aanzet. Deze niet exhaustieve inventaris van acties zullen ter discussie voorgelegd worden aan de nieuw op te richten Vlaamse werkgroep voeding en beweging.

Voor de uitvoering van de geselecteerde acties werd gekozen om te werken met twee termijnen: een middenlange en een lange termijn. Deze onderverdeling werd gemaakt op basis van de 'haalbaarheid' en 'dringendheid' van de uit te voeren acties. Ook hierover dient de werkgroep haar advies uit te brengen, deze onderverdeling is met andere woorden niet definitief.

Op basis van het advies van deze werkgroep zal een nieuw document opgemaakt worden dat ter goedkeuring dient voorgelegd te worden aan de volgende regering.

3.4.1. Projectoproep kansengroepen

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 1; prioriteit 1

Omschrijving

| Met deze projectoproep komt de gezondheidspromotie bij kansengroepen door middel van gezonde voeding en voldoende beweging centraal te staan.
| 'Een praktijkgids die voedselbanken, voedselbedelingscentra, centrale restaurants en sociale kruideniers aanleert hoe evenwichtige keuzes aan te bieden en te promoten' is een actie waarnaar vraag is uit het veld (memorandum, Vlaams netwerk)
| De projectsubsidie zou bijvoorbeeld kunnen gaan naar lokale besturen (gemeentes, provinciebesturen) of verenigingen zonder winstoogmerk.
| De oproep richt zich niet naar het ontwikkelen van een methodiek, wel naar het ondersteunen van bestaande methodieken te velde.

Projectpartners

| De projectoproep zou kunnen uitgewerkt worden in samenwerking met het
| 'Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen'.

Doelgroep

| Kansengroepen

Oproepmodaliteiten

| Minimaal kunnen volgende prioriteiten aan bod komen:
| - projecten naar kansengroepen;
| - thema is voeding en/of beweging;
| - 'samen' en 'doen' staan centraal in het concept;
| - er wordt een effectevaluatie uitgevoerd;
| - het project kan aantoonbare resultaten leveren ten opzichte van de inhoudelijke prioriteiten;
| - project is kan ook op ruimere schaal uitgevoerd worden;
| - projecten hebben een proportionele verhouding tussen de middelen en de beoogde resultaten (kosteneffectiviteit);
| - de organisatie staat garant voor een kwalitatieve uitvoering van het project, met een plan- en doelmatige uitwerking;

| - ontwikkelen praktijkgids.

Planning

| April 2009 zullen het kabinet, het agentschap Zorg en Gezondheid en het Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen samen zitten. Bedoeling is om de mogelijkheden en modaliteiten verder te verfijnen. De projectoproep kan pas aangekondigd worden na advies van de op te richten werkgroep voeding en beweging.

Evidentie

| Evidentie zal moeten blijken uit verdere analyse door de werkgroep voeding en beweging.

3.4.2. Projectoproep jongerenverenigingen

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 2; prioriteit 4

Omschrijving

| Deze oproep is in eerste instantie bedoeld om een methodiek te ontwikkelen waarmee verschillende soorten verenigingen waarbij kinderen en jongeren aangesloten zijn, aan de slag kunnen om te werken rond gezonde voeding en voldoende beweging.

Projectpartners

| 'Verenigingen' waar jongeren lid van kunnen zijn: jeugdbewegingen, jeugthuizen, muziekscholen, jeugdraden, JAC's en JIP's, tekenscholen,...

Doelgroep

| De eigenlijke doelgroep zijn kinderen en jongeren.

Oproepmodaliteiten

| - De methodiek is toepasbaar in verschillende settings, maar gericht naar kinderen en jongeren;
- afstemming met bestaande methodieken;
- thema's voeding en/of beweging staan centraal;
- de methodiekontwikkeling wordt gekoppeld aan verschillende pilootprojecten mét een passende evaluatie

Evidentie

| Evidentie zal moeten blijken uit verdere analyse door de werkgroep voeding en beweging.
De actie die op kosteneffectiviteit werd onderzocht (praktische tools voor gezonde voeding en beweging op kamp) bleek negatief (actie 4.3; p 11 rapport Annemans). Inhoudelijk zijn er echter weinig overeenkomsten.

Planning

| Op middenlange of lange termijn

3.4.3. De gezonde klas

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 3; prioriteit 6

Omschrijving

| Naar het concept van 'Rookvrije klassen' kunnen klassen zich engageren om gezond te eten en voldoende te bewegen. Om het realistisch en haalbaar te houden voor klassen, zouden bepaalde criteria vooropgesteld dienen te worden. Deze methodiek dient zorgvuldig geëvalueerd te worden, opdat het geen eetstoornissen in de hand werkt. In dit oogpunt dient ook de leeftijdsgroep bepaald te worden.

Doelgroep

| Klassen, laatste graad lager onderwijs en eerste graad secundair.

Evidentie

| Evidentie zal moeten blijken uit verdere analyse door de werkgroep voeding en beweging.

Inhoudelijke opmerkingen

| Afstemming tussen reeds lopende acties in het onderwijs met betrekking tot gezonde voeding en beweging dringt zich op.

Planning

| Middenlange termijn

3.4.4. projectoproep voor hoge scholen en universiteiten

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 3; prioriteit 6

Omschrijving

| Momenteel zijn studenten een zeer moeilijk te bereiken doelgroep. Hoge scholen en universiteiten zouden een partner kunnen zijn in het sensibiliseren van gezonde voeding en voldoende beweging bij studenten.

Projectpartners

| Hoge scholen en universiteiten.

Doelgroep

| studenten

Oproepmodaliteiten

- projecten gericht naar studenten;
- centrale thema is voeding en/of beweging;
- er wordt een effectevaluatie uitgevoerd;
- projecten hebben een proportionele verhouding tussen de middelen en de beoogde resultaten (kosteneffectiviteit);
- de organisatie staat garant voor een kwalitatieve uitvoering van het project, met een plan- en doelmatige uitwerking;
- werken via pilootprojecten kan een mogelijke optie zijn.

Evidentie

| Evidentie zal moeten blijken uit verdere analyse door de werkgroep voeding en beweging.

Planning

 Middenlange termijn

3.4.5. Tutti frutti naar bedrijven

Situering ontwerp actieplan

 Strategie 4; prioriteit 8

Omschrijving

 Bedrijven zouden kunnen intekenen om tegen een minimale bijdrage van de werknemer (cfr. Tutti frutti scholen) eenmaal per week een stuk fruit te krijgen. Dit zou gecombineerd moeten worden met promotie (zie evidentie). Tegelijkertijd zou het bedrijf kunnen overtuigd worden om zijn voedingsbeleid en -aanbod aan te pakken en in te stappen in actie 3.2.10 (project voedingsbeleid en -aanbod in Vlaamse bedrijven).

Projectpartners

 Mogelijke partners zijn: VIGEZ, Logo's en /of Bedrijfsgezondheidsdiensten

Doelgroep

 Bedrijven en diens werknemers

Evidentie

 De kosteneffectiviteitsstudie toonde aan dat een evenwichtig voedingsaanbod uitbouwen in bedrijven gecombineerd met promotie kostenefficiënt is (actie 8.1; p 11, 13 rapport Annemans).

Planning

 Middenlange termijn

3.4.6. Lang lopende goed herkenbare campagne

Situering ontwerp actieplan

 Strategie 6; prioriteit 10

Omschrijving

 Ter ondersteuning van het actieplan voeding en beweging kan een goed herkenbare, langlopende campagne opgestart worden. In de eerste plaats dient deze campagne gebruikt te worden om correcte en toegankelijke informatie te verspreiden in verband met gezonde voeding en beweging én over de acties waar mensen terecht kunnen. Een ondersteunende website is eveneens een mogelijkheid. Hier zouden zelf-evaluatietests over het voedings- en bewegingsgedrag aangeboden kunnen worden.

Projectpartners

 Nader te bepalen.

Doelgroep

 Zowel burgers als intermediären zouden er informatie uit kunnen halen en gesensibiliseerd worden

Evidentie

Deze actie bleek wel kosteneffectief in de studie van Annemans. Hierbij dient opgemerkt te worden dat 'evenveel' onderzoek aantoonde dat er een negatief significant effect is. Dit werd niet opgenomen in de kosteneffectiviteitsstudie.

Planning

Middenlange termijn

3.5. OVERZICHTSMATRIX PROJECTEN MIDDENLANGE TERMIJN

ACTIES OP MIDDENLANGE TERMIJN												
PRIORITEITEN												
STRATEGIEËN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	1	3.4.1										
	2			3.4.2								
	3					3.4.3						
	4							3.4.5				
	5											
6										3.4.6		

3.6. ACTIES OP LANGE TERMIJN (2013 – 2015)

3.6.1. Wijken in beweging - 10.000 stappen Vlaanderen' en 'Vlaanderen beweegt' naar specifieke settings

Situering ontwerp actieplan

Setting kansengroepen: strategie 1; prioriteit 1
 Setting bedrijven: strategie 4; prioriteit 7 en 8
 Setting jongeren: strategie 2; prioriteit 4

Omschrijving

De bestaande methodieken van '10.000 stappen Vlaanderen' en 'Vlaanderen beweegt' zullen in een eerste fase geïmplementeerd worden naar het grote publiek. Doelstelling is zo veel mogelijk mensen bereiken. Met deze 'uitbreiding' op lange termijn willen we de methodiek specifiek inzetten om bepaalde doelgroepen extra te bereiken. Hoewel deze ook in de eerste fase konden deelnemen, vrezen we een nog vrij beperkte vertegenwoordiging. **Het spreekt voor zich dat de evaluatie van deze projecten op korte termijn hier uitsluitsel over moet geven.**

De doelgroep van de kansengroepen zou bereikt kunnen worden via onder andere de Wijkgezondheidscentra (ook andere kanalen zijn mogelijk). Hier zouden bijvoorbeeld de bewegingsschema's van 'Vlaanderen beweegt' of pedometerpakketten van '10.000 stappen' aangeboden kunnen worden. Afhankelijk van het fitheidniveau van de begunstigde kan hier een keuze in gemaakt worden.

De doelgroep van de bedrijven zou op eenzelfde manier kunnen benaderd worden. Werknemers kunnen in groep gebruik maken van de bewegingsschema's of met de stappenteller aan de slag gaan. Kleine aanpassingen aan de methodiek (bijvoorbeeld 4.000 stappen@work) maken deze bruikbaar in deze setting.

Tot slot de doelgroep van de jongeren. De '10.000 stappen' methodiek is hier niet van toepassing, omdat deze zich richt naar 18 plussers. Wel zou via 'Vlaanderen beweegt' kunnen gewerkt worden met bekende personen. Zij overtuigen jongeren van het belang van een gezonde voeding en voldoende beweging. Symbolisch zou een soort van 'contract' kunnen afgesloten worden tussen de jongere en de bekende Vlaming.

Projectpartners

'wijken in beweging – 10.000 stappen Vlaanderen' en 'Vlaanderen beweegt'

Doelgroep

Wijkgezondheidscentra en andere kanalen
 Bedrijven (werknemers)
 Jongeren

Evidentie

Methodiek '10.000 stappen' en bewegingsschema's 'Vlaanderen beweegt'
 Zie korte termijn acties 3.1.2 en 3.1.4

Inhoudelijke opmerkingen

Vooraf naar bedrijven zal een draagvlak gecreëerd moeten worden, vandaar prioriteit 7.

