

De werkzaamheid en bijwerkingen van gezondheidsinterventies op scholen

Mark Levels

Er zijn in Nederland veel initiatieven die beogen kinderen op school een gezonde leefstijl aan te leren. Dat is goed voor de kansengelijkheid, en past in het streven om met vroege preventiemaatregelen bij te dragen aan een lagere ziektelast en een hogere arbeidsproductiviteit. Veel gezondheidsinterventies bij kinderen werken echter niet goed, en sommige hebben zelfs schadelijke bijwerkingen. Om de effectiviteit te vergroten en te voorkomen dat het middel erger is dan de kwaal, pleit Mark Levels voor een grootschalig, op wetenschappelijk bewijs gebaseerd interventieprogramma, en voor een holistische integratie van gezondheid en welbevinden in het Nederlandse onderwijscurriculum.

Diagnose van een maatschappelijk probleem

Er bestaan grote en structurele gezondheidsverschillen tussen kinderen. Een kind dat vandaag in Limburg wordt geboren, leeft gemiddeld ongeveer twee jaar minder lang dan een kind dat op hetzelfde moment in het Gooi wordt geboren¹. Een deel van deze verschillen wordt waarschijnlijk verklaard door verschillen in sociaaleconomische achtergrond.

Mensen met lage inkomens of een lager opleidingsniveau leven vaker ongezonder². Ze hebben mede daardoor een verhoogd risico op kanker, hart- en vaatziekten, suikerziekte, en depressie³.

Ouders geven hun leefstijl door aan hun kinderen. Die zijn daardoor nu ongezonder, en blijven dat ook. Eenmaal aangeleerd is een leefstijl immers maar moeilijk te veranderen⁴.

Wie opgroeit met een gezond dieet en genoeg sport, leeft daardoor later meestal gezonder en langer; wie opgroeit met diepvriespizza's en een wekelijkse patatdag, heeft een grotere kans later met gezondheidsproblemen te kampen. Het lijkt er bovendien sterk op dat een ongezonde leefstijl ook andere vrij verstrekkende gevolgen voor de levensloop kan hebben. Een gezonde leefstijl verbetert het geheugen en vergroot het leervermogen⁵. Kinderen die ongezonder leven doen het dan ook minder vaak goed op school en hebben een kleinere kans dat ze een hoger onderwijsniveau bereiken⁶. Ongezondheid verkleint de maatschappelijke kansen. Omdat kinderen van hoger opgeleide ouders vaker gezonder leven, dragen leefstijlverschillen bij aan de instandhouding van sociale ongelijkheden.

Ongezondheid is een intergenerationeel overdraagbare aandoening met langdurige sociologische gevolgen. Daar schuilt een zekere

sociale onrechtvaardigheid in. We vinden het in Nederland belangrijk dat kinderen, ongeacht hun sociale herkomst, een kans hebben op een gezond en gelukkig leven, en dat ze gelijke kansen krijgen op maatschappelijk succes. Er zijn dus nogal wat initiatieven die het doel hebben om jongeren een gezonde leefstijl aan te leren, zoals Jongeren Op Gezond Gewicht, Sport en Bewegen in de Buurt, Jong Leren Eten, en de Gezonde Basisschool van de Toekomst. Ook het Nationaal Preventieakkoord richt zich deels op jongeren. Doel van het akkoord is roken, overmatig alcoholgebruik, en overgewicht onder jongeren tegen te gaan⁷. Het Gezonde School Programma heeft zelfs expliciet het doel om door middel van interventies in het onderwijs gezondheidsverschillen te verminderen en onderwijsprestaties te verbeteren⁸. In de kranten staan regelmatig pleidooien van artsen en andere deskundigen die dit soort initiatieven van harte ondersteunen⁹.

Werkzaamheid van leefstijlinterventies

Kinderen moeten gezond eten, voldoende bewegen, en ongezond of risicovol gedrag vermijden. De programma's die dit gedrag willen bevorderen staan bol van de goede intenties. Maar werken ze ook? En hebben ze wellicht (ook) onbedoelde gevolgen?

