

Gezondheidsraad

Gezond opgroeien: weten wat werkt





Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : Aanbieding jongGR signalement *Gezond opgroeien: weten wat werkt*
Ons kenmerk : U-8399/LC/GS/pm/017-A2
Bijlagen : 1
Datum : 11 mei 2015

Geachte staatssecretaris,

Hoe kunnen we kennis inzetten om jongeren in Nederland gezonder te laten opgroeien? Met dit vraagstuk ging een speciaal daartoe ingestelde commissie van leden van jongGR – het netwerk van jonge wetenschappers van de Gezondheidsraad – aan de slag. Het resultaat ligt voor u: een signalement over gezond opgroeien, geschreven voor beleidsmakers en professionals uit het jeugdveld.

De vraag in hoeverre wetenschappelijke kennis de weg vindt naar beleid rond gezond opgroeien loopt als een rode draad door het signalement. In vier casussen worden onderwerpen zo divers als *evidence-based* werken in de jeugdzorg en het stimuleren van beweging via ruimtelijke ordening behandeld. De casussen maken duidelijk hoe winst valt te behalen als wetenschappelijke kennis beter wordt benut.

Weten wat werkt is een belangrijk uitgangspunt voor beleid en praktijk. JongGR hoopt met dit signalement een steentje bij te dragen aan het verspreiden van kennis over gezond opgroeien. Om dit streven kracht bij te zetten organiseert jongGR 21 mei a.s. een symposium over de thematiek van het signalement, meer informatie vindt u op www.jonggr.nl.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. W.A. van Gool,
voorzitter

Gezond opgroeien: weten wat werkt



JongGR

De jonge Gezondheidsraad (jongGR) is een netwerk dat is opgericht om jonge wetenschappers, die dicht bij de praktijk staan en oog hebben voor vernieuwende ontwikkelingen, te betrekken bij het werk van de Gezondheidsraad. JongGR signaleert beleidsrelevante ontwikkelingen en fungeert als vraagbaak voor de Gezondheidsraad en beleidsmakers. Voor dit signalement is een commissie ingesteld van jonge wetenschappers met uiteenlopende expertise rond gezond opgroeien.

Den Haag, 11 mei 2015

Publicatienr. 2015/11

Samenstelling commissie

- prof. dr. W.A. van Gool, voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag, *voorzitter*
- prof. dr. M. Bartels, hoogleraar genetics and wellbeing, Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr. R.M.M Crutzen, universitair docent gezondheidsbevordering, Universiteit Maastricht
- dr. ir. M.B.A Dijkema, senior adviseur milieu en gezondheid, GGD Amsterdam
- dr. ir. M. van Eijsden, senior onderzoeker jeugd, GGD Amsterdam
- prof. dr. V.W.V Jaddoe, bijzonder hoogleraar kindergeneeskunde in het bijzonder pediatrie epidemiologie, Erasmus MC, Rotterdam
- dr. L. Keijsers, universitair docent jeugd en gezin, Universiteit Utrecht
- dr. M. Klein Velderman, senior onderzoeker jeugd, TNO, Leiden
- dr. P.C.M. Luijk, universitair docent gezinspedagogiek, Erasmus Universiteit, Rotterdam
- dr. S.E.M.J. Stoltz, universitair docent ontwikkelingspsychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen
- mr. drs. H.D.K. Fledderus, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, *waarnemer*
- L.M. Cornips, MPhil, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
- dr. S.J.W. Kunst (arts), Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris* (tot 1-12-2014)
- dr. G.A.J. Soete, Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad. Gezond opgroeien: weten wat werkt. Den Haag: jonge Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/11.

Auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-94-6281-027-3

Inhoud

	Inleiding	6
Casus 1	<i>Evidence-based</i> werken in de jeugdhulp.	7
Casus 2	Preventie van roken	11
Casus 3	Voedingsinformatie voor jonge ouders.	15
Casus 4	In beweging	20
	Slotbeschouwing	23
	Literatuur	25

Inleiding

De basis voor een goede mentale en fysieke gezondheid wordt in het begin van het leven gelegd. De overheid investeert dan ook in het gezond opgroeien van kinderen. Dit gebeurt door middel van wetgeving, campagnes, en specifieke voorzieningen zoals de jeugdgezondheidszorg en de jeugdhulp. Ook op een indirecte manier draagt de overheid bij aan de gezondheid van kinderen, bijvoorbeeld door bij de inrichting van de publieke ruimte rekening te houden met verkeersveiligheid en speelruimte.

Kennis voor beleid

De multidisciplinaire commissie van de jonge Gezondheidsraad heeft verkend waar winst valt te behalen in het beleid rondom ‘gezond opgroeien’. Zij heeft de indruk dat er over veel aspecten van ‘gezond opgroeien’ een behoorlijke hoeveelheid wetenschappelijke kennis bestaat. De kennis komt echter niet altijd terecht bij de beleidsmakers die deze kunnen gebruiken. Deze haperende ‘kennisstromen’ zijn lastig in algemene termen te omschrijven. De commissie heeft daarom vier casussen rond gezond opgroeien beschreven die de problematiek illustreren:

- 1 *Evidence-based* werken in de jeugdhulp
- 2 Preventie van roken
- 3 Voedingsinformatie voor jonge ouders
- 4 In beweging

De casussen zijn door de commissie gekozen vanuit haar wetenschappelijke achtergrond en ervaring; dit signalement behandelt dus niet alle belangrijke aspecten van gezond opgroeien.

Knelpunten en oplossingsrichtingen

De vier thema’s komen ook aan de orde in de landelijke nota gezondheidsbeleid van het kabinet. Daarin worden beleidsdoelen geformuleerd, zoals het stimuleren van beweging onder jongeren.¹ De commissie gaat bij de behandeling van de vier casussen uit van beleidsdoelen, en beschrijft welke knelpunten optreden bij de realisatie ervan. Daarbij wordt de rol van de overheid en andere betrokken actoren, zoals wetenschappers en (zorg)professionals, besproken. Tot slot schetst de commissie oplossingsrichtingen waarbij de rol van wetenschappelijke kennis en kennisinfrastructuur aan bod komt.

Casus 1 *Evidence-based* werken in de jeugdhulp



Ondanks het feit dat de Nederlandse jeugd als erg gelukkig te boek staat,² komen psychosociale problemen veel voor.^{3,4} Zonder passend zorgaanbod kunnen deze problemen leiden tot meer ernstige of chronische psychische problematiek in de volwassenheid.⁵ Maar liefst een op de vijf jeugdigen maakt dan ook gebruik van de jeugdzorg.^{6*} Om aan die hulpvraag tegemoet te komen beschikken de instellingen die verantwoordelijk zijn voor de zorg voor jeugdigen met psychosociale problemen over een steeds breder scala aan interventies die in de praktijk worden toegepast.

