Irene Mommers • Michel van Schaik

GOED GEVOED

Samen innoveren voor een gezonder Nederland

DIAGNOSE
VOEDING & GEZONDHEID

Goed Gevoed
Samen innoveren voor een gezonder Nederland

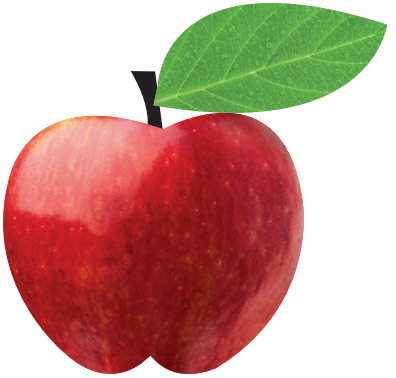
Copyright © 2019 Diagnose Voeding & Gezondheid

Auteurs: Irene Mommers & Michel van Schaik
Redactie: Sjoerd Emonts & Saskia Dusseljee
Grafische vormgeving: Michèle Duquesnoy, www.mich-ele.nl
Druk en bindwerk: Quality Dots, Zeewolde
ISBN nummer: 9789082697636

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd in enige vorm of op enige wijze zonder schriftelijke toestemming van de auteurs met uitzondering van korte citaten als onderdeel van kritieken en boekbesprekingen.

De innovaties en dromen die worden besproken in deze publicatie zijn goedgekeurd door de rechthebbenden of er is getracht om de rechthebbende te bereiken. Zij die desondanks menen aanspraak te kunnen maken op deze rechten, kunnen zich tot de auteurs wenden.

info@diagnosevoedingengezondheid.nl
www.diagnoseprogrammas.nl



Laat voeding uw medicijn zijn en het medicijn uw voeding

- Hippocrates -

Voorwoord

Jaap Seidell

Prof. dr. ir. **Jaap Seidell** is hoogleraar Voeding en Gezondheid aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Als gerenommeerde deskundige adviseert hij verschillende nationale en internationale organisaties, waaronder de World Health Organization en de Gezondheidsraad. Hij is lid van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen en bekleedt een veelheid aan adviesfuncties, waaronder als onafhankelijk wetenschappelijk adviseur van het Nationaal Preventieakkoord. Als vaste columnist van *Het Parool*, twitteraar en veelgevraagd spreker neemt hij actief deel aan het maatschappelijk debat over voeding en gezondheid. In 2014 beschreef hij als co-auteur van het boek 'Het Voedsellabyrint', een nieuwe kijk op de manieren waarop voedsel ons en onze samenleving gezonder kan maken. In 2018 beantwoordde hij met het boek 'Jongleren met voeding', kleine en grote vragen over een leven lang gezond eten.

Veel landelijke en lokale overheden beschouwen de autonomie van de burger als een groot goed en vinden het sturen op de keuzes die mensen maken al gauw 'betutteling'. Het idee dat 'vadertje staat' wel uitmaakt wat wel en niet goed voor ons is, stuit ook bij veel burgers op weerstand. Dat uit zich vaak in een sterk vertrouwen in de eigen verantwoordelijkheid van de burger bij de politiek en een groot optimisme in de mate waarin mensen zelf het idee hebben onafhankelijke keuzes te kunnen maken.

Inmiddels weten we dat de meeste burgers helemaal niet de kennis, vaardigheden en mogelijkheden hebben om in een omgeving, die zich kenmerkt door een combinatie van overmatig aanbod van en slimme verleidingtechnieken voor ongezond voedsel, te komen tot gezonde keuzes. Grote en toenemende gezondheidsverschillen zijn dan ook veelal toe te schrijven aan verschillen in kennis, vaardigheden en mogelijkheden. De fysieke, sociale, culturele en economische omgeving waarin mensen opgroeien, wonen en werken zijn grotendeels bepalend voor het collectieve gedrag van populaties.

We weten dat aandacht voor gezondheid moet verschuiven van 'ziekte en zorg' naar 'gedrag en gezondheid' en eigenlijk naar 'mens en maatschappij'. We moeten op dezelfde manier kijken naar de volksgezondheid als de arts Samuel Sarphati. Hij bestreed in de 19e eeuw de grote gezondheidsproblemen in de arme wijken (infectieziekten, ondervoeding en armoede gerelateerde ziekten) niet door gedokter aan patiënten, maar door voedselprijzen te veranderen en te strijden voor betere huisvesting, werkgelegenheid, huisvuilophaaldiensten en schoner drinkwater.

In theorie weten we dat een integrale aanpak of systeem-aanpak van een buurt de meeste garanties geeft op een effectieve bestrijding van chronische welvaartsziekten (ofwel omgevingsgerelateerde chronische ziekten zoals ik die liever noem). We weten wat er in de omgeving en in het gedrag van mensen zou moeten veranderen, maar we zijn wat verlegen met een antwoord op de vraag 'hoe dan?'.
Bestuurders en professionals vragen vaak om '*evidence-based*' interventies, maar meestal ontstaan veranderingen niet door mooi geplande activiteiten met een zeker effect. We kunnen beter leren van '*practice-based*' *evidence*.

In dit boek heeft Diagnose Voeding & Gezondheid een waardevolle staalkaart bij elkaar gebracht van ervaringen en inzichten van experts uit de praktijk van het bedrijfsleven, wetenschap en overheid. Daarnaast zijn die inzichten vertaald in vijf bouwstenen op weg naar een gezonder Nederland en worden praktische interventies aangereikt. Wat mij betreft verplichte kost voor de dromers, doeners en denkers die zich inzetten voor een gezondere samenleving!

Met dank aan

Margo Adrichem Albert Arp Rob Baan Barbara Baarsma Marjon Bachra Hugo Backx Marieke Battjes-Fries Martijn van Beek Eline van der Beek Karin Bemelmans Maartje van den Berg Fred Bergmans Lies van Berkel Dionne Beugels Kris Bevelander Anna van der Bijl Suzanne Bisschops David van Bodegom Letteke Boot René Bos Daphne Bottenberg Miriam Bouwens Karolien van den Brekel Eline Breukink Machtelijn Brummel Floor Burgers Lasca ten Cate Nard Clabbers Bas Cloo Nick Cramer Willemijn Damstra Jan Dekker Els van Diermen Coosje Dijkstra Karien Docter Esmée Doet Rianne Dolmans Mariël Droomers Michèle Duquesnoy Saskia Dusseljee Marit van Egmond Manon van Eijsden Sjoerd Emonts Victor Everhardt Daniëlle Feenema Marc Feitsma Gerda Feunekes Arne Flantua Georgette Fijneman Maarten Fischer Anton Franken Imke van Gasselt Stéphanie van Gerven Hanae Haddouche Marloes van der Have Annemien Haveman-Nies Liesbeth Haverkort Janny van der Heijden Patricia Heijdenrijk-Can Joris Heijnen Maricken Hengeveld Linda Hiemstra Karen Hitters Mikkel Hofstee Marc Hoogers Lisa van Hoogstraten Danielle Horstman Machteld Huber Carin van Huët Marthe Huigens Ruud Huirne Marlijn Huitink Anke Huizenga Norbert van den Hurk Albert Hutschemaekers Bob Hutten Philip Idenburg Gert Jan de Vries Rutger Jan Van der Gaag Marleen Jansen Karlijn Janssen Rob Kars Jeroen Kemperman Henri Kiers Berteld Kok Femke van der Kolk Roelof Konterman Natascha Kooiman Marije van Koperen Edwin Koster Hannie Kuiken Fleur Kuipers René Kwant Willem Lageweg Loek Leenen Dagna Lek Hetty Linden Tom van Loenhout Bart Looman Anne Marie Gout Esther Menko Menrike Menkveld-Beukers Frank Miedema Ton van Mil

Irene Mommers Mark Monsma Monique Moonen-Lempens Bert Mulder Gerjan Navis Rosalinde van Nee Henk Nies Roxanne Nievergeld Koen Nouws Keij Bart Olde Agterhuis Sander Olsthoorn Jasper Oomen Janoeke Pauw Carla Peeters Drees Peter van den Bosch Jeroen Philipsen Jacqueline Pieters Hanno Pijl Anton Pijpers Margret Ploum Maartje Poelman Katherina Polychronakis Florian Raven Gaston Remmers Irene Renee Reint-Jan Renes Wim-Jan Renkema Liesbeth van Rensen Denise de Ridder Jan van Rijsingen Martijn Rol Frédérique Rongen Ed Ronteltrap Michelle van Roost Bianca Rootsaert Wouter Rosekrans Tessa Rosenboom Liesbeth van Rossum Karen van Ruiten Karen Rutgers Camille van de Sande Michel van Schaik Robin van Schaik Onno van Schayck Caroline Schlinkert Margriet Schneider Anita Scholte op Reimer Sebastiaan Schreijen Heleen Schuit Jantine Schuit Jaap Seidell Anneke Sellis Andrew Simons Tom Steffens Norine Terpstra Stella Timmerman Frank Tillema Wil Tissing Manon Vanderkaa Emmelyne Vasse Rudolph van Veen Mirjam van ’t Veld Teun Verheij Vicky Verschuuren Maurits Verweij Emely de Vet Sanne Viezee Monique Vingerhoeds Rens Voesenek Gert Jan de Vries Maaike de Vries Iris de Vries Miranda Vroom Elsa Vruggink Paula van Weelden Nathalie Weerman-van Haren Jelle van der Weijde Tamara de Weijer Lynette Wijgergangs Leo Wijnbelt Victoire de Wild Ellen Willemsen Fred Woudenberg Hamza Yousuf Samira Zafar Lisa Zantinge Gertrude Zeinstra Ilona Zuurmond Conrad Zuurmond Sarai Zwinnen En nog vele anderen...

Dankwoord

Voeding verdient een prominente rol in het stimuleren van gezondheid

Voeding speelt een prominente rol in onze gezondheid. Diagnose Voeding & Gezondheid is geïnitieerd vanuit de overtuiging dat voeding daarom een prominente positie verdient bij het stimuleren van gezondheid en het voorkomen van chronische aandoeningen. Maar we zijn ook gestart uit nieuwsgierigheid naar de onderliggende factoren die maken dat voeding een onderbelicht onderwerp is in bijvoorbeeld de gezondheidszorg en preventie door voeding nog te weinig wordt ingezet. Diagnose Voeding & Gezondheid (een vervolg op eerdere Diagnoseprogramma's) is geïnitieerd vanuit de verwachting dat er met innovatieve concepten veel valt te verbeteren en dat er een beweging naar een gezonder Nederland kan worden ingezet.

Het programma Diagnose Voeding & Gezondheid is in 2017 van start gegaan. Het programmateam heeft inmiddels samen met honderden ondernemers, managers, wetenschappers, zorgprofessionals, beleidsmakers en andere betrokkenen analyses gemaakt, oplossingsrichtingen in kaart gebracht en innovaties geselecteerd en actief ondersteund. In whitepapers hebben we visies en inzichten gedeeld. En in gesprekken, meet-ups, expertbijeenkomsten, congressen en een bonte verzameling van bijeenkomsten in het land hebben we samenwerking en verbinding tussen de vele spelers op het gebied van voeding en gezondheid gestimuleerd. Geen enkele partij is immers alleen in staat om de complexe en omvangrijke maatschappelijke uitdagingen op het gebied van voeding en gezondheid alleen op te lossen. Wij willen alle betrokkenen van de afgelopen twee jaar bedanken voor het vertrouwen en de support om samen deze waardevolle reis te kunnen maken. We bedanken hen voor hun onmisbare kennis, inspiratie en energie.

Allereest natuurlijk grote dank aan onze strategische partners die vanuit een gedeelde ambitie en maatschappelijk verantwoordelijkheid het programma financieel mogelijk hebben gemaakt. De tijd, kennis, netwerken, expertise en financiën die jullie ter beschikking hebben gesteld zijn cruciaal geweest. De klankbordgroep van strategische partners bestond uit: Carin van Huët en eerder Ruud Huirne en Barbara Baarsma namens de Rabobank, Philip Idenburg namens BeBright, Georgette Fijneman en eerder Roelof Konterman namens Zilveren Kruis/Achmea, Victor Everhardt namens de Gemeente Utrecht, Ton van Mil namens de Economic Board Utrecht/Provincie Utrecht, Albert Arp namens de Jaarbeurs, Margriet Schneider namens het UMC Utrecht, Anton Pijpers namens de Universiteit Utrecht en Anton Franken namens de Hogeschool Utrecht. Dank voor jullie warme betrokkenheid, support en aanmoediging!

Dank ook aan de Maatschappelijke Advies Raad: Rutger Jan van der Gaag, Willem Lageweg, Hanno Pijl en Jan van Rijsingen. Jullie hebben bij wijze van onafhankelijke externe toetsing de keuzes en redeneringen die we volgden in het programma kritisch beoordeeld. Jullie wijsheid, inzichten en kritische reflectie hebben de lijnen in het programma verstevigd.

Het is een genoegen en een voorrecht om actief mee te denken en werken met de ondernemers en innovators die wij als 'embedded' innovaties in ons programma hebben opgenomen. Dank voor jullie vertrouwen en prettige samenwerking: Koen Nouws Keij van Diverzio, Joris Heijnen van Greendish, Jan Dekker van FoodFirst Network, Margo Adrichem en eerder Rob Kars van Buurtafel / Resto VanHarte, Marc Hoogers van Vitaliteit op de werkvloer, Stéphanie van Gerven van Thuisafgehaald en Andrew Simons & Onno van Schayck van De Gezonde Bassisschool van de Toekomst. Wij zijn vast van plan om jullie en jullie teams te blijven ondersteunen in het waarmaken van jullie dromen en ambities!

De Whitepapers waren niet tot stand gekomen zonder de input van vele experts. Dank voor jullie tijd en waardevolle inhoudelijke inbreng. Jullie zijn met te veel om allemaal met naam te vermelden. Het risico is ook te groot om iemand tekort te doen door zijn of haar naam niet te vermelden. Het was zeer inspirerend en verrijkend om met jullie van gedachten te wisselen over de grote maatschappelijke uitdagingen, obstakels en oplossingsrichtingen.

En dank aan alle schrijvers voor het delen van hun dromen. Het is inspirerend om te lezen waaraan bijzondere mensen als jullie elke dag werken. Dat alle dromen werkelijkheid mogen worden!

Dank ook aan Jaap Seidell voor het schrijven van het voorwoord van dit boek. Al meer dan 35 jaar onderzoekt hij allerlei wegen om Nederland vitaler en gezonder te maken. Veel van zijn bevindingen worden toegepast in de praktijk en brengen vernieuwing in het vastzittende systeem.

Zonder de nimmer aflatende support van onze eigen teams hadden we niet zoveel bereikt met dit programma. Dank aan alle betrokken BeBright- en Rabobankmedewerkers voor jullie kennis, gedrevenheid en enthousiasme om onderdelen van het programma tot een succes te maken. In het bijzonder bedanken we Sjoerd Emonts wiens enorme inzet en doorzettingsvermogen als programmacoördinator, auteur van de whitepapers, coach van de innovators, ondersteuner van vele evenementen en aanjager bij de totstandkoming van deze publicatie ongeëvenaard is. Grote dank, Sjoerd! Dank ook aan Saskia Dusseljee, die met een onbeschrijfelijk geduld alle content bij elkaar heeft gebracht, aangevuld, geredigeerd en de communicatie met de vele betrokkenen rondom deze publicatie heeft gevoerd. En natuurlijk enorme dank aan Philip Idenburg. Jij had vijf jaar geleden al een visie op een gezonde samenleving en een preventieve gezondheidszorg. Dank voor het samen aangaan van deze bijzondere reis en het waarmaken van onze gezamenlijke droom. Dank voor jouw support, inspiratie, kennis over ecosystemen en het ontwikkelen van een complex en uitdagend programma als dit. Je hebt ons met je kritische blik op het juiste pad gehouden en met je hoge kwaliteitseisen gestimuleerd om grenzen te verleggen.

Dank aan Willemijn Damstra, Gert Jan de Vries en Lynette Wijgergangs voor het redigeren van onze teksten in dit boek en de whitepapers. En ook aan Michèle Duquesnoy voor de prachtige vormgeving van dit boek en de andere uitingen van het programma.

We zijn ook veel dank verschuldigd aan alle stagiaires voor hun noeste arbeid rond de research, voorbereiding en uitwerking van de whitepapers: Eline Breukink, Lisa

van Hoogstraten, Karlijn Janssen, Dagna Lek, Roxanne Nievergeld, Florian Raven, Robin van Schaik, Stella Timmerman, Lisa Zantinge en Sarai Zwinnen.

Het risico van dankwoorden is dat er onbedoeld mensen niet worden genoemd die wel hebben bijgedragen. Daarom nog een algemeen dankwoord aan alle niet met name genoemde betrokkenen uit ons ecosysteem. Samen maken we het verschil! *Ubuntu* is de naam van een Zuid-Afrikaanse filosofie. Vrij vertaald betekent het 'Ik ben omdat wij zijn'. Ubuntu drukt de grote onderlinge verbondenheid uit die er bestaat tussen groepen en stammen onderling. Het draait allemaal om toewijding, om geven en nemen. Dat is precies hoe wij tijdens het werken aan dit programma de inzet van de vele inspirerende mensen hebben ervaren. We hebben allemaal eendrachtig bijgedragen aan een ambitieus doel: een vitaliter en gezonder Nederland.

Met de totstandkoming van deze publicatie komt onze reis niet ten einde. Integendeel, om de door ons beoogde bredere beweging in te zetten moeten er nog heel veel stappen worden gezet. Maar we zijn een richting ingeslagen en de voortgang die we inmiddels hebben geboekt stemt optimistisch. Als je nog niet betrokken bent nodigen we je bij deze uit om je aan te sluiten. Besteed aandacht aan je voedingspatroon, leef gezonder. Inspireer en motiveer anderen ertoe. We hebben nog een lange weg te gaan, maar het wenkende perspectief is een betere en duurzamere gezondheid en vitaliteit voor velen!

Irene Mommers
Michel van Schaik

Onze partners

Het programma Diagnose Voeding & Gezondheid is mogelijk gemaakt door negen partners. De coalitie van Diagnose Voeding & Gezondheid bestaat uit Rabobank, BeBright, Gemeente Utrecht, Economic Board Utrecht / Provincie Utrecht, Zilveren Kruis, Jaarbeurs en drie kennisorganisaties te weten UMC Utrecht, Universiteit Utrecht en de Hogeschool Utrecht.

Rabobank

"Voeding heeft een grote impact op de gezondheid en vitaliteit van mensen. Als Rabobank willen we actief zijn op het gebied van kennisoverdracht, maar ook heel concreet door het steunen van startende ondernemingen die gezonde producten ontwikkelen. Wij zullen daarvoor verbindingen leggen tussen experts uit de wereld van voedsel en landbouw en de gezondheidszorg. Op het snijvlak van de voedingsindustrie en de zorgsector zien wij veel mogelijkheden voor innovaties die niet alleen kunnen bijdragen aan de vitaliteit van de Nederlandse bevolking, maar ook potentie hebben als exportproduct. De sterke relatie tussen voeding en gezondheid en vitaliteit is immers onomstotelijk bewezen, maar tegelijkertijd voor een belangrijk deel nog een onontgonnen gebied. Onder de vlag van Diagnose Voeding & Gezondheid zetten we kennis, kunde en kapitaal in om deze verbinding te versterken en impactvolle en schaalbare innovaties versneld naar de markt te brengen."

Carin van Huët
Directeur Food & Agri Nederland Rabobank

bebright
accelerating innovation

“Aanpassen aan en vooroplopen in complexe en veranderende omstandigheden is de sleutel tot succes. Dat vraagt, naast visie en moedig leiderschap, vooral om daadkracht van vitale mensen, organisaties en ecosystemen. Als BeBright geloven we in de kracht van duurzame vernieuwing en menselijke verbindingen. Geen enkele partij in in de samenleving is immers uitgerust om zelfstandig doorbraken te realiseren op de complexe vraagstukken rond voeding en gezondheid. Precompetitieve samenwerking is nodig in een ecosysteem van partijen die bereid zijn tot actie en het ter beschikking stellen van kennis, kunde en kapitaal. Vandaar dat we ook als initiatiefnemer van de Diagnose-beweging in co-creatie en met sterke betrokkenheid en samenwerking van honderden experts, inzetten op oplossingsrichtingen voor de maatschappelijke vraagstukken en maatschappelijke transformatie."

Philip J. Idenburg
Managing Partner BeBright

Gemeente Utrecht

"Wat iemand eet bepaalt voor een groot deel zijn gezondheid. De gemeente Utrecht wil dat iedere Utrechter gemakkelijk kan kiezen voor gezonde voeding. Daarom zien we het belang van ondernemers die het voortouw nemen om hieraan bij te dragen. Samen met publieke en private partijen is Utrecht proeftuin voor en koploper op het gebied van innovatieve ideeën. Die moeten landen in de stad en beschikbaar komen voor elke inwoner om Utrechters te helpen bij het kiezen voor een gezonde(re) optie."

Victor Everhardt
Wethouder Volksgezondheid Gemeente Utrecht

EBU ECONOMIC BOARD UTRECHT

"Als Economic Board Utrecht geloven wij dat we de vraag vanuit de samenleving naar gezond leven in de regio Utrecht kunnen vertalen naar meer banen en investeringen. De urgentie voor gezond stedelijk leven is hoog en geen enkele partij kan dit alleen realiseren. Als EBU vormen we daarom coalities tussen betrokken partijen, gericht op het versterken van bestaande initiatieven, matchmaking en het ontwikkelen van nieuwe verdienmodellen. Diagnose Voeding & Gezondheid is een zo'n coalitie van bedrijven, overheden en kennisinstellingen. Dit programma biedt ons de mogelijkheid om als EBU bij te dragen aan het verbinden, versnellen en opschalen van innovaties en initiatieven met een grote maatschappelijke impact. Hiermee creëren we niet alleen economisch rendementen, maar ook maatschappelijk rendementen."

Ton van Mil
Economic Board Utrecht

Zilveren Kruis raad en daad

"De levensverwachting in Nederland stijgt al 100 jaar elke week een weekend. Daarvan wordt helaas slechts één dag in goede gezondheid doorgebracht. Een derde van de Nederlanders heeft een chronische aandoening. Daarvan is leefstijl in meer dan zeventig procent van de gevallen de belangrijkste oorzaak. Gezonde voeding, bewegen, ontspanning en slapen zijn de belangrijkste wapens om gezondheid (weer) dichterbij te brengen voor iedereen. Daar dragen wij graag aan bij. We zoeken als Zilveren Kruis hiervoor bijvoorbeeld naar innovaties in gezond eten. We willen die opschalen om Nederland gezonder te maken. Daarom werken wij ook samen in Diagnose Voeding & Gezondheid."

Georgette Fijneman
Directievoorzitter Zilveren Kruis

JAARBEURS
attract - engage - accelerate

"De Jaarbeurs is voornemens om dit najaar haar plannen te presenteren van de Nieuwe Jaarbeurs: een van de meest vooruitstrevende ontmoetingsplekken van Europa met een fundament van leefbaarheid, duurzaamheid en populariteit. Dit dynamisch beurs- en eventplatform zal een impuls geven aan het activiteitenniveau van Jaarbeurs in Nederland én aan de regio Utrecht. Zo zijn we onder de naam Jaarbeurs Innovation Mile (JIM) als Jaarbeurs op de zesde etage van het Beatrixgebouw in Utrecht een ruim zesduizend vierkante meter tellende innovatie-hub gestart. De JIM staat in het teken van 'Healthy Urban Living' en is een speelplaats voor ontmoeting, interactie en samenwerking. Ook het programma Diagnose Voeding & Gezondheid is

hier gevestigd. Met deze ontwikkelingen hopen we een betekenisvolle bijdrage te leveren aan de regionale en nationale economie."

Albert Arp
CEO Jaarbeurs

UMC Utrecht

"Omdat ieder mens de beste zorg verdient, legt het UMC Utrecht de lat voortdurend hoog. Het resultaat: vernieuwende, toonaangevende behandelingen die beantwoorden aan de zorgbehoeften van nu en de toekomst. Samen met de patiënt wordt gekeken welke behandeling bij hem of haar past. Alles wat wij doen, is erop gericht om mensen gezond te maken en te houden. En waar mogelijk ziekte te voorkomen. Voeding en leefstijl spelen daarbij een belangrijke rol. En om deze rol verder uit te bouwen is het programma Diagnose Voeding & Gezondheid van belang. Wij zetten daarom onze kennis en ons netwerk in voor dit programma. Zo dragen we bij aan de kwaliteit van de zorg en het betaalbaar houden van de zorg op de langere termijn."

Margriet Schneider
Bestuursvoorzitter UMC Utrecht

Universiteit Utrecht

"De Universiteit Utrecht werkt sinds 1636 aan een betere wereld. Dat doen we over en aan de grenzen van wetenschappelijke disciplines. Als Universiteit Utrecht richten we ons op verschillende onderzoeksgebieden, waaronder Future Food Utrecht waar we onderzoek doen naar de toekomst van ons voedsel. Graag verbinden we onze kennis en netwerken met Diagnose Voeding & Gezondheid om daarmee innovaties die bijdragen aan een gezondere leefstijl of voedselomgeving te versnellen. *Bright minds, better future*!"

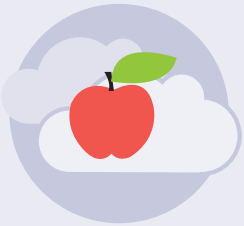
Anton Pijpers
Bestuursvoorzitter Universiteit Utrecht

HOGESCHOOL UTRECHT

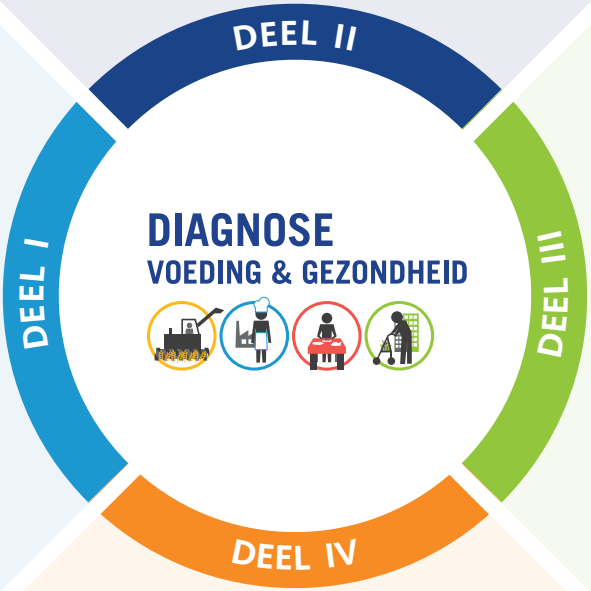
"Bij de onderwerpen gezondheid en voeding is het overduidelijk dat je vraagstukken niet alleen monodisciplinair oplost. De verschillende disciplines vinden elkaar binnen de HU steeds beter en gemakkelijker waardoor de impact groter is. Om zaken te verbeteren op het terrein van voeding en gezondheid moet systeemverandering bewerkstelligd worden. Dat vergt niet alleen nieuwe technologie en businessmodellen, maar ook sociale innovatie. Maar het begint allemaal met bewustwording op het terrein van voeding en gezondheid. De bewustwording kan het beste via onderwijs gerealiseerd worden, beginnend bij het primair onderwijs en de lerarenopleidingen. Daarom zeggen wij als grote opleider: 'in voeding en gezondheid komt alles samen'. Onderwijs en multidisciplinair onderzoek heb je nodig om impactvolle veranderingen en bewustwording te realiseren."

Anton Franken
Lid College van Bestuur Hogeschool Utrecht

BESCHOUWINGEN

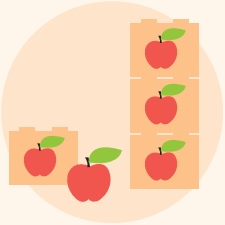


DROMEN



INLEIDING

IMPACTVOLLE
INNOVATIES IN VOEDING
EN GEZONDHEID



BOUWSTENEN VOOR
EEN GEZONDER NEDERLAND

Inhoudsopgave

Voorwoord 4
Met dank aan 6
Dankwoord 8
Onze partners 11
Inhoudsopgave 15
Leeswijzer 16
Over Diagnose 18

Deel I: Inleiding 20

Deel II: Beschouwingen & Dromen 31
Eerste 1.000 dagen 32
Kinderen 45
Tieners 58
Volwassenen 70
Ouderen 83
In periodes van ziekte 96
Voedselomgeving 109
Lunchcultuur 122
Overgewicht 135
Lage sociaaleconomische positie 148

Deel III: Impactvolle innovaties in voeding en gezondheid 159
Diverzio 162
Buurtafel 164
Greendish 166
FoodFirst Network 168
Vitaliteit op de Werkvloer 170
Thuisafgehaald 172
De Gezonde Basisschool van de Toekomst 174

Deel IV: Bouwstenen voor een gezonder Nederland 176
Gezonde ruimtes 179
Gezonde lunch 181
Gezonde gewoonten 183
Gezonde relaties 184
Gezonde zorg 186

Over de auteurs 191
Verklarende woordenlijst 192
Noten 197

Dromen

Eline van der Beek 40
Maarten Fischer 41
Berteld Kok 42
Tessa Roseboom 43
Victoire de Wild 44
Marjon Bachra 53
Suzanne Bisschops-Pasmans 54
Manon van Eijsden & Michelle van Roost 55
Marloes van der Have 56
Monique Vingerhoeds 57
Rene Bos 66
Rianne Dolmans 67
Hamza Yousuf 68
Conrad Zuurmond 69
Hugo Backx 78
Nard Clabbers 79
Mikkel Hofstee 80
Norbert van den Hurk 81
Bob Hutten 82
Fred Bergmans 90
David van Bodegom 91
Esmée Doets 92
Janny van der Heijden 93
Manon Vanderkaa 94
Emmelyne Vasse 95
Carla Peeters 103
Hanno Pijl 104
Gaston Remmers 105
Wim Tissing 106
Mirjam van 't Veld 107
Tamara de Weijer 108
Marit van Egmond 116
Machteld Huber 117
Natascha Kooiman 118
Mark Monsma 119
Denise de Ridder 120
Emely de Vet 121
Rob Baan 130
Bas Cloo 131
Wim-Jan Renkema 132
Rudolph van Veen 133
Teun Verheij 134
Martijn van Beek 143
Karolien van den Brekel-Dijkstra 144
Bianca Rootsaert 145
Maaike de Vries 146
Miranda Vroom 147
Arne Flantua 155
Patricia Heijdenrijk 156
Karen van Ruiten 157
Leo Wijnbelt 158

Leeswijzer

In de afgelopen twee jaar hebben we in het programma Diagnose Voeding & Gezondheid veel kennis en inzichten opgedaan die we graag in deze publicatie met u delen. Een deel ervan is eerder gepubliceerd in de vorm van 'whitepapers'. Deze whitepapers worden in deze publicatie voor eerst gebundeld. Ze worden afgewisseld met zogenaamde 'dromen', die het ideaalbeeld laten zien van experts met wie wij de afgelopen jaren hebben samengewerkt. Tot slot presenteren we vijf bouwstenen op weg naar een gezonder Nederland.

De publicatie is verdeeld in de volgende vier segmenten:

DEEL I - Inleiding

In **deel 1** beschrijven we het belang van preventie en de rol van voeding bij het stimuleren van gezondheid en het voorkomen van chronische aandoeningen. We presenteren een raamwerk waarin de verschillende fasen en impactvolle periodes uit een mensenleven worden weergegeven en tonen hoe voeding in elk van die stadia kan bijdragen aan gezondheid.

DEEL II - Beschouwingen

In **deel 2** bouwen we voort op het model uit **deel 1**. We hebben de afzonderlijke elementen ervan onderzocht en besproken met experts uit het bedrijfsleven, de wetenschap en de overheid. De uitkomsten van dit proces zijn vastgelegd in whitepapers, die hier zijn gebundeld. De originele papers zijn terug te vinden op de website van Diagnose Voeding & Gezondheid. De beschouwingen zijn eenduidig opgebouwd; per thema presenteren we feiten en cijfers, uitdagingen, obstakels en oplossingsrichtingen. Elk thema is voorzien van een innovatiekaart waarop we een keuze tonen uit het rijke aanbod aan innovaties die gericht zijn op een gezonder Nederland. De beschouwingen zijn afzonderlijk leesbaar. Ten gevolge daarvan is er sprake van enige overlap.

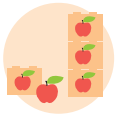
Dromen

Deze publicatie is tot stand gekomen in samenwerking met honderden inspirerende en bevlogen experts uit het bedrijfsleven, de wetenschap en overheid. We hebben een aantal van hen gevraagd hardop te dromen over een gezonde toekomst. Hoe denken zij dat een gezond voedingspatroon, een gezonde leefstijl en een gezonde voedselomgeving eruit zullen zien en hoe we die zullen bereiken? Deze uitgeschreven dromen vormen een prachtige en persoonlijke aanvulling op de beschouwingen.

DEEL III - Impactvolle innovaties in voeding en gezondheid

Diagnose Voeding & Gezondheid laat het niet bij woorden. We steunen ook daadwerkelijk sociale ondernemers bij het vergroten van hun maatschappelijke impact. We hebben daarvoor zorgvuldig zeven innovaties geselecteerd die al aantoonbaar resultaten boeken en die commercieel zelfstandig kunnen zijn.

Met trots presenteren we hen en beschrijven we hun maatschappelijke relevantie, ambities en huidige impact.



DEEL IV - Bouwstenen voor een gezonder Nederland

In dit laatste deel van deze publicatie presenteren we vijf bouwstenen die bijdragen aan een nieuwe eetcultuur en een gezonde voedselomgeving ten behoeve van een goed gevoed en gezonder Nederland.

Gebruikte termen

We spreken in deze publicatie voortdurend over voeding en gezondheid, twee begrippen die minder vanzelfsprekend zijn dan ze lijken. Wij gebruiken ze in de betekenis die het RIVM hanteert in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)[1]. Voeding is dan het totaal aan eten en drinken, uitgedrukt in voedingsmiddelen of in voedingsstoffen en overige bestanddelen, dat een individu of een (sub)populatie tot zich neemt (dus wat er feitelijk ingenomen wordt). Gezonde voeding is de voeding van een individu of (sub-) populatie waarvan de samenstelling en hoeveelheid van alle voedingsstoffen en overige voedingsbestanddelen optimaal is voor de gezondheid.

Onder gezondheid verstaan we meer dan de afwezigheid van ziekten. We sluiten ons aan bij de definitie van Positieve Gezondheid: 'het leven in goed ervaren gezondheid en het vermogen van mensen om zich aan te passen en hun eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'[2].

Daarnaast worden ook andere minder bekende termen in de publicatie gebruikt. Deze worden toegelicht in de verklarende woordenlijst die achterin de publicatie is opgenomen.

De volgende iconen komen veelvuldig terug in deze publicatie

DEEL II

Gezondheidsstatus

Voedingspatroon

Uitdagingen

Obstakels

Doorbraken

DEEL III

Maatschappelijke uitdaging

Aanpak

Huidige impact

Ambitie

Diagnose Voeding & Gezondheid ...

De volgende stap in het Diagnose programma

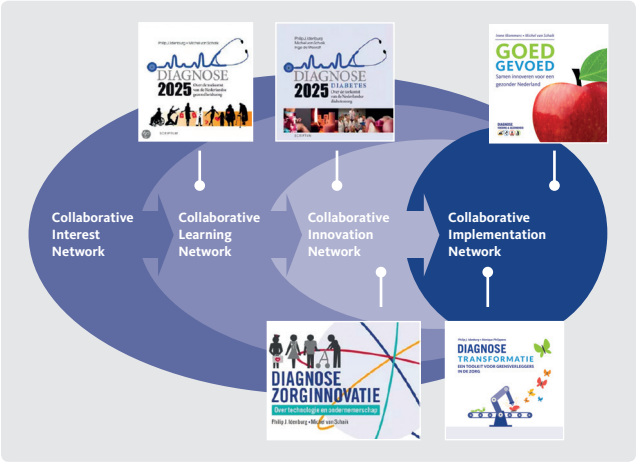
Dat de vergrijzingsgolf onze samenleving en gezondheidszorg onder druk ging zetten, was tien jaar geleden al geen nieuws. Sterker nog... reeds in de jaren '80 van de vorige eeuw voorspelden de commissies Dekker (1987) en Dunning (1991) al problemen omtrent de betaalbaarheid en toegankelijkheid van ons internationaal geroemde zorgstelsel. Om de noodzaak van zorginnovatie en -transformatie te benadrukken zijn BeBright en de Rabobank het Diagnoseprogramma begonnen. Het Diagnoseprogramma is een verkenning van de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg met daaruit voortvloeiend een innovatie- en transformatieagenda. Binnen het programma wordt samengewerkt in een publiek-privaat ecosysteem, dat we met een term uit de tweede Golfoorlog, een zogenoemde '*Coalition of the Willing*' noemen. Deze coalitie richt zich op complexe maatschappelijke vraagstukken in de zorg. Vraagstukken die radicale innovatie en transformatie vragen en die overheden, financiers, zorgverleners en zorgondernemers niet kunnen realiseren zonder met elkaar samen te werken.

De reis begon in 2009 met het opstellen van drie toekomstscenario's voor de Nederlandse gezondheidszorg. We wilden daarmee niet alleen de noodzaak van zorgver-nieuwing onder de aandacht brengen, maar ook - aan de hand van sociaal- maatschappelijke, economische, politieke en technologische trends en scenario's - het proces van beleidvorming versnellen. Een analyse om ook onderbelichte zaken te adresseren, zoals de beperkte aandacht voor preventie en de groeiende maatschappelijke tweedeling tussen burgers die wel of niet beschikken over goede gezondheidsvaardigheden.

Onze visie werd breed gedragen en het ecosysteem groeide voorspoedig. Een ecosysteem met wie we vervolgens onze toekomstbeelden hebben omgezet in een beleids- en innovatie-agenda voor de grootste uitdagingen. Samen met patiënten/cliënten/burgers, honderden professionals uit de zorg en met steun van vele (kennis)instituten en publiek-private organisaties en ondernemingen creëerden we in de daaropvolgende jaren een innovatieagenda voor diabetes (Diagnose Diabetes, 2012), kanker, COPD/Astma, hart- & vaatziekten en ouderdomsgerelateerde aandoeningen (Diagnose Zorginnovatie, 2013). In deze innovatieagenda's wordt een gezondheidszorg geschetst die - mede door technologie als '*enabler*' - preventiever, predictiever, participatiever en persoonlijker kan zijn. *Kan zijn*, want tegelijkertijd zien we de remmende werking van dominant gewortelde overtuigingen, wet- en regelgeving, bestaande infrastructuren en ... korte termijn belangen. Tenslotte zagen we dat we *met technologie in een oud systeem, een duurder oud systeem creëerden* in plaats van te kapitaliseren op wat technologie mogelijk maakt en de zorgvraag ontwikkeling noodzakelijk maakt: zorgtransformatie.

Op zoek naar de sleutel voor zorgtransformatie hebben we op de verschillende domeinen gezocht naar succesfactoren voor zorgtransformatie (Diagnose Transformatie, 2018) en daarbij een transformatie-agenda opgesteld. Dus geen politiek ideologisch debat voeren over het zorgsysteem, maar opschalen van succesvolle innovaties en kraken zetten in het oude systeem waar dit maatschappelijke waardecreatie in de weg staat. Eén van de belangrijkste

uitdagingen daarbij is de omslag van denken vanuit het paradigma van pathogenese (focus op het stapsgewijze ontstaan, ontwikkelen en verloop van een aandoening of ziekte) naar salutogenese (focus op de oorsprong van gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven en de factoren die gezondheid en welbevinden stimuleren). Hoe succesvol ons zorgsysteem ook is in het bestrijden van ziekte, we moeten toe naar een gezondheidssysteem en samenleving die zich richten op gezond blijven en op preventie.



Tien jaar geleden begonnen we binnen het Diagnose-programma met het analyseren van de belangrijkste gezondheidsuitdagingen waar we voor staan. Diagnose Voeding & Gezondheid bouwt nu voort op de 'diagnose' en 'innovatieagenda' door een stap verder te zetten. In dit programma worden innovaties en initiatieven die aantoonbaar bijdragen aan de transformatie van 'ZZ' naar 'GG' actief ondersteunt in hun opschaling en in de realisatie van een toekomstbestendig businessmodel. Zo vergroten we de maatschappelijke impact van deze initiatieven en realiseren we onafhankelijkheid van tijdelijke financieringsbronnen.

Van *Coalition of the Willing* naar *Coalition of the Doing*

Gaandeweg zijn het Diagnoseprogramma en haar ecosysteem getransformeerd van een '*Coalition of the Willing*' naar een '*Coalition of the Doing*'. We hebben de maatschappelijke uitdagingen in de gezondheidszorg bestudeerd en gezien welke belemmeringen die vernieuwing in de weg staan. Nu is het zaak te komen tot toekomstbestendige oplossingen in plaats van incrementele verbeteringen. Echter, met de toenemende druk op de samenleving en het zorgsysteem wordt ook een paradox gecreëerd. Waar moeten bestuurders en beleidsmakers de tijd en ruimte vinden om de vraagstukken te doorgronden, te leren van prototyping en de problemen door middel van radicale innovaties fundamenteel op te lossen?

Het is dan ook zaak om voordat de *sense of urgency* zo groot is dat er ingegrepen moet worden, we met ons immer groeiende ecosysteem aan de slag gaan vanuit een *sense of excitement*. Vanuit het geloof en de overtuiging dat we in co-creatie de grote maatschappelijke uitdagingen niet alleen moeten, maar ook kunnen oplossen. Een uitdaging die we met de Diagnose coalitie en het programma zullen blijven aangaan en waarbij vernieuwing wordt gerealiseerd door het implementeren en opschalen van succesvolle innovaties. Zo verleggen we het accent van analyseren (#watdan?) en agenderen (#hoedan?) naar innoveren (#zodus!).

Philip J. Idenburg
Initiatiefnemer Diagnoseprogramma

DEEL I

INLEIDING

Inleiding

Vitaler door gezonde en duurzame voeding!

'Van harte gefeliciteerd en nog vele jaren in goede gezondheid.' Er gaat geen verjaardag voorbij zonder dat we deze gelukwens horen. Goede gezondheid beschouwen we overduidelijk als een groot goed. Je zou het elke jarige cadeau willen doen, maar dat gaat niet; toewensen is het hoogst haalbare. Een goede gezondheid is letterlijk en figuurlijk onbetaalbaar.

Helaas beseffen we pas wat dat betekent als die gezondheid hapert, als er sprake is van ziekte. We worden dan geconfronteerd met de ongemakkelijke waarheid dat ziekte vergaande consequenties kan hebben voor ons leven. Ziektes beperken onze mogelijkheden om te participeren in de maatschappij, het verandert de relatie met onze familie en vrienden, het kan grote nadelige financiële gevolgen hebben (zeker als het leidt tot verlies van baan of inkomen) en bovenal zet ziekte ons gevoel van welzijn en geluk onder druk.

Een goede gezondheid is lang niet iedereen gegeven. Dat neemt niet weg dat we allemaal door de keuzes die we maken in gedrag en leefstijl grote invloed hebben op onze eigen gezondheid. We kunnen zelf beslissen over voeding, in- en ontspanning, wel of geen alcohol, wel of niet roken en ga zo maar door. En elk besluit heeft een groot effect op onze gezondheid. Is het niet op de korte, dan wel op de lange termijn. Veel van die beslissingen zijn afhankelijk van de kringen waarin we verkeren en van onze koopkracht. Wie een kleine beurs heeft, is eerder geneigd goedkope voedingsmiddelen te kopen en die zijn helaas vaak minder goed voor de gezondheid[1].

Ook de overheid en het bedrijfsleven beïnvloeden onze gezondheid. Zo kunnen keuzes in beleid en wet- en regelgeving onze voedselomgeving veranderen. Bedenk maar eens wat de consequenties zijn van een vergunning voor een snackbar in de buurt van een school of een fastfoodketen op een treinstation. Of, op een heel ander terrein, een wettelijke beperking van het suiker- of zoutgehalte van bepaalde voedingsmiddelen.

Voedselproducenten en retailers (supermarkten) besteden jaarlijks enorme hoeveelheden geld aan het beïnvloeden van consumentengedrag[2]. Helaas gaat het bij marketingcampagnes en prijzenoorlogen meestal om voedingsmiddelen die gewild zijn, maar die, doordat ze veel vet, suiker en zout bevatten, ook nadelig zijn voor de gezondheid. Het betreft doorgaans bier, frisdrank en andere samengestelde en bewerkte producten. Veel van die producten hebben zelfs verslavende eigenschappen, die van onze keuzevrijheid een *farce* maken.

Preventie is nodig

We boeren achteruit als het gaat om de gezondheid en vitaliteit van de Nederlanders. We krijgen steeds vaker (chronische) aandoeningen. En steeds meer[3]. Deels komt dat doordat onze bevolking vergrijst. Ouderdom komt nu eenmaal met gebreken. Maar ook bij jongeren nemen de

ziekten toe. Het betreft dan zogenaamde welvaartsziekten; aandoeningen die grotendeels worden veroorzaakt door leefstijl en gedrag[4]. Zo leiden ongezond eten en te weinig bewegen tot overgewicht. En dat is vervolgens weer een belangrijke risicofactor voor diabetes (suikerziekte) en hart- en vaatziekten.

De meeste mensen weten heel goed dat voorkomen nog altijd beter is dan genezen en dat ze dus hun leefstijl moeten aanpassen. Maar dat blijkt gemakkelijker gezegd dan gedaan. Hoe voer je dat voornemen daadwerkelijk uit? Ons zorgsysteem biedt wat dat betreft geen soelaas, want dat is niet gericht op preventie. Het treedt pas in werking als het leed is geschied, als de gezonde burger is veranderd in een patiënt.

We hebben eigenlijk geen gezondheidszorgsysteem maar een ziekenzorgsysteem, waarin vooral betaald wordt voor 'reparatiegeneeskunde'[5]. Het collectief betaalt de kosten van medische ingrepen, ongeacht hoe duur die zijn. De gezamenlijke reparatierekening is inmiddels opgelopen tot meer dan 100 miljard euro per jaar[6]. Daar tegenover staat een collectief preventiebudget van iets meer dan een half miljard euro per jaar[7], wat we gerust schamel mogen noemen. Kennelijk beschouwen we preventie als de verantwoordelijkheid van het individu. Dat is niet rationeel of zelfs maar houdbaar, want wie niet of te weinig investeert in zijn eigen gezondheid wentelt zijn ziektekosten uiteindelijk toch weer af op het collectief.

Het Wereld Kanker Onderzoek Fonds (WKOF) heeft recent nieuwe aanbevelingen uitgebracht voor de preventie van kanker[8]. Het stelt dat het wetenschappelijk bewijs voor de invloed van voeding, beweging en gewicht op het risico op kanker overweldigend is. Het WKOF schat dat gezond eten en leven 40% van alle kankergevallen had kunnen voorkomen. Uit een andere studie blijkt dat de hoeveelheid hart- en vaatziekten dankzij een gezonde leefstijl zelfs 80% lager zou uitvallen[9].

Ook veel artsen en zorginstellingen erkennen de toegevoegde waarde van preventie, maar zien dat lang niet altijd als hun verantwoordelijkheid. Dat heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat zij voor preventieve handelingen doorgaans geen vergoeding krijgen. En voor niets gaat natuurlijk alleen de zon op. Kortom: we zijn aan het dweilen met de kraan wijd open.

Gezondheid is overigens niet gelijk verdeeld in de samenleving. Er is nog steeds een groot gezondheidsverschil tussen mensen met verschillende sociaaleconomische posities (SEP). Het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid tussen kinderen die geboren worden in een gezin met een lage versus hoge SEP is maar liefst 14,7 jaar[10]. En de voorspellingen over de toekomstige ontwikkeling van de gezondheidskloof tussen bevolkingsgroepen zijn niet rooskleurig[11]. Integendeel. Dat is niet alleen onacceptabel, maar mogelijk ook ondermijnend voor de samenleving in zijn geheel. Willen we deze ontwrichtende tendens stoppen, dan zullen we de oorzaak ervan moeten aanpakken. Dat betekent dat we grootschalig moeten inzetten op preventie en gezondheidsbevordering. De kraan moet dicht.

Focus op voeding

In deze publicatie leggen we de focus op voeding. Voeding draagt bij aan een vitaal en gezond leven. Het kan het ontstaan van (chronische) aandoeningen vertragen of zelfs voorkomen. Voeding verdient daarom een prominente rol in onze gezondheidszorg, zowel bij preventie en herstel als ook meer algemeen bij het stimuleren van gezondheid. Het

gaat overigens niet alleen om wat we eten en drinken. Ook beweging, slaap, ontspanning, sociale interactie en zingeving zijn van grote invloed. In dat opzicht sluiten wij aan bij de visie van Machteld Huber over Positieve Gezondheid[12].

We richten onze spotlight op voeding omdat we meer aandacht willen voor de invloed van gezonde en duurzame voeding op onze gezondheid. Van dit uiterst complexe thema begrijpen we misschien meer niet dan wel. Het onderzoek naar de effecten van voedingsstoffen op ons DNA staat bijvoorbeeld nog in de kinderschoenen. Ook over de effecten van voedingstoffen op de ontwikkeling van ziektes weten we nog lang niet alles, al maken we wel vorderingen. De zeer complexe relatie tussen voeding en preventie is nog altijd onderbelicht, al zien gelukkig steeds meer mensen in hoe belangrijk gezonde en duurzame voeding is voor de preventie en behandeling van ziekten.

'Gezonde en duurzame voeding toegankelijk maken voor iedereen en overal' is de missie van Diagnose Voeding & Gezondheid. Dat is wat je noemt een *Big Hairy Audacious Goal* (BHAG)[13]. Het is een kolossale maatschappelijke uitdaging op het gebied van voeding en gezondheid, die valt te verdelen in enkele subdoelen. Te denken valt aan het tegengaan van overgewicht en ondergewicht, het voorkomen van chronische aandoeningen en het bevorderen van gezondheid in periodes van ziekte.

Maar hoe? De consument is in de war over wat gezonde voeding is. De informatievoorziening over voedsel is ontoereikend. Het aanbod bestaat grotendeels uit bewerkte producten. Er wordt ongelooflijk veel voedsel verspild. Ons voedselsysteem is ecologisch onhoudbaar. De inkomsten in de keten zijn oneerlijk verdeeld, de supermarkten zijn oppermachtig. En door het gebruik van antibiotica in de veeteelt neemt onze resistentie voor antibiotica toe.

Al deze vraagstukken zijn groot, complex en onderling verbonden. En waar moeten we beginnen als er overduidelijk geen enkele partij alleen een oplossing kan afdwingen? Het simpele antwoord is dat we met alle stakeholders samen in kaart moeten brengen welke effectieve interventies en innovatieve oplossingen voldoende maatschappelijke impact hebben. Die moeten we agenderen en opschalen, zonder ook maar een moment uit het oog te verliezen dat het *BHAG* ons ultieme doel is.

Het is noodzakelijk om gezondere en duurzame voeding in te zetten als middel om gezondheid te bevorderen. En dat is mogelijk ook, want vooralsnog haalt de gemiddelde Nederlander bij lange na niet de normen van gezonde dagelijkse voeding[14]. Onze eetgewoonten kunnen en moeten beter, maar dat gaat alleen lukken als we ook de leefomgeving aanpakken. Op die manier valt er aan alle kanten winst te behalen: de levenskwaliteit gaat omhoog, het milieu wordt minder belast en ondertussen besparen we op de zorgkosten.

Met voeding het verschil maken

Voeding draagt bij aan een vitaler en gezonder leven. **Figuur 1 'Raamwerk Diagnose Voeding & Gezondheid'** geeft aan hoe bepalend voeding kan zijn in de verschillende fasen en impactvolle periodes van een mensenleven. Samen met honderden experts uit het bedrijfsleven, de wetenschap en de overheid hebben we de afgelopen twee jaar de uitdagingen, obstakels en oplossingsrichtingen van voeding in iedere levensfase geïnventariseerd. Het onderzoek dat hieraan voorafging en de uitkomsten van

deze expertbijeenkomsten hebben we vastgelegd in enkele whitepapers. Deze papers hebben we in **deel 2** van deze publicatie gebundeld. Zij representeren de inzichten die we hebben opgedaan in de eerste twee jaar van het programma Diagnose Voeding & Gezondheid (voor meer informatie over dit programma, zie pagina 18-19). De beschouwingen kunnen afzonderlijk van elkaar worden gelezen.

Ook hebben we per levensfase in kaart gebracht welke innovatieve oplossingen, producten en diensten er reeds worden aangeboden. Dat beeld is bemoedigend: aan tal van de uitdagingen waarvoor we ons zien gesteld wordt al gewerkt. Een selectie van dergelijke innovaties hebben we in de vorm van innovatiekaarten toegevoegd aan de beschouwingen.

Dromen

Tot ons grote genoegen hebben we de afgelopen jaren met veel inspirerende, bijzondere en gedreven mensen uit bedrijfsleven, wetenschap en overheid mogen samenwerken. Samen met hen hebben we onderzocht hoe we Nederland gezonder kunnen maken. Hun bijdragen maken onvervreemdbaar deel uit van dit boek, maar daardoor ook onzichtbaar. Bij deze gelegenheid willen we enkele van hen ook afzonderlijk aan het woord laten. Het zijn bijzondere mensen die elke dag hard werken om hun dromen te verwezenlijken. Hun dromen voor een 'goed gevoed' Nederland, inspiratiebronnen voor verandering in de maatschappij, presenteren we ongefilterd in **deel 2**.

Van praten naar doen

Uit de in deze publicatie gepresenteerde beschouwingen blijkt waar op dit moment nog niet genoeg wordt gedaan en waar potentieel veel maatschappelijke vooruitgang kan worden geboekt. Op basis van die kennis hebben wij besloten bepaalde innovaties en interventies te ondersteunen teneinde hun maatschappelijke impact te vergroten. We zijn daarvoor het acceleratorprogramma Diagnose Voeding & Gezondheid gestart, dat inmiddels actief betrokken is bij zeven innovaties. De ondersteuning bestaat hoofdzakelijk uit strategisch en inhoudelijk advies. We helpen bij het aanscherpen van de waardepropositie van deze ondernemingen en ontwikkelen samen met hen een duurzaam verdienmodel. Op die manier kunnen ze sneller groeien (= opschalen) en eerder hun doelen (= maatschappelijke impact) bereiken. We investeren met kennis, netwerk en kunde, maar niet met geld.

Diverse van de door ons ondersteunde initiatieven zijn ontstaan vanuit een sterke maatschappelijke oriëntatie. De ondernemers willen een maatschappelijk probleem helpen oplossen. Ze zijn sterk 'purpose gedreven' en doen het niet voor persoonlijk of financieel gewin. Ze kiezen vaak voor een programmatische / projectmatige aanpak die meestal alleen mogelijk is dankzij een subsidiegever of sponsor. Die financiële afhankelijkheid levert automatisch een continuïteitsprobleem op: wat gebeurt er als de geldkraan wordt dichtgedraaid? De kans dat de financier er op een dag mee stopt neemt uiteraard toe als hij niet meeprofiteert van de maatschappelijke baten van zijn investering. Om echt impact te kunnen maken op langere termijn geloven wij dat het nodig is om een zelfstandig verdienmodel te ontwikkelen. Dat vraagt naast een sterke maatschappelijke drive ook om ondernemerschap en een degelijk onderbouwde businesscase.

Wij besteden veel aandacht aan het onderbouwen van de maatschappelijke waarde van een door ons ondersteunde innovatie of interventie. Als die toegevoegde waarde er is, streven we vervolgens naar een verdienmodel dat

ervoor zorgt dat de innovatie op eigen benen kan staan. Onafhankelijkheid van subsidie of sponsoring is dus een hoofddoel. Met gepaste trots presenteren we in **deel 3** de zeven innovaties die we momenteel ondersteunen.

Bouwstenen op weg naar een gezonder Nederland
Deze publicatie toont aan dat er veel ruimte is voor verandering, dat er tal van mogelijkheden bestaan voor verbetering en vernieuwing. Het bewijst zelfs dat een radicale (cultuur)verandering noodzakelijk is. De vragen die daaruit voortvloeien zijn: waar te beginnen en wie neemt het voortouw?

Het antwoord op de eerste vraag volgt logischerwijze uit de beschouwingen: vijf bouwstenen voor een nieuwe (eet-) cultuur en een gezonde voedselomgeving die aanzet tot een gezonde leefstijl. In **deel 4** van deze publicatie behandelen we deze vijf bouwstenen.

Tot slot
Wij hopen dat deze publicatie zal inspireren. Dat het aanzet tot dromen over een gezonde(re) leefstijl en leefomgeving voor alle Nederlanders. En dat die dromen onze lezers stimuleren om een gezondere leefstijl na te streven en samen met ons te bouwen aan een gezonde leefomgeving voor ons allemaal. We kunnen elkaar vooralsnog geen gezondheid schenken op een verjaardag. Maar we kunnen elkaar wel inspireren om samen grote stappen in die richting te gaan zetten. Met de intentie om voor ons allemaal een gezondere en vitalere toekomst te realiseren. Wij zijn alvast begonnen, in het volste vertrouwen dat de inmiddels op gang gekomen beweging zich als een olievlek zal uitbreiden en niet meer te stoppen is!

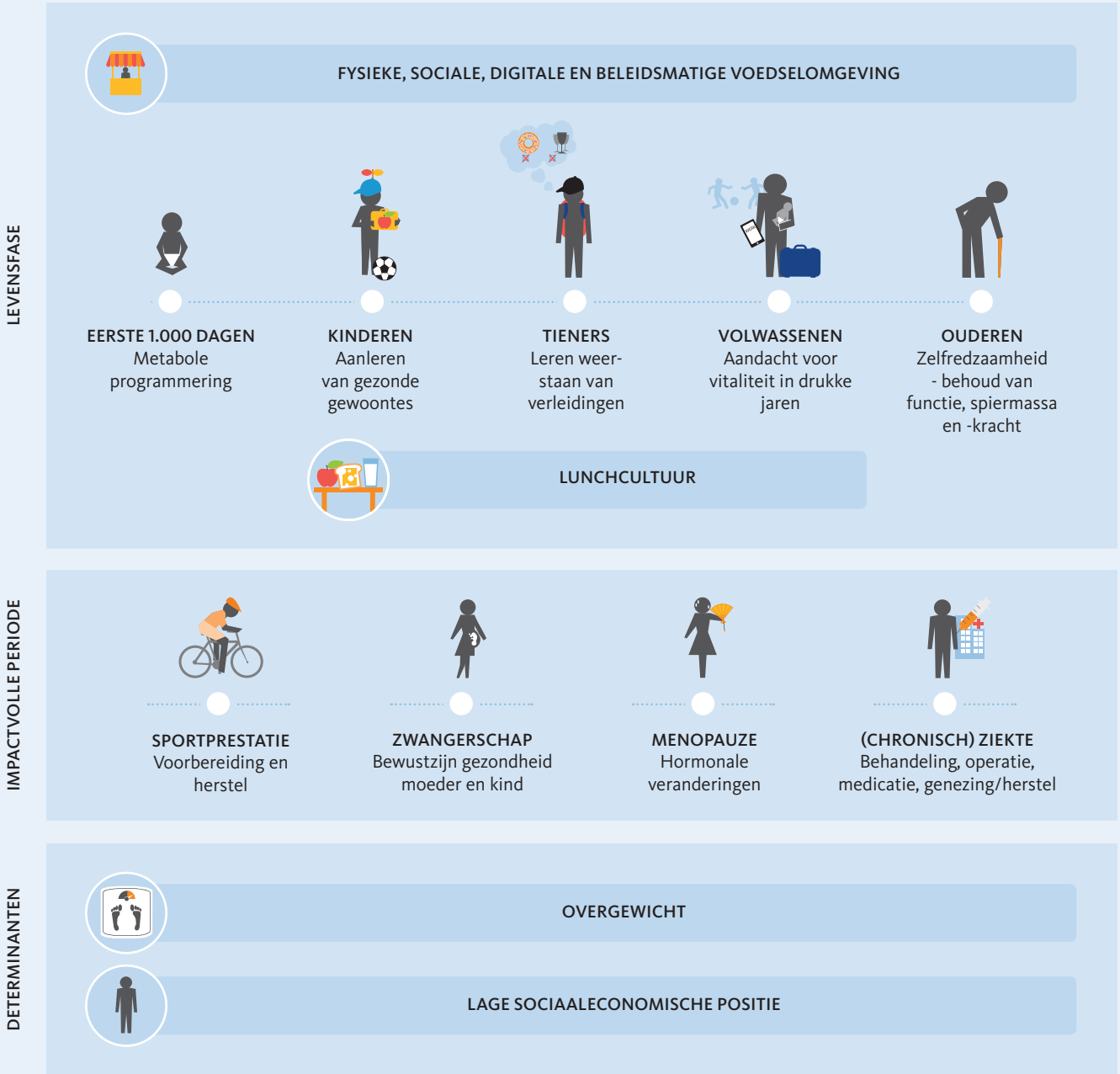
De rol en relevantie van voeding verschilt per levensfase. We onderkennen vijf levensfasen waarin de impact van voeding en leefstijl op gezondheid wezenlijk anders is. Het is van groot belang dat we ons bewust worden van die specifieke samenhang.

Niet alleen onze leefstijl maar ook onze leefomgeving is van grote invloed op onze gezondheid. En onze leefomgeving verandert per levensfase, van thuis naar school en van kantoor naar verzorgingstehuis. De effecten van deze leefomgevingen worden geadresseerd in de hoofdstukken over de levensfasen, met een apart hoofdstuk over het onderwerp voedselomgeving.

Naast levensfasen onderscheiden we ook vier kortere, meestal tijdelijke periodes die van grote invloed zijn op onze gezondheid en waarin voeding een belangrijke rol speelt; denk aan een intensieve sportprestatie, zwangerschap, menopauze en een periode van ziekte. Van die vier behandelen we in deze publicatie alleen ‘Voeding in periodes van (chronische) ziekte’.

Leefstijl, leefomgeving, levensfase en impactvolle perioden vormen samen een dimensie. Een tweede dimensie bestaat uit overgewicht en lage sociaaleconomische positie. Deze twee determinanten zijn van invloed op alles uit de eerste dimensie en worden om die reden apart behandeld.

FIGUUR 1. RAAMWERK DIAGNOSE VOEDING & GEZONDHEID



De eerste 1.000 dagen

De voedingsstoffen die we in onze eerste 1.000 dagen binnenkrijgen zijn van grote invloed op onze gezondheid. Men spreekt in dit verband van 'metabole programmering'. Krijgen we onvoldoende voedingsstoffen binnen, zijn de voedingswaarden van de moeder tijdens de zwangerschap slecht of ondergaat ze ziekten als zwangerschapsdiabetes dan kan haar vrucht mogelijk voedingsstoffen tekortkomen. Dat kan de anatomische, hormonale en fysiologische ontwikkeling van het kind veranderen. Op korte termijn neemt daardoor wellicht de overlevingskans af en op lange termijn de kans op chronische aandoeningen toe.

Kinderen (4-12 jaar)

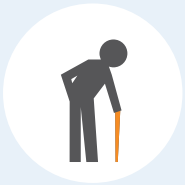
Voedselkeuzes maken we veelal onbewust; we volgen standaardpatronen. Dergelijke voedingspatronen (wat je eet en wanneer) blijven lang onveranderd en aanpassing ervan vergt daad- en wilskracht. Het is daarom zaak dat we zo vroeg mogelijk beginnen met het aanleren van gezonde eetgewoonten, het liefst al bij kinderen van 4 tot 12 jaar, in de basisschoolleeftijd dus.

Tieners (12-18 jaar)

Tieners beschikken vaak over zakgeld. Dat geeft hen de mogelijkheid om zelf aankopen te doen en dus beginnen ze zelf keuzes te maken. Het aanbod waaruit zij kunnen kiezen is overweldigend; er is altijd en overal eten. Zij worden bijna continu verleid met lekkernijen. Weerstand daaraan bieden vormt een grote uitdaging, zeker in het bijzijn van vrienden en vriendinnen. Wat tieners dan uiteindelijk kopen wordt grotendeels bepaald door de voedingspatronen uit hun vroege jeugd, alsmede door hun karakter, opvoeding en (sociale) omgeving.

Volwassenen (19-65 jaar)

Of we chronische en ouderdoms-gerelateerde aandoeningen krijgen en op welk moment in ons leven, wordt sterk beïnvloed door de mate waarin we aandacht besteden aan voeding, gezondheid en vitaliteit. Het is daarom veelbetekenend dat het koopgedrag en consumptiepatroon van volwassenen de afgelopen tien jaar sterk is veranderd. Bij gebrek aan tijd kiezen volwassenen (veelal tweeverdieners met drukke gezinnen) steeds vaker voor thuisbezorging van voedsel en voor gemaksproducten als kant-en-klaarmaaltijden.



Ouderen (65+ jaar)

Een goede gezondheid stelt ouderen in staat zo lang mogelijk zelfredzaam te zijn. Gezonde voeding speelt daarbij een grote rol. Doordat ouderen minder energie verbruiken eten ze minder. Om dan toch alle benodigde voedingsstoffen binnen te krijgen dienen die geconcentreerder te worden aangeboden. Veel ouderen zijn zich daarvan onvoldoende bewust en helaas geldt datzelfde voor hun verzorgers. De ouderdom komt met gebreken en ongeacht of die fysiek, psychisch, sociaal of somatisch van aard zijn hinderen ze een gezond eetpatroon. Wanneer de gezondheid van ouderen verder verslechtert – bijvoorbeeld door overgewicht, ondergewicht, hypertensie en/of een (chronische) aandoening – nemen zelfredzaamheid en kwaliteit van leven af.

Voedselomgeving

Naast leefstijl is de voedselomgeving van grote invloed op gezondheid. De gebouwen, voertuigen en landschappen waarin we ons begeven – de fysieke omgeving – zijn vanzelfsprekend van belang. Wat eten we onderweg, staat er een snoepautomaat op de gang? Ook onze sociale leefomgeving (verenigingen, contacten in de buurt, mantelzorg) bepaalt deels wat we consumeren. En wat te denken van onze beleidsmatige (protocollen, richtlijnen, wet- en regelgeving) en virtuele omgevingen (social media en het internet)? De beleidsomgeving dicteert de kwaliteit waaraan ons voedsel moet voldoen en de virtuele wereld breidt het aantal ongezonde verleidingen waaraan we blootstaan eindeloos uit. Vervolgens zijn er ook nog *influencers* die in de media van alles en nog wat beweren over voeding en diëten.

In iedere fase van het leven is een andere voedselomgeving dominant. Zo brengen kinderen veel tijd door op school, online en in de wijk, volwassenen op de werkvloer en ouderen thuis of in zorginstellingen. Voor al die groepen geldt dat het bevorderen van gezonde voedselkeuzes vraagt om een goede voedselomgeving of om het concreet te maken: een ruim aanbod van aantrekkelijke, gezonde en voedzame producten.

Impactvolle perioden en determinanten

Naast levensfasen kent het mensenleven ook diverse impactvolle periodes waarin voeding een belangrijke rol speelt. Denk daarbij aan het lopen van een marathon of het fietsen van een bergpas, beiden populair bij vele Nederlanders. Maar ook zwangerschap en menopauze zijn exceptionele perioden waarin er tijdelijk bijzondere eisen worden gesteld aan onze voeding, bijvoorbeeld vanwege invloed op de hormoonhuishouding. In periodes van ziekte kan voeding bijdragen aan genezing en herstel; bij chronische aandoeningen kan voeding bijdragen aan het welbevinden en aan stabilisering van de situatie.

Voeding bij een intensieve sportprestatie

Sportprestaties zijn deels afhankelijk van goede voeding. Het regime rondom inspanning hoort te berusten op informatie over de nutritionele en energiestatus van de sporter. Alleen met behulp van specifieke voedingsmiddelen kunnen het effect van training en het herstel na een belasting worden geoptimaliseerd.

Voeding tijdens zwangerschap

Eten voor twee is niet nodig als je zwanger bent. Wel is het van belang de juiste producten te eten en drinken. Voeding houdt moeder en baby gezond en fit tijdens de zwangerschap en heeft bovendien effect op de toekomstige gezondheid van het kind. Het is belangrijk dat de aanstaande moeder bepaalde voedingsstoffen vermijdt en andere juist toevoegt aan haar dieet.

Voeding tijdens de menopauze

Tijdens de menopauze kan voeding helpen bij het verlichten van de overgangsklachten. Van bepaalde nutriënten is namelijk bekend dat zij balans brengen in de veranderende hormoonhuishouding.

Voeding in periodes van ziekte

Hoewel de directe relatie tussen voeding en ziekte moeilijk aantoonbaar is, gaan velen ervanuit dat je bent wat je eet. En bij diverse chronische aandoeningen is die relatie zo duidelijk dat bepaalde voedingspatronen gelden als risicofactor. Voor enkele vormen van kanker, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type-2 en dementie is dit het geval. Bij herstel van ziekten en operaties is de rol van voeding onloochenbaar. Bepaalde kwalen kunnen dankzij het juiste dieet tot stilstand worden gebracht en in een aantal gevallen levert de juiste voeding zelfs een bijdrage aan genezing of sneller herstel, met name na chirurgische ingrepen.

Determinanten

De tot nu toe behandelde grootheden leefstijl, voedselomgeving, levensfase en impactvolle perioden vormen samen een dimensie. Een tweede dimensie die daar haaks op staat bestaat uit overgewicht en lage sociaaleconomische positie. Deze twee determinanten zijn van invloed op alles uit de eerste dimensie.

Overgewicht

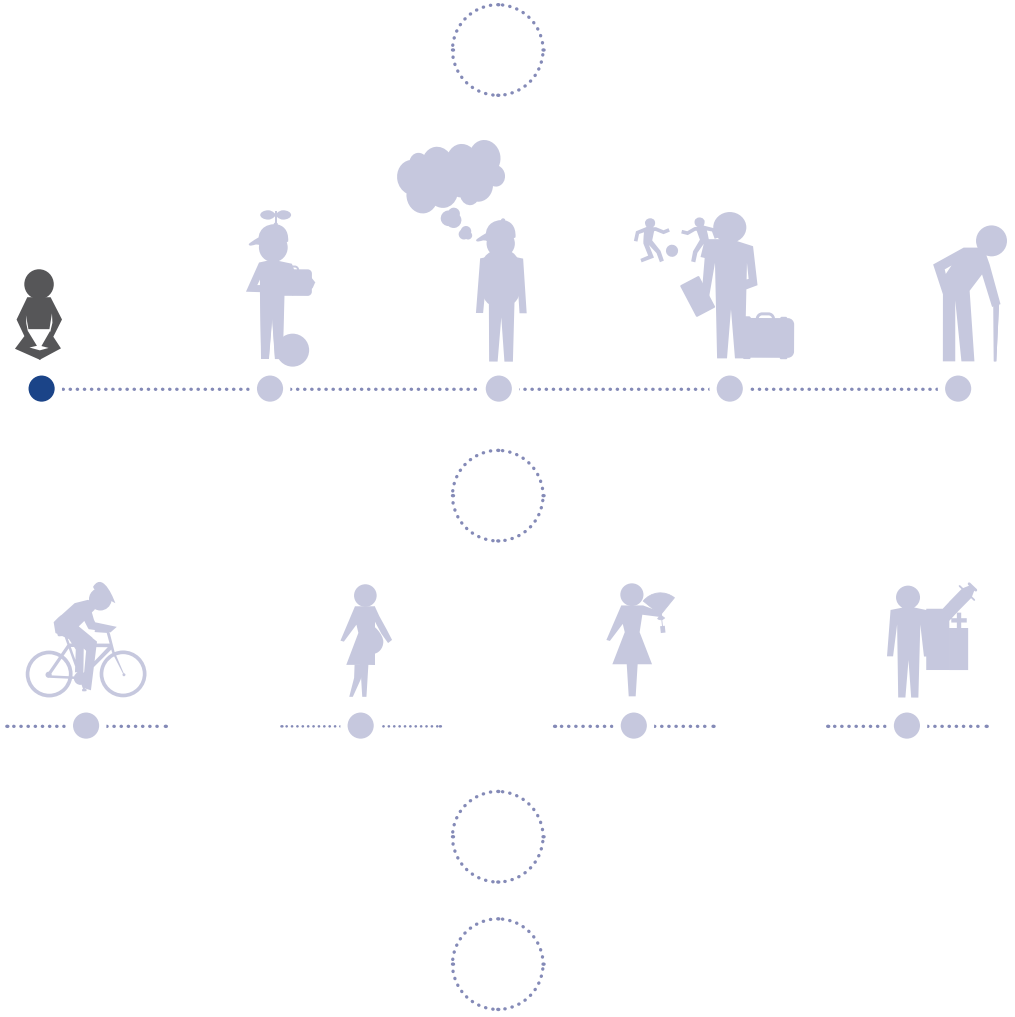
De relatie tussen voeding, beweging en overgewicht is evident. Overgewicht gaat gepaard met een verhoogde kans op fysieke problemen, zowel in het bewegingsapparaat als in de rest van het lichamelijk functioneren. Het geeft bijvoorbeeld een hoger risico op de ontwikkeling van verschillende chronische aandoeningen. De omvang van deze problematiek is verontrustend aangezien de helft van de Nederlanders overgewicht heeft.

Sociaal Economische Positie (SEP)

Onze Sociaal Economische Positie (SEP) zegt iets over ons opleidingsniveau, inkomen en het prestige van ons beroep. Uit diverse studies blijkt dat het ook veel zegt over onze gezondheid. Zo ervaren groepen met een lagere sociaaleconomische positie veelal een slechtere gezondheid. Oorzaken daarvan zijn ongezondere leefgewoonten: meer roken, overmatige alcoholconsumptie, gebrek aan lichaamsbeweging en een ongezond voedingspatroon. Het verschil komt op een schrijnende manier tot uitdrukking in levensverwachting. Het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid tussen kinderen die geboren worden in een gezin met een lage versus hoge SEP is maar liefst 14,7 jaar[10]!

DEEL II

BESCHOUWINGEN & DROMEN



Eerste 1.000 dagen

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon in de eerste 1.000 dagen van het kind

Eerste 1.000 dagen

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon in de eerste 1.000 dagen van het kind

De eerste 1.000 dagen – van conceptie tot de tweede verjaardag – zijn cruciaal voor een mensenleven[1]. In geen enkele andere periode worden zo veel (biologische) mijlpalen bereikt[2,3]. De aanleg van eet-, slaap- en beweeggedrag, de metabole programmering van het lichaam en zo het levenslange fysieke en mentale welzijn berust op de gezondheid tijdens zwangerschap en bevalling[4,5]. Mankeert er voorafgaand aan de geboorte iets aan de gezondheid van moeder of kind dan vergroot dat de kans op gezondheidscomplicaties op de lange termijn[6]. Zo worden ongunstige uitkomsten tijdens de zwangerschap, zoals laag geboortegewicht en vroeggeboorte, geassocieerd met een verhoogd risico op complicaties[4]. Kinderen met bijvoorbeeld een laag geboortegewicht hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van diabetes en hartziekten wanneer zij volwassen zijn[7].

