



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT  
**LEUVEN**

Metaforum visietekst 3

# Socio-economische verschillen in overgewicht

Visietekst werkgroep Metaforum Leuven,  
voorgesteld op het symposium van 23 november 2010

Samenstelling werkgroep:

Coördinator: Erik Schokkaert, economie

André Decoster, economie

Johan Lefevre, biomedische kinesiologie

Bart Pattyn, ethiek

Jeroen Scheerder, humane kinesiologie

Yves Segers, geschiedenis

Martine Thomis, biomedische kinesiologie

Omer Van den Bergh, gezondheidspsychologie

Carine Van de Voorde, economie

Greet Vansant, voeding

Metaforum Leuven  
[www.kuleuven.be/metaforum](http://www.kuleuven.be/metaforum)



## INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding.....	3
2. Enkele feiten en vaststellingen .....	4
A. Evolutie doorheen de tijd.....	4
B. Socio-economische verschillen in levensstijl .....	7
C. Kinderen en jongeren.....	8
3. Bredere context .....	8
A. Overgewicht als een maatschappelijk fenomeen .....	8
B. Socio-economische verschillen in levensstijl en gezondheid.....	10
C. Waarom is een gezonde levensstijl belangrijk? .....	11
4. Naar een realistische aanpak: beperkingen voor het beleid.....	13
A. Eten en weten .....	13
B. Tracking.....	14
C. Genetische factoren.....	15
D. Sociale normen .....	16
E. Economische factoren.....	17
5. Analyse van specifieke beleidsinstrumenten.....	18
A. Basisprincipes.....	19
B. Een overzicht van mogelijke beleidsmaatregelen.....	19
I. Informatie, ondersteuning en onderwijs .....	20
II. Omgevingsfactoren .....	21
III. Reclame en prijszetting .....	22
IV. Obesitasbehandeling .....	23
V. Implementatie.....	23
6. Aanbevelingen.....	24
7. Referenties .....	26

## 1. INLEIDING

Het aantal mensen dat kampt met overgewicht en obesitas is gedurende de laatste decennia sterk toegenomen. Het fenomeen doet zich in alle rijke landen voor, zij het in verschillende mate. Zo is de toename gering in Japan en zeer sterk in de VS en in het Verenigd Koninkrijk. Ook Vlaanderen kampt met het probleem. Zeer vereenvoudigd gesteld, is de oorzaak van overgewicht een onevenwicht in de energiebalans: door de verandering in de voedingsgewoonten worden er meer calorieën opgenomen, door de vermindering van de fysieke activiteit worden er minder calorieën verbruikt. Meer aangepaste voeding en meer beweging zijn dan ook de sleutelwoorden bij elk beleid dat de toename van overgewicht en obesitas wil stoppen.

Er zijn inderdaad goede redenen voor bezorgdheid. De stijgende prevalentie van overgewicht en obesitas heeft nadelige effecten voor de gezondheid. Deze complicaties betreffen een aantal welvaartsziekten (diabetes type 2, verhoogde kans op hart- en vaatziekten, verhoging van de bloeddruk en zelfs sommige kankers), mechanische aandoeningen (belastingsproblemen ter hoogte van knieën, rug en heup) en tenslotte een hele groep van problemen die we binnen de psychische gevoelens kunnen kaderen (zoals depressieve gevoelens,<sup>1</sup> schaamte en laag lichaamsbeeld). Door sommigen wordt het fenomeen dan ook beschouwd als een van de oorzaken van de sterke stijging van de kosten voor gezondheidszorg. Bovendien heeft overgewicht (zeer waarschijnlijk) niet enkel gezondheidseffecten, maar ook nadelige gevolgen op andere vlakken, bijvoorbeeld op schoolse prestaties, partnerkeuze en positie op de arbeidsmarkt (Burkhauser and Cawley, 2008).

Twee bijkomende elementen zijn van groot belang. Ten eerste, hoewel de prevalentie van overgewicht en obesitas stijgt in alle bevolkingsgroepen, zijn er tegelijkertijd grote socio-economische verschillen. Opnieuw eenvoudig gesteld, eten hogergeschoolden in het algemeen beter en bewegen ze meer. Verschillen in levensstijl vormen daardoor ook een van de mogelijke verklaringen voor de blijvende (en stuitende) socio-economische ongelijkheid in gezondheid. Ten tweede nemen overgewicht en obesitas sterk toe bij kinderen en jongeren. Dit is bijzonder verontrustend, omdat heel wat onderzoek wijst op de blijvende effecten van dit gedrag op de gezondheidstoestand op latere leeftijd. Bovendien blijkt het zeer moeilijk om gedrag dat verworven wordt tijdens de kinderjaren achteraf nog te wijzigen.

Er zijn vanzelfsprekend nog andere aspecten aan de bredere maatschappelijke problematiek rond voeding. Bij de zeer armen (vaak alleenwonende ouderen) kan er een probleem zijn van ondervoeding. Bovendien is er ook het fenomeen van eetstoornissen (boulimie en anorexia). In deze tekst zullen wij ons echter uitsluitend concentreren op de stijgende prevalentie van overgewicht en obesitas. Bestrijden van ondervoeding maakt deel uit van een breder armoedebeleid, de behandeling van eetstoornissen hoort eerder thuis in de medische sfeer.

In de volgende sectie geven we wat concrete informatie om de omvang van het overgewichtprobleem te schetsen. Hierbij richten we ons vooral op de socio-economische verschillen. In sectie 3 zullen we de vragen rond overgewicht en obesitas situeren in een breder ethisch en maatschappelijk kader. Vervolgens wijzen we erop dat bij de uitwerking van een beleid rekening moet worden gehouden met de wat ontvullende resultaten van wetenschappelijk onderzoek vanuit verschillende disciplines (sectie 4). Tenslotte besluiten we met een discussie over de wenselijkheid van een reeks specifieke beleidsmaatregelen (sectie 5). Onze belangrijkste beleidsaanbevelingen worden nog eens samengevat in sectie 6.

---

<sup>1</sup> Een voorbeeld: een recente Australische studie (Jacka et al., 2010) kwam tot het besluit dat de 20% adolescenten (10-14 jaar) met het meest ongezonde dieet 1,8 keer meer kans op depressie hadden dan de 20% adolescenten met het meest gezonde dieet.

De bezorgdheid over de gezondheidseffecten als gevolg van overgewicht en obesitas is gedurende de laatste jaren overal toegenomen, ook op het niveau van internationale organisaties zoals de WHO en (misschien meer verrassend) de OECD en de EU. Het aantal beleidsdocumenten lijkt exponentieel te stijgen en in vele landen worden plannen gemaakt met relatief ambitieuze langetermijndoelstellingen. Ook in Vlaanderen wordt actief gewerkt rond een 'Actieplan Voeding en Beweging'. Met deze tekst proberen we deze beleidsplannen in te kaderen in een bredere visie. Hierbij zullen we de nadruk leggen op het belang van structurele maatregelen in het kader van een langetermijnvisie die verschillende beleidsdomeinen overkoepelt.

## 2. ENKELE FEITEN EN VASTSTELLINGEN

Bij de meting van overgewicht en obesitas wordt vooral gebruik gemaakt van de BMI (Body Mass Index), berekend als  $(\text{gewicht in kg})/(\text{lengte in meter})^2$ . Bij volwassenen (vanaf 18 jaar) spreken we over 'overgewicht' wanneer de BMI ligt tussen 25,0 en 29,9, over obesitas wanneer de BMI ligt tussen 30 en 39,9 en over morbide obesitas wanneer de BMI groter is dan 40,0. Bij kinderen en adolescenten (2-18 jaar) wordt het resultaat beoordeeld aan de hand van grenswaarden, opgesteld per geslacht en per leeftijd (Cole et al., 2000).

Er kunnen vragen gesteld worden bij het exclusieve gebruik van de BMI als maatstaf. Gezondheidsrisico's worden allicht beter weergegeven door maatstaven van de vetverdeling en (ruimer) door het metabool syndroom (lendenomtrek, cholesterol, bloeddruk, bloedsuikergehalte, triglyceriden). Het blijkt dat gebruik van andere informatie zelfs de bevindingen over groepsverschillen kan beïnvloeden: zo leidt het gebruik van de BMI tot een relatieve onderschatting van de prevalentie van overgewicht bij Amerikaanse blanken in vergelijking met Amerikaanse zwarten (Burkhauser en Cawley, 2008). Meer algemeen is de informatie afgeleid uit subjectieve bevragingen niet volledig betrouwbaar. Dit geldt niet enkel voor de meting van het fenomeen van overgewicht zelf, maar ook voor de meting van het voedings- en bewegingsgedrag dat eraan ten grondslag ligt. Imperfecte maatstaven en onnauwkeurige meting hebben tot gevolg dat de resultaten van beleidsmaatregelen slechts met een foutenmarge kunnen gemonitord worden.

Er kunnen ook verschillende indicatoren gebruikt worden voor de meting van socio-economische status (SES). Het concept 'socio-economische status' staat voor een cluster van kenmerken, waaronder inkomen, jobkenmerken en scholing als de belangrijkste naar voor komen. Onderzoek suggereert dat (alle andere factoren constant blijvend) inkomensverschillen relatief weinig gevolgen hebben voor voeding en beweging (Schmeiser, 2009; Cawley et al., 2010). Het scholingsniveau blijkt een betere eendimensionale indicator (Cutler en Lleras-Muney, 2010). Voor volwassenen is dit een relatief stabiele maatstaf. Bovendien heeft het scholingsniveau van de ouders een significante invloed op het gedrag van de kinderen. We zullen verder dan ook vooral het scholingsniveau gebruiken als maatstaf voor SES. Hierbij moet er natuurlijk wel rekening mee gehouden worden dat dit slechts een beperkte maatstaf is voor iemands globale positie in de samenleving.

### A. EVOLUTIE DOORHEEN DE TIJD

We bekijken eerst de evolutie doorheen de tijd. We richten ons hierbij niet op de seculaire tendenzen, maar we vatten de redelijk betrouwbare informatie samen die beschikbaar is in de Gezondheidsenquête, sinds 1997 opgezet door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Afdeling Epidemiologie). Tabel 1 geeft de evolutie voor enkele interessante indicatoren voor het Vlaamse gewest. De cijfers voor het Waalse en het Brusselse gewest (en dus voor België) gaan in dezelfde richting, maar zijn (nog) minder gunstig.

**Tabel 1. Evolutie doorheen de tijd van indicatoren van overgewicht, voeding en beweging voor het Vlaamse gewest (Bron: Gezondheidsenquête WIV)**

	1997	2001	2004	2008
gemiddeld BMI bij volwassenen (>=18 jaar)	24,6	24,8	24,9	25,3
BMI – percentiel 75 bij volwassenen (>=18 jaar)	26,8	27,2	27,1	27,7
% volwassenen (>=18 jaar) met overgewicht (BMI>=25)	40,4	43,3	42,7	47,2
% volwassenen (>=18 jaar) met obesitas (BMI>=30)	9,6	11,0	11,5	13,7
% jongeren (2-17 jaar) met overgewicht	13,0	16,6	17,6	16,8
% jongeren (2-17 jaar) met obesitas	4,4	4,4	5,2	4,3
% bevolking dat gezondheidsrisico loopt door gebrek aan lichaamsbeweging in vrije tijd	28,7	29,0	21,1	21,7
% bevolking dat minstens eenmaal per week aan lichaamsbeweging doet (voldoende om te transpireren)	36,8	35,5	37,6	40,8
% bevolking dat minstens 30 minuten per dag aan lichaamsbeweging besteedt	nb	42,7	40,7	45,5
% bevolking dat dagelijks fruit eet	nb	54,5	52,8	66,0
% bevolking dat dagelijks groenten eet	nb	nb	76,7	87,7
% bevolking dat dagelijks bruin brood eet	nb	54,4	57,4	66,5
% bevolking dat minstens één keer per week vis eet	nb	56,2	66,0	65,0
% bevolking dat dagelijks gesuikerde frisdranken drinkt	nb	nb	nb	27,2

