

Ex-ante onderzoek preventie jeugd

Hoe werken we toe naar de gezondste jeugd?



Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

Disclaimer en uitnodiging

Dit ex-ante onderzoek heeft een inventariserend karakter. Dit onderzoek pretendeert daarmee niet dekkend te zijn voor alle onderwerpen die raken aan het brede thema van preventie jeugd noch de diepte in te gaan op de afzonderlijke thema's.

Het onderzoek is gedaan op basis van een gespreksronde met uiteenlopende partners die een grote rijkheid aan input hebben gegeven. Deze rapportage beoogt een zo goed mogelijke weerslag te geven van deze gesprekken, maar niet alle input heeft een plek gekregen in de rapportage.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft opdracht gegeven voor dit onderzoek binnen de pilot 'lerend evalueren, evaluerend leren' en beoogt op basis hiervan samen met partners verder te bouwen op het gebied van preventie jeugd. Deze rapportage is daarmee niet bedoeld als statisch document.

Heeft u suggesties of input ten aanzien van preventie jeugd of onverhoopt een omissie aangetroffen, mailt u dan naar Marieke Koppenaal, m.koppenaal@minvws.nl.

Datum

15 juni 2018

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Contact

Andersson Elffers Felix, Anouk Op het Veld en Imke Verburg

Referentie

GV450/eindrapportage ex-ante onderzoek preventie-agenda

Inhoud

1 Kernsamenvatting	4
2 Inleiding	8
2.1 Ex-ante onderzoek preventie jeugd	9
2.2 Legitimatie VWS	11
3 Werkhypothese en beleidstheorie	12
3.1 Wettelijk vertrekpunt	12
3.2 Werkhypothese	13
3.3 Beleidstheorie	15
3.4 Maatschappelijke effecten (outcome).....	17
3.5 Activiteiten en resultaten (throughput en output)	17
4 Internationale verkenning	21
4.1 De gezondste jeugd?	21
4.2 Duiding indicatoren	23
4.3 Inspiratie vanuit het buitenland op het gebied van preventie	26
4.4 Conclusies internationale verkenning	29
5 Kansen en opgaven preventie jeugd	31
5.1 Gesignaleerde kansen door de geïnterviewde partners.....	31
5.2 Thema's preventie jeugd	33
5.3 Ordening en uitwerking geïdentificeerde thema's	33
5.4 Conclusies nationale verkenning	46
6 Conclusies en aanbevelingen	47
6.1 Positionering thema's in licht landelijke programma's en akkoorden	47
6.2 Vereiste extra inspanningen voor gezondheidswinst jeugd door preventie	49
Bijlage 1: definitie gezondheid, jeugd en preventie	55
Bijlage 2: aanpak internationale verkenning	59
Bijlage 3: greep uit landelijke en lokale spelers en initiatieven	61
Bijlage 4: gesprekspartners en overzicht belangrijkste bronnen	66
Bijlage 5: traject terugdringen gezondheidsachterstanden PSD	69

1 Kernsamenvatting

1. Preventie staat steeds hoger op de **landelijke en lokale beleidsagenda's**. Landelijke en lokale partijen nemen uiteenlopende initiatieven om te investeren in preventie.
2. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt zichzelf de vraag of het helpt om extra preventie-inspanningen jeugd in te zetten of zelfs te investeren in een landelijke preventie agenda jeugd om deze **initiatieven te versterken**, daardoor meer in **samenhang** te investeren in **gezondheidswinst** voor de jeugdigen, met als resultaat **toekomstige gezonde(re) generatie(s)**.
3. Om die reden is opdracht gegeven voor een **onafhankelijk ex-ante onderzoek preventie jeugd** – binnen de pilot **lerend evalueren, evaluerend leren** – met de vraag *waarover* een dergelijke agenda inhoudelijk zou moeten gaan en *hoe* deze kan bijdragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor jeugdigen.
4. Het onderzoek richt zich op **twee onderzoeksvragen** in:
 - Welke **scope** moet een landelijke agenda of extra preventie inspanningen jeugd hebben?
 - Op welke gebieden is het grootste positieve **gezondheidseffect** te behalen?
5. Dit ex-ante onderzoek is gebaseerd op de input vanuit een **brede gespreksronde** onder landelijke en lokale partners en een beknopte literatuurstudie. Daarmee heeft dit onderzoek een inventariserend karakter.
6. Het vertrekpunt van dit ex-ante onderzoek zijn de wettelijke kaders van de **Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Jeugdwet** met betrekking tot preventie jeugd. Deze wetten leggen een belangrijke rol bij gemeenten ten aanzien van preventie jeugd.
7. In dit onderzoek gaan we uit van de **werkhypothese** en het wenkend perspectief '*naar de gezondste kinderen en jeugd ter wereld in 2040*', voortbouwend op de Samenwerkende Gezondheidsfondsen.
8. Het onderzoek bestond uit drie onderzoekstappen:
 - **Operationaliseren gezondste jeugd** aan de hand van de werkhypothese en beleidstheorie – *ofwel hoe meet je de gezondste jeugd?*
 - **In kaart brengen van de status quo** door een internationale vergelijking – *ofwel waar staat de Nederlandse jeugd in internationaal perspectief?*
 - **Duiden van op welke gebieden** en thema's de grootste positieve gezondheidseffecten zijn te behalen – *ofwel waar is winst te behalen?*

9. Op basis van de wetten (Jeugdwet en WPG) en de **meest gangbare definities** van een aantal kennisinstituten (**RIVM**, Nji, Pharos, etc.) definieert het onderzoek gezondheid, jeugd en preventie. Het onderzoek gaat hierbij uit van een brede definitie van gezondheid – en namelijk **fysieke, sociaal(emotionele) en sociaaleconomische, en mentale factoren**.
10. Op basis van beschikbare wetenschappelijke literatuur zijn de **meest voorkomende relaties** in beeld gebracht tussen **interventies, resultaten en maatschappelijk effecten (outcome)**. (Beoogde) gezondheidswinst is uit te splitsen in verschillende (samenhangende) **maatschappelijke effecten** (outcome-indicatoren).
11. Op basis van **internationaal beschikbare indicatoren** is een internationale verkenning gedaan, geïllustreerd met interessante voorbeelden van preventie-inspanningen uit andere landen.
 - **Fysiek** behoort Nederland tot de landen met de gezondste jeugd. Kans voor verbetering ligt op het gebied van alcohol en roken (dit ondersteunt de focus van de preventieakkoorden).
 - **Sociaal** scoort Nederland redelijk goed - maar verkenning biedt perspectief tot verbetering. Kans voor verbetering ligt bij kinderen in armoede en ouderschap.
 - **Mentaal** scoort Nederland minder goed en nog onvoldoende met perspectief op gezondste jeugd in 2040. Kans voor verbetering ligt in het tegengaan van toenemende mentale druk, onder meer zichtbaar in moeilijk in slaap komen.
12. Vervolgens zijn belangrijke partners **bevraagd op welke gebieden en thema's** volgens hen potentieel het grootste positieve gezondheidseffect te behalen is (en daarom onderdeel uit moeten maken van een mogelijke preventieagenda jeugd). Vervolgens hebben zij een **weging en ordening** gemaakt op welke gebieden en thema's het meest wenselijk of noodzakelijk is om effecten te realiseren.
13. De partners stellen dat preventie jeugd een **positief wenkend perspectief** biedt, maar geeft **nog onvoldoende richting** cq is nog onvoldoende gericht. Om landelijke kansen te verzilveren en de doelen van de wetten te realiseren ten aanzien van preventie jeugd, helpt het om te investeren in een gezamenlijk beeld waaraan preventie jeugd moet bijdragen en wat ieders rol en verantwoordelijkheid daarin is.
14. De partners stellen ook dat preventie jeugd (geleidelijk) onderdeel wordt van de lokaal politiek bestuurlijke agenda, maar dat het nog ontbreekt aan een **passende, integrale lokale coalitie**, met een duidelijk handelingsperspectief. Om lokale kansen te verzilveren en de doelen van de wetten te realiseren ten aanzien van preventie jeugd, helpt het om lokaal meer inzicht te bieden in de verschillende dimensies van preventie jeugd en te investeren en te kiezen voor een lokale samenhangende aanpak op basis van data.
15. Daarbij stellen de partners dat er verschillende gebieden en thema's zijn waar potentieel het grootste positieve gezondheidseffect te behalen is:

Overkoepelende en randvoorwaardelijke thema's:	Inhoudelijke geprioriteerde thema's voor (meer) gezondheidswinst:
<ul style="list-style-type: none">- Integrale benadering- Vroegsignalering- Monitoring en big data- Professionalisering & preventie	<ul style="list-style-type: none">- Gezonde leefstijl- Rookvrije generatie- Voorlichting & gespreksvoering- Tegengaan kindermishandeling- Rol (brede) scholen- Grensvlak 18- / 18 +- Vaardigheden van deze eeuw- Ouderschap en opvoedvaardigheden- Eerste 1000 dagen en kansrijke start- Mentale druk en weerbaarheid- Financiële gezondheid

16. Veel geprioriteerde thema's hebben een plek gekregen in (recente) nationale programma's. Een beperkt aantal thema's komt nog niet tot nauwelijks voor in de landelijke programma's. Met andere woorden er liggen kansen bij:
- Monitoring en big data
 - Vaardigheden van deze eeuw
 - Mentale druk en weerbaarheid
17. Door thema's gericht in samenhang te benaderen kan preventieve impact vergroot worden. Een van de onderwerpen van vervolgonderzoek kan zijn om de relaties met de grootste impact in beeld te brengen. Dit maakt inzichtelijk waar het grootste rendement gehaald (impact) gerealiseerd kan worden. Hiermee kan meer richting en input geleverd worden aan de huidige (landelijke) programma's en nieuwe lokale inspanningen en beleidsagenda's.
18. Voor ordening van de uitkomsten van de aanbevelingen hebben we ons gebaseerd op de cirkels van Sinek. De **scope** van een mogelijke preventieagenda jeugd en belangrijke gebieden voor **potentiële gezondheidswinst** worden op de onderstaande niveaus geordend en uitgewerkt.
- **Why:** bouwen aan het gemeenschappelijke verhaal rondom preventie jeugd met waardevolle elementen – duidelijkheid over *het waarom* van investeren in preventie, wat er nodig is (meeste impact) en wat het financieel en maatschappelijk oplevert.
 - **How:** gemeenten en professionals in de uitvoeringspraktijk bewust maken en equiperen.
 - **What:** gericht verbinden van thema's voor meer impact en agenderen kansen voor gezondheidswinst .
19. Daarmee leidt het onderzoek tot aanbevelingen op drie niveaus:
- Investeren in het **overkoepelende verhaal preventie** met de sleutelpartners, met de gezondste jeugd in 2040 als gezamenlijk perspectief.
 - Gemeenten verder in hun rol om **lokaal scherper keuzes** te maken op het gebied van preventie en hier data bij te benutten.
 - **Mentaal welbevinden en vaardigheden van de toekomst** scherper positioneren in huidige programma's of hierop extra preventie inspanningen inrichten.

20. Binnen deze aanbevelingen zijn keuzen te maken en deze stappen kunnen mogelijk in de vervolgfase van het ex-ante onderzoek worden opgepakt. Het vervolgproces van het ex-ante onderzoek (NB! geen onderdeel van dit onderzoek en deze rapportage) zijn stap 3: *vertaling van de doelen in acties en indicatoren* en stap 4: *eventuele vertaling van de acties in een actieprogramma*.

2 Inleiding

In Nederland zijn wij ons meer en meer bewust dat de leef- en woonomstandigheden, leefstijl en de sociale omgeving van een gezin(situatie) bepalend zijn voor de toekomst van een kind. In de vroegste jeugd en zelfs al voor de geboorte, tijdens de zwangerschap, wordt de basis gelegd voor de rest van het leven. Door meer en beter aandacht te besteden aan de ontwikkeling en het welbevinden van kinderen en jongeren, vertrouwen en positiviteit als basis, een veerkrachtige mentaliteit en een stimulerende en pedagogische omgeving, zijn er meer mogelijkheden om problemen te voorkomen of eerder aan te pakken. De kennis over risico- maar vooral beschermende factoren bij de ontwikkeling van een kind, de brede gezondheid en daarmee de kansen op latere leeftijd, neemt toe en kan (nog meer) worden benut bij het inzetten op een veilig en gezond leven en gelijke kansen voor ieder kind.

Veel inspanningen zijn gericht op het tegengaan van ontstane problemen, maar de ambitie is om al vanaf het eerste begin de voorwaarden te scheppen om kinderen zo gezond mogelijk te laten opgroeien en zich te laten ontwikkelen. Meer inzet op preventie is een van de doelen van onder meer de publieke gezondheid en het sociaal domein. De evaluatie van de Jeugdwet stelt dat er nog te weinig gemeentelijke inzet plaatsvindt op preventie Jeugd. Inzet gaat eerder naar zorg en ondersteuning en het oplossen van acute vragen en/of crisis. Daarnaast blijken preventieve voorzieningen niet altijd bekend bij ouders, naasten en/of professionals. Dit geldt bijvoorbeeld voor ouderschaps cursussen. Ambitie is nu om (nog) meer uit te gaan van wat er nodig is voor de optimale ontwikkeling van een kind, zonder in hokjes te denken, maar door te kijken naar wat werkt voor wie, in welke context.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) wil investeren in gezondheidswinst bij kinderen en jongeren en daarmee toekomstige generaties en daarom meer aandacht vragen voor preventie en gezondheidsbevordering. Het ministerie is op zoek naar een samenhangend preventief jeugd beleid dat energie geeft, losse initiatieven verbindt en die verbinding versterkt. De directie Jeugd en de directie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS hebben samen een preventieteam Jeugd gevormd, om initiatieven die lopen op het gebied van preventie jeugd meer te verbinden.

Nu de directe transitievraagstukken voor een groot deel zijn geborgd, komt er ruimte om een aantal belangrijke verandervraagstukken aan te pakken. Een van deze onderwerpen is preventie. Deze beweging wordt ook zichtbaar in het Regeerakkoord, waarin 170 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor preventie en de nationale preventieakkoorden zijn aangekondigd. De vraag is of er een aanvullend samenhangend perspectief op preventie jeugd behulpzaam is, gericht op kansen voor alle kinderen. Dit kan mogelijk de vorm krijgen van een preventie agenda jeugd, die het sociale, medische en mentale domein verbindt, om huidige preventie inspanningen (meer) te richten en nieuwe activiteiten in te zetten daar waar kansen liggen.

Hiermee wordt ingezet op een transformatie in de brede ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen naar:

- preventie en eigen kracht
- integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt ‘één gezin, één plan, één regisseur’
- demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren
- eerder de juiste hulp op maat (specialistische zorg aan de voorkant)
- meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden¹.

Het nieuwe jeugdstelsel moet ertoe leiden dat jeugdigen gezond en veilig opgroeien, hun talenten ontwikkelen en naar vermogen participeren in de samenleving. Deze transformatie speelt op het gebied van het sociaal domein, de jeugdgezondheidszorg, het onderwijs en het medisch domein, maar raakt ook aan werk en inkomen en de ruimtelijke omgeving. Dit past ook binnen de doelen van de Jeugdwet en de Wet Publieke Gezondheid.

2.1 Ex-ante onderzoek preventie jeugd

Het ministerie van VWS stelt zichzelf de vraag of het helpt om extra preventie-inspanningen jeugd in te zetten of zelfs te investeren in een landelijke preventie agenda jeugd om deze initiatieven te versterken, daardoor meer in samenhang te investeren in gezondheidswinst voor de jeugdigen, met als resultaat toekomstige gezonde(re) generatie(s).

Andersson Elffers Felix (AEF) daarom een ex-ante onderzoek jeugd uitgevoerd, over *waar* een dergelijke agenda inhoudelijk over zou moeten gaan en *hoe* deze kan bijdragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor jeugdigen. Een ex ante onderzoek of evaluatie wordt ingezet in de fase van beleidsvoorbereiding, om een zo goed mogelijk beleidsontwerp te maken. Dit past binnen de pilot *lerend evalueren, evaluerend leren* van het ministerie van VWS.

De onderzoeksvragen die centraal stonden in het onderzoek waren:

- 1. Welke scope moet een landelijke agenda of programma preventie jeugd hebben?**
 - Het gaat hier om het vinden van de balans tussen enerzijds een brede holistische benadering en anderzijds voldoende focus om effectief te zijn.
- 2. Op welke gebieden is potentieel het grootste positieve gezondheidseffect te behalen?**
 - Dit betreft een inventarisatie van de gebieden of thema's waarop het meest wenselijk of noodzakelijk is om effecten (outcome) te realiseren (o.a. kostenbesparing in de zorg, vergroten van participatie etc.).

Hierbij is gekozen om te werken vanuit een werkhypothese: *Naar de gezondste kinderen en jeugd ter wereld in 2040*. Deze hypothese helpt om te toetsen in het onderzoek waar we staan en waar kansen liggen. Daarbij kan de werkhypothese dienen als wenkend perspectief – om preventie-inspanningen (meer) te richten. Deze werkhypothese is eerder geformuleerd door de samenwerkende Gezondheidsfondsen.

¹ Kamerstukken II 2012/13, 33 684, nr. 3, p. 2.

Om uitvoering te geven aan het ex-ante onderzoek zijn de volgende stappen genomen:

Stap 0: Operationaliseren gezondste jeugd aan de hand van de werkhypothese en beleidstheorie – ofwel hoe meet je de gezondste jeugd?

Op basis van de wetten (Jeugdwet en WPG) en de meest gangbare definities van een aantal kennisinstituten (RIVM, Nji, Pharos, etc.) definieert het onderzoek gezondheid, jeugd en preventie. Het onderzoek gaat hierbij uit van een brede definitie van gezondheid – en zowel fysieke, sociaal(emotionele) en sociaaleconomische als mentale factoren. Op basis van beschikbare wetenschappelijke literatuur zijn de meest voorkomende correlaties in beeld gebracht tussen interventies, resultaten en maatschappelijk effect (outcome). (Beoogde) gezondheidswinst is uit te splitsen in verschillende (samenhangende) maatschappelijke effecten (outcome-indicatoren). Deze plot vormt de onderliggende beleidstheorie voor dit ex-ante onderzoek.

Stap 1: In kaart brengen van de status quo door een internationale verkenning en vergelijking – ofwel waar staat de Nederlandse jeugd in internationaal perspectief?

Om de inzet van VWS en alle partners in het veld te kunnen bepalen is het belangrijk om een goed beeld te hebben van de uitgangssituatie. De vraag is hoe de Nederlandse jeugd het in vergelijking met andere landen doet. Bijkomende vraag is wat Nederland kan leren van het buitenland over kansen in het eigen beleid en de Nederlandse preventie-inspanningen.

Stap 2: Duiden van op welke gebieden en thema's de grootste positieve gezondheidseffecten zijn te behalen – ofwel waar is winst te behalen?

In deze tweede stap is een nationale verkenning uitgevoerd door een gespreksronde binnen VWS, andere ministeries en onder sleutelpartners gedaan over de breedte van het vraagstuk en de scope van de huidige en beoogde inzet op preventie jeugd. Collega's van het ministerie van VWS en AEF interviewden de kernspelers van de rijksdienst om breed uit te vragen hoe zij kansen en opgaven zien op het gebied van preventie jeugd. Vervolgens is ter voorbereiding van een externe interviewronde is eens stakeholderanalyse uitgevoerd. Op basis van partijen die nu reeds een rol en positie hebben in het vraagstuk en ook aan de slag zijn met (onderdelen van) de preventie, zijn breed gesprekken gevoerd. Vervolgens hebben zij een weging en ordening gemaakt op welke gebieden en thema's het meest wenselijk of noodzakelijk is om effecten te realiseren.

Op basis hiervan zijn aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de scope en gebieden om winst te behalen. Dit ex-ante onderzoek is daarmee gebaseerd op input en praktijkkennis van landelijke en lokale partners en een beknopte scan van beschikbare internationale gegevens en literatuur over preventie en gezondheid (jeugd). Daarmee heeft dit onderzoek een inventariserend karakter, op basis van wetenschap en praktijk. Bij een ex-ante onderzoek hoort ruimte om de benadering tussentijds bij te stellen. Om die reden zijn denk- en analysestappen steeds doorlopen met de directie jeugd en de directie publieke gezondheid van het ministerie van VWS.

Dit zijn de eerste twee stappen van het ex-ante onderzoek preventie jeugd. De beoogde vervolgstappen van het ex-ante onderzoek zijn:

Stap 3: Vertaling van de doelen in acties en indicatoren

Op basis van de kansen voor gezondheidswinst door preventie is de vervolgstap te kijken hoe te meten wat werkt samen in een interactief proces met alle sleutelpartners.

Stap 4: Vertaling in een actieprogramma

Samen met de sleutelpartners is het idee een actieprogramma te ontwikkelen, in een combinatie van verschillende instrumenten gekoppeld aan een onderzoeksprogrammering voor ex-durante en ex-post evaluatie.

Stap 3 en 4 vallen buiten dit onderzoek en rapportage, maar op basis van stap 1 en 2 geven de aanbevelingen wel richting voor een mogelijk vervolg.

2.2 Legitimatie VWS

Gezien de breedte van het thema preventie jeugd, hebben uiteenlopende landelijke en lokale partners een belangrijke rol ten aanzien van preventie jeugd. Daarbij komt dat nu de decentralisaties hebben plaatsgevonden en verantwoordelijkheden van het Rijk en de provincies zijn overgedragen naar gemeenten, is het niet vanzelfsprekend dat VWS een verantwoordelijkheid neemt in het formuleren van een preventieagenda Jeugd. Het is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de gemeenten (en hun partners) om invulling te geven aan preventie jeugd. Echter er lijken nu kansen te blijven liggen. Vanuit haar stelselverantwoordelijkheid en de (objectieve, wetenschappelijk bewezen) kansen die een grotere inzet op preventie biedt, beoogt VWS partners in beweging te brengen voor preventie.

Nu de gemeenten belangrijke stappen hebben gezet in de decentralisaties is er meer ruimte en prioriteit voor transformatie en daarmee een belangrijk momentum om het onderwerp preventie, zowel landelijk als lokaal, te agenderen. Recentelijk zijn er door het nieuwe kabinet enkele grote landelijke nieuwe programma's gelanceerd. Deze programma's dragen bij aan dit momentum. Er gebeurt al veel, maar er is nog maar beperkt sprake van een samenhangende agenda. Het ontbreekt aan een gezamenlijke maatschappelijke discours ten aanzien van preventie jeugd, die voldoende richtinggevend is voor alle partijen. Het is voor de verschillende partijen nog onvoldoende duidelijk welke verantwoordelijkheid zij hierin (kunnen) nemen.

De idee is dat VWS – vanuit haar rol als stelselverantwoordelijke – in gezamenlijkheid met andere partners een gezamenlijk maatschappelijk discours formuleert en daarnaast partijen ondersteunt om hierin hun verantwoordelijkheid te (kunnen) nemen. Daarbij is te allen tijde sprake van (lokaal) maatschappelijk eigenaarschap.

Er is gebleken dat preventie jeugd niet vanzelf van de grond komt. Dat heeft er ook mee te maken dat de effecten van preventie op de lange termijn plaatsvinden, en de financiële effecten – voor een deel – bij andere financiers vallen. Het is een traject van lange adem, waarbij verschillende grensvlakken tussen wetten worden overstegen en waarbij de kosten voor de cliënt voor de baat uitgaan. Waar het gaat om preventie jeugd zijn verschillende wetten van invloed:

- **Jeugdwet**
- **Wet Publieke Gezondheid**
- Wet maatschappelijke ondersteuning
- Zorgverzekeringswet
- Sectorwetten onderwijs.

Voor dit onderzoek kijken we in samenhang en over domeinen heen naar gezondheid en preventie jeugd.