Gezondheidsstatus eerste 1.000 dagen van het Nederlandse kind

De gezondheid rondom de eerste 1.000 dagen heeft de afgelopen jaren veel aandacht gehad in Nederland, omdat Nederland relatief slecht scoorde op babysterfte in vergelijking met andere Europese landen[8]. De afgelopen jaren heeft Nederland zich sterk verbeterd. De perinatale sterfte (overlijden tussen week 22 van de zwangerschap en de 28ste dag na de geboorte) is tussen 2000 en 2017 gedaald van 12,3 per 1.000 kinderen naar 7,7 per 1.000 kinderen[9]. Deze daling komt vermoedelijk doordat er meer voorlichting wordt gegeven over een gezonde leefstijl, meer aandacht wordt besteed aan zwangere vrouwen en er beter wordt samengewerkt tussen de betrokken zorgprofessionals[10]. Naar verwachting zet deze afname door[11].

Zo'n 10% van de borelingen is te licht. Hun geboortegewicht valt onder het tiende percentiel van de referentiepopulatie[12]. In Nederland is het geboortegewicht gemiddeld 3.500 gram, waarbij jongens zo'n 120 gram zwaarder zijn dan meisjes[13]. Ondervoeding vanaf de dertiende week van de zwangerschap kan leiden tot een vermindering van het geboortegewicht met 100 tot 200 gram. In geïndustrialiseerde landen lijkt het effect van wat de zwangere vrouw consumeert op het geboortegewicht echter marginaal. Een ijzertekort kan eventueel tot groeivertraging leiden[12]. In westerse landen heeft ongeveer 17-31% van de zwangere vrouwen een ijzertekort[14].

Daarnaast zien we in Nederland gezondheidsverschillen naar sociaaleconomische status[15]. Zo is de kans op ziektes en foetale sterfte in bepaalde wijken in Rotterdam en Amsterdam tot drie keer groter dan het landelijke gemiddelde[16].

FEITEN & CIJFERS

14% VAN DE KINDEREN HEEFT GEEN GOEDE START[21]

VERHOOGT DE KANS OP GEZONDHEIDSCOMPLICATIES OP LANGE TERMIJN[22]

HET PERCENTAGE KINDEREN MET EEN VROEGGEBOORTE DAALT[20]

2000	2017
8,0%	7,2%

HET PERCENTAGE KINDEREN MET EEN LAAG GEBOORTEGEWICHT DAALT[20]

2000	2017
7,4%	6,2%

HET VOEDINGSPATROON VAN ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN MET EEN KINDERWENS KAN GEZONDER[17]

78% eet <200 gr. groente per dag

43% eet <1 stuk fruit per dag

DE POPULATIE GEBORENEN GROEIT MINIMAAL[19]

2018 **168.398** 1,0% van de bevolking

2040 **188.183** 1,0% van de bevolking

91% van de moeders slikt foliumzuur tijdens de zwangerschap[18]

74% van de moeders geeft borstvoeding[18]

PERINATALE STERFTE DAALT[9]

2000	2017
12,3 per 1.000	7,7 per 1.000

GEMIDDELDE LEEFTIJD VAN DE MOEDER STIJGT[19]

2000	2017
30,7 JAAR	31,3 JAAR

Het belang van voeding tijdens de eerste 1.000 dagen

Onze start wordt beïnvloed door factoren die ver voor de bevruchting liggen. De ontwikkeling van de eicel begint namelijk op het moment dat de moeder van het kind zelf nog in de buik van haar moeder groeit. De gezondheid en ook de voeding van de moeder van de moeder zijn zodoende van invloed op de eicel die het nieuwe leven moet gaan vormen[23]. Het ontwikkelingspotentieel van de mens ligt vast in de genen, maar externe omstandigheden bepalen of deze erfelijke factoren tot uiting komen[24]. Eén van de belangrijkste externe omstandigheden is voeding. Voor optimale ontwikkeling is de juiste combinatie en hoeveelheid voedingsstoffen noodzakelijk[25]. De vrucht is vanaf de bevruchting volledig afhankelijk van de essentiële voedingsstoffen die de moeder eerder heeft opgeslagen[26]. Studies wijzen uit dat voeding die rijk is aan essentiële vetzuren een positieve invloed heeft op de ontwikkeling van cognitieve vaardigheden, concentratie en het visuele systeem[27].

Tekorten van essentiële voedingsstoffen zoals ijzer en foliumzuur hebben een bewezen negatief effect op de ontwikkeling van het kind[26]. Zo wordt ijzergebrek tijdens de eerste 1.000 dagen geassocieerd met leerproblemen[28]. In 2014 leed dan ook 18,5% van de Nederlandse kinderen tussen zes maanden en drie jaar aan een ijzertekort[29]. Daarnaast heeft 10% van de vrouwen aan het begin van de zwangerschap een laag ijzergehalte, aan het einde ongeveer de helft[30]. Een onderzoek naar de gevolgen van de Hongerwinter (september 1944 – april 1945) wijst uit dat kinderen van moeders die vlak voor de conceptie zijn blootgesteld aan honger op volwassen leeftijd een lagere kwaliteit van leven rapporteren en geestelijke gezondheid[3].

Overgewicht en obesitas tijdens de eerste twee levensjaren vergroten de kans op een ongezond gewicht en hart- en vaatziekten en diabetes in de volwassenheid[30]. Bovendien zijn mensen met zwaar overgewicht minder vruchtbaar, waarbij vrouwen meer risico lopen op complicaties[30] en mannen kwaliteit inferieur sperma produceren[31]. Een en ander verslechtert de ontwikkelingskansen van eventuele kinderen[32].

In de maanden na de geboorte krijgt de baby de borst en/of de fles. In Nederland geeft gemiddeld 74% van de moeders borstvoeding, hetgeen het kind beschermt tegen negatieve gezondheidseffecten[18]. Daarnaast bevordert borstvoeding de hechting tussen moeder en kind[33]. Na ongeveer vier maanden kan worden gestart met 'oefenhapjes' – geprakte groente en fruit – om de baby te laten wennen aan nieuwe stoffen. Dit wordt vervolgens langzaam uitgebreid naar complete maaltijden[34].

Het voedingspatroon van zwangere vrouwen in Nederland is sinds 1997-1998 niet meer op grote schaal in kaart gebracht[34]. Uit recent kleinschalig onderzoek blijkt evenwel dat 78% van de vrouwen die zwanger zijn of het willen worden (n=1.002) minder dan 200 gram groente per dag eet. Daarnaast eet 42,6% te weinig fruit, te weten minder dan één stuk per dag[17]. De aanbevolen inname van foliumzuur wordt door 91% van de zwangere vrouwen gehaald[18]. Calcium (voor bot- en gebitsontwikkeling) en vitamine D (nodig om calcium op te nemen) zijn van belang voor moeder en kind[26], waarbij 42% van de zwangere vrouwen in de eerste twaalf weken van de zwangerschap minder dan de aanbevolen 800 microgram per dag consumeert[35].

Uitdagingen

Bij het stimuleren van een gezond voedingspatroon in de eerste 1.000 dagen van het kind komen de volgende uitdagingen voor:

- Het vergroten van kennis over het effect van voeding tijdens de eerste 1.000 dagen op de gezondheid van het kind bij ouders, zorgprofessionals en andere betrokkenen
- Het standaardiseren van voedingsadviezen voor ouders met een kinderwens; voor, tijdens én na de zwangerschap
- Het bereiken van toekomstige ouders met verhoogde kans op risicofactoren vanaf het moment dat er een kinderwens is
- Het verkrijgen van nieuwe inzichten over de huidige status van het voedingspatroon van zwangere ouders of ouders met een kinderwens

Obstakels voor een gezonde start in de eerste 1.000 dagen

De meeste kinderen in Nederland kennen een goede start. Echter, voor ongeveer 14% geldt dat niet vanwege vroeggeboorte, te laag geboortegewicht of een combinatie van die twee[36]. Daaraan kunnen verschillende medische, psychische en sociale factoren ten grondslag liggen. De medische factoren - de gezondheid van de ouders - worden beïnvloed door gezondheidsgedrag, bijvoorbeeld doordat de aanstaande moeder rookt of alcohol drinkt[37,38]. Daarnaast komt in Nederland bij twee op de honderd vrouwen zwangerschapsdiabetes voor. De voornaamste oorzaak daarvan is overgewicht van de vrouw op het moment dat ze in verwachting raakt; een mogelijk gevolg is een grote, zware baby. De kans dat die baby's later zelf diabetes type-2 ontwikkelen is acht maal zo hoog als die van andere kinderen[39]. Ondervindt de zwangere psychische problemen als stress, depressie of angst dan kan dit leiden tot verminderde cognitieve of emotionele ontwikkeling van het kind[40]. De sociale risicofactoren hangen samen met een lage sociaaleconomische positie, een combinatie van laag opleidingsniveau, armoede, werkloosheid en een ongunstige leefomgeving. Ook gezinssamenstelling en opvoeding kunnen van invloed zijn[41]. Het kind dat tijdens de eerste 1.000 dagen wordt blootgesteld aan één van de risicofactoren, loopt een grotere kans om met een achterstand te beginnen aan zijn of haar leven[4].

De standaard verloskundige zorg begint in Nederland vaak pas in week 6-8 van de zwangerschap[42]. Zorgprofessionals als de verloskundige, kinderarts, gynaecoloog en kraamzorgverpleegkundige raken daardoor pas betrokken als de biologische mijlpalen al achter de rug zijn. De eerste afspraak bij het consultatiebureau is doorgaans een maand

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zich richten op het bevorderen van een gezond voedingspatroon in de eerste 1.000 dagen van het kind

Landelijke bewustwordingscampagnes

Nationale campagnes om de bewustwording te vergroten ten aanzien van het belang van de eerste 1.000 dagen van het kind

- Stevige Start
- Programma Gezond Opgroeien
- Actieprogramma Kansrijke Start
- Programma Gezonde Generatie

Interventies voor extra aandachtsbehoevende ouders

Interventies en programma's gericht op (aanstaande) ouders met een (verwachte) extra hulpvraag gedurende de eerste 1.000 dagen

- BabythuisZorg
- Voorzorg
- Stevig ouderschap
- Bemoeizorg
- De Waterbox
- De Ouder-baby-interventie

Integrale aanpak

Het inrichten van een ketenaanpak waardoor ook (zorg)professionals de juiste omgeving te creëren voor (opgroeiende) kinderen

- Gezonde kinderopvang
- Healthy Pregnancy 4 All
- 1000-dagen aanpak in de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht
- Gezonde Start voor ieder kind

Educatie en voorlichting van (aanstaande) ouders / bieden van handelingsperspectief

Het aanleren van de juiste vaardigheden voor de eerste 1.000 dagen van het kind en het aanreiken van informatie om (aanstaande) ouders te ondersteunen gedurende de eerste 1.000 dagen van het kind

- Voedingsjungle
- Gezond Eten voor je Kind
- Smakelijke eters
- BabyBeGood
- De VIPP-SD
- VoorZorg
- Centering pregnancy & centering parenting

Online platformen en applicaties

(Aanstaande) ouders ontvangen door middel van diverse applicaties advies ter ondersteuning van een gezonde leefstijl gedurende preconceptie of zwangerschap

- Zwanger & Fit app
- Samen voeden app
- iGROW
- Vitababy
- ZwangerHap
- ZwApp
- Feed me

na de geboorte. Gedurende het eerste jaar zijn de afspraken meestal maandelijks, in het tweede jaar halfjaarlijks[43]. Ondertussen ontvangen zwangeren uit hun eigen omgeving en van diverse zorgverleners tegenstrijdige leefstijl- en voedingsadviezen[44]. Jonge ouders zijn daar gevoelig voor, met als gevolg dat ze niet-professionele aanwijzingen serieus nemen en zodoende mogelijk cruciale voedingsmiddelen vermijden.

Doorbraken

Er is meer aandacht gewenst voor het voedingspatroon van moeder en kind tijdens de eerste 1.000 dagen en het effect daarvan op de gezondheid. Het voedingsgedrag wordt door allerlei factoren beïnvloed; om dat gedrag duurzaam te veranderen is het noodzakelijk die factoren in kaart te brengen.

Vergroten van de kennis en het handelingsperspectief van de (zorg)professional

Teneinde de risico's te beperken is het van belang om de verschillende zorgprofessionals al voor de conceptie te stimuleren tot samenwerking. De gezondheid van beide ouders dient daarbij centraal te staan, ook de gezondheid van de aanstaande vader is immers van invloed op de gezondheid van het kind[45]. De gezondheidzorg moet starten bij de kinderwens, de ondersteuning van zorgprofessionals begint tegelijk met de voorbereidingen op de zwangerschap. Er dient dus beleid te worden ontwikkeld om aanstaande gezinnen voedingsadviezen te verstrekken en bij hen borstvoeding te stimuleren. Willen zorgprofessionals deze rol op zich kunnen nemen, dan dient het belang van goede voeding tijdens de eerste 1.000 dagen tijdens hun opleiding veel meer aandacht te krijgen. Gedurende de driejarige basisstudie Geneeskunde wordt nu in totaal gemiddeld 29 uur aan voeding besteed en 30 uur aan leefstijl[46].

Aanleren van een gezonde leefstijl in ontvankelijke perioden

Op jongere leeftijd dient er meer aandacht te worden besteed aan het aanleren van een gezonde leefstijl. De jeugd van nu is de volgende generatie ouders; op het voortgezet onderwijs zijn ze voor het laatst collectief bereikbaar. Informatie over goede voeding, voldoende beweging, leefstijl en ouderschap moet dus in die periode worden verstrekt. Daarnaast dient leefstijladvies aangeboden te worden rondom de zwangerschap, wanneer ouders bewust de juiste omstandigheden creëren om hun kind in te laten opgroeien. De informatie over de langetermijneffecten van leefstijl en voeding dient dan eenduidig te zijn, waarbij er ook moet worden gewezen op het gebruik van medicatie en de inname van foliumzuur[47]. Tot slot moeten voedingsadviezen worden aangepast naar individuele behoeften en cultuur[48].

Integrale programma's ter ondersteuning van ouders

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat integrale programma's ter ondersteuning van ouders tijdens de zwangerschap blijvende positieve effecten hebben op de gezondheid. Deze programma's dienen zo breed mogelijk te worden ingezet, zodat ook aanstaande ouders met een grotere kans op risicofactoren - zoals een lage sociaaleconomische positie - worden bereikt. De verschillen tussen sociaaleconomische groepen kunnen dankzij deze programma's worden verkleind[49].

Onderzoek

Hoewel bekend is dat een gezonde leefstijl en een gezond en gevarieerd voedingspatroon tijdens de eerste 1.000 dagen belangrijk zijn, is nog onvoldoende duidelijk hoe de voedingsinname en het voedingspatroon van toekomstige ouders inwerken op de gezondheid van het kind. Zo blijkt de exacte energiebehoefte van zwangere vrouwen moeilijk

te bepalen en dus te formuleren. Ook is het de vraag of afwijking van de voedingsadviezen direct effect heeft op de zwangerschapsuitkomsten, ook als daardoor de aanbevolen hoeveelheden nutriënten en vitaminen niet worden behaald[48].

Conclusie

De afgelopen tien jaar is er veel aandacht geweest voor integrale geboortezorg, inclusief samenwerking tussen professionals. Het besef groeit dat de eerste 1.000 dagen cruciaal zijn voor de ontwikkeling en bepalend voor de gezondheid op de lange termijn. Zo startte in september 2018 het Ministerie van VWS het actieprogramma 'Kansrijke Start' en in augustus 2019 bracht TNO een literatuurverkenning uit voor gemeenten ter versterking van de vroege ontwikkeling (lees eerste 1.000 dagen) van kinderen. Er wordt dus volop aan gewerkt dat ieder kind een goede start krijgt en daarmee een optimale kans op een goede toekomst. De komende tijd zal er meer inzicht moeten worden verworven over de impact die de voedingsinname van de aanstaande moeder heeft op de gezondheid van het kind.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Bevorderen van een gezond voedingspatroon in de eerste 1.000 dagen van het kind'** van Diagnose Voeding & Gezondheid

Ieder kind heeft recht op een gezonde moeder

‘Ieder kind heeft recht op een gezonde moeder.’ Deze uitspraak, die me ter ore kwam tijdens een kick-off van een reeks bijeenkomsten met verloskundigen, zette mij aan het denken. Het wordt namelijk soms onderschat hoe belangrijk de gezondheid van de moeder is voor een optimale zwangerschap. Als moeder maak je immers keuzes voor twee.

In mijn droom zijn de ouders, zowel de moeder als de vader, zich bewust van de invloed van hun gezondheid en de rol van voeding tijdens de eerste duizend dagen. Kleine veranderingen in het voedings- en activiteitenpatroon van de moeder kunnen veel complicaties voorkomen en zo de toekomst van een kind positief beïnvloeden. Het zijn condities waar we steeds meer over leren.

De kennis over optimale voeding voor en tijdens de zwangerschap bereikt ouders al op jonge leeftijd: op de middelbare school komt het thema ‘gezonde voeding’ uitgebreid aan bod. Er wordt bewust voor gekozen om kennis over voeding al op die leeftijd te verstrekken; deze tieners zijn immers de volgende generatie ouders. Daarnaast wordt de kennis over voeding volledig geïntegreerd in het opleidingsprogramma van zorgprofessionals. Gynaecologen, kinder- en jeugdartsen, verloskundigen en kraamverzorgers informeren (aankomende) ouders omtrent voeding.

Er bestaan landelijke voedingsaanbevelingen voor zwangere vrouwen en handige apps die je in staat stellen van dag tot dag een optimaal dieet samen te stellen. Deze voedings-aanbevelingen zijn opgesteld op basis van uitgebreid onderzoek onder zwangere en borstvoeding- gevende vrouwen en hun partners. De zorgprofessional heeft de tijd om ouders ook na de eerste 1.000 dagen te begeleiden, want betrokkenheid bij het jonge gezin creëert misschien wel de beste, gezondste toekomst van het kind.

Eline van der Beek
Bijzonder hoogleraar Nutritional Programming
Rijksuniversiteit Groningen

Gezond de eerste duizend dagen door!

De eerste duizend dagen hebben een enorme impact op de langetermijnkansen van een kind. Dat geldt zowel voor het krijgen als voor het ontlopen van ziekten, maar ook voor de cognitieve ontwikkeling. De eerste duizend dagen blijken dan ook veel van de toenemende gezondheidsverschillen te verklaren. Zo hebben kinderen van ouders met leefstijlproblemen als (overmatig) alcohol- of drugsgebruik – maar ook gewoon ongezond eetgedrag of te beperkt bewegen – een grotere kans op een slechtere start. Ze hebben een mindere tijd in de baarmoeder en de eerste twee jaar van hun leven zijn van geringere kwaliteit. Zelfs als ze erfelijk gezien een goede start hebben, raken deze kinderen op de langere termijn op achterstand. Het is mijn droom dat die onontkoombare cyclus wordt doorbroken.

In mijn toekomstdroom ontstaat bij ouders het besef dat hun gezondheid de kansen op een optimaal leven voor hun kinderen toenemen zodra gezond zijn prioriteit heeft én de kans krijgt; en dat zelfs al vóórdat ze zwanger worden. De kennis hierover wordt zo algemeen dat de sociale norm op dit vlak verandert, zodat de hele samenleving (aanstaande) ouders hierin ondersteunt. Het wordt normaal gevonden als stellen vertellen dat ze proberen zwanger te raken. Vrienden en collega's bieden ondersteuning om al het goede te doen voor de toekomstige ouders en voor de start van het kind en daarbij worden er geen verschillen gemaakt tussen man en vrouw. Zo krijgen de eerste duizend dagen van het kind prioriteit in het dagelijks leven. En uiteraard geldt deze sociale zorg niet alleen voor het eerste kind, maar krijgen volgende zwangerschappen evenveel aandacht.

Ouders die het niet zelf voor elkaar krijgen, worden medisch en sociaaleconomisch ondersteund. Zo krijgt iedereen de mogelijkheid om optimale omstandigheden te creëren voor preconceptie, zwangerschap en vroege kindertijd.

Zo droom ik - gelukkig samen met vele anderen - dat Nederland over twintig jaar de gezondste jeugd van de wereld heeft.

Maarten Fischer
Programmamanager Healthy Living
Noaber Foundation

Komkommertijd

"Wat ben ik blij dat ik deze keer zwanger ben in de komkommertijd", denkt Nadia. Ze heeft net in de buurtkas een aantal rijpe komkommers van de plant geplukt. Sinds zij zwanger is, is zij gek op komkommers.

Het is vroeg in de ochtend, ze sliep niet goed, ze kon geen goede houding vinden. Ze is bij zonsopgang uit bed gestapt en heeft in de buurtkas komkommers en tomaten geplukt, waarvan ze nu een ontbijtsalade maakt. Haar man en zoontje slapen nog en Nadia geniet van de stilte in huis en het prille zonlicht door het open raam.

Ze is acht maanden zwanger en al een paar jaar verbonden aan het Nu-Voor-Latercentrum. Daar worden ze begeleid door Atty, met wie ze inmiddels een goede band hebben opgebouwd. Ze ziet zichzelf nog binnenstappen, vier jaar geleden. Net een jaar afgestudeerd, aan het werk bij een leuke en uitdagende werkgever... en toch al die kriebelende kinderwens, ook bij Ethan, haar partner. We zetten de stap nog niet, hadden ze afgesproken, maar zouden zich laten informeren over hun kinderwens.

Dat hebben ze geweten. Ze vielen in een warm bad van aandacht en zorgverleners stonden op hun vraag en initiatief ter beschikking. Samen verkenden zij hun wensen en mogelijkheden van zwangerschap en ouderschap. Het inzicht dat het zorgen voor hun eigen gezondheid zoveel gezondheidswinst voor hun toekomstige kinderen zou opleveren, motiveerde hen. Ze kregen adviezen over voeding, lichamelijke gezondheid en ouderschap. Nadia mijmert: "Ik heb daar meer geleerd dan in mijn gehele universitaire studie!"

Ook viel er een kaartje op de deurmat: ze mocht gratis afnemer worden van de buurtkas. Die werd gerund door buurtbewoners en nu kreeg zij vrijelijk toegang om groenten te komen halen, zodat er elke dag vers en gezond kon worden gegeten. Dat gaf haar zo'n welkom gevoel!

Nadia is net klaar met de ontbijtsalade als zij op de trap bekende voetstappen en gebrabbel hoort. Ethan en Casper komen de keuken ingewandeld en geven haar een kus op haar wang en haar buik. De baby in haar buik reageert meteen en beweegt. Terwijl haar buik golft, giert Casper het uit van de pret!

Berteld Kok
Bestuurder KNOV & verloskundig-vrouwen-coach

De allerbeste start!

Een goed begin is het halve werk. Dat geldt ook voor de mens. Elk mensenleven begint als een enkele cel, een bevruchte eicel.

Maar die eicel ontstond al veel eerder. Ze werd aangelegd in de baarmoeder van je grootmoeder, in de eierstokken van je ongeboren moeder. Nog voordat je moeder werd geboren waren alle eicellen die ze ooit zou hebben al aangelegd en lagen ze in diepe winterslaap te wachten op wat komen zou. Daar, tussen al die andere eicellen, lag de eicel die zich uiteindelijk zou ontwikkelen tot wie je nu bent. In diepe rust.

Pas na een jarenlange winterslaap werd de eicel als Doornroosje wakker gekust in de voorbereiding op haar enerverende reis. Vanuit de eierstok werd de eicel spectaculair gelanceerd en kunstig opgevangen door de eileider, waar haar een veelbelovende toekomst wachtte. Ze ontmoette de zaadcel van je vader en na die ontmoeting werd alles anders. De kernen versmolten en zo ontstond nieuw leven. In de vruchtbare voedingsbodem waarin je je als embryo nestelde kon je uitgroeien tot de unieke persoon die je bent. Geheel in het donker en zonder handleiding werd hier een mens gebouwd.

Met de bouwstenen uit de voeding en reserves van je moeder bouwde je je hart, je brein, je bloedvaten, je longen. Het fundament van het leven werd gelegd. De kwaliteit van de voeding van de moeder bepaalde voor een belangrijk deel de structuur en daarmee de functie en reservecapaciteit van de organen waarmee je het de rest van je leven moet doen. Via het vruchtwater kwamen de eerste smaken van buiten al naar binnen en ontstonden voedselvoorkeuren die ingeslepen werden in het brein. Er lag al veel vast voordat je geboren werd.

Juist omdat een goed begin van fundamenteel belang is, en iedereen maar een kans krijgt voor een goed begin moeten we alles op alles zetten om elk kind een goede start te geven.

Prof. dr. Tessa J. Roseboom
Hoogleraar Vroege ontwikkeling en gezondheid
Amsterdam UMC, locatie AMC

Gezond opgroeien voor iedereen

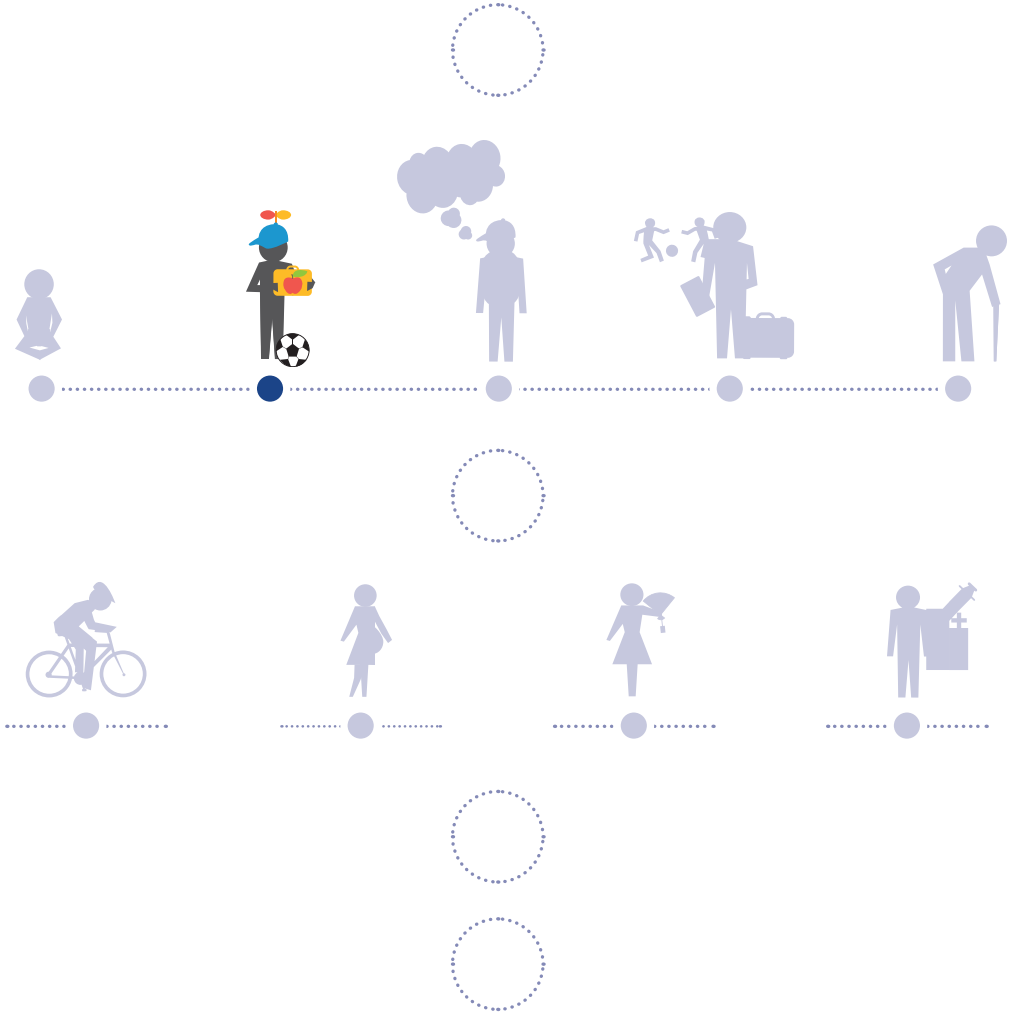
Mijn droom is om in een maatschappij te leven waarin ieder kind het recht heeft om gezond op te groeien. Dat klinkt heel simpel, maar zelfs in een welvarend en vooruitstrevend land als Nederland is dit niet vanzelfsprekend. Gemiddeld kampt een op de zeven kinderen met overgewicht en de beste voorspeller voor obesitas op latere leeftijd is je gewicht op jonge leeftijd. Naast het feit dat het niet gezond is, worden kinderen met overgewicht vaak gepest, hebben een laag zelfbeeld en worden gediscrimineerd. Redenen genoeg om reeds op jonge leeftijd een gezond eetpatroon te ontwikkelen.

Gelukkig wordt er veel onderzoek gedaan naar gezondheid, verschillende leefstijlen en voedingsgewoonten. Zelf heb ik tien jaar ervaring met onderzoek doen naar het eetgedrag van kinderen. De laatste jaren merk ik dat ik steeds sterker de behoefte krijg om mijn kennis en ervaring te delen met een breder publiek. Voor een wetenschapper is een artikel in een vooraanstaand blad je belangrijkste output. Het is natuurlijk leuk als je paper wordt gelezen in Frankrijk of Amerika, maar het blijft op die manier in de wetenschappelijke wereld hangen.

Het onderwerp kinderen en eetgedrag leent zich erg voor de praktijk en ik heb een boodschap uit te dragen. Het gaat me aan het hart als een kind ongezond opgroeit. Tijdens een rondje hardlopen kwam ik op het idee een inloopspreekuur te beginnen bij een kinderopvang voor ouders met vragen over het eetgedrag van hun kinderen. Een kinderopvang is laagdrempelig en je zit dicht bij je doelgroep. Sinds april houd ik daar iedere woensdagochtend mijn inloopspreekuur en sinds juni heb ik zelfs mijn tweede inloopspreekuur op een andere locatie geopend. Het staat allemaal nog in de kinderschoenen, maar ik ben gestart en ondernemen is continue bijsturen, doen en focus houden.

Wat zou het mooi zijn als iedere ouder kennis maakt met de gecertificeerde methode die ik gebruik om ouders bewust te maken van de eetsignalen van hun kind. Mijn droom is dat ik op een dag een eigen praktijk heb bij een ziekenhuis of gezondheidscentrum en dat de consulten in het basispakket zitten zodat ieder kind toegang heeft. Eerst klein beginnen, maar groots blijven denken!

Dr. ir. Victoire W.T. de Wild
Eigenaar
Adviesbureau Groente & Meer



Kinderen

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij kinderen

Kinderen

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij kinderen

Hoe voeden we onze kinderen goed en gezond op? Dat is een vraag waar ouders en diverse anderen mee worstelen. Kinderen zijn volop in de groei en ook in mentaal opzicht ontwikkelen ze zich sneller dan in elk later levensstadium. Dat vraagt om voldoende bouwstoffen en om de juiste bouwstoffen. In een leefomgeving als de onze, met haar overvloed aan – (on)gezond – eten, moeten we kinderen leren omgaan met alle verleidingen en ze goede gewoonten aanleren.

Gezondheidsstatus Nederlandse kinderen

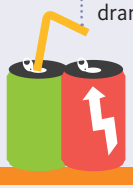
Nederland telt zo'n 2,5 miljoen huishoudens met kinderen van 0 tot 25 jaar[1]. Het merendeel van die huishoudens heeft 1 of 2 kinderen[1]. Ruim 1,7 miljoen van de kinderen is 4 tot 12 jaar oud; dit is bijna 10% van de Nederlandse bevolking[1]. Naar verwachting blijft dit percentage de aankomende jaren stabiel[2].

Ouders of verzorgers schatten de gezondheid van hun kinderen in 95% van de gevallen op goed tot zeer goed[3,4]. Deze positieve schattingen zijn opmerkelijk, gezien het feit dat nog steeds meer dan 10% van de basisschoolkinderen te zwaar is. Van de 11,9% van de kinderen met overgewicht heeft 3,4% ernstig overgewicht[5,6]. In vergelijking met de rest van Europa doet Nederland het echter niet slecht. In de wat ruimere leeftijdscategorie 5 tot 19 jaar was in 2006 27,1% van de Europeanen te zwaar of obees. In tien jaar tijd steeg dat percentage naar 34,8%[6].

De verklaringen voor overgewicht en obesitas zijn legio en kennen veelal onderling samenhangende factoren[7]. Lichaamsgewicht is nauw gerelateerd aan leefstijl, maar hangt ook samen met medische factoren en met de leefomgeving. Medische oorzaken verklaren echter slechts 5% van het totaal. Leefstijl heeft een grotere invloed en dan met name de combinatie van te veel ongezond eten en te weinig bewegen. De interessantste factor in het ontwikkelen van overgewicht blijkt evenwel de leefomgeving. Cultuur speelt daarin een belangrijke rol, maar ook de regio waarin iemand woont blijkt van groot belang[8].

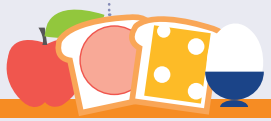
Ook op persoonlijk niveau zijn er enkele verklaringen. Gedragsfactoren zoals beweging en beeldschermtijd, maar ook het opleidingsniveau van ouders blijken samen te hangen met overgewicht. Meer dan de helft (58%) van de kinderen brengt 3,5-14 uur per week door voor een beeldscherm. Wie denkt dat dat meevalt, vergist zich, want 35% van de resterende kinderen kijkt zelfs meer dan 14 uur per week naar een beeldscherm[9]. Het risico van al die schermuren zit niet alleen in het gebrek aan beweging, maar ook in het bijbehorende consumptiepatroon. Kinderen die meer dan 3 uur per dag online zijn, vragen hun ouders vaker om junkfood en besteden een groter deel van hun zakgeld aan ongezonde producten[10]. Deze kinderen hebben zodoende 79% meer kans op overgewicht of obesitas dan kinderen die minder dan 30 minuten per dag online zijn.

10-20%
haalt aan-bevelingen schijf van 5[13]



0,5L
suikerhoudende drank per dag[11]

0,2L
mineraalwater per dag[11]



97%
ontbijt alle dagen van de week[9]

HET VOEDINGSPATROON VAN KINDEREN KAN GEZONDER

4-6%
heeft last van voedselover-gevoeligheid[12]

FEITEN & CIJFERS

MERENDEEL HUISHOUDENS HEEFT 1-2 KINDEREN[1]

43%
heeft 1 kind

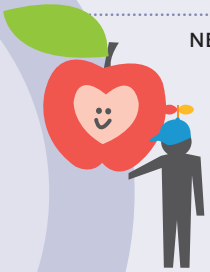
42%
heeft 2 kinderen

DE POPULATIE KINDEREN NEEMT TOE[2]
4-12 jarigen

2018
1,7 MILJOEN
9,7% van de bevolking

2040
1,8 MILJOEN
9,8% van de bevolking

NEDERLANDSE KINDEREN ERVAREN EEN GOEDE GEZONDHEID[3]



96,4%
voelt zich goed tot heel goed gezond

OVERGEWICHT ONDER 4-12 JARIGEN IS LICHT TOEGENOMEN[5]

2000
11,4%

2018
11,9%

KINDEREN BEWEGEN TE WEINIG[5]

55,5%
voldoet aan beweegrichtlijnen gezondheidsraad

HET MERENDEEL VAN DE KINDEREN HAALT NIET DE AANBEVOLEN DAGELIJKSE HOEVEELHEDEN (ADH) GROENTE EN FRUIT[11,13]

	JONGENS 4 - 8 JAAR		MEISJES 4 - 8 JAAR		JONGENS 9 - 13 JAAR		MEISJES 9 - 13 JAAR	
	ADH	Gemiddelde consumptie	ADH	Gemiddelde consumptie	ADH	Gemiddelde consumptie	ADH	Gemiddelde consumptie
Groente	100-150 GR.	72,5 GR.	100-150 GR.	71,6 GR.	150-200 GR.	79,8 GR.	150-200 GR.	89,5 GR.
Fruit	150 GR.	118,4 GR.	150 GR.	118,2 GR.	200 GR.	80,5 GR.	200 GR.	96,1 GR.

De gezondheidsrisico's die overgewicht met zich meebrengt zijn bekend. Wie als kind te zwaar is kan hier direct maar ook op latere leeftijd onder lijden[14]. Op jonge leeftijd kan overgewicht leiden tot gewrichtsproblemen doordat voeten, knieën, benen en rug te zwaar worden belast[15]. Ook op de lange termijn zal schade merkbaar zijn: de kansen op diabetes type 2, verhoogd cholesterol en verhoogde bloeddruk nemen toe[16]. Ongeveer 11% van de kinderen met overgewicht heeft een verhoogde bloeddruk. Daarnaast zijn psychische gevolgen als lagere zelfwaardering en psychosociale problemen als eenzaamheid, gespannenheid en verdriet gangbaar bij kinderen met overgewicht[17]. Er is reeds aangetoond dat wie voor zijn dertiende een gezond gewicht bereikt, geen verhoogd risico heeft om op latere leeftijd diabetes type 2 te ontwikkelen[18]. Voor wie na zijn twaalfde jaar nog te zwaar is, blijft dit ook doorgaans[19].

Naast overgewicht is ook ondervoeding een punt van zorg. Het aantal Nederlandse kinderen met ondervoeding is niet bekend, maar er zijn wel twee indicaties: bijna 8% van de kinderen is te licht en van alle kinderen die worden opgenomen in het ziekenhuis is circa 10% ondervoed[5,20]. Wanneer je te licht bent, heb je een te laag BMI, en als je ondervoed bent dan heb je een voedingsdeficiëntie[21]. Voedingsdeficiëntie kan een acute of chronische oorzaak hebben en is vaak het gevolg van langdurige ondervoeding. Op termijn leidt ondervoeding tot gewichtsverlies, ondergewicht en zelfs groeiachterstanden[22].

Het voedingspatroon van de Nederlandse kinderen

Het voedingspatroon van kinderen in Nederland kan en moet gezonder. Kinderen eten te weinig groente, fruit, vis en volkorenproducten[9,11,23]. Daarnaast wordt er te veel bewerkt vlees en suikerhoudende dranken geconsumeerd[23]. Net als de gemiddelde Nederlander eten kinderen te weinig groente en fruit. Bijna 90% van de groente wordt geconsumeerd tijdens de avondmaaltijd[9]. Vanaf 1987 consumeerden alle leeftijdscategorieën steeds minder groente en fruit, maar die daling blijkt in 2012 te zijn gestagneerd[24]. Sterker nog, kinderen van vier tot achttien zijn zelfs meer fruit en groente gaan eten[9]!

Kinderen van 4 tot 8 drinken ruim een halve liter suikerhoudende drank per dag[11]. Dat betekent dat gemiddeld ruim 60% van hun vochtinname bestaat uit limonade, frisdrank en verdunde siropen. Ten opzichte van eerdere jaren is de consumptie van suikerhoudende dranken door kinderen in de leeftijdscategorie van 1 tot 18 wel afgenomen[11].

Niet alleen wat er wordt gegeten maar ook wanneer er wordt gegeten, heeft consequenties. Regelmatig ontbijten hangt samen met een lager lichaamsgewicht[25,26]. Naarmate kinderen ouder worden, neemt het aantal keer dat ze per dag eten toe. Van de 4 tot 6-jarigen heeft 15% acht of meer eetmomenten per dag. Bij 9 tot 13-jarigen loopt dit op tot 40%[9,27]. Vaak wordt er gedurende enkele extra eetmomenten vooral gesnackt. 1 op de 5 kinderen snackt het liefst voor de televisie[28]. Die combinatie is onderzocht: vaak snacken en voor de tv eten zijn gelinkt aan een hogere consumptie van junkfood en een hoger lichaamsgewicht[27,29].

Obstakels

Om in beeld te krijgen hoe het komt dat kinderen niet altijd de beste voeding tot zich nemen, onderscheiden we de fysieke, psychische en sociale factoren die het voedingspatroon beïnvloeden.

Uitdagingen

Bij het stimuleren van een gezond voedingspatroon bij kinderen komen de volgende uitdagingen voor:

- Het stimuleren dat er vaker dan alleen tijdens de avondmaaltijd groente wordt geconsumeerd
- Het stimuleren van consumptie van water; ontmoedigen van consumptie van suikerhoudende dranken
- Het stimuleren van een beperkt aantal eetmomenten per dag
- Het versterken van het bewustzijn van een gezond voedingspatroon en gezonde eetgewoonten bij kinderen en ouders/verzorgers
- Het inzetten van kinderen als change-agents voor een gezond voedingspatroon binnen het gezin
- Het aanreiken van tools aan ouders/verzorgers om het voor hen makkelijker te maken om het voedingspatroon van hun kinderen gezonder te maken
- Het inzetten van een online omgeving ter promotie van een gezond voedingspatroon
- Het uitsluitend inzetten van kindermarketing ter verbetering van een gezond voedingspatroon
- Het alert maken van het sociale netwerk van het kind op ondervoeding
- Het bevorderen van de samenwerking en kennisoverdracht tussen innovaties en stakeholders opdat de effectiviteit van innovaties en interventies stijgt
- Het creëeren van een omgeving die kinderen en ouders stimuleert gezonder te eten

Fysieke factoren

Wat en hoeveel je eet hangt af van je geslacht, leeftijd en lengte[30]. Maar ook de groeifase beïnvloedt het voedingspatroon. Zo gaat een groeispurt gepaard met een groter dan normale energiebehoefte en dus met extra trek. Daarnaast behoort de smaakacceptatie tot de fysieke factoren: de smaak is bij kinderen nog in ontwikkeling[31]. Tot slot behoren voedselallergie en –intolerantie tot de fysieke factoren. Kippenei- en koemelkallergie zijn onder kinderen de meest voorkomende voedselallergieën[12].

Psychische factoren

Jonge kinderen weten niet wat gezond of ongezond is maar leren dit naarmate ze ouder worden[32]. Daarmee doet cognitie zijn intrede in het krachtenspel dat voedingspatronen beïnvloedt. Die cognitie kan leiden tot stress indien het in conflict komt met bijvoorbeeld de voedingssituatie in het gezin. Veelal gaan gestreste kinderen meer en ongezonder eten[33].

Daarnaast behoren gedrags- en eetstoornissen tot de psychische factoren die het voedingspatroon kunnen beïnvloeden. Men onderscheidt vier typen eetstoornissen: restrictieve eters, selectieve eters, kinderen met emotioneel bepaalde eetproblemen en kinderen met complete of gedeeltelijke klassieke eetstoornissen zoals anorexia of boulimia[34]. De frequentie waarin deze eetproblemen en eetstoornissen zich voordoen bij 4 tot 12-jarigen in Nederland is onbekend. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat 25-45% van de kinderen die zich gezond ontwikkelen lichte of matige eetproblemen doormaakt. Tot slot hebben gedragsstoornissen invloed op het voedingspatroon en eetgedrag van kinderen: kinderen met ADHD en autisme zijn bijvoorbeeld vaker selectieve eters[35]. Het tegenovergestelde is overigens ook waar; bepaalde diëten verminderen de mate waarin deze gedragsstoornissen tot uiting komen[36, 37].

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zich richten op het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij kinderen

Lesprogramma's

Kinderen maken middels (interactieve) lesprogramma's kennis met onbekende producten om hun kennis te vergroten over gezonde voeding

- Smaaklessen
- Kidsproef
- Kids Doen Mijn eet Experiment
- Ik eet het beter

Moestuinen en kooklessen

Kinderen leren spelenderwijs in de keuken of de moestuin over 'vreemde' producten die zo-doende toegankelijker worden en sneller gegeten

- Fruit4School
- KinderResto
- GrowWizzKid
- SuperChefs
- Kokkerelli

Spelen leren, online

Kinderen ontvangen door middel van online platformen en applicaties voorlichting over gezond eten en een gezonde leefstijl

- Hello YOOP
- Super-eters
- To-Maatje
- Top Fit Kids
- Kijk op gezond

Eetprogramma's op basisscholen

Kinderen worden gezonde schoolmaaltijden aangeboden

- Schoolsoepie
- EU-Schoolfruit- en groenteprogramma
- Overheerlijk overblijven
- De Gezonde Basisschool van de Toekomst

Spelend leren, offline

Kinderen leren middels offline spellen en boeken over gezonde voeding. Een groot deel van de spellen vergt ook actieve deelname van ouders of verzorgers

- De Reis van 5
- Kids' gezonde voeding Gids
- Doeboek - Gezonde leefstijl voor kids
- (W)eet je gezond spel

Overkoepelende landelijke stichtingen/initiatieven

Organisaties, niet direct gericht op het kind, die aangrijpen op het niveau van beleid en regelgeving of een koepel vormen voor een aantal initiatieven

- Jongen Op Gezond Gewicht (JOGG)
- GoDo
- De Alliantie Voedselonderwijs
- De Gezonde School
- Jong Leren Eten
- De Alliantie Stop kindermarketing ongezonde voeding

Leefstijlprogramma's

Kinderen leren in leefstijlprogramma's een gezonde(re) (re) leefstijl aan. Binnen deze programma's gaat veel aandacht uit naar een gezond voedingspatroon

- FitGaaf!
- LEFF
- B-Fit
- KERNgezond
- Lekker Fit!

Sociale factoren

Volwassenen vervullen een voorbeeldfunctie voor kinderen, ook wat het voedingsgedrag betreft. Naarmate kinderen ouder worden, breidt het sociale netwerk zich uit en daarmee ook het aantal factoren dat hun voedingspatroon beïnvloedt[38]. In eerste instantie zijn dit leeftijdsgenoten maar daarnaast ook *influencers* zoals vloggers of fictieve figuren. Kinderen geven aan dat hun behoefte naar een bepaald product stijgt als ze het in een vlog hebben gezien[39]. Ook fictieve figuren op verpakkingen zijn een vorm van kindermarketing[40].

Daarnaast beïnvloeden culturele factoren zoals de woon-, gezins- en schoolsituatie wat er wordt gegeten[41]. En niet alleen wat, maar ook in welke situatie, alsmede wat beleefd en onbeleefd wordt gevonden. Kinderen met een migratieachtergrond consumeren meer frisdrank, snacks en meer ongezonde producten dan nodig[42]. De locatie van het woonhuis en de sociaaleconomische positie, als ook de opvoedingsstijl, zijn allemaal facetten van de factor woon- en gezinssituatie. De ouders of verzorgers van het kind bepalen de directe voedselomgeving binnenshuis, dus de prikkels waaraan een kind (continu) wordt blootgesteld. Deze factoren zijn van grote invloed aangezien 75% van de eetmomenten thuis plaatsvindt[19,31,38]. 15% van de eetmomenten vindt plaats op school. Al eerder is er geuit dat de lunchtijd op scholen onvoldoende is. Veel kinderen krijgen slechts 15 minuten de tijd om te eten, wat te kort is om een gevoel van verzadiging te bereiken. Wanneer deze natuurlijke rem op eten ontregeld raakt, liggen de gevolgen voor de hand: kinderen gaan te veel of te weinig eten[43].
Ook de manier waarop kinderen worden opgevoed blijkt van belang: een autoritaire maar ook een toegevende opvoedingsstijl zijn geassocieerd met een hoger lichaamsgewicht, een hogere consumptie van junkfood en een lagere consumptie van groente en fruit[44].

Doorbraken

Bewustwording is noodzakelijk. Kinderen en hun sociale netwerk moeten de urgentie van een gezond voedingspatroon kennen. Dit laat zich echter niet eenvoudig verwezenlijken. Er zijn verschillende oplossingsrichtingen gedefinieerd waar stappen in gezet kunnen worden.

Creëer een gezonde voedselomgeving

Er moet een einde komen aan de obesogene omgeving waarin wij leven, een leefwereld waarin (over)eten wel, maar beweging niet wordt gestimuleerd[45]. Voor kinderen is het belangrijk dat er minder verleidingen aanwezig zijn en de gezonde keuze de makkelijke keuze is. Daarnaast dienen er ook in digitaal, sociaal en beleidsmatig opzicht aanpassingen te worden gemaakt. Bijvoorbeeld het opstellen van wet- en regelgeving waarin ook instituties zoals scholen verantwoordelijk worden gemaakt voor gezond voedselbeleid. Een eerste begin is om het steeds vaker gehanteerde continurooster te benutten voor het stimuleren van gezonde eetgewoonten. Nu moeten kinderen vaak in minder dan 15 minuten hun lunch eten. Verschillende bestaande initiatieven bieden reeds elementen aan voor het stimuleren van een gezonde, groenterijke, lunch op scholen.

Een nieuwe Omgevingswet biedt kansen voor het creëren van een gezondere fysieke voedselomgeving. Er kan beleid worden geïntroduceerd dat een limiet stelt aan het aantal fastfoodlocaties per wijk, dat een verhouding voorschrijft tussen 'gezonde' en 'ongezonde' eetgelegenheden en dat een straal rondom een school bepaalt waarbinnen bijvoorbeeld geen fastfood of snoep mag worden verkocht. Op nationaal niveau kan een gezondere voedselomgeving worden gecreëerd door het btw-tarief op groente en fruit te verlagen, een suikertaks in te voeren en de wet- en regelgeving op

kindermarketing aan te scherpen[46]. Thuis kunnen ouders en verzorgers veel doen. Door middel van zogeheten 'nudging-technieken' kunnen ze kinderen stimuleren tot een gezonder voedingspatroon[38].

Bied een handelingsperspectief

Kennisoverdracht alleen heeft onvoldoende effect. Voorlichting dient hand in hand te gaan met het bieden van een handelingsperspectief. Mensen en organisaties moeten onmiddellijk handreikingen krijgen voor manieren om de opgedane kennis door voorlichting toe te passen in het dagelijks leven. Aangezien dat handelingsperspectief per doelgroep en organisatie verschilt is dit een kwestie van maatwerk. Ouders en organisaties kunnen het voedingspatroon van hun kinderen gemakkelijker sturen als ze van concrete tips en tools worden voorzien. Het goede voorbeeld geven blijft één van de beste methoden: kinderen proberen een product eerder als ze een volwassenen het zien eten[47]. Daarnaast dienen ouders en verzorgers negatieve associaties met eten zien te voorkomen door eventuele strijd over voeding niet aan tafel uit te vechten. Sommige innovaties zetten hier al op in door een spelelement aan de maaltijd toe te voegen.

Tot slot, om als ouder en verzorger met de juiste kennis te acteren, moeten de belangrijkste boodschappen worden verpakt in een aantal simpele positieve boodschappen.

Laat stakeholders op regionaal niveau samenwerken

Geen enkele partij is in staat om het multidisciplinaire vraagstuk van gezonde voeding voor kinderen alleen op te lossen. Zowel op nationaal als regionaal niveau zal er moeten worden samengewerkt. Een geïntegreerde aanpak dient te leiden tot kortere lijnen, waardoor bijvoorbeeld boeren of tandartsen met scholen gaan samenwerken. Lokale overheden kunnen dergelijke verbindingen faciliteren en stimuleren.

Kinderen als change-agents binnen het gezin

Een ouder of verzorger is vaak een sleutelfiguur in de voedselomgeving van kinderen. Het bereiken van deze doelgroep is lastig waardoor veel initiatieven zich rechtstreeks richten op het kind. Maar het effect is van voorbijgaande aard als ouders of verzorgers niet worden betrokken en het voedingspatroon van kinderen wordt niet uitsluitend bepaald door kennis over voeding. Daarom kan het kind ook worden ingezet ter verbetering van de voedselomgeving thuis. Dit kan bijvoorbeeld door op interactieve en speelse manier kennis mee naar huis te nemen. Om zoveel mogelijk ouders en verzorgers te laten meedoen is het overigens wel zaak om het simpel en laagdrempelig te houden.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Bevorderen van een gezond voedingspatroon bij kinderen**' van Diagnose Voeding & Gezondheid

Een gezonde toekomst. Met elkaar, voor elkaar

'Een gezonde jeugd, een gezond land, een gezonde toekomst.' Dat waren de woorden van Koning Willem Alexander bij de opening van De Week voor de Gezonde Jeugd. Mooier kan ik het niet zeggen. Het belang van een generatie die gezond opgroeit valt niet te overschatten. Een gezonde basis geeft kinderen een leven lang plezier en garandeert ons allemaal een vitale samenleving.

Uit onderzoek blijkt dat mensen ongeveer tweehonderd voedselkeuzes per dag maken. Het zou mooi zijn als dat vooral gezonde keuzes zijn, maar de praktijk is anders. In school- en sportkantines, tijdens uitjes in attractieparken, bij sportevenementen en in supermarkten is ongezond eten over het algemeen makkelijk te vinden. Zeker voor kinderen en hun ouders is het dan moeilijk om de gezonde keuze te maken. Mijn droom, als directeur van JOGG, is dat de omgeving waar kinderen vaak komen gezonder wordt ingericht, zodat voor hen een gezonde leefstijl vanzelfsprekend wordt.

Gelukkig ben ik niet de enige die dit wil. In meer dan honderdveertig gemeenten werkt JOGG met onder andere bestuurders, ambtenaren, sportcoaches, leraren, ondernemers, jeugdhulpverleners, wijkbewoners, ouders én kinderen aan deze droom. Van watertappunten in de buurt en scholen waar kinderen voor een gezonde lunch kunnen kiezen tot gezonde alternatieven op de kaart in de sportkantines en aandacht voor groente op het consultatiebureau. We willen allemaal toe naar een wereld waarin gezond gewoon is en af en toe een ongezonde traktatie de realiteit.

De afgelopen jaren heb ik de aandacht voor een gezonde generatie zien groeien. Er is een Nationaal Preventieakkoord gesloten, waarin we met elkaar hebben afgesproken Nederland een stuk gezonder te gaan maken. Steeds meer bedrijven sluiten zich bij ons aan en het aantal JOGG-gemeenten groeit. De wereld verbeter je niet in één dag, maar samen komen we er wel. En gelukkig geeft zelfs de koning ons een duwtje in de rug.

Marjon Bachra
Directeur-bestuurder
Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)

Een gezondere wereld van, voor, door en met kinderen!

Een gezond kind met stralende ogen en glimmend rode wangen. Een kind dat vanuit een intrinsieke drive gezond opgroeit en onderdeel wordt van een vitale generatie. Wie wenst dit nu niet voor zijn kroost?

Voeding is een belangrijk deel van je leven. Het bepaalt voor een groot deel hoe lekker jij in je vel zit. Kinderen die gezond eten voelen zich fitter, hebben energie om buiten te spelen en kunnen zich beter concentreren. Voeding helpt om gelukkig op te groeien en juist daarom vinden wij het zo belangrijk om kinderen op jonge leeftijd de pure wereld van onze voeding te laten ervaren.

Over de wondere wereld van voeding leer je niet uit een boek. Daarvoor moeten kinderen de schoolbanken uit en op bezoek bij een teler. En dat is dus wat wij organiseren. Wij nemen hele klassen mee naar de wereld van voeding, waar ze kennismaken met de rijke context van wat er later op hun bord komt te liggen. Hier kunnen zij met eigen ogen zien hoe een zaadje uitgroeit tot vrucht. Hier voelen en ruiken ze hun eigen oogst, maken er een gerecht van en proeven samen hoe lekker dit is. Vanuit eigenaarschap ontwikkelen kinderen zo waardering voor gezonde voeding: het pure product. Je ziet kinderen stralen, hun wangen worden rood. En als ze aan het eind van het programma komen vertellen ‘er is vandaag veel veranderd tussen mij en de tomaat’, dan word ik daar heel blij van.

In mijn droom nemen alle kinderen in Nederland deel aan de lesprogramma’s van Kokkerelli & Stichting Kids University for Cooking en wordt voedseleducatie opgenomen in het curriculum van het primair en voortgezet onderwijs.

Wij doen dit niet alleen. Samen met scholen, telers, het bedrijfsleven, universiteiten en overheid bouwen we iedere dag aan de groei van deze vitalere wereld. Zo maken wij samen de wereld van, voor, door en met kinderen een beetje mooier.

Let’s change the health of our nation.

Suzanne Bisschops-Pasmans
Directeur
Kokkerelli & Stichting Kids University for Cooking

Een gezonde eetopvoeding

Wat als... elk kind opgroeit in een omgeving waarin gezond eten de normaalste zaak van de wereld is? Elk kinderdagverblijf een moestuin heeft en de kinderen dagelijks een verse groentemaaltijd voorzet? Elke school een voedingsbeleid heeft, waarin water drinken en groente en fruit tussendoor de standaard zijn? Ieder kind een gezond eetritme aanleert, met vaste eetmomenten? Elk kind leert koken? Elk kind leert dat snoep, koek, chips en frisdrank speciaal zijn, traktaties voor bijzondere momenten? Krijgen we dan weer gezondere kinderen, kinderen met een fit en gezond lichaam, die blij zijn met wie ze zijn? Wij denken van wel!

De eetomgeving is de laatste jaren enorm complex geworden. In een gemiddelde supermarkt liggen wel twintigduizend producten en op elke straathoek kun je eten kopen. Ouders worstelen met de vraag wat gezond is, en al helemaal voor hun kind. De vele criteria om te bepalen wat gezond is – suikermeters in de supermarkt, vignetten voor een gezonde school- of sportkantine – maken die gezonde keuze nog moeilijker. Want juist daardoor gebruiken we ons gewone gezonde boerenverstand niet meer. Suikervrije lolly's lijken opeens de beste keuze en chips van gepofte maïs zelfs prima voor peuters. De hele dag door eten is normaal geworden en met het hele gezin aan tafel eten bijna bijzonder.

Wij willen dit tij keren. Wij willen ouders helpen om dat gezonde boerenverstand weer aan te zetten! Dat doen we met ons boek *Wegwijs in de voedingsjungle – Gewoon gezonde voeding voor kinderen van 0 tot 9*, met workshops voor ouders en met trainingen voor professionals. Niet het belerende vingertje, maar simpele spelregels, haalbaar voor iedereen, ongeacht afkomst of sociaaleconomische status: vijf eetmomenten op een dag, samen aan tafel eten, water drinken, groente kan bij elke maaltijd én tussendoor, zoveel mogelijk volkoren. En af en toe snoepen mag best.

Maar we kunnen het niet alleen. Om elk kind gezond te laten eten is de omgeving ontzettend belangrijk. *It takes a village to raise a child*. De Jeugdgezondheidszorg, de kinderdagverblijven, de scholen, de fabrikanten, de supermarkten: als iedereen zijn steentje bijdraagt dan kan het lukken. Onze droom: elk kind in Nederland een gezonde eetopvoeding! Helpt u mee?

Dr. Ir. Manon van Eijsden & Ir. Michelle van Roost
Senior adviseurs
Voedingsjungle, kennis & communicatie over voeding van kinderen

Heel Nederland lekker in z'n vel

's Ochtends samen ontbijten, ontladen op het sportveld of juist een moment van stilte opzoeken tijdens een hectische dag. Gezond leven betekent voor iedereen iets anders. Alleen al het woord 'gezond' roept bij iedereen iets anders op. Sem (elf jaar) uit de Raad van Kinderen stelde voor om het woord te verbannen. Lekker rebels. Toen hij de vraag kreeg wat een beter woord zou zijn, noemde hij 'lekker in je vel zitten'. Treffend: geen vast omschreven begrip, maar een gevoel. Iets wat iedereen zelf kan invullen.

Mijn droom bouwt voort op de gedachte van Sem: heel Nederland lekker in z'n vel. Wat is ervoor nodig om die droom te realiseren? Is dat nieuwe kennis, ander gedrag, meer financiële middelen? Of hebben we gewoon wat vaker onverwachte experts nodig als Sem, die ons op een nieuwe frisse manier naar issues laat kijken? Want soms zitten de experts van wie we doorgaans oplossingen verwachten vast in vakjargon en roestige denkpatronen.

Hoe zou de wereld eruitzien als belangrijke beslissingen, beleid en programma's altijd in co-creatie worden opgezet? Met mensen van verschillende culturen, met veel en weinig kennis over gezondheid? En wat als deze mensen, net als Sem, kinderen zijn?

Mijn overtuiging is dat kinderen met hun vrolijke disruptieve denkkracht en hun natuurlijke rol als aanjagers van verandering een sleutelrol spelen. Als we hun kracht combineren met de ervaring van volwassenen, dan durf ik te stellen dat beleid en beslissingen sneller de kern raken, duurzamer worden en meer mensgericht.

Deze droom brengt ook een verantwoordelijkheid met zich mee. Kinderen hebben een ongekende kracht, maar daarmee bedoel ik niet dat zij een wondermiddel zijn dat alles oplost. Wel verdienen ze het om gelijkwaardige gesprekspartners te zijn. De verantwoordelijkheid is aan volwassenen om hen te helpen en hun bondgenoten te zijn.

Alleen door gelijkwaardige samenwerking tussen kinderen en volwassenen wordt mijn droom realiteit. Alleen zo gebruiken we de denkkracht die nodig is om systemen en gedrag echt te veranderen. Ik ben ervan overtuigd dat 'lekker in je vel zitten' dan echt voor iedereen mogelijk is.

Marloes van der Have
Algemeen Directeur Missing Chapter Foundation
Initiatiefnemer GoDo

Gezond eten op de basisschool over twintig jaar

Op een zonnige maandag verras ik de kleinkinderen door ze van de basisschool op te halen. Er staan weinig geparkeerde auto's, de meeste mensen komen lopend of met de fiets. Als ik aan kom lopen hoor ik de bel en zie ik een stroom kinderen naar buiten rennen. Het valt me op dat ze veel energie hebben en er fit uitzien.

Na een dikke knuffel van de kleinkinderen lopen we naar huis. De jongste begint meteen te vertellen. "Weet je wat ik vandaag op school gegeten heb, oma?"

"Nee, geen idee, wat dan?", vraag ik.

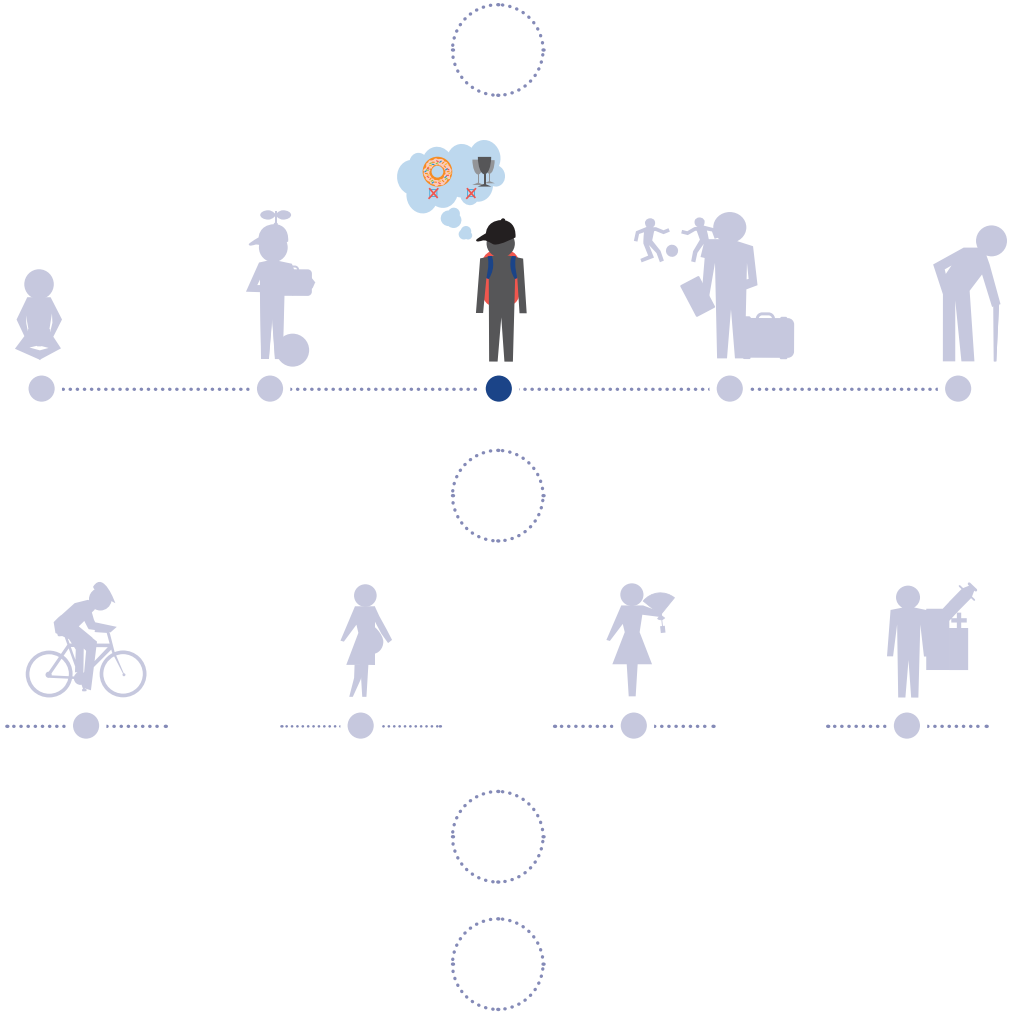
"Groenteomelet, met allemaal verschillende kleurtjes groenten erin. En dat deed ik dan op mijn bruine boterham. Weet je hoe lekker dat is oma?" Hij wacht mijn antwoord niet af. "Megalekker! En we mochten zelf ons toetje maken met fruit aan prikkers. Ik had aardbei, appel, meloen en banaan. Mijn stukje banaan viel op de grond en was helemaal vies. Toen kreeg ik van mijn vriendje zijn stukje banaan."

Hij wil thuis ook fruitprikkers maken, dus lopen we meteen langs de winkel om wat fruit te halen. Dat wordt een leuke verrassing voor zijn ouders vanavond!

Dan mag de oudste haar verhaal doen. Hun groep helpt deze week mee met de schoollunch. Vandaag was het niet zo leuk, ze moest opruimen en de tafeltjes schoonmaken. Dat vond ze echt suf. Maar morgen mag ze meehelpen met soep maken en inschenken. Daar heeft ze echt superveel zin in. Het wordt broccolisoep, haar lievelingssoep! Haar stralende lach doet me smelten.

's Avonds denk ik terug aan de tijd dat mijn kinderen op de basisschool zaten en broodtrommels van huis mee moesten nemen. Een gezonde lunch was niet vanzelfsprekend voor ieder kind. Wat kinderen van thuis meekregen was erg verschillend; de één had een appel, de ander een plak koek, maar er waren er ook met chocolade en zelfs snoep! Veel kinderen dronken zelfs limonade bij de lunch. Daarom hebben we ons toen vol overtuiging ingezet voor onze droom: een gezonde lunch op school voor iedereen, waarbij kinderen in alle rust met elkaar konden eten om daarna samen buiten te spelen. Deze droom is toch maar mooi uitgekomen!

Dr. Monique H. Vingerhoeds
Projectleider en onderzoeker consumentengedrag
Wageningen Food & Biobased Research



Tieners

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij tieners

Tieners

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij tieners

Tijdens de tienerjaren maken kinderen steeds vaker hun eigen keuze. Ze ontwikkelen een eigen identiteit, trekken zich steeds minder aan van hun ouders en raken meer en meer blootgesteld aan de verleidingen van onze obesogene samenleving. Dat maakt ongezonde voedselkeuzes steeds gemakkelijker. Voor tieners weegt de directe beloning namelijk zwaarder dan de langetermijngevolgen ervan. De schadelijke effecten hiervan zijn groot, aangezien een gezond voedingspatroon tijdens de tienerjaren bijdraagt aan een gezonde lichamelijke en cognitieve ontwikkeling. Daarentegen vergroot een ongezond voedingspatroon in de tienertijd het risico op latere gezondheidsproblemen als diabetes en hart- en vaatziekten[1,2]. Het is dus van groot belang dat tieners de juiste keuzes leren maken.

Gezondheidsstatus Nederlandse tieners

Nederland telt bijna 1,4 miljoen tieners tussen de 12 en 18 jaar. Tieners vormen daarmee 8,3% van de totale bevolking, een aandeel dat in de periode tot 2040 zal afnemen[3,4]. Nederlandse tieners voelen zich gelukkig, 92% scoort zijn of haar algehele geluk hoog[5]. Desondanks is de psychische gezondheid van tieners achteruitgegaan en ervaren veel tieners verschillende soorten stress[6]. 6 op de 10 jongeren geeft aan wekelijks één of meerdere keren stress te ervaren over school- of studiezaken. Daarnaast geeft bijna 1 op de 3 aan wekelijks stress te ervaren over hun sociale leven, bijna een kwart over zaken die zich thuis afspelen en bijna een tiende over social media[7].

Ook over hun gezondheid zijn tieners zeer tevreden: 92% ervaart die als goed tot zeer goed[6]. Die waardering is de afgelopen jaren gestegen. Desondanks hebben zowel jongens als meisjes sinds 1990 steeds meer overgewicht en obesitas[8]. Per opleidingsniveau verschillen de percentages[9]. Toch zijn Nederlandse tieners minder vaak te zwaar dan de meeste Europese tieners[9]. Een andere ongezonde relatie met eten zijn eetstoornissen. De prevalentie van anorexia nervosa onder tienermeisjes is 1,7%, van boulimia nervosa 0,8% en van *binge eating disorder* 2,3%. Onder jongens zijn deze eetstoornissen zeldzaam[10].

Het voedselpatroon van de Nederlandse tiener

Nederlandse tieners volgen over het algemeen dezelfde consumptietrends als volwassenen. Vergeleken met de Schijf van Vijf eten ze te veel bewerkt vlees en te weinig groente, fruit, vis en volkoren producten. Daarnaast drinken ze te veel suikerhoudende dranken en alcohol[12, 13]. Ze krijgen onvoldoende vitaminen en mineralen binnen, met name vitamine A en C. Meisjes hebben bovendien een te lage ijzerinname[13].

Ook wat betreft het voedselpatroon zijn er verschillen tussen opleidingsniveau en geslacht te vinden. Zo wordt op het VWO meer fruit en groente en minder frisdrank geconsumeerd dan op het VMBO; hetzelfde geldt voor meiden en jongens[9,21].

FEITEN & CIJFERS

TIENERS BEWEGEN TE WEINIG[9]

29%
van de tieners voldoet aan de Beweegrichtlijnen Gezondheidsraad

TIENERS HEBBEN GEMIDDELD 7 EETMOMENTEN PER DAG[14,15]

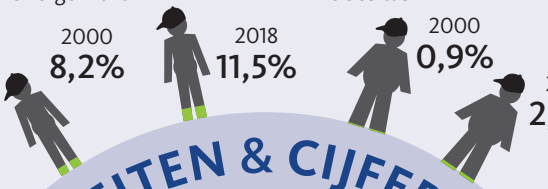
Het merendeel van de tieners ontbijt ook dagelijks

VWO:	HAVO:	VMBO:
76,7%	61,9%	63,9%

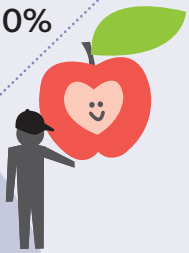
KOOPT >1 KEER PER WEEK ETEN OF DRINKEN VAN HUN EIGEN GELD[15]

STEEDS MEER TIENERS ZIJN TE ZWAAR[7]

Overgewicht[15]		Obesitas	
2000	2018	2000	2018
8,2%	11,5%	0,9%	2,0%



TIENERS VOELEN ZICH GEZOND[6]



92%
ervaart zijn gezondheid als goed tot zeer goed

PREVALENTIE OVERGEWICHT[9]

Verschilt per opleidingsniveau

VMBO-b	17,7%
VMBO-t	12,2%
HAVO	7,1%
VWO	5,8%

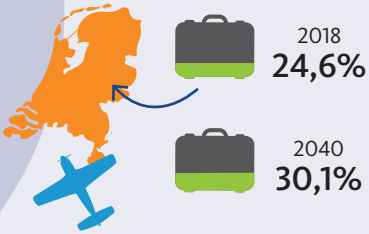
DE POPULATIE TIENERS NEEMT AF[4]

12-18 jarigen

2018
1,4 MILJOEN
8,3% van de bevolking

2040
1,4 MILJOEN
7,6% van de bevolking

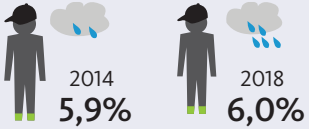
EEN KWART VAN DE TIENERS HEEFT EEN MIGRATIEACHTERGROND[17]



2018
24,6%

2040
30,1%

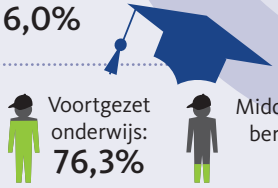
VEEL TIENERS KAMPEN MET PSYCHISCHE PROBLEMEN[6]



2014
5,9%

2018
6,0%

MERENDEEL TIENERS ZIT OP HET VOORTGEZET ONDERWIJS[18]



Voortgezet onderwijs:
76,3%

Middelbaar en hoger beroepsonderwijs
21,8%

Te weinig:
groenten, fruit, vis, volkoren producten, vitamine A en vitamine C

Te veel:
suikerhoudende dranken, bewerkt vlees, alcohol en verzadigde vetten

HET VOEDINGSPATROON VAN TIENERS KAN GEZONDER[12,13,20]

TIENERS ETEN VOORNAMELIJK THUIS[18]

77%	15%	3%	2%	3%
Thuis	School of werk	Restaurants	Buiten en tijdens het reizen	Overige plekken

Procentueel is de dagelijkse frisdrankinname van tieners echter fors gedaald tussen 2013 en 2017 (van 18% naar 11% in het basisonderwijs en van 30% naar 20% in het voortgezet onderwijs)[13].

Ook wat betreft de consumptie van fruit, groente, volkoren producten, vlees en vis zijn kinderen tot en met 18 jaar tussen 2012 en 2016 meer het advies van het voedingscentrum gaan volgen[9]. Alleen de gunstige afname van snoep eten heeft zich niet gehandhaafd[9]. Tieners zonder migratieachtergrond snoepen overigens beduidend meer dan hun niet-westerse tegenhangers[21].

Tieners eten gemiddeld 7 keer op een dag[14]. Het begint vaak met thuis ontbijten, gevolgd door het nuttigen van meegenomen eten tijdens de kleine en grote pauze op school. Tijdens tussenuren wordt er vervolgens gewinkeld voor extraatjes zoals frisdrank, snoep, koek, chips en snacks[22]. In vergelijking met andere Europese landen ontbijten jongeren in Nederland relatief vaak[9]. Echter, naarmate tieners ouder worden, ontbijten zij minder vaak[20].