\* nb = niet beschikbaar

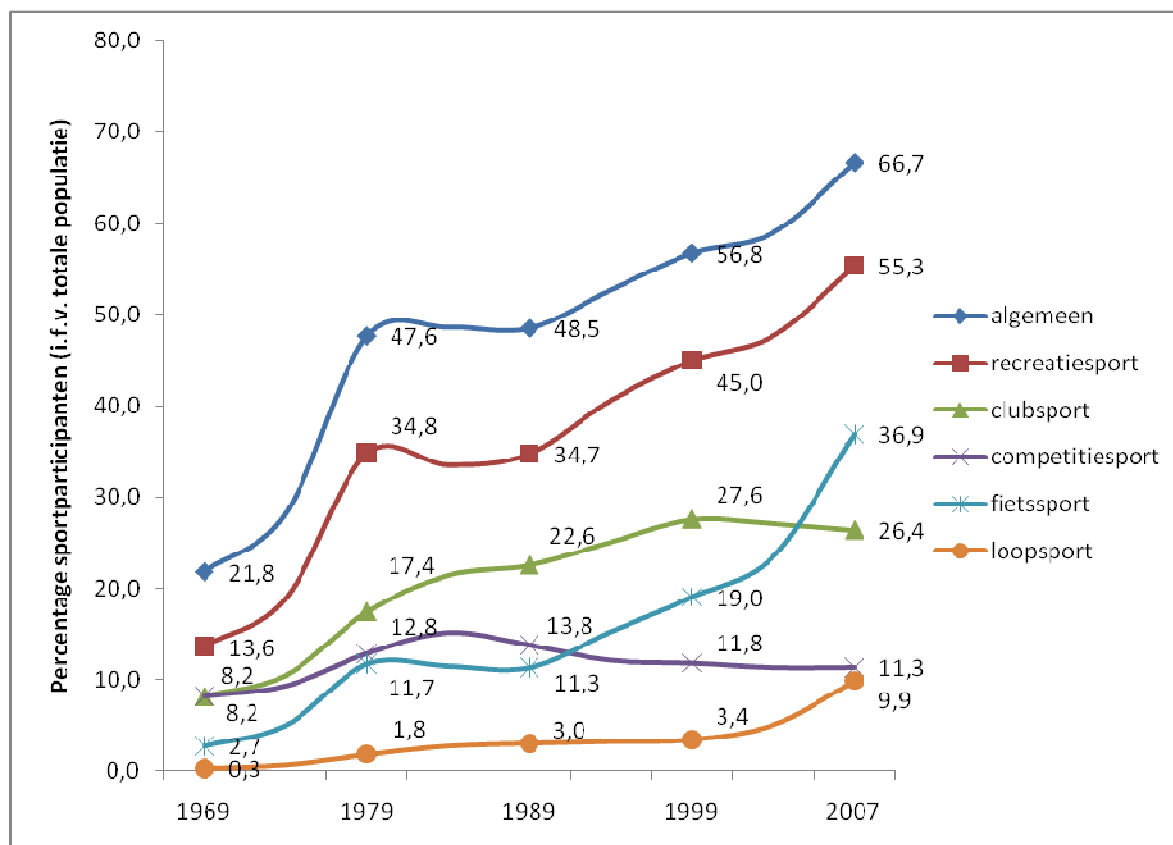
In het eerste gedeelte van de tabel tonen we de evolutie van indicatoren van overgewicht en obesitas. In 2008 was de gemiddelde BMI in Vlaanderen 25,3 en 25% van de volwassen bevolking had een BMI van meer dan 27,7. De trend voor het aantal volwassenen met overgewicht en obesitas is duidelijk stijgend. Dit geldt ook voor de evolutie bij de jongeren (2-17 jaar) met overgewicht en obesitas, hoewel daar de stijging minder uitgesproken is en zelfs wat lijkt doorbroken. Voor de jongeren is het aantal observaties in de steekproef echter beperkt.

Het tweede en derde blok van de tabel tonen de evolutie voor enkele indicatoren van voedings- en bewegingsgedrag. Hieruit blijkt dat de globale toestand niet zeer gunstig is (bv. meer dan 20% van de volwassenen loopt een gezondheidsrisico door gebrek aan lichaamsbeweging in zijn vrije tijd en slechts twee derden van de bevolking eet dagelijks fruit), maar – misschien wat verrassend – de evolutie tussen 1997 en 2008 is er duidelijk een in de richting van meer beweging en meer gezonde voeding. Er zijn verschillende mogelijke verklaringen die deze resultaten kunnen verzoenen met die van het stijgend aantal volwassenen met overgewicht en obesitas. In de eerste plaats kan de tijdsperiode te kort zijn om reeds effecten van de gedragsverandering te merken. Ten tweede kan de meting van het gedrag meetfouten vertonen. Subjectieve antwoorden zullen zelden perfect overeenkomen met de realiteit, maar hier is het bovendien mogelijk dat er een tendens is tot steeds grotere overschatting van het aantal mensen die beweren ‘gezond te eten’ en ‘voldoende te bewegen’, omdat dit soort van gedrag steeds meer als ‘sociaal wenselijk’ wordt aanzien. Ten derde kunnen de gebruikte indicatoren te algemeen zijn, zodat er geen sterke directe relatie kan gevonden worden met overgewicht.<sup>2</sup> In elk geval suggereren deze bevindingen dat bij de *monitoring* van het beleid niet enkel naar gedragsindicatoren moet worden gekeken, maar ook naar de resultaten in termen van overgewicht.

<sup>2</sup> De Gezondheidsenquête 2008 bevat ook informatie over (waarschijnlijk betere) indicatoren zoals het percentage van de bevolking dat minstens twee porties fruit per dag eet of minstens 200g groenten per dag eet, maar voor die indicatoren zijn er geen gegevens voor de vroegere jaren.

Figuur 1 geeft meer gedetailleerde informatie over de actieve deelname aan sport. De cijfers in de figuur moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden omdat er bij de meting van participatie geen rekening wordt gehouden met de duur en de intensiteit van de sportactiviteit, maar ze bevestigen toch in grote lijnen de tendens die we reeds gemerkt hebben in Tabel 1. Waar op het einde van de jaren zestig iets meer dan een vijfde van de twaalfjarigen en ouder in Vlaanderen sportactief was, is dit aandeel op bijna veertig jaar tijd meer dan verdrievoudigd. Uit de figuur blijkt eveneens dat de evolutie van de sportdeelname in twee grote golven kan worden opgesplitst. Een eerste golf vond plaats gedurende de jaren zeventig. Dat is de periode waarin Vlaanderen actief gestalte gaf aan een Sport voor Allen-beleid. Van een tweede golf is sprake vanaf de jaren negentig, met een opvallende groei gedurende de laatste jaren. Zowel de eerste als de tweede golf worden geschraagd door een sterke impuls vanuit de recreatiesport. Het is belangrijk om ons te realiseren dat de recreatieve vorm van sportbeoefening gedurende de voorbije vier decennia steeds populairder was dan de sportbeoefening in clubverband en de competitieve sportbeoefening in het bijzonder.

**Figuur 1: Evolutie van het percentage 12- tot en met 75-jarige sporters, recreatiesporters, clubsporters, competitieporters, fietssporters en loopersporters in Vlaanderen 1969-2007 (Bron: Scheerder en Vanreusel, 2009)**



## B. SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN IN LEVENSTIJL

We geven nu voor dezelfde indicatoren als in tabel 1 de uitsplitsing volgens onderwijsniveau voor het meest recente beschikbare jaar (2008). Omdat onderwijsniveau samenhangt met andere kenmerken, wordt het beeld zuiverder als hiervoor gecontroleerd wordt. De informatie in tabel 2 is dan ook uitgezuiverd voor de verschillen in leeftijd en geslacht.

**Tabel 2. Indicatoren van overgewicht, voeding en beweging voor het Vlaamse gewest, uitgesplitst naar onderwijsniveau (gecontroleerd voor leeftijd en geslacht) (Bron: Gezondheidsenquête WIV)**

	Lager/Geen	Lager Secundair	Hoger secundair	Hoger onderwijs
% bevolking (>=15 jaar) met een slechte subjectieve gezondheid*	30,3	27,1	20,2	13,8
% bevolking met beperkingen in dagelijkse activiteiten als gevolg van langdurige aandoeningen*	20,4	19,8	13,1	10,8
gemiddeld BMI bij volwassenen (>=18 jaar)	26,0	25,8	25,3	24,3
BMI – percentiel 75 bij volwassenen (>=18 jaar)	28,7	29,4	27,8	26,6
% volwassenen (>=18 jaar) met overgewicht (BMI>=25)	52,3	49,5	46,5	37,9
% volwassenen (>=18 jaar) met obesitas (BMI>=30)	14,2	18,4	12,6	7,9
% jongeren (2-17 jaar) met overgewicht**	32,0	26,3	17,9	14,0
% jongeren (2-17 jaar) met obesitas**	11,8	7,1	2,9	1,7
% bevolking dat gezondheidsrisico loopt door gebrek aan lichaamsbeweging in vrije tijd	34,8	24,6	23,6	14,3
% bevolking dat minstens eenmaal per week aan lichaamsbeweging doet (voldoende om te transpireren)	24,3	34,0	37,5	46,8
% bevolking dat minstens 30 minuten per dag aan lichaamsbeweging besteedt	29,0	34,4	37,2	40,1
% bevolking dat dagelijks fruit eet	58,9	59,2	60,6	70,8
% bevolking dat dagelijks groenten eet	79,5	81,7	84,7	88,6
% bevolking dat dagelijks bruin brood eet	45,6	51,0	50,4	61,6
% bevolking dat minstens één keer per week vis eet	58,9	57,7	62,8	68,9
% bevolking dat dagelijks gesuikerde frisdranken drinkt	32,3	38,6	30,4	18,3

\* cijfers voor België.

\*\* voor jongeren: hoogste opleidingsniveau van het gezin waartoe de jongere behoort.

In vergelijking met tabel 1 voegen we in het eerste blokje van tabel 2 enkele (van de zeer vele) indicatoren toe die wijzen op de grote socio-economische ongelijkheid in gezondheidsniveau. De overige blokken tonen duidelijk een sociale gradiënt, zowel voor overgewicht als voor de verschillende indicatoren van voedings- en bewegingsgedrag. Let vooral ook op de cijfers voor jongeren: hier is de invloed van socio-economische status het meest uitgesproken.

Meer gedetailleerde gegevens uit andere bronnen bieden een meer gedifferentieerd beeld voor wat de fysieke (in)activiteit betreft. Hooggeschoolde mannen (hoger onderwijs) hebben in vergelijking met laaggeschoolde mannen (lager en secundair onderwijs) meer dan driemaal zoveel kans om als onvoldoende fysiek actief bestempeld te worden.<sup>3</sup> Bij de vrouwen ligt die kansverhouding lager. De verklaring ligt hoofdzakelijk in het verschil in fysieke inspanning tijdens de beroepsactiviteit. Deze is immers beduidend hoger bij de laaggeschoolden. Wat de

<sup>3</sup> Onvoldoende fysieke activiteit wordt hier gedefinieerd als PAL (Physical Activity Level) <1,75, de drempelwaarde die door de WHO vooropgesteld wordt om overgewicht te vermijden.

actieve sportbeoefening betreft, wordt echter een tegenovergesteld patroon vastgesteld. Hooggeschoolde mannen en vrouwen hebben respectievelijk 1,5 en 1,6 keer minder kans om sportinactief te zijn dan laaggeschoolde mannen en vrouwen (Lefevre et al., 2005).

### C. KINDEREN EN JONGEREN

De resultaten voor de jongeren in de tabellen 1 en 2 zijn bijzonder verontrustend. Meer informatie over het voedingsgedrag van de jongeren in Vlaanderen kan bv. gevonden worden in het Rapport 'Jongeren en Gezondheid 2006' (Maes en Vereecken, 2006). Wanneer een 'gezond eetpatroon' wordt geoperationaliseerd als het dagelijks eten van fruit en groenten en het drinken van maximum één keer frisdrank per dag, blijkt dat slechts 15% van de jongens en 40% van de meisjes aan dit patroon voldoen. Ook de sociale gelaagdheid van het gedrag wordt hier bevestigd. Leerlingen uit het ASO eten gezonder dan leerlingen uit de andere richtingen. Dit geldt zowel voor de meisjes als voor de jongens. Bij de meisjes zijn de relevante cijfers bijvoorbeeld: ASO: 55%, TSO: 31%, BSO: 23%.

## 3. BREDERE CONTEXT

We willen ons in deze tekst in de eerste plaats richten op de nadelige gezondheidseffecten die samenhangen met overgewicht en meer bepaald ook op de socio-economische verschillen hierin. Maar de specifieke focus van onze bijdrage mag ons natuurlijk niet verhinderen het probleem in zijn bredere context te plaatsen. Overgewicht is een probleem in alle lagen van de bevolking. En socio-economische gezondheidsverschillen hebben niet enkel met verschillen in levensstijl te maken.