3 Werkhypothese en beleidstheorie

We zijn ons in Nederland steeds meer bewust dat tijdens de (vroegste) jeugd de basis wordt gelegd voor de rest van het leven. Een gezonde emotionele ontwikkeling in de vroegste jeugd – en zelfs al de periode daarvoor – bepaalt mede de ontwikkeling van een kind en de gezondheid later in het leven. De sociale, mentale en fysieke uitdagingen en context van een kind hebben impact op het gehele verdere leven en hoe iemand op latere leeftijd omgaat met problemen.

Dit blijkt ook uit wetenschappelijk onderzoek, dat steeds vaker uitgaat van een levensloopbenadering (*life course approach*²). Factoren die gevolgen hebben voor de psychische en fysieke gezondheid, maar ook voor in hoeverre iemand op latere leeftijd meedoet in de maatschappij, worden al vroeg in het leven bepaald. Dit zijn vragen waar grote maatschappelijke kosten mee gepaard gaan. Door meer en (kwalitatief) beter aandacht te besteden aan de start, vertrouwen en positiviteit als basis, een veerkrachtige mentaliteit en de omgeving, zijn er meer kansen op optimale ontwikkeling en een goede gezondheid. Dit gaat verder dan problemen voorkomen of eerder aan te pakken, maar om een breed perspectief op gezondheid en preventie en het ontwikkelingspotentieel van nieuwe generaties.

Dit hoofdstuk werkt de onderliggende beleidstheorie van dit ex-ante onderzoek uit, aan de hand van het wettelijk vertrekpunt en operationaliseert de gezondste jeugd en wat dit vraagt.

3.1 Wettelijk vertrekpunt

Het ex-ante onderzoek vertrekt vanuit de opdracht en uitgangspunten van de Wet Publiek Gezondheid en de Jeugdwet. In deze wettelijke kaders zit de expliciet de opdracht om invulling te geven aan preventie jeugd.

Wet publieke gezondheid

- Definitie publieke gezondheidszorg: gezondheid beschermende en bevorderende maatregelen voor de bevolking.
- Preventie Jeugd in de WPG: collectieve preventie en uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
- Algemene taken publieke gezondheidszorg: bijdragen aan preventieprogramma's (incl. gezondheidsbevordering); geven van prenatale voorlichting ouders.

² 1Life course perspective or life course theory of developmental origins of health and disease (Steegers, 2014)

- Jeugdgezondheidszorg: Actief zorgen voor vaccinaties en volgen en signaleren van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren; vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen.

Jeugdwet

- Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden.
- Demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken.
- Eerder de juiste hulp op maat bieden om zo snel mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo effectief mogelijk (vroegsignalering, vroeginterventie) hulp te bieden met aandacht voor (kosten)effectiviteit.
- Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur.
- Meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden.

Gedeelde uitgangspunten uit beide wetten ten aanzien van preventie jeugd

Wanneer vanuit het perspectief van beide wetten wordt gekeken, gelden de volgende gedeelde uitgangspunten ten aanzien van preventie jeugd:

- **Doel:** Alle jeugdigen moeten gezond en veilig kunnen opgroeien en zich zo goed mogelijk ontwikkelen.
- **Maatschappelijke winst door preventie:** voorkomen van problemen en basis voor gezondheidsontwikkeling & leefstijl (intergenerationeel).
- **Kosteneffectiviteit:** substitutie.
- **Data:** volgen en signaleren van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren.
- **Focus:** Normaliseren, vroegsignalering, vroeginterventie, integrale hulp.

Betekenis voor de rol van gemeenten

Deze uitgangspunten hebben betekenis voor de rol van gemeenten. In de wettelijke kaders staat expliciet vermeld dat gemeenten een belangrijke verantwoordelijkheid hebben in het coördineren, vormgeven en uitvoeren van beleid ten aanzien van preventie jeugd. Zij zijn verantwoordelijk voor:

- Voorzien in toereikend aanbod.
- Beleidsplan voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg bij opgroei- en opvoedingsproblemen en psychische problemen en stoornissen
- Jeugdhulpplicht.
- De regie over de gehele jeugdketen en de afstemming met overige diensten op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen, sport en veiligheid.
- Versterking van het opvoedkundig klimaat in gezinnen, wijken, buurten, scholen en de kinderopvang.

In onderhavig onderzoek vormen de wettelijke kaders en de rol hierin van gemeenten een belangrijk vertrekpunt voor analyse en aanbevelingen.

3.2 Werkhypothese

Een gezonde jeugd maakt gezonde toekomstige generaties. Dit vraagt het vroegtijdig aanpakken van problemen binnen gezinnen en een brede inzet op gezondheid van kinderen, jongeren, ouders en naasten – met het netwerk en professionals om het gezin heen. Dit vraagt dat mensen met een brede integrale blik naar gezondheid kijken.

Op basis van een brede, positieve definitie van gezondheid³, kijkt dit onderzoek naar drie dimensies die centraal staan in het welbevinden en functioneren van kinderen en jongeren nu en in de toekomst:

- fysiek
- sociaal (inclusief sociaaleconomisch en financieel)
- mentaal.

Uit de positieve psychologie weten we dat deze factoren nauw samenhangen. Fysieke uitdagingen, mentale druk, onveilige hechting en slechte sociaaleconomische omstandigheden in de eerste levensfase kunnen impact hebben op de rest van het leven – uitend in lichamelijke en sociaal-emotionele problemen.

Het vertrekpunt van dit ex-ante onderzoek (de werkhypothese) is:

Naar de gezondste kinderen en jeugd ter wereld in 2040

Hierbij gaan we uit van een brede definitie van gezondheid en een gemiddelde positie in de internationale top vijf of zelfs top drie.

Een dergelijke werkhypothese geeft richting en een wenkend perspectief om preventie-inspanningen te richten. Door op deze manier een ambitie te formuleren wordt richting gegeven en gaat er een positieve werking vanuit.

Het streven van het ministerie van VWS is om vooral voort te bouwen op wat al gaande is. Dat geldt ook voor deze werkhypothese. Bij deze werkhypothese is voortgebouwd op de geformuleerde ambities van de samenwerkende gezondheidsfondsen in Nederland:

Versterken van de Gezonde Generatie

De 22 samenwerkende gezondheidsfondsen (SGF)⁴ hebben het meerjarenprogramma Gezonde Generatie in 2040 gelanceerd. Dat betekent dat de SGF in 2040 in de internationale top 3 willen staan wat betreft:

- Niet roken
- Sport en bewegen
- Gezond eten (fruit, weinig frisdrank, geen tot matig alcoholgebruik)
- Balans tussen in- en ontspannen (voldoende slapen en ontspannen)
- Veilig ontmoeten (gezond seksueel gedrag, niet pesten en gepest worden)

Leidend hierbij zijn:

- Een gezonde omgeving, die uitnodigt tot gezond gedrag
- Mentale weerbaarheid en een jeugd die is toegerust om gezonde keuzen te maken

Deze ambitie van de SGF heeft mede geleid tot de werkhypothese van dit onderzoek. Vanuit het meerjarenprogramma Gezonde Generatie werken de SGF aan de activatie van stakeholders, lobby vanuit een maatschappelijke agenda, communicatie en kennis en monitoring.

³ Op basis van de wetten (Jeugdwet en WPG) en de meest gangbare definities van een aantal kennisinstituten definieert het onderzoek gezondheid, jeugd en preventie. Zie bijlage 1.

⁴ Zie bijlage

3.3 Beleidstheorie

Een gezonde en gelukkige jeugd en het welbevinden van kinderen en jongeren heeft invloed op ontwikkelingen op latere leeftijd. Het bevorderen van de gezondste jeugd – en daarmee toekomstige generaties – gebeurt op fysiek, sociaal(-economisch) en mentaal gebied én op verschillende niveaus.

Hierbij kun je onderscheid maken tussen de volgende niveaus:

- activiteiten en interventies (throughput)
- resultaten en prestaties (output)
- effecten (outcome).

Tussen deze niveaus liggen (wetenschappelijk onderbouwde) (cor)relaties, die samen de beleidstheorie vormen onderliggend aan deze ex-ante evaluatie. Met het oog op preventie jeugd – en de gezondste jeugd in 2040 – is het belangrijk een expliciete relatie te leggen tussen activiteiten en interventies, resultaten en maatschappelijk effecten.

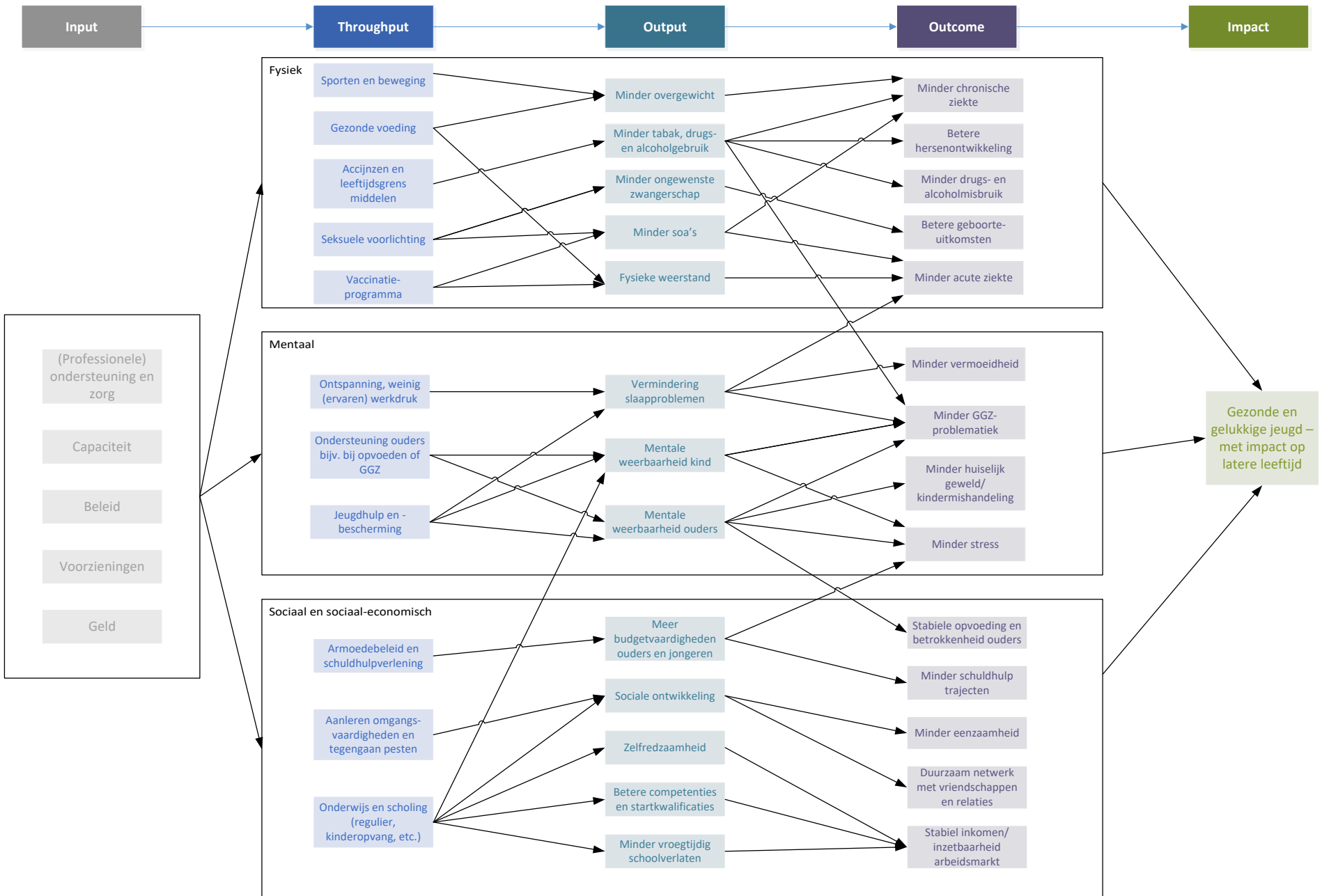
Met andere woorden: wat willen we bereiken (maatschappelijk effect), hoe wordt dat zichtbaar in de samenleving (resultaat) en welke acties en interventies dragen daaraan bij (relatie tussen activiteiten en interventies en resultaten).



Hierbij hanteren wij het eerdere onderscheid tussen fysieke, sociaal(-economische) en mentale indicatoren. Bepaalde indicatoren zijn onder meer categorieën te scharen, dus op basis van de onderliggende literatuur hebben wij hier keuzen in gemaakt. De beleidstheorie ondersteunt ook de selectie-indicatoren in de internationale verkenning.

Op de volgende pagina zijn deze relaties grafisch weergegeven en in de daaropvolgende paragrafen worden deze kort beschreven op basis van wetenschappelijke literatuur.

Andersson Elffers Felix



3.4 Maatschappelijke effecten (outcome)

In dit onderzoek hanteren we een brede definitie van gezondheid, waaronder heel veel maatschappelijke effecten vallen. Er zijn hiervoor veel verschillende gezondheidsindicatoren te hanteren. Op basis van literatuur en veel gehanteerde bronnen beschrijven wij onderstaand belangrijke maatschappelijke effecten preventie jeugd en het realiseren van gezondheidswinst. Deze effecten zijn niet uitputtend, maar geven een totaalbeeld van relevante variabelen bij de ambitie *een positieve impact op de gezondheid van de Nederlandse jeugd – en toekomstige generaties*. Vanzelfsprekend zijn er meer effecten mogelijk, maar de beschreven effecten komen het vaakst terug in literatuur of zijn het meest expliciet aangetoond in wetenschappelijk onderzoek.

Fysieke gezondheid

- minder chronische ziekten
- betere hersenontwikkeling
- minder drugs en alcoholmisbruik
- betere geboortekomsten
- minder acute ziekten of aandoeningen.

Mentale gezondheid

- minder vermoeidheid
- minder GGZ-problematiek
- minder huiselijk geweld/kindermishandeling
- minder stress.

Sociale en sociaaleconomische gezondheid

- stabiele opvoeding en betrokkenheid ouders
- minder schuldhulptrajecten
- minder eenzaamheid
- duurzaam netwerk met vriendschappen en relaties
- stabiel inkomen en inzetbaarheid arbeidsmarkt.

Bij het bijdragen aan bovenstaande maatschappelijke effecten, zullen naar verwachting ook andere en bijkomende maatschappelijke effecten behaald worden. Er valt bijvoorbeeld te denken aan een relatie tussen GGZ-problematiek en criminaliteit, of het effect van verlagen van chronische ziekten op de zorgkosten.

3.5 Activiteiten en resultaten (throughput en output)

Per outcome-variabele (zie 3.1) zijn op basis van de beknopte literatuurstudie activiteiten en resultaten geïnventariseerd die kunnen bijdragen aan deze maatschappelijke effecten. Ook deze inventarisatie pretendeert niet de volle breedte aan mogelijke activiteiten en resultaten weer te geven, maar wel een totaalbeeld van de thema's waarop kan worden geïntervenieerd en waar inspanningen op kunnen worden ingezet.

3.5.1 Fysieke gezondheid

Chronische ziekte kent veel mogelijke oorzaken. Er zijn talloze onderzoeken die aantonen dat **overgewicht, middelengebruik en soa's** tot een **chronische ziekte** kunnen leiden. Evidence-based interventies zijn lastig te vinden, maar interventies richten zich op twee

aspecten: gezond eten en beweging. **Sporten en bewegen** zijn activiteiten en interventies zoals het stimuleren van sportclubs, gym op school, stimuleren van buitenspelen en het reduceren van Tv-kijken en gamen. Op het gebied van **gezonde voeding** valt te denken aan minder gezoete dranken, veel groente en fruit en ontbijt.⁵

Wetenschappelijk bewezen interventies voor het verlagen van het **alcohol-, tabaks- en drugsgebruik** zijn onder andere het instellen van **accijnzen op middelen** en het **instellen en handhaven van een leeftijdsgrens**. Reclamerestricties blijken slechts een beperkt effect te hebben, voor voorlichting en educatie zijn zelfs geen gedragseffecten gevonden.⁶

Veel onderzoeken tonen het negatieve effect van **verslavende middelen** op de **hersenenontwikkeling** van embryo's (bij zwangerschap van moeder), baby's (bij borstvoeding door de moeder) en jongeren (wanneer zij zelf gebruiken) en de (positieve of negatieve) voorbeeldrol die ouders hierbij kunnen spelen. Gebruik van alcohol en drugs kunnen onder andere leiden tot vermindering van het aantal hersencellen en ernstige **GGZ-problematiek**.

Een belangrijke preventiemethode voor **acute ziekte** is het verhogen van **weerstand**. Door een gezond afweersysteem houdt het lichaam ziektes van buiten tegen. **Vaccinaties** dragen bij aan dit afweersysteem, evenals bijvoorbeeld **gezonde voeding**. Ook **soa's** zijn een vorm van acute en chronische ziekte. Sommige vaccinaties zijn specifiek hierop gericht, zoals bijv. voor Hepatitis B.

Om soa's te voorkomen kan ook gedacht worden aan voorlichting en het vergroten van kennis bij jongeren over seks en bijbehorende gevolgen zoals **ongewenste zwangerschap** en **soa's**. Het is lastig de langetermijneffecten van voorlichting te onderzoeken, maar bij één veelgebruikt lespakket werden effecten gevonden waarbij leerlingen achteraf meer kennis hebben, positiever tegenover condoom- en pilgebruik staan en de risico's van soa's reëler inschatten.⁷

3.5.2 Mentale gezondheid

Voor mentale gezondheid, geestelijke problematiek, vermoeidheid, overspannenheid en bijvoorbeeld stress zijn directe oorzaken vaak lastig aan te wijzen. Vaak is het een opeenstapeling van sociale factoren, sociaaleconomische factoren en bijvoorbeeld ervaren (werk en/of prestatie)druk vanuit school, de omgeving en/of ouders draagt hieraan bij. Dit kan ook leiden tot slaapproblemen. Veel televisie kijken en intensief computergebruik (waaronder gaming) kunnen ook bijdragen aan slaapproblemen,⁸ of een tekort aan slaap.⁹ Effecten van een slaapttekort zijn bijvoorbeeld slechter leren, meer stress, vermoeidheid, gezondheidsproblemen of zelfs depressie. Er is een breedte aan interventies die zich richt op

⁵ Een aantal veelbelovende interventies is onderzocht door Bulk-Bunschoten, Renders, van Leerdam en Hirasing (2005).

⁶ Kleinjan, M., Engels, R.C.M.E. (2010). Universele preventie van middelengebruik onder jongeren. *Kind en adolescent, jaargang 31 (4)*, p. 221-233

⁷ <https://www.soa aids.nl/nl/item/news-public-prof/lang-leve-de-liefde-het-best-beoordeelde-lespakket-voor-seksuele-vorming-op-scholen>

⁸ Dworak, M., Schierl, T., Bruns, T. & Strüder, H.K. (2007). Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performance of School-aged children. *Pediatrics, 120 (5)*.

⁹ Van den Bulck, J., (2004). Television viewing, computer game playing, and internet use and self reported time to bed and time out of bed in secondary school children. *Sleep, 27(1)*, 101-104.

de **mentale weerbaarheid van ouders en kinderen**. Hiervoor worden talloze instrumenten aangeboden, zowel gericht op de ouders (zoals **Opvoedhulp**- en ondersteuning en **geestelijke gezondheidszorg**) als op kinderen (denk aan jongerenwerk, **jeugdhulp en jeugdbescherming**). Het uitpluizen van de interventies en effecten daarvan is een studie op zich. Dit geldt ook voor preventie van bijvoorbeeld **kindermishandeling**. Van veel interventies zijn de effecten lastig meetbaar, in de eerste plaats omdat gezinnen over langere tijd gevolgd zouden moeten worden. De databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) bevat een veelheid aan interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond.¹⁰

Het langetermijneffect van stressvolle ervaringen in de kindertijd, zoals ernstige negatieve jeugdervaringen, loopt op individueel niveau sterk uiteen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat dit komt doordat sprake is van verschillende mate van stressgevoeligheid of differentiële ontvankelijkheid (Ellis and Boyce 2011, Boyce 2016). Dit houdt in dat bepaalde kinderen verhoogd gevoelig zijn voor de omstandigheden waarin zij opgroeien, zowel in positieve als in negatieve zin. De meest ontvankelijke kinderen hebben de slechtste gezondheidsuitkomsten onder slechte omstandigheden, maar de beste uitkomsten onder goede omstandigheden. Bij de minst ontvankelijke kinderen hebben omstandigheden relatief weinig invloed op de ontwikkeling: zij zijn weerbaarder onder slechte omstandigheden, maar hebben minder profijt van goede omstandigheden. Differentiële ontvankelijkheid beïnvloedt eveneens de effectiviteit van interventies gericht op opvoed- en psychosociale problematiek en cognitieve ontwikkeling: kinderen die ontvankelijk zijn reageren sterker op dergelijke interventies dan kinderen die niet-ontvankelijk zijn (Bakermans-Kranenburg and van IJzendoorn 2011, van IJzendoorn and Bakermans-Kranenburg 2015).¹¹

3.5.3 Sociale en sociaaleconomische gezondheid

Ook de omgeving waarin het kind of jongere opgroeit, zoals school, familie en het netwerk zijn belangrijk voor de ontwikkeling en gezondheid. Hierbij zijn een **stabiele opvoeding en betrokkenheid van de ouders** heel belangrijk. De sociaaleconomische situatie van een gezin draagt bij aan een stabiele situatie. Armoede of schulden hebben grote impact op de mogelijkheden van een gezin om mee te doen in de maatschappij en veel stress tot gevolg bij ouders en kinderen, wat weerslag heeft op de opvoeding en de ontwikkeling van kinderen. Dit geldt al tijdens de zwangerschap. Wanneer kinderen in armoede leven, kunnen zij in aanmerking komen voor interventies onder het **armoedebeleid** of **schuldhulpverlening**. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) geeft verschillende voorbeelden van effectieve interventies op dit terrein.¹²

Daarnaast is het **sociale netwerk** van het kind (naast de ouders) ook belangrijk. Een natuurlijke manier voor een kind om een netwerk op te bouwen zijn **school**, kinderopvang en buitenschoolse activiteiten. Kinderen en jongeren kunnen last hebben van **eenzaamheid**, bijvoorbeeld omdat zij **gepest** worden. Er is een breedte aan interventies voor kinderen en jongeren die zich specifiek hier op richten.¹³

¹⁰ <https://www.nji.nl/Kindermishandeling-Praktijk-Erkende-interventies>

¹¹ Dit is een onderwerp waar de Gezondheidsraad momenteel onderzoek naar doet. Rapport verschijnt mei 2018.

¹² <https://vng.nl/onderwerpenindex/werk-en-inkomen/armoedebeleid-en-schuldhulpverlening>

¹³ <https://www.nji.nl/Pesten-Praktijk-Erkende-interventies>

Scholing draagt ook bij aan de **zelfredzaamheid** van kinderen en het verkrijgen van meer **competenties en startkwalificaties**. Met behulp van het sociale netwerk, kennis en de juiste diploma's is de kans op een **stabiel inkomen** ook groter.

4 Internationale verkenning

Op basis van internationaal beschikbare indicatoren is een internationale verkenning gedaan. Hierbij is gebruikgemaakt van al beschikbare internationale en Europese data (output-indicatoren), die bij dragen aan de in kaart gebrachte effecten (outcome-indicatoren). In deze internationale verkenning preventie jeugd staat de vraag centraal hoe de Nederlandse jeugd het in vergelijking met andere landen doet. Hiervoor zijn interessante voorbeelden en interventies uit het buitenland beschreven. Bijkomende vraag is wat Nederland kan leren van het buitenland over hiaten en kansen in het eigen beleid. Ook hier gaan we uit van de werkhypothese *‘Naar de gezondste kinderen en jeugd ter wereld in 2040.*¹⁴ De verkenning is getoetst bij de kennisinstututen (waaronder TNO) en aan de internationale verkenning van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen. De SGF hebben ook een internationale verkenning uitgevoerd, die een complementaire focus heeft aan deze internationale verkenning.