Beleidsdoel: *evidence-based* werken in de jeugdhulp bevorderen

In de jeugdsector is, net zoals op andere terreinen, steeds meer aandacht voor *evidence-based* werken.^{7,8} Van slechts een deel van de interventies die bij jeugdigen met psychosociale problemen worden toegepast is de effectiviteit echter vastgesteld door middel van wetenschappelijk onderzoek. Dit is niet alleen een probleem omdat publieke middelen mogelijk niet effectief worden besteed, maar ook omdat niet-effectieve interventies schade kunnen veroorzaken. Een van de middelen die is ingezet om *evidence-based practice* te bevorderen is een structuur van databanken waarin een overzicht wordt gegeven van interventies met informatie over theoretische onderbouwing en effectiviteit. De eerste daarvan is in 2002 in opdracht van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (waaruit later onder andere het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is voortgekomen) ontwikkeld door prof. dr. Tom van Yperen.⁹ Later ontwikkelden ook andere jeugdzorginstellingen databanken met interventies in hun vakgebied. Deze bevatten niet alleen interventies voor de jeugdhulp, maar ook leefstijlinterventies voor de publieke gezondheidssector.¹⁰ Het doel van deze databanken is ten eerste om te informeren over effectieve interventies, maar ook om het gebruik van interventies die niet bewezen effectief zijn te ontmoedigen. Daarnaast beogen de databanken onderzoek en wetenschappelijke onderbouwing van interventies te stimuleren en te belonen. De databanken moeten de kwaliteit van het werk in de jeugdhulp ten goede komen.

Databanken hulpmiddel bij *evidence-based* werken

Knelpunten

Een belangrijk knelpunt is dat de databanken onvolledig zijn. Dit komt enerzijds doordat er voor veel interventies geen Nederlands effectiviteitsonderzoek uitgevoerd is. Voor veel interventies is weliswaar buitenlands effectiviteitsonderzoek beschikbaar, maar landen verschillen in sociaal-culturele achtergrond en in de gebruikelijke behandeling (*care as usual*). Dat betekent dat de conditie waarmee

Alleen in Nederland onderzochte interventies

* Sinds 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van kracht en wordt gesproken van jeugdhulp in plaats van jeugdzorg. Omdat hier echter gerefereerd wordt aan literatuur verschenen voor 1 januari 2015 wordt de term jeugdzorg gebruikt.

een interventie vergeleken wordt verschilt tussen landen, waardoor de effectiviteit zich niet laat vertalen. Interventies die alleen in het buitenland onderzocht zijn, worden dan ook niet in Nederlandse databanken opgenomen. Toch wordt er in de praktijk vaak wel gekozen voor interventies die alleen in het buitenland onderzocht zijn. Ook is er weinig inzicht in de effectiviteit van lokaal ontwikkelde interventies.¹¹ Hierdoor is het moeilijk om *best practices* te identificeren.

Aanmelden interventies loopt niet goed

Anderzijds is de verantwoordelijkheid voor de opname van interventies in databanken niet goed belegd. De interventie-eigenaar (die een interventie heeft ontwikkeld) heeft in het huidige systeem de taak om deze bij de databank aan te melden. Dit is een complex en tijdrovend proces, te meer daar ontwikkelaars van een programma vaak niet alle kennis in huis hebben om de aanvragen te schrijven. De onderzoekers die het effectiviteitsonderzoek hebben uitgevoerd naar de betreffende interventie hebben vaak wel de benodigde aanvullende kennis, maar het levert hen weinig op om interventie-eigenaren te helpen met het aanmeldingsproces.^{7,12}

Te weinig aandacht voor implementatie

Het opzetten van databanken met effectieve interventies is op zichzelf niet genoeg voor verspreiding ervan in de praktijk.¹³ De implementatie van *evidence-based* interventies kost tijd, inspanning en geld. Daarnaast wordt implementatie bemoeilijkt omdat onder professionals de angst bestaat dat het verplicht wordt alleen bewezen effectieve interventies te gebruiken.⁷ De commissie vindt het zorgelijk dat het in de huidige praktijk gebruikelijk is om interventies bij kinderen toe te passen die niet bewezen effectief zijn. Het omarmen van *evidence-based* werken is van groot belang om kinderen te beschermen tegen goedbedoelde, maar negatief uitpakkende interventies. Voor innovatie kan een uitzondering gemaakt worden, maar *care as usual* zou *evidence-based* moeten zijn.

Oplossingsrichtingen

De commissie ziet een aantal oplossingsrichtingen voor de hierboven beschreven knelpunten.

Werken aan volledigheid databanken

Maak de databanken vollediger. De overheid kan hier op twee manieren aan bijdragen. Enerzijds door te investeren in het sociaal-cultureel vertalen en toetsen van veelbelovende buitenlandse interventies op effectiviteit in de Nederlandse context, zodat deze in databanken kunnen worden opgenomen. Ook in de lokale praktijk ontwikkelde hulpvormen die succesvol lijken zouden empirisch onderzocht kunnen worden.¹¹ Anderzijds kan het proces van indienen van interventies bij databanken vergemakkelijkt worden. Dit kan bijvoorbeeld door onderzoekers te belonen als zij interventie-eigenaren assisteren bij het aanmelden. De bedoeling is niet dat onderzoekers geheel zelfstandig aanvragen gaan indienen, omdat zij daarna – in tegenstelling tot eigenaren – geen verantwoordelijkheid meer dragen

voor de interventies. De Graaf e.a. bevelen aan om kleine subsidies beschikbaar te stellen zodat praktijkinstellingen hun interventies kunnen registreren bij databanken.⁷ Bij het Centrum voor Gezond Leven (CGL) bestaan al dergelijke subsidies. Het systeem zou ook kunnen worden gewijzigd zodat gesubsidieerd onderzoek naar interventies automatisch gekoppeld wordt aan de aanmelding ervan bij de databanken.

Actualiteit informatie verbeteren	De actualiteit van de databanken kan verbeterd worden. ZonMw maakt hier al een begin mee in het kader van het programma <i>Effectief werken in de jeugdsector</i> . ¹⁴ Een databank kan onmogelijk volledig dekkend zijn, maar het zou voor gebruikers informatief zijn als een overzicht bijgehouden werd van beschikbare interventies, zodat opgezocht kan worden of iets wel of niet beoordeeld is. In dit overzicht zouden ook interventies die uit het buitenland worden geïmporteerd en veel in de praktijk worden toegepast kunnen worden opgenomen.
Investeren in gebruik kennis	Gebruikers kunnen – bijvoorbeeld door hun beroepsgroep – gestimuleerd worden om effectiviteit mee te wegen bij het kiezen voor een interventie. Dat professionals niet standaard op zoek gaan naar de bewezen effectieve interventies in de databanken laat zien dat het bestaan van databanken niet voldoende is om een verbinding tussen kennis en praktijk te maken.

