



# Nota Overgewicht

Uit balans: de last van overgewicht

# Nota Overgewicht

Uit balans: de last van overgewicht



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>6</b>
<b>1 Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>2 Inleiding</b>	<b>15</b>
<b>3 Overgewicht en obesitas: wat is het probleem?</b>	<b>20</b>
3.1 De gevolgen van overgewicht en obesitas	21
3.1.1 De individuele gevolgen	22
3.1.2 De gevolgen voor het zorgstelsel	25
3.1.3 Maatschappelijke gevolgen	26
3.1.4 Gevoelige groepen	27
3.2 Hoe heeft het zover kunnen komen?	30
3.3 Internationale ontwikkelingen en inzichten	35
3.3.1 Overgewicht als internationaal verschijnsel	35
3.3.2 Verschillen en overeenkomsten in aanpak	35
3.3.3 Aanpak op internationaal niveau	36
<b>4 Overgewicht en obesitas: wat kunnen we eraan doen?</b>	<b>40</b>
4.1 Consumenten informeren over de gezonde keuze	40
4.1.1 Wat doet de markt?	42
4.1.2 Onafhankelijke voorlichting over gezonde voeding en bewegen	45
4.2 Hoe maken we de omgeving gezonder?	47
4.2.1 Op lokaal niveau moet het gebeuren	49
4.2.2 Ondersteuning lokaal beleid	56
4.2.3 Gezond op het werk	60
4.2.4 Convenant overgewicht; versterking van het gemeenschappelijk belang	63
4.2.5 Olympisch Plan 2028	65
4.3 Verbinden van preventie en zorg	66
4.3.1 Preventie vanuit een dynamische eerste lijn	67
4.3.2 Ketenzorg en zorgstandaarden	69
4.3.3 Overgewicht in zorginstellingen	74
4.3.4 Verzekerde zorg	76
4.3.5 Opleiding	78

4.4	Extra inspanningen voor kinderen en jongeren	79
4.4.1	Ouders en kinderen informeren over de gezonde keuze	80
4.4.2	Opgroeien in een gezonde omgeving	84
4.4.3	Integrale aanpakken werken het best	95
4.4.4	Verbinden van preventie en zorg voor de jeugd	98
<b>5</b>	<b>Monitoring en onderzoek</b>	<b>103</b>
5.1	Monitoring	103
5.1.1	Volwassenen	103
5.1.2	Jeugd	104
5.2	Onderzoek	106
5.2.1	Kennis genereren	107
5.2.2	Kennis delen	108
5.2.3	Kennis toepassen	110
<b>6</b>	<b>Aansluiting brede preventievisie</b>	<b>113</b>
<b>7</b>	<b>Literatuur en notenlijst</b>	<b>127</b>

SIEBEL

FEAR

adium

Heembouw



# Voorwoord

**Regelmatig besteden de media aandacht aan de stijgende trend van overgewicht in Nederland. Voor gymleraren is de toename van overgewicht en obesitas bij kinderen een dagelijks zichtbaar feit. De oorzaak van overgewicht op individueel niveau lijkt simpel, want het is een gevolg van een positieve energiebalans: te veel eten en/of te weinig bewegen.<sup>1</sup> Hieruit voortgeredeneerd is ook de oplossing ‘eenvoudig’. Als mensen minder eten én meer bewegen, stopt vanzelf de toename van hun gewicht.**

De verleiding om te veel te eten en te weinig te bewegen, ligt echter elke dag 24 uur lang op de loer. Het voedselaanbod is overdadig, terwijl er geen sprake meer is van tijden van schaarste. Het wordt alsmat makkelijker om meer te eten en minder te bewegen. De diverse omgevings- en leefstijlfactoren hebben een dikmakende werking, waarmee de condities zijn gecreëerd voor de huidige sterke toename aan overgewicht. Het tegengaan van overgewicht en obesitas betreft een complex vraagstuk, met zowel de leefstijl als de fysieke en sociale leefomgeving als belangrijke componenten tegen de achtergrond van onze genetische opmaak.

Overgewicht kan worden gezien als ‘moderne variant’ van de grote gezondheidsproblemen aan het eind van de 19e eeuw. Destijds stonden leefomstandigheden, gewoonten en infectieziekten hoog op de agenda. Veel successen werden bereikt door het gezonder maken van de omgeving via riolering, goede drinkwatervoorzieningen en volkshuisvesting. Door gezamenlijke actie van verschillende partijen, zoals gemeentebesturen, werkgevers en woningcorporaties, werden onder de arbeidersbevolking de leefgewoonten en de hygiëne verbeterd. Hierdoor steeg de gemiddelde levensverwachting van de Nederlander in de 20e eeuw sterk. Aan het begin van deze nieuwe eeuw is een vergelijkbare saamhorigheid nodig om dikmakende prikkels in onze leefomgeving aan te pakken. Daardoor kunnen we helpen voorkomen dat grote groepen Nederlanders onnodig jaren van hun leven doorbrengen in een slechtere gezondheid.

De uitdaging van het overgewichtprobleem is vergelijkbaar, maar er is ook een cruciaal verschil met de situatie aan het eind van de 19e eeuw. Overgewicht en obesitas ontstaan geleidelijk en de gezondheidsgevolgen openbaren zich met name op latere leeftijd. Dit staat in schril contrast tot de acute en ernstige gevolgen van een infectieziekte. Die maakten destijds dat de noodzaak van preventie snel werd onderkend. Hoewel de bedreiging voor de volksgezondheid bij overgewicht en

---

<sup>1</sup> Ongeveer 5 procent van obesitas is een bijverschijnsel van een ziekte. Dit valt buiten deze nota.

obesitas vergelijkbaar is, wordt door de sluipende ontwikkeling van deze problemen de noodzaak van preventie vaak pas ervaren als het al te laat is. Gelukkig begint het besef van de ernst van overgewicht steeds meer door te dringen. Mede door het Convenant overgewicht bezinnen steeds meer partijen zich op hun mogelijke bijdrage aan de aanpak van overgewicht. Maar dat is nog niet genoeg. Deze Nota *Overgewicht* wil een opmaat zijn naar een volgende stap om onze bevolking gezond te houden in een gezonde omgeving.



*De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*  
dr. A. Klink



*De minister voor Jeugd en Gezin*  
mr. A. Rouvoet



*De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*  
dr. M. Bussemaker





# 1 Samenvatting

## Ernst en omvang van het probleem

**De snelle ontwikkeling van overgewicht en obesitas vormt zowel op wereldschaal als in Nederland een toenemende bedreiging van de volksgezondheid. De maatschappelijke gevolgen van met name obesitas worden in steeds meer sectoren merkbaar, denk alleen al aan verminderde productiviteit, uitval en verzuim. Overgewicht leidt vaak na verloop van tijd tot obesitas, een chronische ziekte waar je bijna niet meer vanaf komt als je deze eenmaal hebt. Preventie van (verdere) gewichtstoename is dan eigenlijk de enige remedie.**

De groei van overgewicht en obesitas onder kinderen is bijzonder verontrustend. Ook groepen met een lage sociaaleconomische status en bepaalde groepen allochtonen vertonen relatief veel overgewicht. De overheid zet stevig in op extra maatregelen voor kinderen en hun ouders. Dat heeft verschillende achtergronden. Allereerst zijn kinderen gevoeliger voor de gevolgen van obesitas. Verder zijn ze zelf nog niet verantwoordelijk voor hun leefstijl. En effectieve preventie van overgewicht is op jonge leeftijd goed mogelijk, waarbij de effecten ook op latere leeftijd nog doorwerken.

## Afbakening van de nota

Het ontstaan van overgewicht wordt door veel factoren veroorzaakt. Het probleem hangt sterk samen met de inrichting van onze moderne maatschappij. De landelijke overheid kan en wil dit niet alleen oplossen. Met de Nota Overgewicht pretendeert de rijksoverheid niet om definitief af te rekenen met het overgewichtprobleem, maar wel om de volgende stap te zetten in een gezamenlijke aanpak. Veel maatschappelijke organisaties en lokale overheden zijn betrokken bij de overgewichtproblematiek, en worden erdoor geraakt in hun belangen. Door een toenemende actiebereidheid laten zij merken dat ze zich dit realiseren. De huidige inspanningen van de diverse partijen zijn echter nog onvoldoende. De rijksoverheid wil met deze nota maatschappelijke actoren en lokale overheden laten zien hoe zij een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van overgewicht, en roept hen op om dit ook te doen. De Nota Overgewicht beschrijft diverse maatregelen om hen daarbij te faciliteren. Daarnaast gaat de nota dieper in op de aanpak van overgewicht en obesitas vanuit het volksgezondheidsdomein en het domein van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin.

Omdat de gevolgen van overgewicht in veel sectoren merkbaar zijn en veel partijen betrokken zijn bij effectieve preventie van overgewicht, wil de rijksoverheid een politieke en maatschappelijke dialoog op gang brengen over de optimale aanpak van overgewicht. Partijen als het Convenant overgewicht, het Partnerschap Overgewicht Nederland en het Kenniscentrum Overgewicht zullen daarbij een rol spelen. De invulling van deze dialoog zal – mede naar aanleiding van politieke besluitvorming – verder vorm krijgen in het communicatietraject bij de implementatie van deze nota.

## Individuele verantwoordelijkheid

Slank zijn is het schoonheidsideaal in een groot deel van de moderne westerse samenleving. Toch wordt juist dit ideaal voor steeds meer mensen onbereikbaar, ondanks alle afslankdiëten, tips om te lijnen of cursussen om het gewicht onder controle te krijgen en te houden. De meeste mensen beginnen daar ook pas aan als ze al duidelijk te zwaar zijn. Het is heel moeilijk om dan blijvend weer op een goed gewicht te komen. Zeker wanneer men al van jongs af aan gewend is aan een eet- en beweegpatroon dat leidt tot een dagelijkse calorie-inname die ruim uit gaat boven wat het lichaam nodig heeft.

Mensen kiezen zelf voor wat ze eten en drinken en hoe ze bewegen. In het beleid van de overheid staat het respect voor deze vrijheid voorop. Wel is het belangrijk mensen zodanig te informeren dat zij in staat zijn om bewust en geïnformeerd te kiezen. Zo is voor gezond, gevarieerd en gematigd eten een behoorlijke kennis van waren nodig. En voor voldoende beweging helpt het om op de hoogte te zijn van het sport- en beweegaanbod in de omgeving. De markt maakt de gezonde keuze gemakkelijker door etikettering en logo's, en de overheid stelt daarvoor randvoorwaarden. Zo krijgt de burger betrouwbare informatie die hem of haar in staat stelt te kiezen voor een gezonde leefstijl met verantwoorde voeding en voldoende beweging.

De keuzes, het gedrag en de leefstijl van mensen worden echter slechts ten dele bepaald door kennis en informatie. Vanuit de psychologie is bekend dat motieven als geld, genot, gemak en gewoonten sterke drijfveren zijn. Ook psychosociale drijfveren (identiteit, uiterlijk, groepsdruk) en emoties spelen een grote rol. De eigen gezondheid in de (verre) toekomst is in dit hele scala aan drijfveren meestal van ondergeschikt belang. Ook al begrijpen en beseffen mensen vaak heel goed dat hun leefstijl onverstandig is, emotioneel blijven ze gehecht aan hun vertrouwde voedingspatroon en de smaken die ze gewend zijn. Daarin worden ze meestal gesterkt door de sociale omgeving, te beginnen met de leden van het eigen huishouden met wie ze die smaak delen. Wie al jong geleerd heeft ongezond te eten en onvoldoende te bewegen, zal op latere leeftijd niet gemakkelijk kunnen

overstappen naar een gezondere leefstijl. Het is daarom belangrijk dat kinderen en hun ouders al vroeg leren hun energiebalans in de gaten te houden. Voor volwassenen zal de keuze voor gezond gedrag vooral gemakkelijker moeten worden gemaakt. Dat kan door voorlichting, productinformatie en aanpassing van het productaanbod. Voor zowel volwassenen als kinderen is de wens om te beantwoorden aan de idealen van slankheid, jeugdigheid en fitheid een belangrijk motief om te kiezen voor een gezonde leefstijl. Sociaal gezien wordt het begrip gezondheid vooral in die termen uitgedrukt.

## Een preventieve aanpak op lokaal niveau die de omgeving gezonder maakt, is essentieel voor succes.

### Preventie en een gezondere omgeving

De inrichting van onze moderne maatschappij draagt bij aan het ontstaan van overgewicht. Door het gebruik van moderne hulpmiddelen als auto's en computers is de noodzaak voor fysieke inspanning afgenomen. Ook is het voedingsaanbod overvloedig. Een preventieve aanpak op lokaal niveau die de omgeving gezonder maakt, is essentieel voor succes. De directe omgeving bepaalt immers de bandbreedte van de mogelijke keuzes voor mensen. Ook bepaalt de inrichting van de omgeving hoe gemakkelijk die keuzes zijn. De sleutel voor een duurzame oplossing ligt dan ook bij gezamenlijke actie van maatschappelijke partijen om de leefomgeving weer gezonder te maken. Het gaat dan om de fysieke aspecten, bijvoorbeeld een gezond aanbod aan voedsel en een omgeving die bewegen stimuleert en mogelijk maakt. Maar ook om de sociale leefomgeving, zoals gewoonten binnen het gezin en bijvoorbeeld op scholen of op het werk. Het Convenant overgewicht heeft hiervoor een belangrijke aanzet gegeven. Ook na afloop van het convenant in 2010 zal VWS blijven investeren in het bijeenbrengen en stimuleren van maatschappelijke partners op het thema overgewicht.

De gemeente speelt bij dit alles een belangrijke rol. De rijksoverheid ondersteunt gemeenten om hun regierol op het terrein van preventie waar te maken, onder andere door de krachtwijkenaanpak, en het beschikbaar stellen van middelen voor sport en bewegen en voor een adequate openbare gezondheidszorg. Daarbij hoort de ontwikkeling en uitrol van effectieve interventies, en praktische ondersteuning van gemeenten, bijvoorbeeld door het Centrum Gezond Leven en ZonMw.

Maar uiteindelijk is de preventie van overgewicht in het belang van veel meer maatschappelijke partijen dan de lokale en landelijke overheid. Al deze partijen moeten de aanpak gezamenlijk gestalte geven.

## Preventie en zorg

In samenspraak met het zorgveld wordt een zorgstandaard obesitas ontwikkeld die zal leiden tot adequate ketenzorg voor mensen met obesitas. Van de zorgstandaard, waarin de patiënt centraal staat, maken zowel preventie- als zorgactiviteiten deel uit. De zorgstandaard omvat een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van deze zorg. Basis voor de zorgstandaard is de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' die het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO in november 2008 heeft gepubliceerd.

Preventie is een belangrijk doel voor de gezondheidszorg als het om overgewicht en obesitas gaat. Preventie en zorg zullen op een aantal manieren steviger met elkaar worden verbonden. Een concreet voorbeeld is de zogeheten BeweegKuur, een leefstijlinterventie vanuit de zorg, die mensen aan het bewegen zet. Het ministerie van VWS onderzoekt of en hoe vergoeding van de BeweegKuur in het basispakket kan worden gebracht. Een andere maatregel om burgers te stimuleren tot een gezonde leefstijl is de verzekeraars de mogelijkheid te geven om hun verzekerden het eigen risico kwijt te schelden bij aantoonbare deelname aan een preventieprogramma. Diverse initiatieven stimuleren de eerste lijn in haar rol bij lokale preventieactiviteiten en het voorlichten over een gezonde leefstijl.

## Kinderen

Het kabinet acht marketing van ongezonde voedingsmiddelen gericht op kinderen jonger dan twaalf jaar onwenselijk. Het kabinet gaat ervan uit dat deze beperking door zelfregulering haalbaar is, bijvoorbeeld via een aanscherping van de Reclamecode voor voedingsmiddelen. De uit Frankrijk afkomstige EPODE-systematiek (Ensemble, Prévenons l'Obésité des Enfants) laat zien hoe initiatieven van een invloedrijke persoon (in Frankrijk gaat het om de burgemeester) kunnen leiden tot samenwerking op lokaal niveau, waarbij partijen zich kunnen profileren. Op de plaatsen waar EPODE al langer loopt, blijkt deze aanpak zeer effectief te zijn. Via ZonMw wordt budget beschikbaar gesteld om een aan de Nederlandse omstandigheden aangepaste aanpak op basis van deze systematiek uit te rollen. Ook zal een ambassadeur worden benoemd voor een integrale en samenhangende lokale aanpak van overgewicht bij kinderen.

Daarnaast zijn er effectieve interventies beschikbaar voor preventie van overgewicht bij kinderen die werken via een gezonde schoolomgeving, zoals JUMP-in, Lekker fit! en De Gezonde Schoolkantine. Bovendien worden gemeenten ondersteund bij de bevordering van bewegen en sportdeelname door de jeugd.

## Onderzoek

Onderzoek vindt plaats op verschillende terreinen. Monitoringsonderzoek is essentieel voor het volgen en eventueel bijsturen van de aanpak van overgewicht. Goede monitoring wordt geborgd en verbonden met de aanpak op lokaal niveau. Basaal onderzoek vindt plaats naar fysiologische, genetische en gedragsfactoren. Dit gebeurt op meerdere plaatsen in Nederland. Dit onderzoek zal verder op elkaar worden afgestemd in zogeheten kennisarena's.

Gezondheid en calorie-inhoud zijn belangrijke aandachtspunten bij het onderzoek van het bedrijfsleven naar innovatie van voedingsproducten. In het kader van de Food & Nutrition Delta wordt hier een aanzienlijke inspanning geleverd.

Ten aanzien van kennislacunes, onder meer op het gebied van eetstoornissen bij heel jonge kinderen, zijn twee adviesaanvragen neergelegd bij de Gezondheidsraad. Onderzoek naar effectieve manieren van gezondheidsbevordering loopt al decennia en heeft inmiddels een schat aan inzichten en kennis opgeleverd. Om deze kennis beter te delen en toe te passen, is het Centrum Gezond Leven bij het RIVM opgericht en heeft ZonMw een aparte aanwijzing gekregen in het kader van het Programma Preventie.



**X-TRA LONG  
CHILI CHEESE**

2.95 €

**KIDS  
MENU**

## 2 Inleiding

Tot in de jaren zeventig van de vorige eeuw werden overgewicht en obesitas in ons land vooral gezien als een individueel probleem. De laatste decennia van de vorige eeuw signaleerden steeds meer professionals stijgende trends in overgewicht en obesitas, en begon men zich zorgen te maken over de gevolgen daarvan. De afgelopen jaren wordt de ernst en omvang van het probleem dat inmiddels is ontstaan breed uitgemeten in de media. Veel maatschappelijke organisaties en lokale overheden zijn betrokken bij de overgewichtproblematiek en beginnen blij te geven van een toenemende actiebereidheid. De huidige inspanningen zijn echter nog onvoldoende.

Tegen deze achtergrond verschijnt nu deze kabinetsnota overgewicht met als ondertitel 'Uit balans; de last van overgewicht'. De rijksoverheid pretendeert niet om met deze Nota Overgewicht definitief af te rekenen met het overgewichtprobleem. Wel wordt een beroep gedaan op de maatschappelijke actoren en lokale overheden om – meer nog dan nu al het geval is – een passende bijdrage te leveren aan de aanpak van overgewicht. De nota beschrijft maatregelen om hen daarbij te faciliteren. Daarnaast gaat de nota dieper in op de aanpak van overgewicht en obesitas vanuit het volksgezondheidsdomein. Een speciale paragraaf is gewijd aan de aanpak bij kinderen en jongeren, en hun ouders of verzorgers.

### Legitimatie overheidsingrijpen

Overgewicht wordt voor een groot deel veroorzaakt door individuele leefstijl. Elk individu is vrij en in eerste instantie zelf verantwoordelijk in de keuze van zijn of haar leefstijl. De overheid wil verre blijven van het opdringen van een gezonde leefstijl aan de burger. Wél is het belangrijk om mensen zodanig te informeren dat zij in staat zijn om bewust en geïnformeerd te kiezen. De individuele keuze voor een bepaalde leefstijl staat niet los van de context waarbinnen die wordt gemaakt. Keuzemogelijkheden en inzicht daarin zijn belangrijk. De rijksoverheid wil lokale overheden en maatschappelijke actoren, die vanuit eigen gerechtvaardigde belangen willen en kunnen bijdragen, zoveel mogelijk faciliteren. Een integrale samenhangende aanpak en het stellen van randvoorwaarden vanuit de hele rijksoverheid zijn daarbij de insteek.



## Doel van de nota

Het doel van deze nota is om de omvang van de gevolgen van overgewicht en obesitas naar voren te brengen, en de urgentie van de aanpak van dit volksgezondheidsprobleem uit te dragen. Deze urgentie wordt in de nota aangetoond met relevante feiten en cijfers.

De nota wil laten zien dat voor het oplossen van dit probleem een gezamenlijke inzet van vele partijen nodig is. Een brede en gezamenlijke aanpak is noodzakelijk op alle niveaus: overheid, bedrijfsleven, scholen, professionals en burgers moeten de handen ineen slaan om dit maatschappelijke probleem op te lossen.

De nota wil richting geven aan de concrete acties die vanuit het beleid in de domeinen van VWS en Jeugd en Gezin worden ondernomen. Overgewicht is een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van chronische ziekten. Preventie hiervan is een belangrijke beleidsprioriteit van VWS en legitimeert ook waarom VWS actief is op dit terrein. Voor kinderen, jongeren en hun ouders of verzorgers worden er extra acties genomen vanuit de beleidsprioriteiten van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin.

## Obesitas is een chronische ziekte.

Wie deze aandoening eenmaal heeft, komt er bijna niet meer vanaf.

## Relatie tussen overgewicht en obesitas

Overgewicht leidt vaak na verloop van tijd tot obesitas. Obesitas is een chronische ziekte. Wie deze aandoening eenmaal heeft, komt er bijna niet meer vanaf.

Afvallen door het aanpassen van de leefstijl en met name door minder te eten, is heel erg moeilijk, zo niet onmogelijk. Fysiologische regelmechanismen zorgen ervoor dat mensen met obesitas calorieën efficiënter omzetten in lichaamsvet. Dit heeft tot gevolg dat zij onevenredig veel minder calorieën via hun voedsel moeten opnemen voordat er gewichtsverlies optreedt. De hongergevoelens die daarmee gepaard gaan, blijven een sterke prikkel om toch weer meer te gaan eten. Het duurt een aantal jaren voordat het lichaam aan de nieuwe situatie gewend is en deze hongergevoelens verdwijnen.

Deze fysiologische mechanismen en het chronische karakter van de aandoening, maken het op eigen kracht ontsnappen aan obesitas niet goed mogelijk.

Dikmakende prikkels uit de omgeving werken als een hellend vlak voor mensen met overgewicht die nog geen obesitas hebben ontwikkeld, waardoor ook zij in de ‘obesitas-val’ dreigen te belanden. Preventie van (verdere) gewichtstoename is zowel bij overgewicht als obesitas eigenlijk de enige remedie.

#### **Definitie overgewicht en obesitas**

Het hebben van overgewicht wordt bepaald met de Body Mass Index (BMI). Dit is het lichaamsgewicht in kilogrammen gedeeld door de lichaamslengte in meters in het kwadraat. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteert de volgende afkappunten:

Overgewicht:  $25 \leq \text{BMI} < 30$

Obesitas:  $\text{BMI} \geq 30$

Voor kinderen gelden andere afkappunten, afhankelijk van leeftijd en geslacht.

## Verhouding tot andere beleidstrajecten

Deze nota over de preventie van overgewicht en obesitas is een vervolg op het eerdere beleid zoals beschreven in de twee landelijke preventienota's: 'Langer Gezond Leven, ook een kwestie van gezond gedrag' en 'Kiezen voor gezond leven 2007-2010'. Tevens is de nota een uitwerking van de voornemens die zijn beschreven in de brede preventievisie 'Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie'. Hoofdstuk 6 laat zien hoe de maatregelen uit deze nota zich verhouden tot de programmalijnen uit 'Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie'.

## Budgettaire gevolgen en administratieve lasten

De nota geeft een uitgebreid overzicht van lopende maatregelen van de ministeries van VWS en J&G en van diverse andere departementen. Hiermee zijn aanzienlijke budgetten gemoeid. Veel van deze maatregelen maken deel uit van lopend beleid en worden primair genomen met het oog op andere of bredere beleidsdoelen, zodat de mate waarin deze maatregelen bijdragen aan de preventie van overgewicht niet nauwkeurig is aan te geven.

De nota bevat tevens een aantal nieuwe maatregelen, die vragen om extra investeringen. Het gaat om een ambassadeur voor de lokale aanpak bij kinderen, stimulering van de gezonde schoolkantine, organisatie van debatten op scholen en verdere ondersteuning van het Partnerschap Overgewicht Nederland en het Kenniscentrum Overgewicht. Het hiermee gemoeide budget bedraagt 2 miljoen euro over 4 jaar. Deze middelen worden binnen de eigen begroting van VWS en J&G gevonden. Omdat de nieuwe maatregelen binnen de bestaande (subsidie)kaders vallen, heeft de nota geen gevolgen voor administratieve lasten en regeldruk.

## Relatie met andere nota's over kinderen en achterstandsgroepen

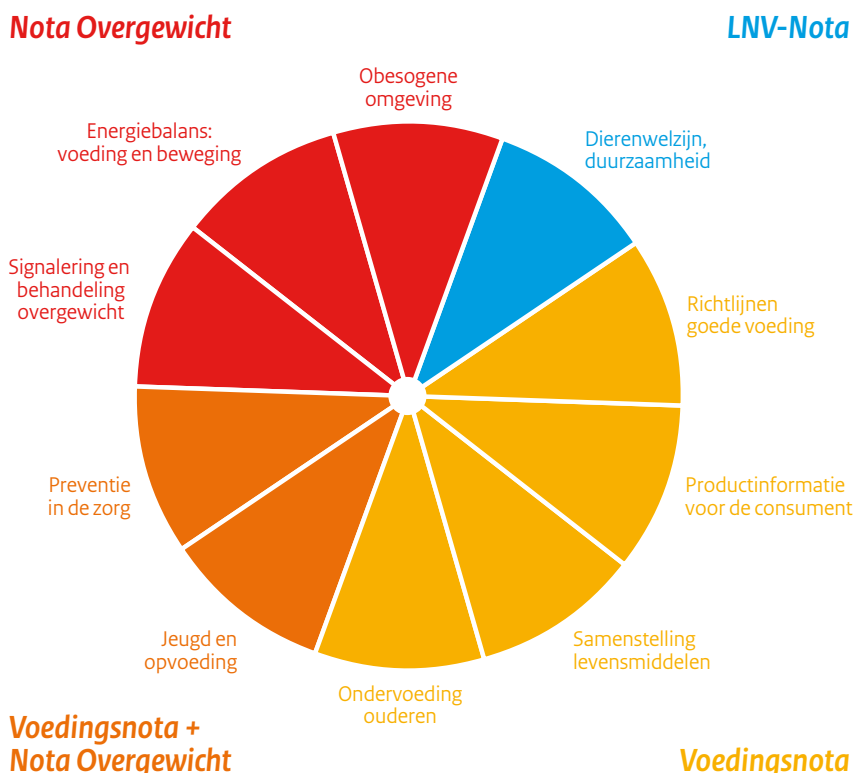
De Nota Overgewicht heeft een belangrijke relatie met het recent verschenen VWS-beleidsplan 'Brede aanpak sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV)'. Overgewicht is een van de leefstijlfactoren die samenhangt met sociaaleconomische factoren. Omdat in het deel van de bevolking met overgewicht achterstandsgroepen relatief sterk vertegenwoordigd zijn, draagt de preventie van overgewicht op zich al bij aan het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsachterstanden. Het beleidsplan SEGV verwijst naar deze nota voor concrete maatregelen. Naast de generieke werking van het overgewichtbeleid op het terugdringen van gezondheidsverschillen, beschrijft de nota specifieke maatregelen om deze groepen effectief te bereiken. Voor een groot deel zijn deze maatregelen gericht op achterstandswijken en de leerlingen in het vmbo. Ongeveer gelijk met het verschijnen van de Nota Overgewicht zal het programma-ministerie voor Jeugd en Gezin 'Onze jeugd van tegenwoordig' uitbrengen. Deze is wat betreft de leefstijl van jongeren vooral kaderstellend van karakter en verwijst voor de inhoudelijke uitwerking van onderwerpen als alcohol, drugs en overgewicht naar thematische nota's en beleidsbrieven, waarvan de Nota Overgewicht er dus één is.

In het kader van de notitie 'Onze jeugd van tegenwoordig', heeft de Nationale DenkTank 2008 eind vorig jaar advies uitgebracht op de vraag hoe jongeren te stimuleren zijn om zelf voor een gezonde leefstijl te kiezen. Deze non-profitorganisatie is opgericht met het doel de samenwerking te verbeteren tussen overheid, bedrijfsleven en kennisinstellingen met behulp van een innovatief, interdisciplinair netwerk. Dit netwerk wordt jaarlijks versterkt met een team van twintig tot vijftientwintig jonge ambitieuze academici, die de nieuwe lichting van de Nationale DenkTank vormen. Bij de totstandkoming van de Nota Overgewicht is over de beste aanpak van preventie van overgewicht bij jongeren diverse malen afstemming geweest met de Nationale DenkTank. In beide stukken komt een aantal van dezelfde elementen terug, zoals het belang van beperking van reclame gericht op kinderen, de veelbelovende Franse lokale voorbeeldaanpak van overgewicht bij kinderen (EPODE) en de werking die uitgaat van het meten van overgewicht bij kinderen op school.

## Relatie met andere nota's over voeding

<sup>2</sup> Ministeries van VWS en LNV, 'Gezonde voeding, van begin tot eind; nota voeding en gezondheid', juni 2008

De gezamenlijke voedingsnota van de ministeries van VWS en LNV is specifiek gericht op het onder handbereik brengen van een gezond voedingspatroon bij de consument.<sup>2</sup> De te verwachten nota 'Voedsel en Consument' van het ministerie van LNV zal de productie en consumptie van voedsel in een breder perspectief behandelen. Het gaat hierbij onder andere om aspecten als dierenwelzijn, duurzaamheid, en betrokkenheid en beleving van burgers en consumenten bij hun voedsel. In figuur 1 is de afbakening tussen de Nota Overgewicht, de voedingsnota en de nota van LNV schematisch weergegeven.



**Figuur 1** De afbakening tussen de Nota Overgewicht, de voedingsnota, gezamenlijke onderwerpen in beide nota's en de nota van LNV.

# 3 Overgewicht en obesitas: wat is het probleem?

## Waar hebben we het over?

Overgewicht wordt bepaald aan de hand van de BMI (body mass index). Dit is het lichaamsgewicht gedeeld door de het kwadraat van de lichaamslengte. Bij volwassenen wordt de diagnose overgewicht gesteld bij een BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> en obesitas bij een BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

De gezondheidsrisico's van obesitas betreffen diabetes type 2, hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld artrose en chronische lage rugpijn) en chronische aandoeningen van de luchtwegen (zoals slaapapneu en astma). Ook bestaat een verband tussen obesitas en verschillende vormen van kanker (zoals borstkanker na de overgang en kanker aan dikke darm, baarmoederslijmvlies, slokdarm en nieren). Verder is het een risicofactor voor leververvetting (een verstoring van de vetstofwisseling), hormonale stoornissen (bijvoorbeeld subfertiliteit, ofwel het uitblijven van zwangerschap) en psychische aandoeningen. Mensen met obesitas hebben vaak twee of meer aandoeningen tegelijkertijd. Dit heet comorbiditeit.

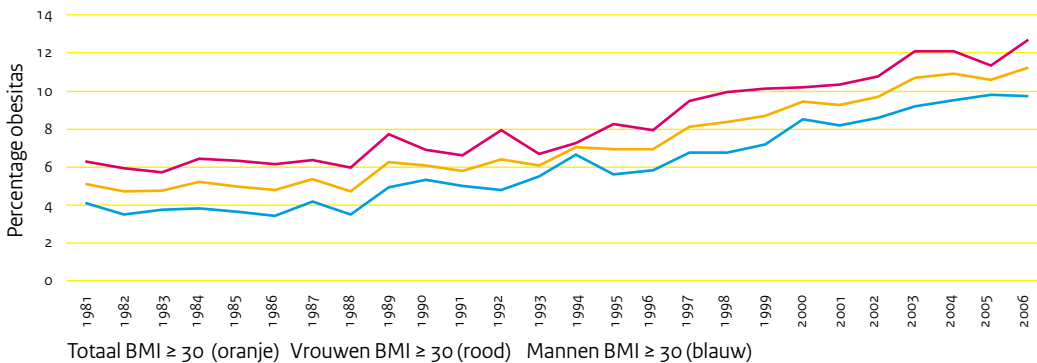
Volgens recente inzichten is voor het bepalen van gezondheidsrisico's de middelomtrek een belangrijke 'maat' naast de BMI. De BMI zegt namelijk nog niets over hoe het vet over het lichaam verdeeld is. Bij de één zit het rond de middel, bij de ander op de billen en heupen. Iemand met een goed BMI maar wel veel buikvet loopt toch gezondheidsrisico's. De tabel op de volgende bladzijde combineert de BMI en de buikomtrek in een aantal categorieën met oplopende gezondheidsrisico's. De normen in de tabel gelden voor volwassenen van 18 tot ongeveer 70 jaar. Tevens toont de tabel de invloed die comorbiditeit (de aanwezigheid van andere ziekten) heeft op het gezondheidsrisico.

