

Consensus BASO 2020

**Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling
van overgewicht en obesitas**

-Bijlagen-

Belgian Association for the Study of Obesity

LIJST VAN BIJLAGEN

Bijlage: Bijkomende relevante informatie en organisaties	3
Bijlage: Aan obesitas gerelateerde comorbiditeiten en gevolgen	10
Bijlage: Bepaling van energiebehoeften	11
Bijlage: Voedingsdriehoek (Gezond Leven)	14
Bijlage: Pyramide alimentaire (Food in Action)	20
Bijlage: Praktische voedingsaanbevelingen voor gezonde volwassenen – de voedingstak	24
Bijlage: NUBEL, beheerder en verdeler van de Belgische Voedingsmiddelentabel, de Merknamedatabank en de Voedingsplanner	30
Bijlage: Voedingsinformatie op voedingsetiketten.....	33
Bijlage: Bewegen en stilzitten bij volwassenen	38
Bijlage: Bewegen en stilzitten bij jeugd	43
Bijlage: Activité physique et sédentarité des Belges	44
Bijlage: Vaakst voorkomende tekorten aan micronutriënten na bariatrische chirurgie	45
Bijlage: Aanbevelingen voor zwangerschap na bariatrische chirurgie	46
Bijlage: BMI-groecurven van de Wereldgezondheidsorganisatie	47
Bijlage: Screening voor comorbiditeiten bij kinderen met overgewicht of diabetes	51
Bijlage: Edmonton Obesity Score Staging System – pediatriesch classificatiehulpmiddel (EOSS-P)	55
Bijlage: Communicatie over eetgedrag en gewicht	56

Bijlage: Bijkomende relevante informatie en organisaties

AXXON

Belgian Physiotherapy Professional Association

Imperiastraat, 16

1930 Zaventem

Tel: +32 (0) 2/709.70.80

Fax: +32 (0) 3/568.16.36

<https://www.axxon.be/>

info.nl@axxon.be; info.fr@axxon.be; axxon@axxon.be

BAS/BLC

Belgian Atherosclerosis Society/Belgian Lipid Club

<http://www.fondationuniversitaire.be/nl/content/belgian-lipid-club>

BBAHS

Belgian Bariatric Allied Health Society

<https://bbahs.net/>

Belgian Nutrition Society

<https://www.belgiannutritionssociety.be/>

info@belgiannutritionssociety.be

Belgisch Hypertensie Comité/Comité Belge de Lutte contre l'Hypertension

<https://belhyp.be/>

CEBAM

Belgian Centre for Evidence-Based Medicine – Cochrane Belgium

Kapucijnenvoer 33, blok J

3000 Leuven

Tel: +32 (0) 16 37 72 73

Fax: +32 (0) 16 33 74 80

katrien.willemsens@cebam.be

<https://www.cebam.be/nl>

Conseil Supérieur de la Santé

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

Eurostation II

Place Victor Horta, 40 bte 10

1060 Bruxelles

Tel: +32 (0) 2 524.97.97

<https://www.health.belgium.be/fr>

Eetexpert

Kenniscentrum voor Eet- en Gewichtsproblemen

Bergstraat 60

3220 Holsbeek

Tel: +32 (0) 16 84 56 99

<https://eetexpert.be/>

secretariaat@eetexpert.be

FEVIA

Federatie van de Belgische Voedingsindustrie/Fédération de l'industrie Alimentaire Belge

Wetenschapsstraat 14

1040 Brussel

Tel: +32 (0) 2 550 17 40

Fax: +32 (0) 2 550 17 54

<https://www.fevia.be>

Info@fevia.be

GGOLFB

Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique

<https://www.ggolfb.be/fr>

KCE

Belgian Health Care Knowledge Centre

Boulevard du Jardin Botanique 55

1000 Brussels

Tel: +32 (0) 2 287 33 88

<https://kce.fgov.be/>

info@kce.fgov.be

Ligue Cardiologique Belge / Belgisch Cardiologische Liga

Rue des Champs Elysees 43

1050 Bruxelles.

Tel: +32 (0) 2 649 85 37

Fax: +32 (0) 2 649 28 28

liguecardioliga.be

info@liguecardioliga.be

NICE

Nutrition Information Center

<https://www.nice-info.be/>

SBMN

Société Belge des Medecins Nutritionnistes

www.sbmnl.org

info@sbmnl.org

SBNC

Société Belge de Nutrition Clinique

<https://sites.google.com/site/sbdenutritionclinique/>

sbncsec@gmail.com

UPDLF

Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française

Rue des frères Poels, 46

1325 Dion-le-Val

Tel: +32 (0) 478/720.250

<https://updlf-asbl.be/>

secretariat.updlf@gmail.com

VBVD

Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten

Leuvensesteenweg 643/6

1930 Nossegem

Tel: +32 (0) 2 380 80 98

<https://vbvd.be/>

info@vbvd.be

VVGT

Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie

Festraetsstraat 48

3800 Sint-Truiden

Tel: +32 (0) 468 32 62 17

<https://vvgt.be/>

secretariaatvvgt@gmail.com

VVKVM

Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme

<https://vkvvmvzw.be>

info@vkvvm.be

VVOG

Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Azalealaan 10, bus 3

9100 Sint-Niklaas

Tel: +32 3 776 03 64

<https://www.vvog.be/>

info@vvog.be

AAP / HealthyChildren

American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org

345 Park Boulevard

Itasca, IL 60143 (USA)

Tel: +1 630/626-6000

Fax: +1 847/434-8000

www.aap.org/obesity

ASMBS

American Society for Metabolic and Bariatric Surgery

14407 SW 2nd Place, Suite F-3

Newberry, FL, 32669 (USA)

Tel: +1 352-331-4900

Fax: +1 352-331-4975

www.asmb.org

info@asmbs.org

EASO

European Association for the Study of Obesity

Level 2, 8 Waldegrave Road

Teddington, Middlesex TW11 8GT, UK

Tel: +44 (0) 20 3751 7967

www.easo.org

enquiries@easo.org

ECOG

European Childhood Obesity Group

Rue Philippe le Bon, 15

1000 Bruxelles

<https://www.ecog-obesity.eu/>

info@ecog-obesity.eu

EUFIC

European Food Information Council

Rue des Deux Eglises 14 (3rd floor)

1000 Brussels

Tel: +32 (0) 2 506 89 89

<https://www.eufic.org/>

eufic@eufic.org

ILSI Europe

International Life Sciences Institute Europe

Avenue E. Mounier 83, Box 6

B-1200 Brussels

Tel: +32 (0) 2 771 00 14

Fax: +32(0) 2 762 00 44

<https://ils.eu/>

info@ilsieurope.be

IASO

International Association for the Study of Obesity

IOTF

International Obesity Task Force

28 Portland Place, London - W1B 1LY (UK)

Tel: +44 (0) 207 467 9610

Fax: +44 (0) 207 636 9258

www.iaso.org; www.iotf.org

obesity@iotf.org

The Obesity Society

1110 Bonifant Street, Suite 500

Silver Spring, MD 20910 (USA)

Tel: +1 (301) 563-6526

www.obesity.org

WHO

World Health Organization

Avenue Appia 20

1211 Geneva (Switzerland)

Tel: +41-22-7912111

www.who.int; <http://www.who.int/topics/obesity/en>

info@who.int

WIN

Weight-Control Information Network

Tel: +1 800 860 8747

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/communication-programs/win>

healthinfo@niddk.nih.gov

Bijlage: Aan obesitas gerelateerde comorbiditeiten en gevolgen

(Uit: Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. *European Guidelines for Obesity Management in Adults*. *Obes Facts*. 2015;8:402-24. doi:10.1159/000442721)

Table 4. Obesity-related health risks and complications

I. Metabolic complications

Diabetes
insulin resistance
Dyslipidaemia
Metabolic syndrome
Hyperuricaemia
Gout
Low-grade inflammation

II. Cardiovascular disorders

Hypertension
Coronary heart disease
Congestive heart failure
Stroke
Venous thromboembolism

III. Respiratory disease

Asthma
Hypoxemia
Sleep apnoea syndrome
Obesity hypoventilation syndrome

IV. Cancers

Oesophagus, small intestine, colon, rectum, liver, gallbladder, pancreas, kidney, leukaemia, multiple myeloma, and lymphoma

In women: endometrial, cervix uteri, ovary, breast cancer after menopause

In men: prostate

V. Osteoarthritis

Knee and an increase in pain in the weight bearing joints

VI. Gastrointestinal

Gallbladder disease
Non-alcoholic fatty liver disease
Non-alcoholic steatohepatitis
Gastro-esophageal reflux
Hernia

VII. Genitourinary system /reproductive health

Urinary incontinence
Menstrual irregularity
Infertility
Hirsutism
Polycystic ovary disease
Miscarriage
Gestational diabetes
Hypertension
Preeclampsia
Macrosomia
Foetal distress
Malformation (i.e. neural tube defect)
Dystocia and primary caesarean section

VIII. Psychological and social consequences

Low self-esteem
Anxiety and depression
Stigmatisation
Discrimination in employment, college acceptance, job earning etc.

IX. Miscellaneous

Idiopathic intracranial hypertension
Proteinuria
Nephrotic syndrome
Skin infection
Lymphoedema
Complications from anaesthesia
Periodontal disease

Bijlage: Bepaling van energiebehoeften

Energiebehoefte, ook wel totaal energieverbruik (TEE – total energy expenditure) genoemd, is de hoeveelheid (als voeding geleverde) energie die een persoon nodig heeft voor een optimale groei, ontwikkeling en optimaal onderhoud van het lichaam en om een zeker niveau van fysieke activiteit te onderhouden. Dit is allemaal nodig om op lange termijn te zorgen voor een goede gezondheid. Energie wordt uitgedrukt in kilocalorieën (kcal) of kilojoules (kJ), waarbij 1 kcal = 4,184 kJ.

De belangrijkste componenten van het TEE zijn het energieverbruik in rust (ook wel het basaalmetabolisme (BMR – basal metabolic rate)), de energie gebruikt bij fysieke activiteit en het thermische effect van voeding. Het TEE wordt gewoonlijk geschat door de BMR te vermeerderen met een factor die het fysieke activiteitsniveau (PAL – physical activity level) weergeeft ($TEE = BMR \times PAL$).

De BMR hangt vooral af van het gewicht, de vetvrije massa, het geslacht en de leeftijd, maar ook van factoren zoals de hormonale status, metabole stress, slaap en ziekten. Om de BMR van een persoon te schatten, werden verschillende vergelijkingen voortgesteld²⁻⁶ (Tabel 1), maar geen enkele daarvan is 100% nauwkeurig. Elk van deze vergelijkingen heeft beperkingen wanneer ze worden gebruikt bij personen met overgewicht of obesitas. De Wereldgezondheidsorganisatie en de Food and Agriculture Organization maken bij hun aanbevelingen gebruik van de vergelijkingen van Schofield⁶, maar deze vergelijkingen hebben de neiging in gevallen met een BMI boven 25 kg/m² de BMR te overschatten. De European Food and Safety Authority (EFSA) geeft bij gezonde volwassenen niet de voorkeur aan een bepaalde vergelijking en maakt voor praktische doeleinden bij hun aanbevelingen⁷ gebruik van de vergelijkingen van Henry³. De vergelijking van Henry heeft een nauwkeurigheid van 79% bij patiënten met overgewicht en obesitas. In hun meest recente rapport stelt de EFSA echter voor de vergelijking van Mifflin⁴ te gebruiken voor patiënten met overgewicht en obesitas, aangezien deze vergelijking de beste voorspellende waarde heeft voor volwassenen met overgewicht en obesitas in de Verenigde Staten (BMI's van 25,1 tot 40 kg/m²)⁸.

Tabel 1. Vergelijkingen voor de schatting van het basaalmetabolisme (BMR)

Vergelijkingen van Schofield⁶

Mannen (18–30 jaar)	$0,063 \times BM - 0,042 \times HTM + 2,953$
Mannen (30–60 jaar)	$0,048 \times BM - 0,011 \times HTM + 3,67$
Vrouwen (18–30 jaar)	$0,057 \times BM + 1,184 \times HTM + 0,411$

Vrouwen (30–60 jaar) $0,034 \times \text{BM} + 0,006 \times \text{HTM} + 3,53$

Vergelijkingen van Henry³

Mannen (18–30 jaar) $0,060 \times \text{BM} + 1,31 \times \text{HTM} + 0,473$

Mannen (30–60 jaar) $0,0476 \times \text{BM} + 2,26 \times \text{HTM} - 0,574$

Vrouwen (18–30 jaar) $0,0433 \times \text{BM} + 2,57 \times \text{HTM} - 1,18$

Vrouwen (30–60 jaar) $0,0342 \times \text{BM} + 2,10 \times \text{HTM} - 0,0486$

Vergelijking van Mifflin⁴

Alle leeftijden en
geslachten $9,99 \times \text{BM} + 6,25 \times \text{HTCM} - 4,92 \times \text{AGE} + 166 \times \text{SEX} - 161$

AGE, leeftijd in jaren; BM, lichaamsmassa in kg; HTCM, lengte in centimeters; HTM, lengte in meters; SEX, man=1 en vrouw=0.

Het PAL kan worden geschat op basis van lijsten van dagelijkse activiteiten die elk een tijd werden toegekend en wordt uitgedrukt als waarden van fysieke activiteitsratio's. De EFSA maken in hun aanbevelingen gebruik van PAL-waarden van 1,4, 1,6, 1,8 en 2,0 om respectievelijk laag actieve, matig actieve, actieve en erg actieve levensstijlen weer te geven⁷.

De gemiddelde TEE voor kinderen en adolescenten is gebaseerd op een voorspelde BMR en PAL gecorrigeerd voor groei. Voor andere populaties zoals zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven, dienen andere aanpassingen te worden gemaakt aan de TEE-berekeningen⁷.

REFERENTIES

1. Conseil Supérieur de la Santé, *Recommandations nutritionnelles pour la Belgique*. 2016: Bruxelles.
2. Benedict, F.G., *The racial element in human metabolism*. American Journal of Physical Anthropology, 1932. **16**(4): p. 463-473.
3. Henry, C.J.K., *Basal metabolic rate studies in humans: measurement and development of new equations*. Public Health Nutrition, 2007. **8**(7a): p. 1133-1152.
4. Mifflin, M.D., et al., *A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals*. Am J Clin Nutr, 1990. **51**(2): p. 241-7.
5. Muller, M.J., et al., *World Health Organization equations have shortcomings for predicting resting energy expenditure in persons from a modern, affluent population: generation of a new reference standard from a retrospective analysis of a German database of resting energy expenditure*. Am J Clin Nutr, 2004. **80**(5): p. 1379-90.

6. Schofield, W.N., C. Schofield, and W.P.T. James, *Basal metabolic rate : review and prediction, together with an annotated bibliography of source material.* Human nutrition. Clinical nutrition,. 1985, London: J. Libbey. 96.
7. EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies (NDA), *Scientific Opinion on Dietary Reference Values for energy.* EFSA Journal, 2013. **11**(1): p. 3005.
8. Weijs, P.J., *Validity of predictive equations for resting energy expenditure in US and Dutch overweight and obese class I and II adults aged 18-65 y.* Am J Clin Nutr, 2008. **88**(4): p. 959-70.