Dit beeld is geen wetenschappelijke verkenning waar directe conclusies aan kunnen worden verbonden, maar dient als onderbouwing van een mogelijk wenkend perspectief op het gebied van preventie jeugd. Deze verkenning geeft daarmee een eerste en mogelijke richting voor wat (extra) kan worden versterkt, wanneer wordt ingezet op brede gezondheid van kinderen en jongeren – en daarmee toekomstige generaties. In bijlage 2 is de aanpak beschreven.

4.1 De gezondste jeugd?

In Nederland hebben we de gelukkigste jeugd, wordt vaak gezegd. Verschillende internationale verkenningen kijken naar het geluk van kinderen, op basis van verschillende factoren. In onderzoek van UNICEF naar het welzijn van kinderen en jongeren staat Nederland op de 1^e plaats. In de 29 meest ontwikkelde landen deed Unicef onderzoek naar materiële rijkdom, gezondheid en veiligheid, onderwijs, gedrag en huisvesting van kinderen en jongeren. Kinderen in Nederland voelen zich erg gelukkig en hebben veel betere relaties met hun ouders en broers en zussen dan kinderen in andere ontwikkelde landen. Na de Nederlandse kinderen komen hun Zweedse en Finse leeftijdgenoten op de tweede en derde plaats. Noorwegen en IJsland maken de top vijf compleet. De Verenigde Staten, Litouwen, Letland en Roemenië sluiten de lijst. 95 procent van de Nederlandse kinderen gaf aan tevreden te zijn over hun leven. Nederland scoort het beste van alle landen op het gebied van materieel welzijn, onderwijs en gedrag. Ons land neemt in dit onderzoek de vierde plaats in waar het gaat om huisvesting en een vijfde plek wat betreft gezondheid en veiligheid. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd in

¹⁴ Ook de Samenwerkende Gezondheidsfondsen hebben een internationale verkenning uitgevoerd. Deze verkenningen zijn langs elkaar gelegd.

Andersson Elffers Felix

42 landen. Ook uit dit onderzoek komt naar voren dat Nederlandse kinderen tot de gelukkigste ter wereld behoren. Daaruit blijkt dat 15-jarige kinderen uit Armenië het gelukkigst zijn, gevolgd door Moldavië en Albanië. Nederland staat op nummer 4. Voor dit onderzoek is gevraagd naar de ervaringen van ongeveer 220.000 kinderen en jongeren. Daarnaast voert het RIVM in samenwerking met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) de Verkenning Jeugdgezondheid uit. Tachtig tot negentig procent van de kinderen en jongeren in Nederland voelt zich gezond. In vergelijking met andere Europese landen of de Verenigde Staten staat de Nederlandse jeugd in de top drie van landen met de beste (ervaren) gezondheid.

Maar hebben we ook de gezondste jeugd wanneer we kijken vanuit een bredere definitie van gezondheid naar fysieke, sociale en sociaaleconomische en mentale indicatoren? Hoe staat Nederland ervoor op het gebied van preventie jeugd? In onderstaande plot is weergegeven welke positie Nederland internationaal inneemt ten aanzien van fysieke, sociaal (en sociaaleconomische) en mentale indicatoren, ter inkleuring van het wenkend perspectief van het toewerken naar de gezondste jeugd.



	40 to 50	30 to 40	20 to 30	10 to 20	5 to 10	0 to 5
Physical Indicators						
Physical activity participation (two hours a week)						1
Daily vegetable consumption						5
Active Play Among Kids						1
Active transportation among kids						1
Overweight and obesity						4
First alcohol use (at age 13 or younger)				19		
Smoke (at least once a week)				18		
Average of physical indicators					7	
Social Indicators						
Feeling high family support				14		
Primary School Enrolment(4-year-olds in Europe)					10	
Children living in relatively poverty				14		
Early leavers from education and training						1
Youth unemployment/uneducation rate						1
Average of social indicators					8	
Mental Indicators						
Feeling pressured by schoolwork						1
Been bullied at school (at least two times a month)				11		
difficulties getting to sleep (more than once a week)		38				
Feeling low (at least once a week)				11		
Suicides (among 15 to 19 year-olds)				11		
Child abuse				12		
Average of mental indicators				14		
Rank						

Plot: Ranking van Nederland in de top 50 best presterende landen ten aanzien van preventie jeugd, op basis van fysieke, sociale (en sociaaleconomische) en mentale indicatoren op basis van een combinatie van beschikbare internationale gegevens.

4.2 Duiding indicatoren

Op basis van de brede definitie van gezondheid en de beleidstheorie zoals die is beschreven in het vorige hoofdstuk, kijkt deze internationale verkenning naar de fysieke, sociale en mentale dimensie, centraal in welbevinden en functioneren van kinderen en jongeren nu en in de toekomst. Deze fysieke, sociaaleconomische en psychosociale kenmerken-indicatoren zijn geselecteerd op basis van een integraal perspectief op de groei en ontwikkeling van de jeugd – en daarmee gezondheid van kinderen en jongeren en toekomstige generaties. Hierbij gaan we ervan uit dat fysieke gezondheidskenmerken, sociaal(economische) kenmerken en psychosociale kenmerken doorslaggevend zijn voor de gezondheid en het welbevinden van kinderen en jongeren, met consequenties voor later in het leven.

De internationale verkenning is tot stand gekomen op basis van een combinatie van bestaande onderzoeken. De data zijn gebaseerd op verschillende samples van landen, binnen Europa, binnen de meest ontwikkelde landen en wereldwijd. De methode, gebruikte onderzoeken en deze samenstelling van landen zijn beschreven in de bijlage.

De belangrijkste bron hierbij is de Health Behaviour in School-Aged Children survey (HBSC) van de WHO. In 2016 is het laatste internationale WHO/HBSC-rapport verschenen over de gezondheid en het welzijn van jongeren uit Europa en Noord-Amerika. Het SCP, Universiteit Utrecht en het Trimbos-instituut werkten vanaf 2013 mee aan de dataverzameling in Nederland, gefinancierd door het ministerie van VWS.

4.2.1 Fysiek



Voor de verkenning zijn de volgende fysieke indicatoren gewogen:

- physical activity participation (two hours a week)¹⁵
- daily vegetable consumption
- active Play Among Kids¹⁶
- active transportation among kids¹⁷
- overweight and obesity
- first alcohol use (at age 13 or younger)
- smoke (at least once a week).

Deze fysieke indicatoren geven een beeld van de gezondheid van Nederlandse jongeren omdat bewegen, actief zijn en gezonde eetpatronen positief uitwerken op de gezondheid van jongeren en gezondheidsproblemen (later) in het leven kunnen voorkomen. Overgewicht, alcohol en roken hebben juist een negatieve impact op gezondheid (later).

Fysiek zijn de Nederlandse kinderen en jongeren relatief gezond – en voelen ze zich gezond. Nederland staat op de 1^e plek als het gaat om 2 uur bewegen. Wanneer uit wordt gegaan van een zwaardere norm van sporten en bewegen van meer uur en vaker bewegen, staat Nederland niet meer op de eerste plek. De rol van de Nederlandse publieke gezondheid en de hoge vaccinatiegraad worden in veel onderzoeken genoemd als positief. De gezondheid van jongeren (0-19 jaar) is niet wezenlijk veranderd vergeleken met tien jaar geleden, maar voor specifieke gezondheidsproblemen is het beeld wel veranderd.

¹⁵ WHO measures this indicator for 11, 13, and 15 year olds. Because the results for each group are quite close, 13-year-olds are chosen.

¹⁶ Active Healthy Kids ranks 38 countries of 6 continents based on report cards

¹⁷ Active Healthy Kids ranks 38 countries of 6 continents based on report cards

Nederlandse jeugd staat op de 5^e plek van het meeste groente eten, op de 33^e waar het gaat om fruit. Ook wordt er relatief veel frisdrank gedronken. Op het gebied van overgewicht scoort Nederland redelijk. Het aantal kinderen met overgewicht is de laatste jaren gestabiliseerd, maar blijft met 13% hoog. Een opvallend punt uit de WHO/HBSC rapportage is het verschil tussen de feitelijke body mass index (BMI) en het zelfbeeld van de Nederlandse jongeren, dat gemiddeld slechter is dan het feitelijke overgewicht.

Uit WHO/HBSC-rapport is op te maken dat roken (van 24% naar 18%), drinken (van 58% naar 43%) en blowen onder zowel Nederlandse als andere Europese jongeren in 2013 aanzienlijk minder voorkomt dan in 2009. In slechts vier Europese landen ligt dat percentage lager. Het aantal opnamen op de spoedeisende hulpafdeling vanwege extreem drankgebruik is echter juist toegenomen (stijging van 65%).

Vroeger was buitenspelen heel gewoon, tegenwoordig is het niet meer vanzelfsprekend. Een op de vijf kinderen speelt niet of één keer per week vrij buiten. 80 procent van de kinderen beweegt onvoldoende. Tegelijkertijd kijken kinderen in Nederland vergeleken met de andere landen in de HBSC relatief weinig televisie. Het sociale mediagebruik is wel toegenomen; bij 4% van de jongeren is sprake van problematisch internetgebruik (HBSC, 2016).

4.2.2 Sociaal en sociaaleconomisch



Voor de verkenning zijn de volgende indicatoren gewogen:

- feeling high family support
- primary School Enrolment(4-year-olds in Europe)
- children living in relatively poverty
- early leavers from education and training
- youth unemployment/uneducation rate.

Deze sociaal(economische) indicatoren geven een beeld van de gezondheid van Nederlandse jongeren omdat steun van familie en school(prestaties) maken dat kinderen zich (beter) ontwikkelen en redden in de maatschappij en op de arbeidsmarkt.

Sociaal en sociaaleconomisch – en qua financiële situatie en financiële vaardigheden – doen de Nederlandse kinderen het jongeren het redelijk, vergeleken met andere landen. Het WHO/HBSC rapport maakt inzichtelijk dat er in Europa sprake is van sociale ongelijkheid in gezondheid en geluk. Dat geldt ook voor Nederland. Jongeren uit minder welvarende gezinnen hebben te maken met minder sociale steun van ouders, ze zijn minder tevreden over hun leven, worden vaker gepest en hebben vaker overgewicht.

Vergeleken met het vorige HBSC-onderzoek in 2009 blijken iets minder Nederlandse jongeren positief over de communicatie met de ouders. In het verleden gaf de 15-jarige Nederlandse jongere aan dat hij als geen andere Europeaan goed kon communiceren met vader en moeder. De 15-jarige Nederlander is qua ‘makkelijk praten met moeder en vader’ niet langer koploper. Nederland staat op de 16^e plek waar het gaat over het percentage gescheiden ouders.

Over de relatie met vrienden en klasgenoten zijn Nederlandse jongeren heel positief. Die relatie blijkt zelfs nergens beter dan in Nederland. Op de middelbare school worden minder kinderen vaak gepest (van 10% naar 6%) (HBSC, 2016).

4.2.3 Mentaal



Voor de verkenning zijn de volgende indicatoren gewogen:

- feeling pressured by schoolwork
- been bullied at school (at least two times a month)
- difficulties getting to sleep (more than once a week)
- feeling low (at least once a week)
- suicides (among 15 to 19 year-olds)
- child abuse.

Deze psychosociale indicatoren geven een beeld van de gezondheid van Nederlandse jongeren omdat het welbevinden van kinderen en jongeren maakt hoe kinderen zich (later) in het leven redden. In internationaal onderzoek wordt steeds meer aandacht besteed aan de mentale staat van kinderen en jongeren – en hun welbevinden. Hoe jongeren in hun vel zitten is van groot belang voor hun dagelijks leven, maar ook voor hun toekomst. Het gaat om zelfvertrouwen en veerkracht om uitdagingen het hoofd te bieden.

Mentale druk op Nederlandse kinderen en jongeren neemt toe naarmate ze ouder worden. Onder 11-jarigen staat Nederland op nummer 1 voor kinderen die aangeven dat ze geen druk ervaren van hun schoolwerk. Wanneer jongeren 15 zijn, ervaren ze meer druk en staat Nederland op de 11^e plaats. Druk op kinderen neemt in de overgang van de basis- naar de middelbare school dus aanzienlijk toe, onder meer door huiswerk. De balans tussen inspanssen en ontspanssen verschuift dus met de jaren.

Ten slotte vormt de groeiende groep zeer vroeg geboren kinderen een kwetsbare groep met (chronische) gezondheidsrisico's (verkenning Jeugdgezondheid RIVM en NCJ).

27 procent van de kinderen en jongeren van 11, 13 en 15 geeft aan problemen te hebben met in slaap komen. Nederland staat daarmee op de 38^e plaats van de 42 landen waar dit is gemeten. In slaap kunnen komen is een belangrijke indicator van mentaal welbevinden.

Er is weinig internationaal vergelijkend onderzoek gedaan naar het aantal jongeren met psychische problemen. Dit komt door verschillen in GGZ-structuren en diagnoses. Wel is er in een onderzoek naar Europese landen gevonden dat gemiddeld 12,8% van de jongeren waarschijnlijk minstens één mentale aandoening heeft. Nederland was binnen dit onderzoek het land met het op 3 na hoogste percentage: 11,9%. Ander onderzoek heeft aangetoond dat 1 op de 5 kinderen en jongeren in Europa ontwikkelings-, emotionele of gedragsproblematiek heeft, en 1 op de 8 een klinisch gediagnostiseerde mentale aandoening.

Op het gebied van kindermishandeling is geen internationaal vergelijkend onderzoek gedaan. Dit komt door (culturele) verschillen in de opvatting van kindermishandeling en de complexiteit in het rapporteren en meten. Wel is er een rapport van UNICEF dat voor een aantal landen een poging heeft gedaan om data te verzamelen. Dit rapport stelt dat wereldwijd 3 op de 4 kinderen van 2 tot 4 jaar regelmatig op gewelddadige wijze door hun verzorgers wordt gestraft, ook leeft 1 op de 4 kinderen onder de 5 jaar met een moeder die slachtoffer is van mishandeling door hun partner.¹⁸

Er zijn ook weinig internationaal vergelijkbare cijfers over het aantal kinderen dat gebruikmaakt van jeugdhulp. Dit komt deels door verschillen in het gebruik van de

¹⁸ Er is gekozen om de in de kwantitatieve index te kijken naar de vergelijking tussen het aantal jongeren dat sterft door 'intentional injuries'.

terminologie. Bij een aantal Europese landen valt onder het woord van ‘jeugdzorg’ alle typen hulp voor de jeugd, dit gaat van kinderopvang tot kindbescherming. Uit de wel beschikbare cijfers blijkt dat in de onderzochte landen (inclusief Nederland) 1 tot 2 procent van de kinderen opgroeit in een pleeggezin. Ook geldt voor de meeste landen dat het beroep op jeugdzorg toeneemt, vooral als het gaat om uithuisplaatsingen.

4.3 Inspiratie vanuit het buitenland op het gebied van preventie

Er zijn geen internationaal of Europees raamwerk of standaarden waar het gaat om effectief, preventief jeugdbeleid. Tegelijkertijd zien we dat er steeds meer consensus ontstaat rondom principes voor jeugdbeleid – en het belang van preventie. De internationale 1998 Lisbon Declaration on Youth Policies and Programmes en het Eerste Global Forum in Youth Policies in 2014 hebben hieraan bijgedragen. Rode draden in effectief preventief jeugdbeleid zijn participatie, integraliteit, evidence based, gemonitord, met grote betrokkenheid van professionalisering en aandacht voor kennisdeling.

Onderstaand interessante voorbeelden van preventie-inspanningen op het gebied van jeugd.

Een nationaal programma voor risicojongeren, Israël

In Israël is een Nationaal Programma voor Kinderen en Jongeren gelanceerd voor risicojeugd. Zes ministeries hebben hun krachten gebundeld om te werken aan een integrale benadering voor kinderen en jongeren en hun families in risicogroepen. Het ministerie van Sociale Zaken is hierbij leidend, het ministerie van Onderwijs voert het programma uit op lokaal niveau en de ministeries van Volksgezondheid, Immigratie, Veiligheid en Economische zaken zijn actieve partners. Het programma is erop gericht om de omstandigheden voor risicojeugd te verbeteren wanneer zij zich in kwetsbare positie bevinden op het gebied van fysieke ontwikkeling en gezondheid, gezinsomstandigheden, leren en vaardigheden, mentaal welbevinden, sociale deelname en risicovol gedrag. Het programma biedt ondersteuning en financiering voor lokale gemeenschapso oplossingen en lokale interventies. Het programma kent een ondersteunende informatie infrastructuur waarmee deelnemende gemeenten kennis en informatie kunnen delen. 170 gemeenten, samenwerkende gemeenten of wijken doen mee aan het programma. De deelnemers zijn gekozen op basis van sociaaleconomische indicatoren.

1001 days movement & New Parent Support, United Kingdom

In Groot-Brittannië ondersteunt de vrijwilligersorganisatie National Childbirth Trust (NCT) ouders op het gebied van zwangerschap, geboortes en ouderschap. Het NCT ondersteunt ouders door middel van cursussen voor en na de geboorte van het kind. Het NCT levert op onderzoek gebaseerde informatie en begeleiding op het gebied van gezondheids-, sociale zekerheid- en onderwijsproblematiek. Meer dan 100.000 ouderen per jaar maken gebruik van deze cursussen. Een van de initiatieven van het NCT richt zich op de eerste 1.000 dagen van het ouderschap. In 60 jaar is NCT uitgegroeid tot een organisatie met 15.000 vrijwilligers, verspreid over meer dan 300 locaties. Het NCT werkt ook samen met verschillende partners in het bedrijfsleven gericht op een gezonde omgeving en bewustwording. De meeste van deze partners zijn van zichzelf gericht op ouderen en baby's (bijvoorbeeld Pampers), enkele anderen niet (Starbucks).

Een holistische benadering met het oog op justitie, Schotland

Schotland heeft een nationaal strategieplan om overtredingen door de Schotse jeugd te voorkomen. Centraal in dit plan staat de zogenaamde ‘whole system approach’ (WSA) dat sinds 2008 wordt toegepast en tussentijds is geëvalueerd. De WSA richt zich op een

gestroomlijnde en consistente planning, beoordeling en beslisprocessen voor jonge mensen die de fout in gaan, zodat ze de juiste hulp op de juiste tijd krijgen. De samenwerking met verschillende organisaties en hun gezamenlijke verantwoordelijkheid staat centraal. Om verbeteringen te waarborgen is op nationaal niveau een “Youth Justice Improvement Board” (YJIB) opgericht. Verdeeld over drie thema’s komen 20 verschillende organisaties samen. Betrokken organisaties zoals de Schotse politie stroomlijnen hun eigen strategieën op de nationale aanpak. Lokaal worden er ‘Local Community Justice Outcome Improvement Plans’ gemaakt zodat er ook lokale afstemming plaatsvindt. In de afgelopen 10 jaar is het aantal jonge mensen dat vervolgd wordt door de Schotse rechtbank met 78% verminderd. Het aantal kinderen dat naar de ‘Children’s Reporter’ wordt gestuurd vanwege een misdrijf is met 83% verlaagd. Ten slotte is het aantal 16- en 17-jarigen dat in hechtenis wordt gehouden met 64% procent gedaald.

Ban op alcohol en roken, IJsland

In IJsland financiert de overheid het programma Project Self-Discovery. Dit programma is opgestart naar aanleiding van een studie over de achterliggende redenen voor het gebruik van drugs en alcohol en alarmerende onderzoeksresultaten over het huidige gebruik van drugs en alcohol onder jongeren. Het programma biedt jongeren een alternatief voor drugs en criminaliteit door het aanbieden van ‘natural highs’ – gezondere ervaringen. Op basis van de onderzoeksresultaten werd een nieuw nationaal plan onder de noemer ‘Youth in Iceland’ geïntroduceerd. Wetten werden veranderd waardoor het illegaal werd om tabak te kopen door jongeren onder de 18 en alcohol te kopen door jongeren onder de 20. Advertenties voor tabak en alcohol werden verboden. Ouderorganisaties, schoolraden en ouder-vertegenwoordiging werden verplicht in elke school en ten slotte werd een avondklok ingesteld tot hoe laat kinderen naar buiten mochten. De staat werkte samen met de parapluorganisatie van ouderorganisaties: ‘Thuis en School’, en introduceerde verschillende ondersteunende maatregelen ten behoeve van het stimuleren van kinderen in takken zoals sport, muziek, dans en kunst. Het alcohol, cannabis en sigaretgebruik onder jongeren in IJsland is in de afgelopen 20 jaar dan ook drastisch gedaald.

Chile Crece Contigo’: 10 years on

In Chili is een inter-ministeriële commissie opgezet tussen het ministerie van Sociale Ontwikkeling en de ondersecretaris voor het departement Kinderjaren. Samen beheren zij het *Chili Crece Contigo* (Chili Groeit Met Jou) systeem. Dit systeem richt zich op de bescherming van de rechten van kinderen. Het is beleid dat zich richt op systematisch samenwerking in verschillende sectoren. Krachten worden gebundeld om nieuwe programma’s te creëren en netwerken van lokale gemeenschappen op te zetten. Als gevolg daarvan zijn in de afgelopen 10 jaar bijna 2 miljoen zwangere moeders onderdeel geweest van het ouderlijke monitor-schema. Hiernaast is er voor de jongens en meisjes een onafhankelijke organisatie die als waakhond optreedt om te verzekeren dat de rechten van kinderen worden gerespecteerd, gepromoot en beschermd door de staat.

Jeugdbeleid op het gebied van sport en vrije tijd, Moldavië

In Moldavië is er een integraal sportbeleid ontwikkeld, zodat jeugdwerkers talentvolle of gemotiveerde jongeren expliciet prikkelen in hun brede of persoonlijke ontwikkeling. De benadering richt zich niet alleen op het doen van de sportactiviteit zelf, maar ook op het agenderen van bijvoorbeeld duurzaamheidsthema’s of ideeën over het zinvol invullen van hun vrije tijd. Hiermee beoogt de Moldavische overheid niet alleen bewegen te stimuleren, maar ook de capaciteit van jongeren om deel te nemen aan het maatschappelijk leven.

Family Foundations, Verenigde Staten

Het programma Family Foundations in de Verenigde Staten ondersteunt stellen bij het onderhouden van sterke familiebanden en stress terug te brengen om gezonde, stabiele kinderen op te voeden. Family Foundations doet dit door evidence based materialen te ontwikkelen, waarmee families ondersteund worden. De Nederlandse Ouder Kind Teams zijn mede gebaseerd op dit model.

De Verenigde Staten hebben een ondersteunend digitaal kennisplatform voor het uitwisselen van effectieve interventies – specifiek op mentaal en preventief vlak. Er is een vergelijkbaar platform voor kindermishandeling.

Preventie taskforce, overgewicht bij jongeren onder meer als opgave, Canada

Canada heeft een landelijke preventie taskforce voor gezondheid ingericht. De taskforce ontwikkelt praktische richtlijnen om professionals houvast te geven in preventief werken. De taskforce monitort wetenschappelijke ontwikkelingen en draagt richtlijnen uit. Een van de specifieke thema's is bijvoorbeeld overgewicht bij jongeren. De taskforce probeert expliciet bewoners te betrekken en in te zetten op e-learning.