Casus 2 Preventie van roken



Jongeren die drinken, drugs gebruiken of roken lopen gezondheidsrisico's en een verhoogde kans om die middelen ook op latere leeftijd te gebruiken, met alle negatieve fysieke, mentale en sociale effecten van dien. Als we kijken naar de schadelijkheid voor de (latere) gezondheid van jongeren dan springt roken er het meest in negatieve zin uit.¹⁵ Roken is in Nederland met voorsprong de belangrijkste oorzaak van sterfte en ziekte. Per jaar sterven 20.000 Nederlanders aan de gevolgen van roken.¹⁶ Jongeren die de puberteit doormaken zijn om allerlei sociale en neurobiologische redenen extra gevoelig voor risicovol en grensoverschrijdend gedrag.¹⁷ De meeste rokers zijn voor hun achttiende begonnen met roken.¹⁸ Voor de commissie is dat reden om in deze casus in te zoomen op de wetenschappelijke kennis en het beleid rond de preventie van roken onder jongeren. De onderliggende vraag daarbij is in hoeverre kennis van effectieve maatregelen tegen roken haar weg vindt naar beleid.

Beleidsdoel: preventie en eigen verantwoordelijkheid

Nee tegen roken

De Nederlandse overheid wil voorkomen dat jongeren risicovol gedrag vertonen. Het huidige kabinet richt zich vooral op zelfcontrole van jongeren. Twee veelgebruikte preventie-instrumenten die de zelfcontrole moeten vergroten zijn publiekscampagnes en (school)interventies. Deze zijn bedoeld om kinderen vaardiger te maken om 'nee' te zeggen tegen roken – en andere vormen van risicovol gedrag waaronder ook het gebruik van alcohol. VWS zet de komende periode met name in op de meerjarige publiekscampagne NIX18, gericht op het niet roken en niet drinken onder de achttien jaar, en het streven naar meer rookvrije scholen via de Gezonde School Methode.¹⁹ De minister benadrukt dat het cruciaal is dat ouders duidelijke normen stellen en doet daarmee een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van burgers.

Een op de vijf jongeren rookt

In hoeverre wordt het beleidsdoel op het gebied van rookpreventie gerealiseerd? Duidelijk is dat het aantal jonge rokers afneemt; in 2000 rookte nog 27 procent van de tien- tot negentienjarigen, in 2012 was dat gedaald tot 18 procent.* Een gunstige trend dus, maar nog steeds geldt dat bijna een op de vijf jongeren rookt. Bovendien is het percentage rokers in bepaalde risicogroepen, met name laagopgeleiden, nog altijd een stuk hoger dan gemiddeld, en dat verschil neemt toe.^{20,21} Tussen het twaalfde en het zestiende levensjaar neemt het aantal jongeren dat ooit heeft gerookt snel toe van 5 tot bijna 45 procent; 14 procent van de zestienjarigen rookt dagelijks.²⁰ Deze gegevens roepen de vraag op wat bekend is over rookpreventie en of deze kennis beter benut kan worden om het roken onder jongeren sterker dan nu terug te dringen.

* Het gaat hier om jongeren die in de afgelopen vier weken minstens eenmaal rookten.

Knelpunten

Interventies houden onvoldoende rekening met invloed sociale omgeving	<p>Preventie kan in vele vormen en gedaanten worden toegepast. De minst ingrijpende vorm bestaat uit voorlichting over de schadelijke gezondheidseffecten van bepaald gedrag en het aanleren van vaardigheden, zoals ‘nee’ zeggen. Een dergelijk preventiebeleid, waar de campagne NIX18 een voorbeeld van is, legt de verantwoordelijkheid primair bij jongeren en hun ouders (en in zekere mate ook bij horecapersoneel). Jongeren worden door NIX18 ertoe bewogen een gezonde keuze te maken. Het programmahoofd ‘jongeren en riskant gedrag’ van het Trimbos-instituut stelde onlangs dat interventies die alleen gericht zijn op kennis (in de zin van informeren over risico’s) gedoemd zijn te mislukken. Interventies tegen risicogedrag moeten rekening houden met de invloed van de sociale omgeving van jongeren. Het gaat daarbij niet zozeer om groepsdruk, zoals ouders vaak denken, maar om een subtielere vorm van groepsinvloed en kopieergedrag.²² Ook blijkt dat campagnes effectiever zijn naarmate ze beter zijn afgestemd op het type risicogedrag en de verschillende doelgroepen.²³</p>
Drempels opwerpen helpt	<p>Preventie kan ook bestaan uit het verminderen of verkleinen van <i>opportunities</i> om aan middelen te komen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het opwerpen van drempels om tabak te kopen of te gebruiken. In de meest extreme variant gaat het om een algeheel verbod op tabak. Voor een deel streeft de overheid het beleidsdoel van rookpreventie na door <i>opportunities</i> te verkleinen. In Nederland is inmiddels de verkoop van tabak aan jongeren tot achttien jaar verboden. Negen op de tien ouders in Nederland zijn voorstander van het beleid dat nu uitgaat van achttien jaar als minimumleeftijd waarop tabak mag worden gekocht.²⁰ Het opwerpen van drempels kan ook op een andere manier: door de zichtbaarheid van tabak tegen te gaan. Het uit zicht plaatsen van tabakswaren blijkt een goede manier om roken onder jongeren terug te dringen.²⁴ Zo is uit Engels onderzoek gebleken dat jongeren ontvankelijker worden voor roken doordat ze (regelmatig) tabakswaren uitgestald zien achter de toonbank van winkels.²⁵ Een derde methode om drempels op te werpen die het roken onaantrekkelijker moeten maken, is het heffen van accijns op tabak. Uit onderzoek onder volwassenen in de westerse wereld blijkt dat een prijsverhoging van tabak met 10 procent gemiddeld leidt tot een daling van tabaksgebruik van 4 procent.²⁶ Uit onderzoek onder jongeren komt naar voren dat de invloed van prijsverhogingen op het beginnen met roken onduidelijk zijn, maar uit de meeste studies blijkt wel duidelijk dat het volume van de tabaksconsumptie afneemt onder invloed van prijsverhogingen.²⁶ Al op jonge leeftijd blijken kinderen bekend met tabaksmerken en de blootstelling aan tabakspromotie is gerelateerd aan het beginnen met roken.²⁷ In de publieke gezondheid wordt vaak voor een ‘integraal preventiebeleid’ gepleit, wat neerkomt op een combinatie van verschillende vormen van preventie. De wetenschappelijke literatuur levert bewijs voor de effectiviteit hiervan. Zo bleek uit Spaans onderzoek dat een rookverbod op school pas effect sorteerde als er ook voorlichting werd gegeven.²⁸</p>

Kennis onvoldoende benut

Er is dus redelijk wat bekend over verschillende rookpreventiestrategieën. In hoeverre maakt het Nederlandse beleid gebruik van die kennis? Voorlichting en het aanleren van vaardigheden krijgen veel aandacht in het Nederlandse antirookbeleid. In de campagnes en andere interventies, zoals lespakketten voor scholen, wordt echter nog niet optimaal gebruikgemaakt van kennis over de aansluiting op risicogroepen en de invloed van de sociale omgeving op het gedrag van jongeren. Maatregelen om de zichtbaarheid van tabak te verminderen zijn er in Nederland nauwelijks: tabak ligt openlijk uitgestald in kiosks, benzinstations en supermarkten. Nederland heeft meer dan 60.000 verkooppunten voor tabak. Mede daardoor blijken kinderen van negen jaar al drie sigarettenmerken te kennen, en ook blijken zij positieve associaties te hebben bij de kleurrijke verpakkingen.²⁹ Nederland heft accijns op tabak om zo de drempel om te roken te verhogen. De accijns is minder hoog dan in sommige andere landen; zo kost een pakje sigaretten in Australië bijna 10 euro.

