

Vergaderjaar 1998–1999

26 229

Relatie voeding en gezondheid

Nr. 2

NOTA NEDERLAND: GOED GEVOED?

INHOUD:	Blz.
Samenvatting	5
1. Inleiding	7
2. Voeding in Nederland: stand van zaken	9
2.1. Inleiding	9
2.2. Nederlandse bevolking – het kan beter	9
2.3. Voeding en jongeren – de basis voor later	11
2.4. Ouderen: gezond ouder worden!	12
2.5. Personen met lage sociaal-economische status – achterstand verkleinen	14
2.6. Allochtonen – voorsprong vasthouden	14
2.7. Alternatieve voedingsgewoonten	15
2.8. Specifieke voedingsproblemen	15
3. Beleidsdoelen en preventiestrategieën	20
3.1. Algemeen	20
3.2. Voorwaardescheppend beleid	22
3.3. Nederlandse bevolking – algemeen	23
3.4. Doelgroepen	26
3.5. Specifieke onderwerpen	30
3.6. Levensmiddelenbeleid	31
4. Actieprogramma Voedingsbeleid	34
5. Literatuuroverzicht/Referenties	37
Bijlage I Beleidsinstrumenten	39
Bijlage II Richtlijnen Goede Voeding	41

SAMENVATTING

De nota Nederland: Goed Gevoed? gaat over de relatie voeding en gezondheid. De nota laat zien dat voeding een belangrijke rol speelt bij veel welvaartsziekten en dat er aanzienlijke gezondheidswinst te behalen is door aanpassing van de individuele voedselkeuze van de consument. De laatste jaren heeft zich een aantal gunstige ontwikkelingen in de voedselconsumptie in Nederland voorgedaan. Op enkele terreinen is duidelijk winst geboekt. Het gevoerde beleid is daarbij succesvol geweest. De doelstellingen van de «Richtlijnen goede voeding» van de (voormalige) Voedingsraad zijn echter niet gehaald. Daarnaast is er ook een aantal ongunstige ontwikkelingen.

In de nota worden de beleidsdoelen concreet en waar mogelijk kwantitatief aangegeven. Om deze beleidsdoelen te realiseren is een aantal beleidsinspanningen nodig. Nieuw beleid is vooral nodig voor de beleidsinspanningen gericht op specifieke doelgroepen. Met name bij groepen waar een ongunstige ontwikkeling wordt geconstateerd, zoals bij jongeren of daar waar sprake is van een gezondheidsachterstand, die zich ook weerspiegelt in een ongunstiger voedingspatroon, zoals bij personen met een lage sociaal-economische status. Van groot belang zijn ook de activiteiten van de markt. Het bedrijfsleven heeft uitstekend ingespeeld op de vraag van de consument naar voedingsmiddelen met een gezondheidsprofiel en veel vernieuwing aangebracht in haar productaanbod. Het bedrijfsleven zal gevraagd worden op basisvoedingsmiddelen op kernachtige wijze voedingsinformatie te geven en producten te ontwikkelen, b.v. voor jongeren, die in een gezonde voeding passen. Ook organisatorische maatregelen zijn nodig, zoals het opnemen van voeding in het basispakket van de Jeugdgezondheidszorg of het versterken van de signalering van de voedingstoestand van ouderen, die van hulp afhankelijk zijn. Veel beleidsinspanningen zullen gebruik maken van het instrument van de voorlichting. Een voorbeeld is de voortzetting van de publiekscampagnes. Er zullen initiatieven ontplooid worden om op scholen het kantine-aanbod te verbeteren in samenhang met gerichte interventies. Nader onderzoek is gewenst naar de voedingstoestand van kinderen en volwassenen die zich in een lage inkomenssituatie bevinden.

In het voedingsbeleid kan een onderscheid gemaakt worden tussen het levensmiddelenbeleid, het gezondheidsbeschermingsbeleid en het op gezondheidsbevordering en ziektepreventie gerichte voedingsbeleid. Er is veel bereikt op het terrein van de eerste twee onderwerpen. De te behalen gezondheidswinst is op die terreinen voor een groot deel gerealiseerd. In Nederland bestaat een hoog beschermingsniveau van de consument. Dit beleid zal worden voortgezet en waar mogelijk nog verder uitgebouwd. Het ligt daarom voor de hand dat verdere gezondheidswinst vooral gezocht wordt in verbetering van de individuele voedselkeuze en het productaanbod. In de nota wordt daarom met name dit terrein verder uitgewerkt. Het beleid is daarbij gericht op het behouden en verder uitbouwen van de behaalde winst en het tegengaan van de ongunstige ontwikkelingen. Op welke punten het voedingspatroon aangepast moet worden om verdere gezondheidswinst te realiseren is bekend doordat in Nederland een goed inzicht bestaat in de voedselconsumptie van de consument.

De nota schetst de stand van zaken op voedingsgebied bij enkele doelgroepen, waarvoor specifieke op hun situatie toegesneden beleid nodig is: jongeren, ouderen, personen met een lage sociaal-economische status en allochtonen. Ook wordt ingegaan op een aantal specifieke voedingsonderwerpen, zoals de voorziening met jodium en foliumzuur, voeding voor zuigelingen, voeding voor chronisch zieken en op

botontkalking. Het voedingsbeleid bevindt zich in een complexe beleidsomgeving met veel deelnemers. Voeding is bij uitstek een zaak van het privé-domein en is veel meer dan alleen een gezondheidsbeïnvloedende activiteit. De nota schetst de rol van de overheid binnen dit geheel.

Aangezien gezondheid sterk beïnvloed wordt door de leefstijl van de consument zal bij de ontwikkeling van doelmatige interventie-strategiën zoveel mogelijk aansluiting gezocht worden bij activiteiten gericht op andere gezondheidsdeterminanten, zoals beweging, roken, ongevallen in de privé-sfeer. Het beleid zal meer gericht worden op interventies waarbij meerdere van deze determinanten zijn betrokken. Voorkeur wordt ook gegeven aan het zoeken van aansluiting bij lopende activiteiten boven het ontwikkelen van nieuwe activiteiten.

De benodigde beleidsinspanningen zijn geconcretiseerd in een actieprogramma.

1. INLEIDING:

Voor u ligt de nota «Nederland: Goed Gevoed?».

Voeding speelt een belangrijke rol bij het in stand houden van een goede gezondheid en bij de preventie van veel welvaartsziekten. In deze nota wordt aangegeven welke mogelijkheden er zijn om door aanpassing van het voedingspatroon aanzienlijke gezondheidswinst te behalen. De nota heeft tot doel om uiteen te zetten wat de stand van zaken in Nederland is met betrekking tot de ontwikkelingen op het gebied van voeding en gezondheid en welk beleid nodig is om potentie gezondheidswinst te realiseren. Zij baseert zich mede op de aanbevelingen die hierover zijn aangegeven in de onlangs verschenen Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (de VTV) (Ref.1).

Maatregelen op het gebied van voeding hebben de laatste tien jaar een duidelijke bijdrage geleverd aan ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Met name hart- en vaatziekten zijn afgenomen, doordat het aantal rokers, maar ook de vetconsumptie en sinds 1992 het cholesterolgehalte in het bloed van de Nederlandse bevolking als geheel zijn gedaald. Daarentegen is er ook een aantal ongunstige ontwikkelingen, met name bij bepaalde groepen, zoals jongeren, ouderen en personen met een lage sociaal-economische status. Aan de orde is het ingezette beleid versterkt voort te zetten zodat de, in de VTV gesignaleerde, mogelijkheden tot het behalen van verdere gezondheidswinst optimaal worden benut. Door versterking van het op preventie gerichte voedingsbeleid kunnen ziekten worden voorkomen, kan sterfte worden uitgesteld, de algehele weerstand en gezondheid van mensen en daarmee de kwaliteit van leven worden verbeterd. De sociaal-economische gezondheidsverschillen kunnen worden verminderd. Een goed voedingsbeleid is daarmee een belangrijk onderdeel van een goed gezondheidsbeleid.

Het voedingsbeleid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ministers van VWS en LNV. Deze nota is een vervolg op de in 1983 aan de Tweede Kamer gezonden nota Voedingsbeleid (Ref.2) en de daarop volgende voortgangsrapportages van 1988 (Ref.3) en 1993 (Ref.4). Voor onderzoek, wetenschappelijke advisering en voorlichting op voedingsgebied is in Nederland inmiddels een infrastructuur opgebouwd, die tot de beste in Europa behoort. Het bedrijfsleven heeft een keur van nieuwe producten ontwikkeld die gericht zijn op de toegenomen interesse van de consument voor de relatie gezondheid en voeding en die goed inspelen op de Richtlijnen goede voeding van de Voedingsraad. Gezondheidswinst kan gerealiseerd worden door deze sterke infrastructuur optimaal in te zetten voor het op gezondheidsbevordering en ziektepreventie gerichte voedingsbeleid. Hiertoe zal voeding systematisch betrokken moeten worden in de verschillende onderdelen van beleid. Voortzetting, intensivering en in sommige gevallen bijstelling van het huidige beleid is noodzakelijk. Nieuw beleid moet worden ontwikkeld, met name het gebruik van effectieve interventie-strategieën gericht op de specifieke situatie van de doelgroepen.

Het voedingsbeleid richt zich ook op de zorg voor voldoende en veilige voedingsmiddelen. Deze zorg wordt uitgewerkt in het gezondheidsbeschermings- en levensmiddelenbeleid. Hierop wordt in deze nota niet verder ingegaan. De Kamer is nog kortgeleden over het beschermingsbeleid geïnformeerd door de onlangs aan u aangeboden Staat van de Gezondheidsbescherming. Verder wordt de Kamer regelmatig over deelonderwerpen geïnformeerd via specifieke nota's op deze terreinen (zoals de toepassing van biotechnologie in levensmiddelen). Uit het feit dat deze onderwerpen hier slechts kort behandeld worden, mag niet

worden opgemaakt dat dit deel van het voedingsbeleid minder aandacht zal krijgen. Integendeel, veel gezondheidswinst is te danken aan de initiatieven op het terrein van de voedselveiligheid. Aan dit beleidsterrein zal dan ook onverminderd aandacht worden gegeven. Het valt echter buiten de doelstelling van deze nota die zich primair richt op voedingsbeleid in relatie met gezondheidsbevordering. Wel wordt aandacht gegeven aan enkele raakvlakken tussen het voedingsbeleid, het levensmiddelenbeleid en het productaanbod. Het productaanbod en de marketingomgeving zijn immers ook van groot belang voor het voedselgedrag van de consument, aangezien deze gericht zijn op en medebepalend zijn voor de voedselkeuze van de consument.

De nota is als volgt opgebouwd. Na deze inleiding geeft hoofdstuk 2 de gegevens over de relatie tussen onevenwichtige voeding en (welvaarts-)ziekten. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken en trends in de voedselconsumptie in Nederland. Allereerst bij de Nederlandse bevolking in het algemeen, waarbij met name de bestaande consumptiegegevens vergeleken worden met de Richtlijnen goede voeding van de voormalige Voedingsraad (nu Gezondheidsraad). Aangegeven wordt waar deze consumptie afwijkt van deze richtlijnen en op welke punten de voeding aangepast zou moeten worden om de mogelijkheden om gezondheidswinst te behalen optimaal te benutten. Deze aanpak wordt ook gevolgd voor enkele specifieke doelgroepen, die vanuit het voedingsbeleid extra aandacht vragen. Het betreft hier jongeren, ouderen, personen met een lage sociaal-economische status en allochtonen. Het tweede deel van hoofdstuk 2 behandelt een aantal onderwerpen, die eveneens speciale aandacht van de overheid vragen. Het betreft het beleid dat gericht is op het voorkómen van tekorten van specifieke voedingsstoffen, zoals jodium en foliumzuur, beleid gericht op chronisch zieken, beleid gericht op het voorkómen van enkele specifieke ziekten, zoals suikerziekte en osteoporose (botontkalking) en beleid gericht op preventie van het ontstaan van risicofactoren voor de gezondheid, zoals hypertensie. Hoofdstuk 3 schetst de beleidsdoelen, de preventiestrategie die noodzakelijk is om deze doelen te realiseren en geeft een overzicht van de benodigde beleidsinspanningen. Hoofdstuk 4 bevat het noodzakelijke actieprogramma, dat een concretisering is van de in hoofdstuk 3 geschetste beleidsinspanningen. Bijlage I geeft een overzicht van de beleidsinstrumenten. Bijlage II bevat de Richtlijnen goede voeding.

2. VOEDING IN NEDERLAND: STAND VAN ZAKEN/TRENDS

2.1. Inleiding

De VTV signaleert dat in Nederland de afgelopen 10 jaar de gezondheidstoestand van de bevolking verder is verbeterd. De levensverwachting is toegenomen evenals het aantal gezonde jaren bij mannen; bij vrouwen echter niet. De verhouding gezonde/ongezonde levensjaren is daarentegen voor mannen en vrouwen gelijk gebleven. Er is een tendens dat de gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen in de samenleving toenemen. Een van de belangrijke determinanten voor gezondheid is voeding.

In dit hoofdstuk zullen de ontwikkelingen en de stand van zaken geschetst worden op het terrein van voeding en gezondheid. Er zijn enkele goede resultaten, er is winst geboekt (afname van hart- en vaatziekten, vermindering van de vetconsumptie, verlaging van het cholesterolgehalte in het bloed).

De vetconsumptie, met name die van verzadigd vet is echter nog steeds te hoog. Daarnaast is er echter ook een aantal ontwikkelingen die een negatieve invloed hebben op de gezondheidstoestand. De Nederlander eet in het algemeen nog steeds te veel (de energie-opname uit voedsel is hoger dan het energieverbruik), maar te weinig groente en fruit. Bij personen met een lage sociaal- economische status is dit ongunstige patroon versterkt. Het voedingsgedrag van jongeren wordt ongunstiger. Voeding verdient meer aandacht bij het groeiende aantal ouderen. Allochtonen hebben een gunstiger voedingspatroon dan autochtonen, maar hebben wel enkele specifieke problemen. De ontwikkeling in hun consumptiepatroon is helaas ongunstig.