Bijlage: Voedingsdriehoek (Gezond Leven)

(Gezond Leven. Beschikbaar op <https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek>)



VOEDINGSDRIEHOEK: Gezond en duurzaam eten met de voedingsdriehoek

Gezond eten: wat is dat nu precies? In de media verschijnen zoveel tegenstrijdige berichten dat je op den duur het bos door de bomen niet meer ziet. Daarom verzamelde het Vlaams Instituut Gezond Leven alle huidige wetenschappelijke kennis over gezonde voeding – wat krijgt de voorkeur, wat beperk je beter – voor jou in de **voedingsdriehoek**. We willen richtlijnen geven die op lange termijn voor iedereen haalbaar zijn. En die ervoor zorgen dat er ook voor onze kinderen en kleinkinderen *genoeg* gezond voedsel is. Het resultaat is een **realistisch en duurzaam model dat perfect past in de Vlaamse eetcultuur**.

Uitgangspunten voedingsdriehoek

De voedingsdriehoek is gebaseerd op uitgebreide literatuurstudie en overleg met experts. Dit vormde de basis voor het formuleren van volgende gemeenschappelijke uitgangspunten:

- Eet in verhouding meer plantaardige dan dierlijke voeding.
- Vermijd ultrabewerkte voeding zoveel mogelijk.
- Verspil geen voeding en matig je consumptie.

Uitgangspunt 1: "Eet in verhouding meer plantaardige dan dierlijke voeding"

Een overwegend plantaardige voeding biedt de beste garanties voor de gezondheid en heeft een lagere impact op het milieu. Volgens de meest recente voedselconsumptiepeiling eet de Vlaming te veel vlees en te weinig vezelrijke plantaardige voeding zoals groenten, fruit, volle granen, peulvruchten en noten. De voedingsdriehoek geeft het advies om minder vlees te eten, waarbij we voornamelijk de focus leggen op het minderen van rood en bewerkt vlees. We streven naar een bewustere vleesconsumptie. Alternatieve eiwitbronnen zoals peulvruchten worden onder de aandacht gebracht.

Uitgangspunt 2: "Geef de voorkeur aan weinig of niet bewerkte voedingsmiddelen en eet zo weinig mogelijk ultrabewerkte voedingsmiddelen"

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

In de afgelopen decennia heeft zich een grote verschuiving voorgedaan in de manier waarop wij eten, drinken en bewegen. Het resultaat is bekend: een wereldwijde toename van obesitas en andere chronische ziekten. We zijn geëvolueerd van een voeding bestaande uit grotendeels onbewerkte basisvoeding en vers bereide maaltijden naar veelvuldig gebruik van sterk bewerkte, kant-en-klare voedingsmiddelen.

Sterk bewerkte of ultrabewerkte voedingsmiddelen kenmerken zich door de toevoeging van ruime hoeveelheden suiker, (verzadigd) vet en zout. Dit zijn voedingsmiddelen met een hoge energie-densiteit (veel calorieën) en lage voedingswaarde (ze bevatten weinig nuttige stoffen zoals vitamines, mineralen en vezels). Kenmerken van deze producten zijn de lange houdbaarheid, de aantrekkelijke verpakkingen en smaak, en het gebruiksgemak. Ze hebben geen meerwaarde in een gezonde voeding en zijn dus eigenlijk overbodig. Enkele voorbeelden: frisdrank, snoep, koekjes en andere zoete snacks, chips en andere zoute of gefrituurde snacks, bewerkte vleeswaren.

Uitgangspunt 3: 'vermijd overconsumptie en voedselverspilling'

Door de huidige consumptiepatronen in Westerse landen overschrijden we onze energiebehoeften: we eten de hele dag door en meer dan nodig. De overconsumptie en verspilling van voedsel is een gezamenlijke 'bedreiging' voor gezondheid en milieu.

We willen met de voedingsdriehoek en bijhorende adviezen inzetten op minder eten (of toch niet meer dan nodig) en het belang van portiegroottes. Hierbij hebben we ook aandacht voor het plannen van maaltijden en aankopen van voeding, want verspilling voorkomen en afval verminderen is automatisch duurzamer.

Gezond Leven tips voedingsdriehoek

De drie grondslagen van de voedingsdriehoek vormen de wetenschappelijke basis voor de tien Gezond Leven tips die hier volgen. Zo willen we jou bewustmaken van gezonde voeding en je motiveren om er zelf mee aan de slag te gaan.

Wat eet je het best?

1. Neem plantaardige producten als basis voor elke maaltijd

Plantaardige voedingsmiddelen die niet of weinig zijn bewerkt, bieden het meeste gezondheidsvoordeel. Eet volop groenten, fruit, volle granen en peulvruchten. Vul in kleinere hoeveelheden aan met noten en plantaardige olie.

2. Beperk je inname van producten met dierlijke oorsprong

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

Je hoeft vlees, kaas en andere dierlijke producten niet volledig van je menu te schrappen. Maar kleine(re) porties volstaan. Wissel af tussen rood vlees, vis, gevogelte en plantaardige eiwitbronnen zoals peulvruchten of tofu.

3. Drink vooral water

Water is de beste drank om je dorst te lessen. Wil je graag wat variëren? Kies dan voor thee of koffie zonder suiker.

4. Kies zo weinig mogelijk voor ultrabewerkte producten

Snoep, koekjes, chips, frisdrank, wijn en bier, ... Lekker? Misschien wel. Maar een meerwaarde voor je lichaam? Neen. Je eet en drinkt ze puur voor je plezier. Deze producten bevatten vaak veel witte bloem, suiker, vet, zout of alcohol.

Hoe kan je gezond en duurzaam eten?

5. Varieer en zoek alternatieven

Elke dag hetzelfde eten wordt snel saai en eentonig. Speel met je gezonde voedingspatroon. Eet bijvoorbeeld elke dag een andere seizoensgroente. En vervang minder gezonde keuzes door de gezonde variant: koop volkorenbrood in plaats van wit bijvoorbeeld.

6. Eet op vaste tijdstippen en samen met anderen

Las – in de mate van het mogelijke – vaste eetmomenten in voor jezelf. Vermijd te veel tussendoortjes. Probeer ook om samen met anderen te eten: dat helpt je om regelmaat te houden. Zeker voor gezinnen: als ouder geef je zo het goede voorbeeld aan je kind en krijgen ze de kans om nieuwe dingen te proeven.

7. Eet bewust en met mate

Leer afgaan op je 'buikgevoel': weet wanneer je honger hebt of verzadigd bent. Zit aan tafel, eet langzaam en geniet ervan. Ban afleiding uit je buurt: tv uit, smartphone aan de kant. Neem kleine porties van wat minder gezond is.

8. Pas je omgeving aan

Richt je omgeving in zodat de gezonde keuze voor de hand ligt en de ongezonde moeilijker wordt. Leg fruit bijvoorbeeld in het zicht in de keuken en bewaar geen snoep of koeken in je auto of op kantoor. Bereid je voor op 'noodgevallen': stop een portie soep of pastasaus in de diepvries voor dagen met weinig tijd. En neem een flesje water of zakje noten mee in je tas, zodat snoepautomaten of tankstationsnacks je onderweg niet in verleiding brengen.

9. Werk stapsgewijs

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

Moet je nu van vandaag op morgen je hele eetpatroon omgooien? Nee hoor, elke kleine verbetering is een stap vooruit. Hou het vooral haalbaar voor jezelf. Start bijvoorbeeld met één stuk fruit per dag, als je dat nu nog niet deed. Bevalt dat je en wordt het een gewoonte? Probeer dan nog een extra stap in te bouwen. En geef vooral niet op wanneer je eens een terugval hebt – het gebeurt de besten! Hulp nodig? Planmatig werken kan je helpen. Stel bijvoorbeeld een weekmenu en boodschappenlijstje op.

10. Geniet van wat je eet!

Laat eten ook vooral een feest blijven. Verwen jezelf dagelijks met lekkere gezonde voeding. En gun jezelf af en toe een minder gezonde uitpatting. Blijf dan gewoon bewust van de frequentie (niet te vaak) en portiegrootte (niet te veel). Zoek de goede balans tussen voor je lichaam zorgen en genieten.

De voedingsdriehoek in kleur

Bovenaan de driehoek staat de blauwe zone 'water'.

Water drinken is vooral belangrijk om de vochtbalans in stand te houden en krijgt daarom een aparte plaats bovenaan. Water is de beste keuze qua drank, maar ter afwisseling kan ook gekozen worden voor thee of koffie (bij voorkeur zonder toevoeging van suiker).

De voedingsdriehoek zelf is onderverdeeld in drie zones. De kleuren van de verschillende delen zijn een weergave van de aangetoonde effecten op de gezondheid.

- **Donkergroen**

Dit zijn voedingsmiddelen van plantaardige oorsprong, met een gunstig effect op de gezondheid: groenten, fruit, volle granen en aardappelen, maar ook peulvruchten, noten en zaden, plantaardige oliën (en andere vetstoffen rijk aan onverzadigde vetzuren). Probeer zoveel mogelijk de weinig of niet-bewerkte versie te kiezen.

- **Lichtgroen**

Dit zijn voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong met een gunstig, neutraal of onvoldoende bewezen effect op de gezondheid: vis, yoghurt, melk, kaas, gevogelte en eieren. Kies ook hier voor de weinig of niet-bewerkte variant.

- **Oranje**

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

Dit zijn voedingsmiddelen van dierlijke of plantaardige oorsprong die bij hoge consumptie een ongunstig effect kunnen hebben op de gezondheid: rood vlees, boter, kokos- en palmolie (vetstoffen rijk aan verzadigde vetzuren). Deze producten bevatten wel nog enkele nuttige voedingsstoffen, bijv. ijzer in rood vlees, vetoplosbare vitaminen in boter.

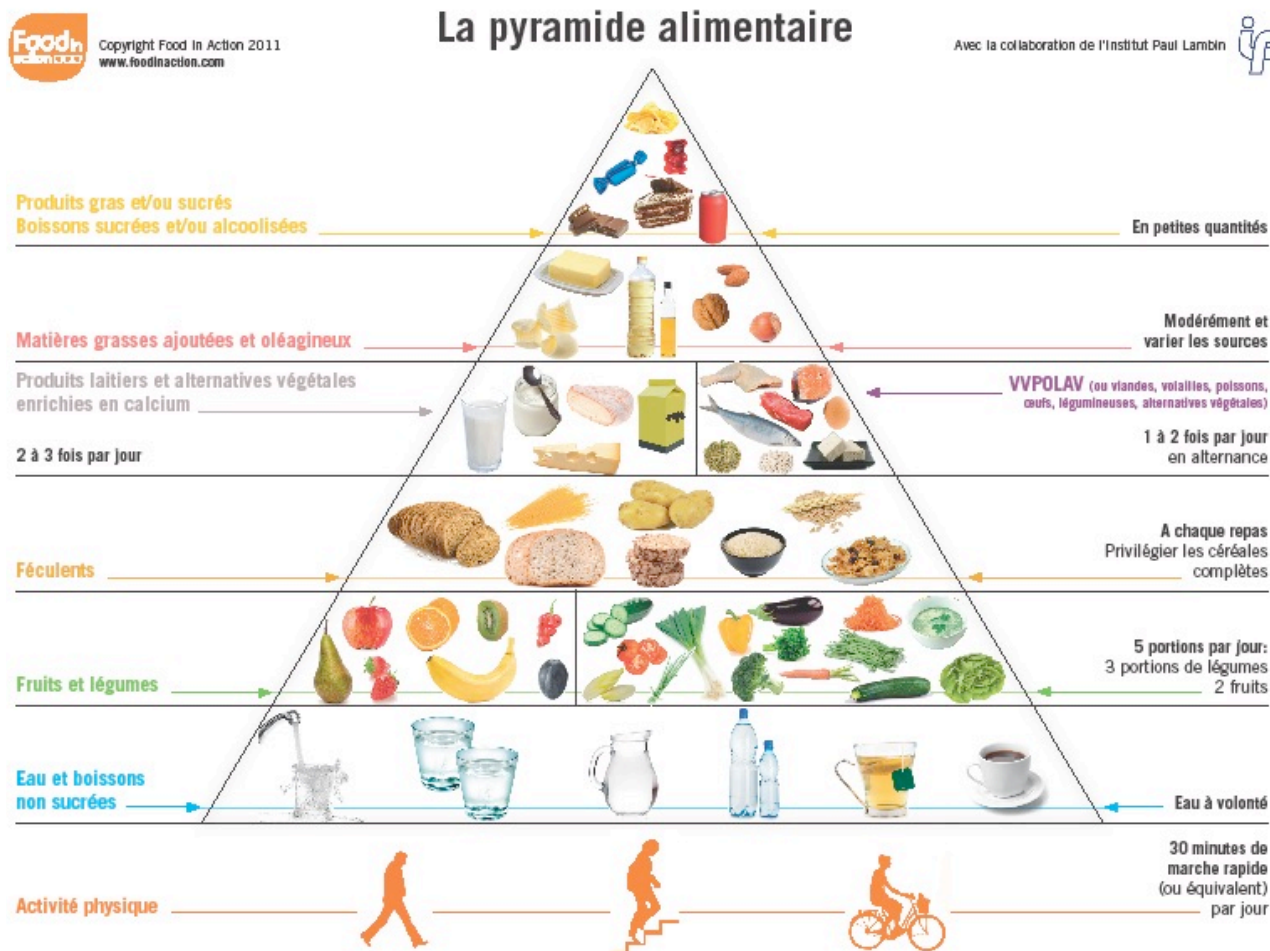
- **Rood: restgroep**

Een vierde, rode zone staat los van de driehoek. Dat zijn ultrabewerkte producten waaraan heel wat suiker, vet en/of zout is toegevoegd en waarvan het ongunstige gezondheidseffect werd aangetoond. Ze kunnen van dierlijke of plantaardige oorsprong zijn: bereide vleeswaren, frisdrank, alcohol, snoep, gebak, snacks, fastfood, ... En ze zijn overbodig in een gezond voedingspatroon. Je eet of drinkt ze dan ook best niet vaak en in kleine porties.

Bronvermelding: Vlaams Instituut Gezond Leven, 2017

Bijlage: Pyramide alimentaire (Food in Action)

(Karott – Food In Action. Beschikbaar op <https://www.foodinaction.com/telechargez-pyramide-alimentaire/>)



Outil de référence pour aborder l'alimentation équilibrée, la pyramide alimentaire se doit de refléter l'état des connaissances scientifiques et d'être en phase avec les objectifs nutritionnels actuels.

C'est le cas de la Pyramide alimentaire Food in Action, développée en collaboration avec le département Diététique de l'Institut Paul Lambin HE Vinci*, qui affiche de nombreuses évolutions majeures. À télécharger ci-dessous aux formats A4, A3 ou A1.

Nouvelle hiérarchie dans les familles, elle permet, pour la première fois, d'affiner les choix au sein de chaque famille alimentaire, en distinguant les aliments à favoriser, ceux qui sont tolérés et ceux qui sont à consommer occasionnellement. Y compris dans la pointe, une famille trop souvent passée sous silence par les professionnels, et qui constitue pourtant un étage à part entière dans le quotidien des patients...