De eerste vraag is vrij nauwkeurig te beantwoorden. Systematische overzichtsstudies laten zien dat leefstijlinterventies soms werken, maar vaak ook niet, en dat ze verschillend lijken te werken voor verschillende mensen¹⁰. Verklaringen voor de op zijn best twijfelachtige effectiviteit van leefstijlinterventies zijn evenwel schaars. In mijn inaugurele rede¹¹ heb ik betoogd dat veel leefstijlinterventies wel eens ineffectief zouden kunnen zijn, omdat ze (deels) zijn gebaseerd op de rationele keuzetheorie¹². Deze theorie veronderstelt dat gezondheidsverschillen tussen mensen het gevolg zijn van individuele keuzes, die gemaakt worden door capabele en goed geïnformeerde mensen die doelbewust en doelgericht kosten en baten afwegen¹³. Om hun

gezondheid te verbeteren, moeten kinderen met ongezonde leefstijlen er volgens deze theorie toe worden bewogen gezondere keuzes te maken. De rationele keuzetheorie is in beleidskringen erg populair¹⁴. Toch moeten we deze theorie niet te snel gebruiken bij het ontwerp van op kinderen gerichte leefstijlinterventies.

Tenminste drie belangrijke misvattingen zijn cruciaal:

- Ten eerste kloppen de aannames niet die in de theorie worden gemaakt over het keuzeproces¹⁵. Kinderen kunnen onder sommige omstandigheden heus afgewogen en rationeel beredeneerde keuzes maken, maar net als volwassenen maken ze ook vaak gebruik van simplificerende heuristieken en worden ze in hun oordelend vermogen geplaagd door irrationele cognitive biases¹⁶.
- Ten tweede zijn gezondheidsverschillen tussen kinderen niet eenvoudigweg te reduceren tot gevolgen van leefstijlkeuzes. Het lijkt een enorme open deur, maar het kan geen kwaad het hier nog eens scherp te stellen: gezondheid is in belangrijke mate een lichamelijke fenomeen en kan maar beperkt door keuzes worden beïnvloed¹⁷ (Marmot, 2005). Zo heeft zwaarlijvigheid bijvoorbeeld een sterke epigenetische component¹⁸ (Van Dijk et al., 2015). Een dieet leidt daardoor gemiddeld genomen tot gewichtsafname, maar de mate waarin mensenlichamen reageren verschilt enorm¹⁹. Wie onderkent dat gezondheidsverschillen deels (epi-)genetisch bepaald zijn, zal ook moeten onderkennen dat de mate waarin we door leefstijlkeuzes onze gezondheid kunnen bevorderen, begrensd is²⁰.
- Ten derde legt de rationele keuzetheorie te sterk de nadruk op het individuele kind. Kinderen worden zeer sterk beïnvloed door ouders, klasgenootjes en vriendjes. Dat bredere sociale netwerk is voor een belangrijk deel bepalend voor de leefstijlen en gezondheidsuitkomsten van kinderen: kinderen kiezen niet zelf, maar doen ouders en vriendjes na²¹. Bovendien is er een maatschappelijke context. Gezondheidsverschillen komen deels



voort uit culturele voorschriften, maatschappelijke structuren en de manier waarop we onze economie en onze instituties inrichten²². Effectief beleid moet oog hebben voor deze maatschappelijke verklaringen voor gezondheidsverschillen²³. Interventies die zich richten op gedragsveranderingen van individuen doen dat maar zelden.

Nare bijwerkingen

Leefstijlinterventies bij kinderen werken dus soms niet. Dat komt onder andere (a) doordat ze gebaseerd kunnen zijn op verkeerde veronderstellingen over keuzegedrag, (b) doordat ze de mate waarin kinderen hun gezondheid kunnen beïnvloeden doorgaans overschatten, en (c) doordat ze de maatschappelijke en sociale context waarin kinderen leefstijlkeuzes maken doorgaans onderschatten.

Daarnaast kunnen leefstijlinterventies zeer nare bijwerkingen hebben. Verschillende op de rationele keuzetheorie gebaseerde interventies hebben het doel kinderen ertoe te bewegen andere voedingskeuzes te maken, bijvoorbeeld door ongezond eten duurder of minder goed bereikbaar te maken²⁴ (Fletcher, Frisvold, en Tefft, 2010), of door te proberen kinderen bewust te maken van de gevolgen van ongezond

eetgedrag²⁵. Deze gedragsinterventies leggen (geheel in lijn met de theorie) sterk de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van het individu om de juiste keuzes te maken. Maar kinderen die snoep willen laten staan moeten weerstand bieden tegen de alomtegenwoordigheid van door de commercie aanlokkelijk gepresenteerde lekkernijen, geïnternaliseerde normen, en de sociale druk van ouders en vriendjes, en daarenboven hun eigen eetimpulsen bedwingen (wat niet eenvoudig is; zie: Barkin, 2005)²⁶. Kinderen kunnen hun onvermogen om hun gedrag te veranderen echter gaan zien als een tekortkoming van henzelf. Dat kan leiden tot schuldgevoelens en zelfs tot psychiatrische problemen²⁷.