Eten doen tieners vooral thuis, maar doordat ze koopkrachtig zijn nuttigen ze 23% van hun eten buitenshuis[19]. Het merendeel daarvan – 15% – consumeren ze op school of werk, 3% in restaurants, 2% onderweg en buiten, en 3% elders[19]. Maar liefst 57,4% van de middelbare scholieren koopt wekelijks eten of drinken van eigen geld[15]. Daarmee is eten voor de meeste tieners de grootste kostenpost[23]. Jongens besteden het meeste aan snacks: maar liefst 30% van de middelbare schooljongens zegt wekelijks warme snacks te kopen, gevolgd door snoep en zoute snacks[15]. Als beweegredenen voor deze aankopen zijn 'lekker', 'goedkoop', en 'gemakkelijk' duidelijk belangrijker dan 'gezond'[15].

Obstakels voor een gezond voedingspatroon bij tieners

Er zijn verschillende factoren die het voedingsgedrag van tieners kunnen beïnvloeden. We onderscheiden daartoe individuele determinanten en contextuele determinanten. Demografische factoren en gedragskenmerken van het individu spelen een rol in de mate waarin deze invloed bewust of onbewust gebeurt.

Individuele determinanten

Onder de individuele determinanten vallen demografische factoren als leeftijd, geslacht en sociaaleconomische positie (SEP)[10]. Zo eten meiden bijvoorbeeld vaker fruit en groente en drinken jongens meer frisdrank. Ook eetgewoonten lijken beïnvloed te worden door geslacht en leeftijd. Meiden doen vaker een dieet, jongens ontbijten vaker en naarmate ze ouder worden gaan alle tieners minder vaak ontbijten. Ook het samen avondeten met de ouders neemt af naarmate tieners ouder worden[24]. Bovendien speelt de SEP van het gezin een rol. Tieners uit gezinnen met een hoge SEP eten doorgaans gezonder en hebben minder vaak overgewicht[6,25,26].

Ook gedragspatronen gaan vaak samen met een ongezond voedingspatroon. Weinig bewegen wordt veelal gecombineerd met een ongezond voedingspatroon[27]. Schermtijd wordt eveneens vaak gelinkt aan het voedingspatroon en gaat gepaard met lagere consumptie van groente en fruit en hogere inname van energierijke snacks en drankjes[28,29]. Ten slotte bestaat er ook een verband tussen slaapgedrag en voedingspatronen[30]. Korte nachten, slechte slaapkwaliteit en laat naar bed gaan zijn geassocieerd met een ongezond voedingspatroon[31]. Bovendien versterken deze ongezonde gedragspatronen elkaar[19].

Tot de individuele determinanten behoren ook cognitieve factoren zoals kennis, intenties en mentale fitheid. Wie de intentie bezit om gezond te eten, eet ook daadwerkelijk gezonder, maar bij tieners ontbreekt die intentie vaak[30]. Tieners zijn doorgaans meer bezig met het maken en behouden van sociale contacten dan met voeding. Voedselkeuzes worden bovendien vaak beïnvloed door gewoonten. Goede intenties en andere cognitieve factoren kunnen worden afgezwakt door gewoontegedrag. Eveneens van groot belang is voedselkennis. Tieners met meer verstand van gezonde voeding consumeren gezonder en gevarieerder[33].

Scholen hebben de afgelopen jaren meer aandacht aan gezonde voeding besteed. Bij 90% van de middelbare scholen en 70% van de MBO-scholen maakt informatie over gezonde voeding deel uit van het lesprogramma[34]. Tot slot worden ook stress en mentale gezondheid geassocieerd met een ongezonder voedingspatroon[35,36].

Contextuele determinanten

Naarmate kinderen ouder worden, zijn de ouders steeds minder betrokken bij de beslissingen die ze nemen. Dit geldt ook voor voedselkeuzes, die zodoende in hogere mate

Uitdagingen

Bij het stimuleren van een gezond voedingspatroon bij tieners komen de volgende uitdagingen voor:

Individueel

- Het vergroten van aandacht voor gezonde voeding onder specifieke doelgroepen als MBO- of VMBO-leerlingen, niet-westerse tieners en tieners in een lage SEP
- Het vergroten van het bewustzijn van de korte-termijneffecten van een ongezond voedingspatroon en de samenhang met andere 'ongezonde' gedragingen – en van de langetermijneffecten
- Het aanleren van vaardigheden om ongezonde voedingsverleidingen te weerstaan
- Het leren bewust om te gaan met hun toenemende financiële kracht
- Het vergroten van de aantrekkelijkheid van gezonde producten door in te spelen op de waardering voor status en imago

Contextueel

- Het creëren van een voedselomgeving die de gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maakt (thuis en rondom school en verenigingen)
- Het stimuleren van positieve peer-support voor een gezonder voedingspatroon
- Het creëeren van bewustwording onder ouders over hoe hun eetgewoonten die van hun tieners beïnvloeden en het aanleren van bijbehorende vaardigheden
- Het positief inzetten van social media (en influencers) om een gezond voedingspatroon te stimuleren en de promotie van ongezonde voedselproducten terug te dringen
- Het stimuleren van meer positieve prikkels in de digitale omgeving
- Het beleidsmatig aanpassen van de voedselomgeving zodat ongezonde verleidingen worden geminimaliseerd

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zich richten op het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij tieners

worden beïnvloed door de omgeving waarin de tieners zich bevinden, meestal thuis en op school. Het voedselaanbod op deze plekken is dan ook cruciaal[37].
Tieners worden over het algemeen ook sterk beïnvloed door hun sociale omgeving, met name door familieleden. Het eetgedrag van de ouders, de opvoedstijl en de sociale cohesie spelen hierin allemaal mee[38,39]. Tieners volgen daarbij eerder het eetgedrag van hun ouders dan hun welgemeende adviezen[40]. Daarnaast speelt ook cultuur een grote rol[41].

Naarmate tieners ouder worden neemt de invloed van ouders af ten gunste van die van vrienden. Peers vertonen gelijkenissen in zowel gezonde als ongezonde voedingspatronen[42-45]. Ook beïnvloeden vrienden de hoeveelheden die er gegeten worden. In gezelschap van vrienden eten tieners substantieel meer dan in gezelschap van onbekende leeftijdsgenoten. Tieners met overgewicht eten bovendien meer als ze samen zijn met eveneens te zware vrienden. De overeenkomsten kunnen het gevolg zijn van *peer support*, wat grotere consumptie verklaart van zowel gezond als ongezond eten[46]. Ondanks *peer support* hebben ouders meer invloed op het voedingsgedrag van tieners dan vrienden[47].

Zeer bepalend is ook de digitale omgeving. Blootstelling aan reclame voor ongezond eten en drinken is één van de oorzaken van het samengaan van schermtijd en ongezond voedingsgedrag[48]. Een relatief nieuw verschijnsel zijn online *influencers*, die de grens oprekken tussen content en reclame door vrijelijk merken en producten aan hun presentaties toe te voegen[49]. Deze vorm van *food marketing* kan tieners zowel bewust als onbewust beïnvloeden[50].

Ten slotte wordt de voedselconsumptie van tieners medebepaald door beleid en wet- en regelgeving. Door veranderingen in voedselaanbod, prijzen of productverpakkingen kan bijvoorbeeld de gezonde keuze vanzelfsprekender worden gemaakt[51].

Doorbraken

Voedingsgedrag is complex en persoonsgebonden. Allerlei factoren en diverse stakeholders spelen per individu in verschillende mate een rol. Een enkelvoudige oplossing voor het gezonder maken van het voedingspatroon van tieners bestaat er dus niet. Om langdurige gedragsverandering te realiseren, zal op een combinatie van factoren moeten worden ingespeeld. Hierbij kunnen stappen gezet worden in diverse oplossingsrichtingen.

Richt de omgeving zo in dat de gezonde keuze de norm wordt

In elke omgeving waarin de tiener verkeert, thuis, op school of op de sportvereniging, moet de gezonde keuze de norm worden en de ongezonde keuze de uitzondering. Dit zal geleidelijk moeten gebeuren om weerstand te voorkomen. Op scholen is het aanbod de afgelopen jaren al verbeterd, maar de ongezonde keuze is nog steeds gemakkelijk dankzij de externe verleiding van supermarkten en andere eetgelegenheden rondom scholen. Gemak speelt een grote rol in de voedselkeuzes van tieners. Wordt de ongezonde keuze moeilijker gemaakt – bijvoorbeeld door de externe prikkel nabij de school te minimaliseren – dan nemen ze niet snel de moeite om die prikkel op te zoeken. Nationale en lokale overheden kunnen zodoende met een beleid op het aantal ongezonde eetplekken rond de school snel succes bereiken. Ook het institutionaliseren van schoollunches oogt kansrijk. Supermarkten kunnen hun verantwoordelijkheid pakken door ongezonde producten voor scholieren financieel minder aantrekkelijk te maken. Ook kunnen supermarkten gezonde producten meer promoten.

Richt je op de ouders van de tieners
Hoewel tieners zich losweken van hun ouders, worden hun voedingsgewoonten nog steeds het meest beïnvloed door de gewoonten en normen die ze in hun opvoeding mee krijgen. Desondanks ontbreekt het ouders soms aan de kennis en vaardigheden om een gezonde maaltijd op tafel te zetten en om in te zien dat hun kind andere behoeften heeft. In dergelijke gevallen zullen de ouders deze kennis en vaardigheden moeten aanleren en ook hun gedrag moeten aanpassen om hun kinderen het juiste aanbod te kunnen geven én het goede voorbeeld.

Stimuleer online influencers het goede voorbeeld te geven
Tieners worden sterk beïnvloed door hun digitale omgeving, waar ze veelal in aanraking komen met *influencers*. Onderzoek naar het daadwerkelijke effect van *influencers* op het voedingsgedrag van tieners is gewenst, om vervolgens influencers te stimuleren om hun invloed ten goede in te zetten. Hierbij is het belangrijk dat hun identiteit en authenticiteit niet beschadigd raken.

Sluit aan bij de doelgroep
Interventies en initiatieven zijn het effectiefst als ze aansluiten bij de doelgroep. Daar ligt een probleem want 'de tiener' bestaat niet. Interventies moeten derhalve per doelgroep en context worden afgestemd. Er moet sprake zijn van co-creatie waarbij gelijkwaardigheid, wederzijdse erkenning en gezamenlijke verantwoordelijkheid vooropstaan.

Een complexe uitdaging kent geen eenvoudige oplossing. De belangrijkste invloeden zijn evenwel goed in kaart te brengen, het voedselaanbod en de personen rondom de tiener. Het is belangrijk dat die stakeholders – elk met hun eigen invloed – samen verantwoordelijkheid nemen en ook samen aan oplossingsrichtingen werken teneinde tieners het zo makkelijk mogelijk maken om zelf de gezonde keuze te maken.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Bevorderen van een gezond voedingspatroon bij tieners**' van Diagnose Voeding & Gezondheid

Van ‘gezonder eten en drinken’ op school naar een bewuste leefstijl’ de hele dag!

Vijftien jaar geleden kwam ik als twintigjarige student Bestuurskunde voor het eerst in aanraking met schoolcatering binnen het VO. Of zoals het toen op de meeste scholen nog was: ‘een bekertje chocomelk en een roze koek, die verkocht werd door de conciërge’. Ik was een broekie, een jonge ondernemer in de dop, maar het was me onmiddellijk duidelijk: Dit kon en moest anders!

Op de locaties waar wij de schoolcatering gingen verzorgen en ook tijdens mijn afstudeeronderzoek kwam ik erachter dat het om meer ging dan ‘gezonde’ voeding op school. Het voedingsaanbod is alleen maar de buitenkant van iets wat veel wezenlijker is: jongeren stimuleren tot een bewuste leefstijl, tot gezonder gedrag.

Vanuit deze filosofie zijn SCOOLCOMPANY en Scool4You ontstaan. Binnen de school stimuleren we het gedrag van de jongeren in de hoop dat ze het na schooltijd voortzetten! We belonen ze voor ‘bewuste’ en ‘gezonde’ keuzes en bezorgen ze zo onder andere inzicht in hun eigen consumptiegedrag. Dat is hard nodig, want in de buitenwereld worden ze voortdurend verleid en de buitenschoolse prikkels bevorderen voornamelijk een ongezonde leefstijl!

Mijn droom is dat we uiteindelijk de school gaan gebruiken als setting om jongeren positief te stimuleren, ze bewust te maken en ze binnen de grenzen van het gezonde een eigen leefstijl te laten ontwikkelen!

Je moet jongeren niet straffen voor verkeerd gedrag, dat helpt niet. Belonen voor bewust gedrag wel. Daarnaast moeten we inzichten geven in wat voeding met je doet en daar ook (les)programma’s aan koppelen. Dat creëert draagvlak. En dan moeten we ons niet beperken tot de school, maar juist ook erbuiten actief zijn! Ook ouder(s), de omgeving van de school, de gemeente en de overheid betrekken we erbij. Er moet integraal worden samengewerkt, met maar één doel: Dat uiteindelijke iedere jongere die van de middelbare school komt blij, trots en tevreden is op de eigen bewuste leefstijl, die hij of zij - met een beetje positieve hulp - zelf heeft ontwikkeld!

Rene Bos
Eigenaar
SCOOLCOMPANY & Scool4You

Een dag in het leven van een coassistent

Het is maandagochtend. Half dromend over mijn ontbijt met havermout en verse aardbeien stap ik mijn bed uit. Het is de eerste dag van mijn coschap Huisartsgeneeskunde. Na mijn introductie zie ik zelfstandig een dertigjarige patiënte. Het is inmiddels tien uur en ik roep mevrouw uit de wachtkamer. Ze maakt een vermoeide en gestreste indruk op me, maar vol goede moed start ik het gesprek. Ze blijkt al maanden last te hebben van vermoeidheid en lusteloosheid. Na een uitgebreide anamnese kom ik op het onderwerp leefstijl. Haar drukke baan maakt dat ze nooit ontbijt, luncht in de kantine (tosti's gemaakt van witbrood) en in de avond een magnetronmaaltijd scoort onderweg naar huis. Een kantoorbaan met lange dagen en weinig beweging demotiveren haar te starten met sporten.

Ik realiseer me dat wat voor mij zo zelfsprekend is, niet tot ieders alledaagse kennis behoort en besluit haar uit te leggen wat voeding en leefstijl met haar doen. Haar leefwijze maakt haar tot een oude dertigjarige vrouw in plaats van een vitale, zelfbewuste dertigjarige die midden in het leven staat. Bovendien wijs ik haar op chronische ziekten die in de toekomst kunnen gaan opspelen wanneer ze deze levensstijl volhoudt. De patiënte is verbaasd dat ze dit nog nooit eerder heeft gehoord maar is enthousiast om ermee aan de slag te gaan. Ik verwijs haar door naar een diëtist en besluit haar aan het einde van mijn coschap terug te zien ter evaluatie.

Week acht van mijn coschap: dromend over mijn baan als toekomstig arts fiets ik naar de praktijk. In de wachtkamer zit een vitale, zelfbewuste dertigjarige dame die haar levenslust heeft teruggevonden. Ik glimlach en droom over een gezond Nederland met meer paprika's en minder pillen.

Rianne Dolmans
Voorzitter
Stichting Student en Leefstijl

Op naar een gezonde, klimaatneutrale maatschappij

Een maatschappij waarin niemand ziek wordt door een ongezonde leefstijl, waarin wij met zijn allen klimaatbewust leven. Een maatschappij die is ingericht om ons de gezondst mogelijke keuzes te laten maken voor mens en planeet. Hoe ziet een dag eruit in deze utopie?

Je *SmartWatch* wekt je aan het eind van je vijfde REM-cyclus. Vervolgens spring je gauw onder de douche om de dag te beginnen. Na twee minuten kleurt de douchekop groen om aan te geven dat verder douchen niet milieubewust is. Je kiest ervoor om de douche gezond te beëindigen door voor de *cold-therapy* te kiezen, een voorgeprogrammeerd, één minuut durend, koud slotstuk van je douche om je hart, vaten en brein positief te stimuleren.

Tijdens je *low-carb* ontbijt met havermelk en vers fruit, krijg je zin in een snack. Dat gaat echter voorlopig niet, want de smart-snackkast laat zich pas ontgrendelen nadat je vierduizend stappen hebt gezet. Je besluit om de snack te laten zitten, en onderweg naar het werk in je elektrische auto langs de supermarkt te rijden om een gezond tussendoortje te kopen. Door middel van *Augmented Reality* kun je in de supermarkt op je *smartphone* zien welke producten voor jou de gezondste keuze of een minder gezonde keuze zijn. Deze opties worden in *realtime* geoptimaliseerd door middel van kunstmatige intelligentie, gevoed door de nieuwste wetenschap en *big data*.

's Avonds thuis besluit je om lekker op de bank naar je favoriete entertainment te kijken. De content is maatschappelijk bewust en bevat geen ongezonde sluikreclame. In tegendeel, de potentie van *productplacement* wordt door *influencers* gebruikt om de maatschappij positief te beïnvloeden en zo mens en wereld te bevrijden van ongezonde beslissingen.

Is dit een passage uit George Orwells *1984*? Of is het de onvermijdbare intelligente maatschappij waar wij hard naar op weg zijn? De keus ligt bij jezelf.

Hamza Yousuf
Arts & Promovendus cardiologie
Amsterdam AMC, Locatie VUmc

De ultieme voedingsdroom

Mijn droom start bij dat elke school een FEBO-automaat heeft waaruit je groenterolletjes kunt trekken. Goed en lekker koken leer je van jongs af aan op de basisschool, waar de lessen veelal buiten worden gegeven. Waar rekenen en taal worden geleerd tijdens het sporten, en biologie terwijl er een moestuin wordt aangelegd.

De lunch op school komt uit de moestuin en uit de muren, die bekleed zijn met kiemen in alle soorten en maten en kleuren. De lunch wordt bereid door leraren, vrijwilligers en kinderen.

Stoelen bestaan niet meer. Er zijn wel ligbanken, fietsstoelen en statafels. Leren is interactief en praktijkgericht. Goed voor jezelf en een ander zorgen staan voorop.

Treinstations hebben allemaal schommels, wipwaps en spinningfietsen waarmee elektronica wordt opgeladen. De dame die in de trein snacks verkocht, werkt nu achter de balie van de groenteboer die in elk station te vinden is. Daar worden lokale seizoensproducten verkocht en - voor hen die haast hebben – kant-en-klare soepen en salades gemaakt van kromme en afgekeurde groenten.

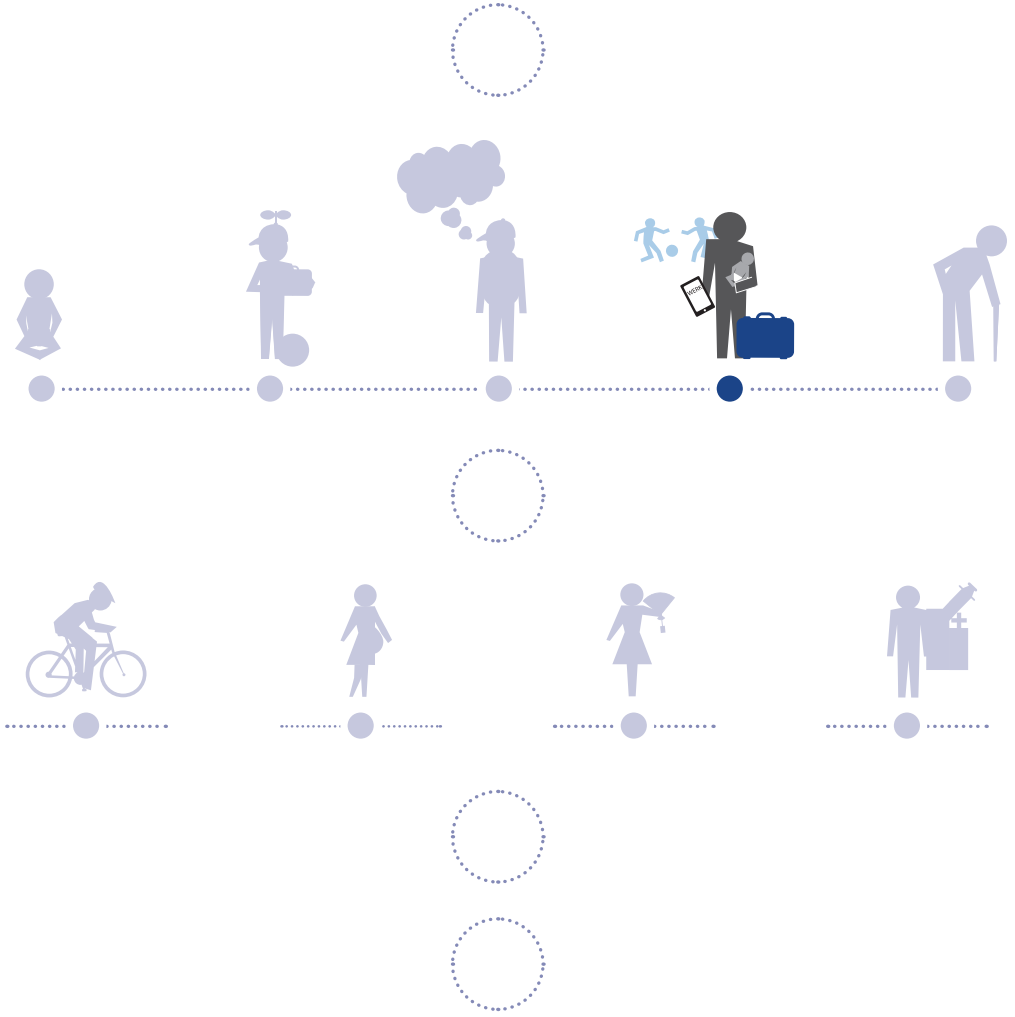
Supermarkten hebben regelmatig stapelkortingen en acties met groente en fruit. Dus de winkelwagens zijn afgeladen vol met alle kleuren van de regenboog.

Flatgebouwen en woonwijken hebben allemaal daktuintjes waar groente en fruit voor eigen gebruik worden gekweekt. Woonwijken zijn autoluw en hebben speel- en sportplekken voor jong en oud.

Tot slot, overgewicht komt weinig voor, snacken is niet meer cool en iedereen weet het verschil tussen een courgette en een komkommer.

Dat is mijn ultieme voedingsdroom!

Conrad Zuurmond
Student
International Baccalaureate



Volwassenen

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij volwassenen

Volwassenen

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij volwassenen

Gezondheid is een kostbaar bezit. Zo kostbaar dat we ons verzekeren tegen het verlies ervan. Tegelijkertijd ondermijnen we onze gezondheid door te weinig te bewegen en teveel van de verkeerde dingen te consumeren. En dat terwijl we overspoeld worden door voedingsadviezen en wanhopige oproepen om meer te sporten. Hoe staan we ervoor? En hoe kunnen we gezonder snacken op ons werk en op weg erheen? Wat mag de werkgever eraan doen en wat is de rol van de verzekeraar?

Gezondheidsstatus Nederlandse volwassenen

De meerderheid van de Nederlandse bevolking is volwassen. De meesten zijn gezond en worden gemiddeld steeds ouder[1]. Bijna 80% geeft aan een goede tot zeer goede gezondheid te ervaren[2]. Echter, de percentages van volwassenen met overgewicht stijgen naarmate de leeftijd toeneemt en naar verwachting nemen deze percentages de komende jaren toe[3].

Een gezonder lichaamsgewicht kan onder andere worden bereikt door het verbeteren van het voedingspatroon[4]. Gezonder eten verlaagt de kans op vroegtijdig overlijden, hart- en vaatziekten en diabetes met 15-20%. In grote lijnen houdt een gezond voedingspatroon in: niet teveel of te weinig eten en voornamelijk plantaardige producten. Een gezond menu is rijk aan groente, fruit, peulvruchten, noten, vis en volkorenproducten. Verder bevat het voldoende magere melkproducten en is het arm aan rood en bewerkt vlees, alcoholische en suikerhoudende dranken, zout en verzadigde vetzuren[4].

De Nederlandse volwassene eet (veelal) niet gezond

Gemiddeld consumeren Nederlanders 3,1 kg voedsel per dag, waarvan tweederde dranken[5]. We verdelen dit over zeven consumptiemomenten waarbij we gemiddeld te weinig groente en fruit binnenkrijgen en te veel suikerhoudende dranken, zout en alcohol. Gemiddeld genomen voldoet het eetpatroon van een volwassene niet aan de gezondheidsnormen[5]. Slechts 16% eet tenminste 200 gram groente per dag en slechts 13% eet tenminste 200 gram fruit per dag. Verder staan peulvruchten eens in de drie weken op het menu in plaats van wekelijks. Ook haalt slechts een derde van de volwassenen de richtlijn van één keer per week vis[5]. Gemiddeld drinken volwassenen twee glazen suikerhoudende dranken per dag terwijl de Gezondheidsraad aanbeveelt daar zo min mogelijk van te consumeren[5]. Ook ligt de totale suikerinname hoger dan we denken: per dag circa 30 suikerklontjes terwijl gedacht wordt dat het er 10 zijn[6]. Het alcoholadvies wordt door minder dan de helft van de volwassenen opgevolgd; 47% drinkt geen of maximaal een glas alcohol per dag. Aan de richtlijnen voor zuivel, vet en volkoren graanproducten voldoen we gemiddeld wel[5].

FEITEN & CIJFERS

HET VOEDINGSPATROON VAN VOLWASSENEN KAN GEZONDER[5]

16%
eet >200 gram groente per dag

13%
eet >200 gram fruit er dag

6%
eet >15 gram ongezouten noten per dag

VEEL VOLWASSENEN KAMPEN MET CHRONISCHE AANDOENINGEN[3]

>30%
heeft één of meer chronische aandoeningen

KLEIN AANTAL VOLWASSENEN MET ONDERGEWICHT[3]

Ondergewicht
1,6%

BIJNA DE HELFT VAN DE VOLWASSENEN IS TE ZWAAR[3]

Percentages stijgen naarmate leeftijd toeneemt

Overgewicht
43,3%

Obesitas
14,7%

DE POPULATIE VOLWASSENEN NEEMT AF[1]

19 – 65 jarigen

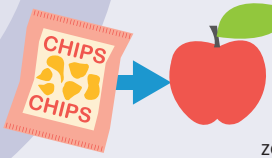
2018
9,9 MILJOEN
57,7% van de bevolking

2040
9,4 MILJOEN
51,3% van de bevolking

VEEL VOLWASSENEN VOELEN ZICH GEZOND[2]

78,1%
ervaart een goede tot zeer goede gezondheid

VOLWASSENEN WILLEN EETGEDRAG VERBETEREN



41%
geeft dit aan

43%
zegt het moeilijk te vinden

DE GEMIDDELDE DAGELIJKSE INNAME VAN VOLWASSENEN[5]

143 GR.
groente i.p.v. 250 gr.*

112 GR.
fruit i.p.v. 200 gr.*

199 GR.
brood en graan-producten i.p.v. 90 gr.*

333 GR.
zuivel i.p.v. 300 gr.*

29 GR.
suiker en snoepgoed

7,8 GR.
zoutinname i.p.v. 6 gr.*

2,0 GR.
ongezouten noten i.p.v. 15 gr.*

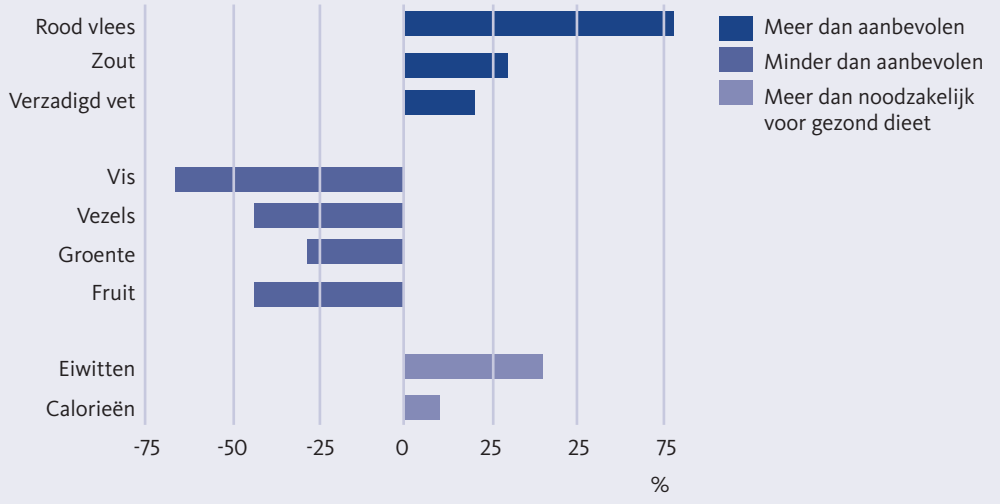
* de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid voor volwassenen

Natuurlijk eten we niet allemaal hetzelfde[7]. De voedselconsumptie verschilt van persoon tot persoon en van groep tot groep. Zo eten mannen bijvoorbeeld meer dan vrouwen en jongvolwassenen meer dan oudere volwassenen vanwege een hogere energiebehoefte. De uitzonderingen zijn dat vrouwen meer fruit eten dan mannen en kinderen meer zoete en hartige snacks dan volwassenen[8]. Daarnaast eten hoogopgeleiden meer fruit, groente en vis en drinken meer water-koffie-thee en sap dan laagopgeleiden. Ook gebruiken zij vaker voedingssupplementen[9]. Daarentegen consumeren laagopgeleiden meer vlees, smeer- en bereidingsvetten en frisdrank[9]. Bovendien eten volwassenen met (ernstig) overgewicht gemiddeld minder groenten, fruit, brood en graanproducten dan anderen, maar consumeren ze verrassend genoeg ook minder alcohol, suiker en snoepgoed[5]. Tot slot consumeren de omvangrijkste bevolkingsgroepen met migratieachtergrond minder zuivel en alcohol dan gemiddeld[10].

Obstakels

Gezien de grote impact van voeding op de volksgezondheid is er alle reden om aandacht te besteden aan het thema gezonde voeding. In een onderzoek onder ruim 2.000 Nederlanders geeft 41% aan het eetgedrag te willen verbeteren, maar tegelijkertijd laat 43% weten dat moeilijk te vinden. Men acht zichzelf verantwoordelijk voor gezonder eten; men wil minder ingaan op verleidingen en meer wilskracht tonen. In de praktijk blijken er echter verschillende obstakels te bestaan.

VOEDSELCONSUMPTIE VOLWASSENEN 2012-2016 T.O.V. RICHTLIJNEN GOEDE VOEDING 2015[11].



Uitdagingen

Bij het stimuleren van een gezond voedingspatroon bij volwassenen komen de volgende uitdagingen voor:

- Het stimuleren van volwassenen om conform de richtlijnen te eten
- Het creëren van een goede informatievoorziening over gezonde en ongezonde voeding
- Het ondersteunen van volwassenen in het verkrijgen van voldoende vaardigheden om de juiste voedselkeuzes te maken
- De gezonde voedselkeuze in alle voedselomgevingen (zo ook werk én onderweg) tot de gemakkelijkste keuze maken
- Extra ondersteuning bieden aan risicogroepen (alleenstaande verzorgers, mensen met overgewicht of lage SEP) om de gezonde voedingskeuze te maken

Tegenstrijdige informatie

40% van de consumenten zoekt wekelijks naar informatie over voeding. Afgezien van de overspoelende hoeveelheden adviezen in de sociale media over wat wel en niet gezond is, sturen ook deskundigen veel en verwarrende berichten de wereld in. Het gevolg van onduidelijke berichtgeving is dat 33% van de consumenten in verwarring raakt over wat wel of niet gezond is om te eten[12].

Praktische belemmeringen

Echter, de praktische problemen vormen de grootste belemmering. De voedselomgeving is in belangrijke mate bepalend voor het voedingspatroon van het individu en daarmee vormt ze een belangrijke factor voor het stimuleren van gezondheid en het voorkomen van (chronische) aandoeningen[13]. Wat de Nederlander overdag veelal eet komt niet meer enkel uit het broodtrommeltje. Hoewel 53% van de volwassenen het aanbod van gezonde producten onvoldoende vindt, kopen zij iets op het werk, onderweg of aan zijn of haar opleidingsinstituut[14].

Vooral thuis heeft de volwassene aandacht voor gezondheid en voeding. Veel ouders zijn bewust van de voorsprong die ze hun kind geven door het regelmatig te laten sporten en gezond te laten eten. Deze ouders gaan ook bewuster om met hun eigen beweging en voeding[15]. Hun verbeterde gezondheidsgedrag blijkt vooral tijdens het avondeten en bij tussendoortjes[16]. Ook de gezinssamenstelling heeft invloed op de gezondheid. Alleenstaanden leven vaker ongezonder: ze eten minder gevarieerd, kiezen minder vaak voor fruit, groente en vis en hebben een grotere kans op een ongezond eetpatroon[17].

De mate waarin volwassenen gezondheid laten meewegen bij wat ze eten is afhankelijk van waar en wanneer ze

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zich richten op het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij volwassenen

Voedingsservices

Bieden diensten voor het verkrijgen en consumeren van een gezonde(re) en duurzame(re) maaltijd

- EkoMenu
- De Krat
- Thuisafgehaald
- Verse Kost
- FoodConnect

Apps & Devices

Technologische innovaties voor het stimuleren van een gezond voedingspatroon bij volwassenen

- Kies is gezond?
- Actify
- Lose It!
- Nima
- Healbe

Werkgerelateerde vitaliteitsprogramma's

Programma's bestaande uit diverse werkvormen, lessen, workshops en doe-sessies waarin theorie en praktijk worden gecombineerd

- Het Gezonde Werken
- Gezond eten werkt beter
- Fruitzaam
- Lifeguard
- Vitaliteit op de Werkvloer

Voorlichting

Initiatieven en innovaties die bijdragen aan het vergroten van de kennis en gezondheidsvaardigheden van volwassenen

- Richtlijnen Gezondere Kantines
- Voel je gezond!
- FoodFirst Network

Leefstijlprogramma's

Initiatieven die leefstijl en gezonde voeding stimuleren door middel van lessen, workshops en doe-sessies

- Anders Eten bij MS
- Camper-Expeditie
- Keer Diabetes2 Om
- De Gezondheidsroute
- Beweegkuur

Vitaliteitschecks

Evalueren je leefstijl en voedingspatroon en bieden zodoende inzicht in welke gewoontes je kunt verbeteren

- Nutriprofiel
- uBiome
- Thryve
- Persoonlijk gezondheidscheck

eten. Buitenshuis voelen ze minder noodzaak om op de gezondheid te letten en is het lastiger een gezonde keuze te maken. Sinds 1975 zijn we tweemaal zo vaak buiten de deur gaan eten. Vooral het woon-werkwerkverkeer is een belangrijke factor voor 'eten onderweg'. Met name mannen maken veel kilometers, wat sterke effecten heeft op de gezondheid[18]. Als het werk op meer dan 16 kilometer afstand ligt is er sprake van verhoogde bloeddruk, meer dan 32 kilometer leidt tot een verhoogd cholesterolniveau[19]. Daarnaast veroorzaakt langere reistijd meer stress, een lager geluksgevoel en een grotere kans op depressie en echtscheiding. Dit wordt deels verklaard door eetgedrag en leefstijl: forensen besteden minder tijd aan fysieke activiteit en aan het voorbereiden van maaltijden en snacken meer[20]. Het voedselaanbod bij benzinepompen en spoorwegstations speelt daarin een belangrijke rol[21].

Ook het werk zelf kan ziek maken. Ongeveer de helft van alle ziektedagen houdt verband met lichamelijke- en psychische klachten zoals overspannenheid en burn-out[22]. Werknemers die meer dan 6 uur per dag achter een beeldscherm zitten, hebben een verhoogde kans op nek-, arm- en schouderklachten. Op basis van ziekteregistraties wordt het aandeel van de werkgerelateerde ziektelast geschat op bijna 5% van het totaal. Kosten door presenteïsme (ziek doorwerken), vervangend personeel en verzuimbegeleiding zijn dan nog niet eens meegeteld. Werknemers met overgewicht verzuimen vaker en langer, vooral zij die niet regelmatig sporten[22]. Overgewicht en obesitas kunnen bovendien negatieve effecten hebben zoals verminderde arbeidsproductiviteit en toename van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen[22]. Opvallend is dat het percentage overgewicht stijgt naarmate men meer werkt. Van de mensen die wekelijks 1-11 uur werken heeft meer dan 29% overgewicht, bij mensen die 12-31 uur werken is dat ruim 42% en boven de 32 uur loopt het op tot 49%. Minstens zo opmerkelijk is dat het percentage het hoogst is (52,3%) bij mensen die niet werken of minder dan een uur per week[23]. De relatie tussen werkloosheid en een slechte gezondheid blijkt onder andere uit hogere sterfte en een hogere prevalentie van ziekten en beperkingen onder werklozen[24].

Gezien het feit dat 6 à 7 miljoen Nederlanders 60% van hun werktijd op de werkplek doorbrengen, is het bevorderen van gezondheid op de werkplek een voor de hand liggende gedachte. Daar blijkt bovendien alle ruimte voor te bestaan, want één op de zes werknemers is niet tevreden met de mogelijkheden die de werkgever momenteel biedt. Men heeft behoefte aan een goede werkplek, frisse lucht, sportmogelijkheden en gezonde voeding[25]. Bedrijfsrestaurants bieden 35% tot 50% van de werknemers de gelegenheid voor minimaal 1 maaltijd per dag[26]. De consumentenomzet in deze restaurants bedroeg in 2016 ruim 1,6 miljard euro[27], maar ruim de helft van de werknemers vindt dat hun werkgevers niets doen om gezond eten op de werkvloer te stimuleren[28]. De lunchvoorziening in het bedrijfsrestaurant krijgt van 67% van de werknemers een onvoldoende[29].

Doorbraken

Vele factoren bepalen het voedingspatroon van volwassenen. Een generieke aanpak voor de gehele doelgroep zal daardoor niet snel succesvol zijn. Uit de inventarisatie van bestaande innovaties blijkt dat er veel aandacht is voor beïnvloeding van de leefstijl. De doelgroep wordt voorgelicht en krijgt vaardigheden aangeleerd. De omgeving zelf wordt echter onvoldoende betrokken in het proces: voor succesvolle beïnvloeding is ook de leefomgeving van belang. Publieke omgevingen

dienen gezondheidsbevorderend te zijn in productvoering, inrichting, marketing en communicatie. Datzelfde geldt voor retailers en het groeiende 'out-of-home' segment. Alleen op die manier wordt de gezonde voedingskeuze de gemakkelijkste keuze. Er moet heldere en begrijpelijke informatie beschikbaar zijn bij de producten die volwassenen kopen. Verwarring over voedselkeuzelogo's en keurmerken dient voorkomen te worden. Om de groente- en fruitconsumptie van volwassenen te stimuleren moeten we een andere lunchcultuur creëren. Tot slot dienen specifieke risicogroepen binnen leefstijl- en vitaliteitsprogramma's concrete vaardigheden te leren.

Een gerichtere en specifiekere aanpak is noodzakelijk. De overheid is terughoudend in wet- en regelgeving, hoe effectief die ook kan zijn. Het heeft de voorkeur dat marktpartijen onderling tot afspraken komen, bijvoorbeeld over het terugdringen van ongezonde stoffen in voedingsmiddelen. Verzekeraars hebben belang bij het terugdringen van ziektelast en zijn bij machte ander gedrag te (helpen) stimuleren. Bovenal kan de werkgever een grote rol spelen. Voor het stimuleren van een gezonder voedselpatroon bij volwassenen is vitaliteit op de werkvloer cruciaal[30-34]. Het is niet voor niets dat de World Health Organization (WHO) de werkplek beschouwt als een van de belangrijkste settings voor gezondheidsbevordering in de eenentwintigste eeuw[34].

Werkgevers hebben groot belang bij bredere leefstijl-beïnvloeding, want gezonde leefstijl van werknemers dringt verzuim en ongevallen terug en bevordert de productiviteit en duurzame inzetbaarheid van het personeel. Een zieke werknemer kost gemiddeld €230 tot €400 per dag[35]. Een procentpunt reductie van het verzuim staat zodoende gelijk aan een economische besparing van €2,6 miljard per jaar[36]. Duurzame inzetbaarheid van werknemers is van belang om goed te kunnen inspelen op de vergrijzing, om langer te kunnen doorwerken en om te concurreren op de arbeidsmarkt[37]. Maar hoever kunnen, willen en mogen werkgevers gaan? Gezonde levensstijl op de werkvloer lijkt een belangrijk thema te zijn geworden, maar werknemers en werkgevers investeren nog mondjesmaat in verbetering van leefstijl en vitaliteit. Drie op de vijf werknemers vindt het prima om door de werkgever gestimuleerd te worden, maar de andere twee vinden het bemoeizuchtig. Het is – aldus werknemers – een zaak voor vakbonden en beroepsorganisaties. Het draagvlak kan groter.

Een uitgebalanceerd, effectief leefstijlprogramma is ook in het belang van verzekeraars. En aangezien veel werknemers via hun werkgever collectief zijn verzekerd, kunnen verzekeraars hier een rol van betekenis spelen. Ziekteverzuimbegeleiding en re-integratievraagstukken behoren al tot hun expertisegebieden; initiatieven gericht op preventie en vitaliteit sluiten daar naadloos op aan. Verzekeraars pakken hier ook steeds meer hun rol.

Er is steeds meer aandacht voor het bevorderen van een gezond(er) voedingspatroon bij volwassenen. De beschreven oplossingsrichtingen vormen hiervoor een startpunt.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Bevorderen van een gezond voedingspatroon bij volwassenen**' van Diagnose Voeding & Gezondheid

Vanzelfsprekend

Mijn favoriete energiedrank is een glas kraanwater, da's vanzelfsprekend voor mij. Net als gevarieerd eten, matig gebruik van alcoholische dranken, niet roken en voldoende bewegen dat zijn. Voor mij is het eenvoudig om de gezonde keuze te maken. Maar ik realiseer me dat het niet voor iedereen vanzelfsprekend is. De cijfers variëren, maar duidelijk is dat een te groot deel van onze gezondheidsproblemen veroorzaakt wordt door ongezonde eet- en leefstijlkeuzes. Het is tijd voor een omwenteling, een breed gedragen bewustzijn en een vanzelfsprekend betaalbaar aanbod van gezonde levens- en voedingsmiddelen voor iedereen. Daar droom ik van.

Alleen in gezamenlijkheid kunnen we de vanzelfsprekendheid voor de gezonde keuze voeden. Mensen verleiden om te zoete, te zoute en te vette producten te consumeren is niet zo moeilijk. We zijn op weg naar 2040, einddatum van het Nationaal Preventieakkoord en het jaar waarin obesitas met een kwart is teruggedrongen, waarin alcoholmisbruik bijna is gehalveerd en geen 'toekomstburger' nog een sigaret opsteekt. Voor mij is het niet alleen een droom dat we die afspraken gaan halen, ik vind dat vanzelfsprekend.

Gezonde voeding is de aanbieding – in de bushokjes en in het supermarktschap. Niet op iedere hoek van de straat de verleiding van de vette hap. In mijn toekomstdroom soebatten overheid, bedrijfsleven en gezondheidsorganisaties niet langer over een grammetje minder suiker of vet in voedingsmiddelen. Een gezond leven is een gelukkig leven, dat is de ideale reclameboodschap.

Vraag maar aan alle professionals die zich dag in dag uit inzetten om mensen een gezonde levensstijl aan te meten. De keuze voor het ongezonde is vaak niet vrijwillig en weloverwogen, al willen we dat graag denken. Er is simpelweg voor veel Nederlanders geen logisch of betaalbaar alternatief.

De overheid kan via belastingmaatregelen gezonde voeding goedkoper maken. Landelijke normen maken het mogelijk het gehalte van suiker, zout en vet in producten terug te brengen. Uiteraard moet het nakomen van dergelijke afspraken voor iedereen geheel vanzelfsprekend zijn.

Als ik ontwaak, weet ik dat niets vanzelfsprekend is. Juist daarom is het besef van de gedeelde verantwoordelijkheid van alle stakeholders essentieel om het verschil te maken. Dat is zo helder als kraanwater.

Hugo Backx
Directeur
GGD GHOR Nederland

Digitale butler

Op een treinstation, een vliegveld, een grote supermarkt of in het centrum van een grote stad merk ik het het sterkst. Overal kan je eten, overal is verleiding. Uit recent onderzoek blijkt dat je zo'n tweehonderd keer per dag een beslissing kan nemen over al dan niet eten en die beslissingen zijn niet tussen selderij of broccoli.

Beslissingen over wat je eet zijn lastig, belangrijk en daarom waardevol. De echte waarde van voeding bepalen is namelijk nog niet zo eenvoudig. Gemakkelijk, lekker en goedkoop eten lijkt zo enorm waardevol omdat alles in onze biologie ons dat vertelt. Nu! Lekker! Doen! Er is echter een groot verschil tussen de waarde in het hier en nu en de waarde op de iets langere termijn. Een paar uur later, een jaar later, twintig jaar later. Vaak zien we dan pas de echte effecten van ons eetpatroon. Wat als we beseffen dat onze biologie (ons gevoel) achterloopt bij onze huidige wereld?

Voor een onderzoeksproject hebben we eens een motto moeten bedenken. Dat was iets in deze richting: "We willen werken aan een wereld waarin iedereen een gezonde keuze kan en wil maken."

Wat betekent het motto voor mij? Een omgeving creëren die mensen stimuleert om gezond te leven, die uitdaagt om te bewegen, die uitnodigt om gezamenlijk te genieten van maaltijden, waar vers en minimaal bewerkt eten de norm is en waar smaak, prijs en gemak nog steeds voor iedereen bereikbaar zijn. Klinkt goed toch?

Aan de andere kant, een wereld waarin je geen ongezonde keuze kan maken, een wereld waarin je je niet vrij voelt om te zondigen, hoe welkom voelt dat? Uitnodigen is iets anders dan afdwingen en daarom blijft het ook belangrijk dat je zelf een keuze kan maken. Dat blijft dus worstelen. Daarom geloof ik in het organiseren van hulp aan mensen om het maken van gezonde keuzes te vergemakkelijken. Ontwikkel een digitale butler die je helpt om een balans vinden tussen het hier en nu en je welbevinden in de toekomst. Wat is waardevol voor jou? Wat zou jij die butler willen vragen?

Nard Clabbers
Senior Business Developer Personalised Nutrition and Health
TNO Healthy Living

Doe het zelf eten

We zijn heel ver af komen staan van de productie van voeding. Het wordt als vanzelfsprekend ervaren dat de supermarkt elke dag vol ligt en we zijn ontstemd als een product is uitverkocht.

Mijn droom gaat over een ecosysteem waar elk huishouden zijn eigen voeding kan produceren. Van vijgen en appels in de tuin tot het moestuintje, desnoods op het dak. Om te beginnen wordt het een vak op de lagere school – kinderen leren tuinieren en koken. Wat kun je maken van tomaten, uien en aardappels uit eigen tuin? Wat kunnen we drogen, invriezen of in weckpotten bewaren? Hoe maken we jam, hoe bakken we brood?

Elk kind kookt een dag in de week thuis, met verse ingrediënten. Ze leren welke groenten in welk seizoen groeien en welke voedingsmiddelen ergens in zitten. Ik geloof er heilig in dat dit tot beter besef gaat leiden, tot hogere waardering van de productie van ons voedsel.

Hoe moeilijk is het om voor je eigen voeding te zorgen? Wat groeit er wel en wat niet? Alles gaat dood als je er geen aandacht aan geeft. Ook een mooie levensles. Hoe zorg je dat je producten niet worden opgegeten door vogels en ongedierte?

Kunnen we misschien wat ruilen met de buren? Elke dag appelmoes is wellicht ook niet wat je wil, dus zo ontstaat er een levendige buurthandel. Het zou ons als bevolking zoveel weerbaarder maken – een beetje *back to basics*, minder afhankelijk van de supermarkt en met meer bewondering voor Moeder Natuur. Af van het efficiency-denken dat alles steeds maar sneller moet. Nee, we gaan verlangzamen en het zelf doen.

Een bijkomend voordeel is dat onze volledig betegelde tuinen niet meer houdbaar zijn en dat is veel beter voor onze waterhuishouding!

Mikkel Hofstee
Directeur & Oprichter
Lifeguard

Komt een man bij de dokter (anno 2025)

Het is het jaar 2025 en er komt een man bij de dokter.

Man: "Goedemorgen dokter, mijn vrouw vindt dat ik iets aan mijn bierbuik moet doen, want ze moet de WC zo vaak poetsen."

Dokter: "Hoezo dat dan?"

Man: "Ik kan de WC-bril niet meer zien als ik sta te plassen. Dus doet u me maar een goed medicijn!"

Dokter: “Medicijn? Dat hoeft niet hoor, ga maar met de fiets naar de lokale boer!"

Misschien is dit wel de slechtste grap die u ooit heeft gelezen, maar hoe mooi zou het zijn dat we als arts geen medicijnen meer hoeven voor te schrijven voor welvaartskwalen als diabetes mellitus type-2 (suikerziekte) en hart- en vaatziekten.

In plaats van iedereen die bij mij in de praktijk komt maar voor alles pillen voor te schrijven, wil ik als huisarts naar een meer adviserende rol in leefstijl en voeding. In plaats van ze naar de apotheek te sturen, stuur ik ze met de fiets of lopend naar de lokale boer. Die verbouwt groenten die passen bij de grond waar we vandaan komen en waarop we leven. Ook heeft hij vlees van dieren die in alle vrijheid zijn opgegroeid, eieren van de kippen die vrij rondlopen op het land en zuivelproducten zonder industriële toevoegingen. Eerlijke voeding zonder etiket! Eiwitten, gezonde vetten, onbewerkte koolhydraten en natuurlijke nutriënten en mineralen. Ja, eigenlijk is dat de voeding die we voor de industriële revolutie hadden, dus de toekomst van onze voeding ligt in het verleden!

Zodoende bestaan er straks nauwelijks nog ziekten als obesitas, hart- en vaatproblemen, diabetes type-2 en wie weet welke nog meer voedselgerelateerd te zijn. Zo kunnen we eindelijk op een goede manier bezuinigen op de gezondheidszorg.

Kortom het beste medicijn in de toekomst is een gezonde leefstijl met eerlijke, echte voeding en natuurlijk voldoende inspanning en ontspanning.

Norbert H.L. van den Hurk
Huisarts, Leefstijlarts 2019, mede-oprichter GezondDorp & co-auteur ‘Van GezondDorp naar GezondLand’

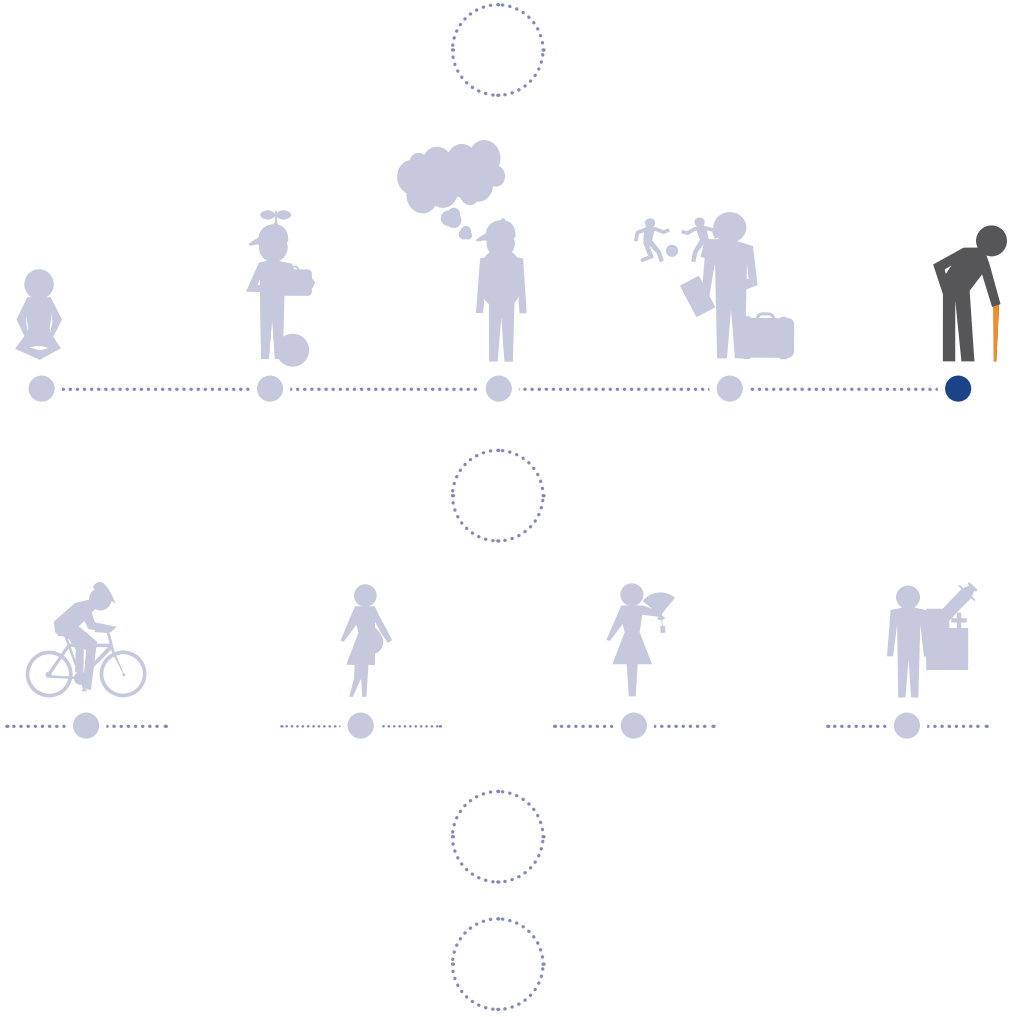
Naar een dieet op maat

Langer leven en vooral met meer energie, dat wil iedereen tegenwoordig. Hoe energiek je bent en de mate waarin je vatbaar bent voor ziekten wordt bepaald door je manier van leven. Die leefstijl bestaat uit tal van elementen als eten, drinken, mindfulness, bewegen, anti-stress en slapen. Het is zaak je voeding en gezondheid daarmee in overeenstemming te brengen. De komende twintig jaar zullen dan ook in het teken staan van onderzoek naar persoonlijke gezondheid. Om een persoonlijke en effectieve leefstijl te verwezenlijken, zullen we dagelijks de status van ons lichaam, DNA en immuunsysteem moeten monitoren teneinde de behoeften ervan duidelijk in kaart te brengen.

Ik droom van een wereld waarin mensen zich fit voelen en gelukkig zijn. Een wereld waarin bedrijven in de toekomst nog slechts succesvol zijn als ze producten en diensten aanbieden die voor jou van waarde zijn, betekenisvol voor jouw leven. De voedingsindustrie zal worden uitgedaagd om een grote bijdrage te leveren, maatwerk. Een persoonlijk dieet gaat namelijk verder dan alleen goed eten en drinken; het zal de consumptie afstemmen op het DNA en je fysieke en mentale gesteldheid. Het bedrijfsleven krijgt onder andere de verantwoordelijkheid om te adviseren over voedingsmiddelen. Het dient te benoemen welke producten goed of slecht zijn, waarbij het ook rekening houdt met de impact van productie op het milieu. Zorginstellingen gaan mee in deze trend; ze passen hun menukaarten aan op persoonlijke wensen en op het ziektebeeld. Alle bereiding vinden uiteraard plaats in een CO_2-neutrale keuken.

Nieuw opgerichte leefstijlklinieken helpen de cliënt proactief - maar desnoods ook reactief - met het aanpassen van hun leefstijl. Het personeel bestaat uit professionals uit een veelheid aan disciplines, die eendrachtig samenwerken aan het afstemmen van voedings- en beweegconsulten. Iedereen zijn eigen persoonlijke dieet en alle persoonlijke behoeften centraal. Dat is nog eens een toekomst om van te dromen.

Bob Hutten
Directeur
Hutten & Catering



Ouderen

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij ouderen

Ouderen

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij ouderen

Hoe kun je gezond oud worden? Met die vraag worstelen steeds meer mensen nu Nederland in snel tempo vergrijst. De ouderdom komt bovendien met gebreken en het is in ieders belang om die zo lang mogelijk tegen te gaan. Hoe blijven we zo lang mogelijk goed lichamelijk functioneren? Een gezond voedingspatroon is essentieel voor een goede gezondheid. Echter, veroudering is een natuurlijk proces en verloopt bij iedereen anders. De enorme groep 65-plussers is bovendien zeer divers. Ze omvat al snel drie verschillende leeftijdsgeneraties met tal van verschillende waardepatronen en dient ten gevolge ook verschillende voedingspatronen. Daarnaast worden veel voedselkeuzes beïnvloed door etniciteit, sociaaleconomische positie, gezondheidsvaardigheden en levenslust.

Gezondheidsstatus Nederlandse ouderen

We worden steeds ouder. Naar verwachting neemt het aantal 65-plussers in Nederland toe tot 4,8 miljoen in 2040[1,2]. Een derde van hen zal in 2040 zelfs ouder zijn dan 80 jaar, terwijl het aantal 90-plussers in diezelfde periode verdrievoudigt,van 125.890 in 2018 tot bijna 339.033 in 2040[1,2]. In de periode tot 2025 zal vooral het aandeel 65- tot 80-jarigen sterk toenemen. Daarnaast groeit ook de groep 80-plussers sterk[3].

Het merendeel van de ouderen woont zelfstandig thuis. Terwijl het aantal ouderen snel groeit, neemt het aantal ouderen in zorginstellingen als verzorgings- en verpleegtehuizen af. Tussen 1995 en 2014 daalde het aantal 75-plussers in instellingen van 17 naar 10%. Van de 65-plussers woonde toen 95% – bijna 2,8 miljoen mensen – thuis[4].

Oud worden, gezondheid, opleidingsniveau en herkomst blijken sterk samen te hangen. De niet- westerse allochtonen zijn van alle 65-plussers het laagst opgeleid[5] en ze sterven het jongst[6]. In 2017 was het overgrote deel van de ouderen (86%) van autochtone afkomst - tegenover 9,3% westerse en 3,7% niet-westerse allochtonen in 2017[6]. Gemiddeld had ongeveer de helft van de 65-plussers in Nederland middelbaar tot hoger onderwijs genoten in 2016, tegenover 40,5% bij de groep 75-plussers[5].

Gemiddeld genomen geeft 80% van de Nederlandse bevolking aan een (zeer) goede gezondheid te ervaren[1]. Bij ouderen ligt dit percentage lager. Van de 65- tot 74-jarigen voelt 67,5% procent zich goed gezond en van de 75-plussers ook nog 59,2%[1]. Hoe goed het ook met ons gaat, 87,5% van de 65 tot 74-jarigen en ruim 90% van de 85-plussers heeft een chronische aandoening[7]. Veel van deze aandoeningen, waaronder diabetes, hart- en vaatziekten, artrose en dementie, zijn gerelateerd aan voeding.

Het blijkt voor ouderen lastig om een gezond gewicht te behouden[5]. Bijna 60% van de 65-plussers heeft overgewicht; 17,6% zelfs zo ernstig dat er sprake is van obesitas[8]. In schril contrast hiermee blijkt ook ondervoeding veel voor te komen

FEITEN & CIJFERS

HET OPLEIDINGSNIVEAU VAN OUDEREN LIGT LAGER DAN HET GEMIDDELDE[5]

50% van de 65-plussers volgde middelbaar tot hoger onderwijs

40,5% van de 75-plussers volgde middelbaar tot hoger onderwijs

HET VOEDINGSPATROON VAN OUDEREN KAN GEZONDER[14,15]

Te veel verzadigd vet en natrium

Te weinig volkoren producten, groente, fruit en vis

1 op de 3 drinkt dagelijks onvoldoende

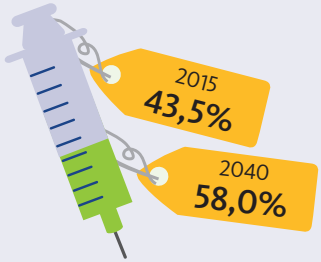
DE ERVAREN GEZONDHEID NEEMT AF NAARMATE DE LEEFTIJD STIJGT[7]

65 tot 74-jarigen: **67,5%** voelt zich goed gezond

75-plussers: **59,2%** voelt zich goed gezond

Richting 2040 nemen de percentages toe

HET AANDEEL VAN DE TOTALE ZORGUITGAVEN AAN OUDEREN NEEMT TOE[7]



DE POPULATIE OUDEREN NEEMT TOE[2]

65-plussers

2018
3,2 MILJOEN
18,9% van de bevolking

2040
4,8 MILJOEN
26,6% van de bevolking

MEERDERHEID 65-PLUSSERS IS TE ZWAAR[8]

58,6% overgewicht

17,6% obesitas

DE MEESTE OUDEREN HEBBEN ÉÉN OF MEERDERE CHRONISCHE AANDOENINGEN[7]

65-74 jarigen **87,5%**

75-plussers **>95%**

ONDERVOEDING ONDER OUDEREN KOMT VAAK VOOR[10-13]

25-40% in het ziekenhuis

20-25% in het verpleeghuis

15-25% thuiswonende ouderen

HET AANTAL THUISWONENDE 80-PLUSSERS NEEMT TOE[9]

2015 **87%**

2040 **92%**

HET AANTAL 75-PLUSSERS IN ZORGINSTELLINGEN NEEMT AF[9]

1995 **16%**

2018 **8%**

onder ouderen. Bij zelfstandig wonende ouderen zonder thuiszorg zijn de cijfers gunstiger, maar ook van hen lijdt 7-12% aan ondervoeding[11-13]. Het risico op ondervoeding neemt toe naarmate men ouder wordt. Ondervoeding heeft grote invloed op de gezondheid en het vermindert het herstelvermogen. Wie slecht gevoed is, heeft meer moeite met alledaagse dingen als boodschappen doen, koken en aankleden. Ondervoeding kan bij iedereen opkomen, ook bij mensen met een gezond lichaamsgewicht.

De Nederlandse oudere eet (veelal) niet gezond

Omdat ouderen minder behoefte aan energie hebben, gaan ze minder eten, met als gevolg dat ze van alle andere voedingsstoffen onvoldoende binnenkrijgen. Om die reden moeten ouderen producten consumeren met een goede voedingsstoffendichtheid, hetgeen meestal achterwege blijft.

Uit peilingen blijkt dat ouderen in Nederland minder gezond eten dan zou moeten. Ze consumeren meer verzadigd vet en natrium dan in de voedingsrichtlijnen wordt aanbevolen en minder volkoren producten, groente, fruit en vis[9,10]. Om de afbraak van spiermassa (sarcopenie) tegen te gaan, en om kwetsbaarheid en vallen te voorkomen wordt ouderen aanbevolen om meer te bewegen én om extra eiwitten tot zich te nemen[16]. In de praktijk eet ruim 10% van de thuiswonende ouderen en één op de drie ouderen in een verzorgingstehuis onvoldoende eiwitten[17].

Ook de vitamineconsumptie is doorgaans niet op orde. Minder dan een kwart van de ouderen volgt het advies van de gezondheidsraad op om extra vitamine D te nemen tegen afname van botdichtheid en het risico op botbreuken[14,18], 10-43% van de ouderen heeft een vitamine B12-tekort en er zijn aanwijzingen dat ouderen regelmatig tekorten hebben van vitamine B2, calcium, ijzer en zink[19,20].

Tot slot is het vooral voor ouderen erg belangrijk om voldoende te drinken. Dehydratie levert ernstige gezondheidsrisico's op, met ziekten, ziekenhuisopname en sterfte tot gevolg. Toch drinkt ruim een derde van de ouderen dagelijks onvoldoende[21].

Obstakels

In hun pogingen om gezond te eten ervaren ouderen vaak beperkingen. De obstakels kunnen zowel fysiek als psychisch, sociaal of somatisch van aard zijn. Moeite met lopen, moeite met het dragen van een tas en met opstaan of bukken vallen binnen de categorie fysieke problemen. Van deze problemen had in 2014 26% van de 65-plussers en 40% van de 75-plussers last[22]. Ook het verlies van spiermassa vormt een fysiek obstakel: de gemiddelde 80-jarige is 45% van zijn spiermassa kwijt[23].

Onder psychische factoren vallen een gebrek aan gezondheidsvaardigheden en dementie. Meer dan de helft van de ouderen beschikt over onvoldoende gezondheidsvaardigheden[24]. Het aantal ouderen met dementie zal de komende 25 jaar verdubbelen naar een half miljoen[1]. Tot de sociale factoren die een gezond eetpatroon kunnen belemmeren behoren de woonsituatie en eenzaamheid. Eenzaamheid is onder ouderen een groot probleem; tot 2040 zal het aantal eenzame ouderen van 65 jaar of ouder bijna verdubbelen naar ruim 2.260.000 ten opzichte van 1.420.000 in 2017[1]. Tot slot hebben ouderen vaak last van somatische obstakels. Ruim 72% van de 65-plussers gebruikte in 2016 medicijnen[22]. Zo'n 60% van de 65-plussers draagt een gebitsprothese en ervaart kauwproblemen. Last van

een chronisch droge mond leidt bij nog eens 25% van de 75-plussers tot eetproblemen[25]. Wanneer de gezondheid van ouderen afneemt door bijvoorbeeld overgewicht, ondergewicht, of een (chronische) aandoening, stapelen de obstakels zich op en nemen dientengevolge zelfredzaamheid en kwaliteit van leven af.

Doorbraken

Het is noodzakelijk om ouderen bewust te maken van een gezond voedingspatroon, maar eenvoudig is dat niet. Met de juiste innovaties en interventies is het mogelijk om obstakels weg te nemen of te verminderen en ouderen weer aan een gezond voedingspatroon te helpen. In verschillende oplossingsrichtingen kunnen stappen worden gezet.

Allereerst kan het faciliteren van kleine sociale eetinitiatieven om ouderen minder vaak alleen te laten eten bijdragen. Hierbij is het goed om de focus te leggen op thuiswonende ouderen met een hoge mate van eenzaamheid en kwetsbaarheid. Vergroot ook de zichtbaarheid en het marktbereik van de

Uitdagingen

Bij het stimuleren van een gezond voedingspatroon bij ouderen komen de volgende uitdagingen voor. Hierbij is het noodzakelijk om een onderscheid te maken tussen thuiswonende ouderen en ouderen in VVT- of zorginstellingen.

Thuiswonende ouderen

- Het stimuleren van thuiswonenden om zo lang mogelijk zelfstandig en/of in groepsverband eten te bereiden
- Het ondersteunen van thuiswonenden bij tijdelijke kwetsbaarheid met gezonde voeding
- Het stimuleren tot behoud van spiermassa en -kracht en daarmee mobiliteit door inname van voldoende eiwitten, vitaminen en minderalen
- Het stimuleren om samen thuis of in de buurt te eten
- Het vergroten van het bewustzijn van ouderen t.a.v. het belang van gezonde voeding
- Het stimuleren van een gezond voedingspatroon door het beschikbaar maken van gezonde, lekkere en functionele voeding gericht op somatische problematiek
- Het aanreiken van hulpmiddelen

Ouderen in VVT- of zorginstellingen

- Het beter afstemmen van voeding in (langdurige) zorginstellingen op de individuele behoeftes van oudere bewoners (inclusief kwaliteit)
- Het ondersteunen van ouderen bij tijdelijke kwetsbaarheid met gezonde voeding (verrijkte voedingsproducten)
- Het vastleggen en meten van voedingsinname
- Het stimuleren van samen eten in gemeenschappelijke ruimtes
- Het vergroten van het bewustzijn van ouderen t.a.v. het belang van gezonde voeding
- Het stimuleren van een gezond voedingspatroon door het beschikbaar maken van gezonde, lekkere en functionele voeding gericht op somatische problematiek
- Het aanreiken van hulpmiddelen

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zich richten op het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij ouderen

Functionele voeding

Voedingsproducten waarin ingrediënten aanwezig zijn die positief bijdragen aan de gezondheid van de consument

- Fijn-Proevers
- Innopastry
- Carezzo

Voedings- en hospitalityconcepten

Plannen waarin voeding een nieuwe rol krijgt in het dagelijkse proces van de zorginstelling en daarmee bijdraagt aan het stimuleren van een gezond(er) voedingspatroon

- FoodforCare
- Smaakpaspoort
- Diverzio

ICT-applicaties

Applicaties ondersteunen de workflow in een instelling, verminderen de administratieve last en verhogen de efficiency in het verzorgen van gezonde maaltijden

- Eten & Zo
- HiX Nutrition
- Culicart Hospitality

Maaltijdservices

Bezorgdiensten die ouderen ondersteunen in het verkrijgen en consumeren van een gezonde maaltijd

- FoodConnect
- U Centraal
- Thuisafgehaald
- BoodschappenPlusBus

Sociale eetinitiatieven

Initiatieven die het samen eten bevorderen en daarmee eenzaamheid onder ouderen voorkomen

- KLUP
- Resto VanHarte
- Oma's Soep

Hulpmiddelen en meetinstrumenten

Technologische innovaties die een gezond voedingspatroon bij ouderen stimuleren en ondersteunen bij dagelijkse handelingen

- Obli
- Seniorenvoedingsmeter
- CordonGris
- Liftware

Voorlichting

Initiatieven en innovaties die bijdragen aan het vergroten van de kennis en gezondheidsvaardigheden van ouderen

- Goed gevoed ouder worden
- Vitaal oud worden in Utrecht
- Senior Live Kookworkshops
- Alliantie gezondheidsvaardigheden

Eet- en beweegprogramma's

Integrale programma's die zich richten op meerdere factoren die bijdragen aan de gezondheid en vitaliteit van het individu

- SLIMMER Diabetes voorkomen
- Delfgoud Project
- ProMuscle in de praktijk

veelal kleine, lokale initiatieven en innovaties. Ook moet het ouderen gemakkelijker worden gemaakt om gezond voedsel te kopen en een gezonde maaltijd te bereiden. Hierbij is niet alleen het vergroten van het (eenpersoons)assortiment van belang maar ook de prijs. Er zijn veel ouderen met een klein pensioen en een bestedingspatroon van maar 18-21 euro per week. Hierbij moet niet alleen worden gefocust op de warme maaltijd maar op meerdere eetmomenten per dag.

Verder is het belangrijk om de behoeften van ouderen te bewaken. Een maaltijd die zelf is bereid of door een naaste, smaakt het beste. Bij een maaltijdservice zijn de keuzevrijheden in het menu, tijdstip van leveren, de smaak en kosten van belang. Het kan een positieve invloed hebben om de 'smaak van herinnering' aan te bieden en ouderen te ondersteunen in de beleving van wat men vroeger at.

Daarnaast kan er gebruik gemaakt worden van de vele technologische mogelijkheden om in te spelen op specifieke voedingsbehoeften van ouderen, dan wel het meten, monitoren en bijsturen van hun voedingsinname. Deze technologische oplossingen zijn nog veelal onbekend voor de doelgroep.

Tevens zouden Gemeenten vanuit de WMO zelfstandig wonende ouderen dienen te ondersteunen als hun zelfredzaamheid in het geding is. Zij zouden kunnen helpen bij het boodschappen doen, koken en bij de maaltijdvoorziening. Bovendien is kennis over voeding en de context van voeding noodzakelijk bij het wegnemen van de obstakels richting een gezond voedingspatroon. Dit vraagt om een multidisciplinaire samenwerking in de regio tussen zorgverleners, mantelzorgers, informele zorg en het sociaal domein. Ouderen en mantelzorgers verwachten van zorgverleners dat ze letten op gezonde voeding en dreigende ondervoeding. Bij problemen verwacht men advies en ondersteuning. Ouderen moet de mogelijkheid worden geboden tot inwinnen van persoonlijke informatie en advies over lokale hulp en ondersteuning rondom onder- en overvoeding, boodschappen doen en maaltijdvoorziening. De informatie moet laagdrempelig en makkelijk te begrijpen zijn met praktische voedingsadviezen voor thuis. Ouderen wonen immers steeds langer thuis.

Tot slot dient vroegtijdige signalering en de aanpak van ondervoeding meer aandacht te krijgen in de opleiding van zorgprofessionals en anderen die veel contact hebben met ouderen. Ook is het belangrijk om ouderen te betrekken bij de ontwikkeling van innovaties en interventies. Initiatieven voor ouderen die niet met hen maar door anderen zijn bedacht, pakken minder goed uit.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Bevorderen van een gezond voedingspatroon bij ouderen**' van Diagnose Voeding & Gezondheid

De droom die uitkomt

"Kunnen jullie geen betere producten maken voor mensen die ziek zijn, moeten herstellen en geen eetlust hebben. Want met de bestaande producten lukt het niet!" Met die uitdaging klopte een groep diëtisten uit een ziekenhuis bij mij aan en ik had geen idee wat ik ermee aan moest. “Wat lukt er dan niet?”, luidde mijn onbenullige vraag. "De patiënten moeten meer eiwit eten, want ze zijn ongewild afgevallen en dat is spierverlies. Dat heet ondervoeding!"

Het gebeurde tien jaar geleden. Ondervoeding in Nederland. Ik had er – ondanks tientallen jaren werkervaring in food – nog nooit van gehoord. Maar toen herinnerde ik me mijn eigen moeder in het verpleeghuis; haar lukte het ook niet om meer te eten of flesjes drinkvoeding tot zich te nemen. Destijds was ik met stomheid geslagen, maar nu drong het tot me door. Ondervoeding. Dat was het.
"Ik zie het, ik kan het en ik wil het." Ik kan die producten maken die er niet zijn, maar waar wel grote behoefte aan is. Beter, rijker aan nutriënten. Het begon met eiwitverrijkt brood en zo werd ik automatisch ondernemer. Mijn startup noemde ik Carezzo. Ik werd gevraagd toe te treden tot een consortium, Cater with Care, waarin Wageningen Universiteit en Ziekenhuis Gelderse Vallei samenwerkten om nieuwe producten te ontwikkelen tegen ondervoeding. “Jij bent één van de weinigen die er mee bezig is”, zeiden ze.

In dit consortium kwam ik Wim van Cuijk tegen, nog zo’n eenpitter, die vergelijkbare concepten ontwikkelde in groente en fruit. Hij had eenzelfde uitdaging van diëtisten gekregen en was eiwitverrijkte fruitsappen en groentesoepen gaan ontwikkelen. We gingen steeds meer samenwerken en maakten van twee eenpitters één gezamenlijke onderneming: Carezzo Nutrition. In 2015 waren we klaar om naar de markt te gaan. We presenteerden het wetenschappelijk onderbouwde en innovatieve Carezzo voedingsconcept aan de jury van de Accenture Innovation Award. In de categorie Fair Food werden we eerste van de ruim honderd deelnemers. Dat was vijf jaar geleden.