### A. OVERGEWICHT ALS EEN MAATSCHAPPELIJK FENOMEEN

Het is niet zo moeilijk een verklaring te vinden voor de algemene toename van overgewicht in alle lagen van de bevolking van de rijke westerse samenlevingen. Over de verschillende wetenschappelijke disciplines heen bestaat er dan ook een brede consensus over de drijvende krachten achter deze evolutie – hoewel het gebruikte jargon niet altijd hetzelfde is en er ook nog wel discussie is over het relatieve belang van de verschillende factoren. Waarom eten we ongezonder en bewegen we minder?<sup>4</sup>

De technologische wijzigingen van de laatste decennia hebben geleid tot grondige veranderingen in het economische productieproces en in onze maatschappelijke organisatie van arbeid en gezinsleven. De relatieve prijs van voeding is sterk afgenomen, en binnen de voedingsproducten dan nog vooral de relatieve prijs van industrieel bereide voedingsmiddelen en snacks. Tegelijkertijd is de zogenaamde tijdprijs van het zelf thuis bereiden van maaltijden toegenomen. Dit wordt verklaard door de stijging van de lonen op de formele arbeidsmarkt en daarmee samenhangend de gewijzigde organisatie van het gezinsleven, waarbij steeds vaker beide ouders buitenhuis werken. Als gevolg hiervan is het aandeel van thuis bereide maaltijden afgenomen, het aandeel van snacks en tussendoortjes, kant-en-klare gerechten en gezoete frisdranken toegenomen. Dit laatste wordt ook in de hand gewerkt door de toenemende vermarkting van de voedselproductie. Zoals we verder nog zullen zien, zijn mensen

<sup>4</sup> We zoeken hier naar langetermijntendenzen. Zoals in de vorige sectie werd aangetoond, is deze evolutie gedurende het laatste decennium gestopt, tenminste in de gemakkelijk beschikbare indicatoren.



biologisch 'getuned' om te houden van vet en zoet eten – en het is dan ook niet verrassend dat de ondernemingen in de voedingssector vooral op deze gemakkelijke smaken zullen inzetten.

Een analogoos verhaal kan verteld worden met betrekking tot beweging. Wijzigingen in het productieproces, zoals bv. de vervanging van menselijke fysieke arbeid door machines, hebben geleid tot de creatie van meer en meer sedentaire jobs. Vroeger was 'bewegen' een deel van het werk waarvoor men betaald werd, nu moet men vaak betalen om te kunnen bewegen. De technologische vooruitgang, de toegenomen tijdsdruk en de nood aan mobiliteit over grotere afstanden hebben ook geleid tot een relatief intensiever gebruik van gemechaniseerde vervoersmiddelen.

Op die economische evolutie hebben zich socioculturele ontwikkelingen geënt. Sociologen nemen aan dat in de jaren zestig de verstandhouding in tal van gezinnen strikter was en dat gewoonten en gebruiken ingebed waren in stabielere interactiepatronen dan vandaag (Bernstein 1971, 1975; Bauman, 1992; Giddens, 1991). Voor wat voeding betreft, impliceerde dat bijvoorbeeld dat in tal van gezinnen maaltijden beantwoordden aan een welomschreven verwachtingspatroon. Iedereen wist wat gold als een ontbijt of een middagmaal of wat men zich in de week of enkel op zondag kon permitteren (Douglas 1972, 1982). Suikerhoudende dranken en tussendoortjes zoals koekjes, snoep of chocolade werden gereserveerd voor speciale gelegenheden. Vanaf de jaren zestig werden de categorieën op basis waarvan objecten, rollen en gedragingen op een gemeenschappelijke manier onderscheiden worden, vager en werd de sociale druk om aan een gangbaar gedragspatroon te beantwoorden zwakker, zodat er meer ruimte ontstond om zich op een originele manier te gedragen. Deze individualisering creëerde meer vrijheid, maar droeg er tegelijk toe bij dat de verantwoordelijkheid voor de disciplinerende van het eigen gedrag meer en meer op de schouders van het individu zelf ging rusten. Dat betekent echter niet dat er geen ideaalbeelden van begerenswaardige levensstijlen meer worden voorgespiegeld. Sociologen nemen aan dat de bevoogdende instructie van weleer werd ingeruild voor een onopvallende socialisering (Bernstein, 1975) die ondermeer door de audiovisuele media wordt voltrokken.

Deze beschrijving van de socioculturele ontwikkelingen is vanzelfsprekend perfect complementair aan de meer economisch getinte verklaring die hoger werd gegeven. Het is echter interessant om iets meer speculatief verder na te denken over de bijdrage van de socioculturele evolutie tot de gewijzigde voedings- en bewegingspatronen. Het structureren van menselijke verlangens is van belang, omdat deze niet instinctief begrensd zijn. Durkheim (1986, p. 304) omschreef de situatie zonder begrenzing als '*le mal de l'infini*'. De leefwereld van mensen die hun leven in het teken stellen van maatschappelijk gerespecteerde projecten, wordt in belangrijke mate gestructureerd door wat dergelijke projecten vereisen. Als dergelijke projecten ontbreken en mensen geacht worden niets speciaals om handen hebben, zal het voor hen moeilijker zijn om het eigen bestaan te structureren en zullen ze zich sneller laten verleiden tot *instant gratification* zoals bijvoorbeeld veel 'lekker' eten. Iemand die niet voor iets van betekenis wordt geacht, zal zich verder ook gemiddeld genomen onzekerder voelen en de *locus of control* van zijn gedrag buiten zichzelf projecteren, waardoor hij minder goed opgewassen zal zijn tegen de verleiding die uitgaat van reclame.

De bezorgdheid over de wijzigende voedingspatronen is niet nieuw. Omstreeks 1900 werden de eerste adviezen in verband met het voedingspakket van Belgische arbeiders geformuleerd. Het medische onderzoek oordeelde toen dat bij minstens een derde van die arbeiders de energie-inname te laag was en dat er moest gezorgd worden voor een toename van het vleesverbruik. Latere adviezen waren er vooral op gericht meer variatie in het menu te brengen: minder aardappelen, meer vlees en geleidelijk aan ook meer groenten en fruit. Maar het bleef wel een bijna algemeen aanvaarde norm dat zeker kinderen 'goed' moesten eten, waarbij 'goed' stond voor 'voldoende', 'gevarieerd qua producten en bereiding' en 'zuinig of goedkoop'. Op het einde van de jaren 1920, een periode van economische welvaart, doken de eerste waarschuwingen voor overconsumptie en overgewicht op in kookboeken

en tijdschriften. Bourgeoisemagazines schoven zelfs de slanke lijn naar voor als het ideaal voor de moderne, actieve huisvrouw (Scholliers, 2009). Vanaf de jaren 1960 sijnelden nieuwe (en wijzigende) ideeën over gezonde voeding traag door bij de bevolking, weliswaar in ongelijke mate bij verschillende groepen, en werden deze ideeën ook geleidelijk aan overgenomen in de meest populaire informatiekanalen (zoals bv. kookboeken en vrouwenmagazines). De adviezen in deze kookboeken waren echter dikwijls tegengesteld: naast aanbevelingen rond gezonde voeding werd ook heel wat aandacht besteed aan zoete desserts (Segers, 2005). Wat er ook van zij, in elk geval heeft deze toenemende aandacht voor gezonde voeding de tendens in de richting van meer overgewicht niet kunnen stuiten.

Voedings- en bewegingsgewoonten ontstaan vanuit een samenspel van economische en culturele factoren. Wanneer we een toename van de prevalentie van overgewicht zien in onze samenleving, is dat dan ook geen indicatie van individuele ontsporingen, maar het gevolg van brede maatschappelijke tendensen die aan individuele controle ontsnappen. Dan blijft natuurlijk de vraag: hoe kunnen we de grote verschillen naar socio-economische status in dit bredere verhaal inpassen?

## B. SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN IN LEVENSTIJL EN GEZONDHEID

De algemene economische en culturele tendensen die we hoger beschreven hebben, hebben een verschillende impact op mensen met een verschillende socio-economische status. In de eerste plaats is de druk van de economische factoren wellicht groter bij mensen met een lagere SES. Wanneer gezonder eten en meer bewegen relatief duurder worden, kan dit sterker doorspelen in de verbruiksbeslissingen van mensen met een lager inkomen (Powell, 2009). Belangrijker lijken echter de culturele verschillen te zijn. Levensstijlen worden gedreven door processen van groepsidentificatie en groepsdifferentiatie. Reeds sinds de vorige eeuw waren gezonder, verfijnder en meer gevarieerd eten kenmerken waardoor hogere SES-groepen zich van lagere SES-groepen onderscheidden. Dit kan natuurlijk ook te maken hebben met het feit dat handenarbeid en beweging voor die laatste relatief belangrijker waren – hun voedingsgewoonten waren enkele decennia geleden wellicht aangepast, en wijzigen zich nu slechts traag onder invloed van de gewijzigde maatschappelijke context. Maar op een dieper niveau weerspiegelen verschillen in levensstijl ook verschillen in identificatie met de grote samenleving. Wanneer de maatschappelijke posities van hoger- en lagergeschoolden verder uit elkaar schuiven, kunnen gevoelens van uitsluiting en frustratie bij lagergeschoolden leiden tot de vorming van een eigen subcultuur, waarvan één kenmerk zou kunnen zijn dat ze zich expliciet afzet tegen de ‘gezonde’ levensstijl die als norm door de samenleving naar voor wordt geschoven (hoewel zeker niet algemeen gevolgd). Die reactie kan overigens ook gedreven worden door het gevoel dat die dominante normen toch steeds verschuiven en onhaalbaar blijven. Zodra er een dergelijke subcultuur ontstaat, zal de markt hierop vanzelfsprekend inspelen. Zo zijn er sterke aanduidingen voor de VS dat differentiatie in het aanbod van hamburgerketens en groentewinkels niet de directe oorzaak is van verschillen in voedingspatronen (Currie et al., 2009), maar eerder de vraagverschillen volgt. Natuurlijk is er hier sprake van beïnvloeding in beide richtingen. Wanneer het aanbod inspeelt op de vraag, zal de ruimere beschikbaarheid van ‘ongezonde’ voeding de bestaande smaakverschillen verder in de hand werken. Maar deze laatste lijken in elk geval te domineren.

Verschillen in levensstijl vormen een van de verklaringen voor de overvloedig gedocumenteerde socio-economische verschillen in gezondheid en in sterftcijfers. Er zijn echter ook nog andere essentiële verklarende factoren voor de gezondheidsverschillen: denken we maar aan de fysiek en/of psychisch belastende arbeidsomstandigheden en aan de kenmerken van de sociale- en woonomgeving, inclusief het milieu. Bovendien moet het belang van de eerste levensjaren niet onderschat worden: datasets waarin kinderen gevolgd werden

doorheen hun hele leven, tonen verrassend sterke en statistisch significante verbanden tussen gezondheid en levensomstandigheden tijdens de kinderjaren en chronische ziekten op volwassen leeftijd (Case et al., 2005; Currie, 2009). Bovendien zijn er vanzelfsprekend interacties tussen levensstijl en al deze factoren (zie ook verder). Een coherent beleid om socio-economische verschillen in gezondheid aan te pakken moet dan ook veel ruimer zijn en zich niet enkel richten op levensstijl: huisvesting en onderwijs spelen hierin een sleutelrol. Overigens kunnen investeringen in die sectoren belangrijker zijn voor de verbetering van het gezondheidsniveau van de bevolking dan uitgaven in de curatieve gezondheidszorg.

Tenslotte omvat levensstijl vanzelfsprekend meer dan voedingsgewoonten en fysieke activiteitspatronen. Zo hebben bv. ook alcoholmisbruik en roken ongetwijfeld nefaste effecten op de gezondheid. Tot op zekere hoogte hangen deze verschillende vormen van ongezond gedrag wellicht samen, maar toch blijken de correlaties op individueel niveau relatief beperkt te zijn (Cutler en Glaeser, 2005). Het kan dan ook misleidend zijn om de specifieke factoren te verwaarlozen en te doen alsof levensstijl één samenhangende cluster is. Bovendien willen we proberen om uiteindelijk tot specifieke beleidsconclusies te komen en die zullen zeker gedifferentieerd moeten zijn voor de verschillende aspecten van levensstijl. We zullen het verder dan ook enkel hebben over voeding en beweging.