Wat werkt?

Hoe kunnen we interventies effectiever maken en tegelijkertijd de nare bijwerkingen tegen gaan? Ten eerste ligt het voor de hand om interventies te baseren op realistische veronderstellingen. En dat kan ook. Gedragsinterventies kunnen bijvoorbeeld de in ons denken ingebakken irrationaliteit gebruiken om mensen met zachte hand in maatschappelijk wenselijke richting te bewegen²⁸. Dit soort technieken wordt inmiddels steeds vaker gebruikt om mensen gezonder te maken²⁹. In een interessant experiment wordt bijvoorbeeld geprobeerd



schoolkinderen tot gezonder eten te bewegen door gezonde lunches op school eenvoudiger beschikbaar te maken³⁰.

Een tweede voor de hand liggende aanpassing betreft de uitbreiding van interventies naar het sociale netwerk. Vooral de ouders zijn bepalend voor de leefstijl van hun kinderen³¹. Het ligt dus in de rede om ouders tot onderwerp van de interventies te maken. Cluitmans et al. (2020)³² beschrijven hoe lastig dat is, maar ook hoe dat in de praktijk kan werken. Het Heerlense schoolbestuur INNOVO voert bijvoorbeeld al jaren actief beleid om met behulp van leefstijlinterventies gezondheidsverschillen tussen kinderen op scholen te verkleinen. Het beleid is gebaseerd op de zogeheten Schoolwide Positive Behaviour Methodology, waarin positieve gedragsprikkel en -regels centraal staan. Bij het ontwerpen en de uitvoer van het beleid worden ouders waar nodig zeer actief betrokken. Zo wordt ouders gevraagd om mee te denken over het ontwerp van leefstijlinterventies, waardoor weerstanden worden verkleind. Ouders die onzeker zijn over hoe ze moeten handelen, worden met actief beleid in hun kracht gezet. Kinderen wordt geleerd onwenselijk gedrag van andere kinderen én volwassenen bespreekbaar te maken en oefenen dat actief. De resultaten in Heerlen lijken veelbelovend.

Deze voorbeelden maken aannemelijk dat we door slimme interventies te ontwerpen, best een goede bijdrage kunnen leveren aan de gezondheid van kinderen, zonder dat er sprake is van kwalijke neveneffecten. Hoe creëren we positieve verandering op nationaal niveau? Ik zie twee belangrijke stappen voorwaarts.

Experimenteel interventieprogramma

Ten eerste zie ik veel heil in een grootschalig experimenteel interventieprogramma, waarbij we de effectiviteit van veelbelovende leefstijlinterventies testen met wetenschappelijke methoden die we ook gebruiken om vaccins of medicijnen te testen. Experimenten dus. Er

worden op verschillende scholen regelmatig leefstijlinterventies uitgevoerd; onderzoekers kijken op een gestructureerde manier mee tijdens de implementatie van deze interventies, en onderzoeken met slimme wetenschappelijke methoden wat werkt en wat niet werkt, waarbij er ook oog is voor heterogene effecten en onbedoelde bijwerkingen. Zo kan de kennis over de effectiviteit van interventies gestaag en gestructureerd groeien en kunnen scholen van elkaar leren wat werkt. Kinderen kunnen hiervan direct profiteren, en er hun verdere leven plezier van hebben.

Zo'n testprogramma zou uniek zijn in ambities en reikwijdte, maar de noodzakelijke infrastructuur is in Nederland ruimschoots aanwezig en de wissels staan goed. In het kader van het Gezonde Schoolprogramma wordt in het hele land immers al volop met leefstijlinterventies geëxperimenteerd. Het is mogelijk om de effectiviteit en bijwerkingen van al deze interventies experimenteel te onderzoeken.

Ook wetenschappers zijn er klaar voor. Zo is het onlangs opgerichte Education Lab Nederland expliciet bedoeld om met slimme wetenschappelijke methoden onderzoek te doen naar de effectiviteit van interventies in het onderwijs. Het Nationaal Programma Preventie Alles is Gezondheid zou kunnen makelen tussen scholen en onderzoekers, en zou scholen er middels pledges toe kunnen bewegen om de implementatie van interventies zodanig in te richten, dat het voor onderzoekers mogelijk is om harde uitspraken te doen over de effectiviteit van programma's. Een dergelijk praktijkgericht wetenschappelijk onderzoeksprogramma heeft directe maatschappelijke opbrengsten, en past bovendien goed bij de lopende onderzoek-agenda's van bijvoorbeeld ZonMw en NRO.