Sindsdien hebben we trots onze oplossing voor ondervoeding naar de ziekenhuizen gebracht. Binnen twee en een half jaar nam meer dan de helft van alle ziekenhuizen onze producten op in het aanbod. Van ‘wat niet werkt’ naar ‘wat wel werkt’ en van ‘*suppletie*’ naar ‘*substitutie*’... onze droom komt uit. Wim en ik dromen voortdurend verder. Wij dromen ervan om in de komende tien jaar zoveel mensen te inspireren dat ondervoeding verdwijnt. Dat kan, want dromen blijk je nooit alleen te doen...

Fred Bergmans
Co-founder & Directeur
Carezzo Nutrition BV

Foto: Marleen Hoftijzer

Iedereen vitaal tachtig

Toen bleek dat wij tien jaar langer gezond leefden dan de mensen uit omliggende landen ging het snel. De geslaagde Nederlandse aanpak zou uiteindelijk de hele wereld veroveren. Het leek achteraf gezien zo eenvoudig. Waarom hadden we jarenlang de patiënten de schuld gegeven van hun ziekten? Waarom hadden we hen in de spreekkamer en in Postbus 51-spotjes vermanend toegesproken dat de fout bij hen lag? Dat hun leefstijl verkeerd was en dat ze daarom ziek werden?

Toen we eenmaal inzagen dat die leefstijl door de omgeving werd gedicteerd en dat we met elkaar een omgeving hadden gebouwd die ons tot overconsumptie en inactiviteit aanzette, lag de oplossing voor de hand. Niet door ge- of verbieden, maar door samen de omgeving die ons zo ziek maakte radicaal aan te passen. Weg met alle zoete en vette verleidingen op elke straathoek. Weg met de roltrappen, stofzuigrobots en drive-inrestaurants die alle beweging uit ons dagelijks leven hadden verbannen.

Onder het motto 'iedereen vitaal tachtig' ging Nederland op de schop om gezonder leven zo gemakkelijk mogelijk te maken, op school, op het werk, onderweg en in de wijk. Zo kwamen er overal gratis watertappunten om de dorst te lessen. De btw op groente en fruit werd ingrijpend verlaagd. We maakten het overal aantrekkelijk om de trap te nemen en moffelden de liften weg. De fiets mocht eindelijk mee in het gratis OV. Werkgevers stippelden rond het kantoor fraaie routes uit voor een lunchwandeling. En in elke wijk werd een Vitality Club gestart, waar buurtbewoners de dag samen begonnen met een uurtje sporten in de buitenlucht. Mensen kwamen daar graag terug omdat het behalve gezond vooral heel gezellig was. Oké, dat laatste was een leenidee, geïnspireerd op de *Circulos de Abuelos* in Cuba, waar drie keer per week 800.000 ouderen bijeenkomen om samen te bewegen.

Wat een succes! Het Nederlandse model is inmiddels internationaal gekopieerd. Top, want we gunnen het elke wereldburger om plezierig en vitaal tachtig te worden.

Dr. David van Bodegom
Arts & Verouderingswetenschapper
Leyden Academy on Vitality and Ageing

Foto: Saskia van Osnabrugge

De gezonde keuze, de gemakkelijke keuze

Een gezond voedingspatroon op latere leeftijd is belangrijk om langer zelfredzaam te blijven. Maar wat is gezond? Naarmate we ouder worden verandert onze voedingsbehoefte. Het lichaam heeft bijvoorbeeld meer eiwitten nodig om onze spieren gezond te houden en om actief te kunnen blijven. Vandaag de dag is dit voor veel ouderen nog onbekend, laat staan dat ze weten hoe ze hun dagelijkse voedingspatroon zodanig kunnen aanpassen dat ze voldoende eiwitten binnenkrijgen. Een ander punt is dat eten lekker moet zijn; is het dat niet, dan zal het niet snel nog een keer worden gekozen.

Ik hoop dat ouderen in de toekomst beter in staat zullen zijn om gezond en lekker te eten. Dat betekent in de eerste plaats dat ouderen weten wat gezond voor hen is. Met behulp van eenvoudige metingen kun je bepalen wat je lijf aan eiwit, groente en fruit nodig heeft. Die kennis moet vervolgens gecombineerd worden met persoonlijke voorkeuren, zowel van wat iemand lekker vindt en gewend is om te eten en drinken, als wat betreft hoe vaak iemand per dag eet en hoeveel. Het resultaat is een advies op maat dat aangeeft hoe iemand optimaal voor zijn lijf kan zorgen.

Hierna kan de techniek helpen om ervoor te zorgen dat de gezonde keuze de gemakkelijke keuze wordt. Zo valt het voedingsadvies te koppelen aan een keuze-app die de gezonde en lekkere keuze in bijvoorbeeld de supermarkt ondersteunt. Ook recepten kunnen worden aangepast zodat ze passen in het advies. Ouderen worden zich hierdoor veel meer bewust van hun voedingspatroon en blijven in staat hun eigen keuze te maken. Dat stelt ze in staat tot het volgen van een gezond voedingspatroon, wat vervolgens leidt tot vitalere ouderen, langere zelfredzaamheid en lagere zorgkosten. En wie wil dat nu niet?

Dr. Esmée Doets
Projectleider en onderzoeker Consumentengedrag en Gezondheid, Wageningen Food & Biobased Research
Projectleider, ProMuscle in de Praktijk

Gelijkheid in diversiteit

Markten hebben op mij altijd een magische aantrekkingskracht gehad, in welke stad, welk land of welk werelddeel dan ook. Ik herken de sfeer van de streek, het land aan het geluid, de kleuren, de aroma's. Maar waar ik nu loop kan ik niet direct thuisbrengen.

Ik slenter over een markt die overdekt is, waar het licht door het glazen dak binnenkomt, gefilterd door een wingerd. Het is er levendig, kleurrijk. Jong, oud, arm en rijk lopen door elkaar, net als verschillende culturen. Ze lijken één en dezelfde taal te spreken. Mensen raden elkaar dingen aan. Marktkooplui geven adviezen. Maar zijn het wel marktkooplui, of ambachtslieden, importeurs en boeren?

Ik zie trots, hoor uitleg over hoe het gemaakt of geteeld is, lees op de borden wat de productie kost, de boer krijgt, wat de marges zijn. Er is een stand waar je raad krijgt over bereiding, restverwerking, mogelijke allergieën, hulp bij ziekte. Groente en fruit lijken de overhand te hebben, maar ik ontdek ook molenaars, koffiebranders, theehandelaren, vissers en slagers die weten waar het vlees vandaan komt. Granaatappelsap wordt voor je ogen geperst. Je kunt de aroma's van de verschillende olijfolies ruiken, je mag proeven.

Ik blijf stilstaan bij een weggeefstand. Hier kun je van alles om mee te koken achterlaten voor wie het nodig heeft, tegoedbonnetjes afgeven waarmee iemand die het nodig heeft een kop koffie of thee kan gaan drinken op het grote terras. "Bestaat dit dan al?", vraag ik me verbaasd af. Dit heb ik altijd voor ogen gehad als ideaal.

Ik zie een boodschappenservice die thuisbezorgt, er is een kookservice, er zijn kookgroepjes die samen eten, niemand hoeft alleen te eten als hij dat niet wil. Iedereen kan zich eerlijke producten veroorloven. Ik zie ruilhandel, maar vooral blije mensen, met een gezonde uitstraling. Gelijkheid. Laat dit geen droom zijn, denk ik bij mezelf en sluit mijn ogen om niet wakker te hoeven worden.

Janny van der Heijden
Culinair publiciste

Samen eten

Ik droom van Nederland zonder voedselbanken. Van Nederland zonder btw op groente en fruit. Van eerlijke voedingsproducten die gemaakt zijn met respect voor mensen, dieren en de aarde en van goede informatie over deze producten. Een droom die eigenlijk geen droom zou hoeven te zijn, want iedereen heeft recht op goed, gezond en betaalbaar eten.

Maar bovenal droom ik van *samen* eten. Voeding is een leeflijn in ons systeem. Het is belangrijk om goed te eten en van eten te genieten. Eten verbindt, eten viert, eten verbroedert, eten troost en samen eten maakt het eten smakelijker en het leven mooier. Samen eten kan bruggen slaan tussen generaties en culturen. Samen eten haalt mensen uit hun isolement en geeft iets om naar uit te kijken.

Hoe mooi zou het zijn om samen met voorzieningen als kookclubs, maaltijdservices, sociale lokale initiatieven, boodschappendiensten en zorgverleners te zorgen dat kwetsbare en eenzame ouderen ook goed, en niet alleen, eten. Dat we omzien naar elkaar en dat we samen zorgen voor lekker en gezond eten vol met eiwitten, vitamines en mineralen, vezels en gezonde vetten zodat we energie hebben om fit te blijven. Naast eten is ook beweging erg belangrijk om fit, veerkrachtig en in conditie te blijven. En ook hier geldt: bewegen verbindt, bewegen verbroedert en samen bewegen maakt het leven mooier.

Ik zie delen van mijn droom uitkomen. Zo ben ik heel blij met initiatieven als ‘gezond genieten’ en goedgevoedouderworden.nl waar ouderen veel praktische tips krijgen en tests kunnen doen.

Ik droom dat ook mijn andere dromen uitkomen. En in mijn stoutste dromen, droom ik van bergen chocolade!

Manon Vanderkaa
Directeur
KBO-PCOB

De ideale voedingsbeleving

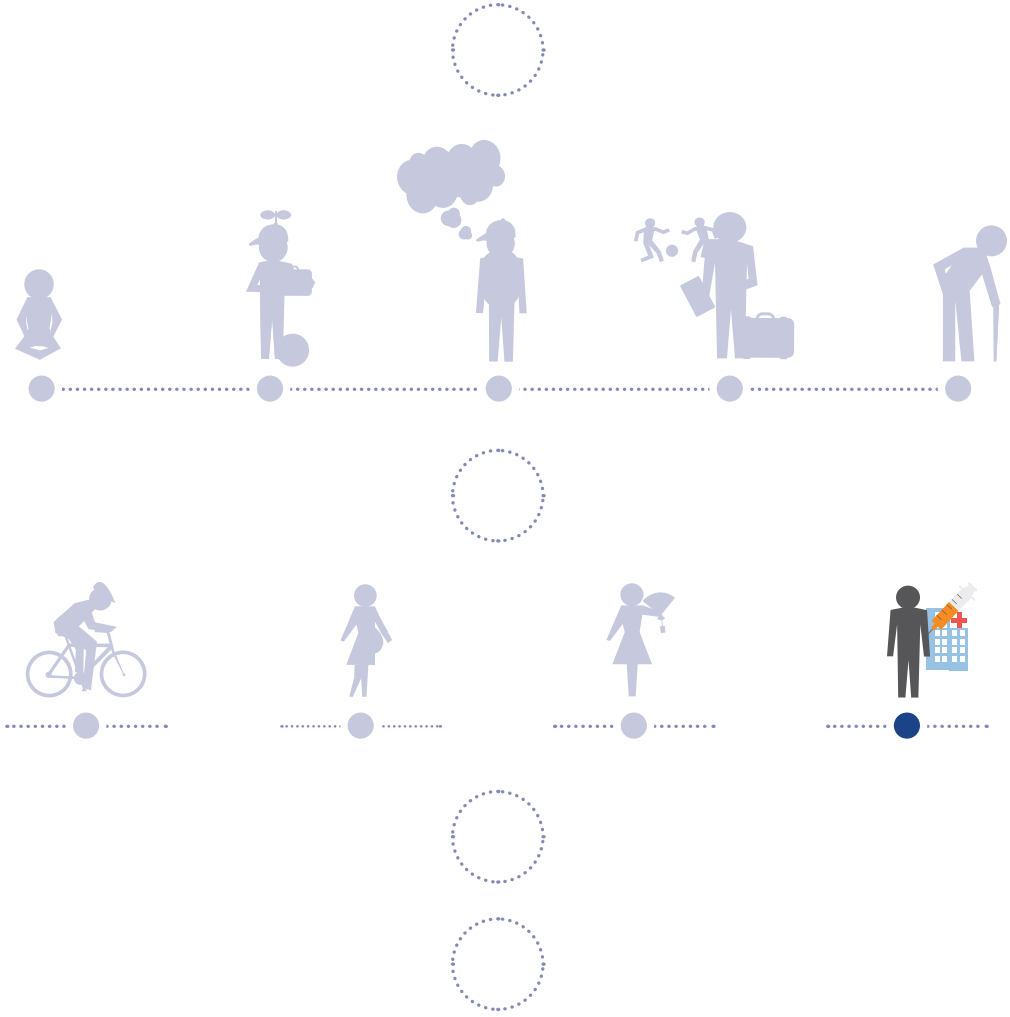
Als diëtist en als onderzoeker spreek ik veel met ouderen over voeding. Ik vraag dan onder andere naar wat men zoal eet en drinkt, of het lukt met boodschappen doen en of men zelf kookt. In veel gevallen krijg ik te horen dat het allemaal niet zo makkelijk meer gaat als vroeger en dat het allemaal meer moeite kost. Toch zegt men tevreden te zijn zoals het nu gaat met eten en drinken. De tevredenheid lijkt vooral acceptatie dat het niet meer wordt zoals het ooit was. Zoals een oudere man het ooit verwoordde: 'Vroeger kon ik alles zelf doen maar die tijd hebben we gehad. En daar moet ik me bij neerleggen.'

Genieten van eten doet men ook maar dan vooral in gezelschap van familie. Als ik vraag naar lekker eten, gaat het antwoord vaak over het verleden, over gerechten die men vroeger at of hoe men gewend was te koken. 'Maar dat kan nu niet meer' hoor ik regelmatig.

Hoe graag zou ik op zo'n moment willen zeggen: 'Kunt u mij laten beleven hoe genieten van eten en drinken er voor u uitziet?' En dat diegene me dan kan meenemen naar verschillende genietmomenten rondom eten en drinken uit het nabije en verre verleden. En dat ik dat dan samen met die persoon kan ruiken, proeven en ervaren wat dat genieten inhoudt. Van al die afzonderlijke genietmomenten stellen we vervolgens een ideale voedingsbeleving samen. Eentje die bewaard kan worden en herbeleefd door bijvoorbeeld familie of andere betrokken zorgprofessionals zodat iedereen kan ervaren hoe genieten van eten en drinken er voor die specifieke persoon uitziet. En dat iedereen vervolgens samenwerkt om die ideale voedingsbeleving zo goed mogelijk te repliceren. Genieten van eten en drinken als vanzelfsprekendheid in de ouderenzorg.

Want wat zou u willen als het gaat om eten en drinken, tevreden zijn of er echt van genieten?

Dr. Ir. Emmelyne Vasse
Diëtist Ziekenhuis Gelderse Vallei, Projectleider Stuurgroep Ondervoeding & projectleider Alliantie Voeding in de Zorg



In periodes van ziekte

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon in periodes van ziekte

In periodes van ziekte

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon in periodes van ziekte

Het aantal mensen met een chronische aandoening stijgt. Naast de impact die een aandoening heeft op het lichamelijke en geestelijk welbevinden van een persoon, heeft het ook grote financiële gevolgen voor de maatschappij. Voeding en leefstijl spelen een prominente rol bij de behandeling van chronische ziekten. Zo kan gezonde voeding leefstijlgerelateerde chronische aandoeningen voorkomen, het herstel sneller doen verlopen of medicatieafhankelijkheid van bepaalde aandoeningen verlagen. Ondanks dat er steeds meer aandacht is voor de rol van voeding in periodes van ziekte en behandeling van chronische aandoeningen, wordt er nog niet optimaal gebruik gemaakt van deze behandelmethoden. Waarom niet? Waar liggen de mogelijkheden?

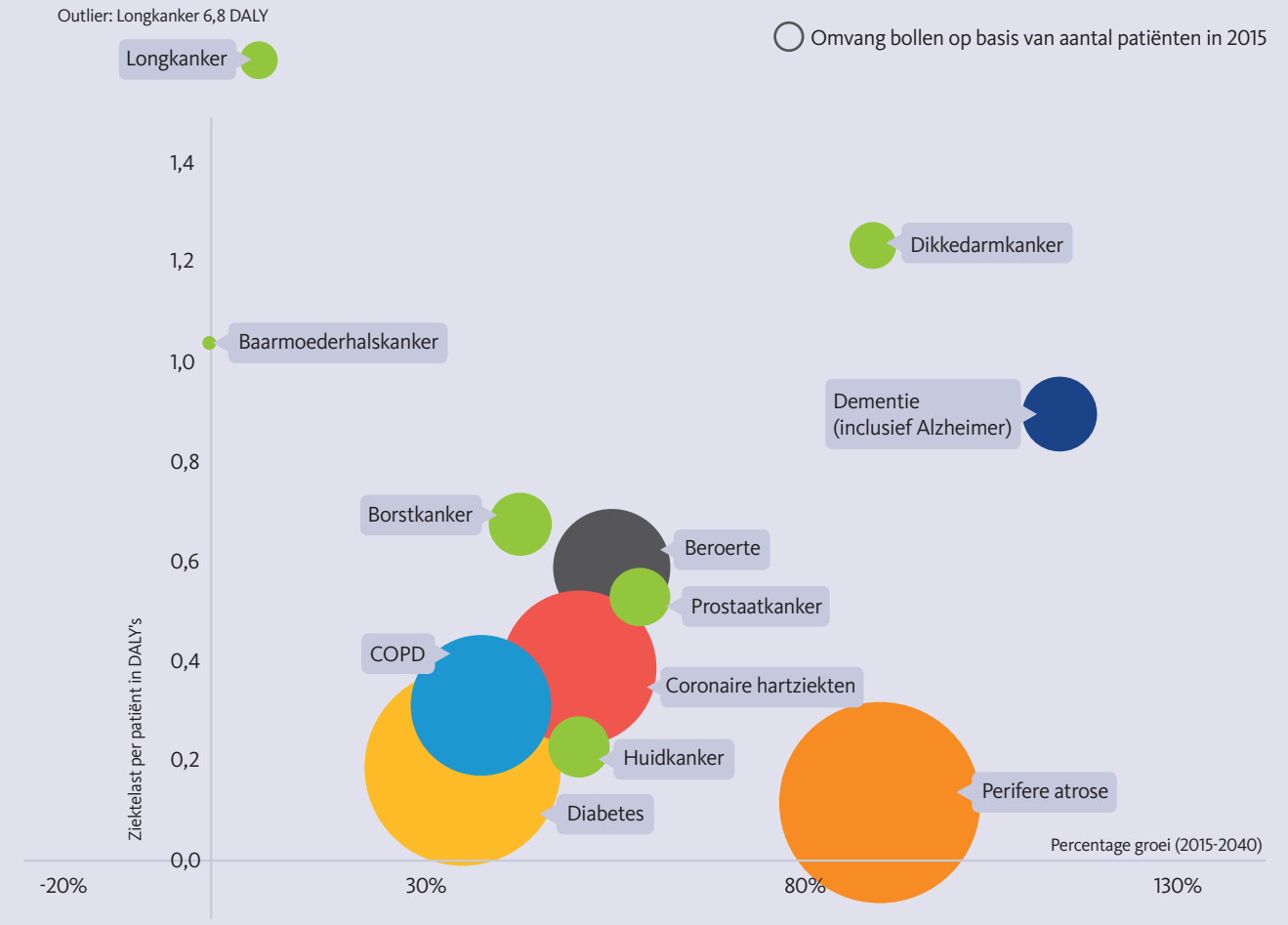
Het aantal mensen met een chronische aandoening stijgt

Bijna iedereen wordt in zijn of haar leven geconfronteerd met ziekte, in ernstige of minder ernstige mate. In 2018 had 78% van alle ingeschreven patiënten minimaal 1 gedeclareerd contact met een huisartsenpraktijk[1]. Dit kan zijn voor een acute of chronische aandoening. Acute aandoeningen treden plots op en zijn kort van duur[2]. Chronische aandoeningen ontwikkelen doorgaans langzaam en zijn ongeneeslijk of van lange duur. In 2015 had 50% van de Nederlandse bevolking een chronische aandoening; in 2040 zal dat - onder andere door bevolkingsgroei en vergrijzing – 54% zijn[3,4]. Het aantal mensen met meer dan één chronische aandoening (multimorbiditeit) neemt toe van 25% in 2015 naar 30% in 2040[3].

Het hebben van een aandoening heeft gevolgen voor zowel het individu als de maatschappij. De impact die een aandoening heeft op het lichamelijk en geestelijk welbevinden van een individu noemen we ziektelast. Bij acute aandoeningen is die doorgaans kortdurend. Bij chronische aandoeningen zijn de gevolgen vaak blijvend. De helft van de mensen met een chronische aandoening voelt zijn zelfredzaamheid aangetast door lichamelijke beperkingen; een derde ervaart matige tot ernstige motorische beperkingen[5]. Dat leidt tot een lagere kwaliteit van leven. Van de mensen met een chronische aandoening geeft 61% aan tevreden te zijn met hun leven. Onder de algemene Nederlandse bevolking ligt dit percentage hoger, 86% geeft aan tevreden te zijn met hun leven[6].

De maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen zijn vooral zichtbaar in de vorm van zorguitgaven, kosten door productiviteitsverlies en een verminderde arbeids- en maatschappelijke participatie[7]. In 2018 is er 100 miljard euro uitgegeven aan zorg en welzijn, dat is 3 miljard euro meer dan in 2017[8]. De gemiddelde jaarlijkse gezondheidsuitgaven voor mensen met een chronische ziekte zijn 7 keer hoger dan voor mensen zonder chronische aandoening. Tussen 2010 en 2015 stegen hun gezondheidskosten met 10% tot gemiddeld 5.746 euro per persoon per jaar[9].

DE ROL VAN VOEDING BIJ BEHANDELING, GENEZING EN HERSTEL VAN EEN GROEIENDE POPULATIE INDIVIDUEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING[10]



Een greep uit de vele studies die aantonen hoe gezonde voeding een positief effect kan bewerkstelligen bij diverse chronische aandoeningen

- **Nieuwvormingen** - Kwaadvormige nieuwvormingen keren bij een westers dieet sneller terug. Een gezond voedingspatroon wordt geassocieerd met een lagere sterfte binnen vijf jaar[11]
- **Coronaire hartziekten -** Voeding speelt een grote rol bij de behandeling van coronaire hartziekten. Een gezonde leefstijl verkleint de kans op herhaling[12]
- **Beroerte** - Bij het volgen van een MIND-dieet blijven hersenfuncties na een beroerte beter behouden of herstellen beter[13]
- **Diabetes** - Een gezondere leefstijl kan zowel de symptomen van diabetes als medicatieafhankelijkheid verminderen[14-17]
- **COPD** - Mensen met een chronische longziekte hebben vaak meer energie- en eiwitrijke voeding nodig dan gezonde mensen om gewichtsverlies tegen te gaan[18]
- **Dementie** - Vooralsnog is het effect van voedingsstoffen op de behandeling of vertraging van dementie niet aangetoond[19]
- **Artrose** - Overgewicht blijkt een risicofactor voor artrose. Het effect van voeding op de behandeling van artrose is nog niet wetenschappelijk aangetoond[20]

Productiviteitsverlies (door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) is onder mensen met een chronische aandoening hoger dan onder de algehele bevolking[21]. Naarmate het aantal chronische aandoeningen in de komende jaren toeneemt, zal de zorgvraag groter en complexer worden en zullen de kosten door ziekte en productiviteitsverlies verder oplopen.

De rol van voeding bij zorggerelateerde preventie

Het veld van deskundigen is het eens over de prominente rol die voeding speelt bij de behandeling van chronische aandoeningen. Zo berekende het RIVM dat ongezonde voeding in 2015 verantwoordelijk was voor 8,1% van de totale ziektelast, 12.900 doden en 6 miljard euro aan zorguitgaven. Voeding hoort deel uit te maken van een algemene en duurzame leefstijlverbetering[22]. De potentiele maatschappelijke impact van leefstijlverbetering zal het grootst zijn bij chronische aandoeningen, aangezien die – aldus cijfers van het RIVM uit 2015 – meer dan de helft van de top tien van grootste ziektelast beslaan[3].

Er zijn verscheidene onderzoeken gedaan naar het verband tussen het voedingspatroon en het risico op het ontwikkelen van chronische aandoeningen. Naast het veroorzaken van ziektelast, kunnen voeding en leefstijl ook een belangrijke rol spelen bij de behandeling, ook wel zorggerelateerde preventie genoemd[23]. Zorggerelateerde preventie kenmerkt zich door een aanpak die bedoeld is om te voorkomen dat een ziekte leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte[23].

Voeding kan op verschillende manieren een rol spelen bij de behandeling van ziekten. Zo kan gezonde voeding in zorginstellingen het herstel sneller doen verlopen of de medicatieafhankelijkheid van bepaalde aandoeningen verlagen[24]. Ook kan gezonde voeding bijdragen aan het verminderen van symptomen en daarmee dus de kwaliteit van leven verhogen. Dergelijke 'voedingsinterventies' variëren van het aanpassen van een dieet door iets weg te laten of toe te voegen tot het volledig veranderen van het voedingspatroon (gepaard gaand met een algehele leefstijl- en gedragsverandering). Ook het verbeteren van het voedingsconcept in ziekenhuizen valt eronder.

Leefstijlgerelateerde aandoeningen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten, kunnen voorkomen worden door een gezonde leefstijl, waaronder een gezond eetpatroon[25]. Het Wereld Kanker Onderzoek Fonds (WKOF) heeft aanbevelingen uitgebracht voor de preventie van kanker, waarin zij stellen dat het wetenschappelijk bewijs voor de invloed van voeding, beweging en gewicht op het risico van kanker overweldigend is. Geschat wordt dat 40% van alle gevallen van kanker voorkomen kan worden met gezond eten en leven[26]. Daarnaast blijkt dat 80% van de hart- en vaatziekten voorkomen kan worden met een gezonde leefstijl[27].

Obstakels

Het is duidelijk dat voeding en de behandeling van aandoeningen samenhangen. Diverse obstakels moeten worden aangepakt om voeding die gewenste prominentere rol te kunnen bieden.

Algemene obstakels

Zowel wetenschappelijke als algemene media publiceren tegenstrijdige berichten op het gebied van voeding. Dit creëert onduidelijkheid voor patiënt en zorgprofessional; zij weten niet meer wat ze moeten geloven. Bovendien zijn zorgprofessionals en patiënten vaak niet bekend

met de verschillende behandelopties, zorgconcepten en leefstijlinterventies.

Obstakels onderzoek
De relatie tussen ziekten en de effecten van voeding is (nog) onvoldoende bewezen. Doordat er voor onderzoek op dit gebied geen langetermijnfinanciering beschikbaar is, kunnen die bewijzen ook nog lang uitblijven. De verwachtingen van voedingsinterventies hebben wel tot initiatieven geleid, maar bij gebrek aan een monitorsysteem zal het effect hiervan onvoldoende duidelijk worden.

Obstakels zorginstellingen
In meerdere ziekenhuizen is recent een nieuw voedingsconcept ingevoerd of staat dat te gebeuren. Echter, velen zijn nog niet zo ver. Een van de belangrijkste redenen voor die terughoudendheid is dat het management niet overtuigd is van de invloed die goede voeding heeft op patiënten. Overigens wordt in de helft van de ziekenhuizen niet bijgehouden wat patiënten eten. Ondervoeding wordt zodoende niet actief tegengegaan en de kans op een optimaal voedingspatroon wordt niet gegrepen. Ook wordt volgens experts leefstijl- en voedingsmanagement niet systematisch geïntegreerd in zorgpaden, hetgeen resulteert in verminderde toepassing en lagere betrokkenheid van zorgprofessionals.

Obstakels leefstijlinterventies
Één van de belangrijkste obstakels om meer leefstijlinterventies in te zetten, is het gebrek aan bewijs van de langetermijneffecten waardoor financiering vaak problematisch is. Er ligt niettemin een groot terrein braak voor de leefstijlgeneeskunde, zo blijkt uit het feit dat veel chronische patiënten hun medicijnen niet of niet goed innemen, alsmede uit de huidige behandeling van multimorbiditeit die te wensen overlaat. Op dit moment zien lang niet alle chronische patiënten de noodzaak van leefstijlaanpassing in en worden zij die het meeste baat hebben bij leefstijlinterventies, vaak niet bereikt.

Obstakels zorgprofessionals
Veel zorgprofessionals zijn zich (nog) onvoldoende bewust van de invloed van voeding op de behandeling én van de rol die zij kunnen spelen om patiënten een gezondere leefstijl aan te laten nemen. Daarnaast beschikken zorgprofessionals nog over onvoldoende kennis op het gebied van voeding vanwege beperkte aandacht hiervoor tijdens de opleiding. Tot slot, laten samenwerking en communicatie tussen zorgprofessionals te wensen over, waardoor deskundigheden onderbenut worden en multidisciplinaire richtlijnen onvoldoende nageleefd.

Doorbraken
De kosten van de gezondheidszorg zullen tussen nu en 2040 waarschijnlijk verdubbelen tot 174 miljard euro[3]. Daarmee zal de gemiddelde burger tegen die tijd 36% van zijn inkomen besteden aan zorg, tegenover 23% in 2017. Verlaging van het eigen risico – zoals politieke partijen beloven – verandert hier niets aan[28]. De enige werkelijke verlaging van de zorgkosten kan worden bereikt door meer nadruk te leggen op voeding en leefstijlverandering.

Algemene oplossingen
Om voeding meer te integreren in de behandeling van (chronische) aandoeningen, heeft bewustwording de grootste prioriteit. Verschillende partijen, zoals zorginstellingen, (lokale) overheden, zorgverzekeraars en retailers, moeten hun eigen verantwoordelijkheid binnen deze problematiek gaan erkennen. Dit besef kan onder andere tot stand worden gebracht door met elkaar de dialoog te voeren en toe te weken naar een *coalition of the doing*. Hierbij geldt dat die

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zicht richten op het bevorderen van een gezond voedingspatroon in periodes van ziekte

Zorg op het Bord

FoodforCare

Carezzo

Fijn-Proevers

Verrassend Puur!

Kanjerkar

Voedingsconcepten voor ziekenhuizen en zorginstellingen

Een goed voedingsconcept zorgt voor een betere lichamelijke en geestelijke gezondheid van de patiënt, dringt het aantal gevallen van ondervoeding tijdens de behandelperiode terug en bevordert herstel. Daarnaast kan een voedingsconcept kostenbesparend zijn, voedselverspilling tegengaan en heeft het invloed op de conditie waarmee patiënten een operatie ingaan

Diverzio

Gastvrij MST

At Your Request

Functionele voedingsinitiatieven

Voedingsmiddelen kunnen verschillende effecten hebben op aandoeningen. Zo kunnen ze van invloed zijn op een behandeling, ingrediënten bevatten die voor een optimale gezondheid zorgen of het risico op ziekten verlagen of verrijkt zijn met mineralen en vitaminen zodat ze kunnen worden ingezet voor bepaalde doelgroepen

Innopastry

Fortified Food

Arts en Leefstijl

NutriGuides

Student en Leefstijl

Educatie en voorlichting voor én door zorgprofessionals

Zorgprofessionals zijn belangrijk in het geven van voedingsadviezen aan patiënten aangezien 95% van de bevolking de arts als een betrouwbare informatiebron ziet betreffende gezonde voeding. Internationale richtlijnen geven op dat artsen patiënten moeten stimuleren om een gezondere leefstijl aan te nemen

Platform Patiënt en Voeding

Isala Voeding

Zelfmanagement

Steeds meer patiënten met (chronische) aandoeningen vinden het belangrijk om mee te kunnen beslissen in hun zorgtraject en indien mogelijk zelf de regie te nemen over hun gezondheid

Stichting Je Leefstijl als Medicijn

GI Monitor

Keer Diabetes2 Om

Coaching op Leefstijl (Cool)

Leefstijl interventies op de behandeling van (chronische) aandoeningen

Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) zijn interventies gericht op een combinatie van voeding, bewegen en gedrag die effectief kunnen zijn bij de behandeling van (chronische) aandoeningen. Multidisciplinaire interventies bieden de grootste kans op het aanpassen van een leefstijl, waarbij een grote intrinsieke motivatie en veel zelfmanagement-vaardigheden nodig zijn voor het volhouden van een nieuwe leefstijl

Healthy Heart

SLIMMER

Beweegkuur

Anders eten bij MS

samenwerking een groot leereffect kan hebben voor alle partijen.

Oplossingen onderzoek

De bewijslast van de relatie tussen voeding en behandeling dient te worden uitgebreid. Een andersoortige oplossing is het vinden van nieuwe financieringsstructuren. Zo bestaan er zogeheten *health deals*, samenwerkingsverbanden tussen overheid en (private) partners die gericht zijn op het stimuleren van innovaties[29]. Naast *evidence-based practice* kan ook *context-based practice* nuttige kennis opleveren. Hierbij wordt alle kennis samengevat die afkomstig is van de patiënt en diens context. De consequentie is dat zorgprofessionals een continu proces ingaan van samen leren en verbeteren[30]. Deze ontwikkeling van theorie en praktijk zou parallel moeten verlopen om reeds beschikbare kennis sneller toe te passen.

Oplossingen zorginstellingen

Binnen veel zorginstellingen is nog ruimte voor verbetering van de omgang met en/of implementatie van voedingsconcepten. Het is van belang dat het management overtuigd raakt van de meerwaarde van een voedingsconcept. Dit kan door het verder stimuleren van *best practices* om het belang van goede voeding in de zorg in de dagelijkse praktijk uit te bouwen en door ideeën en ervaringen nadrukkelijker uit te wisselen[31].

Oplossingen leefstijlinterventies

Er zijn op dit moment volop ontwikkelingen rondom gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) en ook de financiering ervan[32]. Om leefstijlinterventies succesvol te laten zijn is het noodzakelijk om de patiënten centraal te stellen, professionele hulp vanuit meerdere disciplines op hen af te stemmen en dit alles schaalbaar en kostenefficiënt te houden.

Oplossingen zorgprofessional

Zorgprofessionals moeten zich meer gaan realiseren hoe belangrijk voeding is in relatie tot aandoeningen en welke rol zij zelf kunnen spelen in het stimuleren van patiënten. Het instellen van een lerende community voor zorgprofessionals zou hieraan kunnen bijdragen. De lerende community vormt een multidisciplinaire kennisinfrastructuur, waarbinnen op basis van ervaringen en evaluaties een verbeteringscyclus voor de praktijk tot stand kan komen. Daarnaast moet het de zorgprofessional gemakkelijk worden gemaakt om advies te geven. Een up-to-date database met behandelopties, zorgconcepten of leefstijlinterventies lijkt daarvoor het geijkte middel. Als het besef er eenmaal is, zullen artsen zich sneller laten bijscholen en actiever gaan adviseren.

Conclusie

Er is steeds meer aandacht voor de rol van voeding in periodes van ziekte en de behandeling van (chronische) aandoeningen. Echter, het thema is breed en complex. Oplossingsrichtingen zullen moeten worden gezocht vanuit meerdere invalshoeken, waarbij de ogen niet mogen worden gesloten voor de omgeving waarin de patiënt beweegt.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Bevorderen van een gezond voedingspatroon in perioden van ziekte'** van Diagnose Voeding & Gezondheid

Free-Off Chronische Pijn (FOCP)

Chronische pijn is het meest voorkomend gezondheidsprobleem. Het leidt op de lange termijn tot invaliditeit. Toch bedragen de onderzoeksgelden voor chronische pijn slechts vijf procent van het budget voor diabetes, hart- en vaatziekten en kanker.

Chronische pijn - fibromyalgie, migraine, endometriose en dergelijke - wordt gedefinieerd als pijn die langer duurt dan drie tot zes maanden of die voortduurt na het herstelproces. Het is een ernstige ziekte, aldus de *International Association for the Study of Pain*, waaraan volgens het IOM rapport *Relieving pain in America* uit 2011 circa veertig procent van de Amerikaanse bevolking lijdt. In geld uitgedrukt bedraagt de maatschappelijke schade in Amerika jaarlijks tussen de 560 en 635 miljard dollar, verdeeld over gezondheidszorgkosten en verlies van productiviteit. Het merendeel van de patiënten is vrouw.

In veel gevallen wordt chronische pijn afgedaan als een emotionele reactie ten gevolge van stress. De pijnbeleving van de patiënt wordt niet erkend en de oorzaak niet weggenomen. De gevolgen zijn evident: de patiënt wordt niet geholpen en gaat ter bestrijding van de pijn over tot het slikken van pijnstillers, de medicatievorm met het hoogste risico op verslaving. De patiënt belandt zodoende in een nieuw circuit van problemen en de toegang tot een normaal maatschappelijk leven raakt steeds verder uit het zicht.

Er is een grote noodzaak om mensen met chronische pijn serieus te nemen, opdat interventies tot herstel in een vroegtijdig stadium mogelijk zijn. COBALA begeleidt mensen succesvol naar pijnvrijheid met haar unieke methode op basis van diagnostiek, data analyse en '*personalised nutrition*'. COBALA werkt vanuit de eed van Hippocrates "*Let food be thy medicine and medicine shall be thy food*". Het is ons streven dat pijn in 2025 bij één miljoen Nederlanders met 50% is verminderd of geheel is verdwenen.

©Dr. Ir. Ing. Carla Peeters
Oprichter & CEO COBALA / Good Care Feels Better®

De zieke mens staat centraal

We worden massaal ziek in de wereld van vandaag. Ongeveer de helft van de volwassen bevolking van Nederland heeft één of meer chronische ziekten. Het is een misverstand dat vergrijzing daarvan de oorzaak is. Chronische, niet-overdraagbare ziekten worden vrijwel zonder uitzondering in de hand gewerkt door interacties tussen onze genetische architectuur en onze manier van leven. Slechte voeding, te weinig beweging, roken, alcohol, slechte slaapkwaliteit, chronische stress en toxines vergroten de kans dat we ziek worden. Die leefgewoontes worden voor een belangrijk deel ingegeven door de context van onze samenleving. We hebben een ziekmakende maatschappij gecreëerd. Willen we de enorme ziektelast bij de wortels aanpakken, dan vraagt dat om fundamentele maatschappelijke verandering. Niet alleen het zorgsysteem moet anders, maar ook maatschappelijke structuren en wellicht zelfs kernwaarden moeten worden aangepast.

Het zorgsysteem van de toekomst richt zich niet op ziekte, maar op het individu, in de breedste sociale context denkbaar. De zieke mens staat centraal. Hij of zij heeft de regie en de verantwoordelijkheid voor zijn of haar eigen gezondheid. Hulpverleners zijn slechts adviseurs. Farmacologische en invasieve interventies zijn maar een deel van de therapeutische strategie. Zij vormen een onlosmakelijk geheel met leefstijl en sociale therapie. Sociale geneeskunde wordt een integraal deel van de zorg in de spreekkamer. De zorg wordt verleend door multidisciplinaire teams van dokters en gespecialiseerde leefstijlcoaches, in nauwe samenwerking met de lokale overheid. Alle interventies zijn gepersonaliseerd.

De meeste winst valt te behalen door preventie. De voedselmarkt moet kritisch worden gekanaliseerd. Woongemeenschappen nodigen uit tot vervoer op eigen kracht. De trap heeft een centrale plaats in gebouwen, de lift is op aanwijzing vindbaar. (Micro)plastics verdwijnen en er is een oplossing voor de fijnstofproblematiek. Stikstof en CO_2-uitstoot blijven binnen de perken.

Laat duidelijk zijn dat we alleen gemeenschappelijk kunnen besluiten over dergelijke ingrijpende maatregelen. Wellicht is daar een kentering van kernwaarden voor nodig. Economische (materiële) prioriteiten moeten plaatsmaken voor gezondheid van mensen en van de planeet. Immers, een gezonde samenleving is uiteindelijk de meest succesvolle.

Prof. dr. Hanno Pijl
Internist-endocrinoloog & Hoogleraar Diabetologie, LUMC
Lid bestuur Nederland Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneeskunde

Burgers zijn de beste voedingsonderzoekers

Toen ik kanker kreeg, ben ik mezelf gaan ondersteunen met voeding. Dit deed ik naast de reguliere behandelingen. Ik wilde mezelf in een zo goed mogelijke conditie brengen om de behandelingen te doorstaan – en misschien werden ze er ook wel effectiever door, hoopte ik stiekem. Mijn artsen konden me hierin niet adviseren. Ik kreeg veel tips van andere kankerpatiënten, heb complementaire behandelaars bezocht, veel gelezen op internet en in boeken en daar rolde voor mij een aanpak uit waardoor ik me erg gesteund voelde. Niet alleen voeding, maar ook aspecten van mijn leefstijl pakte ik aan. In mijn beleving heb ik er profijt van gehad; sterker nog, een jaar na de behandelingen voelde ik me fysiek echt goed, soepel in mijn lijf, beter dan vóór de kanker.

In Nederland leven inmiddels rond de 8 miljoen mensen met een chronische aandoening. Iets waar ze dagelijks mee te maken hebben. Ik heb ontdekt dat vrijwel alle mensen met een gezondheidsuitdaging bezig zijn met kleine en grote experimenten om hun eigen gezondheid te ondersteunen. Dit gebeurt veelal onafhankelijk van hun officiële behandelaren. Wij burgers doen dit meestal met interventies dicht om ons heen: voeding, leefstijl, onze woonomgeving.

Via Platform Patiënt en Voeding ontvangen we veel verhalen van mensen hierover. Met Stichting Data Onze Gezondheid werken we onder de noemer *Citizen Science* aan een aanpak om het kaf van het koren te kunnen scheiden en de parels tussen al deze thuisexperimenten te kunnen ophalen. Dit doen we om onze dagelijkse ervaringen écht mee te laten tellen; in de ontwikkeling van medische kennis, in de praktijk van de gezondheidszorg en in productontwikkeling van bedrijven.

Mijn droom is dat het eindeloze gekissebis in de media over 'wat wel en niet zou werken' qua voeding dan wel 'wat wel of niet bewezen is' vervangen wordt door iets dat veel vruchtbaarder is: het omzetten van het observatievermogen en de eigenwijsheid van mensen rondom gezondheid in nieuwe kennis, (voedsel-)producten en (voedsel-)concepten, die passen bij uiteenlopende doelgroepen. Dat kan. Samen met wetenschappers, bedrijfsleven en de zorgsector. In potentie zijn wij, 17 miljoen Nederlanders, de Airbnb van het voedingsonderzoek: het grootste onderzoekslab zonder formele onderzoekers. Laten we niet voor minder gaan.

Dr. Ir. Gaston Remmers
Directeur Stichting Mijn Data Onze Gezondheid &
Oprichter Platform Patiënt en Voeding

Een betere kans voor kinderen met kanker

De behandeling van kinderen met kanker is de laatste tientallen jaren zoveel verbeterd dat nu ruim tachtig procent van alle kinderen geneest. Dat is heel mooi, maar nog niet goed genoeg. Het moet beter. Om te genezen moeten de kinderen een zwaar behandeltraject door met chemotherapie en soms operaties of bestraling. Dit gaat vaak gepaard met bijwerkingen als misselijkheid, braken en infecties. De kwaliteit van leven van de patiënt lijdt onder de behandeling, maar ook onder de vele ziekenhuisopnamen en doordat het kind zich ziek voelt. En hoewel het de bedoeling is dat behandelde kinderen gezond oud kunnen worden, weten we dat ze na de behandeling voor kanker vaker hart- en vaatziekten ontwikkelen dan anderen.

U zult denken, wat heeft voeding hiermee van doen? Niet alles, maar toch veel. We weten dat kinderen in een slechte voedingstoestand een kleinere kans hebben om te genezen, een groter risico op bijwerkingen en een slechtere kwaliteit van leven. Bovendien vergroten slechte voedingsgewoonten de kans op hart- en vaatziekten op latere leeftijd.

Kortom, voeding is belangrijk. Dat is de reden waarom mijn onderzoeksgroep in het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie in Utrecht voeding tot één van de speerpunten heeft gemaakt; er is nog zoveel wat we niet weten over voeding bij zieke kinderen.

Mijn droom is dat over tien jaar voeding bij kinderen met kanker geen probleem meer is doordat we voldoende weten. Dat een slechte voedingstoestand niet meer zorgt voor bijwerkingen en niet langer de kwaliteit van leven en de kans op genezing verlaagt. Maar dat alle kinderen door snel en adequaat bijsturen een acceptabele voedingstoestand hebben.

Prof. dr. Wim Tissing
Kinderoncoloog & Hoogleraar supportive care in kinderoncologie
Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie & UMC Groningen

Voeding en bewegen hélpen als je ziek bent

Tja, daar sta je dan ineens aan de andere kant van de streep. In één week werd mijn moeder in het ene ziekenhuis in Nederland opgenomen met een herseninfarct en ging mijn schoonmoeder door de molen in een ander ziekenhuis, omdat ze kanker bleek te hebben. Buiten alle emoties die dat met zich meebrengt, gaf het mij ineens ook een indringend kijkje in andere ziekenhuizen dan het onze. Sommige vanzelfsprekendheden van hier zijn daar afwezig en vice versa.

Zo werd ik geconfronteerd met zorgverleners die niet spraken over voeding en bewegen, terwijl beide aandoeningen hier wel om vragen. Hoe vanzelfsprekend vind ik die twee speerpunten van zorg. En hoe gewoon vind ik het, dat we in ons Ziekenhuis Gelderse Vallei hier automatisch aandacht voor hebben in de zorg. Niet louter behandelen, maar ons ook richten op preventie: het voorkomen van ziektes én het voorkomen van erger. Hoe noodzakelijk zijn voeding en bewegen dan?

Daarom ben ik zo blij met het Nationaal Preventieakkoord. Het lijkt wel of de Rijksoverheid bij ons ziekenhuis leentjebuur heeft gespeeld, want veel maatregelen uit het akkoord lijken zo uit onze Vallei te komen. Samen met de Wageningse Universiteit waren we onze tijd ver vooruit. Al zo'n 12 jaar hebben we de focus op voeding en bewegen. Nu is het gelukkig ook een landelijk thema. Daarbij vind ik het zelf ó zo belangrijk dat we dit de mensen niet verplichtend gaan opleggen. Ieder draagt tenslotte zelf de verantwoordelijkheid voor lijf en leden. Het gaat vooral om het proces van bewustwording. Uiteindelijk formuleren mensen dan zelf andere gezondheidswensen en vertonen ze ander gedrag. Een maatschappelijke beweging, zoals ook de succesvolle antirook-beweging.

Ik droom van een toekomst waarin vitaal gezond worden de norm is. Een toekomst waarin we goed voor onszelf en ons lichaam zorgen en mensen zónder opgeheven vingertje bij worden gestaan in dat proces. Intussen is de werkelijkheid rauwer. En toch... ik draag de thema's vanuit mijn rol als bestuurder uit, maar ook privé naar mijn moeder en schoonmoeder. Het minste dat ik voor hen kan doen, is het gesprek te sturen naar méer dan behandelen alleen. Wat ben ik dan blij met kleine stappen in de goede richting. Ja, noem me maar onverbeterlijk besmet met het gezondheidsvirus ...

Mirjam van 't Veld
Voorzitter Raad van Bestuur
Ziekenhuis Gelderse Vallei

Voeding heeft een volwaardige plek in de preventie en behandeling van ziekten

Onlangs heeft één van mijn oudste patiënten, een 91-jarige man met diabetes type-2, zijn leefstijl omgegooid. In plaats van te starten met insulinebehandelingen en zijn medicatie te verhogen, liet hij zich motiveren om juist zijn leefstijl aan te passen. En met succes: hij voelt zich vitaler en stopte binnen drie maanden met al zijn diabetesmedicatie.

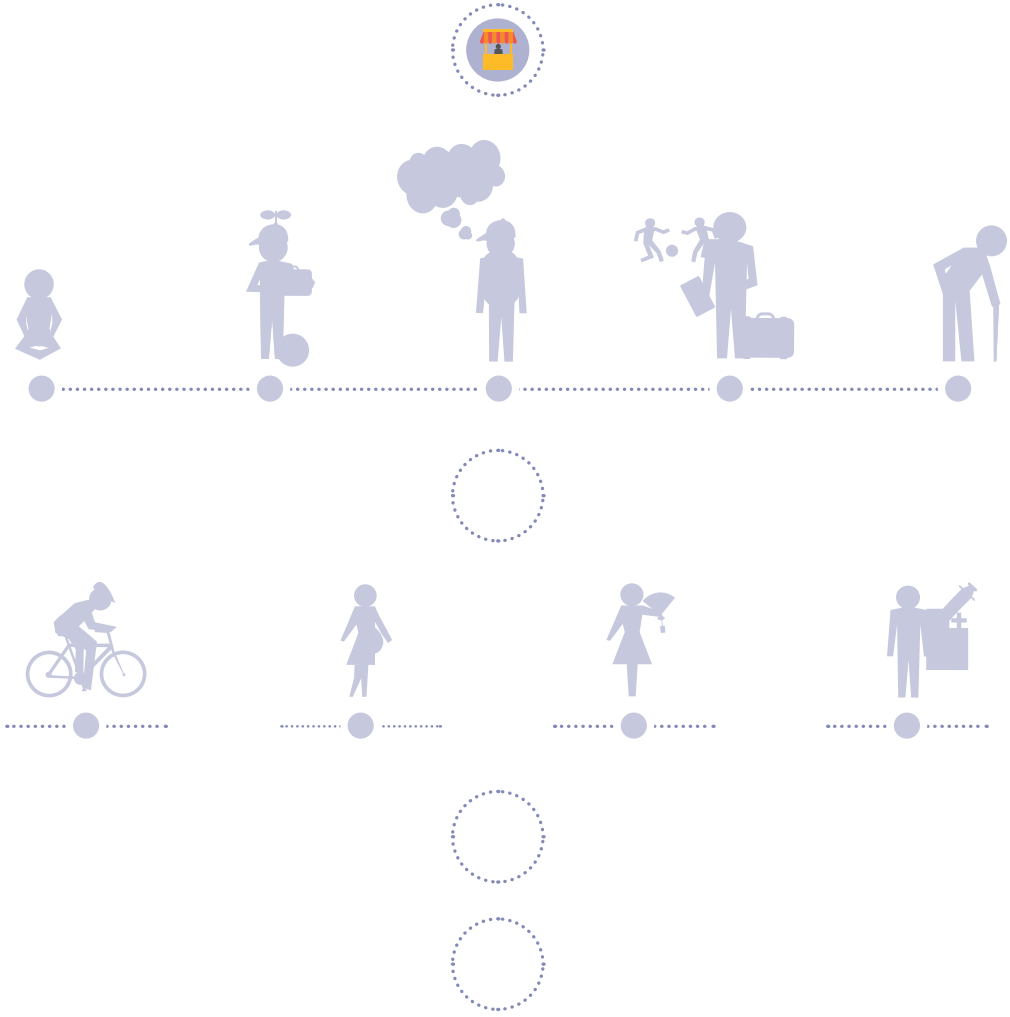
In mijn droom voor de toekomst krijgen patiënten dezelfde aandacht als topsporters: de voeding is op de patiënt afgestemd, er bestaat een juiste balans tussen beweging en ontspanning, er wordt niet gerookt en alcohol wordt met mate genuttigd. Leefstijlgeneeskunde staat centraal en het aanpassen van de leefstijl wijst uit zeer effectief te zijn. Patiënten zijn gemotiveerd, leefstijl is een standaardonderdeel van het behandelplan en artsen voelen zich verantwoordelijk om verder te kijken dan het voorschrijven van de juiste medicatie. Naast de grote aandacht voor voeding staan ook het verminderen van stress en het vergroten van zingeving centraal in de behandeling van de patiënt.

Alle betrokkenen werken samen om het doorvoeren van leefstijlgeneeskunde te verbeteren. We gaan met elkaar in gesprek, ons ervan bewust dat we samen leefstijlgerelateerde ziekten kunnen keren. Van fysiotherapeut en huisarts tot zorgverzekeraar en apotheek, ja zelfs de Gemeente en de supermarkt worden bij dit streven betrokken. We worden beloond voor het bevorderen van de gezondheid van onze patiënten in plaats van vergoed voor de behandeling van zieken.

In de toekomst bestaan leefstijlgerelateerde ziekten niet tot nauwelijks meer en blijven zorgprofessionals ter bevordering van de gezondheid van de patiënt de samenwerking optimaliseren. Want, hoe mooi zou het zijn als we allemaal op die manier 91 jaar oud mogen worden?

Opgewekt, vitaal en zonder medicatie!

Tamara de Weijer
Huisarts & Voorzitter
Vereniging Arts en Leefstijl



Voedselomgeving

Het bevorderen van een gezonde voedselomgeving

Voedselomgeving

Het bevorderen van een gezonde voedselomgeving

De verleiding tot (over)consumptie is ongekend. Voedsel is overal! Het water loopt ons in de mond wanneer we op het station de geur van vers gebrande noten ruiken. Bij het benzinestation staren de snackrepen en kroketten ons aan. Televisieprogramma's worden onderbroken door reclames van fastfoodketens en de pop-ups voor snoep op onze beeldschermen zijn onvermijdelijk. Voedingsmiddelen zijn alom verkrijgbaar, 24/7. Ons dagritme is opgebouwd rondom onze maaltijden, we delen snoep uit als we iets te vieren hebben en als er iets mis gaat troosten we onszelf ermee. Onze omgeving stimuleert ons om te veel te eten en te weinig te bewegen, dag en nacht. We leven in een 'obesogene' samenleving[1].

De afgelopen 30 jaar is het aanbod van producten rijk aan suiker, vet en zout enorm toegenomen. Parallel aan deze trend zien we een stijging in overgewicht en obesitas[2]. Om verleiding tot (over)consumptie te weerstaan moeten mensen weloverwogen keuzes maken en beschikken over een grote mate van zelfcontrole. Aangezien voedselkeuzes grotendeels door gewoonten worden bepaald, is dit nog niet zo makkelijk. Het zijn vaak onbewuste reacties op prikkels door bijvoorbeeld prijs, promotie en plaatsing[3]. Ongemerkt nemen we dagelijks zo'n tweehonderd beslissingen over voedselinname en stelt de huidige voedselomgeving mensen continu bloot aan voedselverleidingen[4].

Verschillende dimensies in voedselomgevingen

Voedselomgevingen worden gekenmerkt door de beschikbaarheid, informatie, prijs, promotie en zichtbaarheid van voedselverkooppunten en voedingsmiddelen. De voedselomgeving kent verschillende dimensies: de fysieke, digitale, sociale en beleidsmatige omgeving. De fysieke voedselomgeving omvat plekken waar voedsel fysiek aanwezig is zoals thuis, school, werkplek, kantine, (tank-) station en supermarkt. De digitale voedselomgeving bestaat uit plekken waar we, hoewel er geen voedsel aanwezig is, wel geconfronteerd worden met voedingsmiddelen. Het geheel aan sociale relaties, normen en gewoonten, mede gevormd door verenigingen en contacten in de buurt, vormt de sociale voedselomgeving. Tot slot omvat de beleidsmatige voedselomgeving het geheel aan wet- en regelgeving, richtlijnen en de beleidsagenda met betrekking tot voeding.

Producenten, retailers, (lokale) overheden en culturen hebben invloed op kenmerken die de voedselomgevingen bepalen. Producten en retailers doen dit vooral middels prijs, promotie en assortiment. De overheid heeft invloed door richtlijnen en wet- en regelgeving voor de voedselomgeving. Tot slot oefenen ook culturen invloed uit op de kenmerken van de voedselomgeving en beïnvloeden sociale normen en religieuze waarden de beschikbaarheid van het voedselaanbod. Uiteindelijk bepaalt de voedselomgeving in belangrijke mate het voedingspatroon van het individu en vormt daarmee een belangrijke factor voor het stimuleren van gezondheid en het voorkomen van (chronische) aandoeningen.

FEITEN & CIJFERS

OMZET ONLINE BOODSCHAPPEN STIJGT[5]

DE SNELLE EN MAKKELIJKE MAALTIJD WINT AAN POPULARITEIT[8]

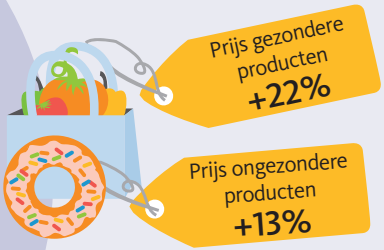
TV-REALCAMES TONEN VEELAL ONGEZONDE VOEDINGSMIDDELEN[13]

94%
van de tv-reclames gericht op kinderen

82%
van tv-reclames tussen 6.00 en 21.30 u

PRIJSSTIJGING GEZONDE VOEDINGSMIDDELEN RELATIEF HOGER[12]

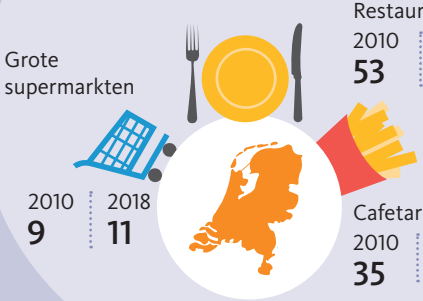
Gemiddeld in de periode 2007-2017



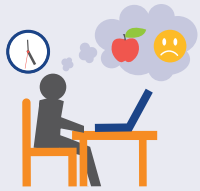
€ Gemiddelde prijsstijging goederen en diensten
+17%

AANTAL EET- EN DRINKGELEGENHEDEN NEEMT TOE[9]

Gem. binnen een straal van 3 km



WERKNEMERS WILLEN GEZONDERE LUNCH[6]



67%
beoordeelt lunch onvoldoende

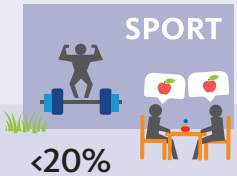
SCHOLEN MET VIGNET GEZONDE SCHOOL[7]

Themacertificaat Voeding

5,2%
Basisscholen

12,4%
Voortgezet onderwijs

SPORTKANTINES KUNNEN GEZONDER[10]

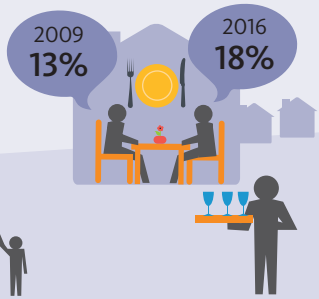


<20%
verkoopt fruit

ATTRACTIEPARKEN KUNNEN GEZONDER[10]

NEDERLANDERS DINEREN VAKER BUITEN DE DEUR[11]

min. 1 x per week buiten de deur



De gemiddelde voedselomgeving

De voedselomgeving waaraan je wordt blootgesteld hangt af van jouw levensfase. Kinderen zijn veelal op school, online of thuis. Volwassenen vaak thuis, onderweg of op werk en ouderen veelal thuis of in zorginstellingen.

School is voor kinderen één van de belangrijkste omgevingen. Van de €2,39 die scholieren gemiddeld per dag te besteden hebben koopt het merendeel energiedranken en chips[14]. Ook brengen kinderen veel tijd door op internet: gemiddeld zijn 2 tot 12-jarigen dagelijks bijna een uur online[15]. Vrijwel alle reclames waarmee ze daar worden geconfronteerd adverteren voedingsmiddelen die niet in een gezond voedingspatroon passen. Volgens 29% van de ouders vragen kinderen naar voedsel dat ze kennen van reclames[15].

Ook volwassenen en ouderen worden overstelpt met promotie-uitingen. Gemiddeld zien zij 1.546 promotie-uitingen, inclusief reclameboodschappen op supermarktverpakkingen, per dag en grotendeels gericht op ongezond eten[16]. Sterker nog, het budget voor de promotie van superprocessed foods is tweeduizendmaal groter dan dat voor gezond eten[17]. Daarnaast vindt ruim de helft van de werknemers dat hun werkgevers niets doen om gezond eten op de werkvloer te stimuleren[18]. Volwassenen nemen een indrukwekkende 80% van hun consumptiebeslissingen in de supermarkt[19,20]. Met een gemiddeld aanbod van tien- tot vijftienduizend verschillende producten biedt de supermarkt gelegenheid tot het maken van verantwoorde beslissingen, maar toch valt dat niet mee[21]. Ruim 70% van het aanbod is sterk bewerkt voedsel. Daarnaast zijn de porties van (energierijk) voedsel steeds groter geworden[22-24]. Gemiddeld stegen de prijzen van voedingsmiddelen in de winkels waarbij de prijsstijging van ongezondere voedingsmiddelen lager was dan die van gezondere voedingsmiddelen[25]. In het afgelopen jaar zijn de prijzen voor voeding met 3,8% gestegen, deels te verklaren door de verhoogde btw van 2019. De prijzen voor voeding zijn met 14,5% gestegen in 2019 t.o.v. 2009[26]. Vlees en vis zijn het meest gestegen met 4,9%[27]. Gemiddeld besteedt een echtpaar €4,04 aan een warme maaltijd[28]. In totaal gaf een Nederlands huishouden gemiddeld €7.455,- uit aan eten en drinken in 2016[29].

Daarnaast verhuizen steeds meer mensen naar de stad, waar dag en nacht een overvloedig voedselaanbod binnen handbereik is. Naar verwachting woont in 2050 meer dan 90% van de Nederlanders in een stedelijke omgeving ten opzichte van 83% in 2014 en 51% in 2006[30,31]. Het aantal eet- en drinkgelegenheden in de steden neemt ononderbroken toe en de fastfoodmaaltijd wint aan populariteit[32,33,34].

Ook eten we vaker buiten de deur en gebruiken meer 'gemaksproducten' dan ooit[35]. Gemak en beleving winnen terrein en grenzen tussen horeca en foodretail vervagen[36,37]. Naarmate men ouder wordt, gaat men gemiddeld minder uiteten. Zo gaat gemiddeld 29% van de 18- tot 36-jarigen minstens één keer per week uit eten, tegenover 5% van de 71-plussers[38]. Er zijn met name onderweg eetmomenten bijgekomen.

Daarbij drukt het internet een steeds grotere stempel: boodschappen worden vaker online besteld en thuisbezorgd. In 2016 maakten supermarkten bijna 5% van hun omzet via internet[39]. Met een totale omzet van ruim €3 miljard in 2018 en een groei in omzet van ruim 20% t.o.v. 2017, is de maaltijdbezorging een van de snelst groeiende componenten in de voedingsindustrie[40]. Er is een lichte stijging te zien als het gaat om gemak en gezond in één: steeds vaker worden er voedselpakketten goed gevuld met

groente aangeschaft[41]. Daarnaast steeg het marktaandeel van biologische voedingsmiddelen van 1,4% in 2000 tot circa 3,4% in 2018[44]. In 2022 wordt er een kantelpunt verwacht, waar 15% van de totale uitgaven aan voeding besteed zal worden aan duurzame voeding[42,43].

In de Nederlandse zorg worden elke dag meer dan één miljoen consumpties gebruikt waardoor de totale omzet ruim 1 miljard euro bedraagt. De maaltijden in de zorg werden de afgelopen jaren alsmaar goedkoper en de focus lag op efficiëntie en laaggeprijsde ingrediënten. Daarnaast belandt 30-40% van de warme maaltijden in Nederlandse ouderenzorginstellingen in de afvalbak[44]. In 44% van de ziekenhuizen werd in 2016 een nieuw voedingsconcept opgezet[45]. Inmiddels biedt 1 op de 10 ziekenhuizen de patiënt een onbeperkt aantal eetmomenten, snellere levering en veel menu-opties en biedt de helft een aangepast voedingsaanbod voor speciale doelgroepen.

Obstakels voor een gezonde voedselomgeving

Het behoeft geen betoog dat een gezonde voedselomgeving per saldo voor de samenleving de meest gewenste situatie is. Echter legio factoren spelen een rol.

Fysieke obstakels

Ongezonde voeding is (veelal) goedkoper dan gezonde voeding. Ongezondere producten bestaan vaak uit goedkopere grondstoffen, worden in grotere hoeveelheden geproduceerd, zijn langer houdbaar en hoeven niet gekoeld te worden bewaard. Het toenemende aanbod en grotere porties stimuleren de verleiding tot meer eten. Ook smaak is een obstakel als het aankomt op het maken van gezonde keuzes: door onze fysiologische voorkeur wint de keuze voor zoet en/of vet eten het.

Sociale obstakels

Het veranderen van voedingsgedrag is bijzonder moeilijk. Mensen passen hun voedingsgedrag aan aan bijvoorbeeld een tafelgenoot of eten juist meer in gezelschap van anderen[46,47]. Tot slot is het lastig om innovaties en initiatieven die leiden tot gedragsverandering aan te laten sluiten bij alle burgers in de samenleving.

Digitale obstakels

De omvang, diversiteit en oncontroleerbaarheid van de digitale wereld vormen een groot obstakel. De omvang van het aantal digitale uitingen over voedsel is dermate groot en daarmee oncontroleerbaar. Het effect is dat mensen door de bomen het bos niet meer zien wat betreft juiste voedingsvoorlichting.

Beleidsmatige obstakels

Het doorvoeren van wet- en regelgeving is soms lastig: vervagende grenzen tussen bijvoorbeeld retail en foodservice (*blurring*) vragen om flexibelere regels en ondervinden hinder van achterblijvende regelgeving. Tegelijkertijd maakt *blurring* de controle op het naleven van de regels moeilijk[48]. Tot slot kunnen de tegengestelde belangen binnen overheden een obstakel vormen.

Doorbraken

Het is noodzakelijk om een gezonde voedselomgeving te stimuleren, maar eenvoudig is dat niet. Een integrale aanpak is een optie voor het creëren van een gezonde voedselomgeving dat voorziet in een aanbod van gezonde (gemaks)producten. Hierbij dient aandacht uit te gaan naar verschillende elementen.

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zich richten op het bevorderen van een gezonde voedselomgeving

GezondDorp Heeze-Leende

Healthy Sisters

Kokkerelli

Sociale omgeving

Initiatieven voor het stimuleren van gezond(er) voedingsgedrag middels de sociale omgeving

Ambassadeurs Gezonde Leefstijl

Supermarktcoaches

De Gezonde Schoolkantine

Fysieke omgeving

Initiatieven om een groter aanbod van gezonde producten te produceren en het fysiek wegnemen van ongezonde verleidingen

Watertaps in publieke ruimtes

Rob & Bob fair food

Greendish

Voedselbos Rijnvliet

Internationale initiatieven voor een gezonde voedselomgeving

Ook andere landen streven naar een gezonde voedselomgeving, waarbij ieder landt eigen criteria aanhoudt. Denk hierbij aan interventies zoals een speciaal accijns op suikerhoudende dranken, diverse vormen van voedselkeuzelogo's, geïnstitutionaliseerde gezonde lunches op scholen of meerdere integrale leefstijlaanpakken

Mijn Eetmeter app

Digitale omgeving

Speciaal gecreëerde digitale voedselomgevingen die worden gebruikt om informatie over gezonde voeding te verkrijgen

Het Voedingscentrum

Kies ik gezond?-app

FoodFirst Network

Akkoord verbeteren productsamenstelling

GO! Utrecht

City Deal Voedsel op de Stedelijke Agenda

Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht

Beleidsmatige omgeving

Internationale en lokale overheden oefenen door middel van richtlijnen en wet- en regelgeving invloed uit op de voedselomgeving

Alliantie Stop kindermarketing ongezonde voeding

Op nationaal niveau inzetten op striktere wet- en regelgeving
Er dient ingezet te worden op striktere wet- en regelgeving door bijvoorbeeld een taks op suikerhoudende dranken en een landelijk verbod op kindermarketing. De tabaksregulatie kan hierbij als voorbeeld dienen. De btw op bewerkte producten en vlees verhogen naar 21% en de btw op groente en fruit verlagen naar nul. Een gezond en duurzaam aanbod moet vanzelfsprekend worden. Het is noodzakelijk dat gezonde producten op smaak, gemak en prijs kunnen concurreren met het ongezonde aanbod.

De fysieke voedselomgeving aanpassen door wijzigingen in de ruimtelijke ordening en door middel van gedragstechnieken
Gedragstechnieken, zoals bijvoorbeeld *nudging*, omvatten onopvallende duwtjes in de goede richting bij het kiezen voor duurzame en gezonde producten, zonder hierbij de keuzevrijheid te beperken[49]. Echter, *nudging* is slechts een voorbeeld van de vele verschillende gedragstechnieken die kunnen worden ingezet om gedragsverandering te bewerkstelligen.

Starten met voorlichting en educatie op zo jong mogelijke leeftijd
Hierbij kan worden gedacht aan gezond voedingsbeleid op scholen. Het belang hiervan neemt toe nu steeds meer scholen een continu-rooster invoeren en alle kinderen dus op school lunchen. Kinderen dienen educatie te krijgen over gezonde voeding en voedselvaardigheden. Doordat kennis doorsijpelt naar huis zal het thema ook thuis gaan leven waarbij kinderen de zodoende 'veranderaars' zijn binnen gezinnen en families.

Succesfactoren voor een integrale aanpak
Diverse factoren kunnen een integrale aanpak succesvol versnellen. Zo werkt een politiek opdrachtgever met sterke intrinsieke motivatie voor de thematiek die optreedt als ambassadeur voor de aanpak, als een versneller. Het is daarnaast noodzakelijk om programmatisch te werken, waarbij wordt gefocust op maatschappelijke effecten. Het aanbod moet aansluiten op de behoefte van de hele doelgroep. Formeer hierbij een excellent team van professionals dat handelt vanuit een gezamenlijke opgave, en durf te handelen vanuit *learning-by-doing*.

Het opstellen van een integrale aanpak voor het aanjagen van een gezonde voedselomgeving op lokaal niveau, op maat en gericht op verschillende regio's, wordt gezien als een oplossingsrichting. Daarnaast kan bijvoorbeeld ook worden ingezet op het ontwikkelen van levensvatbare businessmodellen voor kleine, gezonde initiatieven waarmee geconcurreerd kan worden met het ongezonde goedkopere aanbod. En liggen er kansen voor het realiseren van een gezonde lunchomgeving.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Een gezondere voedselomgeving door een gezonder voedselaanbod**' van Diagnose Voeding & Gezondheid

Beter eten bereikbaar maken voor iedereen

Albert Heijn vult dagelijks meer dan vijf miljoen borden in Nederland. Dat voel ik als een grote verantwoordelijkheid en tegelijkertijd als een enorme kans. We moeten niet alleen zorgen dat onze winkels vol liggen en iedereen prettig boodschappen kan doen, maar ook onze klanten helpen gezonde keuzes te maken.

Gezonde keuzes beginnen bij ons assortiment. Al jaren halen we geleidelijk een heleboel suiker uit onze producten. Mijn doelstelling? Een miljard minder suikerklontjes in 2020. Ook verminderen we stap voor stap zout en – verzadigd - vet in producten, zonder dat dat ten koste gaat van de smaak.

Ik geloof erin dat vers, gevarieerd en met mate eten bijdraagt aan een beter leven voor iedereen. Niet voor niets is ons versaanbod de afgelopen jaren flink uitgebreid. Zelfs aan wie het niet lukt om lang in de keuken te staan, bieden we veel gezonde alternatieven. Geen tijd om te koken kan geen excuus zijn. Deze trend naar lekker, gezond en gemakkelijk zal zeker doorzetten.

Via de *Allerhande* inspireren we onze klanten met gezonde recepten. Ook geven we voorlichting over gezonde voeding. In de winkel helpen we met een *Suikerwijzer* bij bijvoorbeeld ontbijtgranen, zuivel en frisdrank. Op ah.nl zie je bovendien welke voedingswaarden in producten zitten. Zo kan je voor een alternatief kiezen dat bij jou past, steeds persoonlijker.

We zijn goed bezig, maar ik vind dat we iedereen nog beter moeten helpen, namelijk met een herkenbaar, eenduidig voedselkeuzelogo op alle producten, in elke supermarkt. Daarom zijn we voorstander van Nutri-Score, dat in één oogopslag informeert over de voedingswaarde van elk product. Ik hoop dat het er snel komt.

Mijn droom? Beter eten bereikbaar maken voor iedereen. Dat gaat over gezond, lekker, duurzaam én betaalbaar. Voor iedereen betekent dat iets anders. *It's personal*. Je bent wat je eet. En wat je eet is ook steeds meer hoe je je voelt. Wat is je smaak? Wat is je leefstijl? Waar liggen je prioriteiten? Heb je allergieën? Wat is je DNA en wat past daarbij? Met nieuwe technologieën, inzichten uit big data en vooral ook door contact en dialoog kunnen we klanten steeds beter persoonlijk helpen. En bieden we alle ingrediënten voor een beter leven. Elke dag. Voor iedereen.

Marit van Egmond
CEO
Albert Heijn

Terug naar de verbinding met het voedsel

Samen met mijn kleinkinderen bekijk ik de rijke opbrengst aan groentes uit mijn *square meter-garden*, een bak van één bij één meter, op een laag tafeltje. In negen uitgelijnde vakken hebben we verschillende groentes gezaaid en geplant, waar we vanavond mee gaan koken. Terwijl we samen in de keuken bezig zijn, denk ik na over de toekomst.

In mijn droom heeft iedereen straks een eigen *square meter-garden*, een moestuintje dat heel gemakkelijk te onderhouden is. In deze moestuin worden bekende, maar ook minder bekende groentes verbouwd. Kinderen leren, door de groentes te zien groeien, de herkomst van de voedingsmiddelen kennen. Ook is straks de moestuin een centrale plek op basisscholen geworden. Tweemaal per week is er tijd voor kinderen om de groentes water te geven, te oogsten en om een gezonde lunch klaar te maken, wat ze leren van een kok. De moestuinen dragen bij aan de verbinding met elkaar, met de omgeving én met het eten en de natuur.

Naast dat kinderen daarmee vertrouwd zijn geworden, gaan ook restaurants bewuster om met het gebruik van voedingsmiddelen. Koks gebruiken in hun gerechten grotendeels plantaardige en verse producten, veelal afkomstig uit de buurt en aangepast aan het seizoen. De Dutch Cuisine is 'gewoon' geworden. Men is gestopt met het denken in nutriënten en ziet een voedingsmiddel weer als een geheel, als méér dan de som van de delen. Het gebruik van verse, niet bewerkte voedingsmiddelen is de norm en er wordt voornamelijk gebruik gemaakt van biologische producten. Het wordt erkend dat de productiemethode van belang is voor de kwaliteit van de voedingsmiddelen en die productiewijze staat in de toekomst weer centraal. Men durft opnieuw de vraag te stellen of duurzaam geproduceerd voedsel wellicht gezonder is, zoals ik eerder in mijn proefschrift deed. Toen bleek biologisch en duurzaam geproduceerd voedsel een gunstig effect te hebben op het immuunsysteem en op het herstel van ziekte, wat wij als de bevordering van veerkracht beschreven. En zo bereikt eindelijk de bewezen invloed van de productiemethode van voedsel op de gezondheid de agenda van de Tweede Kamer.

Het bewustzijn van de waarde van verbondenheid, met de natuur en met ons voedsel, is weer teruggekeerd.