Planning

Lange termijn

3.6.2. Praktijkgerichte richtlijnen motiverende gesprekstechnieken zorgverstrekkers

Situering ontwerp actieplan

Strategie 5; prioriteit 9

Omschrijving

Trainingspakket gericht naar zorgverstrekkers (diëtisten, huisartsen, kinesisten,...) dat door middel van technieken van korte motiverende gesprekken toe te passen mensen probeert aan te zetten op gezonde voeding en voldoende beweging.

Projectpartners

Beroepsverenigingen zijn hier een onmisbare partner.
Mogelijkheid is het werken met een projectoproep.

Doelgroep

Zorgverstrekkers (huisartsen, kinesisten, diëtisten,...)

Evidentie

Zal moeten blijken uit verdere analyse door de werkgroep voeding en beweging.

Inhoudelijke opmerkingen

Afstemming met de actie 'begeleiding van cardiovasculaire risicopatiënten' (3.6.2) is noodzakelijk.

Planning

Lange termijn, afstemming met 3.6.3 is noodzakelijk.

3.6.3. Detectie en begeleiding van personen met een verhoogd cardiovasculaire risico

Situering ontwerp actieplan

Strategie 5; prioriteit 9

Omschrijving

De huisarts is centrale partner voor deze actie. Wanneer hij op gerichte wijze een cardiovasculair risico vaststelt, geeft hij de patiënt een aanzet voor verdere 'preventie' binnen de verschillende actiemogelijkheden die lopend zijn. De huisarts verwijst door naar concrete acties waarin de patiënt kan instappen en volgt hem op, motiveert hem. Hierbij kan hij gebruik maken van korte motiverende gesprekstechnieken.

Projectpartners

Domus Medica
huisartsen

Doelgroep

Huisartsen, de uiteindelijke doelgroep zijn mensen met een cardiovasculair risico.

Evidentie

Zal moeten blijken uit verdere analyse door de werkgroep voeding en beweging.

Planning

Lange termijn.

3.6.4. Projectoproep actief woon- werk verkeer

Situering ontwerp actieplan

Strategie 4; prioriteit 8

Omschrijving

Projecten en methodieken die een actief woon- werk verkeer stimuleren.

Oproepmodaliteiten

- thema beweging staan centraal;
- afstemming met bestaande methodieken;
- pilootprojecten mét een passende evaluatie zijn een optie;
- de organisatie staat garant voor een kwalitatieve uitvoering van het project, met een plan- en doelmatige uitwerking;
- projecten hebben een proportionele verhouding tussen de middelen en de beoogde resultaten (kosteneffectiviteit);

Projectpartners

De fietsersbond en bedrijfsgezondheidsdiensten zouden een mogelijke partner kunnen zijn voor het formuleren van de projectoproep.

Doelgroep

Werknemers.

Evidentie

Doctoraatstudie Bas De Geus: 'Psychosocial and environmental factors associated with cycling and the effect of cycling on fitness and health indexes in an untrained working population.'

Uit dit onderzoek werd geconcludeerd dat gedurende 1 jaar fietsen naar het werk een positieve invloed heeft op de fysieke fitheid en de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit.

Verdere evidentie via de werkgroep voeding en beweging.

Inhoudelijke opmerkingen

De fiscale vrijstelling van de fietsvergoeding werd opgetrokken naar 0,20 euro/km. Ook zal deze in de toekomst geïndexeerd worden. De terbeschikkingstelling van de bedrijfsfiets werd ook fiscaal vrijgesteld in hoofde van de werknemer en wordt dus voortaan niet langer aanzien als een voordeel in natura.

Planning

Lange termijn

3.6.5. Collectieve gezondheidsovereenkomst met de voedingssector

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 6; prioriteit 12

Omschrijving

| Deze collectieve gezondheidsovereenkomst met de voedingssector (voedingsindustrie / landbouw / distributie / horeca) is bedoeld om een engagement van deze sectoren te bekomen met betrekking tot het geven van correcte boodschappen in de reclamecampagnes (communicatie), heldere productinformatie (informatie) en het aanpassen van de portiegroottes (samenstelling).

Projectpartners

| Nader te bepalen.

Evidentie

| Het bekomen van het engagement met de horeca bleek kosteneffectief (actie 12.1; p 11, 13 rapport Annemans).
Zal moeten blijken uit verdere analyse door de werkgroep voeding en beweging.

Doelgroep

| Voedingsindustrie
Landbouw
Distributie
Horeca

Planning

| Lange termijn

3.6.6. Collectieve gezondheidsovereenkomst met de media

Situering ontwerp actieplan

| Strategie 6; prioriteit 11

Omschrijving

| Met behulp van deze collectieve gezondheidsovereenkomst wordt een samenwerking met de Vlaamse televisieomroepen en andere media afgesloten. De doelstelling is dat de partners zich inzetten om niet- belerende gezondheidsboodschappen te verwerken in bestaande programma's. Voeding en beweging dienen met andere woorden op een correcte manier in beeld gebracht te worden.
Ook behoort het uitzenden van aantrekkelijke educatieve programma's over gezond bewegen en evenwichtige voeding tot de mogelijkheden.

Projectpartners

| Vlaamse media

Gewenst effect

Niet- belerende gezondheidsboodschappen worden verwerkt in bestaande programma's, aantrekkelijke educatieve programma's over gezond bewegen en evenwichtige voeding worden uitgezonden.

Evidentie

Voor deze actie is (nog) geen evidentie. Het creëert wel een draagvlak, hetgeen nodig is om prioriteit 12 te verwezenlijken.

3.7. OVERZICHTSMATRIX PROJECTEN LANGE TERMIJN

ACTIES OP LANGE TERMIJN												
PRIORITEITEN												
STRATEGIEËN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	1	3.6.1										
	2			3.6.1								
	3											
	4						3.6.1	3.6.1				
	5							3.6.4	3.6.2			
6									3.6.3		3.6.6	3.6.5

3.8. TOTALE OVERZICHTSMATRIX KORTE, MIDDENLANGE EN LANGE TERMIJN

ACTIES OP KORTE, MIDDENLANGE EN LANGE TERMIJN												
PRIORITEITEN												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
STRATEGIEËN	1	3.1.5 3.1.7 3.4.1 3.6.1	3.1.2 3.1.3 3.1.4									
	2			3.4.2 3.6.1								
	3					3.4.3 3.1.8 3.1.9						
	4						3.1.10 3.6.1	3.1.6 3.1.10 3.4.5 3.6.1 3.6.4				
	5								3.1.5 3.1.7 3.6.2 3.6.3			
	6									3.4.6	3.6.6	3.1.11 3.6.5

4. SLOTOPMERKINGEN

Wanneer de overzichtsmatrix van naderbij bekeken wordt dan valt een 'blinde vlek' op voor prioriteiten 3 en 5. Beide prioriteiten behoren tot strategie 2 (gezond bewegen en evenwichtiger eten bij kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar). Prioriteit 3 'van borstvoeding de norm maken' zal door het agentschap Kind en Gezin opgenomen worden. Deze prioriteit behoort tot de reguliere werking van dit agentschap. Zoals in het hoofdstuk van de randvoorwaarden aangehaald, heeft Kind en Gezin een belangrijke verantwoordelijkheid in de realisatie van strategie 2.

Wat de realisatie van prioriteit 5 betreft (aanbieden en faciliteren van gezonde voeding-beweegmogelijkheden in de kinderopvang) werden 2 van de 4 onderzochte acties niet-kosteneffectief bevonden. Een andere actie werd niet weerhouden op basis van de weinige wetenschappelijke evidentie die er te vinden was. Daarom is het aangewezen om de verdere uitwerking van deze prioriteit ter discussie voor te leggen aan de werkgroep voeding en beweging.

Voor de uitvoering van dit actieplan zal beroep gedaan worden op de partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking, de Logo's en andere. Vraag is of de huidige sector toereikend is om een efficiënte implementatie mogelijk te maken:

- Momenteel is er geen partnerorganisatie die het thema bewegen op zich neemt. VIGEZ is het expertisecentrum voor gezondheidsbevordering op het vlak van voeding en voor beweging in relatie tot voeding. Inhoudelijk wordt het thema beweging met andere woorden niet los gezien van voeding. Naar de toekomst toe is het nodig om de afweging te maken of een dergelijke partnerorganisatie wenselijk is in de ondersteuning van dit thema. Vraag blijft welke organisatie voldoende expertise in huis heeft om bewegen op te nemen. Ook een afstemming met het beleidsdomein 'sport' is een aandachtspunt voor een integrale aanpak van dit thema.
- Voor de sector 'bedrijven' zijn de bedrijfsgezondheidsdiensten een belangrijke partner. Op heden zijn die nog niet erkend als terreinorganisatie. Een erkenning dringt zich mogelijk op om de bedrijvensector mee in het verhaal van gezonde voeding en beweging te betrekken. Daartoe wordt een ontwerp van Besluit aan de Regering overgelegd.

Om een zicht te krijgen op het effect van de acties zal steeds een evaluatie voorzien worden. Afhankelijk van deze evaluatie moet gezocht worden naar een verankering van deze projecten. Op die manier wordt een duurzaam beleid gegarandeerd.

BIJLAGE 2:
GEÏNTEGREERD ACTIEPLAN VOEDING EN BEWEGING:
Kosteneffectiviteitsstudie



Gezondheidsconferentie Voeding & Beweging

GEÏNTEGREERD ACTIEPLAN VOEDING EN BEWEGING 2008-2015

Kosteneffectiviteitsstudie

Universiteit Gent – Vakgroep
Maatschappelijke
gezondheidskunde

Delphine De
Smedt

Madeleine Bakker
Prof. Lieven
Annemans

Samenvatting

In het kader van de gezondheidsconferentie Voeding en Beweging werd een kosteneffectiviteitsstudie uitgevoerd op een 16-tal mogelijke acties ter bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging. De onderzochte acties werden eerder opgesteld door het VIG en hadden betrekking op doelgroepen van diverse leeftijden (kinderen, volwassenen, ouderen,...) die via verschillende kanalen bereikt konden worden. Dit rapport beschrijft de gebruikte methoden en resultaten van de kosten-effectiviteitsstudie.

De studie is gebaseerd op literatuuronderzoek, en een modelmatige berekening van de verwachte lange termijn uitkomsten voor doelgroepen die al dan niet via dergelijke acties met succes bereikt worden. Het betreft dus een simulatie van de toekomstverwachtingen ten gevolge van elk van de acties. Deze simulatie werd uitgevoerd op 4 leeftijdscategorieën nl. 40-jarigen, 50-jarigen, 60-jarigen en 70 jarigen en in de veronderstelling dat de interventie gedurende 10 jaar wordt geïmplementeerd. In het geval van acties naar kinderen toe wordt , weer op basis van bestaande literatuur, een projectie gemaakt naar de latere volwassen leeftijd.

Uit de resultaten van dit onderzoek kunnen we concluderen dat de 16 onderzochte interventies het allen vrij goed doen. In het bijzonder de interventies gericht op volwassenen doen het erg goed. Uit een berekening van full benefit cost ratio (alle maatschappelijke baten gedeeld door de maatschappelijke kost van een actie) blijkt dat vele interventies een erg hoge "return on investment" hebben, m.a.w. dat de kosten dikwijls veel lager zijn dan de opbrengsten.