BMI <sup>3</sup> (kg/m <sup>2</sup> )	Buikomvang		Comorbiditeit
	<102 cm (m), <88cm (v)	≥ 102 cm (m), ≥ 88 cm (v)	
20-25	Geen verhoogd risico	Geen verhoogd risico	Geen verhoogd risico
25-30	Licht verhoogd risico	Hoog risico	Hoog risico
30-35	Hoog risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
35-40	Zeer hoog risico	Zeer hoog risico	Extreem hoog risico
>40	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico

**Tabel 1** Gezondheidsrisico's gerelateerd aan BMI, buikomvang bij mannen (m) en vrouwen (v) en aanwezigheid van comorbiditeit.<sup>4</sup>

### 3.1 De gevolgen van overgewicht en obesitas

De snelle toename van overgewicht is een wereldwijd verschijnsel. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat elk jaar 2,6 miljoen mensen sterven als gevolg van overgewicht en obesitas. Vorig jaar waren er voor het eerst in de wereldgeschiedenis evenveel mensen met overgewicht als mensen met ondervoeding. Dikke mensen domineren het straatbeeld in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. Deze landen zijn er tot op heden niet in geslaagd de ongunstige trend te keren. Bij voortzetting van de huidige trend is over 25 jaar maar liefst de helft van de Amerikaanse bevolking obees. Nederland loopt een aantal jaren achter op deze ontwikkeling, maar ook hier kan het dezelfde kant op gaan.



**Figuur 2** Ontwikkeling van zelfgerapporteerde obesitas bij mannen en vrouwen sinds 1981 (Nederland).

<sup>3</sup> De BMI-indeling in de tabel geldt voor blanke volwassenen van 18 tot ongeveer 70 jaar. Voor kinderen en pubers gelden andere grenswaarden, en boven de 70 jaar is de relatie tussen de BMI en de gezondheid niet meer zo duidelijk. De mate van vervetting van het lichaam bij een bepaalde BMI is namelijk afhankelijk van de leeftijd (oudere mensen hebben een hoger vetpercentage dan jongere), de etniciteit (mensen uit Azië hebben een hoger vetpercentage dan Europeanen) en het geslacht (vrouwen hebben een hoger vetpercentage dan mannen).

Op dit moment heeft ongeveer de helft van de volwassen Nederlanders overgewicht (inclusief obesitas). Begin jaren '80 was dat nog 30 procent. In diezelfde periode verdubbelde het aantal mensen met obesitas tot één op de tien.<sup>5</sup> Bij groepen met een zwakkere sociaaleconomische positie en bij allochtonen komt overgewicht twee tot vijf maal vaker voor. De stijgende trend sinds 1980 is echter vergelijkbaar voor alle bevolkingsgroepen, en staat los van geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad en opleidingsniveau.

### 3.1.1 De individuele gevolgen

Obesitas is een chronische aandoening waar je bijna niet meer vanaf komt als je het eenmaal hebt. Door leefstijlaanpassing, soms met hulp en begeleiding binnen de gezondheidszorg, is het wel mogelijk om gewicht kwijt te raken. Als dit verantwoord gebeurt – met een blijvende verbetering van de leefstijl – dan heeft dit op zichzelf positieve effecten op de gezondheid. Het moet echter benadrukt worden dat een 'gezond gewicht' zeer zeker niet meer voor alle personen met obesitas is weggelegd. Het perspectief voor ruim één miljoen volwassenen (in de groep 18-65 jarigen) en ruim 60 duizend kinderen met obesitas is op dit moment dus bepaald ongunstig te noemen. Preventie van gewichtsstijging is voor deze groep cruciaal, en dat geldt ook voor de – nog veel grotere – groep met 'matig overgewicht'.

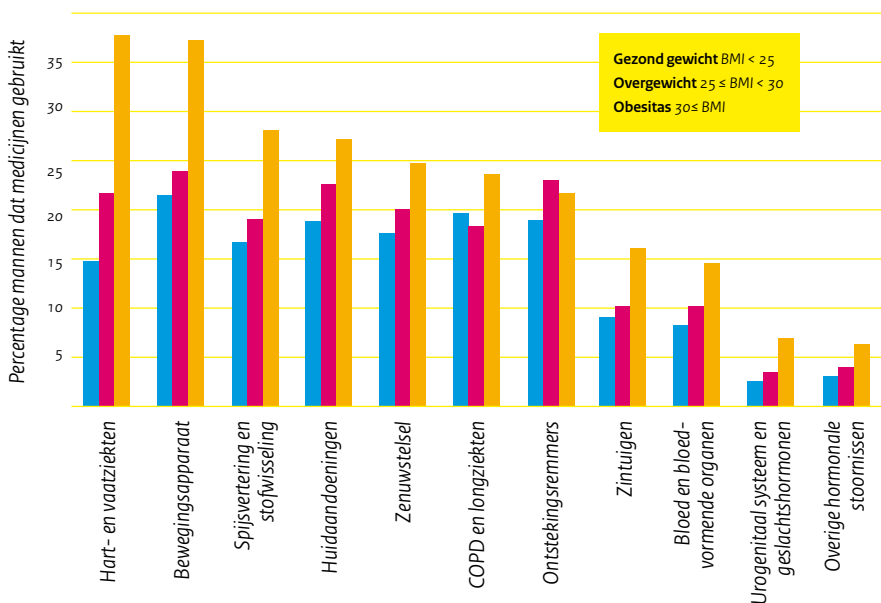
---

<sup>5</sup> Deze snelle ontwikkeling van overgewicht en obesitas in de diverse regio's van ons land van 1981 tot 2007 wordt duidelijk geïllustreerd in de Nationale Atlas Volksgezondheid van het RIVM, zie [www.rivm.nl/vtv/home/Atlas/](http://www.rivm.nl/vtv/home/Atlas/).

## Volwassenen

Overgewicht is de belangrijkste risicofactor voor diabetes type 2 (suikerziekte). Bij deze aandoening van de stofwisseling kan het lichaam onvoldoende energie uit glucose (suikers) halen. Op de lange duur geeft suikerziekte kans op schade aan de ogen of de nieren, neurologische klachten en hart- en vaatziekten. Zelfs mensen met matig overgewicht hebben al twee keer meer kans om diabetes te krijgen dan mensen zonder overgewicht. Daarnaast veroorzaakt obesitas andere aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, bepaalde vormen van kanker, slaapapneu, blaas- en leveraandoeningen, verminderde vruchtbaarheid en gewrichtsslijtage. Overgewicht en obesitas gaan gepaard met depressies, psychosociale klachten en een verminderde kwaliteit van leven.<sup>6</sup> Ook is er een relatie tussen overgewicht en eetstoornissen.

De gevolgen van obesitas voor de gezondheid worden goed zichtbaar door het medicijngebruik van mensen met obesitas te vergelijken met mensen met matig overgewicht of met een gezond gewicht. Voor vrijwel alle aandoeningen geldt dat de medicijnen daarvoor het meest gebruikt worden door mensen met obesitas. Ruim één op de drie obese volwassenen gebruikt medicijnen voor hart- en vaatziekten en ook één op de drie gebruikt medicijnen vanwege klachten aan het bewegingsapparaat.<sup>7</sup>



**Figuur 3** Verschillen in medicijngebruik tussen mannen met gezond gewicht (blauw), overgewicht (rood) en obesitas (oranje) voor verschillende aandoeningen.



Obesitas heeft ook duidelijke psychosociale en maatschappelijke gevolgen. Werknemers met overgewicht en obesitas hebben een minder goede kans op de arbeidsmarkt. Werkgevers zijn geneigd om te dikke werknemers minder gunstige eigenschappen toe te schrijven. Overgewicht komt aanzienlijk meer voor bij achterstandsgroepen en draagt zo bij aan de maatschappelijke tweedeling.

### **Kinderen en jongeren**

De gevolgen van overgewicht en obesitas voor kinderen zijn desastreus. Kinderen en jongeren met overgewicht vertonen een toename van de glucose-intolerantie en ontwikkelen in toenemende mate diabetes type 2. Vroeger ontstond deze ziekte vooral op oudere leeftijd en werd derhalve 'ouderdomssuiker' genoemd.<sup>8,9</sup> Diabetes type 2 is op jonge leeftijd een ernstige ziekte, vanwege mogelijke complicaties als hart- en vaatziekten en oog-, nier- en zenuwaandoeningen op relatief jonge leeftijd. Bovendien gaat het gepaard met een hoge sterftkans en een verminderde kwaliteit van leven.

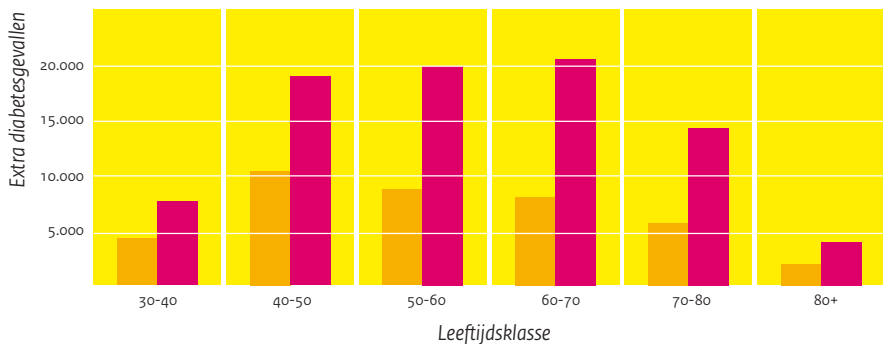
De schadelijke gevolgen van overgewicht en obesitas bij kinderen zijn al op korte termijn merkbaar. 8-jarigen met obesitas bezoeken vaker de huisarts, hebben meer last van infecties (bijvoorbeeld oorontsteking) en gebruiken vaker antibiotica dan kinderen met een gezond gewicht. Obese tieners hebben een grote kans ook op volwassen leeftijd te zwaar te zijn. De ziektegeschiedenis van kinderen met ernstig overgewicht op jonge leeftijd vertoont een correlatie met hun gewicht.<sup>10</sup> De levensverwachting voor een 20-jarige met obesitas is 4,5 jaar korter dan voor een 20-jarige met een gezond gewicht.

Obesitas tekent individuen voor hun leven. Een vroege ontwikkeling van obesitas kan gepaard gaan met verminderde vruchtbaarheid en galstenen. Bij jongens met obesitas kan borstvorming en onvoldoende ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken optreden. Meisjes met obesitas hebben vaak duidelijk aanwezige lichaamsbeharing en acne.

Kinderen en adolescenten met obesitas hebben niet zelden gebrek aan zelfrespect en zelfvertrouwen. Ze hebben vaak minder vriendjes, zijn meer geïsoleerd in de klas en zijn een gemakkelijker doelwit voor pesten dan niet-obese kinderen. Dikke kinderen kampen vaker met depressieve gevoelens en verzuimen vaker op school dan kinderen zonder overgewicht. Dit leidt tot veranderingen in gedrag en kans op sociale isolatie. Het spreekt voor zich dat dit directe gevolgen kan hebben voor de schoolprestaties.

### 3.1.2 De gevolgen voor het zorgstelsel

Door het duidelijke verband van overgewicht met diabetes kan goed voorspeld worden hoeveel extra patiënten met deze chronische aandoening er komen als de stijgende trend in overgewicht doorgaat, of als we dezelfde kant opgaan als de Verenigde Staten. Dat zijn er respectievelijk 64 duizend (9 procent) en 135 duizend (19 procent) extra in de komende twintig jaar (zie figuur 4).<sup>11</sup>



**Figuur 4** In de komende 20 jaar te verwachten extra patiënten met diabetes mellitus type 2 (verticale as) ten gevolge van overgewicht en obesitas. Weergave per 10-jaars leeftijdsklasse (horizontale as) bij het doorzetten van de huidige trend (oranje) of bij een trendontwikkeling als in de Verenigde Staten (rood).

## Overgewicht veroorzaakt ongeveer 10 procent van de totale ziektelast in Nederland.

Daarmee is overgewicht na roken (13 procent) de belangrijkste determinant van de volksgezondheid die aangepakt kan worden via de leefstijl. Overgewicht gaat ook gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg, namelijk € 1,2 miljard per jaar.<sup>12</sup> Dit komt overeen met 2 procent van de totale jaarlijkse zorguitgaven.

De ontwikkeling van obesitas en overgewicht legt in toenemende mate een beslag op de capaciteit van de beroepsbevolking in de zorgsector voor de begeleiding van chronische aandoeningen.

De kosten voor de gezondheidszorg zijn van dusdanige omvang dat preventie van overgewicht bij de groep tot 40 jaar kostenbesparend beleid kan zijn, ondanks het feit dat mensen door preventie van overgewicht langer leven en in deze gewonnen levensjaren ook kosten maken. Bij een verdere stijging van obesitas zou de toegenomen ziektelast die daarmee samenhangt kunnen leiden tot een opwaartse premiedruk. Door premiestijging kan het solidariteitsbeginsel van het stelsel onder druk komen te staan.

### 3.1.3 Maatschappelijke gevolgen

Ook buiten de gezondheidszorg zorgt overgewicht voor hoge maatschappelijke kosten. Zo is er sprake van productiviteitsverliezen door ziekteverzuim en vervroegde uittreding uit het arbeidsproces. Deze indirecte kosten bedragen naar schatting zo'n € 2 miljard per jaar.<sup>13</sup> Bij een ongewijzigde trend worden het bedrijfsleven en de economie in toenemende mate in hun groei geremd. De effecten van overgewicht op de beroepsbevolking komen in een tijd dat het personeelsbestand aan het vergrijzen is. Nederlanders zullen waarschijnlijk langer moeten doorwerken om het voorzieningenniveau in stand te houden. Een gezonde leefstijl stelt werknemers in staat langer (en langer zonder klachten) door te werken. Steeds vaker nemen werkgevers dan ook maatregelen tegen overgewicht.

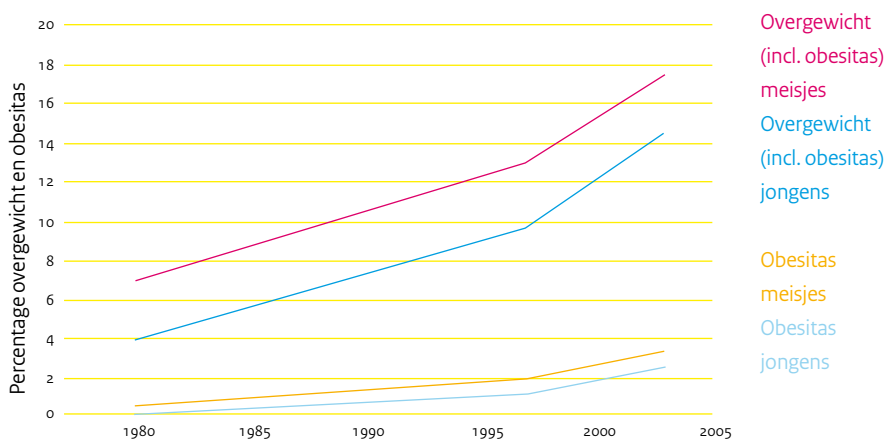
Van andere maatschappelijke gevolgen zijn de kosten nu nog moeilijk te kwantificeren. Ze zijn ook nog niet in de modellen verwerkt. Een voorbeeld hiervan zijn de minder goede kansen van werknemers met obesitas op de arbeidsmarkt. Er is geen aanleiding om vooropgezette discriminatie of stigmatisering van deze groep te veronderstellen. Wel speelt mogelijk een negatieve perceptie van toegeschreven karaktereigenschappen van te dikke sollicitanten mee bij het aannamebeleid. Of werkgevers wegen de risico's van overgewicht bij hun (potentiële) werknemers af. De verminderde kansen op de arbeidsmarkt maakt het voor mensen met overgewicht uit achterstandsgroepen – waar overgewicht relatief veel voorkomt – moeilijker om hun sociaaleconomische status te verhogen. Zo draagt overgewicht indirect bij aan de maatschappelijke tweedeling en consolidatie van sociaaleconomische gezondheidsachterstanden.

Er zijn allerlei aanwijzingen voor de samenhang van overgewicht en obesitas met leerprestaties.<sup>14,15</sup> Er zijn ook directe aanwijzingen voor een verband tussen leefgewoonten die ten grondslag liggen aan overgewicht en minder goed presteren op school. Denk bijvoorbeeld aan een gewoonte als niet ontbijten. De causaliteit van de relatie tussen overgewicht en leerprestaties is echter nog onduidelijk.

### 3.1.4 Gevoelige groepen

Binnen de bevolking zijn kinderen, allochtonen en mensen uit achterstandsgroepen om verschillende redenen extra gevoelig voor overgewicht. Bij lichamelijk gehandicapten komt overgewicht relatief veel voor (zie paragraaf 4.3.3). Omdat overgewicht is gerelateerd aan het Downsyndroom, is de prevalentie van overgewicht ook hoger bij mensen met een verstandelijke beperking.

#### Kinderen



**Figuur 5** Percentage overgewicht en obesitas bij kinderen (4-19 jaar) vanaf 1980.

Het percentage kinderen met (ernstig) overgewicht is sinds 1980 fors toegenomen – relatief nog sterker dan bij de volwassenen – en neemt nog steeds toe, met name ook in de jongste leeftijdsgroepen (zie figuur 5). Uit de recente Nederlandse Voedselconsumptiepeiling van het RIVM blijkt dat inmiddels één op de zeven kinderen van 2-6 jaar overgewicht heeft. In totaal telt Nederland 450 duizend kinderen met overgewicht, waaronder ruim 60 duizend met obesitas. Ook het aantal kinderen met zeer ernstig overgewicht (morbidie obesitas; BMI  $\geq$  40) is de laatste jaren sterk gestegen. Gebaseerd op wachtlijsten in de gezondheidszorg wordt dit aantal momenteel geschat op enkele duizenden.

#### Achterstandsgroepen

Er bestaan in Nederland aanzienlijke verschillen in gezondheid op basis van sociaaleconomische achtergronden. Laagopgeleide mensen leven korter dan de gemiddelde Nederlander. De verschillen tussen de laagste en hoogste groep zijn voor mannen zeven jaar in levensverwachting en negentien in jaren die als gezond worden ervaren. Voor vrouwen is dit zes jaar, respectievelijk zestien jaar.

De slechtere gezondheid van deze groep komt door zowel een minder gezonde leefstijl en overgewicht, als door slechtere materiële omstandigheden. Die bepalen op hun beurt weer mede de leefstijl. Andersom kan een slechtere gezondheidstoestand juist ook leiden tot een lagere sociaaleconomische positie, bijvoorbeeld omdat men door gezondheidsproblemen niet of minder aan het arbeidsproces deelneemt. Tot op heden blijft een deel van de samenhang tussen sociaaleconomische achtergrond en gezondheid echter onverklaard.<sup>16</sup>

Overgewicht en obesitas komen vaker voor bij personen met een lager opleidingsniveau, vooral in de leeftijdsgroep onder de 65 jaar. Dat blijkt uit de Monitor Gezondheidsachterstanden van het RIVM. In de categorie met de laagste opleiding heeft 56 procent overgewicht en 18 procent obesitas. In de hoogste opleidingscategorie zijn deze cijfers respectievelijk 33 procent en 7 procent. Sinds 1990 is het aantal mensen met overgewicht en vooral obesitas flink toegenomen. In groepen met een lage sociaaleconomische status (SES) is dat voor overgewicht gegroeid van bijna 50 procent tot bijna 60 procent. Bij een hoge SES is het aantal mensen met overgewicht en obesitas gestegen van ruim 20 procent naar ruim 30 procent. Obesitas is zelfs gegroeid van 10 procent naar 18 procent bij lage SES, en van 2 procent naar 6 procent bij hoge SES. De verschillen tussen lage en hoge SES nemen wel wat af, vooral omdat de hoogst opgeleiden zwaarder worden. Voor vrouwen blijkt vooral de SES op kinderleeftijd bepalend voor het volwassen gewicht, terwijl bij mannen de huidige SES van groter belang is. Kansen in de maatschappij voor vrouwen lijken sterker te worden beïnvloed door hun gewicht dan bij mannen.<sup>17</sup>

De overheid informeert burgers over wat zij zelf kunnen doen om gezond te blijven en gezond te leven. Het probleem is dat deze informatie juist het minst aanslaat bij degenen die er het meest van zouden kunnen profiteren. Het gaat dan vaak om bevolkingsgroepen met sociale achterstand en van allochtone herkomst. Mensen die belangstelling hebben voor informatie over gezond leven, zijn vaak al doordrongen van het belang van een gezonde leefstijl. Uit praktijkervaring blijkt overigens dat gezondheidsinterventies in achterstandsgroepen succesvol kunnen zijn, als wordt gewerkt met sleutelfiguren binnen de gemeenschap.

### **Allochtonen**

Turken, Marokkanen, Creoolse Surinamers en Antillianen zijn vaker te zwaar dan autochtonen. Vooral oudere allochtonen hebben vaak (ernstig) overgewicht, in het bijzonder oudere Turken en Marokkanen. De meesten van hen staan langdurig buiten het arbeidsproces, doen weinig aan sport of bewegen en hun leefwereld is klein. Ze zijn vaker ongezond en kampen meer met psychische problemen.<sup>18</sup> Eten lijkt voor deze groep allochtone ouderen – die soms als min of meer

ontworteld wordt beschouwd – een vorm van ‘troost’. Ook bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst komen overgewicht en obesitas vaker voor. Kinderen van Marokkaanse afkomst hebben tot anderhalf keer vaker overgewicht of obesitas. Bij kinderen van Turkse afkomst komen overgewicht en obesitas – afhankelijk van de leeftijd – drie tot wel tien keer meer voor dan bij kinderen van autochtone afkomst.<sup>19</sup>

Allochtonen bevinden zich relatief vaak in een minder gunstige sociaaleconomische situatie. Integratie lijkt gunstig voor het lichaamsgewicht. Allochtonen van de tweede generatie die goed zijn geïntegreerd doordat ze het Nederlands goed beheersen en veel contacten hebben met autochtone Nederlanders, hebben dezelfde kans op overgewicht als autochtonen. Het is nog onduidelijk of dit komt door een verbeterde sociaaleconomische positie, verandering van hun voedingsgewoonten, het hebben van een druk leven, een ander schoonheidsideaal of door andere factoren.<sup>20</sup>

Ook bij allochtonen kunnen gezondheidsinterventies succesvol zijn als wordt gewerkt met sleutelfiguren binnen de gemeenschap.

## 3.2 Hoe heeft het zover kunnen komen?

Slank zijn is het schoonheidsideaal van de moderne samenleving. Toch wordt het voor steeds meer mensen een onbereikbaar ideaal, ondanks alle afslankdiëten, tips om te lijnen of cursussen om het gewicht onder controle te krijgen en te houden. De meeste mensen beginnen daar ook pas aan als ze al duidelijk te zwaar zijn. Het is heel moeilijk om dan blijvend weer op een goed gewicht te komen. Zeker wanneer men al van jongs af aan gewend is aan een eet- en beweegpatroon dat leidt tot een dagelijkse calorie-inname die ruim uit gaat boven wat het lichaam nodig heeft.

Tal van factoren zijn van invloed op de toename van overgewicht en obesitas. Deze paragraaf verkent de belangrijkste oorzaken van de sterke toename van overgewicht en obesitas. Directe oorzaken als voeding en beweging worden beïnvloed door leefstijl, sociaaleconomische achtergrond, omgeving en genen. Daarnaast blijken ook factoren zoals immigratie, slaapekbrek, bijwerkingen van medicijnen of partnerkeuze van belang.<sup>21</sup>

### Energiebalans

Het overgrote deel van overgewicht en obesitas is leefstijlgerelateerd. Slechts in een klein deel (5 procent) van de gevallen zijn overgewicht en obesitas een bijverschijnsel van ziekte. Leefstijlgerelateerd overgewicht is te verklaren aan de hand van het concept van de energiebalans. De uit voeding opgenomen calorieën worden verbrand bij de instandhouding van het lichaam (ten behoeve van lichaamstemperatuur en spijsvertering) en bij lichamelijke activiteit. Als inname en verbranding met elkaar in balans zijn, blijft het lichaamsgewicht constant. Als gedurende langere tijd meer calorieën worden opgenomen dan verbruikt, ontstaat overgewicht. Overgewicht kan dus worden voorkomen door balans aan te brengen tussen de opname van calorieën via voeding en de verbranding van calorieën door lichamelijke activiteit.

### Genen

Levensloopstudies laten zien dat lichaamsgewicht voor een deel 'erfelijk' is, al is de afzonderlijke bijdrage van genen, opvoeding en omgeving nog onduidelijk.<sup>22</sup> Door hun erfelijk materiaal reageren mensen verschillend op veranderingen in energie-inname en -verbruik. Ongeveer 40 procent van de variatie in het lichaamsgewicht tussen personen kan verklaard worden door genetische verschillen. Van vijf genvarianten die bekend zijn, is overtuigend bewezen dat ze van invloed zijn op de BMI en het risico op obesitas. Zij verklaren mogelijk 10 procent van de gevallen van overgewicht en 20 procent van de gevallen van obesitas. De genetische verschillen tussen personen zijn echter complexer dan voorheen werd gedacht. Daarom is naar verwachting de genetische bijdrage aan het ontstaan van obesitas groter dan momenteel bekend is. Welke specifieke genetische factoren daarbij betrokken zijn,



is echter nog niet vastgesteld. Daarom is het op dit moment niet gerechtvaardigd om genetische informatie te gebruiken om obesitas te voorkomen of te behandelen.<sup>23</sup>

### **Leefstijl**

Mensen kiezen zelf voor wat ze eten en drinken en hoe ze bewegen. Bij het beleid van de overheid staat het respect voor deze vrijheid voorop. Wel is het belangrijk mensen van goede informatie te voorzien, zodat zij in staat zijn om bewust en geïnformeerd te kiezen. Voor gezond, gevarieerd en gematigd eten is een behoorlijke mate van warenkennis nodig. En voor voldoende beweging helpt het om op de hoogte te zijn van het sport- en beweegaanbod in de eigen omgeving.

De keuzes, het gedrag en de leefstijl van mensen worden echter slechts ten dele bepaald door kennis en informatie. Vanuit de psychologie is bekend dat motieven als geld, genot, gemak, en gewoonten sterke drijfveren zijn. In de Verenigde Staten is verantwoord eten vaak duurder dan gemaksvoedsel. Voor de Nederlands situatie is niet eenduidig vastgesteld dat gezond eten duurder is dan fastfood. In het kader van de voornemens uit de kabinetsnota 'Gezonde voeding, van begin tot eind' zal de Vrije Universiteit hier een onderzoek naar gaan doen.

Sportactiviteiten kunnen kosten met zich meebrengen. Ook psychosociale drijfveren (identiteit, uiterlijk, groepsdruk) en emoties spelen een grote rol.



De gezondheid in een (verre) toekomst is in dit hele scala aan drijfveren meestal van ondergeschikt belang.

Ook al begrijpen en beseffen mensen vaak heel goed dat hun leefstijl onverstandig is, emotioneel blijven ze toch zeer gehecht aan wat ze gewend zijn om lekker en prettig te vinden. Daarin worden ze meestal gesterkt door de sociale omgeving, te beginnen met de leden van het eigen huishouden met wie ze die voorkeuren delen. Wie niet al jong geleerd heeft matig en gezond te eten en voldoende te bewegen, zal op latere leeftijd niet gemakkelijk kunnen overstappen naar een andere leefstijl. Het is daarom belangrijk kinderen en hun ouders al vroeg te leren hun energiebalans in de gaten te houden.

Voor volwassenen zal de keuze voor gezond gedrag vooral gemakkelijker moeten worden gemaakt. Dat kan door voorlichting, productinformatie en aanpassing van het aanbod. Een belangrijk motief ten gunste van een gezonde leefstijl is zowel voor volwassenen als kinderen de wens zo goed mogelijk te beantwoorden aan de idealen van slankheid, jeugdigheid en fitheid. Sociaal gezien wordt het begrip gezondheid vooral in die termen uitgedrukt.

### **Dikmakende prikkels in de omgeving**

Mensen zijn en blijven zelf verantwoordelijk voor hun gedrag, ook voor een gezonde en bewuste keuze. De omgeving waarin we van moment tot moment verkeren, bepaalt echter de bandbreedte waarin keuzes mogelijk zijn. Het is daarom belangrijk dat de omgeving de 'gezonde keuze' ook daadwerkelijk mogelijk én gemakkelijk maakt. Dat is nu vaak niet het geval. Dikmakende prikkels in de omgeving werken als een hellend vlak in de richting van overgewicht en obesitas.

De drang tot eten zit heel diep in ons brein: snel en veel calorieën stapelen. Eeuwenlang kon die ene maaltijd voorlopig je laatste zijn. Het is, net als seks, een van de sterkste oerdriften om te overleven.

*prof. dr. R.F. Witkamp (WUR)*

In vroeger tijden was voedsel in principe schaars en vaak alleen verkrijgbaar na het verrichten van lichamelijke inspanning. Het is een evolutionair bepaalde overlevingsstrategie om in tijden van overvloed calorieën op te slaan om tijden van schaarste door te komen. In evolutionaire termen is het huidige overvloedige voedingsaanbod, gecombineerd met de sterk afgenomen noodzaak tot lichamelijke activiteit, een heel recente ontwikkeling. Het menselijk lichaam heeft zich daaraan nog onvoldoende kunnen aanpassen. Overgewicht is in die zin te beschouwen als een natuurlijke reactie op de dikmakende werking van de omgeving. Er is een overdaad aan voedselaanbod, waarbij calorierijke en ongezonde voeding ook nog vaak relatief goedkoop is. Tijden van schaarste bestaan niet meer. De verleiding om te veel te eten en weinig te bewegen is groot. Samen met de reclame voor voedsel en tussendoortjes en de tijdsdruk om snel en weinig afwogen te eten en drinken,



creëert deze situatie de condities voor het ontstaan van de huidige sterke toename van overgewicht. Deze dikmakende werking van de moderne samenleving heeft overigens niet voor alle SES-groepen dezelfde uitwerking.<sup>24</sup>

Steeds meer onderzoek onderbouwt de invloed van de fysieke omgeving op overgewicht. Zo laat TNO-onderzoek<sup>25</sup> zien dat overgewicht vaker voorkomt in sectoren waar werknemers niet of weinig gezond bewegen en minder gezonde voeding vaak de norm is. Bijvoorbeeld in het wegvervoer en de bouw komt overgewicht veel vaker voor dan in 'gezonde' sectoren als de landbouw en de sport- en recreatiesector.

Onderzoek in een viertal – qua bevolkingssamenstelling vergelijkbare – wijken in Amsterdam heeft laten zien hoe verschillen in beweegpatroon en daaraan gerelateerde BMI-waarden deels te maken hebben met de stedenbouwkundige opbouw.<sup>26</sup> Uit een recent onderzoek van Alterra, kennisinstituut voor de groene leefomgeving, blijkt dat kinderen in wijken met veel groen 15 procent minder overgewicht hebben.<sup>27</sup>

## Ook bij kinderen ontstaat overgewicht uit een verstoring van de energiebalans: teveel eten en te weinig bewegen.

### **Opgroeien in een dikmakende omgeving**

Ook bij kinderen ontstaat overgewicht uit een verstoring van de energiebalans: teveel eten en te weinig bewegen. Ernstig overgewicht bij kinderen concentreert zich vaak in gezinnen die het niet breed hebben, of waarvan één of beide ouders van allochtone afkomst is of zelf overgewicht heeft. Het aanleren van vaardigheden in de jeugd is van groot belang voor later. Door ouders te ondersteunen bij de opvoeding op het gebied van voeding en bewegen kan nog grote winst behaald worden.

## 3.3 Internationale ontwikkelingen en inzichten

### 3.3.1 Overgewicht als internationaal verschijnsel

Obesitas vormt volgens de WHO een van de ernstigste bedreigingen voor de volksgezondheid in de Europese regio. De helft van alle volwassenen en één op de vijf kinderen in deze WHO-regio heeft overgewicht. Van hen lijdt een derde aan obesitas en het aantal gevallen stijgt snel. Ziekten die verband houden met overgewicht zijn jaarlijks verantwoordelijk voor meer dan één miljoen sterfgevallen in de Europese regio. Het aantal gevallen met obesitas bij kinderen stijgt gestaag en is momenteel tien keer zo hoog als in 1970.

Vergeleken met andere Europese landen en de Verenigde Staten scoort Nederland verhoudingsgewijs tamelijk gunstig, ook voor overgewicht bij volwassenen. Voorbeelden van landen met hogere prevalenties zijn het Verenigd Koninkrijk en Turkije en voorbeelden van landen met vergelijkbare of lagere prevalenties zijn Denemarken, Oostenrijk en Frankrijk. Volgens de WHO-cijfers varieert de prevalentie van 30 procent in Noorwegen (5 procent obesitas) tot 60 in Albanië (25 procent obesitas). De trends in deze gegevens zijn echter unaniem. Wel is de onderlinge vergelijkbaarheid lastig, omdat verschillende onderzoeksmethoden worden gebruikt.

