PERSDOSSIER

Het Europese EPHE-project
(EPODE for the Promotion of Health Equity)
in het kader van het Belgische Viasano-programma voor de preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen.

PERSCONTACT

Valerie Bruyninckx (Viasano)
Koningsstraat 109-111
1000 Brussel
vbruyninckx@viasano.be
+32 2 210 44 85

INHOUDSTAFEL

1. Gezondheidsongelijkheden
   1.1. Definitie
   1.2. De sociale gradiënt en obesitaspreventie

2. De context van het EPHE-project
   2.1. Hoe het allemaal begon
   2.2. De drie projectfasen
   2.3. De internationale resultaten
   2.4. De projectpartners

3. In België
   3.1. Het Viasano-programma
   3.2. EPHE in Moeskroen
      3.2.1. De doelgroep
      3.2.2. De projectfasen
      3.2.3. De acties in de schijnwerpers
      3.2.4. De motivatietools
   3.3. De Belgische resultaten

4. Conclusie

5. Het Epode International Network

Annex I
Annex II

1. Gezondheidsongelijkheden

1.1. Definitie

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO[1]) definieert gezondheidsongelijkheden als vermijdbare sociale ongelijkheden in gezondheid tussen verschillende groepen in eenzelfde bevolking. Men praat eveneens over gezondheidsongelijkheden binnen een land of tussen verschillende landen. Deze ongelijkheden zijn het gevolg van socio-economische en culturele ongelijkheden tussen bevolkingsgroepen: etnische afkomst, leeftijd, geslacht, socio-economische status, opleidingsniveau enz.
Die verschillen in leefomstandigheden zorgen voor een hogere prevalentie van bepaalde ziektes bij kansarme groepen, omdat zij hoger risico lopen en minder toegang hebben tot preventie en zorg[1].

1.2 De sociale gradiënt en obesitaspreventie

Wat de prevalentie van obesitas betreft, is de sociale gradiënt goed voor 25% bij mannen en 50% bij vrouwen. Dat zijn best treffende cijfers, die ook van toepassing zijn op kinderen. In België[2] hebben kinderen van ouders met een eerder laag opleidingsniveau (lager middelbaar) een hoger lichaamsgewicht dan kinderen van ouders met een hoger opleidingsniveau (38% tegenover 12% voor overgewicht, en 22% tegenover 3% voor obesitas).

Het is bovendien moeilijker om de benadeelde bevolkingsgroepen te betrekken bij traditionele preventieacties wegens een lage deelname aan en betrokkenheid bij deze acties. En dat terwijl kinderen uit deze kwetsbare milieus net een groter risico op overgewicht vertonen.

Het is duidelijk dat obesitas een echte uitdaging vormt voor de volksgezondheid. Obesitas en de aandoeningen die ermee gepaard gaan (hart- en vaatziekten, diabetes, kankers enz.) zijn in de meeste ontwikkelde landen goed voor 1 tot 3% van de gezondheidsuitgaven. Preventie vraagt om een globale, duurzame aanpak waarbij een omgeving wordt gecreëerd die gezonde keuzes bevordert in verschillende milieus, onder andere thuis, op school en op het werk.

---

[1] Wereldgezondheidsorganisatie, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
[2] Drieskens, S., *État nutritionnel*. In: Gisle L, Demarest S (red.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel, 2014

2. De context van het EPHE-project

2.1. Hoe het allemaal begon

In dit kader werd het Europese EPHE-project gelanceerd ('EPODE for the Promotion of Health Equity'). Het stoelt op het principe dat obesitas kan voorkomen worden in alle bevolkingsgroepen via een gecoördineerde gemeenschappelijke (of communautaire) aanpak, zoals die van het EPODE-programma [3] ('Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants' of 'Laten we samen obesitas bij kinderen bestrijden').