Volgens de VTV brengt de Nederlander gemiddeld 60 jaar in goede gezondheid door. De overige jaren (ruim 14 voor mannen en 20 voor vrouwen) gaat het dus minder goed, vooral door chronische aandoeningen. Voeding speelt bij het ontstaan van een aantal van deze aandoeningen een niet te verwaarlozen rol.

Onevenwichtige voeding is een belangrijke factor bij het ontstaan van de meest vóórkomende welvaartziekten: kanker en hart- en vaatziekten. Bij kanker wordt de invloed van de factor voeding op 35 % geschat, even groot als b.v. roken en bij hart en vaatziekten wordt de invloed zelfs nog groter geschat. Ook bij het voorkomen van andere ziekten, zoals diabetes, osteoporose, chronische ziekten, CARA en bij veel klachten, zoals een spastische darm en andere maag- of darmaandoeningen is goede voeding van belang. Uiteraard zijn ook steeds andere factoren van invloed: beweging, roken, stress e.d.. Een evenwichtig voedingspatroon is ook cruciaal voor een goede algemene gesteldheid en weerstand tegen andere ziekten. In al deze gevallen is met een evenwichtig samengestelde voeding gezondheidswinst te behalen. Hoofdstuk 2.2. geeft een beeld voor de bevolking in het algemeen. De hoofdstukken erna gaan in op de situatie bij de verschillende, hierboven genoemde, doelgroepen. Daarna komen de in de inleiding genoemde specifieke voedingsonderwerpen aan de orde.

2.2. De voeding van de Nederlandse bevolking – het kan beter

In dit onderdeel wordt verduidelijkt welke (veronderstelde) relaties er zijn tussen ziekten en voedingspatroon en welke veranderingen in dit voedingspatroon gezondheidswinst kunnen opleveren.

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 bevat gegevens over sterftecijfers. De top van de sterfteoorzaken vormen hart- en vaatziekten

(>51 000 personen per jaar) en kanker (>37 000). Kijkt men naar risico-factoren dan zijn de volgende het belangrijkste: roken ($\pm 23\ 000$), hoge bloeddruk ($\pm 17\ 000$), te hoog cholesterolgehalte (>12 000), lichamelijke inactiviteit (>8 000), glucose-intolerantie (<7 000) en een sterk overgewicht ($\pm 6\ 000$). Op een groot aantal van deze ziekten en risico-factoren oefent voeding een belangrijke invloed uit.

Dat voeding in belangrijke mate de gezondheid kan bevorderen is algemeen bekend en aangegeven in adviezen van de voormalige Voedingsraad. De «Richtlijnen goede voeding» (Ref. 5–8) vormen de basis voor het beleid. Deze richtlijnen zijn voor de inzichtelijkheid als bijlage II aan deze nota toegevoegd.

Onmisbaar voor het voeren van een effectief en slagvaardig voedingsbeleid is de aanwezigheid van goede gegevens over de voedingsgewoonten en de voedingstoestand van de burgers. Het is van belang dat de meest recente gegevens hiervoor beschikbaar zijn, met name om in te kunnen spelen op de trends in de voedingsgewoonten. Gelukkig bestaat er goed inzicht in de voedingsgewoonten in Nederland. Er zijn twee landelijk representatieve voedselconsumptiepeilingen geweest in resp. 1987/1988 (Ref. 9) en in 1992 (Ref. 10). Momenteel is de derde voedselconsumptiepeiling gaande waarvan de eerste resultaten eind 1998 worden verwacht. Uit deze peilingen komt een schat van gegevens beschikbaar, die voor velerlei beleidsontwerpende maatregelen gebruikt kunnen worden. Zij geven b.v. een goed inzicht in de bestaande eetgewoonten in relatie tot de «Richtlijnen goede voeding» en geven ook inzicht in de trends in deze voedingsgewoonten. Zij worden ook gebruikt voor de risico-schatting van potentieel schadelijke stoffen. Naast de toxiciteit van een stof is het immers van belang te weten hoeveel van een stof wordt geconsumeerd. Uit deze gegevens kan dan afgeleid worden of een wettelijke norm nodig is en zo ja, hoe hoog deze moet zijn.

Vergelijking van de resultaten van de voedselconsumptiepeilingen met de «Richtlijnen goede voeding» toont dat gezondheidswinst vooral te behalen is door bijstelling van de huidige voedselconsumptie op de volgende punten:

- vermindering van de consumptie van vet, met name van verzadigd vet;
- verhoging van de consumptie van complexe koolhydraten;
- verhoging van de consumptie van voedingsvezels;
- vermindering van de energie-opname (dus de geconsumeerde joules of calorieën) voor personen met overgewicht.

Een verlaging van de vetconsumptie, zodanig dat minder dan 35 % van de energie (calorieën) uit het voedsel afkomstig is uit het vet in dat voedsel (35 energie%) vermindert de kans op b.v. hart- en vaatziekten. Verhoging van de consumptie van complexe koolhydraten en voldoende voedingsvezel zijn preventief inzake darmaandoeningen, waaronder spastische darm, diverticulosis en darmkanker. Verder heeft een dergelijke voeding een gunstig effect op gezondheidsrisico-factoren zoals serumcholesterolwaarden en op de bloedglucosespiegel. Tenslotte heeft een vezelrijke voeding ook een verzadigende werking, hetgeen een bijdrage kan leveren aan het op het gewenste niveau houden van het lichaamsgewicht. Naar concrete producten vertaald betekent dit meer producten, zoals groente en fruit, brood en aardappelen.

Vermindering van de energie-opname door minder vet en suikers, in combinatie met meer lichamelijke activiteit, is gewenst voor personen met

overgewicht. Overgewicht is een duidelijke risico-indicator voor een aantal levensbedreigende ziekten (Ref.1).

Voor enkele specifieke doelgroepen is het van belang de voorziening met micro-nutriënten (vitamines, mineralen, sporen-elementen) te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn foliumzuur bij zwangerschap en vitamine B6 en D voor bepaalde ouderen en allochtonen.

Dat wijziging van het voedingsgedrag heel goed mogelijk is toont de gunstige trend in de consumptie van enkele belangrijke voedingscomponenten en indicatoren:

De afgelopen jaren is belangrijke gezondheidswinst vooral verkregen door:

- verlaging van de vetconsumptie van ruim. 40 energie% tot ca. 37 energie% (aanbeveling Richtlijnen goede voeding: 30–35%)
- verlaging van de consumptie van verzadigde vetzuren en transvetzuren
- minder voorkomen van hypercholesterolemie (een cholesterolgehalte van >6,5 mmol/l).

Het beleid is er op gericht deze winst te behouden en te vergroten.

Deze gezondheidswinst, die met name te danken is aan een verlaging van het aantal rokers in combinatie met een verlaging van de consumptie van transvetzuren, uit zich vooral in een verlaagde mortaliteit ten gevolge van b.v. hart- en vaatziekten (met ca. 10% tussen 1990 en 1994). Deze verminderingen worden voor een belangrijk deel verklaard doordat de consument minder (verzadigd) vet is gaan eten. Deze goede resultaten zijn het gevolg van een veranderd eetgedrag ten gevolge van voorlichting, in combinatie met de ontwikkeling en op de markt brengen van nieuwe – op de Richtlijnen goede voeding afgestemde – producten door het bedrijfsleven. De voorlichtingscampagnes van de door de overheid ingestelde Stuurgroep Goede Voeding, een samenwerkingsverband van overheid, voorlichtingsinstanties, industrie, handel en consumentenorganisaties, hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld.

Voedingswetenschappers benadrukken steeds meer het grote belang van de consumptie van voldoende groente en fruit bij de preventie van (welvaarts)ziekten. Op basis van de voedselconsumptiepeilingen signaleert de VTV dat ongeveer 60 tot 70 % van de bevolking te weinig groente en fruit eet. Bovendien daalt de consumptie verder. Een stijging van de groente en fruit consumptie van ca. 220 gram/dag tot in totaal 400 gram/dag levert naar schatting per jaar een gezondheidswinst op van 13 000 minder mensen bij wie kanker wordt gediagnosticeerd en van 2250 minder mensen die aan coronaire hart- en vaatziekten overlijden.

2.3. Voeding en jongeren: de basis voor later

Jonge kinderen hebben een voedselconsumptiepatroon dat behoorlijk in lijn is met de Richtlijnen goede voeding maar dat, naarmate zij ouder worden zich steeds meer in ongunstige zin ontwikkelt. Jongeren veranderen hun voedingsgewoonten in ongunstige zin vooral tijdens de eerste jaren van het voortgezet onderwijs (Ref.11). Dit patroon wordt de laatste jaren steeds ongunstiger.

Bij kinderen (tot ca. 12 jaar) en jongeren (vanaf 12 jaar) ziet men o.a. de volgende ontwikkelingen:

<ul style="list-style-type: none">- een toenemende vetconsumptie;- een lage consumptie van complexe koolhydraten en voedingsvezels;- een hoge consumptie van suikers;
<ul style="list-style-type: none">- Jongeren zijn de afgelopen jaren 10–30% minder groente en fruit gaan eten. Dit betekent dat zij 30–50% minder groente en 50% minder fruit consumeren dan wordt aanbevolen door het Voedingcentrum (voorheen: Voorlichtingsbureau voor de Voeding);- Kinderen uit lagere sociaal-economische milieus scoren slechter dan uit de hogere milieus;- Steeds meer kinderen gaan 's ochtends zonder ontbijt naar school;- Een derde van de 12–19-jarigen neemt tussen de middag geen volwaardige lunch. Deze groep krijgt 30–35% van haar energie binnen uit tussendoortjes, zoals candybars, frisdranken en koeken;

Een toenemend aantal kinderen en jongeren heeft een te hoog gewicht. Zoals eerder gesteld, wordt overgewicht veroorzaakt door te weinig bewegen in combinatie met te energierijke voeding. Een kleine groep n.l. die geen zuivelproducten eet, krijgt te weinig calcium binnen. Naast voldoende bewegen, vitamine D en zon, is calcium van belang voor een goede en sterke botvorming. De botvorming op jonge leeftijd is van grote invloed op de botsterkte op oudere leeftijd en het vertragen van botontkalking.

Veel voorkomende problemen bij de jeugd, en zeker bij kinderen in de groei, zijn onoordeelkundig vermageren (lijnen, in combinatie met weinig bewegen, vergroot de kans op overgewicht door het zgn. jojo-effect; anorexia nerviosa), obstipatie, huidklachten en alcoholgebruik. De toename van de consumptie van alcopops (limonade met ca. 5% alcohol) is een ongewenste ontwikkeling, want het spoort kinderen aan om op jonge leeftijd alcohol te gaan gebruiken. Meer in het algemeen is het alcoholgebruik van jongeren een groot probleem, maar dit onderwerp valt buiten het bestek van deze nota en is onderdeel van het alcoholmatigingsbeleid. De ontwikkeling van de zgn. energy-drinks (frisdranken met allerlei fysiologisch actieve stoffen) wordt nauwlettend gevolgd..

2.4. Ouderen: langer gezond!

De VTV 1997 schetst een beeld van toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking. De basis van veel gezondheidsproblemen die op oudere leeftijd ontstaan wordt mede bepaald door de voedingsgewoonten op jongere leeftijd (Ref.12). Daarom is het belangrijk om met goede voedingsgewoonten zo jong mogelijk te beginnen.

Waar in deze nota gesproken wordt over ouderen worden hier met name de ouderen vanaf 70 jaar bedoeld. Dit hoofdstuk schetst de voedings-toestand van ouderen. Het geeft aan dat goede voeding juist voor ouderen, omdat zij vaak in een kwetsbare gezondheidstoestand verkeren, van groot belang is. Specifieke aandacht voor de voedselvoorziening bij ouderen is daarom noodzakelijk voor een zo groot mogelijke kans op gezond ouder worden en blijven.

Het is noodzakelijk voeding in het ouderenbeleid meer in te zetten voor het verlengen van een gezonde levensverwachting en het verhogen van de kwaliteit van leven, met name voor ouderen met een langdurige ziekte.

Ouder worden stelt hogere eisen aan de samenstelling van de voeding, met name een hoge voedingsstoffendichtheid om de beschikbaarheid van voldoende micro-voedingsstoffen bij de lagere energie-inname te waarborgen.

Het beleid is ook gericht op zolang mogelijk behoud van zelfstandigheid en maatschappelijke participatie van ouderen, waarbij individuele hulp en zelfstandigheidsvoorzieningen voor thuiswonende ouderen worden bevorderd. Wat betreft de voeding spelen de thuiszorg en de maaltijdvoorziening thuis een belangrijke rol. Wil de maaltijdvoorziening echter het gewenste effect hebben, dan is een goede begeleiding van en zorg voor de gebruikers noodzakelijk. Het bewaken van de voedingstoestand, goede hygiëne bij het bewaren en bereiden van voedsel staan hierin centraal. De deskundigheid van de thuiszorg is essentieel.

Uit onderzoek blijkt dat voor veel ouderen, met name indien zij zorgbehoefstig of alleenstaand zijn, het moeilijk is om hun voeding goed op peil te houden en om alle noodzakelijke voedingsstoffen en vitamines in voldoende mate binnen te krijgen, terwijl dit juist voor een goede algemene gezondheidstoestand en een goede weerstand van cruciaal belang is. Hier zijn allerlei factoren debet aan, maar weinig lichaamsbeweging is een van de belangrijkste. Door de vaak geringe lichamelijke activiteit wordt de energiebehoefte lager en daarmee de voedselinname en de voorziening met micro-voedingsstoffen krap of onvoldoende. De voedingstoestand van met name hoogbejaarde ouderen is door deze lage voedselinname vaak marginaal (Ref.12).

De opname van voedingsstoffen kan verder worden belemmerd door factoren, die samenhangen met het verouderingsproces, zoals een vermindering van smaak, kauwfunctie, mobiliteit e.d.. Ook geneesmiddelengebruik kan negatieve gevolgen voor de voedingstoestand hebben, b.v. omdat zij de opname van micro-voedingsstoffen in de darm blokkeren (Ref.12).

Van de ouderen boven de 65 jaar woont 9% niet meer zelfstandig. Veel ouderen in het ziekenhuis of in verpleeginstellingen zijn slecht gevoed. Uit recente onderzoeken (Ref.13) blijkt dat van meer dan de helft van de verpleeghuisbewoners de voedingstoestand onvoldoende is. Een slechte of marginale voedingstoestand levert o.a. een verhoogd risico op infecties en een trager herstel bij ziekte.