Net als in Nederland geldt ook voor andere landen dat overgewicht en obesitas vooral de groepen met een lagere SES treffen en dat het probleem bijdraagt aan grotere ongelijkheid op het gebied van gezondheid en op andere terreinen.<sup>28</sup>

Ook buiten de Europese regio wijzen verontrustende cijfers op een zeer hoge prevalentie van obesitas. Het bekendste voorbeeld is hierbij de Verenigde Staten waar op dit moment bijna 70 procent van de bevolking te zwaar is. Ruim 70 miljoen Amerikanen lijden aan obesitas.

### 3.3.2 Verschillen en overeenkomsten in aanpak

Internationaal zijn verschillen zichtbaar in de ideologie achter de aanpak van overgewicht. In de Verenigde Staten is men van mening dat overgewicht is ontstaan in een klimaat van voortschrijdende civilisatie en techniek. Voor de oplossing van het probleem wordt vanuit die invalshoek vooral gekeken naar nieuwe ontwikkelingen van technische middelen en de inzet daarvan. In de Verenigde Staten is men dan ook veel minder terughoudend dan in Europa met het uitvoeren van maagverkleinende operaties. Min of meer lijnrecht daartegenover staat de aanpak van overgewicht in bijvoorbeeld Singapore. Daar zijn op hoog niveau commissies ingesteld die vergaande maatregelen in gang zetten bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Deze sterke sturing lijkt succes te hebben, want het percentage overgewicht onder 7-18-jarigen daalde van 12 procent in 1993 tot 10 procent in 2006.<sup>29</sup> In Europa zet men zowel in op een leefstijlbenadering (van het individu) als het

veranderen van de leefomgeving. Leefstijl wordt terecht gezien als de primaire verantwoordelijkheid van de burger zelf. De dikmakende werking van de omgeving vraagt echter om een goede informatievoorziening, en om bewustwording en weerbaarheid van het individu, gezinnen en maatschappelijke organisaties.

Naast verschillen zijn er ook overeenkomsten tussen de verschillende aanpakken. De noodzaak tot gezamenlijke actie van verschillende partijen om vooral op lokaal niveau tot een gezondere omgeving te komen, wordt in veel landen breed gedragen en ook de jeugd heeft overal specifiek de aandacht. In diverse landen zijn aanpakken al ver gevorderd. Een voorbeeld in Europa is de EPODE-aanpak (Ensemble, Prévenons l'Obésité des Enfants) die in Frankrijk inmiddels in 120 gemeenten is uitgerold, en nu ook is gestart in een aantal gemeenten in België en Spanje (zie ook paragraaf 4.4.3).

In Engeland heeft de overheid begin 2008 een veelomvattend plan gelanceerd om met name de jeugd aan te zetten tot gezonder eet- en beweeggedrag. De doelstelling is in 2020 het overgewicht bij jeugdigen terug te brengen tot het niveau van 2000. In Frankrijk wordt de preventie van overgewicht en obesitas ondersteund met wetgeving die onder meer de verkoop van voedingsmiddelen in automaten op school verbiedt en gezondheidswaarschuwingen verplicht stelt bij televisiereclame. In nog weinig landen is sprake van beleid rond opvoedingsondersteuning aan ouders. Nederland vormt een gunstige uitzondering met het programma 'Hallo Wereld', een digitaal voorlichtingsprogramma voor alleenstaande en jonge ouders (paragraaf 4.4.2). Duitsland heeft er voor gekozen de nationale ouderraden bij de beleidsuitvoering te betrekken.

## Ook in de aanpak van de Europese Commissie is het opzetten van doeltreffende partnerschappen de hoeksteen.

### 3.3.3 Aanpak op internationaal niveau

Uit oogpunt van subsidiariteit is de preventie van overgewicht een nationale aangelegenheid. Het beleid voor de preventie van overgewicht uit deze nota is wel in lijn met beginselen uit de WHO Charter on Counteracting Obesity. Dit handvest voor het terugdringen van obesitas is half november 2006 ondertekend door minister van Gezondheid van Turkije, namens de lidstaten van de WHO-regio EU en

de directeur WHO-regio EU. Het doel van de Charter is 'om overal in de Europese regio van de WHO de maatregelen ter bestrijding van obesitas verder aan te scherpen.'

In het verlengde van het handvest ligt het WHO Second Action Plan for Food and Nutrition Policy (2007-2012). Met dit actieplan wil de WHO de algemene gezondheid op het terrein van voeding en voedselveiligheid in relatie tot de niet overdraagbare ziekten (zoals obesitas) krachtig aanpakken en de huidige aanpak waar nodig verbeteren.

Ook de EU heeft een gemeenschappelijk kader voor aanpak van overgewicht en obesitas gelanceerd. Eind mei 2007 bracht de Europese Commissie het zogeheten Witboek over voeding, overgewicht en obesitas uit. Dit document heeft tot doel 'een geïntegreerde EU-aanpak uiteen te zetten om bij te dragen tot het terugdringen van gezondheidsproblemen als gevolg van ongezonde voeding, overgewicht en obesitas.' Ook in de aanpak van de Europese Commissie is het opzetten van doeltreffende partnerschappen de hoeksteen. De commissie heeft initiatieven aangekondigd gericht op voorlichting en preventie op scholen, een verplichte kleurcode op levensmiddelen, afspraken met de voedingsmiddelenindustrie over zelfregulering van reclame, een verbod op kunstmatige vetzuren en een lager btw-percentage op groente en fruit.

De Europese Commissie werkt op het terrein van overgewicht sinds kort nauw samen met de WHO om een monitoringsysteem voor voeding en lichaamsbeweging voor de 27 EU-lidstaten te ontwikkelen. Dit is een van de follow-up-acties van de WHO Charter. De Europese Commissie zal in 2010 overgaan tot een evaluatie van de geboekte vooruitgang in de lidstaten. Daaruit moet blijken of het beleid van de lidstaten en van andere actoren in overeenstemming is gebracht met de doelstellingen van het Witboek. Als sprake is van zelfregulerende maatregelen door relevante sectoren, moet de evaluatie aantonen hoe goed deze maatregelen worden uitgevoerd en wat het effect ervan is.

Nederland is actief deelnemer aan activiteiten in het kader van Charter en Witboek. Zo neemt ons land deel aan een EU High Level Group die onder meer een overzicht opstelt van nationale en regionale acties. Deze informatie wordt voor de afzonderlijke lidstaten toegankelijk gemaakt. Een recente studie van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) concludeerde dat veel verschillende initiatieven bekend zijn. Er bestaat echter onvoldoende zicht op welke aanpak nu als 'best practice' geldt. Dit is een onderwerp dat de EU High Level Group kan oppakken. Verder zullen via uitwisselingsprogramma's en expertmeetings ervaringen uitgewisseld worden met andere landen.



### Doelstellingen

- Betere afspraken met de – veelal internationaal opererende – voedingsindustrie, bijvoorbeeld op gebied van marketing en reclame gericht op kinderen en jongeren.
- Totstandkoming van Europese regelgeving op relevante beleidsterreinen, bijvoorbeeld voedsel etikettering.
- Onderling vergelijkbare internationale monitoring van de overgewichtssituatie en trendontwikkelingen in EU-lidstaten.

### Aanpak

- Informatie-uitwisseling, netwerken en het maken van internationale werkafspraken.



Snacks  
€1,40



# 4 Overgewicht en obesitas: wat kunnen we eraan doen?

Elke maatregel die teveel eten ontmoedigt of bewegen bevordert, draagt bij aan preventie van overgewicht. Er zijn dus veel aanknopingspunten voor een preventieve aanpak van overgewicht en obesitas. Maatregelen kunnen worden gericht op de individuele burger, op de professionals in de (openbare) gezondheidszorg en op het veranderen van de leefomgeving. Dit laatste maakt de gezonde keuze 'vanzelf' gemakkelijker en is belangrijk voor het slagen van de maatregelen die zich richten op de burger. In het algemeen kunnen maatregelen uitgevoerd worden via verschillende 'settings', zoals de wijk, de werkplek, de school en de gezondheidszorg.

Het beleid van het ministerie van VWS gaat ervan uit dat de gezonde keuze de eigen verantwoordelijkheid is van de burgers. De taak van de overheid ligt in het objectief informeren van de burgers, het faciliteren van maatregelen (genomen door andere partijen) om de omgeving gezonder te maken en het optimaliseren van de preventiemogelijkheden via de gezondheidszorg. Dit hoofdstuk gaat daar per onderdeel nu verder op in.

## 4.1 Consumenten informeren over de gezonde keuze

Burgers zijn primair zelf verantwoordelijk voor hun leefstijl. Om een bewuste en geïnformeerde keuze te kunnen maken is het van groot belang dat zij kunnen beschikken over objectieve informatie. De overheid subsidieert het Voedingscentrum en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen voor het uitvoeren van (nationale) voorlichtingscampagnes en het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal. Daarnaast bestaan verschillende initiatieven in de markt om via betere productinformatie en supermarktacties de burgers te informeren.



### **Normen voor eten en bewegen**

Een dieet met een lage energiedichtheid en met veel groente, fruit en granen is het beste voor een goede energiebalans. De hoeveelheid energie die wordt opgenomen via de voeding (uitgedrukt in kilocalorieën, ofwel kcal) is de belangrijkste factor die samenhangt met het gewicht. De gemiddelde dagelijkse energiebehoefte voor mannen is 2500 kcal en voor vrouwen 2000 kcal. Een kleine verstoring van de energiebalans (20-50 kcal per dag te veel) kan na een jaar al leiden tot een kilo gewichtstoename.

Naast voeding is lichamelijke activiteit een bepalende factor voor de energiebalans. De norm voor de hoeveelheid lichamelijke activiteit die – bij het aanhouden van de bovengenoemde energienorm – nodig is om op gewicht te blijven, is een combinatie van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en de Fitnorm. De NNGB vereist voor volwassenen minimaal 30 minuten matig intensief bewegen op minstens vijf dagen in de week. Voor de jeugd tot 18 jaar is dat 60 minuten bewegen op zeven dagen per week, op een iets hoger inspanningsniveau. Van het behalen van de NNGB gaat een positief effect uit op risicofactoren (overgewicht, bloeddruk, cholesterol) en ziekten als diabetes, hart- en vaatziekten en depressie. Om af te vallen is de 30 minuten per dag bewegen van de NNGB echter te weinig.<sup>30</sup> Daarom wordt de NNGB gecombineerd met de Fitnorm. Die vereist minimaal 20 minuten intensief bewegen (sport of fitness) op minstens drie dagen per week.

### 4.1.1 Wat doet de markt?

Het kabinet hanteert het uitgangspunt dat consumenten bij de aankoop van voedingsmiddelen de gezonde keuze als de gemakkelijkste ervaren.<sup>31</sup> Gelukkig delen vele partijen dit uitgangspunt. De rijksoverheid vindt bovendien dat de gezonde keuze mede gebaseerd moet zijn op betrouwbare informatie over producten. Het bedrijfsleven is verantwoordelijk voor de eenduidige en betrouwbare informatieverstrekking over zijn producten.

#### Voedingswaardedeclaratie

Een voedingswaardedeclaratie is een opsomming van de hoeveelheid energie en voedingsstoffen per 100 gram of 100 ml, en soms per portie. De verpakking van naar schatting zo'n 80 procent van de levensmiddelen bevat inmiddels informatie over de voedingswaarde. Dit is een positieve ontwikkeling, die bijdraagt aan het gemakkelijker maken voor de consument van de dagelijkse gezonde voedingskeuze. Deze informatie moet wel uniform en begrijpelijk zijn. De Europese Commissie heeft recent aan de Europese Raad een voorstel aangeboden voor een verordening over voedselinformatie.<sup>32</sup> Het gaat deels om consolidatie van bestaande Europese regelgeving op het gebied van voedselkettering. Nieuw aan het voorstel is dat de voedingswaardeninformatie verplicht volgens een bepaald stramien op de voorkant van alle verpakte levensmiddelen zou moeten worden geplaatst. Nederland vindt dergelijke verplichtingen onnodig, omdat de markt feitelijk al grotendeels vrijwillig een voedingswaardedeclaratie verstrekt. Dit standpunt is eerder aan de Tweede Kamer overgebracht.

Het bedrijfsleven is van plan daarnaast ook andere vormen van voedingswaardedeclaraties te introduceren, zoals de zogenoemde 'dagelijkse voedingsrichtlijn'. In dit systeem vermeldt men de hoeveelheid energie en de hoeveelheden van een aantal voedingsstoffen in een bepaald levensmiddel als percentage van het dagelijkse verantwoorde maximum. Het is niet duidelijk of deze alternatieve vorm van voedingswaardeninformatie een meerwaarde heeft ten opzichte van de reeds gebruikte systematiek. De Gezondheidsraad heeft recent advies uitgebracht over de dagelijkse voedingsrichtlijn.

Vermelding van met name caloriegehalte of keuzebevorderende logo's bij bereide maaltijden, zoals in de horeca en de catering, wordt meer en meer gerealiseerd. Het verdient aanbeveling de consument dergelijke informatie te verschaffen.



### Doelstellingen

- Betrouwbare, begrijpelijke en eenduidige informatie van voedingswaarden op alle voorverpakte voedingsmiddelen.
- Vermelding van voedingswaarden en caloriegehalte op menu's en prijslijsten voor maaltijden in de horeca en catering.

### Aanpak

- Het Voedingscentrum faciliteert de horeca met de 'Caloriechecker voor de horeca'.
- De Gezondheidsraad adviseert over de dagelijkse voedingsrichtlijn.

## Keuzebevorderende logo's

Steeds meer levensmiddelenfabrikanten maken gebruik van logo's op de verpakking, zoals het 'Ik Kies Bewust-logo' of het 'Gezonde Keuze Klavertje'. Dergelijke logo's helpen consumenten om de gezondere keuze binnen één productgroep te maken. Uniformiteit en wetenschappelijke onderbouwing van de gehanteerde criteria zijn belangrijk. De afgifte van het logo dient op dat punt transparant te zijn. Belangrijk is te beseffen dat een logo een onderscheid aangeeft binnen dezelfde productgroep. Een logo is voor de consument dus niet een hulpmiddel om te bepalen of het betreffende product bijdraagt aan verminderde energie-inname binnen zijn of haar totale voedingspakket. In de communicatie rond het logo is het daarom ook noodzakelijk aandacht te besteden aan het belang van matig en gevarieerd eten en voldoende bewegen.

De Gezondheidsraad heeft, op verzoek van de ministeries van VWS en LNV, in december 2008 advies uitgebracht over de criteria en transparantie van de huidige keuzebevorderende logo's.<sup>33</sup> De direct betrokken partijen in het Convenant overgewicht zullen het advies gebruiken om verder te werken aan optimale inzet van het 'Ik Kies Bewust-logo'. De minister van VWS zal binnenkort op dit advies reageren.

Het IKB logo staat vermeld op de website [www.Consuwijzer.nl](http://www.Consuwijzer.nl), het gezamenlijke informatieloket van de Consumentenautoriteit, de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit. Keurmerken op deze site zijn getoetst door de Raad voor Accreditatie, die de betrouwbaarheid van het keurmerk waardeert op een schaal van 1 tot 10. Dit cijfer staat vermeld op de site. Het staat andere aanbieders van (voedings)keurmerken en of logo's vrij zich voor plaatsing op Consuwijzer aan te melden.

### Doelstelling

- Uniforme en eenduidige toepassing van keuzebevorderende logo's met transparante criteria op alle productgroepen.

### Aanpak

- Het in het kader van het Convenant overgewicht uitwerken van het advies van de Gezondheidsraad over logo's.

## Wettelijke kaders

De randvoorwaarden voor informatieverstrekking door de markt zijn neergelegd in Europese regelgeving over bijvoorbeeld de voedingswaardedeclaratie. Binnen de EU wordt gewerkt aan herziening van deze regels. Ook de regelgeving over het gebruik van voedings- en gezondheidsclaims is in Europees verband geharmoniseerd. Aanprijzingen op voedingsmiddelen, zoals 'light', 'vetarm' en 'rijk aan vezels' zijn na een overgangperiode niet zonder meer toegestaan op producten die te veel verzadigd vet, suiker of zout bevatten.

In Nederland geeft de Warenwet onder andere voorschriften voor de toegestane naamgeving van voedingsmiddelen. Een onbedoeld neveneffect daarvan kan zijn dat voedingsmiddelen door aan het voorschrift te voldoen soms méér calorieën bevatten dan strikt genomen noodzakelijk is. Zo mag consumptie-ijs alleen de benaming ‘roomijs’ krijgen als het een zeker percentage room bevat. Daarmee bevat het product echter ook relatief veel vetten. Met de huidige voedselinnovaties is het echter mogelijk ijs te maken zonder room, maar met hetzelfde smaak- en mondgevoel als roomijs. De Warenwet zal op dit soort onbedoelde neveneffecten van voorschriften worden gescreend.

De Wet oneerlijke handelspraktijken verbiedt misleidende handelspraktijken waarbij informatie, waaronder reclame, wordt verstrekt die feitelijk onjuist is of die de gemiddelde consument misleidt of kan misleiden, bijvoorbeeld ten aanzien van de aard of de voordelen van een product. De wet verbiedt onder alle omstandigheden agressieve reclame gericht op kinderen, die hen rechtstreeks aanzet om geadverteerde producten te kopen of om ouders ertoe over te halen die producten voor hen te kopen.

#### **Doelstelling**

- Warenwet bevat geen voorschriften die bijdragen aan onnodige calorie-inname.

#### **Aanpak**

- Doorlichting Warenwet en aanpassing van voorschriften.

### **4.1.2 Onafhankelijke voorlichting over gezonde voeding en bewegen**

Het ministerie van VWS subsidieert het Voedingscentrum voor het geven van onafhankelijke informatie over gezonde voeding, en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) voor het verzorgen van onafhankelijke voorlichting over sport en bewegen. Deze organisaties werken samen en stemmen hun campagnes op elkaar af.

De ruime aandacht in de media heeft er toe geleid dat de Nederlandse bevolking bewuster is geworden van de noodzaak van een goede balans tussen eten en bewegen. Dit blijkt uit de vragen die beide instituten krijgen. Deze vragen verschuiven van het ‘waarom’ naar het ‘hoe’. Consumenten, ouders, opvoeders, docenten en hulpverleners vragen steeds vaker naar wat men kan doen om een goede balans te bereiken. Het ministerie van VWS blijft steun geven aan de voorlichtingsactiviteiten van het Voedingscentrum en het NISB gericht op bewustwording en handelingsperspectieven voor het bereiken van een goede energiebalans.

## **Voedingscentrum**

Het Voedingscentrum ontvangt jaarlijks een apart budget voor het uitvoeren van het Masterplan Preventie Overgewicht 2005-2010. Dit Masterplan is een communicatiestrategie over kennisoverdracht en handelingsperspectieven voor de aanpak van overgewicht, gericht op zowel individuen als intermediairs.

Het Voedingscentrum heeft in 2004 het begrip Balansdag geïntroduceerd als instrument voor de consument om beter grip te krijgen op zijn energie-inname. Het principe van de Balansdag is eenvoudig en door iedereen te volgen. Wie een keer meer heeft gegeten (een feestje, uit eten, een borrel), eet de daarop volgende dag minder. Ook kun je een Balansdag nemen in het vooruitzicht op een dag met veel eten. De communicatie over het hoe en waarom van een Balansdag was in eerste instantie gericht op jong-volwassenen, maar is later uitgebreid naar de gehele volwassen bevolking. De afgelopen jaren is de communicatie over het hoe en waarom van de Balansdag gedifferentieerd naar de verschillende omgevingen waarin burgers voedsel nuttigen. De Balansdag op het werk is hiervan de bekendste. TNO heeft de balansdag in 2006 op effectiviteit onderzocht.<sup>34</sup> Uit dit onderzoek bleek dat het begrip bij een ruime meerderheid van de volwassen bevolking bekend is en dat een even groot deel wel eens een Balansdag inlast. Overigens doen vrouwen dat vaker dan mannen.

Het Voedingscentrum heeft in 2007 twee nieuwe voorlichtingscampagnes geïnitieerd in het kader van de introductie van het begrip 'energiebalans'. Eén campagne richt zich op het werk, de ander is specifiek gericht op mannen. Het begrip energiebalans refereert aan de eerder beschreven balans tussen eten en bewegen. De basis voor de communicatie van het Voedingscentrum – ook voor overgewichtpreventie – is en blijft de Schijf van Vijf. Het gaat bij het voorkomen van overgewicht immers om het bevorderen van gezonde keuzes binnen het voedingspatroon als geheel.

## **NISB**

Het NISB wil mensen aan het sporten en bewegen krijgen. Daarmee wil het instituut de gezondheid, participatie en leefbaarheid helpen bevorderen. Hiervoor zijn verschillende programma's en actieplannen ontwikkeld, zoals het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen, de BewegingKuur, de Buurt, Onderwijs en Sport-impuls en het programma Meedoen allochtone jeugd door Sport. Ook voert het NISB diverse campagnes. De activiteiten van het NISB richten zich op individuele burgers en op intermediairs in onderwijs, bedrijfsleven, sportverenigingen en gemeenten. Het NISB ondersteunt intermediairs bij het aanbieden van bewegemethodieken, coördineert de ontwikkeling en organisatie ervan en verzorgt de informatievoorziening via [www.nasb.nl](http://www.nasb.nl). Jongeren zijn een belangrijke doelgroep. Twee voorbeelden van specifieke activiteiten voor jongeren, het project Scoren voor Gezondheid en het project JUMP-in, staan in aparte tekstboxen in paragraaf 4.4.2.

Sinds 2003 loopt via de landelijk en lokale media de campagne '30minutenbewegen' (voorheen FLASH!). Het doel is dat Nederlanders vijf dagen per week minstens 30 minuten matig intensief actief zijn. Volgens de laatste cijfers is inmiddels de helft van de Nederlandse bevolking bekend met de campagne. Vanaf 2008 ligt het accent van de campagne op 'persoonlijk, dichtbij en actiegericht' met de slogan 'mijn 30 minuten bewegen'. Hiervoor zijn instrumenten ontwikkeld als de calorie-checker, de website [www.beweegmaatje.nl](http://www.beweegmaatje.nl) voor het maken van een 'sportdate', en het online coachingsprogramma Gezond Gewicht Assistent.

#### **Doelstelling**

- Individuen en intermediairs zijn zich bewust van het belang van de energiebalans en beschikken over kennis en instrumenten hoe zij deze balans kunnen waarmaken.

#### **Aanpak**

- Verdere versteviging van kennis over en bewustwording van de energiebalans.
- Operationalisatie van de energiebalans door het aanreiken van handelingsperspectieven voor de aanpak van overgewicht.
- Uitvoeren van energiebalans-campagnes op het werk en specifiek voor mannen.
- Voortzetting en verdere uitwerking van algemene en doelgroepgerichte communicatie, voorlichting en instrumentontwikkeling door Voedingscentrum en NISB.

## 4.2 Hoe maken we de omgeving gezonder?

De omgeving bepaalt de 'bandbreedte' van de keuzes die burgers hebben om gezond te leven. De huidige prevalentie van overgewicht is sluipend ontstaan en vrijwel niemand betwijfelt de toename van dikmakende (omgevings)prikkels in de afgelopen decennia. De sleutel voor een duurzame oplossing ligt dan ook bij gezamenlijke actie van maatschappelijke partijen om de leefomgeving weer gezonder te maken. Elke verandering in de omgeving die teveel eten ontmoedigt, het voedselaanbod gezonder maakt of die bewegen bevordert, draagt bij aan preventie van overgewicht. De sociale leefomgeving kan vaak gezonder, bijvoorbeeld binnen scholen en het gezin. En ten slotte is de economische leefomgeving van belang.<sup>35</sup> Door de omgeving gezonder te maken, wordt de gezonde keuze 'vanzelf' makkelijker. Daardoor heeft voorlichting die zich direct richt op de burger – bijvoorbeeld via leefstijlbegeleiding in de zorg – ook meer kans van slagen.

Veel maatregelen met een preventief effect op overgewicht worden genomen in een ander domein dan dat van de volksgezondheid. Een voorbeeld daarvan is het





Den Haag Centraal

terugdringen van autogebruik in de stad. Deze maatregel, bedoeld om fijnstof terug te dringen en verkeersoverlast te beperken, stimuleert tevens burgers om de fiets te pakken en meer te lopen. Partijen als werkgevers, schoolbesturen, het bedrijfsleven in de food-sector, verzekeraars, arbodienstverleners en lokale besturen kunnen elk vanuit hun eigen motieven en belangen bijdragen aan preventie van overgewicht en het stimuleren van een gezonde leefstijl. Er kan winst geboekt worden door (nog meer) gebruik te maken van de gerechtvaardigde eigen belangen van deze partijen, die hierdoor parallel gaan lopen aan het volksgezondheidsbelang. Hun initiatieven zijn nu nog niet altijd voldoende afgestemd. De rijksoverheid wil deze initiatieven voorzien van gunstige en faciliterende randvoorwaarden. Op nationaal niveau krijgt de afstemming gestalte in het Convenant overgewicht, een nationaal samenwerkingsverband tussen verschillende partijen die gezamenlijk actie ondernemen.

De term 'geзд' zorgt voor een goed imago onder de bevolking. Dit kan bijvoorbeeld een reden zijn voor ondernemers om producten gezonder te maken of om calorieën te vermelden op de verpakking. Het kan zorgverzekeraars motiveren om te investeren in preventieprogramma's. Het kan voor scholen reden zijn om meer gezonde producten aan te bieden in de kantine, ook al vanwege het positieve verband tussen gezondheid, bewegen en leerprestaties. Nationale publiekscampagnes dragen bij aan bewustwording rond overgewicht en daarmee impliciet aan imago-verbetering van het thema 'geзд'. Ook de berichtgeving in de media speelt hierbij een grote rol.

#### **4.2.1 Op lokaal niveau moet het gebeuren**

Internationale instanties propageren een integrale aanpak met actie op meerdere terreinen omdat deze kansrijk is om overgewicht tegen te gaan. Dit komt overeen met de visie van het ministerie van VWS op gezondheid en preventie, zoals neergelegd in de nota 'Geзд zijn, geзд blijven'. Daarin staat dat een samenhangende aanpak nodig is op lokaal niveau.<sup>36</sup> Daar kunnen initiatieven optimaal worden afgestemd en op maat gesneden naar de lokale omstandigheden en behoeften van de bevolking. De gemeente heeft hierbij een belangrijke rol. In deze paragraaf presenteren we enkele positieve voorbeelden van samenhangende aanpakken die aangrijpen op dit lokale niveau.

#### **Openbare Gezondheidszorg**

Gemeenten hebben een in de Wet publieke gezondheid vastgelegde eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welzijn van hun ingezetenen, en dus ook voor het bevorderen van een gezonde leefomgeving. Gemeentelijk beleid raakt letterlijk aan de directe omgeving van burgers. Nederland telt ruim 400 gemeenten. Een groot deel daarvan heeft overgewicht benoemd als speerpunt in de lokale preventienota, die zij op grond van de Wet collectieve preventie

volksgezondheid elke vier jaar moeten opstellen. Daarin stellen zij prioriteiten die zijn afgestemd op de lokale gezondheidssituatie. In de kabinetsnota 'Kiezen voor gezond leven 2007-2010' zijn speerpunten benoemd die richtinggevend zijn voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Een daarvan is overgewicht.

Bij het uitvoeren van het gemeentelijk gezondheidsbeleid zetten gemeenten zelf hun ambities en inspanningen af tegen de hun beschikbare middelen. Ook kan een gemeente veel doen in andere sectoren zonder extra beslag te doen op het gemeentelijk budget, bijvoorbeeld op het gebied van ruimtelijke ordening en vergunningverlening.

### **Integraal beleid in Zwolle**

De gemeente Zwolle wil integraal en duurzaam werken aan preventie en aanpak van overgewicht. Het versterken van een gezonde leefstijl van de lokale bevolking is verbonden met ambities op het gebied van sociale cohesie, leefbaarheid, differentiatie, ruimtelijke kwaliteit en duurzaamheid. Zwolle wil daarbij gebruik maken van de principes van evidence-based werken, sociale marketing en publiek-private samenwerking. Er vindt thans een oriëntatie plaats op de in Frankrijk succesvolle EPODE-aanpak, met de intentie zich vanuit een sterke politieke betrokkenheid te verbinden aan een langjarige integrale aanpak. Een 'lokale held' (local hero) is verantwoordelijk voor aansturing en uitvoering. Zwolle stelt haar prioriteiten in dit beleid op basis van haalbaarheid en bereik, de verwachte effectiviteit, de evalueerbaarheid, de implementeerbaarheid en duurzaamheid. De gemeente legt daarbij de nadruk op achterstandsgroepen in wijk, school en zorg. De aanpak wordt geflankeerd met wetenschappelijke ontwikkeling en evaluatie, waarvoor men samenwerkt met het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (OPOZ) en met het lectoraat De Gezonde Stad van hogeschool Windesheim. Continue monitoring van de aanpak op de drie terreinen wijk, school en zorg, en van effecten en bereik daarvan, moeten vernieuwende inzichten opleveren voor praktijk, beleid en onderzoek.

#### **De aanpak kent drie pijlers:**

- **Gezonde leefwijze**

Het actieprogramma Samen Gezond is een brede community-benadering van GGD regio IJssel-Vecht in twee achterstandswijken. Het OPOZ monitort leefstijl en gewicht van basisschoolleerlingen.

- **Gezonde omgeving**

In het kader van integraal gezondheidsbeleid en gezonde herstructurering van wijken, richt het programma Kinderen in Beweging zich, in samenwerking met TNO en de Fietsersbond, op de mogelijkheden van de openbare ruimte voor kinderen en tieners. Het gaat om activiteiten als spelen, fietsen en lopen.

- **Gezonde zorg**

De Academische Thuiszorgwerkplaats richt zich samen met Icare Thuiszorg op een ketenaanpak van overgewicht bij kinderen en ouders.

Uiteraard hoeven gemeenten niet alles zelf te doen. Op het terrein van lokale en regionale preventie zijn vele organisaties en partijen actief: GGD'en, gezondheidszorg, thuiszorg en welzijn. Buiten de directe invloed van de gemeente zijn er organisaties als projectontwikkelaars, scholen voor bijzonder onderwijs, sportverenigingen, supermarkten, werkgevers en zorgverzekeraars. Tussen deze partijen kunnen creatieve netwerken ontstaan, waarin zij allen hun steentje bijdragen.

Van de gemeente mag worden verwacht dat zij de afstemming en samenhang van de vele preventieactiviteiten op lokaal niveau aanmoedigt. Naast de middelen uit de komende Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) krijgen zij aanvullende rijksmiddelen voor de bevordering van bewegen en sportdeelname, en het creëren van gezonde en leefbare wijken.

In 2005 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gekeken naar de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg.<sup>37</sup> Zij heeft geconstateerd dat in ongeveer de helft van de gevallen het lokale beleid niet concreet is benoemd. Verder is vaak sprake van versnippering in de aanpak, worden interventies onvoldoende integraal ingebed en betreft men de doelgroep onvoldoende bij de voorbereiding.

Ook constateert de IGZ dat gemeenten en GGD'en veel behoefte hebben aan hulp bij implementeren van goede interventies. De evaluatie van maatregelen gebeurt zelden, waardoor er vrijwel geen kennis is over het bereik van de activiteiten.

De IGZ heeft in 2008 opnieuw de uitvoering van interventies gemonitord bij GGD'en. In 2010 zal daarover worden gerapporteerd. Een eerste analyse van het Centrum Gezond Leven laat zien dat gemeenten nog steeds onvoldoende zicht hebben op het bereik van interventies.

### **Doelstellingen**

- De werking van de Wmo en Wpg zijn sterker met elkaar verbonden.
- De Wpg structureert de lokale nota's gezondheidsbeleid naar analogie van de Wmo-nota's.
- Gemeenten besteden meer aandacht aan de implementatiemogelijkheden van de lokale preventienota.

### **Aanpak**

- Gemeenten benoemen expliciete doelstellingen en resultaten in de lokale nota volksgezondheid en voorzien deze van actieplannen.
- De zogeheten 'preventiecyclus' (Volksgezondheidstoekomstverkenning van het RIVM > Landelijke preventienota met landelijke speerpunten > gemeentelijke nota's > toezicht door de IGZ) wordt duidelijker opgenomen in de Wpg.

## **Maatschappelijke ondersteuning**

De Wmo beoogt mensen te activeren tot maatschappelijke participatie, zo nodig ondersteund door de sociale omgeving en de lokale overheid. Hoewel de Wmo dus niet gaat over zorgverlening, geeft ze wel een impuls aan preventieve activiteiten. Investerings in sociale participatie dragen indirect bij aan de preventie van overgewicht en voorkomen dat mensen een beroep doen op zwaardere (individuele) ondersteuning en zorg.