EPHE is een driejarig Europees project (2012-2015), medegefinancierd door de Europese Commissie, dat de toegevoegde waarde van de EPODE-methodologie evalueert bij het verminderen van de gezondheidsongelijkheden op het gebied van eetgewoonten (de consumptie van fruit en groenten, water en andere dranken) en een gezonde leefstijl (lichaamsbeweging, tijd voor de computer of TV, en slaapgewoonten).

Het EPHE-project meet de doeltreffendheid van de gemeenschappelijke aanpak om alle bevolkingsgroepen te bereiken met preventieacties en zo een daling teweeg te brengen in de gezondheidsongelijkheden. Zeven programma's in zeven Europese landen nemen deel aan het EPHE-project en kozen hiervoor een interventiestad:

- Het Viasano-programma in België koos de stad Moeskroen
- Het 'Healthy Kids'-programma in Bulgarije koos de stad Sofia
- Het EPODE-programma in Frankrijk koos de Communauté de communes Flandre Lys
- Het 'Paideiatrofi'-programma in Griekenland koos de stad Maroussi
- Het JOGG-programma in Nederland koos de stad Zwolle
- Het 'Maia Menu Saudável'-programma in Portugal koos de stad Maia
- Het 'SETS-I'm living healthy too!'-programma in Roemenië koos de stad Otopeni

[3] M. Romon et al., *Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes*. Flandre-Lys, 2008.

Het EPHE-project staat onder het toezicht van zeven universiteiten en internationale wetenschappelijke instellingen, evenals het Epode International Network (www.epode-international-network.com).

2.2. De drie projectfasen

A. **Juni 2013**: in de eerste fase van het project werden sociale gezondheidsongelijkheden geïdentificeerd in het eetgedrag en de levensstijl van de deelnemers in functie van het opleidingsniveau van de moeder, dat als het meest pertinente criterium werd bestempeld[4].
Een eerste vragenlijst (baseline) werd ingevuld door de ouders van de deelnemende kinderen in de verschillende landen.

B. **Schooljaar 2013/2014**: in de tweede projectfase werden interventieacties rond gezondheidspromotie gevoerd bij de kinderen om hun gewoonten te verbeteren. Vanaf januari 2014 konden de landen aan de hand van de resultaten van de eerste vragenlijst doelgerichte interventieacties lanceren om de gewoonten of geïdentificeerde sociale gezondheidsongelijkheden aan te pakken. Aan het einde van het schooljaar, in mei/juni 2014, beantwoordden de ouders de vragenlijst opnieuw om de evoluties in het gedrag en hun determinanten te meten, in vergelijking met de eerste vragenlijst.

C. **Schooljaar 2014/2015**: in de derde projectfase werd nagegaan of de verkregen resultaten in de specifieke interventiegroepen op lange termijn

[4] Er namen in totaal 219.135 inwoners deel uit de 7 deelnemende steden. 1.266 kinderen en hun ouders beantwoordden de vragenlijst, waarvan 631 jongens en 635 meisjes van gemiddeld 7,17 jaar.

aanhielden zonder specifieke maatregelen. Aan het einde van het schooljaar, in mei/juni 2015, beantwoordden de ouders de vragenlijst opnieuw.

2.3. De internationale resultaten

Het EPHE-project analyseerde bij 1.266 kinderen en hun families het gedrag en desbetreffende determinanten. De kinderen, 631 jongens en 635 meisjes, waren gemiddeld 7,17 jaar oud bij aanvang van het project.

De sociale ongelijkheden in gezondheid wat betreft gedrag en determinanten (zowel sociale determinanten als de fysieke omgeving) werden geïdentificeerd (zie annex I). Na de interventies werden resultaten vastgesteld binnen de groep van kinderen waarvan de moeder een laag opleidingsniveau heeft. Die resultaten dragen bij tot het verkleinen van de gezondheidskloof. Bepaalde resultaten werden behouden (IN VET) tot een jaar na de interventies. Dit is zeer bemoedigend, gezien de relatief korte interventieperiode (vier maanden van interventies op alle 4 thema's van het EPHE-project, en vier maanden van specifieke interventies op basis van de geïdentificeerde ongelijkheden, specifiek per land).