De oorzaak van een slechte of marginale voedingstoestand ligt meestal niet in de kwaliteit of kwantiteit van het verstrekte voedsel, maar in de lage inname van het voedsel, waardoor de voedselkeuze van de mensen zelf en de verleende zorg des te belangrijker worden. De problemen ontstaan vaak sluipend en zijn het gevolg van de veroudering en de daarbij optredende somatische, psychische en/of sociale problemen. Belangrijk is dat er aandacht en zorg is van de hulpverleners voor de voeding en dat de voedingsproblemen bij de ouderen tijdig gesignaleerd worden. Belangrijk is ook dat er naar mogelijkheden gezocht wordt om verbetering in deze situatie te brengen. Een aansprekend voorbeeld hiervan is het 's avonds verstrekken van een warme maaltijd, in plaats van rond het middaguur. Voorlopige onderzoeksresultaten wijzen uit dat de warme maaltijd dan beter wordt genuttigd (Ref.14).

Door de ont koppeling van de plaats waar het voedsel bereid wordt en de consumptie ervan in instellingen e.d. is extra aandacht nodig voor de kwaliteit en voedingswaarde van het eten. Het Staatstoezicht zal gevraagd worden hier een inventariserend onderzoek naar te doen.

2.5. Personen met een lage sociaal-economische status: achterstand verkleinen

Het betreft hier personen, die laag scoren naar inkomen, opleiding en beroepsstatus (lage SES). De VTV waarschuwt voor een tweedeling van de maatschappij op het terrein van de volksgezondheid. Personen met een lage sociaal-economische status hebben een gezondheidsachterstand en maken meer gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen dan mensen met een hoge sociaaleconomische status. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld 3,5 jaar korter en brengen bijna twaalf jaar minder in goede gezondheid door dan hoger opgeleiden. Deze verschillen dreigen nog groter te worden.

Een gelijksoortig, ongunstig beeld komt ook duidelijk naar voren in zowel het voedingspatroon als de blootstelling aan risico-factoren uit de voeding (Ref.15):

Personen met een lage sociaal-economische status:

- hebben een relatief hogere energie-inname;
- eten relatief vetter;
- de dichtheid van essentiële voedingsstoffen in de voeding is lager (de voeding bevat relatief minder vitamines en mineralen).

Uit onderzoek blijkt dat personen met een lage sociaal-economische status kleiner zijn en significant zwaarder (met name vrouwen) dan personen met een hogere sociaal-economische status. Uit onderzoek blijkt b.v. dat in de laagste inkomensgroep ongeveer 20 % van de mannen en vrouwen een aanzienlijk overgewicht heeft, terwijl dat in de hoogste inkomensgroep slechts 5% is (Ref.16).

Kinderen van laag opgeleide ouders hebben een lager geboortegewicht en zijn relatief kleiner dan kinderen van ouders met een hogere opleiding. Zij hebben een verhoogde kans op overgewicht. Lijnen komt bij deze kinderen dan ook meer voor. Ook ontbijten zij minder vaak en eten zij minder groenten en fruit (Ref.11).

Personen met een lage sociaal-economische status roken ook meer en zijn minder lichamelijk actief.

Het is vaak moeilijk de voedselconsumptie van personen met een lage sociaal economische-status te bepalen omdat zij minder goed bereikbaar zijn of minder geneigd zijn mee te doen aan onderzoeken.

2.6. Allochtonen: voorsprong vasthouden

De leefwijze van allochtonen verschilt niet alleen van die van autochtonen, maar verschilt bovendien per etnische groepering. Naar schatting is van de 1,2 miljoen allochtonen in Nederland 76% van Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en Antilliaans/Arubaanse afkomst. Er is een enigszins vergelijkbaar voedingspatroon te constateren bij Turken en Marokkanen, maar dat wijkt duidelijk af van dat van de Surinamers en Antillianen/Arubanen.

In de VTV 1997 wordt aangegeven dat bij allochtonen gezondheidsachterstand meer voorkomt dan bij de autochtone bevolking. Deze achterstand wordt echter niet veroorzaakt door de voeding. Alhoewel de informatie over de voeding van allochtonen beperkt is, zijn er aanwijzingen dat het voedingspatroon in het algemeen beter aansluit bij de

«Richtlijnen goede voeding» (Ref.17). In welke mate dit nog steeds het geval is en in welke mate er verschuivingen plaatsvinden bij resp. de 1e, 2e en 3e generatie allochtonen is niet bekend. Er lijken niettemin echter wel enkele specifieke problemen te zijn, zoals meer (tand)cariës, suikerziekte en overgewicht. Deze worden ten dele veroorzaakt door de voedingsgewoonten. Hoewel ziekten als kanker en hart- en vaatziekten bij Turken en Marokkanen minder voorkomen zijn er aanwijzingen dat er bij deze groepen een inhaalproces plaatsvindt door het overnemen van de minder gunstige voedingsgewoonten van de autochtone bevolking.

2.7. Alternatieve voedingsgewoonten

Onder alternatieve voedingsgewoonten wordt verstaan voeding van personen met een van het gebruikelijke Nederlandse voedingspatroon afwijkende samenstelling, ingegeven door een bepaalde levenswijze, zoals het vegetarisme, de antroposofie, de macrobiotiek of door milieu-overwegingen (b.v. de ecologie).

De voormalige Voedingsraad heeft geconstateerd dat deze groepen over het algemeen een voedingspatroon hebben, dat (aanzienlijk) beter aansluit bij de Richtlijnen goede voeding dan de gemiddelde Nederlander. Ook scoren deze groepen (aanzienlijk) beter met betrekking tot aan voeding gerelateerde risico-factoren, zoals serumcholesterolgehalte, vezelinname en energie-opname. Zij hebben dan ook een betere levensverwachting (Ref.18).

In het verleden zijn problemen geconstateerd bij macrobiotisch gevoede peuters. Veganisten dienen bedacht te zijn op een relatief lage voorziening met enkele essentiële micro-nutriënten.

2.8. Specifieke voedingsproblemen.

In dit onderdeel wordt ingegaan op enkele specifieke voedingsstoffen en -ziekten en risico-factoren. De bestaande wettelijke maatregelen ten aanzien van de bevordering van een adequate jodiumvoorziening van de Nederlandse bevolking behoeven herziening. De foliumzuurvoorziening van vrouwen met een zwangerschapswens kan onder bepaalde omstandigheden te krap zijn met schadelijke gevolgen voor het ongeboren kind. Ook wordt ingegaan op andere doelgroepen die speciale aandacht behoeven, zoals zuigelingen en chronische zieken. Op osteoporose, welke vooral bij hoogbejaarden kan leiden tot botfracturen en hypertensie (hoge bloeddruk) zijn aandoeningen waarbij voeding een belangrijke rol speelt. Aangegeven wordt hoe evenwichtige voeding gebruikt kan worden voor een zo gunstig mogelijk gezondheidsresultaat. Tenslotte wordt het beleid geschetst bij een onderwerp dat veel Nederlanders bezig houdt, n.l. voedselallergie.

2.8.1. Jodium en struma

Jodium voorkomt o.a. het optreden van struma. Sinds 1942 gelden er wettelijke maatregelen voor het toevoegen van jodium aan levensmiddelen.

Doel van deze maatregelen is een zo optimaal mogelijke inname van jodium door de Nederlandse bevolking te bewerkstelligen. Gedurende de periode dat keukenzout en broodzout met jodium verrijkt zijn, is de prevalentie van struma steeds verder afgenomen. In de praktijk blijkt ongeveer 95% van het brood bereid te worden met gejodeerd zout. Het keukenzout dat door de consument gebruikt wordt, bestaat voor 85% uit jodiumhoudend zout. Toch zijn er nog steeds regio's in Nederland waarin struma meer dan gemiddeld voorkomt. Er zijn groepen in de Nederlandse bevolking waarbij de jodiuminname te laag is. De voormalige

Voedingsraad heeft geconcludeerd dat er nu ook gekeken moet worden naar andere dragers voor jodium dan brood alleen. Door de veranderende voedingsgewoonten, in het bijzonder de gewijzigde broodconsumptie, is de jodiumvoorziening niet meer voor iedereen toereikend (Ref.19). Uit door TNO-Voeding uitgevoerde simulatiestudies (Ref.20) blijkt dat verhoging van het jodiumgehalte in broodzout, het gebruik van jodiumhoudend zout in broodvervangers (zoals crackers, wafels, knäckebröd e.d.) en het gebruik van jodiumhoudend zout in vleeswaren de jodiuminname kan verbeteren.

2.8.2. Foliumzuur en neuraalbuisdefecten

Foliumzuur speelt, onder meer, een rol bij het voorkómen van neuraalbuisdefecten tijdens de embryonale ontwikkeling. In het algemeen is de inname van foliumzuur door de Nederlandse bevolking voldoende. De groep vrouwen die zwanger willen worden en vrouwen gedurende de eerste 8 weken van hun zwangerschap vormen hierop echter een uitzondering. De verhoging van de foliumzuurinname door deze vrouwen is van belang om het risico op de geboorte van een kind met een neuraalbuisdefect («open ruggetje») te verminderen. Jaarlijks worden er in Nederland ongeveer 300 kinderen geboren met een neuraalbuisdefect. Men gaat ervan uit dat het risico op het krijgen van een eerste kind met een neuraalbuisdefect door een adequate voorziening met foliumzuur kan worden verminderd met tenminste 50% (Ref.21).

Om deze vrouwen te informeren over de noodzaak extra foliumzuur te gebruiken is in september 1995 een landelijke campagne uitgevoerd. Daarnaast is in twee regio's een aanvullende campagne gevoerd die er met name op gericht was vrouwen met een lage sociaal-economische status met deze boodschap over foliumzuur te bereiken.

Kort geleden zijn de resultaten van de evaluatie van deze campagnes bekend gemaakt (Ref.22). De bekendheid met het foliumzuuradvies bij de betrokken vrouwen is zeer groot. Niettemin is de inname van foliumzuur bij deze groep vrouwen nog onvoldoende. Nagegaan wordt hoe deze inname verbeterd kan worden. Een van de opties is toevoeging van foliumzuur aan bepaalde levensmiddelen. Een eerste simulatiestudie laat zien dat de inname bij de doelgroep via verrijking van levensmiddelen wel verhoogd kan worden maar dat tegelijkertijd bij een aanzienlijk deel van de consumenten een overschrijding van de veilige grens van inname optreedt. De Gezondheidsraad zal gevraagd worden een risico-beoordeling van deze situatie op te stellen. Op grond van deze gegevens zal besloten kunnen worden wat de beste manier is om de foliumzuurinname op het juiste niveau te brengen bij de doelgroep en of het gewenst en aanvaardbaar is levensmiddelen met foliumzuur te verrijken. In dit verband speelt een rol dat vanuit de EU wordt aangedrongen op een verdere openstelling van de Nederlandse markt voor met foliumzuur verrijkte producten.

2.8.3. Zuigelingenvoeding

Moedermelk blijft de meest geschikte voeding voor zuigelingen. Bevordering van borstvoeding is van belang met het oog op ziektepreventie, zoals bescherming tegen allergie en tegen virale en bacteriële infecties. Er bestaat verband tussen het krijgen van borstvoeding en het verminderd voorkomen van luchtweginfecties, middenoorontstekingen en allergieën bij zuigelingen (Ref.23). Met het oog hierop is het van belang dat zoveel mogelijk kinderen tenminste de eerste 6 maanden van hun leven borstvoeding krijgen. Vergeleken met andere Europese landen wordt er in Nederland weinig borstvoeding gegeven. In 1992 gaf ongeveer 25% van

de moeders gedurende 3 maanden borstvoeding. In 1996 is het geven van borstvoeding opnieuw nagegaan. Uit deze peiling blijkt dat 17% van de zuigelingen op de leeftijd van 3 maanden nog moedermelk krijgt. Hiermee wordt de dalende tendens vanaf 1990 doorgezet.

De beroepsgroepen en voorlichtingsorganisaties blijken met name de lager opgeleiden minder goed te bereiken. Zo is in deze groep 52% van plan borstvoeding te geven, tegenover 84% van de hoger opgeleiden. Daarnaast geldt voor allochtonen dat zij in het algemeen minder vaak en minder lang borstvoeding geven dan in het land van herkomst.

De WHO-code ten aanzien van het op de markt brengen van moedermelkvervangende producten (Ref.24) is voor zover mogelijk verwerkt in de Warenwetregeling zuigelingenvoeding (Ref.25). Ter bevordering van de aandacht voor borstvoeding, het doen toenemen van borstvoeden en van de naleving van de WHO-code zuigelingenvoeding door beroepsgroepen is de Stichting Zorg voor Borstvoeding actief in het kader van de wereldwijde campagne Baby Friendly Hospital Initiative. Het werk van de stichting wordt als project door het Praeventiefonds/Zorgonderzoek Nederland gefinancierd.

Vanuit het Voedingscentrum bereidt de studiegroep kindervoeding richtlijnen over zuigelingenvoeding voor die in 1999 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg als bulletin zal worden verspreid.

2.8.4. Osteoporose

In de VTV 1997 is aangegeven dat gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking een toename van het aantal gevallen van osteoporose (botontkalking) is te verwachten. De belangrijkste factoren bij de preventie van osteoporose zijn voldoende beweging, blootstelling aan zonlicht en voldoende inname van vitamine D en calcium.

De gemiddelde inneming van calcium door volwassenen is ruim. Deze ruime inneming is het gevolg van het gebruik van melk(producten). Echter een nadere beschouwing van de calciuminneming door de verschillende bevolkingsgroepen nuanceert dit beeld enigszins. Vanaf de leeftijd van 10 jaar is er binnen elke groep een niet te verwaarlozen aantal mensen waarvoor de calciuminname lager is. De betekenis daarvan is echter nog onduidelijk. Ook de vitamine D-voorziening kan, met name bij allochtonen en ouderen, te krap zijn. Zeer recent heeft de Gezondheidsraad over dit onderwerp geadviseerd (Ref.26). Nagegaan zal worden of dit advies gevolgd moet worden door specifieke beleidsmaatregelen gericht op vermindering van de prevalentie van osteoporose.