De kern van de Wmo is dat elke burger meedoet. Uitgangspunt is wat mensen nog wel (zouden) kunnen en niet zozeer wat ze niet (meer zouden) kunnen. De Wmo legt de verantwoordelijkheid hiervoor bij gemeenten, omdat zij het beste kunnen nagaan welke burgers geactiveerd en/of ondersteund moeten worden, en op welke wijze dat moet gebeuren. Gemeenten voeren in dat kader de regie voor een samenhangend aanbod op terrein van wonen, gezondheidszorg, welzijn en dienstverlening.

Zowel gemeenten als uitvoerende (welzijns)instellingen hebben behoefte aan verdere ondersteuning bij de uitwerking van het Wmo-beleid. Het gaat dan om innovatieve manieren van sturing (*governance*) op basis van de Wmo-filosofie. Die kenmerkt zich door de termen integraal, vraag/probleemgericht, maatwerk en verbinden. Ook gaat het om het verbeteren van de kwaliteit van de uitvoering bij (welzijns)instellingen. Om dit te faciliteren heeft de staatssecretaris het vijfjarig programma Beter in Meedoen opgezet, waarvoor per jaar 2,8 miljoen beschikbaar is. Het programma richt zich vooral op de vernieuwing en kwaliteitsverbetering binnen de huidige Wmo en in de relatie met andere beleidsterreinen.

## **Sporten en bewegen**

Gemeenten doen al veel aan het stimuleren van sport en bewegen, veelal gefinancierd uit eigen middelen. Zij spannen zich in om weinig actieve burgers te verleiden meer te gaan bewegen. Daarbij kunnen gemeenten onder andere putten uit middelen en instrumenten van de volgende impulsen.

### **Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen**

De staatssecretaris van VWS heeft met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en NOC\*NSF in het voorjaar van 2008 een overeenkomst gesloten voor de Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB). De Impuls NASB loopt tot en met 2014. Met deze impuls beogen de partijen een groot aantal sport- en beweegactiviteiten uit te voeren in circa honderd gemeenten met relatief grote gezondheidsachterstand. Het NASB biedt mogelijkheden voor aanpakken en interventies gericht op meer bewegen in uiteenlopende situaties: thuis, in de wijk, op school, op het werk, revalidatiecentra, vanuit de eerstelijnszorg en natuurlijk de sportclub. Het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, heeft hiervoor zestig interventies onderzocht.



Deze zijn beoordeeld op de criteria relevantie, effectiviteit en uitvoerbaarheid, ofwel hoe makkelijk is de interventie lokaal op te starten en welke ondersteuningsmogelijkheden zijn er? De meest effectieve en/of kansrijke interventies worden actief ondersteund door het NISB en zijn partners. Daarnaast zijn er regionale adviseurs die gemeenten ondersteunen bij het opstellen en uitvoeren van hun plannen. De campagne 30minutenbewegen zorgt voor de communicatieve ondersteuning. Het NASB heeft tot doel dat overal in Nederland beweginginterventies worden uitgevoerd en dat deze worden ingebed in het gezondheidsbeleid. De middelen van de Impuls NASB dienen lokaal vooral te worden ingezet voor het terugdringen van bewegingsarmoede bij te weinig actieve burgers. Doorgaans zijn dat de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Deelnemende gemeenten is gevraagd ook te investeren in een beweegvriendelijke omgeving. Er is overigens niet alleen ondersteuning voor gemeenten die deelnemen aan de financiële impuls. Alle Nederlandse gemeenten kunnen met hun ondersteuningsvragen bij het NISB terecht. Zo is er ondersteuning-op-maat bij het realiseren van kansrijke en/of effectieve beweginginterventies. Die ondersteuning bestaat uit kennisoverdracht en uitwisseling en verspreiding van *good practices*. Het NISB ontwikkelt daarnaast innovatieve methodieken ter voorkoming en bestrijding van overgewicht. Zo wordt momenteel in zes gemeenten het pilotproject 'Overgewicht in de wijk' opgezet. Daarbij ligt de focus op de relatie tussen overgewicht en de sociale en fysieke omgeving. Deze aanpak wordt in samenwerking met het Voedingscentrum en het NIGZ ontwikkeld.

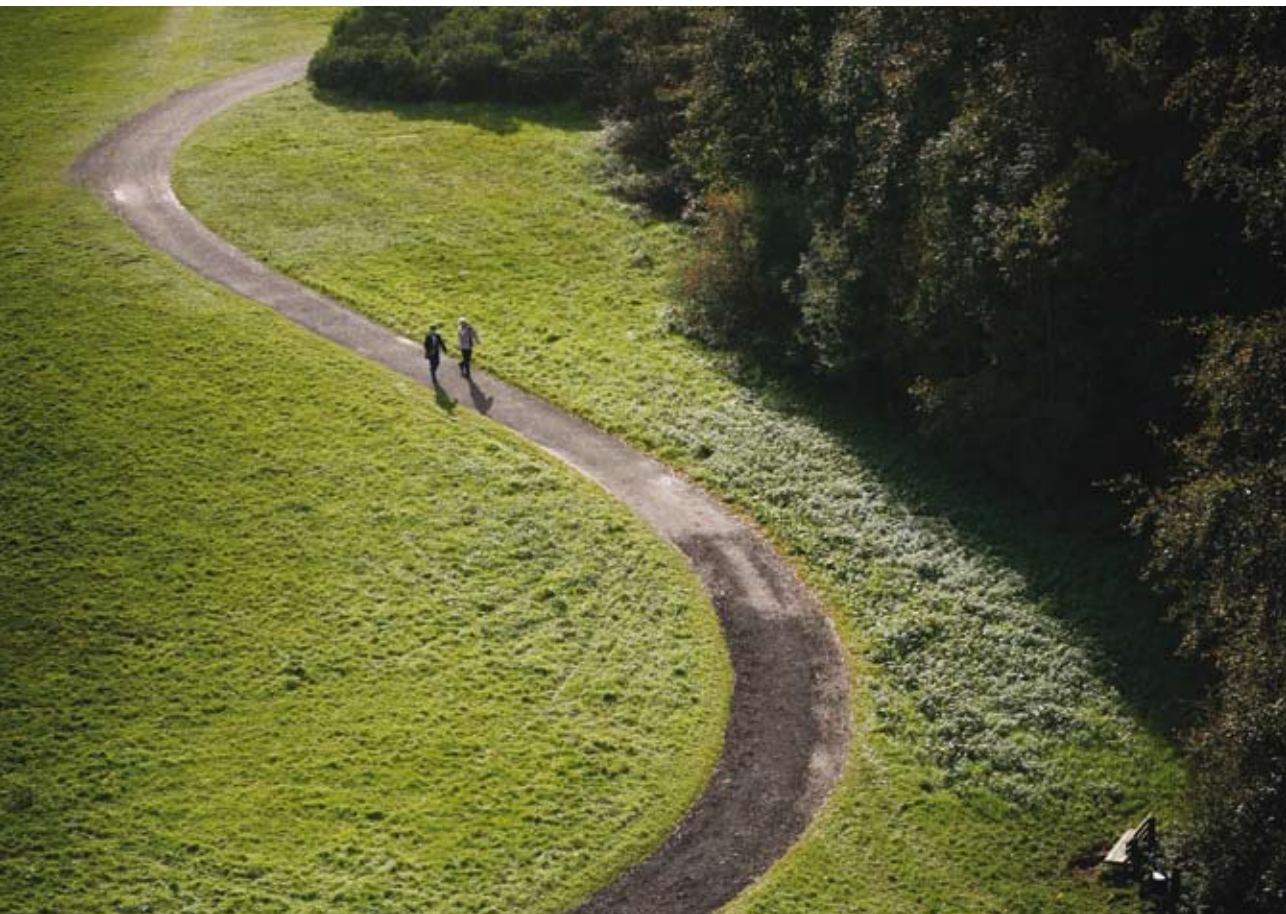
Momenteel doen al 44 gemeenten mee aan de Impuls NASB. De verwachting is dat binnen twee jaar niet alleen de honderd gemeenten die een uitkering krijgen zullen meedoen, maar dat ook andere gemeenten stappen zetten om te komen tot een structurele aanpak van beweegachterstanden.

### **Doelstellingen**

- Bewegingsarmoede bij te weinig actieve burgers is teruggedrongen.
- Gemeenten investeren in een beweegvriendelijke omgeving.

### **Aanpak**

- Financiële impuls aan deelnemende gemeenten.
- Interventieaanbod voor thuis, in de wijk, op school, op het werk, revalidatiecentra, vanuit de eerstelijnszorg en natuurlijk de sportclub.
- Regionale adviseurs ondersteunen gemeenten bij het opstellen en uitvoeren van plannen.



## **Groen en de stad, natuur en gezondheid**

Een groene leefomgeving stimuleert tot bewegen. Daarmee levert een groene leefomgeving een bijdrage aan het voorkomen of terugdringen van overgewicht bij zowel kinderen als volwassenen. Het platteland en groen in en om de stad bieden vele mogelijkheden om de omgeving waarin mensen recreëren gezond en aantrekkelijk te maken. Uit onderzoek blijkt dat het percentage kinderen met overgewicht in wijken met groen 15 procent lager ligt dan in vergelijkbare wijken zonder groen.

In het programma Groen en de Stad werkt het ministerie van LNV samen met VROM, WWI, steden, provincies en maatschappelijke partners. Het programma wil stimuleren dat overheden, bedrijven en maatschappelijke partners samen werk maken van groen. Dat gebeurt onder meer via de aanleg en inrichting van groengebieden, voorbeeldprojecten, leer-werkateliers, bijeenkomsten en een actief kennisnetwerk.

Groen in en om de stad levert veel op. Stedelingen wandelen en sporten in groen, en kinderen kunnen er spelen. Dat helpt in de strijd tegen overgewicht. Mensen ontmoeten elkaar in parken, hetgeen bijdraagt aan de leefbaarheid in wijken. In een groene stad zijn huizen meer waard en vestigen bedrijven zich graag. Bomen en planten houden de lucht schoon, zuiveren regenwater en verbeteren het stadsklimaat op warme dagen. Kortom: groen maakt de stad meer waard.

### **Doelstelling**

- Overheden, bedrijven en maatschappelijke partners maken samen werk van een groene leefomgeving.

### **Aanpak**

- Aanleg en inrichting van groengebieden.
- Voorbeeldprojecten en leer-werkateliers.
- Bijeenkomsten en een actief kennisnetwerk.

## **Krachtwijken**

De minister van Wijken, Wonen en Integratie is in 2007 begonnen met een actieplan voor de zogeheten 'krachtwijken'. Veertig wijken in achttien steden krijgen extra hulp om problemen die in deze buurten spelen het hoofd te bieden. Het kabinet wil deze veertig wijken binnen tien jaar veranderen in gebieden waar mensen kansen hebben en waar het prettig is om te wonen. De problemen in de wijken worden aangepakt in nauw overleg met wijkbewoners en lokale professionals. Samen met hen hebben gemeenten in het najaar van 2007 wijkactieplannen opgesteld. Gemeenten hebben vervolgens met de rijksoverheid zogeheten 'charters' afgesloten.



De bewindspersonen van WWI en VWS hebben afgesproken te gaan experimenteren met het concept Gezonde Wijk in krachtwijken. De helft van de betrokken gemeenten heeft in hun charter opgenomen daaraan mee te doen. Doel van de experimenten is de gezondheid van de inwoners in de krachtwijken te verbeteren via een integrale aanpak. Deze richt zich op gezonde bewoners, een gezonde en veilige omgeving en een gezonde zorg inclusief een goed preventieaanbod. Met negen gemeenten worden nu afspraken gemaakt over plannen van aanpak.

Het ministerie van WWI heeft een Platform Gezonde Wijk opgericht, dat bestaat uit landelijke organisaties die de betreffende gemeenten kunnen ondersteunen. Deelnemers zijn onder meer gezondheidsfondsen, thema-instituten, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn en Zorgverzekeraars Nederland. Een van de plannen is de oprichting van 'werkplaats Gezonde Wijk', die gemeenten met krachtwijken adviseert en ondersteunt bij het toepassen van beschikbare, liefst bewezen effectieve interventies. Een onderdeel wordt de bestrijding van overgewicht. Het is de bedoeling dat het Centrum Gezond Leven bij het RIVM deze werkplaats gaat huisvesten.

#### **Doelstelling**

- Krachtwijken in de grote steden zijn een prettige en gezonde plek om te wonen en maken een gezonde leefstijl mogelijk.

#### **Aanpak**

- Overgewicht is een speerpunt in de experimenten Gezonde Wijk van de krachtwijken.
- Het Centrum Gezond Leven ondersteunt dit met een werkplaats Gezonde Wijk.

### **4.2.2 Ondersteuning lokaal beleid**

De rijksoverheid ondersteunt de gemeenten bij het vormgeven van een integrale en structurele aanpak van overgewicht. De insteek daarbij is om de toepassing van effectieve interventies te stimuleren en te voorkomen dat iedereen het wiel opnieuw gaat uitvinden. Met het ondersteuningsaanbod wil de overheid tevens een continue aanpak bevorderen. In internationaal verband wordt de noodzaak van continuïteit in het preventiebeleid benadrukt.<sup>38</sup>

#### **Beleidsontwikkeling ten behoeve van de lokale nota volksgezondheid**

De Handleiding Preventie van Overgewicht in Lokaal Gezondheidsbeleid van het Voedingscentrum ondersteunt gemeenten bij het ontwikkelen van een preventiebeleid om overgewicht tegen te gaan. Deze handleiding helpt bij het formuleren van het overgewichtbeleid in de lokale beleidsnota's en geeft tips voor het uitvoeren van het beleid met concrete activiteiten en een stappenplan.

De handleiding, ontwikkeld in samenwerking met het NISB, is in 2007 verzonden aan alle gemeenten en wordt in 2008 geëvalueerd door het Centrum Gezond Leven van het RIVM.

De handleiding bevat een zogenoemde 'leeflijn' voor de aanpak van overgewicht bij de verschillende leeftijdsgroepen. De leeflijn geeft advies over communicatie-ingangen, contactmomenten en settings, en geeft een overzicht van intermediairs, kansrijke activiteiten, (les)programma's en projecten. De leeflijn wordt periodiek geüpdatet.

### **Doelstelling**

- Gemeenten zijn in staat een eigen beleid te formuleren voor de aanpak van overgewicht en dit praktisch uit te werken in een actieprogramma.

### **Aanpak**

- Handleiding voor gemeenten met praktische informatie, concepten en voorbeelden van de preventie van overgewicht ten behoeve van het opstellen van een lokale preventienota.
- 'Leeflijn' met ingrediënten voor de aanpak van overgewicht bij de verschillende leeftijdsgroepen met onder andere communicatie-ingangen en contactmomenten.

### **Lokale monitoring**

Voor het voeren van volksgezondheidsbeleid zijn actuele gegevens nodig over het vóórkomen van risicofactoren en ziekten. Daarom doen GGD'en in opdracht van de gemeenten regelmatig onderzoek naar gezondheid en onderwerpen die daarmee samenhangen. Door de resultaten met voorgaande jaren te vergelijken, kunnen gemeenten lokale prioriteiten vaststellen, hun beleid afstemmen op trends en ontwikkelingen en een beeld krijgen of het gevoerde beleid zijn vruchten afwerpt. Overgewicht is uiteraard een van de onderwerpen die worden gemonitord. Monitoring gebeurt via de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. Als het gaat om overgewicht gebeurt op dit moment vaak nog via standaard vragenlijsten en niet via gemeten gegevens. De IGZ benadrukt in haar rapport over de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg het grote belang van goede monitoring. In 2005 had de helft van de gemeenten slecht zicht op de gezondheidstoestand en omvang van risicogroepen. In die gevallen is ontwikkeling en inzet van gerichte beleidsmaatregelen niet mogelijk.

In 2007 en 2008 zijn twee grote nationale studies gestart naar het vóórkomen van overgewicht. Het voornemen van VWS is deze studies met gemeten gegevens te laten uitmonden in een structureel monitoringsysteem dat bij voorkeur aansluit bij de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. Paragraaf 5.1 gaat verder in op monitoringsonderzoek.

De overheid wil bereiken dat de gemeenten niet alleen preventief beleid voeren, maar ook een aantoonbare rol spelen in het gezondheidszorgbeleid. Daarbij formuleren zij met zorgverzekeraars en zorgaanbieders gemeenschappelijke doelen. Deze partijen stemmen af hoe zij de zorg integraal kunnen organiseren. Tevens legt het beleid een verbinding met het Wmo-beleid van de gemeente. In samenwerking met het NIVEL wordt een zogeheten Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) ontwikkeld. Dit instrument verschaft gemeenten inzicht in de verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg in een gemeente, wijk of buurt. De analyse is gebaseerd op de bevolkingssamenstelling van de gemeente, wijk of buurt. De VAAM beoogt een bijdrage te leveren aan de discussie over een goede afstemming van het aanbod op de lokale vraag. Het gaat om de vraag naar zorg voor specifieke aandoeningen als chronische ziektes en psychosociale problemen, en de vraag naar zorg van specifieke zorgverleners als huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en eerstelijns psychologen. De VAAM combineert epidemiologische gegevens van de gemeenten met demografische achtergrondstatistieken van gemeente, wijk of buurt.

#### **Doelstelling**

- Gemeenten zijn in staat beleidsprioriteiten te stellen en hun beleid te evalueren aan de hand van de actuele gezondheidssituatie van de bevolking en ontwikkelingen en trends hierin.

#### **Aanpak**

- Lokale monitoring van overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen door GGD'en.
- Ontwikkeling van de Vraag Aanbod Analyse Monitor.

#### **Effectieve interventies: Centrum Gezond Leven**

Het Centrum Gezond Leven van het RIVM, dat in september 2007 officieel van start is gegaan, geeft betrouwbare informatie over leefstijlinterventies aan professionals. Het bevordert de aansluiting tussen aanbod van voorlichtingsmateriaal door landelijke instellingen en de lokale vraag van bijvoorbeeld de GGD of scholen. Een belangrijk functie van het Centrum Gezond Leven is dat het één loket vormt voor lokale afnemers van interventies. Per december 2008 is een internetloket geopend voor professionals. Daarmee voorkomt het Centrum Gezond Leven versnippering en gebrek aan afstemming in het aanbod. Het centrum ontwikkelt een certificeringssysteem voor interventies. Ook wordt het reeds bestaande Gezonde School-model verder uitgewerkt. Tot slot evalueert het Centrum Gezond Leven bestaande handleidingen voor professionals in de openbare gezondheidszorg en monitort het de implementatiegraad en het bereik van interventies.

Het Centrum Gezond Leven heeft met verschillende partijen afspraken gemaakt voor samenwerking, waaronder ZonMw, IGZ, VNG, GGD Nederland, NIGZ, TNO en individuele GGD'en. In vier academische werkplaatsen wordt samengewerkt aan realisatie van de doelstellingen. In 2009 is hiervoor € 2 miljoen beschikbaar.

#### **Doelstellingen**

- Professionals kunnen beschikken over betrouwbare informatie over leefstijlinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas.
- De lokale vraag en het landelijke aanbod van interventies en voorlichtingsmateriaal voor overgewicht komen bij elkaar.

#### **Aanpak**

- Internetloket voor professionals.
- Certificeringssysteem.
- Monitoring van implementatiegraad en bereik van interventies.
- Samenwerking van Centrum Gezond Leven met ZonMw, IGZ, VNG, GGD Nederland, NIGZ, TNO en individuele GGD'en in vier academische werkplaatsen.

#### **Praktische ondersteuning**

Vooral minder grote gemeenten hebben behoefte aan praktische advisering op maat over hoe zij een effectief lokaal overgewichtbeleid kunnen ontwikkelen en uitvoeren. Aan ZonMw is de opdracht gegeven om hiervoor een ondersteuningsstructuur op te zetten binnen het vierde Programma Preventie. De aanpak van ZonMw is erop gericht gemeenten van elkaar te laten leren. Gemeenten kunnen bij het ZonMw-programma een aanvraag indienen. Het programma gaat vier jaar lopen en per jaar zullen naar verwachting tien tot vijftien gemeenten op het gebied van overgewicht daadwerkelijk ondersteund kunnen worden. Voorkeur wordt gegeven aan gemeenten die het in Frankrijk ontwikkelde EPODE-concept (Ensemble, Prévenons l'Obésité des Enfants) gaan hanteren (zie paragraaf 4.4.3).

#### **Doelstelling**

- Gemeenten worden ondersteund bij het implementeren van best practices op het gebied van overgewicht en obesitas.

#### **Aanpak**

- Verruiming (door herallocatie) van de in het vierde ZonMw-Programma Preventie beschikbare capaciteit voor de implementatie van veelbelovende projecten in de openbare gezondheidszorg.

# Werkgevers en werknemers hebben beiden belang bij de preventie en bestrijding van overgewicht.

## 4.2.3 Gezond op het werk

Veel bedrijven doen in toenemende mate aan leefstijlbevordering, al dan niet samen met hun verzekeraars. De werkvloer is een goede ingang voor preventie van ongezonde leefstijl, bijvoorbeeld via het aanbieden van gezonde voeding in kantines en het tegengaan van bewegingsarmoede van werknemers. Werkgevers en werknemers hebben beiden belang bij de preventie en bestrijding van overgewicht. Werknemers omdat het hun eigen gezondheid en werkplezier verbetert, werkgevers omdat het de productiviteit en inzetbaarheid van werknemers vergroot. Bovendien kunnen een gezond imago en gezonde faciliteiten zorgen voor extra wervingskracht in een krappe arbeidsmarkt. Een actuele kwestie is de vergrijzing van het personeelsbestand. Nederlanders zullen waarschijnlijk langer moeten doorwerken om het voorzieningenniveau in stand te houden. Een gezonde leefstijl stelt werknemers in staat langer (en langer zonder klachten) door te werken.

Het is verheugend te zien dat aanbieders van diensten, zoals cateraars, 'beweegbedrijven' en arbodiensten, inspelen op deze ontwikkeling. Zij proberen zich steeds meer te onderscheiden met een gezond aanbod. Hoewel aannemelijk is dat inzet op een gezonde leefstijl van werknemers lonend is in termen van minder verzuim en hogere productiviteit, is nog weinig bekend over kosteneffectiviteit van afzonderlijke interventies op de werkplek.

Een verdere ontwikkeling van deze positieve trend is primair een verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers. De overheid stimuleert de sociale partners waar nodig met het beschikbaar stellen van kennis, goede voorbeelden, praktische instrumenten en ondersteuning. VWS heeft tezamen met de ministeries van SZW en BZK het meerjarige kennisinvesteringsprogramma 'Participatie en Gezondheid' gestart (2009 - 2012). Kerndoelstelling is het verbeteren van de participatie en de gezondheid van werknemers door ontwikkeling en ontsluiting van kennis en de implementatie daarvan in bedrijven en instellingen. Dergelijke kennis is toepasbaar bij verzuimbeleid, preventie, re-integratie en ouderenbeleid.



In de eerste fase in het programma zijn zes deelstudies opgeleverd, die de kennisleemtes hebben onderzocht op zes terreinen van participatie en gezondheid. Een daarvan is de invloed van leefstijlfactoren en de invloed van arbeidsrisico's. Momenteel wordt mede op basis van deze deelstudies gewerkt aan nadere invulling van het kennisinvesteringsprogramma. Daarnaast voert TNO enkele zogenoemde vraaggestuurde programma's uit op dit terrein (zie paragraaf 5.2).

Het NISB onderzoekt in opdracht van VWS samen met TNO en een arbodienst hoe de bedrijfsarts in samenwerking met een preventieconsulent niet alleen een beweegadvies aan werknemers kan geven, maar ook daadwerkelijk begeleiding kan bieden om meer te bewegen.

Het NISB implementeert in het kader van het NASB ook interventies binnen de setting werk gericht op mensen die te weinig bewegen. Onderzoek van onder meer TNO heeft aangetoond dat bepaalde specifieke interventies gericht op het bevorderen van bewegen het meest kansrijk zijn. Voorbeelden zijn lunchwandelen, fietsen naar het werk, individuele coaching en bedrijfssport. Een goed voorbeeld is ook de campagne Balansdag op het Werk die het Voedingscentrum met overheidsgeld binnen bedrijven organiseert.

### **Doelstelling**

- Werkgevers bevorderen een gezonde leefstijl en een gezond gewicht bij hun werknemers.

### **Aanpak**

- Start kennisinvesteringsprogramma 'Participatie en Gezondheid' van VWS, SZW en BZK in 2009.
- Arboportaal en Centrum Gezond Leven stellen concrete informatie, best practices en instrumenten beschikbaar.
- Het NISB biedt kennis en praktische ondersteuning bij 'bewegen op het werk'-programma's.
- Het Voedingscentrum biedt de Balansdag op het Werk aan.
- De Stichting van de Arbeid biedt in de brochure 'Bied tegenwicht aan overgewicht' voor CAO-onderhandelaars, management en personeelsafdelingen van bedrijven, ondernemingsraden en werknemers informatie aan over het waarom en hoe van de preventie van overgewicht op de werkvloer.

#### 4.2.4 Convenant overgewicht; versterking van het gemeenschappelijk belang

Op initiatief van de toenmalige minister van VWS hebben maatschappelijke partijen in 2005 het Convenant overgewicht afgesloten. Dat deden zij met de ministeries van VWS en OCW die namens de rijksoverheid optreden. Aan het convenant nemen inmiddels twintig partners deel.<sup>39</sup> Het Voedingscentrum en het NISB zijn ook bij het convenant betrokken. Concreet oogmerk is de groei van het overgewicht onder volwassenen in Nederland een halt toe te roepen en overgewicht onder kinderen te verminderen. Het convenant heeft het overgewichtprobleem definitief op de maatschappelijke agenda geplaatst en fungeert als aanjager van nieuwe activiteiten en ideeën. De partners voeren activiteiten uit gericht op bewustwording en aanpak van de overgewichtproblematiek aan de hand van het gezamenlijke actieprogramma 'Energie in Balans' en van onderliggende eigen actieplannen. Voorbeelden zijn de samenstelling en innovatie van voedingsproducten, het verkleinen van portiegroottes, het uitbreiden en aantrekkelijker maken van het gezonde voedingsaanbod in supermarkten, het bevorderen van effectieve leefstijlinterventies op de werkvloer en de aanpassing van reclame en marketing van voedingsmiddelen gericht op kinderen. Daarnaast zijn de acties gericht op belangrijke doelgroepen zoals scholieren en wijkbewoners. Voorbeelden zijn een gezonder kantineaanbod op scholen en sportverenigingen, en het bevorderen van beweging onder jongeren en volwassenen. Het convenant loopt eind 2009 af.

De bewindslieden van VWS zijn positief over hetgeen het convenant tot nu toe heeft bereikt. Zij vinden het verheugend dat zo veel private nationale organisaties en de vier grote steden actief meedoen en zich verantwoordelijk voelen voor de aanpak van de overgewichtproblematiek. Alle partijen hebben belang bij een gezamenlijke en gecoördineerde aanpak. Het convenant biedt hen een platform voor afstemming en informatie-uitwisseling. Door de samenwerking worden de eigen initiatieven van partners versterkt. De deelnemende private partijen zetten zelf activiteiten in gang en pakken gezamenlijk issues op. Uit de tussenevaluatie die in 2007 is uitgevoerd, blijkt dat men op de goede weg is. De partners zullen het laatste jaar van het convenant gebruiken om nog een concrete slag te maken. Niemand kan echter verwachten dat bij afloop van het convenant de overgewichtproblematiek in ons land is opgelost. Het komt in de komende jaren vooral aan op doorvoeren van de

---

<sup>39</sup> In 2005 sloten de nationale organisaties van de levensmiddelenindustrie, cateraars, horecaondernemingen, supermarkten, zorgverzekeraars, de georganiseerde sport en de werkgevers het Convenant overgewicht af. Later hebben zich de Consumentenbond, de vier grote steden, werknemerscentrales, de automatenbranche, de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, waterbedrijven, AGF Promotie Nederland en de Nederlandse Hartstichting aangesloten. Paul Rosenmöller zit de stuurgroep van het convenant voor.



ontwikkelde plannen en aanpakken. Dat moet gebeuren bij de achterbannen van de aangesloten organisaties en bij de rest van de samenleving.

Nu het einde van het huidige convenant nadert, is het belangrijk de energie die het convenant bij partijen en personen heeft opgewekt vast te houden en de ontwikkelde plannen en aanpakken om te zetten in integrale en structurele activiteiten. De minister van VWS wil de organisaties aanmoedigen te verkennen – voor zover dat niet al gebeurt – welke concrete baten ze kunnen hebben door overgewicht in hun sector te bestrijden en welke aanpak daar het beste bij past. In die verkenning kan men aansluiten bij de reacties van de diverse adviesorganen op de recente adviesaanvragen van het kabinet over parallelle van belangen bij gezondheid en preventie.<sup>40</sup>

De minister van VWS vindt het wenselijk dat convenantpartijen in de toekomst op nationaal niveau blijven samenwerken en investeren in de bestrijding van overgewicht en gaat er vanuit dat het belang van elk van de partners hiervoor de motor is. VWS is bereid om deze samenwerking ook in de toekomst te faciliteren. De vorm die dat zal krijgen is nog open (commissie, taskforce, nieuw convenant, et cetera). De minister van VWS wil hierover vóór eind 2009 een besluit nemen. Hij wil daarover eerst in gesprek gaan met de partners van het convenant.

### **Doelstelling**

- Maatschappelijke partijen nemen hun verantwoordelijkheid en dragen bij aan het verminderen van overgewicht onder kinderen en het tot stilstand brengen van de groei van overgewicht onder volwassenen.

### **Aanpak**

- De convenantpartners benoemen voor het laatste jaar van het convenant concrete acties en termijnen die bijdragen aan vermindering van het overgewicht in Nederland, en voeren deze uit.
- Belanghebbende partijen verkennen de concrete winst die zij kunnen boeken door overgewicht in hun sectoren te bestrijden, ontwikkelen daar een passende aanpak bij en voeren deze uit.
- De minister van VWS is bereid voortgaande samenwerking van de partijen na afloop van het convenant te faciliteren. Hij zal in 2009 met de partijen nader overleggen over de wijze waarop dat gaat gebeuren.

---

<sup>40</sup> Gelijkluidende adviesaanvragen aan de SER, ROB, RVZ en Onderwijsraad met betrekking tot parallelle belangen bij gezondheid en preventie, d.d. 29 september 2008.

#### 4.2.5 Olympisch Plan 2028

Op initiatief van NOC\*NSF hebben de sportsector, de overheid en het bedrijfsleven zich in 2007 en 2008 gebogen over de haalbaarheid van en het draagvlak voor de organisatie van Olympische en Paralympische Spelen, en over de vraag wat die Spelen voor Nederland kunnen betekenen. De positieve uitkomsten en de goede respons in de samenleving waren aanleiding op dit pad verder te gaan. Dit resulteert in het voorjaar van 2009 in een plan van aanpak voor het Olympisch Plan 2028 (OP2028). Vanuit de rijksoverheid is het ministerie van VWS de trekker voor dit plan.

Met het mogelijk organiseren van de Olympische Spelen in 2028 als inspirerende stip op de horizon, is het hoofddoel van het OP2028 om Nederland 'op Olympisch Niveau' te brengen. Het naar een hoger plan tillen van de sport in Nederland is daarvan een voorbeeld. Daarmee levert het OP2028 ook een bijdrage aan de gezondheid en lichamelijke conditie van de bevolking. Regelmatige sportbeoefening heeft een preventieve werking op overgewicht en obesitas.

Om dit te bereiken dient de sport meer in het dagelijks leven van mensen door te dringen, bijvoorbeeld door sport in de wijken te stimuleren, incorporatie van sport bij naschoolse opvang en een breder aanbod op school. Om mensen meer met sport in aanraking te laten komen, kan ook gedacht worden aan het organiseren van meer grote sportevenementen met bijbehorende *side events* in het teken van sport. Besluitvorming over het OP2028 zal medio 2009 door het kabinet plaatsvinden.

##### **Doelstelling**

- Nederland als sportieve samenleving op Olympisch niveau brengen.

##### **Aanpak**

- Plan van aanpak voorbereiden met als partners NOC\*NSF, sportorganisaties, bedrijfsleven en overheden, gericht op een grotere participatie aan sport binnen de Nederlandse samenleving.

## 4.3 Verbinden van preventie en zorg

In de vorige hoofdstukken hebben we de belangrijkste aangrijpingspunten beschreven die het de burger mogelijk maakt zelf overgewicht te voorkomen. Ook hebben we aangegeven hoe gemeenten en andere maatschappelijke partijen een rol kunnen spelen in het inrichten van een gezonde leefomgeving en het bevorderen van een gezonde leefstijl van burgers. In al deze gevallen gaat het om *universele preventie*. Daarvan is sprake bij maatregelen die zich richten op de algemene bevolking, ongeacht of sprake is van een verhoogd risico op overgewicht. In dit hoofdstuk gaat het over de op het individu gerichte interventies binnen de gezondheidszorg. Deze vorm noemt men *selectieve preventie*, omdat ze zich richt op bepaalde groepen met één of meer objectieve risicofactoren.