De iets minder goede resultaten van de interventies gericht op kinderen zijn te wijten aan het feit, dat het gunstig effect van een bepaalde interventie op de gezondheid geprojecteerd wordt naar 40-jarige, 50-jarige, 60-jarige en 70-jarige leeftijd. Dit is minimum 30 jaar na de interventie. Slecht 2 interventies nl. het aanleggen van parken en groene ruimte ter promotie van lichaamsbeweging bij kinderen en het aanpassen van de schoolinfrastructuur vb. kwaliteitsvolle spel -en sportinfrastructuur zijn minder kosteneffectief. De grote investeringskosten (aanleggen park, ombouwen speelplaats) liggen hierbij aan de oorzaak.

In het algemeen kan gesteld worden dat de meeste interventies erg kosteneffectief zijn.

Inhoudstabel

Samenvatting	174
Inhoudstabel	175
1. Achtergrond en doel	176
2. Gezondheidseconomische evaluatie	176
3. Methoden en resultaten	178
STAP 1: SELECTIE VAN DE ACTIES	178
STAP 2: WERKT DE ACTIE EN OP WELKE PARAMETERS? (INTERMEDIARE EN FINALE HEALTH OUTCOMES)	178
STAP 3: WAT IS DE VOORSPELDE INCIDENTIE VAN ZIEKTEN ZONDER EN MET ACTIE	179
STAP 4: WAT IS DE GESCHATTE INVESTERING?	182
STAP 5: SCHATTING VAN DE KOSTENEFFECTIVITEIT VAN DE GESELECTEERDE ACTIES	183
4. Discussie	189
5. Conclusie	192
REFERENTIELIJST	193

1. Achtergrond en doel

Naar aanleiding van de gezondheidsconferentie 2008 werd aan de Universiteit Gent, vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde, de opdracht gegeven een kosteneffectiviteitanalyse uit te voeren op een aantal interventies ter promotie van gezonde voeding en lichaamsbeweging¹. Concreet diende deze studie in het kader van het geïntegreerd actieplan voeding en beweging 2008-2015 na te gaan in welke mate de, door het Vlaams instituut voor gezondheidspromotie, voorgestelde acties kosteneffectief zijn. De verschillende voorgestelde gezondheidsinterventies werden vergeleken met de huidige situatie: nl. geen actie ondernemen.

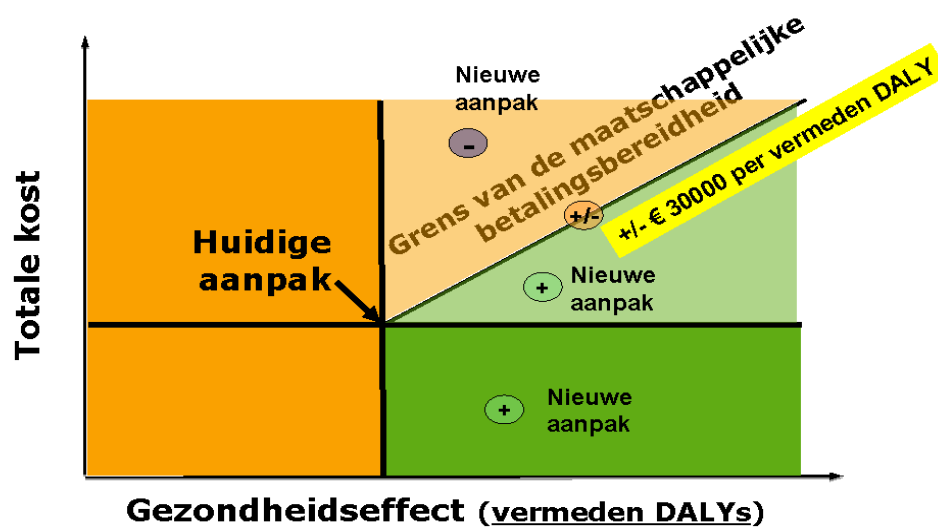
Dit rapport geeft een beschrijving weer van de methoden en resultaten van deze gezondheidseconomische evaluatie. In hoofdstuk 2 worden kort de principes en toepassingen van gezondheidseconomische evaluaties toegelicht. In Hoofdstuk 3 gaan we in op de gebruikte methoden en lichten we de resultaten toe. In hoofdstuk 4 maken we een vergelijking met de buitenlandse literatuur en tot slot formuleren we in hoofdstuk 5 de conclusies van ons onderzoek.

2. Gezondheidseconomische evaluatie

Het doel van een gezondheidszorgbeleid bestaat uit het produceren van gezondheid, binnen de beperkingen van de beschikbare middelen. Een goed gezondheidsbeleid moet billijkheid (iedereen die dezelfde gezondheidsbehoefte heeft, moet ook dezelfde zorg kunnen krijgen), doeltreffendheid (behandelingen of preventieve maatregelen moeten een effect hebben op de gezondheid) en doelmatigheid (het optimaal besteden van de middelen) nastreven. Dit laatste kan nagegaan worden via een gezondheidseconomische evaluatie. Het betreft een onderzoek waarbij een bepaalde aanpak inzake gezondheid wordt vergeleken met een andere (dikwijls bestaande) aanpak en waarbij zowel naar de kosten als naar de gezondheidseffecten wordt gekeken, ook wel kosteneffectiviteitanalyse genoemd. Om met het beschikbare budget veel gezondheid te produceren moeten de middelen toegewezen worden aan de aanpak die het meeste gezondheid oplevert per geïnvesteerde euro².

Onderstaande figuur 1 drukt de abstracte resultaten van een dergelijke kosteneffectiviteitsstudie uit. In de figuur wordt de huidige aanpak centraal geplaatst. De nieuwe aanpak wordt op de figuur geplaatst in functie van het verschil in effect (weergegeven op de X-as) en het verschil in kost (weergegeven op de Y as) ten opzichte van de huidige aanpak.

Figuur 1: 2-dimensionele illustratie van een nieuwe aanpak tegenover de huidige aanpak



Het gezondheidseffect kan in verschillende eenheden worden weergegeven. Het aantal vermeden Disability adjusted life years (DALY) of het aantal gewonnen Quality adjusted life years (QALY) zijn meeteenheden die toelaten een vergelijking te maken tussen verschillende interventies in verschillende ziektebeelden². Een QALY is een maat voor het aantal jaren dat iemand nog te leven heeft, met een correctie voor de kwaliteit hiervan. QALY's worden berekend door de levensjaren te vermenigvuldigen met een gewicht (ook wel utiliteit genoemd) dat de kwaliteit van leven weergeeft van de persoon in dat jaar. Een DALY geeft het aantal jaren dat iemand verliest, het is een optelsom van het aantal jaren verloren door vroegtijdige sterfte en het aantal gezonde jaren die verloren gaan door te leven met een ziekte^{2, 3}. In deze gezondheidseconomische evaluatie zal gebruik gemaakt worden van het aantal vermeden DALY's als parameter voor gezondheidswinst.

De combinatie van het gezondheidseffect en de kost geeft een bepaalde aanpak een plaats in bovenstaande figuur. Men tracht dan een grens te bepalen van maatschappelijke betalingsbereidheid: hoeveel euro is men bereid te betalen voor het vermijden van 1 DALY. De grens van betaalbaarheid verschilt nogal van land per land en dit afhankelijk van de welvaart van het land. In België geldt een betalingsbereidheid van +/- €30 000 per vermeden DALY. Elke aanpak die minder kost dan €30 000 per vermeden DALY kan dus als een kosteneffectieve aanpak worden aanzien².

3. Methoden en Resultaten

In dit onderdeel zullen de opeenvolgende stappen van het onderzoek worden toegelicht. De uitgevoerde kosteneffectiviteitsstudie kan opgedeeld worden in een 5-tal stappen.

STAP 1: SELECTIE VAN DE ACTIES

Uit de prioriteitenlijst van het Vlaams instituut voor gezondheidspromotie¹ werden een aantal acties, waarop nadien een kosteneffectiviteitsstudie werd uitgevoerd, geselecteerd. De finale lijst omvatte 16 acties, zoals voorgesteld in bijlage 1 (met aanduiding van hun numerieke code).

Een aantal acties echter, werden samengevoegd (vb. Acties 2.2 en 2.3 – zie bijlage 1) nadat uit de literatuur hiervoor aanwijzingen werden gevonden en bijgevolg als 1 actie onderzocht. Bovendien zijn een aantal acties zowel op zichzelf, als samengevoegd onderzocht (vb. Acties 8.1, 8.2 en 8.1+8.2 samen).

STAP 2: WERKT DE ACTIE EN OP WELKE PARAMETERS? (INTERMEDIARE EN FINALE HEALTH OUTCOMES)

Voor de 16 geselecteerde acties werd in de bestaande literatuur gezocht de naar 'evidence' dat de acties werken. Hun effect op attitude, gedrag, lichaamsparameters en harde eindpunten werd nagegaan. Enkel publicaties waarin een effect werd onderzocht op gedrag (bv. Fruit eten) en/of lichaamsparameters (bv. BMI) en/of harde eindpunten (bv. Diabetes) werden geselecteerd.

Als startpunt voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van het door het VIG opgestelde rapport: Geïntegreerd actieplan voeding en beweging 2008-2015¹. Indien hierin reeds relevante evidence, o.a. reviews, werd aangereikt, werd deze als basis genomen voor de verdere zoektocht.

Daarnaast werd via de search engine "PUBMED" de MEDLINE-databank doorzocht⁴. Dit gebeurde aan de hand van een combinatie van zoektermen gebaseerd op het "PICO" principe (= patient, intervention, comparison, outcome), specifiek voor elke actie, zoals ze in bijlage 2 zijn voorgesteld.

De resultaten van deze literatuurstudie en de gerapporteerde effecten zijn opgenomen in Bijlage 3. Voor elke actie werd ook nagegaan hoeveel artikels aantonen dat er geen gunstige evidence is. Dit geeft voor elke actie een beeld over het aantal artikels waar een significant effect werd aangetoond en het aantal waar geen significant effect kon worden aangetoond. Deze samenvatting wordt voorgesteld in Tabel 1.

Tabel 1: evidence pro-contra: aantal positieve en negatieve studies

Actie	+	-	totaal
1.1	4	1	5
2.1	8	3	11
2.2+2.3	10	3	13
4.1	3	4	7
4.2	5	0	5
4.3	1	1	2
5.1	3	1	4
6.1	16	4	20
6.2	4	1	5
8.1	18	8	26
8.2	16	9	25
9.1+9.2	11	4	15
10.1	3	7	10
11.1+10.1	1	1	2
12.1	6	1	7
totaal	109	48	157

Voor de gezondheidseconomische evaluatie werden enkel de artikels met een significant effect in rekening gebracht. De achterliggende redenering was dat het beleid zich moet laten inspireren door de positieve resultaten en de modaliteiten van de interventies met dergelijke positieve resultaten moet imiteren.

Voor de meeste acties worden in de literatuur enkel de effecten op intermediaire outcomeparameters (bv: aantal porties fruit per dag, systolische bloeddruk, BMI, etc) beschreven. Een rechtstreeks effect van de interventies op morbiditeit of mortaliteit werd slechts zelden in de literatuur gerapporteerd.