Gezondheid in het curriculum

Met een dergelijk grootschalig testprogramma is veel te winnen: we kunnen leren wat werkt, en onder welke omstandigheden. Dan blijft de vraag hoe werkzame interventies het beste op

schaal kunnen worden vertaald naar de onderwijspraktijk, zodat kinderen er iets aan hebben. Hier moet de tweede stap voorwaarts gezet worden: gezondheid en welbevinden moeten een veel centralere rol in gaan nemen in ons onderwijssysteem.

Aan de gezondheid gerelateerde bouwstenen zijn expliciet onderdeel van de voorgenomen curriculumherziening³³. Maar de verantwoordelijkheid voor de implementatie van de gezondheid bevorderende maatregelen ligt nu voor een belangrijk deel bij scholen zelf. Het kan lastig zijn om gezondheidsonderwijs of interventies in te passen in bestaande pedagogische structuren en af te stemmen op de rest van het curriculum. Dat komt de effectiviteit van gezondheidsprogramma's niet per se ten goede.

In andere landen vormen gezondheid en welbevinden daarom een eigenstandig en centraal onderdeel van het onderwijscurriculum. Gezondheid en welbevinden hebben in het Schotse Curriculum for Excellence zelfs eenzelfde gewicht gekregen als geletterdheid en gecijferdheid: het zijn vakoverstijgende aandachtsgebieden die noodzakelijke voorwaarden vormen voor het leren in andere domeinen. Daarom moeten ze een centrale plek innemen in het onderwijscurriculum. Een van de uitgangspunten luidt aldaar: "Learning through health and wellbeing promotes confidence, independent thinking and positive attitudes and dispositions. Because of this, it is the responsibility of every teacher to contribute to learning and development in this area."³⁴. Een dergelijke holistische integratie van gezondheid en welbevinden in het onderwijscurriculum zou ook in Nederland bijdragen aan de effectiviteit van gezondheidsinterventies bij kinderen.

Ten slotte

Voorkomen is beter dan genezen. Gezonder gedrag kan zorgkosten drukken en zo een miljardenbesparing op de Rijksbegroting bewerkstelligen. Het RIVM becijfert dat gezonder gedrag kan bijdragen aan een reductie van 20% van de ziektelast³⁵. Bovendien mag worden verwacht dat met een verbeterde gezondheid de arbeidsproductiviteit toeneemt en de kansen-

ongelijkheid afneemt. Het is dus verstandig beleid om meer kinderen gezonder te laten opgroeien. Maar we moeten vooral energie steken in interventies die werken, en oog hebben voor schadelijke bijwerkingen. Ook moeten we

gezondheid en welbevinden op een holistische manier integreren in het onderwijscurriculum. Want een kind uit Limburg zou in Nederland dezelfde kansen moeten krijgen als een kind uit het Gooi.

“Leefstijlverschillen dragen bij aan de instandhouding van sociale ongelijkheden”

Over de auteur

Mark Levels is Hoogleraar Gezondheid, Onderwijs en Werk vanwege Sardes aan de Universiteit van Maastricht. Hij is werkzaam bij het Research Centrum voor Onderwijs en Arbeid als programmadirecteur van een onderzoeksprogramma naar de relatie tussen gezondheid en onderwijsongelijkheid. Deze bijdrage is een bewerking van zijn inaugurele rede als hoogleraar aan de Universiteit Maastricht, die hij te Maastricht uitsprak op 6 december 2019.