Keuzevrijheid is relatief

Sinds 1 januari 2014 is het verboden om tabak te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. In de praktijk wil dit niet zeggen dat jongeren geen toegang hebben tot tabak. Een algeheel verbod op tabaksverkoop wordt door de politiek niet overwogen omdat dit de vrije keus van mensen te veel zou inperken. Deze keuzevrijheid wordt vanuit wetenschappelijke kring wel geïnterpreteerd: recente inzichten uit de gedragseconomie laten zien dat ‘vrij’ keuzegedrag in feite sterk beïnvloed wordt door de omgeving, bijvoorbeeld door de wijze waarop keuzes aan mensen gepresenteerd worden.³⁰ Ook wordt wel betoogd dat het gedrag van rokers niet geheel vrij is, omdat zij door hun verslaving geketend zijn aan het risicogedrag.³¹

Oplossingsrichtingen

Verschillende preventievormen combineren

Welke kennis zou de Nederlandse overheid nog kunnen – en willen – inzetten om het roken onder jongeren verder tegen te gaan? Duidelijk is dat een echt verbod voorlopig politiek-maatschappelijk onhaalbaar zal blijven. Waar valt dan wel winst te boeken? Met name een combinatie van de verschillende vormen van preventie is kansrijk. Winst is te halen door bij publiciteitscampagnes en interventies meer aandacht te hebben voor het *evidence-based* karakter ervan. Ze kunnen beter aansluiten op specifieke risicofactoren en meer rekening houden met de sociale invloed op risicogedrag. Gezien het hoge percentage rokers in risicogroepen als laagopgeleiden ligt het voor de hand om beleid te ontwikkelen dat specifiek op die groepen is gericht. Een andere kansrijke strategie kan zijn om de *opportunities* voor jongeren om in aanraking te komen met tabak te verminderen. Reduceren van verkoopplaatsen van tabak, het verhogen van accijns en maatregelen om tabak uit het zicht te leggen blijken effectief – al is effectonderzoek in de Nederlandse context nog wenselijk. Het gebruiken van ook dit soort op gedragswetenschappelijke principes gestoelde kennis zou tot effectievere rookpreventie onder jongeren kunnen leiden.

Beleed afstemmen op doelgroepen

Verminderen *opportunities*

Casus 3 Voedingsinformatie voor jonge ouders



In Nederland worden ieder jaar tussen de 160.000 en 210.000 kinderen geboren, blijkt uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Die kinderen worden tot hun negentiende jaar gevolgd door de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Deze publieke voorziening richt zich op een optimale ontwikkeling van de jeugd op fysiek, sociaal, psychisch en cognitief gebied. De JGZ volgt op systematische wijze de ontwikkeling en gezondheidstoestand van kinderen om zo tijdig bedreigingen en/of problemen te signaleren. Een andere taak van de JGZ is het informeren en begeleiden van ouders, bijvoorbeeld als zij vragen hebben over gezonde voeding.

Beleidsdoel: ouders informeren over gezonde voeding

Informatie over groei, ontwikkeling, opvoeding en voeding

Alle kinderen in Nederland ontvangen het basispakket jeugdgezondheidszorg, dat voorlichting, begeleiding en toeleiding naar zorg omvat. Een pasgeboren kind is binnen een paar dagen in beeld bij de JGZ; het eerste contact vindt plaats bij de hielprik en gehoorscreening, zo'n vier tot zeven dagen na de geboorte. Tijdens die contactmomenten ontvangen ouders informatie over de groei, ontwikkeling, voeding en opvoeding van hun kind. Gedurende het eerste levensjaar zijn er gemiddeld acht contactmomenten en tot aan het vierde levensjaar volgen er gemiddeld nog vijf momenten waarop kind en ouders de JGZ bezoeken, al is de opkomst in de latere fase laag. Onder de nieuwe Jeugdwet krijgt de JGZ een steviger preventiefunctie. Dat doel wordt onder meer nagestreefd door ouders goed te informeren over bijvoorbeeld voeding en eetgewoontes zodat zij in staat worden gesteld de juiste keuzes te maken.

Knelpunten

Gezonde keus lastig

De praktijk van het informeren van jonge ouders over gezonde groei en voeding is echter weerbarstig. De gemiddelde ouder ontvangt tegenstrijdige voedingsinformatie die het maken van gezonde keuzes bepaald niet vergemakkelijkt. Dat hangt in belangrijke mate samen met verschillende bronnen van gezondheidsinformatie waar ouders mee worden geconfronteerd. Ook is de praktijk van voorlichting en begeleiding op het gebied van voeding voor verbetering vatbaar.

Focus ligt nu te veel op gewicht

Binnen de JGZ voor nul- tot vierjarigen speelt het Centrum voor Jeugd en gezin (CJG) of het ouderkindcentrum (OKC), waar het consultatiebureau is gevestigd, een centrale rol. Medewerkers op het consultatiebureau richten zich in sterke mate op de groei en preventie van overgewicht. Voeding wordt in dat verband veelal besproken als een risicofactor voor ongezonde groei en overgewicht.³² Deze focus op groei en overgewicht heeft zijn beperkingen. Een peuter die nu een gezond gewicht heeft maar een ongezonde voeding krijgt, loopt het risico ongezonde eetpatronen aan te leren en later alsnog overgewicht te ontwikkelen. Van de kinderen met een gezond gewicht op tweejarige leeftijd ontwikkelt 6 procent alsnog over-

gewicht in de drie daaropvolgende jaren, in sommige etnische groepen zelfs 20 procent.³³ Ook bij afwezigheid van overgewicht is aandacht voor eetpatronen dus relevant. Maar in de huidige werkwijze komt voeding meestal pas in detail aan bod als er al sprake is van een probleem (advies op indicatie).³⁴

Weinig begeleiding bij aanleren gezond eetpatroon

Ook neemt in de huidige opzet van het consultatiebureau de intensiteit van het contact met ouders af juist in de periode dat kinderen voedingsgewoontes aanleren. In de eerste zes maanden zijn er bijna maandelijks contactmomenten. Een kind krijgt dan nog voornamelijk melkvoeding. Vanaf ongeveer één jaar gaat het met de pot mee-eten maar vanaf dat moment komen de meeste kinderen – met de huidige flexibilisering van de contactmomenten – nog maar eenmaal per jaar op het consultatiebureau. Ouders krijgen op deze wijze dus weinig begeleiding juist als de eetpatronen van het kind worden aangeleerd. Onderzoek wijst uit dat het aanleren van een goed eetpatroon in het tweede levensjaar cruciaal is voor een gezond gewicht later.^{35,36} Deze kennis impliceert dat niet alleen begeleiding belangrijk is op het moment dat ouders (specifieke) vragen hebben over voeding, maar dat ook aandacht moet worden besteed aan anticiperende voorlichting.