Lokaal organiseren van jeugdhulp, Denemarken

Denemarken heeft preventieve steun en jeugdhulp vooral lokaal georganiseerd. Denemarken kende in 2007 een gemeentelijke herindeling, in 2011 een wijziging van de focus van het jeugdbeleid en in 2012 een aanscherping van de regels voor passend onderwijs. In het Deense jeugdbeleid - *ungdomspolitik* - zijn de 98 gemeenten verantwoordelijk voor alle jeugdbeleid en jeugdhulp - van aanbod tot besluit en uitvoering. Denemarken maakt op lokaal niveau onderscheid tussen algemene voorzieningen, zoals onderwijs, kinderopvang en jeugdgezondheidszorg, en voorzieningen voor kinderen in risicosituaties. Scholen maken deel uit van beide soorten voorzieningen, want het onderwijs speelt een belangrijke rol in het bieden van ondersteuning aan kinderen en ouders. Gemeenten zijn verplicht om een integraal jeugdbeleid op te stellen dat continuïteit tussen algemene en specifieke voorzieningen waarborgt. Deense gemeenten zijn verantwoordelijk voor alle jeugdvoorzieningen, dus ook voor kinderopvang en scholen. Er zijn geen schoolbesturen; schoolleiders leggen verantwoording af aan de gemeente. De verbinding tussen algemene en specifieke voorzieningen is dus cruciaal in het Deense systeem. Sommige voorzieningen, zoals intramurale psychiatrische zorg en gespecialiseerde instellingen voor lichamelijk gehandicapte kinderen, zijn bovenregionaal georganiseerd.

Sport op onderwijs binnen scholen, China

Sinds 2012 stimuleert de Chinese overheid meer sport op scholen. Beleid richt zich op hogere salarissen voor sportleraren, het stimuleren van bewegingsonderwijs door gepensioneerde atleten en het stimuleren van naschoolse bewegingsactiviteiten. Daarnaast is er meer controle op één uur bewegingsonderwijs per dag op scholen. Scholen moeten jaarlijks de gezondheid van kinderen controleren. Daarbij hebben gemeentes en provincies de opdracht en ondersteuning om meer sportfaciliteiten te creëren.

1000 days movement, Australië

First 1000 Days Australia is een uitwerking van de internationale '1000 Days beweging'. Het richt zich op het voorzien van een gecoördineerde en omvangrijke strategie om Aboriginal en "Torres Strait Islander" families te ondersteunen. De ondersteuning is gericht op hulp voor ouders en kinderen vanaf de zwangerschap tot kinderen van een leeftijd van 2 jaar. Om tot gerichte interventies te komen wordt er nauw samengewerkt tussen oudsten van de Aboriginal en "Torres Strait Islander" gemeenschappen, onderzoekers, beleidsmedewerkers, gezondheidscentra en andere lokale organisaties. Het werk wordt begeleid door de 'first 1000 days Australia Council' om te waarborgen dat interventies toepasbaar zijn in de culturele

context. Oudsten van de Aboriginal en “Torres Strait Islander” zijn daarom goed vertegenwoordigd in deze raad. Daarnaast is er een onderzoeksadviesgroep die onderzoek doet zodat interventies wetenschappelijk gefundeerd zijn. In deze onderzoeksadviesgroep werken onderzoekers van verschillende universiteiten in Australië samen.

Impuls voor integraal beleid voor de vroegste start, Zwitserland

In Zwitserland zetten twee private partijen de Jacobs Foundation en de Roger Federer Foundation in op een programma voor vroege kindontwikkeling- onder de noemer van childhood education and care (ECEC). Een van de initiatieven is Primokiz. In 80 gemeenten en regio's zet dit programma in op het creëren van netwerken tussen onderwijs, sociale ondersteuning en gezondheidszorg. Het programma ondersteunt het ontwikkelen van een integraal beleid voor de vroegste start, het jonge kind en hun gezin. Hiervoor heeft een ondersteunende partij een methode en handleiding voor ontwikkeld, gericht op probleemanalyse en besluitvorming.

Omgang met mentaal welbevinden, Finland

In Finland wordt op een bijzondere manier omgegaan met mentaal welbevinden, doordat het heel normaal is voor te lichten over en aandacht te besteden aan mentale gezondheid en gezondheidsbevordering. De focus ligt dus niet op psychische problematiek, maar dit waar mogelijk te voorkomen door voorlichting. Stimuleren van mentale gezondheid is een van de centrale doelstellingen in jongerenwerk en onderwijs, door het onderwijzen en trainen van mentale gezondheidsvaardigheden, sociale vaardigheden en persoonsvorming bij kinderen en jongeren. Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar doordat in de opleiding van leraren en jongerenwerkers expliciet veel aandacht wordt besteed aan mentaal welbevinden, mede aan de hand van een handboek ‘Mental Health Power’ met concrete inzichten en handvatten hoe dit te doen.

Vergelijk preventief jeugdbeleid en jeugdgezondheidszorg in 11 Europese landen

De European Union for School and University Health and Medicine (EUSUHM) heeft een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar preventieve jeugdhulp in 11 Europese landen. Nederland valt naast België en Finland op door een systeem dat uitwisseling bij complexe vragen van een gezin tussen school en zorg permitteert. Tegelijkertijd wordt zichtbaar dat Nederland, Duitsland en Zwitserland gekenmerkt worden door verschillende financieringsstromen waar het om preventie jeugd gaat, wat samenhangende preventie-inspanningen ook kan belemmeren.

4.4 Conclusies internationale verkenning

Het ex-ante onderzoek preventie Jeugd redeneert vanuit de werkhypothese *naar de gezondste jeugd ter wereld in 2040*. Vanuit die werkhypothese geredeneerd komen de volgende beelden naar voren:

- Nederland scoort in vergelijking met andere landen goed op fysieke indicatoren die een relatie hebben met preventie jeugd – en behoort daarmee tot de landen met de gezondste jeugd.
- Wanneer het gaat om het (vroeg en regelmatig) gebruiken van alcohol of roken, geeft de internationale verkenning het beeld dat hier ruimte voor verbetering is. (Dit eerste beeld ondersteunt de eerste focus van de preventieakkoorden.)
- Op het gebied van sociale indicatoren doet Nederland het goed, maar om toe te werken naar de gezondste jeugd geeft de verkenning perspectief op verbetering. Dit geldt specifiek voor kinderen in armoede en voor ouderschap.

- Op het gebied van mentale indicatoren is ook ruimte voor verbetering met het perspectief op de gezondste jeugd in 2040. Nederland doet het goed qua ervaren druk op school, maar we zien dat de druk toeneemt naarmate kinderen ouder worden. Op het gebied van moeilijkheden om in slaap te komen – een belangrijke indicator van mentaal welbevinden – doet Nederland het relatief minder. Ook op het gebied van andere mentale indicatoren is ruimte voor verbetering wanneer wordt gewerkt aan de gezondste jeugd.

Betekenis voor de Nederlandse context

Op basis van de internationale verkenning, betekent dit mogelijk voor Nederland:

- **Fysiek:** De inzichten ten aanzien van kindermishandeling, roken en (overmatig) alcoholgebruik ondersteunen de keuzen in het Preventieakkoord.
- **Sociaal en sociaaleconomisch:** Sociaaleconomisch is voor een groep kinderen en jongeren die in (relatieve) armoede leven – met consequenties voor hun gezondheid – ruimte voor verbetering. Preventie-inspanningen zouden hier meer op gericht kunnen worden.
- **Mentaal:** Mentale druk op kinderen en jongeren neemt in Nederland toe, ook in vergelijking met andere landen – dit komt onder meer voort uit schoolwerk, toenemende druk vanuit social media en veranderende relaties met ouders. Een landelijke preventie agenda jeugd kan (meer)aandacht vragen voor de mentale gezondheid van Nederlandse kinderen en jongen.

Deze conclusies geven een vergelijkbaar beeld met de internationale verkenning van de SGF. De fondsen hanteren andere normen, waardoor onderhavige verkenning een wat positiever beeld geeft.

Wat kunnen we leren van andere landen?

Uit de voorbeelden rondom preventie jeugd uit andere landen komen de volgende interessante accenten naar voren, waar Nederland mogelijk van kan leren of inspiratie uit kan putten:

- **Landelijke preventieprogramma's** preventie jeugd of zelfs een taskforce, die bijdragen aan bewustwording en initiatief faciliteren (of financieel ondersteunen in de doorontwikkeling).
- **Kiezen voor specifieke thema's**, prioriteiten, doelgroepen of leeftijdsfasen, om preventie-inspanningen jeugd richting te geven en partijen te helpen bij het richten van hun inzet.
- **Aandacht voor bewustwording**, specifiek onder professionals en het bieden van handvatten van deze professionals.

5 Kansen en opgaven preventie jeugd

Dit hoofdstuk van de ex-ante evaluatie schetst de belangrijkste thema's en gesignaleerde kansen rondom preventie jeugd. Op basis van een brede gespreksronde geeft dit hoofdstuk een beeld van hoe belangrijke spelers aankijken tegen gezondheid en preventie jeugd. Belangrijke landelijke partners zijn bevraagd op welke gebieden en thema's volgens hen potentieel het grootste positieve gezondheidseffect te behalen is en daarom onderdeel uit moeten maken van een mogelijke preventieagenda jeugd. Vervolgens hebben zij een weging en ordening gemaakt op welke gebieden en thema's het meest wenselijk of noodzakelijk is om effecten te realiseren.

5.1 Gesignaleerde kansen door de geïnterviewde partners

Landelijke kansen

Landelijk zijn er verschillende belangrijke spelers die inzetten op preventie jeugd en onderzoek doen naar de inzet binnen Nederland op preventie jeugd. In een interviewronde met deze sleutelspelers¹⁹ worden de volgende kansen benoemd waar het gaat om preventie jeugd:

- Preventie biedt een positief wenkend perspectief op **gelijke kansen** en potentiële toekomstige **kostenbesparingen**. Daarmee kan een grotere inzet op preventie jeugd een (ver)nieuw(d) elan geven aan het realiseren van de doelen van de Jeugdwet, Wet publieke gezondheid en bijvoorbeeld de Wmo.
- Spelers kijken vanuit een eigen paradigma naar preventie. Er is nog geen duidelijk **gezamenlijk perspectief** dat voldoende richtinggevend is, (bewezen) effectief is en zich duidelijk richt op jeugd. Daarmee liggen er kansen in meer samenhang, een integrale aanpak en een effectieve inzet van middelen.
- Er zijn verschillende landelijke visies en agenda's, maar met verschillende accenten. De **gemene delers** tussen deze stukken kunnen meer expliciet gemaakt worden waardoor het voor de verschillende partners ook helder **is waarop investering (nog) nodig is**.
- Er zijn recentelijk verschillende landelijke programma's gelanceerd die inzetten op (deel)thema's rondom preventie jeugd. Dit wordt als positief gezien. Tegelijkertijd wordt de zorg uitgesproken dat er wel voldoende **samenhang** moet zijn tussen deze programma's en dat er dezelfde leidende principes moeten worden gehanteerd.

¹⁹ Zie bijlage

Wat betekent verzilveren van landelijke kansen ten aanzien van realiseren van de opgave uit de wetten?

- **Nieuw discours:** gezamenlijk (met belangrijke stakeholders) invulling geven aan preventie jeugd
- **Doel (kernopgave):** gezamenlijk beeld waaraan preventie jeugd moet bijdragen en wat dat van ieders rol- en verantwoordelijkheid vraagt.
- **Data:** bevorderende en beschermende factoren
- **Integraliteit:** welke acties, interventies en aanpakken versterken elkaar (multiplier)
- **Kosteneffect** op lange termijn: niet alleen maatschappelijk, ook financieel (substitutie) – mede ten aanzien van intergenerationele aspecten.

Lokale kansen

In de gespreksronde worden de volgende lokale kansen gesignaleerd:

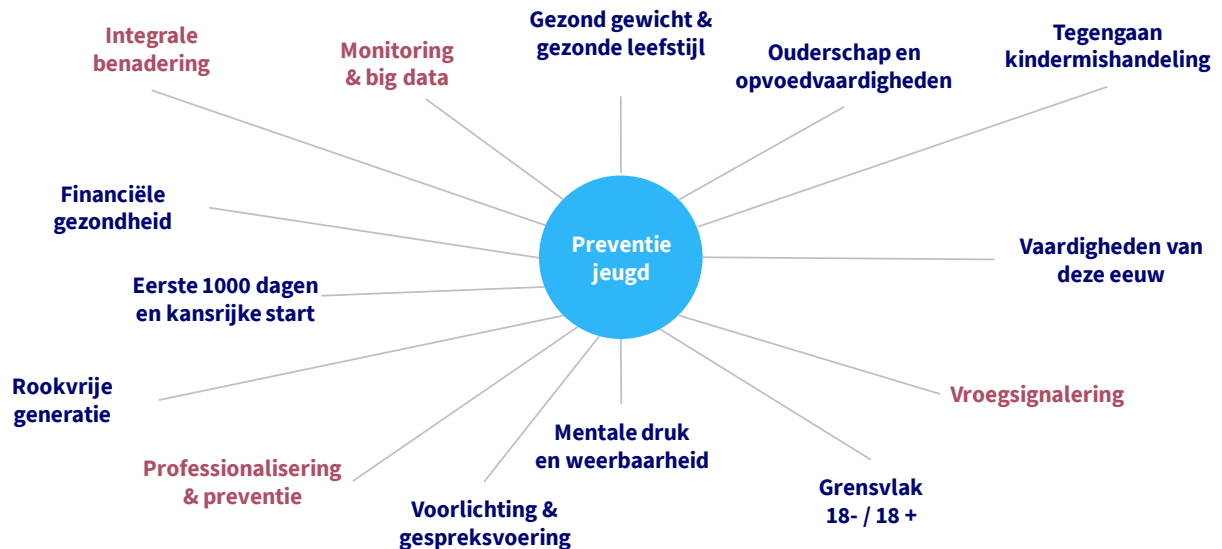
- Er is veel energie bij gemeenten en lokale partners om in te zetten op preventie jeugd. Daarbij geven ze aan dat ze het nog niet eenvoudig vinden hoe dit **lokaal richting en vorm** te geven, maar is er wel animo om dit te doen.
- De recente gemeenteraadsverkiezingen en **nieuwe colleges** worden hierbij gezien als kans, daar een grote inzet preventie jeugd door alle politieke gezindten als positieve ambitie wordt gezien.
- Een belangrijk aandachtspunt is preventie vanuit een **integraal perspectief** (vanuit het sociaal domein, publieke gezondheid, het medische domein en onderwijs). Vooralsnog worden interventies en beleid gericht op preventie vaak vanuit één domein geformuleerd en niet altijd expliciet gericht op jeugd, terwijl integraal werken een van de doelstellingen is van de jeugdwet.
- In Nederland is inmiddels een heel groot aantal preventieve interventies beschikbaar, en er komen er steeds meer bij. De toepasbaarheid van deze interventies kan beter. Het is (niet altijd) duidelijk **welke interventies het beste werken in de lokale context** – in relatie tot de lokale opgaven. Dit zijn vaak losse interventies, maar er wordt te weinig structureel naar preventie gekeken.
- In de uitvoeringspraktijk is er steeds meer aandacht voor preventie jeugd. De inzet van interventies en preventiebeleid is soms nog wat ongericht. Door duidelijk met elkaar **doelen** te formuleren, de belangrijkste **opgaven** te identificeren (wat gaat goed en wat nog niet) en deze te vertalen naar **verantwoordelijkheden van professionals** en partners, kan veel gericht gewerkt worden aan preventie en wordt ook explicieter en zichtbaarder wat preventie kan opleveren.
- **Bewustzijn van professionals** van de preventieve werking van wat zij doen, wat het uiteindelijk oplevert voor de gezondheid van het kind en jongere – en volwassene op de lange termijn – kan worden vergroot.

Wat betekent het verzilveren van lokale kansen ten aanzien van de wettelijke verantwoordelijkheden van gemeenten? Dat vereist inzicht in:

- De **verschillende dimensies** van preventie jeugd
- De mate waarin de gemeente **over** deze dimensies **beschikt**
- Het **effect van de onderlinge (cor)relaties** en wat een integrale aanpak daarbij (op lange termijn) kan realiseren
- **Data** van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren, zodat inzicht wordt verkregen in de eigen populatie en wat gerichte inzet op preventie jeugd kan realiseren voor specifieke groepen
- **Verbinding** tussen activiteiten van het wijkteam, jeugdgezondheidszorg en preventie j
- **Samenhang** in een lokale agenda en lokale aanpak

5.2 Thema's preventie jeugd

In een brede gespreksronde met landelijke en lokale partners preventie jeugd is onderzocht wat de belangrijkste thema's zijn wanneer het gaat om preventie jeugd. In diepte interviews met een breedte aan sleutelspelers zijn thema's geïnventariseerd en geïdentificeerd, en vervolgens methodisch geprioriteerd en gewogen.



Afbeelding: geprioriteerde plot thema's preventie jeugd

De gesprekspartners geven allemaal aan dat op deze thema's potentieel het grootste positieve gezondheidseffect te behalen en het meest wenselijk is – of noodzakelijk – om effecten te realiseren. Ofwel – dit zijn de geprioriteerde thema's die er volgens de gesprekspartners het meeste toe doen wanneer het gaat om preventie jeugd en die belangrijk zijn als we brede gezondheidswinst willen boeken voor toekomstige generaties.

Canon preventie jeugd

Om te komen tot een inventarisatie, ordening en lading van de belangrijke thema's bij preventie jeugd is de methode van een 'canon' gehanteerd. We hebben de stakeholders gevraagd bij te dragen aan een Nederlands canon van de top tien belangrijkste thema's preventie jeugd. Gesprekspartners mochten thema's toevoegen aan de canon of thema's operationaliseren, maar daarbij moesten ze een weging maken: een thema erin betekende ook (beargumenteerd) een thema eruit. Het mochten er niet meer dan 10 worden. De vorm dwong de gesprekspartners om (beargumenteerd) keuzes te maken. Op basis hiervan geven we onderstaand een ordening en lading van de thema's. Uiteindelijk zijn wel alle aangedragen thema's geïnventariseerd.

5.3 Ordening en uitwerking geïdentificeerde thema's

De geïdentificeerde thema's waar kansen en opgaven liggen om te komen tot meer gezondheidswinst jeugd hebben we geordend in twee categorieën:

Overkoepelende en randvoorwaardelijke thema's:

- **integrale aanpak**
- **vroegsignalering & vroegopsporing**
- **monitoring & big data**
- **professionalisering & preventie.**

Geprioriteerde thema's:

- **gezond gewicht & gezonde leefstijl**
- **rookvrije generatie**
- **voorlichting & gespreksvoering**
- **tegengaan kindermishandeling**
- **grensvlak 18- / 18 +**
- **vaardigheden van deze eeuw**
- **ouderschap en opvoedvaardigheden**
- **eerste 1000 dagen en kansrijke start**
- **mentale druk en weerbaarheid**
- **financiële gezondheid.**

Op deze gebieden en thema's is het volgens de sleutelpartners het meest wenselijk of noodzakelijk om gezondheidswinst (jeugd) te realiseren.

Voor de volledigheid – deze thema's zijn ongelijksoortig van aard en gaan deels over hoe de gezondste jeugd te bereiken en deels over beoogde uitkomsten wanneer we deze gezondste jeugd hebben bereikt. Aangezien de gesprekspartners deze thema's hebben aangedragen en gewogen, zijn dus zowel thema's over 'wat' als over 'hoe' opgenomen. Deze andersoortige thema's vragen om verschillende beleidsstrategieën (zie hiervoor het volgende hoofdstuk).

5.3.1 Overkoepelende en randvoorwaardelijke thema's

De gesprekspartners hebben in de interviews *overkoepelende en randvoorwaardelijke thema's* benoemd waar het gaat om preventie jeugd. Dit zijn thema's die:

- een belangrijke basis leggen om een aantal meer inhoudelijke thema's verder uit te diepen
- iets zeggen over (aanpassingen aan) de context waarin thema's worden opgepakt
- meer procesmatig van aard zijn en daarmee duiding geven aan de aanpak of de manier van werken
- richtinggevend zijn (leidende principes) om de feitelijk beoogde (cultuur)verandering te realiseren.

Deze thema's worden breed gesteund en gedragen door de geïnterviewden. Daarbij geven zij aan dat er wel al veel gebeurt rondom deze thema's, maar dat deze thema's nog niet altijd vertaald zijn naar de (lokale) uitvoeringspraktijk. Het is van belang om deze thema's nog steeds (landelijk) te agenderen en kennis omtrent deze thema's te verzamelen en te delen tussen lokale en landelijke partners, ministeries en tussen directies. Daarbij is het van belang om deze thema's te vertalen naar concreet handelingsperspectief voor beleidsmakers, maar vooral voor professionals.

Integrale benadering preventie jeugd

Een integrale benadering preventie jeugd betekent dat zorg en ondersteuning in samenhang worden aangeboden. Dit vraagt intensieve samenwerking tussen verschillende partners over domeinen heen, gericht op gemeenschappelijke doelen ten aanzien van preventie jeugd. Afgelopen jaren hebben gemeenten en lokale partners veel geïnvesteerd in integrale

aanpakken ten aanzien van jeugd – en specifieke thema's voor jeugd zoals kinderen in armoede. In veel gemeenten is hierbij gewerkt aan integrale programma's en ketenaanpakken voor specifieke kwetsbare groepen en/of bepaalde wijken. Het voorkomen van (meer) problematiek voor kinderen en jongeren was hierbij een belangrijke ambitie. Samenhang wordt hierbij sterk gezocht tussen jeugdhulp, onderwijs en werk en inkomen, armoede en schulden waar een gezin mee te maken kan hebben, specifiek bij multiprobleemgezinnen. Voor een nog meer integrale benadering preventie jeugd kan nu meer de verbinding worden gezocht met publieke gezondheid en specifiek het medische domein. Ook kan er meer samenhang worden gerealiseerd met economische zaken en ruimtelijke ordening.

Een (meer) integrale aanpak preventie jeugd vraagt van betrokken professionals en beleidsmakers een blik over domeinen heen. Soms betekent zorg of ondersteuning op het ene terrein, bijvoorbeeld preventie op het andere terrein. Of extra nazorg kan soms een terugval voorkomen. Denk aan de juiste voorzieningen zoals een rolstoel of traplift op school, waardoor een kind of jongere naar school kan (blijven) gaan en daarmee bouwt aan de toekomst.

Scholen hebben een belangrijke rol ten aanzien van preventie jeugd en deze integrale aanpak, doordat onderwijsprofessionals vragen bij kinderen en jongeren kunnen signaleren, kunnen interveniëren, in samenwerking met andere partners in de buurt, of door kunnen zetten naar andere professionals en organisaties. Gezondheid en vitaliteit hangen nauw samen met leerprestaties. De school kan een belangrijke rol spelen binnen een integrale aanpak preventie jeugd. Dit past binnen de inzet op meer 'brede scholen', waarbinnen alle partijen die zich in de buurt bezighouden met opgroeiende kinderen samenwerken en zorg en ondersteuning worden georganiseerd rondom de school. Hierbij hoort in ieder geval onderwijs en welzijn, maar vaak ook kinderopvang, cultuur, sport en bijvoorbeeld de bibliotheek. Specifiek de voorschoolse en buitenschoolse kinderopvang – en de verbinding hiermee – kan een grotere rol spelen bij preventie jeugd.

Onder de vlag Gezonde School wordt gezondheidsbevordering in het primair onderwijs, voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs versterkt, onder meer door het stimuleren van een samenhangend schoolgezondheidsbeleid op het gebied van bewegen, sport en voeding. Ook wordt er in Nederland ingezet op de Vreedzame School, een aanpak die zich richt op sociaal-emotionele ontwikkeling en burgerschapsvorming, waarbij de klas en de school beschouwd wordt als een leefgemeenschap en waarbij wordt geanticipeerd op hoe kinderen en jongeren meedoen in de maatschappij.