1. RIVM. (2015). *Gemeentelijke gezondheidsprofielen. Rapportage instrumentontwikkeling*. RIVM Briefrapport 2015-0125. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Te vinden op www.rivm.nl/gemeentelijke-gezondheidsprofielen.
2. Kraaykamp, G., André S. & Meuleman R. (2018). *Opleiding als scheidslijn*. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op 16 november 2019 via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/opleiding-als-scheidslijn>.
3. Lorant, V. et al. (2003). *Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis*. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
Conway, D.I., et al. (2008). *Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies*. *International Journal of Cancer*, 122(12), 2811-2819.
Uthman, O. A., Jadidi, E. & Moradi, T. (2013). *Socioeconomic position and incidence of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(10), 854-860.
Kivimäki, M. et al. (2015). *Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222 120 individuals*. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3(1), 27-34.
4. Webb, T. L. & Sheeran, P. (2006). *Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence*. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268.
Fishbein, M., & Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology press.
Fjeldsoe, B. et al. (2011). *Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions*. *Health Psychology*, 30(1), 99.
Teixeira, P. J. et al. (2015). *Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators*. *BMC Medicine*, 13(1), 84.
5. Berchtold, N. C., Castello, N. & Cotman, C. W. (2010). *Exercise and time-dependent benefits to learning and memory*. *Neuroscience*, 167(3), 588-597.
Erickson, K.I. et al. (2011). *Exercise training increases size of hippocampus and improves memory*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 3017-3022.
6. Bradley, B. J., & Greene, A. C. (2013). *Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors*. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 523-532.
7. Blokhuis, P. (2018). *Kamerbrief over Nationaal Preventieakkoord*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
8. Van Rijn, M.J., Bussemakers, J., Dekkers, S. (2016). *Kamerbrief over Programma Gezonde School 2017 – 2020*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
ezonde School. (2016) *Programma Gezonde School*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
9. Van Kempen, J. (2021). *Gezonde basisschool: een goede lunch smeert een kind niet (van)zelf*. Het Parool, 11 februari 2021.
Kamsma, M. (2021). *Ongelijkheid op school zit ook in het lunchtrommeltje*. NRC Handelsblad 26 februari 2021.
10. RIVM. (2010). *Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociale groepen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
RIVM. (2012). *Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status?* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
Moore, G.F. et al. (2015). *Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies*. *BMC Public Health*, 15(1), 907.
Shackleton, N., et al. (2016). *School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: systematic review of reviews*. *Journal of Adolescent Health*, 58(4), 382-396.
11. Levels, M. (2019). *Gezonde Lichamen, vaardige geesten? Of: hoe we de kinderen van vandaag kunnen voorbereiden op de samenleving van morgen*. Inaugural lecture: Maastricht University.
12. Baker, R.M. (2006). *Economic rationality and health and lifestyle choices for people with diabetes*. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2341-2353.
13. Becker G.S. (1993) [1964]. *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education* (3rd ed.). University of Chicago Press.
Coleman, J. S., & Fararo, T. J. (1992). *Rational choice theory*. Nueva York: Sage.
Hechter, M. & Kanazawa, S. (1997). *Sociological rational choice theory*. *Annual Review of Sociology*, 23(1), 191-214.
14. Coleman, J. S., & Fararo, T. J. (1992). *Rational choice theory*. Nueva York: Sage.
Green, D. P. & Shapiro, I. (1994). *Pathologies of rational choice theory: a critique of applications in political science*. New Haven, CT: Yale University Press.
Neimun, M. & Stambough, S.J. (1998) *Rational choice theory and the evaluation of public policy*. *Policy Studies Journal* 26(3), 449-465.