2.8.5. Hypertensie

Hypertensie (hoge bloeddruk) is een van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten, onder meer voor het ontstaan van een beroerte. Een natriumrijke voeding verhoogt, naast overgewicht, de kans op hypertensie. Keukenzout is de belangrijkste natriumbron in de voeding. Ook een voldoende inname van groente en fruit is van belang bij de preventie van hypertensie. De Gezondheidsraad zal binnenkort over dit onderwerp rapporteren.

2.8.6. Tandcariës en tanderosie

De toestand van het gebit van de Nederlandse jeugd is de laatste decennia sterk verbeterd. Naast fluoridegebruik en goede mondhygiëne kunnen ook voedingsmaatregelen bijdragen aan de preventie van tandcariës. Het betreft dan met name het beperken van de frequentie van het gebruik van suikers en producten met een lage zuurgraad. Daarentegen is tandcariës een groot probleem bij allochtonen (zie 2.5).

2.8.7. Chronisch zieken

Nederland telt ruim anderhalf miljoen chronisch zieken. Voorbeelden zijn coronaire hartziekten, cerebro-vasculaire aandoeningen, diabetes mellitus en osteoporose. De komende twintig jaar zal dat aantal als gevolg van de toenemende vergrijzing nog fors toenemen. In Nederland is een verschuiving waarneembaar in prevalentie van acute ziekten naar chronische ziekten.

Zoals al eerder genoemd, maar ook blijkt uit het rapport van het Focal Point Preventie Chronische ziekten (naar een integratieve preventiestrategie – Ref.27) is er een belangrijke samenhang tussen leefstijlfactoren en chronische ziekten. Voor een aantal chronische ziekten is deze samenhang duidelijk. Voor andere chronische ziekten bestaat nog veel onduidelijkheid over de etiologie en de determinanten. Naast de al genoemde samenhangen wordt bij de preventie van artrose het vermijden van overgewicht (door aanpassing van het voedingspatroon) aanbevolen.

Optimale voeding kan de verdere achteruitgang in de gezondheidstoestand van chronisch zieken tegengaan. Centraal hierbij staat het bevorderen van de kwaliteit van leven, omdat genezing vaak niet mogelijk is. Van groot belang is dat zowel de chronisch zieke, als de hulpverlener beschikken over voldoende kennis over de mogelijkheden om door een evenwichtige voeding bij te dragen aan een zo goed mogelijke gezondheidstoestand. Dit geldt uiteraard ook voor de betrokkenen uit de eerstelijns zorg. Uit een onderzoek onder huisartsen bleek bijvoorbeeld dat driekwart van de huisartsen voedingsvoorlichting, met name in de curatieve sfeer, tot hun taak rekent, maar dat gebrek aan kennis en tijd een belemmering vormen voor een goede invulling van deze taak.

2.8.8. Voedselovergevoeligheid

Allergische aandoeningen brengen veel problemen met zich mee: voor patiënten zelf betekent het hebben van een allergie een achteruitgang in de kwaliteit van leven. Daarnaast leiden allergische aandoeningen tot een toename in het beroep doen op de gezondheidszorg en een stijging van het ziekteverzuim.

Stijging van het aantal mensen met allergie, betekent ook een toename van het aantal mensen met voedselallergie: 50 % van de mensen met hooikoorts heeft, als gevolg van kruisreactiviteit, ook voedselallergie ontwikkeld (Ref.28).

In Nederland is er uitgebreid onderzoek gedaan naar de prevalentie van voedselallergie (Ref.29). Geschat wordt dat 1 tot 2 % van de volwassen Nederlandse bevolking last heeft van voedselallergie. Bij kinderen ligt dit percentage tussen de 2 en 6 %. Belangrijke voedselbestanddelen en voedingsmiddelen die overgevoeligheid of een allergische reactie kunnen veroorzaken zijn o.a. gluten, schaaldieren, eieren, vis, pinda's, sojaeiwit, noten, koemelk, en sulfiet.

Uit nationaal en internationaal onderzoek blijkt dat de publieke perceptie van voedselovergevoeligheid niet in overeenstemming is met het daadwerkelijk voorkomen hiervan. Uit Nederlands onderzoek (Ref.30) bleek 12,8% van de consumenten van mening te zijn, last te hebben van voedselovergevoeligheid, terwijl dit in de praktijk slechts bij 2,4% (volwassenen en kinderen) ook daadwerkelijk zo bleek te zijn.

De toegenomen aandacht voor voedselovergevoeligheid heeft niet alleen geleid tot een betere er- en herkenning van de problematiek, maar ook tot

het onterecht toeschrijven van uiteenlopende klachten aan voedsel-overgevoeligheid. Er wordt veel «gedokterd» en geëxperimenteerd met de voeding door mensen zelf, zonder begeleiding van een arts of diëtist. Hierin schuilt het gevaar dat op basis van onbetrouwbare diagnostiek restrictieve en onvolwaardige diëten worden gevolgd. Dergelijke diëten hebben zowel consequenties voor de gezondheid van de patiënt, als voor het sociale leven.

Objectieve voorlichting is van groot belang. Dit is o.a. gebleken uit de resultaten van een gezamenlijke actie van enkele organisaties uit het Voedingscentrum, fabrikanten en het ministerie van VWS enige jaren geleden, gericht om de onrust ten aanzien van additieven weg te nemen (Ref.31). Het aantal meldingen van kinderen met gedragsproblemen als gevolg van overgevoeligheid voor bepaalde hulpstoffen is afgenomen. Ook wordt door de media hierover een genuanceerder beeld geschetst dan voorheen.

Toch blijft het van belang de consument zo goed mogelijk te informeren over voedingsbestanddelen die een allergische reactie kunnen veroorzaken. Ook in internationaal verband (EU, Codex Alimentarius) wordt veel aandacht gegeven aan het verbeteren van de informatie aan consumenten over allergenen. Een en ander kan gaan leiden tot nadere wettelijke voorschriften.

3. BELEIDSDOELEN EN -PREVENTIE-STRATEGIEËN

3.1. Algemeen

Het beleid voor de komende periode is er op gericht om de gezondheidswinst, die behaald is door de bevordering van goede voedingsgewoonten te behouden en verder uit te bouwen en om negatieve ontwikkelingen op het gebied van de voedselconsumptie om te buigen. De Volksgezondheids Toekomst Verkenning 1997 (de VTV) maakt duidelijk dat nog aanzienlijke gezondheidswinst te behalen is door wijzigingen in het voedingsgedrag. Uiteraard moet men er rekening mee houden dat de individuele voedselkeuze een samenspel is van zeer diverse factoren en bij uitstek een beslissing is binnen het privé-domein van de burger. Er blijkt echter vaak weinig synchroniteit tussen het grote belang dat men hecht aan een goede gezondheid en het individuele voedingsgedrag. De overheid kan een rol spelen door maatregelen, die gericht zijn op kennisvergroting, informatie-verschaffing, stimulering van product vernieuwing door het bedrijfsleven, stimuleren van implementatie en evaluatie van gedragsbeïnvloedende interventies e.d.. Op de rol van de overheid zal in dit hoofdstuk verder worden ingegaan.

In dit hoofdstuk zal dezelfde systematiek worden gevolgd als in het vorige. Eerst komt het beleid voor de Nederlandse bevolking in het algemeen aan de orde, daarna voor de verschillende al eerder genoemde specifieke groepen. Vervolgens komt het beleid ten aanzien van enkele specifieke voedingsonderwerpen aan de orde. Het gaat daarbij om de voorziening met jodium en foliumzuur, het beleid voor chronisch zieken en het beleid voor specifieke ziekten als botontkalking en hoge bloeddruk. Tenslotte wordt ingegaan op enkele onderwerpen van de levensmiddelenwetgeving, die van belang zijn voor het voedingsbeleid.

Gezien de samenhang met de andere determinanten van gezondheid en met de invloed van de leefstijl op de gezondheid is de laatste jaren steeds meer nadruk gelegd op een meer integrale benadering in de preventiestrategie, waarbij het accent is komen te liggen op het bewustmaken van mogelijkheden om de eigen gezondheid te bevorderen en te behouden. De nadruk ligt dan meer op het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid en het stimuleren van de persoonlijke motivatie voor de eigen gezondheid (Ref.32). Voldoende beweging, niet roken, een matig alcoholgebruik en goede voedingsgewoonten gaan hierbij hand in hand op weg naar een gezonde leefstijl, die uitzicht biedt op een hogere kwaliteit van leven. In dit hoofdstuk zal deze samenhang en de te volgen strategieën voor intensivering van het op gezondheidsbevordering en ziektepreventie gerichte beleid verder worden uitgewerkt.

Voedingsbeleid kan op drie manieren ingezet worden om gezondheidswinst te behalen:

- door het bevorderen van goede voedingsgewoonten van de burger;
- door het realiseren van een hoog beschermingsniveau van de consument, dat wil zeggen door veilige voedingsmiddelen;
- door het stimuleren van het op de markt brengen van producten, die voor goede voedingsgewoonten van belang zijn en van de voorlichting daarover.

Door wettelijke maatregelen op het gebied van de productveiligheid, het opstellen van hygiënecodes in samenwerking met de maatschappelijke partners en inspanningen en maatregelen van het bedrijfsleven zelf is een voedselaanbod van een hoog veiligheidsniveau ontstaan. Het beleid zal erop gericht blijven dit hoge beschermingsniveau te handhaven en waar mogelijk, te vergroten. Verdere gezondheidswinst zal dus niet in de eerste

plaats verwacht kunnen worden van aanscherping van product-veiligheidsmaatregelen in het kader van het gezondheidsbeschermingsbeleid. Een uitzondering hierop vormt de microbiologische kwaliteit van voedingsmiddelen. De inspanningen om de belasting van het voedsel met ongewenste microbiologische verontreinigingen te verlagen zullen onverminderd worden voortgezet. Omdat de Kamer over dit en andere onderwerpen op het gebied van het gezondheidsbeschermingsbeleid al regelmatig wordt geïnformeerd, behandelt deze nota deze onderwerpen niet verder. De recent aan de Kamer toegezonden Staat van de Gezondheidsbescherming geeft een overzicht van dit terrein. Bovendien is de Gezondheidsraad kortgeleden om advies gevraagd over dit onderwerp.

Het ligt daarom voor de hand dat het beleid dat nodig is voor het behalen van verdere gezondheidswinst zich vooral richt op de verbetering van de voedingsgewoonten en verbetering van het productaanbod.

Voedingsgewoonten zijn de resultante van het voedingsgedrag. Verandering van voedingsgewoonten kan worden gerealiseerd door beïnvloeding van het voedingsgedrag. Verandering van het voedingsgedrag kan onder meer bereikt worden door interventies, zoals voorlichting en educatie, die gericht zijn op beïnvloeding van de voedselkeuze.

Voor dat beleid ontwikkeld kan worden dat gericht is op gedrag-beïnvloedende interventies, moeten de in hoofdstuk 2 genoemde basisgegevens beschikbaar zijn:

- er dient inzicht te zijn in de consumptie van de uit voedingsoogpunt belangrijke voedingsstoffen (vetten, eiwitten, koolhydraten, vezel, vitamines, mineralen e.d.); hiervoor zijn gegevens nodig over de voedselconsumptie en de samenstelling van voedingsmiddelen; deze gegevens moeten regelmatig worden geactualiseerd;
- er dient inzicht te zijn in de voedingstoestand van personen of groepen; deze gegevens kunnen worden verkregen uit epidemiologisch- of uit individueel onderzoek; dit laatste onderzoek is kleinschalig van aard; de (voedings)gezondheidstoestand van een individu wordt gerelateerd aan zijn of haar voedselconsumptie.

Met behulp van deze twee sets basisgegevens kan nagegaan worden op welke punten de voeding dient te worden aangepast om de gewenste gezondheidswinst te realiseren. Deze gegevens zijn voor de gemiddelde consument en voor specifieke doelgroepen (jongeren, ouderen, personen met een lage sociaal-economische status en allochtonen) in hoofdstuk 2 gepresenteerd.

De consumptiegegevens zijn met name afkomstig van de in dat hoofdstuk genoemde landelijke voedselconsumptiepeilingen, gekoppeld aan de gegevens van het Nederlandse Voedingsstoffenbestand (NEVO). De conclusies, die in hoofdstuk 2 zijn getrokken vormen de basis voor de in dit hoofdstuk uitgewerkte beleidsdoelen en beleidsstrategieën.

Hieronder wordt in tabel 1 allereerst een overzicht gegeven van de beschikbaarheid van deze gegevens voor de diverse doelgroepen. Hieruit kan opgemaakt worden voor welke doelgroepen nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn.

Tabel 1: overzicht van de beschikbaarheid van basisgegevens

Stand van zaken	Nederland algemeen	Jongeren	ouderen	Lage SES	allochtonen
Consumptiegegevens	+++	+++	++	+	-
Voedingstoestand	+++ (ep) +(ind)	++ (ep) +++ (ind)	+(ep) ++ (ind)	++ (ep) +(ind)	-(ep) +(ind)

ep = gegevens op basis van epidemiologisch onderzoek

ind = gegevens op basis van individueel onderzoek

+++ veel gegevens beschikbaar; - beschikbare gegevens zijn minimaal

Om voedingsgedrag te beïnvloeden zijn de volgende strategieën mogelijk:

- vergroten van kennis over goede voeding;
- wegnemen van misvattingen over goede voeding;
- vergroten van bereidheid en acceptatie om eigen voedingspatroon aan te passen;
- maatregelen gericht op daadwerkelijke gedragsbeïnvloedende interventies

Tabel 2: overzicht van de uitgangssituatie voor de interventie-strategieën

	Nederland algemeen	Jongeren	ouderen	lage SES	allochtonen
Kennisniveau	+++	+(+)	+++	+	-
Persoonlijke motivering	+(+)	+	+(+)	-	-

+++ hoog kennisniveau, resp. hoge persoonlijke motivering

- laag kennisniveau, resp. lage persoonlijke motivering

Uit onderzoek is gebleken dat de motivering van mensen, met name van ouderen om gezond te eten (te leven) duidelijk toeneemt op het moment dat er problemen met de gezondheid zijn.

