Voedingswijzer

Naar toegankelijke en betrouwbare voedingsinformatie voor ouders met jonge kinderen

Eindrapport

Auteurs

Axelle Beuselinck
Kaat Lauwers
Elisabet Van Wymeersch
Billie Vinck

September 2026

AP HOGESCHOOL ANTWERPEN

AP FOR PROFESSIONALS

Met inbreng van

Aeshah Al-Aboosi
Zeliha Bayrakli
Zahraa Kamaleddin
Sofi Vanparijs

Dit rapport maakt onderdeel uit van het Voedingswijzer-project, een onderzoek binnen het **Kenniscentrum Stadkracht** naar het toegankelijker maken van correcte voedingsinformatie voor ouders met jonge kinderen.

Het is een uitgave van **AP Hogeschool**, en werd mogelijk gemaakt door PWO-middelen.

Het onderzoek liep van september 2024 tot september 2026.

Aanvullende informatie over dit project is beschikbaar via de projectwebsite: Toegankelijkheid van voedingsinformatie (Voedingswijzer) | AP Hogeschool

AP HOGESCHOOL ANTWERPEN

Inhoudsopgave

Inleiding 7

Doelstelling 8

Leeswijzer 9

Verantwoording onderzoeksfocus 10

Deurne als focusgebied 11

Ouders met kinderen ≤12 jaar 12

Ouders in een maatschappelijk kwetsbare situatie 12

Deel 1 | Bevraging ouders van jonge kinderen 14

Methodologie 15

Survey ouders 15

Interviews en focusgroepen ouders 17

Resultaten 22

Belangrijkste inzichten uit de survey met ouders 22

Inzichten uit de interviews en focusgroepen met ouders 23

Werkzame principes 35

Samenvattend 37

Deel 2 | Bevraging welzijns- en gezondheidswerkers 39

Methodologie 40

Survey welzijns- en gezondheidswerkers 40

Focusgroep welzijns- en gezondheidswerkers 41

Resultaten 43

Belangrijkste inzichten survey welzijns- en gezondheidswerkers 43

Inzichten focusgroep 45

Samenvattend 48

Hoe maken we voedingsinformatie toegankelijker? 50

Aanbevelingen voor beleid 52

Vlaams niveau 52

Investeer in ondersteuning van eerstelijnswerkers 52
Lokaal niveau 53
Aanbevelingen voor eerstelijns gezondheidswerkers 55
Breng betrouwbare voedingsinformatie naar de leefwereld van ouders....55
Communiceer concreet, herkenbaar en praktisch....56
Houd rekening met de bredere leefwereld van gezinnen 56
Zet in op een wijkgerichte en laagdrempelige aanpak 57
Voorzie langdurige opvolging en coaching waar nodig 57
Werk multidisciplinair samen 57
Zet in op duidelijke doorverwijzing....58
Aanbevelingen voor eerstelijns welzijnswerkers 58
Signaleer voedingsproblemen en maak voeding bespreekbaar....58
Begeleid gezinnen naar gepaste ondersteuning....59
Verlaag taal-, cultuur- en vertrouwensdrempels 59
Werk samen met brugfiguren en lokale netwerken 59
Versterk de wegwijsfunctie binnen het zorg- en ondersteuningsaanbod....59
Breng voedingsinformatie naar bestaande ontmoetingsplaatsen....59
Aanbevelingen voor basisscholen 60
Gebruik scholen als brug naar ouders....60
Maak voeding onderdeel van de dagelijkse schoolcontext 60
Betrek kinderen actief....61
Aanbevelingen voor opleidingen 61
Opleiding Voedings- en dieetkunde....61
Lerarenopleiding....61
Tot slot.... 62
Bronnen.... 63
Gerelateerde publicaties 67
Dankwoord 68

In Voedingswijzer onderzoeken we waar **ouders van kinderen tot en met 12 jaar** voedingsinformatie zoeken en vinden, en welke drempels zij ervaren bij het verkrijgen van correcte informatie. Daarbij gaat specifieke aandacht naar ouders in een maatschappelijk kwetsbare positie in Deurne-Noord (Antwerpen).

Dit rapport combineert een survey bij 203 ouders met diepte-interviews en focusgroepen bij 28 ouders, aangevuld met een bevraging van 150 gezondheids- en welzijnswerkers en een focusgroep met 5 eerstelijnswerkers uit Deurne-Noord.

Het onderzoek toont dat toegang tot professionele hulp rond voeding vaak als hoogdrempelig wordt ervaren door **ouders**. Ondersteuning sluit onvoldoende aan bij het dagelijkse leven van gezinnen, is te duur, en is te weinig gekend, mede door beperkte doorverwijzing. Tegelijk beschikken ouders meestal over basiskennis, maar botsen ze op mentale en financiële drempels om deze toe te passen. Verder is er een kloof tussen vertrouwen en gebruik: professionele bronnen worden betrouwbaar geacht, maar ouders kiezen vaker voor snelle, toegankelijke onlinekanalen.

Ook **eerstelijnswerkers** bevestigen deze drempels. Zij geven aan dat voedingsproblemen vaak verweven zijn met bredere sociale en mentale uitdagingen, waardoor voeding niet prioritair is. Daarnaast botsen ze op barrières zoals kostprijs, taalhindernissen en beperkte toegankelijkheid van diëtisten, en voelen ze zich niet altijd voldoende uitgerust om vragen te beantwoorden of door te verwijzen.

Het rapport eindigt met enkele **aanbevelingen** voor verschillende doelgroepen. Specifiek suggereren enkele manieren waarop (1) eerstelijns gezondheids- en welzijnswerkers, (2) scholen, (3) opleidingen en (4) beleidsmakers er voor kunnen zorgen dat correcte voedingsinformatie toegankelijker wordt voor ouders met jonge kinderen in een maatschappelijk kwetsbare positie.

Inleiding

Gezonde voeding speelt een cruciale rol voor de algemene gezondheid en het welzijn van kinderen en volwassenen. Daarnaast draagt een gezond voedingspatroon bij aan de preventie en behandeling van chronische aandoeningen zoals diabetes type 2, cardiovasculaire aandoeningen en bepaalde vormen van kanker (Van der Heyden & Charafeddine., 2018). Toch blijkt uit recente cijfers (De Ridder et al., 2016; Sciensano, z.d.) dat zowel volwassenen als kinderen in België vandaag onvoldoende de voedingsaanbevelingen volgen. Het stimuleren van gezonde eetgewoonten vanaf jonge leeftijd is dan ook essentieel. Ouders vervullen hierin een sleutelrol: zij bepalen in grote mate het voedingspatroon van hun kinderen en hebben daarom **nood aan duidelijke, betrouwbare en toegankelijke informatie**[1].

Uit onderzoek blijkt echter dat het voor veel ouders niet evident is om die correcte voedingsinformatie te vinden en toe te passen. Ouders maken gebruik van een breed scala aan informatiebronnen. Digitale kanalen zoals zoekmachines, websites, sociale media en online fora spelen hierbij een prominente rol, onder meer omwille van hun toegankelijkheid, gebruiksgemak en continue beschikbaarheid (Fassier et al., 2016; Hendry et al., 2024; Ifroh & Permana, 2022; Jaks et al., 2019; Kubb & Foran, 2020; Yudianto et al., 2023). Daarnaast blijven ook informele netwerken, zoals familie en vrienden, belangrijk als bron van informatie en ondersteuning (Garcia et al., 2019; Hendry et al., 2016; Jaks et al., 2019).

Hoewel diëtisten de experten zijn in het verstrekken van evidence-based voedingsadvies en een belangrijke rol spelen in het aanbieden van wetenschappelijk onderbouwde voedingsinformatie, worden zij in de praktijk relatief weinig geraadpleegd. Zo raadpleegde in 2018 slechts 4,6% van de bevolking een diëtist. Bovendien bestaan er sociaaleconomische verschillen in de toegang tot deze zorg. Het percentage personen met een diploma hoger onderwijs dat een diëtist raadpleegde, lag significant hoger dan bij personen zonder diploma of met hoogstens een diploma lager onderwijs (respectievelijk 4,7% versus 2,0%) (Drieskens

[1] Het huidige onderzoek vertrekt niet vanuit de veronderstelling dat toegang tot informatie op zichzelf voldoende is om voedingsgedrag te veranderen. Voedingsgedrag wordt beïnvloed door een complexe interactie van individuele, sociale, economische en omgevingsfactoren. Binnen het eerdere onderzoeksproject Food Care werd reeds aandacht besteed aan deze bredere determinanten van voedingsgedrag. In Voedingswijzer wordt specifiek ingezoomd op de toegankelijkheid van voedingsinformatie en de wijze waarop ouders deze informatie zoeken, beoordelen en gebruiken. Voor meer informatie over Food Care: https://www.ap.be/project/food-care.

et al., 2018). Deze beperkte toegankelijkheid treft vooral maatschappelijk kwetsbare groepen, onder meer door financiële en andere toegankelijkheidsdrempels.

Andere eerstelijnsgezondheidswerkers, zoals huisartsen en apothekers, worden frequenter gecontacteerd voor voedingsgerelateerde vragen, maar ervaren zelf vaak barrières om voedingsinformatie te verstrekken, zoals beperkte tijd, onvoldoende kennis of een gebrek aan ondersteuning (Adamski et al., 2018; Alexander et al., 2011; Crowley et al., 2016; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2023; Glenister, Malatzky & Wright, 2017; Gunther et al., 2012; Kable et al., 2015; Keaver et al., 2022; Kolasa, 1999; Schauer et al., 2014; Van der Heyden et al., 2018; Van Weel, 1999; Vetter et al., 2008; Worsley, 1999).

Ondanks het brede aanbod aan informatiekanalen blijft het voor veel ouders, en dus zeker ouders in een maatschappelijk kwetsbare positie, uitdagend om kwalitatieve en bruikbare voedingsinformatie te vinden. De grote hoeveelheid en wisselende betrouwbaarheid van online-informatie maakt het moeilijk om juiste keuzes te maken, terwijl de meeste ouders de weg niet vinden naar professioneel advies. Ondanks dat er zeer veel voedingsadvies circuleert is het dus niet vanzelfsprekend dat ouders de juiste ondersteuning krijgen.

Om die reden is het noodzakelijk om beter te begrijpen hoe ouders vandaag naar voedingsinformatie zoeken, welke drempels zij ervaren en hoe de eerstelijnszorg hierop kan inspelen. Deze inzichten zijn essentieel om de toegankelijkheid, ondersteuning en begeleiding inzake voedingsadvies verder te versterken voor ouders met jonge kinderen.

Doelstelling

In het Voedingswijzer-project onderzoeken we waar **ouders van kinderen tot en met 12 jaar** voedingsinformatie zoeken en vinden, en welke drempels zij ervaren bij het verkrijgen van correcte informatie. Daarbij gaat specifieke aandacht naar ouders in een maatschappelijk kwetsbare positie in Deurne-Noord (Antwerpen).

Daarnaast bekijken we hoe ook **gezondheids**[2]**- en welzijnswerkers**[3] omgaan met voedingsvragen van deze ouders: Welke voedingsvragen beantwoorden zij zelf? Wanneer

[2] (Para)medische beroepen, bijvoorbeeld: arts, apotheker, verpleegkundige, kinesist, ...
[3] Bijvoorbeeld: sociaal werker, groepsbegeleider, pedagogisch begeleider, ouderenzorg, jeugdzorg, zorg voor mensen met een beperking, ...

verwijzen zijn door naar andere professionals? En op welke drempels botsen zij bij het helpen van hun cliënten?

Op basis van deze inzichten willen we bijdragen aan concrete oplossingen die betrouwbare voedingsinformatie meer vindbaar, toegankelijker en begrijpelijker maken, en zo de ondersteuning van ouders versterken.

Leeswijzer

Dit rapport start met een toelichting van onze onderzoeksfocus: ouders van kinderen tot en met 12 jaar in Deurne, met bijzondere aandacht voor de positie van gezinnen in een maatschappelijk kwetsbare positie.

In **Deel 1** staan de ervaringen en perspectieven van **ouders** centraal. Eerst wordt de methodologie toegelicht, gevolgd door de resultaten van de survey bij ouders. Daarna worden de inzichten uit interviews en focusgroepen besproken, waarbij dieper wordt ingegaan op drempels, noden en verschillende profielen van ouders. Dit deel mondt uit in een overzicht van werkzame principes en een synthese van de belangrijkste bevindingen.

In **Deel 2** verschuift de focus naar **welzijns- en gezondheidswerkers**. Na een toelichting van de methodologie worden de resultaten van de survey en de focusgroep besproken. Hierbij ligt de nadruk op hoe eerstelijnswerkers omgaan met voedingsvragen, welke drempels zij ervaren en welke noden er bestaan om ouders beter te ondersteunen.

Het afsluitende hoofdstuk brengt de belangrijkste inzichten uit beide delen samen en formuleert concrete aanbevelingen voor praktijk, opleiding en beleid, gericht op het toegankelijker maken van voedingsinformatie voor ouders.

Verantwoording onderzoeksfocus

Deurne als focusgebied

Een grootstedelijke context brengt specifieke uitdagingen met zich mee, zoals een hoge etnisch-culturele diversiteit en aanzienlijke ongelijkheden in de verdeling van middelen, macht, kansen, huisvesting en inkomen. Deze factoren vertalen zich vaak in gezondheidsverschillen: de gezondheid van inwoners in grootsteden is gemiddeld minder gunstig dan die van inwoners in meer landelijke gebieden. Tegelijkertijd vormen grootsteden ook broedplaatsen voor sociale innovatie en vernieuwing, en beschikken ze over een uitgebreid en divers zorgaanbod.

Binnen dit onderzoeksproject werd, in dialoog met de eerstelijnszone Antwerpen en op basis van gedeelde inzichten, gekozen om de onderzoeksregio af te bakenen tot het district Deurne. Deurne is het op één na grootste district van Antwerpen. Daarnaast wijzen verschillende sociaaleconomische indicatoren op een verhoogde aanwezigheid van maatschappelijk kwetsbare gezinnen. In 2023 bedroeg de kansarmoede-index bij jonge kinderen 26,4%. Bovendien hadden in 2024 27.230 inwoners recht op een verhoogde tegemoetkoming en ontving 66,7% van de leerlingen in het basisonderwijs tijdens het schooljaar 2023-2024 een schooltoelage (Stad in Cijfers, z.d.).

Daarnaast beschikt Deurne over een sterk uitgebouwd netwerk van eerstelijnszorg. In 2023 waren er 46 huisartsen actief, waarmee Deurne het district is met het grootste aantal huisartsen binnen Antwerpen. Verder zijn er 8 diëtisten (exclusief diëtisten verbonden aan ziekenfondsen), 32 apothekers en 30 (thuis)verpleegkundigen werkzaam (Sociale kaart., z.d.; VBVZ., z.d.). Deze combinatie van demografische diversiteit en zorgvoorzieningen maakt Deurne tot een relevante en betekenisvolle onderzoekscontext voor het bestuderen van de toegankelijkheid van voedingsinformatie voor ouders van kwetsbare kinderen.

Ouders met kinderen ≤12 jaar

Voeding wordt steeds meer erkend als een belangrijke, beïnvloedbare determinant van chronische aandoeningen. Aanpassingen in voedingsgewoonten hebben niet alleen een effect op de huidige gezondheid, maar bepalen ook mee het risico op ziekten zoals diabetes, cardiovasculaire aandoeningen en kanker op latere leeftijd (World Health Organization, 2003).

De vroege kindertijd is daarbij een cruciale periode. Gezonde voeding op jonge leeftijd hangt samen met een lager risico op chronische aandoeningen later in het leven (Ghosh et al., 2024). Daarnaast blijkt dat voedingsgewoonten gevormd in de kindertijd vaak blijven bestaan in de verdere volwassen levensloop (Emmett et al., 2015; Lioret et al., 2020; Luque et al., 2018).

Daarom is het belangrijk om ouders van jonge kinderen te bereiken met toegankelijke en begrijpelijke voedingsinformatie. Zij spelen een centrale rol in het aanleren van eetgewoonten, waardoor interventies in deze fase een grote impact kunnen hebben op de gezondheid op lange termijn.

Ouders in een maatschappelijk kwetsbare situatie

Personen in een maatschappelijk kwetsbare positie[4] lopen een verhoogd risico op chronische aandoeningen die samenhangen met ongezonde voedingsgewoonten, zoals type 2 diabetes (Van der Heyden & Charafeddine., 2018). Tegelijk voldoet een groot deel van de bevolking, waaronder ook kinderen, niet aan de voedingsaanbevelingen. Deze voedingsaanbevelingen worden het vaakst niet gehaald door personen in een maatschappelijk kwetsbare positie (De Ridder et al., 2016).

Ouders spelen een centrale rol in de voedingskeuzes van hun kinderen en geven aan nood te hebben aan duidelijke, betrouwbare en praktisch toepasbare voedingsinformatie (van der Heijden, Te Molder, Jager & Mulder., 2021). Uit onderzoek blijkt echter dat het voor ouders niet evident is om dergelijke informatie te vinden en correct te interpreteren (De Rosso, Nicklaus, Ducrot & Schwartz., 2022; Kubb & Foran., 2020; Fassier et al., 2016). Deze moeilijkheden zijn vaak groter bij ouders in een maatschappelijk kwetsbare positie, onder meer

[4] Maatschappelijke kwetsbaarheid wordt opgevat als een situatie waarin personen door een ongelijke toegang tot maatschappelijke hulpbronnen meer risico lopen op uitsluiting en verminderde participatiekansen. Het betreft geen individueel kenmerk, maar een positie die ontstaat in interactie met maatschappelijke structuren (Vettenburg, Walgrave & Van Kerckvoorde, 1984).

door beperktere gezondheidsvaardigheden, financiële drempels en een grotere blootstelling aan tegenstrijdige of niet-wetenschappelijk onderbouwde informatie, bijvoorbeeld via online kanalen.