La forme pyramidale est largement utilisée à travers le monde pour illustrer les fondements de l'alimentation équilibrée, à savoir la complémentarité des familles alimentaires, mais aussi leur rapport de force. Elle doit permettre de visualiser ce qui constitue, sur base des recommandations nutritionnelles exprimée en nutriments, la base de l'alimentation équilibrée qui s'élabore avec les denrées issues des différentes familles.

L'exercice n'est pas simple, et il n'y a pas de vérité absolue dans cette extrapolation des recommandations nutritionnelles, celle-ci devant composer avec les priorités en termes d'objectifs nutritionnels, les habitudes alimentaires, l'offre existante, etc. C'est ce qui explique qu'en dépit de nombreuses similitudes apparentes, les pyramides existantes peuvent connaître des différences importantes, que ce soit dans la notion même des familles alimentaires, ou leur agencement au sein de l'édifice.

Changement d'étage

Une des modifications structurelles apportées à la pyramide alimentaire concerne précisément la place des fruits et légumes, qui gagnent en importance en descendant d'un étage. Cette famille était depuis longtemps au coude à coude avec celle des féculents, car les quantités préconisées sont proches.

Pour les fruits et légumes, l'OMS recommande entre 400 et 800 g par jour, ce qui est donc plutôt plus élevé que la quantité de féculents préconisée, d'autant que les légumes secs quittent la famille des féculents pour la famille «viande, volaille, poisson, œufs et alternatives végétales».

Cette place des fruits et légumes est par ailleurs plus cohérente avec les objectifs nutritionnels qui visent à favoriser cette famille, et plus en phase avec les conseils pratiques qui accordent, dans l'assiette, une surface plus importante pour les légumes (2/3 à 1/2 de l'assiette) que pour les féculents (1/4 à 1/3 de l'assiette).

Autre évolution, les matières grasses ajoutées se voient complétées des fruits oléagineux. Cette catégorie d'aliments est une source de lipides de qualité, mais dont l'apport doit être géré, en tenant compte de celui des autres graisses visibles. Par ailleurs, la famille des produits laitiers s'ouvre aux alternatives végétales, à condition que ces dernières apportent suffisamment de calcium (ce qui suppose un enrichissement). Quant à l'activité physique, elle est bien présente pour rappeler son importance au quotidien, mais pas sous forme d'étage dans l'édifice afin de ne pas se confondre avec ce qui concerne les aliments.

Des familles plus claires

Toutes les céréales pour petit-déjeuner sont-elles à classer dans les féculents? À l'inverse, tous les biscuits sont-ils à placer dans la pointe, ou certains peuvent-ils être considérés comme un produit céréalier? Un dessert à base de lait et de crème est-il toujours dans la famille des produits laitiers? À partir de quand un fruit transformé n'est-il plus à classer dans les fruits? Autant de questions qui taraudent bien des professionnels et leurs patients, et dont la réponse devrait pouvoir s'appuyer sur des critères précis. Compte tenu de la place des produits transformés dans notre mode de vie, il est indispensable de pouvoir les inclure dans la réflexion afin de les positionner correctement.

Chaque famille s'est donc vu fixer des critères bien précis pour accueillir ses membres. Exemples: pour la famille «eau et boissons non sucrées», une teneur maximale en énergie et minimale en eau est fixée; pour entrer dans la famille «fruits et légumes», il y a une teneur minimale en fruits ou en légumes; pour entrer dans celle des «viande, volaille, poisson, œufs, légumineuses et alternatives végétariennes», il faut une teneur minimale en protéines, etc.

Hiérarchie dans les familles

Même s'il y a des critères définis pour pouvoir appartenir à une famille, cela ne signifie pas que tous les aliments d'une famille soient équivalents (sur le plan nutritionnel) et interchangeable. Bien sûr, un fruit en vaut un autre, mais entre le fruit entier, le jus de fruit, et le coulis de fruits, il n'y a pas d'équivalence. De la même façon, une viande maigre, une charcuterie maigre et une charcuterie grasse sont dans la même famille, sans pour autant pouvoir être mises sur le même pied. C'est précisément pour aller plus loin dans les familles, et permettre d'effectuer les meilleurs choix – ou en tout cas choisir en connaissance de cause – que la réflexion a été menée de manière à établir 3 niveaux:

PREMIER NIVEAU: les aliments «à favoriser». Ce sont les meilleurs choix à effectuer. Au sein de la famille. C'est vers eux que le professionnel va tenter d'amener son patient.

Exemples: eaux pas trop riches en sodium, légumes frais ou surgelés non préparés, fruits sans sucres ajoutés, céréales complètes peu salées et/ou sucrées, laitages maigres ou demi-écrémés naturels ou peu sucrés, alternatives végétales avec suffisamment de protéines, peu grasses et peu salées, matières grasses avec peu d'acides gras saturés et trans...

DEUXIÈME NIVEAU: les aliments «tolérés». Ces aliments ont leur place (sont tolérés dans une alimentation équilibrée), mais ils ne sont pas aussi performants sur le plan nutritionnel (par exemple selon leur teneur en acides gras saturés, en sel, en sucres ajoutés...) que les aliments «à favoriser».

Exemples: boissons modérément riches en sodium ou boissons light (sans sucres), légumes préparés avec ajout de sel ou de matières grasses, smoothies, laitages entiers, viandes mi-grasses...

TROISIÈME NIVEAU: les aliments à consommer «à l'occasion». Eux aussi ont leur place dans une alimentation équilibrée, mais ils constituent les moins bons choix au sein de la famille. En pratique, cela signifie que l'on vise à réduire leur fréquence d'apparition au menu sans toutefois les interdire. À noter que dans certains cas, les teneurs en acides gras saturés, en sucres ajoutés... sont telles que l'aliment n'est plus au 3e niveau, il quitte la famille (pour rejoindre la pointe).

Exemples: eaux riches en sodium, légumes préparés avec sel et matières grasses animales, compotes de fruits, croquettes de pommes de terre, yaourts à la crème, poissons fumés, beurre...

Produits gras et/ou sucrés: parlons-en!

La pointe de la pyramide regroupe les aliments qui n'appartiennent pas aux autres familles, et qui sont considérés comme peu recommandables, et que certains aimeraient purement et simplement voir disparaître des recommandations, mais qui sont pourtant bel et bien présents dans les rayons et dans les habitudes de consommation. D'ailleurs, force est de reconnaître que l'on peut très bien les intégrer dans une alimentation équilibrée... Dans la nouvelle pyramide alimentaire, ces aliments sont repris sous un nom de famille qui désigne clairement le contenu: «Produits gras et/ou sucrés, boissons sucrées et/ou alcoolisées». On pourrait s'en passer pour l'équilibre, mais ils existent, sont appréciés, et parce que l'on reconnaît aujourd'hui que la méthode des interdictions n'est pas efficace, mieux vaut apprendre à gérer les aliments de cette famille. Et ici aussi, il y a des choix qui sont préférables à d'autres, et l'on peut distinguer 3 niveaux: une confiture riche en fruits, les chips de légumes, le popcorn, les biscuits légers en graisses, le vin et la bière pils... seront dans «préféré», le massepain, la pâte à tartiner aux noisettes seront «tolérés», alors que les chips, les pâtisseries à la crème ou au beurre, les brezer seront placés dans «à l'occasion».

La pyramide alimentaire Food in Action a été développée par Karott' SA, avec l'appui scientifique du département diététique de l'Institut Paul Lambin (Haute Ecole Léonard de Vinci). Le groupe de travail «Pyramide Alimentaire» se compose de: Harpigny I, Maindix V, Manneback N, Jossart M, Pieters S et Guggenbühl N. Ont également apporté une précieuse contribution: Moës M, Rousseau N.

Bijlage: Praktische voedingsaanbevelingen voor gezonde volwassenen – de voedingstak

(Karott – Food In Action. Beschikbaar op <https://www.foodinaction.com/nl/voedingstak-pijlers-beter-eten/>)

DE VOEDINGSTAK

5 PIJLERS

OM BETER TE ETEN

Denk aan uw gezondheid:
eet gevarieerd en evenwichtig.
Hier zijn de 5 voedingsprioriteiten
voor volwassenen.

1
VOLKOREN
GRAANPRODUCTEN
Minstens 125 g per dag



2
FRUIT &
GROENTEN

Fruit:
250 g per dag
Groenten:
Minstens 300 g
per dag



3
PEULVRUCHTEN
Minstens 1x per week



4
NOTEN
& ZADEN
15 tot 25 g per dag



5
ZOUT
Beperk het zoutgebruik
in de keuken en
voeg zelf geen extra zout
toe aan tafel

Ontwikkeld door Food In Action en de Haute École Léonard de Vinci
op basis van het advies n°9284 van de Hoge Gezondheidsraad

**Food in
action**
www.foodinaction.com

**Hoge
Gezondheidsraad**

vinci
HAUTE ÉCOLE LÉONARD DE VINCI

VLAAMS INSTITUUT
**GEZOND
LEVEN**

Vlaanderen
is zorg

Individuele gezondheidsdienst
Vlaanderen
Vlaanderen van de Vlaamse Gemeenschap
en Brussel

1

VOLKOREN GRAANPRODUCTEN

Minstens 125 g per dag

Vervang geraffineerde granen
door **volkoren granen**

VOLKORENMEEL



VOLKOREN BROOD



BRUINE RIJST



VOLKOREN PASTA



BULGUR



HAVERVLOKKEN



MAÏS



QUINOA



VOLKOREN
ONTBIJTGRANEN



VOLKOREN
KNÄCKEBRÖD

5 PIJLERS

OM BETER TE ETEN

Food in
action
www.foodinaction.com

Hoge
Gezondheidsraad

vinci
vitaliteit, gezondheid en welzijn

GEZOND
LEVEN

Vlaanderen

Centrum voor Medische
Voeding
Vlaamse Vereniging van
Diëtisten

2

FRUIT & GROENTEN

Fruit: 250 g per dag • Groenten: minstens 300 g per dag

KIES VOOR SEIZOENSPRODUCTEN



Fruit: 2x per dag

Geef de voorkeur aan **vers** of ingevroren fruit,
fruit in niet-gesuikerde compote,
in blik op eigen sap of gevriesdroogd fruit



Groenten: verdeel de dagelijkse hoeveelheid
groenten over **verschillende maaltijden**

Geef de voorkeur aan **verse**, niet-bereide ingevroren
groenten of gevriesdroogde groenten

5 PIJLERS

OM BETER TE ETEN

Food in
action
www.foodinaction.com

Hoge
Gezondheidsraad

vinci
vitaliteit - gezondheid - welzijn

GEZOND
LEVEN

Vlaanderen
vitaliteit

Vlaamse overheid
Vlaamse overheid
Vlaamse overheid
Vlaamse overheid



3



PEULVRUCHTEN

Minstens 1x per week



Vervang minstens 1 keer per week
vlees door peulvruchten

Peulvruchten kunnen in verschillende vormen voorkomen:
vers, gedroogd, ingevroren, in conserven of puree

KIKKERERWTEN



WITTE BONEN



LINZEN



HUMMUS



BORLOTTIBONEN



TUINBONEN



RODE BONEN



TOFU



PEULVRUCHTEN-
PASTA



ERWTENSOEP

5 PIJLERS

OM BETER TE ETEN

Food in
action
www.foodinaction.com

Hoge
Gezondheidsraad

vinci

GEZOND
LEVEN

Vlaanderen

Wetenschappelijk
 Instituut voor de
 Voeding
 Vlaanderen



4



NOTEN & ZADEN

15 tot 25 g per dag

Een handje vol
zonder chocoladelaagje, ongezoet, ongezoeten

HAZELNOTEN



SESAMZAAD



AMANDELEN



WALNOTEN



LIJNZAAD



ZONNEBLOEMZAAD



POMPOENZAAD



PINDA'S



NOTEN- OF
ZADENPASTA



PISTACHENOTEN

5 PIJLERS

OM BETER TE ETEN

Foodin
action
www.foodinaction.com

Hoge
Gesondheidsraad

vinci
vrijheid, gezondheid en welzijn

GEZOND
LEVEN

Vlaanderen
in de regio

Centrale coördinator
Vlaamse Gewestelijke
Vlaamse Federatie
van Ziekteverzekering
de Vlaamse Federatie



5

ZOUT

Beperk het zoutgebruik in de keuken en voeg zelf geen extra zout toe aan tafel

Beperk ultrabewerkte voedingsmiddelen, bereide gerechten, bereid vlees, gezouten snacks, sauzen en kruidenmengelingen met een hoog zoutgehalte.



✗ ZOUT



✗ BOUILLON



✗ CHIPS



✗ KANT-EN-KLARE MAALTIJDEN

VERVANG



✓ SPECERIJEN



✓ AROMATISCHE KRUIDEN



✓ ONGEZOETE EN ONGEZOETE NOTEN



✓ HUISBEREIDE GERECHTEN

5 PIJLERS

OM BETER TE ETEN

Foodin
action
www.foodinaction.com

Hoge
Gezondheidsraad

vinci
vander Vlierke - Vlaanderen in actie

Vlaamse Instelling
GEZOND
LEVEN

Vlaanderen
vlaanderen.be

Nederlands Instituut voor
Voedingsonderzoek
Vlaamse Vereniging van
Voedingsspecialisten
en Dietisten

5

Bijlage: NUBEL, beheerder en verdeler van de Belgische Voedingsmiddelentabel, de Merknamedatabank en de Voedingsplanner

Nubel (Nutriënten België) werd in 1990 opgericht. Onze doelstelling is de Belg aan de juiste wetenschappelijke informatie te helpen zodat hij z'n voeding op een evenwichtige manier kan samenstellen. Wij stellen onze uitgebreid arsenaal aan wetenschappelijk onderbouwde data over voedingsbestanddelen ter beschikking zodat je bewuste keuzes rond voeding kunt maken en op basis van een evenwichtig voedingspatroon er een gezonde levensstijl kunt op nahouden.

Nubel verspreidt haar kennis via www.nubel.com. Op deze site vind je een overzicht van de instrumenten waarmee wij gezonde voeding promoten, namelijk

- 1) Belgische Voedingsmiddelentabel
- 2) Merknamedatabank
- 3) Voedingsplanner
- 4) Nubel in zakformaat

Deze middelen hebben elk hun eigen insteek maar slechts één doel voor ogen: de voedingsprofessional en consument helpen bij het maken van gezonde keuzes rond voeding

- 1) De Belgische voedingsmiddelentabel is een publicatie in print waarin je de voedingsstoffen van 1400 voedingsmiddelen, die je op de Belgische markt kunt kopen, terugvindt. Deze voedingsmiddelen zijn onderverdeeld per voedingsgroep (vb. groenten, graan, vlees, zuivel...) en worden vertaald naar 32 voedingsstoffen. Zo wordt duidelijk hoeveel eiwitten, vetten, suikers, vezels, vitaminen elk van die voedingsmiddelen precies bevat. Recent werden ook de Belgische hoeveelproducten toegevoegd. Deze publicatie bevat ook allerlei interessante algemene informatie over de functies en essentiële bestanddelen van voeding. Ook de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden voedingsmiddelen voor volwassenen en kinderen komen aan bod.
- 2) Onze online merknamedatabank biedt je gedetailleerde info over de nutritionele waarden van maar liefst 8700 voedingsmiddelen waarvan 6000 merkproducten in België. Deze gegevens kun je raadplegen op www.internubel.be. Onze merknamedatabank werkt op een gestandaardiseerde manier. We werken met standaard maten en gewichten. Dit laat ons toe op

een uniforme manier de kwantitatieve gegevens van een voedingsmiddel te analyseren en weer te geven. Zodat je de waarden van de verschillende voedingsmiddelen kunt vergelijken en weloverwogen keuzes kunt maken. De databank is gratis consulteerbaar op www.internubel.be.