Onderwijs richt zich van oudsher sterk op twee dimensies van leren, namelijk kennisverwerving en cognitie. Twee dimensies van onderwijs die steeds meer aandacht krijgen zijn persoonsvorming en de verbinding met de ander en de omgeving. Juist deze laatste twee dimensies zijn ook heel belangrijk in het licht van preventie, hoe kinderen en jongeren in hun vel zitten, hoe ze relaties aangaan en hoe ze meedoen in de maatschappij. Scholen spelen al een belangrijke rol in de buurt en ondersteuning wordt om en met de school georganiseerd. Gezien de ambities van en het beroep op de gezonde school, kan de rol van scholen ten aanzien van preventie jeugd nog worden vergroot. De benadering van gezondheid door de gezonde school kan hiervoor worden verbreed en er kan nog meer de verbinding worden gezocht met de sociale omgeving (de pedagogische civil society) en de buurt. De signalerende rol van onderwijsprofessionals en de vereiste brede blik is hierbij belangrijk (zie ook professionalisering). Het gaat er niet zozeer om dat de school allerhande interventies uitvoert, maar dat ook de (gezonde) school onderdeel is van een integrale

aanpak. Belangrijk is echter hierbij oog te houden voor de druk op scholen en onderwijsprofessionals en scholen hierbij te faciliteren.

Monitoring preventie jeugd en big data

Monitoring preventie jeugd betekent het meten, verzamelen, volgen en bewaken van jeugdgegevens, waardoor er een beeld is van de stand van zaken en de ontwikkelingen over tijd. Dit dient op een zodanige manier te gebeuren dat interventies of inspanningen versterkt of anders kunnen worden ingezet wanneer de monitoringsgegevens daar aanleiding voor geven. Het gaat dus niet alleen om het verzamelen van jeugdgegevens, maar ook op de juiste manier benutten. Op het gebied van preventie jeugd gaat het dus niet alleen om gezondheid en het welbevinden van kinderen en jongeren in Nederland, maar ook over de resultaten van hulptrajecten die zij volgen en samenhang met andere domeinen. Wanneer het gaat om preventie jeugd, kan er meer verbinding worden gelegd tussen monitoringsgegevens over domeinen heen – om preventie-inspanningen te richten. Dit past binnen de beweging naar meer big data, waarbij een of meer grote datasets gecombineerd worden, wat nieuwe databasemanagementsystemen vraagt.

Gemeenten investeren steeds meer in big data, data gedreven beleid en kennisuitwisseling omtrent big data. Juist waar het gaat om preventie jeugd kunnen de ontwikkelingen op het gebied van big data worden benut, door gegevens over domeinen heen te combineren. Op het gebied van preventie jeugd kunnen gemeenten investeren in *diagnostic control systems* voor het bewaken van doelstellingen, zowel voor sturing (van ‘boven’ naar ‘beneden’ en gericht op de toekomst) en verantwoorden (van ‘beneden’ naar ‘boven’ en gericht op wat in het verleden is gedaan). Deze systemen voorkomen constante ‘monitoring’ van alle preventie jeugd, maar helpen bij het stellen van doelen, (bij)sturing en het maken van keuzen. Het kan hierbij helpen om lokaal ‘hotspots’ te identificeren – in de gemeente en op buurtniveau.

(Vroeg)signalering vragen van kinderen en jongeren – en hun ouders

Vroegtijdige interventies vergroten vitaliteit en ontwikkelkansen voor ouders en kinderen dus het is belangrijk vragen of problemen vroegtijdig te signaleren – en soms proactief op te sporen. Met vroegsignalering bedoelen we het vroegtijdig signaleren van een vraag of probleem, waardoor de omgeving of professional(s) adequater en eerder kan ingrijpen en ondersteunen, waardoor voorkomen kan worden dat de ontwikkeling van kinderen of jongeren (ernstiger) verstoord wordt. Dit geldt op het gebied van zorg en ondersteuning, waar alle partners in het sociaal domein informatie uitwisselen (met oog voor privacy).

Vroegsignalering geldt niet alleen voordat problemen ontstaan of erger worden, maar ook vroeg in het leven. De jeugdgezondheidszorg en specifiek het consultatiebureau spelen hierbij een belangrijke rol, door bijkomende vragen en problematiek te signaleren, op te pakken en waar nodig door te zetten.

Dit geldt ook op het gebied van armoede en schuldhulpverlening. Ook hier is informatie-uitwisseling sleutel, tussen gemeente, schuldhulpverlening, woningcorporaties, zorgverzekeraars en energiebedrijven. De gemeente heeft hierbij een belangrijke regierol. Landelijk wordt kennisuitwisseling tussen gemeenten hierover gestimuleerd.

Professionalisering & preventie jeugd

Bij professionalisering jeugd gaat het om kennis en vaardigheden van alle professionals die te maken hebben met jongeren, in samenwerking met het gezin. Professionalisering gaat om onderhouden van vakmanschap, cliëntgericht werken, professionele autonomie en ruimte voor de professional. Waar het gaat om preventie jeugd is het belangrijk dat professionals een brede blik hebben en in hun gespreksvoering met gezinnen zich richten op gezondheidswinst. Preventie mag als thema nog meer een plek krijgen in de opleiding van jeugdprofessionals.

Juist waar het gaat om preventie, kan een professional het goede voorbeeld geven, bijvoorbeeld in gezond gedrag.

Preventie jeugd vraagt van de professional dat die oog heeft voor wat er speelt in het leven van het kind of de jongere en de grenzen van domeinen en disciplines heen kijkt. Preventie jeugd vraagt dat een professional bij het behandelen van een kind oog heeft voor ouders en bij het behandelen van ouders oog heeft voor het kind. De zogenaamde 'kindcheck' kan structureel worden toegepast, niet alleen in de GGZ maar ook bijvoorbeeld op het gebied van werk en inkomen, armoede en schulden.

Door een dergelijke brede blik kan de professional ook nieuwe of andere vragen tijdig signaleren en daarmee soms problemen – ook later in het leven – voorkomen. Professionals in Nederland zijn zich al bewust van hun preventieve rol, maar dit bewustzijn vraagt onderhoud en bewust bekwaam handelen. Handelen op basis van gesignaleerde vragen vraagt bepaalde vaardigheden, kennis en zicht op de lokale – brede – sociale kaart. Professionals die in het sociaal domein de rol van regisseur hebben bij gezinnen met meerdere vragen dienen extra oog voor preventie te hebben. Beschikbare (evidence based) preventieve interventies kunnen hierbij helpen, maar deze beschikbaarheid van de interventies en de interventies zelf zijn niet altijd bekend (of worden in samenhang en/of op basis van lokale beleidsprioriteiten ingezet, zie integrale aanpak en monitoring).

Landelijk zijn er verschillende professionaliseringsprogramma's die met financiering van VWS investeren in professionaliteit op het gebied van jeugd. Onder de partners en lokale spelers die leren en ontwikkelen binnen deze programma's kan preventie (extra) worden geagendeerd. In het gezamenlijke gesprekskader waar de professionaliseringspartners op uitnodiging van VWS afgelopen periode in hebben geïnvesteerd is het onder de aandacht brengen van mogelijkheden om (meer) preventief te werken benoemd als ambitie voor de komende periode.

5.3.2 Inhoudelijk geprioriteerde thema's

De gesprekspartners hebben verschillende thema's geïdentificeerd die prioriteit hebben wanneer het gaat om het realiseren van gezondheidswinst. Enerzijds zijn dit inhoudelijke thema's die de afgelopen jaren al veel aandacht hebben gekregen en volgens hen absoluut horen bij preventie jeugd. Dit zijn daarmee thema's die al hoog op landelijke en lokale beleids- en uitvoeringsagenda's staan en aandacht krijgen in de landelijke en lokale politiek. Ook in beleid en uitvoering wordt hier lokaal en landelijk al actief op ingezet. Hier kan verder op worden voortgebouwd, met meer samenhang over domeinen heen en samenwerking tussen (landelijke en lokale) partners, waarbij beschikbare monitoringsgegevens nog beter benut worden. Anderzijds zijn er inhoudelijke thema's waar kansen liggen voor het realiseren van gezondheidswinst. Dit zijn geprioriteerde thema's die volgens sleutelpartners nu nog te weinig aandacht krijgen of te veel vanuit één domein zijn georganiseerd. Ook zijn dit thema's waar gezien de urgentie of de potentie van meer preventie, meer aandacht naar uit zou mogen gaan binnen preventie inspanningen.

Gezond gewicht & gezonde leefstijl van kinderen, jongeren en hun naasten.

Een gezonde leefstijl van kinderen en jongeren vraagt goed eten, veel groente en fruit, weinig of geen frisdrank en alcohol, veel sporten en bewegen, (buiten)spelen, niet te veel televisie en gamen, goed slapen, een ritme en een balans tussen in- en ontspannen. Een gezonde leefstijl maakt dat kinderen en jongeren geestelijk en lichamelijk goed in hun vel zitten en weinig stress, waarmee mentale en lichamelijke problemen later in het leven kunnen worden voorkomen. (Nieuwe) rolmodellen spelen hierbij een belangrijke rol, betekenisvolle personen

bij wie jongeren terecht kunnen en/of een voorbeeld aan kunnen nemen. Hiervoor kennen we in Nederland uiteenlopende gecombineerde leefstijlinterventies.

Belangrijk hierbij is een gezond gewicht en het tegengaan van overgewicht. Onder meer met de aanpak van Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) worden hier veel interventies op ingezet. Voor jeugd is het belangrijk dat ook hun ouders een gezonde leefstijl hebben en een gezonde leefstijl bij hun kinderen stimuleren. Fysieke gezondheid, een gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving dragen bij aan vitaliteit, leerprestaties en weerbaarheid van het kind en jongere – met impact op het volwassen leven.

Dit vraagt een uitnodigende ruimtelijke (fysieke) omgeving en stedelijke ontwikkeling, die stimuleert – of verleidt – tot het maken van de gezonde keuze. Dit wordt ook wel nudging genoemd – het beïnvloeden van (keuze)gedrag door een zetje in de goede richting te geven. Dit betekent dat keuzen die worden gemaakt in omgevingsfactoren bijdragen aan een gezonde leefstijl van kinderen en jongeren.

Een voorbeeld is de internationale Urban 95, waarbij stedelijke planning wordt benaderd vanuit de lengte van een kind van 95 centimeter, vanuit het idee dat een stad dan uitnodigt tot gezonde keuzen.

Rookvrije generatie

In Nederland roken steeds minder mensen – en dit geldt ook voor kinderen en jongeren.²⁰ Toch beginnen jaarlijks nog steeds 27.000 scholieren met roken, wat kan leiden tot verslaving aan roken. Jaarlijks sterven 20.000 mensen aan de gevolgen van roken. Er wordt steeds meer ingezet op het ontmoedigen van roken en sinds 2016 zijn er nieuwe regels die hieraan bijdragen. De Rookvrije Generatie zet hierbij in op het vanzelfsprekend maken van rookvrij opgroeien. Ieder kind dat geboren wordt, moet de kans krijgen om volledig rookvrij op te groeien. Dit kan in een rookvrije omgeving, zonder de verleiding van bijvoorbeeld reclames en met goede voorbeelden om zich heen. Het initiatief wil elke fase van het opgroeien kinderen beschermen tegen tabaksrook en de verleiding om te gaan roken.

Tegengaan kindermishandeling

Kindermishandeling is elke vorm van geestelijke, emotionele en/of lichamelijke mishandeling die voor een kind bedreigend of gewelddadig is. Ook geestelijke, emotionele en/of lichamelijke verwaarlozing, seksueel misbruik en getuige zijn van huiselijk geweld vallen hieronder. Wanneer kindermishandeling voorkomt in huiselijke kring door bijvoorbeeld de ouders of verzorgers van het kind spreken we van huiselijk geweld. De Universiteit Leiden en TNO onderzochten in 2010 de omvang en aard van kindermishandeling. Naar schatting worden jaarlijks bijna 119.000 kinderen mishandeld.

Voorlichting en (meer) aandacht voor gespreksvoering

Voor preventie jeugd is het belangrijk dat kinderen en jongeren goed worden voorgelicht. Dit vraagt vroegtijdige en doorlopende voorlichting op scholen en dialoog voor meisjes én jongens over gezondheid – vanuit een brede definitie - en seksualiteit. Kinderen en jongeren dienen bewust te zijn of worden gemaakt dat gezondheid niet alleen gaat om hoe je fysiek in je vel zit, maar ook mentaal. Dit geldt voor alcohol en drugs, (gezonde) seksualiteit en seksuele gezondheid, loverboys, ongewenste zwangerschap en seksuele diversiteit, ongezond en risicovol gedrag en de impact daarvan. Er kan al vroeger aandacht worden besteed aan

²⁰ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/trends#node-trend-rookgedrag-scholieren>

(gezonde) seksualiteit, seksuele gezondheid, loverboys, ongewenste zwangerschap en seksuele diversiteit, gezond zwanger worden, aangezien hier in Nederland relatief weinig bewustzijn van is. Hierbij helpt het als kinderen en jongeren gestimuleerd worden om hier vanaf de basisschool al over in gesprek te gaan, in de klas, maar ook onderling en met naasten.

Waar het gaat om meedoen en mensen onderling – ook later in het leven – is ook voorlichting en gesprek op het gebied van burgerschap, kennis over de werking van democratische instituties en mensenrechten van belang.

Grensvlak 18- / 18+

Voor jongeren die te maken hebben met jeugdhulp heeft 18 worden consequenties voor de ondersteuning die ze ontvangen. Gemeenten zijn via de Jeugdwet verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning aan jongeren tot 18 jaar. Zorg en ondersteuning vanaf 18 jaar is geregeld via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Om de continuïteit van deze zorg en ondersteuning te waarborgen, is het belangrijk dat gemeenten en samenwerkingspartners elkaar weten te vinden en afspraken maken. Gemeenten en bijvoorbeeld zorgverzekeraars werken samen om te voorkomen dat jongeren als ze 18 worden tussen wal en schip vallen. 18-/18 is één van de thema's binnen het Programma Sociaal Domein. Ook krijgt dit thema veel aandacht in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Speciale aandacht gaat hierbij in (grote) gemeenten uit naar dak- en thuisloze jongeren (waaronder 'bankslapers' zonder vaste woon- of verblijfplaats.)

Het is belangrijk dat professionals jongeren voorbereiden op de toekomst en zelfstandigheid – na jeugdhulp, maar dat er ook ruimte is om jongeren na 18 (tot 23) nog te ondersteunen wanneer dat ervoor zorgt dat jongeren hierdoor beter mee kunnen doen – en een mogelijke terugval op hulp en ondersteuning wordt voorkomen.

Vaardigheden van deze eeuw en media

21^e-eeuwse vaardigheden, of 21st century skills, zijn competenties die leerlingen nodig hebben om succesvol deel te nemen in de maatschappij van de toekomst. Hierbij wordt mediawijsheid steeds belangrijker. Vaardigheden van deze eeuw hangen nauw samen met mentale vaardigheden, flexibiliteit en stressgevoeligheid.

Om deel te nemen in de maatschappij – en de voorbereiding op de arbeidsmarkt – is een startkwalificatie van groot belang. Voortijdig schoolverlaters zijn jongeren tot 23 jaar die het onderwijs verlaten zonder startkwalificatie (een diploma op havo, vwo of mbo niveau 2). In Nederland is er een dalend aantal vroegtijdig schoolverlaters, maar toch zijn dit ongeveer 20.000 jongeren per jaar. Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap zet samen met regionale partners in op een integrale aanpak voor het terugdringen van schooluitval, met speciale aandacht voor kwetsbare jongeren.

Er is sprake van een dalende jeugdwerkloosheid, van ongeveer 10 procent werklozen onder de 15 tot 25-jarige beroepsbevolking. De werkloosheid onder jongeren met een migratie achtergrond is twee keer zo groot als die onder jongeren met een Nederlandse achtergrond. (CBS, 2017).

Social media kan in het stimuleren van de gezonde keuze en het delen van gezondheidstrends een positieve rol spelen. Social media kunnen een rol spelen in het aanleren van gezond of veilig gedrag en het afleren van ongezond en onveilig gedrag. Hiervoor kunnen informatie- en ondersteuningspartners aansluiten bij sociale online 'vindplaatsen'. Verschillende partners

benoemden dat gezond leven ook als ‘status’ kan worden gezien op social media. Het is belangrijk dat dit niet als druk wordt ervaren, maar als uitnodiging.

Tegelijkertijd is zichtbaar dat kinderen en jongeren veel druk kunnen ervaren van social media – door de (online) profilering van een ‘perfect’ bestaan. Het is belangrijk dat jongeren beseffen dat indrukken via social media niet de werkelijkheid zijn, zodat te veel mentale druk wordt voorkomen. Dit vraagt ook dat ouders zich bewust zijn van de (impact van) social media.

Ouderschap van deze tijd en opvoedvaardigheden

Ouderschap gaat om meer dan opvoeden. Veel verschillende factoren hebben invloed op het ouderschap, en op hoe ouders dit ouderschap beleven. Zoals het partnerschap, balans tussen werk en gezin, sociale contacten, de financiële situatie en levensvaardigheden van ouders. De ontwikkeling van het kind én die van de ouders hebben een wisselwerking op elkaar. En op de beleving van ouderschap. Als een ouder het ouderschap positief beleeft, heeft dit een positieve invloed op zijn vertrouwen, welzijn en opvoedgedrag. Dit heeft vervolgens weer een positieve invloed op het welzijn van het kind en kan gedragsproblemen voorkomen. Het beeld is dat deze tijd meer vraagt van ouders – en een grotere druk legt op ouders. Er is steeds meer aandacht voor ‘veerkrachtig ouderschap’ passend bij de mogelijkheden en vaardigheden van ouders. Hiervoor is er in Nederland een breed aanbod van opvoedondersteuning en ouderschaps cursussen, maar dit aanbod is niet altijd bekend en gebruik kan hoger. Hierbij is het belangrijk ouders positief te benaderen en uit te gaan van positieve intenties. Ouders hebben geen positieve connotatie bij preventie. De focus moet liggen op sensitief en responsief ouderschap, om hechting te versterken de kans op een veilige en gezonde ouder-kindrelatie te vergroten.

Preventie jeugd hangt ook samen met de relatie van de ouders en hun netwerk. Zo hebben (vecht)scheidingen grote consequenties op kinderen en jongeren – ook later in het leven.

Dit vraagt mogelijk ook om het doorbreken van ‘heilige huisjes’. In Nederland rust al snel een taboe op het bemoeien met opvoeden. Bij hulp en ondersteuning speelt al snel de angst dat kinderen worden afgenomen. Bij preventie is de associatie dat de ouders falen als er dan toch hulp of ondersteuning nodig is en/of dat het gaat om kostenbesparing.

Mentale gezondheid en druk op kinderen

Mentale gezondheidsvaardigheden en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en jongeren gaat om de ontwikkeling van een eigen persoonlijkheid, overeenkomstig met verwachtingen en gedragingen uit de sociale context. Dit gaat onder meer over het ontwikkelen van emoties, (zelf)vertrouwen, het zelfbeeld, weerbaarheid en het bewust maken van keuzen. De sociale ontwikkeling omvat het krijgen van begrip voor andere mensen en het ontwikkelen van positief gedrag en vaardigheden over omgangsregels en relaties. De emotionele ontwikkeling wil zeggen dat het kind leert om de gevoelens van zichzelf en anderen te begrijpen en om daar goed mee om te gaan. De situatie in een gezin is van grote invloed op de sociaal-emotionele ontwikkeling van een kind. Het voorkomen van vroegtijdige trauma's – ofwel adverse childhood experiences (ACE's)²¹ die later in het leven veel impact hebben, zijn hierbij belangrijk.

Hierbij is het belangrijk goed en regelmatig te ontspannen. Zinnige vrijetijdsbesteding, zoals bijvoorbeeld via jongerenwerk, helpt hierbij (ook in het opdoen van vaardigheden). Een ritme

²¹ www.acestudy.org

en goed slapen zijn hierbij belangrijk. Nederlandse kinderen hebben ten opzichte van kinderen in andere landen relatief veel last van slaapproblemen. Volgens onderzoek zou het zelfs gaan om een kwart van alle schoolgaande kinderen.²² Scholieren ervaren stijgende werkdruk en dit neemt toe tussen 10 en 16 jaar²³. Veel tieners vinden dat ze te hard moeten werken voor school, en te weinig tijd hebben voor ontspanning. Of kinderen meer huiswerk krijgen, is lastig te meten. Wel is de cijferdruk toegenomen.

Onderzoek van de Inspectie van het Onderwijs onder de 37 grootste gemeentes toont aan dat het voorschoolse onderwijs, bestemd voor kinderen tussen de 2,5 en 4 jaar, de laatste jaren flink is gegroeid. (Het peuteronderwijs is met name bedoeld voor kinderen met risico op een achterstand.)

Ieder kind vertoont wel eens lastig gedrag. Zodra er sprake is van regelmatig ongewenst gedrag dat storend is voor de omgeving, spreken we van een gedragsprobleem. Als de jeugdige zich aanhoudend negatief of agressief gedraagt en het zijn dagelijks functioneren beperkt, is er sprake van een gedragsstoornis. Hiervoor hebben we in Nederland een palet aan (effectieve) interventies.

Het aantal jongeren met een depressie dat gebruikmaakt van de jeugd geestelijke gezondheidszorg (Jeugd GGZ) neemt toe. In de GGZ speelt een wachtlijstproblematiek, die voor kinderen en jongeren nog hoger ligt (6 tot 10 weken). Jaarlijks kampt 1 op 20 Nederlanders met een depressie, onder jongeren is dat zelfs 1 op 15. Dit zijn ruim 80.000 jongeren tussen 13 en 18 jaar (CBS, 2017). Jongeren met een depressie kunnen minder goed slapen, hebben weinig zin om te sporten en hebben wisselende eetpatronen. Door deze omstandigheden voelen jongeren met een depressie zich eerder moe en niet lichamelijk sterk. Het lichaam is sneller moe en vatbaarder voor ziektes. Tijdens een depressie is het risico groter dat meer gerookt wordt en gezonde voeding geen prioriteit heeft, wat kan leiden tot meer fysieke problemen.

In 2015 zijn circa 8.500 jongeren onder de 25 jaar wegens middelenmisbruik of afhankelijkheid behandeld in een instelling voor verslavingszorg. Dit is circa 13 procent van alle personen die in behandeling zijn geweest bij verslavingszorg. Dit percentage is de laatste jaren gedaald. Onder de jongeren is cannabis in de helft van de gevallen de hulpvraag. Alcoholproblematiek is de tweede grootste categorie met 18 procent van de jongeren. Ongeveer een kwart van de 18- tot 24-jarige jeugd ooit in aanraking komt met een middelenstoornis.

In Nederland geeft 10 procent van de leerlingen uit groep 7 en 8 van het (speciaal)basisonderwijs aan dat zij slachtoffer geweest zijn van pesten, binnen het voortgezet onderwijs zegt 8 procent van de leerlingen slachtoffer te zijn van pesten. In de Veiligheidsmonitor 2016 geeft het CBS dat ruim 9 procent van de jongeren van 15 tot 18 jaar geconfronteerd met cyberpesten (dit is drie keer meer dan volwassenen). Het gaat daarbij om onder meer roddel, getreiter, stalken en bedreiging op- en via het internet.

Eerste 1000 dagen en kansrijke start

De eerste 1000 dagen van het kind zijn cruciaal voor de ontwikkeling. Een gezonde zwangerschap (-9 maanden) en een gezonde en veilige ouder-kindrelatie in de eerste jaren van het kind zijn belangrijk voor de ontwikkeling en gezondheid van het kind. De afgelopen

²² Van Litsenburg, R.R.L., Waumans, R.C., van den Berg, G & Gemke, R.J.B.J (2010). Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: a population-based study. *European Journal of Pediatrics*, 169 (8), 1009-1015

²³ Rapport Als je het ons vraagt Kinderombudsvrouw

jaren is vanuit integraal (fysiek, sociaal en mentaal) perspectief onderzoek gedaan naar het belang van deze eerste 1000 dagen. De omgeving, leefstijl en participatie van het gezin in deze eerste 1000 dagen zijn bepalend voor de toekomst van het kind. Door ouders zo vroeg mogelijk van de juiste adviezen te voorzien en door snel in te grijpen bij beginnende problematiek, kan voorkomen worden dat er later zwaardere zorg nodig is. In Nederland betekent dit dat er meer aandacht mag zijn voor de preconceptiefase en conceptie en fase van zwangerschap en de eerste levensjaren van het kind. Er is dan ook meer aandacht voor (informerende) bewust (even niet) zwanger worden. Ook wordt er in sommige gemeenten extra ingezet op ondersteuning voor (zeer) kwetsbare zwangeren. Het landelijk beleidsprogramma kansrijke start zal hierop voortbouwen.