Sterke invloed voedingsindustrie

Een tweede knelpunt rond het informeren van de jonge ouder heeft te maken met een andere bron van informatie: de voedingsindustrie. Dit hangt samen met de ontwikkeling dat ouders voor hun informatie minder afhankelijk geworden zijn van de jeugdgezondheidszorg.³⁷ De voorlichting van de overheid (met name de gemeente, als verantwoordelijke voor de JGZ) valt in het niet bij de veel dominantere informatiestroom van de voedingsindustrie. Veel ouders worden via nieuwsbrieven en bladen voor jonge ouders beïnvloed met tips voor de fase waarin hun kind zich bevindt (zie bijvoorbeeld www.nutriciavoorjou.nl). Ouders krijgen adviezen van diëtisten in dienst bij babyvoedingproducenten die dag en nacht beschikbaar zijn voor vragen over voeding. De voedingskundige informatie die diëtisten in dienst van babyvoedingfabrikanten aan ouders sturen is specifiek geënt op bepaalde producten (van een bedrijf). De fabrikanten proberen zo producten als de gezonde optie voor een kind voor te stellen. Zij maken daarbij handig gebruik van het geloof in het bijzondere nut van bepaalde voedingsstoffen of toevoegingen.³⁸ Uit onderzoek blijkt dat het labelen van een specifiek nutriënt ouders beweegt tot de aankoop van producten waar dat nutriënt in zit.³⁹ Welke ouder wil nu niet dat zijn kind voldoende calcium of vitamine D binnenkrijgt voor een gezonde groei?

Weinig regulering van reclame

In het verlengde hiervan kan een gebrekkige regulering van reclame voor voedingsproducten voor kinderen van zes maanden tot vier jaar voor verwarring bij ouders zorgen. Voor melkvoeding voor pasgeborenen gelden strenge regels; de industrie mag geen reclame voor deze producten maken of gezondheidslabels gebruiken. Producten voor kinderen vanaf zes maanden zijn echter aan veel minder regelgeving gebonden. In Nederland en Europa is in plaats daarvan gekozen

voor zelfregulering. In de praktijk blijkt dit echter vaak niet te werken.⁴⁰ De reclame richt zich bovendien met name op de ouders van jonge kinderen.^{40,41} De commissie vindt deze situatie vooral problematisch omdat ouders door de industrie worden beïnvloed in een fase waarin de kinderen vast voedsel gaan eten en eetpatronen aanleren.

Verwarrende labels Een derde knelpunt heeft te maken met labeling van producten. Dit kan voordelen hebben, als het in principe gezonde producten zijn en er niet meer van wordt gegeten dan nodig. Maar onderzoek laat zien dat het ook averechts kan werken. Zo is uit experimenteel onderzoek gebleken dat mensen meer M&M's eten als deze als 'low-fat' gelabeld worden.⁴² Het Nederlandse beleid om voedingsproducten van 'vinkjes' te voorzien die aangeven dat een product een gezondere keuze is maakt het niet gemakkelijk voor ouders. Het vinkje heeft slechts betrekking op een 'bewuste' of 'gezondere' keuze *binnen* een bepaalde productgroep, daarom kan het voor ouders verwarrend zijn als blijkt dat een bepaalde vruchtendrank of snack die is voorzien van een 'vinkje' toch niet gezond blijkt te zijn.

Oplossingsrichtingen

Onafhankelijke voorlichting voor ouders Ouders staan voor de lastige taak om kinderen gezonde voedingsgewoontes aan te leren te midden van informatiestromen die hen soms op het verkeerde been zetten. Verbetering kan gezocht worden in aanpassingen van de begeleiding door consultatiebureaus. Zo zou het consultatiebureau een prominentere rol kunnen spelen in de cruciale periode waarin eetpatronen worden aangeleerd. Om meer nadruk te leggen op de begeleiding op het gebied van voeding en eetgedrag valt te denken aan een apart 'voedingsbureau' of spreekuur voor voeding waar ouders laagdrempelig toegang krijgen tot voedingsdeskundigheid. Zo kan een wetenschappelijk onderbouwde kennisstroom voor jonge ouders gecreëerd worden – al moeten dergelijke initiatieven nog navolging krijgen in onderzoek. Een experiment met dergelijke voorlichting in de regio Eemland werd door ouders positief geëvalueerd.⁴³ De constatering dat ouders hun voedingsinformatie tegenwoordig (vooral) ook van internet en via de industrie ontvangen kan een inspiratie zijn voor GGD's en consultatiebureaus om lering te trekken uit de successen van de industrie. De GGD Amsterdam experimenteert bijvoorbeeld met een GroeiApp die ouders op leeftijdspecifieke momenten van (digitale) informatie over voeding voorziet. Dergelijke experimenten zijn interessant omdat ze in potentie – goed effectonderzoek zal nog nodig zijn – aansluiten bij behoeften van ouders en hen praktisch ondersteunen bij het maken van goed geïnformeerde voedingskeuzes.

Duidelijker labels Voor een optimale inzet van labeling op producten moet goed worden nagegaan of de beloftes van labels in de praktijk uitkomen, of dat ze juist voor meer onduidelijkheid zorgen bij de consument. Alternatieve systemen voor labeling werken wellicht beter dan het huidige systeem met vinkjes. Zo blijkt bijvoorbeeld uit

onderzoek dat een zogenaamd ‘stoplicht’ label, waarbij van bepaalde nutriënten in een product, zoals suiker, slechte vetten,* of zout, wordt aangegeven of het gehalte gezond of ongezond is, duidelijker is voor de consument dan andere wijzen van labelling.⁴⁴ Daarnaast is de regulering van de wijze waarop de industrie voedingsproducten presenteert en aan de man brengt een discussiepunt – zoals ook naar voren gebracht wordt door een brede maatschappelijke ‘alliantie stop kindermarketing’ (zie www.stopkindermarketing.nl). Gezien de grote invloed van marketing op het eetgedrag van jonge kinderen,⁴⁰ verdient het volgens de commissie aanbeveling om reclame over voedingsproducten voor kinderen van zes maanden tot vier jaar te reguleren.

* Verzadigde vetten en transvetten.

Casus 4 In beweging



Sporten en bewegen is gezond voor lichaam en geest. Voor kinderen is dat in het bijzonder van belang omdat het de ontwikkeling op meerdere vlakken ten goede komt: niet alleen motorisch, maar ook sociaal en cognitief.^{45,46} Sport is bovendien een voorbeeld van een leefstijlfactor waarbij het veel baat heeft om er vroeg mee te beginnen. Kinderen die veel sporten zijn vaak ook op latere leeftijd actief.