Voor de eerstelijns gezondheidszorg speelt een belangrijke rol in deze vorm van preventie. De eerste lijn kan bij uitstek effectieve individugerichte preventie vormgeven, omdat zij dicht bij de burger staat en in diens directe woonomgeving is gesitueerd. Bovendien zijn eerstelijns hulpverleners door het persoonlijk contact en de vertrouwensrelatie met patiënt of cliënt in het algemeen goed in staat om hen op het gebied van gezonde leefstijl te informeren en te motiveren.<sup>41</sup>

Selectieve preventie binnen de alledaagse praktijk van de gezondheidszorg richt zich op individuen die een beroep doen op de gezondheidszorg. Als deze mensen een hoog risico lopen op ziekte spreken we van *geïndiceerde preventie*. Als zij al ziek zijn, is sprake van *zorggerelateerde preventie*.

# Voor de eerstelijns gezondheidszorg speelt een belangrijke rol in deze vorm van preventie.

### 4.3.1 Preventie vanuit een dynamische eerste lijn

De plaatselijke (eerstelijns)zorg en lokale preventieactiviteiten kunnen elkaar versterken als ze meer met elkaar worden verbonden. Er bestaan verschillende initiatieven om dit te bewerkstelligen. Het doel hierbij is het tot stand brengen van integrale lokale afstemming tussen de preventie en curatie. Gemeenten hebben op grond van de nieuwe Wet publieke gezondheid hierin een wettelijke taak. Belangrijk voorwaarde voor het slagen van die afstemming is dat gemeenten de eerstelijnszorg actief betrekken bij hun gemeentelijk preventief gezondheidsbeleid, dat zich via universele preventie richt op een gezonde leefomgeving en leefstijl van burgers. Andersom mag van de eerstelijnszorg worden verwacht dat ze patiënten doorverwijst naar bestaande cursussen of beweegprogramma's die lokaal worden aangeboden door de GGD of gemeente. Dat is een vorm van selectieve preventie.

Vanuit het ministerie van VWS is een aantal initiatieven gestart om de eerstelijnszorg dynamischer te maken. De bedoeling is om zorgvraag en aanbod beter op elkaar te kunnen afstemmen. De eerste lijn moet kwalitatief hoogstaand, klantgericht, innoverend en investerend zijn om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van de patiënten.<sup>42</sup> Zorgverleners in de eerste lijn brengen in de toekomst met hun patiënt diens zorgbehoefte in kaart en stellen samen een behandelplan op. Deze gezamenlijke aanpak van de behandeling vergt een verandering in houding ten opzichte van de patiënt, en andere competenties van zorgverleners. De rol van de overheid is om prikkels in te bouwen voor de gewenste verandering. Zo kan een hoogwaardig en transparant eerstelijns zorgaanbod ontstaan met meerwaarde voor patiënt en cliënt.

#### NEO en LOVE

De ontwikkeling naar een dynamische eerste lijn wordt ondersteund door het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) en Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO). Het uitgangspunt van het LOVE is dat op landelijk niveau de randvoorwaarden worden gecreëerd, maar dat eerstelijnszorg regionaal en lokaal wordt vormgegeven. Een van de thema's binnen het programma is 'zorg voor specifieke doelgroepen en problematiek'. Binnen dit thema kan de bestrijding van overgewicht opgepakt worden.

Het NEO is opgericht voor de ontwikkeling van richtlijnen en ondersteuning van de kwaliteit. Negen beroepsorganisaties hebben zich verenigd om samen te werken aan de afstemming en ondersteuning van het kwaliteitsbeleid in de eerste lijn.<sup>43</sup> Om geïntegreerde eerstelijnszorg te bereiken, ontwikkelt het NEO zogeheten LESA's (Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak). Dit zijn richtlijnen en samenwerkingsafspraken rondom specifieke gezondheidsproblemen. Het LOVE functioneert hierbij als advies- en klankbordgroep van het NEO. Het Partnerschap Overgewicht Nederland (zie paragraaf 4.3.2) is in dit kader nauw betrokken bij de

ontwikkeling van afspraken met NHG en LHV rondom overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. Het ministerie van VWS is samen met NHG en LHV gestart met het online communicatieplatform De Nieuwe Praktijk. In dit initiatief stimuleren huisartsen elkaar en andere eerstelijns zorgverleners tot vernieuwingen. De Nieuwe Praktijk is er ‘voor en door huisartsen’; het is een platform waarop huisartsen goede voorbeelden kunnen uitwisselen. Een van de concrete producten van De Nieuwe Praktijk is de ‘handreiking Leefstijl en Bewegen’. Deze multidisciplinaire handreiking geeft huisartsen houvast bij het organiseren van leefstijlinterventieprogramma’s. Het is een boekje vol tips en goede voorbeelden over het aanvragen van financiering en het creëren van overlegstructuren. De handreiking moet de samenwerking op gang brengen tussen verschillende eerstelijns zorgverleners.

### **BeweegKuur**

Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen is in 2007 met subsidie van VWS gestart met het ontwikkelen van de BeweegKuur. Dit is een effectieve, uitvoerbare interventie, waarmee mensen met diabetes (of een hoog risico hierop) vanuit de eerste lijn begeleid worden naar een actievere leefstijl met een gezond voedingspatroon en voldoende beweging. Doel is dat mensen na een jaar begeleiding zelfstandig blijven bewegen in de eigen omgeving. De huisarts beoordeelt of mensen in aanmerking komen en gemotiveerd zijn voor de BeweegKuur en schrijft het recept uit. Centrale spil in de BeweegKuur is de leefstijladviseur, een vaste coach op weg naar een gezonde leefstijl. Vaak is dit een praktijkondersteuner van de huisarts. De leefstijladviseur stelt een begeleidingsplan op voor voeding en bewegen en verwijst naar diëtist, fysiotherapeut en/of lokaal beweegaanbod.

Er zijn binnen de BeweegKuur drie programma’s ontwikkeld: een zelfstandig beweegprogramma voor mensen die met ondersteuning van de leefstijladviseur meteen aan gang kunnen, een opstartprogramma voor mensen die door de fysiotherapeut over een drempel geholpen moeten worden en een begeleid beweegprogramma voor mensen met lichamelijke problemen (ook bij de fysiotherapeut). Paragraaf 4.3.4 gaat dieper in op de verhouding van de BeweegKuur tot de verzekerde zorg.

---

<sup>43</sup> In het NEO zijn de volgende organisaties verenigd: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie/Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (KNMP/WINAp), Landelijke Vereniging van Eerstelijns-psychologen (LVE), Maatschappelijke Ondernemers Groep, brancheorganisatie voor Welzijn, Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang (MOGroep), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VOCM).

### Doelstellingen

- De eerste lijn biedt adequate selectieve preventie (zowel geïndiceerd als zorggerelateerd) voor mensen met overgewicht of obesitas.
- Zorgverleners uit de eerste lijn sluiten met hun activiteiten aan op universele preventie van overgewicht en obesitas.

### Aanpak

- Ontwikkeling van de BewegingKuur om mensen vanuit de eerste lijn naar een actieve leefstijl te begeleiden.
- Creëren van landelijke randvoorwaarden voor een dynamische eerste lijn via het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) en Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO).
- Ontwikkeling van richtlijnen via het NEO.
- Verspreiding van goede voorbeelden via De Nieuwe Praktijk.

## 4.3.2 Ketenzorg en zorgstandaarden

Het voorkomen van verdere gewichtsstijging dient een volwaardige plaats te krijgen bij de zorg voor patiënten met (risico's op) aandoeningen als gevolg van overgewicht en obesitas. Daarbij gaat het om diabetes type 2, hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat, chronische aandoeningen van de luchtwegen, hormonale stoornissen en psychische aandoeningen. Preventieve activiteiten kunnen zorgen voor vroege onderkenning van een verhoogd risico op deze aandoeningen, waardoor men tijdig met interventies kan starten. Het gaat dan om geïndiceerde preventie. Ook maken preventieve activiteiten deel uit van de integrale zorg voor patiënten met deze aandoeningen. In dat geval spreken we over zorggerelateerde preventie, waarin het vooral gaat om begeleiding, behandeling en het bevorderen van zelfmanagement.

Het geheel moet een sluitende keten vormen van vroege opsporing, preventie, diagnostiek, begeleiding en behandeling. Het bevorderen van ketenzorg maakt deel uit van de programmatische aanpak van chronische ziekten, die het ministerie van VWS nastreeft.<sup>44</sup> Patiënten hebben zelfs een afdwingbaar recht op ketenzorg. Zorgaanbieders die tegelijk of na elkaar zorg verlenen, moeten overleggen en afstemmen over de behandeling, de juiste informatie tijdig overdragen en nazorg verlenen.<sup>45</sup> Dit recht geldt in de preventieve, curatieve en langdurige zorg. Voor mensen met chronische of complexe aandoeningen – zoals obesitas – is dit recht zeer relevant, omdat ze vaak meerdere behandelaars hebben.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Zie het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg; investeren in de zorgrelatie', dat op 23 mei 2008 aan de Tweede Kamer is aangeboden.



### **CBO-richtlijn Obesitas**

Zowel bij volwassenen als kinderen bestaat de behandeling van obesitas bij voorkeur uit verschillende interventies. Dat staat in de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en Behandeling van Obesitas bij volwassenen en kinderen'. Enerzijds is deze behandeling gericht op het verminderen van de energie-inname door een individueel samengesteld dieet, anderzijds op het verhogen van de lichamelijke activiteit. Psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering kunnen op maat worden toegevoegd.

De behandeling kan soms worden ondersteund met geneesmiddelen en chirurgie. Tot voor kort waren er drie goedgekeurde middelen beschikbaar, maar het middel Rimonabant is vanwege mogelijk risicovolle bijwerkingen onlangs van de markt gehaald. Er zijn nu nog twee geregistreerde geneesmiddelen voor afvallen beschikbaar. Behandeling met medicijnen kan volgens het CBO bij volwassenen worden ingezet om leefstijlinterventies te ondersteunen, wanneer deze leiden tot beperkt gewichtsverlies (minder dan 5 procent in één jaar). Een relatief klein percentage gewichtsreductie blijkt bij mensen met obesitas al een substantiële gezondheidswinst op te leveren.

Bij volwassenen is chirurgie slechts te overwegen, als de patiënt aan nauw omschreven criteria voldoet.

Bij kinderen worden medicijnen in het algemeen ontraden bij de behandeling van obesitas. Dat geldt op dit moment ook voor chirurgische interventies bij kinderen en adolescenten met ernstige obesitas.

### **Zorgstandaard overgewicht en obesitas**

De beoogde ketenzorg dient te worden vastgelegd in een zorgstandaard.<sup>47</sup>

De zorgstandaard omvat tevens een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van deze zorg op basis van *evidence-based medicine*, inzichten uit de praktijk van zorgverleners (*practice based medicine*) en inzichten van patiënten (het patiëntenperspectief). De zorgstandaard beschrijft hoe de professional zich tegenover de patiënt kan opstellen, zodat deze kan worden toegerust om zijn of haar risicofactoren zelfstandig te verminderen en te beheersen (zelfmanagement). De zorgstandaard is zo omschreven dat de patiënt eruit kan afleiden wat 'goed patiëntschap' inhoudt. De patiënt heeft immers niet alleen rechten, maar ook verantwoordelijkheden in de wederzijdse relatie tussen hem of haar en de zorgverlener.

---

<sup>47</sup> Een zorgstandaard is een consensusdocument van zorgverleners en patiënten waarin functioneel omschreven staat wat goede zorg voor – in dit geval – overgewicht en obesitas is.



De zorgstandaard moet passen bij de ontwikkelingen rondom bekostiging van zorg en preventie. Adviezen en beslissingen daarover komen van het College voor zorgverkeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit. De financiers van de zorg kunnen de zorgstandaard vervolgens gebruiken als richtinggevend voor de zorginkoop.

Om tot een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas te komen, heeft het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO in november 2008 een multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' ontwikkeld.<sup>48</sup> Een praktische uitwerking van deze behandelrichtlijn is onderdeel van de zorgstandaard.

### **Partnerschap Overgewicht Nederland**

De zorgstandaard voor de zorg aan mensen met overgewicht en obesitas wordt op verzoek van de minister van VWS in 2009 ontwikkeld door het Partnerschap Overgewicht Nederland. Het Partnerschap Overgewicht Nederland is op 15 april 2008 gelanceerd. Zeventien organisaties – de betrokken zorgverleners, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars – maken deel uit van het partnerschap.<sup>49</sup> Het doel van het partnerschap is om zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid te ondersteunen bij het verbeteren van de zorg voor mensen met overgewicht en obesitas en de gezondheidsproblemen die daarmee gepaard gaan.

Om de te ontwikkelen zorgstandaard te implementeren, stelt het Partnerschap Overgewicht Nederland in 2010 een plan op, waarin doelen, resultaten en activiteiten worden uitgesplitst naar patiënten, professionals, zorgorganisaties, verzekeraars en overheid. Hierin wordt ook afgestemd met de BeweegKuur.

Omdat obesitas een belangrijke risicofactor is voor veel andere chronische aandoeningen (bijvoorbeeld diabetes type 2, hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat) en bij mensen met obesitas vaak sprake is van

---

<sup>49</sup> De zeventien organisaties zijn ActiZ, organisatie van zorgondernemers, Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), GGD Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV), Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

comorbiditeit, dient de zorgstandaard overgewicht en obesitas goed aan te sluiten bij zorgstandaarden voor gerelateerde (chronische) aandoeningen, zoals de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie, de zorgstandaard voor cardiovasculair risicomanagement van het Platform Vitale Vaten en de (voorlopige) zorgstandaard voor COPD.

Het Partnerschap Overgewicht Nederland bewaakt de onderlinge samenhang van de monodisciplinaire standaarden of protocollen in de verschillende beroepsgroepen. Zo werkt het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in nauwe samenwerking met het partnerschap aan een huisartsenstandaard obesitas. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde is begonnen met een richtlijn behandeling van obesitas, die zal aansluiten bij de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en Behandeling van Obesitas bij volwassenen en kinderen'. Binnen de jeugdgezondheidszorg zal in opdracht van ZonMw in 2009 een multidisciplinaire richtlijn overgewicht worden ontwikkeld.

#### **Doelstellingen**

- Ketenzorg voor mensen met overgewicht en obesitas is omschreven in een zorgstandaard.
- De zorgstandaard voor obesitas sluit aan bij die van andere (chronische) ziekten.
- De beroepsgroepen stellen op basis van de zorgstandaard hun eigen richtlijnen of protocollen bij.
- Behandeling van overgewicht en obesitas is multidisciplinair.

#### **Aanpak**

- Het Partnerschap Overgewicht Nederland ontwikkelt in 2009 een zorgstandaard voor volwassenen en kinderen met overgewicht en obesitas.
- Het Partnerschap Overgewicht Nederland stelt in 2010 een implementatieplan op voor deze zorgstandaard.
- Het Partnerschap Overgewicht Nederland stimuleert en coördineert de ontwikkeling van standaarden en/of protocollen bij de beroepsgroepen, en bewaakt de onderlinge samenhang.
- Evaluatie van de zorgstandaard zal op termijn plaatsvinden.
- Registratie van veilige geneesmiddelen die de multidisciplinaire behandeling ondersteunen.

### 4.3.3 Overgewicht in zorginstellingen

Goed en gezond eten en drinken en voldoende bewegen is voor iedereen essentieel, en bepaalt ook mede de kwaliteit van leven. In de care wordt daarom veel aandacht besteed aan de voedingstoestand van cliënten. Dit thema is ook in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VVT en in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg opgenomen. Aandacht voor eten en drinken moet standaard onderdeel uitmaken van de ondersteuning en zorg aan cliënten. Ook moet het in het zorgplan zijn opgenomen. Daarnaast krijgt beweegstimulering inmiddels aandacht in de care.

#### Verbetertraject Eten en Drinken

In verpleeghuis- en verzorgingshuizen is er soms sprake van onbedoelde ondervoeding en gewichtsverlies. In de gehandicaptenzorg – en ook in kleinschalige settings voor ouderen, waar bewoners zelf koken – is daarentegen juist vaker sprake van ‘overvoeding’ en overgewicht. Zeker voor cliënten die weinig mobiel zijn, kan dit problemen voor de gezondheid met zich meebrengen. Om daar wat aan te doen, zijn in het kader van het programma Zorg voor Beter Verbetertrajecten Eten en Drinken opgezet, waarvan een aantal inmiddels is afgerond. De insteek van deze trajecten is identiek voor de verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg: aandacht besteden aan het lekker, maar ook gezond eten en drinken. Het is niet altijd even gemakkelijk om de juiste balans te vinden tussen het vrijlaten van de cliënt in het maken van keuzes en het beschermen van de cliënt tegen ongezonde situaties.

Elf instellingen in de gehandicaptenzorg hebben inmiddels ervaringen opgedaan met het Verbetertraject Eten en Drinken. De continue aandacht voor de voedingstoestand van cliënten heeft een positief resultaat. Cliënten maken bewustere keuzes voor wat ze eten. Door hen meer te betrekken bij eten en drinken – zoals samen boodschappen doen, de tafel te dekken of te helpen in de keuken – komen cliënten ook meer in beweging. Een positief bijkomend effect is dat ook de samenwerking tussen zorgprofessionals (waaronder paramedici) verbetert.

Omdat professionals en instellingen veel van elkaar kunnen leren, is het een goede zaak dat de ervaringen uit de verbetertrajecten hun weg vinden naar andere afdelingen binnen de instelling, én naar medewerkers van andere instellingen. Het inmiddels gestarte Verbetertraject Plus van Zorg voor Beter maakt gebruik van de ervaringen uit de eerdere verbetertrajecten. Instellingen kunnen in dit traject aan de slag met methodieken die hun waarde in de praktijk hebben bewezen. Het Verbetertraject Plus richt zich van meet af aan op veranderingen in de hele organisatie.

## **Sport en bewegen**

De sportparticipatie van mensen met een beperking blijft nog steeds ver achter in vergelijking met mensen zonder beperking. De staatssecretaris van Sport wil de sportdeelname van mensen met een verstandelijke handicap vergroten. Hiervoor wil zij alle instellingen met woon- en dagvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking activeren, zodat deze in 2010 beleid voeren om een actieve en gezonde leefstijl bij hun bewoners te realiseren.

Gehandicaptensport Nederland (GN) heeft de afgelopen jaren met steun van VWS onderzoek binnen instellingen gedaan naar het beweegaanbod en naar de belangrijkste knelpunten en succesfactoren voor de ontwikkeling daarvan. De komende jaren zal GN het sport- en beweegaanbod bij zorginstellingen stimuleren met een uitvoeringsprogramma. Via sport kunnen cliënten worden gestimuleerd hun grenzen te verleggen, waar zij vanuit de zorg vaak nog beschermend worden behandeld. Het uitvoeringsprogramma richt zich met best practices op het management van instellingen en wil de sport- en zorgwereld bij elkaar brengen.

### **Doelstellingen**

- Verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg besteden aandacht aan de voedingstoestand van cliënten, met aandacht voor lekker en gezond eten en drinken.
- Alle instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap voeren in 2010 beleid voor een actieve en gezonde leefstijl van hun bewoners.

### **Aanpak**

- De verbetertrajecten Eten en Drinken en het Verbetertraject Plus.
- Uitvoeringsprogramma van Gehandicaptensport Nederland.

#### 4.3.4 Verzekerde zorg

##### **Preventieve zorg in het basispakket van de zorgverzekering**

Voor een sterkere verbinding tussen preventie en curatie is het nodig dat de zorgverzekering dekking biedt voor preventieve zorg. Het beleid van de overheid richt zich wat dit betreft op vijf speerpunten. Tussen nu en 2012 wil het kabinet bezien of in de Zorgverzekeringswet adequate dekking geboden kan worden voor ondersteuning van mensen bij het stoppen met roken, begeleiding van mensen om meer te bewegen, voorkomen van depressie en voor vormen van zelfmanagement. Vooruitlopend op deze maatregelen krijgen zorgverzekeraars met ingang van 1 januari 2009 al de ruimte om hun verzekerden te stimuleren tot het volgen van preventie- of gezondheidsbevorderende programma's.<sup>50</sup>

Het huidige basispakket van de Zorgverzekeringswet bevat vier klokuren diëtiëk per jaar op medische indicatie. Het RIVM heeft inmiddels aangetoond dat uitbreiding van leefstijlbegeleiding in het basispakket bijna twee keer meer gezondheidswinst oplevert dan het huidige basispakket.<sup>51</sup> Het betreft dan gecombineerde leefstijlbegeleiding die zich richt op zowel voeding als bewegen.

Een gecombineerde interventie kan volgens het RIVM leiden tot – matige – gewichtsreductie na een jaar, en tot blijvend verhoogde lichamelijke activiteit, ook in het tweede jaar.

##### **De BeweegKuur**

De bevindingen van het RIVM roepen de vraag op of snellere opname van de BeweegKuur in het wettelijk verzekerde pakket mogelijk is, dan in de preventienota 'Gezond zijn, gezond blijven' is uitgesproken. In die nota is uiteengezet dat de BeweegKuur een tijdelijke interventie is voor mensen met een medische indicatie (dus geen vergoeding van de sportclub voor iedereen).

In 2007 is het NISB met subsidie van VWS gestart met het ontwikkelen van een BeweegKuur, die beantwoordt aan de criteria voor dekking via de basisverzekering en die in de praktijk goed uitvoerbaar is. Hierbij wordt geïnvesteerd in de samenwerking van alle lokale partijen om te zorgen dat er voldoende beweegaanbod dichtbij huis beschikbaar is. In de ontwerpfase is goed gekeken naar

---

<sup>50</sup> De betreffende algemene maatregel van bestuur (Staatsblad 2008, nr. 317) regelt dat de zorgverzekeraar kan bepalen 'dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in de artikelen 10 en 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, COPD, hart- en vaatziekten of overgewicht en de kosten die betrekking hebben op de aandoening waarvoor verzekerde het programma heeft gevolgd.'

reeds lopende leefstijlprojecten die vergelijkbaar zijn, zoals 'Big!Move' in Amsterdam en Utrecht, 'Bewegen op recept' in Den Haag en 'Van Klacht naar Kracht' in Rotterdam. De ontwikkeling van de BeweegKuur is vooralsnog gericht geweest op mensen met diabetes of een hoog risico op deze ziekte. In 2008 zijn in zeven regio's pilots gestart om een prototype voor de BeweegKuur te ontwikkelen, begeleid met onderzoek door de Universiteit Maastricht. Half december vorig jaar is het prototype gepresenteerd. Belangrijk in het prototype is dat de interventie om mensen tot meer bewegen aan te zetten wordt gecombineerd met voedingsadvisering en -begeleiding.

Het ministerie van VWS wil de positieve conclusie uit het RIVM-onderzoek leggen naast de binnenkort te verwachten pakketrapportages over overgewicht en diabetes van het College voor zorgverzekeringen. Aan de hand daarvan – en met inachtneming van de budgettaire mogelijkheden – zal de minister van VWS de Tweede Kamer op een later tijdstip nader informeren over het tempo van implementatie van de BeweegKuur.

#### **Doelstelling**

- Preventieve zorg voor mensen met overgewicht en obesitas wordt adequaat gedekt in de Zorgverzekeringswet.

#### **Aanpak**

- Ontwikkeling van aantoonbaar effectieve preventieprogramma's, zoals de BeweegKuur.
- Mogelijkheid tot kwijtschelding door verzekeraars van het eigen risico bij deelname aan preventieprogramma's.

### 4.3.5 Opleiding

Opleidingen van toekomstige professionals in de zorg vergen de nodige aandacht als het gaat om preventie en ketenzorg. De opleiding geneeskunde richt zich doorgaans nog in te beperkte mate op preventie. Sommige klinische beroepsgroepen zijn zich nog te weinig bewust van hun rol in preventie en hun rol binnen een ketenaanpak van overgewicht en obesitas. Hier ligt een opdracht voor de nascholing.

Het Partnerschap Overgewicht Nederland ontwikkelt een set competenties die nodig zijn voor de uitvoering van de zorgstandaard. Ook de BeweegKuur ontwikkelt competentieprofielen voor de disciplines die betrokken zijn bij de verwijzing vanuit de eerste lijn van mensen met (een hoog risico op) diabetes, met de bedoeling hen op weg te helpen naar een actievere leefstijl. De BeweegKuur wil deze disciplines ondersteunen door scholing en met een handleiding.

#### **Doelstelling**

- Zorgprofessionals ontvangen gerichte opleiding en nascholing in hun preventieve rol rond overgewicht en obesitas.

#### **Aanpak**

- Vastleggen van de competenties die nodig zijn voor de uitvoering van de zorgstandaard van het Partnerschap Overgewicht Nederland.
- Ondersteuning van de bij de BeweegKuur betrokken disciplines door competentieontwikkeling, een handleiding en scholing.

## 4.4 Extra inspanningen voor kinderen en jongeren

Obesitas op jonge leeftijd tekent individuen voor hun hele leven. Overgewicht bij kinderen en jongeren vraagt om extra inspanningen van de overheid en andere maatschappelijke partijen, en van ouders en opvoeders. Kinderen zijn nog niet in staat zelfstandig gezond te kiezen. Kinderen en jongeren zijn bovendien kwetsbaar in hun gezondheid. En de jonge jaren vormen dé sleutelperiode voor preventie van overgewicht op latere leeftijd.

Volwassenen zijn verantwoordelijk voor hun eigen leven en de keuzes die ze daarin maken. Bij kinderen en jongeren ligt dat anders. Primair zijn de ouders en opvoeders verantwoordelijk voor de gezonde ontwikkeling van hun kind. De overheid op haar beurt heeft de verantwoordelijkheid om hen in hun opvoedingstaak te ondersteunen. Dat kan bijvoorbeeld via het creëren van een omgeving waarin kinderen veilig en gezond kunnen opgroeien, het bieden van onderwijs, speel- en sportvoorzieningen, en het beschikbaar stellen van laagdrempelige voorlichting en zorg.





Overgewicht bij kinderen is gerelateerd aan uiteenlopende factoren op het gebied van leefstijl en omgeving, en van persoons- en gezinsgebonden eigenschappen. Voor het voorkomen of verminderen van overgewicht is het dan ook belangrijk dat activiteiten vanuit verschillende sectoren plaatsvinden en zich richten op verschillende factoren tegelijkertijd. Samenwerking tussen diverse beroepsgroepen en organisaties is hiervoor noodzakelijk, maar is nog niet vanzelfsprekend. Integraal Toezicht Jeugdzaken constateerde in 2007 een onsamenvangende en weinig resultaatgerichte samenwerking rondom de aanpak van overgewicht op lokaal niveau.<sup>52</sup> Al eerder stelde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg vast dat veel partijen in meer of mindere mate met het probleem bezig zijn, maar dat de samenhang tussen de activiteiten veelal ontbreekt.<sup>53</sup>

Integraal Toezicht Jeugdzaken doet in 2008 en 2009 onderzoek in gemeenten waar overgewicht onder jongeren een groot probleem is. Ze onderzoekt in hoeverre organisaties er gezamenlijk in slagen om overgewicht bij kinderen van 0-19 jaar te voorkomen, te signaleren en op te lossen. Het onderzoek moet duidelijk maken waar de samenwerking leidt tot goede resultaten voor jongeren, waar dat niet het geval is en hoe het beter kan. In 2009 verschijnt een rapport met de eerste bevindingen. Integraal Toezicht Jeugdzaken beraadt zich op onderzoek onder nog eens twintig gemeenten met grote overgewichtproblematiek onder de jeugd. Ze zal de uitkomsten van het onderzoek gebruiken om bij de betrokken gemeenten verbeteringen op gang te brengen.

#### **4.4.1 Ouders en kinderen informeren over de gezonde keuze**

##### **Voorlichting aan ouders en opvoeders over gezonde voeding**

De opvoeding bepaalt bij jonge kinderen zeer direct het gedrag van het kind. Ook bij oudere kinderen en tieners is een goede opvoeding van groot belang voor de ontwikkeling van een gezonde leefstijl. Het gezin is de meest nabije leefomgeving voor kinderen. De rol van de ouders en opvoeders is dan ook bepalend bij de verwerking van de informatie die kinderen 'buiten' opdoen, zoals op school of uit de media (zie ook paragraaf 4.4.2). Het Voedingscentrum zal de komende jaren specifiek investeren in informatie en bewustwording van kinderen en jongeren met betrekking tot gezonde voeding. Ze zet daarvoor speciaal op de jeugd gerichte sites en magazines in. Daarnaast zal het Voedingscentrum zich richten op ouders met voorlichtingsmiddelen over verantwoorde voeding voor kinderen van 0-12 jaar. Dit gebeurt onder meer in samenwerking met de jeugdgezondheidszorg.

---

<sup>52</sup> Integraal Toezicht Jeugdzaken is een samenwerkingsverband van vijf rijksinspecties die toezicht hebben op organisaties op het gebied van jeugd. Meer informatie is te vinden op [www.jeugdinspecties.nl](http://www.jeugdinspecties.nl).



### **Doelstelling**

- Kinderen en ouders zijn zich bewust van nut en plezier van een gezonde leefstijl en de energiebalans, en weten hoe ze die kunnen verwezenlijken.

### **Aanpak**

- In 2009 en 2010 gerichte voorlichtingscampagnes en -middelen van het Voedingscentrum.

### **Wat leren kinderen op school over gezonde leefstijl?**

Kinderen brengen een groot deel van hun tijd door op de school. Het bevorderen van gezond gedrag is een van de kerndoelen van het onderwijs. Scholen in het primair en voortgezet onderwijs zijn verplicht in het curriculum aandacht te besteden aan gezonde leefstijl en bewegen.

In het primair onderwijs komt leefstijl en gezondheid vooral aan bod in het natuuronderwijs. SLO, nationaal expertisecentrum voor leerplanontwikkeling, heeft in opdracht van het ministerie van OCW lesmethoden en leermiddelen over voeding en bewegen voor het primair onderwijs onderzocht. SLO adviseert basisscholen over de kwaliteit ervan.

In het voortgezet onderwijs wordt een aantal lesuren per jaar besteed aan de relatie tussen voeding, lichamelijke activiteit en gezondheid. Dit gebeurt overwegend in het vak verzorging, maar ook bij biologie komt het thema aan de orde. Er worden verschillende lesmethoden gebruikt, waarvan de inhoud varieert. Het voornaamste doel van de lessen is kennisoverdracht, bijvoorbeeld over voedingsstoffen. Het ministerie van OCW laat SLO in 2009 onderzoek doen naar de verschillende lesmethoden biologie en verzorging in het voortgezet onderwijs.

### Lekker fit! voor de basisschool

'Lekker fit!' is een beknopte lesmethode voor het basisonderwijs, met structurele aandacht voor voeding, beweging en gezond kiezen. De methode, die werkt met zowel theorie- als praktijklessen, biedt leerkrachten en leerlingen veel nieuwe en interessante lesstof. De lessen kunnen goed worden ingepast in de lessen natuur, verzorging en lichamelijke opvoeding. Ook ouders en opvoeders spelen een belangrijke rol in Lekker fit!. In de werkboekjes staan veel opdrachten die het kind thuis maakt, samen met de ouders of verzorgers. Sommige scholen bekostigen de methode zelf, vaak is er ook gemeentesubsidie beschikbaar. De methode is bij uitstek geschikt om allerlei gezonde initiatieven van scholen, gemeenten en sportinstellingen aan elkaar te koppelen.

Uit een effectevaluatie van GGD Rotterdam-Rijnmond, Erasmus MC en VUMC blijkt dat het percentage kinderen met overgewicht in de interventiegroep minder sterk is toegenomen dan in de controlegroep (1,1% tegen 4,6%). In de bovenbouw zijn de verschillen niet significant, maar dat is mogelijk toe te schrijven aan een nog niet optimale implementatie. Leerkrachten die met 'Lekker fit!' hebben gewerkt, zien bij hun leerlingen veranderingen in kennis, opvattingen en gedrag met betrekking tot gezondheid.