- 3) De Nubel Voedingsplanner is een handige internet toepassing waarmee je de balans kunt berekenen tussen de calorieën die je opneemt (wat je eet en drinkt) en de calorieën die je verbruikt (=resultaat van je inspanningen). Dit instrument geeft je inzicht in je voedingspatroon en helpt je bewuster met voeding en beweging om te gaan.

De online Nubel Voedingsplanner bestaat uit 3 rubrieken:

- Persoonlijke instellingen: hier geef je je persoonlijke gegevens (naam, leeftijd, gewicht, lengte) in, kun je je BMI (Body Mass Index) berekenen en een gepersonaliseerd voedingsplan opstellen.
- Dagboek: in deze rubriek kun je ingeven wat je elke dag gegeten hebt en hoeveel lichaamsbeweging je gedaan hebt. Zo zie je duidelijk hoeveel calorieën je opgenomen hebt en hoeveel je er verbrand hebt. Hoe kleiner het verschil tussen deze twee bedragen, hoe meer je eet- en leefgewoonten in evenwicht zijn. Dit dagboek reikt je ook elke dag handige voedingstips aan.
- Rapporten: dag- en weekrapporten zetten allerlei gegevens rond je voedingsinname, gewichtsevolutie en dieetplan op een rij. Ook deze rapporten worden niet alleen door diëtisten, voedingsspecialisten, artsen en het onderwijs gebruikt. Ook de Belgische burger wil steeds meer weten over de voedingswaarden van de producten die hij consumeert.

- 4) Nubel in zakformaat

De Nubel in zakformaat biedt een selectie van de meest geconsumeerde voedingsmiddelen evenals advies over evenwichtige voeding. Een aantal voorbeelden van dagelijkse fysieke activiteiten in combinatie met een gevarieerde voeding brengen ons bij de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden energie.

Wens je beknopte informatie in handbereik te ontvangen ?

Je kan het nu gratis downloaden of bestellen via onze website

<http://www.nubel.com/nl/bestellen.html>



Bijlage: Voedingsinformatie op voedingsetiketten

Tegenwoordig zijn de meeste voedingsmiddelen voorzien van een etiket met kwalitatieve en kwantitatieve informatie over de ingrediënten, energiewaarde en voedingsstoffen in het product. Samen met gevalideerde, door professionals gegeven voorlichting over voeding en gezond eten, is de informatie op voedingsetiketten belangrijk voor mensen om weloverwogen beslissingen te kunnen nemen over de voedingsmiddelen die ze consumeren en om producten te kiezen die beter aansluiten op hun individuele gezondheidsbehoeften.

Om consumenten te helpen bij het kiezen van hun voeding, is in België onlangs ook een gebruikersvriendelijk voedingsetiketteringssysteem ingevoerd om aan te geven welke specifieke producten gezonder zijn dan andere: de Nutri-Score. Bovendien kunnen consumenten gebruikmaken van recent ontwikkelde digitale toepassingen om voedingsetiketten te begrijpen, zoals onder andere Yuka, Kwalito en Open Food Facts.

In deze bijlage geven we meer informatie over de onderdelen van voedingsetiketten die relevant zijn om weloverwogen beslissingen te nemen over gezond eten. Wat ook belangrijk is, is dat een gepersonaliseerd advies door daarvoor opgeleide voedingsdeskundigen, mensen kan helpen deze informatie te interpreteren en gebruik te maken van strategieën om een gezond dieet te volgen en eetpatronen te corrigeren. Dit is vooral belangrijk bij de behandeling en preventie van overgewicht en obesitas.

Lijst van ingrediënten

In deze lijst worden alle ingrediënten opgesomd die in een voedingsmiddel zitten, ongeacht het gehalte ervan. De ingrediënten worden genoemd met hun specifieke naam en in volgorde van afnemend gewicht. Dit kan nuttig zijn bij het interpreteren van de samenstelling van een product: bijvoorbeeld, als boter of margarine het eerst genoemd worden bij de ingrediënten, dan weet de consument dat het een vetrijk product is. Dit kwantitatieve aspect wordt ook weergegeven in de informatie over de voedingswaarde (zie hieronder). Daarnaast moet de oorsprong van plantaardige oliën en vetten op de ingrediëntenlijst worden vermeld (zonnebloem, raapzaad, palm, enz.).

De voedingsadditieven worden op de ingrediëntenlijst aangegeven met hun specifieke naam en/of met een E-nummer. Voedingsadditieven kunnen kunstmatig of natuurlijk zijn en kleurstoffen, conserveermiddelen, antioxidanten, emulgatoren, stabilisatoren, bindmiddelen, smaakversterkers, zoetstoffen enz. omvatten. Als er suikers en/of zoetstoffen aan een product zijn toegevoegd, moet dit

duidelijk op het etiket worden vermeld, bijv. “met zoetstoffen” of “met suikers en zoetstoffen”. Deze stoffen worden dan weergegeven in de ingrediëntenlijst: op het etiket van een light frisdrank met toegevoegde zoetstoffen zou bijvoorbeeld staan: koolzuurhoudend water, kleurstof (caramel E150d), zoetstoffen (aspartaam, acesulfaam-K), voedingszuren (E338, E330), zuurteregelaar (E331), cafeïne, smaakstoffen (natuurlijke plantenextracten).

Voedingswaarde

De voedingswaarde of voedingsstoffenanalyse verwijst naar de samenstelling van het product met betrekking tot voedingsstoffen zoals eiwitten, vetten, koolhydraten, enz. Sinds december 2016 is de etikettering van de voedingswaarde voor de meeste voorverpakte voedingsmiddelen verplicht en het gehalte, de uitdrukking en weergave van de voedingswaarde zijn ook grondig aangepast¹.

De etikettering moet minstens de energiewaarde van het product bevatten en het gehalte aan vetten, verzadigde vetzuren, koolhydraten, suikers, eiwitten en zout uitgedrukt per 100 ml of 100 mg van het product. Al deze gegevens worden weergegeven in een tabel (of achter elkaar als er te weinig ruimte is), maar sommige bestanddelen kunnen ook worden herhaald op de voorzijde van de verpakking. Hoewel het niet verplicht is, kan de voedingswaarde ook worden vermeld per portie. Dit kan een nauwkeuriger beeld geven van het energiegehalte en het gehalte aan voedingsstoffen van de hoeveelheid die wordt geconsumeerd bij een maaltijd of snack.

Hier voorzien we meer details over hoe informatie over voedingswaarde moet worden geïnterpreteerd:

- De **energie**, uitgedrukt in kilocalorieën of kilojoules (1 kcal = 4,2 kJ) per 100 g of 100 ml, geeft informatie over de energiedichtheid van het product (zie tekstvak 2.1 “Voedingsdichtheid versus energiedichtheid: wat moet er op het bord?” in het hoofdstuk “Voedingsinterventies”).
- De hoeveelheid totale **vetten** en verzadigde vetzuren moeten worden aangegeven. Vaak worden de onverzadigde vetzuren ook vermeld, met een onderscheid tussen mono- en polyonverzadigde vetzuren. Over het algemeen bevatten plantaardige producten meer onverzadigde vetzuren dan dierlijke producten (de laatste bevatten meer verzadigde vetzuren).
- De hoeveelheid **koolhydraten** wordt uitgedrukt als totaal, dat zowel uit zetmeel als suikers bestaat. De hoeveelheid suikers kan ook worden aangegeven, wat mono- en disachariden omvat zoals natuurlijke fruitsuiker (fructose), melksuiker (lactose) en toegevoegde suiker (saccharose). Bij de groep “koolhydraten” worden bij sommige producten ook polyolen opgenomen, die

chemisch gezien tot de koolhydraten behoren, maar minder energie bevatten (gemiddeld 2,4 kcal/g).

- De hoeveelheid **voedingsvezels** kan op sommige etiketten worden gevonden en wordt altijd uitgedrukt in gram. Producten die rijk zijn aan vezels, kunnen het gevoel van verzadiging verhogen.
- **Vitaminen en mineralen** worden meestal aangegeven in milligram of microgram (vitamine A en D soms in internationale eenheden, IE). Het soort product en het verwachte gehalte aan vitaminen/mineralen bepalen welke vitaminen of mineralen relevant zijn om op het etiket te vermelden. Bij sinaasappelsap is informatie over de hoeveelheid vitamine C (grote hoeveelheid verwacht) relevanter dan die van vitamine D (bijna afwezig), terwijl het tegenovergestelde het geval is bij margarines.
- Als er een bepaalde claim op de verpakking wordt vermeld, moet het gehalte aan voedingsstoffen waarop de claim is gebaseerd ook worden vermeld. Bijvoorbeeld op een product “rijk aan vitamine C”, moet het gehalte aan vitamine C worden vermeld. Ook als een levensmiddel “light” wordt genoemd, verdient het de voorkeur om het gehalte aan vet of energie in vergelijking met dat van het referentieproduct te vermelden. Ook belangrijk om te weten: “light” producten dragen alleen bij aan een daadwerkelijke vermindering van de hoeveelheid energie als ze zowel weinig vetten als calorieën bevatten en als de consumptie ervan niet wordt gecompenseerd door de inname van andere levensmiddelen.

Voedingsreferentiewaarde (VRW)

De nutritionele informatie van een product kan ook worden aangegeven als percentage van de voedingsreferentiewaarde (VRW) per portie of 100 g van het product. De VRW, die voor elke voedingsstof specifiek is, is de gemiddelde dagelijkse hoeveelheid inname die voldoende is voor de noodzakelijke hoeveelheid van die voedingsstof voor een gemiddelde gezonde volwassene (dit geldt voor bijna alle gezonde mensen). Als het voedingsetiket van een product bijvoorbeeld vermeldt dat een portie goed is voor 80% van de VWR voor totale vetten, betekent dat dat 80% van de totale vetten die die dag nodig zijn (voor een gemiddelde gezonde volwassene) al wordt geconsumeerd door één portie van dat product te eten.

Belangrijk: VWR's zijn bedoeld voor volwassen gezonde mensen en moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd voor andere groepen mensen, onder wie mensen met obesitas. VWR's zijn geen

nutritionele doelen of aanbevelingen voor individuele mensen; ze worden gebruikt door beleidsmakers om aanbevelingen te doen over inname van voedingsstoffen voor consumenten. VWR's worden ook gebruikt als informatie op voedingsetiketten en om voedingsadviezen op te stellen, wat ervoor kan zorgen dat consumenten gezonde keuzes op het gebied van voeding maken. Meer informatie over VWR's is te vinden op <https://www.efsa.europa.eu/en/topics/topic/dietary-reference-values>.

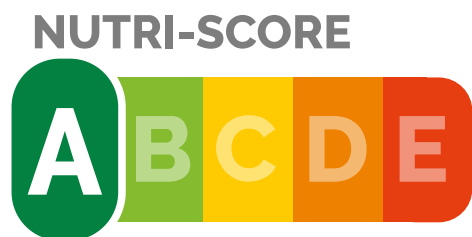
Nutri-Score

De Nutri-Score is een etiketteringssysteem voor voeding op de voorzijde van de verpakking, onlangs ingevoerd in België, waarbij gebruikgemaakt wordt van een kleur- en letterschaal om aan te geven welke bepaalde producten gezonder zijn dan andere.

De kleur en de letter van de Nutri-Score worden bepaald aan de hand van een algoritme voor voedingsstoffenprofilering, ontwikkeld door het Franse Equipe en Epidemiologie Nutritionnelle². Dit algoritme houdt rekening met de hoeveelheid gunstige (eiwitten, vezels en vruchten, groenten, noten) en ongunstige (energie, totale suikers, verzadigd vet, natrium) voedingsstoffen van een product, zodat een totale score van tussen -15 (gezondste voeding) en +40 (minder gezonde voeding) ontstaat. Belangrijk: de energie, suikers, vetten en hoeveelheid fruit en groenten worden voor voeding anders berekend dan voor dranken.

De totale score die wordt verkregen valt in één van de vijf categorieën, gesymboliseerd als een combinatie van een kleur en een letter (donkergroen/A, groen/B, geel/C, oranje/D en rood/E). Donkergroen staat voor de beste voedingswaarde (verdient de voorkeur), terwijl rood staat voor de slechtste voedingswaarde (moet beperkt worden). Voor een bepaald product geeft de Nutri-Score de hele schaal met de letter/kleur die overeenkomt met de voedingswaarde van het product vergroot (afbeelding 1). Met de Nutri-Score worden volkorenbrood of gewone yoghurt geclassificeerd als donkergroen/A, ontbijtgranen met chocolade of confituur als geel/C, en chocoladekoekjes of chocoladepasta als rood/E.

Afbeelding 1. Voorbeeld van een Nutri-Score-etiket



Een positief aspect van de Nutri-Score is dat de score het product als geheel evalueert, waarbij niet alleen rekening wordt gehouden met de ongezonde voedingsstoffen, maar ook met de positieve stoffen. Dit komt overeen met een holistischere visie op voedingsadvies, waarbij de nadruk moet worden gelegd op de kwaliteit van de voedingsstoffen en voedingsgroepen (bijv. groente, fruit, vlees, vis, zuivelproducten) in plaats van alleen de nadruk te leggen op calorieën of op bepaalde voedingsstoffen die vermeden moeten worden.