Beleidsdoel: faciliteren van beweging

Beweegnorm voor kinderen

De Nederlandse overheid wil de jeugd faciliteren om zoveel mogelijk te sporten en te bewegen zodat zij minder kans hebben op gezondheidsproblemen. Dit beleidsdoel krijgt ruime aandacht in de landelijke nota gezondheidsbeleid van het kabinet.¹ De Nederlandse Norm Gezond Bewegen, opgesteld door verschillende Nederlandse universiteiten en kennisinstellingen, is vooral gericht op het onderhouden van de gezondheid op lange termijn.^{47,48} Om aan deze beweegnorm voor kinderen te voldoen moet een kind dagelijks een uur matig intensief bewegen, waarvan minimaal twee keer in de week sportief. Minder dan de helft van de kinderen in Nederland voldoet aan die norm.⁴⁹

Beweegnorm is meer dan sport

De beweegnorm gaat uit van twee typen beweging: sport en alledaagse beweging via bijvoorbeeld spel, lopen of fietsen. Er zijn verschillende stimuleringsprogramma's die kinderen moeten aanzetten tot regelmatig sporten, en die beogen de grote verschillen in het beweeggedrag van kinderen te verminderen. Meisjes sporten over het algemeen minder dan jongens en 15 procent van de jongeren tussen de zeven en twaalf sport helemaal niet.⁵⁰ Uit onderzoek is echter ook gebleken dat het stimuleren van sport nog niet betekent dat eveneens de algehele fysieke activiteit (zoals spel of het lopen of fietsen naar school) toeneemt.⁵¹

Knelpunten

Met de auto naar school

De commissie constateert dat er op het punt van de alledaagse beweging via spel, lopen en fietsen nog een wereld te winnen valt. Hoewel bijna alle kinderen op loop- (minder dan 1 km, 90 procent) of fietsafstand (minder dan 2 km, 97 procent) van school wonen, wordt momenteel een derde van de kinderen met de auto of openbaar vervoer naar school gebracht. Minder dan een zesde van de kinderen komt zelfstandig naar school. Dit hangt in belangrijke mate samen met de inrichting en kwaliteit van de fysieke omgeving. Kinderen moeten vaak drukke wegen volgen, met als gevolg dat ze worden blootgesteld aan verkeersonveilige situaties en aan milieuverontreiniging.⁵²

Ruimte onvoldoende ingericht voor fietsen en lopen

Er is inmiddels behoorlijk wat kennis over hoe de openbare ruimte verkeersveiliger kan worden gemaakt en kinderen kan aanzetten tot (zelfstandig) lopen of fietsen naar school.^{53,54} Zo is bekend dat een niet te grote afstand tot de school en de aanwezigheid van fiets- en wandelpaden en recreatiemogelijkheden de activiteit

van kinderen stimuleert.⁵⁵ Uit onderzoek in Nederland bleek de nabijheid van parken en goed onderhoud van de omgeving positief geassocieerd met fietsen of lopen naar school.⁵⁶ Bovendien blijken kinderen die naar school fietsen of lopen ook in het algemeen meer fysiek actief te zijn.⁵⁷ Alhoewel de domeinen jeugd en volksgezondheid deze kennis steeds vaker weten te vinden, bereikt deze maar moeizaam de beleidsmakers die over ruimtelijke ordening gaan. Ook kennis die de laatste jaren is opgedaan over het belang van uitdagende, en door kinderen gewaardeerde schoolpleinen en speeltuinen en de inrichting van een buurt met daarin voldoende (informele) speelplekken⁵⁸⁻⁶⁰ komt zelden terecht op het bureau van de planoloog die een buurt inricht.

Gezondheid speelt geen rol in ruimtelijke ordening

Het verbinden van doelstellingen voor volksgezondheid aan het beleidsdomein ruimtelijke ordening is nog niet vanzelfsprekend. Gemeenten zijn weliswaar verplicht aan goede ruimtelijke ordening te doen maar wat dat precies inhoudt is niet op alle (gezondheids)aspecten wettelijk vastgelegd. Planologen houden rekening met een veelheid aan factoren, zoals de vierkante meters en functies van een bouwopdracht, bouw- en milieunormen, een esthetisch resultaat, bereikbaarheid en natuurlijk de kosten. Gezondheid speelt nauwelijks een rol bij de afwegingen en keuzes in ruimtelijke ordening.

Oplossingsrichtingen

Gezondheid integreren in ruimtelijke ordening

Investeren in onderzoek

Meer, leukere en uitdagender speelplekken, aankleding van de openbare ruimte (zodat deze een dubbelrol als informele speelplek kan vervullen), langzamer verkeer en verkeersluwe oversteekplekken zijn kansrijke maatregelen die door kinderen en hun ouders goed gewaardeerd én gebruikt worden. Beleidsmakers bij gemeenten zouden bijvoorbeeld kunnen investeren in zogenoemde kindlinten, waarbij met gekleurde looproutes, veilige oversteekplaatsen en (mini)speelplaatsen een aantrekkelijke en veilige route tussen wonen, school en bijvoorbeeld clubfaciliteiten in de wijk worden gecreëerd. Meer in het algemeen zou beweegvriendelijkheid en gezondheid in de (weliswaar lange) lijst van relevante factoren in de ruimtelijke ordening kunnen worden opgenomen. Op Europees niveau biedt het opstellen van een *urban agenda* momenteel kansen om dit onder de aandacht van beleidsmakers te brengen. Het onderzoeksveld dat zich bezighoudt met beweging in de openbare ruimte is nog relatief jong maar kansrijk; verdere investeringen in dit veld kunnen ons meer leren over hoe dagelijkse beweging gestimuleerd kan. In een advies van de Gezondheidsraad uit 2011 over beweeggedrag worden nog altijd relevante suggesties voor verder onderzoek gedaan.⁶¹ Door de beleidsdomeinen jeugd (inclusief 'sport' en 'spelen') en volksgezondheid een expliciete en formele rol te geven in het proces van ruimtelijke ordening, bijvoorbeeld bij het opstellen van structuurvisies of bestemmingsplannen, kan de beschikbare kennis beter worden benut. Richtlijnen voor gemeenten waarin duidelijker wordt vastgelegd wat een 'goede' ruimtelijke ordening inhoudt zouden daarbij kunnen helpen.

Slotbeschouwing

In dit signalement zijn vier casussen rondom ‘Gezond opgroeien’ onder de loep genomen die illustreren dat wetenschappelijke kennis beleidsmakers niet altijd bereikt. De rollen van betrokken actoren in elke casus zijn beschreven in tabel 1.

Tabel 1. Actoren en rollen per casus.