Financiële gezondheid

Financiële problemen in gezinnen kunnen ontstaan door een samenloop van omstandigheden, zowel op het gebied van een inkomensterugval als (onverwachte) uitgaven. Financiële problemen kunnen problematische schulden zijn, maar ook moeite om rond te komen en/of betalingsachterstanden. In Nederland heeft één op de vijf huishoudens te maken met schulden en dit percentage neemt toe. Schulden vormen een probleem voor de schuldenaar, zijn omgeving en de maatschappij. Het is daarom wenselijk om schulden in een zo vroeg mogelijk stadium te voorkomen. Preventie van financiële problemen is steeds meer een speerpunt van gemeenten, ondersteuning en specifiek schuldhulpverleners, maar ook het Nibud en van Wijzer in geldzaken. Om schulden te voorkomen is het belangrijk te weten welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van financiële problemen. Financiële keuzen en gedrag hangen samen met vaardigheden, omgevingsfactoren en persoonskenmerken. Deze factoren worden vaak tijdens de jeugd al gevormd.

In Nederland heeft een groeiend aantal kinderen en jongeren te maken met armoede. Gezinnen met een lage sociaaleconomische status zijn minder gezond en daarmee kwetsbaar. Dit kunnen intergenerationele vraagstukken zijn. De Kinderombudsman heeft in 2017 onderzocht of kinderen en jongeren door armoede in hun ontwikkeling belemmerd worden. Uit het onderzoek blijkt dat kinderen en jongeren in armoede op alle levensgebieden achterstand oplopen en de aanpak van armoede op dit moment nog te weinig samenhangend is. Dit vraagt een meer integrale aanpak, waarbij om te beginnen de situatie van kinderen thuis meer aandacht moet krijgen. Hierbij is het belangrijk dat zowel kinderen en jongeren als hun ouders worden ondersteund in hun vaardigheden om met geld om te gaan. Voorts hebben armoede en schulden van ouders veel stress tot gevolg, met impact op de gezondheid en het welbevinden van het gehele gezin. Het recente Interbestuurlijke akkoord benoemt het breder benaderen van schuldhulpverlening als belangrijke opgave.

5.3.3 Overige thema's

Naast bovenstaande overkoepelende en randvoorwaardelijke thema's en geprioriteerde thema's, zijn in de gesprekken verschillende thema's benoemd als belangrijk waar het gaat om preventie jeugd. Deze thema's zijn echter niet door de meerderheid van de gesprekspartners gewogen als belangrijkste wanneer het gaat om het realiseren van grote gezondheidswinst. Onderstaand geven we een overzicht van deze thema's. Dit zijn dus thema's die zeer van belang zijn wanneer het gaat om preventie jeugd, maar niet extra zijn geprioriteerd door de gesprekspartners wanneer het gaat om het richten van de Nederlandse preventie-inspanningen en het realiseren van méér gezondheidswinst. Dit betreffen de volgende thema's:

- **jeugd en integratie**
- **laaggeletterdheid onder jongeren**
- **jeugdcriminaliteit en recidive**

- voorkomen van radicalisering jeugd
- kinderen en jongeren met een beperking
- eetproblemen onder jongeren
- zelfverminking onder jongeren
- zelfdoding onder jongeren
- gezond seksueel gedrag
- tienerzwangerschappen en gezinsplanning
- vaccinaties
- gezonde tanden
- zwemvaardigheid.

Jeugd en integratie

Bij preventie jeugd is het van belang oog te hebben voor de verschillen in herkomst. Bereik en bekendheid van (opvoed)ondersteuning onder diverse herkomstgroepen is niet gelijk. Daarmee wordt opvoed- en opgroei-problematiek niet altijd tijdig gesignaleerd of voorkomen. Er zijn grote verschillen in het gebruik van de jeugdzorg naar etnische herkomst blijkt uit analyse van het Kennisplatform Integratie & Samenleving, op basis van cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Dit onderzoek laat zien dat er bij bepaalde groepen problemen en zwaardere zorg kunnen worden voorkomen door een grotere inzet op bereik en preventie. het is hierbij belangrijk om aandacht te hebben voor culturele verschillen en andere perspectieven op ouderschap in opvoedondersteuning.²⁴

Laaggeletterdheid onder jongeren

Laaggeletterde jongeren hebben moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Vaak hebben zij ook moeite met omgaan met een computer. Zij beheersen het minimale niveau om volwaardig in de Nederlandse maatschappij te kunnen functioneren niet.²⁵ Wanneer ouders te maken hebben met laaggeletterdheid, heeft dit ook consequenties voor de taalvaardigheid van kinderen doordat deze minder wordt gestimuleerd. Stichting Lezen & Schrijven stelt dat ongeveer 10 procent van de jongeren groep 8 verlaat zonder het vereiste taalniveau en daarmee het risico heeft om als laaggeletterde volwassene de maatschappij en de arbeidsmarkt te betreden. Preventie van laaggeletterdheid onder kinderen en jongeren moet zich richten op factoren die verbonden zijn aan taalachterstand, zoals mondelinge taalkennis en woordenschat, leesattitude en motivatie van het kind. Ook de houding van ouders ten opzichte van lezen en de interactie die zij hebben met hun kind vraagt aandacht.

Jeugdcriminaliteit en recidive

Onder 12 tot 23-jarigen daalde het aandeel dat verdachte of dader was van een misdrijf tussen 2007 en 2015. (Dit is sneller dan onder volwassenen.) Het aantal jongeren dat online een (klein) delict heeft gepleegd neemt wel toe.²⁶ Door vroegtijdig ingrijpen, persoonsgerichte aanpak, een snellere en consequentere jeugdstrafrechtketen en een goede nazorg wordt landelijk de afgelopen jaren veel ingezet om recidive onder jongeren te verminderen.

Voorkomen van radicalisering jeugd

²⁴ Kennisplatform Integratie & Samenleving is een programma van het Verwey-Jonker Instituut en MOVISIE dat wordt gefinancierd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

²⁵ Dat niveau is door de overheid vastgesteld op eindniveau VMBO of niveau mbo-2/3 (niveau 2F binnen de Standaarden en eindtermen volwassenen educatie). Stichting Lezen en schrijven.

²⁶ Monitor Jeugdcriminaliteit van WODC en CBS

Radicalisering is een proces waarbij een jongere in toenemende mate bereid is de consequenties te aanvaarden van de strijd voor een samenleving die niet strookt met onze democratische rechtsorde. Dit kan ertoe leiden dat de jongere daar ook naar gaat handelen en zelfs bereid is geweld te gebruiken om die opvattingen te realiseren. Radicalisering kan uitlopen in extremisme. De persoon is dan bereid geweld te gebruiken om daarmee de samenleving ingrijpend te veranderen. En in terrorisme: het dreigen met of plegen van ernstig geweld om de maatschappij te ontwrichten of veranderingen teweeg te brengen.

Kinderen en jongeren met een beperking

In Nederland hebben ongeveer tussen de 100.000 en 130.000 kinderen te maken met een lichamelijke, geestelijke, zintuigelijke of meervoudige beperking. Ongeveer 70.000 van deze kinderen hebben te maken met ondersteuning of zorg als direct gevolg van hun beperking.²⁷ Het Kenniscentrum voor licht verstandelijk beperkten (LVB) concludeert dat professionals in het onderwijs, zorg of ondersteunen een licht verstandelijke beperking bij kinderen (of hun ouders) soms niet (op tijd) herkennen. Het kenniscentrum LVB heeft een handleiding gemaakt zodat professionals eerder een beperking kunnen opmerken en (nieuwe) problemen mogelijk kunnen worden voorkomen.

Eetproblemen onder jongeren

Eetstoornissen zijn psychische stoornissen die worden gekenmerkt door verstoord eetgedrag en/of inadequaate compensatiegedrag (braken, laxeren). Kinderen en jongeren met een eetstoornis hebben een verstoord lichaamsbeeld. Ze zijn erg bezig met hun gewicht of lichaamsvorm en zijn bang om aan te komen. Exacte cijfers van het aantal kinderen en jongeren met een eetstoornis ontbreken maar onderzoek laat zien dat ongeveer 0,3 procent van 15 tot en met 29 lijdt aan anorexia nervosa en ongeveer 1 procent aan boulimia nervosa.²⁸

Zelfverminking of automutilatie

Zelfbeschadiging wordt ook wel automutilatie of zelfverminking genoemd. Onder opzettelijke zelfbeschadiging verstaan wij hier het gedrag met niet-dodelijke afloop dat door iemand opzettelijk wordt uitgevoerd, waarmee men verwacht zichzelf lichamelijk te beschadigen, of waarbij men een dusdanige hoeveelheid van een stof inneemt dat de norm voor wat algemeen als therapeutisch wordt beschouwd wordt overschreden (De Wilde, 2005). Eén op de tien middelbare scholieren heeft zich in het afgelopen jaar wel eens verwond en komt vaker voor bij meisjes en jongeren van lagere opleidingsniveaus. 44% van de jongeren die zichzelf beschadigt geeft aan dit meerdere malen gedaan te hebben.

Zelfdoding of suicide onder jongeren

Van zelfdoding of suicide wordt gesproken wanneer een jongere zelf een handeling heeft verricht met als doel zich van het leven te beroven. In 2016 zijn 121 jongeren in de leeftijd van 10-25 jaar door zelfdoding overleden (een lichte daling ten opzichte van 2015). De meeste zelfdodingen vinden plaats onder jongeren van 20-25 jaar. Zelfdoding neemt met de leeftijd toe. De leeftijdsperiode waarin zelfdoding het meeste voorkomt onder jongeren is tussen de 20 en 25 jaar. In 2016 ging het daarbij om 73 jongeren (CBS, 2017).

Vaccinaties

²⁷ Kinderen met een handicap in Tel, Verwey-Jonker Instituut voor het Nederlandse Stichting voor het Gehandicapte Kind, het Johanna Kinder Fonds, het Revalidatiefonds, Fonds verstandelijk gehandicapten en Defence for Children (Kinderen in Tel is een werkgroep van het Kinderrechtencollectief).

²⁸ <https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp/Eetstoornissen>

In Nederland worden vaccinaties aangeboden die beschermen tegen 12 ernstige infectieziekten. Dit is in Nederland heel goed georganiseerd met het Rijksvaccinatieprogramma. Voor een klein maar groeiend aantal ouders in Nederland is het vaccineren van hun kinderen geen vanzelfsprekendheid. Deze ontwikkeling is belangrijk om te monitoren.

Gezond seksueel gedrag

Wanneer jongeren te maken hebben met seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) kunnen ze terecht bij huisarts en GGD en is er een subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) voor jongeren uit risicogroepen. Het programma Jongeren van Soa Aids Nederland samen met Rutgers richt zich op jongeren tussen 12 en 25 jaar in Nederland. In Nederland is Sense het centrum voor seksuele gezondheid, waar jongeren anoniem terecht kunnen met vragen over soa, zwangerschap, anticonceptie en seksualiteit.

De JGZ-richtlijn Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar) ondersteunt professionals in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij het volgen van seksuele ontwikkeling van jeugdigen, geven informatie en advies, vroegtijdig signaleren, begeleiden en indien nodig verwijzen. De richtlijn geeft zicht op een gezonde seksuele ontwikkeling, voorlichting, (vroeg)signalering, begeleiding en verwijzing en sluit aan bij vragen die JGZ-professionals hebben en vragen die JGZ-professionals van ouders en jongeren krijgen.

Binnen de residentiële jeugdzorg wordt gewerkt met een zogenaamd Vlaggensysteem om seksualiteit en seksueel gedrag in de residentiële jeugdzorg bespreekbaar te maken, zowel met jongeren als met ouders en collega's.

Tienerzwangerschappen en gezinsplanning

In Nederland wordt ingezet op preventie tienerzwangerschap, onder meer binnen het project Impuls programma preventie tienerzwangerschap. Kenniscentrum seksualiteit Rutgers heeft onderzocht dat tienermoeders en jonge meiden die abortus pleegden, meestal weinig zelfvertrouwen hebben en structuur missen, vaak een onveilige thuissituatie kennen en fouten maken bij het gebruik van de pil. Rutgers adviseert artsen, onderwijs, ouders en jeugdhulporganisaties om betere voorlichting over anticonceptie te geven, meer begrip en acceptatie over abortus te creëren en betere begeleiding voor en na abortus te bieden. Verder moet er meer aandacht komen voor de invloed van een onveilige thuissituatie op de eigenwaarde en weerbaarheid van meiden. Ook moet afhankelijkheid in relaties beter worden gesignaleerd en lotgenotencontact worden gestimuleerd. Er zijn verschillende interventies die zich richten op (kwetsbare en soms jonge) ouders.

Bij de ondersteuning van (kwetsbare) ouders is ook aandacht voor bewust ouders worden. Gemeenten en GGD's ondersteunen kwetsbare (jonge) gezinnen bij gezinsplanning. Zo helpt het programma 'nu niet zwanger' kwetsbare ouders om in deze fase van hun leven géén kind te krijgen op vrijwillige basis, met een proactieve persoonlijke benadering en maatwerk.

Gezonde tanden

Om tandproblemen te voorkomen is een gezonde gewoonte in mondgezondheid van belang door tandenpoetsen, tandartsbezoek en eet- en drinkmomenten. Ouders spelen een belangrijke rol bij het aanleren van een goede mondgezondheid.

Zwemvaardigheid

Ongeveer 97% van tieners in Nederland beschikt over een zwemdiploma. Kinderen van Nederlandse komaf beschikken vaker over een zwemdiploma dan kinderen van niet-westerse komaf. Een op de tien A-diploma's wordt behaald via het schoolzwemmen en dat percentage

ligt wat hoger onder kinderen van niet-westerse afkomst en kinderen die te maken hebben met armoede.²⁹

5.4 Conclusies nationale verkenning

Door een inzet op de in dit hoofdstuk geïdentificeerde thema's is potentieel een groter positieve gezondheidseffect te behalen. Volgens belangrijke Nederlandse partners is het voor deze thema's het meest wenselijk – of zelfs noodzakelijk – om hier meer preventie-inspanningen op te richten, om zo meer resultaten te realiseren ten aanzien van gezondheid. Deze thema's zijn door de meerderheid van sleutelpartners benoemd en gewogen als fundamenteel om het maatschappelijk effect van meer gezondheidswinst te behalen.

²⁹ Mulier Instituut, SCP en CBS, factsheet '17 – '18

6 Conclusies en aanbevelingen

In Nederland hebben we een relatief gezonde jeugd. Veel verschillende (landelijke en lokale) interventies en programma's richten zich hierbij op preventie. Tegelijkertijd worden er qua scope voor preventie-inspanningen en gebieden voor potentieel groter gezondheidseffecten verschillende kansen gesignaleerd. De verschillende stappen van het onderzoek tonen aan dat we in de samenhang tussen preventie-inspanningen en op bepaalde inhoudelijke gebieden kansen laten liggen. Op basis van internationale verkenning over de status quo en de nationale verkenning over de geïdentificeerde gebieden waar winst is te behalen, zijn aanbevelingen geformuleerd. Verschillende geïdentificeerde thema's hebben (inmiddels) een plek gekregen in (recente) nationale programma's, waarbij nog enkele kansen liggen. Deze worden beschreven in paragraaf 6.1. Daarnaast zijn er mogelijke extra inspanningen op verschillende niveaus en thema's om meer gezondheidswinst te realiseren. Deze worden uitgewerkt in paragraaf 6.2.

6.1 Positionering thema's in licht landelijke programma's en akkoorden

Mede in het licht van het nieuwe regeerakkoord zijn er enkele recente of nieuwe landelijke programma's en akkoorden die raken aan preventie jeugd. Verschillende van de geprioriteerde thema's hebben een plek gekregen binnen een of meer van deze landelijke programma's. Onderstaande tabel geeft aan welke thema's in welke programma's een plek hebben. Daarnaast zijn er vaak langer lopende programma's of initiatieven waar de thema's al in terug komen. Deze zijn benoemd in de laatste kolom van de tabel. Wanneer er belangrijke accenten zijn in het licht van preventie jeugd, wordt dit ook benoemd in de laatste kolom.

	Zorg voor de Jeugd	Kansrijke start	Geweld hoort nergens thuis	Preventie Akkoord	Scheiden zonder schade	Programma Sociaal Domein	Interbestuurlijk akkoord	Andere acties & belangrijke accenten in het licht van preventie jeugd
Integrale aanpak	+	+	+	+	+	++	+	Ook in alles is gezondheid, gezonde school & gezonde kinderopvang-verbreding naar alle partners in de wijk
Vroegsignalering & opsporing	+	+	+					
Monitoring & big data						+		Basis waarstaatjegemeente – voortbouwen op, samen met GSF maar ontwikkelopgave
Professionalisering & preventie	+	+						
Gezonde leefstijl		+		+		+		Jongeren op Gezond Gewicht – belang van meer verbinding met leefstijl en omgeving
Rookvrije generatie				++				Samenwerking met Nederland Rookvrij! – meer in relatie tot oorzaken roken
Voorlichting & gespreksvoering	+	+						Meer aandacht voor breedte en gespreksvoering binnen Gezonde School
Tegengaan kindermishandeling	+	+	++					Voortbouwend op Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik
Jeugd 18-/18+	+					+		Meer aandacht voor preventieve werking – klaar zijn voor de toekomst

	Zorg voor de Jeugd	Kansrijke start	Geweld hoort nergens thuis	Preventie Akkoord	Scheiden zonder schade	Programma Sociaal Domein	Interbestuurlijk akkoord	Andere acties & belangrijke accenten in het licht van preventie jeugd
Kansrijke start	+	++				+		
Vaardigheden van deze eeuw								Belang van verbinding met onderwijs, maar ook informele vaardigheden
Ouderschap en opvoedvaardigheden	+	+	+		+			Transformatieagenda jong ouderschap – verbreden alle ouders en aandacht vader
Mentale druk en weerbaarheid								
Financiële gezondheid						+	+	Stimuleren integrale benadering armoede en schulden in relatie tot gezondheid

Hiermee zijn verschillende geprioriteerde thema's gedekt in de recente nationale programma's. Vanuit het perspectief van preventie jeugd is het van waarde dat deze thema's hoog al op de beleidsagenda (blijven) staan. Dit is belangrijk voor het realiseren van voortgang op deze thema's, bijdragend aan gezondheidswinst.

In bovenstaand overzicht zijn de thema's die niet of nauwelijks naar voren komen in landelijke programma's **blauw** gekleurd. Deze vereisen extra inspanning om meer gezondheidswinst te realiseren. Dit wordt nader toegelicht in onderstaande paragraaf.

6.2 Vereiste extra inspanningen voor gezondheidswinst jeugd door preventie

Naast de thema's die geland zijn in landelijke programma's, zijn er extra inspanningen vereist met het oog op potentiële gezondheidswinst en om te komen tot de gezondste jeugd in 2040. De belangrijkste thema's preventie jeugd staan op de kaart, met uitzondering van:

- **monitoring & big data**
- **vaardigheden van deze eeuw**
- **mentale druk en weerbaarheid.**

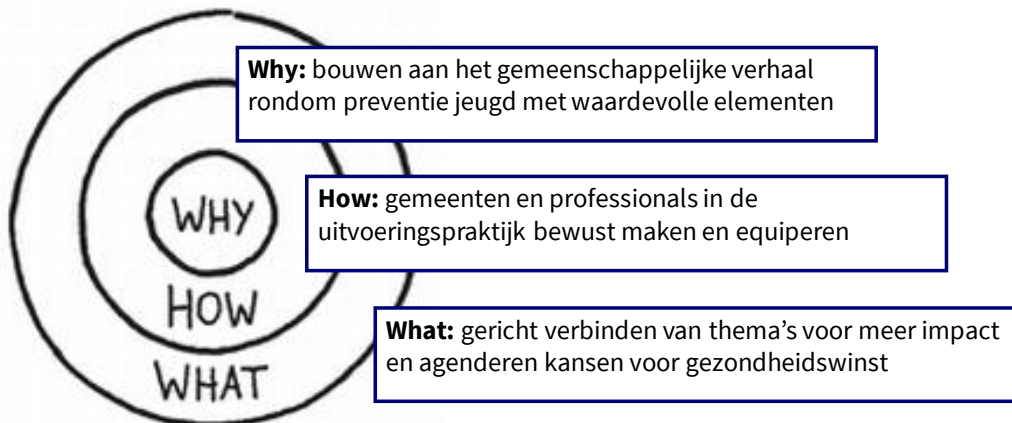
Andersson Elffers Felix



Voor ordening van de uitkomsten van de aanbevelingen hebben we ons gebaseerd op de gouden cirkels van Simon Sinek:

- **Why:** vereiste visie om meer gezondheidswinst jeugd te realiseren of overkoepelende ambitie van wat alle partners in Nederland gezamenlijk willen bereiken op het gebied van de gezondste jeugd
- **How:** manier van werken om meer gezondheidswinst te realiseren, waarbij gemeenten een belangrijke regierol hebben ten aanzien van lokale opgaven, doelen te stellen en samen te werken in de lokale preventie-infrastructuur
- **What:** concrete preventie-inspanningen vereist voor meer gezondheidswinst, activiteiten en interventies die feitelijk moeten worden uitgevoerd door professionals voor kinderen, jongeren en naasten gericht op preventie

Om gezondheidswinst jeugd te realiseren onderscheiden we **aanbevelingen** op deze drie niveaus. Deze aanbevelingen luiden:



Dit vraagt activiteiten en instrumenten op verschillende niveaus:

	Why	How	What
<i>Doel</i>	Gezondste jeugd 2040 als gezamenlijk perspectief	Gemeenten die initiëren, coördineren en verbinden	Thematische verrijking, verdieping en verbinding
<i>Activiteiten</i>	Gezamenlijk verhaal over brede benadering, waardevolle elementen en (financiële) effecten	Equiperen van gemeenten, faciliteren en stimuleren van lokaal leren	Positioneren van mentaal welbevinden, verrijken en verbinden van initiatieven
<i>Instrumenten</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gezamenlijk proces ▪ Verzamel beleidsbrief ▪ Indicatoren (met GSF) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zelfscan bewustwording ▪ Proeftuinen ▪ Verrijken wijkteams 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectenanalyse ▪ Positioneren, agenderen en uitwerken vereiste inspanningen

De scope en gebieden om gezondheidswinst te behalen zijn te ordenen binnen deze drie niveaus.

WHY: bouwen aan het gezamenlijke verhaal rondom preventie jeugd

Om gezondheidswinst te realiseren is de eerste aanbeveling meer te investeren in een gedeeld, overkoepelend verhaal rondom preventie jeugd – vanuit de gedeelde ambities in de wetten – en de waardevolle elementen om hierop in te zetten. Zowel lokaal als landelijk ontbreekt het aan een wenkend perspectief en een visie (a) waarom preventie jeugd belangrijk is (b) wat hoort tot preventie jeugd en (c) wat waardevolle elementen zijn bij de totstandkoming van preventie jeugd. Kortom gezamenlijk werken aan een *nieuw richtinggevend en agenderend discours*

Dit kan door het bundelen van de gedeelde ambities en elementen rondom preventie jeugd in een gezamenlijk proces – of een eenmalige werktafel – met de sleutelpartners:

- brede benadering van positieve gezondheid
- potentie voor het realiseren gezondheidswinst
- voortbouwen op het wenkende perspectief van de *gezondste jeugd ter wereld in 2040*
- waardevolle elementen in het investeren in gezondheidswinst
- belang van vroeg beginnen, al voor de geboorte
- nadruk op beschermende factoren
- samenvatten van (financiële) effecten van investeren in preventie jeugd³⁰
- betekenis voor indicatoren.