	Na de interventies, werden bepaalde verbeteringen vastgesteld bij de kinderen waarvan de moeder een laag opleidingsniveau heeft. **Duurzame verbeteringen een jaar na de interventies**
België	**De schermtijd (TV) tijdens de week verminderende en ouders versterkten hun controle op de tijd die kinderen voor televisie doorbrengen.** Ouders zijn minder toegeeflijk wat betreft fruitsap.
Roemenië	De consumptie van fruitsap verminderde en ouders vermijden vaker om het slechte voorbeeld te geven door fruitsap te drinken in het bijzijn van hun kinderen.
Nederland	De consumptie van fruit verhoogde en **ouders vermijden vaker om computerspelletjes te spelen in het bijzijn van hun kinderen.**
Griekenland	Ouder onderhandelen vaker met hun kinderen over de hoeveelheid fruitsap die zij mogen drinken en **zijn efficiënter geworden in het beheren van de tijd die hun kind voor televisie doorbrengt.**
Portugal	**Ouder vermijden vaker om fruitsap voor te stellen als beloning en halen minder vaak frisdrank in huis.** Ouders zijn minder toegeeflijk wat betreft schermtijd (TV).

2.4. De projectpartners

Het EPHE-project kan rekenen op verschillende partners om zijn doelstellingen te bereiken:

- de communautaire interventieprogramma's – zie hoofdstuk 2.1
- een wetenschappelijk comité van experten uit verschillende Europese universiteiten, evenals experten op het gebied van voeding en lichaamsbeweging
- de Europese Commissie, die het EPHE-project oprichtte
- de privépartners: Ferrero, Mars en Danone

http://ephestory.eu

3. In België

3.1. Het Viasano-programma

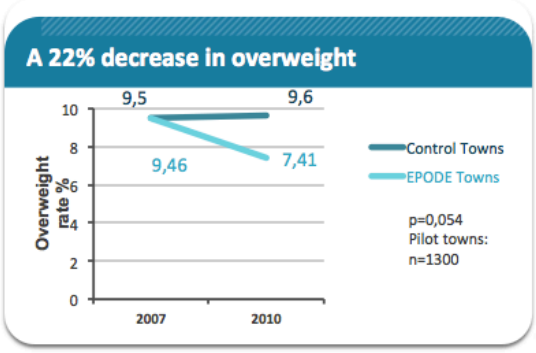
Viasano is een communautair interventieprogramma dat door de lokale authoriteiten wordt opgezet voor haar burgers. De doelstelling van het programma is overgewicht en obesitas bij kinderen voorkomen via de promotie van evenwichtige voeding en dagelijkse fysieke activiteit.

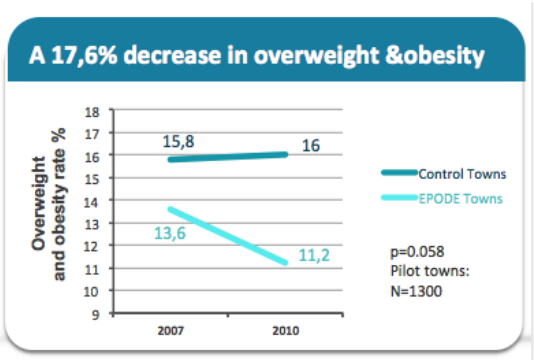
Het principe bestaat erin om alle lokale actoren te mobiliseren die de familie omringen: scholen, schoolrestaurants, verenigingen, sportclubs, speelpleinwerking, naschoolse opvang, gezondheidsprofessionals, handelaars… om de gezonde keuze gemakkelijk te maken voor gezinnen. Elk jaar wordt een promotiecampagne opgezet rond evenwichtige voeding of beweging. Daarvoor baseert Viasano zich op officiële wetenschappelijke aanbevelingen. Een onafhankelijk en multidisciplinair expertencomité valideert de strategie en materialen. Sinds 2007, lanceerde Viasano reeds 14 campagnes over voeding en beweging in haar netwerk van 20 steden en gemeentes.