Om de link tussen de intermediaire outcomeparameter en de harde eindpunten (bv: hersenbloeding, diabetes, borstkanker, etc) te kunnen leggen werd in de literatuur gezocht naar het verband tussen beide. Hiervoor werden enkel artikels vanaf 1995 weerhouden. De relatie tussen intermediaire outcomeparameters en harde eindpunten werd zowel bij kinderen als volwassenen nagegaan. Bijlage 4 geeft de verbanden tussen intermediaire en harde eindpunten weer.

In de gezondheidseconomische evaluatie werden uiteindelijk hersenbloeding, coronaire hartziekten, diabetes, colorectale kanker en borstkanker opgenomen als harde eindpunten.

Bijlage 5 geeft schematisch weer welke outcomeparameters gelinkt zijn aan welke harde eindpunten.

STAP 3: WAT IS DE VOORSPELDE INCIDENTIE VAN ZIEKTEN ZONDER EN MET ACTIE

De incidentie van de geselecteerde harde eindpunten (hersenbloeding, coronaire hartziekten, diabetes, colorectale kanker en borstkanker) werd opgezocht voor de Vlaamse bevolking. De gegevens voor *kanker* zijn gebaseerd op de cijfers voor Vlaanderen beschikbaar via het Belgische kankerregister⁵ (gegevens voor Vlaanderen, 2004). De gegevens voor *diabetes* zijn gebaseerd op cijfers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu⁶ (RIVM, cijfers voor Nederland gebaseerd op 5 huisartsenregistraties, 2003). De gegevens voor *hersenbloeding* zijn gebaseerd op gegevens van het RIVM⁶ (cijfers voor Nederland, 2003) en op de

cijfers van het Vlaams agentschap zorg en gezondheid⁷ (doodsoorzaken cijfers voor Vlaanderen, 2006). Aangezien er in tegenstelling tot Nederland, voor Vlaanderen geen exacte cijfers rond incidentie van hersenbloeding bekend zijn, werd uit de verhouding van hersenbloeding en sterfte ten gevolge van hersenbloeding in Nederland, de incidentie van hersenbloeding in Vlaanderen berekend aan de hand van de sterftcijfers tengevolge van hersenbloeding in Vlaanderen. Voor wat betreft gegevens voor *coronaire hartziekten* tenslotte werden de gegevens van het 'Multinational Monitoring of Trend and Determinants of Cardiovascular disease'-project⁸ (MONICA-studie, 2005) gebruikt. Aangezien deze enkel betrekking hebben op Gent en Brugge, werd ook hier de verhouding van de coronaire hartziekten op de sterfte ten gevolge van coronaire hartziekten, geëxtrapoleerd naar Vlaanderen volgens de sterftcijfers van het Vlaams agentschap zorg en gezondheid⁷ voor coronaire hartziekten (doodsoorzaken cijfers voor Vlaanderen, 2006).

Tabel 2 geeft de voorspelde incidentie van hersenbloeding, coronaire hartziekten, diabetes, colorectale kanker en borstkanker weer binnen de Vlaamse bevolking op 40 jarige, 50 jarige, 60 jarige en 70 jarige leeftijd over een periode van 10 jaar.

Tabel 2: voorspelde incidentie in Vlaanderen

ZIEKTE	Probabiliteit op 10 jaar			
	40 jaar	50 jaar	60 jaar	70 jaar
Hersenbloeding	0,18%	0,65%	1,89%	4,21%
Coronaire hartziekte	0,17%	0,66%	1,27%	2,98%
Diabetes	3,13%	7,59%	12,95%	16,04%
Colorectale kanker	0,21%	0,70%	1,85%	3,55%
Borstkanker	1,06%	1,76%	2,04%	1,78%

In stap 2 werden de intermediaire outcomeparameters uit de evidence reeds gekoppeld aan de harde eindpunten. Voor elke actie werd, via de intermediaire outcomeparameters, de relatieve risicovermindering per hard eindpunt berekend. De outcomeparameters konden dikwijls aan verschillende harde eindpunten worden gelinkt. Indien mogelijk werden ze gelinkt aan hersenbloeding of coronaire hartziekten. Indien de literatuur bewijs leverde voor het verband met de andere harde eindpunten (diabetes, colorectale kanker en borstkanker) werden de effecten op deze harde eindpunten aan hersenbloeding of coronaire hartziekten gealigneerd aan de hand van in de literatuur vastgelegde proporties die gebaseerd zijn op meta-analyses^{7, 9}. Deze gebruikte proporties gelden voor lichamelijke activiteit, in dit rapport zijn we ervan uitgegaan dat ze ook toegepast kunnen worden op die acties die zich enkel toespitsen op gezonde voeding.

De risico verminderingen werden vervolgens toegepast op de voorspelde incidenties (cfr. Tabel 2), waardoor voor elke actie de incidentie van hersenbloeding, coronaire hartziekten, diabetes, colorectale kanker en borstkanker berekend werd op 10 jaar en dit voor de (geprojecteerde) leeftijd van 40 jaar, 50 jaar, 60 jaar en 70 jaar, in aan- en afwezigheid van interventie. In Bijlage 6 zijn de incidenties van de harde eindpunten specifiek voor elke actie en de 4 leeftijdscategorieën voorgesteld.

In onderstaande tabel 3 worden deze resultaten voor 1 van de interventies (actie K4.1: Informatie, advies, voorlichting aan (groot)ouders over evenwichtige voeding, leren eten en bewegen) reeds weergegeven. Voor elke (geprojecteerde) leeftijdscategorie is de incidentie van de 5 aandoeningen weergegeven en dit indien er geen interventie wordt toegepast (GEEN I, dit zijn de cijfers zoals ze in tabel 2 zijn

weergegeven) en indien de interventie K4.1 wel wordt toegepast (WEL I). Deze incidenties werden weergegeven voor de BASE CASE, de WORST CASE en de BEST CASE. De incidenties in de base case zijn gebaseerd op het gemiddelde van al de resultaten afgeleid uit de positieve evidence gevonden in de literatuur zoals voorgesteld in Bijlage 3. De incidenties in de worst case zijn gebaseerd op de minst goede resultaten zoals ze gevonden werden in de positieve evidence (bijlage 3). De incidenties in de beste case zijn gebaseerd op de beste resultaten zoals ze gevonden werden in de positieve evidence (bijlage 3)

Tabel 3: De incidenties met en zonder implementatie van actie K4.1: Informatie, advies, voorlichting aan (groot)ouders over evenwichtige voeding, leren eten en bewegen

BASE CASE

ziekte	40 JAAR		50 JAAR		60 JAAR		70 JAAR		Relatief risico vermindering BASE CASE
	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	
hersenvloeding	0,18%	0,17%	0,65%	0,64%	1,89%	1,86%	4,21%	4,12%	1,97%
coronaire hartziekten	0,17%	0,16%	0,66%	0,64%	1,27%	1,23%	2,98%	2,90%	2,92%
diabetes	3,13%	3,06%	7,59%	7,43%	12,95%	12,68%	16,04%	15,70%	2,12%
colorectale kanker	0,21%	0,21%	0,70%	0,69%	1,85%	1,81%	3,55%	3,48%	2,12%
borstkanker	1,06%	1,05%	1,76%	1,73%	2,04%	2,01%	1,78%	1,76%	1,24%

WORST CASE

ziekte	40 JAAR		50 JAAR		60 JAAR		70 JAAR		Relatief risico vermindering WORST CASE
	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	
hersenvloeding	0,18%	0,18%	0,65%	0,65%	1,89%	1,89%	4,21%	4,21%	0,03%
coronaire hartziekten	0,17%	0,17%	0,66%	0,66%	1,27%	1,27%	2,98%	2,98%	0,05%
diabetes	3,13%	3,13%	7,59%	7,59%	12,95%	12,95%	16,04%	16,03%	0,04%
colorectale kanker	0,21%	0,21%	0,70%	0,70%	1,85%	1,85%	3,55%	3,55%	0,04%
borstkanker	1,06%	1,06%	1,76%	1,76%	2,04%	2,04%	1,78%	1,78%	0,02%

BEST CASE

ziekte	40 JAAR		50 JAAR		60 JAAR		70 JAAR		Relatief risico vermindering BEST CASE
	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	GEEN I	WEL I	
hersenvloeding	0,18%	0,17%	0,65%	0,62%	1,89%	1,80%	4,21%	3,99%	5,05%
coronaire hartziekten	0,17%	0,15%	0,66%	0,61%	1,27%	1,17%	2,98%	2,76%	7,56%
diabetes	3,13%	2,96%	7,59%	7,18%	12,95%	12,25%	16,04%	15,17%	5,43%
colorectale kanker	0,21%	0,20%	0,70%	0,66%	1,85%	1,75%	3,55%	3,36%	5,43%
borstkanker	1,06%	1,03%	1,76%	1,70%	2,04%	1,97%	1,78%	1,72%	3,18%

Noteer dat het hier een actie betreft die als doel heeft kinderen gezonder te leren eten en te bewegen. De kolommen 40 jaar tot en met 70 jaar hebben dus betrekking op de eerder vermelde projectie van de incidentie van de harde eindpunten naar die latere leeftijd, telkens in het geval van geen of wel interventie.

STAP 4: WAT IS DE GESCHATTE INVESTERING?

Voor de 16 geselecteerde acties werd een schatting van de nodige investering uitgevoerd. De investering werd uitgerekend voor een periode van tien jaar. In Tabel 4 zijn deze kosten opgenomen. Het betreft hier ruwe schattingen die voor de meeste acties gebaseerd zijn op voorstellen van geschatte kosten uit de sector zelf. Bij implementatie van één of meerdere acties dienen deze cijfers dan ook verder uitgewerkt te worden, om tot meer exacte kosten te komen.

Tabel 4: kosten van de verschillende acties

ACTIE	KANAAL	KOST OP 10 JAAR
L1.1	Lokale gemeenschap	64,41 €
L2.1		18,40 €
L2.2+2.3		26,66 €
K4.1	Kinderen/jongeren	60,97 €
K4.2		849,10 €
K4.3		5,01 €
K5.1		5,50 €
S6.1	School	140,33 €
S6.2A		5,84 €
S6.2B		225,81 €
W8.1	Werkplek	88,53 €
W8.2		84,45 €
W8.1+8.2		110,48 €
G9.1+9.2	Zorgverlener	11,52 €
I10.1	Informatie en communicatie	1,03 €
I10.1+11		8,10 €
I12.1		1,90 €

De gedetailleerde berekeningen van de geschatte kosten zijn per actie weergegeven in Bijlage 7.

STAP 5: SCHATTING VAN DE KOSTEN-EFFECTIVITEIT VAN DE GESELECTEERDE ACTIES

Stap 3 en stap 4 bezorgden ons specifiek voor elke actie de noodzakelijk informatie betreffende de incidentie van de harde eindpunten en betreffende de investeringen voor het uitvoeren van elke actie.