In 2003 en 2004 heeft de Inspectie van het Onderwijs onderzoek gedaan naar voeding en bewegen in het onderwijs. Scholen besteden naast het leerstofaanbod ook op andere manieren aandacht aan eetgedrag van leerlingen, namelijk met regels en afspraken over wat en hoe er tijdens de schooluren wordt gegeten. Bij echt zichtbaar overgewicht ondernemen ze aanvullende acties. Op ruim een derde van de scholen voor primair onderwijs is geen vastgesteld leerstofaanbod voor voeding en gezond gedrag beschikbaar. De inspectie concludeert dat veel scholen zich nog te weinig bewust zijn van de toenemende overgewichtproblematiek onder kinderen. De onderwijstijd voor de thema's voeding en gezond gedrag en bewegen is al jaren ongewijzigd.<sup>54</sup>

De nationale scholenactie 'Ga voor Gezond!' bevat een lespakket voor kinderen in groep 1 tot en met 8 van de basisschool. De actie heeft als doel op school de gezondheid van kinderen te verbeteren. Ga voor Gezond! brengt samenhang aan tussen alle activiteiten, lesprogramma's en projecten die op school worden geïnitieerd op het gebied van gezondheid en veiligheid. Het gaat in deze scholenactie om het activeren en stimuleren van gezond en veilig gedrag op de basisschool. Ook bevordert de actie het verwerven van kennis en sociale vaardigheden met betrekking tot een gezonde leefstijl en veiligheid. In het lespakket komen onder andere gezonde voeding, voldoende bewegen en gezonde mobiliteit van en naar school aan bod. De scholenactie komt voort uit een samenwerkingsverband tussen publieke en private partijen. Met specifieke lesprogramma's als 'Smaaklessen' en 'SchoolGruiten' wordt de schooljeugd gestimuleerd om meer vanzelfsprekend en bewust voor gezonde producten als groenten en fruit te kiezen. De ministeries van VWS en LNV financieren de opzet van het lesprogramma 'Jeugd en voedsel', waarin SchoolGruiten en Smaaklessen worden geïntegreerd. Het aanbod van dit integrale programma aan scholen wordt afgestemd met het Centrum Gezond Leven en de acties van het Convenant overgewicht op dit gebied.

Veel scholen in het primair en voortgezet onderwijs doen mee met specifieke programma's en projecten die zich richten op gezond gedrag rond de thema's gezonde voeding en bewegen (zie ook paragraaf 4.4.2).

### **Doelstellingen**

- Kinderen en jongeren doen op school voldoende kennis op over gezondheid en het belang van een gezonde leefstijl, in het bijzonder voeding en bewegen.
- Scholen zijn zich bewust van de toenemende overgewichtproblematiek onder kinderen en jongeren.
- Scholen vullen het onderwijskerndoel gericht op het bevorderen van gezond gedrag optimaal in.

### **Aanpak**

- Scholen worden betrokken bij integrale lokale aanpakken van overgewicht onder de jeugd en worden gestimuleerd een 'gezonde school' te worden (zie ook paragraaf 4.4.2).
- Onderzoek door SLO ter ondersteuning van de keuze voor lesmethoden voor kennis en bewustwording ten aanzien van gezonde voeding en bewegen.
- Advies en ondersteuning van scholen door gezondheidsbevorderende instellingen, onder coördinatie van het Centrum Gezond Leven (zie ook paragraaf 4.4.2).
- De nationale scholenactie 'Ga voor Gezond!'
- Aanbod integraal lesprogramma 'jeugd en voedsel'.
- Leerlingendebatten op scholen in het voortgezet onderwijs over bewustwording van gezonde leefstijl.

#### 4.4.2 Opgroeien in een gezonde omgeving

De leefomgeving van kinderen en jongeren bestaat uit het gezin waarin ze opgroeien, de school die ze bezoeken en de buurt waar ze in wonen, sporten en buitenspelen. Ook de media waaraan ze worden blootgesteld hebben invloed.

##### **Het gezin: goed voorbeeld doet goed volgen**

Ouders en opvoeders vervullen een cruciale rol als het gaat om het gezond opgroeien van hun kinderen. De voorbeeldfunctie van ouders en opvoeders is van groot belang bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl.<sup>55</sup> Het voedings- en beweeggedrag van ouders zelf is bepalend voor de leefstijl van de kinderen. Om overgewicht bij kinderen tegen te gaan is het dus nodig om ouders bewust te maken van en (indien gewenst) te ondersteunen in hun rol als opvoeder op dit terrein. Dat dit nodig is blijkt uit signalen uit de praktijk van de jeugdgezondheidszorg: ouders zijn vaak geneigd te ontkennen dat hun kind overgewicht heeft, ook als dat feitelijk wel degelijk zo is. Ze relativeren regelmatig de problemen die er mogelijk het gevolg van zijn en hebben weinig kennis over gezonde voeding. Bovendien vinden ze het lastig om 'nee' te zeggen en grenzen te stellen. Ook relativeren ze het belang van hun eigen voorbeeldfunctie. De ouders wijten de ongezondheid van hun kind veelal aan de ongunstige omstandigheden die buiten hun invloed liggen, zoals het gebrek aan mogelijkheden in de buurt (bijvoorbeeld het ontbreken van een veldje om te spelen).

Kinderen van niet-westerse afkomst zijn al op jonge leeftijd gemiddeld vaker te zwaar dan kinderen uit westerse gezinnen. De voedingsgewoonten van hun ouders blijken een belangrijke factor bij het ontstaan van overgewicht bij allochtone kinderen. In consultatiebureaus wordt intensief ingezet op het informeren en adviseren van aanstaande en jonge ouders (zie ook paragraaf 4.4.4). In het bijzonder richt men zich op het bereiken van allochtone ouders en opvoeders. Voorlichting in eigen taal en cultuur blijkt hieraan een positieve bijdrage te leveren.<sup>56</sup> De consultatiebureaus worden ondersteund door landelijke organisaties die methodieken en materialen hebben ontwikkeld en voorlichtingscampagnes uitvoeren, onder andere het NIGZ, het NISB en het Voedingscentrum.

Voor de preventie van overgewicht is de zwangerschap en de periode kort na de geboorte van bijzonder belang. Het geven van borstvoeding heeft een preventief effect op het ontwikkelen van overgewicht in de kinderleeftijd.<sup>57</sup> In deze vroege ontwikkelingsfase kunnen kleine 'afwijkingen' van gezond gedrag grote gevolgen hebben voor de verdere ontwikkeling van het kind. Veel ouders hebben in deze periode behoefte aan betrouwbaar en deskundig advies bij dagelijkse vragen en zorgen rondom gezond opgroeien en opvoeden. Zij zijn in de periode voor en na de geboorte van hun kind ontvankelijk voor informatie over gezond gedrag, en bereid om hun eigen leefstijl in positieve zin aan te passen.

## Voor de preventie van overgewicht is de zwangerschap en de periode kort na de geboorte van bijzonder belang.

Het digitale voorlichtingsprogramma 'Hallo Wereld'<sup>58</sup> vormt een basisvoorziening die aansluit op deze behoefte. Hallo Wereld biedt ouders via internet 24 uur per dag en zeven dagen per week betrouwbare en begrijpelijke opgroei- en opvoedingsondersteuning, onder andere over het belang van een gezonde leefstijl en een gezonde opvoeding.

Uiteindelijk is het de zorgprofessional (de verloskundige en de medewerker jeugdgezondheidszorg) die een belangrijke rol zal krijgen in het doorverwijzen naar Hallo Wereld als digitale aanvulling op hun preventieve taken. Op deze manier kan het programma een bijdrage leveren aan de doelen van een laagdrempelig Centrum voor Jeugd en Gezin.

Opvoedingsondersteuning van ouders wordt versterkt als de professionals in kinderopvang en peuterspeelzalen goed zijn opgeleid en getraind in het bevorderen van gezonde voeding en bewegen bij baby's en peuters. Met de methodiek 'Beweegkriebels' van het NISB krijgen ouders en professionals ideeën, tips en informatie over bewegen met baby's en peuters. Het trainen van professionals die werken met de doelgroep 0-4 jarigen is onderdeel van Beweegkriebels. Zij worden geschoold in het ontwikkelen en uitvoeren van een uitdagend en speels beweegaanbod dat is afgestemd op de leeftijd van de kinderen. Enkele ROC's hebben Beweegkriebels opgenomen in de opleiding tot sociaalpedagogisch werker.

Vanuit het Convenant overgewicht is een interventie 'Eetplezier en Beweegkriebels' ontwikkeld gericht op ouders van kinderen van 0-4 jaar, medewerkers van peuterspeelzalen, kinderopvang en zogeheten 'voorscholen'. Deze interventie maakt gebruik van de methodiek van 'Beweegkriebels' en wil tevens gezond eetgedrag stimuleren. 'Eetplezier en Beweegkriebels' is gelanceerd op Valentijnsdag 2009. Het ministerie van VWS financiert samen met het Convenant overgewicht de ontwikkeling en uitrol van deze methodiek.

---

<sup>58</sup> Hallo Wereld is in 2006 door VWS ontwikkeld; momenteel valt de interventie onder de verantwoordelijkheid van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin. De inhoud van het programma is ontwikkeld in samenwerking met Consument en Veiligheid, het Kenniscentrum Overgewicht VUMC, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Amsterdamse Verloskundigen, Erfocentrum, NIGZ, NISB, Nederlands Jeugdinstituut (Nji), STIVORO, het Trimbos-instituut en het Voedingscentrum.

### **Doelstellingen**

- Ouders en opvoeders zijn zich bewust van hun belangrijke rol als opvoeder bij het bevorderen van de gezondheid en gezonde leefstijl van hun kinderen.
- Ouders en opvoeders zijn toegerust om deze rol waar te maken.
- Professionals die werken met jeugd 0-4 jaar zijn voldoende opgeleid en getraind in het thema gezonde voeding en bewegen.

### **Aanpak**

- Landelijke voorlichtingscampagnes over gezonde voeding en de energiebalans gericht op jonge ouders.
- Ouders stimuleren in het aanleren van gezonde voeding en bewegen aan hun kinderen met behulp van professionals in kinderopvang, peuterspeelzalen en 'voorscholen', onder andere door het programma 'Eetplezier en Beweegkriebels'.
- Een laagdrempelige en betrouwbare digitale hulpbron voor opgroei- en opvoedingsondersteuning voor aanstaande en jonge ouders: Hallo Wereld.

### **Reclame gericht op kinderen**

Naast de informatie die kinderen krijgen op school en via hun ouders of opvoeders, spelen ook de media een cruciale rol. De overheid juicht het toe dat in populaire kinderprogramma's 'stoere en gezond levende rolmodellen' steeds vaker een plek lijken te krijgen. Aan de andere kant wijzen opvoeders en deskundigen op de grote invloed van bepaalde reclame-uitingen – ook gericht op jonge kinderen – die het moeilijker maakt om de gezonde keuze te maken. Een beperking van dergelijke marketing zou zowel kinderen als ouders en opvoeders kunnen helpen.

In 2006 hielden de Consumentenbond en de Nederlandse Hartstichting een pleidooi voor maatregelen om kinderen te beschermen tegen de grote invloed van reclame voor ongezonde producten.<sup>59</sup> De Voedsel en Waren Autoriteit concludeerde in datzelfde jaar dat bij ruim een derde van de geteste ongezonde producten bij jonge kinderen marketingtechnieken werden ingezet, zoals kleine cadeautjes (zogenoeten 'premiums') en het gebruik van populaire figuren op de verpakking.<sup>60</sup> Twee op de drie producten werden ook via internet aangeprezen. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat dit de situatie in 2005 betreft. In dat jaar was de Reclamecode voor voedingsmiddelen, opgesteld door de Federatie Nederlandse Levensmiddelen Industrie, nog niet van kracht (zie kader).

### Reclamecode voor voedingsmiddelen

Op 2 juni 2005 werd de Reclamecode voor voedingsmiddelen van de Federatie Nederlandse Levensmiddelen Industrie (FNLI) van kracht. Deze reclamecode is onderdeel van de Nederlandse Reclame Code. De Reclamecode voor voedingsmiddelen verbiedt onder meer actieve aanprijzing door populaire stripfiguren en een verbod op spaaracties. Maatschappelijke druk noopte de FNLI de code verder aan te scherpen. Een herziene versie is eind 2007 aan de Reclame Code Commissie voorgelegd. De aanscherping omvat onder andere een verbod op zogeheten 'samplingacties' (het gratis weggeven van een product of een monster) en een beperking van reclame gericht op kinderen tot 7 jaar in massamedia en op internet. Binnen de Reclame Code Commissie bestaat onenigheid over dit voorstel. De consumentenorganisaties willen de leeftijdsgrens voor reclamebeperking opgehoogd zien tot 12 jaar. Dit blijkt voor een deel van de levensmiddelenindustrie niet aanvaardbaar. Er loopt een bemiddelingstraject om dit conflict op te lossen. De herziene Reclamecode voor voedingsmiddelen is daarom nog niet aangenomen.

Er is veel onderzoek gedaan naar de invloed van marketing op kinderen, en ook specifiek naar de beïnvloeding van het eetpatroon en van de houding en het begrip van kinderen als het gaat om voeding. Marketing beïnvloedt de voorkeuren en voedselconsumptie van kinderen.<sup>61</sup> Het grootste deel van de voedingsmiddelenreclame gericht op kinderen betreft ongezonde, energierijke voedingsmiddelen die niet passen in een goede basisvoeding.

Nederlands onderzoek bij kinderen van 4-12 jaar laat zien dat televisiereclame leidt tot meer consumptie van de geadverteerde voedingsmiddelen en het risico op overgewicht en obesitas kan verhogen bij kinderen onder de twaalf jaar.<sup>62</sup> In Noorwegen, Zweden, Ierland en het Verenigd Koninkrijk heeft de overheid dergelijke reclame aan beperkingen onderworpen, op grond van wetenschappelijke aanwijzingen dat (televisie)reclame voor ongezonde voedingsproducten de gezondheid van kinderen en jongeren negatief beïnvloedt en het risico op overgewicht vergroot. De minister voor Jeugd en Gezin heeft de levensmiddelenindustrie opgeroepen<sup>63</sup> geen reclame voor ongezonde voeding te maken die gericht is op kinderen onder de twaalf jaar. Deze leeftijdsgrens is genomen omdat kinderen onder de twaalf nog niet goed in staat zijn het commerciële karakter van reclameboodschappen te onderkennen. Diverse internationale bedrijven doen al vrijwillig aan reclamebeperking voor kinderen. Elf grote food-multinationals, verantwoordelijk voor tweederde van de advertentie-uitgaven voor voedingsmiddelen binnen de EU, hebben aangekondigd uiterlijk eind 2008 te stoppen met reclame voor ongezonde producten gericht op kinderen onder de twaalf. Een van deze elf bedrijven is het grootste voedingsmiddelenconcern van Nederland. Dit concern beperkt de



marketing op kinderen onder de twaalf jaar al langer vrijwillig tot producten die zijn voorzien van het Ik Kies Bewust-logo.

Uitgangspunt voor kabinet is dat beperking van reclame voor ongezonde voeding gericht op kinderen door zelfregulering tot stand komt. Dit is ook in lijn met de recente EU-richtlijn Audiovisuele mediadiensten. Op grond van deze richtlijn dienen lidstaten aanbieders van audiovisuele mediadienst aan te moedigen een gedragscode te ontwikkelen voor reclame in en rondom kinderprogramma's voor producten die niet passen in een gezond voedingspatroon.<sup>64</sup> Deze richtlijn wordt door middel van een wijziging van de Mediawet in de Nederlandse wetgeving geïmplementeerd. Het wetsvoorstel zal de Tweede Kamer in het eerste kwartaal van 2009 bereiken. Voor Nederland kan de eerder genoemde Reclamecode voor voedingsmiddelen worden beschouwd als de gedragscode die de EU-richtlijn op het oog heeft. Mede in het licht van de implementatie van de richtlijn doet de overheid een dringend beroep op de voedingsmiddelenindustrie om de huidige code aan te scherpen, zodat ook kinderen tot twaalf jaar onder de bescherming vallen tegen reclame voor voedingsmiddelen die niet in een gezond voedingspatroon passen.

#### **Doelstelling**

- Kinderen onder de 12 worden zoveel mogelijk gevrijwaard van een reclameaanbod voor voedingsmiddelen die niet passen in een gezond voedingspatroon.

#### **Aanpak**

- Betrokken partijen aanzetten tot het uiterste te gaan om uit de impasse rond aanpassing van de Reclamecode te komen.
- Vervolgmeting 'Kidsmarketing' door de VWA in 2009.
- Internationale samenwerking en afstemming zoeken bijvoorbeeld in EU/WHO-verband.

#### **Een gezonde schoolomgeving**

In paragraaf 4.4.1 is al beschreven dat scholen verplicht zijn om onderwijs te bieden rond bevordering van gezond gedrag bij kinderen en jongeren. De nadruk lag in die paragraaf op kennisoverdracht en bewustwording. In deze paragraaf gaan we nu verder in op welke wijze de schoolomgeving gezond gedrag en een gezonde leefstijl van leerlingen kan stimuleren.



### **JUMP-in**

Het Amsterdamse project JUMP-in biedt sinds 2002 laagdrempelige (school)sport aan kinderen van 4-12 jaar en betreft ouders en opvoeders daarbij. JUMP-in kent een gestructureerde aanpak met een leerlingvolgsysteem, oudervoorlichting, binnen- en buitenschools sport- en beweegaanbod en een aangepast sportaanbod voor kinderen met overgewicht en een motorische achterstand. Uit een evaluatie blijkt dat het programma kan voorkomen dat kinderen minder gaan bewegen als ze ouder worden. Een uitgebreid evaluatieonderzoek is in 2008 gestart.

Het leerlingvolgsysteem houdt de deelname van de kinderen aan de sport en beweegactiviteiten bij. Hierdoor wordt het mogelijk om kinderen te benaderen die nog niet mee doen aan sport en bewegen, om het aanbod op die groep af te stemmen en om te zien of de juiste groep wordt bereikt en welk effect dit heeft.

Een 'planposter' in de klas houdt de vorderingen van elk kind bij. De kinderen nemen hun werkboek mee naar huis, zodat zij samen met hun ouders of opvoeders leren hoe je meer kunt bewegen en waarom dat zo belangrijk is. Diëtisten en voorlichters eigen taal en cultuur lichten ouders voor met films, een beweegweek en een sportmarkt.

De module 'De klas beweegt!' zorgt met beweeg- en ontspanningsoefeningen tussen de lessen door voor een leuke en inspirerende onderbreking van de dag.

'Bewegen doe je zo!' stimuleert kinderen aansluitend om (ook thuis) genoeg te blijven bewegen, bijvoorbeeld met opdrachten als 'teken de sport van je dromen'.

JUMP-in biedt alle kinderen die (nog) niet sporten een passend bewegingsaanbod, tijdens én na school. Speciaal voor kinderen met overgewicht of met een bewegingsachterstand is er Club Extra en de zogeheten Motorische Remedial Teaching. In kleine groepjes leren kinderen wat ze wél kunnen, en hoe zij stapsgewijs weer met plezier met andere kinderen mee kunnen sporten.

### **De Gezonde Schoolkantine**

De minister voor Jeugd en Gezin wil bevorderen dat meer scholen hun voedingsaanbod gezonder maken. Lesprogramma's over gezonde leefgewoonten in combinatie met een gezond aanbod van voeding op school, dragen namelijk bij aan het verminderen van overgewicht bij kinderen. Dat blijkt uit recent onderzoek in achttien vmbo-scholen.<sup>65</sup> Toch is een gezond voedingsaanbod op scholen bepaald nog geen gewoonte. Uit RIVM-onderzoek blijkt dat op ruim 90 procent van de schoollocaties in het voortgezet onderwijs een frisdrankautomaat staat en op ruim 75 procent een snoepautomaat.<sup>66</sup> Eén op de vijf locaties bieden geen light-frisdranken aan via de automaten. Een bewuster en actiever beleid van scholen zou hier verschil kunnen maken. Als bijvoorbeeld in de automaten op school een groter assortiment van gezonde voedingsmiddelen beschikbaar is, blijken scholieren vaker te kiezen voor deze producten. Het programma 'De Gezonde Schoolkantine' van het Voedingscentrum biedt scholen praktische informatie en ondersteuning om van hun schoolkantine een gezonde schoolkantine te maken. De ministeries van LNV, VWS, OCW en VROM financieren de jaarlijkse Stimuleringsprijs Gezonde Schoolkantine. 75 scholen in het voortgezet onderwijs konden in 2008 hiervan gebruik maken. Knelpunt is dat veel scholen wel willen, maar dat het hen vaak ontbreekt aan capaciteit om mee te doen.



## **Werkplaats Gezonde School**

De werkplaats Gezonde School is een van de samenwerkingsverbanden binnen het Centrum Gezond Leven van het RIVM. Het doel van de werkplaats is om meer samenhang te bereiken in gezondheidsbevorderende initiatieven in het onderwijs. Hiervoor wordt samengewerkt met onder andere de gezondheidsbevorderende instellingen, de GGD'en en het onderwijsveld (scholen en onderwijsbegeleidingsdiensten). Idealiter werken de GGD en de onderwijsbegeleidingsdienst op lokaal niveau samen met de school aan een samenhangend gezondheidsbeleid, ook rond overgewicht, dat goed aansluit bij het onderwijssysteem. De werkplaats Gezonde School ontwikkelt een predikaat 'Gezonde School' dat de scholen mogen voeren als ze voldoen aan bepaalde criteria. Het kan aantrekkelijk zijn voor scholen om dit predikaat te verwerven, omdat ze dit kunnen gebruiken als promotie richting toekomstige leerlingen en hun ouders. Voorbeelden van scholen die zich profileren met het imago 'gezond' staan in Bilthoven en Breda. Analoog aan de zogeheten 'leeflijnen' die horen bij de 'Handleiding Preventie van Overgewicht in Lokaal Gezondheidsbeleid' van het Voedingscentrum, wordt ook voor de scholen gewerkt aan een dergelijk overzicht van kansrijke interventies en maatregelen. In het kader van de Gezonde School heet deze de 'leerlijn'.

### **Doelstellingen**

- Er is meer samenhang en eenheid in aanbod van gezondheidsbevorderende initiatieven in het onderwijs.
- Scholen werken structureel aan een gezonde schoolomgeving met een gezond voedingsaanbod.
- In 2010 heeft 25 procent van de scholen in het voortgezet onderwijs een gezonde schoolkantine.
- 160 scholen in het voortgezet onderwijs doen in 2009 en 2010 mee met de Stimuleringsprijs Gezonde Schoolkantine.

### **Aanpak**

- Verdere ontwikkeling werkplaats Gezonde School.
- Scholen wijzen op het belang van aandacht voor gezondheid op school (imago, leerprestaties).
- Ontwikkelen en bevorderen van het predikaat Gezonde School.
- De Gezonde Schoolkantine onderdeel maken van criteria voor het predikaat Gezonde School.
- Competitie Stimuleringsprijs Gezonde Schoolkantine in 2009 en 2010.

### **Impuls brede scholen, sport en cultuur**

Sport en bewegen zijn een belangrijk onderdeel van gezond opgroeien en dragen bij aan sociale vaardigheden en leerprestaties. De 'Impuls brede scholen, sport en cultuur' versterkt de sport-, onderwijs- en cultuursector met 2500 'combinatiefuncties'. De staatssecretarissen van VWS en OCW willen door deze combinatiefuncties zowel het bewegen van jongeren stimuleren als hen kennis laten maken met een actieve beoefening van cultuur. Combinatiefunctionarissen zijn professionals, die deels werkzaam zijn in het onderwijs en deels in de sport- of cultuursector. Hierdoor krijgt de samenwerking tussen school en sport een structurele stimulans. Combinatiefunctionarissen worden ingezet om extra activiteiten te organiseren op lokaal niveau. Daarbij letten veel gemeenten op mogelijke valkuilen als deelname van steeds dezelfde groep al sportieve kinderen en het niet bereiken van de inactieve jeugd. De gemeente Amsterdam heeft bijvoorbeeld combinatiefunctionarissen aangesteld die worden ingezet voor het project JUMP-in (zie voorgaande tekstbox). Deze combinatiefunctionarissen worden bijgeschoold in het hanteren van het leerlingvolgsysteem.

## Sport en bewegen zijn een belangrijk onderdeel van gezond opgroeien en dragen bij aan sociale vaardigheden en leerprestaties.

De 'Impuls brede scholen, sport en cultuur' komt rechtstreeks ten goede aan cultuur-, sport- en beweegactiviteiten op lokaal niveau. De combinatiefuncties worden gerealiseerd in samenwerking met gemeenten – die vanaf het tweede jaar circa 60 procent cofinanciering voor hun rekening nemen – en met de onderwijs-, sport- en cultuursector. De eerste tranche van dertig gemeenten uit de zogeheten G31 uit het Grotestedenbeleid, is per 1 januari 2008 begonnen.

De komende jaren volgen nog meer tranches waarvoor gemeenten in aanmerking komen op volgorde van hun inwonertal onder de 18 jaar. In 2012 is de Impuls op volle sterkte. Zij biedt een enorme kans om het aanbod voor de jeugd te vergroten, maar ook om scholen en sportverenigingen verder te ontwikkelen, het percentage vakleerkrachten in het primair onderwijs te laten toenemen en de samenwerking tussen scholen en sportverenigingen te verbeteren.

## **Beleidskader Sport, Bewegen en Onderwijs**

Het beleidskader 'Sport, Bewegen en Onderwijs' is vooral bedoeld voor de grootste risicogroepen op het gebied van bewegingsarmoede, overgewicht en schooluitval in de veertig krachtwijken. Het gaat om een gerichte aanpak voor het speciaal onderwijs, en voor vmbo- en mbo-scholen. Juist in de krachtwijken blijken sportvoorzieningen onder de maat. Het is belangrijk dat scholen – gesteund door gemeenten – in deze wijken het initiatief nemen om meer sport- en beweegaanbod te creëren via de context van de brede school.

### **Scoren voor Gezondheid**

'Scoren voor Gezondheid' is een landelijk project waarbij voetballers uit de Eredivisie kinderen van de basisschool aanzetten tot een gezonde leefstijl. Kinderen tekenen een contract om zo weken goed te bewegen en gezond te eten. De voetballers zijn aanwezig bij de ondertekening, geven clinics en nemen deel aan de afsluiting van het project.

Het doel van dit project is kinderen (9-12 jaar) en hun ouders en opvoeders bewustmaken en daadwerkelijk aanzetten tot een gezonde leefstijl. Het contract dat kinderen met hun idolen sluiten, motiveert hen en hun opvoeders tot een gezonde leefstijl met veel bewegen en gezond eten. Zij realiseren zich de waarde daarvan, en hun concrete activiteiten leiden tot positieve resultaten op het gebied van kennis over voeding en bewegen, gewicht, spierkracht en vetpercentage.

In 2008 en 2009 wordt Scoren voor Gezondheid, mede met ondersteuning van VWS, verder uitgebreid naar eerste divisie- en amateurclubs. Het project wordt aangesloten op al bestaande beweegactiviteiten in gemeenten en op de onderwijsactiviteiten van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen.

In het beleidskader geven de ministeries van VWS en OCW aan hoe zij de verbinding tussen sport en onderwijs verder willen versterken. Het doel is een samenhangend en dekkend sport- en beweegaanbod voor de jeugd. De combinatiefuncties uit de 'Impuls brede scholen, sport en cultuur' zijn een belangrijk instrument. Het is de bedoeling langs die weg een sterke samenwerking tussen sport, onderwijs en andere relevante partners te bewerkstelligen. Sport en beweging kan een bijdrage leveren aan de doelen van het kabinet op het gebied van overgewicht, maar ook aan die op het terrein van het beperken van schooluitval en het bevorderen van talentontwikkeling.

## **Kinderen doen mee!**

In 2008 heeft de staatssecretaris van SZW met honderd gemeenten convenanten 'Kinderen doen mee!' gesloten. De betrokken gemeenten krijgen middelen om kinderen uit kansarme gezinnen maatschappelijk te laten deelnemen. Dit betekent een aanzienlijke impuls om kinderen uit achterstandssituaties meer te laten sporten. Aanvullend heeft VWS het Jeugdsportfonds gesubsidieerd om gemeenten te helpen met het oprichten van lokale jeugdsportfondsen.

Het programma 'Meedoen allochtone jeugd door sport' van de staatssecretaris van VWS (zie ook paragraaf 4.1.2) loopt van 2006 tot 2010. In de elf gemeenten met de meeste allochtone jeugd, werken in dit kader ruim vijfhonderd sportverenigingen uit negen takken actief mee om de achterstand in sportdeelname van allochtone jeugd (met name de meisjes) weg te werken.

### **Doelstellingen**

- Er is een groter dagelijks sport- en beweegaanbod op en rond scholen.
- Het aantal brede scholen in het primair en voortgezet onderwijs met een sport- en cultuuraanbod is uitgebreid.
- Circa 10 procent van de sportverenigingen is versterkt.
- Professionals en vrijwilligers zijn goed toegerust voor hun taak.
- Risicogroepen – zowel in termen van bewegingsarmoede als schooluitval – op het vmbo en het mbo zijn geactiveerd.
- Talenten krijgen kansen zich te ontwikkelen tot toptalenten.
- Kinderen uit achterstandsgezinnen gaan meer sporten.
- Allochtone jeugd gaat meer sporten.

### **Aanpak**

- Aanstelling van 2500 fte 'combifunctionarissen' in het kader van de Impuls brede scholen, sport en cultuur.
- Ontwikkeling van effectieve interventies en een aangepast sport- en beweegaanbod in de sportsector.
- Innovatie op het gebied van accommodaties (vooral renovatie, inrichting, beheer en beter gebruik).
- Afsluiten van convenanten 'Kinderen doen mee!'
- Ondersteuning lokale jeugdsportfondsen.

## Jeugd, voedsel en groen

Voor een gezonde geestelijke en lichamelijke ontwikkeling is verbondenheid met voedsel en groen van belang. Regelmatig contact met de groene omgeving en kennis over de herkomst van voedsel is niet meer vanzelfsprekend. Onderzoek toont aan dat verbondenheid met groen en voedsel een bijdrage kan leveren aan het voorkomen en terugdringen van diverse maatschappelijke problemen, waaronder overgewicht. Zo laat het project 'Natuursprong' – een samenwerking van Jantje Beton, Staatsbosbeheer, NISB en LNV – kinderen buiten spelen onder begeleiding van een sportinstructeur op een Staatsbosbeheerterrein. Ook wordt overwogen 'meester Bert' als ambassadeur van schooltuinen te laten optreden. Bert Ydema was ruim veertig jaar natuuronderwijzer op een schooltuin in Amsterdam en schreef daarover het boek 'De Groene Hemel'.

De minister van LNV ziet de jeugd als een belangrijke doelgroep. De LNV-aanpak richt zich op jeugd, natuur, voedsel en gezondheid. Activiteiten zijn gericht op het stimuleren van het totstandkomen van netwerken en het scheppen van voorwaarden om jeugd te betrekken via natuur- en milieueducatie. Daarbij wordt gebruik gemaakt van subsidieregelingen, zoals de Regeling draagvlak natuur. Ook in de sector toerisme en recreatie kunnen bedrijven gezondere voeding aanbieden. De staatssecretaris van EZ en de minister van LNV ondersteunen in de Toerismebrief het initiatief van een aantal attractieparken om gezonder voedsel aan te bieden aan consumenten (campagne 'Friss fruit').

### Doelstelling

- Kinderen zijn meer verbonden met de groene omgeving.

### Aanpak

- Subsidies via de Regeling draagvlak natuur.
- Project 'Natuursprong'.
- Ontwerpwedstrijd voor groene speelplekken.

## 4.4.3 Integrale aanpakken werken het best

Ook bij kinderen en jongeren is een integrale en samenhangende lokale benadering een belangrijke sleutel om overgewicht goed te kunnen aanpakken. Die integrale aanpak voor de jeugd kan op lokaal niveau versterkt worden door een betere regie vanuit het lokale bestuur.

### de EPODE-methodiek

De in Frankrijk ontwikkelde EPODE-aanpak (Ensemble, Prévenons l'Obésité des Enfants; zie kader op de volgende bladzijde) lijkt ook in Nederland kansrijk. Het bedrijfsleven is bereid om een aan de Nederlandse omstandigheden aangepaste



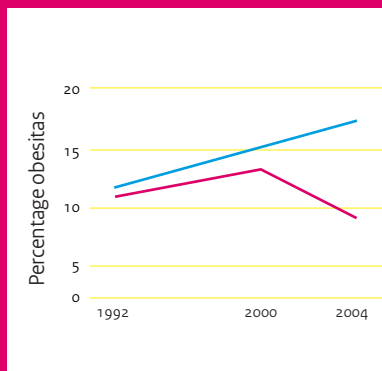
## EPODE

De afkorting van dit succesvolle Franse initiatief om overgewicht bij kinderen aan te pakken staat voor Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants ('gezamenlijk voorkomen we obesitas bij kinderen'). EPODE richt zich op het stimuleren van gezond gedrag (voeding en bewegen), door gezinnen te ondersteunen in hun alledaagse activiteiten. De basis van het programma wordt gevormd door duurzame samenwerking tussen lokale partijen als onderwijs, zorg, welzijn, sport, gemeente, woningbouwcorporaties, supermarkten, bibliotheken, horeca, bedrijfsleven, media en vervoerders.

Een lokale manager – in Frankrijk aangesteld door de burgemeester – heeft de leiding. Deze manager wordt ondersteund door een team van professionals, een sociaal marketing-team en een onafhankelijke wetenschappelijke commissie die de effecten van de interventies onderzoekt. EPODE is een langjarige integrale aanpak die werkt vanuit een sterke politieke betrokkenheid. Belangrijk in de aanpak is de samenhang en versterking van beleid, praktijk en onderzoek, en de samenhang tussen gemeentelijk en landelijk beleid. Het motto is: houd het simpel, het gaat tenslotte om kinderen. Zorg dat de aanpak dichtbij, positief, concreet en duidelijk is. Maak de aanpak integraal en duurzaam. En vermijd een eenzijdige financiering, dus werk met publiek-private partnerschappen.