Dit is een landelijke verantwoordelijkheid (met betrokkenheid van belangrijke lokale spelers), waarbij het ministerie van VWS een initiërende rol kan spelen en de sleutelpartners³¹ kan uitnodigen om gezamenlijk het verhaal te maken. Dit kan bijvoorbeeld in een verzamel beleidsbrief waar partners landelijke en lokale inspanningen langs kunnen leggen en als coalitie ('preventiebende') uit kunnen dragen.

Dit kan worden ondersteund door het over tijd monitoren van een selectie indicatoren (met de Samenwerkende Gezondheidsfondsen).

HOW: gemeenten en professionals in de uitvoeringspraktijk te equiperen

Om gezondheidswinst te realiseren is de tweede aanbeveling om gemeenten en professionals in de uitvoeringspraktijk (meer) bewust maken van de potentiële gezondheidswinst door meer samenhangende preventie-inspanningen jeugd. Hierbij is het belangrijk gemeenten (meer) bewust te maken van hun belangrijke (regie)rol, zodat gemeenten meer initiëren, coördineren en verbinden ten aanzien van preventie jeugd – met oog voor de potentiële impact die dit kan hebben op de korte en lange termijn. Het is van belang om deze verantwoordelijkheden expliciet te maken voor gemeenten en hen hierin duidelijk te positioneren. Uiteindelijk wordt de gezondheidswinst gerealiseerd in de lokale uitvoeringspraktijk van gemeenten.

Samen met lokale stakeholders kan worden nagedacht hoe je een lokale 'preventie' infrastructuur kunt maken die bijdraagt aan de gezondste jeugd van 2040. Het helpt wanneer gemeenten lokaal gericht keuzes maken op het gebied van preventie en hier (big) data bij benutten. Hierbij kan worden voortgebouwd op preventieagenda's (en de nota publieke gezondheid) die gemeenten nu al maken, maar die breder gaan dan publieke gezondheid en concretere doelen stellen ten aanzien van preventie jeugd, toewerkend naar een integrale aanpak preventie jeugd.

³⁰ Voortbouwend of effectenkaart uit hoofdstuk 3

³¹ Dit zijn grotendeels ook de partners die zijn geïnterviewd voor dit onderzoek. Er kan een publiekversie van dit onderzoek, samen met een uitnodiging voor het maken van dit verhaal aan deze partijen worden voorgelegd.

Naast het stimuleren van gemeenten en het equiperen van gemeenten in hun rol, is het faciliteren van lokaal leren belangrijk. Hierbij zijn de overkoepelende en randvoorwaardelijke opgaven belangrijk:

- integrale aanpak
- monitoring & big data
- professionalisering & preventie
- vroegsignalering & vroegopsporing.

Voor de bewustwording kan een zelfscan worden ontwikkeld, voortbouwend op de huidige preventiematrix jeugd, maar met een verbreding. Ook kan gekozen worden voor proeftuinen, voortbouwend op het model van het netwerk van 15 gemeenten actief op het gebied van preventie jeugdhulp. Het verrijken wijkteams met een professionaliseringsimpuls en leer- en ontwikkelruimte om (meer) in te zetten op preventie jeugd is een belangrijke kans.

Leer en verandertraject terugdringen gezondheidsachterstanden (traject 5 Programma Sociaal Domein)

In het landelijk **Programma Sociaal Domein (PSD)**³² werken Rijk en gemeenten samen aan het versterken van de transformatie op 16 domeinoverstijgende thema's, die van belang zijn voor de doorontwikkeling van het sociaal domein. Dit doet het PSD via gezamenlijk leren, ontwikkelen en versnellen in de praktijk.

Komende periode wordt onder het Programma Sociaal Domein een traject ingericht gericht op het **terugdringen gezondheidsachterstanden** ten aanzien van twee thema's, namelijk een **veilige, gezonde, kansrijke start** en **gezond gewicht** jeugd. Hiervoor wordt versneld geleerd en veranderd in 10 tot 14 gemeenten om te komen tot een echt integrale aanpak over het sociaal domein, publieke gezondheid heen, maar ook onderwijs en de openbare ruimte. Zie bijlage voor een korte samenvatting van het traject.

Aangezien preventie jeugd ook vraagt om een integrale adaptieve lokale aanpak kan het een overweging zijn om ook 7 leergemeenten toe te voegen aan dit leer- en verandertraject die zich focussen op een integrale aanpak preventie jeugd, waarbij gezamenlijk geleerd wordt van de waardevolle elementen in de lokale aanpakken. Op die manier wordt inzicht verkregen in *wat werkt voor welke context door wie*. (zie bijlage 5).

WHAT: gericht verbinden van thema's voor meer impact en agenderen mentaal welbevinden

Om gezondheidswinst te realiseren is de **derde aanbeveling** thema's gericht te verbinden en de **vierde aanbeveling** om mentaal welbevinden (mentale weerbaarheid) en vaardigheden van deze eeuw meer expliciet te agenderen:

- Door thema's gericht in samenhang te benaderen (binnen de bestaande programma's) kan preventieve impact vergroot worden. Dit vraagt vervolgonderzoek naar effecten van preventie en het doorrekenen van verbanden en het verder in kaart brengen van correlaties. Hierdoor kan scherp in beeld worden gebracht wanneer thema's al voldoende effectief hun plek hebben gevonden in de landelijke programma's of waar huidige programma's gericht verrijkt dienen te worden ten aanzien van de gebieden die zijn geïdentificeerd als belangrijk voor het realiseren van potentiële gezondheidswinst.

³² www.programmasociaaldomein.nl

- Positioneren van mentaal welbevinden en het gericht verrijken en verbinden in huidige programma's door mentaal welbevinden en de vaardigheden van kinderen, jongeren en naasten die dit vraagt te positioneren en waar nodig te vertalen naar preventie-inspanningen.

Vervolgonderzoek effectenanalyses

Er worden veel verschillende programma's en interventies ingezet die zich (mede) richten op preventie jeugd, maar de vraag is of dat wel effectief is. Juist waar het gaat om preventie jeugd vraagt dit een lange termijn perspectief en monitoring over domeinen heen. Het benaderen van preventie-inspanningen jeugd als losse interventies of vanuit verschillende domeinen of programma's kan leiden tot minder effectiviteit, te weinig effect van schaarse middelen en kans op overlap. Aangezien effecten van preventie-inspanningen jeugd pas op de lange zichtbaar worden, is het belangrijk op basis van huidig onderzoek scherper te zijn op de relatie tussen thema's, bijvoorbeeld armoede en gezondheid of mentale gezondheid en leerprestaties.³³ Dat betekent dat er meer zicht moet komen op **concrete onderwerpen waar meer samenhang nodig is**. Op basis hiervan kunnen huidige programma's of interventies gericht verrijkt worden of kunnen interventie-inspanningen meer volgordelijk worden ingezet. Hierdoor wordt het **rendement van investeringen** groter. Op landelijk niveau kan worden geagendeerd en aangetoond wat het effect is als verschillende thema's rondom preventie jeugd meer in samenhang worden benaderd.³⁴ Meer samenhang is op deze manier geen doel op zich of 'mantra', maar gericht op die specifieke gebieden waar de **impact en effectiviteit** van integraal werken bewezen is. Door hier keuzen op te baseren kan gericht worden ingezet op kansen voor gezondheidswinst door preventie in huidige programma's en initiatieven. Dit geldt zowel voor de landelijke programma's, als in de lokale uitvoeringspraktijk in gemeenten. Concreet betekent dit om (gezamenlijk met experts) een effectenanalyse maken waarin de relaties tussen activiteiten, resultaten en effecten meer expliciet worden.

Mentaal welbevinden en vaardigheden van deze eeuw

Deze thema's kunnen scherper gepositioneerd worden in huidige programma's of hier kunnen extra preventie-inspanningen op worden gericht. Deze thema's hangen nauw samen – in de emotionele gezondheid van kinderen en jongeren. Daarnaast raken deze thema's direct aan ouderschap en opvoedvaardigheden – en de mentale gezondheid van ouders. Ook is er nauwe samenhang met financiële gezondheid, omdat omgaan met geld in deze tijd voor (nieuwe) uitdagingen zorgt en doordat schulden en armoede grote impact hebben op stress en daarmee (mentale) gezondheid van kinderen, jongeren en ouders.

Deze thema's komen relatief minder aan bod op beleidsagenda's en in de huidige programma's, terwijl deze thema's wel door de partners worden geprioriteerd om gezondheidswinst te realiseren. Op onderdelen worden deze thema's wel geagendeerd en er is binnen de wetenschap en onderzoeksprogrammering wel enige aandacht voor, maar dit zijn nog vrij losstaande stappen. Wat betreft de samenhang tussen mentaal welbevinden en financiële weerbaarheid, besteden het Programma Sociaal Domein en het interbestuurlijk akkoord wel aandacht aan, ook samen met Sociale Zaken, maar wordt hier niet expliciet op ontwikkeld of geleerd.

³³ Zie ook de beleidstheorie in hoofdstuk 3.

³⁴ Aanbeveling is om hier een verdiepend onderzoek voor uit te voeren. Optie om de effectenkaart uit hoofdstuk 3 hiervoor uit te werken.

Hiervoor kan een expertsessie worden georganiseerd om de opgaven op het gebied van mentaal welbevinden te verdiepen. Het is behulpzaam om in kaart te brengen en door te rekenen waar het positioneren van mentaal welbevinden in huidige programma's de grootste impact heeft door middel van een effectenanalyse. Op basis hiervan kunnen concrete vervolgstappen worden geformuleerd wat dit nog extra vereist qua preventie-inspanningen op mentaal gebied.

Suggestie ten aanzien van het mogelijke vervolg van het ex-ante onderzoek

Met bovenstaande aanbevelingen kan ook invulling worden gegeven aan de beoogde vervolgstappen van dit ex-ante onderzoek:

Stap 3: Vertaling van de doelen in acties en indicatoren

Op basis van de kansen voor gezondheidswinst door preventie is de vervolgstap te kijken hoe te meten wat werkt samen in een interactief proces met alle sleutelpartners. Dit kan door:

- Bundelen van het gezamenlijke verhaal inclusief indicatoren in een interactief proces samen met de sleutelpartners³⁵
- Verder uitwerken van de correlaties uit de effectenkaart, zodat gericht kan worden ingezet op samenhang tussen specifieke preventie-inspanningen

Stap 4: onderzoeken van de vertaling in een actieprogramma

Samen met de sleutelpartners een actieprogramma te ontwikkelen, in een combinatie van verschillende instrumenten gekoppeld aan een onderzoeksprogrammering voor ex-durante en ex-post evaluatie. Dit kan door:

- In een verdiepingssessie met experts onderzoeken waar mentaal welbevinden kan worden gepositioneerd in de huidige programma's en daar waar niet onderzoeken wat dit vraagt aan actieprogramma voor extra preventie-inspanningen. Het ministerie van VWS heeft hiervoor al eerste discussiebijeenkomsten georganiseerd en zal hier na de zomer van 2018 op voortbouwen.
- Onderzoeksprogrammering ontwikkelen, voor ex-durante en ex-post evaluatie in relatie tot het equiperen, gebruikmakend van bestaande data, ondersteunend aan de lerende uitvoeringspraktijk in gemeenten.

Tot slot

In Nederland refereren we vaak aan het feit dat we de gelukkigste jeugd ter wereld hebben,. Maar we hebben niet de gelukkigste volwassenen. En we hebben ook niet de gezondste jeugd ter wereld, terwijl juist in de (vroegste) jeugd de basis wordt gelegd voor de rest van het leven. Meer geëxpliciteerde landelijke ambities en verhaal rondom preventie jeugd – met gebundelde waardevolle elementen en ondersteunende indicatoren – helpt om zowel landelijk als lokaal preventie inspanningen meer te richten. Hierbij is het cruciaal om zicht te hebben op lokale kansen en verder te onderzoeken waar samenhang tussen thema's het rendement ten aanzien van preventie jeugd (nog) groter maakt. Dit kan stimuleren dat gemeenten (nog meer) hun rol pakken ten aanzien van preventie jeugd en professionals verder geëquipeerd worden ten aanzien van preventie jeugd – om toe te werken naar die gezondste jeugd!

³⁵ Denk aan kennisinstituten, gezondheidsfondsen, gemeenten, zorgverzekeraars, jongeren, ouders, patiënten, professionals in de wijk en de zorg, 'bondgenoten' en ambassadeurs in het publieke debat

Bijlage 1: definitie gezondheid, jeugd en preventie

Brede definitie van gezondheid

Voor dit onderzoek gaan we uit van een brede definitie van begrip gezondheid en operationaliseren we dit vanuit meerdere perspectieven, namelijk fysiek, sociaal (inclusief sociaaleconomisch en financieel) en mentaal. Hierbij baseren we ons op actuele (wetenschappelijke) literatuur over gezondheid en preventie, die het vertrekpunt zijn voor dit ex-ante onderzoek.

Voorheen werd vaak de gezondheidsdefinitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uit 1948 gehanteerd. Deze definitie: Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet van louter het ontbreken van ziekte. In de praktijk is dit vaak geen realistische staat van zijn. Tegenwoordig wordt vaak de definitie van (positieve) gezondheid gehanteerd: *Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.*³⁶ Deze relationele en dynamische omschrijving biedt een alternatief voor de statische definitie van de WHO.

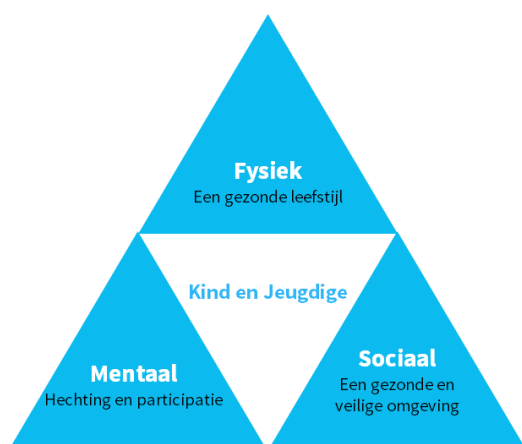
Deze definitie gaat uit van zes dimensies van gezondheid:

- lichaamsfuncties
- sociaal-maatschappelijke participatie
- mentale functies en mentale beleving
- spirituele dimensie
- kwaliteit van leven
- dagelijks functioneren.

We onderscheiden daarmee vier opvoed- en opgroeiomgevingen: thuis, op school, in de buurt en – in toenemende mate – ook online.

Voor de volledigheid, deze indicatoren hangen nauw samen (ook met de andere dimensies van gezondheid). Bepaalde indicatoren die worden meegenomen in dit onderzoek zijn te ordenen onder meerdere op basis van deze categorieën. Op basis van beschikbare gegevens hebben we hier keuzes in gemaakt in het belang van de analyse.

³⁶ Machteld Hubert, Louis Bolk Instituut



Een kind dat gezond, veilig en kansrijk opgroeit, is in staat zich zelfstandig een eigen plaats in de samenleving te veroveren. Daarbij gaat het om:

- **vertrouwen** kunnen hebben in zichzelf en de eigen omgeving
- **veerkracht** verwerven om de uitdagingen het hoofd te kunnen bieden
- **vangnet** hebben om op terug te vallen als de omstandigheden daarom vragen.

Definitie van jeugd

Jeugd zien we hier bij als zowel kinderen en jongeren. Dit begint al tijdens de zwangerschap en zelfs voor de conceptie (preconceptie). Er zijn verschillende leeftijden die gehanteerd worden in de literatuur. De verschillende wetten gaan uit van 18. Wanneer jongeren te maken hebben met jeugdhulp is hierbij de fase van 18 worden van belang gezien de overgang. Dit onderzoek gaat daarom uit van – 9 maanden tot 23 jaar. In wat belangrijk is in het welbevinden van de jeugd en wat is te meten, is het verschil tussen kinderen en tieners groot, dus hier houden we rekening mee.

Daarbij besteden we aandacht aan de omgeving van jongeren, specifiek ouders, verzorgers en naasten.

Definitie van preventie

Preventie betekent kortweg *het voorkomen dat er problemen ontstaan door van tevoren in te grijpen*. Preventie is daarmee het geheel van doelbewuste initiatieven die anticiperen op risicofactoren en inzetten op beschermende factoren, om te handelen voordat het probleem ontstaat en reageren wanneer eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is. Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Waar het gaat om preventie jeugd, betekent dat dus investeren in gezondheidsbevordering om problemen in de jeugd maar ook *later in het volwassen leven* te voorkomen.

Het RIVM hanteert vier definities van preventie, namelijk naar: (1) doelgroep, (2) fase van de ziekte, (3) type maatregel en (4) methode van uitvoering.

Preventie naar type doelgroep

Binnen preventie worden de volgende typen preventie onderscheiden waarbij wordt geredeneerd vanuit doelgroep:

- **Universele preventie** bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gezonde bevolking. Dit type preventie heeft vooral effect op de lange termijn. Met de

decentralisaties is de gemeente een belangrijke(r) speler geworden ten aanzien van primaire preventie.

- **Selectieve preventie** probeert te voorkomen dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Dit type preventie heeft vooral effect op de middellange termijn. Een belangrijke speler hierbij is de zorgverzekeraar.
- **Geïndiceerde preventie** probeert te voorkomen dat beginnende kwetsbaarheid en ondersteuningsvragen verergeren tot grotere problematiek. Het doel van geïndiceerde preventie is te voorkomen dat een aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.³⁷

Preventie naar fase van ziekte

Ook in de gezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende type preventie:

- Onder **primaire preventie** vallen activiteiten die voorkomen dat gezonde mensen een bepaald(e) gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen.
- Bij **secundaire preventie** worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor eerder worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt.
- Bij **tertiaire preventie** bestaat de doelgroep uit patiënten en worden complicaties en ziekteverergering voorkomen. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder.

Preventie naar type maatregel

Preventieve maatregelen worden van oudsher ingedeeld naar het type maatregel:

- **Gezondheidsbevordering** richt zich op het bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl en van een gezonde sociale en fysieke omgeving.
- **Gezondheidsbescherming** heeft als doel de bevolking te beschermen tegen gezondheidsbedreigende factoren.
- **Ziektepreventie** omvat maatregelen die gericht zijn op het voorkomen van specifieke ziekten of op de vroege signalering daarvan. Belangrijke maatregelen zijn screening, vaccinaties en preventieve medicatie.

Preventie naar methode van uitvoering

Op basis van de methode van uitvoering zijn er vijf pijlers voor het samenstellen van een preventieprogramma:³⁸

- **Inrichting van de fysieke en sociale omgeving**, zoals: rookvrije schoolpleinen, het creëren van meer speelruimte in de wijk, aanpassingen in de infrastructuur van aandachtswijken en het stimuleren van onderlinge betrokkenheid en sociale steun van buurtbewoners.
- **Regelgeving en handhaving**, zoals: wetten, vergunningen, leeftijdsgrenzen, reclamebeleid, handhaven van regels of prijsmaatregelen (accijnzen of subsidies).
- **Voorlichting en educatie aan groepen**, zoals: groepsvoorlichting, lesprogramma's over een gezonde leefstijl op school en landelijke publiekscampagnes.
- **Signalering en individueel advies**, zoals: het preventieconsult, signalering overgewicht op school, landelijke screeningsprogramma's, screening van soa bij risicogroepen of gerichte voorlichting aan ouders op het consultatiebureau. Richtlijnen standaardiseren het proces van signalering en advies.

³⁷ RIVM

³⁸ Handreiking Gezonde Gemeente een indeling

- **Ondersteuning**, zoals: kortdurende adviesgesprekken door de huisarts, preventieve groepscursussen in de ggz of beweegprogramma's.

De nadruk in dit onderzoek ligt op universele en selectieve preventie, en een ambitie om een beweging te maken naar meer universele en selectieve preventie.

Risico- en beschermende factoren

In het inzetten op gezondheidsbevordering zijn er bepaalde factoren waarvan we weten dat die het risico op gezondheidsproblemen vergroten:³⁹

1. Ongezonde leefstijl (mogelijk resulterend in lichamelijke klachten, overgewicht en ziekten)
2. Psychiatrische of psychosociale problemen, adverse childhood experiences (ACE'S) en jeugdtrauma's
3. Verslavingsproblemen (inclusief roken en drinken)
4. Het gelijktijdig bestaan van medische én niet-medische risico's
5. Sociaaleconomische kenmerken zoals lage sociaal economische status, schulden, armoede geen werk
6. Onveilige omgeving, geen eigen netwerk en/of sociaal steunsysteem, impact van wonen in een achterstandswijk, instabiele huisvesting of verblijfplaats
7. Verstandelijke beperking of lichtverstandelijke beperking
8. Gecombineerde of multiproblematiek (inclusief mishandelingsproblematiek)

Daarnaast zijn er beschermende factoren waarvan we weten dat die bijdragen aan een veilige, gezonde en kansrijke start en leven van een kinderen en jongeren, met positieve impact later in het leven:⁴⁰

Bij de opvoeder

- kennis over opvoeding en ontwikkeling
- het hebben van een harmonieuze relatie met de partner
- zich bewust zijn van de eigen jeugdervaringen en de invloed daarvan op het eigen handelen
- praktische en emotionele steun vanuit het sociale netwerk
- warmte en affectie van de ouder
- veilige hechting
- bereidheid om hulp te accepteren.

Bij het kind of de jongere

- zelfwaardering en zelfvertrouwen
- bovengemiddelde intelligentie
- goede interpersoonlijke vaardigheden (sociale competentie)
- ego-veerkracht
- makkelijk temperament
- het besef dat je zelf ook kunt bijdragen aan het voorkómen en oplossen van problemen (interne locus of control)
- het vertrouwen in de eigen capaciteiten om zelf te kunnen bijdragen aan het voorkomen en oplossen van problemen (self-efficacy)

³⁹ MOVISIE

⁴⁰ Nederlands Jeugdinstituut

Bijlage 2: aanpak internationale verkenning

Aanpak internationale verkenning

Om de internationale verkenning uit te voeren zijn de volgende stappen doorlopen:

1. Verkenning internationale bronnen. Hierbij is uitgegaan van een brede definitie van gezondheid en drie categorieën indicatoren:
 - Fysiek
 - Sociaal (en sociaaleconomisch en financieel)
 - Mentaal(Nota bene: bepaalde indicatoren zijn te ordenen onder meerdere van deze categorieën.)
2. Samen met het preventieteam jeugd van het ministerie van VWS zijn indicatoren gekozen, die tezamen een indicatief totaalbeeld geven rondom preventie jeugd in Nederland.
3. Per indicator en per categorie is gekeken waar Nederland zich bevindt in de beschikbare internationale rankings.
4. Toetsing van de selectie indicatoren verkenning bij partner (specifiek TNO) en afstemming met de internationale verkenning die momenteel wordt uitgevoerd door de samenwerkende gezondheidsfondsen (SGF).

Gebruik beschikbare bronnen

Deze internationale verkenning bundelt beschikbare internationale en Europese data, vanuit een brede definitie van gezondheid. De internationale Organisatie voor Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) brengt jaarlijks Gezondheidsstatistieken uit, ook specifiek gericht op families en kinderen. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) biedt inzicht in de gezondheid van (schoolgaande) kinderen in de Health Behaviour in School-Aged Children survey (HBSC). Verder hebben we gekeken naar gegevens van de Verenigde Naties en specifiek Unicef. Ook de Europese Unie brengt gezondheid binnen de lidstaten in beeld met de European Observatory on Health Systems and Policies.