### C. WAAROM IS EEN GEZONDE LEVENSTIJL BELANGRIJK?

De wenselijkheid van overheidsingrijpen lijkt evident in het licht van het duidelijke verband tussen overgewicht en obesitas enerzijds en gezondheidsproblemen anderzijds. Dit kan zelfs nog meer evident lijken wanneer men bekommerd is om de (te?) sterke toename van de uitgaven in de gezondheidszorg en de stijgende prevalentie van overgewicht en obesitas als een van de belangrijkste oorzaken hiervan beschouwt. Het wordt binnen onze samenleving ook algemeen aanvaard dat socio-economische verschillen in gezondheid een van de meest stuitende vormen van onrechtvaardigheid vormen. Dit alles lijkt voldoende te zijn om een gericht beleid te rechtvaardigen. Maar deze pragmatische visie is op zichzelf toch niet helemaal bevredigend.

Vanuit een eerder liberale visie kan de vraag opgeworpen worden waar de overheid het recht aan ontleent om tussen te komen in beslissingen die mensen zelf nemen. In het geval van overgewicht zijn er weinig rechtstreekse schadelijke effecten op derden (in tegenstelling tot roken bv.) en wanneer verschillen in levensstijl leiden tot verschillen in gezondheid zou dat kunnen worden gezien als de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Wanneer men deze benadering verder doordenkt, zou men hierop overigens een pleidooi kunnen bouwen voor premies in de ziekteverzekering die gedifferentieerd worden naar levensstijl. Deze visie is moeilijk te verzoenen met de analyse in sectie 3.A, waar gewezen werd op het dominerende belang van bredere maatschappelijke tendensen die aan elke individuele controle ontsnappen. Wijzen op individuele verantwoordelijkheid creëert een gevaar van culpabilisering, zeker wanneer men mensen met overgewicht mee verantwoordelijk gaat stellen voor de stijging van de uitgaven in de gezondheidszorg – en het gevaar wordt nog groter wanneer een dergelijke stigmatisering samenvalt met sociale statusdifferentiatie. Culpabilisering is ethisch onverantwoord en zal overigens ook niet tot de juiste resultaten leiden. Maar de idee van individuele verantwoordelijkheid kan hiermee toch niet zomaar van de tafel geveegd worden. Respect voor de menselijke waardigheid betekent toch ook ondermeer dat de keuzes die mensen maken tot op zekere hoogte gerespecteerd worden. Iemand *au sérieux* nemen impliceert ook hem verantwoordelijkheid geven voor zijn eigen daden en voor de gevolgen ervan. Vanuit deze visie moet de overheid ervoor zorgen dat mensen vanuit hun eigen leefomgeving de juiste prikkels krijgen om zelf hun gedrag te wijzigen. Het aanreiken van hefboomen tot gedragswijziging zal in die zin emancipatorisch werken. Dat betekent dat een poging gedaan moet worden om het ethos en het waardenpatroon dat tot een bepaalde levensstijl leidt zo goed

mogelijk te begrijpen. Zoals we hebben gezien, kan de keuze voor een bepaalde levensstijl gevoelens van uitsluiting en frustratie reflecteren.

Deze moeilijke vragen krijgen nog een bijkomende dimensie wanneer het gaat over de houding van ouders tegenover hun kinderen. Kinderen hebben tot op zekere hoogte wellicht recht op bescherming door de maatschappij, en zoals gezegd toont onderzoek naar de interactie tussen omgevings- en genetische factoren en de pre- en perinatale omgeving van het kind aan dat de 'keuzevrijheid' van de ouder(s) ook (nadelige) gevolgen heeft voor de volgende generatie(s). Anderzijds is het echter moeilijk aanvaardbaar dat een beleid gericht op de kinderen de eigen verantwoordelijkheid van hun ouders fundamenteel zou ondergraven. Opnieuw lijkt ondersteuning van die ouders bij het nemen van beslissingen de enige aanvaardbare optie.

Vanuit een ruimer ethisch standpunt is deze instrumentele aanpak, gericht op individuele gedragswijziging, erg schraal. Waarom zou de overheid geen tegenwicht mogen bieden wanneer mensen nu toch reeds in een omgeving leven waar ze sterk onder invloed staan van bv. reclame door op winst gerichte privéondernemingen? Het verschil tussen een verstandhouding waarin men vindt dat iedereen het recht heeft het eigen leven naar eigen voorkeur in te richten, zolang anderen geen schade wordt berokkend, en een verstandhouding waarin het iedereen koud laat wat anderen met hun leven aanvangen, is soms heel klein. Als men omwille van een goed bedoelde neutraliteit geen idealen meer durft te stellen, is het gevaar niet denkbeeldig dat men een maatschappelijk ethos in de hand werkt van kritiekloze consumptie en statuscompetitie. Respect opbrengen voor de autonomie van mensen betekent dus niet dat de publieke reflectie over de inhoud van een goed en gelukkig leven minder belangrijk wordt, wel integendeel. Een positieve visie op het goede leven kan dan ook belangrijk zijn om een beleid met betrekking tot overgewicht te ondersteunen. Een dergelijke visie hoeft niet opnieuw uitgevonden te worden, omdat in onze en in tal van andere culturele tradities zowel in de dagelijkse omgang als op basis van kritische reflectie specifieke levensstijlen als voorbeeldig naar voor werden geschoven. Eten was en is in elke cultuur meer dan het iets gulzig naar binnen schrokken. Samen ontbijten, met de familie rond de tafel zitten, gasten uitnodigen, op restaurant gaan, in al dit soort sociale activiteiten wordt eten gekoppeld aan andere interacties. Zo maken we bij de maaltijd tijd om met elkaar te communiceren, om onze samenhang te laten blijken, om gastvrij met vreemden kennis te maken, om iets gemeenschappelijks te vieren en dergelijke. Deze tradities hebben niet aan actualiteit ingeboet. In plaats van onverschilligheid te genereren ten aanzien van levensstijlen, doen we er goed aan om in het licht van de differentiatie tussen hoog- en laaggeschoolden, na te denken over de manier waarop we de bereiding van voedsel en het samen eten op een voor iedereen toegankelijke manier stijlvol kunnen cultiveren. Een positieve bezinning over levensstijl dringt zich trouwens ook op in het licht van de toenemende bekommernis om het milieu en om de toekomst van onze planeet.

We moeten expliciet nadenken over wat mensen gelukkig maakt en wat de inhoud kan zijn van een 'goed leven'. Zo'n ruimere kritische reflectie zal niet onmiddellijk leiden tot een meer nauwkeurige formulering van specifieke beleidsmaatregelen, maar ze kan wel inspirerend en motiverend werken voor doorgedreven inzet op langere termijn, ook wanneer kortetermijnsuccessen uitblijven. Kritische reflectie en dialoog komen overigens absoluut niet in conflict met het respect voor de keuzevrijheid en de menselijke waardigheid dat we hoger hebben verdedigd, maar ze zijn er een noodzakelijk complement van.

#### 4. NAAR EEN REALISTISCHE AANPAK: BEPERKINGEN VOOR HET BELEID

De bekommernis om het probleem van overgewicht neemt overal toe en in de meeste landen worden dan ook plannen ontwikkeld om het probleem aan te pakken. Bewustmaking en informatie spelen in die plannen een grote rol (cf. Robertson et al., 2007; Whitehouse Task Force on Childhood Obesity, 2010). Het schaarse onderzoek naar de gevolgen van doorgevoerde beleidsmaatregelen is eerder ontnuchterend, vooral wat de effecten op langere termijn betreft. ‘Grote’ plannen werken niet, gerichte interventies op microniveau hebben soms wel effect, maar de gevolgen zijn op macroniveau amper merkbaar. In elk geval zijn de grote trends tot nu toe niet gekeerd. Eigenlijk is het echter helemaal niet verrassend dat de resultaten tot nu toe ontgoochelend zijn. Het beleid in dit domein is pas op gang gekomen. Bovendien is de uiteindelijke doelstelling het realiseren van een duurzame gedragsverandering – en we weten dat zoiets niet gemakkelijk te realiseren is. Een voluntaristisch beleid, dat onvoldoende rekening houdt met wetenschappelijke inzichten, heeft dan ook zeer weinig kans op slagen. Een goede beleidsvisie moet vertrekken van een realistische inschatting van de beperkte maakbaarheid van de samenleving. Inzichten vanuit verschillende wetenschapsdomeinen kunnen leiden tot een heilzame relativering van overspannen verwachtingen.

##### A. ETEN EN WETEN

Rond eetgedrag zijn subtiele psychologische mechanismen aan het werk. Mensen eten geen ‘calorieën’ en ‘koolhydraten’, maar vlees en groenten. Gezondheid is een overweging die het eetgedrag mee beïnvloedt, maar niet de belangrijkste. Wat men eet, wordt in de eerste plaats bepaald door wat men lekker vindt (*liking/disliking*). Mensen zijn biologisch ‘getuned’ om vooral te houden van zoet en vet eten – gezonde voeding die niet zoet of vet smaakt, moeten we leren appreciëren door een leerproces. Kinderen houden normaal niet automatisch van koffie of van witloof, maar ze houden bijna allemaal van snoep. Meer verfijnde smaken worden grotendeels aangeleerd in de kinderjaren en zijn nog zeer moeilijk te wijzigen achteraf. Wat en hoeveel we eten, wordt overigens ook medebepaald door cues in onze onmiddellijke omgeving, zoals bijvoorbeeld de grootte van de borden, het volume van de porties en het gezelschap waarmee we aan tafel zitten.

Cognitieve factoren zijn bij dit alles niet dominant. Dat betekent dat het verstrekken van bijkomende gezondheidsinformatie op zichzelf het individueel gedrag wellicht niet ingrijpend zal wijzigen. Bovendien wordt die informatie vaak op een gebrekkige wijze verwerkt en tieren denkfouten alom. Zo hanteren sommige mensen een soort idee van ‘negatieve calorieën’ (‘ik heb een appel gegeten, dus nu mag er ook nog wel een snoepje bij’). Vele mensen zijn niet tevreden over hun gewicht en zeggen dat ze graag zouden vermageren, maar voortdurende pogingen om het eetgedrag cognitief te regelen (*‘restraint eating’*) en ondoordachte pogingen om te vermageren kunnen eveneens negatieve effecten hebben (cf. jojo-effect) (Ogden, 2004; Neumark-Sztainer et al., 2006). In situaties van morbide obesitas blijken individuele begeleiding en gedragstherapie noodzakelijk te zijn om enige kans op gewichtsvermindering te hebben (Jones et al., 2007).

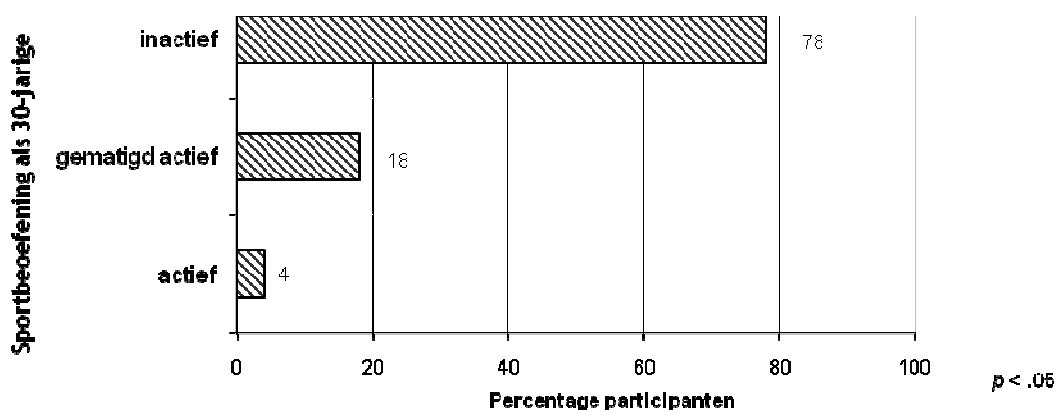
Gelijkaardige overwegingen gelden ook voor ‘beweging’. Gezondheid en een goede conditie worden vaak genoemd bij de motieven om aan sport te doen, maar ontspanning is belangrijker en ook vriendschap en gezelligheid scoren hoog (Scheerder, 2007). Cognitieve factoren (‘weten dat beweging belangrijk is voor de gezondheid’) zullen op zichzelf niet voldoende zijn om mensen aan het bewegen te krijgen.