Dit onderzoeksproject richt zich daarom specifiek op ouders van kinderen in een maatschappelijk kwetsbare positie. Door hun ervaringen, noden en drempels in kaart te brengen, wordt beoogd om de toegang tot correcte voedingsinformatie te verbeteren en het voedingszorgaanbod beter af te stemmen op deze doelgroep, onder meer via versterkte interprofessionele samenwerking binnen de eerstelijnszorg.

Voor het kwalitatieve onderzoek werd gekozen voor een contextgerichte benadering. Ouders werden gerekruteerd in wijken van Deurne waar verschillende sociaaleconomische indicatoren, waaronder de kansarmoede-index bij jonge kinderen, wijzen op een verhoogde aanwezigheid van maatschappelijk kwetsbare gezinnen. Daarnaast verliep de rekrutering via organisaties en voorzieningen die werken met gezinnen in een maatschappelijk kwetsbare situatie, zoals Sociaal Winkelpunt en SAAMO. De rekrutering was erop gericht ouders te bereiken die mogelijk geconfronteerd worden met uiteenlopende vormen van maatschappelijke kwetsbaarheid, waaronder financiële moeilijkheden, beperkte gezondheidsvaardigheden, taalbarrières, werkloosheid of een beperkte toegang tot zorg en ondersteuning. Op deze manier beoogde het onderzoek inzicht te verwerven in de ervaringen van ouders die geconfronteerd worden met één of meerdere vormen van maatschappelijke kwetsbaarheid.

Deel 1 | Bevraging ouders van jonge kinderen

Waar zoeken en vinden **ouders van kinderen tot en met 12 jaar** hun voedingsinformatie? Waarom gebruiken ze deze kanalen? Welke drempels zij ervaren bij het verkrijgen van correcte informatie? En hoe kunnen deze drempels weggewerkt worden?

In het eerste deel van het Voedingswijzer-onderzoek zochten we antwoorden op deze vragen. Daarvoor maakten we gebruik van een reeks methoden: we stuurden een survey uit naar Antwerpse ouders van kinderen ≤ 12 jaar, en we organiseerden semigestructureerde interviews en focusgroepen met ouders uit Deurne-Noord om de inzichten uit de survey verder uit te diepen.

In wat volgt, gaan we eerst dieper in op de toegepaste methodologie, om nadien stil te staan bij de resultaten.

Methodologie

Survey ouders

Gezien de verkennende aard van dit deel van het onderzoek werd gekozen voor een survey. Deze methode maakte het mogelijk om een breed overzicht te krijgen van het gebruik, de beoordeling en de toegankelijkheid van verschillende bronnen van voedingsinformatie. Daarnaast bood de survey de mogelijkheid om verbanden te onderzoeken tussen informatiegedrag en sociodemografische kenmerken van ouders, zoals opleidingsniveau, inkomen, migratieachtergrond en thuistaal. Hierdoor konden niet alleen algemene tendensen worden beschreven, maar ook verschillen tussen groepen ouders worden geïdentificeerd.

Hoewel Voedingswijzer focust op het district Deurne, werd de bevraagde populatie van de survey uitgebreid naar alle Antwerpse districten. Dit gaf ons de kans om het zoekgedrag te vergelijken. Uit deze vergelijking blijkt dat er geen noemenswaardige verschillen zijn tussen Deurne en de rest van Antwerpen. Daarom bespreken we in dit rapport de resultaten op stedelijk niveau.

De survey werd tussen februari en april 2025 verspreid onder ouders van kinderen ≤12 jaar via online kanalen, scholen en organisaties zoals Huis van het Kind, SAAMO, Ligo en een moskee. De vragenlijst, beschikbaar in het Nederlands en Turks, omvatte 24 vragen rond: (1) gebruik van informatiekanalen, (2) gepercipieerde betrouwbaarheid en (3) criteria voor kanaalkeuze.

Volgende inclusiecriteria waren van toepassing in dit onderzoek:

- Woonachtig zijn in een Antwerps district
- Minimaal 18 jaar oud zijn
- Minstens één kind van 12 jaar of jonger hebben;
- Geen voeding gerelateerde opleiding hebben gevolg;
- In de afgelopen 12 maanden voedingsinformatie opgezocht.

Participanten die niet aan deze criteria voldeden maar wel de vragenlijst invulden, werden uitgesloten uit de data-analyse.

De analyses werden uitgevoerd in IBM SPSS Statistics 28. Chi-kwadraattoetsen onderzochten verschillen naar sociaal-economische factoren (thuistaal, migratieachtergrond, opleiding, inkomen), met een significantieniveau van 0,05. Voor opleidingsniveau en inkomen werden categorieën samengevoegd om lage celwaarden te vermijden. De normaalverdeling van leeftijd werd getoetst met de Shapiro-Wilk-test ($W = .988$, $p = .075$). Verder werd voornamelijk beschrijvende statistiek toegepast.

In totaal vulden **203 personen** de vragenlijst in. De meerderheid hiervan zijn vrouwen (78,3%). Ongeveer de helft van de deelnemers woont in Deurne (48,3%). Het merendeel is niet alleenstaand (92,1%). Wat ouderschap betreft heeft 34,5% één kind, terwijl 65,5% meerdere kinderen heeft. De meeste respondenten spreken thuis Nederlands (74,4%); 25,6% gebruikt een andere taal. Daarnaast heeft ongeveer de helft een migratieachtergrond (51,2%).

Wat de sociaaleconomische kenmerken betreft, behoort 35,5% van de respondenten tot een gezinsinkomen lager dan €3500 per maand, terwijl 50,7% aangeeft een gezinsinkomen van €3500 of meer te hebben. Daarnaast behaalde 61,1% een diploma hoger onderwijs. Deze cijfers wijzen erop dat de survey een diverse groep ouders bereikte, maar dat hoger opgeleide ouders relatief sterk vertegenwoordigd zijn. Hoewel ook ouders uit financieel kwetsbaardere situaties werden bereikt, moet er rekening mee gehouden worden dat maatschappelijk kwetsbare gezinnen mogelijk ondervertegenwoordigd zijn in vergelijking met de beoogde doelgroep van het onderzoek.

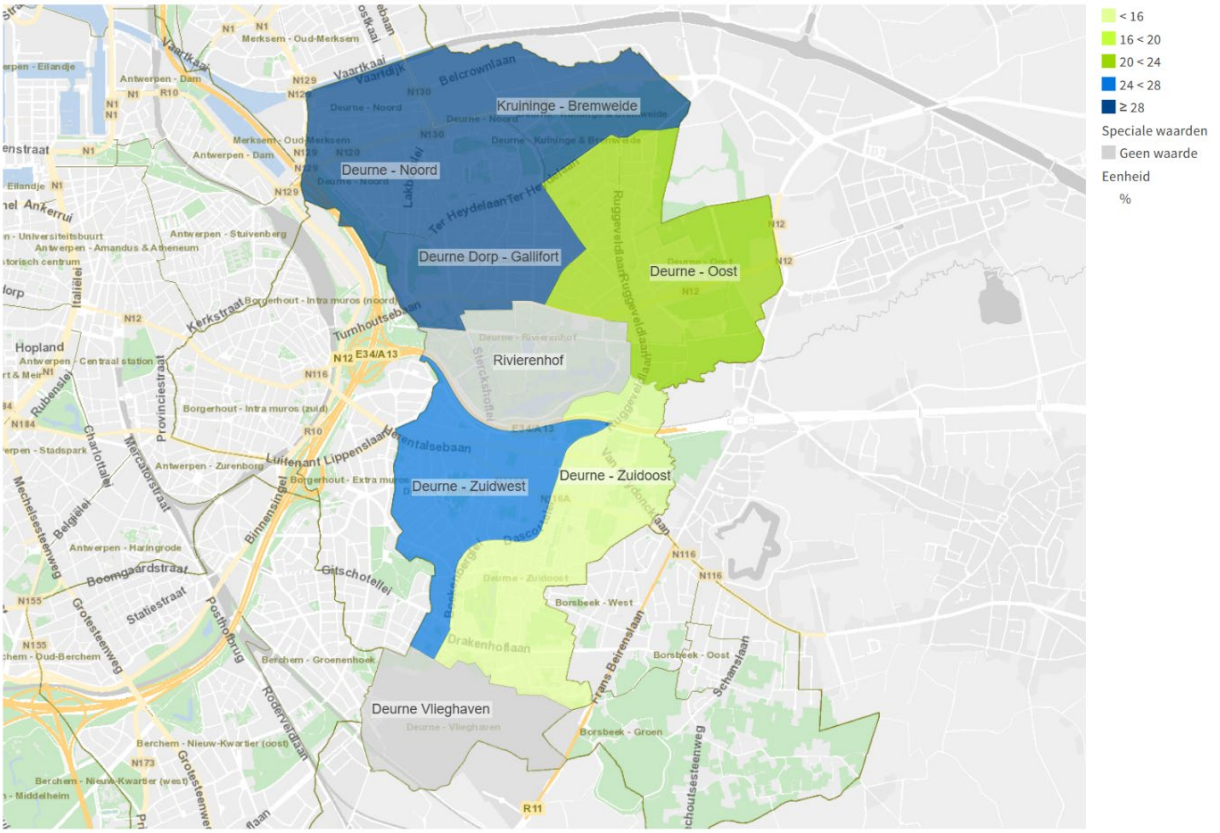
Karakteristiek	Antwoordoptie	Aantal	%
Geslacht	Man	38	18,7%
	Vrouw	159	78,3%
	X	6	3,0%
Relatiestatus	Alleenstaand	16	7,9%
	Niet alleenstaand	187	92,1%
Aantal kinderen	1 kind	70	34,5%
	Meerdere kinderen	133	65,5%
Hoogst behaalde diploma	Geen diploma	7	3,4%
	Diploma lager onderwijs	16	7,9%
	Diploma secundair onderwijs	56	27,6%
	Diploma hoger onderwijs	124	61,1%
Gesproken thuistaal	Nederlands	151	74,4%
	Andere taal	52	25,6%
Migratieachtergrond	Ja	104	51,2%
	Nee	99	48,8%
Netto gezinsinkomen	<€1500	1	0,5%
	€1500 – €2499	33	16,3%
	€2500 – €3499	38	18,7%
	€3500 of meer	103	50,7%
	Geen antwoord	28	13,8%
Wonend in … (postcode)	2000	1	0,5%
	2018	8	3,9%
	2020	14	6,9%
	2030	2	1,0%
	2040	0	0,0%
	2050	1	0,5%
	2060	7	3,4%
	2100	98	48,3%
	2140	36	17,7%
	2150	0	0,0%
	2170	8	3,9%
	2180	1	0,5%
	2600	9	4,4%
	2610	8	3,9%
	2660	10	4,9%

Tabel 01 | Overzicht socio-demografische karakteristieken

Interviews en focusgroepen ouders

Voortbouwend op de survey, wilden we meer in de diepte te weten komen hoe ouders van jonge kinderen hun voedingsinformatie verkrijgen. We focusten voor het kwalitatieve luik expliciet op ouders van kinderen ≤12 jaar, uit Deurne, met een maatschappelijk kwetsbare achtergrond.

Om een eerste zicht te krijgen op hoe we deze ouders kunnen bereiken, werd – aan de hand van de **Kansarmoede-index** van Kind en Gezin – nagegaan in welke wijken van Deurne het grootste percentage kinderen in een maatschappelijk kwetsbare positie leven. Deze index drukt uit hoe groot het aandeel kinderen van 0 tot 3 jaar in kansarmoede is ten opzichte van het totaal aantal kinderen van 0 tot 3 jaar.



Bron: Opgroeien | provincies.incijfers.be

Afbeelding 01 | Percentage van jonge kinderen die volgens Kind & Gezin in kansarmoede leeft in de verschillende wijken in Deurne (2024) / Bron: Stad in cijfers; Provincie in cijfers

Volgens de Kansarmoede-index is in wijken als Deurne-Noord (34,5%), Deurne Dorp-Galifort (32,7%) en Kruininge-Bremweide (29,4%) de kans groot dat jonge kinderen in kansarmoede opgroeien. In Deurne-Zuidwest (24,5%) en Deurne-Oost (21,6%) ligt dit percentage nog best hoog, maar al iets lager. In Deurne Zuidoost (12%) is de kans dat jonge kinderen in kansarmoede opgroeien het laagste (zie Afbeelding 01 en Tabel 02).

Wijk	Postcode	Kansarmoede-index bij jonge kinderen
Deurne - Noord	2100	34,5
Deurne Dorp - Gallifort	2100	32,7
Kruininge - Bremweide	2100	29,4
Deurne - Zuidwest	2100	24,5
Deurne - Oost	2100	21,6
Deurne - Zuidoost	2100	12
Deurne Vlieghaven	2100	
Rivierenhof	2100	

Tabel 02 | Percentage van jonge kinderen die volgens Kind & Gezin in kansarmoede leeft in de verschillende wijken in Deurne (2024) / Bron: Stad in cijfers; Provincie in cijfers

Op basis van deze gegevens, leek het niet relevant om op alle wijken in Deurne te focussen. **Vooral de wijken 'Deurne-Noord', 'Deurne Dorp-Galifort' en 'Kruininge-Bremweide' zijn relevant** als we willen focussen op kinderen in een maatschappelijk kwetsbare positie.

Vervolgens zochten we in het databestand van het Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming naar alle basisscholen in deze vier wijken, en koppelden we deze aan data over het percentage kinderen (1) wiens moeder de secundaire school niet afmaakte, en (2) wiens thuistaal niet Nederlands is. Scholen vormen immers een belangrijke toegangspoort tot gezinnen, omdat zij vrijwel alle kinderen bereiken ongeacht hun sociaaleconomische achtergrond en een relatief vertrouwde omgeving vormen voor ouders.

School	Buurt	Percentage met laagopgeleide moeder	Percentage dat thuis geen Nederlands spreekt
SBS De Kleine Ontdekker	Deurne-Noord	81,5	88,2
SBS De Bever	Deurne-Noord	69,9	76,2
SBS Inpeeria	Deurne-Noord	67,1	63,9
SKS De Groene Egel	Deurne-Noord	62,9	56,8
VBS Immaculata	Deurne-Noord	62,7	64,9
VBS Sint-Godelieve	Deurne-Noord	60,7	69
VBS Sancta Maria	Deurne Dorp-Galifort	56,9	70,8
GO! BS Kadee	Deurne Dorp-Galifort	56,6	78,7
VBS Axijoma	Deurne-Noord	44,5	47,5
SBS Het Baronneke	Deurne Dorp-Galifort	44,4	47,7
VBS Dromenvanger	Deurne Dorp-Galifort	41,6	70
VBS Sint-Rumoldus	Deurne Dorp-Galifort	30,8	35,7
VBS 't Speelscholeke	Deurne Dorp-Galifort	9,1	9,8

Tabel 03 | Lagere scholen in Deurne-Noord, Kruininge-Bremweide en Deurne Dorp-Galifort, gekoppeld aan data over scholing moeder, en thuistaal van de schoolgaande kinderen.

In eerste instantie werden ouders gerekruteerd via **SBS De Kleine Ontdekker** en **SBS De Bever** (n=5). Omdat deze aanpak onvoldoende ouders in een maatschappelijk kwetsbare positie bereikte, werd de rekrutering uitgebreid naar andere lokale initiatieven. Zo werden op 28 april 2026 en 5 mei 2026 semigestructureerde interviews afgenomen bij bezoekers van **Sociaal Winkelpunt** in Deurne-Noord (n=14). Daarnaast werden, in samenwerking met **SAAMO Dinamo**, twee focusgroepen georganiseerd op 7 mei 2026 (n=9). De focusgroepen werden gekoppeld aan bestaande activiteiten rond ontmoeting en gezond koken, waardoor de drempel tot deelname werd verlaagd.

Tijdens de dataverzameling werd bijzondere aandacht besteed aan **taaltoegankelijkheid**. Verschillende deelnemers waren beperkt Nederlandstalig. Daarom werden waar nodig informele vertalingen voorzien door studenten Voedings- en Dieetkunde die het Arabisch machtig waren, of werd gebruikgemaakt van digitale vertaaltoepassingen.

Er werd bewust gekozen voor een combinatie van **individuele interviews en focusgroepen**. Individuele interviews maakten het mogelijk om gevoelige of persoonlijke ervaringen uitgebreid te bespreken, terwijl focusgroepen ruimte boden voor interactie tussen ouders. Tijdens deze groepsgesprekken konden deelnemers voortbouwen op elkaars ervaringen, elkaar herkennen in gedeelde situaties en gezamenlijk reflecteren over mogelijke oplossingen. De combinatie van beide methoden verhoogde de rijkdom van de verzamelde data.

De interviews en focusgroepen werden semigestructureerd gevoerd aan de hand van een topiclijst. Daarbij kwamen onder meer volgende thema's aan bod:

- voedingsvragen waarmee ouders geconfronteerd worden;
- informatiekanalen die zij gebruiken om antwoorden te vinden;
- ervaringen met online en offline informatiebronnen;
- vertrouwen in verschillende informatiekanalen;
- ervaringen met gezondheids- en welzijnswerkers;
- drempels bij het vinden, begrijpen en toepassen van voedingsinformatie;
- noden en suggesties om voedingsinformatie toegankelijker te maken.

De gesprekken werden, na toestemming van de deelnemers, digitaal opgenomen. Vervolgens werden de audio-opnames getranscribeerd met behulp van Transkriptor. De transcripties werden geanonimiseerd en thematisch geanalyseerd in NVivo.