Machteld Huber
Arts/onderzoeker & Oprichter
Institute for Positive Health

Een droomdefault om je vingers bij af te likken: een nieuwe standaard voor onze voedselomgeving

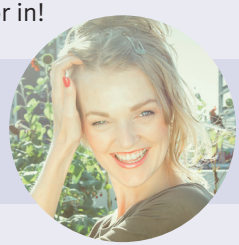
We zijn bevoorrecht. Het maakt niet uit waar we zijn, hoe laat of hoe lang we ergens zijn: we kunnen áltijd eten. Zoveel we maar willen, waar we maar willen én (ongeveer) wat we maar willen. Klokjerond. Nooit eerder zijn we op zoveel manieren, momenten en plekken in aanraking gekomen met voedsel. Nooit eerder was er zoveel keuze én was het zo betaalbaar. Stationshallen zijn een soort food markets. Winkelstraten zonder de geur van vers gebakken frites, stomende rookworsten of dampende stroopwafels zijn niet meer te vinden. Onze omgeving is een voedselparadijs. We leven in een luxe die zijn weerga niet kent.

Klinkt als een droom.... Maar het ís realiteit. Helaas niet de ideale... Want naast leven in luxe, leven we óók in een tijd waarin het aantal mensen met overgewicht, het aantal met honger overstijgt. Dat overeten is een enorme bijdrager aan hart- en vaatziekten. Echter niet alleen hoeveel we eten, ook wát we vooral (niet) eten, maakt de droom meer een nachtmerrie. Onze standaard, ook wel 'default' genoemd, is over het algemeen ongezond en niet duurzaam. Bijvoorbeeld: 80% van de supermarktaanbiedingen staat níet in de *Schijf van Vijf*. Zo'n 95% van de Nederlanders krijgt níet de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid groenten en fruit binnen. We eten zo'n 150% meer vlees dan maximaal aanbevolen. En waarmee moeten we vooral drastisch minderen als we biodiversiteit, klimaat, bodem en zoetwater willen verbeteren? Juist. Die dierlijke producten. De overconsumptie hiervan doet namelijk af aan onze gezondheid, en de conversie ten opzichte van plantaardige producten is dramatisch. Als we naar een circulair systeem willen, moeten we onze inname van eiwitten - nu 65% dierlijk en 35% plantaardig - omdraaien. Zo snel mogelijk.

Genoeg realiteit. We willen dromen. We willen zien hoe die duurzame en gezonde voedselomgeving er dan wél uitziet, zodat we ergens naartoe kunnen werken... : *Het station. Mijn trein gaat pas over 15 minuten. Genoeg tijd om een gezonde, voedzame én duurzame lunch te halen. Een makkie! ... in mijn droom. Daar is de default namelijk andersom.*

Verduurzaming van onze voedselomgeving. Een droom die ik probeer te verwezenlijken. En dan wel met de potentiële gamechangers, zoals... werkgevers, schoolhoofden en ziekenhuisdirecteuren? Ja! Als ik droom, écht écht droom, dan voelen aanbieders van voedsel een verantwoordelijkheid om meerwaarde te bieden. Voor de gezondheid van hun werknemers, scholieren, patiënten of, zoals supermarkten, simpelweg voor hun klanten. Én: voor de planeet. Dat zou de start zijn van een heerlijk, gezond, betaalbaar en beschikbaar, gezond aanbod dat bíjdraagt aan onze (!) planeet en alles wat daar op leeft. Daar zet ik me voor in!

Natascha Kooiman
Oprichter Smaackmakers & Kwartiermaker TransitieCoalitie Voedsel



De gezondste generatie ter wereld

"Dromen worden werkelijkheid in de Efteling," lees ik. Terwijl we door het park wandelen, kijk ik naar mijn dochter en zoon. Ik voel de liefde, maar tegelijkertijd ook de zorg, en ik heb vragen. Hoe groeien ze straks op? Hoe gaan ze de uitdagingen aan in het leven? Voelen ze zich sterk genoeg om 'nee' te zeggen tegen de sigaret en de Big Mac? Om alcohol met mate te gebruiken en andere middelen alleen bij wijze van experiment? Vind ik dat eigenlijk wel oké? Zijn ze veerkrachtig genoeg om te kunnen meebewegen met de ups en downs van het leven?

Als vader kan ik ze helpen. Door het goede voorbeeld te geven. Door te zorgen voor genoeg groente, fruit, beweging, ontspanning, veiligheid en liefde. Door ze vertrouwen te geven dat ze oké zijn zoals ze zijn. En daarnaast door ze voor te leven dat verdriet, teleurstelling en spanning erbij horen in het leven, je zelfs weerbaar maken als je open, eerlijk en in verbinding leeft met jezelf. Maar uiteindelijk is mijn rol beperkt. Ze worden ouder, hebben vrienden en er is een wereld barstensvol verleidingen. Daar kan ik niet tegenop.

Ik droom van een wereld waarin we de duizenden ongezonde prikkels die ons dagelijks omringen, verminderen. Een wereld waarin geen marketing is voor ziekmakende voedingsmiddelen met te veel suiker, zout en andere ongezonde toevoegingen – en nog liever zelfs geen aanbod ervan. Een wereld waarin kinderen niet meer beginnen met roken en waarin overmatig alcoholgebruik 'stom' is. Een wereld waarin gezonde producten verleidelijk zijn. Een wereld waarin voor jongeren zelf gezond gedrag een streefbeeld is. Een wereld dus, waar kinderen en ouders een grotere kans krijgen om te kiezen voor dat wat goed is voor ze, dat waardoor ze zich fit en energiek voelen.

Ik droom gelukkig niet alleen. Dit is waar de gezondheidsfondsen verenigd in de SGF (Samenwerkende Gezondheidsfondsen) gezamenlijk voor staan: de Gezondste Generatie ter wereld in 2040. We nodigen heel Nederland uit om deze droom samen met ons werkelijkheid te laten worden.

Mark Monsma
Directeur
Samenwerkende Gezondheidsfondsen

Een poppetje dat me uitnodigt om gezond te eten

Hoe kunnen we de voedselomgeving zo inrichten dat mensen als vanzelfsprekend en zonder zich gedwongen te voelen meer gezonde producten kopen? Dat zou kunnen door ongezonde producten te verbannen uit de schappen van de supermarkt of er een flinke *fat tax* op te zetten, maar dat soort maatregelen staat op gespannen voet met de wens van veel mensen om af en toe te zondigen. Bovendien voelen veel mensen zich dan betutteld. Zo wordt gezond iets dat moet, niet iets dat je zelf wil - met funeste gevolgen voor de motivatie om gezond te eten. *Nudges*, kleine duwtjes om de gezonde keuze gemakkelijker te maken, zoals groenten en fruit voor het grijpen leggen, zouden ook een oplossing kunnen zijn. Voorlopig stokt de grootschalige invoering van nudges in supermarkten echter door de niet aflatende discussie over manipulatie van onbewuste keuzeprocessen.

Waar ik van droom is een nieuw soort nudge die maakt dat mensen zich uitgenodigd voelen om gezonde producten te kiezen. Het mooie is dat we al stappen hebben gezet om die droom te verwezenlijken door het kopen van groenten aantrekkelijker te maken zonder dat mensen dit als bevoogdend ervaren.

Onze nieuwe nudge bestaat uit een scherm met daarop een geanimeerd poppetje dat reageert als mensen in de buurt van het groenteschap komen. Het poppetje leunt dan voorover en richt zijn blik op de uitgestalde groente. Als klanten besluiten om de groente te pakken, glimlacht het poppetje en steekt zijn duim op.

Deze speelse interventie doet precies wat wij hoopten: mensen vinden de animatie leuk en aantrekkelijk, ze voelen zich niet betutteld of gestuurd, maar wel gestimuleerd om groenten te pakken. Ook voelen ze zich serieus genomen. Door meer van dit soort uitnodigende nudges te maken, stellen we mensen in de gelegenheid om de gezonde keuze als serieuze optie in overweging te nemen. Zo vermijden we dat de gezonde keuze gemoraliseerd raakt, verwoordt tot iets dat andere mensen vinden dat je moet doen en waartoe je tegen je zin in verleidt moet worden.

Prof. dr. Denise T.D. de Ridder
Hoogleraar Psychologie
Universiteit Utrecht

Een gezonde én duurzame voedselomgeving voor mens én planeet

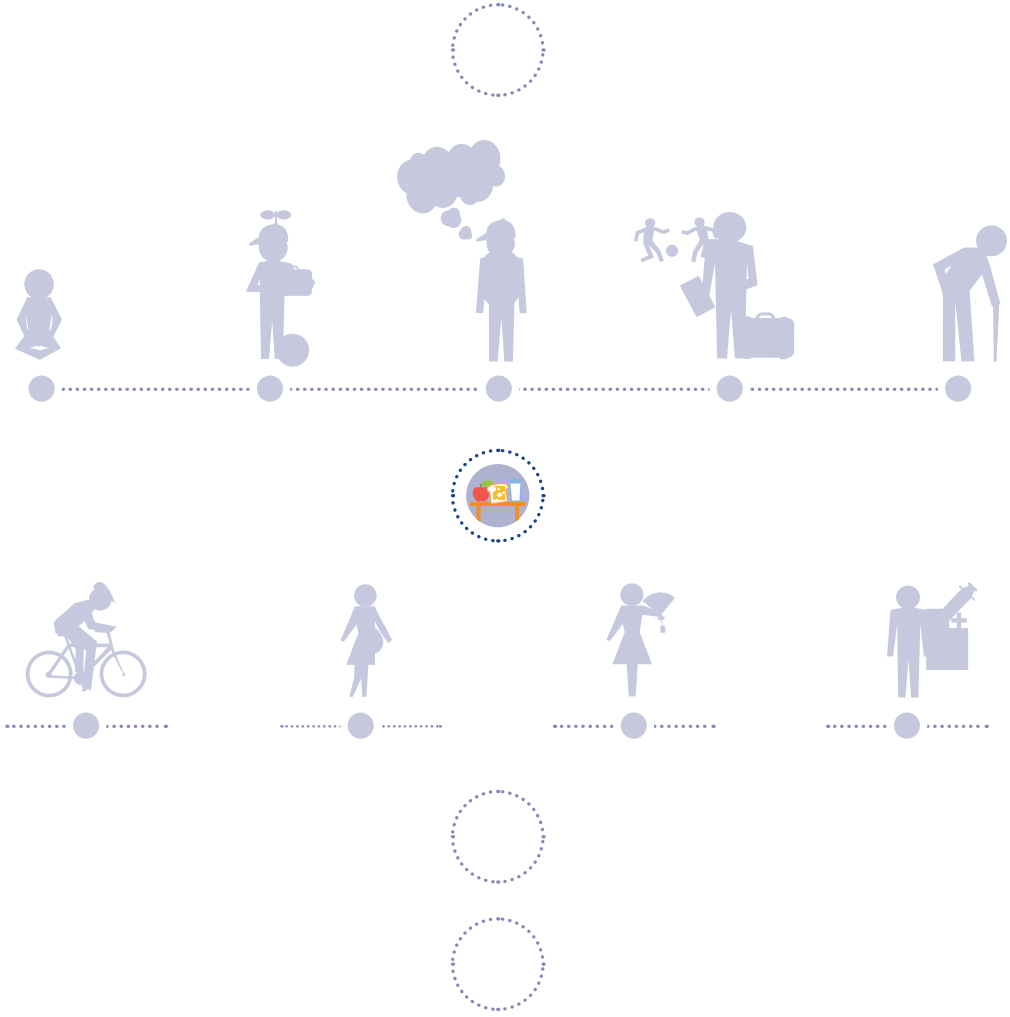
In de afgelopen jaren zijn we met zijn allen gewend geraakt aan een voedselrijke omgeving, gekenmerkt door (te) grote porties en veel goedkope en ongezonde voedselproducten. Iedere dag worden we weer verleid tot het maken van een ongezonde keuze in ons voedingspatroon. Keuzes die we ook veelal onbewust maken. Tegelijkertijd willen we graag anders eten, getuige onze jaarlijkse goede voornemens, de voedingsboeken die als zoete broodjes over de toonbank gaan of het recordaantal bezoekers van websites met voedingsinformatie.

Ik droom juist van een gezonde én duurzame voedselomgeving. Een omgeving waarin er in het productaanbod een gezonde balans is tussen gezonde én ongezonde producten. En waar de gezonde én duurzame keuze de gemakkelijkste keuze is. Voor iedereen. In mijn droom zijn we bewuster van onze omgeving en haar verleidingen en is de norm over wat we normaal vinden weer terug op een gezond niveau.

Het creëren van een gezonde én duurzame voedselomgeving vereist samenwerking tussen heel veel diverse partijen, zoals producenten, retailers en de overheid. Ondanks dat het bekend is dat we veelal dezelfde belangen en doelen voor ogen hebben, komt deze samenwerking nog maar moeilijk van de grond. Wie heeft namelijk het lef om echt grote stappen te zetten? Iedereen kijkt afwachtend naar elkaar en stappen voor het creëren van een gezonde én duurzame voedselomgeving worden daardoor maar langzaam gezet. Dit terwijl er geen enkele reden meer is om er langer over te doen. Het is immers onomstreden bewezen dat wat én hoe we eten, vergaande consequenties heeft voor onze gezondheid en voor die van de planeet. En het is een feit dat ons voedingspatroon grotendeels bepaald wordt door onze omgeving. Ingrijpen in de voedselomgeving is onvermijdelijk. Om hier met zijn allen de versnelling in te brengen, moeten we steviger ingrijpen. De overheid dient hierin de regie te nemen. Ook om onze ambities te vergroten. We moeten niet steeds de verantwoordelijkheid op de consument blijven afwenden.

Een gezonde én duurzame voedselomgeving, voor mens én planeet. Een voedselomgeving die juist verleidt tot het maken van de gezonde en duurzame keuze zonder dat het de consument veel moeite kost. Aan die droom blijf ik me vasthouden.

Emely de Vet
Hoogleraar Consumptie en Gezonde Leefstijl
Wageningen University & Research



Lunchcultuur

Het bevorderen van een gezonde lunchcultuur

Lunchcultuur

Het bevorderen van een gezonde lunchcultuur

We eten veel te weinig groente. De cijfers zijn schokkend: bijna de helft van de Nederlanders eet minder dan één portie groente of fruit per dag. In vergelijking met onze buurlanden lunchen Nederlanders kort en dat kan negatieve consequenties hebben. Met andere woorden: er valt grote gezondheidswinst te boeken door rustiger te lunchen, met groente.

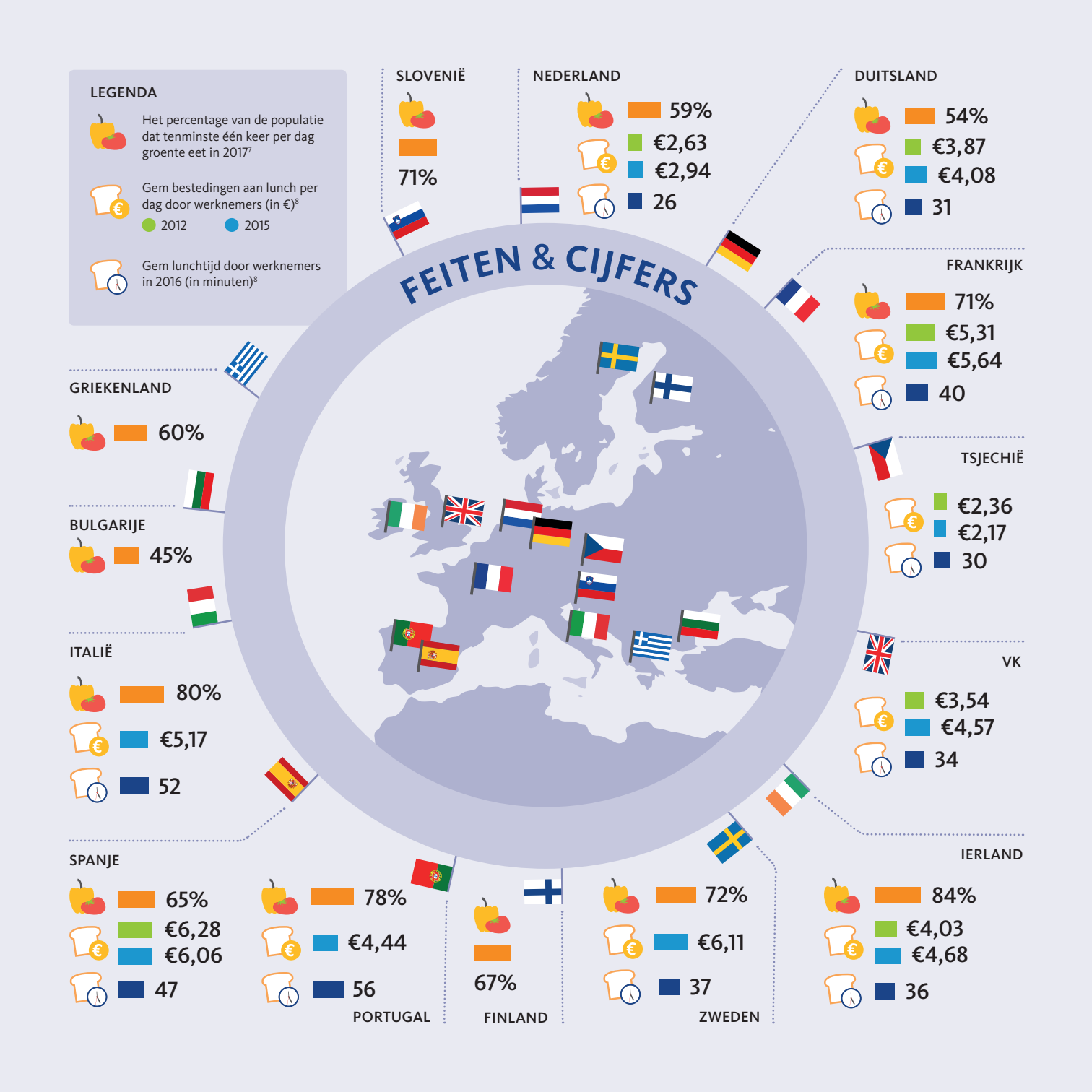
De gemiddelde groenteconsumptie in Nederland is laag. In omringende landen eet men aanzienlijk meer groente, maar ook onze eigen gezondheidsnormen schrijven meer groente voor dan we werkelijk eten. Het Voedingscentrum adviseert de gezonde hoeveelheden groente per dag; volwassenen minimaal 250 gram, kinderen van 9-13 jaar 150-200 gram en kinderen van 4-8 jaar 100-150 gram[1]. De normen van het Voedingscentrum worden lang niet gehaald; de gemiddelde consumptie voor volwassenen is 142 gram per dag. Bij jongeren ligt dit nog iets lager[2]. En aangezien in die gemiddelden ook de fanatieke groenteconsumenten zijn opgenomen, zijn er grote groepen die aanzienlijk nog minder groente binnen krijgen.

De belangrijkste verklaring voor het feit dat we zo mager afsteken bij onze buurlanden is dat groente daar vaak onderdeel uitmaakt van de lunch[4]. Ook in Nederland blijkt daar alle ruimte voor, want Nederlanders eten momenteel slechts 9% van hun groente tijdens de lunch en maar liefst 85% tijdens de avondmaaltijd[4]. Door onze groenteconsumptie te spreiden over de dag kunnen we onze nationale groente-inname verhogen. Dit mag echter niet tot verdringing van het eten van groente tijdens de avondmaaltijd leiden[3].

Gezondheidswinst door het eten van meer groente en eten als rustmoment

Groenten zijn essentieel voor het goed functioneren van het lichaam[5]. Ze bevatten belangrijke voedingsstoffen zoals vitamines, mineralen en voedingsvezels. Vitamines en mineralen spelen een rol bij de groei, het herstel en het goed functioneren van het lichaam. Ze zijn onmisbaar voor de energiehuishouding, het immuunsysteem, het geheugen en het aansturen van onze spieren. Voedingsvezels zorgen voor een voldaan gevoel en helpen onze spijsvertering[5]. Groenteconsumptie is dus van belang voor een goede gezondheid[1]. Aangezien de samenstelling van voedingsstoffen verschilt per groentesoort is het belangrijk om gevarieerd te eten[5].

Ook de manier waarop we eten biedt kansen voor een betere gezondheid. Wie meer tijd neemt om samen met andere mensen te eten behaalt psychologische-, sociale- en biologische voordelen[6]. Het voeren van een gesprek – praten en luisteren – vertraagt het eetproces en bevordert zodoende het gevoel van verzadiging. Eten kent ook psychologische aspecten: een gedeelde maaltijd leidt tot gevoelens van tevredenheid en veiligheid.


LEGENDA
Het percentage van de populatie dat tenminste één keer per dag groente eet in 2017[7]
Gem bestedingen aan lunch per dag door werknemers (in €)[8]
2012
2015
Gem lunchtijd door werknemers in 2016 (in minuten)[8]
FEITEN & CIJFERS
SLOVENIË
71%
NEDERLAND
59%
€2,63
€2,94
26
DUITSLAND
54%
€3,87
€4,08
31
FRANKRIJK
71%
€5,31
€5,64
40
TSJECHIË
€2,36
€2,17
30
VK
€3,54
€4,57
34
IERLAND
84%
€4,03
€4,68
36
ZWEDEN
72%
€6,11
37
FINLAND
67%
PORTUGAL
78%
€4,44
56
SPANJE
65%
€6,28
€6,06
47
ITALIË
80%
€5,17
52
BULGARIJE
45%
GRIEKENLAND
60%

Wie in gezelschap van anderen eet heeft een grotere kans om zich blijer en tevredener te voelen over zijn leven[9,10]. Ook stimuleert gezamenlijk eten de ontwikkeling van sociale vaardigheden als leren luisteren en interacteren met anderen. Op die manier draagt een relaxte lunch bij aan bijvoorbeeld de schoolprestaties van kinderen[11].

Huidige lunchsituatie in Nederland

In 'Debiteuren Crediteuren' toonden de mannen van Jiskefet een karikatuur van het Nederlandse kantoorleven. Vast onderdeel vormde het uitpakken van de lunchtrommeltjes en het vergelijken van de inhoud. Onder de kreet 'Toedeledokie!' verdwenen alle gezonde bestanddelen van de lunch in de prullenbak; wat overbleef waren louter boterhammen. De karikatuur is een overdrijving, maar geen grove. De lunchtrommel is een betere stereotypering van Nederland dan klompen en windmolens. Wij smeren thuis boterhammen en nemen die in een trommeltje mee naar school of werk, een 'meeneem-cultuur.' De lunch kost relatief weinig tijd, weinig geld en weinig moeite.

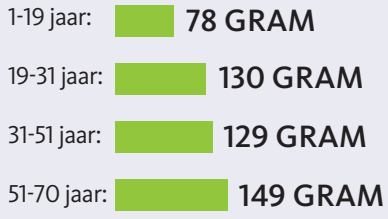
Schoolomgeving

Bijna alle basisschoolkinderen nemen van huis een lunch mee die bestaat uit boterhammen met hartig of zoet beleg. Een derde van de kinderen drinkt vruchtensap of limonade en veel kinderen drinken water[2,12,13]. Op scholen met een continurooster (ruim de helft van de scholen in Nederland) krijgen de kinderen meestal hooguit 15 minuten om hun meegebrachte lunch op te eten; daarna vinden er andere activiteiten plaats, zoals buitenspelen[14]. Uit onderzoek blijkt dat twee derde van de ondervraagde kinderen de lunchtijd lang genoeg vond duren. Slechts 30% vond het te kort[12]. Op scholen zonder continurooster krijgen de kinderen meestal een uur om naar huis te gaan om daar te lunchen[15,16].

Wet- en regelgeving voor schoollunches kennen we in Nederland niet. Dit lijkt logisch: we weten zelf wat goed is voor onze kinderen en het idee dat de overheid zich met onze maaltijden zou kunnen bemoeien past niet. Veel scholen hebben weliswaar regels vastgesteld voor de inhoud van lunchtrommels, maar dat beperkt zich doorgaans tot een verbod op snoep en koek[15]. Pas als we in het buitenland gaan kijken valt op dat de overheid de schoollunch wel tot haar domein rekent en niet alleen om er regels voor op te stellen, maar ook door er subsidies voor uit te trekken. Met een budget van ongeveer €2,50 per kind besteden we - vergeleken met andere Europese landen - weinig aan de lunch[15].

De meeste middelbare scholen beschikken over een schoolkantine. In 2016 was de helft van de schoolkantines uitbesteed aan een cateraar, de overige scholen beheerden de kantine zelf[17]. Op het moment dat kinderen van de basisschool naar de middelbare school gaan, verandert er veel. Hun ouders hebben minder zicht op de lunch dan toen ze nog op de basisschool zaten en het aanbod van de schoolkantine is verleidelijker dan hun eigen lunch. De leerlingen blijven brood van huis meenemen, maar de helft

GEMIDDELDE GROENTECONSUMPTIE PER DAG[4]



koopt er wat bij in de kantine, supermarkt of snackbar. Ze vervangen melk door frisdrank en gaan meer gefrituurde etenswaren consumeren[18].

Werkomgeving

De beroepsbevolking eet min of meer dezelfde voedingsmiddelen als scholieren. Een derde neemt altijd zelf een lunchpakketje mee, waarvan ongeveer 70% dagelijks boterhammen meeneemt voor de lunch[19-21]. Werknemers in grotere bedrijven gebruiken vooral de bedrijfskantine of het bedrijfsrestaurant. Slechts iets meer dan de helft van de Nederlandse werknemers legt zijn werk neer om te pauzeren, een derde luncht zelfs achter zijn bureau[22]. Uit onderzoek blijkt dat 95% het toch belangrijk vindt om gezond te lunchen[23]. Men wil wel, maar ervaart een gebrek aan tijd. Een kortere lunchpauze wordt geassocieerd met geringere groente-inname en een grotere kans op ongezonde voedselkeuzes[24].

Lunchcultuur in andere landen

In andere landen zien we dat het anders kan, dat lunches groenterijk kunnen zijn en een rustmoment in de dag vormen. Landen als Japan, Italië, Groot-Brittannië, Finland en Duitsland zijn goede voorbeelden voor een andere invulling en organisatie van onze lunch. Hun lunchinvulling is doorgaans verankerd in wet- en regelgeving en wordt door de overheid gesubsidieerd[25-28]. In Nederland ontbreekt die sturing van overheidswege. En waar andere landen de schoolmaaltijden als onderdeel zien van de educatie, is de aandacht hiervoor op Nederlandse scholen beperkt.

Obstakels

Relaxt lunchen, meer groente eten, een langere middagpauze en meer aandacht voor elkaar tijdens de maaltijd – het blijkt in allerlei landen de normaalste zaak van de wereld. En toch ziet het er niet naar uit dat Nederland de groenterijke lunch massaal omarmt. Een collectieve ommezwaai naar zo'n gezonde lunchcultuur wordt bemoeilijkt door diverse factoren.

Huidige meeneemcultuur van belegde boterhammen

Nederlanders nemen vaak lunch mee van huis en gemiddeld besteden we relatief weinig tijd aan de lunch. Velen vinden het bereiden van een groenterijke lunch een heel gedoe en tijdrovend. Desondanks is het meenemen van een belegde boterham ook een gewoonte geworden van vele Nederlanders[29].

Continue aanwezigheid van ongezond voedselaanbod op plaatsen waar veel mensen komen

Op stations, benzinestations en in winkelstraten is een groot aanbod van 'meeneem'-lunches en snelle snacks. De minder gezonde opties zijn van verre te ruiken, liggen vooraan en zijn vaak onderdeel van een 'goedkope deal'. We leven in een obesogene omgeving[30].

Ontbreken van het maatschappelijk debat en politiek klimaat

Het maatschappelijk debat over hoe een groenterijke én relaxte lunch kan bijdragen aan gezondheidswinst, ziektepreventie en een duurzaam voedselsysteem is nog niet gevoerd. Dat het loont om tijd te nemen voor een groenterijke lunch kent voldoende bewijs, maar de discussie hierover met bijvoorbeeld de stakeholders uit de agrarische sector, de gezondheidszorg, werkgeversorganisaties en het onderwijs blijft uit. Ook over het verleggen van de verantwoordelijkheid voor de lunch naar instituties als school, bedrijf en zorginstelling wordt nauwelijks gesproken. Het gevolg hiervan is dat de maatschappelijke impact van alle initiatieven beperkt blijft. Echter, zelfsturing en keuzevrijheid zien we collectief als een van de belangrijkste

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zich richten op het bevorderen van een gezonde lunchcultuur in een school- of werkomgeving

Gezonde schoollunchcultuur

- Project Gezonde Schoollunch
- Lekker en Vers
- KinderResto
- Jong Leren Eten
- Schoolsoepie
- De Gezonde Basisschool van de Toekomst
- Klasse Moestuin
- Tiny food forest

Gezonde werklunchcultuur

- Land-Lunch
- Cook-Cook
- Boosty
- Lunchtafel
- Lunch van huis
- Samen gezond op het werk
- WeLunch
- De Buurtboer

waarden in onze samenleving[31]. Nederlanders houden niet van hiërarchie en betutteling[32]. Ieders streven om de organisatie van de lunch te verleggen naar instituties zoals scholen, bedrijven of zorginstellingen is daarmee in strijd.

Huidige regelgeving en subsidies

Als een goede lunch bijdraagt aan het welbevinden en de gezondheid van de bevolking, is er een rol weggelegd voor de overheid. Zij kan oplossingen ondersteunen door middel van wet- en regelgeving en subsidies. De ongewenste consequenties van de huidige regelingen moeten worden geanalyseerd; uiteraard hangt de uiteindelijke vorm waarin de overheid participeert af van het debat en het politieke klimaat.

Verwarring en onwetendheid bij de burger

De consument handelt vaak uit onwetendheid en een gebrek aan kennis over gezonde voeding. Er is veel informatie beschikbaar en dat leidt tot verwarring bij de consument[33].

Gebrek aan faciliteiten en gedragen verantwoordelijkheden

Een veelgehoord bezwaar tegen invoering van school- of werklunches is een gebrek aan faciliteiten en werkkrachten. Veel bedrijven beschikken niet over een gezamenlijke eetruimte, een keuken of keukengerei en al evenmin over arbeidskrachten die de lunch kunnen verzorgen.

Kosten

Bedrijfs- en schoolkantines zijn de meest voor de hand liggende plekken om groenterijke lunches aan te bieden. Bedrijfskantines zijn de afgelopen 10 jaar echter steeds minder populair geworden; op bestaande lunchsubsidies is bezuinigd, met als gevolg dat de aangeboden producten bijna 1,5 keer zo duur zijn geworden. De klanten zijn tot de conclusie gekomen dat een eigen lunch meenemen goedkoper is[19,21,28].

Doorbraken

Als het gaat om groenterijke en relaxte lunches zijn er goede initiatieven. Echter zijn de initiatieven vaak nog kleinschalig en verkeren ze in de experimenteerfase. Om veranderingen te realiseren zijn er stappen nodig op het gebied van zowel beïnvloeding én institutionalisering.

Beïnvloeding

De bestaande meeneemcultuur valt wellicht met voorlichting en goede voorbeelden om te vormen in de richting van groenterijke én relaxte lunches. Een dergelijke beïnvloedingsstrategie vergt veel inzet en doorzettingsvermogen; er is een dragende coalitie van private en publieke partijen met een gelijkgestemde boodschap voor nodig. De cultuurverandering zal vervolgens vele jaren vergen en alleen worden bereikt dankzij consistent volhouden. Retailers kunnen datzelfde bewerkstelligen door in hun recepten rekening te houden met de lunch voor de volgende dag om verspilling te voorkomen. De middenstand kan ook schoolkinderen stimuleren tot het doen van gezonde aankopen. Hun reclamebeleid biedt alle mogelijkheden om koopgedrag te beïnvloeden. Daarnaast kunnen ze beproefde methoden inzetten als spaar- en kortingsacties. Ook is het goed mogelijk om te zorgen dat groente geassocieerd wordt met de lunch. Dat kan door middel van tv-spotjes en acties, maar een hele aantrekkelijke manier lijkt op dit moment het inzetten van ambassadeurs[34].

Institutionalisering

Naast beïnvloeding is institutionalisering de belangrijkste oplossingsrichting. Er kan wet- en regelgeving worden opgesteld die de verantwoordelijkheid voor een groenterijke lunch uitbesteedt aan instituties als scholen, bedrijven en zorginstellingen. Lokale overheden kunnen een kwalitatief hoogstaande lunch stimuleren door alledaagse

belemmeringen af te schaffen, maatschappelijke drempels te verlagen en eventueel enkel groenterijke initiatieven te subsidiëren. Een financiële prikkel van de rijksoverheid zal uiteraard ook helpen om werkgevers te laten investeren in een groenterijke én relaxte lunch. Een maatschappelijk debat dient hieraan vooraf te gaan om te voorkomen dat onze nationale allergie voor betutteling gaat opspelen.

Overige aandachtspunten

Het is zaak om in beide oplossingsrichtingen te werken. Naast het aanjagen van bevorderend beleid, is ook het afremmen van de ongezonde tendensen en invloeden een goed idee. Een voorbeeld is starten met het formuleren van beleid om het aantal verleidingen in het straatbeeld terug te dringen[32]. Voor het duurzaam verbeteren van onze lunchcultuur, is het daarnaast van belang om alle aspecten zorgvuldig wetenschappelijk te begeleiden. Zo moet de logistiek rondom levering en productie worden bestudeerd en geoptimaliseerd. De kwaliteit van de groenterijke én relaxte lunch moet worden bijgehouden en de gezondheidswinst dient wetenschappelijk in kaart te worden gebracht. Er zijn voldoende initiatieven die zich lenen voor dergelijk onderzoek en die kunnen worden opgeschaald. Uiteindelijk is een samenwerking tussen de instellingen, overheid, retail en 'out-home' segmenten (restaurants, maaltijdbezorgservice en bedrijfscatering) onmisbaar.

Teneinde de groenterijke én relaxte lunch zijn noodzakelijke plek in de Nederlandse eetcultuur te bezorgen, roepen we alle stakeholders op om met elkaar het maatschappelijke debat aan te gaan en te zoeken naar geschikte oplossingen voor de bestaande obstakels.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Groenterijke én relaxte lunch**' van Diagnose Voeding & Gezondheid

Geen pillen maar paprika's

Als je hond beroerd is, zal de dierenarts vragen wat je hem te vreten geeft. De huisarts stelt jou diezelfde vraag eigenlijk nooit. Dat geeft te denken. Aangezien tachtig procent van de humane ziekten lifestyle-gebonden is, zijn medicijnen niet het antwoord. We moeten terug naar de basis, naar het dieet van de mensaap, die vooral plantaardig voedsel eet en af en toe iets dierlijks. Onze naaste verwant de gorilla eet zo'n driehonderd soorten planten.

Westerse ziekten bestaan sinds de uitvinding van de stoommachine; toen geraffineerde suikers, vlees en vet gemakkelijker beschikbaar kwamen. De voedingsindustrie weet dit, maar verandert niet, omdat economische belangen zwaarder wegen.

Nederland heeft geen voedingsonderwijs. Bovendien zijn we een van de weinige landen die geen schoolvoeding heeft. Binnen onze tropenroosters proppen kinderen in tien minuten wat eten naar binnen. In veel achterstandsgezinnen wordt niet ontbeten, waardoor jonge kinderen met een lege maag op school zitten. Dat ze niet meekomen, komt dat door hun komaf of door voeding? De oplossing is een deltaplan voor voeding en gezondheid. We gaan jong leren eten.

- Kinderen leren waar voedsel vandaan komt en hoe het te bereiden
- We eten tachtig procent plantaardig en twintig procent dierlijk voedsel
- Middelbare scholen worden automaatvrij
- Geen pakjes of zakjes in de kantine
- Schoolvoedsel wordt gratis om te voorkomen dat de voedingslobby de verkeerde producten promoot
- De jeugd krijgt corvee, gaat voedsel bereiden, serveren, leert gastvrijheid en ontdekt zodoende arbeidsmogelijkheden

In de volwassenheid trekken we dit door: ook restaurants gaan tachtig procent plantaardig en twintig procent dierlijk serveren. Groenten worden net zo belangrijk als wijn en vlees, inclusief vermelding van herkomst. We zijn niet van Unilever, PepsiCo, Nestlé of Coca-Cola afhankelijk. Integendeel.

Gezondheid moet leidend worden in ons voedselsysteem. Met de enorme kostenbesparing binnen de gezondheidszorg kan dit gemakkelijk gefinancierd worden. En voor de voedselproducenten is deze nieuwe trend een enorme markt. Als wij wereldwijd tachtig procent plantaardig en twintig procent dierlijk gaan eten, is er genoeg landbouwareaal om twintig miljard mensen goed en gezond te voeden.

Rob Baan
CEO
Koppert Cress

Voor Lonneke

We spreken elke donderdag af op het hoogste dakterras. De stilte van de stad is hier op zijn mooist. De vogels om ons heen, de bosachtige geuren. Het zijn gestolen momenten waar we natuurlijk allebei intens van genieten, maar jij stiekem toch nog een beetje meer dan ik.

'Je wordt gescand om te bepalen wat je kan eten en we bestellen onze lunch. Mét twee glazen witte wijn waarvan je ooit hebt besloten dat helemaal zonder echt niet te doen is. Klinkklare onzin natuurlijk, maar protesteren heeft geen zin en het is je gegund, dat zeker.' De lunch is fantastisch als altijd en verrassend omdat jij nooit van tevoren weet wat het zal zijn. We eten, drinken (ogen dicht, nippend), lachen, discussiëren fel, soms onderbroken omdat je meent een vogelroep te herkennen en met een verrekijker probeert om bevestiging te krijgen.

Het verleden komt zoals bijna altijd ter sprake omdat het er nou eenmaal is en we er niet omheen kunnen. Of er over uit. Hoe weer een laatste strohalm nu eens niet een onzinverhaal blijkt te zijn, maar daadwerkelijk aanslaat. En hoe verder je kwam in deze behandeling hoe groter het ongeloof en hoe fijner dat je al die rotzooi steeds meer kwijtraakt en je je echt beter voelt. Niet eens te mooi om waar te zijn. Lekker en goed eten, iets waar je toch al van hield, je redding? Geen steriel ziekenhuis maar buitenlucht, frisgroen en kakelvers? We praten er een beetje ongemakkelijk omheen omdat je nooit zeker weet en proosten op dit leven en de vooruitgang.

Tijd. Ter afscheid een hele dikke knuffel en tot volgende week. Same time, same place.

Mijn droom is dat de mens leeft in een omgeving die bijdraagt aan zijn gezondheid en welzijn. Daar hoort uiteraard een gezond voedingspatroon bij. Dutch Cuisine stimuleert dit door te laten zien hoe seizoensgroentens uit eigen land het hoofdbestanddeel kunnen zijn op ieder bord. 80% Groenten en 20% vlees/vis en zuivel. Eerlijke kwaliteitsproducten; waar mogelijk biologisch, fairtrade, diervriendelijk, puur, vers en regionaal geproduceerd.

Bas Cloo
Mede-oprichter & Ambassadeur
Dutch Cuisine

Wanneer staat de lunch op het rooster?

Eten wij vandaag chips of patat als lunch? Gaan wij naar de benzinepomp of de snackbar? Een dagelijkse keuze van leerlingen. Mijn droom is dat alle kinderen en jongeren een gezonde, warme lunch krijgen op school. Zo'n schoollunch zorgt ervoor dat alle leerlingen dagelijks te maken krijgen met een verantwoorde maaltijd. Zulke schoollunches zijn al jaren praktijk in bijvoorbeeld Frankrijk en Scandinavië.

Hoe stel ik mij dit voor? Alle leerlingen krijgen op kosten van de overheid een lunch van twee gangen die is samengesteld uit biologische producten. De basis van het menu zijn groenten en fruit. Vlees en vis staan af en toe op het menu, mits die duurzaam en met oog voor dierenwelzijn zijn geproduceerd. Het menu wordt vooral gekenmerkt door seizoens- en streekproducten, een kans dus voor regionale agrariërs en groothandels. De schoolkantines worden gerund door de scholen zelf en niet door commerciële cateraars. De scholen zetten - voor een belangrijk deel - mensen met een beperking in als personeel van de duurzame schoolkantine. Leerlingen helpen mee met het dekken en afruimen van de tafels, en het schoonmaken. Al met al kost dit een klein uur.

Wat levert dit op:

1. Kinderen en jongeren, ongeacht hun thuissituatie, krijgen dagelijks een gezonde maaltijd en leren wat gezonde voeding is
2. Leerlingen nemen tijd voor hun maaltijd. Een dagelijks rustmoment in plaats van een pauze van twintig minuten voor figuurlijk en vaak letterlijk fastfood
3. Duizenden mensen met een beperking krijgen zinvol werk
4. Op de langere termijn: een afname van overgewicht onder jongeren
5. Een gegarandeerde lokale afzetmarkt voor agrarisch ondernemers

Is dit een droom of een businesscase? Investeren in gezonde voeding voor de komende generaties is een taak van rijksoverheid; zij dient de infrastructuur en de dagelijkse maaltijden te financieren. Van scholenorganisaties vergt het de bereidheid om het gezamenlijk nuttigen van een maaltijd niet te zien als een aanslag op de overvolle lessentabellen, maar als een zinvol onderdeel van het rooster. Mijn droom vraagt dus vooral politieke moed van de bewindspersonen van OCW, SZW en LNV.

Wim-Jan Renkema
Lid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
GroenLinks

Een droom die smaakt naar meer

Als jongen van tien had ik een droom: kok worden en door middel van mijn beroep zoveel mogelijk van de wereld zien én proeven! Ik heb toen het geluk gehad dat mijn ouders mij al op m'n twaalfde naar de koksschool lieten gaan (het schooladvies was Havo) waardoor ik al vroeg aan het realiseren van mijn ambitie mocht bouwen. Inmiddels ben ik 52, Meesterkok en Meesterpatissier en heb ik op mijn stoutste droomlocaties mogen koken: bij onze Koningin, als deelnemer aan de Wereldkampioenschappen koken én patisserie, tijdens het Governors Ball van de Oscars, op televisie en van Sydney tot Honolulu!

Van kleins af aan heb ik mijn dromen altijd 'gewoon' besteld... in het Universum. Besteld en vervolgens losgelaten in de overtuiging dat het zou gaan gebeuren. Daarna natuurlijk gedegen doorwerken, maar zonder mij heel erg zorgen te maken over de vraag 'Hoe dan?' Het voordeel hiervan is dat ik tot op de dag van vandaag durf te blijven dromen terwijl ik geniet van de energie die mij dit geeft!

Energie is ook het sleutelwoord van mijn nieuwe droom. Na *24Kitchen* ben ik met de initiatiefnemers ervan begonnen aan een veel grotere ambitie: het leveren van een waardevolle bijdrage aan gezonder leven. Op het online leefstijlplatform *FoodFirst Network* brengen andere chefs en ik recepten en kookvideo's die niet alleen draaien om de vraag of het lekker is of er mooi uitziet, maar vooral: 'wat is de waarde ervan voor jou, voor je vitaliteit en je gezondheid?'

Vers fruit en vooral ook groenten vormen de basis van onze visie op lekker en gezond eten. Er is nog flink werk aan de winkel, want helaas haalt lang niet iedereen de minimale hoeveelheid van 250 gram groenten per dag. De oplossing daarvoor zit in de lunch. We kunnen gemakkelijk die twee boterhammen inruilen voor een salade, een groentesoepje of een portie oven-geroosterde groenten. Al doe je het om de dag, je merkt snel dat je je fitter gaat voelen! En, minstens zo belangrijk, een salade dwingt je om rustiger te eten.

Ik weet inmiddels dat al mijn dromen haalbaar zijn, dus ik droom hem alvast hardop: Nederland aan de groenterijke en relaxte lunch!

Rudolph van Veen
Meesterkok & Meesterpatissier
FoodFirst Network

Onbezorgd opgroeien in een gezonde én duurzame omgeving

Als opa ben ik trots op mijn kleindochter en twee kleinzonen. In mijn droom doe ik samen met mijn kleindochter June de boodschappen. Ze is dan inmiddels negen jaar oud en geniet ervan om samen met haar opa op pad te zijn. “Wat zullen we vanavond eten; gehaktballetjes, kip of een tartaartje?”, vraag ik aan June. “Vlees? Doe mij maar iets van groente!”, zegt ze hoopvol. “Wij eten helemaal niet meer zoveel vlees en vis als jullie vroeger, opa. En dat is ook nog eens gezond, beter voor het milieu en hartstikke lekker!”, voegt ze eraan toe.

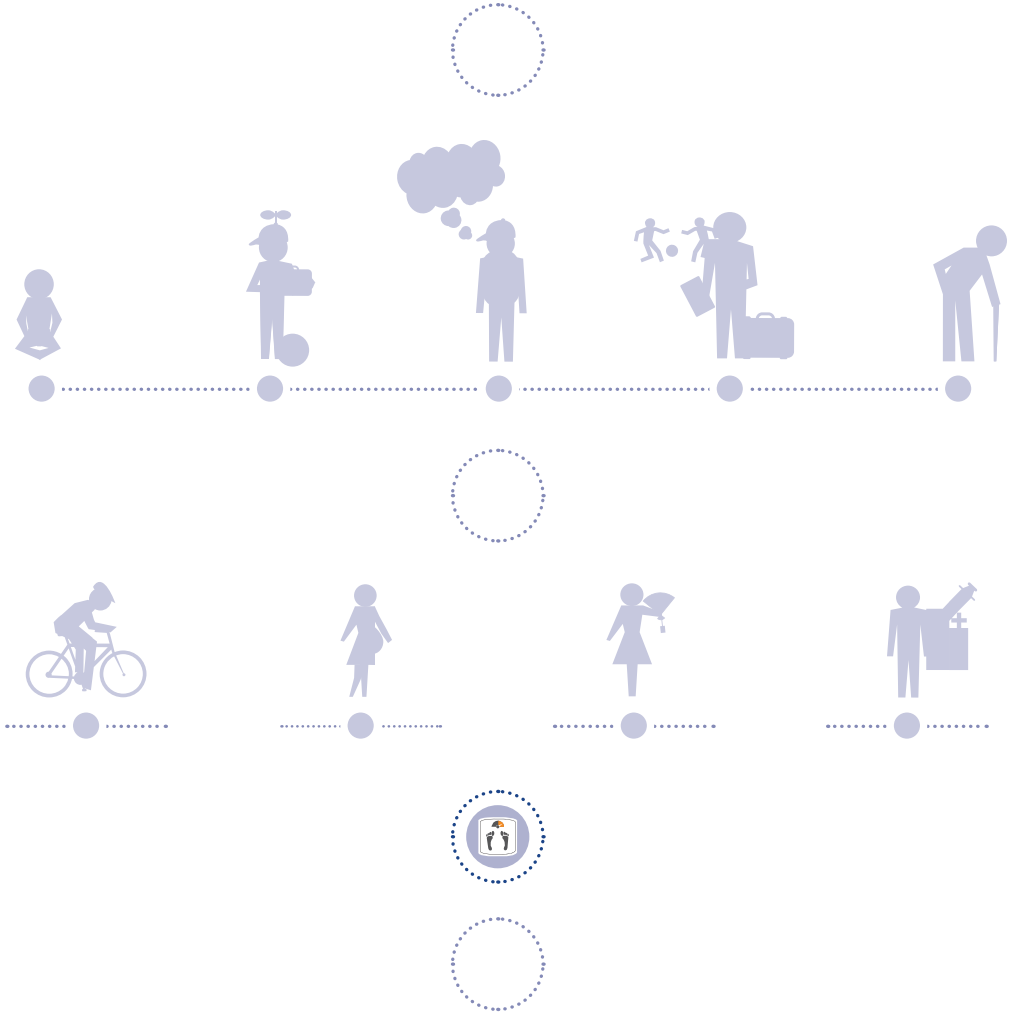
Rennend schiet ze voor me uit, de supermarkt in, terwijl ze het ene na het andere product uit de schappen graait. “Kijk je wel goed naar de voedseletiketten of ze wel gezond zijn?”, roep ik haar toe. “Keurmerken?”, vraagt ze verbazend. “Die bestaan al een hele tijd niet meer, opa! Wist je dat niet?” Even viel ik terug in mijn oude gewoonte en vergat ik dat de keurmerken inderdaad al enige tijd van de voedselproducten verdwenen zijn. Ze waren immers ook niet meer nodig aangezien voedingsmiddelen niet meer te veel suikers, vetten, kleurstoffen en andere ongezonde ingrediënten mogen bevatten.

Met een winkelwagentje bomvol gezonde producten loop ik richting de kassa. “Wil je niet nog iets lekkers voor vanmiddag bij de lunch?”, vraag ik aan June. De woorden hebben amper mijn mond verlaten of June is alweer terug met haar armen vol met snoeptomaatjes, -komkommers en -paprika’s. “Hier heb ik zo’n zin in!", zegt ze met een brede grijns.

Het is inmiddels een vanzelfsprekendheid dat kinderen zelf de gezonde én duurzame keuze maken. Wat heerlijk eigenlijk dat je je als opa daar niet meer druk over hoeft te maken. Natuurlijk ondersteunt ook de omgeving haar in het maken van deze keuze. In de supermarkt is het immers zo dat de gezonde én duurzame keuze ook de enige keuze is.

Heerlijk zo’n kleindochter. Zouden mijn kleinzonen later ook zo zijn, denk ik bij mezelf? Vast wel.

Teun Verheij
Algemeen Directeur
Albron



Overgewicht

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met overgewicht

Overgewicht

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met overgewicht

Een gezonde leefstijl draagt bij aan een energiek leven. Hoewel we dat in de kern allemaal weten, leven we gemiddeld genomen helemaal niet zo gezond. Zo kampt meer dan de helft van de Nederlanders met overgewicht, doorgaans veroorzaakt door een ongezond voedingspatroon. Dat is een probleem voor de mensen die het betreft, maar het schaadt ook de economie, werkgevers en de zorg. Er valt grote gezondheidswinst te behalen indien overgewicht in de Nederlandse samenleving zou afnemen. De afgelopen jaren zijn er al vele maatregelen, waaronder verschillende gericht op gezonde voeding, getroffen om dit realiseren. In hoeverre hebben deze maatregelen effect gehad? En wat zou er nóg beter kunnen?

Overgewicht wordt gedefinieerd als 'abnormale of excessieve vetstapeling in het lichaam die de gezondheid kan beïnvloeden'[1]. Op basis van de Body Mass Index (BMI) onderscheiden we gematigd en ernstig overgewicht (obesitas). Overgewicht wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een verstoring in de energiebalans: consumeren we meer energie (gemeten in calorieën) dan we verbruiken, dan wordt het overtollige deel door het lichaam opgeslagen in de vorm van vet[2]. Wanneer er over een langere periode sprake is van zo'n positieve energiebalans, kan dit leiden tot overgewicht[3]. Voeding speelt hierbij, samen met lichamelijke beweging, een belangrijke rol.

Overgewicht in Nederland

De afgelopen decennia is het aantal mensen met overgewicht in Nederland flink gestegen. In 1990 betrof het één op de drie volwassen Nederlanders, in 2018 was 50,2% van de Nederlandse volwassenen te zwaar en was 15,0% obees. Bij kinderen liggen deze percentages lager: in 2018 had 9% van de 4 tot 17-jarige kinderen matig overgewicht en was 2,7% obees[4]. Men verwacht dat het percentage volwassenen met overgewicht de komende jaren alleen maar verder toeneemt. Volgens voorspellingen zal in 2040 62% van de volwassen Nederlanders overgewicht hebben[5]. Het percentage kinderen met overgewicht en obesitas is sinds 1990 nauwelijks veranderd[6]. In vergelijking met Europese landen doet Nederland het overigens niet slecht. De Nederlandse cijfers van overgewicht liggen voor zowel jongeren als volwassenen namelijk onder het Europese gemiddelde. Zo had in 2014 had 51,9% van de Europese volwassenen overgewicht ten opzichte van 49,5% van de Nederlandse[7].

Overgewicht en demografische factoren

Demografische factoren als leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen, etniciteit en woonplaats hangen samen met overgewicht. Zo neemt het risico op overgewicht naarmate men ouder wordt toe door onder andere afname van lichamelijke activiteit, veranderingen in de hormoonhuishouden en daling van het energieverbruik in rust[8].

Al sinds 1990 komt matig overgewicht meer voor bij mannen en obesitas meer bij vrouwen. Het aantal mannen met matig overgewicht nam de afgelopen decennia sneller toe dan het aantal bij vrouwen. Bij obesitas waren hierin geen verschillen[4]. De toename van matig overgewicht onder mannen zal tussen 2015 en 2040 9% bedragen, die van obesitas 7%. Bij vrouwen stijgt het aantal mensen met overgewicht in diezelfde periode met 4%, terwijl verwacht wordt dat het aandeel vrouwen met obesitas 8% stijgt[5].
Zowel gematigd overgewicht als obesitas komen vaker voor bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden[4]. In 2016, had 65% van de laagopgeleiden overgewicht ten opzichte van 35% van de hoogopgeleiden. Bij obesitas was dit verschil nog groter: in de groep laagstopgeleiden komt vier keer vaker obesitas voor ten opzichte van de hoogstopgeleide groep[9]. In de periode tot 2040 zal zowel matig overgewicht als obesitas voor alle opleidingsniveaus toenemen. Hoewel de verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden voor matig overgewicht kleiner worden, wordt verwacht dat de verschillen in percentages voor hoog- en laagopgeleiden met obesitas alleen maar groter worden[10].

Bij kinderen zien we hetzelfde patroon: in de laagste inkomensgroep heeft één op de vijf kinderen overgewicht, in de hoogste inkomensgroep één op de twintig. Verder hebben kinderen waarvan één of beide ouders overgewicht heeft, een groter risico op overgewicht dan kinderen van ouders met een gezond gewicht[11]. Tot slot zijn er ook regionale verschillen bij overgewicht. Vanaf 1981 begon de stijging van het aantal mensen met overgewicht en obesitas in Noord- en Oost-Nederland. Daarna nam het in alle regio's snel toe. In 2016 was het percentage overgewicht met 40,7% het laagst in de regio Amsterdam. Het percentage overgewicht was met ruim 52% het hoogst in Drenthe, Flevoland, Zuid-Limburg en Twente[12].

Oorzaken overgewicht

Overgewicht is een complex thema doordat er in de meeste gevallen allerlei factoren tegelijkertijd optreden. De oorzaken van overgewicht kunnen worden ingedeeld in twee categorieën: leefstijl én voedselomgeving enerzijds en medische oorzaken anderzijds.

Leefstijl en voedselomgeving

Overgewicht wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Aan een ongezonde leefstijl ligt vaak weer een ongezonde voedselomgeving ten grondslag. Er zijn veel aspecten binnen leefstijl en voedselomgeving met een belangrijke invloed op de ontwikkeling van overgewicht.

Het gaat bij leefstijl om de invloed van gedrag (voedingspatroon, lichaamsbeweging en slaap) op de gezondheid[13]. Verschillende aspecten van het voedingspatroon zijn geassocieerd met (ernstig) overgewicht. Ook tonen verschillende studies dat overgewicht geassocieerd is met het vaker eten van energierijke voeding waaronder fastfood[14-16]. Echter, consistent wetenschappelijk bewijs voor de link tussen voedingsgewoonten en overgewicht is beperkt. Wel is bekend dat overgewicht mogelijk samenhangt met het overslaan van het ontbijt en/of de lunch[17,18], met de consumptie van grote porties[16,17], met vaak buitenshuis eten[16] en met nachtelijke voedselconsumptie[17]. Er is geen consistent wetenschappelijk bewijs voor de relatie tussen eetfrequentie en overgewicht[16,19]. Mensen met overgewicht volgen daarnaast wel vaker een dieet dan mensen met een gezond gewicht[20]. Het volhouden van zo'n dieet of nieuwe leefstijl blijkt echter lastig, waardoor (ernstig) overgewicht op de lange termijn behouden blijft[21]. Maar liefst 80% van de mensen met overgewicht die probeert af te vallen, vervalt weer in oude gedragspatronen[22].

Bij de voedselomgeving gaat het om de beschikbaarheid van voeding, alsmede om de informatie erover, de prijsstelling ervan, de regelgeving erover en de marketing ervan. Hoe invloedrijk de voedselomgeving is blijkt wel uit het feit dat de toename van overgewicht en obesitas de afgelopen jaren gelijke trend hield met de groei van het aanbod van ongezond voedsel. De omgevingsfactoren die van invloed zijn op voeding en overgewicht worden in vier categorieën onderverdeeld: fysiek, digitaal, sociaal en beleidsmatig[23]. Onder fysieke omgevingsfactoren valt onder andere het groeiende aantal eet- en drinkgelegenheden in steden[23], de toenemende populariteit van fastfood[24] en het toenemende prijsverschil tussen gezonde en ongezonde voeding[25,26]. Ook het voedselaanbod in de supermarkt is veelal ongezond: ruim 70% van het aanbod is sterk bewerkt voedsel[23]. Juist de consumptie van deze bewerkte voedingsmiddelen leidt tot gewichtstoename[27]. De digitale omgeving bestaat uit locaties waar we met voedingsmiddelen geconfronteerd worden zoals het internet of sociale mediakanalen. Schermtijd bij zowel kinderen als volwassenen leidt tot een hogere blootstelling aan advertenties en marketing van ongezonde voedingsmiddelen. Bovendien zijn veel van de nieuwe marketingvormen, zoals internetreclame en sponsoring moeilijk als zodanig te herkennen. Dit leidt voor de consument tot vervaging van het onderscheid in programma's en reclame[26]. Onder sociale omgeving wordt de sociale achtergrond van het individu verstaan. Hiertoe behoren onder andere de sociale normen en culturele waarden omtrent voeding en overgewicht en de sociaaleconomische positie[23]. Zo hebben mensen met een lage sociaaleconomische positie een groter risico op een ongezond voedingspatroon dan mensen met een hoge sociaaleconomische positie[28]. Bij de beleidsmatige omgeving gaat het om wet- en regelgeving. Op nationaal en internationaal niveau bestaan er verschillende wetgevingen omtrent de voedselomgeving. Hierdoor speelt de overheid een belangrijke rol in het voedselaanbod. Voorbeelden van wetgevingen in Nederland zijn de Omgevingswet en de wetgeving omtrent voedseletikettering[29,30].

Medische oorzaken

Alhoewel overgewicht in de meeste gevallen het gevolg is van een ongezond voedingspatroon en/of lichamelijke inactiviteit, kan overgewicht ook medische oorzaken hebben. Voorbeelden van medische oorzaken zijn het syndroom van Cushing en het syndroom van Prader-Willi. Cushing is een syndroom waarbij er over een langere tijd te veel van het stresshormoon cortisol in het bloed aanwezig is. Dit leidt onder andere tot gewichtstoename door extra vetopslag[31]. Het Prader-Willi syndroom wordt gekenmerkt door een afwijkende lichaamssamenstelling van meer vetmassa en minder spiermassa. Mensen met dit syndroom hebben een sterke en soms onverzadigbare eetlust wat kan leiden tot ernstig overgewicht[32]. Toch is overgewicht door genetica verantwoordelijk voor slechts een klein deel van het totaal aantal mensen met overgewicht. Overige medische factoren die bijdragen aan het ontstaan van overgewicht zijn sommige bacteriesoorten in de darmen, slaaptekort, een verstoorde hormoonhuishouding en bepaald medicijngebruik waaronder antidepressiva of anti-epileptica[33].

Gevolgen van overgewicht

Het stijgende aantal mensen met overgewicht in Nederland heeft ook negatieve gevolgen voor de gezondheidszorg, economie en maatschappij. Allereerst gaat overgewicht gepaard met een verhoogde kans op fysieke gezondheidsproblematiek. Zo is overgewicht geassocieerd met de ontwikkeling van verschillende chronische ziekten, zoals diabetes type 2, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker en rug- en gewrichtsklachten[34]. Op

jonge leeftijd verhoogt overgewicht de bloeddruk en het cholesterolgehalte. Bovendien behoudt 80% van de kinderen met overgewicht ook overgewicht wanneer men volwassen is[35]. In 2015 leidde ongezonde voeding tot gemiddeld 1,28 jaren verlies in gezonde jaren en 0,86 jaren verloren aan vroegtijdige sterfte. Hiermee was ongezonde voeding verantwoordelijk voor 8,1% van de totale ziektelast in Nederland. Verder was ongezonde voeding verantwoordelijk voor 12.900 sterfgevallen. Voor overgewicht was het verlies gemiddeld 0,60 gezonde jaren en 0,30 jaren verloren door vroegtijdige sterfte. Daarmee was overgewicht verantwoordelijk voor 3,7% van de totale ziektelast en 4.200 sterfgevallen[5]. De grote gevolgen van overgewicht op de gezondheid leiden tot een verhoogde druk op het zorgstelsel en verhoogde zorgkosten. De trajecten om mensen met (ernstig) overgewicht te behandelen en te begeleiden duren namelijk vaak lang en zijn erg intensief[36]. Daarnaast zijn zorgkosten voor mensen met gematigd overgewicht gemiddeld 12% hoger dan voor mensen met een gezond gewicht. Voor mensen met obesitas is de zorg zelfs 36% duurder[37].

Op de werkvloer leidt overgewicht tot meer arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim en daardoor hogere kosten[29]. Werknemers met obesitas verzuimen gemiddeld 14 dagen per jaar meer door ziekte dan werknemers met een gezond gewicht[38]. De kosten van dit ziekteverzuim voor de Nederlandse werkgevers bedragen naar schatting 600 miljoen euro per jaar, productiviteitsverlies en vroegtijdige uittreding niet meegerekend[39]. In werkelijkheid zijn deze kosten waarschijnlijk dus nog hoger.

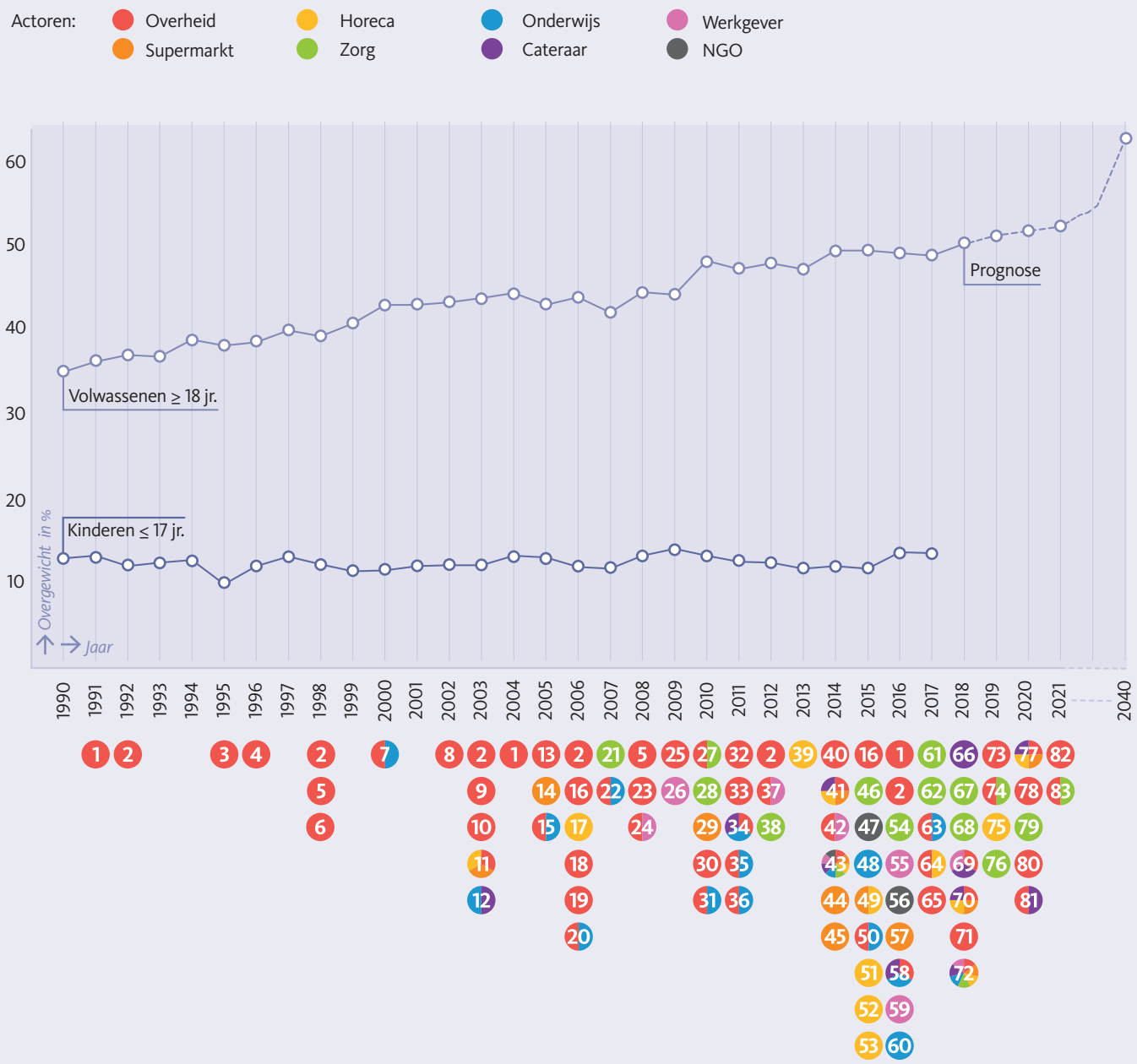
Overgewicht hangt bovendien samen met de aanwezigheid van psychische problemen[29]. Vooral onder mensen met zwaar overgewicht (obesitas) komen psychische problemen, zoals angststoornissen of depressie, vaker voor[6,40]. Deze mentale problematiek als gevolg van overgewicht leidt, samen met de beschreven fysieke problematiek, tot een verlaagde kwaliteit van leven[41]. Mensen met overgewicht hebben daarnaast vaker te maken met stigmatisering en discriminatie dan mensen met een gezond gewicht[6]. Ze worden veroordeeld als lui, incompetent, onaantrekkelijk, minder wilskrachtig en worden zelf verantwoordelijk geacht voor hun overgewicht[42]. Kinderen met (ernstig) overgewicht worden vaker gepest en buitengesloten door leefstijlgenootjes dan kinderen met een gezond gewicht[43]. Zo geeft 18-25% van de kinderen met obesitas en 9-15% van de kinderen met gematigd overgewicht aan maandelijks gepest te worden, tegenover 5-8% van de kinderen met gezond gewicht[40]. Dit verhoogt het risico op een laag zelfbeeld, wat weer samenhangt met gevoelens van eenzaamheid, verdriet en spanning[4].

Preventie van overgewicht

Inzet op de preventie van overgewicht heeft veel voordelen. Gewichtsverlies bij mensen met overgewicht levert namelijk al snel gezondheidswinst op. Zo leidt 5-10% gewichtsverlies tot een lagere bloeddruk, lagere cholesterolwaarden en maar liefst halvering van het risico op diabetes type-2[44]. Preventie van overgewicht leidt ook tot betere mentale gezondheid, lagere arbeidsongeschiktheid, lagere zorgkosten en geringe druk op het zorgstelsel[45]. Door de jaren heen zijn door de overheid en andere actoren verschillende maatregelen genomen om een gezonde leefstijl onder Nederlanders te bevorderen, zoals te zien is in **figuur 2: 'Trends en prognose van overgewicht in Nederland'.**

Figuur 2 visualiseert de trend van overgewicht onder Nederlandse volwassenen en kinderen in de afgelopen 30 jaar en de prognose na 2040[6,10]. Onder de grafiek worden voedingsgerelateerde maatregelen tegen overgewicht

FIGUUR 2: TRENDS EN PROGNOSE VAN OVERGEWICHT IN NEDERLAND
Met bijbehorende maatregelen om deze trends en prognose tegen te gaan (1990-2040)



V = Maatregel gericht op volwassenen & ouderen K = Maatregel gericht op kinderen A = Algemene maatregel

1. **Invoering (vernieuwde) Schijf van Vijf** (overheid; ontwikkeld in 1953, vernieuwd in 1981, 1991, 2004 & 2016; A)
2. **Start voedselconsumptiepeilingen** (overheid; 1987, 1992, 1998, 2003, 2006, 2012, 2016; A)
3. **Nota Gezond en wel** (overheid; 1995; A)
4. **Start Regulier Overleg Warenwet** (overheid; 1996; A)
5. **Nota Voedingsbeleid** (overheid; 1983, 1998, 2008; A)
6. **Oprichting Voedingscentrum** (overheid; 1998; A)
7. **Start Schoolgruiten programma** (overheid, onderwijs; 2000; K)
8. **Oprichting Kenniscentrum Overgewicht** (overheid; 2002; A)
9. **Nota Langer gezond** (overheid; 2003; A)
10. **Advies Gezondheidsraad Overgewicht en Obesitas** (overheid; 2003; A)
11. **Start Taskforce Verantwoorde Vetzuursamenstelling** (overheid, supermarkt, horeca; 2003-2010; A)
12. **Start De Gezonde Schoolkantine** (onderwijs, cateraar; 2003-nu; K)
13. **Start convenant overgewicht** (overheid; 2005-2009; A)
14. **Supermarkt zet in op campagnes gezonde voeding en leefstijl** (supermarkt; 2005-nu; A)
15. **Start programma Lekker Fit!** (overheid, onderwijs; 2005; K)
16. **Invoering (vernieuwde) Richtlijnen Goede Voeding** (overheid; ontwikkeld in 1986, vernieuwd in 2006 & 2015; A)
17. **Fastfoodketen zet in op voedingsinformatie op placemats en verpakkingen producten** (horeca; 2006; A)
18. **Nota Kiezen voor gezond leven** (overheid; 2006; A)
19. **Start Ik kies bewust/Het vinkje** (overheid; 2006-2016; A)
20. **Start Smaaklessen** (overheid, onderwijs; 2006; K)
21. **Oprichting Alliantie Voeding in de Zorg** (zorg; 2007; A)
22. **Start programma Jong Leren Eten** (overheid, onderwijs; 2007; K)
23. **Oprichting Partnerschap Overgewicht Nederland** (overheid; 2008; A)
24. **Start campagne WerkFruit** (werkgever, overheid; 2008-2010; V)
25. **Nota Overgewicht** (overheid; 2009; A)
26. **Werkgever zet in op aanbieden van groente en fruit** (werkgever; 2009-nu; V)
27. **Ontwikkeling Zorgstandaard Obesitas** (zorg, overheid; 2010; A)
28. **Oprichting Aacademie voor Leefstijl en Gezondheid** (zorg; 2010; A)
29. **Introduceren verspakketten** (supermarkt; 2010; A)
30. **Convenant Gezond Gewicht** (overheid; 2010; A)
31. **Start Jongeren op Gezond Gewicht** (overheid, onderwijs; 2010; K)
32. **Invoering Wet verstrekking van voedselinformatie aan consumenten** (overheid; 2011; A)
33. **Nota Gezondheid dichtbij** (overheid; 2011; A)
34. **Start Handvest gezonder voedingsaanbod op scholen** (overheid, onderwijs, cateraar; 2011-2015; K)
35. **Start EU schoolfruit** (onderwijs, overheid; 2011-nu; K)
36. **Start De gezonde school aanpak** (overheid, onderwijs; 2011; K)
37. **Start actieplan Gezond Bedrijf** (werkgever, overheid; 2012-2014; V)
38. **Ontwikkeling voedingsconcepten in ziekenhuizen** (zorg; 2012-nu; A)
39. **Horeca zet in op gezondere concepten zoals saladebars** (horeca; 2013-nu; A)
40. **Start Nationaal Programma Preventie** (overheid; 2014-2016; A)
41. **Start Akkoord Verbetering Productsamenstelling** (overheid, supermarkt, horeca, cateraar; 2014-2020; A)
42. **Start subsidie duurzame inzetbaarheid vanuit Europees Sociaal Fonds** (overheid, werkgever; 2014-2020; V)
43. **Start Alles is gezondheid** (overheid, supermarkt, horeca, cateraar, zorg, onderwijs, werkgever, NGO; 2014-nu; A)
44. **Supermarkt zet in op gezondere kassa's** (supermarkt; 2014-nu; A)
45. **Supermarkt zet in op online productinformatie** (supermarkt; 2014-nu; A)
46. **Ontwikkeling NHG Zorgmodules Leefstijl** (zorg; 2015; A)
47. **Oprichting Alliantie Stop Kindermarketing** (NGO; 2015; K)
48. **Onderwijs zet in op gezondheidsbeleid** (onderwijs; 2015; K)
49. **Introduceren van foodswaps** (supermarkt, horeca; 2015; A)
50. **Start convenant Scholen voor primair en voortgezet onderwijs en sponsoring** (onderwijs, overheid; 2015-2018; K)
51. **Horeca zet in op serveren van meer groente en minder vlees** (horeca; 2015; A)
52. **Horeca zet in op keuze voor halve porties op menukaart** (horeca; 2015; A)
53. **Horeca zet in op gezondere bereidingswijzen** (horeca; 2015; A)
54. **Oprichting vereniging Arts en Leefstijl** (zorg; 2016; A)
55. **Invoering gratis gezonde lunch werknemers Rob en Bob Fair Food** (werkgever; 2016; V)
56. **Oprichting Transitiecoalitie Voedsel** (NGO; 2016; A)
57. **Supermarkt zet in op verbetering eigen doelstellingen met betrekking tot gezondheid** (supermarkt; 2016-nu; A)
58. **Start Akkoord Gezonde Voeding op scholen** (overheid, onderwijs, cateraar; 2016-2020; K)
59. **Werkgever zet in op vitaliteitprogramma's** (werkgever; 2016-nu; V)
60. **Oprichting alliantie Voedselonderwijs** (onderwijs; 2016; K)
61. **Oprichting Nederlands Innovatiecentrum Leefstijlgeneeskunde** (zorg; 2017; A)
62. **Start Taskforce Gezond eten met ouderen** (zorg; 2017; V)
63. **Start Gezonde Kinderopvang** (onderwijs, overheid; 2017-2020; K)
64. **Start taskforce Gezond uit** (overheid, horeca; 2017; A)
65. **Start 'Ik kies gezond app' van Voedingscentrum** (overheid; 2017; A)
66. **Ontwikkeling strategie 'Aan de slag voor een gezonder bedrijfsrestaurant!'** (cateraar; 2018; V)
67. **Manifest voor Leefstijlgeneeskunde** (zorg; 2018; A)
68. **Manifest naar voeding op maat in de medische zorg** (zorg; 2018; A)
69. **Start De Gezonde Werkvloer** (overheid, werkgever, cateraar; 2018; V)
70. **Start Nationaal Actieplan Groente en Fruit** (overheid, supermarkt, horeca, cateraar; 2018-2020; A)
71. **Start Gezonde Buurten** (overheid; 2018-2021; A)
72. **Start Nationaal Preventie Akkoord** (overheid, supermarkt, horeca, cateraar, onderwijs, zorg, werkgever; 2018-2040; A)
73. **Invoering Reclamecode voor Voedingsmiddelen** (overheid; 2019; A)
74. **Invoering GLI in basisverzekering** (overheid, zorg; 2019; V)
75. **Invoering gratis watertappunten op stations** (horeca; 2019; A)
76. **Zorg zet in op extra aandacht voor voeding in bestuurlijk akkoord huisartsenzorg** (zorg; 2019-2022; A)
77. **Invoering nieuw nationaal systeem voor productverbetering** (overheid, supermarkt, horeca, cateraar; 2020; A)
78. **Start nieuwe aanpak voor een sluitende keten voor kinderen met overgewicht en obesitas in 35 gemeenten** (overheid; 2020; K)
79. **Invoering herziening multidisciplinaire richtlijn voor obesitas en overgewicht** (zorg; 2020; A)
80. **Invoering nieuw nationaal Voedselkeuzelogo** (overheid; 2020; A)
81. **Invoering vernieuwde richtlijnen gezondere kantines** (overheid, cateraar; 2020; A)
82. **Invoering omgevingswet** (overheid; 2021; A)
83. **Invoering herziening zorgstandaard voor overgewicht en obesitas** (zorg, overheid; 2021; A)

weergegeven, gerangschikt naar actor. Onder de actor 'overheid' worden zowel de overheid zelf als de door haar gefinancierde publieke organisaties verstaan. Tot de actor 'onderwijs' wordt ook de kinderopvang gerekend. Het overzicht geeft enkel maatregelen met een landelijke focus weer en niet de vele regionale en lokale initiatieven die er zijn. Het overzicht illustreert dat het aantal maatregelen om overgewicht tegen te gaan sinds 1990 sterk is toegenomen. In de periode 1990-2000 nam de overheid met name het initiatief voor voedingsgerelateerde maatregelen tegen overgewicht. Daarna zijn er steeds meer partijen actief geworden. Daarnaast heeft er een toename plaatsgevonden van actor-overstijgende maatregelen waarbij actoren steeds vaker gezamenlijk in actie zijn gekomen om overgewicht terug te dringen.