Viasano steunt op een publiek-private samenwerking, die de steden (die zowel actor als financiële partner van het programma zijn op lokaal niveau), de institutionele en wetenschappelijke partners en de private partners verenigt.

De financiële partner van het Viasano-programma Ferrero (www.ferrero.be/viasano) zorgt voor de financiële ondersteuning van de nationale coordinatie, voor de begeleiding van de steden/gemeentes en voor het ontwikkelen van de campagnematerialen. De rol van de financiële partners is strikt omkaderd in een ethisch charter. Hun deelname aan het Viasano-programma is de vertaling van hun engagement voor de problematiek van kinderobesitas, zonder enig commercieel of publicitair voordeel.

Eerste bemoedigende resultaten
De eerste resultaten[5] van het programma werden gepubliceerd in Pediatric Obesity, de internationale referentie inzake obesitas bij kinderen en adolescenten. Tussen 2007 en 2010 kent de prevalentie van overgewicht en obestias een neerwaartse trend (-2,1%) in de twee Franstalige pilootsteden, terwijl ze stabiel bleef in de rest van de Franstalige gemeenschap. Deze publicatie is een internationale erkenning voor het Viasano-programma en de EPODE-methodologie.





Voor meer informatie www.viasano.be

3.2. De methodologie van het EPHE-project in Moeskroen

3.2.1. De doelgroep

Moeskroen is sinds 2007 de Franstalige pilootstad van het Viasano-programma. In 2012 werd ze de pilootstad van het EPHE-programma omdat:

- het een van de pilootsteden van het Viasano-programma is
- het een belangrijke stad is die 56.000 inwoners telt (2012)
- de inwoners getuigen van een grote socio-economische diversiteit, waardoor hun gewoonten kunnen vergeleken worden op basis van verschillende socio-economische criteria
- de stad Moeskroen heel enthousiast was over het Viasano-programma en dan ook onmiddellijk is ingegaan op de uitnodiging om deel te nemen aan het EPHE-programma, aangezien het verminderen van gezondheidsongelijkheden er hoog op de agenda staat.

Het schepencollege keurde de deelname aan het EPHE-project goed.

[5] J.Vinck & all., *Downward trends in the prevalence of childhood overweight in two pilot towns taking part in the VIASANO community- based programme in Belgium: Data from a national school health monitoring system*, Pediatric Obesity, maart 2015.

In lijn met de algemene doelstellingen van het EPHE-project werden tien klassen in vier lagere scholen geselecteerd, goed voor 196 kinderen van 6 tot 7 jaar. Om de opvolging van de kinderen te vergemakkelijken bij hun overstap naar een hogere klas en om het probleem van de klasreorganisaties bij het begin van elk schooljaar tegen te gaan, werden alle klassen op elk niveau bij het project betrokken. De vier deelnemende scholen vertegenwoordigden de benodigde socio-economische diversiteit. De scholen en klassen werden door de stad en de Viasano-projectleiders geselecteerd.

3.2.2. De projectfasen

- Mei en juni 2013: eerste vragenlijst

De ouders van de kinderen uit het eerste leerjaar beantwoordden een eerste vragenlijst over de eetgewoonten van hun kinderen (consumptie van fruit en groenten, en dranken – fruitsap, frisdrank en water, de tijd die ze doorbrengen voor de TV en computer, en hun slaapgewoonten).

De doelstelling was het identificeren van sociale gezondheidsongelijkheden in deze gewoonten en hun determinanten (gedrag en overtuigingen van de ouders, fysieke leefomgeving enz.).