In totaal namen **28 ouders** deel aan dit kwalitatieve onderzoek. Hoewel de steekproef relatief beperkt is en niet representatief voor alle ouders in Antwerpen, bood zij wel toegang tot een groep ouders die vaak ondervertegenwoordigd blijft in onderzoek. De bevindingen hebben daarom niet als doel om statistisch te generaliseren, maar wel om een verdiepend inzicht te bieden in de leefwereld van ouders in een maatschappelijk kwetsbare positie en de mechanismen die hun zoektocht naar voedingsinformatie beïnvloeden. In combinatie met de survey levert dit een rijk en genuanceerd beeld op van de manieren waarop ouders voedingsinformatie vinden, beoordelen en gebruiken in hun dagelijkse leven.

Geslacht	Status	Aantal kinderen	Nederlands talig	Werkstatus
Vrouw	Alleenstaand	3	Ja	Laborant
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	1	Neen	*Niet gekend*
Vrouw	Alleenstaand	4	Ja	Niet werkend
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	2	Ja	Tramchauffeur
Man en Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	2	Neen	Niet werkend
Vrouw	Tijdelijk alleenstaand	4	Ja	Niet werkend
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	3	Neen	Niet werkend
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	3	Neen	Niet werkend
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	4	Ja	Niet werkend; man wel
Vrouw	*Niet gekend*	1	Neen	*Niet gekend*
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	2	Neen	Niet werkend; man wel
Vrouw	Alleenstaand; weduwe	3	Neen	Werkt
Vrouw	Alleenstaand; gescheiden	2	Neen	Niet werkend
Man	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	4	Neen	Niet werkend; vrouw wel
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	3	Neen	Niet werkend; man wel
Vrouw	Alleenstaand; gescheiden	3	Neen	Werkt deeltijds
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	2	Neen	Niet werken; man wel
Vrouw	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	2	Neen	Beide ouders werken niet
Man	Getrouwd of (Wettelijk) Samenwonend	2	Ja	Beide ouders werken

Tabel 04 | Profiel respondenten ouders **interviews**

Geslacht	Status	Aantal kinderen	Nederlands talig	Werkstatus
Vrouw	*Niet gekend*	1		*Niet gekend*
Vrouw	*Niet gekend*	3 kleinkinderen		*Niet gekend*
Vrouw	*Niet gekend*	3		*Niet gekend*
Vrouw	*Niet gekend*	1		*Niet gekend*
Vrouw	*Niet gekend*	1		*Niet gekend*
Vrouw	*Niet gekend*	0		*Niet gekend*
Vrouw	*Niet gekend*	2		*Niet gekend*
Vrouw	*Niet gekend*	6 kleinkinderen		*Niet gekend*
Vrouw	*Niet gekend*	5		*Niet gekend*

Tabel 05 | Profiel respondenten **focusgroepen**

Resultaten

Belangrijkste inzichten uit de survey met ouders

*Voor meer info over deze survey, lees '**Vinck, B., Beuselinck, A. (2026).** Tussen Toegankelijkheid en Betrouwbaarheid: Hoe ouders voedingsinformatie gebruiken en vertrouwen. Stadskracht Discussiepaper nr.8'. Downloaden en/of online lezen mogelijk via: https://www.ap.be/project/toegankelijkheid-van-voedingsinformatie-voedingswijzer .*

De resultaten van dit verkennend onderzoek schetsen een helder beeld van hoe ouders van kinderen tot en met twaalf jaar in de Antwerpse districten voedingsinformatie opzoeken, welke kanalen zij hiervoor gebruiken en welke criteria zij hanteren om de betrouwbaarheid van deze informatie te beoordelen. Ouders zoeken voornamelijk informatie voor zichzelf (53,2%), hun gezin (50,2%) en hun kinderen (47,8%). De belangrijkste motivatie om voedingsinformatie op te zoeken is het vinden van inspiratie, zoals recepten (77,8%), gevolgd door de wens om gezonder te eten (63,1%).

Een centrale bevinding is **de duidelijke mismatch tussen het vertrouwen dat ouders hebben in bepaalde informatiebronnen en het daadwerkelijke gebruik ervan.** Het voedingsetiket is het meest gebruikte kanaal (78,3%), gevolgd door sociale media (66,0%) en familie en vrienden (57,6%). Toch wordt sociale media door slechts 35,8% als betrouwbaar beschouwd. Professionele bronnen zoals artsen (96,6% betrouwbaar) en diëtisten (94,2% betrouwbaar) worden daarentegen als zeer betrouwbaar gepercipieerd, maar worden nauwelijks geraadpleegd (respectievelijk 6,4% en 3,4%). Deze discrepantie wijst op structurele drempels zoals beperkte bereikbaarheid, tijdsgebrek of onduidelijkheid over wanneer en hoe professionals te raadplegen zijn.

De keuze voor een informatiekanaal wordt bijna volledig bepaald door betrouwbaarheid (99,0%) en toegankelijkheid (93,6%). Andere criteria, zoals interactiemogelijkheden (44,8%) of populariteit (29,6%), spelen een veel kleinere rol. Dit verklaart waarom laagdrempelige digitale kanalen, zoals sociale media, veel gebruikt worden: niet omdat ouders ze het meest betrouwbaar vinden, maar omdat ze snel, gratis en altijd beschikbaar zijn.

Daarnaast tonen de analyses duidelijke sociaaleconomische verschillen in kanaalgebruik. Ouders die thuis geen Nederlands spreken, gebruiken significant vaker televisie ($p < 0,001$) en sociale media ($p = 0,003$). Ouders met een lager opleidingsniveau raadplegen vaker televisie ($p < 0,001$), terwijl hoogopgeleiden vaker gezondheidswebsites gebruiken ($p < 0,001$). Ouders met een migratieachtergrond maken eveneens meer gebruik van televisie ($p = 0,004$) en sociale media ($p = 0,002$). Lagere inkomensgroepen gebruiken minder vaak kranten ($p =$

0,005) en gezondheidswebsites (p = 0,005), maar vaker sociale media (p = 0,019). Deze verschillen tonen het belang van toegankelijke, cultuursensitieve en laagdrempelige communicatiekanalen binnen gezondheidsvoorlichting.

Dit eerste onderzoeksdeel vormt een belangrijke basis voor het geplande kwalitatieve vervolgonderzoek. De bevindingen benadrukken vooral de nood aan een betere afstemming tussen wat ouders betrouwbaar vinden en wat zij effectief gebruiken, en de cruciale rol die eerstelijnsprofessionals kunnen spelen in het vergroten van de zichtbaarheid en toegankelijkheid van betrouwbare voedingsinformatie.

Inzichten uit de interviews en focusgroepen met ouders

De surveyresultaten geven een eerste inzicht in het zoekgedrag van ouders met jonge kinderen, en de drempels die zij ervaren bij het vinden van correcte voedingsinformatie.

Toch blijft onduidelijk hoe ouders precies doorheen die zoektocht navigeren, welke afwegingen ze maken bij het beoordelen van informatiebronnen, en welke rol hun context (zoals tijdsdruk, taalvaardigheid of vertrouwen in instanties) daarbij speelt. Ook kregen we via de survey nog weinig zicht op de onderliggende motivaties, ervaringen en concrete voorbeelden uit het dagelijks leven.

Daarom kiezen we ervoor om aanvullend interviews en focusgroepen te organiseren, zodat we deze processen en betekenisgeving in meer detail kunnen verkennen en beter kunnen begrijpen hoe ouders in een maatschappelijk kwetsbare positie omgaan met voedingsinformatie.

De ‘kwetsbare ouder’ bestaat niet

Uit deze interviews en focusgroepen wordt al heel snel duidelijk dat er **geen eenduidig profiel bestaat van ‘de kwetsbare ouder’**. Integendeel, ouders verschillen sterk in hun zoekgedrag, kennisniveau, prioriteiten, mogelijkheden en drempels. Wat voor de ene ouder vanzelfsprekend is, vormt voor een andere ouder een aanzienlijke uitdaging.

Sommige ouders gaan actief op zoek naar antwoorden, bij de huisarts, bij andere ouders, of bij Chat GPT. Andere ouders geven dan weer te kennen niet bewust bezig te zijn met voedingsvragen. Bij deze ouders hoor je vaak dat kinderen misschien wel moeilijke eters zijn, maar dat dat er wellicht wel uitgroeit. Sommige ouders beschikken over veel kennis rond gezonde voeding, maar slagen er door tijdsdruk, stress of complexe gezinssituaties niet in om deze kennis in de praktijk om te zetten. Andere ouders ervaren dan weer vooral drempels op

vlak van taal, digitale vaardigheden of toegang tot het zorgsysteem. Daarnaast spelen ook persoonlijke overtuigingen, culturele achtergrond en eerdere ervaringen met zorgverleners een belangrijke rol in hoe ouders met voedingsvragen omgaan. Waar de ene ouder sterk vertrouwt op professionele begeleiding, stelt een andere ouder deze expertise net in vraag of kiest bewust voor alternatieve informatiebronnen.

Om deze diversiteit beter te vatten, werken we verder in dit rapport met **persona's**: profielen die terugkerende patronen in het gedrag en de noden van ouders zichtbaar maken. Deze persona's zijn gebaseerd op meerdere verhalen en ervaringen uit het onderzoek, en kunnen niet één-op-één worden toegewezen aan individuele respondenten.

Enkele algemene inzichten

Hoewel geen enkel verhaal hetzelfde is, komen uit de interviews en focusgroepen toch enkele terugkerende patronen naar voren die inzicht geven in hoe ouders omgaan met voeding en voedingsvragen in het dagelijks leven. Vooraleer we aan de slag gaan met de persona's, staan we daarom toch even stil bij deze meer algemene inzichten.

Een eerste opvallend inzicht is dat hoewel er verschillende voedingsproblematieken worden vermeld door ouders -gaande van onder- en overgewicht, allergieën tot strenge zelf opgelegde sportdiëten- het **omgaan met 'moeilijke eters'** veruit het meeste aan bod komt. Veel ouders geven aan dat hun kinderen selectief eten, weinig interesse tonen in warme maaltijden of vooral kiezen voor snacks en zoetigheden:

"Mijn kinderen hebben geen allergie, maar het is moeilijk voor hen om iets te eten. Ze eten alleen wat ze leuk vinden."

(resp.07, 2026)

"Het kindje van 3,5 jaar is heel ongezond. Hij eet geen… als ik warm eten heb gemaakt, eet hij niet. 's Morgens ook niet. Wat hij meestal eet is koekjes. Koekjes, snoep, en ijs. En anders gaat hij niet eten."

(resp.09, 2026).

"Voor mijn 12-jarige is het heel moeilijk om te eten. Hij heeft geen honger. Hij eet bijna niet."

(resp.12, 2026)

Deze situaties gaan soms gepaard met gedragsuitdagingen, zoals boosheid of weigering, wat het voor ouders nog moeilijker maakt om gezonde eetgewoonten te stimuleren.

Een tweede inzicht dat naar boven kwam uit de gesprekken is dat **drempels om tot gezonder eetgedrag te komen vaak verder gaan dan kennis alleen**. Factoren zoals financiële beperkingen, tijdsdruk, mentale belasting en de bredere gezinscontext hebben een grote impact op wat ouders effectief kunnen realiseren.

"En eerlijk? Al het meest gezonde eten, dat is raar, maar dat is duurder dan het vettige eten."

(resp.04, 2026)

"[De schoolprestaties van mijn dochter komen] op de allereerste plaats. Normaal moet de gezondheid van een kind op de eerste plaats. Maar we zien mijn dochter echt wel heel veel sukkelen op school. Heel veel verdriet, dat het haar niet lukt. Heel veel emoties thuis. Veel woedeaanvallen dat ze krijgt. En dan dacht ik, nee, ik ga eerst school stabiliseren voor haar. Dat is belangrijk. Elke dag, weekend is ze thuis, maar van acht uur, negen uur, 's ochtends tot vijf uur, 's avonds, is het voor een kind heel frustrerend. Zij vindt haar draai dan 's avonds niet en dan heb ik zoiets. Nee, dat is het belangrijkste. Dat komt op eerste plaats."

(resp.03, 2026)

"Als er thuis geen dessertjes of chips aanwezig zijn, dan is hij verplicht om gezond te eten. Maar die zijn altijd aanwezig thuis. Ik kan dat niet gewoon niet meer kopen. Ik koop dat voor mezelf."

(resp. 12, 2026)

"De papa [van mijn kinderen] heeft vorig jaar beslist om elke woensdag activiteiten mee hen te doen. En ik zie dan teveel 'vetzakkerij' weer binnenkomen. Elke woensdag gaan die een hamburger eten in de McDonald's."

(resp.03, 2026)

Tenslotte werd duidelijk uit de interviews dat als ouders de problemen zelf ernstig inschatten, de stap naar de huisarts of diëtist meestal evident is voor hen. Wanneer er medische klachten zijn of duidelijke gezondheidsproblemen, zetten zij vaker de stap naar professionele hulpverlening. In die gevallen wordt de **huisarts vaak als eerste aanspreekpunt** gezien:

“Natuurlijk is als het over de gezondheid gaat, over voedsel gaat, de huisarts het eerste punt. Hij is de deskundige, hij weet wat is wat, welke vitamines en wat. Zo dus. En ook apotheker ofzo.”

(resp.14, 2026)

“In het begin was ik heel onzeker omdat hij altijd zo’n eczeem had, krabben. Dus ik moest sowieso naar de dokter gaan. En die had mij geadviseerd een keer naar een deskundige, voedingsdiëtiste te gaan en zo… omdat ik er echt op moest letten.”

(resp.04, 2026)

Toch blijkt **de drempel naar gespecialiseerde hulp, zoals een diëtist, heel hoog**. Factoren zoals kostprijs, tijdsgebrek, taalbarrières en eerdere ervaringen worden hierbij als belangrijke factoren vermeld.

“We hebben nog niet gedacht om met een voedingsdeskundige samen te werken. Nooit de tijd gehad.”

(resp.02, 2026)

“Nee, [ik heb nooit overwogen om hulp te zoeken voor mijn zoontje]. Ik heb er nog niet echt tijd gehad. En ik zeg, misschien gaat hij wel veranderen. Hij is nog te klein. Misschien gaat hij nog veranderen. Maar ik merk dat hij niet verandert. Want hij kan echt blijven eten.”

(resp.09,2026)

“Maar als je nu tegen mij zegt dat je naar een diëtist zou moeten, dan zou ik neen zeggen. Want daar heb ik de financiële middelen niet voor. Wat nu ook is, is dat één sessie 60 euro is. […] Maar ik heb het geld niet. Allee, dat is te veel. […] Ja, dan ga je het wel makkelijk op internet vinden. Als je een vraag stelt, nu ook. Op internet vind je alles, hè.”

(resp.06, 2026)

“Mijn vrienden geven mij het advies om naar een diëtist te gaan. Maar ik ken niemand. Ik weet niet hoe ik daar geraak. Want de huisarts heeft me niet doorverwezen en dat is het probleem.”

(resp.11, 2026)

Zes Persona's

Om de grote variatie in ervaringen, drempels en gedragingen van ouders overzichtelijk te maken, werken we in dit rapport met zes persona's. Deze persona's zijn geen exacte weergaven van individuele respondenten, maar profielen die terugkerende patronen in de interviews bundelen. Ze brengen structuur in de diversiteit van de doelgroep en maken het mogelijk om noden, gedragingen en aanknopingspunten voor interventies scherper te formuleren.

Persona 01 | De digitale snelzoeker

De digitale snelzoeker gaat actief en frequent op zoek naar informatie via **digitale kanalen**. Vanaf het moment dat er een (voedings)vraag rijst, wordt dit opgezocht. Snelheid en gebruiksgemak staan centraal. De bron die door digitale snelzoekers vaak als eerste geraadpleegd wordt is **Chat GPT**.

"Chat GPT. Ja dat zoeken we continu op. Maakt niet uit. Voeding, materiaal, spullen. Ja, winkels, alles."

(resp.04, 2026)

"Soms zoek ik recepten op op YouTube. Of Chat GTP is nog beter. Ja. Maar vroeger bij Google, nu is het beter bij Chat GPT"

(resp.10,2026)

Ook zoekmachines en sociale media worden vaak als bron voor voedingsinformatie gebruikt:

"Ik kijk ook naar dokters op YouTube, Instagram en Facebook. Vooral Spaanse en Egyptische dokters, hoe ze met de kinderen omgaan."

(resp.08, 2026)

"Ik zoek soms op YouTube bepaalde leeftijden en welke vitamine eigenlijk nodig is. Of welke groenten en fruit bijvoorbeeld. Of hoe zal het gezond zijn."

(resp.14, 2026)

Bij de digitale snelzoeker leeft de perceptie dat professionele ondersteuning rond gezonde voeding te duur is, of te belastend.

Om correcte voedingsinformatie toegankelijker te maken voor de digitale snelzoeker, **houdt men best rekening met het gebruiksgemak en toegankelijkheid van de bron.**

Persona 02 | De passieve niet-zoeker

De passieve niet-zoeker zoekt zelden actief naar informatie en vertrekt vooral vanuit ervaring, intuïtie en normalisering van gedrag. Problemen worden niet altijd als problematisch gezien, of men verwacht dat ze vanzelf oplossen. Dit komt duidelijk naar voren in uitspraken zoals:

“Ik heb geen ondersteuning gezocht. Ik denk van ja, het gaat er wel uit.”

(resp.01, 2026)

“Ik heb nog niet via Google opgezocht, neen. En nog nooit naar een dokter geweest ofzo […]. Ik vroeg advies aan vrienden en mensen die ik kende. Ze zeiden dat hun kinderen ook zo eten. Dat het normaal is.”