Om een kosteneffectiviteitanalyse te kunnen uitvoeren, moeten hiernaast ook de kosten van de ziekten en de hiermee gepaarde gaande kosten van de behandeling en de DALY's tengevolge van ziekte berekend worden. De schatting van de totale kost van elk van de 5 harde eindpunten zijn gebaseerd op kosten uit reeds bestaande publicaties, telkens vanuit een maatschappelijk perspectief (dus met inbegrip van eventuele kosten ten gevolge van verminderde productiviteit)⁹ en gebaseerd op een projectie over 10 jaar. Aangezien het toekomstige bedragen betreft (vermeden ziekte in de toekomst) moesten deze teruggerekend worden naar hun huidige waarde. De bedragen zijn bijgevolg gediscoteerd aan de hand van een discontovoet van 3%. De kosten voor de acties met betrekking tot kinderen moeten daarenboven nog eens extra gediscoteerd worden voor een periode van 30 jaar (verschil tussen de huidige leeftijd - +/- 10 jaar – en de geprojecteerde leeftijd van minstens 40 jaar). Een detail van de berekeningen is terug te vinden in Bijlage 8.

Tabel 5: Totale kost voor elk van de 5 harde eindpunten

Harde eindpunten	Totaal kost volwassenen berekend over 10 jaar	Totale kost kinderen berekend op 10 jaar na 30 jaar
Hersenbloeding	55.314 €	22.789 €
Coronaire hartziekten	31.612 €	13.024 €
Diabetes	12.626 €	5.202 €
Colorectale kanker	128.592 €	52.978 €
Borstkanker	165.043 €	67.996 €

Voor de DALY's tengevolge van ziekte werd beroep gedaan op cijfers die beschikbaar zijn binnen het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu⁶. Deze DALY's zijn hieronder in Tabel 6 per ziekte en per leeftijd opgenomen (aanpassing naar leeftijd op basis van eigen berekeningen).

Tabel 6: DALY's per ziekte en per leeftijd

	45 jaar*	55 jaar	65 jaar	75 jaar
Hersenbloeding	12,36	9,32	6,52	3,99
Coronaire hartziekten	22,85	17,23	12,05	7,38
Diabetes	3,76	2,84	1,98	1,22
Colorectale kanker	13,25	9,99	6,99	4,28
Borstkanker	13,51	10,19	7,12	4,36

* is de gemiddelde leeftijd van de categorie 40-50 jaar.

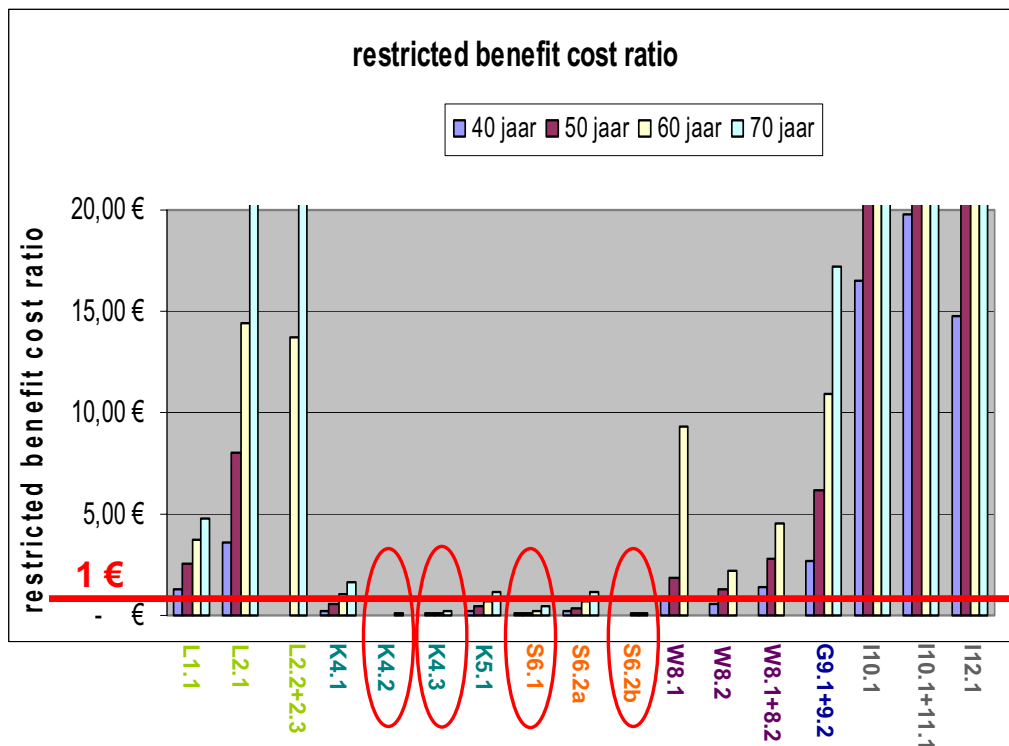
Al de bovenstaande informatie maakt het mogelijk voor elk van de 16 geselecteerde acties een kosteneffectiviteitanalyse uit te voeren.

Het al dan niet invoeren van een bepaalde interventie geeft een verschil in incidentie (over 10 jaar) voor de 5 harde eindpunten zoals reeds werd voorgesteld in bijlage 6. Dit verschil in incidentie moet vermenigvuldigd worden met de totale kost van de ziekte (over 10 jaar). Bijgevolg bekomen we voor elke ziekte binnen elke actie een kostenbesparing. Wanneer we nu de besparing, gerealiseerd door de lagere incidentie van ziekte, van de kost van de interventie aftrekken, bekomen we een nettokost (of een nettowinst, indien de gerealiseerde besparing groter is dan de kost van de interventie). Om te weten wat de return on investment is voor elke geïnvesteerde euro werd de zogenaamde "restricted" benefit cost ratio berekend. Indien de restricted benefit cost ratio groter is dan € 1, dan krijgt met per geïnvesteerde euro meer dan € 1 terug. Tabel 7 en Figuur 2 geven de restricted benefit cost ratio voor elke actie weer. Bij ongeveer de helft van de acties wint men de investering volledig terug.

Tabel 7: Restricted benefit cost ratio

	40 jaar	50 jaar	60 jaar	70 jaar
L1,1	1,32 €	2,50 €	3,69 €	4,76 €
L2,1	3,55 €	8,00 €	14,36 €	22,44 €
L2,2+2,3			13,73 €	21,52 €
K4,1	0,27 €	0,60 €	1,07 €	1,68 €
K4,2	0,01 €	0,03 €	0,05 €	0,08 €
K4,3	0,03 €	0,07 €	0,13 €	0,20 €
K5,1	0,18 €	0,41 €	0,74 €	1,15 €
S6,1	0,06 €	0,15 €	0,27 €	0,43 €
S6,2a	0,18 €	0,40 €	0,73 €	1,14 €
S6,2b	0,02 €	0,03 €	0,06 €	0,10 €
W8,1	0,90 €	1,88 €	9,32 €	
W8,2	0,56 €	1,26 €	2,26 €	
W8,1+8,2	1,34 €	2,79 €	4,52 €	
G9,1+9,2	2,71 €	6,11 €	10,97 €	17,20 €
I10,1	16,54 €	37,22 €	66,90 €	104,86 €
I10,1+11,1	19,80 €	44,57 €	80,11 €	125,55 €
I12,1	14,72 €	33,13 €	59,54 €	93,32 €

Figuur 2: grafische voorstelling van de restricted benefit cost ratio



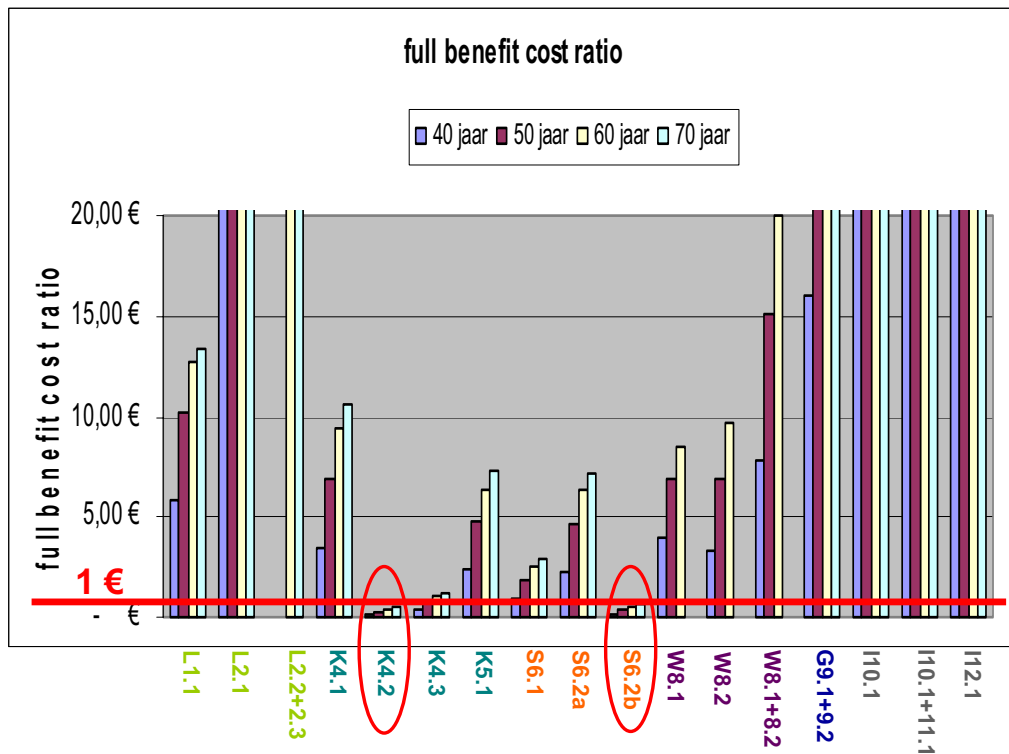
Eenzelfde berekening kan gedaan worden rekening houdend met de vermeden DALY's. Naast de kostenbesparing tegenvolgt van minder ziekte, en de kost van de

interventie moeten immers ook de vermeden DALY's berekend worden. Het verschil in incidentie wordt dan vermenigvuldigd met DALY's verbonden aan een bepaalde ziekte. Dit levert ons een bepaald aantal vermeden DALY's op. Rekening houdend met het feit dat in België een betalingsbereidheid van € 30.000 per vermeden DALY geldt, kunnen we hieruit de full benefit cost ratio berekenen. Ook hier geldt dat men aan de hand van deze ratio de return on investment per geïnvesteerde euro kent. Doordat er rekening wordt gehouden met de economische waarde van vermeden DALY's (€ 30.000 per DALY) is de return per geïnvesteerde euro veel groter, en zou men voor het merendeel van de interventies winst maken bij de implementatie. Tabel 8 en Figuur 3 geven de Full benefit cost ratio voor elke actie weer. In bijlage 9 gaat een gedetailleerde berekening van de kosteneffectiviteitanalyse.