- September tot december 2013: eerste interventieacties in de klassen

Interventieacties op het gebied van gezondsheidseducatie rond de vier thema's uit de vragenlijst. De kinderen zaten toen in het tweede leerjaar.

- Eind december 2013: resultaten van de eerste vragenlijst

In België werden sociale gezondheidsongelijkheden vastgesteld wat betreft **de drankenconsumptie en de tijd die kinderen voor de TV of computer doorbrengen**, en ook op het gebied van bepaalde sociale determinanten, zoals **ouderlijke controle** of de fysieke leefomgeving, bijvoorbeeld de aanwezigheid van een **TV op de kamer**.

- Januari tot mei 2014: doelgerichte interventieacties

De acties in de EPHE-klassen waren gericht op de thema's waarin sociale gezondheidsongelijkheden waren vastgesteld.

- Mei en juni 2014: tweede vragenlijst

De ouders vulden dezelfde vragenlijst in met als doel de evolutie te meten in de gewoonten en determinanten in de twee groepen ten opzichte van de resultaten van de eerste vragenlijst.

- September 2014 tot mei 2015: geen specifieke interventieacties

In deze periode vonden acties en interventies plaats in het kader van het Viasano-programma, maar werden geen specifieke interventieacties georganiseerd in de EPHE-klassen. De kinderen zaten toen in het derde leerjaar.

- April 2015: resultaten van de tweede vragenlijst

Uit de resultaten van de tweede vragenlijst bleek dat bepaalde gewoonten waren geëvolueerd. Voor meer informatie hierover zie hoofdstuk 3.3.

- Mei en juni 2015: derde vragenlijst

De ouders vulden nogmaals dezelfde vragenlijst in om te evalueren of de vastgestelde veranderingen op lange termijn aanhouden zonder verdere interventies.

3.2.3. De acties in de schijnwerpers

3.2.3.1. Interventieacties bij de kinderen

Deze activiteiten werden door het lokale Viasano-team georganiseerd op basis van verschillende pedagogische hulpmiddelen, met inbegrip van de Viasano-tools. De doelstelling was de boodschap overdragen via spelletjes, ontdekkingen en ervaringen.

- Fruitworkshop: seizoensfruit leren kennen via zintuiglijke workshops.
- Groenteworkshop: groenten ontdekken en leren appreciëren aan de hand van een video.
- Drankenworkshop: om de verschillende soorten water te leren kennen, evenals de energie die gesuikerde dranken leveren.
- Workshop lichaamsbeweging: met Viasano-tools rond actief spelen en de reactie van ons lichaam op beweging.
- Slaapworkshop: het belang van een goede nachtrust werd in de kijker gezet met een ganzenbord.

3.2.3.2. Interventieacties bij de ouders

Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt dat de kennis en de vaardigheden van de ouders een rechtstreekse impact heeft op het gedrag van de kinderen. Daarom werd in drie van de vier scholen een reeks workshops georganiseerd voor de ouders. Het lokale projectteam in Moeskroen en de gezinsplanningsdienst creëerden een spel met vragen/antwoorden rond vier thema's: eten en drinken, TV en computer, communicatie en respect, en ten slotte, geweld en gezag.
De ouders beantwoordden vragen over hun gedrag in situaties gebonden aan deze thema's. Er kwamen verschillende antwoorden naar boven, wat leidde tot een vruchtbare discussie zonder enige vorm van stigmatisering.

3.2.3.3. De motivatietools

De motivatie van partners, schooldirecties, leerkrachten en ouders was essentieel en verklaart de goede deelnamegraad: 96% van de ouders beantwoordde de eerste vragenlijst.
Om iedereen aan te sporen om deel te nemen, werd een reeks motiverende tools en acties ontwikkeld.