15. Boudon, R. (1998). *Limitations of rational choice theory*. *American Journal of Sociology*, 104(3), 817-828.
16. Kahneman, D. & Tversky, A. (Eds.) (2000). *Choices, values and frames*. New York: Cambridge University Press.
- Ariely, D. (2008). *Predictably irrational*. New York: Harper Collins.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux.
17. Marmot M. (2005). *Social determinants of health inequalities*. *The Lancet*, 365(9464):1099-104.
18. Van Dijk, S. et al., (2015). *Epigenetics and human obesity*. *International Journal of Obesity*, 39(1), 85.
19. Goni, L. et al. (2015). *Future perspectives of personalized weight loss interventions based on nutrigenetic, epigenetic, and metagenomic data*. *The Journal of Nutrition*, 146(4), 905S-912S.
20. Choi, S. W., & Friso, S. (2010). *Epigenetics: a new bridge between nutrition and health*. *Advances in Nutrition*, 1(1), 8-16.
21. Salvy, S. J., et al. (2012). *Influence of peers and friends on children's and adolescents' eating and activity behaviors*. *Physiology & behavior*, 106(3), 369-378.
- Lindsay, A. Cet al. (2006). *The role of parents in preventing childhood obesity*. *The Future of children*, 16(1), 169-186.
22. Measham, F., & Brain, K. (2005). *'Binge'drinking, British alcohol policy and the new culture of intoxication*. *Crime, media, culture*, 1(3), 262-283.
- Williams, J. et al. (2012). *The role of food culture and marketing activity in health disparities*. *Preventive Medicine*, 55(5), 382-386.
- Subramanian, S.V. & Kawachi, I. (2004). *Income inequality and health: what have we learned so far?*. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 78-91.
- Beckfield, J. (2018). *Political sociology and the people's health*. New York: Oxford University Press.
23. Lobstein, T. et al. (2015). *Child and adolescent obesity: part of a bigger picture*. *The Lancet*, 385(9986), 2510-2520.
24. Fletcher, J. M., Frisvold, D., & Tefft, N. (2010). *Taxing soft drinks and restricting access to vending machines to curb child obesity*. *Health Affairs*, 29(5), 1059-1066.
25. *Academy of Nutrition and Dietetics*. (2006). *The Traffic Light Diet and similar approaches*. Online database, beschikbaar op <https://www.andeal.org/>. Geraadpleegd op 10-10-2019.
26. Barkin, S.L. (2013). *The relationship between executive function and obesity in children and adolescents: a systematic literature review*. *Journal of Obesity*, 2013, 1-10.
27. Neumark-Sztainer, D.R. et al. (2007). *Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents*. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369. Golden, N. H., Schneider, M., & Wood, C. (2016). *Preventing obesity and eating disorders in adolescents*. *Pediatrics*, 138(3), e20161649.
28. Thaler R. en Sunstein C. (2008). *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press, New Haven
29. Marteau, T. M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhrcke, M., & Kelly, M. P. (2011). *Judging nudging: can nudging improve population health?*. *BMJ*, 342, d228.
30. Hanks, A. et al. (2012). *Healthy convenience: nudging students toward healthier choices in the lunchroom*. *Journal of Public Health*, 34(3), 370-376.
31. Lindsay, A. Cet al. (2006). *The role of parents in preventing childhood obesity*. *The Future of children*, 16(1), 169-186.
32. Cluitmans, D., Nelissen, B., Linssen, R., Huijts, T., & Levels, M. (2020). *Hordelopen – praktische uitdagingen van leefstijlprogramma's in het onderwijs*. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 98, 86-89. <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00277-5>
33. *Curriculum.nu*. (2021). *Bouwstenen*. Beschikbaar op: <https://www.curriculum.nu/bouwstenen/>. Geraadpleegd op 06-03-2021.
34. *Education Scotland*. (2021). *Curriculum for Excellence: Experiences and outcomes*. Beschikbaar op: www.education.gov.scot. Geraadpleegd op 06-03-2021.
35. *RIVM*, (2021). *Gezonde leefstijl*. Beschikbaar op: <https://www.rivm.nl/gezonde-leefstijl>. Geraadpleegd op 01-03-2021.

Debat bestuurders

Bestuurders uit kinderopvang, primair en voortgezet onderwijs discussieerden over stellingen die we aan de artikelen ontleenden.

Stelling

Gezonde leefstijl hangt samen met onderwijsprestaties en moet daarom onderdeel uitmaken van het kerncurriculum.

Er ontstaat een interessant gesprek tussen de bestuurders waarin onder andere wordt bevestigd dat een goede gezondheid en welbevinden van kinderen en jongeren voorwaardelijk zijn voor leren en ontwikkelen en dat de school daar een taak in heeft. Of het onderwijs hoofdverantwoordelijke is om kinderen een gezonde leefstijl bij te brengen, daarover verschillen de meningen. Een van de bestuurders zegt: 'Je kunt niet alles bij de school neerleggen. Laat het over aan de structuren rond het onderwijs'. Het is uiteraard belangrijk dat je kinderen leert wat gezond is, maar er moet ook meer vertrouwen zijn in de keuzecompetenties van leerlingen. Voor het onderwijs is het belangrijk dat we afstappen van losse projecten en het vak bewegen en sport flink verbreden naar gezondheid, zo geeft een bestuurder aan. Daarmee is een gezonde leefstijl nog zeker niet gegarandeerd. Kinderen weten wel wat goed is, maar stuiten thuis soms op ongezonde keuzes, bijvoorbeeld omdat ouders het zich niet kunnen veroorloven om voor gezond te kiezen. Dan zou de school kinderen kunnen ondersteunen en meer zelfvertrouwen moeten geven om hun eigen keuzes te maken. Opnemen in het kerncurriculum gaat sommigen te ver: 'dat is nogal wat'.