(resp.15, 2026)

“Ik geef momenteel wel vitamine D aan haar, dat is altijd geweest. En ook Omega 3. Ik heb dit niet aan een dokter gevraagd, maar doe dit uit mezelf. […] Bij ons is het traditioneel. Dat we alles uit het hoofd kennen.”

(resp.17, 2026)

Ook het pragmatische omgaan met voeding is typerend:

“Ik heb zoiets van… zolang ze maar eten. Ik prop ze met alles in, zolang ze maar eten. Zo’n gevoel heb ik. Want als ze dat niet eten, dan denk ik wel dat ik er ongelukkig van ben.”

(resp.04, 2026)

De passieve niet-zoeker is niet per se ongeïnteresseerd, maar ervaart weinig nood om actief informatie te zoeken, of professionele hulp te vragen.

Je bereikt hen, met andere woorden, niet door hen aan te zetten tot actief zoeken, maar door **betrouwbare informatie proactief en laagdrempelig aan te bieden binnen hun dagelijkse leefomgeving**. Dit kan via vertrouwde kanalen zoals school, kinderopvang of huisarts, en door gebruik te maken van brugfiguren die dicht bij hun leefwereld staan. Belangrijk is om informatie impliciet en herkenbaar te integreren (bv. rond concrete situaties zoals ‘moeilijke eters’), zodat ouders zonder expliciete hulpvraag toch bereikt worden en geleidelijk worden ondersteund in hun voedingsgedrag.

Persona 03 | De drempel-ervarende ouder

De drempel-ervarende ouder wil vaak wel informatie of hulp zoeken, maar botst op **structurele barrières** zoals taal, beperkte digitale vaardigheden, beperkte kennis van het zorgsysteem en een gebrek aan sociaal netwerk.

In tegenstelling tot de passieve niet-zoeker is er hier wél een intrinsieke motivatie om ondersteuning te vinden, maar deze wordt afgeremd door praktische en contextuele drempels.

Een centrale barrière is **taal**:

"Ik wil niet naar de diëtist gaan door de taal. Dat is een obstakel. Moest het in het Arabisch kunnen, ga ik direct."

(resp.15, 2026)

Ook **afhankelijkheid van anderen**, en het **gebrek aan sociaal netwerk of ondersteuning** komen naar voren:

"Ik heb een ouder meisje. Zij zoekt informatie over gezonde voeding op voor mij op het internet."

(resp.11, 2026)

"Ik kan geen hulp vragen bij vriendinnen of familie. Ik heb geen familie."

(resp.12, 2026)

"Mijn familie leeft in Afghanistan, die verstaan niet veel over gezonde voeding… Ik heb geen vrienden, dus die vraag ik geen advies."

(resp.18, 2026)

Daarnaast zien we ook **onbekendheid met het zorgsysteem** als een belangrijke drempel:

"Ik zoek informatie op via Chat GPT omdat ik niet weet waar ik terecht kan met vragen over hoe ik mijn kinderen kan helpen met eten en dit de makkelijkste manier is"

(resp.18, 2026)

Wanneer de drempel-ervarende ouders alsnog de weg vindt naar de huisarts, voelt die zicht niet altijd even goed geholpen:

“Ik ben naar de huisarts geweest om te vragen naar de voedingsproblemen van mijn kindjes. Ze heeft gewoon voedingssupplementen gegeven”

(resp.11, 2026)

“De dokter zei dat in zijn leeftijd het normaal is dat hij kieskeurig is. Gewoon meer fruit geven enzo.”

(resp.12, 2026)

“Ik ben een keer naar de huisdokter gegaan en hij heeft supplementen geschreven. Dat is alles.”

(resp.15, 2026)

De drempel-ervarende ouder wil wel, maar kan niet altijd. De uitdaging ligt hier niet in motivatie creëren, maar in toegankelijke, begeleide en context-gebonden ondersteuning voorzien.

Persona 04 | De het-probleem-teveel ouder

Bij de het-probleem-teveel ouder stapelen verschillende uitdagingen zich op, waardoor voeding niet altijd prioriteit krijgt, zelfs wanneer het belang ervan wordt erkend.

Deze ouder beschikt vaak over **basiskennis rond gezonde voeding**, en ziet ook het belang ervan in, maar heeft **onvoldoende mentale ruimte, tijd of energie** om hiermee bezig te zijn.

Een centrale dynamiek is dat andere zorgen, zoals schoolproblemen, mentale belasting, gezinssituatie of werkdruk, voorgaan op voeding:

“Normaal moet de gezondheid van een kind op de eerste plaats. Maar we zien [...] heel veel sukkelen op school. [...] En dan dacht ik, nee, ik ga eerst dat school stabiliseren voor haar.”

(resp.03, 2026)

Daarnaast speelt ook **tijdsdruk en gezinscomplexiteit** een grote rol:

“Het waren drie kinderen, ik werkte altijd en het leven was heel druk. Dus toen ze iets niet wilde, gaf ik het gewoon op.”

(resp.16, 2026)

Voeding wordt in deze context vaak iets dat “er nog bijkomt”, en daardoor op de achtergrond verdwijnt. Deze ouders ervaren voeding niet als onbelangrijk, maar wel als iets dat momenteel moeilijk realiseerbaar is. Gezonde voeding wordt gezien als een extra inspanning die niet past binnen de huidige draagkracht. **De sleutel voor de ‘het-probleem-teveel ouder’ ligt niet in meer informatie, maar in ontzorgen, vereenvoudigen en integreren in de bestaande leefwereld.**

Persona 05 | De intensieve zorgzoekende ouder

De intensieve zorgzoekende ouder heeft de stap naar professionele hulp reeds gezet en is actief op zoek naar oplossingen voor voedingsproblemen bij het kind.

> *“We zijn in het begin elke maand geweest, echt om de maand. Maar we hebben dat nu rustig opgebouwd, omdat we zien dat dat stabiliseert. Hij groeit, het gewicht stabiliseert.”*
>
> (resp.03, 2026)

Vaak gaat het om situaties die door de ouder als ernstig of zorgwekkend worden ervaren, zoals **onder- of overgewicht, medische klachten of hardnekkige eetproblemen**. In tegenstelling tot andere persona’s is hier duidelijk sprake van urgentie en betrokkenheid.

De intensieve zorgzoekende ouder zoekt en krijgt vaak ondersteuning vanuit verschillende disciplines:

> “[…] En *de kinderarts gaf raad over voeding, wat ik moest doen. Dus elke keer als er iemand mij een tip gaf, dan deed ik dat ook. Psychiater, bijvoorbeeld, of naar Kind & Gezin. Ik heb ze allemaal… Ik heb hulp gevraagd.”*
>
> (resp.04, 2026)

Toch betekent deze actieve hulpvraag niet dat adviezen altijd gemakkelijk toe te passen zijn in de praktijk. De intensieve zorgzoekende ouder botst vaak op obstakels bij de implementatie ervan: adviezen sluiten niet altijd aan bij de concrete gezinscontext, kinderen werken niet altijd mee, of de drukte en complexiteit van het dagelijkse leven zorgen ervoor dat het opvolgen van voedingsadvies niet vanzelfsprekend is. De uitdaging ligt hier in maatwerk, begeleiding en effectieve vertaalslag naar het dagelijks leven.

Persona 06 | De ik-volg-andere-informatiekanalen ouder

De ik-volg-andere-informatiekanalen ouder baseert zich bewust op **andere referentiekaders** dan de klassieke professionele voedingsadviezen. Dit kan voortkomen uit religieuze overtuigingen, culturele praktijken, persoonlijke ervaringen of alternatieve informatiebronnen.

Deze ouder is vaak sterk betrokken en gemotiveerd rond voeding, maar maakt andere afwegingen in wat zij als betrouwbare informatie beschouwt. Professionele richtlijnen worden niet per se afgewezen, maar worden afgewogen tegenover andere vormen van kennis die als evenwaardig of relevanter worden ervaren.

Zo spelen **religieuze overtuigingen** soms een belangrijke rol:

> *"Ik twijfel niet [rond voeding]. Ik denk dat wij misschien een uitzondering zijn op andere ouders […], maar wij zijn ook gelovig. En bij ons in de Kerk hebben we ook een 'health message'. […] Ik heb wel een vriendin die voedingsconsulent is en die echt die studies heeft gedaan en een de praktijk heeft. Dus ja, soms praten we er wel over en dan merk ik dat de dingen die zij bijvoorbeeld zegt, een hele andere kijk hebben dan hoe wij dat hebben."*

(resp.01, 2026)

Daarnaast wordt informatie ook actief gezocht in **informele netwerken**:

> *"Ik vraag het aan moeders zoals mij. Er zijn veel adviezen hier, en we hebben een [whatsapp]groep. We ondersteunen elkaar altijd."*

(resp.07, 2026)

In sommige gevallen nemen ook **kinderen zelf een sturende rol op**, bijvoorbeeld via informatie die zij online vinden:

> *"Mijn zoon eet geen suiker. En dat is zijn eigen beslissing. […] Hij had ergens gelezen dat suiker slecht was voor zijn atletische prestaties. […] Hij las op het internet dat gezonde voeding hem zou helpen bij het voetballen. […] Ik steun al zijn beslissingen, al vind ik het vreemd."*

(resp.02, 2026)

> *"Mijn zoon houdt van Belgisch eten. Hij gaat naar de bibliotheek en leent een boekje met Belgisch eten. Hij gaat dan naar huis en zegt dat hij pasta wilt maken. Ik laat hem dat doen. Hij maakt de pasta."*

(resp.13, 2026)

De ‘ik-volg-andere-informatiekanalen’ ouder is, met andere woorden, betrokken en gemotiveerd, maar volgt een eigen betekenisvol kader. **De uitdaging ligt hier niet in overtuigen, maar in aansluiten, verbinden en vertalen van betrouwbare informatie naar die bestaande kaders.**

	Persona	Trigger om te zoeken	Voorkeurs-kanaal	Motivatie om kanaal te gebruiken	Relatie tot professionals	Wat heeft deze ouder nodig?
	de digitale snelzoeker	Zoekt meteen, bij elke vraag of twijfel	Digitale kanalen (zoals Chat GPT)	Snelheid, gebruiksgemak, gratis	Wordt niet geconsulteerd wegens te weinig tijd, te duur, te hoogdrempelig	☑ Sterk inzetten op online aanwezigheid ☑ Betrouwbare info integreren in kanalen die ze al gebruiken ☑ Samenwerken met influencers/ artsen op social media
	de passieve niet-zoeker	Geen behoefte om te zoeken	Geen actief kanaal (intuïtie, omgeving)	Gewoonte, normalisering	Wordt niet geconsulteerd wegens geen behoefte aan, geen noodzaak zien	☑ Proactief aanbieden via vertrouwde contexten (school, huisarts) ☑ Gebruik van brugfiguren (leerkrachten, kinderopvang) ☑ Nudging: kleine, impliciete interventies (via schoolcommunicatie)
	de 'drempel-ervarende' ouder	Intentie om te zoeken is aanwezig, maar wordt niet altijd omgezet in actie	Geen vast voorkeurskanaal	Toegankelijkheid, nood aan hulp	Wordt belemmerd door structurele barrières zoals taal, beperkte digitale vaardigheden of beperkte kennis van het zorgsysteem	☑ Meertalige en visuele communicatie ☑ Actieve begeleiding / navigatie (bv. doorverwijzing via huisarts) ☑ Werken met brugfiguren ☑ Fysieke nabijheid (wijkgericht aanbod)
	de 'het-probleem-teveel' ouder	Geen mentale ruimte om actief met voeding bezig te zijn	Geen vast voorkeurskanaal	Overlevingsmodus: tijd, stress en mentale ruimte primeren	Geen weerstand, maar onderbenutting door andere prioriteiten	☑ Ontzorgen en vereenvoudigen (kant-en-klare oplossingen) ☑ Integratie in bestaande routines (school, opvang) ☑ Praktisch: snelle recepten, budgettips ☑ **NIET**: extra belastende initiatieven (losse workshops)
	de intensieve zorgzoekende ouder	Zoekt hulp bij ernstig voedingsprobleem	Professionele hulpverlening (huisarts, diëtist, …)	Betrouwbaarheid, nood aan hulp	Hoge betrokkenheid en frequent contact	☑ Multidisciplinaire begeleiding (huisarts, diëtist, psycholoog) ☑ Vertaling naar praktijk (haalbare adviezen) ☑ Continue opvolging en coaching ☑ Betrek ook kinderen actief
	de 'ik-volg-andere-informatiekanalen' ouder	Uiteenlopend	Informele netwerken, religieuze/culturele bronnen, online gemeenschappen	Vertrouwen, herkenning, aansluiting bij eigen leefwereld	Professionals worden minder relevant of secundair ervaren	☑ Aansluiten bij bestaande referentiekaders (cultuur, religie) ☑ Co-creatie met sleutelfiguren uit gemeenschap ☑ Dialoog i.p.v. correctie ☑ Vertalen van evidence-based info naar hun context

Tabel 06 | overzicht persona's

Werkzame principes

Op basis van de survey, interviews en focusgroepen met ouders van kinderen ≤12 jaar wordt duidelijk dat het toegankelijk maken van voedingsinformatie méér vraagt dan het louter aanbieden van correcte kennis. Ouders verschillen sterk in hun noden, drempels en zoekgedrag, waardoor één uniforme aanpak niet volstaat. De effectiviteit van voedingscommunicatie en -ondersteuning hangt in grote mate af van de mate waarin deze aansluit bij de leefwereld van ouders en hun concrete realiteit.

Hieronder formuleren we een aantal werkzame principes die richting geven aan hoe voedingsinformatie beter kan worden verspreid én gebruikt.

Wat helpt ouders om correcte informatie te vinden?

1. | Sluit aan op bestaande vertrouwenskanalen

Ouders maken voornamelijk gebruik van kanalen die zij al kennen, vertrouwen en in hun dagelijks leven tegenkomen. Hoewel professionele bronnen zoals diëtisten als zeer betrouwbaar worden beschouwd, worden ze in de praktijk minder geraadpleegd door drempels zoals kostprijs, tijd en toegankelijkheid.

Effectieve hulpverlening vertrekt daarom best vanuit **bestaande en vertrouwde contexten**. We pleiten daarom bijvoorbeeld voor

- Infomomenten en workshops via scholen en kinderopvang
- Integratie in bestaande initiatieven van lokale organisaties en welzijnsinitiatieven.

Door voedingsinformatie via deze kanalen te verspreiden, wordt de stap naar betrouwbare informatie aanzienlijk verkleind. Vertrouwen fungeert hierbij als hefboom voor bereik.

2. | Ga naar ouders toe (in plaats van hen te laten zoeken)

Een groot deel van de ouders gaat niet actief op zoek naar voedingsinformatie, tenzij er sprake is van een urgent probleem. Dit betekent dat klassieke “pull-strategieën” (waarbij ouders zelf informatie moeten opzoeken) slechts een beperkte doelgroep bereiken.

Daarom is het essentieel om in te zetten op **outreach en nabijheid**:

- informatie aanbieden op plaatsen waar ouders al komen
- integratie in bestaande initiatieven (bv. oudercontacten, workshops)

- gebruik maken van brugfiguren en sleutelfiguren

Deze aanpak verlaagt de drempel en maakt ondersteuning ook toegankelijk voor ouders zonder expliciete hulpvraag.

3. | Koppel informatie aan concrete en herkenbare situaties

Ouders zoeken zelden abstracte voedingsinformatie, maar worden getriggerd door **concrete problemen in het dagelijks leven** (bv. moeilijke eters, snackgedrag, budgetbeperkingen).

Effectieve communicatie

- concretiseert de hulpvraag en noden
- vertrekt vanuit herkenbare situaties
- biedt direct toepasbaar advies

In plaats van algemene richtlijnen (bv. “eet gezond”), werkt een hulpvraag- en noodgerichte insteek beter. Vertrek vanuit concrete situaties en vragen waar zij dagelijks mee te maken krijgen. Zo wordt de informatie relevanter, herkenbaarder en makkelijker toepasbaar in de praktijk.

4. | Gebruik laagdrempelige en herkenbare communicatie

Voor veel ouders vormen taal en digitale vaardigheden belangrijke drempels bij het vinden en begrijpen van informatie.

Daarom is het cruciaal om in te zetten op:

- eenvoudige en duidelijke taal
- visuele formats (foto’s, video’s, pictogrammen)
- meertalige ondersteuning
- korte en compacte boodschappen

Laagdrempelige communicatie verhoogt niet alleen het bereik, maar ook het begrip en het vertrouwen in de informatie.

Samenvattend

Wanneer we de resultaten van de survey naast de inzichten uit de interviews en focusgroepen leggen, ontstaat een coherent maar gelaagd beeld van hoe ouders omgaan met voedingsinformatie. Beide onderzoeksluiken tonen dat ouders gebruikmaken van een breed scala aan informatiebronnen, **met een duidelijke voorkeur voor laagdrempelige en snel toegankelijke kanalen**. De survey maakt zichtbaar op kwantitatief niveau hoe sociale media, online platformen en voedingsetiketten frequent worden gebruikt. De kwalitatieve bevindingen verdiepen dit beeld en tonen hoe ouders in de praktijk vaak reflexmatig naar digitale tools grijpen zodra er een vraag opduikt, waarbij snelheid en gebruiksgemak doorslaggevend zijn.