Tabel 8: Full benefit cost ratio

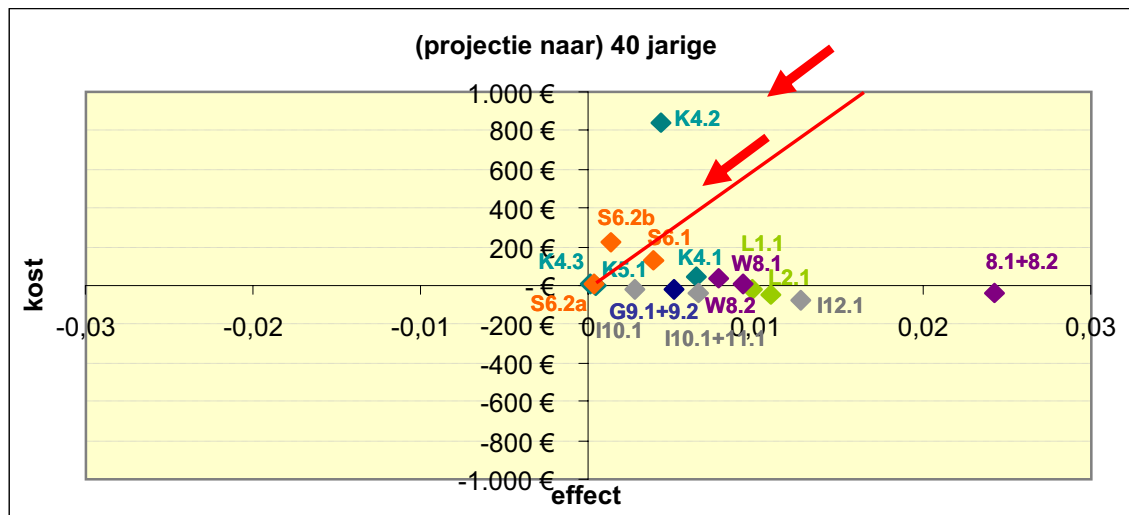
	40 jaar	50 jaar	60 jaar	70 jaar
L1,1	5,89 €	10,19 €	12,65 €	13,32 €
L2,1	21,12 €	42,95 €	60,43 €	71,36 €
L2,2+2,3			57,44 €	68,26 €
K4,1	3,42 €	6,88 €	9,38 €	10,56 €
K4,2	0,16 €	0,33 €	0,45 €	0,50 €
K4,3	0,40 €	0,81 €	1,11 €	1,25 €
K5,1	2,34 €	4,71 €	6,42 €	7,23 €
S6,1	0,89 €	1,86 €	2,53 €	2,96 €
S6,2a	2,31 €	4,65 €	6,33 €	7,14 €
S6,2b	0,20 €	0,39 €	0,54 €	0,60 €
W8,1	4,02 €	6,90 €	8,43 €	
W8,2	3,33 €	6,88 €	9,70 €	
W8,1+8,2	7,88 €	15,11 €	20,04 €	
G9,1+9,2	15,97 €	32,54 €	45,90 €	54,54 €
I10,1	97,35 €	198,37 €	279,81 €	332,54 €
I10,1+11,1	116,56 €	237,52 €	335,04 €	398,17 €
I12,1	86,64 €	176,54 €	249,03 €	295,95 €

Figuur 3: grafische weergave van de full benefit cost ratio

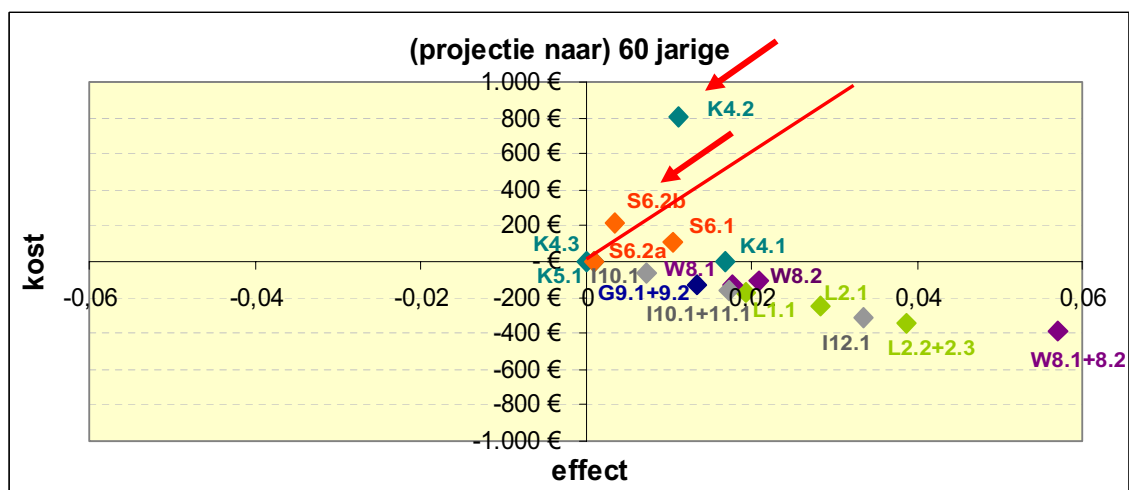


Ter illustratie worden de resultaten van de full benefit cost ratio voor de 40-jarigen en de 60-jarigen nog eens uitgezet in de kosteneffectiviteitsgrafiek, zoals deze theoretisch werd voorgesteld in hoofdstuk 2. De rode lijn geeft de grens van maatschappelijke betaalbaarheid weer. Hier wordt het onmiddellijk duidelijk dat 2 interventies nl. K4.2 en S6.2b niet kosteneffectief zijn, dit zowel op 40-jarige als 60-jarige leeftijd.

Figuur 4: Kosteneffectiviteitsgrafiek voor alle interventies: (projectie naar) 40-jarige leeftijd



Figuur 5: Kosteneffectiviteitsgrafiek voor alle interventies: (projectie naar) 60-jarige leeftijd



4. Discussie

Tekortkomingen van deze studie

De in dit rapport opgenomen kosten inzake de verschillende interventies zijn geschatte kosten op basis van suggesties aangevoerd uit de desbetreffende sector. Om correcte inschattingen te kunnen maken van de werkelijke kosten, dienen deze per actie exact berekend te worden.

De alignering van de harde eindpunten aan hersenbloeding of coronaire hartziekten is gebaseerd op een artikel van Annemans *et al*⁹, waarin de relatieve risicoverminderingen van fysieke activiteit op kanker, hart -en vaat aandoeningen en diabetes zijn berekend. In al de geselecteerde acties is de component lichaamsbeweging opgenomen, behalve voor actie 8.1, 10.1+11 en 12.1. Deze laatste zijn enkel gebaseerd op gezonde voeding waardoor in de evidence het effect op lichaamsbeweging niet wordt nagegaan. In dit rapport wordt een assumptie gemaakt dat ook voor deze acties de in Annemans *et al*, voorgestelde percentages gelden. Bijlage 10 geeft een voorstelling van de parameters weer, waarop de acties een effect hebben.

Voor de verschillende acties werden enkel lange termijn effecten gesimuleerd. M.a.w. korte termijn gevolgen op bv. de productiviteit en op de medische consumptie werden niet in rekening gehouden. Hierdoor kunnen de resultaten van ons onderzoek een onderschatting geven.

Tenslotte kan men ook opwerpen dat wanneer personen langer zullen leven, zij ook gedurende langere tijd kosten aan gezondheidszorg zullen veroorzaken (bv door ouderdomsziekten zoals Alzheimer). Deze redenering werd in onze studie niet gevolgd, o.a. wegens gebrek aan data hieromtrent. Hierdoor kunnen de resultaten van ons onderzoek een overschatting geven.

Bespreking resultaten

De resultaten van deze kosteneffectiviteitsstudie zijn erg hoopgevend. De meeste acties zitten ver onder de € 30.000 per vermeden DALY, en zijn bijgevolg kosteneffectief. De interventies gericht op volwassenen doen het bijzonder goed. De enige die het (in vergelijking met de andere acties gericht op volwassenen) iets minder goed doet is actie W8.2: interventie ter bevordering van lichaamsbeweging op het werk, waar we voor de 40-jarigen een restricted benefit cost ratio kleiner dan 1 kunnen waarnemen. Merk echter op dat, wegens gebrek aan data, geen korte termijn effect op productiviteit werd verondersteld.

Indien we de vermeden DALY's in rekening brengen zien we echter dat voor alle acties gericht op volwassenen het geïnvesteerde bedrag zowel voor 40-jarigen, 50-jarigen, 60-jarigen als 70-jarigen teruggewonnen wordt. Meer nog voor de meeste acties wordt zelf meer dan het geïnvesteerde bedrag teruggewonnen. Men kan dus stellen dat er winst gemaakt wordt. Zo leveren de acties L2.1, L2.2+2.3, G9.1+9.2, I10.1, I10.1+11, I12.1 (= vooral community projecten en massacampagnes) een bijzonder hoge return on investment.

De interventies gericht op de kinderen zijn iets minder uitgesproken positief, toch leveren de meesten positieve resultaten, zeker na incorporatie van de vermeden DALY's. Enkel actie K4.2: meer speel- en groene ruimte voorzien voor kinderen (de aanleg van een park is vrij duur) en S6.2b: kwaliteitsvolle infrastructuur voor o.a. sport, spel... (actie op school met duurder materiaal dan S6.2a) geven zowel op de geprojecteerde 40-jarige, 50-jarige, 60-jarige als 70-jarige leeftijd een full benefit cost

ratio kleiner dan 1 op en zijn bijgevolg niet kosteneffectief. Dit resultaat is te wijten aan de zware investeringen die nodig zijn voor het aanleggen van parken of groene ruimtes en het verbouwen van speelplaatsen.

Vergelijking met de zeldzame buitenlandse gezondheidseconomische evaluaties

In de internationale literatuur zijn gezondheidseconomische evaluaties inzake de door het VIG voorgestelde interventies vrij schaars. Toch werd voor een aantal acties enige informatie omtrent gezondheidseconomische evaluaties in het buitenland teruggevonden. Het betreft hier acties die gelijkaardig zijn aan de door het VIG voorgestelde acties. De economische evaluaties zelf zijn dikwijls op andere assumpties en andere redeneringen gebaseerd (vb. aan een persoon in goede gezondheid wordt ook een jaarlijks medische kost toegekend) wat vergelijking erg moeilijk maakt. In het algemeen komen de in dit rapport bekomen resultaten goed overeen met de resultaten uit de buitenlandse gezondheidseconomische evaluaties, doch gemiddeld gezien zijn onze resultaten iets positiever. De resultaten van deze buitenlandse evaluaties zijn terug te vinden in tabel 8.