Referenties

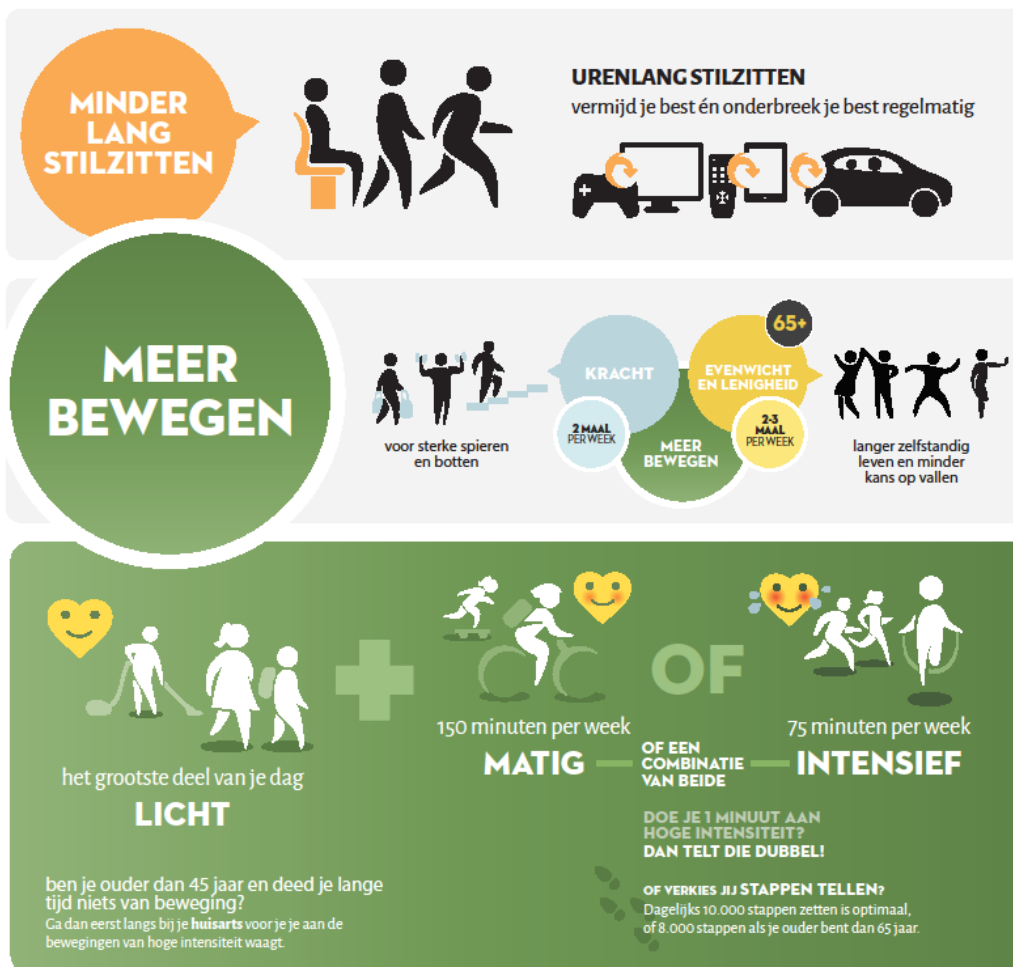
1. *Regulation (EC) No 1924/2006 of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods*. Available from: <http://data.europa.eu/eli/reg/2006/1924/oj> and <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:l21306&from=EN>.
2. Julia, C. and S. Hercberg, *Nutri-Score: Evidence of the effectiveness of the French front-of-pack nutrition label*. *Ernährungs Umschau*, 2017. **64**(12): p. 181-187.

Bijlage: Bewegen en stilzitten bij volwassenen

(Gezond Leven.Beschikbaar op <https://www.gezondleven.be/files/beweging/aanbevelingen-bsg-volwassenen-en-jeugd.pdf>)



Geraak jij niet aan deze aanbevelingen – bijvoorbeeld omdat je gezondheidstoestand daar een stokje voor steekt? Probeer dan alsnog zoveel mogelijk te bewegen binnen jouw kunnen.



BEWEGINGSDRIEHOEK: Minder zitten en meer bewegen met de bewegingsdriehoek

Gezond leven? Daar hoort een gezonde mix van zitten, staan en bewegen bij. Maar wat is dat en hoe pak je dat aan? Het Vlaams Instituut Gezond Leven vat het voor jou samen in de bewegingsdriehoek, met enkele Gezond Leven tips op een rij.

Wat doe je het best?

1. Zit minder lang stil én beweeg meer

Beweeg jij veel? Mooi zo, want bewegen is gezond. Al *even* cruciaal is het dat je niet te lang aan één stuk stilzit. Doorbreek lange periodes van zitten regelmatig door recht te staan of een rondje te stappen. Je zult snel merken: dat voelt goed!

2. Zet stap voor stap

Zit jij vaak lang en ononderbroken stil? Maak daar dan geleidelijk aan komaf mee. Begin met regelmatig even recht te staan en te stappen – elk half uur indien mogelijk.

Beweeg je daarnaast niet veel? Introduceer met mondjesmaat meer beweging in je leven. Want élk beetje beweging is beter dan niks. Probeer bijvoorbeeld dagelijks een paar minuutjes meer te bewegen, in je eigen tempo.

Kies voor haalbare doelen, je hoeft heus niet de Himalaya te beklimmen. Elke stap vooruit, richting de gezondheidsaanbevelingen, is een overwinning. Geef niet op wanneer je eens een terugval kent.

3. Ga elke dag voor een gezonde mix

Maak er een gewoonte van om elke dag zitten, staan en bewegen af te wisselen. Probeer het grootste deel van de dag licht intensief te bewegen tijdens je taken: door bijvoorbeeld te stappen op je werk. Beweeg daarnaast dagelijks een stukje met matige

intensiteit: neem bijvoorbeeld de fiets naar het werk. Gooi je er nog een wekelijkse portie beweging aan hoge intensiteit tegenaan? In de vorm van een sportsessie bijvoorbeeld? Dan speel je volop de gezondheidskaart uit. Vergeet niet om je spieren ook wekelijks te trainen en zo te versterken.

Hoe kan je voldoende bewegen en minder stilzitten?

4. Varieer waar je beweegt en minder zit

Hou je ogen open voor kansen om minder te zitten en meer te bewegen. Beperk het niet tot je vrije tijd, maar denk er ook aan wanneer je onderweg of thuis bent en aan je bureau of op school zit.

5. Ruil minder gezonde keuzes in voor gezonde gewoontes

Zit je vaak lang stil? Kom geregeld van je stoel af en sta even recht of maak een ommetje. Of kies een andere vorm van beweging: ga fietsen in plaats van online te surfen bijvoorbeeld.

Is stilzitten niet zozeer een probleem voor jou, maar wil je actiever en fitter worden? Schakel dan een versnelling hoger: vervang dagelijkse licht intensieve activiteiten door matig intensieve bezigheden. Kuier niet langer, maar zet er stevig de pas in. Dat lukt je sneller dan meteen voor joggen te gaan.

6. Voel je goed

Wissel jij zitten, staan en bewegen af in je dagelijkse leven? Dan hou je daar een goed en fit gevoel aan over. Maar die eerste stappen zijn moeilijk, net als volhouden. Bedenk daarom een beloning voor jezelf, die in je gezonde straatje past. Plan bijvoorbeeld een gezellig tripje met familie of vrienden. Geef jezelf een schouderklopje na een gezonde dag. En vooral: kies iets wat je graag en met volle overtuiging doet. Anders haak je in een-twee-drie af.

7. Denk vooruit en plan

Sluit deals met jezelf – en met anderen. Dat maakt het voor veel mensen gemakkelijker om ook écht minder te zitten en meer te bewegen. Bouw je plan op als volgt:

- ✓ *Wat* ga je doen? Bijvoorbeeld 'Ik kijk voortaan minder tv en ga meer wandelen'.
- ✓ *Waar* ga je het doen? Bijvoorbeeld thuis en in de woonwijk.
- ✓ *Wanneer* ga je het doen en *hoelang*? Bijvoorbeeld elke zaterdagmiddag een kwartier.
- ✓ *Wie* helpt je hierbij of doe je het alleen? Samen bewegen werkt motiverend en is aangenamer. Zeker als gezin: zo spoor jij je kinderen aan en geef je het goede voorbeeld.

Denk vooraf na over mogelijke moeilijkheden. En dokter al oplossingen uit. Pak bijvoorbeeld regenkledij voor op de fiets in, wanneer het bewolkt is. Een voorbereid man is er twee waard!

8. Pas je omgeving aan

Richt je omgeving zodanig in dat je eerst naar de gezonde keuze grijpt. En bemoeilijk het voor jezelf om de minder gezonde optie te kiezen. Je kunt minder lang stilzitten en meer bewegen 'uitlokken'. Leg bijvoorbeeld je wandelschoenen en jas vooraan in de kast, zodat je op de dag van je wandeling minder gemakkelijk ervanonder muist.

De bewegingsdriehoek in kleur

- **Oranje zone**

Sedentair gedrag of lang stilzitten: de Vlaming lust er wel pap van. Sedentair gedrag of lang stilzitten is alles wat je doet terwijl je ligt of zit en waarbij je heel weinig energie verbruikt. Slapen hoort daar niet bij.

We brengen gemiddeld meer dan acht uur per dag zittend door: thuis, op school en op het werk. Ook als we onderweg zijn, zitten we in de auto of op de trein en in onze vrije tijd spelen we met de computer, gaan we naar de bioscoop of lezen we een boek.

Elke dag is een uitnodiging om veel en lang te zitten. En dat is niet oké: een gezonde dag bestaat uit een mix van zitten, staan en bewegen. We voelen ons fysiek en mentaal beter in ons vel als we lang stilzitten beperken én onderbreken, om het half uur als het kan.

Als je op de bewegingsdriehoek kijkt, vind je sedentair gedrag of lang stilzitten dan ook terug in de oranje zone.

- **Lichtgroene zone**

Bewegen is gezond. Daarom heeft bewegen de kleur groen. Daarbij geldt: hoe groener de zone, hoe intensiever de beweging.

In licht intensieve beweging schuilen meer gezondheidsvoordelen dan je denkt... Je vindt licht intensief bewegen dan ook terug in de onderste laag van de groene zone in de bewegingsdriehoek. Probeer alvast het grootste deel van elke dag licht intensief te bewegen tijdens je taken: door bijvoorbeeld staand te computeren, huishoudelijke taken, spelen met het gezin, of de trap te nemen.

- **Middelste groene zone**

Heel wat Vlamingen bewegen te weinig om gezond te zijn. Want gezond bewegen is meer dan slenteren of kuieren. Nochtans is stevig wandelen, tuinieren of fietsen haalbaar voor velen en goed voor lichaam én geest.

Matig intensief bewegen levert je meer gezondheidsvoordeel op dan licht intensieve bewegingen: zowel fysiek als mentaal. Beweeg dagelijks dus ook een stukje aan matige intensiteit. Als je matig intensief beweegt, ga je sneller ademen en slaat je hart sneller. Je bent nog niet buiten adem en je kunt nog gewoon praten. Je vindt deze manier van bewegen terug in de middelste groene zone van de bewegingsdriehoek. De bewegingsintensiteit van de lagen eronder en erboven is respectievelijk lager en hoger.

- **Donkergroene zone**

De donkergroene zone bevindt zich bovenaan in de bewegingsdriehoek. Deze zone staat voor hoog intensief bewegen: lopen, een partijtje basketbal, ...

Het verschil met de middelste en onderste laag? Als je hoog intensief beweegt ga je ook zweten. Bewegen aan hoge intensiteit heeft extra voordelen voor je gezondheid in vergelijking met matig en licht intensief bewegen. Beweeg dus minstens één keer per week hoog intensief voor de mooiste gezondheidsbonus!

And last but not least, probeer ook om je spieren wekelijks te trainen en zo te versterken.

De bewegingsdriehoek is gebaseerd op een uitgebreide literatuurstudie, overleg met experts en focusgroepen met de doelgroep.

Bijlage: Bewegen en stilzitten bij jeugd

(Gezond Leven. Beschikbaar op <https://www.gezondleven.be/files/beweging/aanbevelingen-bsg-volwassenen-en-jeugd.pdf>)



Geraak jij niet aan deze aanbevelingen – bijvoorbeeld omdat je gezondheidstoestand daar een stokje voor steekt? Probeer dan alsnog zoveel mogelijk te bewegen binnen jouw kunnen.



Bijlage: Activité physique et sédentarité des Belges

(Karott – Food In Action. Available at <https://karott.eqnyte.com/dl/oNOFmqQuSb/>)



Bijlage: Vaakst voorkomende tekorten aan micronutriënten na bariatrische chirurgie

(Overgenomen van Busetto L, Dicker D, Azran C et al. *Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management*. *Obes Facts*. 2017;10(6):597-632.)

Busetto et al.: Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management

Table 5. Major vitamins and minerals deficiencies after bariatric surgery: clinical manifestations and estimated frequency according to the bariatric procedure

Deficiency	Key clinical manifestations	Procedure-related frequency
Iron	microcytic anaemia	AGB + SG ++ RYGB, BPD, BPD/DS +++
Vitamin B12	megaloblastic anaemia neurologic abnormalities	SG, RYGB, BPD, BPD/DS ++
Vitamin D (and calcium)	bone demineralization increased risk of fractures	RYGB ++ BPD, BPD/DS +++
Vitamin A	ocular xerosis night blindness symptoms	BPD, BPD/DS +++
Vitamin E	anaemia ophthalmoplegia peripheral neuropathy	BPD, BPD/DS +++
Vitamin K	easy bleeding	BPD, BPD/DS +

AGB = Adjustable gastric banding; SG = sleeve gastrectomy; RYGB = gastric bypass; BPD = biliopancreatic diversion; BPD/DS = biliopancreatic diversion with duodenal switch.

Bijlage: Aanbevelingen voor zwangerschap na bariatrische chirurgie

(Uit: Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. Obesity Reviews. 2019;0(0).)

✓ Healthy pregnancies after bariatric surgery



Contraception

- Postpone pregnancy until weight has stabilised
- Avoid oral contraception and encourage long-acting reversible contraceptive methods such as IUD



Diet

- Reduce quick-absorbing carbohydrates and opt for protein and low glycaemic index alternatives
- Avoid caffeine and alcohol
- Frequent, smaller meals



Surgical issues

- Inflate and deflate LAGB according to hyperemesis, GWG, and fetal growth
- Assess for internal herniation when abdominal pain is reported and treat promptly



Diabetes

- Avoid OGTT due to risk of dumping syndrome
- Monitor HbA1c every trimester if personal history of diabetes or risk factors
- CGM or seven point CBG between 24 and 28 weeks



Supplements

Vit D >40mcg Iron 45-60mg
Vit E 15mg Copper 2mg
Vit K 90-120µg Selenium 50µg
Thiamine >12mg
Zinc 8-15mg per 1mg copper
Calcium 1200-1500mg
Vit A 5000IU (B-carotene)
Folic acid 0.4mg, 4-5mg for GDM/obesity



Mental health

- Screen for substance abuse, anxiety, or other mental health disorders
- Offer follow up during and after pregnancy



Fetal monitoring

- Monitor fetal growth every trimester
- Assess for congenital anomalies or developmental problems such as intracranial bleeds



Gestational weight gain

- Monitor GWG according to IOM guidelines and screen for associated complications if necessary



Nutrient levels

- Check serum indices (micronutrients, protein and albumin, FBC, INR) after surgery, preconception, and every trimester in pregnancy and supplement as necessary



Breastfeeding

- Breast milk is not compromised after surgery and breastfeeding is recommended
- Monitor maternal micronutrients during lactation