Casus	Actoren		
	Rollen		
	Haperende kennisstroom		
Evidence-based werken in de jeugdhulp	Rijk	Onderzoekers & interventie-eigenaren	Professionals
	Faciliteert databanken	Leveren data aan	Kiezen interventies
	Kennis over effectiviteit wordt onvoldoende toegepast in de praktijk		
Preventie van roken	Rijk	Gemeenten en scholen	Jongeren
	Regelgeving, overkoepelende preventiemethoden	Kiezen preventiecampagnes	Keuze om (niet) te roken
	Gedragwetenschappelijke kennis wordt onvoldoende toegepast bij preventie		
Voedingsinformatie voor jonge ouders	Rijk	Consultatiebureaus	Ouders
	Reguleert voedingsindustrie	Geven gezondheidsadvies	Maken voedingskeuzes
	Voedingsindustrie geeft gekleurde informatie aan ouders		
In beweging	Rijk	Onderzoekers jeugd en volksgezondheid	Planologen
	Stimuleert beweging	Ontwikkelen kennis	Richten de omgeving in
	Kennis over alledaagse beweging bereikt planologen niet		

Kennis onvoldoende benut

De commissie constateert dat er een behoorlijke hoeveelheid wetenschappelijke kennis over gezond opgroeien is, maar dat de doorstroming van deze kennis naar de praktijk soms hapert. De overheid heeft geïnvesteerd in het bevorderen van *evidence-based* praktijken in het kader van gezond opgroeien. Om hiervan optimaal gebruik te maken is het nodig dat de overheid de kennisoverdracht blijft faciliteren. Anders blijft wetenschappelijke kennis die met veel tijd, geld en moeite is verkregen voor een groot deel onbenut.

Uit de casussen die in dit signalement behandeld zijn, kunnen naast deze algemene boodschap ook specifiekere lessen getrokken worden.

- | | |
|--|--|
| Prakkels om kennis aan te leveren en te gebruiken | 1 <i>Evidence-based</i> handelen is steeds belangrijker voor professionals die met kinderen en jongeren werken. Het ter beschikking stellen van een structuur om kennis te delen, zoals de databanken uit de casus over <i>evidence-based</i> werken in de jeugdhulp, is echter niet voldoende om duurzame implementatie van kennis in de praktijk te realiseren. Er moeten voldoende prakkels zijn voor actoren om kennis aan te leveren of in de praktijk te gebruiken. |
| Evenwichtiger informatie aan ouders over gezonde voeding | 2 Een evenwichtige informatievoorziening is essentieel om geïnformeerde keuzes over gezondheid te kunnen maken. Uit de casus over voedingsinformatie voor jonge ouders blijkt dat de informatievoorziening over gezonde voeding vertroebeld wordt als bedrijven daarin een dominante rol spelen. De overheid kan een evenwichtige informatievoorziening stimuleren door (digitaal) wetenschappelijk onderbouwde informatie aan te bieden die aansluit op behoeftes van ouders, en door de invloed van commerciële partijen in te perken met regelgeving. |
| Gezondheid meenemen in andere beleidsterreinen | 3 Het afstemmen van het overheidsbeleid op verschillende niveaus en beleidsterreinen is nodig om te voorkomen dat gezondheidsaspecten, die op gespannen voet staan met andere beleidsprioriteiten, vergeten worden. Dit blijkt vooral uit de casus over beweging. Dit uitgangspunt sluit goed aan op het streven naar minder verkoking in het (gezondheids)beleid. |
| Discussie nodig over sturing door overheid | 4 Bij ‘Gezond opgroeien’ gelden andere ideologische en normatieve overwegingen dan bij andere beleidsterreinen, omdat het over minderjarigen gaat. Paternalistisch beleid wordt bijvoorbeeld eerder als gerechtvaardigd beschouwd, denk aan het verbod op het kopen van alcohol of tabak onder de achttien jaar. Over de vraag hoe ver de overheid mag gaan om de gezondheid van jongeren te beschermen is maatschappelijke en politieke discussie nodig. |
| Vrije wil is niet zo vrij | 5 Een beroep op het belang van ‘vrije keuzes’ op het gebied van leefstijl gaat voorbij aan (recente) wetenschappelijke inzichten die laten zien dat onze ‘vrije’ wil feitelijk sterk wordt beïnvloed door de omgeving. Gedragswetenschappelijke kennis over bijvoorbeeld rookpreventie, voeding en beweging kan een bijdrage leveren aan nieuwe beleidsopties. |

Literatuur

- 1 VWS. Landelijke nota gezondheidsbeleid: 'Gezondheid dichtbij'. 2011.
- 2 Adamson P. Child well-being in rich countries: A comparative overview, *Innocenti Report Card 11*. Florence: UNICEF Office of Research; 2013.
- 3 Tick NT. Time trends in Dutch Children's mental health [Proefschrift]. Erasmus Universiteit Rotterdam; 2007.
- 4 Verhulst FC, Van der Ende J, Koot HM. Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam; 1996.
- 5 Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(2): 182-189.
- 6 Bot S, de Roos S, Sadiraj K, Keuzenkamp S, Verhulst FC, Kleijnen E. Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2013.
- 7 de Graaf I, van der Linden D, Onrust S. Evidence based werken in de jeugd-ggz. *Kind en adolescent: praktijk*. 2011; 10(1): 22-29.
- 8 ZonMw. En... werkt het? 10 jaar onderzoek naar zorg voor jeugd. ZonMw i.s.m. Marc van Bijsterveldt, redacteur; 2015.
- 9 Yperen TA van. Ontstaansgeschiedenis. Nederlands Jeugdinstituut; 2015. <http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Ontstaansgeschiedenis>, geraadpleegd 23-04-2015.
- 10 Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) in samenwerking met Trimbos-instituut. Interventiedatabase Gezond en Actief Leven. 30-12-2014. Bilthoven RIVM. <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>, geraadpleegd 23-04-2015.
- 11 Yperen TA van. Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor jeugd. Nederlands Jeugdinstituut; 4-6-2013.
- 12 Linden D van der, de Graaf I. State of the Art. Bekendheid met en gebruik van evidence based interventies in de jeugd-ggz. Utrecht: Trimbos Instituut; 2010.
- 13 van Yperen TA, Dronkers F. Programma Richtlijnonwikkeling Jeugdzorg. Utrecht/Amsterdam: NJi, NVMW, Phorza, NIP en NVO; 2010. <http://www.nji.nl/nl/ProgrammaRLOjeugdzorg.pdf>, geraadpleegd 23-04-2015.
- 14 ZonMw. Effectief werken in de jeugdsector. 2012. http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Programma_effectief_werken_in_de_jeugdsector_Goedgekeurd_wijziging_oktober_2012_compleet_def.pdf, geraadpleegd 23-04-2015.
- 15 Hilderink HR. Ziekte last in DALY's: Wat is de bijdrage van risicofactoren? Bilthoven: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid: RIVM; 2014. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziekte-last-in-daly-s/wat-is-de-bijdrage-van-risicofactoren/>, geraadpleegd 23-04-2015.
- 16 Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Een gezonder Nederland. RIVM; 2014.
- 17 Steinberg L. Risk Taking in Adolescence: New Perspectives From Brain and Behavioral Science. *Current Directions in Psychological Science* 2007; 16(2): 55-59.
- 18 Johnston V, Liberato S, Thomas D. Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD008645.
- 19 VWS. VWS Rijksbegroting 2015. 2015.