Alvorens deze strategieën verder uit te werken en te vertalen in concrete beleidsinspanningen is het belangrijk om na te gaan wat hierbij precies de rol van de overheid moet zijn en welke instellingen en instanties zich in de beleidsomgeving van de overheid bevinden waarmee zij haar doelstellingen kan verwezenlijken.

3.2. Voorwaardenscheppend beleid

Voedselkeuze is bij uitstek een terrein wat door individuele beslissingen van consumenten wordt bepaald. De taak van de overheid in het voedingsbeleid is vooral faciliterend, voorwaardescheppend en stimulerend van aard. Deze taak wordt vervuld in nauwe samenwerking met de vele instanties buiten de centrale overheid, die zich met gezondheidsbevordering, ziektepreventie en product-aanbod in relatie tot voeding bezighouden:

- implementatie van het beleid vindt plaats door het Voedingscentrum en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ);
- landelijke organisaties, zoals de Nederlandse Hartstichting, de Nederlandse Kankerbestrijding (Koningin Wilhelmina Fonds) en patiëntenorganisaties ontwikkelen programma's en projecten, waarin voeding een belangrijke plaats inneemt;
- sommige zorgverzekeraars en individuele bedrijven ontwikkelen in het kader van gezondheidsbevordering van de werknemers eigen initiatieven;

- de voedingsmiddelenindustrie en de levensmiddelendetailhandel ontwikkelen belangrijke activiteiten op het gebied van product- vernieuwing en -informatie;
- in de eerstelijns zorg hebben de huisarts en daarnaast de diëtist verantwoordelijkheden op dit terrein;
- consumentenorganisaties, zoals de Consumentenbond en de Kleine Aarde geven voorlichting op voedingsgebied;
- lokale overheden, via de GGD'en en de thuiszorgorganisaties, zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het preventie beleid.

De rol van de Rijksoverheid binnen dit krachtenveld is initiator, waar nodig regisseur en bewaker van het proces van intensivering van het op ziektepreventie en gezondheidsbevordering gerichte voedingsbeleid.

Concreet betekent dit dat zij speciale taken heeft zoals:

- initiëren van en stimuleren van het ontwikkelen en uitvoeren van preventiestrategieën en -activiteiten
- financiering van algemene taken, zoals onderzoek op het gebied van de voeding, voedselconsumptiepeilingen, voorlichting aan het publiek over goede voeding e.d.
- stimuleren van ontwikkeling en uitvoering van programma's voor kwetsbare groepen, zoals personen met een laag inkomen (onder de armoedegrens) of groepen, waarvoor speciale aandacht is vereist, zoals jongeren en ouderen
- de zorg voor een goede wetenschappelijke advisering
- de zorg voor goede coördinatie van de voorlichting en voor een effectieve en eenduidige voedingsvoorlichting
- het evalueren van het gevoerde voedingsbeleid

Deze rol van de overheid kan worden geconcretiseerd in een aantal beleidsinspanningen. Tabel 3 geeft een overzicht van deze beleidsinspanningen, die in de daarop volgende hoofdstukken verder uitgewerkt en onderbouwd zullen worden.

Tabel 3: overzicht van de benodigde beleidsinspanningen

beleidsinspanningen	Nederland algemeen	jongeren	ouderen	lage SES	Allochtonen
<i>onderzoek:</i>					
- consumptiegegevens	++	o ¹	o ¹	o ¹	o ¹
- voedingstoestand	+ n.	+ n.	+ n.	+ n.	+ n.
<i>interventies gericht op:</i>					
- kennisvergroting	o	+ n.	o	□	+ n.
<i>interventies gericht op:</i>					
- gedragsbeïnvloeding	++	+ n.	□	+ n.	O
organisatorische maatregelen	o	+ n.	+ n.	+ n.	O

++ voortzetting beleid

+ n. nieuw beleid

□ pilot studie

o geen specifieke maatregelen

¹ wordt meegenomen in de algemene voedselconsumptiepeiling

3.3. Nederlandse bevolking – algemeen

In hoofdstuk 2 is geconstateerd dat het lopende beleid heeft geresulteerd in een afname van de vetconsumptie, gepaard gaande met een verlaging van het cholesterolgehalte in het bloed en een verlaging van de coronaire hart- en vaatziekten, maar dat de door de Voedingsraad aanbevolen niveaus echter nog niet zijn bereikt. Er is ook een aantal ongunstige ontwikkelingen. De consumptie van groente en fruit is te laag en neemt

verder af, terwijl de consumptie van complexe koolhydraten en vezel ook te laag is.

In het licht van deze ontwikkelingen is het beleid de komende jaren dan ook gericht op behoud van de positieve effecten en het ombuigen van de genoemde ongunstige ontwikkelingen.

Tabel 4: de voedingsdoelstelling in kwantitatieve termen:

consumptie van:	streefgetal:	Geschatte consumptie 1996	Geschatte consumptie 1992
vet	30 – 35 energie%	36 energie%	36,9 energie%
verzadigd vet	< 10 energie%	13 energie%	14,1 energie%
groente	200 g/dag		128 g/dag
fruit	2 stuks/dag (ca.200 g/dag)		114 g/dag

energie% = het percentage van de uit de voeding verkregen energie afkomstig uit vet, resp. verzadigd vet

Tabel 5: de voedingsdoelstelling in kwalitatieve termen:

- veranderd persoonlijk eetgedrag door:
- vergroting van de kennis over goede voeding/bewustmaking van misconcepties over voeding en eigen eetgedrag
- gedragsbeïnvloedende interventies gericht op herkenning van de mogelijkheden om de eigen gezondheid te bevorderen door het eigen voedingspatroon te verbeteren

Stuurgroep Goede Voeding

Voor het realiseren van deze doelstellingen zijn onder 3.1. een aantal mogelijke interventie-strategieën genoemd en is een overzicht gegeven van de benodigde beleidsinspanningen.

Voorlichting en educatie zijn een essentieel onderdeel voor het bereiken van deze doelstellingen. Goede ervaring is opgedaan met de activiteiten van de Stuurgroep Goede Voeding, welke is ondergebracht bij het Voedingscentrum. De Stuurgroep Goede Voeding is een samenwerkingsverband tussen de overheid en een aantal maatschappelijke organisaties (zie bijlage I). De financiering is voor een groot deel afkomstig van Zorgonderzoek Nederland (de ZON). De Stuurgroep is sinds haar oprichting vrij succesvol geweest. Naast de organisatie van de landelijke publiekscampagnes: «Let op Vet» en «Goede voeding, wat let je?» heeft zij ook een veelheid aan andere activiteiten geïnitieerd. Van rondleidingen in supermarkten, het uitreiken van de jaarlijkse Good Food Award tot deelname aan op gezondheid gerichte programma's op radio en t.v. en artikelen in dag-, weekbladen en magazines. In 1997 is het Masterplan Stuurgroep Goede Voeding 1996–2001 (Ref. 33) van start gegaan, dat uitmondt in «eten in 2001». De uitgevoerde evaluaties van de campagnes en de resultaten van de voedselconsumptiepeilingen hebben hierbij als basis gediend (Ref.34,35). De betrokkenheid van de vele participanten in de Stuurgroep verzekert een grote inzet van allen en daarmee ook een grote verscheidenheid aan initiatieven. Het lopende beleid wordt dan ook voortgezet en het Masterplan uitgevoerd. De deelname van de andere participanten, naast de overheid, is hierbij onontbeerlijk.

De publiekscampagnes zijn in eerste instantie gericht geweest op mogelijke concrete verbeteringen in het eigen eetgedrag (Let op Vet!), daarna is het eetgedrag in een ruimer kader geplaatst (Goede Voeding, wat let je?) en in relatie gebracht met een gezonde leefstijl, waarmee ingespeeld wordt op een meer integrale benadering van leefstijl-determinanten in het preventiebeleid.

Het ligt in de bedoeling de landelijke campagnes te continueren en zo blijvend voor een breed publiek aandacht te vragen voor de voedingsproblematiek.

Misvattingen over voeding

De effectiviteit van voorlichting wordt bemoeilijkt omdat er bij consumenten nog veel misverstanden blijken te zijn over goede voeding. Deze misverstanden zijn begrijpelijk gezien de veelheid van berichten in b.v. de media over enerzijds veronderstelde onveiligheid van voedingsmiddelen en anderzijds over wisselende opvattingen over wat nu precies onder goede voeding verstaan moet worden. Deze misvattingen kunnen worden vergroot door uitingen in de reclame over voeding of specifieke voedingsmiddelen, door het gebruik van allerlei gezondheidsclaims, door aandacht voor specifieke, niet in hun kader geplaatste bevindingen van individuele wetenschappers. De opvattingen hierover van zowel de voormalige Voedingsraad als het Voorlichtingsbureau voor de Voeding (nu Voedingscentrum) zijn door de jaren heen echter wel consistent en eenduidig geweest, waarbij alleen de accenten zijn verschoven. De overheid heeft bij herhaling benadrukt dat beweringen over voedingsmiddelen door solide wetenschappelijke informatie moeten worden ondersteund, of anderszins achterwege dienen te blijven. Het zijn juist de misleidende en suggestieve aanprijzingen die de consument op het verkeerde been kunnen zetten.

Bij de implementatie van de interventies moet ook rekening gehouden worden met het gegeven dat de consument de mogelijkheden om het eigen voedingsgedrag te verbeteren vaak laag inschat. Hoewel de bijdrage die voeding aan gezondheid kan geven over het algemeen wel wordt ingezien, zijn de meeste consumenten er echter van overtuigd dat zij zelf goed eten, maar de buurman niet. Er bestaat dus een tekort aan kennis over op welke punten het eigen voedingsgedrag verbeterd kan worden, dat nog wordt versterkt door de hierboven genoemde misverstanden over voeding. Zoals al eerder gesteld is er dus geen sprake van synchroniteit tussen de wens naar goede gezondheid en het daadwerkelijke voedingsgedrag. Het is daarom noodzakelijk om via voorlichting en informatie de consument tot een betere keuze in staat te stellen. De overheid wil hierbij een stimulerende, informerende en faciliterende rol spelen. Een goed middel hiervoor zijn gerichte interventies met een zo groot mogelijk bereik. De publiekscampagnes als «Let op Vet» en «Goede Voeding, wat let je?» zijn hier voorbeelden van. Daarnaast moeten echter op individueel niveau, gerichte, voorlichtingsstrategieën ingezet worden om specifieke doelgroepen op een effectievere manier te bereiken. Het Voedingscentrum zal gevraagd worden een strategie te ontwikkelen, die bevordert dat de informatievoorziening aan de consument in Nederland over voeding en voedingsmiddelen zo eenduidig en helder mogelijk is. De Gezondheidsraad is gevraagd de wetenschappelijke advisering zo te programmeren dat steeds over de meest actuele informatie beschikt kan worden.

Onderzoek

Er is een goed inzicht in de voedselconsumptie van de Nederlandse bevolking. Dit is vooral te danken aan de (in hoofdstuk 2 genoemde) twee voedselconsumptie peilingen uit 1987/88 en 1992. De gegevens van de

derde voedselconsumptiepeiling zullen aan het einde van 1998 bekend worden. Deze peilingen zullen ook duidelijkheid geven over de trends in de voedselconsumptie van de afgelopen 10 jaar. De resultaten van een trendanalyse zullen in de loop van 1999 beschikbaar komen.

Het is van belang dat deze kerngegevens ook in de toekomst beschikbaar komen. Momenteel wordt onderzocht of het gewenst is om in plaats van eens in de vijf jaar het voedselconsumptie-onderzoek een meer permanent karakter te geven door een continu-systeem op te zetten. Beoogd wordt door een continu-systeem een blijvend actueel inzicht te verkrijgen in de voedselconsumptie en in de trends in de voedselconsumptie. Hierdoor kan beleidsmatig snel op veranderingen worden ingespeeld. Van belang bij een uiteindelijke beslissing is of een dergelijke verandering min of meer kostenneutraal is, of bij een wijziging van de opzet de gegevens vergeleken kunnen worden met de gegevens van de eerdere peilingen en of de kwaliteit van de gegevens op een voldoende hoog niveau blijft.

3.4. Doelgroepen

Dit onderdeel schetst het noodzakelijke beleid voor het realiseren van specifieke beleidsdoelen bij doelgroepen, die extra aandacht van de overheid behoeven. Het gaat om groepen met een gezondheidsachterstand, zoals personen met een lage sociaal-economische status en allochtonen, om groepen in een kwetsbare positie, zoals hoogbejaarden of om jongeren, waarbij een ongunstige trend in voedingsgewoonten optreedt. Naast de hierboven genoemde algemene beleidsmaatregelen is het van groot belang dat het beleid voor deze specifieke doelgroepen geïntensiveerd wordt. De ervaring van de afgelopen jaren heeft geleerd dat interventies veel effectiever zijn als zij speciaal worden gericht op de leefstijl en de belevingswereld van de doelgroep. Wat nu aan de orde is, zijn op de doelgroep toegesneden interventie-strategieën (doelgroep-segmentatie). Hieronder wordt aangegeven welke beleidsinspanningen daarvoor nodig zijn.

3.4.1. Jongeren

Jongeren vormen een van de belangrijkste doelgroepen, waaraan vanuit het gezondheidsbeleid specifieke aandacht wordt gegeven. Jongeren stellen zich steeds meer bloot aan risico-factoren, zoals weinig beweging, roken, soft drugs, alcohol e.d.. Met het ouder worden van jongeren wijkt het voedingspatroon ook steeds meer af van de Richtlijnen goede voeding met het risico van ongunstige gevolgen voor hun gezondheidstoestand, schoolprestaties en voedingsgewoonten op oudere leeftijd. Meer aandacht moet ook gegeven worden aan een mogelijk sub-optimale voedingstoestand van kinderen uit achterstandwijken of van allochtone afkomst.

Doel van het beleid is om met name deze ongunstige trend af te remmen en zo mogelijk om te buigen, zodat het voedingspatroon van jongeren dichter bij de Richtlijnen goede voeding komt. Het lopende beleid voor jongeren moet dan ook aanzienlijk geïntensiveerd worden. In concreto gaat het om de wenselijkheid van vroegtijdige signalering van een onbevredigende voedingstoestand, een verbetering van de voorzieningen voor goede voeding op scholen, de aandacht op scholen voor het vak voeding, zowel in het basisals in het voortgezet onderwijs, om het in kaart brengen van ontbijtgewoonten en in het algemeen om interventies gericht op verbetering van het voedingspatroon van jongeren.