In samenspraak met de schooldirecties ontvingen de ouders bij de eerste vragenlijst een aankoopbon voor fruit ter waarde van 10 euro of een kaart voor vier gratis schoolmaaltijden voor de kinderen. Bij de tweede vragenlijst kregen ze gratis toegangstickets voor een pretpark en bij de laatste vragenlijst mocht het hele gezin gratis naar een stadszwembad.
De kinderen ontvingen actieve spelletjes of een brooddoos bij het indienen van hun vragenlijst.
Het project werd afgesloten met een groot feest boordevol spelletjes voor alle kinderen en leerkrachten.

3.3. De Belgische resultaten

3.3.1. De doelgroep

	Baseline T0: (juni 2013)	T1: tussentijdse resultaten (juni 2014)	T2: finale resultaten (juni 2015)
Doelgroep N	196	173	151
Jongens %	53,4	49,7%	47,7
Meisjes %	45,4	49,7%	51,7
Gemiddelde leeftijd (SD) kind	6,58 jaar (+/_ 0,55)	7,62 jaar (+/_ 0,535	49%=8 y/o 48,3%=9 y/o and older
Moeders -30 jaar	21,4%	20,5%	33,2%
Moeders +30 jaar	77,9%	79,5%	67,7%
Laag opleidingsniveau moeder[6]	103	88	74
Hoog opleidingsniveau moeder[7]	75	72	65

3.3.2. Het identificeren van sociale ongelijkheden in gezondheid in gedrag en sociale determinanten of determinanten in de fysieke omgeving van kinderen (T0)

Kinderen waarvan de moeder eerder een laag opleidingsniveau heeft, drinken meer fruitsap (in hoeveelheid) per keer en spenderen meer tijd voor het scherm.
We observeren geen sociale gradiënt in de andere gedragingen: de consumptie van fruit en groente, van water en frisdrank, aantal uren slaap. Niettemin, dat wil echter niet zeggen dat deze gedragingen in lijn liggen met de officiële aanbevelingen, verre van.
Bijvoorbeeld, ongeacht het opleidingsniveau van de moeder, eet de helft van alle kinderen slechts maximum twee tot vier keer per week vers fruit, terwijl dat dagelijks zou moeten zijn.

GEDRAG T0		
Mediaan (50%) (q1: 25% / q3: 75%)	**Groep 1** **(opleidingniveau moeder +)**	**Groep 2** **(opleidingsniveau moeder -)**
Hoeveelheid fruitsap (wanneer ze drinken, per keer)	Mediaan: 500ml (q1 -: 250ml / q3 -: 580 ml)	Mediaan (2): 580ml (q1: 500ml / q3: 750ml)
TV weekend Uur/dag	Mediaan: 2u (q1: 1u30 / q3: 3u)	Mediaan: 3u (q1: 2u / q3: +4u)
TV week Uur/dag	Mediaan: 1u (q1: 30min / q3 : 1u30)	Mediaan: 2u (q1 : 1u / q3 : 2u30)
PC week Uur/dag	Mediaan: 0 (q1 : 0 / q3 : 30min)	Mediaan: 30min (q1: 0 / q3 : 1u)
PC weekend Uur/dag	Mediaan: 30min (q1 : 30min / q3 :1u30)	Mediaan: 1u (q1: 30min / q3: 2u)
Totaal Uur/week	Mediaan: 12u30 (q1: 12u30 / q3 : 19u)	Mediaan: 19u30 (q1: 12u / q3: 25u)

(2) 50% van de kinderen waarvan de moeder een laag opleidingsniveau heeft drinkt, wanneer ze drinken, tot 580ml fruitsap en 50% drinkt meer dan 580ml.

[6] Studies tot 12-14 jaar, na de lagere school
[7] Studies na 15 jaar, na de lagere school

Het gedrag van de kinderen wordt verklaard door verschillende sociale determinanten die betrekking hebben op het gedrag en de overtuigingen van de ouders, en determinanten van de fysieke omgeving van de kinderen, zoals een televisie op hun kamer of televisie tijdens de maaltijden.