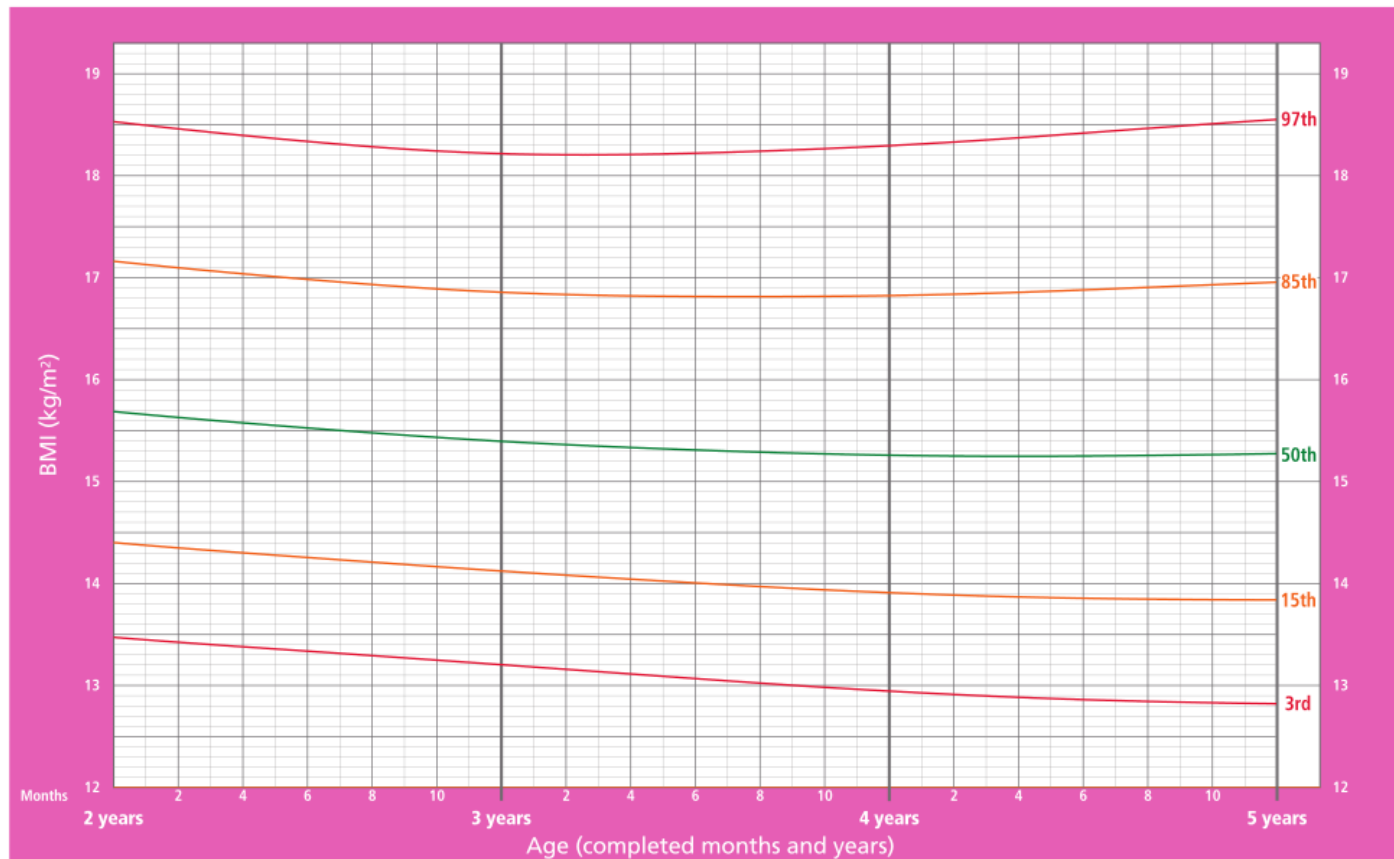
Pregnancy after bariatric surgery: consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care (2019)
Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, Neff K, Hart K, Heslehurst N, Stotl I, Agrawal S, Steegers-Theunissen R, Taheri S, Greenslade BV, Rankin J, Huda MSB, Douek IF, Galjaard S, Blumenfeld O, Robinson A, Whyte MB, Mathews E, Devlieger R.

Bijlage: BMI-groecurven van de Wereldgezondheidsorganisatie

Internationale BMI-groecurven voor meisjes en jongens van 2–5 en 5–19 jaar; overgenomen van de websites “WHO child growth standards” en “WHO growth reference data for 5–19 years” (https://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/ en <https://www.who.int/growthref/en/>).

BMI-for-age GIRLS

2 to 5 years (percentiles)

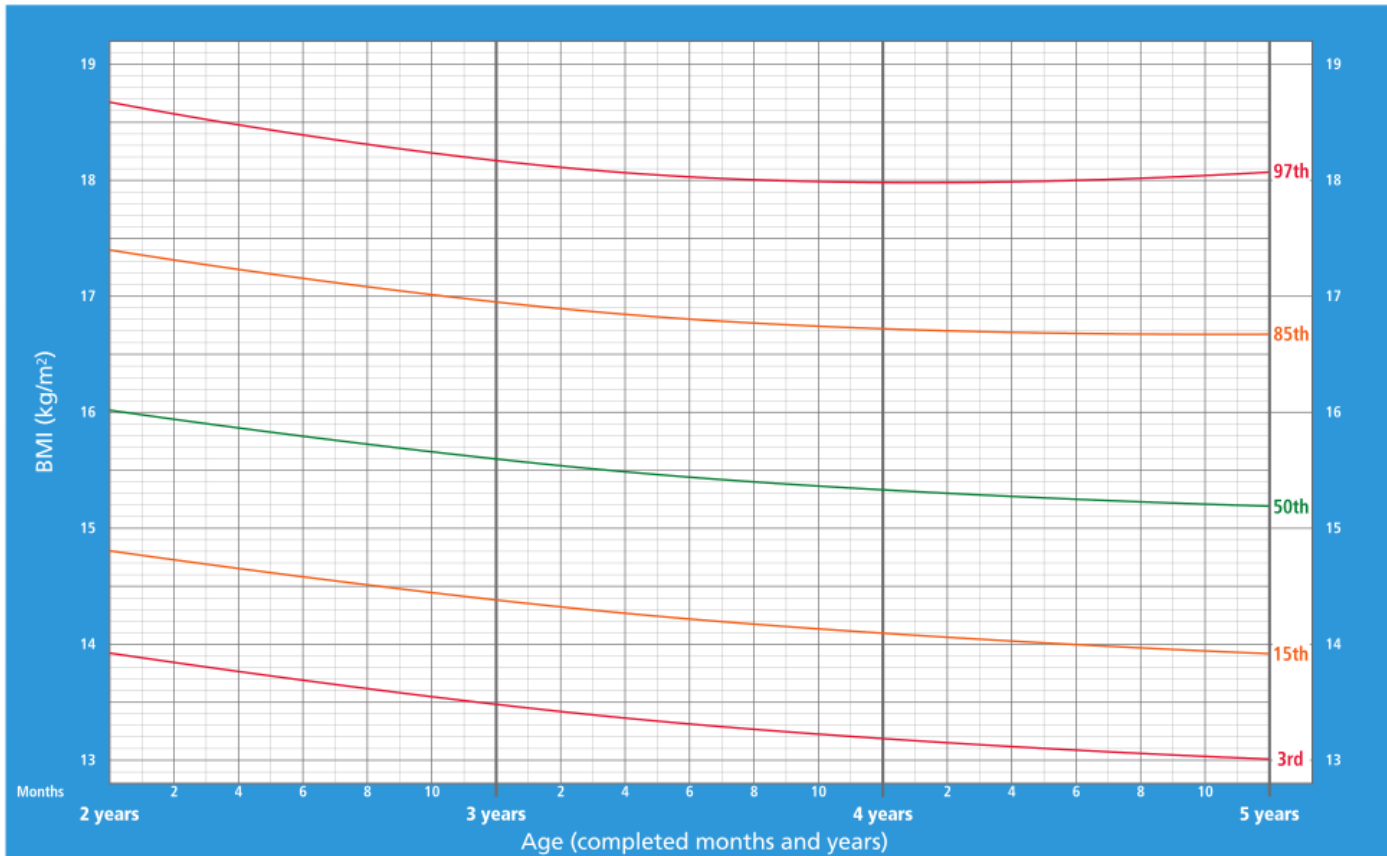


WHO Child Growth Standards

Overgenomen van https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_bfa_girls_p_2_5.pdf?ua=1; datum van toegang: 11 maart 2019.

BMI-for-age BOYS

2 to 5 years (percentiles)

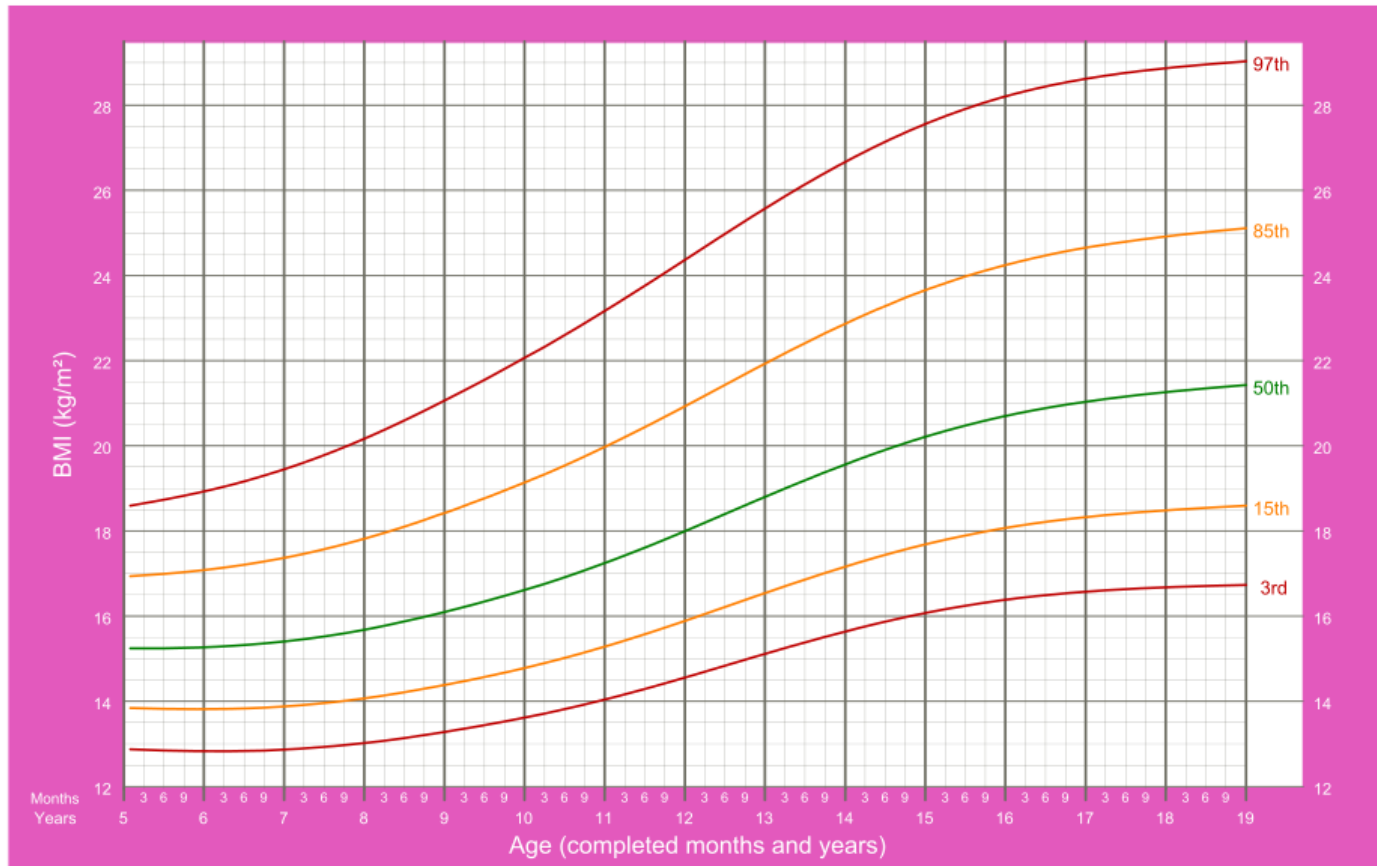


WHO Child Growth Standards

Overgenomen van https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_bfa_boys_p_2_5.pdf?ua=1; datum van toegang: 11 maart 2019.

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)

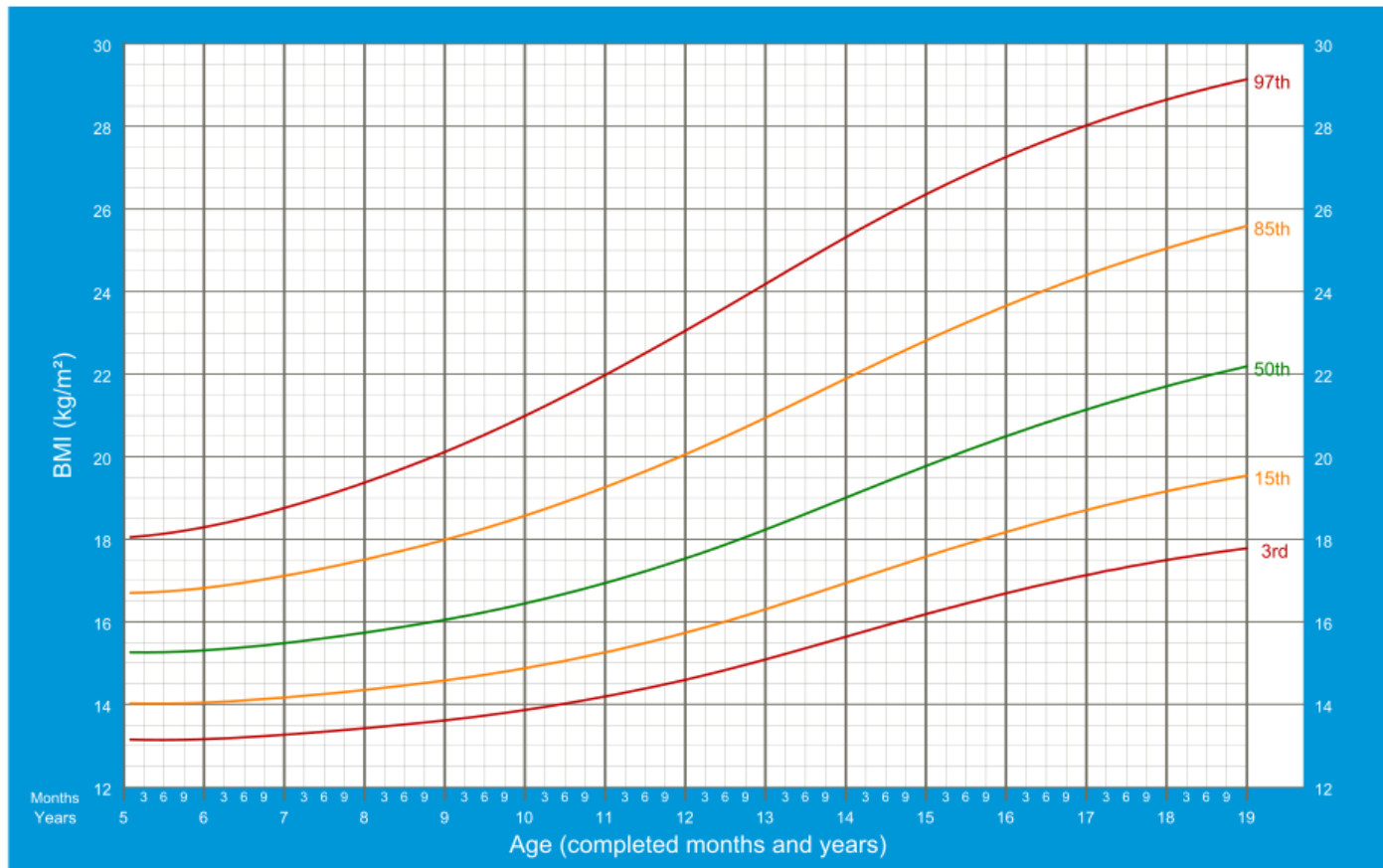


2007 WHO Reference

Overgenomen van https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_perc_5_19years.pdf?ua=1; datum van toegang: 11 maart 2019.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

Overgenomen van https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_perc_5_19years.pdf?ua=1; datum van toegang: 11 maart 2019.