Bij jongeren zal prioriteit gegeven worden aan breed opgezette gedrag-beïnvloedende interventies, waarbij ook andere gezondheids-determinanten worden betrokken. Voeding en beweging of voeding en alcohol hebben een duidelijke interactie. Een brede implementatie van de interventie heeft dan ook de voorkeur boven naast elkaar geïnitieerde interventies gericht op een enkele determinant. Maatregelen, die voorwaardescheppend zijn voor deze gedragsbeïnvloedende interventies moeten geïntensiveerd worden. De uit recent onderzoek (Ref.36) voortgekomen resultaten voor b.v. het product- en kennisaanbod op scholen of in (sport)kantines kunnen als basis dienen voor de implementatie van interventies om deze voorzieningen te verbeteren.

Brede aanpak

Aansluiting van het beleid bij reeds bestaande initiatieven, zoals het meerjarenproject « Jeugd in beweging» heeft duidelijk de voorkeur boven het starten van nieuwe campagnes. Waar nodig zal echter ook nieuw beleid moeten worden ontwikkeld. Evaluatie van de achtergronden van de geconstateerde ongunstige ontwikkelingen bij de jeugd en evaluatie van gevoerde interventies zijn van groot belang om de meest effectieve strategie te kunnen ontwikkelen en te implementeren (Ref.37). Samenwerking tussen scholen, gemeenten, GGD'en en de departementen van OCW en VWS moet versterkt worden. De school als multifunctionele kern binnen een wijk (« de Brede school») biedt hiertoe goede aanknopingspunten.

Achterstandswijken

Het is van groot belang dat met name ook in achterstandswijken dergelijke initiatieven worden geïnitieerd. De experimenten en onderzoeken (zoals « Hongerig naar school»)(Ref.38) die in enkele grote steden hebben plaatsgevonden, kunnen hiervoor een goed uitgangspunt vormen. Scholen, ouders en de jeugdhulpverlening zullen nadrukkelijk bij deze activiteiten moeten worden betrokken.

Onderzoek

Om de beleidsmaatregelen te kunnen aanscherpen dienen meer gegevens beschikbaar te komen over de concrete samenhang tussen de verschillende gezondheidsdeterminanten, zoals de relatie tussen (onder)voeding (of ontbijtgewoonten) en leerprestaties. Over dergelijke relaties is nog onvoldoende bekend.

3.4.2. Ouderen

Ouderen verdienen ook speciale aandacht binnen het voedingsbeleid omdat zij zich vaak in een extra kwetsbare positie bevinden, waarbij de voedingsstatus gemakkelijk marginaal wordt (Ref.12). Het voedingsbeleid voor ouderen moet in samenhang gezien worden met het ouderenbeleid, dat met name gericht is op het verlengen van een gezonde levensverwachting, verhogen van de kwaliteit van leven van ouderen met een langdurige ziekte of handicap en een zo lang mogelijk behoud van maatschappelijke participatie en zelfstandigheid. Goede voeding sluit aan bij het beleid, zoals aangegeven in de Beleidsbrief Preventie en Ouderen (Ref.39). Het toenemende aantal ouderen vraagt om maatregelen, die speciaal op deze preventiestrategie inspelen.

Het gaat hierbij dan vooral om maatregelen, waarbij in een vroeg stadium een inadequate voedingsstatus wordt gesignaleerd en om interventies, waarbij de voedselinname kan worden verbeterd met name voor ouderen

die afhankelijk zijn van hulp van b.v. de thuiszorg of van instellingen. Het beleid op het terrein van de voeding voor de gezonde thuiswonende ouderen blijft vooral gericht op een zo lang mogelijk behoud van een goede gezondheid en is vooral onderdeel van programma's gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Voeding als gezondheidsdeterminant voor ouderen kan geïntegreerd worden in reeds ontwikkelde bredere interventies gericht op programma's voor de bevordering van gezond ouder worden. Veiligheid in de privé-sfeer, meer bewegen voor ouderen en goede voeding zijn daarbij belangrijke determinanten. Interventies zijn gericht op kennisvergroting en beïnvloeding van de leefstijl. Aangesloten kan worden bij reeds bestaande programma's, zoals die van gemeenten, «ouderen voor ouderen» of van ouderenbonden.

Thuiswonende ouderen

De thuiswonende oudere, die hulp nodig heeft zal in grote mate afhankelijk zijn van huisarts, thuiszorg en andere voorzieningen. Aangezien ouderen juist in deze situatie kwetsbaar zijn en vaak minder aandacht aan voeding kunnen besteden, terwijl dit juist in hun situatie van groot belang is, dienen ter ondersteuning van de activiteiten van de koepelorganisaties maatregelen genomen te worden om de hulpbiedenden optimaal uit te rusten voor deze taak. Onderzoek naar de voedingsstatus van zelfstandig wonende ouderen, die van hulp afhankelijk zijn en evaluatie van reeds geïmplementeerde interventie-programma's moeten met enige urgentie uitgevoerd worden als basis voor effectieve vervoloprogramma's. De aard van de interventies moeten toegesneden worden op de individuele wensen en mogelijkheden van de ouderen. Ook het hygiënisch bereiden en bewaren van voedsel moet hierbij betrokken worden.

Ouderen in instellingen

Voor ouderen die afhankelijk zijn van de zorg in instellingen is een goede voedingsstatus van groot belang voor het behouden van de nodige weerstand, het vermijden van complicaties in hun gezondheidssituatie en het behouden van een goede kwaliteit van leven. Speciale aandacht moet gegeven worden aan de geringe eetlust van veel ouderen door allerlei eetlustverstorende factoren in combinatie met geringe lichaamsbeweging. Onderzoek is nodig om meer duidelijkheid te krijgen in de relatie voedselinname en eetlustverstorende factoren en mogelijke interventies gericht op verbetering van deze inname. Maatregelen kunnen gedeeltelijk aansluiten bij reeds bestaand beleid op het gebied van bewegingsbevordering. Met het bedrijfsleven zullen de mogelijkheden voor de ontwikkeling van speciale producten met een hoge voedingsstoffendichtheid worden nagegaan.

3.4.3. Personen met een lage sociaal-economische status

Personen met een lage sociaal-economische status vormen een belangrijke doelgroep omdat zij gezondheidsachterstand vertonen in vergelijking met personen met een hogere sociaal-economische status. Deze gezondheidsproblemen worden o.a. veroorzaakt door het voedingspatroon. Het voedingspatroon wijkt sterker af van de «Richtlijnen goede voeding» dan bij personen met een hogere sociaal-economische status. Het betreft hier echter geen homogene, duidelijk omschreven groep. Ouderen en allochtonen komen relatief veel voor in deze groep. Voor hen wordt het specifiek te voeren beleid echter beschreven in 3.4.2, resp. 3.4.4.

Doel van het beleid is om verdere gezondheidsachterstand te voorkómen en zo mogelijk om te buigen naar een vermindering van deze achterstand. Intensivering van bestaand beleid en het ontwikkelen van nieuw beleid

voor deze doelgroep krijgt prioriteit. Interventies gericht op kennisvergroting en op gedragsbeïnvloeding staan hierbij centraal. Uit onderzoek (Ref.40, 41) blijkt dat personen met een lage sociaal-economische status over het algemeen in mindere mate een relatie leggen tussen voeding en gezondheid. Zij denken vaker dat hun eigen eetpatroon adequaat is en schatten de mogelijkheden om hun eigen situatie te verbeteren laag in. Ook het kennisniveau blijft achter in vergelijking met personen met een hogere sociaal-economische status. Interventieprogramma's moeten dan ook allereerst gericht worden op de bewustmaking van de essentiële rol van voeding bij het in stand houden van een goede gezondheid. In een volgende fase kunnen maatregelen gericht op kennisvergroting van voeding en voedselkeuze worden geïnitieerd.

Brede opzet

Waar mogelijk heeft ook voor deze doelgroep aansluiting bij reeds bestaande bredere interventies de voorkeur boven nieuwe programma's. De samenhang tussen voeding, bewegen, roken, alcoholgebruik e.d. biedt goede aanknopingspunten voor een dergelijke bredere aanpak. Aansluiting bij bredere, op gezondheidsbevordering gerichte, initiatieven in de wijk kan voor een verbreding van het draagvlak van de interventies zorgen en daarmee de effectiviteit vergroten. Het totaal van maatregelen kan zorgen voor nieuw élan, een gezondheids-«opzomerend»-effect in een wijk. De voorgestelde benadering sluit ook aan bij de aanbevelingen van de Commissie Alberda/Mackenbach voor verkleining van de sociaal-economische verschillen. Nieuw beleid is echter ook van groot belang. Een systematisch opgezette implementatiestrategie is essentieel voor het opzetten van effectieve interventies. Ook voor deze doelgroep moeten programma's, speciaal toegespitst op de doelgroep, ontworpen worden die passen bij de specifieke problematiek, de specifieke situatie waarin zij zich bevinden en aansluiten bij de belevingswereld. De ervaringen van het beleid, zoals dat is ingezet in sommige achterstandswijken (Ref.41) of door de Stuurgroep Goede Voeding kan hierbij de basis vormen voor verdere intensivering..

Zeer laag inkomen

Speciale aandacht is nodig voor personen en gezinnen, die zich in een slechte financiële situatie en onder de armoedegrens bevinden. Monitoring van de voedingsstatus van kinderen en volwassenen (door b.v. de GGDen) uit deze groep is nodig. In samenwerking met het NIBUD kan onderzocht worden welke implicaties de financiële situatie heeft voor de voedingstoestand. In het verlengde van de voorgestelde maatregelen onder 3.1.2. (jongeren) kunnen op daarin geïnteresseerde scholen maatregelen genomen worden gericht, op goede ontbijt- of lunchvoorziening voor kinderen in achterstandswijken. Het instellen van gehele of partiële lunchverstrekking behoort daarbij tot de mogelijkheden.

3.4.4. Allochtonen

Allochtonen verdienen extra aandacht omdat zij een gezondheidsachterstand hebben. Een aanzienlijk deel van de allochtonen behoort tot de groep met een lagere sociaal-economische status en zal weliswaar contact krijgen met de voor die groep ontwikkelde interventies, maar deze programma's zullen hen waarschijnlijk slechts in geringe mate bereiken door de taalbarrière en een gebruik van andere informatiekanalen. Bij personen met een lage sociaal-economische status weerspiegelt de gezondheidsachterstand zich ook in een relatief ongunstig voedingspatroon. Bij allochtonen lijkt dit anders te zijn en bevinden zij zich juist een

gunstige voedingstoestand. Het allochtone voedingspatroon is meer in lijn met de «Richtlijnen goede voeding», dan dat van de gemiddelde Nederlander. Extra aandacht is toch vereist vanwege een aantal specifieke problemen, zoals overgewicht, suikerziekte en tandcariës en omdat het allochtone voedingspatroon snel in ongunstige zin verandert richting het gemiddelde (minder gunstige) Nederlandse patroon.

Voor allochtonen is daarom een specifieke, op de doelgroep gerichte interventiestrategie nodig. Bij allochtonen ontbreekt vaak de kennis dat voeding van invloed is op de gezondheid en ontbreekt ook vaak een basiskennis over voeding. Het ligt dan ook voor de hand dat de beleidsinspanningen vooral gericht worden op bewustmaking van deze relaties. Pas in een volgende fase kunnen de beleidsinspanningen meer gericht worden op gedragsbeïnvloedende interventies. Het is belangrijk dat aansluiting gezocht wordt bij initiatieven van daartoe deskundige organisaties of instanties (b.v. het Nederlands Centrum Buitenlanders). Over het allochtone consumptiepatroon zijn onvoldoende gegevens beschikbaar. Momenteel is een voedselconsumptiepeiling gaande onder personen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Deze peiling is gericht op zowel de voedselconsumptie als op de voedingstoestand. De resultaten zullen daardoor meer inzicht geven in mogelijke voedingsgerelateerde gezondheidsproblemen bij deze groepen. Het is belangrijk dat deze peilingen voortgezet worden in een meerjarenprogramma, waarbij ook andere groepen van allochtone afkomst betrokken worden. In het onderzoek kan ook worden nagegaan of er vanwege een soms benarde financiële situatie, sprake is van sub-optimale voeding.

3.5. Specifieke onderwerpen op het gebied van voeding

3.5.1. Jodium

Zoals uiteengezet is in hoofdstuk 2 lijkt vanwege veranderde voedingsgewoonten en met name de lagere consumptie van brood de jodiumvoorziening voor sommige groepen niet meer optimaal te zijn. Daarom zullen de huidige wettelijke bepalingen ten aanzien van de toevoeging van jodium aan zout en broodzout worden herzien. Met de levensmiddelenindustrie en andere betrokkenen is de implementatie van dergelijke maatregelen besproken. Te verwachten valt dat binnenkort een ruimere groep van levensmiddelen met jodium mag worden verrijkt.

3.5.2. Foliumzuur

De foliumzuurvoorziening van vrouwen met een zwangerschapswens moet verbeterd worden. Afhankelijk van de resultaten van het advies van de Gezondheidsraad zal nagegaan worden welke maatregelen hiervoor in aanmerking komen. Hierover is eerder in deze nota reeds het een en ander gezegd. Het valt niet uit te sluiten dat op afzienbare termijn ook bepaalde levensmiddelen met foliumzuur mogen worden verrijkt indien uit de studie van de Gezondheidsraad blijkt dat veiligheidsrisico's goed beheerst kunnen worden.

3.5.3. Chronische ziekten

In het beleid gericht op preventie van chronische ziekten worden leefstijldeterminanten als invalshoek gebruikt. Het belang van deze determinanten, waaronder voeding wordt nog onderschat voor wat betreft de preventie van andere ziekten, complicaties of voor het verhogen van de kwaliteit van leven. Aangrijpingspunten voor de preventie-strategie zijn de primaire en tertiaire preventie (het tegengaan van verergering van de chronische ziekte, met name in de zorg). Ook hier geldt dat het gewenst is

zoveel mogelijk een geïntegreerde preventiestrategie van voeding en andere leefstijlfactoren te volgen. Zo kunnen goede voeding en bewegen hand in hand gaan als voorbeeldfuncties van een gezonde leefstijl. Het lopende beleid om de preventietaken van de eerstelijns gezondheidszorg te versterken en de samenwerking tussen de GGD'en en de huisartsenpraktijk te bevorderen moet worden geïntensiveerd. Ook het belang van leefstijlfactoren voor de tertiaire preventie in relatie met de verleende zorg moet worden verduidelijkt en de tertiaire preventie moet meer in de zorg worden ingebed.