Hieronder een overzicht van de determinanten die een significant verschil maken, in functie van het opleidingsniveau van de moeder.

Fruitconsumptie	**Fruitsapconsumptie**	**TV tijd**	**PC tijd**
De beschikbaarheid van fruit in huis	Ouderlijke toelating om fruitsap te drinken	Ouderlijke controle TV in de slaapkamer (31% vs 14%) TV tijdens de maaltijden ('elke dag' vs 'vier tot zes keer per week')	Gebrek aan authoriteit (1) Computerspelletjes spelen samen met het kind

(1) Ik verbied mijn kind om computerspelletjes te spelen, maar hij/zij doet het toch.
nooit: 0 ; niet vaak: 1 ; soms: 2 ; vaak: 3 ; altijd: 4

3.3.3. De verbeteringen na de interventies (T1) en een jaar na de interventies (T2)

Nadat de sociale ongelijkheden in gezondheid vastgesteld werden binnen de twee groepen, werden specifieke interventieacties voor de kinderen en hun ouders georganiseerd: vier maanden van algemene interventies werden gevolgd door vier maanden van specifieke interventies met betrekking tot de gedragingen en de determinanten voor de sociale ongelijkheden die vastgesteld werden in Moeskroen.

De resultaten van deze tweede vragenlijst toonden drie verbeteringen:

1. Een vermindering van de schermtijd (TV) in de groep van kinderen waarvan de moeder een laag opleidingsniveau heeft, en een verkleining van de kloof tussen beide groepen
2. Een verhoging van de ouderlijke controle over de tijd die kinderen voor televisie spenderen
3. Een vermindering van de ouderlijke toelating voor fruitsap

Mediaanwaarde en q1/q3 per gedrag	Groep 1 (opleidingsniveau moeder +)	Groep 2 (opleidingsniveau moeder -)
TV tijd week uur/dag *1=0 ; 2=30min ; 3=1u ; 4=1u30 ; 5=2u ; 6=2u30 ; 7=3u ; 8=3u30 ; 9=4u en meer*		
T0(2013)	1u (30'-1H30)	2u (1u/2u30)
T1 (2014)	1u (30'-1u30)	1u30 (1u-2u)
T2 (2015)	1u (30'-1u30)	1u30 (1u-2u)
Opmerking: Na de interventies is het verschil tussen beide groepen niet langer statistisch significant. Groep 2 heeft significant de schermtijd (TV) verminderd, maar groep 1 heeft deze verhoogd (niet significant). De verbetering wordt een jaar na de interventies volgehouden.		

Mediaanwaarde en q1/q3 per determinant	Groep 1 (opleidingsniveau moeder +)	Groep 2 (opleidingsniveau moeder -)
Consumptie van fruitsap en ouderlijke toelating *Als mijn kind fruitsap vraagt, geef ik het.* *nooit: 0 ; niet vaak: 1 ; soms: 2 ; vaak: 3 ; altijd: 4* *Mijn kind mag fruitsap nemen als hij/zij daar zin in heeft.* *nooit: 0 ; niet vaak: 1 ; soms: 2 ; vaak: 3 ; altijd: 4*		
T0 (2013)	2(1-3)	3(2-4)
T1 (2014)	2(1-3)	2(1-3)
T2 (2015)	2(1-3)	3(1-3)
Opmerking: Na de interventies, is er geen significant verschil meer. De ouders in groep 2 zijn opvallend minder toegeeflijk. Niettemin, de verbetering is niet duurzaam in T2 en er zijn verschillen tussen beide groepen.		
Mediaanwaarde en q1/q3 per determinant	Groep 1 (opleidingsniveau moeder +)	Groep 2 (opleidingsniveau moeder -)
Schermtijd (TV) en ouderlijke controle *Ik let erop hoeveel tijd mijn kind voor de televisie spendeert.* *nooit: 0 ; niet vaak: 1 ; soms: 2 ; vaak: 3 ; altijd: 4*		
T0 (2013)	3(2-4)	3(1-4)
T1 (2014)	3(2-4)	3(2-4)
T2 (2015)	3(3-4)	3(2-4)
Opmerkingen: Na de interventies, hebben de ouders in groep 2 hun controle verscherpt en deze verbetering wordt een jaar na de interventies volgehouden.		