Toch blijken de historische en huidige maatregelen onvoldoende om de stijging van overgewicht te keren. De verklaring daarvoor is meerledig. Allereerst richten de maatregelen tegen overgewicht zich veelal op voorlichting en bewustwording, welke op zichzelf onvoldoende in staat zijn om overgewicht terug te dringen. Daarnaast zijn de maatregelen tegen overgewicht weinig concreet en te vrijblijvend, waardoor het moeilijk is om de effecten ervan te monitoren. Tot slot zijn het uiteindelijk de burgers zelf die verantwoordelijkheid dragen voor hun leefstijlkeuzes.

De omvang van de problematiek vraagt om een integrale aanpak. Het Nationaal Preventieakkoord (NPA) biedt een aanzet tot structurele aanpassing van omgeving en leefstijl[29].

Eén van de doelen van het NPA is om overgewicht onder jeugdigen en volwassenen met respectievelijk minimaal 4,4% en 10,7% te laten dalen tot 2040[29].

Doorbraken

Het aantal voedingsgerelateerde maatregelen om overgewicht tegen te gaan is sinds 1990 in Nederland sterk toegenomen. Echter, deze maatregelen zijn (nog) onvoldoende geweest om een trendbreuk te realiseren in de groeiende overgewichtsproblematiek. Desondanks is het een goede start en het begin van een beweging. Preventie is immers evident noodzakelijk.

Zowel in Nederland als in andere West-Europese landen worden de grootste voedingsgerelateerde maatregelen geïnitieerd door de overheid. Deze maatregelen zijn voor een groot deel gericht op (de preventie van) overgewicht bij kinderen. Opvallend is dat in het buitenland meer gebruik gemaakt wordt van sturende maatregelen zoals wet- en regelgeving.

Er moet de komende jaren worden ingezet op een integrale, structurele aanpak van leefstijl en voedselomgeving. Daarnaast valt van sturende maatregelen een bijdrage te verwachten, mits er continu wordt gemonitord. Er dient namelijk niet alleen te worden gereguleerd, maar het beleid moet ook voortdurend aangescherpt worden op basis van resultaatrapportages.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met overgewicht**' van Diagnose Voeding & Gezondheid

Leefstijl als medicijn

Mijn droom is helder, ik droom hem al jaren dagelijks. Het is die droom van waaruit ik Voeding Leeft ben gestart en van waaruit ik iedere dag werk.

Mijn droom gaat over een leefbare wereld voor mijn kinderen. Een wereld waar we wezenlijke aandacht voor ons eten hebben, hoe het groeit, wordt verbouwd en gegeten wordt en hoe het ons voedt, werkelijk voedt. Een wereld waarin de huisarts leefstijl als medicijn voorschrijft en ieder zijn eigen keuze laat maken.

In mijn droom is de migraine waar ik jaren mee kampte verdwenen. Soms voel ik hem nog licht opkomen maar door het advies van mijn dokter weet ik hoe ik dat kan omkeren. Mijn droomdokter inspireerde mij anders te eten, te bewegen en op tijd naar bed te gaan. Te eten met mijn dierbaren en het beeldscherm na de avondmaaltijd te verruilen voor een avondwandeling.

Die dokter die altijd zo gehaast leek en gefocust was op mijn klachten kijkt mij in mijn droom diep in de ogen en pakt mijn beide handen vast; hij geeft werkelijk om mij. Door mijn dokter kook ik met enkel verse en vooral heerlijke ingrediënten, eet ik drie keer per dag ruim voldoende en met aandacht, drink ik af en toe een prachtig glas wijn, doe ik mijn best er intens van te genieten en probeer ik al die tijd met zo weinig mogelijk ademhalingen te leven.

Die droomdokter is niet uniek, in mijn dromenland is hij een van de velen die op een andere manier is opgeleid. Zij plaatsen leefstijl zoveel mogelijk boven medicijnen omdat zij weten dat daarin voor veel chronische aandoeningen de oplossing schuilt, zo blijkt ook uit onderzoek. Zij geloven in een leefbare wereld waarin gezondheid weer een gemeenschappelijk goed is. Net als ik.

Ik houd ervan te dromen en ik ben niet de enige. Ik geloof dat de wereld die ik achterlaat voor mijn twee dochters kan samenvallen met de droom waaraan ik dagelijks hard werk. Ik doe dat samen met tientallen bezielde professionals. Omdat je dromen serieus moet nemen om ze te verwezenlijken.

Martijn van Beek
Oprichter
Stichting Voeding Leeft

Op naar Blue Zone Nederland

Blue Zone Nederland is een plek waar mensen gezond oud worden, zonder chronische ziekten en mentale aftakeling. Ze weten wat ze nodig hebben voor een gezond leven: onbewerkte voeding, natuurlijke beweging, een gezond gewicht, participatie in sociale kringen, opstaan met een ideaal en stressreductie. Blue Zone Nederland is een gedroomde gezonde leefomgeving, waar Positieve Gezondheid en leefstijl als medicijn het uitgangspunt is.

In mijn praktijk spreek ik mensen over hun kwalen. Wat zou het mooi zijn als we dat konden omdenken, dat niet ziekte, maar gezondheid centraal staat. In de Blue Zone zou ik als huisarts mensen voornamelijk inzicht verschaffen in hun sociale, emotionele en lichamelijke uitdagingen, ze informeren over de beschikbare mogelijkheden. Wie zijn eigen gezondheidssituatie overziet, kan immers betere keuzes maken. Zo raken mensen gemotiveerd om de regie te nemen, om de gezonde weg te kiezen.

De Blue Zone is dichterbij dan je denkt, dankzij:

- Positieve Gezondheid - inzichtgevende gesprekken over de gezondheidsituatie; zingeving blijkt de meest gezondmakende factor
- Keer Diabetes2 Om en Nationale Diabetes Challenge - initiatieven die door leefstijlverandering als gezonde voeding en beweging mensen van hun suikerziekte af kan helpen
- Leefstijl als Medicijn - een door medici gestarte beweging die kennis verschaft over gezonde onbewerkte voeding en leefstijl

Het is geen rocket science, er zijn geen moeilijke technologieën voor nodig, het begint allemaal met *mind-set*. Zodra mensen bewuster zijn wat belangrijk is voor hun gezondheid, en wat ze zelf willen veranderen, is het zelfoplossend vermogen en de intrinsieke motivatie vaak groot voor gezondere keuzes. Ook de mindset van de professionals is belangrijk. Demedicaliseren kan echt. Leefstijl stimuleren doe je niet alleen, een ketenaanpak en goede samenwerking tussen het medische en sociale domein is van belang. Zo stimuleren we gezondheid in de wijk opdat kinderen gezond opgroeien in een gezonde leefomgeving.

Natuurlijk helpen maatregelen als suiker- en vettaks, en prijsverhoging van sigaretten. Maar uiteindelijk is het het beste als iedereen zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn voeding omdat hij weet wat hij nodig heeft om zich goed te voelen. In de Blue Zone verschaffen overheid en zorgprofessionals informatie, assisteren ze mensen. Op naar Blue Zone Nederland!

Karolien van den Brekel-Dijkstra
Huisarts & Adviseur Institute for Positive Health

It's complicated

Stel je voor dat SIRI je helpt bepalen hoeveel en wat je mag eten. Zij houdt rekening met je streven naar een betere bloeddruk en een ideaal gewicht. Zij kent je optimale gezondheidskenmerken en handelt ernaar. Eerlijk gezegd droom ik daar wel eens van.

Om het nauwkeurig te kunnen bepalen, moet SIRI informatie bezitten over alles wat van invloed is op je spijsvertering en de unieke gedragingen van je lichaam. Ze moet alles weten over hoelang je slaapt en hoeveel cortisol, ghreline, leptine en insuline, isoflavonen en polyfenolen er in je lichaam aanwezig zijn. Hoe oud je bent, hoe gezond, hoeveel je verdient, waar je woont, of je stress hebt, verliefd bent of juist verdrietig en of je net de geur van verleidelijk ongezond eten hebt geroken.

Het antwoord op de ogenschijnlijk simpele vraag wat je het beste kunt eten is dus in feite ongelofelijk ingewikkeld. Ik citeer graag de econoom Schubener: 'People: it's complicated!' Online popt het ene voedings- en leefstijladvies na de andere op, maar dat doet geen recht aan hoe voeding eigenlijk werkt. Ieder mens is een unieke machine met unieke combinaties die per dag, of per minuut zelfs, verschillen. In de wetenschap worden stappen gezet om die data te ontsluiten: Nutrigenomics, een discipline die ervan uitgaat dat ieder mens een eigen unieke voedingsbehoefte heeft. Mogelijk zal dat leiden tot voedingsadviezen op maat, afgestemd op specifieke 'pathways' in het lichaam. Mocht SIRI ooit dat advies kunnen uitbrengen, dan misschien dankzij de WUR.

Zolang SIRI het niet overneemt blijven we mensen zelf aanzetten tot een gezondere leefstijl en de juiste voeding bij ziekte. De beste adviseur is vooralsnog de diëtist. Hij of zij geeft geen generiek dieetadvies voor overgewicht, geen quick fix bij een ziekte als kanker en beroept zich niet op populaire online eetconcepten. Een diëtist kijkt nauwkeurig naar de specifieke noden en wensen van de cliënt, redeneert vanuit wetenschappelijke kennis en werkt samen met andere zorgdisciplines. Dat is op dit moment de meest effectieve manier om mensen te helpen.

Wat mij betreft gaan we op weg naar mijn grote SIRI-droom, maar dan wel samen met de wetenschap en hand in hand met de diëtist.

Bianca Rootsaert
Directeur
Nederlandse Vereniging van Diëtisten

Gezond is het nieuwe normaal

Afvallen is een ramp. Vraag maar aan een van de slordig zeven miljoen volwassen Nederlanders die zwaarder zijn dan medisch gezien gezond wordt geacht. Ongeveer de helft van hen, beter gezegd één op de vier volwassenen, wil afvallen of doet pogingen daartoe. Verspilde moeite. Als we iets weten over afvallen, lijnen en diëten, dan is het dat het niet werkt op de langere termijn. Dat gewicht kwijtraken echt moeilijk is, en dat onze omgeving allesbehalve helpt.

Onze omgeving is namelijk vergeven van zaken die we beter niet zouden kunnen eten en drinken. Altijd en overal. In wezen is het simpel. Wat er niet is, consumeren we niet, en wat er wel is, kopen we en stoppen we in onze mond. Zo zijn we evolutionair geprogrammeerd. Als zoveel mensen overgewicht, obesitas en daarmee samenhangende aandoeningen hebben, en de omgeving zo bepalend is, dan ligt het veranderen van het standaardaanbod voor de hand. Van hoog bewerkt zoet, zout en vet naar producten die bijdragen aan gezondheid. Waarom werken we niet toe naar een 'nieuw normaal'?

Een van de antwoorden hierop is nuchter en simpel; we vinden ongezonde producten lekker en we verdienen er veel geld aan. Alleen de omzet van Magnums, ijs met chocola, bedraagt al meer dan een miljard euro per jaar. Suiker is een goedkoop ingrediënt dat meer dan vijftig verschijningsvormen kent. Willen we het verbieden, sanctioneren of belasten? Willen en kunnen we sturen richting een ander aanbod? In hoeverre kunnen en willen we ingrijpen in de markt en in de levens van mensen?

De complexiteit is duidelijk. Een gezonde 'default' is een mooie droom maar wordt van vandaag op morgen geen werkelijkheid. Om op korte termijn toch concreet te kunnen handelen, schreef ik in 2018 *Hoe word ik een Supervetverbrander*. Daarin beschrijf ik niet het zoveelste dieet, maar een manier waarop het lijf zijn lichaamseigen vetten aanspreekt. Door middel van een eenvoudige metabole truc verwerf je meer gezondheid en verlies je gewicht. Johanneke probeerde het en raakte achttien kilo kwijt, waarna het haar lukte om op gewicht te blijven.

Ik wens dat meer mensen weer baas worden over hun voeding en gezondheid. Vooralsnog is dat tegen de stroom in, maar hopelijk belanden we snel in een omgeving waarin gezond het nieuwe normaal is.

Dr. Maaike de Vries
Founder Springh, buro voor innovatie en strategie in de zorg & Toezichthouder

Overgewicht terug naar twintig jaar geleden

Ik zou graag zien dat iedereen in goede gezondheid opgroeit en oud wordt. We zien dat steeds meer mensen – ook kinderen - te zwaar zijn. Mensen kunnen daar persoonlijk veel last van hebben, niet lekker in hun vel zitten, en te maken krijgen met stigmatisering. Dat doet ook wat met het mentaal welbevinden. Tel daarbij op dat overgewicht en obesitas een belangrijke oorzaak zijn van ziekten zoals diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. En daarmee een probleem voor de volksgezondheid.

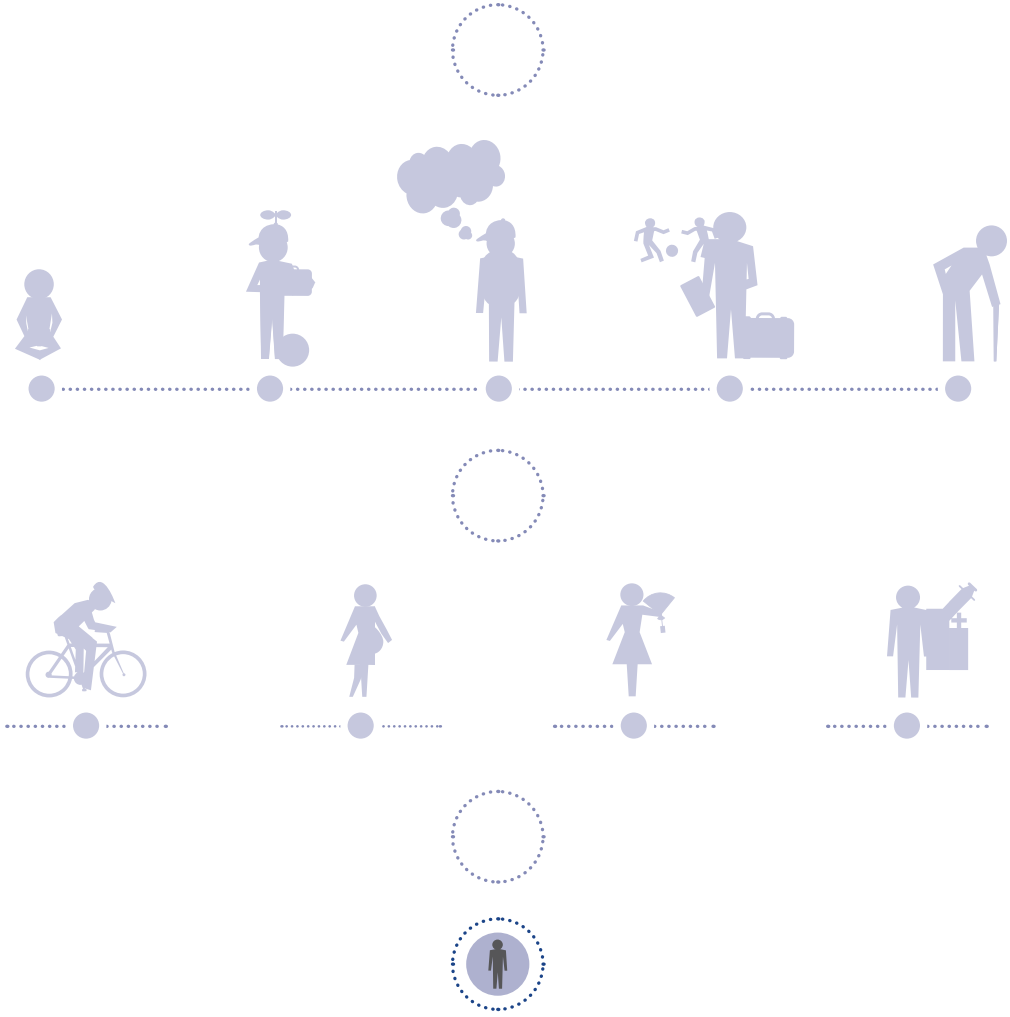
Die trend keren is alleen niet zo makkelijk. We zijn er niet als mensen één specifiek product minder zouden laten consumeren. Er zijn namelijk veel factoren die bij dit complexe probleem een rol spelen. Wat het ingewikkeld maakt, is dat mensen niet alleen bewuste, maar vaak ook onbewuste keuzes maken. Dat maakt het vinden van de juiste oplossingen extra uitdagend.

In het Nationaal Preventieakkoord zijn ambities geformuleerd richting 2040. Ik droom dat het kiezen voor een gezondere leefstijl tegen die tijd meer vanzelfsprekend is. Kiezen voor een appel in plaats van een ongezonde snack en vaker de trap te nemen of fietsen in plaats van de auto pakken. Ik droom ervan dat mensen zelfs niet meer bewust hoeven te kiezen voor een gezondere leefstijl, omdat de gezonde keuze inmiddels vanzelfsprekend is

Daar zijn we nog niet. Daarom is samenwerking met alle betrokken partijen van groot belang en zal de norm (wat vinden we met zijn allen 'normaal') moeten veranderen. Kinderen op scholen bijvoorbeeld water laten drinken in plaats van limonade, is dan ineens logisch in plaats van dat het discussies oproept. Partijen werken samen om gezond eten volgens de *Schijf van Vijf* te bevorderen en om het aanbod in supermarkten, restaurants en onderweg gezonder én duurzamer te maken. Daarbij wordt een wijkgerichte aanpak ingezet om in de wijken met hogere percentages overgewicht de juiste zorg en ondersteuning te kunnen bieden.

Ik droom dat we ervoor kunnen zorgen dat we met z'n allen de komende jaren eigenlijk weer terug gaan naar ons gewicht van 1995, zoals afgesproken in het Nationaal Preventieakkoord. Ik ben ervan overtuigd dat dat kan als we ons *samen* verantwoordelijk voelen en *samen* de norm veranderen.

Miranda Vroom
MT-Lid directie voeding, gezondheidsbescherming en preventie
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Lage sociaaleconomische positie

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met een lage sociaaleconomische positie

Lage sociaaleconomische positie

Het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met een lage sociaaleconomische positie

Verschil in voedingsgedrag blijkt voor een groot deel samen te hangen met de maatschappelijke positie. De sociaaleconomische positie (SEP) is daarmee een belangrijke indicator voor de gezondheid van mensen. SEP is tevens een aangrijppunt voor beleid nu blijkt dat de gezondheid van mensen met een lage SEP achterblijft bij die van mensen met een hoge SEP[1]. Anders gezegd: de gezondheid van mensen die lager op de maatschappelijke ladder staan, kan sterk worden verbeterd door gezondere voeding[2-4]. Dit blijkt niet eenvoudig te zijn. Het is de vraag of er voedingsgerelateerde innovaties te vinden zijn die doorbraken kunnen bieden voor deze diverse en complexe doelgroep.

De gezondheid van Nederlanders met een lage sociaaleconomische positie

Sociaaleconomische positie (SEP) is een construct dat wordt gebruikt om iemands positie op de maatschappelijke ladder meetbaar te maken. Het bestaat uit indicatoren zoals opleiding, inkomen, beroepsprestige en omgeving[5,6]. Hoewel SEP een waardevrije term is uit de sociologie, wordt ze in de praktijk als stigmatiserend ervaren. Met name het onderscheid tussen 'lage SEP' en 'hoge SEP' leidt daartoe. Het spreekt voor zich dat we de terminologie hier hanteren in de oorspronkelijke, waardevrije betekenis. In de praktijk is opleiding binnen Europa de meest gebruikte – en vaak enige – indicator; het is altijd beschikbaar als feit[7,8]. Dat werkt echter vertekenend. Solide conclusies om innovaties op te baseren, die sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen, dienen op meerdere - en het liefst zo veel mogelijk - indicatoren van lage SEP te berusten. Hieruit blijkt dat ongeveer 30% van de Nederlanders behoort tot de groep mensen met een lage SEP. Dat komt overeen met bronnen die in algemene zin uitspraken doen over het aantal mensen met lage SEP[9,10].

Uit grote epidemiologische studies blijkt dat gezondheid ongelijk verdeeld is over sociaaleconomische groepen; de groep mensen met een lage SEP ervaart veelal een slechtere gezondheid[5,11]. Oorzaken zijn ongezondere leefgewoonten: meer roken, overmatige alcoholconsumptie, gebrek aan lichaamsbeweging en een ongezond voedingspatroon[2].
Het verschil wordt vooral duidelijk in (gezonde) levensverwachting[5]. Bovendien nemen de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) tussen verschillende SEP-groepen toe. Zo zal het percentage mensen met ernstig overgewicht de komende jaren sterker stijgen in de groep met een lage SEP[5].

Omgevingsfactoren hebben invloed op de gezondheid. Momenteel is dat een punt van zorg, aangezien we in een obesogene samenleving wonen[12]. Als we in staat zijn de leefomgeving te verbeteren, dan kan dat potentieel grote gezondheidswinst opleveren voor mensen met een lage SEP[7]. Om met name de groep met lage SEP van zo'n beleid te laten profiteren is het van belang inzicht te krijgen in de relatie tussen voeding en SEP.

FEITEN & CIJFERS

LEGENDA

- Hoge SEP
- Lage SEP

HET VERSCHIL IN (GEZONDE) LEVENSVERWACHTING TUSSEN MENSEN MET EEN LAGE EN HOGE SEP IS GROOT[5,13]

- **84,5 JAAR** waarvan **71,9** gezonde jaren
- **77,0 JAAR** waarvan **52,4** gezonde jaren

MENSEN MET EEN LAGE SEP HEBBEN VAKER EEN CHRONISCHE AANDOENING[5,14]

- **4,5%** heeft diabetes
- **13,2%** heeft diabetes

30% VAN DE POPULATIE HEEFT EEN LAGE SEP

MENSEN MET EEN LAGE SEP HEBBEN OP 75-JARIGE LEEFTIJD PER PERSOON MEER ZORG GECONSUMEERD[13]

- **€6.400**
- **€11.000**

'OPLEIDINGSNIVEAU'[15]

Basisonderwijs t/m vwo-onderbouw

- Basisonderwijs: **10,4%**
- Vmbo, mbo1, havo-, vwo-onderbouw: **21%**
- Havo, vwo, mbo2-4: **38%**
- Hbo, universiteit, doctor: **28,9%**
- Onbekend: **1,5%**

'INKOMEN'[16]

1e kwartiel behoort tot lage SEP*.

- 1e kwartiel: **11.300,-**
- 2e kwartiel: **18.800,-**
- 3e kwartiel: **25.200,-**
- 4e kwartiel: **43.400,-**

'BEROEPSNIVEAU'[17]

niveau 1 en 2 behoren tot lage SEP*

- Niveau 1: **759.000**
- Niveau 2: **3.526.000**
- Niveau 3: **1.365.000**
- Niveau 4: **2.596.000**
- Onbekend: **140.000**

MENSEN MET EEN LAGE SEP HEBBEN VAKER OVERGEWICHT[5]

	2014	2040
◆	11%	14%
■	20%	33%

VOEDINGSGEWOONTEN VAN MENSEN MET EEN LAGE SEP ZIJN VAAK ONGEZONDER[18]

◆ Meer groente, vezels en micronutriënten

■ Meer aardappelen, vlees, vet, koffie en frisdrank

Mensen met een lage SEP consumeren gemiddeld **5,6**% minder fruit t.o.v. mensen met een hoge SEP[19]

Mensen met een lage SEP consumeren gemiddeld **15,4%** minder groente t.o.v. mensen met een hoge SEP[19]

* Zie nadere toelichting in de verklarende woordenlijst

Ook slechte leefgewoonten, waaronder een ongezond voedingspatroon, vormen een risicofactor voor het ontwikkelen van (chronische) aandoeningen[3]. Mensen met een lage SEP hebben al dan niet vrijwillig slechtere leefgewoonten waardoor hun risico op het ontwikkelen van aandoeningen groter is. Dit leidt tot nog omvangrijkere gezondheidsverschillen[8,20].

Mensen met een lage SEP eten (veelal) ongezonder

Voedingsgedrag bestaat uit twee componenten: voedingspatroon en voedingsgewoonten. Het voedingspatroon van mensen met een lage SEP wijkt verder af van nationale richtlijnen dan mensen met een hoge SEP[21-24]. De verschillen in voedingspatronen worden onder andere zichtbaar dankzij de Nederlandse voedselconsumptiepeilingen. Verschillen in voedingspatroon lijken direct gerelateerd aan SEP. Over het algemeen eten mensen met een lage SEP meer vetten en suikers, minder fruit en groenten en is de dichtheid van micronutriënten in hun dieet lager dan van mensen met een hoge SEP[25,26]. Bij mensen met een lage SEP komt een aantal ongezonde voedingsgewoonten vaker voor: het eten voor de tv, vaker alleen en onregelmatiger eten en het ontbijt overslaan[8]. Deze gewoonten hebben een negatieve invloed op de gezondheid. Daarnaast spelen ook koopgewoonten[27] en kookgedrag een rol[8]. Zo kopen mensen met lagere inkomens- en opleidingsniveaus meer producten met weinig vezels en veel vet, zout en suiker[27]. En wie weinig tijd heeft om te koken kiest vaak voor een snelle, ongezondere maaltijd[8].

Obstakels

Bij het bestuderen van gezondheidsgedrag wordt onderscheid gemaakt tussen individuele en contextuele determinanten waardoor er beter zicht is op de invloeden op het voedingsgedrag.

Individuele determinanten

Bij mensen met een lage SEP zijn een hoog stressniveau en gebrek aan kennis over gezonde voeding de voornaamste individuele determinanten die leiden tot slechte beslissingen omtrent leefstijl en voedingsgedrag[28]. De schaarste-theorie vormt hiervoor een belangrijke verklaring[29,30]. Wie zich arm voelt, is een groot deel van de tijd bezet door gedachten over rondkomen. Door deze hoge druk is er in cognitief opzicht geen ruimte voor langetermijnbelangen[30]. Armoedegevoelens komen vaker voor bij mensen met een lage SEP[31]. De combinatie van stress en negatieve emoties maakt gezond eten tot een probleem.

Ook stress en lekkere trek zijn, bijvoorbeeld, psychische factoren die gezond voedingsgedrag ondermijnen[8]. Daarbij hechten mensen met een lage SEP minder waarde aan gezond eten. Een mogelijke verklaring is dat deze doelgroep de langetermijneffecten van voeding minder belangrijk vindt dan de korte-termijn factoren als smaak en prijs[6,26]. Ook hebben mensen in deze groep de opvatting dat gezond eten duurder is, ook al is dat niet altijd waar[31]. Hun kennis over gezonde voeding blijft beperkt doordat ze weinig toegang hebben tot informatie en moeite hebben om met nieuwe kennis om te gaan[29].

Contextuele determinanten

De omgeving heeft veel invloed op de voedingskeuzes van mensen met een lage SEP, bestaand uit onder andere fysieke, sociale, digitale en beleidsmatige componenten. De fysieke omgeving kan in gezonde keuzes faciliteren; bijvoorbeeld aanwezigheid van gezonde eetgelegenheden in de wijk[32,33]. Veelal kent de omgeving van mensen met een lage SEP een ongezonder aanbod[8]. Tot de sociale componenten behoren de culturele of sociale normen en de samenstelling van de wijk en het huishouden[33]. Mensen met een lage SEP ervaren

Uitdagingen

Bij het stimuleren van een gezond voedingspatroon bij mensen met een lage SEP komen de volgende uitdagingen voor:

- Het vergroten van kennis én vaardigheden rond gezonde voeding bij mensen met een lage SEP
- Het beïnvloeden van de waarde die mensen met een lage SEP hechten aan gezonde voeding
- Het veranderen van de perceptie van kosten van gezonde voeding – gezond is niet altijd duurder
- Het inrichten van de omgeving zodat in wijken waar veel mensen met een lage SEP wonen het aanbod van gezonde voeding groter wordt en het aanbod van ongezonde voeding kleiner

Hierbij moet rekening worden gehouden met de complexiteit en diversiteit van de doelgroep. Ook behoeft de lastige financiële situatie waarin veel mensen uit deze doelgroep zich bevinden aandacht.

minder sociale steun voor gezonde voeding, terwijl deze steun essentieel is[5,33,34]. Ook de digitale omgeving heeft invloed. Kinderen worden online veel geconfronteerd met producten die niet passen in een gezond voedingspatroon[35,36]. Tot slot bestaat de beleidsmatige omgeving uit wetgeving, beleidsagenda's en richtlijnen, zoals bijvoorbeeld accijnsverhogingen op groente en fruit.

Doorbraken

Een belangrijke constatering is dat mensen met een lage SEP onvoldoende betrokken worden bij de ontwikkeling van innovaties. Hierdoor hebben veel innovaties wél succes bij de groep met een hoge SEP maar weinig effect bij de groep met een lage SEP. Zo dragen ze onbedoeld bij aan de toename van het verschil in gezondheid[5]. Bij roken zien we een soortgelijke trend: de afname onder mensen met een hoge SEP is veel sterker is dan bij mensen met een lage SEP. Afstemming met de doelgroep zal vermoedelijk tot betere resultaten leiden. Om succesvolle innovaties te ontwikkelen samen met de doelgroep moet er recht worden gedaan aan de diversiteit en complexiteit van de doelgroep. Daarvoor moeten besluitvormingsprocessen bij alle stakeholders worden aangepast en daartoe ontbreekt momenteel de praktische en theoretische kennis.

Ten tweede kan er minstens een tweedeling worden gemaakt wanneer het gaat over de oorsprong van gedrag. In de ene groep speelt cognitie een grote rol bij het maken van keuzes. De groep bestaat uit mensen met een lage opleiding die vaak (maar niet altijd) al generaties lang een lage SEP hebben. Het besluitvormingsproces van de andere groep wordt vooral gestuurd door de omstandigheden. Bijvoorbeeld, eenoudergezinnen besteden het merendeel van hun

Innovatiekaart

Voorbeelden van initiatieven en innovaties die zich richten op het bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met een lage SEP

Opvoedprogramma's

Leerlingen worden gestimuleerd om gezond te leven op school en door ouders in te schakelen

- Simpel Fit!
- Voor je het weet zijn ze groOt
- Maki

Voorlichting

Door mensen met een lage SEP voor te lichten over gezonde voeding kunnen zij betere voedselkeuzes maken

- Gezond kopen, gezond koken
- Samen wel
- Voel je goed!
- Moskeedagen

- Gezond Gewicht Kansrijk in Zaanstad

Ondersteuning van professionals

Instrumenten voor professionals om mensen met een lage SEP goed te bereiken of te begeleiden

- Praten over gewicht
- Ik heb diabetes, wat kan ik doen

Samen koken en eten

Door samen te koken leren mensen hoe ze een gezonde maaltijd kunnen bereiden en samen eten kan een positieve invloed hebben op de gezondheid

- Lekker bezig!
- Hotspot Hutspot

- Goedkope Gezonde Voeding

Financiën

Schuldhulpverlening en budgetbeheersing organiseren cursussen waarbij mensen met een lage SEP leren hoe gezonde voeding binnen hun budget past

- Gezonde slagkracht
- Healthcoin

- Nieuwe Welgelegen

Gezondheidsambassadeurs

Ambassadeurs staan dichtbij de mensen waardoor zij meer impact hebben op het gezondheidsgedrag van mensen met een lage SEP

- Samen gezond eten en bewegen
- Tiel aan de gezonde zijde

- Voedselbanken
- Nike te maken (Parkstad)

Innovaties voor (gezonde) voedseldonatie

Mensen worden gestimuleerd om gezond te eten door ingrediënten voor gezonde maaltijden gratis te verstrekken

- De Waterbox

- Laaggeletterdheid is van gewicht
- Samen lekker lang leven

Een gecombineerde aanpak

Verschillende mogelijkheden gecombineerd om gezonde voeding bespreekbaar te maken bij mensen met een lage SEP

aandacht en energie aan het vergaren van een inkomen, waardoor zaken als gezonde voeding op de achtergrond raken: de schaarste-theorie in de praktijk. Een belangrijke constatering luidt dat de mechanismen die zulk schaarste-gestuurd gedrag kunnen verklaren in het huidige onderzoek onderbelicht zijn. We kennen de '*intention behaviour gap*,' het gegeven dat mensen weten wat goed voor ze is, het doel voor ogen hebben en desondanks niet in staat blijken om die kennis om te zetten in ander gedrag. Dit thema raakt aan de kloof in gezondheidsvaardigheden tussen mensen met een hoge en een lage SEP. Er is hiertoe aanvullend onderzoek nodig dat vanuit de praktijk gevoed moet worden: '*Learning by doing*'.

Tot slot moet niet alleen de persoon en zijn of haar gedrag, maar ook de omgeving worden in innovaties betrokken. Wanneer de omgeving gezonde keuzes stimuleert en ongezonde prikkels onderdrukt, ontstaat er ruimte voor duurzame verandering van gedrag. Naast de reikwijdte is ook de insteek van innovaties van belang. Aansluiten bij die prioriteiten vergroot de effectiviteit van de innovatie.

Conclusie

De relatie tussen voeding en lage SEP is erg complex. De brede doelgroep bestaat uit tal van subgroepen. Daarnaast spelen in de relatie tussen deze doelgroep en het voedingsgedrag diverse onderliggende factoren een rol. Een generieke aanpak voor de gehele doelgroep zal daardoor niet snel succesvol zijn. Bovendien maakt voedingsgedrag deel uit van een groter geheel aan uitdagingen waarvoor deze doelgroep staat. Het is dan ook logisch dat veel bestaande innovaties zich (ook) richten op andere domeinen zoals schuldhulpverlening of onderwijs.

Het blijkt dat er momenteel veel aandacht is voor beïnvloeding van de leefstijl. De doelgroep wordt voorgelicht en krijgt vaardigheden aangeleerd. De leefomgeving wordt in de meeste innovaties echter ongemoeid gelaten. Dat is een tekortkoming, want voor succesvolle beïnvloeding van het voedingsgedrag zijn zowel leefstijl als leefomgeving van belang. Het verschil kan gemaakt worden door het aanbod van gezonde voeding te vergroten en/of het aanbod van ongezonde voeding terug te dringen. Daarnaast kan dit door het prikkelen tot gezond voedingsgedrag, bijvoorbeeld door '*nudging*' in de vorm van korting op gezonde voeding of andere (duurzame) financiële incentives.

Zie voor meer informatie over dit thema het whitepaper '**Bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met een lage sociaal economische positie**' van Diagnose Voeding & Gezondheid

Groentes toegankelijk voor iedereen

Kisten vol aardbeien, avocado's en snoeptomaatjes. In het sorteercentrum liggen grote hoeveelheden groentes en fruit uit de supermarkten; bestempeld als 'niet goed genoeg' en daarom gered door teams die voedselverspilling tegen willen gaan. Ik schrok toen ik bedacht dat een groot deel van Nederland groentes zo beoordeelt, terwijl er ook een groep in Nederland is die nooit aardbeien, avocado's of snoeptomaatjes kan kopen.

In mijn droom zijn alle groentes die jij en ik normaal vinden, toegankelijk voor iedereen. We verspillen geen voedsel meer omdat het krom is of niet goed genoeg. Daarbij is de prijs minder belangrijk; we kijken welke groentes er zijn, wat we ermee kunnen doen en bovenal welke mensen het nodig hebben.

Bij The Colour Kitchen gaan we met mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt – vaak ook behorend tot de groep mensen in een lage sociaaleconomische positie – aan de slag. We proberen bewustwording te creëren en een product een gezicht te geven. Laatst hebben we dit gedaan door met geredde aardbeien en twintig eenzame ouderen jam te maken. Op die manier kreeg het product het gezicht van verspilling én het gezicht van eenzaamheid.

Bewustwording en voorlichting zullen nodig zijn om stappen in de goede richting te zetten en verspilling onder de aandacht te brengen. Er zal een andere wind moeten gaan waaien tijdens onze productieprocessen, maar ook bij de consument zelf. Men moet zich bewust worden van de hoeveelheid voedsel die wordt weggegooid en zichzelf afvragen: wat is hier niet goed aan? Ik hoop dat op die manier het verspilde voedsel gegeven wordt aan de mensen die het nodig hebben en dat het zo toegankelijk is voor een breder publiek.

Arne Flantua
Algemeen Directeur
The Colour Kitchen On Tour

Een doos frikadellen is ook een week vlees

Als iemand vraagt naar mijn toekomstdroom, moet ik denken aan wat ik als kind antwoordde: 'Niemand in de wereld heeft honger.' Ik vind het nog steeds een mooie wens, maar mijn realiteitszin heeft die droom ingehaald. In Nederland gaat vrijwel niemand nog dood aan honger. Mensen gaan hier eerder dood omdat ze ongezond eten.

De oorzaken daarvan zijn talrijk, een ervan is armoede. 'Een doos frikadellen is ook een week vlees,' zei Gijs, een van de mensen op wie we bij Pharos voorlichting testen. Een doos van twintig frikadellen kost 2,25 euro. Als je rond moet komen van vijftig euro per week, is dat een goede deal. Betaalbaar eten, lekker en makkelijk; niet te lang over nadenken. Je hebt wel andere dingen aan je hoofd dan bedenken hoe je een vergeten Hollandse wortel van een euro per stuk laat smaken naar meer dan natte klei.

Ook al ben ik niet meer een idealistisch kind, ik droom nog altijd. Kleinere dromen inmiddels. Dromen waarvan ik oprecht geloof dat we ze in Nederland samen waar kunnen maken. Deze droom gaat over mensen zoals Gijs.

Ik wens een oplossing die verder kijkt dan educatie over wat gezond eten is. Een oplossing die verder kijkt dan duurdere frikadellen, goedkopere pastinaken en het ongezonde aanbod van de supermarkt. Een oplossing die verder kijkt dan gezondheid en leefstijl. Een oplossing die verder kijkt dan helpen bij geldproblemen of de stress die iemand als Gijs daar dagelijks door heeft. Ik wens niet eens één oplossing. Ik wens er veel. Ik wens oplossingen op maat die rekening houden met alle achterliggende en met elkaar samenhangende oorzaken die ertoe bijdragen dat iemand wekelijks een doos frikadellen eet.

Natuurlijk is deze droom groots en ingewikkeld. Problemen in samenhang aanpakken is complex, niet iets dat we binnen een week voor elkaar krijgen, zelfs al zouden we het allemaal willen. Maar we kunnen hem waarmaken. Overheid, organisaties en professionals moeten daarvoor samenwerken, met elkaar én met mensen zoals Gijs. Idealistisch misschien, niet onrealistisch.

Patricia Heijdenrijk
Directeur-bestuurder
Pharos - landelijk expertisecentrum voor gezondheidsverschillen

De route naar gezondheid moet makkelijker én leuker!

De stappen die gezet worden naar een gezonder Nederland zijn goed, maar nog niet goed genoeg. Het aantal mensen met een chronische aandoening neemt nog steeds toe. Daarnaast worden gezondheidsverschillen tussen groepen mensen groter. Een wrange constatering. Als ik mag dromen over de toekomst en de gezondheid van mensen, zou het leuker en eenvoudiger moeten zijn om aan je gezondheid te werken. Voor iedereen.

Voor mijn twee dochters die thuiskomen van school is het namelijk vanzelfsprekend dat er snackgroente of fruit klaar staat. Echter, voor sommige kinderen is dit heel anders. Uit gesprekken met meisjes uit groep zes tot en met acht van de basisschool in een achterstandswijk hoorde ik eens dat er bij thuiskomst regelmatig niemand thuis is en er soms één of twee euro klaarligt om iets te eten te regelen. Naast dat het gemakkelijker is om dan naar ongezond eten te grijpen, maakt dit het na een schooldag ook eenzaam. Gezonde voeding en een goede mentale balans hangen samen. Als je goed eet, voel je je fit, maar als je veel zorgen hebt, is het ook lastiger om gezonde keuzes te maken. Voor die kinderen zouden we net wat extra's moeten doen. Dat is ook een van de redenen dat we met Alles is Gezondheid het initiatief hebben genomen tot de Alliantie Kinderarmoede.

In de toekomst kunnen we de kansen van technologie veel meer benutten voor gezondheid. Zo makkelijk als je Airbnb boekt of geld overmaakt, zo makkelijk zou ook de gezonde keuze en gezond gedrag kunnen zijn. Om de route naar lekker en gezond leven makkelijker én leuker te maken, moeten we nog veel meer onze krachten bundelen. Publiek én privaat! Ik droom van een gezondheidsjaarkaart voor iedereen in Nederland, waarbij je in jouw fysieke en digitale omgeving korting krijgt op gezond eten en sporten en waarbij je spaart voor leuke gezonde dingen door bijvoorbeeld elke dag te bewegen. Je wordt beloond om goed voor elkaar en elkaars gezondheid te zorgen door elkaar bijvoorbeeld aan te moedigen om op drukke werkdagen echt even buiten een wandeling te maken. Alle landelijke en lokale partners stimuleren dan gezondheid, zodat je lekker in je vel zit. Ieder op zijn eigen manier, in zijn eigen wijk, maar wel met gelijke kansen. Zeker voor de kinderen die nu opgroeien!

De route naar gezondheid makkelijker én leuker, voor iedereen. Dat is waar ik van droom.

Karen van Ruiten
Hoofd
Alles is Gezondheid

Iedereen toegang tot goede voeding

In een interview zei ik dat er in Nederland 450.000 mensen honger hebben. Dat leverde een stortvloed aan reacties en verontwaardiging op als 'In Nederland heeft niemand honger' en 'In dit land heb je hoogstens trek'.*NRC Handelsblad* zette zijn Fact Checker aan het werk en concludeerde dat de stelling waar was.

Maar wat is honger? Als je dagelijks alleen een handvol rijst te eten hebt? Heeft de puberzoon die uit school komt en een stapel boterhammen eet honger? Of de moeder die wij spraken, klant bij de voedselbank, die in een interview vertelde eerst haar kinderen eten te geven en zelf te pakken wat over was, met als gevolg dat ze regelmatig met een knorrende maag naar bed ging.
Het SCP hanteert de definitie van mensen met honger: 'zij die onvoldoende geld hebben om iedere twee dagen een warme maaltijd met vlees, kip of vis te betalen'. Extreme honger komt volgens het SCP nauwelijks voor in ons land.
Bij de voedselbanken zien we nog een andere dimensie van honger. We noemen het 'verborgen honger'. Onze klanten hebben zeer weinig te besteden. Altijd minder dan €225 per maand. Wij zien dat sommigen ervoor kiezen om chips bij het avondeten te serveren. Of gefrituurde kant en klare snacks in plaats van vlees of vis.

Wij hebben geen idee of ze 's avonds nog honger hebben of dat hun buiken hiermee goed gevuld zijn. Maar het getuigt wel van armoede in onze maatschappij dat mensen die minder kunnen besteden en wellicht ook minder kennis bezitten van gezonde voeding, deze keuzes maken.

Onze droom bij de voedselbanken is dat iedereen toegang heeft tot genoeg goede voeding. En daar werken we keihard aan! Twaalfduizend vrijwilligers zijn wekelijks in de weer om goed voedsel te redden van verspilling. Wij worden daarbij geholpen door heel veel producenten en supermarkten. Steeds vaker ontvangen we prachtige groenten en fruit uit het Westland. En ook kunnen we sinds een jaar vlees, dat op de houdbaarheidsdatum is ingevroren, nog twee maanden na datum uitgeven. De Schijf Van Vijf is steeds beter vertegenwoordigd in het voedsel dat wij verdelen.

En dat past helemaal in onze missie: voedselverspilling tegengaan en het van vernietiging geredde eten geven aan mensen die tijdelijk niet zelfredzaam zijn. Voorlopig is onze missie nog gedeeltelijk droom en gedeeltelijk werkelijkheid. Onze droom komt pas uit als alle 450.000 mensen die honger lijden toegang hebben tot goede voeding.

Leo Wijnbelt
Voorzitter
Voedselbanken Nederland

DEEL III

IMPACTVOLLE INNOVATIES IN VOEDING EN GEZONDHEID

Impactvolle innovaties in voeding en gezondheid

Het programma Diagnose Voeding & Gezondheid fungeert als een accelerator om relevante doorbraken te realiseren: een versneller van innovatie en ondernemerschap, visie en inzichten en samenwerking en verbinding. Naast het faciliteren van de maatschappelijke dialoog en het uitdragen van nieuwe inzichten en resultaten is het ondersteunen van innovaties met kennis, kunde en kapitaal de belangrijkste taak van het acceleratorprogramma. We laten het daarbij niet bij woorden en steunen ook daadwerkelijk sociale ondernemers bij het vergroten van hun maatschappelijke impact.

In de afgelopen twee jaar hebben we met ons programma honderden innovaties voorbij mogen zien komen die actief zijn op de thema's 'Voeding & Leefstijl' en 'Voeding & Leefomgeving'. Van kleinschalige mobiele applicaties tot grote integrale programma's. Van nieuwe platformen tot verrijkte voedingsmiddelen. Van innovaties gericht op het voedingspatroon van een specifieke doelgroep tot innovaties die zich richten tot de voedselomgeving. En van prille ideeën tot startende ondernemingen tot volwassen scale-ups. Een enorme diversiteit aan ondernemers en innovators die met hun innovatie het verschil beogen te maken. En ieder met hun eigen hulpvragen.

Van belang is dat deze innovaties ook daadwerkelijk maatschappelijk relevant zijn en uiteindelijk ook commercieel zelfstandig kunnen zijn. Alleen dan kunnen ze op een toekomstbestendige manier hun maatschappelijke impact kleiner zijn van omvang of een enkelvoudig probleem adresseren en mede daardoor waarborgen én vergroten. Binnen het programma onderscheiden we drie verschillende manieren waarop we innovaties kunnen ondersteunen met hun (opschalings-)vraagstukken om deze versneld naar de markt te brengen.

Embedded innovaties

De innovaties die door het programma worden ondersteund noemen we '**embedded innovaties**'. In de afgelopen twee jaar zijn zorgvuldig zeven embedded innovaties geselecteerd die al aantoonbaar resultaten boeken en die commercieel zelfstandig kunnen zijn. Op basis van een uitgebreide analyse zijn de huidige maatschappelijke impact, maatschappelijke relevantie, ambitie- en potentie van de innovatie in kaart gebracht. Er is onderzocht hoe we tegemoet kunnen komen aan de vraag van de ondernemer en beoordeeld of én hoe Diagnose Voeding & Gezondheid met haar ecosysteem waarde kan toevoegen aan de innovatie. Het team van Diagnose Voeding & Gezondheid staat de innovatie op een tactische/strategische manier bij en zet, samen met partners uit het ecosysteem, kennis, kunde en kapitaal in om de gedeelde doelen en daarmee de beoogde maatschappelijke impact sneller te bereiken.

Enhanced innovaties

Voor innovaties met een grote maatschappelijke impact die van tijdelijke aard zijn (projecten) of niet zelfstandig kunnen voortbestaan, kan Diagnose Voeding & Gezondheid

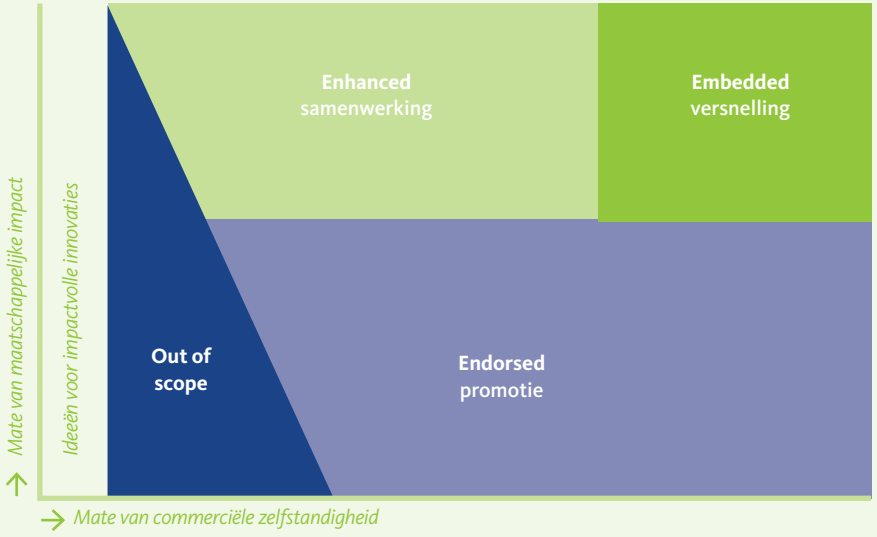
ook een rol spelen. Deze rol is echter minder uitgebreid dan bij de embedded innovaties het geval is. We zoeken bij deze innovaties een bepaalde mate van wederkerigheid met het programma. Deze innovaties worden '**enhanced innovaties**' genoemd.

Endorsed innovaties

Voor de vele innovaties die kleiner zijn van omvang of een enkelvoudig probleem adresseren en mede daardoor minder grote maatschappelijke impact maken, biedt Diagnose Voeding & Gezondheid graag een helpende hand door bijvoorbeeld een netwerkcontact te leggen, podium te bieden aan de innovaties, het tegenlezen van een businessplan of het uitwerken van een toekomstbestendig verdienmodel in een workshop. Dit zijn de '**endorsed innovaties**'. In de afgelopen twee jaar zijn bijna 500 innovaties in scope gekomen van het programma. Voor ongeveer een kwart van deze initiatieven heeft het programma inmiddels iets kunnen betekenen.

INNOVATIEKAART

Het programma Diagnose Voeding & Gezondheid onderscheid drie verschillende manieren waarop innovaties in 'Voeding & Leefstijl' en 'Voeding & Leefomgeving kunnen worden ondersteund in hun (opschalings-)vraagstukken. Dit onderscheid wordt gemaakt op basis van (potentiële) maatschappelijke impact en (potentiële) commerciële zelfstandigheid.



diverzio

ONDERNEMERS PASPOORT

NAAM

Koen Nouws Keij

FUNCTIE

Directeur

OPRICHTINGSJAAR

2011

ACHTERGROND

Koen (1970) is opgeleid als levensmiddelentechnoloog en bedrijfskundige. In de afgelopen jaren is hij onder andere actief geweest als adviseur in de voedingsindustrie. Inmiddels stort hij zich volledig op de ontwikkeling van duurzame en economisch levensvatbare foodconcepten.

DROOM

De standaard van eten en drinken in de zorg verbeteren naar 'lekker, gezond en duurzaam'. Voeding dient daarbij niet meer als kostenpost in de zorg gezien te worden, maar als cruciaal onderdeel van het stimuleren van gezondheid van patiënten en cliënten.

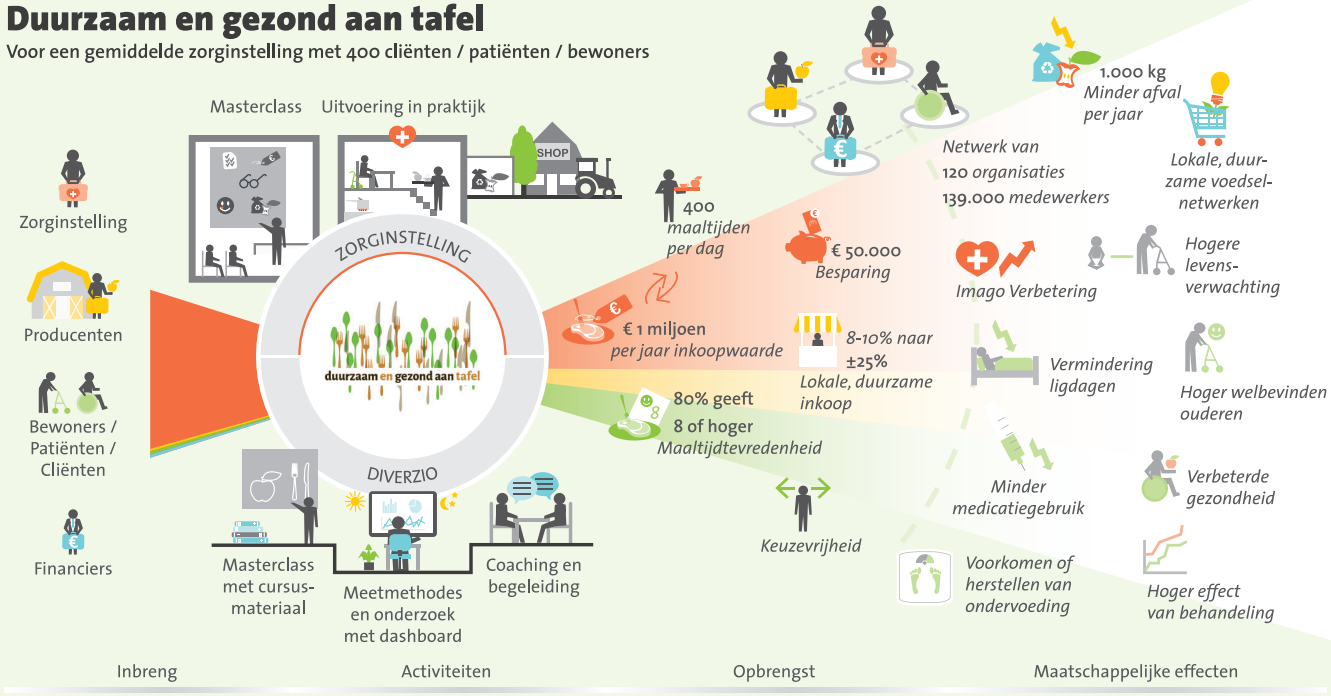
Het programma 'Duurzaam en gezond aan tafel' van Diverzio ondersteunt zorginstellingen met het serveren van een lekkere, gezonde en duurzame maaltijd, het tegengaan van verspilling, het beheersen van de kosten en het regionaal inkopen van voedsel. Lekker, gezond en duurzaam eten draagt bij aan een sneller herstel, een verbeterde gezondheid én een hogere kwaliteit van leven.

Maatschappelijke uitdaging

Jaarlijks besteden zorgorganisaties 1 miljard euro aan eten en drinken. Tegelijkertijd wordt 30 tot 40% van de bereide maaltijden weggegooid. Kennis van goede voeding ontbreekt vaak bij zorgorganisaties en veelal veranderen ze weinig aan hun maaltijdaanbod. Daarnaast blijkt ondervoeding een groot probleem in zorginstellingen. Ondervoede patiënten herstellen minder snel en hebben een verhoogde kans op complicaties. Lekker, gezond en duurzaam eten draagt bij aan een sneller herstel, een verbeterde gezondheid én een hogere kwaliteit van leven.

Aanpak

Diverzio helpt zorginstellingen met de maaltijd te verbeteren, kosten te besparen, verspilling terug te dringen en ook duurzaam inkopen te stimuleren. Ze doen dat in twee programma's: 'Duurzaam en Gezond aan tafel' voor zorgorganisaties en 'Gezonde Korte Ketens' voor ondernemers in de agri-food die aan zorgorganisaties, willen gaan leveren en via een korte directe keten van boer naar organisatie. Binnen het programma 'Duurzaam en Gezond aan Tafel' worden aan deelnemers handreikingen geboden om binnen een jaar de kwaliteit van hun maaltijden flink te verbeteren. Het programma bestaat uit vijf masterclasses, waarin deelnemers leren over verbetering van de maaltijdbeleving, smaak, kwaliteit, voedingswaarde,



duurzaamheid, kostenbeheersing en reductie van voedselverspilling. Daarnaast wordt met behulp van een dashboard, e-learning modules en persoonlijke begeleiding een uitgebreid onderzoek uitgevoerd en een veranderplan opgesteld.

Huidige impact

Ervaringen van zo'n 120 zorginstellingen laten zien dat de aanpak van Diverzio werkt. Zo wordt de maaltijd in een gemiddelde instelling met 400 cliënten na deelname aan het programma gewaardeerd met een rapportcijfer 8 of hoger. Daarnaast is er 25% minder verspilling, een kostenbesparing van rond de €50.000 en neemt de duurzame inkoop met 15% toe. Het programma draagt ook bij aan een vermindering van het aantal ligdagen, het voorkomen of herstellen van ondervoeding, een betere kwaliteit van leven en meer werkplezier bij betrokken (keuken)medewerkers. Ook zijn er inmiddels meer dan 140 duurzame verbindingen tot stand gekomen tussen boeren, telers en zorginstellingen via gezonde korte ketens.

Ambitie

Diverzio heeft de ambitie om dé norm van eten en drinken in de zorg te verleggen. Voeding dient daarbij niet meer als kostenpost in de zorg gezien te worden, maar als cruciaal onderdeel van het stimuleren van gezondheid van patiënten en cliënten.

BUUR TAFEL
Ontmoet elkaar

ONDERNEMERS PASPOORT

NAAM

Margo Adrichem

FUNCTIE

Projectleider

OPRICHTINGSJAAR

2018

ACHTERGROND

Margo heeft ruim 25 jaar ervaring op het gebied van consultancy, marketing en communicatie in zorg en welzijn. Ze is binnen Resto VanHarte verantwoordelijk voor o.a. de ontwikkeling van het merk, de positionering, de landelijke communicatie- en marketingstrategie en voor het initiatief Buurtafel.

DROOM

Samen, met al die mensen die klaarstaan voor een ander, de weg inslaan naar een samenleving waarin samen koken, samen eten en meedoen de normaalste zaak van de wereld is.

Resto VanHarte verbindt en versterkt met haar nieuwe platform Buurtafel alle sociale eetinitiatieven in Nederland. Met Buurtafel deelt zij haar kennis over en jarenlange ervaring met het organiseren van sociale eetinitiatieven. Buurtafel ondersteunt lokale eetinitiatieven in hun organisatie en de marketing van hun activiteiten. Via Buurtafel vindt iedereen het buurtrestaurant om de hoek waar heel eenvoudig gereserveerd kan worden voor de avond dat het uitkomt.

Maatschappelijke uitdaging

Door de toename van het aantal thuiswonende ouderen, de individualisering van de maatschappij en de grote veranderingen in de zorg is de aandacht voor de thema's eenzaamheid en sociaal isolement alleen maar toegenomen. Zo zal het aantal eenzame ouderen naar verwachting bijna verdubbelen tot 2040 ten opzichte van nu. Ook hebben zeer veel ouderen onvoldoende gelegenheid of middelen voor gezonde voeding. Zij halen veelal de voedingsrichtlijnen niet, waaraan onder andere sociale factoren ten grondslag liggen. Eten in groepsverband stimuleert een gezond voedingspatroon, vermindert eenzaamheid en bevordert de algemene gezondheid. Sociale eetinitiatieven vormen dus een goede oplossing maar toch worden ze weinig bezocht. Dit komt door hun kleinschalige en lokale karakter en gebrek aan marketingmiddelen om zichzelf bekend te maken. De kennis en ervaring die Resto VanHarte, als één van de oudste sociale eetinitiatieven van Nederland, heeft opgedaan en het systeem dat ze hebben ontwikkeld, willen ze middels Buurtafel beschikbaar stellen aan álle sociale eetinitiatieven in Nederland.

Aanpak

Buurtafel is een online platform waarop organisatoren van een sociaal eetinitiatief, die ontmoeting centraal stellen, hun evenementen bekend kunnen maken.

De organisator wordt met het gebruiken van de onderliggende ICT ondersteund bij de organisatie van het evenement. Denk daarbij aan ondersteuning van efficiënte inkoop en administratieve afhandeling. Ieder initiatief behoudt zijn eigen identiteit. Buurtbewoners vinden via het platform het sociaal eetinitiatief bij hen in de buurt en kunnen zich eenvoudig inschrijven. Buurttafel staat voor vindbaarheid en betrouwbaarheid.

Huidige impact

Resto VanHarte gebuikt de ICT-applicatie van Buurtafel reeds in de organisatie van haar eettafels. In 2018 mocht Resto VanHarte bijna 180.000 gasten verwelkomen aan hun tafels, verspreid over 55 Resto-locaties in Nederland. Ruim 5.200 vrijwilligers hebben zich hiervoor verdienstelijk ingezet en met succes. De gasten beoordelen de resto-avonden met gemiddeld een 8,2.

Ambitie

Resto VanHarte heeft de ambitie om de komende jaren het initiatief Buurtafel in de markt te zetten. Regio voor regio, tot alle sociale eetinitiatieven met elkaar verbonden zijn in een groot digitaal netwerk van sociale eetinitiatieven, die samenwerken bij events en waarin vele vrijwilligers een waardevolle bijdrage kunnen leveren. Door samen te eten verbetert de sociale cohesie en leefbaarheid in buurten en wordt sociaal isolement en eenzaamheid bestreden. Zo draagt Buurtafel bij aan het vergroten van de samenredzaamheid in Nederland.

GREENDISH

ONDERNEMERS PASPOORT

NAAM

Joris Heijnen

FUNCTIE

Directeur

OPRICHTINGSJAAR

2011

ACHTERGROND

Joris gooide letterlijk en figuurlijk het roer om door zijn baan bij Yamaha Motor Europe te verruilen voor een goed doel. Hij koos ervoor zich te richten op voeding. Een thema dat alles en iedereen raakt en waarmee met kleine veranderingen op het bord, grote impact te maken is op de planeet.

DROOM

Dat het wereldwijd normaal is geworden om 2x zo veel groente en plantaardig voedsel te eten en de porties vlees en vis zijn gehalveerd. Zodat gezond én duurzaam eten overal en voor iedereen beschikbaar is.

Greendish biedt private voedselaanbieders en overheden een transitieprogramma om het aanbod van voedsel aan te passen. Met als doel gezonde en duurzame voeding voor iedereen en overal beschikbaar te maken.

Maatschappelijke uitdaging

Een gezonder en duurzamer voedselaanbod is niet altijd vanzelfsprekend. Overal om ons heen is 24/7 voedsel beschikbaar, waarvan niet alles gezond en duurzaam is. Dit overvloedige aanbod zet aan tot (te veel) consumeren en bovendien gaan we steeds vaker uit eten. Naar verwachting is er tegen 2050 wereldwijd 70% meer voedsel nodig met ons huidige consumptiepatroon. En dan gooit de gemiddelde Nederlander per jaar ook nog eens 47kg voedsel weg. Wetende dat 20 tot 35% van de totale uitstoot van broeikasgassen komt door de productie van voedingsmiddelen is dit alles opgeteld een onhoudbare situatie. Greendish zet zich in om een gezonder voedselaanbod te bevorderen, de voedselketen te verduurzamen en voedselverspilling tegen te gaan.

Aanpak

Greendish biedt veelal private voedselaanbieders en overheden een transitieprogramma, hands-on support en verschillende expertises zoals *Sustainable Menu Engineering*, *Green Team Development*, *Food Choice Engineering*, *Impact Measurements* en *Research*. De allernieuwste innovatie is de Greendish Academy - een online trainingstool waarin alle praktijkervaring en kennis uit wetenschappelijke onderzoeken over het meten en implementeren van duurzaam en gezond eten is verwerkt. De Greendish Academy wordt inmiddels getest bij HMSHost, Landal Greenparks, 5 ziekenhuizen en 20 (hotel-)restaurants. Met deze diensten speelt Greendish in op het bevorderen van een gezond voedselaanbod, het verduurzamen van de

CASE STUDIE: VAN DER VALK

Bij Van der Valk heeft Greendish een grootschalig onderzoek gedaan in een buffet-restaurantsetting. Het aanbod van groente is vergroot en van vleesgerechten verkleind. Daarnaast is het aantal vegetarische gerechten vergroot en de saladebar bij het *live cooking* buffet aantrekkelijker gemaakt qua aanbod, smaak en presentatie. Daarbij is gekeken naar het effect op gasttevredenheid, consumptie en derving.

- Zowel voor als na de aanpassingen aan het buffet bleef de gasttevredenheid gelijk, ook over het beschikbare aanbod van vlees
- Derving van de saladebar daalde sterk met 24% ten opzichte van de totale consumptie. Er was geen verschil in de hoeveelheid salade die gasten lieten liggen op hun bord
- 70% van de gasten gaven aan groente belangrijk te vinden
- Het aanpassen van de saladebar heeft geleid tot een hogere groenteconsumptie, lagere vleesconsumptie, relatief minder afval en een betere gastbeoordeling

productieketen en het verminderen van voedselverspilling, zonder de klant het gevoel te geven dat hem of haar iets wordt opgelegd of afgepakt. In verschillende *out-of-home* settings komt steeds weer naar voren dat Greendish' methode met kleine aanpassingen op het bord succesvol leiden tot grote impact op de consumptie van gasten en op het milieu, met behoud van klanttevredenheid. Organisaties ontvangen na het behalen van resultaten een certificaat. In de afgelopen jaren zijn sterke wetenschappelijke bewijzen verkregen voor hun aanpak.

Huidige impact

De organisatie Greendish is al jarenlang actief in het gezonder en duurzamer maken van het aanbod van restaurants, hotelketens, cateraars en bedrijfsrestaurants. Zo heeft Greendish inmiddels samen met meer dan 80 voedselaanbieders (samen goed voor bijna 1.000 locaties) gewerkt aan het verduurzamen en gezonder maken van hun aanbod en heeft hierbij meer dan 800 chefs getraind. Daarmee zijn inmiddels een kleine 6 miljoen gerechten geoptimaliseerd, een uitstoot van bijna 2 miljoen kg CO_2 voorkomen, is bijna 900 miljoen liter water bespaard en is bijna 3 miljoen km^2 aan landgebruik bespaard.

Ambitie

Greendish' droom is om wereldwijd het voedselaanbod te verbeteren en het aanbod gezonder en duurzaam te maken. Hun werk zit er op als de consumptie van dierlijke producten is gehalveerd, de consumptie van groenten en plantaardig voedsel is verdubbeld en voedselverspilling geminimaliseerd. Zo maakt Greendish gezonde én duurzame voeding overal en voor iedereen beschikbaar.

foodfirst network

ONDERNEMERS PASPOORT

NAAM

Jan Dekker

FUNCTIE

Managing Director

OPRICHTINGSJAAR

2017

ACHTERGROND

Jan heeft meer dan 26 jaar ervaring op het gebied van televisie en overige media en stond in 2011 aan de wieg van 24Kitchen. Alles wat hij daar leerde, gebruikte hij om FoodFirst Network op te richten. Met één groot verschil: geen enkele inmenging vanuit de industrie, en reclamevrij.

DROOM

Jan Dekker is geen arts, werkt niet in een ziekenhuis en heeft nog nooit een patiënt gezien. Toch is hij bezig met gezondheidszorg. Letterlijk. Nederland gezonder en gelukkiger maken, dat is zijn droom.

FoodFirst Network (FFN) is een (video)platform dat als missie heeft om Nederland vitaler en gezonder te maken. Hiertoe wordt onder meer samengewerkt met koks, artsen, diëtisten en beweegexperts die members van het platform tips en adviezen geven over voeding, gezondheid, beweging, slaap en ontspanning én hoe ze hun nieuwe leefstijl kunnen volhouden.

Maatschappelijke uitdaging

Bijna de helft van de Nederlanders is te zwaar en het aantal individuen met een (of meerdere) chronische aandoening(en) stijgt. Voor velen van hen geldt dat een betere leefstijl tot een betere gezondheid leidt. Echter, consumenten zijn in de war over wat gezonde voeding is. Dit heeft verschillende redenen. Zo worden we dagelijks geconfronteerd met vele marketing en promotie acties van veelal ongezonde producten en elk jaar is er weer een nieuw dieet in de mode. Consumenten hebben onvoldoende kennis om voedseletiketten te begrijpen en weten door een overvloed aan vinkjes en keurmerken niet meer welke informatie te vertrouwen. FoodFirst Network speelt hierop in en informeert haar gebruikers met haar sfeervolle video's over een gezonde leefstijl. Met het moderne platform speelt FFN in op het vergroten van de vitaliteit en het verkleinen van de verwarring over gezonde voeding en leefstijl onder consumenten. Met het platform en bijbehorende apps en functionaliteiten, wordt een groeiende én diverse groep mensen in de samenleving bereikt.

Aanpak

FFN is uniek in het feit dat het platform volledig onafhankelijk en vrij van advertenties en commercials is. Via video's en artikelen worden members van het platform op een enthousiasmerende manier aangezet tot

een gezondere leefstijl. Aan de hand van gepersonaliseerde profielen wordt voldaan aan individuele behoeften. FFN biedt relevante, lekkere en gezonde recepten via een weekmenu, maar ook kook- en beweegvideo's en advies en tips van experts in (video)artikelen. Ook kunnen members zich inschrijven voor een digitaal coaching traject, waarbij ze wekelijks hulp krijgen bij het volhouden van hun gezondere leefstijl. Tot slot kent FFN ook diverse samenwerkingspartners waarmee de ondersteuningsmogelijkheden voor de gebruikers om een gezonde(re) leefstijl te verkrijgen inmiddels zijn vergroot.

Huidige impact

Sinds de start van het platform is FFN bezig aan een grote opmars. Het platform bestaat inmiddels uit 1.000+ lekkere, gezonde én gepersonaliseerde recepten, kookvideo's en (video)artikelen van experts over voeding, beweging, slaap, allergieën en ontspanning. Het platform telt al duizenden leden en met recent gestarte samenwerkingen zijn de communicatiemogelijkheden voor het platform vergroot.

Ambitie

FFN wil een volwaardig, holistisch en steeds meer gepersonaliseerd leefstijlplatform zijn dat kennis overbrengt en een bijdrage levert aan de verbetering van de gezondheid in de Nederlandse samenleving. De ambitie is om Nederland gezonder te maken, door laagdrempelige tips en adviezen te geven over voeding, gezondheid, beweging, slaap en ontspanning met een wetenschappelijke onderbouwing, gewaarborgd door de aangesloten (medische) experts.

Vitaliteit
op de werkvloer

ONDERNEMERS
PASPOORT

NAAM
Marc Hoogers

FUNCTIE
Programma manager

OPRICHTINGSJAAR
2017

ACHTERGROND

Als voormalig fysiotherapeut en landelijk franchisegever in de poliklinische revalidatiezorg zet ik mij in om concrete oplossingen te bedenken en deze succesvol te implementeren voor een betere vitaliteit op de werkvloer.

DROOM

Weten is nog geen doen. Mijn droom is dat alle werkgevers in Nederland een werkomgeving kunnen creëren die past bij de vitaliteitsvisie en cultuur van het bedrijf. Die medewerkers en management praktisch ondersteunt bij het optimaliseren van de vitaliteit. Zodat we niet blijven hangen in *weten* dat het anders moet, maar nu al *doen* wat anders kan.

Vitaliteit op de Werkvloer biedt werkgevers een aanpak voor het verankeren van vitaliteit in de bedrijfscultuur van een organisatie. Met als doel: vitalere werknemers, minder verzuim en ongevallen en duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

Maatschappelijke uitdaging

Bijna de helft van de volwassen Nederlanders is te zwaar en het gemiddelde leefstijlpatroon van Nederlandse volwassenen is ongezond. Gezien het feit dat 6-7 miljoen Nederlanders 60% van hun tijd op de werkvloer doorbrengt, is het heel voor de hand liggend om juist daar te gaan starten met het verbeteren en bevorderen van vitaliteit. Een gezonde leefstijl van werknemers brengt het verzuim en aantal ongevallen terug en bevordert hun productiviteit, creativiteit, welzijn en duurzame inzetbaarheid. Aandacht voor vitaliteit is noodzakelijk, maar vitaliteit is meer dan alleen fysieke fitheid. En daarmee is het starten van een vitaliteitsprogramma niet voldoende om vitaliteit in te bedden in een bedrijfscultuur. Het bewustzijn hierover groeit en vitaliteit maakt steeds vaker onderdeel uit van een visie op goed werkgeverschap.

Aanpak

Vitaliteit op de Werkvloer biedt werkgevers een aanpak om vitaliteit in de bedrijfscultuur van een organisatie in te bedden. Binnen de aanpak is er aandacht voor het borgen van vitaliteit in de visie/HR-beleid, een activatieprogramma waarbij medewerkers wekelijks in beweging worden gebracht, inrichting van de werkomgeving en dataregistratie én effectmetingen. Al deze aspecten zijn nodig voor bewustwording en structurele gedragsverandering. De werkgever faciliteert en ondersteunt het programma. Werknemers krijgen keuze uit meerdere interventies, waarbij altijd voortgebouwd wordt op het

reeds bestaande aanbod en de aanwezige faciliteiten. Beweegactiviteiten vinden plaats in vaste groepen, omdat dit leidt tot duurzamer sportgedrag.

Huidige impact

Twee pilots hebben grote belangstelling en relevantie aangetoond voor een duurzame inbedding van vitaliteit in het reguliere (HR-)beleid en de organisatiecultuur. Het merendeel van de deelnemers is zich bewuster geworden van de eigen vitaliteit (90)% en mentale fitheid (70%). Daarnaast zijn deelnemers meer gaan bewegen, langer gaan slapen en geven een afname van de gemiddelde rusthartslag aan (-3,5%). De aanpak is inmiddels een bewezen effectieve methode om een praktische invulling te geven aan de behoefte van werkgevers tot ondersteuning bij een vitale levensstijl van hun werknemers.