Belangrijkste bronnen voor dit onderzoek zijn daarmee:

- Gezondheidsstatistieken (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling)
- Health Behaviour in School-Aged Children (Wereld Gezondheidsorganisatie)
- Verenigde Naties en specifiek UNICEF
- European Observatory on Health Systems and Policies (Europese Unie)
- Kids Rights Index (Erasmus University).

Daarnaast wordt er momenteel onder het nieuwe kaderprogramma voor onderzoek & innovatie *Beyond Horizon 2020* van de Europese Unie ingezet op *Resilient Youth!* Een gezonde

jeugd – en daarmee meer preventie – wordt hierbij benoemd als cruciale maatschappelijke opgave. Dit vraagt meer integrale aanpakken, evidence based interventies en preventieve strategieën. Voor de internationale verkenning zoeken we de verbinding met onderzoek dat momenteel wordt uitgevoerd binnen het kaderprogramma voor het Europese perspectief. Onderliggende data vanuit Eurostat zijn geraadpleegd.

Disclaimer

- De internationale verkenning dient om een beeld te geven van de Nederlandse positie preventie jeugd ten aanzien van andere landen op basis van beschikbare data op basis van verschillende samples lidstaten. Daarmee dient deze verkenning niet om er direct conclusies aan te verbinden over Nederland dan wel over andere landen.
- De indicatoren zijn geselecteerd om een breed beeld van gezondheid te geven, maar dit is daarmee geen wetenschappelijke analyse van gezondheid waar conclusies aan kunnen worden verbonden.
- Alle indicatoren zijn omgezet naar positieve indicatoren. Dus wanneer het gaat om een negatieve indicator, dan duidt de hoogste ranking op de laagste score.
- Gezien de reikwijdte van dit soort data en de tijdsinvestering die het vraagt om dergelijke data te verzamelen, dateren veel data uit 2013, 2015 of 2017.
- Onder kinderen onder de 10 is het moeilijk om onderzoek te doen naar sociale en mentale indicatoren. Veel data richten zich daarmee op jeugd vanaf 11 jaar oud.

Bijlage 3: greep uit landelijke en lokale spelers en initiatieven

Dit ex-ante onderzoek vindt plaats binnen een context, waarin steeds meer aandacht is voor preventie – ook voor jeugd. In Nederland zijn er veel partijen die reeds een positie hebben op het gebied van preventie jeugd en een belangrijke rol spelen in agendasetting en kennisdeling op het thema. Om die reden hebben we landelijk en lokaal een stakeholderanalyse uitgevoerd en het speelveld in kaart gebracht. Daarbij zijn veel spelers bevroegd en/of betrokken over wat zij zien over de belangrijkste initiatieven rondom preventie jeugd. Dit heeft geleid tot onderstaand – niet dekkend – overzicht van initiatieven.

We kijken hierbij vanuit twee perspectieven naar de vollen van spelers rondom preventie jeugd:

- Landelijk, meer vanuit agendasettend perspectief
- Lokaal, meer vanuit uitvoeringsperspectief

Landelijke spelers

- De samenwerkende gezondheidsfondsen met de Gezonde Generatie
- Gezondheidsraad
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
- GGD GHOR
- NPHF Federatie voor Gezondheid
- SER
- CBS
- VNG
- Raad voor de Kinderbescherming
- Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- RIVM
- TNO
- Federatie voor Gezondheid

Branche- en beroepsorganisaties, belangenverenigingen

- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Brancheorganisatie Geboortezorg (BO)
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Sociaal Werk Nederland
- Actiz (jeugd)
- BOinK, Belangenvereniging van Ouders in de Kinderopvang & Peuterspeelzalen
- AUGEO
- SARDES
- Brancheorganisatie Kinderopvang (BK)

Andersson Elffers Felix

- Brancheorganisatie Maatschappelijke Kinderopvang (BMK)
- PO-Raad
- VO-Raad
- AJN Jeugdartsen Nederland (en jeugdverpleegkundigen)
- Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)

Samenwerkende gezondheidsfondsen

- Aids Fonds
- Alzheimer Nederland
- Diabetes Fonds
- Epilepsiefonds
- Fonds Psychische Gezondheid
- Fonds verstandelijk gehandicapten
- Hartstichting
- Hersenstichting
- Johanna Kinderfonds
- KWF Kankerbestrijding
- Longfonds
- Maag Lever Darm Stichting
- Nederlandse Brandwonden Stichting
- Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting
- Nierstichting
- Prinses Beatrix Spierfonds
- Reumafonds
- Revalidatiefonds
- Stichting ALS
- Stichting MS Research
- Trombosestichting

Landelijke initiatieven

Ondersteunende visies

In Nederland zijn er enkele visiestukken of initiatieven die preventieve ambities uitwerken, waaronder:

- Manifest en netwerk rondom 1001 dagen
- Onderzoek van de Raad voor Gezondheid
- Nationale Wetenschapsagenda
- Agenda voor de Zorg
- De JGZ preventieagenda, ActiZ Jeugd, GGD GHOR en NCJ
- Project integrale aanpak in de wijk
- Bestuurlijk overleg publieke gezondheid
- Nationaal Preventie Programma

Ten tijde van de coalitieonderhandelingen van de huidige regeringen hebben belangrijke spelers gezamenlijk een brief over preventie geschreven aan de formateur waaronder de NPHF, GGD GHOR, LHV, GGZ NL, CIZ&O, RVS, VO-raad, VNG, Actiz, ZN, MEE NL, PFN, SW NL.

Voorbeelden van ondersteunende programma's

- Programma zorg & en ondersteuning en Programma opgroeien en leren van het Sociaal Cultureel Planbureau

- Programma zwangerschap en geboorte, cluster jeugd en cluster preventie (opvoeding, onderwijs, kwaliteit kinderopvang) van ZonMw
- Kinderrechtenverdrag en kinderrechtentour van de Kinderombudsvrouw
- Preventieve, leefstijlgerichte interventiedatabase van het Loket Gezond Leven.nl gecoördineerd door het Centrum Gezond Leven
- Andere, niet-leefstijlgerichte, preventieve interventies zijn te vinden bij specifieke onderwerpen van het Nationaal Kompas Volksgezondheid
- Subsidieregeling Preventiecoalities van het ministerie van VWS gericht op de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen
- Integraal werken in de wijk

Professionaliserings- en ontwikkelprogramma's (jeugd)

In het licht van de decentralisaties financiert VWS verschillende professionaliserings- en ontwikkelingsprogramma's op het gebied van jeugd, waarbinnen aandacht wordt besteed aan preventie:

- Academische werkplaatsen transformatie Jeugd
- Swing projecten
- Werkplaatsen sociaal domein, deels met jeugdaccent
- Inclusieve steden
- Richtlijnen jeugd Nji
- Programma professionalisering Jeugdhulp en Jeugdbescherming
- Programma Sociaal Domein (Netwerk Directeuren Sociaal Domein)
- Preventiematrix NCJ en NJi en Duurzaam preventiebeleid

Kennis & onderzoek

Op het gebied van preventie jeugd zijn er verschillende (toegepaste) kennisspelers:

- Nederlands Jeugdinstituut
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
- Pharos
- MOVISIE
- Trimbos
- ZonMw
- Kenniscentrum Kraamzorg
- College Perinatale Zorg (CPZ), Kennisnet Geboortezorg.nl
- Kenniscentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP)
- Kenniscentrum Psychiatrie en zwangerschap (LKPZ)
- Kenniscentrum Sport

Er zijn verschillende onderzoeken die expliciet aandacht besteden aan preventie en/of jeugd:

- Cohortstudies (Generation-R, ABCD)
- CBS beleidsinformatie
- CBS gezondheidsmonitor
- CBS landelijke jeugdmonitor
- Verkenning Jeugdgezondheid RIVM en NCJ
- Wegwijzer jeugd en veiligheid
- Nationaal Kompas Volksgezondheid
- Onderzoeksprogramma's ZonMw

Ook zijn er universiteiten en hogescholen die zich extra toeleggen op preventie jeugd, bijvoorbeeld door wetenschappelijke leerstoelen of wetenschappelijke programma's, bijvoorbeeld:

- Erasmus MC (waaronder HP4all)
- AMC Amsterdam
- Preventive Youth Care, Research programme Child Development, UVA
- UMC Utrecht
- Tilburg University
- Radboud UMC
- Hogeschool Leiden

Lokale spelers

Lokaal is een breed palet aan spelers die werkt aan preventie jeugd, zoals:

- JGZ artsen
- GGD (gezondheidsadviseurs)
- Scholen
- Gemeenten
- (Buurt)sportcoaches
- JOGG
- Werk & inkomen, armoedebestrijding & schuldhulpverlening
- Ouders & omgeving
- CJG
- Basis & voortgezet onderwijs, MBO
- Voorschoolse opvang
- Kop KVO
- GGZ instellingen (uitvoeren van de kind check)
- NVK
- Huisarts, HOG
- Kraamzorg
- Consultatiebureau
- (Integraal) (Ouder-)Kindcentrum, ouder-kind coaches
- Kindertelefoon
- Veilig Thuis

Lokale initiatieven

Ook lokaal wordt aandacht besteed aan preventie, met verschillende methoden van uitvoering.⁴¹ Het RIVM en de Handreiking Gezonde Gemeente hanteert ook dit onderscheid in het stimuleren van gemeenten in het samenstellen van een interventieprogramma (jeugd):

- Inrichting van de fysieke en sociale omgeving, zoals: rookvrije schoolpleinen, het creëren van meer speelruimte in de wijk, aanpassingen in de infrastructuur van aandachtswijken en het stimuleren van onderlinge betrokkenheid en sociale steun van buurtbewoners.
- Regelgeving en handhaving, zoals: wetten, vergunningen, leeftijdsgrenzen, reclamebeleid, handhaven van regels of prijsmaatregelen (accijnzen of subsidies).
- Voorlichting en educatie aan groepen, zoals: groepsvoorlichting, lesprogramma's over een gezonde leefstijl op school en landelijke publiekscampagnes.
- Signalering en individueel advies, zoals: het preventieconsult, signalering overgewicht op school, landelijke screeningsprogramma's, screening van soa bij risicogroepen of gerichte voorlichting aan ouders op het consultatiebureau. Richtlijnen standaardiseren het proces van signalering en advies.

⁴¹ RIVM

- Ondersteuning, zoals: kortdurende adviesgesprekken door de huisarts, preventieve groepscursussen in de ggz of beweegprogramma's.

Initiatieven binnen en tussen gemeenten

Veel gemeenten zijn druk met elkaar aan het leren en ontwikkelen (ten aanzien van (deel)thema's) op het gebied van het gezondheid, jeugd en preventie. Hieraan ondersteunend zijn er initiatieven binnen en tussen gemeenten, zoals:

- Het Zorglandschap
- Uitvoeringsautoriteit
- De gezonde stad
- Gezonde School
- Gezonde Kinderopvang
- Nationaal Preventie Programma Alles is gezondheid
- Gezond In... Pharos, gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen
- Programma gezond opgroeien Pharos
- Gezonde Scholen
- Nota's preventiecyclus in gemeenten
- Waarstaatjegemeente.nl
- Netwerk van 15 gemeenten actief op het gebied van preventie jeugdhulp, waarbij succesvolle aanpakken worden gedeeld
- Handreiking gezonde gemeente
- Digitaal loket preventie in het zorgstelsel (samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars)
- Praktijkvoorbeelden positieve gezondheid in de praktijk voor verschillende werkvelden zoals school, werk, wijk en zorg.
- NOP kindermishandeling
- Jongeren op gezond gewicht (JOGG)
- De rookvrije generatie

Bijlage 4: gesprekspartners en overzicht belangrijkste bronnen

Gesprekspartners

- Ministerie van VWS
 - Directie Jeugd
 - Directie publieke gezondheid
 - Directie Sport
 - Directie VGP
 - Directie DMO
 - Directie sport
- Ministerie van OCW
- Ministerie van SZW

- Federatie voor Gezondheid
- Kennisinstituten (Pharos, NCJ, NJI, MOVISIE)
- VNG/NDSD
- GGD GHOR
- SER
- RIVM
- Zorgverzekeraar
- Fondsen
 - Fonds Nuts OHRA (FNO) werkt met het programma Zorg voor Kansen en een Gezonde Toekomst Dichterbij aan 40 lokale projecten aan kansen voor kinderen in armoede.
 - Met Heel Nederland Gezonder worden met eHealth oplossingen door NIPED en 4 samenwerkende fondsen gewerkt aan preventie.
- Agenderend platform voor een veilige, gezonde en kansrijke start
- Gezamenlijke brief NPHF, GGD GHOR, LHV, GGZ NL, CIZ&O, RVS, VO-raad, VNG, Actiz, ZN, MEE NL, PFN, SW NL.
- Smaakmakers vanuit gemeenten
- Cliëntorganisaties

Bronnenlijst Internationale Verkenning

Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jané-Llopis, E. 'Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes', 2009. Web:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/camhee_infrastructures.pdf

Department of Health & Human Services USA. 'Comparing the prevalence of mental health problems in children 6–11 across Europe'. August 2016. Web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5279951/pdf/nihms844558.pdf>

DIJA: 'China: Gesundheit und Wohlbefinden'. Web: <https://www.dija.de/laenderinfos-china/aktionsfelder-im-kinder-und-jugendbereich-cn/gesundheit-und-wohlbefinden>

European Child Safety Alliance. 'National Action To Address Child Intentional Injury: Summary Europe', pg 12, 2014.

European Commission, OECD. 'Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU cycle', 23 November 2016.

European Observatory on Health Systems and Policies, Nivel. 'Health Systems in Transition: Netherlands', Health System Review, Vol. 18 No. 2 2016.

European Observatory on Health Systems and Policies. 'Facets of Public Health in Europe', 2014.

Eurostat. 'Early leavers from education and training, 2011 and 2016 (% of population aged 18-24)', 23 May 2017.

Eurostat. 'Pupils between the age of four and the starting age of compulsory education as a share of the corresponding age group, 2014 and 2015 (%)', 20 June 2017.

Eurostat. 'Young people neither in employment nor in education and training (15-24 years) - % of the total population in the same age group', 2016.

KidsRights Foundation, Erasmus University. 'The KidsRights Index 2016', 2016.

NJI. 'Deense inspiratie voor de transitie en transformatie van jeugdhulp en passend onderwijs in Nederland', 2014.

NJI. 'Jeugdzorg in Europa versie 2.0: Een update en uitbreiding van het rapport uit 2009 over jeugdzorgstelsels in een aantal West-Europese landen', 2012.

OECD. 'Child vaccination rates (indicator)', 2018.

OECD. 'OECD Family Database: CO4.4 Teenage Suicides (15 – 19 years)', 17 October 2017. Web: www.oecd.org/els/family/database.htm

OECD. 'OECD Family Database: Family dissolution and children', 14 October 2015. Web: www.oecd.org/els/family/database.htm

OECD. 'OECD Family Database: Share of Children living in relative poverty', 2017. Web: www.oecd.org/els/family/database.htm

The Active Healthy Kids Global Alliance. 'The Global Matrix 2.0 on Physical Activity for Children and Youth: Active Play', 16 November 2016. Web: <https://www.activehealthykids.org>

The Active Healthy Kids Global Alliance. 'The Global Matrix 2.0 on Physical Activity for Children and Youth: Active Transportation', 16 November 2016. Web: <https://www.activehealthykids.org>

Unicef. 'The state of the Worlds Children 2016, a fair chance for every child', June 2016.

Unicef. 'A familiar face: violence in the lives of children and adolescents', November 2017.

World Health Organisation. 'HBSC Study: Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being, international report from 2013/2014 Survey', 2016.

World Health Organisation. 'World Health Statistics 2016, monitoring health for the SDG's', 2016.

World Health Organisation. 'World Health Statistics 2017, monitoring health for the SDG's', 2017.

Bronnenlijst Literatuurstudie

Jilink, Lisanne & Ruben Fukkink. 'Effecten van kinderopvang op het welbevinden en de ontwikkeling van kinderen: Een overzicht van Nederlands onderzoek', 2016. Web: https://www.nationaleonderwijsgids.nl/system/ckeditor_assets/attachments/735/Review_Jilink_Fukkink_def.pdf

Bureau HHM. 'Tussenevaluatie jeugdhulpstelsel gemeente Enschede', Juni 2016. Web: <https://www.enschede.nl/sites/default/files/ris-6878-1rapport-tussenevaluatie-jeugdhulpstelsel.pdf>

RIVM. 'Gezond Opgroeien: Verkenning jeugdgezondheid', 2014. Web: <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=467d3373-5d1a-41b1-ba05-cb6582397406&type=org&disposition=inline>

Inventgroep. 'Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen', September 2005. Web: <http://pow-alumni.socsci.uva.nl/alumni/documents/RapportInventgroep.pdf>

RIVM. 'Gezond wonen en werken : Een oriëntatie op gezondheidsbevordering in de settings wijk en werk in Nederland', 26 mei 2012. Web: <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=6f23c54a-dbc2-45d7-97f6-6f787e47da74&type=org&disposition=inline>

RIVM. 'Leefstijl monitor'. Web: <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor>

Trimbos Instituut. 'Jeugd en riskant gedrag 2015: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren', 2016. Web: <https://assets.trimbos.nl/docs/8e6ef71f-d74e-4696-a67b-98ef82fb2235.pdf>

Dam, Paul en Bert Prinsen. 'Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg, 2013'. Web: https://vng.nl/files/vng/201300912-brochure_investeren_in_opvoeden_en_opgroeien_loont.pdf

Mulier Instituut. 'Monitor Jongeren Op Gezond Gewicht 2016', Februari 2017. Web: https://jongerenopgezondgewicht.nl/userfiles/Meten/Monitor%20JOGG%20%202016_definitief.pdf

NJI, 'Ken de praktijk. Onderzoek naar Alert4you 2009-2013', 2014. Web: <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Ken-de-praktijk-Onderzoek-naar-Alert4you-2009-2013.pdf>

Bijlage 5: traject terugdringen gezondheidsachterstanden PSD



Kern leer- en verandertraject voor gemeenten

In het landelijk Programma Sociaal Domein (PSD) werken Rijk en gemeenten samen aan het versterken van de transformatie op 16 domeinoverstijgende thema's, die van belang zijn voor de doorontwikkeling van het sociaal domein. Dit doet het PSD via gezamenlijk leren, ontwikkelen en versnellen in de praktijk. Terugdringen van gezondheidsachterstanden is een van de 16 thema's binnen PSD, traject 5.

De gezondheidsachterstanden tussen hoger en lager opgeleiden en mensen met of zonder migratie-achtergrond zijn groot en als we niets doen worden ze groter. Hier ligt een maatschappelijke opgave voor gemeenten en hun partners, maar ook voor het Rijk. Veel gemeenten gaan deze uitdaging al aan. Dit traject wil hier een extra impuls aangeven, met name gericht op het voorkomen van gezondheidsachterstanden bij (nog ongebooren) kinderen en jongeren. In dit traject 5 leren we over hoe de noodzakelijke veranderbeweging voor gemeenten en partners op het gebied van leiderschap, samenwerken, governance en monitoring, tot stand kan komen. We leren over het initiëren, ontwikkelen, implementeren en borgen van een integrale aanpak aan de hand van twee inhoudelijke thema's namelijk veilige, kansrijke en gezonde start (1e 1000 dagen) en gezond gewicht (GG). Drie dimensies van een integrale aanpak als onderdeel van het traject

Inwonerperspectief

Samenhangend geheel van leefgebieden. Het gaat over een aanpak waarin er aandacht is voor alle leefgebieden van een inwoner als één samenhangend geheel. We kijken naar individuele factoren, naar de directe sociale en fysieke omgeving van het kind, de jongere en de ouders/naasten (waaronder de familie, de gemeenschap waarvan zij onderdeel uit maken en het woongebied) en naar relevante leef- en werkomstandigheden. Niet losstaand, maar in samenhang. Data spelen daarbij een cruciale rol. Daarbij is het van belang om niet alleen risicofactoren en beperkingen mee te wegen, maar bovenal ook beschermende en bevorderende factoren te vertalen naar kansen.

Netwerkperspectief

Intersectoraal: gezamenlijk perspectief in netwerk van publieke gezondheid, medisch en sociaal domein. Integraal betekent ook dat de verschillende expertises van cruciale partners uit sociaal domein, medische domein en publieke gezondheid, maar ook in verbinding met de inrichting van de ruimtelijke omgeving en economische zaken, met elkaar verbonden worden. Gezamenlijk wordt – intersectoraal – gewerkt aan het ontwikkelen van probleemdefinities, beleid, implementatie, werkwijzen en afspraken.

Leiderschapsperspectief

Gezamenlijke koers en zienswijze op bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau.

Voor succes op de langere termijn is noodzakelijk dat politiek lokaal bestuur, ambtenarij en professionals een eensluidende en eenduidige visie hebben op doelen, beoogde resultaten en aanpak. Ook hierbij zijn data over de populatie en de omgeving een belangrijke basis. Dit moet worden vertaald naar beleidsontwikkelings- en besluitvormingsprocessen, organisatorische inrichting van de aanpak (waaronder keuzes ten aanzien van bijv. programmatische werkwijze of netwerkstructuur of projectorganisatie – vertaald naar randvoorwaarden, governance, capaciteit en expertise) en samenwerking, financiering, sturing en verantwoordelijkheidsverdeling in de uitvoering. Bestuurders, managers, beleidsmakers en professionals werken daarbij het beste volgens dezelfde principes. Dat vraagt om samenhang tussen inhoud en proces. De betrokken partijen zijn in staat om te zorgen voor een goede balans tussen proces (hoe pakken we het aan) en inhoud (wat pakken we aan). Er is sprake van congruentie in de visie, organisatie en werkwijze.

Lokaal leren en veranderen om waardevolle elementen te destilleren

Om waardevolle elementen te destilleren in het ontwikkelen van een integrale aanpak voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden, gaan we leren en ontwikkelen rondom één van de twee thema's in 10 tot 14 gemeenten. Door deelname aan het leertraject committeren deelnemers zich om tot medio 2020 een integrale aanpak (door) te ontwikkelen. Deze gemeenten worden hierin gefaciliteerd door gezamenlijke leerbijeenkomsten rondom ondermeer integraal werken, leiderschap en veranderekunde, thematische verdieping en lokale ondersteuning in het ontwikkelproces met partners, professionals en gezinnen. Het leren en veranderen in de deelnemende gemeenten wordt op deze manier versneld, zodat gezamenlijk wordt gereflecteerd op wat het vraagt om een integrale aanpak voor gezondheidsachterstanden te ontwikkelen. Centraal onderdeel van dit leerprogramma zijn gezamenlijke driedaagse in het najaar van 2018, 2019 en 2020. Het Driedaagse programma wordt gebaseerd op een succesvol model van de Bernard van Leer Foundation met Harvard University.

De leerervaringen worden vertaald naar waardevolle elementen voor andere maatschappelijke complexe en weerbarstige vraagstukken en voor andere kwetsbare doelgroepen – en daarmee andere gemeenten en organisaties. De ervaringen van de deelnemers worden (tussentijds) opgehaald, gebundeld en landelijk gedeeld via de (kennis)partners, zodat ook andere gemeenten worden verder gebracht met de opbrengsten. De deelnemende gemeenten hebben hierbij een ambassadeursrol. Wanneer de gemeenten aanlopen tegen knelpunten tussen domeinen, worden deze geagendeerd binnen het Programma Sociaal Domein, zodat oplossingen kunnen worden geforceerd.

Het traject wordt ondersteund door een samenwerking van het Nederlands Jeugdinstuut (NJI), Pharos, Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) en adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF), in samenwerking met andere kennisinstututen en experts. Het Programma Sociaal Domein, het ministerie van VWS en de Bernard van Leer Foundation (BvLF) stellen hiervoor middelen en kennis ter beschikking.