## B. TRACKING

Heel wat empirisch materiaal toont aan dat de kinder- en jeugdijaren sterk bepalend zijn voor de situatie op volwassen leeftijd. Dit begint reeds op zeer jonge leeftijd. Zo toont onderzoek aan dat borstgevoede zuigelingen later een kleiner risico op overgewicht lopen (Singhal en Lanigan, 2006). Adolescenten met overgewicht hebben 6,8 maal (bij jongens) en 9,5 maal (bij meisjes) meer kans om ook op de leeftijd van 40 jaar overgewicht te hebben (Matton et al., 2006).

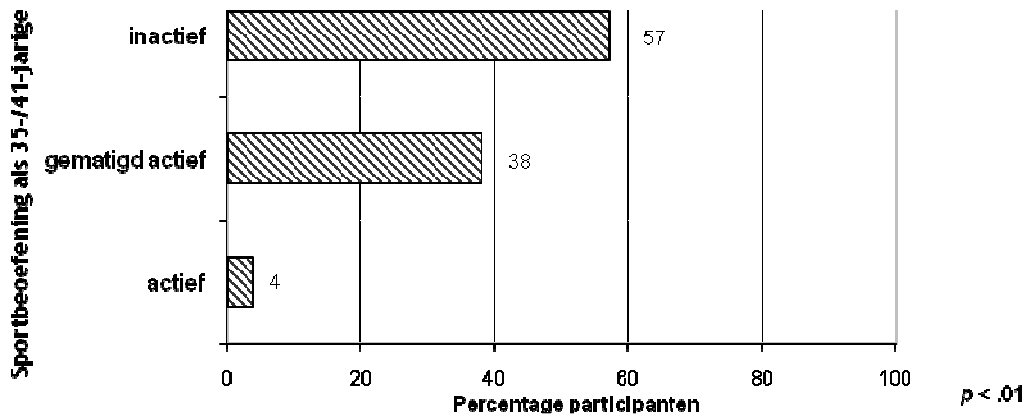
Voor het eetgedrag weten we dat smaken in grote mate gevormd zullen worden tijdens de kinderjaren. We spreken in dit verband over 'tracking' – mensen worden reeds op jonge leeftijd in een bepaalde richting gestuurd. *Tracking* is ook belangrijk voor bewegingsgedrag. Zo hangt sportparticipatie door volwassenen sterk samen met hun sportparticipatie in kindertijd en adolescentie. Uit figuur 2 blijkt dat van de mannen die sportinactief zijn op de leeftijd van 17, een meerderheid van 78% ook sportinactief is op dertigjarige leeftijd. Slechts een minderheid (22%) van de sportinactieve mannelijke adolescenten doet aan sport als volwassene. Een vergelijkbaar patroon stellen we vast bij de vrouwen. Figuur 3 toont aan dat bijna zes op tien vrouwen die niet of sporadisch aan sport deden tijdens de late adolescentie als volwassene eveneens geen sport beoefenen.<sup>5</sup> *Tracking* van sportinactiviteit blijkt zich overigens in sterkere mate voor te doen dan *tracking* van sportactiviteit. De kans om sportinactief te blijven is met andere woorden groter dan de kans om aan sport te blijven doen.

**Figuur 2. Sport(in)activiteit bij 30-jarige mannen die sportinactief waren als 17-jarige (Bron: Scheerder et al., 2008)**



<sup>5</sup> Opmerkelijk is wel dat het aandeel mannen dat sportinactief blijft, hoger ligt dan bij de vrouwen. Anderzijds dient te worden opgemerkt dat het aantal jongens dat tijdens de late adolescentie sportinactief is (10%) heel wat lager ligt dan het aantal meisjes dat niet aan sport doet tijdens deze levensfase (36%).

**Figuur 3. Sport(in)activiteit bij 35- tot en met 41-jarige vrouwen die sportinactief waren als 15-, 16-, 17- en/of 18-jarige (Bron: Scheerder et al., 2008)**



De beleidsrelevantie van het *tracking*fenomeen is duidelijk. Het is een belangrijk deel van de verklaring waarom het zo moeilijk is om het gedrag van volwassenen blijvend te wijzigen. Anders geformuleerd: het dwingt ons tot de conclusie dat het noodzakelijk is om reeds vroeg in de ontwikkeling van kinderen te beginnen met het stimuleren van goede eet- en bewegingsgewoonten. In dat geval zal *tracking* immers tot gevolg hebben dat deze goede gewoonten ook in de volwassenheid worden aangehouden.

### C. GENETISCHE FACTOREN

Genetisch epidemiologisch onderzoek toont aan dat genetische factoren medebepalend zijn voor overgewicht en obesitas. Familiale gevallen van zeer ernstige (morbid) obesitas die verklaard kunnen worden door één genmutatie zijn zeldzaam. In de meeste gevallen van overgewicht of obesitas spreken we over een grote reeks van 'gevoeligheids'-genen. Meer en meer onderzoek vindt verbanden met specifieke genvarianten. Hieruit volgen individuele verschillen in 'genetische risicoprofielen' voor overgewicht en obesitas (Speliotes et al., 2010).

Omdat overgewicht en obesitas 'multifactoriële' kenmerken zijn, blijft de invloed van omgevingsfactoren (zoals voeding en beweging) echter belangrijk. Fysiek actief zijn doet het risico-effect van 12 genen dalen van 592g/risico-allel (niet-actief) naar 379g/risico-allel. Omwille van de interacties tussen genvarianten en die omgeving kan eenzelfde levensstijl echter verschillende effecten hebben voor mensen met een verschillend genotype (Li et al., 2010). Eenzelfde voedings- en/of bewegingsinterventie zal steeds gekenmerkt worden door *high* en *low responders*. We kunnen dan ook niet verwachten dat beleidsmaatregelen die op groepen zijn afgestemd eenzelfde resultaat zullen opleveren voor ieder individu binnen deze groepen. Er is weinig onderzoek over de samenhang tussen genetische en SES-verschillen, maar de beperkte resultaten wijzen erop dat het effect van een risico-allel sterker is in lagere SES, mogelijk te verklaren door interactie-effecten met ongunstigere levensstijl (Podolsky et al., 2007; Lagou et al., 2010). Hoewel we voeding en beweging als levensstijlkenmerken eerder in de hoek van de omgevingsfactoren plaatsen, dienen we hier ook aan te geven dat het al dan niet bewegingsactief zijn zelf ook deels genetisch bepaald is (Beunen en Thomis, 1999; De Moor et al., 2009). Dit alles leidt tot een genuanceerde visie op de mate van individuele verantwoordelijkheid. Enerzijds kunnen mensen onmogelijk verantwoordelijk

gesteld worden voor hun genetisch potentieel. Anderzijds wijzen de risicoverlagende effecten van levensstijl dan weer op een blijvende individuele verantwoordelijkheid om met je persoonlijk genetisch risicoprofiel om te gaan.

Onderzoek naar de opbouw van het vetweefsel tijdens de groeiperiode suggereert weer het belang van preventie tijdens kinder- en jeugdijaren: het aantal vetcellen stijgt in die periode en blijft daarna tijdens de volwassenheid nagenoeg stabiel. Gedragwijzigingen tijdens de volwassenheid zullen vooral invloed hebben op de omvang van die vetcellen en niet op hun aantal. Dit betekent dus dat mensen een excès in de aanmaak van vetcellen tijdens de groeifase gedurende hun verdere leven blijven meedragen.

Recent worden ook de (overerfbare) epigenetische effecten van voeding (en beweging) onderzocht. Hiermee bedoelt men niet de wijzigingen in codering van het DNA (mutaties of polymorfismen), maar wel aanpassingen aan de ruimtelijke structuur van het DNA waardoor sommige genen 'uitgezet' of 'aangezet' kunnen worden (Hirasawa en Feil, 2010). *Fetal programming* onderzoekt hierbij op welke wijze prenatale factoren (vb. gewichtstoename van de moeder tijdens zwangerschap, ontwikkelen van zwangerschapsdiabetes) mogelijke veranderingen in deze epigenetische code bij het kind kunnen veroorzaken, die op hun beurt de ontwikkeling van overgewicht/obesitas en gerelateerde ziekten kunnen beïnvloeden (Heerwagen et al., 2010). Dit onderzoek toont sterk het belang aan van preventie bij vrouwen met een kinderwens en bij zwangere vrouwen.

#### D. SOCIALE NORMEN

We hebben reeds benadrukt dat de sociale omgeving een belangrijke invloed heeft op de gekozen levensstijl: we denken hierbij zowel aan macrosociologische mechanismen als aan directe sociale cues in de micro-omgeving. Complexe sociale processen leiden tot de vorming van schoonheidsidealen en van normen rond gewicht. In dit verband zijn er ook duidelijke genderverschillen: de meeste meisjes en vrouwen willen magerder zijn, de meeste jongens en mannen willen groter en sterker zijn (Ogden, 2004). Deze genderverschillen interageren overigens met socio-economische verschillen.

Het belang van sociale interacties wordt op een zeer treffende wijze geïllustreerd door de sociale gelaagdheid van de sportvoorkeur, zoals geïllustreerd in figuur 4. Bovenaan de figuur worden de sporten weergegeven die in sterke mate beoefend worden door leden uit de hogere statusgroepen, terwijl het onderaan om sporten gaat die voornamelijk als 'lagere statussporten' worden aangeduid. Sporten als voetbal, oosterse vechtsporten en wielertoerisme blijken eerder in relatief gelijke mate door de verschillende sociale groepen te worden beoefend.



**Figuur 4. Sociale gelaagdheid van de sportvoorkeur (Bron: Scheerder et al., 2002)**



Eet- en bewegingsgedrag worden mede gedreven door sociale vergelijkingsprocessen: mensen concurreren voor hun plaats in de statushiërarchie en willen zich tegelijkertijd conformeren aan het gedrag van de voor hen relevante referentiegroepen. De (gedifferentieerde) sociale normen die daaruit ontstaan, zijn op korte termijn stabiel en kunnen amper door het beleid beïnvloed worden. Het getuigt dan ook van een ontroerende naïviteit wanneer beleidsmakers als een van de doelstellingen van hun beleid 'een wijziging in de sociale normen' vooropstellen (zoals bv. gebeurt door de Whitehouse Task Force). Anderzijds schuilen in die brede sociale evoluties ook mogelijkheden voor het beleid. Wanneer sociale beïnvloeding inderdaad een grote rol speelt, kan een ('lokale') gedragswijziging bij significante referentiegroepen zich verspreiden naar andere groepen die zich door die referentiepersonen laten leiden. Het kan vanuit beleidsstandpunt dan ook efficiënt zijn om zich te richten op dergelijke significante referentiepersonen of –groepen, die overigens ook fictief kunnen zijn. De rol van de media is hierbij niet te onderschatten.

## E. ECONOMISCHE FACTOREN

We hebben hierboven beschreven op welke wijze evoluties in het economische productieproces hebben geleid tot wijzigingen in de relatieve prijzen, die op hun beurt een bepalende factor zijn geweest voor de wijzigingen in het eet- en bewegingsgedrag. Het zou echter naïef zijn om te denken dat een beleid van belastingen en subsidies op korte termijn dat gedrag zeer sterk opnieuw zal wijzigen. De seculaire tendensen hebben immers tot gedragspatronen geleid die niet onmiddellijk kunnen worden omgedraaid. Op korte termijn zijn er weliswaar

effecten van prijswijzigingen merkbaar (een verlaging van de prijs van fruit en groenten stimuleert het verbruik van fruit en groenten, een stijging van de prijs van frisdranken vermindert de vraag ernaar), maar die zijn eerder gering (Schroeter et al., 2008). Onderzoek wijst uit dat er wellicht twee groepen mensen zijn: een groep die reageert op de financiële prikkel, maar die er sowieso al een meer gezonde levensstijl op na houdt; en een groep van mensen met een ongezonde levensstijl die amper op de prijswijziging reageert. Dit suggereert onmiddellijk dat er aan een prijsverhoging van ongezonde producten ook verdelingsproblemen vastzitten, omdat de laatste groep (die meer belastingen zal betalen) relatief sterker vertegenwoordigd is in lage SES. Bovendien moet er rekening mee gehouden worden dat een belasting op sommige ongezonde producten kan leiden tot substitutie naar andere producten die even slecht zijn voor de gezondheid (minder verzadigde vetten maar meer zout bv.). Subsidies voor fruit en groenten zullen waarschijnlijk duidelijkere positieve gevolgen hebben. Dit is echter een dure maatregel en ook hier zijn er aanwijzingen voor ongewenste neveneffecten. Het is immers mogelijk dat de verruiming van de koopkracht (als gevolg van de prijsdaling) aanzet tot meerconsumptie van ongezonde maar begerenswaardige producten. Zeker bij lagere inkomensgroepen lijkt een toename van de koopkracht *ceteris paribus* eerder tot een stijging van de prevalentie van overgewicht te leiden.