Ambitie

Vitaliteit op de Werkvloer heeft tot doel om een structurele verandering teweeg te brengen in de cultuur van werkend Nederland. En niet alleen binnen de grote ondernemingen, maar juist ook binnen het MKB, de banenmotor van de Nederlandse economie.

Thuisafgehaald

ONDERNEMERS PASPOORT

NAAM

Stéphanie van Gerven

FUNCTIE

Directeur

OPRICHTINGSJAAR

2012

ACHTERGROND

Stéphanie heeft International Business, Rechten en Communicatiewetenschappen gestudeerd, de koksopleiding afgerond en gewerkt bij o.a. DiningCity, waar zij eindverantwoordelijk was voor de Restaurant Week in acht verschillende landen. Ze weet als geen ander dat eten verbindt en bouwt dit sociale karakter graag verder uit.

DROOM

Wij willen laten zien dat maaltijden aanbieden voor of afhalen bij je buren heel makkelijk en gezellig is. Het is onze droom dat er in de toekomst in heel Nederland in elke straat een vers gekookte maaltijd bij een buurtgenoot af te halen is.

Via Thuisafgehaald kunnen gebruikers in heel Nederland maaltijden met buurtgenoten delen. Op die manier creëert Thuisafgehaald ontmoetingen tussen buurtgenoten door middel van het delen van gezonde versbereide maaltijden.

Maatschappelijke uitdaging

Eenzaamheid en sociaal isolement zijn grote maatschappelijke vraagstukken in de samenleving. Naar schatting heeft ongeveer één op de drie volwassenen in Nederland te maken met matige (20%) of ernstige (10%) gevoelens van eenzaamheid. Naar mate de leeftijd stijgt, neemt dit percentage toe. Daarnaast ervaart ongeveer 14 procent van de mensen van 55 jaar en ouder beperkingen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Hoe ouder mensen worden, des te meer zij met beperkingen te maken krijgen. Het blijkt voor ouderen ook lastig om een gezond gewicht te behouden. Ongeveer vijftien tot 25 procent van de thuiswonenden met thuiszorg is ondervoed. Bij zelfstandig wonende ouderen zónder thuiszorg zijn de cijfers gunstiger, maar ook van hen lijdt zeven tot twaalf procent aan ondervoeding. Thuisafgehaald speelt effectief op deze maatschappelijke uitdagingen in. Het voornaamste doel van Thuisafgehaald is het creëren van ontmoetingen tussen buurtgenoten door middel van het delen van gezonde en versbereide maaltijden.

Aanpak

De basis van Thuisafgehaald wordt gevormd door een community van mensen die maaltijden willen delen. Via het Thuisafgehaald-platform kan iedereen die van koken houdt, eten aanbieden aan buurtgenoten. Mensen die elkaar normaal niet snel zouden ontmoeten, belanden nu bij elkaar in de keuken. Voor buurtbewoners

In eerder onderzoek is de maatschappelijke impact* aangetoond van matches tussen thuiskoks en afhalers in een kwetsbare situatie

PERSOONLIJKE EFFECTEN

+ Afhalers eten gezonder
+ Thuis gekookt warm eten geeft de afhalers een positieve beleving
+ De afhalers worden gezien en gehoord door de thuiskoks, en doen weer mee
+ De afhalers hebben een groter netwerk en zijn minder eenzaam
+ De afhalers hebben een hogere zelfredzaamheid

PER MATCH WORDT MAATSCHAPPELIJKE WAARDE GECREËERD

€2.042-€4.446

MAATSCHAPPELIJKE EFFECTEN EN OPBRENGSTEN

De afhalers kunnen langer zelfstandig thuis wonen	Verminderde belasting van hulpverleners	Inclusie van mensen met een bijzonderheid	Gezondheidswinst en hierdoor uitgestelde zorgbehoefte	Inzet vrijwilligers, 1 maaltijd per week
€581-€2.123 per afhaler per jaar	**€169-€676** per afhaler per jaar	**€260-€450** per afhaler per jaar	**€361** per afhaler per jaar	**€351** per afhaler per jaar

* *Gebaseerd op kwalitatief case onderzoek van matches tussen thuiskoks en afhalers die (tijdelijk of langer) in kwetsbare situatie zitten. Op basis van deze cases zijn persoonlijke en maatschappelijke effecten gevonden. Deze effecten zijn doorberekend naar maatschappelijke opbrengsten in euro's. Een match betekent dat een afhaler aan een vaste kok gekoppeld wordt die gemiddeld 2 keer per week een maaltijd kookt en deze vaak ook thuisbrengt*

biedt Thuisafgehaald een gezond, goedkoop, vers bereid en vooral verbindend alternatief voor het avondeten.

Huidige impact

Medio 2019 heeft Thuisafgehaald ruim 300.000 ontmoetingen en 58.000 verbindingen gerealiseerd en leverde bijna 500.000 maaltijden. Een deel van deze verbindingen resulteerden in duurzame relaties, waarbij voor langere tijd minimaal 1x per 2 weken een lekkere verse, met 'liefde bereide' maaltijd wordt gedeeld. Voor kwetsbare mensen kan contact met een buurtkok, die vaak ook bereid is de maaltijd te brengen, zelfredzaamheid vergroten. Daarnaast kan een goede match betekenen dat hulpverleners bepaalde taken niet meer hoeven uit te voeren en hebben de thuiskoks een signalerende functie als het niet goed gaat met een buurtgenoot.

Ambitie

Thuisafgehaald heeft de ambitie om de komende jaren toe te werken naar duurzame samenwerkingen met regionale stakeholders in meer dan 50 gemeenten. Uiteindelijk is het doel om een landelijke dekking te bereiken waarmee ze met hun diensten meer dan 220.000 ontmoetingen per jaar realiseren en ruim 275.000 maaltijden delen. Zo vergroot Thuisafgehaald de kwaliteit van leven van velen en gaat zij eenzaamheid en sociaal isolement tegen.

de gezonde basisschool van de toekomst

ONDERNEMERS PASPOORT

NAAM

Andrew Simons

FUNCTIE

Projectleider

OPRICHTINGSJAAR

2014

ACHTERGROND

Andrew is al bijna 30 jaar actief binnen het onderwijs, in diverse functies en organisaties. Inmiddels zet hij zich binnen onderwijsstichting MOVARE in om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van gezondheid en gezond gedrag van de kinderen.

DROOM

Een gezonde lunch en aandacht voor gezond gedrag maken integraal deel uit van het curriculum van het Nederlandse basis- en voortgezet onderwijs. Het is een recht van kinderen om ook op school gezond op te groeien en de basis te leggen voor een gezonde toekomst.

De Gezonde Basisschool van de Toekomst (GBT) zet in op een verbetering van de talentontwikkeling van het kind en het terugdringen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Basisschoolleerlingen krijgen een gestructureerd dagprogramma aangeboden met naast voldoende onderwijs ook sport, beweging, ontspanning, cultuur en aandacht voor leefstijl en gezonde voeding.

Maatschappelijke uitdaging

Kinderen zijn volop in de groei en ook in mentaal opzicht ontwikkelen ze zich sneller dan in elk later levensstadium. Dat vraagt om voldoende én de juiste bouwstoffen. In een leefomgeving als de onze, met haar overvloed aan – (on)gezond – eten, moeten we onze kinderen leren omgaan met alle verleidingen en ze goede gewoonten aanleren. Over de periode 2000-2017 is het percentage te zware basisschoolkinderen in Nederland gestegen van 11,4% tot 13,1%. Tegelijkertijd ontwikkelen steeds meer kinderen door een ongezonde leefstijl chronische aandoeningen met als gevolg dalende leerprestaties en sociale ongelijkheid. Kinderen gaan vanaf hun 4e jaar verplicht naar de basisschool. Als de school veilig en gezond is, verblijven alle kinderen een groot deel van de dag in een verantwoorde leefomgeving waar zij zich optimaal kunnen ontwikkelen. Zo legt GBT de basis van een nieuwe gezonde generatie.

Aanpak

GBT is een totaalconcept waarin onderwijs, gezondheid, kinderopvang, peuterspeelzalen en vrije- tijdsbesteding (muziekles, sportclub) in een geïntegreerd dagprogramma op school worden aangeboden. Het gestructureerde dagprogramma omvat zowel gezondheidseducatie als gezondheidsbevordering door een aanbod

DE GEZONDE BASISSCHOOL VAN DE TOEKOMST

De belangrijkste bevindingen na vier jaar experimenteren

Doorgevoerde veranderingen

1. Geen broodtrommel meer mee naar school, maar een gezonde schoollunch
2. De tussenschoolse opvang is verlengd naar tenminste 1,5 uur per dag. Hierdoor is ruimte ontstaan voor een langere lunch en voor sport-, spel- en cultuuraanbod
3. Pedagogisch medewerkers van de kinder-opvang begeleiden de tussenschoolse opvang
4. Buurtsport en cultuurcoaches zorgen voor ondersteuning aan de pedagogisch medewerkers bij het sport-, spel- en cultuur-aanbod
5. Ouders zijn van meet af aan actief betrokken. En ze participeren als vrijwilliger tijdens de tussenschoolse opvang

Het programma is in 2015 op vier basisscholen van start gegaan: twee met voeding en beweging waar veranderingen 1 t/m 5 zijn gerealiseerd, twee met alleen beweging, waar veranderingen 3 t/m 5 zijn uitgevoerd. Vier scholen waar niets veranderde, deden ter vergelijking mee in het onderzoek. In totaal deden ruim 1.600 kinderen mee.

Uitgelichte resultaten

- Op de voedings- en beweegscholen is de BMI significant afgenomen. Deze is hier meer afgenomen dan op de twee beweegscholen. Op de controlescholen nam de BMI juist toe
- Op de voeding- en beweegscholen eten kinderen meer zuivel, groente en fruit tijdens de lunch in vergelijking met de beweeg-controlescholen. Gedurende de rest van de dag zijn kinderden meer water gaan drinken. Gezond voedingsgedrag (fruit, groente en water) tijdens de rest van de dag is significant toegenomen
- Ongezond voedingsgdrag (zoete dranken, snack) is afgenomen in vergelijking met de beweeg- en controlescholen
- Leerkrachten zien duidelijk minder conflicten en minder pestgedrag sinds de start van het experiment. Het gezamenlijk eten en bewegen zorgt voor een positievere sfeer op school
- De tevredenheid van kinderen en ouders is gestegen de afgelopen jaren. De meerderheid van de kinderen vindt de school en het overblijven leuker worden
- Ouders zijn zich meer bewust geworden van het belang van gezonde voeding. Ouders geven aan dat hun kinderen ook thuis graag groenten en fruit willen eten
- Pedagogische medewerkers van de kinderopvang zijn onderdeel geworden van het schoolteam
- De school is meer onderdeel geworden van de wijk

van onderwijs, sport, beweging, ontspanning, cultuur, leefstijl en gezonde voeding. De schooldag is op een GBT met één tot twee uur verlengd. Kinderen kunnen om 08.00 uur ontbijten op school en nuttigen 's middags gezamenlijk een gezonde lunch. In de verlengde lunchpauze vinden ook sport- en spelactiviteiten plaats. Daarnaast zijn er lessen over gezondheid en voeding opgenomen in het schoolprogramma en trainingen over maatschappelijke vorming en sociale vaardigheden.

Huidige impact

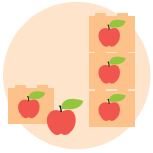
Gedurende vier schooljaren zijn met vier Limburgse basisscholen de effecten in kaart gebracht. Kinderen op een GBT kennen een gezonder gewicht en het voeding- en beweeggedrag laten gunstigere cijfers zien in vergelijking met controle scholen. Ook worden kinderen minder gepest en is er meer sociaal gedrag. De samenwerking met in-kind partners heeft er verder in geresulteerd dat ook in de voorschoolse periode al aandacht is voor gezonde leefstijl, hetgeen de impact van het programma de komende tijd alleen nog maar zal vergroten.

Ambitie

Het is de ambitie van GBT om verder door te ontwikkelen en hun aanpak uit te rollen over het hele land, startend in Limburg. Het plan is om dit te doen via regionale netwerken waar diverse stakeholders elkaar ontmoeten, kennis en ervaring uitwisselen en samenwerken aan de bouwstenen en implementatie van het concept.

DEEL IV

BOUWSTENEN VOOR EEN GEZONDER NEDERLAND



Bouwstenen voor een gezonder Nederland

Als het om preventie gaat ontbreekt het politici en beleidsmakers niet aan goede bedoelingen. In oktober 2018 kwam onder leiding van staatssecretaris Blokhuis – van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – het Nationaal Preventieakkoord tot stand[1]. Zeventig organisaties maakten samen afspraken voor het creëren van een rookvrije generatie, het terugdringen van overgewicht en obesitas en het reduceren van problematisch alcoholgebruik. Het streven van de partijen is om in de komende 22 jaar overgewicht en obesitas terug te brengen naar het niveau van 22 jaar geleden[1]. Met het RIVM als waakhond wil de overheid op deze manier preventie bevorderen. Een mooie ambitie.

Ook voordat het Nationaal Preventieakkoord er was, zetten vele partijen zich op allerlei manieren in voor meer preventie. Zo stimuleren het Voedingscentrum, Alles is Gezondheid, JOGG, de Transitiecoalitie Voedsel, de Samenwerkende Gezondheidsfondsen, het Nationaal Actieplan Groente en Fruit en vele anderen een gezondere en duurzame leefstijl. En honderden kleinere organisaties richten zich op specifieke doelgroepen als kinderen of ouderen. Veel van deze initiatieven kennen een programmatische aanpak en zijn afhankelijk van subsidie.

'In 2040 is de ziektelast als gevolg van een ongezonde leefstijl en ongezonde leefomgeving met 30% afgenomen,' zo luidt de ambitieuze eerste missie van de Kennis- en Innovatieagenda (KIA) voor de jaren 2020 tot 2023 (medio 2019 uitgebracht door de topsector Life Sciences & Health)[2]. Missiegedreven innovatie vormt de kern van de KIA, waarvoor vele experts met uiteenlopende achtergronden en disciplines zijn geraadpleegd. Aangezien preventie veelomvattend is, iedereen aangaat en geen exclusieve overheidstaak is, moeten de missies inspireren tot innovaties en publiek-private samenwerkingsprojecten en partnerschappen.

Ook de wetenschap heeft preventie tot prioriteit gemaakt. De Nationale Wetenschapsagenda (NWA) heeft binnen één van de vijfentwintig routes – 'Gezondheidsonderzoek, Preventie en Behandeling' – een aparte kennisagenda Preventie samengesteld[3]. De kennisagenda benoemt welke kennis nodig is om de gezondheid en het dagelijks functioneren van de Nederlandse bevolking te bevorderen en om de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen tegen te gaan. Twee nauw met elkaar verbonden uitdagingen staan daarbij centraal: het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen en het beheersen van de zorgkosten. ZonMw voert al vele jaren een preventieprogramma. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek en stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee zorg en gezondheid te verbeteren. Het inmiddels zesde ZonMw-Preventieprogramma – looptijd 2019 tot 2022; totale omvang 38 miljoen euro – zet in op kennisbenutting,

effectiviteitsonderzoek en innovatie[4]. Ook de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) financiert een groot scala aan preventieonderzoeken onder andere op de terreinen hart- en vaatziekten[5], beweegachterstanden bij kinderen[6] en een kansrijke start voor kinderen (met behulp van big data)[7].

Met de aandacht voor preventie zit het dus wel goed, zou je denken. Het staat immers op de politieke en de wetenschappelijke agenda. Het tegendeel is helaas waar. Op de thema's van het Preventieakkoord (roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik) boeren we achteruit (overgewicht) of boeken we minimale voortgang (roken en problematisch alcoholgebruik). En de financiële investering in preventie is nog steeds slechts enkele procenten van de totale zorgkosten[8].

De grote uitdaging is om van goede bedoelingen naar impactvolle verbeteringen te komen. Hoe pakken we de samenleving aan? Waar te beginnen? Hoe geven we bijvoorbeeld invulling aan het stimuleren van een gezondere leefstijl en het creëren van een gezonde leefomgeving? En hoe komen we tot een nieuwe norm rond eten en drinken? Dat vraagt een radicale cultuur- en gedragsverandering en we weten allemaal hoe ingewikkeld dat is. Wie neemt het voortouw? Wie gaat wat betalen? En welke rol spelen innovaties hierbij?

Hoeveel procent van de huidige zorguitgaven zouden we willen investeren in preventie?

Zoals in de eerdere publicatie Diagnose Transformatie reeds is beschreven, is er geen logische investeerder in het huidige systeem, ondanks het feit dat er wel degelijk een maatschappelijke businesscase (SROI) te maken is voor preventie. De reductionistische aanpak waarbij 'cause and effect' van investeringen in gezondheidsbevordering moet worden aangetoond voordat we besluiten te investeren, is niet langer houdbaar. We kunnen het ons immers niet meer veroorloven te wachten op aangetoonde effecten alvorens te investeren in preventie. Tegelijkertijd is er internationaal al geweldig veel bewijsvoering beschikbaar en hoeven we niet keer op keer het wiel opnieuw uit te vinden. Het vraagt echter om visie, lef en sociaal ondernemerschap om de succesvolle voorbeelden te implementeren en/of op te schalen. Onze oproep is dan ook om in de komende tien jaar het preventiebudget te vertienvoudigen ten behoeve van de agenda voor een gezonder Nederland.

Vijf bouwstenen voor een gezonder Nederland

De preventieagenda is groot en ambitieus. We beperken ons hier tot het onderwerp voeding en gezondheid. Op basis van de eerder beschreven beschouwingen, de uitdagingen waar we als samenleving voor staan en de analyses over bestaande innovaties, interventies en hun maatschappelijke impact onderscheiden we vijf bouwstenen. Bouwstenen die bijdragen aan een nieuwe eetcultuur en een gezonde voedselomgeving, beide noodzakelijk voor de doelstelling van een gezond en goed gevoed land. Bouwstenen waar we op termijn gezondheidswinst mee kunnen behalen en waar diverse partijen in het veld reeds aan werken. Door deze activiteiten te versterken en bestaande innovaties te versnellen, kunnen we snel resultaat behalen.

Wij onderscheiden de volgende vijf bouwstenen:

1. **Gezonde ruimtes:** naar een gezond voedselaanbod in de publieke ruimte;
2. **Gezonde lunch:** naar een groenterijke en relaxte lunchcultuur;
3. **Gezonde gewoonten:** naar een brede ondersteuning bij gedragsverandering;
4. **Gezonde relaties:** naar een warme sociale inbedding;
5. **Gezonde zorg:** naar voeding als startpunt van behandeling bij ziekte.

De bouwstenen staan niet volledig op zichzelf. Er is veel overlap en onderlinge verwevenheid. Een gezonde lunch zou je gemakkelijk kunnen zien als een gezonde gewoonte en hangt ook samen met wie je gaat lunchen (gezonde relaties). Maar door onderscheid te maken, kunnen we per bouwsteen gericht aan de slag met interventies en innovaties.

Vermoedelijk zullen de vijf bouwstenen niet in gelijke mate bijdragen aan een gezonder Nederland. De ene zal ongetwijfeld een grotere bijdrage leveren aan het bereiken van de doelstelling dan de andere, maar er zal ook beslist een interactie-effect optreden. Als we per bouwsteen gericht inzetten op innovaties en interventies, zal het effect dat wordt bereikt naar verwachting groter zijn dan de som der delen (1+1=3). Op die manier willen wij bijdragen aan een nieuwe eetcultuur en een gezondere voedselomgeving.

In de volgende paragrafen gaan we in op het belang van de vijf bouwstenen, de gezondheidswinst die gerealiseerd kan worden en concrete strategieën waarmee we nú kunnen starten. Bovendien presenteren we bij iedere bouwsteen één of meer bestaande innovaties die bij opschaling een grote bijdrage kunnen leveren aan een gezonder Nederland.

Gezonde ruimtes

naar een gezond voedselaanbod in de publieke ruimte

In de verschillende beschouwingen hebben we beschreven hoe in iedere levensfase de fysieke, sociale en digitale voedselomgeving van grote invloed is op het consumptiepatroon. De verleiding tot (over)consumptie is enorm. Voedsel is overal, altijd! Onze omgeving stimuleert ons voortdurend om te veel te eten en te weinig te bewegen. We leven in een obesogene samenleving.

Om de verleiding tot (over)consumptie te weerstaan moeten we weloverwogen keuzes maken en beschikken over een grote mate van zelfbeheersing. De discipline die dat vraagt druist in zekere mate tegen onze natuur in. Ons brein is namelijk voorgeprogrammeerd om voedsel te consumeren dat binnen ons bereik komt, een instelling die stamt uit de oertijd, toen voedselaanbod schaars was[9]. De voedselindustrie investeert jaarlijks miljarden euro's aan uitgekiende marketingstrategieën (prijs, promotie en plaatsing) die op dit oerinstinct inspelen[10]. Bovendien worden voedselkeuzes grotendeels bepaald door gewoonten. *Ongemerkt* nemen we dagelijks zo'n 200 beslissingen over voedselinname, vaak in de vorm van onbewuste reacties op prikkels[11]. Onze huidige voedselomgeving heeft met al haar verleidingen een enorme invloed op ons voedingspatroon. Daarom is het ter stimulering van onze gezondheid van groot belang om onze voedselomgeving anders en gezonder in te richten.

Actief (overheids)beleid

Er valt veel gezondheidswinst te behalen door te zorgen dat het voedselaanbod in publieke ruimtes waar veel mensen samenkomen – denk aan stadskernen, stationsomgevingen, pretparken en beurshallen – gezond is. Gemeenten spelen hierin een cruciale rol vanuit hun taak om publieke omgevingen veilig en gezond te maken. Zij hebben de mogelijkheid om beleid te formuleren om het aanbod van ongezonde voeding in het straatbeeld terug te dringen. Zij worden hiertoe ook aangezet door de Omgevingswet die in 2021 van kracht gaat en onder andere tot doel heeft om de huidige duizenden bestemmingsplannen en beheersverordeningen te versimpelen tot slechts een paar honderd omgevingsplannen. Regionale en lokale overheden worden met deze nieuwe wet verplicht een visie te ontwikkelen op een gezondere en duurzame publieke ruimte, en daar beleid op af te stemmen[12]. Zo kunnen gemeenten bijvoorbeeld in het omgevingsplan het aantal nieuwe eetwinkels, fastfoodzaken en snackbars limiteren of bewerkstelligen dat er watertappunten in de stad worden geplaatst. Het zijn dergelijke eenvoudige maatregelen die gezond gedrag stimuleren. Maar een gemeente kan verder gaan. Ze kan een gezond voedselaanbod op scholen en sportverenigingen stimuleren. En bij inkoopcontracten, aanbestedingen en in subsidievoorwaarden (bijvoorbeeld bij grote evenementen) kan de gemeente eisen stellen aan het aanbod van gezond eten en drinken.

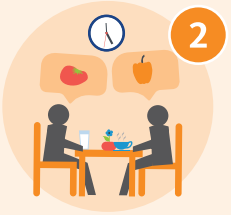
Als het gaat om gebouwen in eigendom van de overheid of om gebouwen met een publieke taak (denk aan instellingen voor zorg, welzijn en onderwijs) ligt het voor de hand de kwaliteit van het aangeboden voedsel aan regels te binden. Burgers zullen begrijpen en (uiteindelijk) accepteren dat in deze gebouwen het beleid gericht is op het stimuleren van gezondheid in het algemene belang. Sterker nog, het is eigenlijk moeilijk te bevatten dat dit nu vaak nog niet het geval is. Met nieuwe wetgeving, beleidsregels of simpelweg afspraken kan worden geregeld dat het voedselaanbod in deze gebouwen gezonder wordt.

Kortom, overheden hebben vanuit hun verantwoordelijkheden de taak om het voedselaanbod in publieke ruimtes gezond te maken. En daar kunnen zij meteen mee starten, zowel beleidsmatig als operationeel binnen gebouwen met een publieke functie. Zij kunnen zich daarbij ook laten ondersteunen door partijen in de markt die hier reeds jarenlange ervaring mee hebben, zoals best practice Greendish.

Opschalen van innovaties

De organisatie Greendish is al jaren actief in (bedrijfs-) restaurants, hotelketens en bij cateraars, allemaal in de private sector[13]. Ze biedt hen deskundig advies en ondersteuning op het gebied van het samenstellen van gezonde en duurzame menu's, het verleiden van klanten tot het maken van gezonde keuzes, het trainen van personeel hierin en het berekenen van de behaalde impact. Zo draagt Greendish bij aan het bevorderen van een gezond voedselaanbod, het verduurzamen van de productieketen en het verminderen van voedselverspilling, zonder de klant het gevoel te geven dat hem of haar iets wordt opgelegd of afgepakt. Greendish heeft inmiddels met 80 voedselaanbieders samengewerkt en hierbij meer dan 800 chefs getraind. Organisaties ontvangen na het behalen van resultaten een certificaat.

Enkele samenwerkingsprojecten met de Wageningen Universiteit en het Louis Bolk instituut hebben wetenschappelijk bewezen dat *sustainable menu-engineering* in staat is menu's aan te passen met behoud van klanttevredenheid. In diverse settings toont Greendish steeds aan hoe kleine aanpassingen op het bord veel impact hebben op de consumptie van gasten én het milieu[14]. Het is van groot belang om Greendish en vergelijkbare organisaties, die commerciële partijen weten aan te zetten tot verbetering van hun aanbod, te ondersteunen en te helpen opschalen.



Gezonde lunch

naar een groenterijke en relaxte lunchcultuur

In alle levensfasen – van peuter tot hoogbejaarde – consumeren Nederlanders te weinig groente[15]. Het vervangen van andersoortige voedingsmiddelen door groenten levert grote gezondheidswinst op. Want een ding is zeker: het eten van groente is gezond voor mens en milieu.

In de Nederlandse cultuur is het gebruikelijk om drie maaltijden per dag te eten en verschillende tussendoortjes. Alleen tijdens de avondmaaltijd eten de meesten van ons één of meer porties groenten, met als gevolg dat we de norm van minimaal 200 gram groente op een dag niet halen[16]. De lunchtrommel is misschien nog wel een beter nationaal stereotype dan klompen en windmolens. Wij smeren thuis boterhammen en nemen die in een trommeltje mee naar school of werk. In deze meeneemcultuur kost de lunch gemiddeld genomen weinig tijd, geld en moeite. Slechts iets meer dan de helft van de Nederlandse werknemers blijkt zijn werk neer te leggen voor een lunchpauze. Ruim een derde van de werknemers luncht zelfs achter zijn bureau. Met gemiddeld 25 minuten lunchen wij korter dan alle andere Europeanen[17]. Relaxt lunchen, met groente en meer aandacht voor elkaar, tijdens een langere middagpauze – het blijkt in veel Europese landen de normaalste zaak van de wereld. Nederland wijkt hierin af. Het is zaak om op dit punt te gaan normaliseren, dat is ook volgens het Voedingscentrum wenselijk[18]. Een betere lunchcultuur zal ons grote gezondheidswinst opleveren.

Verleiden of verplichten?
Door middel van voorlichting, goede voorbeelden en een uitgekiende verleidingsstrategie kan de bestaande Nederlandse meeneemcultuur worden ingeruild voor groenterijke en relaxte lunches. Een dergelijke beïnvloedingsstrategie zal veel inzet en doorzettingsvermogen vergen; er is een dragende coalitie voor nodig van private en publieke partijen met een gelijkgerichte boodschap. De cultuurverandering zal vele jaren vergen en alleen worden bereikt als er consistent wordt gewerkt aan het vergroten van de bewustwording, het overdragen van kennis en het inzetten op concrete interventies.

Naast verleidingsstrategieën is regelgeving een logisch instrument. Er kan, zoals in vele andere landen, wet- en regelgeving worden opgesteld die de verantwoordelijkheid voor een groenterijke lunch toekent aan instituties als scholen, bedrijven en zorginstellingen. Vervolgens kunnen lokale overheden die instituties stimuleren, door alledaagse belemmeringen op te lossen, maatschappelijke drempels te verlagen en eventueel subsidies te beperken tot groenterijke initiatieven. Een financiële prikkel van de Rijksoverheid zal uiteraard ook helpen om werkgevers te laten investeren in een groenterijke en relaxte lunch, bijvoorbeeld door de fiscale aftrekbaarheid ervan aan bepaalde kwaliteitscriteria te koppelen.

Kortom, om Nederland gezonder te maken is het noodzakelijk dat diverse partijen in de samenleving samenwerken aan een gezondere lunchcultuur. Nieuwe wetgeving over en overheidsubsidiering van groenterijke lunches zullen het proces versnellen en dienen serieus te worden onderzocht. Daarnaast is het noodzakelijk om praktijkvoorbeelden te creëeren die enerzijds de gezondheidswinst van groenterijke lunches aantonen en anderzijds laten zien dat de veel genoemde belemmeringen op te lossen zijn.

Opschalen van innovaties
Op zoek naar de beste interventies gericht op het veranderen van de lunchcultuur hebben we in de afgelopen twee jaar diverse praktijkvoorbeelden bekeken. Twee initiatieven springen eruit en verdienen in onze ogen opschaling: De Gezonde Basisschool van de Toekomst in Limburg en Rob & Bob Fair Food.

Op De Gezonde Basisscholen van de Toekomst in Limburg[19] is de schooldag met één tot twee uur verlengd. Kinderen kunnen om acht uur ontbijten op school en nuttigen 's middags gezamenlijk een gezonde lunch. In de verlengde lunchpauze vinden ook sport- en spelactiviteiten plaats. Daarnaast zijn er lessen over gezondheid en voeding opgenomen in het schoolprogramma, alsmede trainingen in maatschappelijke vorming en sociale vaardigheden. Kortom, een veilige en gezonde schoolomgeving waarin kinderen naast het bestaande onderwijs ook een gezonde leefstijl aanleren. Dat vormt de basis voor een goede lichamelijke, maar ook emotionele en sociale gezondheid.

Rob & Bob Fair Food is de gezonde bedrijfskantine van Koppert Cress die is opgezet in samenwerking met Hutten Catering[20]. In de kantine krijgen medewerkers dagelijks een gratis (!) keuzemaaltijd aangeboden, waarin tenminste 150 gram groente is verwerkt (meer dan de helft van de dagelijkse behoefte). Het aangeboden menu is conform de principes van Dutch Cuisine, waarin onder andere een 80/20 verhouding tussen groenten en vlees/vis wordt aangehouden[21]. Ook is er extra aandacht besteed aan de groeninrichting van het restaurant, wat bijdraagt aan een gezondere werkomgeving.

Gezonde gewoonten

naar een brede ondersteuning bij gedragsverandering

Het veranderen van ons eetpatroon en onze eetgewoontes is niet gemakkelijk. Velen van ons willen wel gezonder leven of afvallen, maar kunnen de vele verleidingen onvoldoende weerstaan. Onze weerstand tegen verleidingen neemt vaak gedurende de dag af. Zijn we 's ochtends nog sterk en principieel, 's avond zwichten we toch voor dat lekkere koekje. Bovendien is de consument in de war over wat gezonde voeding is. De vele hypes, boeken en goeroes verstrekken voortdurend andere en vaak tegenstrijdige boodschappen[22]. We gaan van brooddieet naar koolhydraatloos, van vetarm naar onbeperkt vet en van vasten naar sloten gin-tonic! Om de haverklap vestigen we onze hoop op weer een nieuw boek of een nieuwe app.

Wie zich persoonlijk en professioneel laat begeleiden in het veranderen van zijn eetpatroon en -gewoonten behaalt betere resultaten[23]. Persoonlijke begeleiding draagt bij aan een grotere bewustwording doordat er regelmatig feedback is op gedrag en er nieuwe betrouwbare informatie en ervaringen worden aangereikt.

Moderne vormen van leefstijlbegeleiding

De vele nieuwe technologische mogelijkheden hebben het onderwerp 'persoonlijke begeleiding' de afgelopen jaren in een totaal andere context geplaatst. Waar het voorheen vooral ging om fysiek menselijk contact, één op één of in een groep, is er tegenwoordig veel meer mogelijk. Wearables leggen 24/7 gedragingen vast, analyseren ze en zetten ze af tegen gestelde doelen. Volslagen vreemden kunnen via internetsites of apps ervaringen met elkaar uitwisselen en experts kunnen op afstand worden geconsulteerd. Kortom: niets is meer gebonden aan tijd of plek. De meesten van ons vinden dit gemakkelijk, tijdbesparend, laagdrempelig en bovenal effectief.

Persoonlijke begeleiding is niet langer het exclusieve domein van eerstelijnsdeskundigen of paramedici als de diëtist, fysiotherapeut, psycholoog, gewichtsconsulent of verloskundige. De leefstijlcoach heeft zijn intrede gedaan en we zien dat begeleiding lokaler en doelgroepgerichter wordt georganiseerd. Kinderen krijgen begeleiding via school, volwassenen op hun werk en ouderen in verpleeghuizen. Werkgevers nemen meer verantwoordelijkheid op zich voor het welzijn van hun medewerkers en bieden hen allerlei vitaliteitsprogramma's aan. Zij realiseren zich dat zij belang hebben bij de gezondheid van hun *workforce* en terecht. Vitale medewerkers zijn productiever en hun risico op verzuimkosten is lager[24]. Er zijn redenen genoeg om te investeren in de gezondheid van medewerkers. Voor veel bedrijven is ziekteverzuim sterk bepalend voor het maken van winst of verlies. Bovendien trekt een goed vitaliteitsaanbod medewerkers aan of houdt ze tevreden. In een arbeidsmarkt waarop de concurrentie om personeel toeneemt is dat een sterk argument.

Technologische vernieuwing en verschuiving van verantwoordelijkheden leiden tot ongekende mogelijkheden, ook voor de huidige beroepsgroepen. Het aanbod van leefstijlbegeleiding zal daardoor de komende jaren ongetwijfeld groeien en dat is een goede zaak. Zo kunnen we allemaal passende begeleiding krijgen en gaan we het

de gewoonste zaak van de wereld vinden om ons te laten begeleiden bij gedragsverandering en daarvoor te betalen. En dat is nodig om de groei van overgewicht en chronische aandoeningen significant te laten afnemen. Met name het inzetten op vitaliteit op de werkvloer is nodig en levert grote gezondheidswinst op. Volwassenen nemen informatie op hun werk serieuzer en staan meer open voor advies en begeleiding in de werkcontext. Dat ze de opgedane kennis en ervaring meenemen naar hun privéomgeving is een bonus.

Kortom, om Nederland gezonder te maken is het noodzakelijk dat leefstijlbegeleiding in de samenleving wordt geaccepteerd als logisch en gewenst bij gedragsverandering. Paramedici zullen nieuwe manieren moeten vinden om hun kennis en ervaring in te zetten en daarbij samenwerkingsverbanden moeten aangaan met diverse partijen. Werkgevers kunnen actief bijdragen aan de gezondheid van hun werknemers en dienen hiertoe te worden aangespoord.

Opschalen van innovaties

Twee initiatieven in de markt die reeds op een effectieve, moderne en aantrekkelijke manier leefstijlbegeleiding aanbieden zijn FoodFirst Network (FFN)[25] en Vitaliteit op de Werkvloer[26].

FFN is een mediaplatform dat gebruik maakt van interactieve communicatievormen en digitale technieken. FFN heeft als missie om iedere Nederlander vitaler en gezonder te maken. Hiertoe werkt zij samen met onder meer koks, artsen, diëtisten en beweegexperts. Met het platform en bijbehorende apps en functionaliteiten bereikt FFN een groeiende, diverse groep mensen in de samenleving. FFN gebruikt persoonlijke profielen van gebruikers om maaltijden af te stemmen op hun individuele behoeften. Met als resultaat een persoonlijk aanbod van lekkere, gezonde recepten en kookvideo's. Daarnaast brengt zij diverse deskundigheidsvideo's uit, onder andere over bewegen. FoodFirst Network vergroot hiermee de vitaliteit van de consumenten en bestrijdt de verwarring over gezonde voeding en leefstijl.

Een ander interessant voorbeeld is 'Vitaliteit op de Werkvloer', een initiatief dat werkgevers helpt vitaliteit in te bedden in de bedrijfscultuur. Het doel is drieledig: vitalere werknemers, minder verzuim en ongevallen, en duurzame inzetbaarheid. De aanpak omvat het integreren van vitaliteit in de HR-visie, een wekelijks bewegingsprogramma voor de medewerkers, het uitvoeren van effectmetingen en herinrichting van de werkomgeving. De werkgever faciliteert en ondersteunt het programma, werknemers kunnen kiezen uit gepersonaliseerde interventies. Het is wenselijk dat alle bedrijven dergelijk beleid ontwikkelen. En niet alleen de grote ondernemingen, maar juist ook het MKB, de banenmotor van de Nederlandse economie. De aanpak van Vitaliteit op de Werkvloer kan ook ingezet worden voor een groep van MKB-bedrijven.

Gezonde relaties

naar een warme sociale inbedding

In sommige perioden en bepaalde omstandigheden vormen boodschappen doen, koken en opruimen een zware belasting. De ouderdom met zijn afnemende mobiliteit is zo'n

periode, maar ook alleenstaanden ontbreekt het doorgaans aan voldoende motivatie om dagelijks te koken. Datzelfde geldt voor mensen die fysieke en/of psychische problemen ondervinden danwel een partner, kind of ouder hebben die zorg behoeven. Steeds vaker maken mensen in zo'n situatie gebruik van kant-en-klaarmaaltijden of een besteldienst in plaats van zelf een gezonde maaltijd te bereiden[27]. Gelukkig is er inmiddels een tegenbeweging gaande bestaande uit sociale eetinitiatieven. Vrijwilligers of buurtgenoten koken voor anderen. Het eten wordt thuisbezorgd, opgehaald of samen geconsumeerd, alle varianten bestaan. En meestal zijn ze goedkoper dan de commerciële varianten. Het zijn initiatieven die bijdragen aan de sociale cohesie in de buurt, die mensen met elkaar verbinden en zodoende eenzaamheid bestrijden of voorkomen.

Infrastructuur bieden aan sociale eetinitiatieven

Sociale eetinitiatieven bieden een mooie oplossing voor als het even niet alleen lukt. Ze zijn echter te klein en versnipperd (en hebben mogelijk ook niet altijd de goede uitstraling) om het verschil te maken voor een grote doelgroep. Doordat ze veelal worden gerund door vrijwilligers ontbreekt een efficiënte, professionele aanpak, terwijl ze wel in toenemende mate worden onderworpen aan strenge eisen betreffende voedselveiligheid, privacy, juridische aansprakelijkheid en financiële afwikkeling. De druk op de organisaties neemt daardoor toe, met het risico dat ze eronder bezwijken. Overleven ze wel, dan zijn hun financiële middelen meestal te beperkt voor promotie en opschaling. Het gevolg is een lage bekendheid, beperkte deelname en dus geringe maatschappelijke impact. Schaamtegevoelens bij de doelgroep om deel te nemen aan sociale eetinitiatieven, vermindert de slagingskans nog verder.

Omdat sociale eetinitiatieven een belangrijke rol spelen is het zinvol om een supportsysteem op te zetten voor de organisatie en marketing van dit soort initiatieven. Daarvoor bestaan tal van mogelijkheden. Gemeenten en bedrijven kunnen ze financieel ondersteunen en met elkaar in contact brengen om tot kennisdeling te komen. Gemeenten kunnen de initiatieven bovendien markeren op stadskaarten. Huisartsen, mantelzorgers en buurtzorgmedewerkers kunnen ze aanbevelen aan patiënten en cliënten. Een dergelijke infrastructuur die de maatschappelijke impact van sociale eetinitiatieven vergroot kan vrij gemakkelijk worden aangelegd.

Kortom, bij het gezonder maken van Nederland spelen sociale eetinitiatieven een belangrijke rol. Het erkennen van deze bijdrage is nodig en het wegnemen van belemmeringen om deze bijdrage te leveren is noodzakelijk. Een brede gedragenheid en samenwerking in de maatschappij kunnen sociale eetinitiatieven op de kaart zetten als effectieve interventies voor kwetsbare mensen. Hieronder enkele voorbeelden uit de praktijk die opgeschaald kunnen worden.

Opschalen van innovaties

Twee mooie voorbeelden van sociale eetinitiatieven zijn Thuisafgehaald[28] en Buurtafel[29].

Thuisafgehaald creëert ontmoetingen tussen buurtgenoten door zogeheten Buurtkoks gezonde en versbereide maaltijden aan te laten bieden aan buurtgenoten. Door middel van de website www.thuisafgehaald.nl belanden zodoende mensen die elkaar normaal niet zouden ontmoeten bij elkaar in de keuken. Medio 2019 heeft Thuisafgehaald bijna 500.000 maaltijden geproduceerd en daarmee ruim

300.000 ontmoetingen en 58.000 verbindingen gerealiseerd. Een deel van deze verbindingen resulteerde in duurzame relaties, waarbij minimaal eenmaal per twee weken een lekkere verse, met liefde bereide maaltijd wordt gedeeld. Voor kwetsbare mensen kan contact met een buurtkok - die vaak ook bereid is de maaltijd te brengen - zelfredzaamheid vergroten. Daarnaast ontziet Thuisafgehaald hulpverleners van enkele taken en kunnen de thuiskoks het signaleren als het niet goed gaat met een buurtgenoot. Thuisafgehaald streeft in meer dan vijftig gemeenten naar duurzame samenwerking met stakeholders en wil uiteindelijk landelijke dekking bereiken.

Buurtafel is een initiatief van Resto VanHarte, een maatschappelijke organisatie die zich ten doel heeft gesteld sociaal isolement en eenzaamheid te bestrijden door de sociale cohesie en leefbaarheid in buurten te verbeteren. Door samen te koken en eten verwacht het nieuwe sociale netwerken en *samen*redzaamheid te bewerkstelligen. Dit idee wint sterk aan populariteit onder particuliere vrijwilligersinitiatieven en het maatschappelijk middenveld. Ter ondersteuning en verbinding van deze initiatieven gaat Resto VanHarte zijn opgedane kennis en ervaring alsmede het bijbehorende, zelfontwikkelde ICT-systeem beschikbaar stellen aan alle sociale eetinitiatieven in Nederland. Buurtafel is een online platform waarop sociale eetinitiatieven zichzelf kunnen promoten. Buurtbewoners kunnen er hun lokale eetinitiatief vinden en zich erop inschrijven. De initiatiefnemer kan de organisatie van zijn evenement laten ondersteunen door de onderliggende applicatie. Terwijl elk initiatief zijn eigen naam en identiteit behoudt, garandeert Buurtafel vindbaarheid en veiligheid. Resto VanHarte wil Buurtafel in de periode 2019 tot 2021 regio voor regio in de markt zetten. Zo ontstaat gaandeweg een groot digitaal netwerk van sociale eetinitiatieven waar mensen samen een gezonde maaltijd gebruiken, die samenwerken bij events en waaraan vele vrijwilligers een waardevolle bijdrage kunnen leveren.

Gezonde zorg

Naar voeding als startpunt van behandeling bij ziekte

Ten tijde van ziekte is een goede voedingsstatus van cruciaal belang omdat het lichaam meer energie en voedingsstoffen verbruikt dan normaal. Het lichaam is hard aan het werk om de ziekte te bestrijden, wonden te genezen en bacteriën aan te vallen. Daarbij komt dat veel zieken juist minder gaan eten doordat ze te maken hebben met gebrek aan eetlust, pijnklachten, misselijkheid, slikproblemen en andere ongemakken. Verminderde eetlust en vermoeidheid leiden al snel tot ongewenst gewichtsverlies en/of een gebrek aan bepaalde voedingsstoffen.

In de afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen voeding enerzijds en behandeling, herstel en genezing van ziekte anderzijds. Daardoor weten we nu dat patiënten die met een goede conditie een operatie ingaan een geringer risico lopen op complicaties en sneller herstellen na de operatie. Dit wordt '*better in, better out*' genoemd[30]. Vooral energie- en eiwitrijke voeding is daarbij belangrijk. Op basis van een onderzoek uit 2016 blijkt dat bij een westers dieet kwaadaardige nieuwvormingen sneller terugkeren[31]. Het is bekend dat de hersenfuncties na een beroerte beter behouden blijven en beter herstellen bij

het volgen van het MIND-dieet, dat bestaat uit veel (blad-) groenten, olijfolie, vis, noten, volkoren producten en bonen[32]. Het is aangetoond dat in de behandeling van diabetes mediterrane voeding (weinig koolhydraten en veel eiwit) een gunstig effect heeft op het glucosemetabolisme[33]. Een gezondere leefstijl kan zowel de symptomen van diabetes als de medicatieafhankelijkheid verminderen[34-36]. Bij artrose kan een zogenaamd anti-inflammatoir dieet (groenten, fruit en vette vis) de kans op ontsteking verminderen[37,38]. Supplementen met het eiwit glucosamine kunnen de afbraak van gewrichtskraakbeen remmen[39]. Supplementen met avocado en sojabonen kunnen het herstel van kraakbeen bevorderen[40]. Over de relatie tussen voeding en medicijnen komt steeds meer wetenschappelijk inzicht. Bij behandeling met chemotherapie wordt het eten van grapefruits afgeraden[41] en bepaalde bloeddrukmedicijnen werken niet als je veel zout eet[42].

Toch weten we waarschijnlijk meer niet dan wel over de relatie tussen voeding en ziekte. Zo reageren we verschillend op voedingsstoffen doordat we nu eenmaal allemaal een unieke constitutie hebben. Onze stofwisseling en gezondheid worden medebepaald door genetische kenmerken in ons DNA en darmmicrobioom, de samenstelling van bacteriën in onze mond en ons maagdarmstelsel. Er zijn miljoenen variaties mogelijk, wat maakt dat het nog vele jaren zal duren voordat het wetenschappelijk onderzoek dat hiernaar wordt verricht definitief resultaat zal opleveren. Maar het feit dat onze kennis hiaten omvat is geen reden om haar niet te gebruiken. En toch gebeurt dat. Neem het relatief eenvoudige voorbeeld van *'better in, better out'*. Alle ziekenhuizen in Nederland kunnen dit op korte termijn opnemen in hun protocollen rond operaties, maar in werkelijkheid staat aandacht voor gezonde voeding nog niet of onvoldoende op hun agenda's.

Een voedingsvisie in iedere zorginstelling

Het is hoog tijd dat zorginstellingen een voedingsvisie en -beleid formuleren, waarin voeding de plek krijgt die het verdient. Het mag niet langer uitsluitend het domein van de diëtist en de voedingsassistent zijn, ook medische professionals, verpleegkundigen en verzorgenden dienen zich ermee bezig te houden teneinde voeding een belangrijkere rol te bezorgen bij behandeling, herstel en genezing van ziekten.

In zorgpaden moeten leefstijlinterventies worden opgenomen. Het meten en vastleggen van data ten behoeve van onderzoek kan worden uitgebreid met informatie over voedselinname van patiënten en voedingswaarden. Innovatie in processen en protocollen dient mede gebaseerd te zijn op diëtistische kennis. En vanzelfsprekend hoort elke zorginstelling haar voedingsconcept op orde te hebben, zowel voor de cliënten, het personeel als voor de bezoekers. Het loont om met de eigen medewerkers te beginnen. Wanneer zij ervaren wat gezonde voeding met hen doet, zullen ze dat ook op een natuurlijke wijze overdragen op patiënten en cliënten.

Kortom, om Nederland gezonder te maken is het noodzakelijk dat zorginstellingen een voedingsvise ontwikkelen en leefstijl en voeding integreren in hun zorgpaden. Zodat iedere behandeling begint met voedings- en leefstijladvies van de arts. Ook is het noodzakelijk dat een proces wordt ingericht om deze visie voortdurend bij te stellen op basis van nieuwe kennis uit onderzoeken. Zorginstellingen kunnen zich hierbij laten inspireren door best practices zoals Diverzio en Fit4Surgery.

Opschalen van innovaties

Diverzio is een innovatieve onderneming die al geruime tijd actief is bij zorginstellingen[43]. In haar programma 'Duurzaam en Gezond aan Tafel' biedt ze medewerkers van deelnemende zorgorganisaties handreikingen om binnen een jaar de kwaliteit van hun maaltijden flink te verbeteren. Het gaat daarbij zowel om de voedingswaarde als om de beleving van de maaltijd. 'Duurzaam en Gezond aan Tafel' is goedkoper, verspilt minder en gebruikt meer duurzame regioproducten. Het programma bestaat uit vijf masterclasses waarin de deelnemers informatie opdoen over de volledige voedselketen, van bron tot bord. Ze leren over voedingswaarde en duurzaamheid, ze worden geïnspireerd om de maaltijdbeleving, smaak en kwaliteit te verbeteren en ze worden gemotiveerd tot kostenbeheersing en reductie van voedselverspilling. Tegelijkertijd worden ze persoonlijk begeleid bij het onderzoeken van de eigen organisatie en het opstellen van een veranderplan.

Ervaringen van zo'n honderdtwintig zorginstellingen laten zien dat de aanpak van Diverzio werkt. Zo wordt de maaltijd in een gemiddelde instelling (met 400 cliënten) na deelname aan het programma gewaardeerd met een rapportcijfer acht of hoger. Daarnaast is er 25% minder verspilling, een kostenbesparing van rond de 50.000 euro en neemt de duurzame inkoop met 15% toe. Dit alles resulteert in een vermindering van het aantal ligdagen, het voorkomen of herstellen van ondervoeding, een betere kwaliteit van leven en meer werkplezier bij betrokken (keuken)medewerkers.

Een ander concrete innovatie is het Fit4Surgery-programma in het Radboudumc te Nijmegen dat wordt uitgevoerd bij patiënten die als gevolg van kanker darmchirurgie ondergaan[44]. In dit programma worden patiënten fysiek en mentaal voorbereid op de operatie. Voorafgaand gaan ze drie weken sporten: drie keer per week intensieve conditietraining, gecombineerd met krachttraining, veel beweging en gezonde voeding. Uit internationale studies blijkt dat daarmee het aantal complicaties bij de operatie (infecties, bloedingen en naadlekkages) met 51% afneemt. Ook wordt de ligduur twee dagen korter. Hoe fitter de patiënt is na de operatie, des te eerder kan de chemotherapie starten. Start het chemokuren snel en maakt de patiënt de kuur af, dan is de overlevingskans 78%. Bij een patiënt die later begint en de kuur niet volbrengt kan die kans dalen tot 39%. Met een goede conditie neemt de kans dat mensen darmkanker overleven dus aanzienlijk toe. Fit4Surgery heeft inmiddels een betaaltitel gekregen van de NZa en kan zodoende worden ingebouwd in het vergoedingensysteem van het ziekenhuis. Een mooie leefstijlinterventie met potentieel grote impact, die het zeer verdient om snel opgeschaald te worden.

Ter afsluiting

Ondanks goede intenties op het vlak van preventie blijft de beoogde maatschappelijke impact achter. Dat heeft niet alleen tot gevolg dat veel mensen hun vitaliteit en kwaliteit van leven achteruit zien gaan, het leidt ook tot stijgende (op den duur onbetaalbare) zorgkosten. De grote gezondheidsverschillen tussen groepen in de samenleving zijn onacceptabel en kunnen (op termijn) de maatschappij ontwrichten.

Er zijn flinke veranderingen nodig op verschillende fronten. Dat vraagt om nieuwe perspectieven en gerichte activatie. De vijf gepresenteerde bouwstenen vormen een eerste aanzet waar we meteen mee kunnen starten. Bouwstenen die ieder voor zich de potentie hebben om positief bij te dragen aan onze gezondheid en de andere eetcultuur en voedselomgeving die daarvoor nodig zijn. Door hun relatieve eenvoud kunnen onze ingrepen aan een groot publiek worden uitgelegd. Passen we ze tegelijkertijd toe, dan kunnen we een beweging op gang brengen die we gerust een paradigmashift kunnen noemen. Dat zal geen sinecure zijn, maar niet ambitieus zijn is geen optie.

Om onze plannen meer energie en gewicht te geven is het nodig dat er op landelijk niveau een **doorzettingscoalitie** wordt gevormd, bestaande uit gezaghebbende vertegenwoordigers van burgers, de politiek, de publieke sector, de wetenschap en het bedrijfsleven. Zij kunnen samen een ambitieuze agenda ontwikkelen op het gebied van voeding en gezondheid. Daarnaast kunnen zij de randvoorwaarden en doorzettingsmacht ontwikkelen die nodig zijn om bestaande conventies te doorbreken. Door de brede coalitie kunnen korte termijn systeembelemmeringen (zoals financiering, belangen en wet- en regelgeving) weggenomen worden en de frictiekosten als gevolg van de transformatie samen gedragen worden.

Tegelijkertijd is er een coalitie nodig van mensen en organisaties die samen inhoud willen geven aan de realisatie van de hierboven geschetste bouwstenen. Dat vraagt visie, maar ook ondernemerschap en innovatiekracht. Om de plannen met de beste vooruitzichten snel op te schalen zijn kennis, ondernemerschap, netwerk en kapitaal nodig. Deze **opschalingscoalitie** zal bestaan uit veranderingsgezinde mensen: bevlogen en competente ondernemers, geëngageerde wetenschappers, (medische) professionals en financiers. Het acceleratorprogramma Diagnose Voeding & Gezondheid en diens ecosysteem draagt de kenmerken van zo'n opschalingscoalitie. Onze ambitie is dan ook om de komende jaren voort te bouwen op het inmiddels gelegde fundament van kennis, netwerken en impactvolle innovaties: 'Diagnose Voeding & Gezondheid - Next Level'.

De startcoalitie van Diagnose Voeding & Gezondheid bestaat uit Rabobank, BeBright, Gemeente Utrecht, Economic Board Utrecht, Zilveren Kruis, Jaarbeurs en drie kennisorganisaties (UMC Utrecht, Universiteit Utrecht en de Hogeschool Utrecht). Deze coalitie mag verder worden uitgebouwd, want hoe meer partijen zich verbinden, des te sneller we

meer impact hebben. We willen graag samenwerken met gemotiveerde mensen die bereid zijn de handen uit de mouwen te steken voor het maatschappelijk belang.

'Diagnose' is een *open* innovatienetwerk; een ecosysteem van publieke en private organisaties. Open, omdat alle partijen en personen die een bijdrage kunnen leveren zich mogen aansluiten. Open voor kennisinstituten, technologie-leveranciers, producenten van voeding, (zorg)verzekeraars, overheden en brancheorganisaties. Open, omdat alle kennis toegankelijk wordt gemaakt om de ontwikkeling van impactvolle innovaties te maximaliseren. Open, omdat open innovatie start bij maatschappelijke urgentie en/of behoefte van burgers en patiënten.

Zo ontstaat een gezaghebbende, zichtbare en toegankelijke broedplaats voor innovatie, gericht op de grote maatschappelijke vraagstukken waar de samenleving zich voor gesteld ziet. Een platform dat is gericht op het verwezenlijken van noodzakelijke doorbraken die te complex, omvangrijk of kapitaalintensief zijn om door een of enkele partijen te worden gerealiseerd. Een netwerk dat de vraagstukken oppakt die samenwerking vergen van vele partijen en samen met hen belemmeringen opruimt die vernieuwing in de weg staan.

Een mooi praktijkvoorbeeld hiervan is het programma 2Diabeat. De prevalentie van Diabetes Mellitus type 2 (DM2) laat al jaren een sterk stijgende lijn zien. Onder meer door vergrijzing en onze leefstijl krijgen steeds meer mensen te maken met deze aandoening. Dit heeft grote impact op de kwaliteit van leven én zorgt voor een toename in de zorgkosten[45]. Dit maatschappelijke vraagstuk vraagt door haar omvang en complexiteit om landelijke samenwerking met als doel een trendbreuk in de toename van mensen met diabetes te realiseren. Het meerjarige programma 2Diabeat is als onderdeel van het Nationaal Preventieakkoord hiertoe opgestart. Daarbij beoogt het programma om de veelheid aan kennis, expertise en ervaringen die in het veld voorhanden is bij elkaar te brengen en te benutten. VWS heeft het kwartiermakerschap voor 2Diabeat belegd bij stichting VitaValley, die samen met Nederlandse Diabetes Federatie, Diabetes Fonds, Diabetes Vereniging Nederland en BeBright het programma uitvoert.

Precompetitieve samenwerking is essentieel om de beste oplossing te vinden en niet vanuit een specifiek belang te kiezen voor een suboptimale oplossing. Daarnaast moet de coalitie voldoende invloedrijk zijn om maatschappelijk draagvlak te creëren en belemmeringen te adresseren. Nauwe samenwerking tussen de opschalingscoalitie en de doorzettingscoalitie is daarom van groot belang.

Zo gaan we samen op stap, delen we kennis, leren we van elkaar en versterken we een belangrijke beweging. Niet als doel op zich, maar om daadwerkelijk bij te dragen aan een gezonder en goed gevoed Nederland!

Over de auteurs

Irene Mommers is partner van strategie- en innovatiebureau BeBright en programmamanager van Diagnose Voeding & Gezondheid. In haar advieswerk houdt zij zich bezig met visie, strategie en innovatie. Zij zet zich dagelijks met plezier in voor een Nederland met vitale burgers en organisaties. Irene werkt al 25 jaar als adviseur voor verschillende organisaties in allerlei sectoren. Nu richt zij zich voornamelijk op de thema's 'voeding en gezondheid', 'preventie met innovatie' en 'regionale voedselsystemen'.

De sterke relatie tussen voeding en gezondheid is onomstotelijk bewezen. Tegelijkertijd is deze relatie voor een groot deel nog onontgonnen en onderbelicht in bijvoorbeeld de spreekkamer van zorgprofessionals. Samen met verschillende partijen werkt Irene aan een gedragen visie op het thema 'voeding & gezondheid'. Daarnaast ondersteunt zij impactvolle innovaties in hun opschaling en bij het vergroten van hun maatschappelijke impact. Haar verleden als ondernemer van diverse startups komt hierbij goed van pas.

Irene's ambitie is om gezonde en duurzame voeding voor iedereen overal toegankelijk en beschikbaar te maken. En om een gezonde leefstijl te bevorderen binnen Nederland. Preventie, met voeding, is van groot belang voor onze maatschappij. Het is belangrijk voor de arbeidsparticipatie en economie, beheersing van de zorgkosten, het welzijn en geluk van onze bevolking en het tegengaan van de tweedeling in de samenleving als gevolg van grote gezondheidsverschillen. Er is op dit terrein nog veel te bereiken! Preventie vraagt om innovatie en samenwerking tussen partijen. Daar zet Irene zich graag voor in als programmanager van Diagnose Voeding & Gezondheid en in de adviespraktijk van BeBright.

www.linkedin.com/in/irenemommers
@IreneMommers

Michel van Schaik is directeur Gezondheidszorg bij de Rabobank en vanaf de aanvang actief betrokken geweest bij de verschillende Diagnose programma's. Daarnaast is hij actief als voorzitter van de Commissie Gezondheidszorg van de Nederlandse Vereniging van Banken en VNO-NCW. Hij is lid van de RvT van het instituut voor Positieve Gezondheid en heeft nog diverse andere nevenfuncties. Als coöperatieve bankier spant hij zich in om financieringsmiddelen in te zetten waar de toegevoegde waarde voor de samenleving het grootst is.

Om onze gezondheidszorg ook voor toekomstige generaties hoogwaardig toegankelijk en betaalbaar te houden is een fundamentele transitie en hervorming noodzakelijk. Dat vraagt van zorgaanbieders een heldere visie, strategische keuzes en een bedrijfsmatige aanpak en werkwijze. Innovatie en ondernemerschap zijn daarvoor belangrijke 'drivers'. De sterke focus op reparatiegeneeskunde zal moeten verschuiven naar voorzorg en preventie. Mede gebruikmakend van moderne technologische mogelijkheden worden waardeketens totaal anders ingericht. Van een Pater- (bevoogdende overheid) via een Ego- (marktwerking) doorontwikkelen naar een Eco-systeem (vraag van de burger staat centraal). Diagnose Voeding & Gezondheid past geheel in die visie.

Michel's ambitie is om zijn kennis en netwerken in de gezondheidszorg te verbinden aan die van zijn collega's in de Food en Agri sector. Cross-sectorale samenwerking zal leiden tot geheel nieuwe inzichten en perspectieven om uiteindelijk te komen tot het beoogde doel. De vitaliteit en gezondheid van Nederlanders bevorderen.

www.linkedin.com/in/michel-van-schaik
@MichelvanSchaik

www.diagnoseprogrammas.nl

Verklarende woordenlijst

Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheid (ADH) – een maat om aan te geven hoeveel van een voedingsstof gezonde mensen dagelijks nodig hebben. Deze voedingsnormen worden vastgesteld door de Gezondheidsraad voor bijna alle vitamines en mineralen

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder ofwel snel afgeleid en hyperactief gedrag[1]

Anorexia – een eetstoornis waarbij mensen zichzelf uithongeren uit angst om aan te komen[2]

Artrose - een aandoening van de gewrichten, waarbij het kraakbeen in kwaliteit achteruit gaat[3]

Autisme – een verzamelnaam van verschillende gedragskenmerken die duiden op een kwetsbaarheid in sociale interactie, communicatie, flexibiliteit in denken en handelen en het filteren en integreren van informatie[4]

Beleidsmatige voedselomgeving – omvat het geheel van wet- en regelgeving, richtlijnen en de beleidsagenda met betrekking tot voeding

Beroerte - een afsluiting van een slagader in het hoofd, waardoor een deel van de hersenen geen zuurstof krijgt en afsterft[5]

Beweegrichtlijnen Gezondheidsraad – De beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad gericht op het beweeggedrag van de algemene bevolking, zoals opgesteld in 2017

Big Hairy Audacious Goal – een gewaagd doel voor de lange termijn

Body Mass Index (BMI) – een index voor het gewicht in verhouding tot lichaamslengte als schatting van het gezondheidsrisico van je lichaamsgewicht[6]

Blurring – grensvervaging tussen verschillende kanalen zoals bijvoorbeeld schakels in een keten

Boulimia – een eetstoornis waarbij perioden van vasten worden afgewisseld met oncontroleerbare eetbuien gevolgd door braken of overmatig gebruik van laxeermiddelen[7]

Coalition of the Doing – een publiek-privaat ecosysteem dat zich richt op complexe maatschappelijke vraagstukken en oplossingsrichtingen opschaalt

Coalition of the Willing – een publiek-privaat ecosysteem dat zich richt op complexe maatschappelijke vraagstukken en oplossingsrichtingen aandraagt

Consumentengedrag – de beschrijving van hoe mensen kopen, wat ze kopen, waar ze kopen, wanneer ze kopen en waarom ze kopen

COPD - Chronic Obstructive Pulmonary Disease, een aanhoudende obstructie (vernauwing) in de longen[8]

Coronaire hartziekten - ziekten van het hart die het gevolg zijn van slagaderverkalking of afwijkingen in de kransslagaders[5]

Dementie - een verzamelnaam voor aandoeningen die gekenmerkt worden door combinaties van meervoudige stoornissen in verstandelijke vermogens (waaronder het geheugen), stemming en gedrag[9]

Diabetes – ook wel suikerziekte, een ziekte waarbij het lichaam de bloedsuiker niet meer in evenwicht kan houden[10]

Digitale voedselomgeving – bestaat uit plekken waar we – hoewel er geen voedsel aanwezig is – wel met voedingsmiddelen worden geconfronteerd. Te denken valt aan het internet, social mediakanalen en andere digitale infrastructuren

DALY – Disability Adjusted Life Years ofwel de levensjaren gecorrigeerd voor beperkingen als maat voor de totale last die ontstaat door ziektes

Dehydratie – ofwel uitdroging waarbij er een tekort is aan water in het lichaam

Ecosysteem – Systeem waarin het gemeenschappelijk vertrekpunt naar waardecreatie centraal staat. Waardecreatie staat voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor individuen en de gezondheid van de populatie, waarbij de (maatschappelijke) kosten moeten worden beteugeld. Partijen werken binnen het systeem samen op basis van wederkerigheid

Eerste 1.000 dagen van een kind – de periode van conceptie tot 2 jaar

Eetstoornis – een psychische aandoening die wordt gekenmerkt door verstoord eetgedrag

Fastfood – of gemaksvoedsel is een verzamelnaam voor voedsel dat snel bereid en geserveerd wordt en relatief goedkoop is

Fitnorm – vanaf 2017 bekend als de Beweegrichtlijnen Gezondheidsraad

Foodmarketing – elke vorm van commerciële communicatie die gemaakt is om de herkenbaarheid, aantrekkingskracht of consumptie van bepaalde voedingsmiddelen te verhogen

Fysieke voedselomgeving - omvat plekken als thuis, school, werkplek, kantine, (tank)station en supermarkt, plekken waar voedsel fysiek aanwezig is

Gezonde voeding - de voeding van een individu of (sub) populatie waarvan de samenstelling en hoeveelheid van alle voedingsstoffen en overige voedingsbestanddelen optimaal is voor de gezondheid

Gezondheidsvaardigheden - kennis, motivatie en competenties van mensen om gezondheidsinformatie te bekijken, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen om beslissingen te nemen in het dagelijks leven over gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering

Hart- en vaatziekten – de verzamelnaam voor aandoeningen die het hart en vaatstelsel aangaan, zoals hartinfarcten, beroertes, ischemische aanvallen (TIA) en vaatlijden van de grote vaten (zoals etalagebenen)[5]

Hongerwinter – de winter aan het eind van de Tweede Wereldoorlog van 1944 tot 1945 met een grote schaarste aan voedsel en brandstof in Nederland

Hormoonhuishouding – het geheel van aanmaak, afbraak en evenwicht van hormonen

Influencers – personen die het gedrag van hun doelgroep proberen te beïnvloeden middels sociale media

Innovatie - vernieuwingen die plaatsvinden binnen de bestaande structuren

Intention behavior gap - het fenomeen waarbij mensen weten wat goed voor ze is en een doel voor ogen hebben maar waarbij ze desondanks niet in staat zijn om die kennis om te zetten in ander gedrag[11]

Kookgedrag – het gedrag om zelf eten te bereiden

Koopgewoonten – terugkerende gedragspatronen van kopers met betrekking tot keuzes voor bepaalde producten en/of merken

Koopkracht – geeft aan hoeveel een huishouden gemiddeld kan kopen. De koopkracht is onder andere afhankelijk van inkomen, belastingen en waardevermindering van geld

Laag geboortegewicht – baby's met een geboortegewicht lager dan 2.500 gram

Leefomgeving – de fysieke omgeving in woon- en verblijfssituatie

Leefstijlbeïnvloeding – het beïnvloeden van de kenmerkende manier van leven van een groep of individu op basis van stabiele normen en waarden

Leefstijlprogramma – initiatief dat een leefstijl en gezonde voeding stimuleert door middel van lessen, workshops en doe-sessies

Nationaal Preventieakkoord – een akkoord waarin afspraken tussen de overheid en meer dan 70 verschillende organisaties staan beschreven met als doel de gezondheid van Nederlanders te verbeteren[12]

Nederlandse Norm Gezond Bewegen - vanaf 2017 bekend als de Beweegrichtlijnen Gezondheidsraad

Nieuwvormingen - een ziekelijke weefselontaarding die gepaard gaat met het optreden van goedaardige of kwaadaardige gezwellen[13]

Nudging – een gedragspsychologische motivatietechniek waarbij mensen subtiel worden gestimuleerd om zich op een gewenste manier te gedragen

Nutriënten – stoffen die onontbeerlijk zijn voor de groei en de instandhouding van een organisme

Obesitas – een ernstige vorm van overgewicht waarbij de Body Mass Index (BMI) hoger is dan 30[14]

Obesogene omgeving – een omgeving die mensen stimuleert om veel te eten en daarnaast weinig te bewegen[15]

Omgevingswet - Vanaf 2021 treedt de Omgevingswetwet in werking. De wet staat voor een goede balans tussen het benutten en beschermen van de fysieke leefomgeving. De Omgevingswet biedt gemeenten de mogelijkheid om met overzichtelijkere regels de leefomgeving meer in samenhang in te richten. Het biedt daarnaast meer ruimte voor lokaal maatwerk en leidt tot een betere en snellere besluitvorming

Ondergewicht – wanneer iemand minder weegt dan goed is voor de gezondheid. Ondergewicht is een risico-indicator voor ondervoeding en wordt vastgesteld bij een Body Mass Index onder de 18,5[16]

Ondervoeding – een lichaamstoestand veroorzaakt door een tekort aan inname of opname van voeding waardoor het gewicht afneemt[17]

Out-of-home consumptie – datgene wat een consument buitenshuis consumeert. Denk hierbij aan plekken zoals restaurants, maaltijdbezorgservices en bedrijfscatering

Overgewicht – buitensporige opeenhopingen van vet die de gezondheid kunnen beïnvloeden waarbij de persoon een Body Mass Index heeft tussen de 25 en 30[14]

Pathogenese – focus op het stapsgewijze ontstaan, ontwikkelen en verloop van een aandoening of ziekte

Peer support – een manier van samenwerken en elkaar ondersteunen met behulp van eigen kennis, inzichten en ervaring[18]

Perinatale sterfte – sterfte vanaf de 22ste week van de zwangerschap tot 28 dagen na de geboorte

Positieve Gezondheid – het leven in goed ervaren gezondheid en het vermogen van mensen om zich aan te passen en hun eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven[19]

Precompetitieve samenwerking – samenwerking in consortia van diverse partijen uit verschillende branches die het maatschappelijke belang boven het concurrerende belang stellen

Salutogenese - focus op de oorsprong van gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven en de factoren die gezondheid en welbevinden stimuleren

Sarcopenie – afbraak van spiermassa

Schaarste theorie – het fenomeen waarbij het gevoel van schaarste een zodanig groot deel van het denkvermogen in beslag neemt waardoor er voor besluiten op andere terreinen minder capaciteit overblijft[20]

Schijf van Vijf – de visuele voorstelling van de richtlijnen voor een gezond eetpatroon die sinds 1953 in Nederland wordt gebruikt in de voorlichting over goede en gezonde voeding, gericht op het grote publiek

Sociaaleconomische positie (SEP) – een construct dat wordt gebruikt om iemands positie op de maatschappelijke ladder meetbaar te maken door middel van drie indicatoren[21]:

A. Opleidingsniveau: onderverdeeld in vier niveaus waarbij het basisonderwijs, vmbo, mbo1 of havo-vwo-onderbouw tot een lage SEP hoort[22]
B. Inkomen: het gestandaardiseerde besteedbare huishoudinkomen dus het totaal aan inkomsten (dus loon, maar ook bijvoorbeeld winst en inkomen uit vermogen), vermeerderd met uitkeringen en toelagen en verminderd met premies en belastingen[23]. Dit getal wordt gecorrigeerd voor de grootte en samenstelling van het huishouden waarbij een inkomen tot maximaal €11.300,- tot een lage SEP hoort[24].
C. Beroepsniveau: onderverdeeld in vier niveaus (op basis van een internationale classificatie) die verschillende opleidingsniveaus vereisen[25]. De beroepen met simpele, routinematige taken die elementair of lager onderwijs vereisen en de beroepen met weinig tot middelmatig complexe taken die lager of middelbaar onderwijs vereisen tellen als indicator voor lage SEP.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) – systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting afhankelijk van de sociaaleconomische positie waartoe iemand behoort[26]

Sociale voedselomgeving – het geheel van sociale relaties, normen en gewoonten, mede gevormd door onder meer verenigingen en contacten in de buurt

Somatische obstakels – lichamelijke problemen die een obstakel kunnen vormen voor het dagelijks functioneren

Transformatie – een fundamentele verandering in visie en werkwijze van een organisatie die vaak onomkeerbaar is. Je creëert een nieuwe orde, je laat het oude los en je vormt nieuwe waarden, structuren, uitgangspunten, cultuur en gedrag

Virtuele omgeving – zie digitale omgeving

Voeding - het totaal aan eten en drinken, uitgedrukt in voedingsmiddelen of in voedingsstoffen en overige bestanddelen, dat een individu of een (sub)populatie tot zich neemt (dus wat er feitelijk ingenomen wordt)

Voedingsconcept – een serviceformule voor het dagelijks eten en drinken

Voedselconsumptiepeiling - in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden sinds 1987 periodiek gegevens verzameld over de voedselconsumptie en de voedingstoestand van de Nederlandse bevolking in het algemeen en van afzonderlijke bevolkingsgroepen in het bijzonder. Dit onderzoek is de Voedselconsumptiepeiling (VCP)
Voedingscultuur – omvat de voedingsgewoonten en gebruiken waarover een volk in het land zelf beschikt of die een volk meeneemt uit het land van herkomst
Voedingsdeficiëntie – een tekort aan de voedingsstoffen die onmisbaar zijn voor een goede werking van het menselijk lichaam
Voedingsgewoonten – hetgeen wat iemand gewend is om te eten en de manier waarop dat wordt gedaan
Voedingspatroon – een innamepatroon afhankelijk van de voedingsgewoonten
Voedingsstoffendichtheid – de hoeveelheid aan essentiële voedingsstoffen die het voedingsmiddel bevat in verhouding tot het aantal calorieën
Voedselkeuzelogo – afbeeldingen of tabelletjes die op de voorkant van verpakkingen van een voedingsmiddel staan en die informatie geven over hoe gezond het product is
Voedselomgeving – Voedselomgevingen worden gekenmerkt door de beschikbaarheid, informatie, prijs, promotie en zichtbaarheid van voedselverkooppunten en voedingsmiddelen. De voedselomgeving wordt gekenmerkt door een fysieke, sociale, digitale én beleidsmatige dimensie
Voedselovergevoeligheid – een verzamelterm voor alle overgevoeligheidsreacties op voedsel (voedselallergie en -intolerantie)
Vroeggeboorte – levend en doodgeboren baby's die zijn geboren voor 37 weken van zwangerschapsduur
VVT – Verpleging Verzorging en Thuiszorg
Welvaartsziekten – aandoeningen die grotendeels worden veroorzaakt door leefstijl en gedrag
Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) – een wet in het kader van hulp en ondersteuning met als doel burgers te helpen zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en deel kunnen nemen aan de maatschappij
Zelfredzaamheid – het vermogen om dagelijkse activiteiten zelfstandig te kunnen uitvoeren en problemen zelf te kunnen aanpakken zonder professionele hulpverlening
Ziektelast – het verlies aan lichamelijke en geestelijke gezondheid door ziekte
Zwangerschapsdiabetes – en aandoening waarbij zich tijdens de zwangerschap een hoge bloedsuikerspiegel ontwikkelt bij vrouwen die voor die tijd geen diabetes hadden

Noten

Leeswijzer

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: een gezond vooruitzicht. Trendscenario gezondheidsverschillen. 2018
2. Huber M. et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163

Over Diagnose

1. Philip J. Idenburg & Michel van Schaik e.a. Diagnose 2025: Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Scriptum, 2010, eerste druk
2. Philip J. Idenburg & Michel van Schaik e.a. Diagnose Zorginnovatie: Over technologie en ondernemerschap, Scriptum, 2013
3. Philip J. Idenburg, Michel van Schaik & Inge de Weerdt e.a. Diagnose Diabetes 2025: Over de toekomst van de Nederlandse diabeteszorg. Scriptum, 2012
4. Philip J. Idenburg & Monique Philippens e.a. Diagnose Transformatie: Een toolkit voor grensverleggers in de zorg. 2018
5. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. 2010

DEEL I Inleiding

1. De Mul et al. Prijs als factor in voedingskeuze. Een onderzoek naar de rol van prijs in voedingskeuze en de mogelijkheden van prijsmaatregelen om gezonder voedingsgedrag te stimuleren. Prevention and Public Health Health Sciences. 2009
2. The Nielsen Company. Jaarrapport Bruto Mediabestedingen 2018. 2019
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: een gezond vooruitzicht. Trendscenario. 2018
4. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese: Leefstijl én leefomgeving hebben invloed op gezondheid. 2018
5. Idenburg P. et al. Diagnose Transformatie: Een toolkit voor grensverleggers in de zorg. 2018
6. Centraal Bureau voor de Statistiek. Zorguitgaven; kerncijfers. Juni 2019
7. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting 2020, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onderdelen Ziektepreventie en Gezondheidsbevordering. 2019. p. 58-59
8. World Cancer Research Fund. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. A summary of the Third Expert Report. 2018
9. Emelia B.J. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 2019
10. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting 2020, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onderdelen Preventie. 2019. p. 24
11. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: een gezond vooruitzicht. Trendscenario gezondheidsverschillen. 2018
12. Huber M. et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163
13. Collins, J. and Porras, J.I. Built to Last: Successful Habits of Visionary Companies. HarperCollins Publishers Inc. 2002.
14. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Voedselconsumptie 2012 – 2016. Wat, waar en wanneer? November 2018

DEEL II Beschouwingen

De eerste 1.000 dagen

1. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Position paper. Gezonde, kansrijke en veilige generatie. Investeren in 1001 veilige dagen. 2019.
2. Detmar, S., de Wolff, M. De eerste 1000 dagen: het versterken van een vroege ontwikkeling. Een literatuurverkenning ten behoeven van gemeentes. TNO. 2019
3. Roseboom, T. De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch,medisch en maatschappelijk perspectief. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom. 2018.
4. Euro-Peristat. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. 2018

5. Blake-Lamb, T.L., Locks, L.M., Perkins, M.E., et al. Interventions for childhood obesity in the first 1000 days; A systematic review. AM Journ Prev Med, 2016; 50(6), 780-789.
6. Barker, D. The origins of the developmental origins theory. Intern Med, 2007; 261(5):412-417.
7. Kahn, H. N. Prenatal exposure to famine and health in later life. Lancet, 1998; 351:1360-1.
8. Vos, A. Strategies to reduce perinatal health inequalities. The health pregnancy 4 all study. 2015.
9. Volksgezondheidenzorg. Sterfte rond de geboorte. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-rond-de-geboorte/cijfers-context/trends#node-trend-perinatale-sterfte
10. KNOV. Perinatale sterfte. 2018. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via: https://www.knov.nl/over-de-knov/tekstpagina/777-3/perinatale-sterfte/hoofdstuk/1091/perinatale-sterfte/
11. CBS. Statline. Prognose overledenen; geslacht en leeftijd. 2017-2059. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83794NED/table?ts=1570047963951
12. KNOV. Opsporing foetale groeivertraging. 2015. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/263-3/opsporing-foetale-groeivertraging/hoofdstuk/283/opsporing-foetale-groeivertraging/
13. De Kom, N. De lengte en het gewicht van je baby. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.oudersvannu.nl/baby/ontwikkeling/gemiddeld-gewicht-baby/
14. Brouwers, J. R. B. J., & Brouwers, J. M. M. IJzergebrek: Nieuwe feiten voor verloskundigen. Tijdschrift voor Verloskundigen, 1. 2018.
15. Vos, A. Differences in perinatal morbidity and mortality on the neighbourhood level in Dutch municipalities: a population based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth, 2015; 15:201.
16. Steegers, E. Sociale verloskunde in Nederland. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. 2017.
17. Van Dijk, R., et al. Impact of an mHealth Platform for Pregnancy and Nutrition and Lifestyle of the Reproductive Population: a survey. 2016.
18. Tuithof, M., et al. Factsheet Monitor Zwangerschap en Middelengebruik. Trimbos instituut. 2017.
19. CBS. Statline. Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2017-2060. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83597NED/table?fromstatweb
20. Volksgezondheidenzorg. Vroeggeboorte en laag geboortegewicht. Geraadpleegd 11 oktober 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/vroeggeboorte-en-laag-geboortegewicht/cijfers-context/trends#node-trend-vroeggeboorten
21. Waelput, A. J. M., et al. Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. BMC, Pregnancy and Childbirth. 2017.
22. Potijk, M. R., et al. Higher rates of behavioural emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. Archives of Disease in Childhood, 2012; 97, 112-117.
23. Curley, J. P. Is there a genomically imprinted social brain?. Bioessays, 2011; 33.9: 662-668.
24. Champagne, F.A. Epigenetic influence of social experiences across the lifespan. Dev Psychobiol, 2010; 52:299–311.
25. Van der Beek, E. Interview UMCG: De eerste 1000 dagen
26. Messerlian, C., et al. The Environment and Reproductive Health (EARTH) Study: a prospective preconception cohort. Human reproduction open, 2018, 2018.2: hoy001.
27. Heijmans, B. T., et al. Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2008, 105.44: 17046-17049.
28. Grantham-Mcgregor, S. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. The Journal of nutrition, 2001, 131.2: 649S-668S.
29. Uijterschout,L. Iron deficiency in childhood. UvA-DARE. 2015
30. Stafleu, A et al. Factsheet Voeding en Zwangerschap. 2015.
31. Palmer, N. O., et al. Impact of obesity on male fertility, sperm function and molecular composition. Spermatogenesis, 2012, 2.4: 253-263.
32. AMC. De eerste duizend dagen. 2018. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.amc.nl/web/nieuws-en-verhalen/verhalen/community/de-eerste-duizend-dagen.htm
33. Unicef. The impact of breastfeeding on maternal and child health. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/infant-health-research/infant-health-research-meta-analyses/the-impact-of-breastfeeding-on-maternal-and-child-health/
34. RIVM. Food consumption in the Netherlands and its determinants. 2017.
35. Willemse, J., et al. Calcium intake from diet and supplement use during early pregnancy: the Expect study I. European journal of nutrition, 2019, 1-8.
36. Waelput, A. J. M., et al. Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. BMC pregnancy and childbirth, 2017, 17.1: 254.
36. Paediatric Child Health. Fetal Alcohol syndrome. NCBI. 2002.
37. Knopik, V. S., Maternal smoking during pregnancy and child outcomes: real or spurious effect?. Developmental neuropsychology, 2009, 34.1: 1-36.
38. Jansen, P.W., et al. Explaining educational inequalities in birthweight: the Generation R Study. Paediatric and perinatal epidemiology, 2009, 23.3: 216-228.