3.5.4. Voedselovergevoeligheid

In Nederland zorgt het Voedingscentrum voor objectieve informatie over voedselovergevoeligheid en productsamenstellingen. Het Landelijk Informatiecentrum Voedsel Overgevoeligheid (LIVO) geeft lijsten uit waarin consumenten een opsomming vinden van producten, die mogelijk de component bevatten waarvoor zij overgevoelig kunnen zijn. Het LIVO is onderdeel van het Voedingscentrum. Deze lijsten zijn gebaseerd op de gegevens van de Allergenen Databank (ALBA). In deze databank worden in nauwe, vrijwillige samenwerking met de industrie alle gegevens over mogelijke allergenen in voedingsmiddelen opgeslagen. De databank wordt beheerd door TNO-Voeding.

Binnen de Europese Unie worden de mogelijkheden besproken om de etikettering over allergenen uit te breiden. Dit is van belang om allergiepatiënten van meer betrouwbare, relevante, productinformatie te voorzien. Nederland ondersteunt deze uitbreiding.

3.6. Productaanbod/levensmiddelenbeleid

Een belangrijke factor in de voedselkeuze van de consument is het aanbod van voedingsmiddelen. Daarbij gaat het niet alleen om aspecten als samenstelling en karakter van de afzonderlijke producten, maar ook om de aard en de omvang van het assortiment, de informatie die bij de producten wordt verstrekt, de reclame die wordt gemaakt e.d. Het is aannemelijk dat voorlichtingsactiviteiten meer succes zullen hebben als deze plaatsvinden in samenhang met bepaalde maatregelen en activiteiten in het aanbod. Het voedingsmiddelenbedrijfsleven speelt daarin een centrale rol. De overheid zoekt naar mogelijkheden om het aanbod beter af te stemmen op de doelgroepen waarvoor de gezondheidswinst het meest noodzakelijk is. Uitgangspunt daarbij is dat zo'n benadering zowel voordelen voor de producent (nieuwe markten, meer toegevoegde waarde) als voor de consument (gezondheidswinst) biedt. De overheid heeft ook hier alleen een stimulerende rol. Vernieuwingen kunnen uitsluitend in de markt zelf ontstaan. Daarom is het voor de overheid gewenst ruimte te laten voor trends en bewegingen die aanzetten tot een gezondere voeding en die trends en bewegingen te ondersteunen.

Hieronder worden enkele onderwerpen op het gebied van productaanbod en levensmiddelenbeleid nader uitgewerkt.

Ontwikkelingen in het aanbod van voedingsmiddelen

In het beleid zal een extra stimulans worden gegeven aan ontwikkelingen die inspelen op de in deze nota gesignaleerde wensen en -problemen van specifieke doelgroepen en die tegelijkertijd resulteren in nieuwe marktkansen voor het bedrijfsleven. Daarbij zal worden uitgegaan van een ketengerichte benadering, toegespitst op deelmarkten en inspeland op duidelijk waarneembare consumententrends.

Bestaande of in ontwikkeling zijnde onderzoeksprogramma's van de overheid zullen mede worden toegespitst op de stimulering van voor de gezondheid gunstige ontwikkelingen in het aanbod van voedingsmiddelen voor genoemde doelgroepen. In dit onderzoek zal naast de samenstelling van producten ook aandacht worden besteed aan andere aspecten dan de presentatievorm. Ook is het van belang een verbeterd inzicht te realiseren in de determinanten die bepalend zijn voor het aankoopgedrag. Voorts zal een verkenning worden uitgevoerd naar de impact van informatie die producenten bij producten verstrekken en naar de wenselijkheid om de consument meer nadrukkelijk te informeren over negatieve aspecten van voedingsmiddelen.

Bij de opzet en coördinatie van deze activiteiten zal de medewerking van het Voedingencentrum en betrokken (onderzoeks)instituten worden gevraagd.

Etikettering, productinformatie en reclame

Etikettering, kwalitatieve en kwantitatieve productinformatie en reclame bieden in samenhang mogelijkheden om de inzichten over gezonde voeding in het levensmiddelenbeleid te integreren. Daarom zijn zij belangrijke elementen van het gezondheidsbeleid. Ze kunnen immers dienstbaar zijn aan het bevorderen van de volksgezondheid, omdat ze kunnen bijdragen aan een goede voedselkeuze.

Bij de consument blijkt er vaak onvoldoende kennis over de samenstelling en voedingswaarde van levensmiddelen. Er komen veel nieuwe, onbekende (import)producten op de markt, en ook de benamingen zijn in een vrijere markt veel minder dan vroeger gereserveerd voor een product met een bepaalde samenstelling. Om hieraan tegemoet te komen is in de Europese Unie in het afgelopen jaar een richtlijn van kracht geworden die binnen enkele jaren de kwantitatieve ingrediëntendeclaratie (QUID) verplicht stelt (Ref.42). In de komende tijd zal de effectiviteit en informatiewaarde van het etiket nauwgezet worden gevolgd. Van belang is om op te merken dat de eisen aan etikettering nog vrijwel uitsluitend in het kader van de EU worden bepaald.

Voedingswaarde-etikettering

Voedingswaarde-etikettering is het vermelden van de aanwezige hoeveelheid van een aantal voedingsstoffen, zoals, vet, suiker en eiwit op het etiket van het levensmiddel. Het verschaft de consument de mogelijkheid om op basis van voedingswaarde producten te vergelijken en een keuze te maken. In de Europese Unie bestaat een systeem van vrijwillige voedingswaardedeclaratie (Ref.43). Dit systeem wordt door veel maar niet door alle producenten toegepast. Nederland pleit binnen de Europese Unie ervoor voedingswaarde-etikettering voor alle levensmiddelen verplicht te stellen. De redenen voor dit pleidooi zijn het toenemende belang van dit systeem, de toegenomen aandacht van de consument voor de voedingswaarde van levensmiddelen en de signaalfunctie die van een dergelijk systeem uitgaat; het appelleert bij de consument aan het belang van voeding en stimuleert het bedrijfsleven bij de ontwikkeling van producten rekening te houden met de voedingswaarde.

Gezondheidsclaims

De laatste jaren wordt door fabrikanten een toenemend aantal producten op de markt gebracht dat voorzien is van een zgn. gezondheidsclaim. Een gezondheidsclaim is een bewering op het etiket dat het betreffende

product een positieve uitwerking zou hebben op bepaalde fysiologische lichaamsfuncties. Voorbeelden zijn producten met specifieke bacteriepreparaten, specifieke vezels of koolhydraatachtige stoffen, waarvan een gunstige werking verondersteld wordt op de darmflora of op de algehele weerstand e.d.. Op zich is er geen bezwaar tegen dergelijke producten. Het kan zijn dat zij voor bepaalde personen, of groepen van personen, een gunstige werking hebben. Zij kunnen dan een nuttige functie vervullen. Voorwaarde is echter wel dat de producten geen schadelijke neveneffecten hebben en dat geen oneigenlijke claims worden gebruikt. Door het Voedingscentrum is kortgeleden een Code voor de onderbouwing van gezondheidsclaims ontwikkeld in overleg met bedrijfsleven en andere belanghebbenden. Claims mogen niet misleidend zijn voor de consument. Een belangrijk onderdeel van deze code is dan ook de onafhankelijke toetsing of de door de fabrikant gebezigde claim op het levensmiddel voldoende kan worden onderbouwd. De fabrikant wordt door de Code aangespoord gezondheidsbeweringen van tevoren op juistheid te laten beoordelen door een panel van deskundigen. Gezondheidsclaims moeten worden onderscheiden van medische claims. Deze laatste leggen een direct verband met een bepaalde ziekte of aandoening (voorkómen, genezen of behandelen) en blijven onverminderd verboden.

Toevoeging micro-voedingsstoffen (vitamines en mineralen)

Vanaf 1996 is in Nederland het Warenwetbesluit toevoeging micro-voedingsstoffen van kracht, waarbij het beleid voor vitamines en mineralen verregaand is geliberaliseerd (Ref.44). Hierin wordt geregeld onder welke voorwaarden voedingsmiddelen mogen worden verrijkt. Toevoeging van de meeste micro-voedingsstoffen is algemeen toegestaan. Voor vitamine A en D, foliumzuur, jodium, fluor, zink, koper en selenium gelden specifieke regels omdat hiervoor of een doelgericht verrijkingbeleid gevoerd wordt of omdat vrije toevoeging veiligheidsrisico's met zich mee brengt. Willekeurige toevoeging is dan ook niet gewenst. De Nederlandse wetgeving behoort hiermee binnen de Europese Unie tot een wetgeving die relatief veel mogelijkheden biedt voor deze toevoegingen. Nederland pleit in haar commentaar op het Groenboek levensmiddelen van de Commissie van de Europese Gemeenschap voor harmonisatie van dit terrein aangezien de lidstaten van de Europese Unie het terrein van de verrijking van levensmiddelen met b.v. vitamines zeer uiteenlopend hebben geregeld.

4. ACTIEPROGRAMMA VOEDINGSBELEID

Het vorige hoofdstuk gaf een overzicht van de beleidsdoelen en beleidstrategieën. In dit hoofdstuk worden deze samengevat in concrete beleidsinspanningen, uitmondend in een actieprogramma voor de komende jaren.

Tabel 6: overzicht van de actieprogramma's voor de algemene Nederlandse bevolking en voor de geselecteerde specifieke doelgroepen.

<p><i>Nederlandse bevolking – Algemeen:</i></p> <p>Implementatie interventies gericht op geformuleerde voedingsdoelstelling:</p> <ul style="list-style-type: none">– uitvoering Masterplan Stuurgroep Goede Voeding; ondersteuning door publiekscampagne <p>Organisatorische maatregelen:</p> <ul style="list-style-type: none">– integreren van voeding als determinant in de uitvoering van op preventie gerichte instellingen en instanties– ontwikkeling strategie gericht op eenduidigheid voedingsinformatie; wegnemen misvattingen over voeding <p>Onderzoek:</p> <ul style="list-style-type: none">– afstemming (6-jarig) stimuleringsprogramma voedingsonderzoek NWO met de in deze nota geformuleerde beleidsdoelen <p>Onderbouwing door verzamelen basisgegevens:</p> <ul style="list-style-type: none">– voortzetting voedselconsumptiepeiling
<p><i>Jongeren:</i></p> <p>Organisatorische maatregelen:</p> <ul style="list-style-type: none">– opnemen voeding in basispakket Jeugdgezondheidszorg– aansluiting voeding bij campagne «Jeugd in Beweging»– voedings- resp gezondheidsbevordering in lesprogramma's basisen voortgezet onderwijs <p>Implementatie interventies op scholen:</p> <ul style="list-style-type: none">– verbetering aanbod van voedingsmiddelen in schoolbedrijfskantine– ontbijtgewoonten kinderen– pilot voeding/gezondheidsbevordering in het kader van de brede school <p>Signalering:</p> <ul style="list-style-type: none">– onderzoek noodzaak ontbijt, resp. lunchvoorzieningen voor scholen in achterstandswijken– signalering sub-optimale voedingsstatus bij kinderen in achterstandswijken
<p><i>Ouderen:</i></p> <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none">– opzetten netwerk ondersteuning voedingsmaatregelen in de thuiszorg– onderzoek nut inzet voedingsmiddelen met hoge voedingswaarde

<p>Implementatie interventies bij ouderen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbreding van pilots voor verbetering voedselinname in instellingen <p>Signalering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stimulering signalering sub-optimale voedingstoestand ouderen door zorgverleners
<p><i>Personen met een lage sociaal-economische status:</i></p> <p>Implementatie van interventies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pilot voedingsgewoonten op de werkplek - nieuwe pilots voor interventies voedingsgewoonte lage SES - verbreding implementatie interventie voeding lage SES (gezondheids-«opzomer»-acties) <p>Signalering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voedingsstatus van personen onder de armoedegrens - voedingsstatus kinderen uit achterstandswijken (zie onder jongeren)
<p><i>Allochtonen:</i></p> <p>Implementatie kennisvergroting gezondheidsdeterminanten en voeding</p> <p>Onderzoek voedselconsumptie en voedingsstatus</p>

Tabel 7: overzicht van activiteitenprogramma op andere terreinen: wetgeving, chronisch zieken en productaanbod.

<p><i>Wetgeving:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Herziening wetgeving voor de jodiumvoorziening - Adviesaanvraag bij Gezondheidsraad over foliumzuurprofylaxe - Harmonisatie in de EU van wetgeving toevoeging microvoedingsstoffen - Verplichte voedingswaarde-etikettering (EU) - Verdergaande etikettering van allergene stoffen (EU)
<p><i>Chronisch zieken:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimulering opname leefstijlfactoren in de tertiaire preventie - Adviesaanvraag osteoporose en hypertensie bij Gezondheidsraad
<p><i>Productaanbod:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimulering voedingsinformatie op etiket van basislevensmiddelen - Stimulering bedrijfsleven van ontwikkeling «gezonde» voedingsmiddelen - tussendoortjes met hoge voedingswaarde voor jongeren - voedingsmiddelen met een hoge nutriëntendichtheid voor ouderen

Het actieprogramma zal gefaseerd worden uitgevoerd. De uitvoering zal voor een deel gaan verlopen via de programma's van ZorgOnderzoek Nederland en het VoedingsCentrum. Een aantal activiteiten in het actieprogramma betreft voortzetting van het lopend beleid, zoals het Masterplan van de Stuurgroep Goede Voeding en de voedselconsumptiepeilingen (zowel de algemene voedselconsumptiepeiling als de aanvullende peiling onder allochtone bevolkingsgroepen). De financiering van deze projecten vindt plaats in het kader van de ZON (Stuurgroep) en door de aanwijzingen van de Ziekenfondsraadgelden (voedselconsumptiepeilingen). De voorstellen voor nieuw beleid passen voor een deel in het kader van het Programma Preventie 1998–2002 van de ZON. Deze heeft tot taak om b.v. innovatief preventieonderzoek te ontwikkelen en ook effectiviteit en doelmatigheid van gedrags- en communicatiebeïnvloeding in relatie tot gezondheid te evalueren. Uitvoering zal voor een deel ook verlopen in samenwerking, ook in financiële zin, met maatschappelijke participanten.