Smaakverschillen en smaakwijzigingen zijn ongetwijfeld van groter belang. Overtuigend onderzoek toont aan dat reclame wel degelijk het gedrag van kinderen en jongeren beïnvloedt (Chou et al., 2008). Ook deze vaststelling is op zichzelf overigens ontvullend. De grote reclamebudgetten van de voedings- en frisdrankproducenten doen de informatie-inspanningen van de overheid in het niets verdwijnen. Bovendien worden deze reclamebudgetten op een gesofisticeerde wijze ingezet en kunnen ze gemakkelijk inspelen op de psychologische, sociologische en economische mechanismen die hoger werden beschreven. Informatiecampagnes door de overheid, integendeel, zijn verplicht om tegen de stroom in te roeien.

## 5. ANALYSE VAN SPECIEKE BELEIDSINSTRUMENTEN

Een grondige aanpak van het overgewichtprobleem, ingepast in een strijd tegen ongewenste SES-verschillen in levensstijl en gezondheid, vergt een holistische aanpak, met beleidsmaatregelen op verschillende domeinen. Maar grote principeverklaringen brengen ons niet veel verder wanneer we niet ook concrete beleidsvoorstellen kunnen formuleren die in een dergelijke bredere visie kunnen passen. Deze concrete voorstellen zouden moeten zijn gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek en, indien mogelijk, op grondige evaluatie van de reeds opgedane beleidservaring. In dit verband is het nuttig te wijzen op de beperkingen van veel van het huidige onderzoek. Vele studies overstijgen niet het niveau van het vaststellen van eenvoudige correlaties, waarbij onvoldoende gezocht wordt naar echte causale verbanden. Dit correlatieonderzoek kan voor het beleid misleidend zijn en moet in elk geval met de grootste omzichtigheid worden gebruikt. De schaarse beleidsevaluaties beperken zich vaak tot de onmiddellijke impacteffecten. Die zijn weinig informatief, omdat we weten dat de gedragswijzigingen vaak van korte duur zijn.

We schetsen eerst de belangrijkste uitgangspunten van onze aanpak en vervolgens gaan we dieper in op een reeks van specifieke beleidsmaatregelen.

## A. BASISPRINCIPES

Het probleem van overgewicht raakt alle lagen van de bevolking. In het licht van de moeilijke budgettaire toestand van de overheid is het echter wellicht niet realistisch om te mikken op een zeer breed en duur beleid, gericht op iedereen. Bovendien wijst de wetenschappelijke literatuur op het grote belang van *tracking*, d.w.z. dat het gedrag op volwassen leeftijd sterk samenhangt met het gedrag dat men vertoonde als jongere. Het is ondermeer daarom zeer moeilijk om het gedrag op volwassen leeftijd nog fundamenteel te wijzigen. Wanneer men echt structurele wijzigingen wil realiseren, ligt het dan ook voor de hand om het beleid vooral te concentreren op kinderen en adolescenten (**Aanbeveling 1**).

De grote socio-economische verschillen in gezondheid zijn een bijzondere vorm van onrechtvaardigheid, die voor een deel verklaard wordt door verschillen in levensstijl, ook in voedings- en bewegingsgedrag. De socio-economische verschillen in overgewicht hebben echter niet in de eerste plaats met individuele keuzes te maken, maar hangen samen met de structurele plaats van de lagere geschoolden in de samenleving. Wanneer we deze verschillen echt willen wegwerken, is een algemeen beleid van emancipatie van de zwakkere groepen in de samenleving noodzakelijk. Indien het beleid met betrekking tot voeding en beweging vooral maatregelen zou bevatten die specifiek gericht zijn op groepen met een lagere socio-economische status, kan dit een stigmatiserend effect hebben en mee bijdragen tot individuele culpabilisering. Op die wijze wordt het algemene emancipatorische beleid wellicht eerder afgeremd dan gestimuleerd. Dit is dus geen aangewezen optie. Anderzijds kunnen sommige 'universele' maatregelen, zelfs wanneer ze erin slagen het globale overgewichtniveau naar beneden te halen, tegelijkertijd de ongelijkheid doen toenemen. Dit kan bv. het geval zijn wanneer verschillende groepen op een verschillende wijze reageren op een informatiecampaigned. Eerder dan een specifiek beleid uit te werken gericht op lagere SES, zou men daarom wel bij elke specifieke 'universele' maatregel moeten nagaan of er geen differentiële impacten zijn. Indien dit het geval is, moet prioriteit gegeven worden aan maatregelen die de ongelijkheid kunnen verminderen (**Aanbeveling 2**).

De uitwerking van een effectief beleid vereist ook opvolging van de resultaten en evaluatie achteraf. Daartoe moeten adequate *monitoring* instrumenten worden ontwikkeld. Het is hierbij vanzelfsprekend niet voldoende om na te gaan of de maatregelen geïmplementeerd zijn, en ook niet of ze geleid hebben tot onmiddellijke wijzigingen in eet- en bewegingsgedrag. Een beleid is slechts effectief als de gedragswijzigingen blijvend zijn. Meer fundamenteel moeten beleidsdoelstellingen overigens niet in termen van gedrag worden geformuleerd: de uiteindelijke toets van elke maatregel wordt gevormd door de effecten op de prevalentie van overgewicht. Hierbij moet men ernaar streven meer betrouwbare technieken dan enkel mondelinge bevraging aan te wenden en de informatie over de BMI aan te vullen met informatie over andere klinisch relevante factoren (zoals het jodiumtekort, de vetverdeling en de factoren van het metabool syndroom) (**Aanbeveling 3**). Dit betekent natuurlijk dat deze *monitoring* structureel wordt opgezet en gedurende een lange periode wordt volgehouden. *Targeting* op kinderen en adolescenten is wellicht noodzakelijk om dergelijke grondige *monitoring* tot een realistische doelstelling te maken.

## B. EEN OVERZICHT VAN MOGELIJKE BELEIDSMATREGELEN

In deze sectie proberen we een overzicht te geven van mogelijke beleidsmaatregelen. Een grondige aanpak van het probleem van overgewicht vereist een structurele aanpak met wijzigingen in de sociale en economische omgeving. Onze voorstellen zijn complementair aan de concrete initiatieven die kunnen teruggevonden worden in het

Vlaamse 'Actieplan Voeding en Beweging', waarin overigens terecht een ruime plaats wordt ingeruimd voor concrete evaluatie. Het is echter ook belangrijk om concrete beleidsvoorstellen in te passen in een breder perspectief en het beleid op Vlaams niveau aan te vullen met acties op het federale en op het Europese niveau.

---

## I. INFORMATIE, ONDERSTEUNING EN ONDERWIJS

- a) Informatieverstrekking blijft noodzakelijk, maar is zeker geen voldoende voorwaarde om tot blijvende gedragsverandering te komen. De idee van de 'actieve voedingsdriehoek' is nuttig en moet verder gepropageerd worden, maar het is niet omdat mensen de 'actieve voedingsdriehoek' kennen dat ze ermee rekening zullen houden in hun gedrag. Uiteindelijk weet het grootste deel van de bevolking ondertussen wel dat het voor hun gezondheid beter zou zijn meer groenten en fruit te eten, meer te bewegen en overdreven vette en zoete voeding te vermijden. En zij die het nu nog niet weten, zullen met algemene oproepen tot bewustmaking ook niet bereikt worden. Precies de zwakkere groepen in de samenleving gaan op die oproepen amper reageren. Informatiecampagnes moeten ingebed worden in een algemeen beleid dat erop gericht is zoveel mogelijk wijzigingen aan te brengen in de leefomgeving van mensen.
- b) Gemakkelijke beschikbaarheid van gezonde én lekkere voedingsopties is belangrijker dan het verspreiden van informatie. Bovendien hoeft er geen conflict tussen beide maatregelen te zijn – wel moet er over gewaakt worden om bij de informatie niet al te veel de nadruk te leggen op het gezondheidsaspect. Dat zou immers kunnen leiden tot een gepercipieerde tegenstelling tussen 'lekker' en 'gezond' eten, waarbij 'gezond' uiteindelijk toch verliest. Er moet dan ook naar gestreefd worden om in de scholen gezond voedsel op een aantrekkelijke wijze aan te bieden (zoals fruitbedeling of het aanbod van gezonde maaltijden als de *default*optie in het schoolrestaurant) en om het aanbod van frisdranken en snoep te beperken. Het huidige aanbod aan uren LO op school dient optimaal gebruikt te worden om jongeren plezier te leren vinden in bewegen en om hen voor te bereiden op een levenslang inbouwen van beweging in het dagelijks leven. We staan dan ook volledig achter Vlaamse initiatieven zoals Gezonde School (<http://www.vigez.be/onderwijs>) en Fitte School (<http://www.fitteschool.be/welkom.html>). (**Aanbeveling 4**). We vinden dat frisdrank- en snoepautomaten niet thuishoren in een gezonde schoolomgeving. Kinderen mogen niet verplicht worden om te kiezen tussen een gezoete frisdrank of een 'gezonde' drank uit een andere automaat. Om financiële repercussies te vermijden, moeten de scholen zonder frisdrank- en snoepautomaten een financiële compensatie krijgen, die dan kan gebruikt worden voor investeringen in gezonde voeding en bewegingsinfrastructuur en -educatie. (**Aanbeveling 5**). Anderzijds kunnen we van het onderwijs ook niet verwachten dat het alle grote maatschappelijke uitdagingen oplost. Scholen worden nu reeds overbevraagd. De initiatieven via de scholen kunnen daarom niet los gezien worden van onze overige beleidsaanbevelingen.
- c) De prevalentie van borstvoeding ligt in België nog steeds relatief laag in vergelijking met de ons omringende landen (Yngve en Sjöström, 2001; Roelants et al., 2010). De stimulering ervan moet dus onverminderd worden verdergezet. Hierbij moet speciale aandacht uitgaan naar lage SES-moeders (**Aanbeveling 6**).
- d) Een beleid dat zich richt op kinderen en adolescenten moet ook ingrijpen op de gezinsomgeving. Het gedrag van de ouders is immers een van de meest essentiële componenten in de verklaring van het gedrag van de kinderen en stuurt de leerprocessen die uiteindelijk het gedrag op volwassen leeftijd bepalen. Er is dan ook een sterke correlatie tussen overgewicht bij de ouders en overgewicht bij hun kinderen. De recente inzichten van het genetisch onderzoek benadrukken verder de mogelijkheid van erfelijke belasting als gevolg

van de situatie van de moeder tijdens de zwangerschap. Er moet daarom veel aandacht zijn voor gezinsondersteuning, inclusief de ondersteuning en informatie van zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens. Vooral deze laatste zijn wellicht gevoelig voor deze informatie en bereid om hun gedrag te wijzigen. De activiteiten van Kind en Gezin moeten daarom specifiek aandacht besteden aan de promotie van gezond eet- en bewegingsgedrag (**Aanbeveling 7**).

---

## II. OMGEVINGSFACTOREN

Informatie en ondersteuningsmaatregelen zoals in de vorige sectie beschreven, zijn nuttig en noodzakelijk. Ze moeten echter aangevuld worden met maatregelen die ingrijpen in de omgeving waarin kinderen en adolescenten opgroeien.