39. Seidell, P. Een baby met een goede start houdt voorsprong. Het parool. 2017
40. Glover, V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, 2014, 28.1: 25-35.
41. Van den Broek, A., Kleijnen, E.; BOT, S. Kwetsbare gezinnen in Nederland. raad voor maatschappelijke ontwikkeling, ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugden gezinszorg. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012.
42. KNOV. Consultschema prenatale verloskundige begeleiding. Geraadpleegd op 11 oktober 2019
via https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/792/file/Praktijkkaart%20prenatale%20verloskundige%20begeleiding.pdf
43. Jeugdgezondheidszorg. Oproepschema. Thuiszorg met aandacht. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 https://www.twb.nl/jeugdgezondheidszorg/oproepschema/
44. Schölmericht V.L.N. et al. Dilemma's door tegenstrijdige adviezen. Kennispoort Verloskunde 2016.
45. Braun, J. M., Messerlian, C., Hauser, R. Fathers matter: why it's time to consider the impact of paternal environmental exposures on children's health. Current epidemiology reports, 2017, 4.1: 46-55.
46. VWS. Rapport Voeding en leefstijl in de opleiding Geneeskunde 2017.
47. NHG. NHG-Standaard preconceptiezorg. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-preconceptiezorg#idm1300912
48. Van der Wijden, C. L. Maternal nutrition in pregnancy: of importance in The Netherlands?. Expert Review of Obstetrics & Gynecology, 2007, 2.3: 379-386.
49. Gemeente Rotterdam. Programma Stevige Start 2016-2020.

Kinderen

1. CBS. Statline. Huishoudens; kindertal, leeftijdsklasse kind, regio 1 januari. Geraadpleegd op 1 september 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71487ned/table?fromstatweb
2. CBS. Statline. Prognose bevolking; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 2018-2060. Geraadpleegd op 1 september 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83784NED/table?fromstatweb
3. CBS. Statline. Ervaren gezondheid, zorggebruik en leefstijl bij kinderen tot 12 jaar. Geraadpleegd op 1 juni 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83716NED/table?fromstatweb
4. Volksgezondheidenzorg. Trend in ervaren gezondheid naar leeftijd. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/cijfers-context/trends#node-trend-ervaren-gezondheid-naar-leeftijd
5. CBS. Leefstijl en (preventief) gezondheidsonderzoek; persoonskenmerken. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83021ned/table?fromstatweb
6. World Obesity Federation. STOP project media release. 2018. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via http://www.stopchildobesity.eu/wpcontent/uploads/2018/07/STOP_child_obesity_project_MEDIA_RELEASE.pdf
7. Gezondheidsnet. Overgewicht (obesitas, zwaarlijvigheid). Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.gezondheidsnet.nl/ziekten/overgewicht-obesitas-zwaarlijvigheid
8. Gemeente Rotterdam. Trendanalyse overgewicht onder Rotterdamse kinderen 2006-2017. Rotterdam. 2018.
9. Van Rossum, C. T. M., et al. The diet of the Dutch: Results of the first two years of the Dutch National Food Consumption Survey 2012-2016. RIVM letter report 2016-0082, 2016.
10. Cancer Research UK. Children who spend more than half an hour online twice as likely to pester for junk food. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.cancerresearchuk.org/about-us/cancer-news/press-release/2018-10-17-children-who-spend-more-than-half-an-hour-online-twice-as-likely-to-pester-for-junk-food
11. RIVM. Voedselconsumptiepeiling. Macronutriënten. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://wateetnederland.nl
12. Voedingscentrum. Voedselovergevoeligheid (Allergie en Intolerantie). Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/voedselovergevoeligheid.aspx
13. Van Rossum, C. T. M., et al. Voedselconsumptie in 2012-2014 vergeleken met de Richtlijnen goede voeding 2015. 2017.
14. Sherry, B. e. (2004). Pediatric overweight: an overview. Handbook of Obesity. (pp. 117-134). New York: Marcel Dekker Inc.
15. Stovitz, S. D., et al. Musculoskeletal pain in obese children and adolescents. Acta paediatrica, 2008, 97.4: 489-493.
16. Freedman, D. S., et al. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics, 1999, 103.6: 1175-1182.
17. Strauss, R. S. Richard S. Childhood obesity and self-esteem. Pediatrics, 2000, 105.1: e15-e15.
18. Bjerregaard, L. G., et al. Change in overweight from childhood to early adulthood and risk of type 2 diabetes. New England Journal of Medicine, 2018, 378.14: 1302-1312.
19. Singh, A. S., et al. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. Obesity reviews, 2008, 9.5: 474-488.
20. Joosten, K. F., et al. National malnutrition screening days in hospitalised children in The Netherlands. Archives of disease in childhood, 2010, 95.2: 141-145.
21. Voedingscentrum. Ondervoeding. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/ondervoeding.aspx

22. Alles over kinderen. Ondergewicht en ondervoeding bij kinderen. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.allesoverkinderen.nl/gezondheid/ondergewicht-kind-ondervoeding/
23. Van Rossum, C. T. M., et al. Voedselconsumptie in 2012-2014 vergeleken met de Richtlijnen goede voeding 2015. 2017.
24. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese. Geraadpleegd op 1 september 2018 via https://www.rivm.nl/publicaties/volksgezondheid-toekomst-verkenning-2018-gezond-vooruitzicht-synthese
25. Fayet-Moore, F., et al. Impact of breakfast skipping and breakfast choice on the nutrient intake and body mass index of Australian children. Nutrients, 2016, 8.8: 487.
26. Nuru, H., Mamang, F. Impact of breakfast skipping toward children health: a review. International Journal of Community Medicine and Public Health, 2017, 2.3: 201-209.
27. Ocké, M. C., et al. Dutch national food consumption survey young children 2005/2006. RIVM report 350070001, 2008.
28. Jeugdjournaal. Televisie aan tijdens het eten. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://jeugdjournaal.nl/artikel/285231-televisie-aan-tijdens-het-eten.html
29. Robinson, T. N., et al. Screen media exposure and obesity in children and adolescents. Pediatrics, 2017, 140. Supplement 2: S97-S101.
30. Voedingscentrum. Alles over gezond eten voor kinderen van 4-12 jaar. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/nl/mijn-kind-en-ik/alles-over-gezond-eten-voor-kinderen-van-4-13-jaar.aspx?gclid=CjoKCQjw_absBRD1ARIsAO4_D3tTYy3d6RLAV4xucDio6KeBbwxfebvIZd1rd-Q2HcnFlfXwhD8atLsaAiI9EALw_wcB
31. Scaglioni, S., et al. Factors influencing children's eating behaviours. Nutrients, 2018, 10.6: 706.
32. Wardle, J., Huon, G. An experimental investigation of the influence of health information on children's taste preferences. Health education research, 2000, 15.1: 39-44.
33. Yau, Y., Potenza, M. N. Stress and eating behaviors. Minerva endocrinologica, 2013, 38.3: 255.
34. Nicholls, D., Bryant-Waugh, R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 2009, 18.1: 17-30.
35. Iamafoody (2016). Autisme en voeding: wanneer je voedsel niet durft te eten. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.iamafoodie.nl/autisme-en-voeding-wanneer-voedsel-durft-eten/
36. Former-Boon, M. Voeding en gedragsstoornissen. In: Informatorium Voeding en Diëtetiek-Dieetleer. Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2013. p. 1536-1556.
37. Castro, K., et al. Effect of a ketogenic diet on autism spectrum disorder: a systematic review. Research in Autism Spectrum Disorders, 2015, 20: 31-38.
38. De Costa, P., et al. Changing children's eating behaviour-A review of experimental research. Appetite, 2017, 113: 327-357.
39. AVRO. Kindermarketing in vlogs van bekende YouTubers. Geraadpleegd op 1 september 2018 via https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/kindermarketing-in-vlogs-van-bekende-youtubers/
40. Alliantie stop kindermarketing. Marketing van voedingsmiddelen gericht op kinderen: mag het gezonder?! Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://www.stopkindermarketing.nl/images/downloads/PositionPaperAlliantieStopKindermarketingOngezondeVoeding.pdf
41. Napier, D., et al. Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. World Health Organization Regional Office for Europe, 2017.
42. Voedingscentrum. Achtergrondinformatie Turkse en Marokkaanse eetcultuur. Geraadpleegd op 1 september 2018 via https://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Kindervoeding/Eetcultuur%20migrantenouders.pdf
43. NOS. 15 minuten om je bammetjes op te eten: 'Je kunt buikpijn krijgen'. Geraadpleegd op 1 september 2019 via https://nos.nl/artikel/2254116-15-minuten-om-je-bammetjes-op-te-eten-je-kunt-buikpijn-krijgen.html
44. Mensink, F. Voedingscentrum. Factsheet Invloed van opvoeding op eetgedrag van kinderen. 2018.
45. Hill, J. O., Peters, J. C. Environmental contributions to the obesity epidemic. Science, 1998, 280.5368: 1371-1374.
46. Cobiac, L. J., et al. Taxes and subsidies for improving diet and population health in Australia: a cost-effectiveness modelling study. PLoS medicine, 2017, 14.2: e1002232.
47. NCJ. Richtlijn voeding en eetgedrag. Geraadpleegd op 1 september 2019 via https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=4&rlpag=554

Tieners

1. Cragie, A. M., et al. Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: a systematic review. Maturitas, 2011, 70.3: 266-284.
2. Spear, B. A. Adolescent growth and development. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2002, S23.
3. CBS. Statline. Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari. Geraadpleegd op 14 April 2019 via https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7461bev

4. CBS. Statline. Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2017-2060. Geraadpleegd op 3 Maart 2019 via https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83597NED
5. Van Beuningen, J., & de Witt, S. CBS. Welzijn van jongeren: geluk en tevredenheid met het leven onder jongeren van 12 tot 25 jaar. Geraadpleegd op 3 maart 2019 via https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/32/welzijn-van
6. CBS. Statline. Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. Geraadpleegd op 3 Maart 2019 via https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83005ned
7. Eenvandaag. Onderzoek: Veel jongeren stressen over school of studie. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://eenvandaag.avrotros.nl/panels/jijvandaag/item/onderzoek-veel-jongeren-stressen-over-school-ofstudie/
8. Volksgezondheidenzorg. Trend overgewicht kinderen naar leeftijd. Geraadpleegd op 3 Maart 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend
9. Stevens, G., et al. HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Geraadpleegd op 3 maart 2019 via https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/09/05/%E2%80%98hbsc-2017gezondheid-en-welzijn-van-jongeren-in-nederland%E2%80%99
10. WHO. Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. 2016.
11. Smink, F. R. E., et al. Prevalence and severity of DSM- 5 eating disorders in a community cohort of adolescents. International Journal of Eating Disorders, 2014, 47.6: 610-619.
12. Geurts, M., et al. Food consumption in the Netherlands and its determinants: Background report to'What is on our plate? Safe, healthy and sustainable diets in the Netherlands.'. 2017.
13. RIVM. Voedselconsumptiepeiling. Macronutriënten. Geraadpleegd op 3 maart 2019 via https://wateetnederland.nl
14. Tacken, G. M. L., et al. Voorbij het broodtrommeltje; hoe jongeren denken over voedsel. LEI, onderdeel van Wageningen UR, 2010.
15. Foodservice Institute. 'Lekker' is het allerbelangrijkste voor middelbare scholieren. Geraadpleegd op 3 Maart 2019 via https://fsin.nl/actueel/nieuws/508/lekker-is-het-allerbelangrijkst-voor-middelbare-scholieren
16. CBS. Statline. Bevolking; ontwikkeling in gemeenten met 100 000 of meer inwoners. Geraadpleegd op 3 Maart 2019 via https://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70748ned&LA=NL
17. CBS. Statline. Prognose bevolking; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 2018-2060. Geraadpleegd op 3 Maart 2019 via https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83784NED&D1
18. CBS. Statline. Leerlingen, deelnemers en studenten; onderwijssoort, woonregio. Geraadpleegd op 3 Maart 2019 via https://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?PA=71450ned
19. Kremers, S. P. J., et al. Environmental influences on energy balance-related behaviors: a dual-process view. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2006, 3.1: 9.
20. Volksgezondheidenzorg. Groente en fruit middelbare scholieren (klas 2 en 4). Geraadpleegd op 4 Maart 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezondheidsmonitor-jeugd/voeding#node-groente-en-fruit-middelbare-scholieren-klas-2-en-klas-4
21. Van Rossum, C. T., et al. Dutch National Food Consumption Survey 2007-2010: Diet of children and adults aged 7 to 69 years. 2011.
22. Van Rossum, C.T.M. et al. (2016). The diet of the Dutch. Results of the first two years of the Dutch Geraadpleegd op 4 maart 2019 via https://www.rivm.nl/publicaties/diet-of-dutch-results-of-first-two-years-of-dutch-national-food-consumptionsurvey-2012
23. Van der Werf, M., & Blanken, I. (2016). Nibud Scholierenonderzoek 2016. Geraadpleegd op 4 maart 2019 via https://www.nibud.nl/beroepsmatig/nibud-scholierenonderzoek-2016-2/
24. Rasmussen, M., et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. International journal of behavioral nutrition and physical activity, 2006, 3.1: 22.
25. Pearson, N., Biddle, S. J. H. Gorely, T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. Appetite, 2009, 52.1: 1-7.
26. Watts, A. W., et al. Socioeconomic differences in overweight and weight-related behaviors across adolescence and young adulthood: 10-year longitudinal findings from Project EAT. Preventive medicine, 2016, 87: 194-199.
27. Pearson, N., & Biddle, S.J.H. (2011). Sedentary behaviour and dietary intake in children, adolescents, and adults. American Journal of Preventive Medicine, 41(2), 178-188.
28. Sociaal en Cultureel Planbureau. Media: Tijd in kaart. Geraadpleegd op 4 maart 2019 via https://digitaal.scp.nl/mediatijd/communicatie_via_media/
29. Thivel, D., et al. Modern sedentary behaviors favor energy consumption in children and adolescents. Current Obesity Reports, 2013, 2.1: 50-57.
30. Chaput, J. P. Is sleep deprivation a contributor to obesity in children?. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2016, 21.1: 5-11.
31. Adriaanse, M. A., et al. Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. Appetite, 2011, 56.1: 183-193.

32. Sleddens, E. F. C., et al. Determinants of dietary behavior among youth: an umbrella review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2015, 12.1: 7.
33. Moore, C. J., Cunningham, S. A. Social position, psychological stress, and obesity: a systematic review. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2012, 112.4: 518-526.
34. Geurts, M., et al. De voedingsomgeving op scholen: De stand van zaken in het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs anno 2015. 2016.
35. Poti, J., et al. Where are kids getting their empty calories? Stores, schools, and fast-food restaurants each played an important role in empty calorie intake among US children during 2009-2010. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2014, 114.6: 908-917.
36. Kulkarni, A., et al. Associations between diet quality and mental health in socially disadvantaged New Zealand adolescents. European Journal of Clinical Nutrition, 2015, 69.1: 79.
37. Berge, J. M., et al. Parenting style and family meals: cross-sectional and 5-year longitudinal associations. Journal of the American Dietetic Association, 2010, 110.7: 1036-1042.
38. Cromley, T., et al. Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. Journal of Adolescent Health, 2010, 47.3: 263-269.
39. Pedersen, S., et al. Following family or friends. Social norms in adolescent healthy eating. Appetite, 2015, 86: 54-60.
40. Voedingscentrum. Achtergrondinformatie Turkse en Marokkaanse eetcultuur. Geraadpleegd op 4 maart 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Kindervoeding/Eetcultuur%20migrantenouders.pdf
41. Bruening, M., et al. Relationship between adolescents' and their friends' eating behaviors: breakfast, fruit, vegetable, whole-grain, and dairy intake. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2012, 112.10: 1608-1613.
42. De La Haye, K., et al. Adolescents' intake of junk food: Processes and mechanisms driving consumption similarities among friends. Journal of Research on Adolescence, 2013, 23.3: 524-536.
43. Ali, M., et al. Weight-related behavior among adolescents: the role of peer effects. PloS one, 2011, 6.6: e21179.
44. Bruening, M., et al. Associations between sugar-sweetened beverage consumption and fast-food restaurant frequency among adolescents and their friends. Journal of nutrition education and behavior, 2014, 46.4: 277-285.
45. Salvy, S. J. et al. The presence of friends increases food intake in youth. The American journal of clinical nutrition, 2009, 90.2: 282-287.
46. Stok, F. M., et al. The proof is in the eating: subjective peer norms are associated with adolescents' eating behaviour. Public health nutrition, 2015, 18.6: 1044-1051.
47. Fitzgerald, A., et al. Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. Appetite, 2013, 63: 48-58.
48. Pedersen, S., et al. Following family or friends. Social norms in adolescent healthy eating. Appetite, 2015, 86: 54-60.
49. Sleddens, E. F. C., et al. Determinants of dietary behavior among youth: an umbrella review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2015, 12.1: 7.
50. Voedingscentrum. Kindermarketing. Geraadpleegd op 24 April 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/kindermarketing.aspx
51. Coates, A. E., et al. Social Media Influencer Marketing and Children's Food Intake: A Randomized Trial. Pediatrics, 2019, 143.4: e20182554.
52. VanEpps, E. M., Roberto, C. A. The influence of sugar-sweetened beverage warnings: a randomized trial of adolescents' choices and beliefs. American journal of preventive medicine, 2016, 51.5: 664-672.

Volwassenen

1. CBS. Statline. Regionale prognose 2017-2040; bevolking, intervallen, regio-indeling 2015. Geraadpleegd op 1 december 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83491NED/table?fromstatweb
2. Volksgezondheidenzorg. Ervaren gezondheid. Geraadpleegd op 1 mei 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/cijfers-context/huidige-situatie#!node-ervaren-gezondheid
3. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht. Geraadpleegd op 15 Juni via https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0030.pdf
4. Ocké, M. C., et al. Wat ligt er op ons bord. Veilig, gezond en duurzaam eten in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2017, 24: 2016-0200.
5. RIVM. Voedselconsumptiepeiling. Macronutriënten. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via www.wateetnederland.nl Geraadpleegd december 2017
6. Diabetesfonds. Nederlander heeft geen idee hoeveel suiker hij eet. 2018 Geraadpleegd op 15 juni 2018 via https://www.diabetesfonds.nl/speciaal-voor/voor-de-pers/nederlander-heeft-geen-idee-hoeveel-suiker-hij-eet
7. CBS. Statline. Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht. Geraadpleegd op 1 maart 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81565NED/table?fromstatweb
8. Van Rossum, C. T. M., et al. The diet of the Dutch: Results of the first two years of the Dutch National Food Consumption Survey 2012-2016. RIVM letter report 2016-0082, 2016.

9. Geurts, M., Van Rossum, C. T. M. De Nederlandse voedselconsumptie vergeleken met de Richtlijnen voedselkeuze. 2015.
10. De Boer, E. J., et al. Voeding van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en autochtone Nederlanders in Amsterdam. 2015.
11. RIVM. National dietary survey in 2012- 2016 on the general population aged 1- 79 years in the Netherlands. EFSA Supporting Publications, 2018, 15.9: 1488E.
12. Temminghof, M., et al. Informatie over voeding zoeken en bespreken. Voedingscentrum. Mei 2013
13. Mommers, I. et al. Whitepaper 'een gezondere voedselomgeving door een gezonder voedselaanbod'. Februari 2018
14. Voedingscentrum. Factsheet Richtlijnen Gezondere Kantines. April 2017
15. Schuckink Kool, R. Gezonde groei. Bright New World. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via https://www.brightnewworld.nl/nieuws/gezonde-groei
16. ING. Een gezonde toekomst. De kansen van de gezondheidstrend voor foodbedrijven. November 2015.
17. Foodlog. 'Mensen die alleen wonen eten ongezonder'. November 2015
18. CBS. Hoogopgeleide man maakt de meeste woon- werkkilometers. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/25/hoogopgeleide-man-maakt-de-meeste-woon-werkkilometers
19. Polderman L. Waarom forensen slecht is voor lijf en geest. Management Team. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via https://www.mt.nl/business/waarom-forensen-slecht-is-voor-lijf-en-geest/85748
20. Christian, T. J. Trade-offs between commuting time and health-related activities. Journal of urban health, 2012, 89.5: 746-757.
21. Pearson K. Is your commute harming your healthy eating habits? Netdoctor. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via https://www.netdoctor.co.uk/healthy-eating/a27827/commute-unhealthy-eating-habits/
22. Douwes, M., et al. Arbobalans 2018: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland. TNO, 2019.
23. Jans, M.P., et al. Overgewicht, obesitas en verzuim in de Nederlandse werkende bevolking. TSG, 2007, 85.5: 268-273.
24. Schuring, M., et al. Gezondheidsbeleving van werklozen: Wat is bekend en wat zijn witte vlekken. Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam/AStri Beleidsonderzoek en-advies, Leiden, januari, 2011.
25. Werken in de Sport. Fit op het werk stimuleert fit zijn thuis. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via https://www.werkenindesport.nl/werknemers/arb eidsvoorwaarden/1012-fit-op-het-werk-stimuleert-fit-zijn-thuis.html Geraadpleegd mei 2019
26. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies. 2002
27. ABN Amro. Sector update Foodretail. 2017
28. Compass Group. Twee derde werkend Nederland: Lunch op de werkvloer ondermaats. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://www.compass-group.nl/437/Twee-derde-werkend-Nederland%3A-lunch-op-werkvloer-ondermaats
29. Eurest. How good nutrition improves employee productivity and vitality. Geraadpleegd op 1 juni 2018 via https://www.compassgroup.nl/434/How%20good%20nutrition%20improves%20employee%20productivity%20and%20vitality
30. Sorensen, G., et al. Work-site nutrition intervention and employees' dietary habits: the Treatwell program. American journal of public health, 1992, 82.6: 877-880.
31. Lassen, A. D., et al. Improving the diet of employees at blue-collar worksites: results from the 'Food at Work'intervention study. Public health nutrition, 2011, 14.6: 965-974.
32. Gezonde werkvloer. Groente.. Zet je tanden erin. Geraadpleegd op 1 mei 2019 via https://www.gezondewerkvloer.nl/artikelen/groente-zet-je-tanden-erin-0
33. Proper, K. I., et al. De effectiviteit van interventies ter stimulering van gezonde voeding. TBV–Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde, 2006, 14.6: 285-292.
34. WHO. Occupational health. Workplace health promotion. Geraadpleegd op 1 mei 2019 via https://www.who.int/occupational_health/topics/ workplace/en/
35. MKB service dek. Nieuws. Zieke werknemer kost je 230 euro per dag. Geraadpleegd op 1 mei 2019 via https://www.mkbservicedesk.nl/10557/zieke- werknemer-kost-230-euro-per-dag.htm
36. Ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid. Ik kan het zakelijk voordeel laten zien van investeren in duurzame inzetbaarheid. 8 business cases. 2012.
37. Centrum voor ethiek en gezondheid. Leefstijlbeïnvloeding op de werkvloer. 2016

Ouderen

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. 2017
2. CBS. Statline. Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2017- 2060. Geraadpleegd op 1 maart 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83597NED/table?fromstatweb
3. Zorg voor Beter. Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg. Geraadpleegd 13 oktober 2019 via https://zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing
4. CBS. Statline. Personen in huishoudens naar leeftijd en geslacht, 1 januari. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37620/table?fromstatweb

5. CBS. Statline. Bevolking; onderwijsniveau, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82275NED/table?fromstatweb
6. CBS. Statline. Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 1 januari. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37325/table?fromstatweb
7. Volksgezondheidenzorg. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit, Geraadpleegd op 1 maart 2018 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit maart 2018
8. Volksgezondheidenzorg. Overgewicht. Geraadpleegd op 5 maart 2018 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie Geraadpleegd maart 2018
9. Ministerie van VWS. Programma Langer Thuis. 2018.
10. Jansen, P.A.F., et al, Het geriatrie formularium: een praktische leidraad. Bohn Stafleu van Loghum. 2013
11. WUR. Ondervoeding bij ouderen. Geraadpleegd op 5 maart 2018 via https://www.wur.nl/nl/artikel/Ondervoeding_bij_oud eren.htm
12. Kruizenga H., et al. Richtlijnen ondervoeding: herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassen. Stuurgroep ondervoeding. Januari 2019.
13. Voedingscentrum. Ondervoeding. Geraadpleegd op 10 maart 2018 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/ondervoeding.aspx
14. Ocké M.C., et al. De voeding van zelfstandig- wonende ouderen: Nederlandse Voedselconsumptiepeiling Ouderen 2010-2012. RIVM. 2013
15. Van Rossum C.T.M. et al. The Diet of the Dutch. Results of the first two years of the Dutch National Food Consumption Survey 2012-2016. RIVM. 2016
16. Resource. WUR. Ouderen aan de eiwitten. Geraadpleegd op 1 maart 2018 via https://resource.wur.nl/nl/show/Ouderen-aan-de- eiwitten.htm Geraadpleegd maart 2018
17. Tieland, M., et al. Dietary protein intake in community-dwelling, frail, and institutionalized elderly people: scope for improvement. European journal of nutrition, 2012, 51.2: 173-179.
18. Gezondheidsraad. Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D. nr.2012/15, Den Haag, 2012
19. Stichting Tekort. Een vitamine B12 tekort bij ouderen. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://stichtingb12tekort.nl/vitamine-b12/een-%20vitamine-b12-tekort-bij-ouderen/
20. Van den Berg, S. W., et al. Voeding in relatie tot aandoeningen en medicijngebruik bij ouderen. 2013.
21. Zorg voor beter. Eten en drinken. Uitdroging bij ouderen. Geraadpleegd op 5 maart 2018 via https://www.zorgvoorbeter.nl/eten-en-drinken/uitdroging-ouderen
22. CBS. Statline. Gezondheid en zorggebruik. Persoonskenmerken. Geraadpleegd op 1 maart 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005ned/table?fromstatweb
23. Jansen, I. Snappercursus Ouderenzorg: frailty en delier. Deventer Ziekenhuis. Juni 2016
24. Rademakers, J. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Nivel. 2014
25. De Bruin, C. Op weg naar een betere mondzorg voor zorgafhankelijke ouderen. Februari 2016

In periodes van ziekte

1. Nivel. Aantal patienten met minimaal 1 contact met de huisarsten praktijk. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/aantal-patienten-met-minimaal-1-contact-met-de. Geraadpleegd oktober 2019.
2. Menselijk lichaam. Acute en chronische ziekten. Geraadpleegd op 1 april 2018 via https://www.menselijklichaam.nl/algemeen/acute-en-chronische-ziekte/
3. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. 2017
4. BeBright. De prominente rol die voeding speelt bij het stimuleren van gezondheid en preventie van chronische aandoeningen. 2017.
5. De Klerk, M. Rapportage gehandicapten 2000. 2000.
6. Van der Veer, J., et al. Nivel. Werk en Inkomen: kerngegevens & trends, rapportage 2013.
7. Cozijnsen, R., et al. Nivel. Werk en Inkomen: kerngegevens & trends, rapportage 2015.
8. CBS. Nieuws. Zorguitgave stijgen in 2018. Geraadpleegd op 1 april 2018 via https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/zorguitgaven-stijgen-in-2018-met-3-1-procent
9. Onafhankelijke ziekenfondsen. Kosten chronische ziektes blijven stijgen. Geraadpleegd op 5 april, 2018 via https://www.mloz.be/nl/content/kosten-chronische-ziektes-blijven-stijgen
10. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. 2017
11. Schwedhelm, C., et al. Effect of diet on mortality and cancer recurrence among cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Nutrition reviews, 2016, 74.12: 737-748.
12. Voedingcentrum. Hart en Vaat ziekten. Geraadpleegd op 1 april 2018 via http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/hart-en- vaat-ziekten.aspx.
13. Mijn gezondheidsgids. Gezond eten kan brein helpen herstellen na beroerte. Geraadpleegd op 6 april 2018 via https://www.mijngezondheidsgids.nl/gezond-eten-brein-helpen-herstellen-beroerte/

14. Tuomilehto, J., et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. New England Journal of Medicine, 2001, 344.18: 1343-1350.
15. Knowler, W. C., et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. The New England journal of medicine, 2002, 346.6: 393-403.
16. Look Ahead Research Group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. New England journal of medicine, 2013, 369.2: 145-154.
17. Duijzer, G., et al. Effect and maintenance of the SLIMMER diabetes prevention lifestyle intervention in Dutch primary healthcare: a randomised controlled trial. Nutrition & diabetes, 2017, 7.5: e268.
18. Longfonds. Leven met COPD. Geraadpleegd op 10 april 2018 via https://www.longfonds.nl/copd/leven-met- copd/voeding.
19. Alzheimer Nederland. Welk voedingsmiddel helpt tegen dementie. Geraadpleegd op 10 april 2018 via https://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/welk- voedingsmiddel-helpt-tegen-dementie.
20. De Hair, M. J.H., et al. Smoking and overweight determine the likelihood of developing rheumatoid arthritis. Annals of the rheumatic diseases, 2013, 72.10: 1654-1658.
21. Maurits, Erica; Rijken, Mieke. Chronisch ziek en werk. 2013.
22. Witkamp, R., et al. Kennissynthese voeding als behandeling van chronische ziekten. Den Haag: ZonMW, 2017.
23. Volksgezondheidenzorg. Wat is preventie? Geraadpleegd op 10 april 2018 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidenzorginfo/wat-preventie
24. Kruizenga, Hinke, et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. The American journal of clinical nutrition, 2016, 103.4: 1026-1032.
25. Song, Mingyang; Giovannucci, Edward. Preventable incidence and mortality of carcinoma associated with lifestyle factors among white adults in the United States. JAMA oncology, 2016, 2.9: 1154-1161.
26. WKOF. Na 10 jaar onderzoek: Nieuwe richtlijnen voor kankerpreventie. Geraadpleegd op 15 april 2018 via https://www.wkof.nl/nl/over-ons/voor-de-pers/persberichten/na-10-jaar-onderzoek-nieuwe-richtlijnen-voor-kankerpreventie
27. NOS. Nieuwsuur. Gezonde leefstijl kan tachtig procent hart- en vaatziekten voorkomen. Geraadpleegd op 20 april 2018 via https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2224717-gezonde-leefstijl-kan-tachtig-procent-hart-en-vaatziekten-voorkomen.html
28. RTL Nieuws. Stijgende zorgkosten zijn een mega probleem. Geraadpleegd op 20 april 2018 via: https://www.rtlnieuws.nl/node/188776
29. Rijksdienst voor Ondernemend Nederland. Health deals. Geraadpleegd op 1 april 2018 via https://www.rvo.nl/onderwerpen/innovatief- ondernemen/research-development/health-deals.
30. Volksgezondheid en raad voor samenleving. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: RVS, 2017, 17-05.
31. Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. (2018). Kamerbrief over accenten in het voedselbeleid voor de komende jaren.
32. Zorgvisie. Leefstijlcoach mogelijk in basispakket. Geraadpleegd op 20 april 2018 via https://www.zorgvisie.nl/leefstijlcoach-mogelijk-in-basispakket/

Voedselomgeving

1. Wendel-Vos, G. C. W., et al. De fysieke omgeving in relatie tot bewegen en voeding-Onderzoek in het kader van preventie van overgewicht. RIVM rapport 260301007, 2005.
2. Volksgezondheidenzorg. Overgewicht. Geraadpleegd op 1 november 2017 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie
3. Voedingscentrum. Invloed omgeving op eetgedrag. Geraadpleegd op 1 november 2017 via http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/invloe d-omgeving-op-eetgedrag.aspx
4. Halberstadt, Jutka; Seidell, Jaap. Het voedsellabyrint: een weg uit het doolhof van eetadviezen en-trends. Atlas contact, 2014.
5. Distrifood. GFK online verdubbelt komende vier jaar. Geraadpleegd op 1 november 2017 via https://www.distrifood.nl/branche-bedrijf/nieuws/2019/03/gfk-online-verdubbelt-komende-vier-jaar-101122173
6. Compass Group. Twee derde werkend Nederland: Lunch op de werkvloer ondermaats. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://www.compass-group.nl/437/Twee-derde-werkend-Nederland%3A-lunch-op-werkvloer-ondermaats
7. Gezonde school. Geraadpleegd op 1 november 2017 via https://mijngezondeschool.nl/zoektool
8. Datlinq. Sterke groei in restaurants, lunchrooms, bezorgservice. Geraadpleegd op 1 Juli 2018 via https://datlinq.com/knln102news-view1250128osterke-groei-aantal-vestigingen-in-nederlandse-horeca-meer-restaurants-minder-snackbars-html/
9. CBS. Statline. Bedrijven; bedrijfstak. Geraadpleegd op 1 oktober 2017 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81589NED/table?fromstatweb
10. NOS. Sporten is gezond, maar sportclubs zijn dat vaak iets minder. Geraadpleegd op 1 september 2017 via https://nos.nl/artikel/2194707-sporten-is-gezond-maar-sportclubs-zijn-dat-vaak-iets-minder.html
11. Food service Instituut. FSIN foodshopper monitor 2019. Geraadpleegd op 20 oktober 2019 via https://fsin.nl/publicaties/365.

12. CBS. Nieuws. Prijsstijging voeding hoogste in 10 jaar. Geraadpleegd op 20 oktober 2019 via https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/prijsstijging-voeding-hoogste-in-10-jaar
13. Alliantie stop kindermarketing. Position paper. Geraadpleegd op 1 oktober 2017 via https://www.stopkindermarketing.nl/images/downloads/PositionPaperAlliantieStopKindermarketingOngezonde-Voeding.pdf
14. Eetparadijs. Interview Paul van der Velpen. Overdaad is verschraling. Geraadpleegd op 20 oktober 2018 via http://eetparadijs.foodcabinet.org/grote-verhaal#chapter-1941807
15. VWS. Voedingsreclame gericht op kinderen. Overall rapportage. Februari 2016
16. Quest. Hoeveel reclame zien we in ons leven? Geraadpleegd op 24 oktober 2018 via https://www.quest.nl/mens/lifestyle/a25614291/onderzoek-reclame/
17. Eetparadijs. Hoe de omgeving bepaalt wat we eten. Foodcabinet. Geraadpleegd op 12 oktober 2018 via http://eetparadijs.foodcabinet.org/grote-verhaal#chapter-1845129
18. Compass Group. Twee derde werkend Nederland: Lunch op de werkvloer ondermaats. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://www.compass-group.nl/437/Twee-derde-werkend-Nederland%3A-lunch-op-werkvloer-ondermaats
19. De Boer, E. J., et al. Voeding van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en autochtone Nederlanders in Amsterdam. 2015.
20. Gezondheid&Co. De macht van de supermarkt. Hoe maak ik een gezonde keuze in de supermarkt? Geraadpleegd op 10 november 2017 via https://www.gezondheidenco.nl/de-macht-van-de-supermarkt/?harvest_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
21. AH. Geschiedenis. Geraadpleegd op 10 augustus 2017 via https://www.ah.nl/over-ah/geschiedenis/feiten
22. Foodwatch. Ultra-processed foods in de supermarkt. Geraadpleegd op 10 augustus 2017 via https://www.foodwatch.org/nl/current-nieuws/2017/70-supermarkt-bestaat-uit-omstreden-ultra-processed-foods/
23. Voedingscentrum. Portiegrootte. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/nl/pers/standpunten/portiegrootte.aspx
24. Steenhuis, Ingrid HM; Leeuwis, Franca H.; Vermeer, Willemijn M. Small, medium, large or supersize: trends in food portion sizes in The Netherlands. Public health nutrition, 2010, 13.6: 852-857.
25. CBS. Gezonder eten stijgt meer in prijs dan ongezonder eten. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/03/gezonder-eten-stijgt-meer-in-prijs-dan-ongezonder-eten
26. CBS. Prijsstijging voeding hoogste in 10 jaar. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/prijsstijging-voeding-hoogste-in-10-jaar
27. Business Insider Nederland. Vlees en vis duur betaald. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via https://www.businessinsider.nl/vlees-en-vis-duur-betaald-sterkste-prijsstijging-voeding-in-10-jaar-door-hogere-btw/
28. Misset Horeca. Horeca top 100 2018: fastfoodformules zijn booming. Geraadpleegd 1 oktober 2019 via https://www.missethoreca.nl/horeca/nieuws/2018/05/horeca-top-100-2018-fastfoodformules-zijn-booming-101304682
29. Economisch Bureau Nederland. Stedelijke distributie – thema update. December 2016
30. Volkskrant. Meer mensen in stad dan op platteland. Geraadpleegd op 20 oktober 2018 via https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/meer-mensen-in-stad-dan-op-platteland~b1795022/
31. CBS. Statline. Regionale Kerncijfers Nederland. Statline. Geraadpleegd op 10 december 2017 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70072ned/table?fromstatweb
32. CBS. Statline. Bedrijven; bedrijfstak. Geraadpleegd op 13 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81589NED/table?fromstatweb
33. Rabobank. Food update februari 2019. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via https://www.rabobank.nl/bedrijven/cijfers-en-trends/food/foodupdate-februari-2019/
34. Duijn, S. en van de Scheur, S. Fastfood groeit door in 2018. ABN-AMRO. Geraadpleegd op 20 november 2018 via https://insights.abnamro.nl/2018/03/fastfood-branche-groeit-door-in-2018/
35. Nibud. Wat geeft u uit aan voeding? Geraadpleegd op 20 oktober 2019 via https://www.nibud.nl/consumenten/wat-geeft-u-uit-aan-voeding/
36. FoodService Instituut. Grootste verkopers eten en drinken worden groter. Geraadpleegd op 20 oktober 2018 via https://fsin.nl/media/upload/files/PB%20FSIN%20Food%20500%202016.pdf
37. FoodService Instituut. Foodservice passeert de grens van 20 miljard. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via https://fsin.nl/media/upload/files/Persbericht%20FSIN%20januari%202019%20DEF(1).pdf
38. FoodServiceInstituut. FoodShopper Monitor 2017. Geraadpleegd op 10 oktober 2018 via https://fsin.nl/publicaties/59
39. Financieel dagblad. Omzet onlineverkoop supermarkten groeit snel. Geraadpleegd op 20 oktober 2018 via https://fd.nl/ondernemen/1167263/omzet-online-verkoop-supermarkten-groeit-snel
40. FoodService Instituut nederland. Geraadpleegd op 1 december 2018 via https://fsin.nl
41. GroentenFruit Huis. Groenten en fruit in beeld, jaarbericht 2018. Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://groentenfruithuis.nl/files/3422/19GFH016-Grafieken-jaarbericht-feiten-2018.pdf

42. Bionext. Trendrapport 2016. 2016
43. Bionext. Monitor Duurzaam voedsel 2014.
44. Diverzio. Gezonde Korte Ketens. Geraadpleegd op 1 oktober 2018 via https://www.diverzio.nl/2017/08/23/11-oktober-2017-start-gezonde-korte-ketens-in-oost-nederland-midden/
45. Van der Meij, Barbara; Kruizenga, Hinke. Voedingsconcepten in de Nederlandse Ziekenhuizen.
46. Cruwys, Tegan; Bevelander, Kirsten E.; Hermans, Roel CJ. Social modeling of eating: A review of when and why social influence affects food intake and choice. Appetite, 2015, 86: 3-18.
47. Rammant E. et al. De invloed van sociale netwerken op het voedingsgedrag bij adolescenten. Universiteit Gent. 2016
48. Lexence. Blurring: over de vervagende grenzen in de food retail en de beperkingen in ruimtelijke ordening. Geraadpleegd op 10 oktober 2019 via https://www.lexence.com/artikel/blurring-over-de-vervagende-grenzen-in-de-food-retail-en-de-beperkingen-in-de-ruimtelijke-ordening/
49. De Ridder, D. T. D.; Gillebaart, M. Wetenschappelijk kader nudging in de publieke gezondheidszorg. 2015.

Lunchcultuur

1. Voedingscentrum. Groente. Geraadpleegd op 2 oktober 2018 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/groente.aspx
2. RIVM. Voedselconsumptiepeiling. Macronutriënten. Geraadpleegd op 1 oktober 2018 via www.wateetnederland.nl
3. Lynch, Christel, et al. Fruit and vegetable consumption in a sample of 11-year-old children in ten European countries–the PRO GREENS cross-sectional survey. Public health nutrition, 2014, 17.11: 2436-2444.
4. Van Rossum, C. T. M., et al. The diet of the Dutch: Results of the first two years of the Dutch National Food Consumption Survey 2012-2016. RIVM letter report 2016-0082, 2016.
5. Van der Krieken S.E. et al. Voedingscentrum. Groente factsheet. Juli 2018
6. Mental Health Foundation. Mealtimes and mental health. Geraadpleegd op 10 oktober 2019 via https://www.mentalhealth.org.uk/a-to- z/m/mealtimes-and-mental-health
7. European Commission. Eurostat. Do you eat fruit and vegetables daily? Geraadpleegd op 10 oktober 2019 via https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190401-1?inheritRedirect=true
8. Eurest. Eating at work report. Geraadpleegd op 10 oktober 2019 via https://www.slideshare.net/GaurangPatel28/eurest-eating-at-work-report-2016
9. Dunbar, R. I. M. Breaking bread: the functions of social eating. Adaptive Human Behavior and Physiology, 2017, 3.3: 198-211.
10. USNews. 3 Reasons to Eat Lunch With Your Co- Workers. Geraadpleegd op 3 oktober 2018 via https://money.usnews.com/money/careers/articles/2016-02-03/3-reasons-to-eat-lunch-with-your-co-workers
11. Anderson, Michael L.; Gallagher, Justin; Ritchie, Elizabeth Ramirez. School meal quality and academic performance. Journal of Public Economics, 2018, 168: 81-93.
12. Vingerhoods M., Rongen F. Kinderen en lunchen op scholen. Eten op school. 2018.
13. NRC. Serveer warme lunch op school. Geraadpleegd op 18 april 2019 via https://www.nrc.nl/nieuws/2016/03/15/simpel-serveer-warme-lunch-op-school-1599041-a1243672
14. Paulusschool. Schoolgids 2017-2018. Heerhugowaard. 2017
15. Dijkstra, S. C., et al. Een verzorgde lunch op de basisschool: wat kost dat en wat mag dat volgens ouders kosten?. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2018, 96.6: 234-237.
16. Rijksoverheid. Schooltijden en onderwijstijd. Geraadpleegd op 3 oktober 2018 via https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/schooltijden-en-onderwijstijd
17. Geurts, Marjolein; Brants, H.; Milder, I. De voedingsomgeving op scholen: De stand van zaken in het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs anno 2015. 2016.
18. Trouw. Schoolkantines liggen nog vol met snacks. Geraadpleegd op 17 april 2019 via https://www.trouw.nl/nieuws/schoolkantines-liggen-nog-vol-met-snacks~b420a04e/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
19. ING. Prijzen bedrijfskantine stijgen drie keer sneller dan inflatie. Geraadpleegd op 17 april 2019 via https://www.ing.nl/zakelijk/kennis-over-de-economie/onze-economie/consument-en-de-economie/economische-berichten/2016/01/prijzen-bedrijfskantine-stijgen-drie-keer-sneller-dan-inflatie.html
20. AD. Bruine boterham nog altijd favoriete lunch. Geraadpleegd op 17 april 2019 via https://www.ad.nl/gezond/bruine-boterham-nog-altijd-favoriete-lunch~a8b0c714/
21. AD. Liever je eigen bammetje mee naar je werk. Geraadpleegd op 17 april 2019 via https://www.ad.nl/koken-en-eten/liever-je-eigen-bammetje-mee-naar-je-werk~a4201a991/
22. Eurest. Eating at work report. 2016.
23. Statista. Importance of eating healthy in the Netherlands. Geraadpleegd op 16 april 2019 via https://www.statista.com/statistics/858213/importance-of-eating-healthy-in-the-netherlands/
24. Townsend, Nicholas. Shorter lunch breaks lead secondary-school students to make less healthy dietary choices: multilevel analysis of cross-sectional national survey data. Public health nutrition, 2015, 18.9: 1626-1634.

25. Belastingdienst. Handboek Loonheffingen 2018. 2018
26. School lunch program Japan. Geraadpleegd op 3 oktober 2019 via www.nier.go.jp/English/educationjapan/pdf/201303SLP.pdf
27. Tanaka, Nobuko, et al. School lunch program for health promotion among children in Japan. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 2012, 21.1: 155.
28. Harper, Clare; Wood, Lesley; Mitchell, Claire. The provision of school food in 18 countries. London: School Food Trust, 2008.
29. Van Santen M. Waarom een gezonde leefstijl moeite kost. Gezondheidsnet. April 2012.
30. Mensink F. et al. Voedingscentrum. Invloed van de fysieke omgeving op eetgedrag. 2015.
31. Simplecheck. Duurzaam inzetbaarheidsbeleid: betutteling of niet? Geraadpleegd op 10 oktober 2018 via https://simplecheck.nl/blog/duurzaam- inzetbaarheidsbeleid-betutteling-of-niet/
32. NRC. Een suikertaks? Nederland is nog niet zover. Geraadpleegd op 20 maart 2019 via https://www.nrc.nl/nieuws/2018/03/01/een-suikertaks-nederland-is-nog-niet-zover-a159409
33. HP de Tijd. Niet e-nummers, maar onwetendheid van consument het gevaar. Geraadpleegd op 15 maart 2019 via https://www.hpdetijd.nl/2016-02-19/e-nummers-onwetendheid-consument-is-gevaar/
34. RLI. Duurzaam en Gezond: samen naar een houdbaar voedselsysteem. Geraadpleegd op 20 maart 2019 via https://www.rli.nl/publicaties/2018/advies/duurzaam-en-gezond

Overgewicht

1. WHO. Obesity and overweight. Geraadpleegd op 20 maart 2019 via https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
2. Van Binsbergen, J. et al. NHG-standaard obesitas. Huisarts Wet, 2010. 53(11): p. 609-25.
3. Voedingscentrum. Energiebalans. Geraadpleegd op 20 maart 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/nl/mijn-gewicht/gezond-gewicht/energiebalans.aspx
4. RIVM. Cijfers en feiten overgewicht. Geraadpleegd op 21 september 2018 via https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/overgewicht/cijfers-en-feiten-overgewicht.
5. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, Leefstijl. Geraadpleegd op 26 maart via https://www.vtv2018.nl/leefstijl.
6. RIVM. Overgewicht: Cijfers & Context. Geraadpleegd op 20 maart 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-overgewicht-kinderen.
7. Eurostat. Body mass index by sex, age and country of citizenship. Geraadpleegd op 21 maart 2019 via http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do.
8. Chapman, Ian McPhee. Obesity in old age. In: Obesity and Metabolism. Karger Publishers, 2008. p. 97-106.
9. CBS. Kwart van laagst opgeleiden heeft obesitas. Geraadpleegd op 3 april 2019 via https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/14/kwart-van-laagst-opgeleiden-heeft-obesitas.
10. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Trendscenario. Gezondheidsverschillen. Geraadpleegd 3 april 2019 via https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen.
11. Centraal Bureau voor de Statistiek. Overgewicht ouders en kinderen gaat vaak samen. 2016 Geraadpleegd op 14 maart 2019 via https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/32/overgewicht-ouders-en-kinderen-gaat-vaak-samen.
12. RIVM. Overgewicht: Regionaal & Internationaal. Geraadpleegd op 20 maart 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/regionaal-internationaal/regionaal.
13. RIVM. Determinanten van (on)gezondheid. Geraadpleegd 7 augustus 2019 via https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/determinanten-van-ongezondheid/indeling-determinanten.
14. Bowman, Shanthy A.; Vinyard, Bryan T. Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. Journal of the american college of nutrition, 2004, 23.2: 163-168.
15. Vernarelli, Jacqueline A., et al. Dietary energy density and obesity: How consumption patterns differ by body weight status. European journal of nutrition, 2018, 57.1: 351-361.
16. Du, Huaidong; Feskens, Edith. Dietary determinants of obesity. Acta cardiologica, 2010, 65.4: 377-386.
17. Berg, Christina, et al. Eating patterns and portion size associated with obesity in a Swedish population. Appetite, 2009, 52.1: 21-26.
18. Szajewska, Hania; Ruszczynski, Marek. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. Critical reviews in food science and nutrition, 2010, 50.2: 113-119.
19. Jebb, S., Dietary determinants of obesity. Obesity reviews, 2007. 8: p. 93-97.
20. Snoek, H.M., et al., Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. Scandinavian journal of psychology, 2007. 48(1): p. 23-32.
21. Middleton, K.R., S.D. Anton, and M.G. Perri, Long-term adherence to health behavior change. American journal of lifestyle medicine, 2013. 7(6): p. 395-404.
22. de Visser, E., Afvallen begint pas als de kilo's zijn verdwenen. de Volkskrant, 2010.
23. Mommers, I. et al. Whitepaper: Een gezondere voedselomgeving door een gezonder voedselaanbod. 2018.

24. Rabobank, Cijfers en trends: Branche-informatie eetgelegenheden. 2017.
25. Mul, A. de, et al. Prijs als factor in voedingkeuze. Een onderzoek naar de rol van prijs in voedingskeuze en de mogelijkheden van prijsmaatregelen om gezonder voedingsgedrag te stimuleren. 2009.
26. Dagevos Hans; Munnichs, Geert (ed.). De obesogene samenleving: Maatschappelijke perspectieven op overgewicht. Amsterdam University Press, 2007.
27. Severs, A., Sterk bewerkte voedingsmiddelen leiden tot overeten, in Nieuws voor dietisten.
28. Mommers, I. et al. Whitepaper: Bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met een lage Sociaal Economische Positie. 2019
29. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Nationaal Preventieakkoord. 2018.
30. Voedingscentrum. Wet Voedselinformatie. Geraadpleegd 3 juli 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/wet-voedselinformatie.aspx
31. Stichting, N.H. Ziekte van Cushing. Geraadpleegd 3 juli 2019 via https://www.hypofyse.nl/de-aandoeningen/ziekte-van-cushing.html#veel-voorkomende-klachten.
32. Leeuwen, M.v. Wat is Prader-Willi syndroom. Geraadpleegd 3 juli 2019 via https://praderwillistichting.nl/wat-is-pws/.
33. Rossum, L.v., Dik ben je niet voor de lol, G.-J.v.d. Bemd, Editor. 2017.
34. Voedingscentrum. Overgewicht. Geraadpleegd op 21 maart 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/overgewicht.aspx.
35. Nederlands Jeugdinstituut. Gevolgen overgewicht. Geraadpleegd op 22 maart 2019 via https://www.nji.nl/Overgewicht-Probleemschets-Gevolgen
36. RIVM. Wat bereikt u met de inzet op overgewicht? Geraadpleegd op 20 maart 2019 via https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/overgewicht/wat-bereikt-u.
37. KENT, Seamus, et al. Body mass index and healthcare costs: a systematic literature review of individual participant data studies. Obesity reviews, 2017, 18.8: 869-879.
38. Jans, M. P., et al. Overgewicht, obesitas en verzuim in de Nederlandse werkende bevolking. TSG, 2007, 85.5: 268-273.
39. Klink, Ab; Rosenmöller, Paul; Polder, J. J. Het economisch gewicht van overgewicht. Economisch Statistische Berichten, 2008, 93.4533: 228-231
40. Proper, K.; Bemelmans, W. J. E. Overgewicht en psychische problemen. Hoe vaak komen ze samen voor?: Omvang beide aandoeningen in kaart gebracht. 2011.
41. CBS. Kwaliteit van leven in Nederland. Geraadpleegd op 22 maart 2019 via https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2015/39/kwaliteit-van-leven-2015
42. Puhl, R.M., et al., A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. International Journal of Obesity, 2015. 39(7): p. 1166.
43. Ooms. L. Literatuuronderzoek bewegen door kinderen met overgewicht. Geraadpleegd op 25 maart 2019 via https://www.kenniscentrumsport.nl/publicatie/?literatuuronderzoek-bewegen-door-kinderen-met-overgewicht&kb_id=23024
44. Van Binsbergen, J. J., et al. NHG-standaard obesitas. Huisarts Wet, 2010, 53.11: 609-25.
45. RIVM. Wat bereikt u met de inzet op overgewicht? Geraadpleegd op 20 maart 2019 via https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/overgewicht/wat-bereikt-u.

Lage sociaaleconomische positie

1. Broeders, D.W.J., H.D. Das, R.P.W. Jennissen, W.L. Tiemeijer en M. de Visser (2018) Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, wrr- Policy Brief 7, Den Haag: wrr.
2. Grech, Amanda, et al. Socio-demographic determinants of diet quality in Australian adults using the validated Healthy Eating Index for Australian Adults (HEIFA-2013). In: Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2017. p. 7.
3. Ezzati, Majid; Riboli, Elio. Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. New England Journal of Medicine, 2013, 369.10: 954-964.
4. Pharos. Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV). Geraadpleegd op 3 maart 2019 via https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/
5. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Geraadpleegd op 15 maart 2019 via https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv
6. Huygen, Astrid; Van Vliet, Katja; Nederland, Trudi. Onderbouwing van indicatoren voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen. 2009.
7. Kraaykamp, Gerbert, et al. Opleiding als scheidslijn. Een (on) gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn, 2018.
8. Meeusen, M. J. G., et al. Eetgewoonten van laagopgeleiden. LEI, onderdeel van Wageningen UR, 2010.
9. Pharos. Effectieve communicatie... hoe bereik je die ene doelgroep? Geraadpleegd op 11 oktober 2019 via https://docplayer.nl/34207341-Effectieve-communicatie-hoe-bereik-je-die-ene-doelgroep-bereiken-lage-ses.html
10. De Hollander, E. Mensen met een lage sociaal economische status: wat drijft en belemmert hen bij sport en bewegen? Geraadpleegd op 30 april 2018 via https://www.allesoversport.nl/artikel/mensen-met-een-lage-sociaal-economische-status-wat-drijft-en-belemmert-hen-bij-sport-en-bewegen/

11. Mackenbach, Johan P., et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. New England journal of medicine, 2008, 358.23: 2468-2481.
12. Wendel-Vos, G. C. W., et al. De fysieke omgeving in relatie tot bewegen en voeding-Onderzoek in het kader van preventie van overgewicht. RIVM rapport 260301007, 2005.
13. Horst, A. van der, Rele, H. ter. 2013. De prijs van gelijke zorg, 2013.
14. Blokstra, A., et al. Nederland de Maat Genomen, 2009–2010. Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking, 2011, 260152001: 2011.
15. CBS. Statline: Bevolking; onderwijsniveau; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond. Geraadpleegd op 30 april 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82275NED/table?fromstatweb
16. CBS. Statline: Inkomen particuliere huishoudens met inkomen, kenmerken, regio, 2005-2014. Geraadpleegd op 30 april 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80594NED/table?fromstatweb
17. CBS. Statline: Werkzame beroepsbevolking; wisseling van beroepsniveau. Geraadpleegd op 30 april 2018 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83119NED/table?fromstatweb
18. Hulshof, K. F. A. M., et al. Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends: the Dutch National Food Consumption Survey. European journal of clinical nutrition, 2003, 57.1: 128.
19. André S. C. H.; Kraaykamp, G. L. M.; Meuleman, Roza. Een (on) gezonde leefstijl: opleiding als scheidslijn. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2018.
20. Vlismas, Konstantinos; Stavrinos, Vassilios; Panagiotakos, Demosthenes B. Socio-economic status, dietary habits and health-related outcomes in various parts of the world: a review. Central European journal of public health, 2009, 17.2.
21. Onwezen, M. C.; Van't Riet, J. P.; Bartels, J. Voedselbalans 2011: Dl. 2 Consumenten. LEI Wageningen UR, 2011.
22. Nishida, Chizuru, et al. The joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. Public health nutrition, 2004, 7.1a: 245-250.
23. Backholer, Kathryn, et al. The association between socio-economic position and diet quality in Australian adults. Public health nutrition, 2016, 19.3: 477-485.
24. RIVM. Groente en fruit. Geraadpleegd op 13 februari 2019 via https://www.wateetnederland.nl/resultaten/voedingsmiddelen/richtlijnen/groente-en-fruit
25. Rashid, Viyan, et al. Ethnicity and socioeconomic status are related to dietary patterns at age 5 in the Amsterdam born children and their development (ABCD) cohort. BMC public health, 2018, 18.1: 115.
26. Kamphuis, Carlijn BM; De Bekker-Grob, Esther W.; Van Lenthe, Frank J. Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: a discrete choice experiment. The American journal of clinical nutrition, 2015, 101.4: 768-774.
27. Turrell, Gavin; Kavanagh, Anne M. Socio-economic pathways to diet: modelling the association between socio-economic position and food purchasing behaviour. Public health nutrition, 2006, 9.3: 375-383.
28. Cheon, Bobby K.; Hong, Ying-Yi. Mere experience of low subjective socioeconomic status stimulates appetite and food intake. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2017, 114.1: 72-77.
29. Leonard, Julia A., et al. Differential effects of socioeconomic status on working and procedural memory systems. Frontiers in human neuroscience, 2015, 9: 554.
30. Mani, Anandi, et al. Poverty impedes cognitive function. science, 2013, 341.6149: 976-980.
31. De Mul, A., et al. Prijs als factor in voedingskeuze. Een onderzoek naar de rol van prijs in voedingskeuze en de mogelijkheden van prijsmaatregelen om gezonder voedingsgedrag te stimuleren. 2009.
32. Turrell, Gavin; Kavanagh, Anne M. Socio-economic pathways to diet: modelling the association between socio-economic position and food purchasing behaviour. Public health nutrition, 2006, 9.3: 375-383.
33. Seidell, J. C., Overweight and Obesity. The Hague: Health Council of the Netherlands (2003).
34. Ball, Kylie; Crawford, David; Mishra, Gita. Socio-economic inequalities in women's fruit and vegetable intakes: a multilevel study of individual, social and environmental mediators. Public health nutrition, 2006, 9.5: 623-630.
35. VWS. Voedingsreclame gericht op kinderen. Overall rapportage. Februari 2016
36. Oerlemans, P. et al. Monitoring voedingsreclame kinderen. VWS. September 2011

DEEL IV Bouwstenen voor een gezonder Nederland

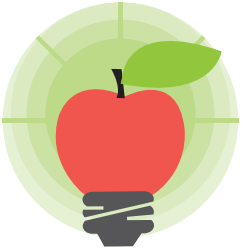
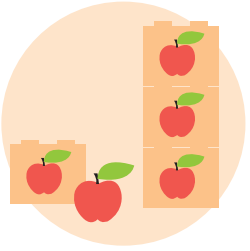
1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nationaal Preventieakkoord: Naar een gezonder Nederland. November 2018. p 37.
2. Topsector Lifesciences & Health. Kennis- en Innovatieagenda 2020 tot 2023. Gezondheid en Zorg. 2019
3. Nationale Wetenschapsagenda route Gezondheidszorgonderzoek, preventie en behandeling. Kennisagenda Preventie. Maart 2018
4. ZonMw. Integraal en met kennis aan de slag: ZonMw-Preventieprogramma 2019 t/m 2022. Oktober 2018

5. NWO. Big Data & Gezondheid: Vroege opsporing en preventie van hart- en vaatziekten. Juli 2018
6. NWO. Wat bewegen beweegt: Preventie van beweegachterstanden bij kinderen. Februari 2019
7. NWO. Kansrijke start voor kinderen met behulp van big data. Juli 2019
8. Sitskoorn M. Passies van het brein. Januari 2010
9. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting 2020, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onderdelen Ziektepreventie en Gezondheidsbevordering. 2019. p. 58-59
10. The Nielsen Company. Jaarrapport Bruto Mediabestedingen 2018. 2019
11. Seidell J. et al. Het Voedsellabyrint: een weg uit een doolhof van eetadviezen en –trends. Januari 2015
12. Rijksoverheid. Omgevingswet. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/omgevingswet
13. Greendish. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.greendish.org
14. WUR. Horeca speelt grote rol in eetpatroon van gast. Geraadpleegd op 12 oktober 2019 via https://www.wur.nl/nl/nieuws/Horeca-speelt-grote-rol-in-groener-eetpatroon-van-gast.htm
15. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Voedselconsumptie 2012 – 2016. Wat, waar en wanneer? November 2018
16. Van Rossum C.T.M. et al. The Diet of the Dutch. Results of the first two years of the Dutch National Food Consumption Survey 2012-2016. RIVM. 2016
17. Eurest. Eating at work report. 2016
18. Van der Krieken S.E. et al. Groente factsheet. Voedingscentrum. Juli 2018
19. De Gezonde Bassischool van de Toekomst. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.degezondebasisschoolvandetoekomst.nl
20. Rob & Bob Fair Food restaurant. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.robenbob.com
21. Dutch Cuisine. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.dutch-cuisine.nl
22. Claus S. Waarom de meeste mensen niets met voedingsadviezen doen. Trouw. April 2018
23. Pot, G.K. et al. Nutrition and lifestyle intervention in type 2 diabetes: pilot study in the Netherlands showing improved glucose control and reduction in glucose lowering medication. BMJ Nutrition, Prevention and Health. 2018
24. WHO. Workplace health promotion. Geraadpleegd op 12 oktober 2019 via https://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html
25. FoodFirst Network. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.foodfirst-network.nl
26. Universiteit Utrecht. Jaarverslag 2018: Werken aan een betere wereld. Vitaliteit op de Werkvloer. 2019. p. 39
27. FoodServiceInstituut. FoodShopper Monitor 2019. Bezocht op 10 oktober 2018, via: https://fsin.nl/foodshoppermonitor
28. Thuisafgehaald. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.thuisafgehaald.nl
29. Buurtafel. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.buurtafel.nl
30. Maastricht Universitair Medisch Centrum. (2013) Praktijk.
31. Schwedhelm, C. et al. Effect of diet on mortality and cancer recurrence among cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Nutr. Rev. 2016: 74, 737–748
32. Mijngezondheidsgids. Gezond eten kan het brein helpen herstellen na beroerte. Geraadpleegd 7 april 2019 via https://www.mijngezondheidsgids.nl/gezond-eten-brein-helpen-herstellen-beroerte
33. Duijzer, G. et al. Effect and maintenance of the SLIMMER diabetes prevention lifestyle intervention in Dutch primary healthcare: a randomised controlled trial. Nutr. Diabetes. 2017 7, e268
34. Tuomilehto, J. et al. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. N. Engl. J. Med. 2001: 344, 1343–1350
35. Knowler, W. C. et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N. Engl. J. Med. 2002: 346, 393–403
36. Look AHEAD Research Group et al. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. N. Engl. J. Med. 2013: 369, 145–154
37. Van Gastel En, W. & Sluijter, A. Kennissynthese een gezonde leefstijl lang volhouden Rapportage in opdracht van de Hartstichting en ZonMw. 2015
38. Dahan, A. & Altman, H. Food–drug interaction: grapefruit juice augments drug bioavailability—mechanism, extent and relevance. Eur. J. Clin. Nutr. 2004: 58, 1–9
39. McAlindon, T. E., LaValley, M. P., Gulin, J. P. & Felson, D. T. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. JAMA 2000: 283, 1469–75
40. Christensen, R., Bartels, E. M., Astrup, A. & Bliddal, H. Symptomatic efficacy of avocado–soybean unsaponifiables (ASU) in osteoarthritis (OA) patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Osteoarthr. Cartil. 2008: 16, 399–408
41. Dahan, A. & Altman, H. Food–drug interaction: grapefruit juice augments drug bioavailability—mechanism, extent and relevance. Eur. J. Clin. Nutr. 2004: 58, 1–9
42. Gezondheidsnet. Genen en zout verklaren effect bloeddrukmedicijn. Geraadpleegd op 12 oktober via https://www.gezondheidsnet.nl/medisch/genen-en-zout-verklaren-effect-bloeddrukmedicijn

43. Diverzio. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.diverzio.nl
44. Stichting Fit4Surgery. Geraadpleegd 7 oktober 2019 via www.fit4surgery.nl
45. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Trendscenario. Aandoeningen. Geraadpleegd 15 oktober 2019 via https://www.vtv2018.nl/aandoeningen

Verklarende woordenlijst

1. Hersenstichting. ADHD. Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/adhd
2. Voedingscentrum. Anorexia. Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/anorexia.aspx
3. Reuma Nederland. Artrose. Bezocht op 12 oktober 2019 via https://reumanederland.nl/reuma/vormen-van-reuma/artrose/
4. Nederlandse Vereniging voor Autisme. Wat is autisme? Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.autisme.nl/over-autisme/wat-is-autisme/
5. Hartstichting. Beroerte. Bezocht op 12 oktober 2019 via https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/beroerte
6. Voedingscentrum. BMI berekenen. Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/bmi
7. Voedingscentrum. Boulimia. Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/boulimia.aspx
8. Longfonds. COPD. Bezocht op 12 oktober 2019 via https://www.longfonds.nl/copd
9. Alzheimer Nederland. Dementie. Bezocht op 12 oktober 2019, via: https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie
10. Diabetesfonds. Diabetes. Bezocht op 12 oktober 2019, via: https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/diabetes-in-het-algemeen/wat-is-diabetes
11. Science Direct. Learn more about Intention-Behavior gap. Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/intention-behavior-gap
12. Rijksoverheid. Nationaal Preventieakkoord. Bezocht op 12 oktober 2019 via https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-preventieakkoord
13. KWF. Kanker. Bezocht op 12 oktober 2019 via https://www.kwf.nl/kanker/pages/default.aspx
14. Voedingscentrum. Overgewicht. Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/overgewicht.aspx
15. Dagevos, H. et al. De obesogene samenleving: maatschappelijke perspectieven op overgewicht. 2007
16. Voedingscentrum. Ondergewicht. Bezocht op 12 oktober 2019 via https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/ondergewicht.aspx
17. Stuurgroep ondervoeding. Definitie en diagnostiek ondervoeding. Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.stuurgroepondervoeding.nl/toolkits/wat-is-ondervoeding
18. Howest. Peer Support Vlaanderen. Definitie. Bezocht op 7 oktober 2019 via http://www.peersupportvlaanderen.be
19. Huber M. et al. How should we define health. BMJ. 2011; 343
20. Leonard, J. A., et al. Differential effects of socioeconomic status on working and procedural memory systems. Front. Hum. Neurosci. 2015: 9; 554
21. Mommers I. et al. Bevorderen van een gezond voedingspatroon bij mensen met een lage sociaaleconomische positie. Diagnose Voeding & Gezondheid. 2019
22. Volksgezondheidenzorg.info. Sociaaleconomische status regionaal. (2016).
23. RIVM. Gezondheidsverschillen | Volksgezondheid Toekomst Verkenning. (2017).
24. CBS. Statline: Inkomen particuliere huishoudens met inkomen, kenmerken, regio, 2005-2014. Geraadpleegd op 14 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80594NED/table?fromstatweb
25. CBS. Statline: Werkzame beroepsbevolking; wisseling van beroepsniveau. Geraadpleegd op 14 oktober 2019 via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83119NED/table?fromstatweb
26. Pharos. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). Bezocht op 7 oktober 2019 via https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/

“An apple a day, keeps the doctor away.” Simpeler laat de relatie tussen onze gezondheid en voeding zich niet uitdrukken. In onze moderne samenleving ligt het echter aanzienlijk ingewikkelder. In **GOED GEVOED** bundelen Irene Mommers en Michel van Schaik de bevindingen uit het programma Diagnose Voeding & Gezondheid over de preventieve rol die voeding kan spelen in het stimuleren van een gezonder Nederland. Bevindingen van een reis die samen met honderden ondernemers, managers, wetenschappers, zorgprofessionals en beleidsmakers is gemaakt. Aansluitend stellen de auteurs een vijftal bouwstenen voor die bijdragen aan een nieuwe eetcultuur en een gezonde voedselomgeving ten behoeve van een gezonder Nederland.