- 20 Looze M de, van Dorselaer S, de Roos S, Verdurmen J, Stevens S, Gommans R e.a. Gezondheid, Welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. HBSC onderzoek Universiteit Utrecht, Trimbos Instituut, Sociaal en Cultureel Planbureau; 2013.
- 21 Savelkoul M, Zeegers T, Blokstra A, Verweij A. Zijn er verschillen in rookgedrag naar sociaaleconomische status en etniciteit? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid 2014.
- 22 Eimers D, Ninette van Hasselt: Uitgaansopvoeding voor pubers. *MGV* 2014; 69(4).
- 23 Hiemstra M, Ringlever L, Otten R, van Schayck OC, Jackson C, Engels RC. Long-term effects of a home-based smoking prevention program on smoking initiation: a cluster randomized controlled trial. *Prev Med* 2014; 60: 65-70.
- 24 MacKintosh AM, Moodie C, Hastings G. The association between point-of-sale displays and youth smoking susceptibility. *Nicotine Tob Res* 2012; 14(5): 616-620.
- 25 Spanopoulos D, Britton J, McNeill A, Ratschen E, Sztakowski L. Tobacco display and brand communication at the point of sale: implications for adolescent smoking behaviour. *Tob Control* 2014; 23(1): 64-69.
- 26 Bader P, Boisclair D, Ferrence R. Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *Int J Environ Res Public Health* 2011; 8(11): 4118-4139.
- 27 DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics* 2006; 117(6): e1237-e1248.
- 28 Galan I, ez-Ganan L, Gandarillas A, Mata N, Cantero JL, Durban M. Effect of a smoking ban and school-based prevention and control policies on adolescent smoking in Spain: a multilevel analysis. *Prev Sci* 2012; 13(6): 574-583.
- 29 Jong C de, de Kanter W. Commercie en psychoactieve stoffen. Als de vos de passie preekt. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 2014; 158.
- 30 Prast H. A behavioral economics approach to public health: theory and policy implications. *European journal of consumer law* 2011; 4.
- 31 Proctor RN. Why ban the sale of cigarettes? The case for abolition. *Tob Control* 2013; 22 Suppl 1: i27-i30.
- 32 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. JGZ-richtlijn Overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing van kinderen van 0-19 jaar. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2012.
- 33 Hoog M de. Ethnic inequalities in early overweight: determinants and consequences. [Proefschrift]. Amsterdam: University of Amsterdam; 2012.
- 34 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. JGZ-richtlijn Voeding en eetgedrag. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2013.
- 35 Pearce J, Langley-Evans SC. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes (Lond)* 2013; 37(4): 477-485.
- 36 Birch LDA. Learning to eat: birth to age 2 y. *Am J Clin Nutr* 2014; 99(3): 723S-728S.
- 37 Ouders Online. Code Oranje (Wees alert). Het kwetsbare vertrouwen van ouders in de jeugdgezondheidszorg. 2011.
- 38 Allen RE, Myers AL. Nutrition in toddlers. *Am Fam Physician* 2006; 74(9): 1527-1532.
- 39 Cohen DA, Babey SH. Contextual influences on eating behaviours: heuristic processing and dietary choices. *Obes Rev* 2012; 13(9): 766-779.
- 40 Galbraith-Emami S, Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes Rev* 2013; 14(12): 960-974.
- 41 Hawkes C, Lobstein T. Regulating the commercial promotion of food to children: a survey of actions worldwide. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6(2): 83-94.
- 42 Chandon P, Wansink B. Is Food Marketing Making Us Fat? A Multi-Disciplinary Review. *Foundations and Trends in Marketing* 2011; 5(3): 113-196.

- 43 Vos NFD de. BAGAGE onderzoek. Evaluatie van advies en voorlichting bij flexibilisering van contactmomenten
tussen 6 en 11 maanden. Zeist: GGD Midden Nederland; 2013.
- 44 Roberto C, Bragg M, Seamans M, Mechulan R, Novak N, Brownell K. Evaluation of consumer understanding of
different front-of-package nutrition labels, 2010-2011. *Prev Chronic Dis* 2012; 9.
- 45 Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B e.a. Evidence based physical activity for
school-age youth. *J Pediatr* 2005; 146(6): 732-737.
- 46 Arbogast KL, Kane BCP, Kirwan JL, Hertel BR. Vegetation and outdoor recess time at elementary schools: What are
the connections? *Journal of Environmental Psychology* 2009; 29(4): 450-456.
- 47 Kemper HCG, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. TSG:
Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2000; 78(3): 180-183.
- 48 Wendel-Vos GCW. Normen van lichamelijke (in)activiteit. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal
Kompas Volksgezondheid* 2014.
- 49 Hildebrandt V, Ooijendijk W, Hopman-Rock. Trendrapport Bewegen en gezondheid 2004/2005. Hoofddorp/Leiden:
TNO; 2007.
- 50 Huppertz C, Bartels M, Van Beijsterveldt CE, Boomsma DI, Hudziak JJ, De Geus EJ. Effect of shared
environmental factors on exercise behavior from age 7 to 12 years. *Med Sci Sports Exerc* 2012; 44(10): 2025-2032.
- 51 Meij JS de, Chinapaw MJ, van Stralen MM, van der Wal MF, van DL, van MW. Effectiveness of JUMP-in, a Dutch
primary school-based community intervention aimed at the promotion of physical activity. *Br J Sports Med* 2011;
45(13): 1052-1057.
- 52 Haan J de, Metz F. Dashboard duurzame en slimme mobiliteit: Klimaat, Trends en ontwikkelingen op het gebied van
duurzame en slimme mobiliteit. KpVV. 11-12-2014. CROW-KpVV.
- 53 SOAB Adviseurs voor Woning en Omgeving. Bewegen, verplaatsen en spelen. Inspiratie voor kindvriendelijke
wijken. Kennisplatform Verkeer en Vervoer (KpVV); 2008.
- 54 Wassenberg F, Milder J. Evaluatie van het project Kindlint in Amsterdam. Onderzoeksinstituut OTB, TU Delft;
2008.
- 55 Pont K, Ziviani J, Wadley D, Bennett S, Abbott R. Environmental correlates of children's active transportation: a
systematic literature review. *Health & Place* 2009; 15: 849-862.
- 56 Kann D de, Kremers S, Gubbels J, Bartelink N, de Vries S, de Vries N e.a. The association between the physical
environment of primary schools and active school transport. *Environment and Behavior* 2014;(1).
- 57 Faulkner GE, Buliung RN, Flora PK, Fusco C. Active school transport, physical activity levels and body weight of
children and youth: a systematic review. *Prev Med* 2009; 48(1): 3-8.
- 58 McCormack G, Rock M, Toohy A, Hignell D. Characteristics of urban parks associated with park use and physical
activity: A review of qualitative research. *Health & Place* 2010; 16: 712-726.
- 59 Nordström M. Children's views on child-friendly environments in different geographical, cultural and social
neighbourhoods. *Urban Studies* 2010; 47: 514-528.
- 60 Rehrer N, Freeman C, Cassidy T, Waters D, Barclay G, Wilson N. Through the eyes of young people: Favourite
places for physical activity. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011; 39: 492-500.
- 61 Gezondheidsraad. Beweegredenen. De invloed van de gebouwde omgeving op ons beweeggedrag. Den Haag:
Gezondheidsraad, 2010; publicatienr. 2010/04.