Bijlage: Screening voor comorbiditeiten bij kinderen met overgewicht of diabetes

(Overgenomen van Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, et al. *Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(3):709-57. PubMed PMID: 28359099. Pubmed Central PMCID: PMC6283429. Epub 2017/03/31. eng.)

Comorbidity	Tests and Interpretation	Source
Prediabetes HbA1c	5.7% to <6.5% (39 to <48 mmol/mol) (note the unpredictability of this test in pediatrics in the text) ^a	American Diabetes Association (59)
IFG (verify fasting status)	Fasting plasma glucose of ≥100 but <126 mg/dL (≥5.6 but <7.0 mmol/L)	
IGT (if OGTT is used)	Two-hour glucose of ≥140 but <200 mg/dL (≥7.8 but <11.1 mmol/L)	
Diabetes mellitus	HbA1c ≥ 6.5% (≥48 mmol/mol) ^{a,b} Fasting plasma glucose of ≥126 mg/dL (≥7.0 mmol/L) (fasting is defined as no caloric intake for 8 h) ^b Two-hour plasma glucose of ≥200 mg/dL (≥11.1 mmol/L) during an OGTT ^b In a patient with classic symptoms of hyperglycemia, a random plasma glucose of ≥200 mg/dL	American Diabetes Association (59)
Dyslipidemia	Fasting lipids Triglycerides (mg/dL) (multiply by 0.0113 to convert to mmol/L): 0–9 y < 75 (acceptable), 75–99 (borderline high), ≥100 (high); 10–19 y < 90 (acceptable), 90–129 (borderline high), ≥130 (high) LDL cholesterol (mg/dL) (multiply by 0.0259 to convert to mmol/L):	Expert Panel Summary Report (58)

Comorbidity	Tests and Interpretation	Source
	<110 (acceptable), 110–129 (borderline high), ≥130 (high) Total cholesterol (mg/dL) (multiply by 0.0259 to convert to mmol/L): <170 (acceptable), 170–199 (borderline high), ≥200 (high) HDL cholesterol (mg/dL) (multiply by 0.0259 to convert to mmol/L): <40 (low), 40–45 (borderline low), >45 (acceptable) Non-HDL cholesterol (mg/dL) (multiply by 0.0259 to convert to mmol/L) (can be nonfasting) <120 (acceptable), 120–144 (borderline high), ≥145 (high)	
Prehypertension and hypertension	3–11 y: (standardized according to sex, age, and height percentile) BP > 90th percentile to <95th percentile = prehypertension BP ≥ 95th percentile to <99th percentile + 5 mm Hg = stage 1 HTN BP ≥ 99th percentile + 5 mm Hg = stage 2 HTN 12–17 y: (standardized according to sex, age, and height percentile) BP of >90th percentile to <95th percentile or >120/80 = prehypertension BP ≥ 95th percentile to <99th percentile + 5 mm Hg = stage 1 HTN BP ≥ 99th percentile + 5 mm Hg = stage 2 HTN 18 to 21 y:	Expert Panel Summary Report (58); Mancia <i>et al.</i> , 2013 (61)

Comorbidity	Tests and Interpretation	Source
	BP $\geq$ 120/80 to 139/89 mm Hg = prehypertension	
	BP $\geq$ 140/90 to 159/99 mm Hg = stage 1 HTN	
	BP $\geq$ 160/100 to 179/109 mm Hg = stage 2 HTN	
	BP $>$ 180/110 mm Hg = stage 3 HTN	
NAFLD	ALT $>$ 25 U/L (boys) and $>$ 22 U/L (girls)	Schwimmer <i>et al.</i> , 2010 (62)
PCOS	Free and total testosterone and SHBG, per Endocrine Society PCOS guidelines ^c	Legro <i>et al.</i> , 2013 (63)
Obstructive sleep apnea	If positive history, refer to pulmonary for nocturnal polysomnography and if not available overnight oximetry	Wise <i>et al.</i> , 2011 (48)
Psychiatric	If positive history, refer to mental health specialist	Zamethkin <i>et al.</i> , 2004 (51)

To convert mg/dL to mmol/L, multiply by 0.0555 for glucose, 0.0259 for cholesterol, and 0.0113 for triglycerides.

Abbreviations: BP, blood pressure; HDL, high-density lipoprotein; HTN, hypertension; IFG, impaired fasting glucose; IGT, impaired glucose tolerance; LDL, low-density lipoprotein; NAFLD, non-alcoholic fatty liver disease; OGTT, oral glucose tolerance test (1.75 g/kg, maximum 75 g); PCOS, polycystic ovary syndrome.

^aThe test should be performed in a laboratory using a method that is NGSP certified and standardized to the DCCT assay.

^bIn the absence of unequivocal hyperglycemia, should be confirmed by repeat testing.

^cGiven variability in testosterone levels and the poor standardization of assays, it is difficult to define an absolute level that is diagnostic of PCOS or other causes of hyperandrogenism (familiarity with local assays recommended) (63). The preferred assay is HPLC tandem mass spectroscopy (64). [Derived from (a) ADA, 2014 (60); (b) Expert Panel 2011 (58); (c) Schwimmer *et al.*, 2010 (62); (d) Legro *et al.*, 2013 (63); (e) Wise *et al.*, 2011 (48); (f) Zametkin *et al.*, 2004 (51)].

Referenties in de tabel:

48. Wise MS, Nichols CD, Grigg-Damberger MM *et al.* Executive summary of respiratory indications for polysomnography in children: an evidence-based review. *Sleep*. 2011;34(3):389-398AW.

51. Zametkin AJ, Zoon CK, Klein HW *et al.* Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(2):134-150.

58. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents - National Heart Lung and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics*. 2011;128 Suppl 5:S213-256.
59. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S81-90.
60. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S14-80.
61. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31(7):1281-1357.
62. Schwimmer JB, Dunn W, Norman GJ et al. SAFETY study: alanine aminotransferase cutoff values are set too high for reliable detection of pediatric chronic liver disease. *Gastroenterology*. 2010;138(4):1357-1364, 1364 e1351-1352.
63. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(12):4565-4592.
64. Rosner W, Auchus RJ, Azziz R et al. Position statement: Utility, limitations, and pitfalls in measuring testosterone: an Endocrine Society position statement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(2):405-413.

Bijlage: Edmonton Obesity Score Staging System – pediatrisch classificatiehulpmiddel (EOSS-P)

(Overgenomen van Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine JP et al. *The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. Paediatr Child Health.* 2016;21(1):21-26.)

EOSS-P: Edmonton Obesity Staging System – Pediatrics Staging Tool	Stage 0	• Metabolic: No metabolic abnormalities • Mechanical: No functional limitations • Mental: No psychopathology • Milieu: No parental, familial or social environment concerns
	Stage 1	• Metabolic: Mild metabolic abnormalities (i.e. IGT, pre-hypertension, mild lipid abnormalities, mild fatty infiltration of liver/elevation in transaminases) • Mechanical: Mild bio-mechanical complications (i.e. OSA not requiring PAP therapy, mild MSK pain not interfering with ADL, GERD) • Mental: Mild psychopathology, ADHD, LD, mild body image pre-occupation, occasional emotional/binge eating, bullying, mild developmental delay • Milieu: Minor problems in relationships, minor limitations in caregivers ability to support child's needs
	Stage 2	• Metabolic: Moderate metabolic complications requiring pharmacotherapy (i.e. Type 2 Diabetes, Hypertension, lipid abnormalities, PCOS, moderate to severe fatty infiltration of liver) • Mechanical: Moderate bio-mechanical complications (i.e. OSA requiring PAP therapy, GERD, MSK pain limiting activity, moderate limitations in ADLs) • Mental: Moderate mental health issues (i.e. major depression, anxiety, frequent binge, significant body image disturbance, moderate developmental delay) • Milieu: Moderate problems in relationships, significant bullying at home or at school, significant limitations in caregivers ability to support child's needs
	Stage 3	• Metabolic: Uncontrolled metabolic complications (i.e. T2DM (+ complications/ not meeting glycemic targets), uncontrolled hypertension, FSGS, markedly elevated liver enzymes and/or liver dysfunction, symptomatic gall stones, marked lipid abnormalities) • Mechanical: OSA requiring PAP therapy and suppl. oxygen, limited mobility, shortness of breath sitting/sleeping • Mental: Uncontrolled psychopathology, school refusal, daily binge eating, severe body image disturbance • Milieu: Severe problems in relationships, caregivers unable to support child's needs (may include exposure to family violence), dangerous environment (home, neighbourhood or school)

ADHD, Attention deficit hyperactivity disorder; ADL, Activities of daily living; FSGS, Focal segmental glomerulosclerosis; GERD, Gastroesophageal reflux disease; IGT, Impaired glucose tolerance; LD, Learning disability; MSK, Musculoskeletal; OSA, Obstructive sleep apnea; PAP, Positive airway pressure; PCOS, Polycystic ovary syndrome; Suppl, Supplemental; T2DM, Type 2 diabetes mellitus.

Bijlage: Communicatie over eetgedrag en gewicht

Na geslacht en leeftijd is gewicht de belangrijkste bron van discriminatie, op een vergelijkbaar niveau als etnische discriminatie¹. Mensen met een eetstoornis of gewichtsprobleem krijgen vaak met stigmatisering te maken. Helaas zijn volgens de publieke opinie in veel gevallen (verkeerdelijk) deze problemen de schuld van de patiënt zelf. Men is bijvoorbeeld van mening dat mensen met obesitas ‘minder moeten eten en meer moeten bewegen’ en dat mensen met een eetstoornis een gebrek aan weerstand hebben voor de ‘normale’ socioculturele druk om mager te zijn.

Mensen die geen gewichtsprobleem hebben, ervaren ook een negatief effect van deze stigmatiserende boodschappen, vooral wanneer ze niet tevreden zijn met hun lichaam. Ze kunnen stress ervaren als reactie op stigmatiserende boodschappen (zoals in de media) en zich minder in staat voelen hun eetgedrag te beheersen. Ze kunnen ook vooroordelen ontwikkelen tegenover mensen met een eetstoornis of gewichtsprobleem.

Gewicht kan in veel mindere mate beheerst worden dan wat de sociale perceptie en de dieetindustrie ons doen geloven. Heel wat betrokken factoren vallen slechts gedeeltelijk onder onze eigen controle². Een normaal gewicht garandeert niet noodzakelijk een goede gezondheid, net als overgewicht of ondergewicht niet hetzelfde zijn als een ziekte^{3, 4}. Evolueren naar een gezondere levensstijl en de daarmee gepaard gaande verbetering in de gezondheid, kan in principe bij elk gewicht worden bereikt⁵.

Op basis van al deze informatie is het duidelijk dat men voorzichtig moet zijn bij de communicatie over voeding, lichaamsbeweging en gewicht. Anders kan dit bijdragen tot het stigma en een ongewenste obsessie met voeding, gewicht en lichaamsvormen tot gevolg hebben. Boodschappen tegen obesitas die niet op voorhand zorgvuldig werden overwogen, kunnen een negatief lichaamsbeeld of een ongezond dieet bevorderen, wat het risico op eetstoornissen verhoogt. Als gevolg moeten boodschappen over obesitas en de preventie van eetstoornissen in de communicatie worden ingebouwd.

De pijlers van alle communicatie over gewicht en eetgedrag zijn: 1) stigmatisering op basis van lichaamsgewicht en -vorm vermijden en 2) vermijden het risico op eetstoornissen te verhogen. Wat betreft stigmatisering dient vermeden te worden een gevoel van schuld op te roepen of het idee dat overgewicht alleen onder de controle van de patiënt valt. Een communicatie die in het verlengde ligt van de zelfbeschikkingstheorie en motivationele interviewtechnieken kan bijdragen tot minder stigmatisering. Dat geldt ook voor taal die mensen op de eerste plaats zet, zich richt op de verbetering van de gezondheid

in plaats van gewichtsverlies en die zorgt voor een gelijke (medische) behandeling voor iedereen, ongeacht hun gewicht of eetgedrag. Wat betreft de preventie van eetstoornissen, dient een zwart-witdenken over voeding ('goed' of 'slecht') te worden vermeden, evenals ongezonde gewichtscontrolepraktijken of ontevredenheid met het lichaam.

Communicatie over gewicht en eetgedrag bij kinderen dient de normale ontwikkeling van hun eetgedrag en lichaamsbeeld te ondersteunen en de ouders voor te lichten over hoe ze dat correct kunnen doen zonder dat de ouders zich te veel zorgen gaan maken en controle- of voedingsstrategieën gaan ontwikkelen die contraproductief blijken te zijn.

Hieronder geven we advies rond communicatiestrategieën voor zorgverleners en ouders om gewicht en eetgedrag op een positieve manier te bespreken zonder een stigma te creëren of eetstoornissen te bevorderen.

COMMUNICATIESTRATEGIEËN VOOR ZORGVERLENERS

Zorgverleners worden als referentiefiguur in de maatschappij beschouwd. Een correcte en niet-oordelende communicatie van zorgverleners naar de algemene bevolking, en met name patiënten, is van cruciaal belang. Het vermeerderd de gezondheidsvoordelen van de gewichtsbehandeling en preventieplannen en helpt stigma's, eetstoornissen en de ontwikkeling van andere complicaties voorkomen. Als het stigma van zorgverleners afkomstig is, zijn patiënten bijvoorbeeld, meer geneigd afspraken over te slaan, wat het risico voor hun gezondheid verhoogt.

Om een ondersteunende, niet-oordelende omgeving te creëren, kunnen zorgverleners verschillende strategieën hanteren⁶:

1. Om stigma's te bestrijden:

- a) Respect voor verschillende lichaamsvormen en -maten bevorderen.
- b) Taal vermijden die impliciet of expliciet 'anti-vet'-boodschappen inhoudt (zowel vet in voeding als vetweefsel bij mensen), zoals 'vet is slecht' of 'mensen met obesitas eten te veel'.
- c) Taal vermijden die gericht is op het fysieke uiterlijk zoals 'dun', 'mager' en 'dik'.
- d) Nadenken over uw eigen mening rond eten en gewichtsproblemen en de mogelijke impact op patiënten.
- e) Controleren op interne stigma's van de patiënt en uw patiënt helpen met moeilijke of pijnlijke stigmatiserende situaties om te gaan.