Tegelijk bevestigen beide onderzoeksmethoden dat er een duidelijke kloof bestaat tussen vertrouwen en gebruik. Professionele bronnen zoals artsen en diëtisten worden als zeer betrouwbaar beschouwd, maar worden in de praktijk weinig geraadpleegd. De interviews en focusgroepen maken duidelijk dat deze discrepantie niet voortkomt uit wantrouwen, maar uit **drempels zoals kostprijs, tijdsgebrek, beperkte toegankelijkheid en een gebrek aan zichtbaarheid**. De survey brengt deze kloof in kaart, terwijl de kwalitatieve data inzicht geven in de onderliggende redenen.

Daarnaast blijkt dat veel ouders beschikken over basiskennis rond gezonde voeding, maar moeite hebben om deze kennis toe te passen in hun dagelijkse leven. Gezonde voeding wordt zelden in vraag gesteld, maar blijkt vaak moeilijk te combineren met tijdsdruk, budgetbeperkingen en de complexiteit van het gezinsleven.

Deze bevindingen maken duidelijk dat het toegankelijker maken van voedingsinformatie meer vraagt dan enkel het verspreiden van kennis. **Effectieve ondersteuning moet aansluiten bij de leefwereld van ouders, zowel inhoudelijk als praktisch**. Dit betekent dat informatie aangeboden wordt via vertrouwde kanalen, proactief tot bij ouders wordt gebracht en concreet en toepasbaar is in het dagelijks leven. Daarbij is het essentieel om rekening te houden met de diversiteit tussen ouders en hun specifieke drempels.

Samenvattend toont dit deelonderzoek dat één uniforme aanpak onvoldoende is. **Toegankelijke voedingsinformatie vraagt om een gedifferentieerde en contextgerichte benadering**, waarbij betrouwbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en aansluiting bij het dagelijks leven centraal staan. Met de zes ontwikkelde persona's hebben we getracht deze diversiteit zichtbaar te maken en handvatten te bieden voor een meer doelgroepgerichte ondersteuning van ouders.

Tegelijk blijkt uit de bevindingen dat het toegankelijk maken van voedingsinformatie niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van ouders is. Ook gezondheids- en welzijnswerkers spelen een belangrijke rol als informatieverstrekker, vertrouwenspersoon en doorverwijzer. In het volgende deel onderzoeken we daarom hoe deze professionals omgaan met voedingsvragen van cliënten, welke drempels zij daarbij ervaren en welke ondersteuning zij zelf nodig hebben om ouders beter te kunnen begeleiden.

Deel 2 | Bevraging welzijns- en gezondheidswerkers

Welke voedingsvragen ontvangen gezondheids- en welzijnswerkers uit de Antwerpse eerstelijnsgezondheidszorg van cliënten? Hoe makkelijk vinden ze het om die te beantwoorden? En wat kan helpen om informatie rond gezonde voeding toegankelijker te maken volgens eerstelijnswerkers.

In onderzoeksluik van Voedingswijzer gingen we na op welke drempels eerstelijnswerkers botsen bij het geven van correcte voedingsinformatie aan patiënten, en welke oplossingen hieraan tegemoet zouden kunnen komen. Ook hier maakten we gebruik van verschillende methoden: we stuurden een survey uit naar Antwerpse gezondheids- en welzijnswerkers, en we organiseerden een focusgroep met eerstelijnswerkers uit Deurne-Noord.

In wat volgt, staan we stil bij de toegepaste methodologie, en gaan dieper in op de resultaten.

Methodologie

Survey welzijns- en gezondheidswerkers

Voor het verkennend onderzoek werd een survey verspreid onder welzijns- en gezondheidswerkers werkzaam in de Antwerpse districten. Deze survey werd verspreid van maart tot en met mei 2025. De rekrutering verliep via een combinatie van doelgerichte en netwerkgerichte verspreiding. De vragenlijst werd gedeeld tijdens het welzijnsoverleg in Deurne, verspreid via e-mail naar eerstelijnswerkers actief in Antwerpen en gericht verstuurd naar welzijns- en gezondheidsprofessionals die werden geïdentificeerd via de Sociale Kaart.

De survey bestond uit 27 vragen en kan ruwweg in 4 thema's onderverdeeld worden:

- Het ontvangen van voedingsvragen
- Het beantwoorden van voedingsvragen
- Het aanbieden van voedingsinformatie
- Doorverwijzing

De focus lag op welzijns- en gezondheidswerkers die actief zijn binnen één van de Antwerpse districten. Respondenten die niet in deze regio actief waren, werden verwijderd uit het databestand. Ook diëtisten werden uitgesloten, aangezien het beantwoorden van voedingsvragen en het geven van voedingsadvies tot hun kerntaken behoort.

Voor de analyse werden chi-kwadraattoetsen gebruikt om verschillen tussen gezondheids- en welzijnswerkers te onderzoeken, met een significantieniveau vastgesteld op 0,05. Daarnaast werden voornamelijk beschrijvende statistiek toegepast. Respondenten die aangaven geen

voedingsvragen van cliënten te ontvangen, werden na deze vraag automatisch naar het einde van de vragenlijst geleid.

In totaal vulden 150 personen de vragenlijst in. Net iets meer dan de helft (53,3%) hiervan is actief als gezondheidswerker. Het merendeel, ongeveer één derde (36,3%), van de gezondheidswerkers zijn (thuis)verpleegkundigen. De meeste eerstelijnswerkers zijn actief in Deurne (26,7%; postcode 2100) en Borgerhout (18,7%; postcode 2140).

Karakteristiek	Antwoordoptie	Aantal	%
Gezondheids- of welzijnswerker	Gezondheidswerker	80	53,3%
	Welzijnswerker	70	46,7%
Type functie gezondheidswerker	(Huis)arts	11	13,8%
	(Thuis)verpleegkundige	29	36,3%
	Apotheker	8	10,0%
	Kinesist	12	15,0%
	Vroedvrouw	5	6,3%
	Psycholoog	7	8,8%
	Zorgkundige	3	3,8%
	Tandarts	0	0%
	Andere	5	6,3%
Voornamelijk actief in … (postcode)	2000	11	7,3%
	2018	8	5,3%
	2020	4	2,7%
	2030	3	2,0%
	2040	2	1,3%
	2050	0	0%
	2060	28	18,7%
	2100	40	26,7%
	2140	14	9,3%
	2150	1	0,7%
	2170	8	5,3%
	2180	8	5,3%
	2600	9	6,0%
	2610	9	6,0%
	2660	5	3,3%

Tabel 07 | Overzicht socio-demografische karakteristieken

Focusgroep welzijns- en gezondheidswerkers

Aanvullend op de survey, organiseerden we op 07 mei 2026 een focusgroep met welzijns- en gezondheidswerkers die werkzaam zijn in Deurne. De focusgroep maakte deel uit van een bredere avondeditie van het **welzijnsoverleg** dat wordt georganiseerd door de Antwerpse Eerstelijnszone. Het gebruik van een focusgroep laat toe om ervaringen, knelpunten en oplossingsrichtingen gezamenlijk te verkennen en deelnemers in interactie met elkaar te laten reflecteren op gedeelde uitdagingen.

Tijdens de focusgroep werd er stilgestaan bij de drempels waarop welzijns- en gezondheidswerkers in Deurne botsen bij het geven van correcte voedingsinformatie

aan patiënten, en welke oplossingen hieraan tegemoet zouden kunnen komen. Omdat de deelnemers werkzaam waren in uiteenlopende contexten, werd bewust gekozen om **het gesprek breder te voeren dan enkel voedingsvragen van ouders van jonge kinderen. Ook voedingsnoden en -problemen bij andere doelgroepen, zoals alleenstaande volwassenen, gezinnen in armoede en ouderen, kwamen aan bod**. Hierdoor bood de focusgroep inzicht in bredere mechanismen die de toegankelijkheid van voedingsinformatie beïnvloeden.

Aan dit focusgesprek deden **5 eerstelijnswerkers** mee. Sociale professionals van het CAW, Familiehulp, de Eerstelijnszone, en De Vijver vzw bespraken (i) de voedingsvragen en -problematieken die ze als hulpverleners tegenkomen in hun werk, (ii) de drempels die zij ervaren bij het helpen van cliënten met deze vragen, en (iii) mogelijke oplossingen om deze drempels te overwinnen. Hoewel dit onderzoek zich richt op ouders van jonge kinderen, werken de deelnemende professionals niet noodzakelijk uitsluitend met deze doelgroep. Er werd bewust gekozen voor een bredere bevraging van eerstelijnswerkers om inzicht te krijgen in voedingsgerelateerde vragen en ondersteuningsnoden die zich in diverse contexten voordoen.

De focusgroep werd, na toestemming van de deelnemers, digitaal opgenomen en vervolgens getranscribeerd met behulp van Transkriptor. Voor de analyse werd gebruikgemaakt van NVivo, waarbij een thematische analyse werd uitgevoerd.

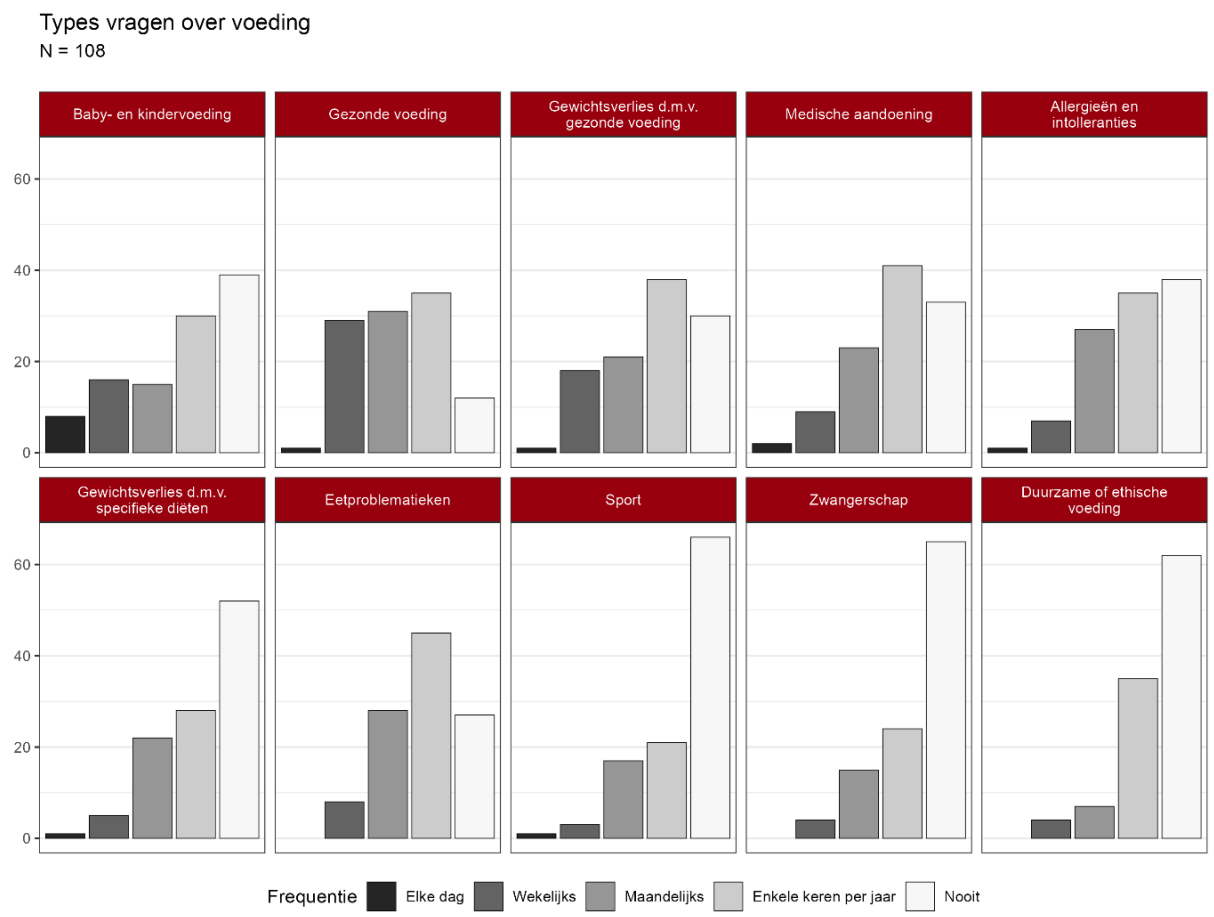
Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met enkele beperkingen. De focusgroep omvatte een relatief beperkt aantal deelnemers en focuste uitsluitend op professionals die (voornamelijk) actief zijn (in het welzijnsveld) in Deurne. De bevindingen zijn daarom niet zonder meer generaliseerbaar naar alle welzijns- en gezondheidswerkers in Antwerpen. Het doel van deze focusgroep was echter niet representativiteit, maar het verdiepen en contextualiseren van de inzichten uit de survey. In combinatie met de kwantitatieve resultaten biedt het kwalitatieve materiaal waardevolle inzichten in de dagelijkse praktijk van eerstelijnswerkers en de uitdagingen waarmee zij worden geconfronteerd.

Resultaten

Belangrijkste inzichten survey welzijns- en gezondheidswerkers

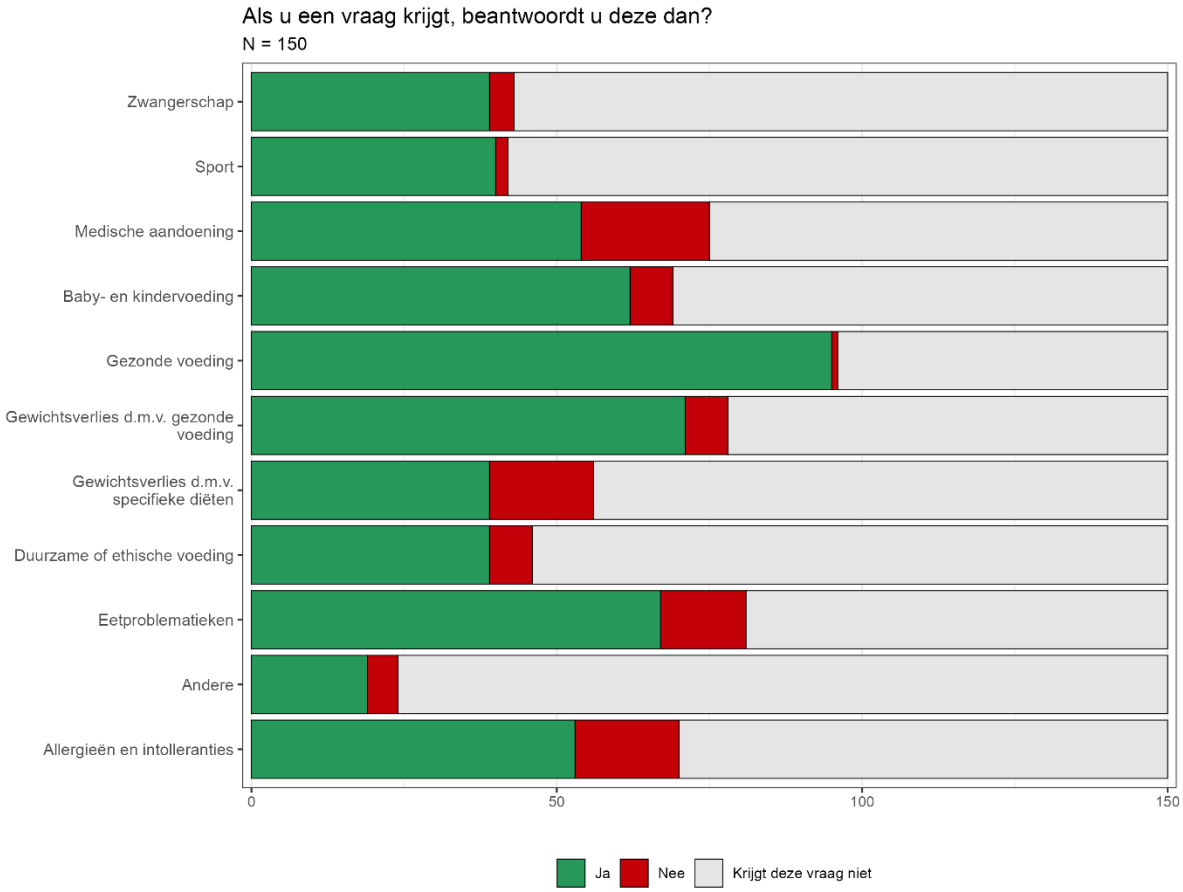
*Voor meer info over deze survey, lees '**Vinck, B., Beuselinck, A. (2026).** Voedingswijzer onderzoeksrapport: Hoe gaan eerstelijns gezondheids- en welzijnswerkers om met vragen over voeding?' Downloaden en/of online lezen mogelijk via: https://www.ap.be/project/toegankelijkheid-van-voedingsinformatie-voedingswijzer .*

Uit dit verkennend onderzoek blijkt dat zowel Antwerpse gezondheids- als welzijnswerkers een belangrijke rol spelen in het beantwoorden van voedingsgerelateerde vragen van cliënten, al bestaan er verschillen tussen beide groepen. In totaal ontvangt 72,0% van de respondenten voedingsvragen, waarbij dit significant (p <0,001) vaker voorkomt bij gezondheidswerkers (85,0%) dan bij welzijnswerkers (57,1%). De meest voorkomende vragen hebben betrekking op gezonde voeding, gewichtsverlies (op basis van gezonde voeding) en baby- en kindervoeding, terwijl thema's zoals duurzame voeding en sportvoeding beduidend minder aan bod komen.