Tabel 8: resultaten van de buitenlandse gezondheidseconomische evaluaties

AUTEUR	BESCHRIJVING PROGRAMMA	Investering en besparing (US \$)	Netto Kost (US \$)	gewonnen QALY's	C-Eff	Benefit/ cost ratio
Wang <i>et al.</i> , 2003 ¹⁰	"Planeth health" (5 scholen werden opgenomen in het programma): Een interventie op school om zwaarlijvigheid bij kinderen te verminderen. Sessies waren gefocust op: minder tv kijken, verminderde consumptie van voedsel met een hoog vetgehalte, meer fruit en groente inname, en meer fysieke activiteit.	33.677 min (15.887+ 25.104)	-7314	4,13		
Sims <i>et al.</i> , 2004 ¹¹	"Active Script Programme" (in 8 zorgregio's in Australië): Een interventie om het aantal huisartsen die hun sedentaire patiënten advies geven omtrent fysieke activiteit te verhogen.	1.129.484 min 564.199	565.285	155	AU\$3647/ vermeden DALY	AU\$4,62
Dalziel <i>et al.</i> , 2005 ¹²	Het adviseren van groepen met een laag inkomen door verpleegsters. 2 consultaties(15 min) gericht op nutritionele en gedragswijzigingen.	262.162 min ?	964	0.087	AU10.555/ gewonnen QALY	
Dalziel <i>et al.</i> , 2005 ¹³	"Fighting Fit Fighting Fat": Multi-mediacampagne om zwaarlijvigheid te verminderen via BBC.	6.034.754m in ?	308,2	0,0546	AU\$5,642/ gewonnen QALY	
Dalziel <i>et al.</i> , 2005 ¹²	"2 fruit 'en' 5 veg every day": 4 jaar durende multimediacampagne	782.757	0.204	0.0048	AU\$46/ gewonnen QALY	

5. Conclusie

Uit dit onderzoek kunnen we concluderen dat de interventies gericht op volwassen praktisch allemaal kosteneffectief zijn, zeker wanneer rekening gehouden is met de vermeden DALY's. De interventies gericht op de kinderen doen het iets minder goed, omdat de resultaten geprojecteerd worden naar 40-jarige, 50-jarige, 60-jarige, 70-jarige leeftijd. Toch zijn de meeste interventies gericht op kinderen nog steeds kosteneffectief. Slechts 2 interventies K4.1 en S6.2b zijn niet kosteneffectief. Dit is te wijten aan de hoge investeringen die nodig zijn voor het aanleggen van parken en groene ruimtes en het heraanleggen van speelplaatsen. Over het algemeen kunnen we stellen dat de meeste interventies erg kosteneffectief zijn.

REFERENTIELIJST

- (1) Gezondheidsconferentie voeding en beweging. Geïntegreerd actieplan voeding en beweging. 2008.
- (2) Annemans L. *Gezondheidseconomie voor niet-economen. Een inleiding tot de begrippen, methoden en valkuilen van de gezondheidseconomische evaluatie*. Academia Press; 2007.
- (3) Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2297n18749.html.
- (4) Pubmed databank. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- (5) Belgisch kankerregister. <http://www.kankerregister.org/>
- (6) Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <http://www.rivm.nl>
- (7) Vlaams agentschap zorg en gezondheid. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/>
- (8) De Backer G. Registratie van acute coronaire aanvallen in twee regio's in Vlaanderen: Resultaten voor het kalenderjaar 2005.
- (9) Annemans L, Lamotte M, Clarys P, Van den AE. Health economic evaluation of controlled and maintained physical exercise in the prevention of cardiovascular and other prosperity diseases. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007 December;14(6):815-24.
- (10) Wang LY, Yang QH, Lowry R, Wechsler H. Economic analysis of a school-based obesity prevention program. *Obesity Research* 2003 November;11(11):1313-24.
- (11) Sims J, Huang N, Pietsch J. The Victorian Active Script Programme: promising signs for general practitioners, population health, and the promotion of physical activity (vol 38, pg 19, 2004). *British Journal of Sports Medicine* 2004 June 1;38(3):368.
- (12) Dalziel K., Segal L., Mortimer D. Risk Factor Studie: How to Reduce the Burden of Harm from Poor Nutrition, Tobacco Smoking, Physical Inactivity and Alcohol Misuse: Cost-Utility Analysis of 8 Nutrition Interventions. 2005. Report No.: 2005/4.
- (13) Dalziel K., Segal L., Mortimer D. Risk Factor Study: Economic Evaluation of Nine Multi-Risk Factor Interventions. 2005. Report No.: 2005/2.

EVIDENCE

Bayne-Smith M, Fardy PS, Azzolini A, Magel J, Schmitz KH, Agin D. Improvements in heart health behaviors and reduction in coronary artery disease risk factors in urban teenaged girls through a school-based intervention: the PATH program. *Am J Public Health* 2004 September;94(9):1538-43.

Benjamin SE, Ammerman A, Sommers J, Dodds J, Neelon B, Ward DS. Nutrition and physical activity self-assessment for child care (NAP SACC): results from a pilot intervention. *J Nutr Educ Behav* 2007 May;39(3):142-9.

Beresford SA, Thompson B, Feng Z, Christianson A, McLerran D, Patrick DL. Seattle 5 a Day worksite program to increase fruit and vegetable consumption. *Prev Med* 2001 March;32(3):230-8.

Bolognesi M, Nigg CR, Massarini M, Lippke S. Reducing obesity indicators through brief physical activity counseling (PACE) in Italian primary care settings. *Ann Behav Med* 2006 April;31(2):179-85.

Bower JK, Hales DP, Tate DF, Rubin DA, Benjamin SE, Ward DS. The childcare environment and children's physical activity. *Am J Prev Med* 2008 January;34(1):23-9.

Buchner F.L., Hoekstra J., van den Berg S.W., Wieleman F., van Rossum C.T. Kwantificeren van de gezondheidseffecten van voeding. 2007. Report No.: RIVM rapport.

Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med* 1996 May;25(3):225-33.

Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM. Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *BMJ* 1997 October 25;315(7115):1065-9.

Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Falls prevention over 2 years: a randomized controlled trial in women 80 years and older. *Age Ageing* 1999 October;28(6):513-8.

Cohen DA, Ashwood JS, Scott MM, Overton A, Evenson KR, Staten LK, Porter D, McKenzie TL, Catellier D. Public parks and physical activity among adolescent girls. *Pediatrics* 2006 November;118(5):e1381-e1389.

Collins R, Lee RE, Albright CL, King AC. Ready to be physically active? The effects of a course preparing low-income multiethnic women to be more physically active. *Health Educ Behav* 2004 February;31(1):47-64.

Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, Hunter SB. Entertainment television as a healthy sex educator: The impact of condom-efficacy information in an episode of Friends. *Pediatrics* 2003 November 1;112(5):1115-21.

Dalziel K., Segal L., Mortimer D. Risk Factor Study: Economic Evaluation of Nine Multi-Risk Factor Interventions. 2005. Report No.: 2005/2.

Dalziel K., Segal L., Mortimer D. Risk Factor Studie: How to Reduce the Burden of Harm from Poor Nutrition, Tobacco Smoking, Physical Inactivity and Alcohol Misuse: Cost-Utility Analysis of 8 Nutrition Interventions. 2005. Report No.: 2005/4.

Dalziel K, Segal L. Time to give nutrition interventions a higher profile: cost-effectiveness of 10 nutrition interventions. *Health Promot Int* 2007 December;22(4):271-83.

De Cocker KA, De B, I, Brown WJ, Cardon GM. Effects of "10,000 steps Ghent": a whole-community intervention. *Am J Prev Med* 2007 December;33(6):455-63.

de JJ, Lemmink KA, Stevens M, de Greef MH, Rispens P, King AC, Mulder T. Six-month effects of the Groningen active living model (GALM) on physical activity, health and fitness outcomes in sedentary and underactive older adults aged 55-65. *Patient Educ Couns* 2006 July;62(1):132-41.

Dixon H, Borland R, Segan C, Stafford H, Sindall C. Public reaction to Victoria's "2 Fruit 'n' 5 Veg Every Day" campaign and reported consumption of fruit and vegetables. *Prev Med* 1998 July;27(4):572-82.

- Emmons KM, Linnan LA, Shadel WG, Marcus B, Abrams DB. The Working Healthy Project: a worksite health-promotion trial targeting physical activity, diet, and smoking. *J Occup Environ Med* 1999 July;41(7):545-55.
- French SA. Pricing effects on food choices. *J Nutr* 2003 March;133(3):841S-3S.
- Glasgow RE, Terborg JR, Strycker LA, Boles SM, Hollis JF. Take Heart II: replication of a worksite health promotion trial. *J Behav Med* 1997 April;20(2):143-61.
- Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *Am J Clin Nutr* 1998 June;67(6):1130-5.
- Golan M, Crow S. Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obes Res* 2004 February;12(2):357-61.
- Golan M. Parents as agents of change in childhood obesity—from research to practice. *Int J Pediatr Obes* 2006;1(2):66-76.
- Golan M, Kaufman V, Shahar DR. Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children. *Br J Nutr* 2006 May;95(5):1008-15.
- Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, Sobol AM, Dixit S, Fox MK, Laird N. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999 April;153(4):409-18.
- Hebert J.R, Sorensen G., Stoddard A., Hunt M.K, hebert J.R., Ockene J.K, Hammond S.K. The effects of a health Promotion-Health Protection Intervention on behavior change: The Wellworks Study. *Am J Public Health* 1998;88:1685-90.
- Jago R, Baranowski T, Baranowski JC, Thompson D, Cullen KW, Watson K, Liu Y. Fit for Life Boy Scout badge: outcome evaluation of a troop and Internet intervention. *Prev Med* 2006 March;42(3):181-7.
- Kwak L, Kremers SP, van Baak MA, Brug J. A poster-based intervention to promote stair use in blue- and white-collar worksites. *Prev Med* 2007 August;45(2-3):177-81.
- Luepker RV, Perry CL, McKinlay SM, Nader PR, Parcel GS, Stone EJ, Webber LS, Elder JP, Feldman HA, Johnson CC, Kelder SH, Wu M. Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity - The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH). *Jama-Journal of the American Medical Association* 1996 March 13;275(10):768-76.
- Lyle D, Hobba J, Lloyd K, Bennett D, George T, Giddings N, Griffin N, Chew PC, Harris M, Heading G. Mobilising a rural community to lose weight: impact evaluation of the WellingTonne Challenge. *Aust J Rural Health* 2008 April;16(2):80-5.
- Maddock J, Maglione C, Barnett JD, Cabot C, Jackson S, Reger-Nash B. Statewide implementation of the 1% or Less Campaign. *Health Educ Behav* 2007 December;34(6):953-63.
- Manios Y, Kafatos A. Health and nutrition education in elementary schools: changes in health knowledge, nutrient intakes and physical activity over a six year period. *Public Health Nutr* 1999 September;2(3A):445-8.
- Manios Y, Moschandreas J, Hatzis C, Kafatos A. Evaluation of a health and nutrition education program in primary school children of Crete over a three-year period. *Prev Med* 1999 February;28(2):149-59.

Manios Y, Kafatos I, Kafatos A. Ten-year follow-up of the Cretan Health and Nutrition Education Program on children's physical activity levels. *Prev Med* 2006 December;43(6):442-6.

Manios Y, Kafatos A. Health and nutrition education in primary schools in Crete: 10 years follow-up of serum lipids, physical activity and macronutrient intake. *Br J Nutr* 2006 March;95(3):568-75.

Mayer JA, Heins JM, Vogel JM, Morrison DC, Lankester LD, Jacobs AL. Promoting low-fat entree choices in a public cafeteria. *J Appl Behav Anal* 1986;19(4):397-402.

Muller MJ, Asbeck I, Mast M, Langnase K, Grund A. Prevention of obesity--more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001 May;25 Suppl 1:S66-S74.

Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, Saperia GM, Stanek E, Nicolosi R, Merriam PA, Hurley TG. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch Intern Med* 1999 April 12;159(7):725-31.

Pomerleau J, Lock K, Knai C, McKee M. Interventions designed to increase adult fruit and vegetable intake can be effective: a systematic review of the literature. *J Nutr* 2005 October;135(10):2486-95.

Proper K.I., Bakker I., Van Overbeek K. Naar een gericht BRAVO-beleid door beleidsartsen. 2005.
Ref Type: Generic

Reger B, Wootan MG, Booth-Butterfield S, Smith H. 1% or less: a community-based nutrition campaign. *Public Health Rep* 1998 September;113(5):410-9.