Verbetering tussen T0 en T1	**Verbetering volgehouden tussen T1 en T2**
Gedrag: Schermtijd TV week uur/dag	JA
Determinant: Schermtijd TV en ouderlijke controle	JA
Determinant: Fruitsapconsumptie en ouderlijke toelating	NEE

Ter conclusie, de resultaten van het EPHE-project tonen duidelijk aan dat er sociale ongelijkheden in gezondheid zijn wat betreft de consumptie van fruitsap en de tijd die kinderen voor het scherm doorbrengen. Bijvoorbeeld, 50% van de kinderen waarvan de moeder een eerder laag opleidingsniveau heeft, spenderen tot 7 uur per week meer voor het scherm dan kinderen waarvan de moeder een hoger opleidingsniveau heeft (19u30 vs 12u30).

Na de interventies bij de kinderen en hun families werden verbeteringen vastgesteld in het gedrag van de kinderen en de determinanten van dat gedrag. Bij de kinderen waarvan de moeder een eerder laag opleidingsniveau heeft, verminderde de tijd die ze voor de televisie zitten en verhoogde de ouderlijke controle op de schermtijd, zodat het verschil tussen beide groepen verkleinde.
En hoewel er geen vermindering was in de hoeveelheid fruitsap in absolute cijfers, evolueerde het gedrag van de ouders positief in de zin dat ze minder vaak toelaten dat hun kinderen fruitsap drinken.
De andere gedragingen waar er een ongelijkheid vastgesteld werd evolueerden niet op een statistisch significante manier.

Een jaar na de interventies werd de vermindering in de schermtijd (TV) volgehouden, net als de ouderlijke controle erop.

4. Conclusie

Het EPHE-project heeft aangetoond dat de communautaire aanpak van Viasano een positieve impact heeft op de gemeenschap, en dat deze – ondanks een relatief korte interventieperiode - toelaat alle doelgroepen in de gemeenschap te bereiken. Zijn kracht schuilt in het enthousiasme van de lokale politiek en de projectleiders die essentieel waren voor het welslagen van het project en die erover gewaakt hebben dat alle doelgroepen in de gemeenschap betrokken werden, zonder enige stigmatisering.

Tijdens het EPHE-project werden heel wat ervaringen en ideeën opgedaan voor het Viasano-programma, dat meer aandacht ging besteden aan sociale gezondheidsongelijkheden en nieuwe acties testte die in andere steden van het netwerk werden verspreid. Tenslotte leverde het EPHE-project ook methodologische hulp aan het Viasano-coördinatieteam, dat samen met collega's uit andere landen deelnam aan opleidingen tijdens seminars, evenals financiële steun voor de stad, om de omkadering en activiteiten te financieren.

5. Het EPODE International Network

Viasano maakt deel uit van het EPODE INTERNATIONAL NETWORK (EIN), een ngo die momenteel 43 'community-based programmes' (of CBP's, communautaire interventieprogramma's) telt in 29 landen. Het EIN promoot het uitwisselen van ervaringen en de ontwikkeling van programma's met een gemeenschappelijke aanpak.

Viasano neemt niet alleen deel aan EPHE, maar ook aan het Europese OPEN-programma ('Obesity Prevention through European Network' of 'Europees netwerk voor obesitaspreventie' – http://openprogram.eu).

www.viasano.be

www.facebook.com/viasano.epode

@ViasanoByEpode