- f) De patiënt benaderen als een persoon in al zijn/haar facetten en niet als een ‘aandoening’.
 - g) Praten met de patiënt volgens de motivatietheorie (motivationale interviews, zelfbeschikkingstheorie). Bijvoorbeeld, eerst een vertrouwensrelatie opbouwen, dan om toestemming vragen om gewicht te bespreken, vragen wat de persoon al heeft geprobeerd, wat heeft geholpen en wat niet, samen doelen bepalen.
 - h) Advies geven dat in lijn ligt met de behoefte voor autonomie, verwantschap en competentie van de patiënt.
 - i) De patiënt benaderen vanuit zijn/haar sterke punten en hem/haar zelfvertrouwen geven, door te wijzen op de inspanningen die hij/zij al heeft gemaakt.
2. Een eenzijdige focus op gewicht vermijden. Zich meer richten op de voordelen voor de gezondheid en een gezonde levensstijl:
- a) Boodschappen dienen als doel te hebben gezondheid en een gezonde levensstijl te bevorderen in plaats van zich te richten op gewicht (of gewichtsverlies). De nadruk leggen op gewicht alleen draagt bij tot het overdenken van gewicht en lichaamsvormen en tot een negatieve houding rond overgewicht. Dat heeft op zijn beurt schadelijke gevolgen voor het fysieke, sociale en psychologische welzijn.
 - b) Focus op de voordelen van een gezonde levensstijl, niet op de risico's van ongezond gedrag.
 - c) Overbrengen dat gewicht niet hetzelfde is als een (on)gezonde levensstijl.
 - d) Verandering van gedrag benadrukken, niet het gewicht op de weegschaal.
 - e) De boodschap overbrengen dat een gezond dieet gebaseerd is op drie principes: variatie, geschikte portiegrootte en balans. Een goed dieet bevat gevarieerde voeding, maar sluit bepaalde voeding niet helemaal uit (geen ‘verboden’ voeding). Voeding is niet op zich ‘ongezond’, zolang alles met mate wordt gegeten en onderdeel vormt van een gebalanceerd dieet.
3. Een positief lichaamsbeeld en welzijn bevorderen:
- a) Positieve boodschappen gebruiken om de ontwikkeling van een positief lichaamsbeeld te bevorderen, samen met realistische en gezonde fysieke doelen.

- b) Gezondheid wordt gedefinieerd door meer factoren dan voeding alleen. Sociale, emotionele en fysieke aspecten dragen ook bij tot onze gezondheid. Benadruk dus niet alleen voldoende fysieke activiteit en gezonde voedingskeuzen, maar bevorder ook het zelfbeeld, sociale contacten en tevredenheid met het eigen lichaam.
- c) Om mensen aan te moedigen meer te bewegen (en minder stil te zitten) dient hun motivatie te worden aangewakkerd door de nadruk te leggen op plezier en genieten van lichaamsbeweging (zoals activiteiten kiezen die ze graag doen, samen met een vriend aan lichaamsbeweging doen). Gewichtsverlies en ontevredenheid met het lichaam zijn geen goede motivatie voor gedragsverandering op lange termijn.
- d) Wees voorzichtig bij het benadrukken van de symptomen of effecten van eetstoornissen. Boodschappen hierover kunnen hun prevalentie verhogen.

Zorgverleners dienen ook bepaalde praktijken te vermijden die stigma's en/of eetstoornissen tot gevolg kunnen hebben:

- a) Creëer geen gevoelens van angst of schuld in een poging mensen 'wakker te schudden' (zoals mensen bang maken van bepaalde voeding, 'anti-vet'-boodschappen gebruiken of 'dik zijn' stigmatiseren).
- b) Zorg ervoor dat uw werkomgeving en materiaal aangepast is voor alle doelgroepen. Zorg er bijvoorbeeld voor dat uw medisch materiaal geschikt is voor mensen met obesitas. Vervang modemagazines in de wachtkamer (waarin meestal alleen magere modellen en advertenties voor crashdiëten staan) door niet-stigmatiserende alternatieven, zoals vrijetijds- of reismagazines.
- c) Vermijd minder tijd te besteden aan consultaties of minder alternatieve hypothesen te onderzoeken bij gezondheidsproblemen van personen met een gewichtsprobleem.

COMMUNICATIESTRATEGIEËN VOOR OUDERS

Ouders spelen een belangrijke rol bij de behandeling van de obesitas van hun kind of de preventie ervan. Zorgverleners dienen ouders informatie te geven om hun kinderen te ondersteunen bij een gezonde levensstijl, zoals hoe te praten en handelen met betrekking tot gewicht en eetgedrag. Hieronder geven we een aantal communicatiestrategieën die ouders kunnen volgen om hun kinderen te ondersteunen bij de ontwikkeling van een gezonde levensstijl en een positief lichaamsbeeld en om stigma's en het risico een eetstoornis te ontwikkelen te voorkomen⁷.

1. Vermijd een eenzijdige focus op gewicht. Focus in plaats daarvan op een gezonde levensstijl:

- a) Een gezond zelfbeeld wordt beïnvloed door verschillende aspecten in verschillende levensdomeinen. Laat uw zelfbeeld niet bepaald worden door uw gewicht alleen. Fungeer als voorbeeld voor uw kind door uw lichaam te aanvaarden.
- b) Verspreid geen negatieve ideeën over overgewicht of obesitas (zoals 'mensen die overgewicht hebben, hebben geen zelfcontrole').
- c) Bied uw kinderen leeftijdsgeschikte informatie over een gebalanceerd dieet en een correct niveau van fysieke activiteit volgens de aanbevelingen rond voeding en fysieke activiteit (zie bijlagen 'Voedingsdriehoek (Gezond Leven)', 'Pyramide alimentaire (Food in Action)', 'Activité physique et sédentarité des Belges', 'Bewegen en stilzitten bij volwassenen' en 'Bewegen en stilzitten bij jeugd').
- d) Leer uw kinderen het belang van een regelmatig eetpatroon (drie hoofdmaaltijden en twee tot drie gebalanceerd snacks) en voldoende slaaptijd.
- e) Oefen niet al te veel controle uit over *hoeveel* uw kinderen eten, wanneer ze 'veel' of 'te weinig' lijken te eten. Vertrouw op de homeostatische regulering van uw kinderen (gevoelens van honger en verzadiging).
- f) Oefen niet al te veel controle uit over *wat* uw kinderen eten; verboden voeding wordt er alleen maar aantrekkelijker op.
- g) Vermijd ruzie maken aan tafel. Aan tafel moet de regel van de 'verdeling van de verantwoordelijkheid' worden toegepast: ouders beslissen welk eten wordt aangeboden en wanneer dit wordt aangeboden en het kind beslist of en hoeveel ze eten. U mag uw kind niet straffen wanneer ze kleine hoeveelheden voedsel hebben gegeten of belonen voor een leeg bord. Wanneer een kind tijdens een maaltijd niet veel, of zelfs bijna niets eet, kunt u daar best niet te veel aandacht aan besteden. Geef hen echter geen snacks of dranken (met veel calorieën en weinig voedingswaarde) tot de volgende maaltijd. Kinderen kunnen ook om meer eten vragen als ze nog steeds honger hebben, hoewel ze niet verplicht zijn dit ook helemaal op te eten. Het is belangrijk dat de ouders beslissen welke voeding als extra portie wordt aangeboden.

2. Bevorder een gebalanceerd eetgedrag:

- a) Leer uw kinderen drie hoofdmaaltijden en twee tot drie gebalanceerde snacks per dag te eten. Geef als ouder het goede voorbeeld.
- b) In plaats van beloning en straf als strategieën te gebruiken, dient u uw kinderen te 'verleiden' tot het eetgedrag dat u wilt zien. Stimuleer hun zintuigen (laat hen nieuw eten, bijvoorbeeld, ruiken, smaken, zien en aanraken). Laat kinderen in de keuken helpen. Presenteer gezonde voeding op een aantrekkelijke, interessante manier.
- c) Instrueer uw kinderen over porties als ze hun eigen eten nemen, zoals: 'Begin nu met één lepel en later kan je nog meer nemen'.
- d) Zorg ervoor dat de gezondste keuze de gemakkelijkste keuze is. Leer uw kinderen hoe ze (veilig) fruit en groenten kunnen bereiden die 'klaar zijn om te eten'.
- e) Houd gebalanceerde voeding in het zicht van kinderen. Plaats, bijvoorbeeld, een fruitmand binnen handbereik. Zorg ook voor voldoende afwisseling bij wat u aanbiedt (zoals fruit en groenten), om het interessant te houden.
- f) Wissel snacks met een hoog suiker- en vetgehalte slechts beperkt af, houd ze uit het zicht en houd ze weg van de tv. Maar verbied uw kind niet deze snacks te eten. Zich van tijd tot tijd trakteren kan geen kwaad.

3. Bevorder kritisch denken (ook tegen het slankheidsideaal):

- a) Wijs jongeren erop dat de populaire media verschillende technieken gebruiken om beelden te creëren die in het verlengde liggen van het slankheidsideaal, maar die in de meeste gevallen niet overeenstemmen met de realiteit.
- b) Bekijk uw eigen idealen en gedrag als ouder van dichterbij: probeert u het slankheidsideaal waar te maken? Volgt u 'crashdiëten'? Bekritiseert u mensen die zijn aangekomen of die een beetje zwaarder zijn dan anderen? Vergeet niet dat u een rolmodel bent voor uw kinderen.
- c) Moedig kritisch denken over sociale media aan, zoals: toont u altijd een positief, perfect en gelukkig beeld van uzelf op sociale mediakanalen? Of kunt u ook een ander beeld neerzetten?

4. Bevorder een positief lichaamsbeeld en welzijn:

- a) Zorg ervoor dat kinderen en jongeren zich goed voelen in hun omgeving.

- b) Leer hen voor hun lichaam te zorgen en te ontdekken wat hun lichaam kan doen (u kunt met hen zingen en dansen, iemand omarmen, gaan waar u wilt...).
- c) Gebruik ontevredenheid met het lichaam niet als motivatie voor een verandering van gedrag/levensstijl.
- d) Moedig hobby's en interesses aan.
- e) Geef uw kind een compliment over hun inspanning en de manier waarop ze iets hebben aangepakt, niet over het resultaat.
- f) Durf vergissingen te begaan. Toon uw kind dat ze van hun vergissingen kunnen leren.

5. Vermijd taal die impliciet of expliciet een 'anti-vet'-boodschap verspreidt:

- a) Vermijd zwart-witbeweringen zoals 'je moet...' en 'je mag niet...' en taal die gericht is op het fysieke uiterlijk, zoals 'mager' of 'dik'. Vermijd uw kind 'dik' te noemen of hun uiterlijk op een andere negatieve manier te beschrijven. Een dergelijke opmerking kan door een kind worden geïnterpreteerd alsof ze iets verkeerd doen of alsof niemand van hen houdt.
- b) Vermijd taal die impliciet of expliciet 'anti-vet'-boodschappen verspreid, zoals 'dik is slecht' en 'iemand met overgewicht is ongezond'.
- c) Geef de voorkeur aan positieve boodschappen die een positief lichaamsbeeld bevorderen en realistische en gezonde fysieke doelen stellen. Vraag bijvoorbeeld: 'Wat heeft je lichaam nodig om de nodige energie te hebben om alles te doen wat je leuk vindt?' of 'Hoeveel lichaamsbeweging heb je nodig om je fit te voelen?'. Vermijd beweringen zoals: 'Je zou meer moeten bewegen want je bent te dik'.

6. Zet eetstoornissen niet in de schijnwerpers:

- a) U hoeft uw kinderen niet te waarschuwen tegen eetstoornissen (of obesitas of ziekte). Hierdoor vestigt u er alleen maar meer aandacht op en kunt u problematisch (eet)gedrag normaliseren.
- b) Als het eetgedrag van uw kinderen verschillende aspecten van hun leven op een negatieve manier beïnvloedt (school, sociaal contact met vrienden, hobby's, enz.), dient u professionele hulp in te roepen. Als ouder kunt u in de rol van zorgverlener en ondersteunende persoon blijven; u hoeft geen professionele zorgverlener te worden.

Kader. Meer leesmateriaal en extra bronnen

Brochures over verschillende aspecten van een gezonde levensstijl (zoals zelfvertrouwen en emotionele regulering)

- Gezonde leefstijl: tips voor jongeren. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Fiche_jongeren_Final.pdf
- Gezonde leefstijl: tips voor ouders. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal-aug-gezonde-leefstijl_Final.pdf

Brochures en websites om de normale ontwikkeling van eetgedrag te ondersteunen

- Aan tafel: tips voor ouders. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal_juni_Final.pdf
- De normale ontwikkeling van eetgedrag ondersteunen: belangrijke boodschappen. Tips voor zorgfiguren. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/07/Groeiwijzer-Samenvattingsfiche_en_tips_EE.pdf
- Website for parents of children and adolescents from 'Vlaams Instituut Gezond Leven': www.gezondopvoeden.be
- Website from 'Kind en Gezin' for parents of young children: www.kindengezin.be/voeding-en-beweging/eten-en-drinken/

Brochures over (niet-stigmatiserende) communicatie rond eetgedrag en gewicht

- Niet-stigmatiserend communiceren: tips voor hulpverleners. http://www.draaiboeken.eetexpert.be/static/uploads/basisdraaiboek/Fiche_Stigmatisering_Hulpverleners.pdf
- Communiceren over gewicht en gezondheid: tips voor ouders. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal-September_Final.pdf
- Communiceren rond eetgedrag en gewicht: tips voor ouders. https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/07/Fiche_Communiceren_Eten_Gewicht.pdf

Brochures over twee bekende, gedeelde risicofactoren van eetstoornissen en gewichtsproblemen: voedingsbeperking en lichaamsontevredenheid

- Zomerlijf – Tips voor ouders over het ondersteunen van een positief lichaamsbeeld bij hun kinderen https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal_juli_Final.pdf

- Voedingsbeperking: wat voor kwaad kan het? – Brochure voor zorgverleners en burgers: https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal_Lijnen_Final.pdf

Gezondheid in alle beleidsvorming: aanbevelingen voor verschillende omgevingen

- Werk: https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/09/HIAP_werk.pdf
- School: https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/09/HIAP_Onderwijs.pdf
- Lokale overheid: https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/09/HIAP_lokale_besturen.pdf

REFERENTIES

1. Maïano, C. and A. Aimé, *Weight-based stigmatization: A special issue on determinants, mediating mechanisms, and intervention programs*. Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 2017. **67**(3): p. 113-115.
2. Vartanian, L.R. and J.M. Smyth, *Primum non nocere: obesity stigma and public health*. J Bioeth Inq, 2013. **10**(1): p. 49-57.
3. Estour, B., et al., *Differentiating constitutional thinness from anorexia nervosa in DSM 5 era*. Psychoneuroendocrinology, 2017. **84**: p. 94-100.
4. Tomiyama, A.J., et al., *Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012*. Int J Obes (Lond), 2016. **40**(5): p. 883-6.
5. Northern Health, *Position on health, weight and obesity*, N.H. Canada, Editor. 2012.
6. Eetexpert. *Tips voor niet-stigmatiserend communiceren over gewicht, lichaamsvormen, & eet-/gewichtproblemen—voor hulpverleners.*; Available from: http://www.draaiboeken.eetexpert.be/static/uploads/basisdraaiboek/Fiche_Stigmatisering_Hulpverleners.pdf
7. Eetexpert. *Gewicht en gezondheid: Tips voor ouders*. Available from: https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/08/Ondersteuningsmateriaal-September_Final.pdf.