- e) Informatie heeft meer invloed als ze op een zeer duidelijke en directe manier wordt aangeboden op het moment dat beslissingen moeten genomen worden. Zo blijkt de vermelding van de calorie-inhoud van het voedsel op de menu's van (fastfood) restaurants een significant, zij het eerder beperkt, effect te hebben op de gemiddelde calorie-inhoud van het bestelde voedsel, zonder dat de winst van het restaurant daalt (Bollinger et al., 2010) (**Aanbeveling 8**). Dit is overigens ook een goedkope maatregel die de keuzevrijheid van de consumenten intact laat.
- f) De initiatieven op de school zullen niet volstaan indien niet tegelijkertijd wijzigingen worden doorgevoerd in de leefomgeving van kinderen en jongeren. Dit geldt zeker ook voor jongeren uit gezinnen met lage socio-economische status, die vaak samen wonen in wijken met beperkte mogelijkheden. Onderzoek wijst uit dat de beschikbaarheid van speelpleinen en laagdrempelige sportinfrastructuur in probleemwijken een positief langetermijneffect op het bewegingsgedrag kan hebben. De aanleg van pleintjes zonder bewegings- en sportinfrastructuur heeft integendeel een negatief effect. Deze effecten spelen zelfs door in de BMI-scores van jongeren die gedurende lange tijd gevolgd werden (Sandy et al., 2009). Er moet in het urbanisatiebeleid dan ook met deze effecten rekening worden gehouden (**Aanbeveling 9**).
- g) Gelijkaardige overwegingen gelden voor de omgeving van scholen. Wanneer men jongeren aan het bewegen wil krijgen, zal men de bereikbaarheid van scholen voor fietsers en voetgangers moeten verbeteren, maar tegelijkertijd ook de bereikbaarheid van scholen voor auto's moeten bemoeilijken. Er zou bv. een systeem kunnen worden uitgewerkt waarbij de auto's halt moeten houden op enkele honderden meters van de school en er een veilige wandelroute tussen die stopplaats en de school wordt voorzien. Dergelijke mogelijkheden moeten natuurlijk op lokaal niveau worden onderzocht (**Aanbeveling 10**).
- h) Op dit ogenblik wordt ervan uitgegaan dat in openbare gebouwen liften de voor de hand liggende mogelijkheid zijn om van de ene verdieping naar de andere te gaan. Het gebouw wordt als het ware vanuit de centrale liftkokers geconcipeerd en vaak is het zelfs moeilijk om de trap te vinden. 'Trappen doen' is nochtans zeer efficiënt om gewicht te verliezen. In openbare gebouwen moet daarom het aantal liften worden verminderd en moeten trappen als de *default*optie worden voorgesteld. Dit impliceert dat van bezoekers een inspanning gevraagd wordt om de lift te vinden (**Aanbeveling 11**).
- i) Zoals we in de tweede sectie beschreven hebben, merken we gedurende de laatste decennia een duidelijke verschuiving in de richting van recreatieve sport. Nieuwe lichte organisatievormen komen naar voor en het relatief belang van sportclubs neemt af (Scheerder en Van Bottenburg, 2010). Men spreekt over de 'ontsporting' van de sport. Voor onze doelstelling is het vanzelfsprekend van het grootste belang dat de

hoeveelheid mensen die bewegen toeneemt. Deze gunstige maatschappelijke tendens moet daarom verder gestimuleerd worden. De uitbouw van sport- en bewegingsinfrastructuur, fietspaden en loop- en wandelwegen moet worden verdergezet. Ook voor jongeren liggen hier aanknopingspunten, denken we maar aan initiatieven als buurt- en wijksport (**Aanbeveling 12**). Complementair hiermee dient er ook bijzondere aandacht uit te gaan naar de georganiseerde sport. Jeugd sportclubs zouden hun sport- en bewegingsaanbod voldoende moeten differentiëren, zodat bewegingszwakke jongeren aansluiting kunnen vinden. Om ook lage SES-jongeren aan het sporten te krijgen, moeten aangepaste financiële incentieven worden ontwikkeld, waarbij de subsidiëring van de sportclubs sterk gericht is op de jeugdwerking en mede afhangt van de sociale achtergrond van de aangesloten jongeren (naar analogie met de GOK-criteria in het onderwijs) (**Aanbeveling 13**).

---

### III. RECLAME EN PRIJSZETTING

- j) De invloed van de reclame op eet- en bewegingsgedrag mag zeker niet onderschat worden. Reclamemakers spelen in op de mechanismen die we hoger hebben beschreven en variëren hun aanpak bovendien op een gesofisticeerde wijze naargelang de doelgroepen die ze willen bereiken. De ‘gezondheidsinformatie’ die verstrekt wordt, is suggestief en vaak gewoon misleidend. Anderzijds werd in de literatuur ook aangetoond dat correcte labeling van voedingsproducten een (weliswaar beperkt) positief effect kan hebben (zie bv. Variyam, 2008). Regulering van reclame is dus wenselijk. In een eerste fase kan gestreefd worden naar vrijwillige zelfregulering door de sector zelf. De Jury voor Ethische Praktijken inzake Reclame zou meer aandacht kunnen besteden aan de suggestieve gezondheidsgerelateerde boodschappen van de voedingsindustrie. Wanneer deze aanpak niet werkt, moet meer interventionistisch worden opgetreden. Wat ons land betreft, moeten de meeste maatregelen in dit verband afgetoetst worden aan de concurrentiewetgeving en kan het beleid best op Europees niveau worden gecoördineerd. Dat is ook noodzakelijk om de nadelige gevolgen voor de tewerkstelling te beperken. De Belgische en de Vlaamse overheid zouden de initiatieven van de EU op dat vlak (zoals bv. vervat in de Verordening (EG) nr. 1924/2006 van het Europees Parlement en de Raad van 20 december 2006 inzake voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen) krachtig moeten ondersteunen en zelf reeds maatregelen invoeren waar en wanneer dat mogelijk is. In dit verband dient er gedacht te worden aan de regulering van televisiereclame, niet alleen voor kleine kinderen maar ook rond jeugdprogramma’s. Zoals men bier ‘met mate’ moet consumeren, geldt hetzelfde ook voor snoepgoed (**Aanbeveling 14**).
- k) Er zijn verschillende argumenten om voorzichtig te zijn met de invoering van een zgn. ‘fat tax’ (een belasting op ongezonde voedingsproducten). In de eerste plaats zal zo’n belasting regressief zijn, d.w.z. relatief zwaarder doorwegen in het budget van armere huishoudens. Dit is het geval voor voedingsproducten in het algemeen – in het licht van de informatie in sectie 2 geldt dit *a fortiori* voor ongezonde voeding. In de tweede plaats moet er grondig worden nagedacht over de juiste implementatie van de ‘fat tax’ om ongewenste verschuivingen in het bestedingspatroon te vermijden. Op dit ogenblik beschikken we voor België slechts over zeer beperkte informatie met betrekking tot de mogelijke substitutie- en inkomenseffecten. Vanuit theoretisch oogpunt is het in elk geval aangewezen om niet bepaalde producten te belasten (bv. frisdranken), maar een generieke belasting te concipiëren voor alle voedingsproducten (bv. op de calorie-inhoud). Wanneer er gedacht wordt aan een prijsbeleid, moet dat zeker geflankeerd worden met andere maatregelen. De implementatie van een dergelijke maatregel dreigt echter zeer moeilijk te zijn. Wellicht zal een eventuele belasting zeer hoog moeten zijn om significante effecten op te leveren op de prevalentie van overgewicht. Wanneer de afremmende effecten klein zijn, zullen de belastingopbrengsten

natuurlijk relatief groot zijn. De vraag rijst dan of die opbrengsten specifiek zouden kunnen gebruikt worden voor het gezondheidsbeleid. Gelijkaardige overwegingen gelden echter ook voor de accijnzen op tabaksproducten, hoewel het probleem van de juiste implementatie daar veel minder moeilijk is. Accijnzen op tabak worden ondertussen algemeen aanvaard en passen in een algemeen beleid van ontrading van het roken. Naast de onmiddellijke economische effecten kunnen dergelijke belastingen inderdaad ook een belangrijke signaalfunctie hebben. Vooral om die reden lijkt het ons dan ook opportuun voorbereidende studies op te zetten over de wijze waarop een *'fat tax'* zou kunnen worden geïmplementeerd. Op termijn zou dit moeten resulteren in de concrete toepassing ervan. Ook hier moet vanzelfsprekend rekening gehouden worden met de Europese context (**Aanbeveling 15**).

---

#### IV. OBESITASBEHANDELING

- l) Overgewicht is op zichzelf geen ziekte – maar kan wel tot gezondheidsproblemen leiden. Obesitas en morbide obesitas zouden echter moeten worden behandeld. Op dit ogenblik nemen verschillende ziekenfondsen de terugbetaling van anti-obesitasprogramma's reeds op in hun pakket van de aanvullende ziekteverzekering. Vaak blijft het aanbod beperkt tot terugbetaling van een aantal sessies bij de diëtist. Onderzoek leert ons echter dat individuele begeleiding en gedragstherapie absoluut noodzakelijk zijn om enige kans op succes te hebben. Er moet daarom naar gestreefd worden om binnen de aanvullende ziekteverzekering terugbetaling te garanderen voor het volgen van een 'obesitatraject', dat aan nauwkeurige kwaliteitsnormen voldoet, door een multidisciplinair team (met diëtisten, psychologen en bewegingsdeskundigen) wordt opgevolgd, en door de huisarts wordt geïnitieerd en gecoördineerd. (**Aanbeveling 16**). Om dit mogelijk te maken moet de vorming van huisartsen in verband met obesitaspreventie en –behandeling versterkt worden.

---

#### V. IMPLEMENTATIE

- m) Vele van de beleidsmaatregelen die we voorstellen, kunnen slechts gerealiseerd worden door interventies van een centrale overheid (op gemeenschaps- en/of federaal en/of Europees niveau). Coördinatie van de verschillende beleidsdomeinen en tussen de verschillende overheidsniveaus is dan ook belangrijk. De concrete implementatie van de maatregelen in sectie I (informatie, ondersteuning en onderwijs) en sectie II (omgevingsfactoren) vereist echter ook informatie die vooral op het lokale niveau beschikbaar is en wordt dan ook best toevertrouwd aan lokale initiatieven die functioneren in nauw overleg met zowel de lokale als de centrale overheid. Dergelijke lokale initiatieven moeten op een gestructureerde wijze ondersteund worden (**Aanbeveling 17**).

## 6. AANBEVELINGEN

Onze aanbevelingen passen in een globale aanpak die meerdere beleidsdomeinen en overheidsniveaus omvat, en mikken op de lange termijn. Wij gaan er inderdaad van uit dat het probleem van overgewicht slechts kan worden aangepakt indien de focus niet uitsluitend op de individuen zelf gericht wordt, maar dat een efficiënt beleid ook wijzigingen in de maatschappelijke omgeving vereist. Deze maatregelen moeten worden ingepast in het globale armoedebeleid. Gedragswijzigingen verlopen niet pijnloos. De beleidsmakers moeten dan ook de moed hebben om onpopulaire maatregelen te nemen (zoals het afremmen van het gebruik van liften, het bemoeilijken van de toegankelijkheid van scholen voor auto's, de introductie van een *'fat tax'*).

We vatten hier nog eens bondig onze **belangrijkste specifieke aanbevelingen** samen:

- 1) Binnen een structureel langetermijnbeleid moeten de inspanningen (ook budgettair) in de eerste plaats gericht worden op kinderen en adolescenten.
- 2) Het is wenselijk om een 'universeel' beleid uit te werken, gericht op kinderen en jongeren van alle socio-economische groepen. Tegelijkertijd moet er aandacht besteed worden aan de mogelijke differentiële impact van die universele maatregelen. Er moet prioriteit gegeven worden aan maatregelen die de socio-economische ongelijkheid verminderen.
- 3) De evaluatie van het beleid moet gericht zijn op de resultaten in termen van de prevalentie van overgewicht. Hiertoe moet bij kinderen en adolescenten een adequaat *monitorings*stelsel worden uitgewerkt, waarin naast de BMI ook andere relevante informatie wordt verzameld.
- 4) In het onderwijs moet er speciale aandacht zijn voor het aanbieden van gezonde én lekkere voedingsopties en de lessen LO moeten erop gericht zijn de leerlingen plezier te leren vinden in bewegen.
- 5) Frisdrank- en snoepautomaten moeten uit de scholen verwijderd worden. Aan de scholen moeten daarvoor financiële compensaties worden toegekend.
- 6) Het geven van borstvoeding aan zuigelingen moet verder gestimuleerd worden.
- 7) Gezinsondersteuning, inclusief de ondersteuning van zwangere vrouwen en vrouwen met een kindwens, is van groot belang. De activiteiten van Kind en Gezin moeten specifiek aandacht besteden aan de promotie van gezond eet- en bewegingsgedrag.
- 8) De menukaarten van (fastfood)restaurants moeten de calorie-inhoud van de aangeboden eetwaren en dranken expliciet vermelden.
- 9) Bij het urbanisatiebeleid (vooral ook in probleemwijken) moet erover gewaakt worden dat er voldoende speelpleinen en laagdrempelige sportinfrastructuur worden voorzien.
- 10) De toegankelijkheid van scholen voor fietsers en voetgangers moet verbeterd worden. Het is even belangrijk om de toegankelijkheid voor auto's moeilijker te maken.
- 11) In openbare gebouwen moeten trappen de *default*optie worden om van de ene naar de andere verdieping te gaan. Het gebruik van de lift moet worden afgeremd.