Ridgers ND, Stratton G, Fairclough SJ, Twisk JW. Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. *Prev Med* 2007 May;44(5):393-7.

Sahota P, Rudolf MC, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ* 2001 November 3;323(7320):1029-32.

Seymour JD, Yaroch AL, Serdula M, Blanck HM, Khan LK. Impact of nutrition environmental interventions on point-of-purchase behavior in adults: a review. *Prev Med* 2004 September;39 Suppl 2:S108-S136.

Sorensen G., Morris D.M., Hunt M.K., Hebert J.R., Harris D.R., Stoddard A., Ockene J.K. Work-site nutrition intervention and Employees' dietary habits: The Treatwell Program. *Am J Public Health* 1992;82:877-80.

Stratton G. Promoting children's physical activity in primary school: an intervention study using playground markings. *Ergonomics* 2000 October;43(10):1538-46.

Stratton G, Mullan E. The effect of multicolor playground markings on children's physical activity level during recess. *Prev Med* 2005 November;41(5-6):828-33.

Taylor RW, Mcauley KA, Williams SM, Barbezat W, Nielsen G, Mann JI. Reducing weight gain in children through enhancing physical activity and nutrition: the APPLE project. *Int J Pediatr Obes* 2006;1(3):146-52.

Titze S, Martin BW, Seiler R, Marti B. A worksite intervention module encouraging the use of stairs: results and evaluation issues. *Soz Präventivmed* 2001;46(1):13-9.

Van Der Bij AK, Laurant MG, Wensing M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *Am J Prev Med* 2002 February;22(2):120-33.

van AP, Steenbakkens M, Rademaker C, Brug J. The impact of a nutrition education intervention on main meal quality and fruit intake in people with financial problems. *J Hum Nutr Diet* 2005 June;18(3):205-12.

Verstraete SJ, Cardon GM, de Clercq DL, De B, I. Increasing children's physical activity levels during recess periods in elementary schools: the effects of providing game equipment. *Eur J Public Health* 2006 August;16(4):415-9.

Wen LM, Thomas M, Jones H, Orr N, Moreton R, King L, Hawe P, Bindon J, Humphries J, Schicht K, Corne S, Bauman A. Promoting physical activity in women: evaluation of a 2-year community-based intervention in Sydney, Australia. *Health Promot Int* 2002 June;17(2):127-37.

Wrieden WL, Anderson AS, Longbottom PJ, Valentine K, Stead M, Caraher M, Lang T, Gray B, Dowler E. The impact of a community-based food skills intervention on cooking confidence, food preparation methods and dietary choices - an exploratory trial. *Public Health Nutr* 2007 February;10(2):203-11.

RELATIE OUTCOMEPARAMETERS EN HARDE EINDPUNTEN

Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci EL, Spiegelman D, Stampfer M, Willett WC. Dietary fat and risk of coronary heart disease in men: cohort follow up study in the United States. *BMJ* 1996 July 13;313(7049):84-90.

Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007 December 6;357(23):2329-37.

Bazzano LA, He J, Ogden LG, Loria CM, Whelton PK. Dietary fiber intake and reduced risk of coronary heart disease in US men and women: the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Intern Med* 2003 September 8;163(16):1897-904.

Berkey CS, Rockett HR, Gillman MW, Colditz GA. One-year changes in activity and in inactivity among 10- to 15-year-old boys and girls: relationship to change in body mass index. *Pediatrics* 2003 April;111(4 Pt 1):836-43.

Bigaard J, Frederiksen K, Tjonneland A, Thomsen BL, Overvad K, Heitmann BL, Sorensen TI. Waist circumference and body composition in relation to all-cause mortality in middle-aged men and women. *Int J Obes (Lond)* 2005 July;29(7):778-84.

Epstein LH, Roemmich JN, Robinson JL, Paluch RA, Winiewicz DD, Fuerch JH, Robinson TN. A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008 March;162(3):239-45.

Franceschi S, La VC, Russo A, Favero A, Negri E, Conti E, Montella M, Filiberti R, Amadori D, Decarli A. Macronutrient intake and risk of colorectal cancer in Italy. *Int J Cancer* 1998 May 4;76(3):321-4.

Frankel S, Gunnell DJ, Peters TJ, Maynard M, Davey SG. Childhood energy intake and adult mortality from cancer: the Boyd Orr Cohort Study. *BMJ* 1998 February 14;316(7130):499-504.

Freedman LS, Potischman N, Kipnis V, Midthune D, Schatzkin A, Thompson FE, Troiano RP, Prentice R, Patterson R, Carroll R, Subar AF. A comparison of two

dietary instruments for evaluating the fat-breast cancer relationship. *Int J Epidemiol* 2006 August;35(4):1011-21.

He FJ, Macgregor GA. Salt, blood pressure and cardiovascular disease. *Curr Opin Cardiol* 2007 July;22(4):298-305.

Joshiyura KJ, Ascherio A, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE, Hennekens CH, Spiegelman D, Willett WC. Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke. *JAMA* 1999 October 6;282(13):1233-9.

Joshiyura KJ, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE, Colditz G, Ascherio A, Rosner B, Spiegelman D, Willett WC. The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Ann Intern Med* 2001 June 19;134(12):1106-14.

Klumbiene J, Sileikiene L, Milasauskiene Z, Zaborskis A, Shatchkute A. The relationship of childhood to adult blood pressure: longitudinal study of juvenile hypertension in Lithuania. *J Hypertens* 2000 May;18(5):531-8.

Krurup LH, Truelsen T, Pedersen A, Lerke H, Lindahl M, Hansen L, Schnohr P, Boysen G. Level of physical activity in the week preceding an ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2007;24(2-3):296-300.

Laukkanen JA, Rauramaa R, Salonen JT, Kurl S. The predictive value of cardiorespiratory fitness combined with coronary risk evaluation and the risk of cardiovascular and all-cause death. *J Intern Med* 2007 August;262(2):263-72.

Lawes CM, Bennett DA, Feigin VL, Rodgers A. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. *Stroke* 2004 April;35(4):1024.

Leary SD, Ness AR, Smith GD, Mattocks C, Deere K, Blair SN, Riddoch C. Physical activity and blood pressure in childhood: findings from a population-based study. *Hypertension* 2008 January;51(1):92-8.

Maynard M, Gunnell D, Emmett P, Frankel S, Davey SG. Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Boyd Orr cohort. *J Epidemiol Community Health* 2003 March;57(3):218-25.

Mcgee DL. Body mass index and mortality: A meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies. *Annals of Epidemiology* 2005 February;15(2):87-97.

Myers J, Kaykha A, George S, Abella J, Zaheer N, Lear S, Yamazaki T, Froelicher V. Fitness versus physical activity patterns in predicting mortality in men. *Am J Med* 2004 December 15;117(12):912-8.

Ness AR, Maynard M, Frankel S, Smith GD, Frobisher C, Leary SD, Emmett PM, Gunnell D. Diet in childhood and adult cardiovascular and all cause mortality: the Boyd Orr cohort. *Heart* 2005 July;91(7):894-8.

Prospective studies collaboration. blood cholesterol and vascular mortality by age, sex, and blood pressure: a meta-analysis of individual data from 61 prospective studies with 55 000 vascular deaths. *Lancet* 2007;370:1829-39.

Rosengren A, Wedel H, Wilhelmsen L. Body weight and weight gain during adult life in men in relation to coronary heart disease and mortality. A prospective population study. *Eur Heart J* 1999 February;20(4):269-77.

Schnohr P, Scharling H, Jensen JS. Intensity versus duration of walking, impact on mortality: the Copenhagen City Heart Study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007 February;14(1):72-8.

Tudor-Locke C, Bassett DR, Jr. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med* 2004;34(1):1-8.

Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006 March 14;174(6):801-9.

Weikert S, Boeing H, Pischon T, Weikert C, Olsen A, Tjønneland A, Overvad K, Becker N, Linseisen J, Trichopoulou A, Mountokalakis T, Trichopoulos D, Sieri S, Palli D, Vineis P, Panico S, Peeters PH, Bueno-de-Mesquita HB, Verschuren WM, Ljungberg B, Hallmans G, Berglund G, Gonzalez CA, Dorronsoro M, Barricarte A, Tormo MJ, Allen N, Roddam A, Bingham S, Khaw KT, Rinaldi S, Ferrari P, Norat T, Riboli E. Blood pressure and risk of renal cell carcinoma in the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Am J Epidemiol* 2008 February 15;167(4):438-46.

Weinstein AR, Sesso HD, Lee IM, Cook NR, Manson JE, Buring JE, Gaziano JM. Relationship of physical activity vs body mass index with type 2 diabetes in women. *JAMA* 2004 September 8;292(10):1188-94.

Weinstein AR, Sesso HD, Lee IM, Rexrode KM, Cook NR, Manson JE, Buring JE, Gaziano JM. The joint effects of physical activity and body mass index on coronary heart disease risk in women. *Arch Intern Med* 2008 April 28;168(8):884-90.

Xu J, Eilat-Adar S, Loria C, Goldbourt U, Howard BV, Fabsitz RR, Zephier EM, Mattil C, Lee ET. Dietary fat intake and risk of coronary heart disease: the Strong Heart Study. *Am J Clin Nutr* 2006 October;84(4):894-902.

EXTRA

Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, Keltai M, Diaz R, Rangarajan S, Yusuf S. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J* 2008 April;29(7):932-40.

Glynn RJ, Rosner B. Comparison of risk factors for the competing risks of coronary heart disease, stroke, and venous thromboembolism. *Am J Epidemiol* 2005 November 15;162(10):975-82.

Grundy SM, Greenland P, Herd A, Huebsch JA, Jones RJ, Mitchell JH, Schlant RC. Cardiovascular and risk factor evaluation of healthy American adults. A statement for physicians by an Ad Hoc Committee appointed by the Steering Committee, American Heart Association. *Circulation* 1987 June;75(6):1340A-62A.

Oba S, Nagata C, Nakamura K, Takatsuka N, Shimizu H. Self-reported diabetes mellitus and risk of mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer in Takayama: a population-based prospective cohort study in Japan. *J Epidemiol* 2008;18(5):197-203.

Schiel R, Beltschikow W, Steiner T, Stein G. Diabetes, insulin, and risk of cancer. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 2006 April;28(3):169-75.

Stoeckli R, Keller U. Nutritional fats and the risk of type 2 diabetes and cancer. *Physiol Behav* 2004 December 30;83(4):611-5.

Thanopoulou AC, Karamanos BG, Angelico FV, ssaad-Khalil SH, Barbato AF, Del Ben MP, Djordjevic PB, mitrijevic-Sreckovic VS, Gallotti CA, Katsilambros NL, Migdalis IN, Mrabet MM, Petkova MK, Roussi DP, Tenconi MT. Dietary fat intake as

risk factor for the development of diabetes: multinational, multicenter study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes (MGSD). *Diabetes Care* 2003 February;26(2):302-7.

Villegas R, Shu XO, Gao YT, Yang G, Elasy T, Li H, Zheng W. Vegetable but not fruit consumption reduces the risk of type 2 diabetes in Chinese women. *J Nutr* 2008 March;138(3):574-80.

Wolf I, Sadetzki S, Catane R, Karasik A, Kaufman B. Diabetes mellitus and breast cancer. *Lancet Oncol* 2005 February;6(2):103-1