In Frankrijk zijn de resultaten tot nu toe zeer positief. Vooral de brede en integrale aanpak leidt tot een daad-werkelijke daling van het percentage kinderen met obesitas. De Europese Commissie beveelt een aanpak conform EPODE aan voor alle lidstaten.

De grafiek laat zien dat de plaatsen waar EPODE begonnen is (rood), op langere termijn een halvering van het percentage kinderen met obesitas hebben gerealiseerd, in tegenstelling tot controleplaatsen (blauw).



aanpak op basis van deze systematiek te promoten en heeft daar geld voor beschikbaar gesteld. Ook het Convenant overgewicht gaat in 2009 aan de slag met het promoten en verspreiden daarvan. De rijksoverheid zal de introductie van deze aanpak bij Nederlandse gemeenten ondersteunen.

### **Doelstelling**

- Gemeenten voeren regie op een integrale en samenhangende aanpak van overgewicht bij kinderen en jongeren, bij voorkeur volgens de beginselen van EPODE, aangepast aan de Nederlandse omstandigheden.

### **Aanpak**

- Benoeming van een ambassadeur voor een integrale en samenhangende lokale aanpak van overgewicht bij kinderen.
- Bundeling van diverse initiatieven voor uitrol van een integrale en samenhangende lokale aanpak van overgewicht bij kinderen.
- ZonMw krijgt de opdracht om een infrastructuur op te zetten ter ondersteuning van gemeenten die met een integrale en samenhangende lokale aanpak van overgewicht bij kinderen aan de slag gaan.
- Integraal Toezicht Jeugdzaken onderzoekt in 2009 in hoeverre gemeenten met grote overgewichtproblematiek onder de jeugd er in slagen een samenhangend en integraal beleid te voeren.

### **Kindvriendelijke steden**

Het netwerk Child Friendly Cities is in ons land een initiatief van de VNG en Jantje Beton. Het netwerk richt zich op het leefbaarder maken van de leefomgeving voor kinderen. De internationale beweging Child Friendly Cities is in 1996 gestart door Unicef/UN-Habitat. Het is een wereldwijd initiatief, gerelateerd aan de implementatie van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind.

Op 5 november 2008 ondertekenden alle partijen van het Europese netwerk Child Friendly Cities een verklaring voor het kindvriendelijker maken van steden.

De verklaring stelt dat er meer aandacht moet zijn voor de positie van kinderen. De ondertekenaars streven naar een goede inrichting van de openbare ruimte, en naar een veilige, gezonde en beschermde omgeving voor kinderen om op te groeien. Ook willen zij voldoende scholen en goede gezondheidszorg voor kinderen, en mogelijkheden voor ouders om te wonen en werken. Dit is nodig voor kinderen om op te kunnen groeien en zich te kunnen ontwikkelen. Een integrale aanpak van al deze onderwerpen staat centraal.

#### 4.4.4 Verbinden van preventie en zorg voor de jeugd

##### **Preventieve zorg voor alle kinderen en jongeren tot negentien jaar**

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is preventieve gezondheidszorg die aan alle kinderen en jongeren van 0-19 jaar wordt aangeboden. Het doel van de JGZ is het volgen van de ontwikkeling van de jeugd, het signaleren van stoornissen daarin en het tijdig aanbieden van interventies. In de eerste vier levensjaren ligt het accent voornamelijk op de lichamelijke, psychische en cognitieve ontwikkeling, en op mogelijke risico's in het gezin waarin kinderen opgroeien. Gedurende de basisschoolleeftijd verschuift het accent naar de sociale ontwikkeling (vriendjes, pesten) en vanaf het voortgezet onderwijs is daarnaast ook aandacht voor de maatschappelijke positie (school, schoolverzuim, vrijetijdsbesteding) van de jongere.

Het in kaart brengen van de groei en ontwikkeling van kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar gebeurt op het consultatiebureau. Kinderen krijgen er de vaccinaties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma. Op een aantal momenten worden zij ook gewogen en gemeten, en krijgen ouders vragenlijsten voorgelegd over eet- en beweeggedrag en verdere ontwikkelingen van het kind. Sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw heeft het consultatiebureau een bereik van vrijwel 100 procent. De medewerkers zien dus bijna alle kinderen. Al deze taken zijn opgenomen in het zogeheten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar.<sup>67</sup> Het consultatiebureau zal op termijn opgaan in het Centrum voor Jeugd en Gezin.

##### **Diagnostiek, signaleringsprotocol en richtlijnontwikkeling**

Met het oog op preventie is het van belang om zo vroeg mogelijk overgewicht en obesitas bij kinderen te kunnen signaleren. Er zijn voor 0-2 jarigen echter nog geen zogeheten 'afkappunten' gedefinieerd voor de diagnostiek van overgewicht en obesitas. Aan de Gezondheidsraad is advies gevraagd over de preventie en behandeling van overgewicht bij 0-2 jarigen, waarbij de bevindingen worden betrokken van het Partnerschap Overgewicht Nederland over dit onderwerp. Voor de professionals in de JGZ is een uniform signaleringsprotocol ontwikkeld voor het meten en signaleren van overgewicht bij de jeugd. Dit was nodig omdat voorheen veel diversiteit bestond in de manier van meten van lengte en gewicht en

---

<sup>67</sup> Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar is opgebouwd uit een uniform en een maatwerkdeel. De activiteiten in het maatwerkdeel kunnen per gemeente verschillen, omdat de gemeente het zorgaanbod afstemt op de specifieke zorgbehoefte en op de gezondheidssituatie van de kinderen in de gemeentelijke regio. In het maatwerkdeel kunnen bijvoorbeeld interventies ter bestrijding van overgewicht worden opgenomen of cursussen opvoedingsondersteuning. De activiteiten uit het Basistakenpakket worden aangeboden tijdens landelijk vastgestelde contactmomenten. Er zijn vijftien contactmomenten in de leeftijdsperiode van 0-4 jaar en drie in de leeftijdsperiode 5-13 jaar. Op indicatie kunnen daarnaast maximaal drie extra consulten of huisbezoeken plaatsvinden.

de interpretatie daarvan. Het protocol beschrijft de methode, het meetinstrument en de criteria voor signalering van overgewicht. Een en ander past binnen het basistakenpakket van de JGZ.

In het ZonMw-programma 'Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg' is in 2008 een aanvraag gehonoreerd om een multidisciplinaire richtlijn overgewicht jeugd te ontwikkelen. Als vertrekpunt voor het ontwikkelen van deze richtlijn gelden onder andere het signaleringsprotocol en de vroegdiagnostiek overgewicht bij 0-2 jarigen.

### **Overbruggingsplan**

Naast het signaleringsprotocol is er een overbruggingsplan opgesteld dat professionals houvast biedt voor de begeleiding (van ouders met) kinderen met overgewicht. Het is een methode voor gedragsverandering op de verschillende contactmomenten in de JGZ. Het overbruggingsplan bestaat uit onder meer anamneselijsten, adviezen, aanwijzingen voor motiverende gespreksvoering en ondersteunende informatie. De speerpunten zijn borstvoeding, het drinken van minder zoete dranken, meer buiten spelen en bewegen, minder tv-kijken en computeren, en regelmatig en gezond ontbijten.

In het thematisch toezicht op de jeugdgezondheidszorg dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg het afgelopen jaar uitvoerde, is gekeken in hoeverre professionals van de jeugdgezondheidszorg werken volgens het signaleringsprotocol en het overbruggingsplan. De eerste resultaten laten zien dat nog veel verbetering mogelijk is. De definitieve rapportage verschijnt naar verwachting voorjaar 2009. Richtlijn, signaleringsprotocol en overbruggingsplan zullen onderdeel gaan uitmaken van de zorgstandaard die het partnerschap ontwikkelt (zie paragraaf 4.3.2). Daarbinnen wordt ook gewerkt aan een ketenzorgmodel voor kinderen.

#### **Doelstelling**

- JGZ en eerstelijns gezondheidszorg worden effectief ingezet bij gegevensverzameling, signalering en aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren.

#### **Aanpak**

- Advies van de Gezondheidsraad over diagnose en aanpak overgewicht 0-2 jarigen.
- Uniforme toepassing van het signaleringsprotocol door de jeugdgezondheidszorg.
- Ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn overgewicht jeugd.
- Verbetering van de uitvoering van het overbruggingsplan.

### **Bewegestimulering door de jeugdgezondheidszorg**

VWS heeft aan het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM opdracht gegeven een standpunt op te stellen over bewegestimulering door de JGZ. In dit standpunt moet

worden aangegeven welke mogelijkheden de JGZ heeft om binnen de reguliere contactmomenten van het basistakenpakket bewegen bespreekbaar te maken, erover te adviseren en kinderen zo nodig gericht te verwijzen naar passende beweegactiviteiten. Uiteindelijk doel is te komen tot een JGZ-Richtlijn Bewegestimulering. In het standpunt zal het RIVM eerst moeten aangeven of aanvullend onderzoek nodig is, bijvoorbeeld over de effectiviteit van beweeginterventies, voordat men kan beginnen met de ontwikkeling van een richtlijn. Het standpunt zal naar verwachting verschijnen in het voorjaar van 2009.

Naast de individuele signalering en advisering, kan de JGZ ook een belangrijke rol spelen bij het stimuleren van bewegen binnen de Gezonde School. Te denken valt aan intensivering van de lessen lichamelijke opvoeding en het stimuleren van sportieve activiteiten buiten schooluren of bij de naschoolse opvang. Ook kan het gaan om het stimuleren van lopen of fietsen naar school in plaats van met auto of bus.

#### **Doelstelling**

- De jeugdgezondheidszorg draagt bij aan de beweegstimulering van kinderen en jongeren.

#### **Aanpak**

- RIVM-standpunt over de rol van de jeugdgezondheidszorg bij beweegstimulering van kinderen en jongeren.

### **Zorg voor kinderen en adolescenten met zeer ernstig overgewicht (morbide obesitas)**

Het aantal kinderen en adolescenten met zeer ernstig overgewicht ('morbide obesitas') is de afgelopen decennia sterk gestegen. In Nederland gaat het nu om circa 0,3 tot 0,5 procent van de kinderen en adolescenten. Bij deze groep is vaak sprake van bijkomende aandoeningen, bijvoorbeeld diabetes type 2, verhoogde bloeddruk, verstoorde vetstofwisseling en leververvetting, ademhalingsstoornissen en orthopedische problemen. Ook is soms sprake van psychische problemen, bijvoorbeeld een negatief zelfbeeld, angststoornissen, depressie en suïcidegedachten. De levenskwaliteit van deze groep is vaak sterk verminderd, zowel lichamelijk, psychisch als sociaal. Meer dan 80 procent van deze groep is ook obees als volwassene. Daardoor zullen hun gezondheidsproblemen op latere leeftijd nog sterk toenemen.

Goede medische zorg voor kinderen en adolescenten met zeer ernstig overgewicht is van groot belang. Beschikbare interventies variëren van gecombineerde intensieve leefstijlinterventies en medicatie tot chirurgische ingrepen (bijvoorbeeld

## Goede medische zorg voor kinderen en adolescenten met zeer ernstig overgewicht is van groot belang.

het plaatsen van een maagband). De recent gepubliceerde multidisciplinaire CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' ontraadt het gebruik van geneesmiddelen bij kinderen en adolescenten, en beveelt chirurgische interventies niet aan. De eerste keus is een behandeling die allereerst bestaat uit het verminderen van de energie-inname door een dieet dat leidt tot verbetering van het eetgedrag. Verder gaat het om het verhogen van de lichamelijke activiteit. Psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering kunnen op maat worden toegevoegd. Bij de behandeling worden de eet- en leefgewoonten van het gehele gezin betrokken.

Tijdens de werkconferentie van het Partnerschap Overgewicht Nederland is uitvoerig gesproken over chirurgie bij kinderen en adolescenten. In 2009 zal het partnerschap op basis van de werkconferentie met een advies komen op dit punt, dat kan worden opgenomen in de zorgstandaard overgewicht en obesitas bij kinderen.

rink

smullers

kaassoufflé



# 5 Monitoring en onderzoek

**Monitoring is belangrijk om de ontwikkeling van overgewicht en obesitas in de Nederlandse bevolking te kunnen volgen. Dit hoofdstuk beschrijft ook het onderzoek dat plaatsvindt in het kader van overgewicht en obesitas. Het genereren van nieuwe kennis en deze effectief delen en toepassen is van belang om te komen tot een effectievere preventie van overgewicht en obesitas.**

## 5.1 Monitoring

### 5.1.1 Volwassenen

Monitoring is belangrijk om de ontwikkeling en verdeling van overgewicht en obesitas in de Nederlandse bevolking goed te kunnen volgen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vraagt in het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) elk jaar aan tienduizend personen hun lichaamslengte en gewicht. Dit onderzoek loopt sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw en is een waardevolle bron voor informatie over de trends in overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. Zo werd bijvoorbeeld duidelijk dat de stijgende trend in Nederland sinds 1980 optrad bij alle leeftijden en dat de stijging gelijk is verdeeld over stad en platteland.<sup>68</sup> Uit de cijfers kunnen we voorzichtig concluderen dat het percentage volwassenen met overgewicht zich sinds 2000 stabiliseert. In ieder geval is deze stijging minder duidelijk dan in de jaren negentig. Het percentage obesitas blijft echter gestaag verder stijgen, ook in de laatste jaren.

Het POLS-onderzoek is een onmisbare bron van informatie maar heeft als nadeel dat gewicht en lengte zelf gerapporteerd wordt door de respondenten. Om een correct beeld te hebben van de stand van zaken en de trends, is een objectieve meting van lengte en gewicht met een representatieve steekproef noodzakelijk. In het algemeen overschatten mensen namelijk hun lengte, en onderschatten hun gewicht, hetgeen resulteert in de rapportage van een te gunstige BMI-waarde.

De meest recent gemeten representatieve gegevens over overgewicht bij volwassenen stammen uit 1993-1997, namelijk uit het zogeheten MORGEN-project



van het RIVM (Monitoring van Risicofactoren en Gezondheid in Nederland). Het RIVM heeft daarom in 2007 van VWS de opdracht gekregen om een nieuwe monitorstudie uit voeren met als titel 'Nederland de maat genomen'.

De studie onderzoekt, naast lengte en gewicht, ook de middel- en heupomtrek, de bloeddruk en het cholesterol- en glucosegehalte in het bloed. Met een vragenlijst wordt bovendien informatie verzameld over voeding, beweging, roken, ziekte(geschiedenis), gedragsdeterminanten, houding ten aanzien van gezondheidsbevorderende campagnes en sociaaldemografische kenmerken. Alles bij elkaar levert 'Nederland de maat genomen' de komende jaren een goede gegevensbasis voor het beleid rond overgewicht en obesitas en aandoeningen die daarmee samenhangen.

De studie 'Nederland de maat genomen' mondt ook uit in een module voor het meten van lengte, gewicht en buikomvang. Deze module wordt verankerd in de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid, de huidige infrastructuur voor het uitvoeren van monitoronderzoek door GGD'en.

### 5.1.2 Jeugd

Inzicht in de omvang en ontwikkeling van de problematiek bij de jeugd is van groot belang voor effectieve preventie. De monitoring van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren is verdeeld over een aantal onderzoeken en monitors.

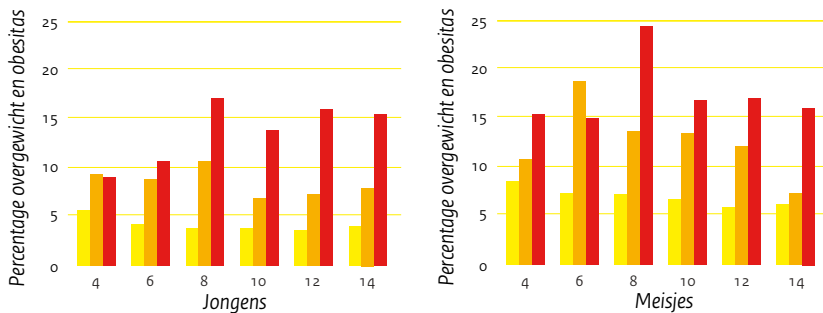
De jeugdgezondheidszorg meet bij alle kinderen van 0-19 jaar regelmatig lengte en gewicht en legt dit vast in de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid (voorheen de JGZ-monitor).<sup>69</sup> Zowel op het gebied van meten van de kinderen als op het gebied van ICT-toepassingen bij de invoering van de data blijken er nog grote verschillen te bestaan tussen GGD'en en thuiszorgorganisaties. De invoering van het Elektronisch Kind Dossier (EKD) maakt het mogelijk om in de toekomst de ontwikkeling van overgewicht en obesitas in deze leeftijdsgroep wel op de voet te volgen.

Zover is het nu nog niet. De meest recente gemeten gegevens over lengte en gewicht bij de jeugd zijn afkomstig uit de Vierde Landelijke Groeistudie, die liep van 1993-1997 en de intermediaire studie van TNO (2002-2004) die is gebaseerd op metingen van lengte en gewicht bij kinderen van 4-15 jaar bij elf GGD'en.<sup>70</sup> TNO heeft in 2007 van VWS de opdracht gekregen om de Vijfde Landelijke

---

<sup>69</sup> Een uniforme wijze van meten wordt beschreven in de 'Handleiding bij het meten en wegen van kinderen en het invullen van groeidiagrammen', de 'Richtlijn contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar' en het 'Signaleringsprotocol Overgewicht in de JGZ'.

Groeistudie uit voeren. Samen met de derde (1980), de vierde (1997) groeistudie en de intermediaire TNO-studie (2002-2004), geeft deze nieuwe studie straks een betrouwbaar beeld van de ontwikkelingen in overgewicht en obesitas bij kinderen van 0- 19 jaar sinds 1980.



**Figuur 6** Overzicht uit drie groeistudies van overgewicht en obesitas bij jongens (links) en meisjes (rechts) van 4-15 jaar in 1980 (geel), 1997 (oranje) en 2004 (rood).

In opdracht van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin is in 2007 een aparte Jeugdmonitor gelanceerd. Overgewicht en obesitas bij de jeugd maken deel uit van deze monitor. De gegevens van de Jeugdmonitor zijn afkomstig van de jaarlijkse CBS-POLS steekproef van tweeduizend kinderen in de leeftijd van 2-19 jaar. Ook hier gaat het om door de jeugdigen zelf of hun ouders of opvoeders gerapporteerde gegevens over lengte en gewicht.

Ook in het kader van het Convenant Grotestedenbeleid is er onderzoek gedaan naar overgewicht bij de jeugd. De 31 grote en middelgrote steden in ons land hebben dit onderwerp als speerpunt benoemd onder de Sociale Pijler van het Convenant Grotestedenbeleid. Het RIVM voert in dit kader een benchmark uit naar de gegevensverzameling door gemeentes van overgewicht bij 0-19 jarigen. In 2009 zal het RIVM hiervoor de derde en laatste meting uitvoeren.

In Europees verband is Nederland betrokken bij de WHO-studie 'monitoring childhood obesity'. Als basis van deze studie heeft de WHO een format ontwikkeld om EU-breed de prevalentie van overgewicht en obesitas onder kinderen in kaart te brengen.

### Doelstellingen

- Het structureel monitoren van de prevalentie van overgewicht en obesitas in de Nederlandse bevolking op basis van gemeten lengte- en gewichtgegevens.
- Het volgen van de trends in ontwikkeling en verdeling van overgewicht en obesitas in de Nederlandse bevolking op basis van zelfrapportage.

### Aanpak

- Uitvoeren monitorstudie 'Nederland de maat genomen' door het RIVM.
- Uitvoeren vijfde landelijke Groeistudie door TNO.
- Bijhouden van trends in de ontwikkeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen via het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de Jeugdmonitor.
- Uitvoeren derde en laatste benchmark van overgewicht bij 0-19 jarigen in het kader van het Grotestedenbeleid (RIVM).
- Ontwikkelen van een module die aansluit bij de Nationale en Lokale monitor Gezondheid voor het uniform meten van gegevens over lengte en gewicht voor volwassenen.
- Aansluiting van monitoren van overgewicht en obesitas bij de jeugd op het Elektronisch Kinddossier.

## 5.2 Onderzoek

Naast objectieve metingen van ontwikkelingen in lengte en gewicht bij de Nederlandse bevolking, is basaal onderzoek nodig. Zo is het voor een effectieve aanpak van overgewicht van belang onderzoek te doen naar het proces waarmee het menselijk lichaam op een 'natuurlijke' wijze reageert op een 'onnatuurlijke' omgeving waarin veel meer voedsel voorhanden is dan nodig. Hoe dit proces precies in elkaar zit, is nog steeds slechts gedeeltelijk ontrafeld. Meer basaal onderzoek is nodig naar de factoren die hierbij een rol spelen zoals de menselijke bouwstenen (genetica), de fysiologie en het menselijk gedrag. Ook is er onderzoek nodig naar de gezondheidsrisico's en naar de determinanten in de omgeving die de 'natuurlijke' reactie op overvloed kennelijk uitlokken.

Deze kennis kan behulpzaam zijn bij de ontwikkeling van interventies die ervoor zorgen dat mensen het gewenste gedrag (blijvend) vertonen, niet dikker worden of zelfs afvallen. Evaluatieonderzoek moet de werkzaamheid en effectiviteit van interventies en beleidsmaatregelen vaststellen.

### 5.2.1 Kennis genereren

Wetenschappelijk onderzoek heeft de laatste jaren veel relevante inzichten opgeleverd over de gezondheidsrisico's van overgewicht. Zo werd bijvoorbeeld aangetoond dat ook bij matig overgewicht het risico op hart- en vaatziekten met 30 procent is verhoogd, en dat dit voor ongeveer de helft komt door ongunstige effecten op de bloeddruk en het cholesterolgehalte.<sup>71</sup> Voor de jeugd hebben vergelijkingen van de zogeheten E-MOVO-gegevens geleid tot het inzicht dat tieners met overgewicht de negatieve gevolgen ondervinden van de vele extra kilo's die ze meedragen. Leven in minder goede gezondheid als gevolg van overgewicht start dus al in de tienerleeftijd.

#### Onderzoeksprogramma's voor de praktijk

Het RIVM en TNO voeren in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek uit. Jaarlijks worden de twee instituten aangestuurd met een afgestemde onderzoeksopdracht. Voor een klein deel vloeien opdrachten van VWS aan deze instituten voort uit wettelijke en/of Europese verplichtingen, of uit toezeggingen van de ministers en staatssecretaris aan de Tweede Kamer. Het leeuwendeel wordt gevormd door beleidsondersteunende opdrachten.

Recent is ook gestart met meer integrale, langlopende onderzoeksprojecten vanuit de departementen VWS, LNV en EZ. Daarbij zijn de volgende onderzoeksinstituten aangehaakt: TNO Kwaliteit van Leven, Het DLO-onderzoeksprogramma van LNV, diverse universiteiten, ZonMw, NWO, het RIVM en de Gezondheidsraad. Het eerste recent gestarte onderzoeksproject in deze context is het samenwerkingsproject 'Wat gaan we eten? Groente!'.<sup>72</sup> Er bestaan ideeën om de kennisinformatiesystemen ten aanzien van informatie over overgewicht en obesitas van de verschillende onderzoeksinstituten aan elkaar te koppelen, zodat dezelfde informatie en resultaten door alle onderzoekers en beleidsambtenaren kunnen worden geraadpleegd.

In 2007 zijn vertegenwoordigers uit het bedrijfsleven, kennisinstellingen, maatschappelijke partijen en de overheid op de gebieden van eten en bewegen voor het eerst bijeengekomen in een kennisarena. Zij hebben zich gebogen over de belangrijke onderzoeksthema's op de gebieden eten en bewegen.

In gezamenlijkheid hebben deze partijen twee speerpunten afgesproken, te weten 'het vitale kind van de toekomst' en 'beweging in de zorg van de toekomst/de kwetsbare oudere'. Deze twee speerpunten zullen vanaf 2009 verder worden uitgewerkt in de onderzoeksprogrammering van TNO Kwaliteit van Leven en RIVM. Een voorbeeld is een eerste opzet voor een model dat al bij de geboorte de kans kan

---

<sup>72</sup> Een samenwerkingsproject van DLO/WUR, RIVM, TNO Kwaliteit van Leven en ZonMw, aangestuurd door de ministeries van VWS en LNV.

schatten op overgewicht op latere leeftijd. Dit model is door het RIVM op basis van verzamelde gegevens uit de PIAMA-studie (Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie) opgesteld. In samenwerking met TNO Kwaliteit van Leven kan dit model verder worden verfijnd. Een dergelijk model zou hulpverleners in de JGZ kunnen helpen om de selectie van doelgroepen voor preventie van overgewicht beter te onderbouwen.

Ook binnen de kennisarena ‘voeding’ is aandacht voor overgewicht binnen de onderzoekslijnen ‘Determinanten van voedselkeuze gedrag’ en ‘Chronische ziekten en voedingsfysiologie’.

#### **Doelstelling**

- Wetenschappelijke inzichten in het ontstaan, de preventie en behandeling van overgewicht zijn beschikbaar.

#### **Aanpak**

- Bevordering van uiteenlopende vormen van onderzoek via onderzoeksprogramma's en de kennisarena's.

## **5.2.2 Kennis delen**

### **Kenniscentrum Overgewicht**

Om een krachtige impuls te geven aan de aanpak van overgewicht en obesitas is in 2002 met subsidie van het ministerie van VWS het Kenniscentrum Overgewicht (KCO) opgericht. Het KCO maakt kennis toegankelijk op het terrein van de oorzaken, preventie en behandeling van overgewicht. Het KCO fungeert als vraagbaak voor het veld en voor het ministerie van VWS. Ook bevordert het de afstemming tussen de vele betrokken veldpartijen, door middel van het Platform Overgewicht, dat vier keer per jaar bij elkaar komt. Binnen het Platform wordt informatie over nieuwe ontwikkelingen en projecten uitgewisseld en afgestemd, en wordt samenwerking gestimuleerd. Sinds de oprichting heeft het KCO een druk bezochte website opgebouwd ([www.overgewicht.org](http://www.overgewicht.org)). In 2008 is de website verder geprofessionaliseerd. Zij wordt maandelijks meer dan zesduizend keer bezocht, ook vanuit diverse andere landen.

Wanneer informatie op belangrijke punten ontbreekt of ontoereikend is, zal het KCO proberen deze kennis te verbeteren en aan te vullen. In 2009 wordt bekeken hoe het KCO meer kan aansluiten bij de activiteiten van het Centrum Gezond Leven van het RIVM (zie ook paragraaf 5.2.3).

## Academische werkplaatsen

In november 2004 ontving ZonMw de gezamenlijke opdracht van het ministerie van VWS en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) om onderzoek door onderzoeksinstituten en uitvoeringsorganisaties op het gebied van de publieke gezondheid te bundelen in de vorm van academische werkplaatsen.<sup>73</sup> Deze opdracht is gebaseerd op het RGO-advies 'Kennisinfrastructuur Public Health'. Het ZonMw-programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid heeft als doel het structureel versterken en verankeren van vraaggestuurde onderzoeksactiviteiten op het gebied van de publieke gezondheid door de inrichting van academische werkplaatsen. Het programma moet leiden tot een betere samenwerking tussen praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs. Het investeert primair in de infrastructurele voorzieningen die nodig zijn voor de inrichting van academische werkplaatsen en streeft naar zelfstandige voortzetting van de werkplaatsen na afloop van het programma. ZonMw financiert maximaal 80 procent van het totale subsidiebedrag. De overige 20 procent dient door de deelnemers aan de betreffende werkplaatsen uit eigen middelen te worden bijgedragen. Het ontstaan van vergelijkbare samenwerkingsverbanden zonder financiering vanuit ZonMw wordt overigens ook toegejuicht en aangemoedigd.

### Doelstelling

- Relevante kennis over preventie en behandeling overgewicht en obesitas wordt gedeeld door de betrokken partijen in praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs.

### Aanpak

- Afstemming van de activiteiten tussen Kenniscentrum Overgewicht (KCO) en Centrum Gezond Leven.
- Voortzetting ZonMw-programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid.

---

<sup>73</sup> Een academische werkplaats wordt gedefinieerd als een gestructureerde, regionale samenwerking, primair tussen GGD(en) en universitaire afdeling(en), eventueel in combinatie met één of meerdere buiten-universitaire kennisinstituten of gezondheidsbevorderende instellingen.

### 5.2.3 Kennis toepassen

#### Programmeringsstudie

In opdracht van ZonMw heeft de programmeringsstudie overgewicht<sup>74</sup> systematisch de kennis in kaart gebracht over veelbelovende en/of effectieve strategieën, die ingrijpen op (determinanten van) overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren (tot 18 jaar). Deze studie laat zien waar de belangrijkste lacunes liggen op basis van een uitgebreide literatuurstudie, een expertmeeting en aanvullende consultaties. Ook doet de studie aanbevelingen voor onderzoeksprioriteiten en implementatieactiviteiten. De onderzoekers hebben de prioriteiten vastgesteld op basis van aangetoonde effectiviteit, op draagvlak in de praktijk, en op een inschatting van de mogelijkheden tot toepassing van de betreffende strategieën.

De resultaten van de programmeringstudie worden gebruikt bij de verdere invulling de preventie van overgewicht in het Programma Preventie van ZonMw. Ook andere programma's die te maken hebben met preventie, zullen gebruik maken van deze programmeringsstudie.

#### Het Programma Preventie van ZonMw

Om de meest veelbelovende lokale initiatieven de kans te geven zich verder te ontwikkelen en vervolgens breder te worden geïmplementeerd, heeft de minister van VWS aan ZonMw een aanwijzing gegeven voor het derde deel van het derde Programma Preventie. Een deel van het preventiebudget wordt beschikbaar gesteld voor de ondersteuning van veelbelovende lokale initiatieven in de openbare gezondheidszorg via een stimulans vanuit het Programma Preventie. In eerste instantie gaat het hierbij om lokale interventies rond overgewicht, roken, alcohol en drugs.<sup>75</sup>

VWS heeft ZonMw verzocht om het vierde Programma Preventie (2012-2015) te baseren op de vier thema's uit de kabinetsvisie op gezondheid en preventie: koesteren en innoveren, samenhangend en integraal gezondheidsbeleid, verbinding tussen preventie en zorg, en verbinden, samenwerken en moderniseren van de bestuurlijke omgeving. Om sterker op deze pijlers van de kabinetsvisie te kunnen sturen, is meer focus en massa nodig dan tot nu toe en kan het nodig zijn om op een beperkt aantal speerpunten sterker te investeren. De opdrachtbrief benadrukt tevens het belang van implementeren en evalueren van successen.

#### Het Centrum Gezond Leven

Het Centrum Gezond Leven bij het RIVM geeft betrouwbare informatie over leefstijlinterventies aan professionals. Het bevordert de afstemming in het aanbod, ontwikkelt een certificeringssysteem en monitort de implementatiegraad en het bereik van interventies. (zie ook paragraaf 4.2.2 Effectieve interventies: Centrum Gezond Leven).