Het Voedingscentrum is een belangrijke organisatie op het vlak van de verstrekking van voorlichting en informatie over voeding aan de consument en intermediairen en wordt gefinancierd door de ministeries van LNV (f 3,2 milj.) en VWS (f 1,8 milj.). Het activiteitenprogramma wordt jaarlijks met deze ministeries afgestemd. Binnen deze activiteiten vallen ook het Landelijk Informatiecentrum Voedselovergevoeligheid en de Allergenen Databank.

Tenslotte zal een aantal activiteiten uit het actieprogramma gerealiseerd worden door integratie in reeds lopende actieprogramma's.

5. LITERATUUROVERZICHT/REFERENTIES

1. RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 De som der delen, Elsevier/De Tijdstroom Utrecht 1997;
2. Ministerie van WVC, Nota Voedingsbeleid (Tweede Kamer, vergaderjaar 1983–1984, 18 156, nrs. 1–2);
3. Ministerie van WVC, Voortgangsrapportage Voedingsbeleid (Tweede Kamer, vergaderjaar 1986–1987, 18 156, nr. 12);
4. Ministerie van WVC, Tweede voortgangsrapportage Voedingsbeleid (Tweede Kamer, vergaderjaar 1992–1993, 18 156, nr. 15);
5. Voedingsraad, Advies inzake Richtlijnen Goede Voeding, april 1986;
6. Voedingsraad, Nader advies inzake Richtlijnen met betrekking tot de vetconsumptie uit het advies Richtlijnen Goede Voeding 1986, 1991;
7. Voedingsraad, Advies inzake leeftijdsgrenzen in relatie tot de Richtlijnen Goede Voeding, augustus 1992;
8. Voedingsraad, Nederlandse voedingsnormen 1989, juli 1989;
9. Ministerie van WVC, Wat eet Nederland: Resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1987–1988, oktober 1988;
10. Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1992, 1992.
11. TNO-Preventie en Gezondheid, Peilingen in de jeugdgezondheidszorg, PGO-Peiling 1993/1994 (TNO-PG-publikatienummer 95 061) oktober 1995;
12. Voedingsraad, Advies inzake Voeding van de Oudere Mens, januari 1995;
13. TNO-Voeding, Onderzoek naar de voeding en de voedingstoestand van oudere vrouwen in een verpleeghuis, rapport V 91 427, september 1991;
14. Stichting Zorginstellingen Rijswijk, Voeding & Voorlichting, maart 1997;
15. Hulshof, K.F.A.M., Löwik, M.R.H., Kok, F.J., Wedel, M., Brants, H.A.M., Hermus, R.J.J., Hoor, F. ten. Diet and other life-style factors in high and low socio-economic groups.
16. Hospers, J.J., Katan, K.B., Oosten-van Goes, G.J.C. van, Staveren, W.A. van (1992). Consumptie van vet, vetzuren en cholesterol naar voedingsmiddelengroep en naar sociale klasse in de voedselconsumptiepeiling 1987–1988. Artikel in Voeding. Landbouwuniversiteit Wageningen;
17. Voedingsbericht 1990, F. ten Hoor e.a., 's-Gravenhage 1990;
18. Voedingsraad, Advies inzake alternatieve voeding, december 1988;
19. Voedingsraad, Advies beoordeling effectiviteit van de strumaprofylaxe in Nederland, april 1993;
20. a. TNO-rapport VV 93 442: Iodine intake among population groups. Simulation studies based on the first Dutch National Food Consumption Survey
20. b. TNO-rapport: V94 720: De inneming van jodium door verschillende bevolkingsgroepen in Nederland. Voedselconsumptiepeiling.
20. c. TNO-rapport: V95 769: De inneming van jodium door verschillende bevolkingsgroepen in Nederland, vervolg. Inneming na gesimuleerde jodering van vleeswaren. Voedselconsumptiepeiling 1992
21. Voedingsraad, Advies inzake de foliumzuurvoorziening in relatie tot neuraalbuiseffecten, augustus 1992;
22. Verslag van de eerste resultaten van het evaluatieonderzoek van de voorlichtingscampagne over het gebruik van foliumzuur, TNO-PG Leiden, in druk
23. Bogaard, 1990; Howie e.a., 1990« Saarinen en Kajosaari, 1995
24. WHO-code ten aanzien van het op de markt brengen van moedermelkvervangende producten (WHO, 1981);
25. Warenwetregeling Zuigelingenvoeding (Stcrt. 183 van 30 augustus 1993);

26. Gezondheidsraad, Preventie van aan osteoporose gerelateerde fracturen, februari 1998;
27. RIVM, Leefstijlfactoren en chronische ziekten, rapportnr. 442003010, februari 1995;
28. Ministerie van WVC, Voedselovergevoeligheid: Een inventariserend en beleidsonderbouwend literatuuronderzoek, 1991;
29. TNO-Voeding, De prevalentie van voedselallergie en -intolerantie bij volwassenen, september 1992;
30. CIVO-TNO, De prevalentie van zelfgerapporteerde voedselovergevoeligheid in de volwassen Nederlandse bevolking, rapport V 90 075, maart 1990;
31. Persoonlijke informatie LIVO;
32. Ministerie van WVC, Preventiebeleid voor de Volksgezondheid, (Tweede Kamer, vergaderjaar 1992–1993, 22 894, nr. 1);
33. Winkelman & van Hessen, Masterplan Stuurgroep Goede Voeding, 15.11.1995;
34. TNO-Voeding, Interimrapportage evaluatie onderzoek landelijke Let op Vet Campagne, rapport V 91 272, 1991
35. TNO-Voeding, De effecten van de Let op Vet Campagne een half jaar later, rapport V 92 289, juni 1992;
36. De Kooter, S.A.M.P., Schoolkantineproject voortgezet onderwijs, november 1997;
37. De Nederlandse Hartstichting, Jongeren en de preventie van hart- en vaatziekten, een onderzoek naar leefstijlfactoren en een overzicht van resultaten van internationaal effectenonderzoek, 1997;
38. Hongerig naar school. GGD-Utrecht, 1997;
39. Beleidsbrief VWS aan de Tweede Kamer, Preventie en Ouderen d.d. 18 maart 1997;
40. SWOKA, Voorlichting aan achterstandsgroepen via de sociale netwerkbenadering, 1989, nr. 70;
41. GGD-Zuidelijk Zuid Limburg, 5 jaar Gezondheidsvoorlichting in de praktijk, 1996.
42. Richtlijn 97/4 van het Europees Parlement en de Raad van 27 januari 1997 houdende wijziging van Richtlijn 79/112/EEG betreffende de onderlinge aanpassing van de wetgevingen der Lidstaten inzake etikettering en presentatie van levensmiddelen alsmede inzake de daarvoor gemaakte reclame;
43. Richtlijn van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 24 september 1990 inzake de voedingswaarde-etikettering van levensmiddelen (90/496/EEG)(PbEG L 276);
44. Warenwetbesluit Toevoeging micro-voedingsstoffen aan levensmiddelen (Stb. 311 van 24 juni 1996);

Bijlage I geeft een overzicht van de stand van zaken en ontwikkelingen bij enkele beleidsinstrumenten.

Voorlichtingsinstanties/Voedingscentrum

Voor effectieve voorlichting is een goede infrastructuur nodig. In het afgelopen jaar heeft een bundeling van diverse instanties plaatsgevonden, die in principe op 1 januari 1998 geëffectueerd is door de vorming van het Voedingscentrum. Participanten zijn het voormalige Voorlichtingsbureau voor de Voeding, het Landelijk Informatiecentrum Voedsel-overgevoeligheid, de Stichting Voeding Nederland en de Stuurgroep Goede Voeding. De verzelfstandiging volgt medio 1998. Het Voedingscentrum heeft een spilfunctie in Nederland op het gebied van de voedingsvoorlichting. Het treedt op als intermediair tussen de eigenlijke uitvoerders van projecten en de voedingswereld en levert, door het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal en hulpmiddelen, een belangrijke bijdrage aan eenduidigheid en efficiency in de voorlichting. Zij is daarmee in Nederland de instantie voor objectieve en onafhankelijke informatie over voeding en voedingsmiddelen.

De Stuurgroep Goede Voeding is een samenwerkingsverband van de rijksoverheid (ministeries van LNV en VWS), de Nederlandse Hartstichting, de Consumentenbond, het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, de Landelijke Vereniging van GGD'en, het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel, de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF, de Stichting het Merkartikel, de Nederlandse Voedingsmiddelenindustrie (de VAI), het Voedingscentrum en de Produktschappen.

Naast het Voedingscentrum zijn er nog vele particuliere instanties (profit en non-profit) die naast andere activiteiten ook voedingsvoorlichting geven. Dit zijn met name al eerder genoemde instanties, zoals de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Kankerbestrijding of instanties van het bedrijfsleven, zoals de (voedings)voorlichtingsbureau's voor zuivel en voor vlees maar ook instanties als de Consumenten Bond en de Kleine Aarde. De inspanningen van deze actoren op het gebied van de voedingsvoorlichting zijn van groot belang. Cruciaal is echter wel dat de informatie aan de consument zo eenduidig mogelijk is en de consument niet wordt bestookt met verwarrende en elkaar tegensprekende boodschappen. Het Voedingscentrum vervult hierin een leidende rol.

Onderzoek

Het voedingsonderzoek in Nederland is in internationaal perspectief op een goed niveau.

Er is de afgelopen decennia een goede infrastructuur voor onderzoek op het terrein van de voeding opgebouwd. De belangrijkste universitaire onderzoekscentra in Nederland op het gebied van de voeding zijn Wageningen en Maastricht. Voeding wordt gedoceerd op de meeste medische faculteiten via bijzondere leerstoelen van de Stichting Voeding Nederland. Binnen VWS wordt onderzoekscapaciteit ter beschikking gesteld bij het RIVM. Ook via TNO en NWO wordt onderzoekscapaciteit ingezet. Daarnaast wordt in Nederland veel onderzoek uitgevoerd door het bedrijfsleven. Het bovengenoemde onderzoek is deels epidemiologisch van aard en deels wordt meer fundamenteel onderzoek uitgevoerd naar de relatie voeding en ziekte. Het afgelopen jaar is een besluit genomen dat ten behoeve van onderzoek op het gebied van voeding en

voedingsmiddelen een «Technologisch Topinstituut voor Voedingswetenschappen» zal worden opgericht. Dit Topinstituut is inmiddels van start gegaan als Wageningen Centre for Food Sciences. Dit wordt gedaan in nauwe samenwerking met het bedrijfsleven. Verwacht wordt dat hiervan een grote stimulans uit zal gaan op het voedingsonderzoek.

Om gericht voedingsbeleid te kunnen voeren is informatie nodig over de voedingsgewoonten van de Nederlandse bevolking en de recente ontwikkelingen daarin.

Hiertoe worden de voedselconsumptiepeilingen uitgevoerd. Aan deze onderzoeken wordt door ca. 2000 huishoudens (ongeveer 6000 personen) medewerking verleend. Zij houden gedurende 2 dagen bij wat zij geconsumeerd hebben. De voorziening aan voedingsstoffen kan dan berekend worden met behulp van de gegevens van de NEVO, het Nederlandse voedingsstoffenbestand. Hierin zijn opgenomen de hoeveelheden voedingsstoffen die alle relevante voedingsmiddelen bevatten.

In het kader van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek start eind 1998 een zesjarig stimuleringsprogramma voor voedingsonderzoek. Een van de drie hoofdonderwerpen van dit programma richt zich op het gedrag van de consument ten aanzien van voeding. Dit onderdeel zal worden afgestemd op de beleidsdoelen zoals geformuleerd in deze nota. Het programma wordt gefinancierd door de ministeries van OC enW, LNV en VWS.

Wetenschappelijke basis

De wetenschappelijke advisering met betrekking tot voeding en voedsel wordt na de opheffing van de Voedingsraad in 1996 thans uitgevoerd door de Gezondheidsraad. Belangrijke adviezen van de afgelopen jaren zijn de Richtlijnen Goede Voeding, voedingsnormen, de jodiumvoorziening, vitaminering van levensmiddelen, foliumzuur e.d.. Deze adviezen vormen al jaren de basis voor het voedingsbeleid en de -voorlichting in Nederland. De adviezen zijn van een hoog niveau. Op dit moment worden door de Gezondheidsraad adviezen voorbereid over de aanbevolen hoeveelheden energie en essentiële voedingsstoffen in de voeding, de microbiologische kwaliteit van voedingsmiddelen, de betekenis van keukenzoutbeperking voor de preventie van hypertensie, de veiligheid van aminozuren, het gebruik van antibiotica als groeibevorderaars en cholesterol.

Gezien de dynamiek in de voedingswetenschappen, en de perceptie van media en publiek is het nodig om steeds « up to date» te zijn voor wat betreft de stand van zaken in de wetenschap ten aanzien van de gewenste voeding. De Gezondheidsraad is daarom onlangs verzocht met ingang van het werkprogramma 1999 de Richtlijnen Goede Voeding periodiek (b.v. eens in de vijf jaar) te toetsen aan de stand van de wetenschap en aanbevelingen te doen ten aanzien van gewenste wijzigingen in de voeding, die tot gezondheidswinst kunnen leiden.

BIJLAGE II

RICHTLIJNEN VOOR EEN GOEDE VOEDING

1. Zorg voor een gevarieerde voeding.
2. Wees matig met vet, met name met verzadigd vet en zorg voor een voldoende voorziening met meervoudig onverzadigd vet.
3. Wees matig met cholesterol.
4. Zorg voor een ruime consumptie van complexe koolhydraten (zetmeel) en voedingsvezel, en voorkom een te frequent en te hoog gebruik van suikers (mono- en disacchariden).
5. Wees matig met alcohol.
6. Wees matig met keukenzout.