12) De uitbouw van sport- en bewegingsinfrastructuur, fietspaden en loop- en wandelwegen moet worden verdergezet. Initiatieven van buurt- en wijksport moeten worden gestimuleerd.

13) De subsidiëring van de sportclubs moet sterk gericht zijn op de uitbouw van een gedifferentieerd aanbod voor jeugdwerking en rekening houden met de sociale achtergrond van de aangesloten jongeren (naar analogie met de GOK-criteria in het onderwijs).

14) De televisiereclame voor voedingsproducten, niet alleen voor kleine kinderen maar ook rond jeugdprogramma's, moet speciaal in het oog worden gehouden. Indien nodig moeten gezondheidswaarschuwingen worden opgenomen.

15) Op langere termijn moet gedacht worden aan de invoering van een *'fat tax'* op ongezonde voedingsproducten. Op korte termijn is er echter nog voorbereidend studiewerk nodig over de wijze waarop zo'n belasting moet worden geïmplementeerd, rekening houdend met de verdelings- en substitutie-effecten.

16) Er moet naar worden gestreefd om binnen de aanvullende ziekteverzekering terugbetaling te garanderen voor het volgen van een 'obesitatraject' dat aan nauwkeurige kwaliteitsnormen voldoet, door een multidisciplinair team wordt opgevolgd, en door de huisarts wordt geïnitieerd en gecoördineerd.

17) Er moeten op lokaal niveau coördinatiestructuren worden ontwikkeld, die door de hogere overheid op een gestructureerde wijze worden ondersteund.

## 7. REFERENTIES

- Actieplan Voeding en Beweging: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-voeding-en-beweging-2009---2015/>.
- Bauman Z. 1992. *Intimations of Postmodernity*. London: Routledge.
- Bernstein B. 1971. *Class, Codes and Control*. vol. 1: *Theoretical Studies towards a Sociology of Language*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Bernstein B. 1975. *Class, Codes and Control*. vol. 3: *Towards a Theorie of Educational Transmissions*. London: Routledge end Kegan Paul.
- Beunen G., Thomis M. 1999. Genetic determinants of sports participation and daily physical activity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 23, Suppl 3: S55-63.
- Bollinger B., Leslie P., Sorensen A. 2010. *Calorie posting in chain restaurants*. NBER: Working Paper No. 15648.
- Burkhauser R., Cawley J. 2008. Beyond BMI: the value of more accurate measures of fatness and obesity in social science research. *Journal of Health Economics* 27: 519-29.
- Case A., Fertig A., Paxson C. 2005. The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics* 24: 365-89.
- Cawley J., Moran K., Simon K. 2010. The impact of income on the weight of elderly Americans. *Health Economics* : Early view.
- Chou S.-Y., Rashad I., Grossman M. 2008. Fast-food restaurant advertising on television and its influence on childhood obesity. *Journal of Law and Economics* 51, no. 4: 599-618.
- Cole T., Bellizi M., Flegal K., Dietz W. 2000. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320: 1-6.
- Currie J. 2009. Healthy, wealthy and wise: socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development. *Journal of Economic Literature* 47, no. 1: 87-122.
- Currie J., Della Vigna S., Moretti E., Pathania V. 2009. *The effect of fast food restaurants on obesity and weight gain*. NBER: Working Paper No. 14721.
- Cutler D., Glaeser E. 2005. What explains differences in smoking, drinking, and other health-related behaviors? *American Economic Review (Papers and Proceedings)* 95, no. 2: 238-42.
- Cutler D., Lleras-Muney A. 2010. Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*: Preview.
- De Moor M.H., Liu Y.J., Boomsma D.I., Li J., Hamilton J.J., Hottenga J.J., Levy S., Liu X.G., Pei Y.F., Posthuma D., Recker R.R., Sullivan P.F., Wang L., Willemsen G., Yan H., De Geus E.J., Deng H.W. 2009. Genome-Wide Association Study of Exercise Behavior in Dutch and American Adults. *Med Sci Sports Exerc*. Sep 2: Epub ahead of print.
- Douglas M. 1972. Deciphering Meals. *Daedalus* Winter (special issue on *Myth, Symbol and Culture*): 68-81.
- Douglas M. 1982. Food is not Feed. In: *In the Active Voice*. London/ Boston, Routledge and Kegan Paul: 249-275.
- Durkheim E. 1986 [1897]. *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris: PUF.
- Giddens A. 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity.
- Heerwagen M.J., Miller M.R., Barbour L.A., Friedman J.E. 2010. Maternal obesity and fetal metabolic programming: a fertile epigenetic soil. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 299, no. 3: R711-22. Epub 2010 Jul 14.
- Hirasawa R., Feil R. 2010. Genomic imprinting and human diseases. *Essays Biochem*. 48, no. 1: 187-200.

- Jacka F.N., Kremer P.J., Leslie E.R., Berk M., Patton G.C., Toumbourou J.W., Williams J.W. 2010. Associations between diet quality and depressed mood in adolescents: results from the Australian Healthy Neighbourhoods Study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44, no. 5: 435-42.
- Jones L.R., Wilson, C.I., Wadden, T.A. 2007. Lifestyle modification in the treatment of obesity: an educational challenge and opportunity. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 81: 776-779.
- Lagou V., Liu G., Zhu H., Stallmann-Jorgensen I.S., Gutin B., Dong Y., Snieder H. 2010. Lifestyle and Socioeconomic Status Modify the Effects of ADRB2 and NOS3 on Adiposity in European-American and African-American Adolescents. *Obesity (Silver Spring)* Oct 7: Epub ahead of print.
- Lefevre J., Philippaerts R., Duquet W., Matton L., Wijndaele K., Duvigneaud N., Thomis M., Deriemaeker P., Steens G., De Mondt B., Scheerder J., De Bourdeaudhuij I., Van Aken K. 2005. *Eindrapport thema I en II. Thema I: Het onderzoek van het huidig kwantitatief en kwalitatief patroon van de fysieke activiteit, de sportparticipatie, de fysieke fitheid en algemene gezondheid van de Vlaamse bevolking. Thema II: Het in kaart brengen van de relatie tussen fysieke activiteit, sportparticipatie en fysieke fitheid enerzijds en gezondheid(saandoeningen) anderzijds op langere termijn bij de Vlaamse bevolking.* Intern rapport Steunpunt Sport, Beweging en Gezondheid.
- Li S., Zhao J.H., Luan J., Ekelund U., Luben R.N., Khaw K.T., Wareham N.J., Loos R.J. 2010. Physical activity attenuates the genetic predisposition to obesity in 20,000 men and women from EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med.* Aug 31 7(8).
- Maes L., Vereecken C. 2006. *Jongeren en gezondheid 2006*: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Gezond-leven-en-milieu/Voeding-en-beweging/Voedingspatroon-bij-jongeren/>.
- Matton L., Thomis M., Wijndaele K., Duvigneaud N., Beunen G., Claessens A.L., Vanreusel B., Philippaerts R., Lefevre, J. 2006. Tracking of physical fitness and physical activity from youth to adulthood in females. *Medicine and science in sports and exercise* 38, no. 6: 1114-1120.
- Neumark-Sztainer D., Wall M., Guo J., Story M., Haines J., Eisenberg M. 2006. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare five years later? *Journal of the American Dietetic Association* 106: 559-568.
- Ogden J. 2004. *Health Psychology: A Textbook*. Open University.
- Podolsky R.H., Barbeau P., Kang H.S., Zhu H., Treiber F.A., Snieder H. 2007. Candidate genes and growth curves for adiposity in African- and European-American youth. *Int J Obes* 31, no. 10: 1491-9. Epub 2007 Jul 10.
- Powell L. 2009. Fast food costs and adolescent body mass index: evidence from panel data. *Journal of Health Economics* 28: 963-70.
- Robertson A., Lobstein T., Knai C. 2007. *Obesity and socio-economic groups in Europe: evidence review and implications for action*. EC, DG SANCO: Contract SANCO/2005/C4-NUTRITION-03.
- Roelants M., Hauspie R., Hoppenbrouwers K. 2010. Breastfeeding, growth and growth standards: Performance of the WHO growth standards for monitoring growth of Belgian children. *Annals of Human Biology* 37, no. 1: 2-9.
- Sandy R., Liu G., Ottensmann J., Tchernis R., Wilson J., Ford O. 2009. *Studying the child obesity epidemic with natural experiments*. NBER: Working Paper No. 14989.
- Scheerder, J. 2007. *Tofsport in Vlaanderen. Groei, omvang en segmentatie van de Vlaamse recreatiesportmarkt*. Antwerpen: F&G Partners.
- Scheerder J., Decraene M., Laermans, R. 2007. De deelname aan vrijetijdssport. In: R. Laermans (Ed.). *Cultuurparticipatie in meervoud. Empirische bouwstenen voor een genuanceerde visie op de cultuurdeelname in Vlaanderen* (Cultuurkijker). Antwerpen, De Boeck: 246-265.
- Scheerder J., Van Bottenburg M. 2010. Sport light. De opkomst van lichte organisaties in de sport. In: B. Pattyn & B. Raymaekers (Ed.). *In gesprek met morgen* (Lessen voor de eenentwintigste eeuw 16). Leuven, Universitaire Pers Leuven: 89-120.

- Scheerder J., Vanreusel B., Taks M., Renson, R. 2002. Social sports stratification in Flanders 1969-1999. Intergenerational reproduction of social inequalities? *International Review for the Sociology of Sport* 37, no. 2: 219-245.
- Scheerder J., Vanreusel B., Beunen G., Claessens A., Renson R., Thomis M., Vanden Eynde B., Lefevre, J.. 2008. Lifetime adherence to sport and physical activity as a goal in physical education. In search of evidence from longitudinal data. In: J. Seghers & H. Vangrunderbeek (Eds.). *Physical education research. What's the evidence?* Leuven, Acco: 29-40.
- Scheerder J., Vanreusel B. 2009. Over gulzige instituties en lichte gemeenschappen. Het Vlaams Sport voor Allenbeleid in een stroomversnelling. In: H. Wittock & T. Van Steendam (Eds.). *Sport verruimd. 5 jaar Vlaams sportbeleid (2004-2009)*. Kessel-Lo, Van der Poorten: 30-53.
- Schmeiser M. 2009. Expanding wallets and waistlines: the impact of family income on the BMI of women and men eligible for the earned income tax credit. *Health Economics* 18: 1277-1294.
- Scholliers, P. 2009. *Food culture in Belgium*. Westport-London: Greenwood Press.
- Schroeter C., Lusk J., Tyner, W. 2008. Determining the impact of food price and income changes on body weight. *Journal of Health Economics* 27: 45-68.
- Segers Y. 2005. Food recommendations, tradition and change in a Flemish cookbook: Ons Kookboek, 1920-2000. *Appetite* 45, no. 1: 5-12.
- Singhal A., Lanigan, J. 2007. Breastfeeding, early growth and later obesity. *Obesity Reviews* 8 (Suppl. 1): 51-54.
- Speliotes E.K., Willer C.J., Berndt S.I. et al. 2010. Association analyses of 249,796 individuals reveal 18 new loci associated with body mass index. *Nat Genet.* 42, no. 11: 937-948. Epub 2010 Oct 10.
- Variyam J. 2008. Do nutrition labels improve dietary outcomes? *Health Economics* 17: 695-708.
- Yngve A., Sjöström M. 2001. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition* 4, no. 2B: 631-645.
- White House Task Force on Childhood Obesity. 2010. *Solving the problem of childhood obesity within a generation*. Report to the President.

## METAFORUM LEUVEN

*De interdisciplinaire denktank Metaforum Leuven wil de deelname van de K.U.Leuven aan het maatschappelijk debat versterken. Daartoe ondersteunt Metaforum Leuven denkgroepen die wetenschappelijke expertise samenbrengen en onderzoekers vanuit verschillende disciplines in gesprek brengen rond relevante maatschappelijke problemen.*

Eerdere visieteksten van Metaforum Leuven:

1. Het toenemend gebruik van psychofarmaca (2010)
2. Biodiversiteit: basisproduct of luxegoed? (2010)

Metaforum Leuven  
Interdisciplinaire denktank K.U.Leuven  
Zwartzustersstraat 2 bus 5009  
3000 Leuven

[metaforum@rec.kuleuven.be](mailto:metaforum@rec.kuleuven.be)

[www.kuleuven.be/metaforum](http://www.kuleuven.be/metaforum)