Afbeelding 02 | Frequentie waarmee bevraagde gezondheids- en welzijnswerkers voedingsvragen binnenkrijgen

De meerderheid van de eerstelijnswerkers die voedingsvragen ontvangt, geeft aan deze ook effectief te beantwoorden. Dit geldt vooral voor vragen over gezonde voeding (95/96 respondenten), voeding bij sport (40/42) en gewichtsverlies op basis van gezonde voeding (71/78). Vragen over gewichtsverlies via specifieke diëten (39/56), voeding bij medische aandoeningen (54/75) en allergieën en intoleranties (53/70) worden door een kleiner aandeel van de respondenten beantwoord. Onvoldoende kennis (n = 35), doorverwijzen naar een andere hulpverlener (n = 30) en het gevoel niet bevoegd te zijn (n = 20) worden het vaakst aangehaald als redenen om voedingsvragen niet zelf te beantwoorden.



Afbeelding 03 | Frequentie van zelf beantwoorde voedingsvragen door bevraagde welzijns- en gezondheidswerkers

Voedingsinformatie wordt voornamelijk mondeling verstrekt (94,4%), aangevuld met het gebruik van internet (59,3%) en papieren materialen (44,4%). Eerstelijnswerkers baseren zich daarbij vooral op hun eigen kennis en ervaring (82,4%), het internet (73,1%) en richtlijnen (64,8%). Tegelijk geeft 50,0% aan geen extra informatie aan te bieden, en ontstaat het gesprek vaak spontaan (62,0%). Eerstelijnswerkers voelen zich vooral ondersteund door digitale tools, zoals platformen met video's en doorverwijzingsinformatie (beide 53,7%), wat wijst op de nood aan toegankelijke, praktijkgerichte en visueel ondersteunde hulpmiddelen.

Wat doorverwijzingen betreft, geeft de meerderheid van de respondenten aan door te verwijzen naar een arts (69,4%) of diëtist (67,6%). Dit gebeurt vooral bij eetproblematieken (72,2%) en voeding in functie van medische aandoeningen (68,5%), en minder bij algemene voedingsvragen (18,5%).

Samenvattend tonen de resultaten aan dat eerstelijnswerkers een groot potentieel hebben om bij te dragen aan laagdrempelige voedingsinformatie voor gezinnen, maar dat er duidelijke ondersteuningsnoden bestaan. Gerichte bijscholing, uniforme richtlijnen, visueel-informatieve materialen en versterkte interprofessionele samenwerking, met inbegrip van de expertise van diëtisten, kunnen helpen om deze rol verder te versterken. De bevindingen vormen bovendien een solide basis voor verdiepend kwalitatief onderzoek naar ervaren drempels en noden.

Inzichten focusgroep

De focusgroep met eerstelijnswerkers uit Deurne-Noord bevestigde grotendeels de inzichten uit de survey. Tijdens de focusgroep werd eerst stilgestaan bij de voedingsvragen en -problematieken die de hulpverleners tegenkomen in hun werk. Vervolgens bespraken we de drempels die zij ervaren bij het helpen van cliënten. Tenslotte werd nog gezamenlijk nagedacht over mogelijke oplossingen.

Voedingsvragen en -problematieken

De focusgroep bevestigt dat voedingsvragen sterk variëren afhankelijk van de werkcontext, en zelden als geïsoleerde problematiek voorkomen. Eerstelijnswerkers geven aan dat voeding vaak slechts één aspect is binnen een bredere zorgvraag.

Binnen de thuiszorgcontext situeren voedingsvragen zich voornamelijk bij volwassenen en ouderen, en hebben ze vaak betrekking op beperkte variatie in voeding en eenzijdige eetpatronen, eetlustproblemen en ondervoeding, diabetes en suikergebruik, en specifieke situaties zoals oncologische patiënten met smaakveranderingen. Daarnaast komen ook vragen rond zwangerschap, babyvoeding en allergieën voor in kraamzorg.

Binnen het welzijnswerk (CAW) worden voedingsproblemen zelden als primaire hulpvraag gesteld. Ze zijn meestal **verweven met complexere sociale, financiële of psychische problematieken**, zoals armoede, huisvesting of mentale gezondheid.

In onderwijscontexten worden weinig expliciete voedingsvragen gesteld door kinderen zelf, maar signaleren leerkrachten wel indirecte problemen (bv. overgewicht of ongezonde eetpatronen).

Tenslotte ervaren eerstelijnswerkers die werken rond beweging of leefstijl dat voeding een cruciale rol speelt, vooral in trajecten rond gewichtsverlies, waar voeding vaak doorslaggevender wordt geacht dan beweging alleen.

Een terugkerend inzicht uit de focusgroep is dat **voeding vaak geen prioriteit krijgt binnen de hulpverlening**, zelfs wanneer problemen aanwezig zijn. Eerstelijnswerkers geven aan dat cliënten meestal kampen met meerdere, vaak dringender problemen (financieel, psychisch, sociaal), waardoor voeding naar de achtergrond verdwijnt.

Ook binnen organisaties zelf wordt voeding niet altijd structureel opgevolgd. Sommige hulpverleners geven expliciet aan dat het **niet tot hun kernopdracht behoort om voedingsvragen proactief te bevragen**, waardoor het thema onderbelicht blijft.

Dit leidt tot een paradox: hoewel voeding als belangrijk wordt erkend, komt het in de praktijk amper aan bod tenzij de cliënt zelf de vraag stelt of de problematiek acuut wordt.

Drempels bij voedginsondersteuning van cliënten volgens de eerstelijnswerkers

1. | Financiële drempels

Een eerste, en meest uitgesproken, drempel betreft de **beperkte betaalbaarheid van professionele ondersteuning**. Eerstelijnswerkers geven aan dat de kostprijs van een diëtist voor veel cliënten onhaalbaar is, zeker wanneer er geen sprake is van specifieke zorgtrajecten met terugbetaling. Een intakegesprek vormt vaak al een belangrijke financiële drempel, waardoor doorverwijzing in de praktijk weinig zinvol wordt geacht. Hierdoor ontstaat een paradoxale situatie waarin gespecialiseerde voedingszorg wel als noodzakelijk wordt erkend, maar tegelijk nauwelijks bereikbaar is voor de doelgroep waarmee eerstelijnswerkers werken.

2. | Complexiteit van de doelgroep

Daarnaast wordt voeding door eerstelijnswerkers zelden als een losstaand thema gezien. In de praktijk is het **sterk verweven met bredere sociale, financiële en mentale problematieken**. Hulpverleners werken vaak met cliënten die te maken hebben met armoede, psychische kwetsbaarheid of instabiele gezinssituaties, waardoor voeding slechts één van de vele aandachtspunten vormt. In dergelijke contexten krijgt voeding zelden prioriteit, noch bij de cliënt, noch binnen het hulpverleningstraject zelf. Dit maakt het moeilijk om voeding

systematisch te behandelen en vraagt een geïntegreerde aanpak die vandaag niet altijd voorhanden is. Daarnaast kan de **fysieke omgeving** waarin de cliënt woont en werkt een drempel vormen om de gevonden voedingsinformatie toe te passen. Denk hierbij aan een overaanbod aan ongezonde voeding in kwetsbare buurten.

3. | Taalbarrières

Ook taal vormt een belangrijke drempel. Eerstelijnswerkers signaleren dat cliënten met een andere moedertaal vaak terughoudend staan tegenover professionele hulpverlening, onder meer omdat zij negatieve ervaringen hebben gehad waarbij **taal een belemmering** vormde. Dit leidt tot onzekerheid en wantrouwen, wat de stap naar hulp verder bemoeilijkt.

Tegelijk ervaren hulpverleners zelf ook drempels bij doorverwijzing, omdat het niet altijd duidelijk is of diensten voldoende toegankelijk zijn voor anderstalige cliënten.

4. | Beperkte ondersteuning van eerstelijnswerkers

Een bijkomende drempel situeert zich op het niveau van de eerstelijnswerkers zelf. Hoewel zij regelmatig geconfronteerd worden met voedingsgerelateerde vragen, voelen velen zich onvoldoende uitgerust om hier adequaat op in te spelen. In de praktijk baseren zij zich vaak op eigen kennis of informatie van het internet, wat gepaard gaat met onzekerheid over de betrouwbaarheid en toepasbaarheid ervan. Daarnaast behoort het proactief behandelen van voedingsvragen niet altijd tot de expliciete opdracht van organisaties. Hierdoor krijgt het thema voeding niet steeds een structurele plaats binnen de hulpverlening en wordt er vaak pas aandacht aan besteed wanneer cliënten er zelf over beginnen. Het ontbreken van duidelijke richtlijnen, praktische tools en vormingsmogelijkheden versterkt deze drempel, waardoor voedingsvragen niet altijd systematisch worden opgenomen in de begeleiding.

5. | Moeilijkheden rond doorverwijzing

Deze verschillende drempels komen samen in de beperkte mate waarin effectief wordt doorverwezen naar gespecialiseerde zorg. Doorverwijzing gebeurt niet alleen minder omwille van financiële barrières, maar ook door onduidelijkheid over het beschikbare aanbod, beperkte kennis van doorverwijsopties en twijfels over de haalbaarheid voor cliënten. Hierdoor blijft ondersteuning rond voeding vaak beperkt tot algemeen en vrijblijvend advies, zonder verdere opvolging.

Samenvattend

De resultaten uit de survey en focusgroep met welzijns- en gezondheidswerkers tonen dat eerstelijnswerkers een belangrijke, maar tegelijk complexe rol opnemen in het omgaan met voedingsvragen van cliënten. Enerzijds blijkt dat een grote meerderheid van de eerstelijnswerkers effectief geconfronteerd wordt met voedingsgerelateerde vragen, en dat zij deze vaak ook zelf beantwoorden. Anderzijds maken de bevindingen duidelijk dat deze rol niet vanzelfsprekend is, en gepaard gaat met verschillende drempels en beperkingen.

Een eerste belangrijke vaststelling is dat voedingsvragen frequent voorkomen, vooral bij gezondheidswerkers, en zich voornamelijk situeren rond gezonde voeding, gewichtsverlies en voeding bij jonge kinderen. Eerstelijnswerkers proberen deze vragen zoveel mogelijk zelf te beantwoorden, meestal via mondelinge informatieoverdracht, gebaseerd op hun eigen kennis, ervaring en online informatiebronnen. Tegelijk geeft een aanzienlijk deel aan zich niet altijd voldoende zeker of bevoegd te voelen, wat zich vertaalt in selectieve beantwoording of doorverwijzing.

Daarnaast blijkt dat eerstelijnswerkers regelmatig doorverwijzen naar artsen en diëtisten, in het bijzonder bij complexere of medische problematieken. Toch wordt deze doorverwijzing in de praktijk vaak bemoeilijkt door structurele drempels, zoals kostprijs, beperkte terugbetaling en onduidelijkheid over het beschikbare aanbod. Hierdoor blijft voedingsondersteuning in veel gevallen beperkt tot algemeen advies, zonder verdere opvolging.

De kwalitatieve inzichten uit de focusgroep verdiepen dit beeld en tonen dat voeding zelden als een geïsoleerde hulpvraag voorkomt. In de praktijk is voeding vaak verweven met bredere sociale, financiële en mentale problematieken, zoals armoede, stress of instabiele gezinssituaties. Binnen deze context krijgt voeding zelden prioriteit, noch bij cliënten, noch binnen het hulpverleningstraject zelf. Bovendien behoort het in veel organisaties niet expliciet tot de kerntaak om voedingsvragen proactief op te nemen, waardoor het thema vaak onderbelicht blijft.

Tegelijk ervaren eerstelijnswerkers zelf ook drempels. Ze geven aan nood te hebben aan meer ondersteuning, zoals duidelijke richtlijnen, praktische tools en opleiding. Het ontbreken hiervan zorgt ervoor dat voedingsvragen niet altijd systematisch of met voldoende vertrouwen worden behandeld. Ook taal- en toegankelijkheidsbarrières bij cliënten bemoeilijken de ondersteuning en doorverwijzing.

Wanneer we deze bevindingen samenleggen, wordt duidelijk dat eerstelijnswerkers een groot potentieel hebben om een brugfunctie te vervullen tussen ouders en betrouwbare voedingsinformatie, maar dat deze rol vandaag onvoldoende wordt gefaciliteerd.

De voorgestelde oplossingsrichtingen wijzen in de richting van een meer geïntegreerde en contextgerichte aanpak. Daarbij wordt het belang benadrukt van sterkere samenwerking binnen lokale netwerken (bv. met scholen en welzijnsorganisaties), praktijkgerichte en laagdrempelige interventies, en het inzetten van brugfiguren die taal- en cultuurbarrières kunnen overbruggen. Daarnaast is er nood aan toegankelijke en betaalbare vormen van voedingszorg, en aan gerichte ondersteuning van eerstelijnswerkers zelf, via tools, vorming en interprofessionele samenwerking met diëtisten.

Samenvattend toont dit deelonderzoek dat voeding een relevant maar onderbelicht thema is binnen de eerstelijnszorg, dat vaak verdrongen wordt door andere, meer urgente problematieken. Het versterken van de rol van eerstelijnswerkers vraagt dan ook niet alleen meer kennis, maar vooral structurele ondersteuning, betere toegankelijkheid van gespecialiseerde zorg, en een sterkere inbedding van voeding binnen een breder, geïntegreerd zorg- en welzijnskader.

Hoe maken we voedingsinformatie toegankelijker?

De bevindingen uit zowel de bevraging van ouders als die van welzijns- en gezondheidswerkers tonen dat de toegankelijkheid van voedingsinformatie niet enkel wordt bepaald door de beschikbaarheid van correcte informatie. Hoewel veel ouders reeds over basiskennis rond gezonde voeding beschikken, ervaren zij diverse drempels bij het vinden, begrijpen en toepassen van deze informatie. Ook eerstelijnswerkers botsen op barrières bij het ondersteunen van gezinnen of het doorverwijzen naar gepaste hulp. De resultaten maken duidelijk dat toegankelijke voedingsinformatie vraagt om een geïntegreerde aanpak waarin bereikbaarheid, begrijpelijkheid, toepasbaarheid en ondersteuning hand in hand gaan.

De onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op de bevindingen uit de surveys, interviews en focusgroepen met ouders en welzijns- en gezondheidswerkers, en sluiten aan bij bestaande wetenschappelijke inzichten rond gezondheidsvaardigheden, gezondheidsongelijkheid en gezondheidsbevordering. Daarbij tonen de zes persona's uit het kwalitatieve onderzoek aan dat er niet één type ouder bestaat. Sommige ouders zoeken actief informatie, terwijl anderen vooral botsen op praktische, financiële, mentale of taalgerelateerde drempels. Bovendien bleek uit de gesprekken dat de uitdagingen van ouders niet alleen betrekking hebben op het vinden van voedingsinformatie, maar ook op het daadwerkelijk toepassen ervan in het dagelijkse gezinsleven. Een uniforme aanpak volstaat daarom niet; verschillende groepen ouders vragen om verschillende vormen van ondersteuning die aansluiten bij hun leefwereld en concrete context.

De aanbevelingen moeten dan ook worden gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van professionals, organisaties en beleidsmakers. Hoewel eerstelijnswerkers, scholen en welzijnsorganisaties een belangrijke rol spelen in het toegankelijk maken van betrouwbare voedingsinformatie, kunnen zij deze opdracht niet alleen dragen. Veel van de geïdentificeerde drempels, zoals financiële toegankelijkheid, beschikbare tijd, ondersteunende materialen en doorverwijsmogelijkheden, vereisen immers structurele ondersteuning. Daarom worden eerst enkele randvoorwaarden op beleidsniveau besproken, waarna wordt ingezoomd op de rol van de verschillende betrokken actoren. De aanbevelingen bieden handvatten om voedingsinformatie beter te laten aansluiten bij de leefwereld van ouders en de vertaalslag naar de praktijk te vergemakkelijken.

Tot slot vormen de opgedane inzichten een belangrijke basis voor toekomstig onderzoek. In september 2026 start het vervolgproject Voedingsbrug, waarin wordt onderzocht hoe voedingsinformatie nog beter kan worden afgestemd op de noden van ouders en hoe scholen hierin een ondersteunende rol kunnen opnemen. De aanbevelingen en aandachtspunten uit dit onderzoek vormen daarbij een belangrijk vertrekpunt voor de verdere ontwikkeling, verspreiding en toepassing van toegankelijke voedingsinformatie.

Aanbevelingen voor beleid

Vlaams niveau

Stimuleer samenwerking rond bestaande materialen en richtlijnen

Stimuleer het gebruik van een gedeeld voedingskader en bestaande kwaliteitsvolle materialen. Rond voeding en jonge kinderen bestaan reeds heel wat betrouwbare, evidence-based materialen en informatiebronnen. De uitdaging ligt vandaag minder in het ontwikkelen van nieuwe informatie dan in het beter verspreiden, bekendmaken en benutten van bestaande tools. Vlaamse actoren kunnen hierin een coördinerende rol opnemen door lokale besturen, eerstelijnszones, gezondheids- en welzijnsprofessionals, scholen en andere intermediairs actief toe te leiden naar **bestaande materialen** en hen te **stimuleren om te werken vanuit een gedeeld referentiekader**, zoals de voedingsdriehoek van Gezond Leven. Op die manier krijgen ouders via verschillende kanalen consistente boodschappen, wordt de versnippering van informatie beperkt en wordt vermeden dat organisaties los van elkaar gelijkaardige materialen blijven ontwikkelen.

Investeer in ondersteuning van eerstelijnswerkers

Om gezinnen op een kwalitatieve manier te ondersteunen bij voedingsvragen, hebben eerstelijnswerkers nood aan **praktische hulpmiddelen, vorming en toegankelijke materialen**. Het ontwikkelen en verspreiden van eenduidige richtlijnen, overzichtelijke informatiebronnen en visuele materialen kan hen ondersteunen bij het verstrekken van correcte en consistente voedingsinformatie. Daarnaast is het belangrijk om interprofessionele samenwerking te stimuleren en voldoende mogelijkheden voor vorming en kennisuitwisseling te voorzien. Op die manier kunnen eerstelijnswerkers met meer vertrouwen voedingsvragen opnemen binnen hun dagelijkse praktijk.