SAFETY  
Kilobeprogramm  
www.safetysport.de



# 6 Aansluiting brede preventievisie

**Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de in deze nota genoemde doelstellingen die bijdragen aan het terugdringen van overgewicht en de aanpak om deze tussendoelen te bereiken. Dit overzicht laat zien hoe het thema overgewicht past binnen de brede preventievisie 'Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie' van VWS. De onderwerpen die zich specifiek richten op kinderen en jeugd zijn gemarkeerd met een gekleurde achtergrond.**

De brede preventievisie schetst de aanpak van VWS om de meest actuele volksgezondheidsproblemen het hoofd te bieden en om preventie daadwerkelijk te laten bijdragen aan de samenleving en de houdbaarheid van het zorgstelsel. Hieronder wordt dit beleid voor overgewicht uitgewerkt langs vier programmalijnen van de brede preventievisie:

- 1. koesteren en innoveren
- 2. samenhangend en integraal gezondheidsbeleid
- 3. preventie in de zorg
- 4. bestuurlijke omgeving: verbinden samenwerken en moderniseren

# 1. Koesteren en innoveren

onderwerp	doelstelling	aanpak
Voedingswaarde-declaratie (4.1.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrouwbare, begrijpelijke en eenduidige informatie van voedingswaarden op alle voorverpakte voedingsmiddelen.</li> <li>• Vermelding van voedingswaarden en caloriegehalte op menu's en prijslijsten voor maaltijden in de horeca en catering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Gezondheidsraad adviseert over de dagelijkse voedingsrichtlijn.</li> <li>• Het Voedingscentrum faciliteert de horeca met de 'Caloriechecker voor de horeca'.</li> </ul>
Keuze-bevorderende logo's (4.1.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniforme en eenduidige toepassing van keuzebevorderende logo's met transparante criteria op alle productgroepen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het in het kader van het Convenant overgewicht uitwerken van het advies van de Gezondheidsraad over logo's.</li> </ul>
Warenwet (4.1.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warenwet bevat geen voorschriften die bijdragen aan onnodige calorie-inname.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doorlichting Warenwet en aanpassing van voorschriften.</li> </ul>
Onafhankelijke voorlichting over gezonde voeding en bewegen (4.1.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuen en intermediairs zijn zich bewust van het belang van de energiebalans en beschikken over kennis en instrumenten hoe zij deze balans kunnen waarmaken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere versteviging van kennis over en bewustwording van de energiebalans.</li> <li>• Operationalisatie van de energiebalans door het aanreiken van handelingsperspectieven voor de aanpak van overgewicht.</li> <li>• Uitvoeren van energiebalans-campagnes op het werk en specifiek voor mannen.</li> <li>• Voortzetting en verdere uitwerking van algemene en doelgroepgerichte communicatie, voorlichting en instrumentontwikkeling door Voedingscentrum en NISB.</li> </ul>

<p>Wet publieke gezondheid (4.2.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De werking van de Wmo en Wpg zijn sterker met elkaar verbonden.</li> <li>• De Wpg structureert de lokale nota's gezondheidsbeleid naar analogie van de Wmo-nota's</li> <li>• Gemeenten besteden meer aandacht aan de implementatie-mogelijkheden van de lokale preventienota.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten benoemen expliciete doelstellingen en resultaten in de lokale nota volksgezondheid en voorzien deze van actieplannen.</li> <li>• De zogeheten 'preventiecyclus' (Volksgezondheids-toekomstverkenning van het RIVM &gt; Landelijke preventienota met landelijke speerpunten &gt; gemeentelijke nota's &gt; toezicht door de IGZ) wordt duidelijker opgenomen in de Wpg.</li> </ul>
<p>Lokale nota volksgezondheid (4.2.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten zijn in staat een eigen beleid te formuleren voor de aanpak van overgewicht en dit praktisch uit te werken in een actieprogramma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handleiding voor gemeenten met praktische informatie, concepten en voorbeelden van de preventie van overgewicht ten behoeve van het opstellen van een lokale preventienota.</li> <li>• 'Leeflijn' met ingrediënten voor de aanpak van overgewicht bij de verschillende leeftijdsgroepen met onder andere communicatie-ingangen en contactmomenten.</li> </ul>
<p>Voorlichting aan ouders en opvoeders over gezonde voeding (4.4.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen en ouders zijn zich bewust van nut en plezier van een gezonde leefstijl en de energiebalans, en weten hoe ze die kunnen verwezenlijken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In 2009 en 2010 gerichte voorlichtingscampagnes en -middelen van het Voedingscentrum.</li> </ul>

<p>Reclame gericht op kinderen (4.4.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen onder de 12 worden zoveel mogelijk gevrijwaard van een reclameaanbod voor voedingsmiddelen die niet passen in een gezond voedingspatroon.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrokken partijen aanzetten tot het uiterste te gaan om uit de impasse rond aanpassing van de Reclamecode te komen.</li> <li>• Vervolgmeting ‘Kidsmarketing’ door de VWA in 2009.</li> <li>• Internationale samenwerking en afstemming zoeken bijvoorbeeld in EU/WHO-verband.</li> </ul>
<p>Monitoring (5.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het structureel monitoren van de prevalentie van overgewicht en obesitas in de Nederlandse bevolking op basis van gemeten lengte- en gewichtgegevens.</li> <li>• Het volgen van de trends in ontwikkeling en verdeling van overgewicht en obesitas in de Nederlandse bevolking op basis van zelfrapportage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvoeren monitorstudie ‘Nederland de maat genomen’ door het RIVM.</li> <li>• Uitvoeren vijfde landelijke Groeistudie door TNO.</li> <li>• Bijhouden van trends in de ontwikkeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen via het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de Jeugdmonitor.</li> <li>• Uitvoeren derde en laatste benchmark van overgewicht bij 0-19 jarigen in het kader van het Grotestedenbeleid (RIVM).</li> <li>• Ontwikkelen van een module die aansluit bij de Nationale en Lokale monitor Gezondheid voor het uniform meten van gegevens over lengte en gewicht voor volwassenen.</li> <li>• Aansluiting van monitoren van overgewicht en obesitas bij de jeugd op het Elektronisch Kinddossier.</li> </ul>
<p>Kennis genereren (5.2.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wetenschappelijke inzichten in het ontstaan, de preventie en behandeling van overgewicht zijn beschikbaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevordering van uiteenlopende vormen van onderzoek via onderzoeksprogramma’s en kennisarena’s.</li> </ul>

Kennis delen (5.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevante kennis over preventie en behandeling overgewicht en obesitas wordt gedeeld door de betrokken partijen in praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afstemming van de activiteiten tussen Kenniscentrum Overgewicht (KCO) en Centrum Gezond Leven.</li> <li>• Voortzetting ZonMw-programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid.</li> </ul>
Kennis toepassen (5.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschikbare kennis over preventie en behandeling overgewicht en obesitas wordt toegepast in implementatie van veelbelovende en/of effectieve strategieën.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het vierde Programma Preventie van ZonMw wordt sterker gestuurd op veelbelovende projecten in de openbare gezondheidszorg.</li> <li>• Internetloket bij het Centrum Gezond Leven voor informatie over veelbelovende en effectieve interventies.</li> </ul>

## 2. Samenhangend en integraal gezondheidsbeleid

onderwerp	doelstelling	aanpak
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (4.2.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegingsarmoede bij te weinig actieve burgers is teruggedrongen.</li> <li>• Gemeenten investeren in een beweegvriendelijke omgeving.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventieaanbod voor thuis, in de wijk, op school, op het werk, revalidatiecentra, vanuit de eerstelijnszorg en natuurlijk de sportclub.</li> <li>• Financiële impuls aan deelnemende gemeenten.</li> <li>• Regionale adviseurs ondersteunen gemeenten bij het opstellen en uitvoeren van plannen.</li> </ul>
Krachtwijken (4.2.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krachtwijken in de grote steden zijn een prettige en gezonde plek om te wonen en maken een gezonde leefstijl mogelijk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overgewicht is een speerpunt in de experimenten Gezonde Wijk van de krachtwijken.</li> <li>• Het Centrum Gezond Leven ondersteunt dit met een werkplaats Gezonde Wijk.</li> </ul>
Groen en de stad, natuur en gezondheid (4.2.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overheden, bedrijven en maatschappelijke partners maken samen werk van een groene leefomgeving.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanleg en inrichting van groengebieden.</li> <li>• Voorbeeldprojecten en leer-werkateliers.</li> <li>• Bijeenkomsten en een actief kennisnetwerk.</li> </ul>
Lokale monitoring (4.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten zijn in staat beleidsprioriteiten te stellen en hun beleid te evalueren aan de hand van de actuele gezondheidssituatie van de bevolking, en ontwikkelingen en trends hierin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokale monitoring van overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen door GGD'en.</li> <li>• Ontwikkeling van de Vraag Aanbod Analyse Monitor.</li> </ul>

<p>Praktische ondersteuning gemeenten (4.2.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten worden ondersteund bij het implementeren van best practices op het gebied van overgewicht en obesitas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verruiming (door herallocatie) van de beschikbare capaciteit in het vierde ZonMw-Programma Preventie voor de implementatie van veelbelovende projecten in de openbare gezondheidszorg.</li> </ul>
<p>Gezond op het werk (4.2.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werkgevers bevorderen een gezonde leefstijl en een gezond gewicht bij hun werknemers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start kennisinvesteringsprogramma 'Participatie en Gezondheid' van VWS en SZW in 2009.</li> <li>• Arboportaal en Centrum Gezond Leven stellen concrete informatie, best practices en instrumenten beschikbaar.</li> <li>• Het NISB biedt kennis en praktische ondersteuning bij 'bewegen op het werk'-programma's.</li> <li>• Het Voedingscentrum biedt de Balansdag op het Werk aan.</li> <li>• De Stichting van de Arbeid biedt in de brochure 'Bied tegenwicht aan overgewicht' voor CAO-onderhandelaars, management en personeelsafdelingen van bedrijven, ondernemingsraden en werknemers informatie aan over het waarom en hoe van de preventie van overgewicht op de werkvloer.</li> </ul>
<p>Convenant overgewicht (4.2.4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maatschappelijke partijen nemen hun verantwoordelijkheid en dragen bij aan het verminderen van overgewicht onder kinderen en het tot stilstand brengen van de groei van overgewicht onder volwassenen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De convenantpartners benoemen voor het laatste jaar van het convenant concrete acties en termijnen die bijdragen aan vermindering van het overgewicht in Nederland, en voeren deze uit.</li> <li>• Belanghebbende partijen verkennen de concrete winst die zij kunnen boeken door overgewicht in hun sectoren te bestrijden, ontwikkelen daar een passende aanpak bij en voeren deze uit.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De minister van VWS is bereid voortgaande samenwerking van de partijen na afloop van het convenant te faciliteren. Hij zal in 2009 met de partijen nader overleggen over de wijze waarop dat gaat gebeuren.</li> </ul>
Olympisch plan (4.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nederland als sportieve samenleving op Olympisch niveau brengen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan van aanpak voorbereiden met als partners NOC*NSF, sportorganisaties, bedrijfsleven en overheden gericht op een grotere participatie aan sport binnen de Nederlandse samenleving.</li> </ul>
Lesaanbod gezonde leefstijl (4.4.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen en jongeren doen op school voldoende kennis op over gezondheid en het belang van een gezonde leefstijl, in het bijzonder voeding en bewegen.</li> <li>• Scholen zijn zich bewust van de toenemende overgewicht-problematiek onder kinderen en jongeren.</li> <li>• Scholen vullen het onderwijskerndoel gericht op het bevorderen van gezond gedrag optimaal in.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scholen worden betrokken bij integrale lokale aanpakken van overgewicht onder de jeugd en worden gestimuleerd een 'gezonde school' te worden (zie ook paragraaf 4.4.2).</li> <li>• Onderzoek door SLO ter ondersteuning van de keuze voor lesmethoden voor kennis en bewustwording ten aanzien van gezonde voeding en bewegen.</li> <li>• Advies en ondersteuning van scholen door gezondheidsbevorderende instellingen, onder coördinatie van het Centrum Gezond Leven (zie ook paragraaf 4.4.2).</li> <li>• Aanbod integraal lesprogramma 'jeugd en voedsel'.</li> <li>• Leerlingendebatten op scholen in het voortgezet onderwijs over bewustwording van gezonde leefstijl.</li> </ul>
Gezonde schoolomgeving (4.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is meer samenhang en eenheid in aanbod van gezondheids-bevorderende initiatieven in het onderwijs.</li> <li>• Scholen werken structureel aan een</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere ontwikkeling werkplaats Gezonde School.</li> <li>• Scholen wijzen op het belang van aandacht voor gezondheid op school (imago, leerprestaties).</li> <li>• Ontwikkelen en bevorderen van het predikaat Gezonde School.</li> <li>• De Gezonde Schoolkantine onderdeel</li> </ul>

	<p>gezonde schoolomgeving met een gezond voedingsaanbod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In 2010 heeft 25 procent van de scholen in het voortgezet onderwijs een gezonde schoolkantine.</li> <li>• 160 scholen in het voortgezet onderwijs doen in 2009 en 2010 mee met de Stimuleringsprijs Gezonde Schoolkantine.</li> </ul>	<p>maken van criteria voor het predikaat Gezonde School.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Competitie Stimuleringsprijs Gezonde Schoolkantine in 2009 en 2010.</li> </ul>
<p>Impuls brede scholen, sport en cultuur (4.2.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een groter dagelijks sport- en beweegaanbod op en rond scholen.</li> <li>• Het aantal brede scholen in het primair en voortgezet onderwijs met een sport- en cultuur-aanbod is uitgebreid.</li> <li>• Circa 10 procent van de sportverenigingen is versterkt.</li> <li>• Professionals en vrijwilligers zijn goed toegerust voor hun taak.</li> <li>• Risicogroepen – zowel in termen van bewegingsarmoede als schooluitval – op het vmbo en het mbo zijn geactiveerd.</li> <li>• Talenten krijgen kansen zich te ontwikkelen tot toptalenten.</li> <li>• Kinderen uit achterstandsgezinnen gaan meer sporten.</li> <li>• Allochtone jeugd gaat meer sporten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanstelling van 2500 fte ‘combifunctionarissen’ in het kader van de Impuls brede scholen, sport en cultuur.</li> <li>• Ontwikkeling van effectieve interventies en een aangepast sport- en beweegaanbod in de sportsector.</li> <li>• Innovatie op het gebied van accommodaties (vooral renovatie, inrichting, beheer en beter gebruik).</li> <li>• Afsluiten van convenanten ‘Kinderen doen mee!’</li> <li>• Ondersteuning lokale jeugdsportfondsen.</li> </ul>

<p>Opvoedingsondersteuning (4.2.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouders en opvoeders zijn zich bewust van hun belangrijke rol als opvoeder bij het bevorderen van de gezondheid en gezonde leefstijl van hun kinderen.</li> <li>• Ouders en opvoeders zijn toegerust om deze rol waar te maken.</li> <li>• Professionals die werken met jeugd 0-4 jaar zijn voldoende opgeleid en getraind in het thema gezonde voeding en bewegen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Landelijke voorlichtingscampagnes over gezonde voeding en de energiebalans gericht op jonge ouders.</li> <li>• Ouders stimuleren in het aanleren van gezonde voeding en bewegen aan hun kinderen met behulp van professionals in kinderopvang, peuterspeelzalen en ‘voorscholen’, onder andere door het programma ‘Eetplezier en Bewegiekriebels’.</li> <li>• Een laagdrempelige en betrouwbare digitale hulpbron voor opgroei- en opvoedingsondersteuning voor aanstaande en jonge ouders: Hallo Wereld.</li> </ul>
<p>Jeugd, voedsel en groen (4.2.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen zijn meer verbonden met de groene omgeving.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsidies via de Regeling draagvlak natuur.</li> <li>• Project ‘Natuursprong’.</li> <li>• Ontwerpwedstrijd voor groene speelplekken.</li> </ul>
<p>Stimulering van integrale lokale aanpak (4.4.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeenten voeren regie op een integrale en samenhangende aanpak van overgewicht bij kinderen en jongeren, bij voorkeur volgens de beginselen van EPODE, aangepast aan de Nederlandse omstandigheden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benoeming van een ambassadeur voor een integrale en samenhangende lokale aanpak van overgewicht bij kinderen.</li> <li>• Bundeling van diverse initiatieven voor de uitrol van een integrale en samenhangende lokale aanpak van overgewicht bij kinderen.</li> <li>• ZonMw krijgt de opdracht om een infrastructuur op te zetten ter ondersteuning van gemeenten die met een integrale en samenhangende lokale aanpak van overgewicht bij kinderen aan de slag gaan.’</li> <li>• Integraal Toezicht Jeugdzaken onderzoekt in 2009 in hoeverre gemeenten met grote overgewichtproblematiek onder de jeugd er in slagen een samenhangend en integraal beleid te voeren.</li> </ul>



### 3. Preventie in de zorg

onderwerp	doelstelling	aanpak
Ketenzorg en zorgstandaarden (4.3.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketenzorg voor mensen met overgewicht en obesitas is omschreven in een zorgstandaard.</li> <li>• De zorgstandaard voor obesitas sluit aan bij die van andere (chronische) ziekten.</li> <li>• De beroepsgroepen stellen op basis van de zorgstandaard hun eigen richtlijnen of protocollen bij.</li> <li>• Behandeling van overgewicht en obesitas is multidisciplinair.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het Partnerschap Overgewicht Nederland ontwikkelt in 2009 een zorgstandaard voor volwassenen en kinderen met overgewicht en obesitas.</li> <li>• Het Partnerschap Overgewicht Nederland stelt in 2010 een implementatieplan op voor deze zorgstandaard.</li> <li>• Het Partnerschap Overgewicht Nederland stimuleert en coördineert de ontwikkeling van standaarden en/of protocollen bij de beroepsgroepen, en bewaakt de onderlinge samenhang.</li> <li>• Evaluatie van de zorgstandaard zal op termijn plaatsvinden.</li> <li>• Registratie van veilige geneesmiddelen die de multidisciplinaire behandeling ondersteunen.</li> </ul>
Overgewicht in zorginstellingen (4.3.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg besteden aandacht aan de voedingstoestand van cliënten, met aandacht voor lekker en gezond eten en drinken.</li> <li>• Er is een start gemaakt met beweegstimulering in de gehandicaptenzorg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De verbetertajecten Eten en Drinken en het Verbetertraject Plus.</li> <li>• Voortgaande ondersteuning van Gehandicaptensport Nederland.</li> </ul>
Verzekerde zorg (4.3.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventieve zorg voor mensen met overgewicht en obesitas wordt adequaat gedekt in de Zorgverzekeringswet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkeling van aantoonbaar effectieve preventieprogramma's, zoals de BeweegKuur.</li> <li>• Mogelijkheid tot kwijtschelding door verzekeraars van het eigen risico bij deelname aan preventieprogramma's.</li> </ul>

### Opleidingen (4.3.5)

- Zorgprofessionals ontvangen gerichte opleiding en nascholing in hun preventieve rol rond overgewicht en obesitas.

- Vastleggen van de competenties die nodig zijn voor de uitvoering van de zorgstandaard van het Partnerschap Overgewicht Nederland.
- Ondersteuning van de bij de BeweegKuur betrokken disciplines door competentieontwikkeling, een handleiding en scholing.

### Preventieve zorg voor kinderen (4.4.4)

- JGZ en eerstelijns gezondheidszorg worden effectief ingezet bij gegevensverzameling, signalering en aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren.

- Advies van de Gezondheidsraad over diagnose en aanpak overgewicht 0-2 jarigen.
- Uniforme toepassing van het signaleringsprotocol door de jeugdgezondheidszorg.
- Ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn overgewicht jeugd.
- Verbetering van de uitvoering van het overbruggingsplan.

### Beweegstimulering door de jeugdgezondheidszorg (4.4.4)

- De jeugdgezondheidszorg draagt bij aan de beweegstimulering van kinderen en jongeren.

- RIVM-standpunt over de rol van de jeugdgezondheidszorg bij beweegstimulering van kinderen en jongeren.

## 4. Bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en moderniseren

onderwerp	doelstelling	aanpak
Centrum Gezond Leven (4.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionals kunnen beschikken over betrouwbare informatie over leefstijlinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas.</li> <li>• De lokale vraag en het landelijke aanbod van interventies en voorlichtingsmateriaal voor overgewicht komen bij elkaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internetloket voor professionals.</li> <li>• Certificeringssysteem.</li> <li>• Monitoring van implementatiegraad en bereik van interventies.</li> <li>• Samenwerking van Centrum Gezond Leven met ZonMw, IGZ, VNG, GGD Nederland, NIGZ, TNO en individuele GGD'en in vier academische werkplaatsen.</li> </ul>
Internationale afstemming (3.3.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betere afspraken met de – veelal internationaal opererende – voedingsindustrie, bijvoorbeeld op gebied van marketing en reclame gericht op kinderen en jongeren.</li> <li>• Totstandkoming van Europese regelgeving op relevante beleidsterreinen, bijvoorbeeld voedsletikettering.</li> <li>• Onderling vergelijkbare internationale monitoring van de overgewichtssituatie en trendontwikkelingen in EU-lidstaten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie-uitwisseling, netwerken en het maken van internationale werkafspraken.</li> </ul>

# 7 Literatuur & notenlijst



- 1 Gezond voor elkaar! Adviezen om jongeren te stimuleren zelf te kiezen voor een gezonde leefstijl. Eindrapport De Nationale Denktank 2008.
- 2 Ministeries van VWS en LNV, 'Gezonde voeding, van begin tot eind; nota voeding en gezondheid', juni 2008.
- 3 De BMI-indeling in de tabel geldt voor blanke volwassenen van 18 tot ongeveer 70 jaar. Voor kinderen en pubers gelden andere grenswaarden, en boven de 70 jaar is de relatie tussen de BMI en de gezondheid niet meer zo duidelijk. De mate van vervetting van het lichaam bij een bepaalde BMI is namelijk afhankelijk van de leeftijd (oudere mensen hebben een hoger vetpercentage dan jongere), de etniciteit (mensen uit Azië hebben een hoger vetpercentage dan Europeanen) en het geslacht (vrouwen hebben een hoger vetpercentage dan mannen).
- 4 Afkomstig uit binnenkort te verwachten CvZ-preventierapport over overgewicht en obesitas.
- 5 Deze snelle ontwikkeling van overgewicht en obesitas in de diverse regio's van ons land van 1981 tot 2007 wordt duidelijk geïllustreerd in de Nationale Atlas Volksgezondheid van het RIVM, zie [www.rivm.nl/vtv/home/Atlas/](http://www.rivm.nl/vtv/home/Atlas/).
- 6 Visscher TLS, Seidell JC. The public health impact of obesity. *Annu Rev Public Health* 2001;22:355-75.
- 7 Milder IEJ, Bemelmans WJE, Mantel-Teeuwisse AK, Verschuren WMM, Klungel OH. Increased use of prescription drugs in overweight and obese persons. *Int J Obesity* (2008); S202.
- 8 Rotteveel J, Belkema EJ, Renders CM, Hirasings RA, Delemarre – Van de Waal HA. Type 2 diabetes in children in The Netherlands: the need for diagnostic protocols. *Eur J Endocrinol* 2007; 157 (2): 175-180.
- 9 De Kroon MLA, Renders CM, Kuipers ECC, van Wouwe JP, van Buuren S, de Jonge GA, Hirasings RA. Identifying metabolic syndrome in young adults without blood tests. The Terneuzen birth cohort. *Eur J Publ Health* 2008 (accepted).
- 10 RIVM-analyses van PIAMA-cohort (bij 0 tot 8-jarigen) en E-MOVO data (tieners).
- 11 Bemelmans WJE, Hoogenveen RT, Visscher TLS, et al. Toekomstige ontwikkelingen in matig overgewicht en obesitas. Inschatting effecten op de volksgezondheid. RIVM rapport 260301003/2004, Bilthoven, 2004.
- 12 Baal van PHM, Heijink R, Hoogenveen RT, Polder JJ. Zorgkosten van ongezond gedrag. Zorg voor euro's -3. RIVM rapport 270751015, Bilthoven, 2006.
- 13 Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid en Gedrag, 2002.
- 14 Heselmans, M., & Rutten, J.M. (2007) Smart meals: zorgt betere voeding ook voor betere leerprestaties?
- 15 Florence, M., Asbridge, M., Veugelers, P. (2008). Diet Quality and Academic Performance. *Journal of school Health*, 78(4), 209-215.
- 16 RIVM Nationaal Kompas, zie ook [www.rivm.nl/vtv/home/Kompas/](http://www.rivm.nl/vtv/home/Kompas/).
- 17 Giskes, K., F.J. van Lenthe, G. Turrell, C.B.M. Kamphuis, J. Brug en J.P. Mackenbach (2008). Socioeconomic position at different stages of the life course and its influence on body weight and weight gain in adulthood: a longitudinal study with 13 year follow-up. *Obesity*, 16; pp 1377-1381.
- 18 Dagevos & Gijsberts, 2007; Schellingerhout, 2004; Van den Broek & Keuzenkamp, 2008.
- 19 RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- 20 Dagevos en Dagevos 2008; Minderheden met meer gewicht. Sociaal Cultureel Planbureau Den Haag, augustus 2008.

- 21 Keith et al., 2006; zie ook Dagevos et al., 2007a: 169-171.
- 22 Power Parsons in Giskes 2008.
- 23 Berg SW van den, Dolle MET, Boer JMA. Genetic contribution to obesity: a literature review. RIVM, 2007.
- 24 Dagevos & Munnichs, 2007; Dixon & Broom, 2007.
- 25 K.I. Porper en V.H. Hildebrandt, Physical activity among Dutch workers - differences between occupations, Preventive Medicine 2006; 43(1): 42-46.
- 26 De Gezonde Wijk, 2006, gezamenlijk onderzoek van: VU Medisch Centrum/EMGO Instituut, SPINlab en de Architecten Cie.
- 27 Vries S. de, M. van Winsum-Westra, J. Vreke, F. Langers: Jeugd, overgewicht en groen. Nadere beschouwing en analyse van de mogelijke bijdrage van groen in de woonomgeving aan de preventie van overgewicht bij schoolkinderen. Alterra, september 2008.
- 28 European Charter on Counteracting Obesity, Istanbul, 15/17 nov. 2006.
- 29 Bron: Ministerie van Onderwijs, Singapore.
- 30 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical activity guidelines advisory committee report, 2008. Washington, DC: US department of health and human services, 2008.
- 31 Kabinetsnota 'Gezonde voeding, van begin tot eind, nota voeding en gezondheid', met medewerking van diverse ministeries, 2008.
- 32 BNC-fiche inzake Voorstel voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende de verstrekking van voedselinformatie aan de consumenten. Tweede Kamer 2007-2008 22 112.
- 33 Gezondheidsraad. 'Gezonde voeding; logo's onder de loep', nr. 2008/22.
- 34 Betreft 3 rapporten van TNO: Wetenschappelijke onderbouwing van de Balansdag, KVL/P&Z 2006.065, december 2006; Evaluatie van de Balansdag: verslag van een kwantitatief onderzoek; KVL/B7G 2007.003, januari 2007; Evaluatie van de Balansdag, Resultaten van het kwalitatief onderzoek. KVL/B&G 2007.070, juni 2007.
- 35 Egger G, Swinburn B. An ecological approach to the obesity pandemic. BMJ 1997;315:477-80.
- 36 Gezond zijn, gezond blijven, een visie op gezondheid en preventie, beleidsnota van de minister van VWS d.d. 24-9-2007.
- 37 Staat van de gezondheidszorg 2005 Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Inspectie Gezondheidszorg.
- 38 Tackling obesities: future choices - modelling future trends in obesity and their impact on health. Foresight report 2nd edition, UK Government Office for Science, 2007.
- 39 In 2005 sloten de nationale organisaties van de levensmiddelenindustrie, cateraars, horecaondernemingen, supermarkten, zorgverzekeraars, de georganiseerde sport en de werkgevers het Convenant overgewicht af. Later hebben zich de Consumentenbond, de vier grote steden, werknemerscentrales, de automatenbranche, de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, waterbedrijven, AGF Promotie Nederland en de Nederlandse Hartstichting aangesloten. Paul Rosenmöller zit de stuurgroep van het convenant voor.
- 40 Gelijkluidende adviesaanvragen aan de SER, ROB, RVZ en Onderwijsraad met betrekking tot parallelle belangen bij gezondheid en preventie, d.d. 29 september 2008.
- 41 Brief d.d. 25 januari 2008 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer over de visie 'dynamische eerstelijnszorg'.

- 42 Uit de Doelstellingenbrief eerstelijnszorg van 3 juli 2008 aan de Tweede Kamer.
- 43 In het NEO zijn de volgende organisaties verenigd: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie/Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (KNMP/WINAp), Landelijke Vereniging van Eerstelijns-psychologen (LVE), Maatschappelijke Ondernemers Groep, brancheorganisatie voor Welzijn, Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang (MOGroep), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VOCM).
- 44 Brief minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer over de programmatisch aanpak van chronische ziekten, 16 juni 2008.
- 45 Zie het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg; investeren in de zorgrelatie', dat op 23 mei 2008 aan de Tweede Kamer is aangeboden.
- 46 Halberstadt J, Seidell JC, HiraSing RA, Renders CM, van Bolhuis AMP. Partnerschap Overgewicht Nederland: ontwikkeling van een zorgstandaard voor overgewicht en obesitas. TSG 2008;86: 281-283.
- 47 Een zorgstandaard is een consensusdocument van zorgverleners en patiënten waarin functioneel omschreven staat wat goede zorg voor – in dit geval – overgewicht en obesitas is.
- 48 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Van Zuiden Communications B.V., Alphen aan den Rijn, 2008.
- 49 De zeventien organisaties zijn ActiZ, organisatie van zorgondernemers, Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), GGD Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV), Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- 50 De betreffende algemene maatregel van bestuur (Staatsblad 2008, nr. 317) regelt dat de zorgverzekeraar kan bepalen 'dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in de artikelen 10 en 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, COPD, hart- en vaatziekten of overgewicht en de kosten die betrekking hebben op de aandoening waarvoor verzekerde het programma heeft gevolgd.'
- 51 Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bogers RP, et al. Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de BeweegKuur. RIVM rapport 260401005/2008, Bilthoven, 2008.
- 52 Integraal Toezicht Jeugdzaken is een samenwerkingsverband van vijf rijksinspecties die toezicht hebben op organisaties op het gebied van jeugd. Meer informatie is te vinden op [www.jeugdinspecties.nl](http://www.jeugdinspecties.nl).
- 53 Wallenburg, I. Overgewicht bij kinderen. In: RVZ. Publieke Gezondheid. Achtergrondstudies. RVZ: Zoetermeer, 2006. p.75-123.

- 54 Inspectie van het Onderwijs, Onderwijsverslag 2003/2004, Den Haag 2005.
- 55 Nota 'Onze jeugd van tegenwoordig. Over de leefwereld en leefstijl van jongeren', programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- 56 NIGZ, De effecten van voorlichting in eigen taal en cultuur. Resultaten van twintig jaar inzet van voorlichters eigen taal en cultuur en allochtone zorgconsulenten in de lokale gezondheidsbevordering en zorg, 2008.
- 57 Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Vries R. Breastfeeding and childhood obesity – a systematic review. *Int. Journal Obesity related Metabolical Disorders* 2004;28 (10): 1247-56.
- 58 Hallo Wereld is in 2006 door VWS ontwikkeld; momenteel valt de interventie onder de verantwoordelijkheid van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin. De inhoud van het programma is ontwikkeld in samenwerking met Consument en Veiligheid, het Kenniscentrum Overgewicht VU/MC, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Amsterdamse Verloskundigen, Erfocentrum, NIGZ, NISB, Nederlands Jeugdinstituut (NJI), STIVORO, het Trimbos-instituut en het Voedingcentrum.
- 59 Hollands Welvaren, hoe kinderen beïnvloed worden door reclame voor ongezonde producten', 2006.
- 60 VWA, 'Kids marketing', augustus 2006.
- 61 Zie voor een samenvatting: OFCOM, television advertising of food and drinking products to children, Final statement. 2007.
- 62 Schuurman J., Buijzen M., Tv-reclame voor ongezonde voeding: maak je niet dik? Universiteit van Amsterdam, 7 augustus 2006.
- 63 Op de bijeenkomst 'Voeding en gezondheid; investeren in een gezonde jeugd' (27 en 28 mei 2008).
- 64 Richtlijn 2007/65/EG van het Europees Parlement en de Raad van 11 december 2007.
- 65 Promotieonderzoek Amika Sin, 2008.
- 66 Middelbeek L, Blokdijk L, Schuit AJ, Buijs G, Rutz SI, Schilthuis HJ, Bemelmans WJE. Overgewichtpreventie in het voortgezet onderwijs. Het landelijke en regionale beeld. RIVM-rapport 260412001/2007, Bilthoven, 2007.
- 67 Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar is opgebouwd uit een uniform en een maatwerkdeel. De activiteiten in het maatwerkdeel kunnen per gemeente verschillen, omdat de gemeente het zorgaanbod afstemt op de specifieke zorgbehoefte en op de gezondheidssituatie van de kinderen in de gemeentelijke regio. In het maatwerkdeel kunnen bijvoorbeeld interventies ter bestrijding van overgewicht worden opgenomen of cursussen opvoedingsondersteuning. De activiteiten uit het Basistakenpakket worden aangeboden tijdens landelijk vastgestelde contactmomenten. Er zijn vijftien contactmomenten in de leeftijdspanne van 0-4 jaar en drie in de leeftijdspanne 5-13 jaar. Op indicatie kunnen daarnaast maximaal drie extra consulten of huisbezoeken plaatsvinden.
- 68 Gast GCM, Frenken FJM, Leest LATM van, Wendel-Vos GCW, Bemelmans WJE. Intra-national variation in trends in overweight and leisure time physical activities in The Netherlands since 1980: stratification according to sex, age and urbanisation degree. *Int J Obesity* 2007;31:515-520.
- 69 Een uniforme wijze van meten wordt beschreven in de 'Handleiding bij het meten en wegen van kinderen en het invullen van groeidiagrammen', de "Richtlijn contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar" en het 'Signaleringsprotocol Overgewicht in de JGZ'.

- 70 Hurk K van den, Dommelen P van, Wilde JA de, Verkerk PH, Buuren S van, HiraSing RA. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004 (TNO-rapport Kvl/JPB/2006.010). Leiden: TNO, 2006.
- 71 Bogers RP et al. Arch Int Med, 2007.
- 72 Een samenwerkingsproject tussen DLO/WUR, RIVM, TNO Kwaliteit van Leven en ZonMw, aangestuurd door de ministeries van VWS en LNV.
- 73 Een academische werkplaats wordt gedefinieerd als een gestructureerde, regionale samenwerking, primair tussen GGD(en) en universitaire afdeling(en), eventueel in combinatie met één of meerdere buiten-universitaire kennisinstututen of gezondheidsbevorderende instellingen.
- 74 Universiteit Maastricht in samenwerking met ResCon. Programmeringsstudie overgewicht. augustus 2008.
- 75 Brief van VWS VGP/ADT 2879968 d.d. 16 oktober 2008 over ondersteuning veelbelovende OGZ-projecten.