Onderzoek structurele financiering van voedingsondersteuning

Uit het onderzoek blijkt dat financiële drempels een belangrijke rol spelen bij het bereiken van gespecialiseerde voedingszorg. Het verdient daarom aanbeveling om te onderzoeken **hoe preventieve voedingsondersteuning structureler kan worden gefinancierd**, zodat gezinnen niet pas toegang krijgen tot voedingszorg wanneer problemen reeds ernstig zijn geworden. De uitbouw van laagdrempelige eerstelijns voedingszorg kan hierin een belangrijke stap zijn.

Veranker voeding binnen geïntegreerde preventieve gezondheidszorg

Voeding verdient een meer structurele plaats binnen preventie- en gezondheidsbeleid, met bijzondere aandacht voor de eerste levensjaren van kinderen. Daarbij is het belangrijk om voeding niet als een afzonderlijk thema te benaderen, maar als onderdeel van een bredere visie op gezondheid, welzijn en gelijke kansen.

Lokaal niveau

Versterk de rol van bestaande brugfiguren

Versterk de inzet van brugfiguren en andere vertrouwenspersonen binnen lokale netwerken. Gezinnen komen vaak eerder in contact met lokale vertrouwenspersonen dan met gespecialiseerde voedingsprofessionals. Medewerkers van Huizen van het Kind, Kind en Gezin, CLB's, gezinsondersteuners, vrijetijdstoeleiders, buurtwerkers en andere sleutelfiguren binnen de gemeenschap kunnen daarom een belangrijke rol spelen in het toegankelijk maken van voedingsondersteuning. Hun meerwaarde ligt niet zozeer in het verstrekken van gespecialiseerd advies, maar in het herkennen van ondersteuningsnoden, het delen van basisinformatie en het begeleiden van gezinnen naar betrouwbare informatiebronnen en gepaste hulpverlening. Door hun vertrouwde positie kunnen zij bovendien bijdragen aan het overbruggen van taal-, cultuur- en vertrouwensdrempels die de toegang tot ondersteuning bemoeilijken.

Maak het lokale aanbod zichtbaar

Ontwikkel per eerstelijnszone een duidelijk overzicht van het lokale voedingsaanbod. Ouders en eerstelijnswerkers botsen vaak op onduidelijkheid over waar zij terechtkunnen met voedingsvragen. Daarom is er nood aan een **laagdrempelig en actueel overzicht van lokale organisaties, intermediairs en professionals die ondersteuning bieden rond voeding**. Dit overzicht moet niet enkel zichtbaar maken wie actief is binnen de regio, maar ook verduidelijken voor welke vragen, doelgroepen of problematieken een bepaalde actor kan worden ingezet. Een dergelijk instrument kan de toegankelijkheid van het aanbod vergroten, de samenwerking tussen organisaties versterken en meer gerichte doorverwijzingen mogelijk maken.

Ontwikkel een lokale communicatiestrategie

Ouders ontvangen voedingsinformatie via uiteenlopende bronnen en kanalen. Hierdoor bestaat het risico dat zij geconfronteerd worden met tegenstrijdige boodschappen of moeilijk kunnen inschatten welke informatie betrouwbaar is. Lokale besturen kunnen daarom samen met eerstelijnszones, scholen, welzijnsorganisaties en andere relevante partners een **gezamenlijke communicatiestrategie ontwikkelen rond voeding en jonge kinderen**. Het doel is niet om nieuwe informatie te ontwikkelen, maar om ouders via verschillende vertrouwde kanalen consequent naar dezelfde betrouwbare informatie en materialen te leiden. Een dergelijke aanpak kan bijdragen aan meer herkenbaarheid, minder versnippering en een grotere zichtbaarheid van kwaliteitsvolle voedingsinformatie.

Veranker voeding structureel binnen de eerstelijnszone

Voeding bij kinderen zou niet afhankelijk mogen zijn van tijdelijke projectmiddelen of ad-hocsubsidies. Daarom verdient het aanbeveling om **voeding structureel op te nemen binnen de werking van eerstelijnszones**. Hierbij kan onderzocht worden of een lokale voedingsexpert of eerstelijnsdiëtist een ondersteunende rol kan opnemen voor professionals, organisaties en gezinnen.

Onderzoek de mogelijkheid van een lokale voedingsdeskundige binnen de eerstelijnszone of het lokaal bestuur

Een terugkerende uitdaging in dit onderzoek is dat zowel ouders als eerstelijnswerkers niet altijd weten waar zij terechtkunnen met voedingsvragen. Tegelijk geven veel professionals aan onvoldoende uitgerust te zijn om voedingsvragen zelf te beantwoorden of gericht door te verwijzen. Daarom de aanbeveling om de mogelijkheid te onderzoeken van een **structureel aanspreekpunt met specifieke expertise rond voeding bij kinderen binnen de eerstelijnszone of het lokaal bestuur**. Een dergelijke functie zou lokale professionals kunnen ondersteunen bij voedingsvragen, vorming organiseren, mee instaan voor een helder doorverwijsbeleid en bijdragen aan een coherent lokaal voedingsbeleid. Daarbij kan onderzocht worden of deze rol het best wordt ingebed binnen de eerstelijnszone dan wel binnen het lokale bestuur.

Voorzie structurele vorming voor eerstelijnsprofessionals

Welzijns- en gezondheidswerkers vormen een belangrijke toegangspoort tot betrouwbare voedingsinformatie, maar geven aan **nood te hebben aan bijkomende ondersteuning**. Bouw daarom verder op bestaande initiatieven rond deskundigheidsbevordering en voorzie

structurele vorming voor lokale professionals. Deze vorming kan hen ondersteunen in het herkennen van voedingsgerelateerde signalen, het geven van basisinformatie, het voeren van gesprekken over voeding en het gericht doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening wanneer nodig. Niet elke professional hoeft voedingsdeskundige te worden, maar elke professional die regelmatig in contact komt met gezinnen moet voldoende handvatten hebben om ouders naar de juiste ondersteuning te begeleiden.

Aanbevelingen voor eerstelijns gezondheidswerkers

Welzijns- en gezondheidswerkers vormen voor veel gezinnen een belangrijke toegangspoort tot betrouwbare voedingsinformatie. Hoewel voeding niet altijd tot hun kerntaak behoort, bevinden zij zich vaak in een unieke positie om voedingsproblemen te signaleren, basisinformatie aan te bieden en gericht door te verwijzen. Het is daarom belangrijk om de rol van deze professionals niet uitsluitend te bekijken vanuit expertise over voeding, maar ook vanuit hun functie als vertrouwenspersoon en wegwijzer binnen het zorg- en welzijnslandschap.

Breng betrouwbare voedingsinformatie naar de leefwereld van ouders

Veel ouders gaan pas actief op zoek naar voedingsinformatie wanneer zij geconfronteerd worden met een concrete vraag of bezorgdheid. Om ook ouders zonder expliciete hulpvraag te bereiken, is het belangrijk om **betrouwbare voedingsinformatie aan te bieden via bestaande en vertrouwde contactpunten**, zoals huisartsenpraktijken, Huizen van het Kind, kinderopvang, scholen, welzijnsorganisaties en buurtwerkingen. Door voedingsondersteuning te verankeren in deze dagelijkse contexten wordt de toegankelijkheid vergroot en kunnen gezinnen op een laagdrempelige manier bereikt worden.

Daarnaast is het essentieel om **voeding niet los te zien van de bredere leefomstandigheden van gezinnen**. Hoewel veel ouders het belang van gezonde voeding erkennen, ervaren zij vaak drempels die verder gaan dan een gebrek aan kennis. Financiële druk, tijdsgebrek, stress, mentale belasting of andere gezinsproblemen beperken soms de mogelijkheden om voedingsadviezen in de praktijk te brengen. Effectieve ondersteuning houdt daarom rekening met deze context en zet in op haalbare, stapsgewijze veranderingen, praktische ondersteuning en het versterken van het vertrouwen van ouders in hun eigen mogelijkheden. Hierdoor wordt gezonde voeding niet benaderd als een bijkomende opdracht, maar als een realistisch onderdeel van het dagelijkse gezinsleven.

Communiceer concreet, herkenbaar en praktisch

Ouders gaan zelden op zoek naar algemene voedingsrichtlijnen, maar zoeken vooral antwoorden op concrete vragen en uitdagingen uit hun dagelijkse leven. **Effectieve voedingscommunicatie vertrekt daarom best vanuit herkenbare situaties**, zoals omgaan met moeilijke eters, het samenstellen van een gezonde brooddoos, het beperken van snackgedrag of gezond eten binnen een beperkt budget. In dergelijke contexten zijn concrete adviezen, praktijkvoorbeelden en onmiddellijk toepasbare tips vaak waardevoller dan algemene aanbevelingen.

Daarnaast toont dit onderzoek aan dat ouders vaak beschikken over basiskennis rond gezonde voeding, maar moeite ervaren om deze kennis toe te passen in hun dagelijkse leven. Daarom is het belangrijk om adviezen niet alleen correct, maar ook **haalbaar en praktisch** te formuleren. Budgetvriendelijke oplossingen, snelle recepten en adviezen die aansluiten bij bestaande gezinsroutines kunnen de toepasbaarheid aanzienlijk vergroten. Hierbij verdient een stapsgewijze aanpak de voorkeur. Kleine, haalbare gedragsveranderingen, zoals één extra portie groenten per dag of het vervangen van één frisdrankmoment door water, zijn vaak makkelijker vol te houden en vergroten de kans op duurzame verandering.

Houd rekening met de bredere leefwereld van gezinnen

Voedingsgedrag wordt beïnvloed door veel meer dan kennis alleen. Financiële beperkingen, tijdsdruk, mentale belasting, huisvestingsproblemen en opvoedingsuitdagingen bepalen vaak in sterke mate welke keuzes gezinnen kunnen maken. Daarnaast spelen ook culturele, religieuze en gezinsgebonden referentiekaders een belangrijke rol. Voedingsgewoonten, opvoedingspraktijken en opvattingen over gezondheid worden immers sterk beïnvloed door de context waarin gezinnen leven. Ondersteuning rond voeding moet daarom **aansluiten bij de dagelijkse realiteit van gezinnen** en mag niet vertrekken vanuit een ideaalbeeld dat voor veel ouders moeilijk haalbaar is. Door aan te sluiten bij de leefwereld van ouders en bestaande gewoonten als vertrekpunt te nemen, kunnen voedingsadviezen beter worden afgestemd op hun noden, mogelijkheden en prioriteiten.

Voor sommige gezinnen is voeding bovendien slechts één van de vele uitdagingen waarmee zij geconfronteerd worden. In dergelijke situaties is het belangrijk om ouders niet extra te belasten met complexe of tijdsintensieve interventies, maar in te zetten op **praktische, haalbare adviezen die eenvoudig kunnen worden geïntegreerd in bestaande routines en ondersteuningsstructuren**. Vereenvoudiging, ontzorging en aandacht voor de bredere

gezinscontext vormen daarbij belangrijke voorwaarden om gezonde voedingskeuzes haalbaar en toegankelijk te maken.

Zet in op een wijkgerichte en laagdrempelige aanpak

Om gezinnen zo goed mogelijk te bereiken, is het belangrijk om **voedingsondersteuning dicht bij hun leefwereld** te organiseren. Initiatieven die aansluiten bij bestaande voorzieningen en ontmoetingsplaatsen in de buurt verlagen de drempel om informatie of ondersteuning te zoeken. Voorbeelden hiervan zijn scholen, kinderopvang, Huizen van het Kind, wijkgezondheidscentra, buurtwerkingen en welzijnsorganisaties.

Een **wijkgerichte aanpak** biedt bovendien kansen om voedingsinformatie af te stemmen op de lokale context en om gezinnen te bereiken die minder snel de weg vinden naar gespecialiseerde zorg. Door in te zetten op nabijheid, vertrouwen en toegankelijkheid kan de impact van voedingsondersteuning worden vergroot.

Voorzie langdurige opvolging en coaching waar nodig

Bij meer ernstige of complexe voedingsproblemen volstaat een eenmalig advies vaak niet. Het aanpassen van voedingsgewoonten is een proces dat tijd vraagt en waarbij gezinnen onderweg verschillende drempels kunnen ervaren. Bovendien blijkt uit dit onderzoek dat informatie alleen vaak onvoldoende is om gedrag daadwerkelijk te veranderen. Ouders hebben niet alleen nood aan kennis, maar ook aan ondersteuning bij het **vertalen van voedingsadvies naar hun dagelijkse context**.

Langdurige opvolging, coaching en regelmatige contactmomenten kunnen ouders hierbij ondersteunen. Ze bieden de mogelijkheid om vooruitgang te bespreken, nieuwe vragen te beantwoorden en moeilijkheden tijdig te signaleren. Door gezinnen stapsgewijs te begeleiden, positieve veranderingen te versterken en ruimte te creëren voor interactie en oefening, kunnen ouders vaardigheden opbouwen en meer vertrouwen ontwikkelen in hun eigen mogelijkheden. Dit vergroot de kans dat voedingsadviezen duurzaam worden geïntegreerd in het gezinsleven en dat gezonde voedingsgewoonten op langere termijn worden volgehouden.

Werk multidisciplinair samen

Een **multidisciplinaire aanpak is essentieel** wanneer voedingsproblemen verweven zijn met andere uitdagingen, zoals mentale gezondheidsproblemen, sociale kwetsbaarheid, financiële moeilijkheden of medische aandoeningen. Samenwerking tussen onder andere huisartsen,

diëtisten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen en welzijnswerkers maakt het mogelijk om gezinnen op een geïntegreerde manier te ondersteunen en ervoor te zorgen dat voedingsadvies wordt ingebed in een ruimer zorg- en ondersteuningsaanbod.

Zet in op duidelijke doorverwijzing

Niet elke professional hoeft voedingsdeskundige te worden. Wel is het belangrijk dat professionals die regelmatig contact hebben met gezinnen weten:

- waar betrouwbare informatie beschikbaar is;
- welke basisboodschappen belangrijk zijn;
- wanneer doorverwijzing aangewezen is;
- naar wie kan worden doorverwezen.

Daarvoor zijn vorming, praktische tools, overzichtelijke doorverwijsroutes en samenwerking met diëtisten noodzakelijk.

Aanbevelingen voor eerstelijns welzijnswerkers

Welzijnswerkers bevinden zich vaak dicht bij gezinnen in een maatschappelijk kwetsbare positie en komen regelmatig in contact met ouders die minder gemakkelijk de weg vinden naar het klassieke zorgaanbod. Hierdoor kunnen zij een belangrijke brugfunctie vervullen tussen gezinnen, betrouwbare voedingsinformatie en gepaste zorg- en ondersteuningsdiensten. Hoewel voedingsondersteuning doorgaans niet tot hun kerntaak behoort, beschikken welzijnswerkers vaak over een vertrouwensrelatie met gezinnen en hebben zij een goed zicht op de bredere leefcontext waarin voedingskeuzes worden gemaakt.

Signaleer voedingsproblemen en maak voeding bespreekbaar

Voedingsproblemen staan zelden op zichzelf en zijn vaak verweven met andere uitdagingen binnen het gezin. **Welzijnswerkers kunnen een belangrijke rol spelen door signalen van voedingsproblemen op te merken en voeding bespreekbaar te maken** binnen een bredere begeleiding. Dit hoeft niet vanuit een voedingsinhoudelijke expertise te gebeuren, maar wel vanuit een open gesprek over de dagelijkse leef- en gezinssituatie.

Begeleid gezinnen naar gepaste ondersteuning

Veel ouders ervaren moeilijkheden bij het vinden van betrouwbare voedingsinformatie of gepaste professionele ondersteuning. Welzijnswerkers kunnen gezinnen ondersteunen door hen **actief toe te leiden naar geschikte diensten**, zoals huisartsen, diëtisten, Huizen van het Kind of andere lokale initiatieven. Niet alleen doorverwijzing, maar ook het begeleiden van gezinnen bij het zetten van die eerste stap kan hierbij een belangrijke meerwaarde bieden.

Verlaag taal-, cultuur- en vertrouwensdrempels

In een grootstedelijke context komen welzijnswerkers in contact met gezinnen met uiteenlopende culturele, religieuze en taalkundige achtergronden. Het is belangrijk om **rekening te houden met deze diversiteit en aan te sluiten bij de leefwereld van ouders**. Heldere communicatie, cultuursensitief werken en aandacht voor bestaande voedingsgewoonten kunnen bijdragen aan een grotere toegankelijkheid van voedingsinformatie en ondersteuning.

Werk samen met brugfiguren en lokale netwerken

Brugfiguren, sleutelfiguren en andere lokale actoren genieten vaak een groot vertrouwen binnen de gemeenschap en kunnen een belangrijke rol spelen in het bereiken van gezinnen die minder zichtbaar zijn voor professionele hulpverlening. **Samenwerking** met deze personen en met bestaande buurtinitiatieven kan bijdragen aan een betere verspreiding van betrouwbare voedingsinformatie en een grotere betrokkenheid van gezinnen.

Versterk de wegwijsfunctie binnen het zorg- en ondersteuningsaanbod

Het zorg- en ondersteuningslandschap is voor veel ouders complex en moeilijk te overzien. Welzijnswerkers kunnen een belangrijke rol spelen in het **informeren van gezinnen over beschikbare ondersteuning** en hen helpen om de weg te vinden naar relevante diensten en professionals. Door hun kennis van het lokale aanbod te versterken, kunnen zij gezinnen sneller en gerichter ondersteunen.

Breng voedingsinformatie naar bestaande ontmoetingsplaatsen

Om zoveel mogelijk gezinnen te bereiken, is het belangrijk om **voedingsinformatie te integreren in bestaande ontmoetingsplaatsen en activiteiten waar ouders reeds**

aanwezig zijn. Buurtwerkingen, Huizen van het Kind, scholen, kinderopvanginitiatieven en andere lokale ontmoetingsplaatsen bieden kansen om voedingsinformatie op een laagdrempelige manier aan te bieden en in gesprek te gaan met ouders die anders moeilijk bereikt worden.

Aanbevelingen voor basisscholen

Scholen vormen één van de weinige settings die vrijwel alle kinderen en hun ouders bereiken. Hierdoor beschikken zij over een bijzondere positie om gezonde voedingsgewoonten te ondersteunen en betrouwbare voedingsinformatie toegankelijk te maken. Het is daarbij belangrijk om scholen niet uitsluitend als informatieverstrekker te zien, maar als partner binnen een bredere aanpak rond gezondheid en welzijn.

Gebruik scholen als brug naar ouders

Scholen vormen een belangrijke toegangspoort tot gezinnen en bieden daardoor kansen om voedingsondersteuning op een laagdrempelige manier te organiseren. Leerkrachten, CLB-medewerkers en zorgcoördinatoren bevinden zich in een goede positie om signalen van voedingsproblemen op te merken en gezinnen indien nodig toe te leiden naar gepaste ondersteuning. Het is daarom wenselijk om **voeding sterker te verankeren binnen bestaande onderwijs- en ondersteuningsstructuren** en de samenwerking tussen onderwijs-, welzijns- en gezondheidsactoren verder uit te bouwen.

Omdat scholen door veel ouders worden ervaren als een vertrouwde omgeving, kunnen zij bovendien een belangrijke rol spelen in het verspreiden van betrouwbare voedingsinformatie. Via bestaande contactmomenten en communicatiekanalen kunnen ouders worden bereikt zonder dat zij zelf actief op zoek moeten gaan naar ondersteuning. Samenwerkingen met CLB's, Huizen van het Kind, eerstelijnszones en lokale welzijnsorganisaties kunnen deze brugfunctie verder versterken en bijdragen aan een meer geïntegreerde ondersteuning van gezinnen.

Maak voeding onderdeel van de dagelijkse schoolcontext

Gezonde voeding wordt het meest zichtbaar wanneer kinderen er dagelijks mee in contact komen. **Scholen kunnen gezonde voedingskeuzes ondersteunen via schoolbeleid, educatieve activiteiten, kookmomenten en gezonde eetomgevingen**. Belangrijk hierbij is

dat voeding niet louter een verantwoordelijkheid van ouders wordt, maar een gedeelde verantwoordelijkheid vormt tussen gezin, school en bredere samenleving.

Betrek kinderen actief

Kinderen blijken een belangrijke invloed uit te oefenen op voedingskeuzes binnen het gezin. Uit de interviews bleek dat kinderen regelmatig zelf informatie opzoeken, nieuwe voedingskeuzes introduceren of een actieve rol opnemen bij de maaltijdkeuze. Door **kinderen actief te betrekken via lesactiviteiten, projecten, schooltuinen of kookinitiatieven** kunnen zij zelf ambassadeurs worden van gezonde voeding binnen hun gezin. Wanneer kinderen actief betrokken worden bij voeding, vergroot niet alleen hun kennis, maar ook hun motivatie en de kans dat nieuwe voedingsgewoonten worden aanvaard en volgehouden.

Aanbevelingen voor opleidingen

Opleiding Voedings- en dieetkunde

Diëtisten beschikken over de expertise om evidence-based voedingsinformatie te vertalen naar de leefwereld van gezinnen. Tegelijk toont dit onderzoek dat toegankelijkheid minstens even belangrijk is als inhoudelijke correctheid. Daarom verdienen **communicatievaardigheden, gezondheidsvaardigheden, cultuursensitief werken en het bereiken van kwetsbare doelgroepen** een prominente plaats binnen de opleiding. Daarnaast is het belangrijk dat toekomstige diëtisten leren samenwerken binnen interprofessionele netwerken en inzicht verwerven in de sociale determinanten van gezondheid. Specifieke aandacht voor financiële drempels, cultuursensitieve communicatie, outreachend werken en het formuleren van haalbare en budgetvriendelijke adviezen kan toekomstige diëtisten beter voorbereiden op het begeleiden van gezinnen in een maatschappelijk kwetsbare situatie.

Lerarenopleiding

De bevindingen uit dit onderzoek tonen aan dat scholen voor veel ouders een belangrijk en vertrouwd aanspreekpunt vormen. Ouders geven bovendien aan dat informatie die via scholen wordt verspreid vaak als toegankelijk en geloofwaardig wordt ervaren. Dit onderstreept het **potentieel van scholen als partner in gezondheidsbevordering en de belangrijke rol die leerkrachten kunnen spelen in het ondersteunen van gezonde voedingsgewoonten en het toeleiden van ouders naar betrouwbare informatie en gepaste ondersteuning**.

Daarom is het wenselijk dat toekomstige leerkrachten basisinzichten verwerven in voeding, gezondheidsvaardigheden en ouderbetrokkenheid. Leerkrachten hoeven daarbij geen voedingsexperten te worden, maar kunnen wel leren hoe zij gezondheidsinformatie op een laagdrempelige manier integreren in hun dagelijkse praktijk, hoe zij kinderen ondersteunen in het ontwikkelen van gezonde gewoonten en hoe zij signalen van mogelijke voedingsproblemen herkennen. Daarnaast is het belangrijk dat zij leren om hierover op een inclusieve en cultuursensitieve manier te communiceren en ouders indien nodig toe te leiden naar gepaste ondersteuning.

Tot slot

Geen enkele aanbeveling zal op zichzelf volstaan om de toegankelijkheid van voedingsinformatie substantieel te verbeteren. De resultaten van dit onderzoek wijzen eerder op de nood aan een geïntegreerde aanpak, waarbij verschillende actoren vanuit hun eigen expertise bijdragen en elkaar versterken. Het combineren van toegankelijke informatie, laagdrempelige ondersteuning, interprofessionele samenwerking en beleidsmatige randvoorwaarden biedt daarbij de meeste kansen op duurzame impact.

Bronnen

Adamski, M., Gibson, S., Leech, M., & Truby, H. (2018). Are doctors nutritionists? What is the role of doctors in providing nutrition advice? *Nutrition Bulletin, volume 43*, issue 2, p147-152.

Alexander, S. C., Cox, M. E., Yancy Jr, W. S., Turer, C. B., Lyna, P., Østbye, T., ... & Pollak, K. I. (2011). Weight-loss talks: what works (and what doesn't). *The Journal of family practice*, *60*(4), 213.

Crowley, J., Ball, L., McGill, A. T., Buetow, S., Arroll, B., Leveritt, M., & Wall, C. (2016). General practitioners' views on providing nutrition care to patients with chronic disease: a focus group study. *Journal of primary health care*, *8*(4), 357-364.

De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Cuypers K, Lebacq T, Moyersoen I, Ost C & Teppers E. De consumptie van voedingsmiddelen en de inname van voedingsstoffen. In: Bel S, Tafforeau J (ed.). Voedselconsumptiepeiling 2014-2015. Rapport 4. WIV-ISP, Brussel, 2016.

De Rosso, S., Nicklaus, S., Ducrot, P., & Schwartz, C. (2022). Information seeking of French parents regarding infant and young child feeding: practices, needs and determinants. *Public Health Nutrition*, *25*(4), 879-892.

Drieskens, S., Gisle, L., Berete, F. Gezondheidsenquête 2018: Contacten met paramedische zorgverstrekkers. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/12. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be

Emmett, P. M., Jones, L. R., & Northstone, K. (2015). Dietary patterns in the Avon longitudinal study of parents and children. *Nutrition reviews*, *73*(suppl_3), 207-230.

Fassier, P., Chhim, A. S., Andreeva, V. A., Hercberg, S., Latino-Martel, P., Pouchieu, C., & Touvier, M. (2016). Seeking health-and nutrition-related information on the Internet in a large population of French adults: results of the NutriNet-Santé study. *British Journal of Nutrition*, *115*(11), 2039-2046.

Federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (2023). *Concrete afspraken ikv interfederaal plan geïntegreerde zorg*. Health Belgium. Geraadpleegd op 7 mei 2024. 20231108_imcvg_cimsp_pa_giz_si.pdf (belgium.be)

Garcia, A. L., Looby, S., McLean-Guthrie, K., & Parrett, A. (2019). An exploration of complementary feeding practices,

information needs and sources. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(22), 4311.

Ghosh, D., Khan, I. A., Yadav, S., & Bandyopadhyay, D. S. (2024). The impact of early childhood nutrition on long-term health outcomes: a prospective cohort study. *J Popul Ther Clin Pharmacol*, *31*(3), 317-24

Glenister, K. M., Malatzky, C. A., & Wright, J. (2017). Barriers to effective conversations regarding overweight and obesity in regional Victoria. *Australian family physician*, *46*(10), 769-773.

G.L. Schauer, R.C. Woodruff, J. Hotz, M.C. Kegler. A qualitative inquiry about weight counseling practices in community health centers. *Patient Educ. Couns.*, 97 (1) (2014), pp. 82-87

Gunther, S., Guo, F., Sinfield, P., Rogers, S., & Baker, R. (2012). Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities. *Quality in primary care*, *20*(2), 93-103.

Hendry, D., Straker, L., Bourne, B., Coshan, S., Kumwembe, N., McCarthy, C., & Zabatiero, J. (2024). Parental practices and perspectives on
health and digital technology use information seeking for children aged 0–36 months. *Health Promotion Journal of Australia*, *35*(4), 1174-1183.

Ifroh, R. H., & Permana, L. (2022). Do Parents Use The Internet And Social Media To Child Health-Seeking Information?. *Jurnal kesehatan komunitas (Journal of community health)*, *8*(2), 171-180.

Jaks, R., Baumann, I., Juvalta, S., & Dratva, J. (2019). Parental digital health information seeking behavior in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC public health*, *19*(1), 225.

Kable, A., James, C., Snodgrass, S., Plotnikoff, R., Guest, M., Ashby, S., ... & Collins, C. (2015). Nurse provision of healthy lifestyle advice to people who are overweight or obese. *Nursing & health sciences*, *17*(4), 451-459.

Keaver, L., O'Callaghan, N., & McHugh, C. M. (2022). What should the role of doctors be in the provision of nutrition advice-a qualitative study. *International Journal of Health Promotion and Education*, 1-13.

Kolasa KM. Developments and challenges in family practice nutrition education for residents and practicing physicians: an overview of the North American experience. Eur J Clin Nutr 1999:53(suppl 2):89S-96S.

Kubb, C., & Foran, H. M. (2020). Online health information seeking by parents for their children: systematic review and agenda for further research. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(8), e19985

Luque, V., Escribano, J., Closa-Monasterolo, R., Zaragoza-Jordana, M., Ferré, N., Grote, V., ... & Ambrosini, G. L. (2018). Unhealthy dietary patterns established in infancy track to mid-childhood: the EU childhood obesity project. *The Journal of nutrition*, *148*(5), 752-759.

Lioret, S., Campbell, K. J., McNaughton, S. A., Cameron, A. J., Salmon, J., Abbott, G., & Hesketh, K. D. (2020). Lifestyle patterns begin in early childhood, persist and are socioeconomically patterned, confirming the importance of early life interventions. *Nutrients*, *12*(3), 724.

Sciensano. (z.d.). *Resultaten van de nationale voedselconsumptiepeiling 2022–2023.* Geraadpleegd op 7 mei 2024, van https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023

Stad in cijfers - *Databank*. (n.d.). https://stadincijfers.antwerpen.be/databank/

Sociale kaart. (n.d.).
https://www.desocialekaart.be/zoeken?pagina=0&paginaGrootte=20®io=5891&sort=relevantie

van der Heijden, A., Te Molder, H., Jager, G., & Mulder, B. C. (2021). Healthy eating beliefs and the meaning of food in populations with a low socioeconomic position: A scoping review. *Appetite*, *161*, 105135.

Van der Heyden, J., Charafeddine, R. (2018). Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/36. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be

J. Van der Heyden, F. Berete, S. Drieskens. Gezondheidsenquête. 2018. Ambulante zorg door artsen en tandartsen. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/9. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be

Van Weel C. Nutritional guidance in general practice – a conceptual framework. Eur J Clin Nutr 1999;53(suppl 2):3S-8S

Vbzv. (n.d.). *Zoek een verpleegkundige - VBZV Website*. (C) 2024. https://www.vbzv.be/pati%C3%ABnten-en-zorgverleners/zoek-een-verpleegkundige

Vetter, M. L., Herring, S. J., Sood, M., Shah, N. R., & Kalet, A. L. (2008). What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge. *Journal of the American College of Nutrition*, *27*(2), 287-298.

Vettenburg, N., Walgrave, L. & Van Keckvoorde, J. (1984) Jeugdwerkloosheid, delinquentie en maatschappelijke kwetsbaarheid. Antwerpen: Kluwer.

World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation (WHO Technical Report Series No. 916)*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf

Worsley A. How to improve the impact of nutrion guidance by general physicians: Public health versus individual patient? Eur J Clin Nutr 1999;53 (Suppl 2):101S-107S

Yudianto, B., Caldwell, P. H., Nanan, R., Barnes, E. H., & Scott, K. M. (2023). Patterns of parental online health information-seeking behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *59*(5), 743-752.

Gerelateerde publicaties

- **Vinck, B., Beuselinck, A. (2026).** Tussen Toegankelijkheid en Betrouwbaarheid: Hoe ouders voedingsinformatie gebruiken en vertrouwen. Stadskracht Discussiepaper nr.8

- **Vinck, B., Beuselinck, A., Bayrakli, Z., Vanparijs, S. (2026).** Kinderen en jongeren: tussen toegankelijkheid en betrouwbaarheid. *Voeding & Diëtiek*, maart-april 2026.

- **Vinck, B., Beuselinck, A. (2026).** *Voedingswijzer onderzoeksrapport: Hoe gaan eerstelijns gezondheids- en welzijnswerkers om met vragen over voeding?* AP Hogeschool, Kenniscentrum Stadskracht.

Dankwoord

Dit onderzoek kwam tot stand dankzij de inzet en betrokkenheid van vele mensen en organisaties, die we hierbij graag uitdrukkelijk willen bedanken.

In de eerste plaats danken we de **leden van het netwerkoverleg** van het Voedingswijzer-project voor hun waardevolle feedback, kritische reflecties en betrokkenheid gedurende het volledige onderzoeksproces. We bedanken in het bijzonder ook de **Eerstelijnszone Antwerpen** en **Gezondheidsmakers Antwerpen** voor hun ondersteuning, het meedenken over de onderzoeksopzet en hun hulp bij het bereiken van relevante partners en respondenten.

Zeliha Bayrakli, Sofie Vanparijs, Aeshah Al-Aboosi en **Zahraa Kamaleddin**, studenten aan de opleiding Voedings- en Dieetkunde van de AP Hogeschool, danken we graag voor hun waardevolle hulp bij het uitwerken van de survey, en het afnemen van interviews.

Daarnaast willen we **Siege Tratsaert** en **Ashley Van Den Plas** bedanken voor hun betrokkenheid vanuit de deelnemende basisscholen en hun hulp bij het bereiken van ouders.

Ook onze oprechte dank aan **Wannes Vermaerke** (stafmedewerker vzw Sociaal Winkelpunt) en **Dave Soetewey** (coördinator Huis van het Kind Deurne-Noord) voor het delen van hun expertise en hun ondersteuning bij het opzetten van de contacten met de doelgroep.

Ten slotte willen we in het bijzonder **alle ouders en eerstelijnswerkers** die deelnamen aan dit onderzoek bedanken. Door hun bereidheid om hun ervaringen, inzichten en verhalen te delen, werd het mogelijk om een genuanceerd beeld te krijgen van de zoektocht naar en omgang met voedingsinformatie. Zonder hun vertrouwen en openheid zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest.

Over de auteurs

Elisabet Van Wymeersch is praktijkgericht onderzoeker bij het expertisecentrum Stadskracht. De voorbije jaren werkte ze als onderzoeker, docent en projectcoördinator bij Universiteit Antwerpen en Het Pandschap Gent rond stedelijkheid, wonen, solidariteit en maatschappelijke verandering.

Billie Vinck is lector voedings- en dieetkunde en onderzoeker aan AP Hogeschool. Ze focust op gezondheidsbevordering met een sterke nadruk op preventie. Haar expertise omvat onder meer voeding, gedragsverandering, gezondheidsbevordering, het verkleinen van gezondheidsongelijkheid, lichaamssamenstelling en nutritionele epidemiologie.

Axelle Beuselinck is onderzoeker, praktijklector en zelfstandig diëtist. Ze specialiseert zich in gezondheidsbevordering en zet in op het motiveren van mensen tot een gezonde levensstijl. Haar werk richt zich op voeding, beweging, lichaamssamenstelling en het vertalen van wetenschappelijke inzichten naar praktische, toegankelijke toepassingen voor een breed publiek.

Kaat Lauwers is onderzoeker, diëtiste en lector. Ze zet sterk in op een omgevingsgerichte aanpak met een grote focus op het belang van de sociale en fysieke omgeving voor het individu. Haar expertise omvat verder gezondheidsvaardigheden, het verkleinen van gezondheidsongelijkheid, gezondheidsbevordering en de rol van gedragsverandering in een gezondere levensstijl.