



Het Nationaal Congres Preventie & Gezondheid 2025

Naar een afrekenbare inzet voor een gezonde toekomst

Jolanda F. E. M. Keijsers · Maria W. J. Jansen · Ien A. M. van de Goor · Jan Jansen · John A. J. Dierx

Geaccepteerd op: 17 oktober 2025 / Published online: 21 oktober 2025
 © The Author(s) 2025

Samenvatting Het Nationaal Congres Preventie & Gezondheid (NCPG) 2025 kende een levendige uitwisseling over de gezonde toekomst als collectieve opgave. Helpt het om gezondheidsdoelen wettelijk te verankeren? Sommigen pleiten ervoor, anderen plaatsen er kanttekeningen bij. Hoe dan ook, een gezonde toekomst kunnen we alleen intersectoraal (en interdepartementaal) bereiken. Gezondheid voor alle inwoners van Nederland vergt investeringen in het gezond maken van onze (volks)huisvesting, infrastructuur, onderwijs, ruimtelijke ordening, economie, enzovoort. Die intersectorale opgave vraagt om een andere inzet van onze professionals in de publieke gezondheid, namelijk die van experts die naar buiten treden en samenwerking realiseren: met burgers, met andere sectoren, en met publieke én private partners.

Trefwoorden publieke gezondheid · intersectorale samenwerking · afrekenbare doelen · burgerwetenschap · opleiding publieke gezondheid

The National Congress on Prevention & Health 2025

Towards an accountable commitment to a healthy future

Abstract The National Congress on Prevention & Health (NCPG) 2025 saw a lively exchange of views on a healthy future as a collective challenge. Does it help to enshrine health goals in law? Some argue in favor of this, while others have reservations. In any case, we can only achieve a healthy future through intersectoral (and interdepartmental) cooperation. Health for all residents of the Netherlands requires investments in making our (public) housing, infrastructure, education, spatial planning, economy, et cetera healthy. This intersectoral task requires a different approach from our public health professionals, namely that of experts who reach out and realize cooperation: with citizens, with other sectors, and with public and private partners.

Keywords Public health · Intersectoral cooperation · Accountable targets · Citizen science · Public health training

Op 29 september 2025 vond in 1931 Congressentrum in Den Bosch het Nationaal Congres Preventie & Gezondheid (NCPG) plaats. Met meer dan zeshonderd deelnemers was het animo enorm. De meeste bezoekers waren bevlogen mensen uit de wereld van de publieke gezondheid (PG). Maar hoewel er ook veel nieuwe, jonge onderzoekers waren, kwamen veel mensen intussen toch vooral uit de eigen ‘bubbel’. Volgens het organisatiecomité (<https://nationaalcongrespreventie-gezondheid.nl/conference-info/organisatie>) ligt hier een grote uitdaging voor het PG-veld. ‘Bouwen aan een gezonde toekomst’ (het congres thema) is immers een collectieve opgave die

Dr. J. F. E. M. Keijsers (✉)
 Health & Work, TNO, Leiden, Nederland
jolanda.keijsers@tno.nl

Em. prof. dr. M. W. J. Jansen
 Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

Prof. dr. I. A. M. van de Goor
 Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences,
 Tilburg University, Tilburg, Nederland

J. Jansen
 Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, Nederland

Dr. J. A. J. Dierx
 Center of Expertise Perspectief in Gezondheid, Avans
 Hogeschool, Breda, Nederland

we alleen samen met andere sectoren – en met publieke én private partners – kunnen realiseren. In dit artikel geen chronologisch congresverslag, maar een op de dag gebaseerde uitwerking van vier centrale thema's voor de toekomst van de publieke gezondheid.

Thema 1: gezondheid als politiek thema

De opening van het congres was voor Jochen Mierau, hoogleraar Economie van de volksgezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen. Op het scherm liet hij een mooie ambitie zien uit een beleidsnota van het ministerie, die volkomen actueel leek. Het bleek te gaan om een tekst uit de Nota 2000 uit 1986. Mierau's boodschap: adviezen, beleidsnota's en akkoorden over gezondheid zijn er genoeg, maar we komen duidelijk niet verder. Nederland is intussen zelfs afgezaakt naar de middenmoot in termen van gezonde levensverwachting. En de gezondheidsverschillen nemen alleen maar toe.

Ondanks decennialange aandacht voor gezondheidsdoelen, aldus Mierau, worden deze stelselmatig niet behaald. Het meest recente voorbeeld zijn de doelen in het Nationaal Preventieakkoord, die geformuleerd zijn in samenspraak met de samenleving, duidelijk gekwantificeerd zijn, én begeleid met beleidsvoorstellen [1, 2]. Mierau: 'Het probleem is niet dat er geen ambities zijn, dat ze niet gezamenlijk zijn opgesteld, dat ze niet kwantitatief zijn of dat we niet weten welk beleid gevoerd moet worden. Het probleem is dat niemand echt de verantwoordelijkheid draagt voor het behalen van de doelen.' Hij pleitte voor een wettelijke verankering van de doelen, zodat een minister er politiek op af te rekenen is [3]. We moeten volgens Mierau de vrijblijvendheid van gezondheidsdoelen aanpakken en er politieke gevolgen aan verbinden.

Voor het idee van een wettelijke verankering is de nodige steun. Zo pleit de Nederlandse Zorgautoriteit er al langer voor [4], hetgeen in februari 2021 leidde tot een Kamermotie die de regering opdroeg te onderzoeken hoe collectieve gezondheidsdoelen in de wet zijn vast te leggen [5]. De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) noemde in 'Op onze gezondheid' (2023) wettelijke verankering 'kansrijk om los te komen van de kortdurende vierjaarlijkse beleidscycli' [6]. En in april 2025 schreef het Centraal Planbureau in 'Economisch perspectief op preventie en gezondheid': 'Leg gezondheidsdoelen wettelijk vast, vergelijkbaar met stikstofnormen of de Zalm-norm in de financiële sector' [7].

Kim Putters: 'Gezondheid is vooral een systeemkwestie. Daarin moeten we durven investeren. Wie nu gezonde wijken bouwt, creëert meer gezondheid voor later.'

Steekhoudende argumenten om de politiek écht verantwoordelijk te maken voor gezondheid. Maar er

zijn ook risico's. Het belangrijkste is dat de beleidsmatige uitwerking – vanuit de wens doelen concreet haalbaar te maken – toch weer versimpeld wordt tot 'eenvoudige' ingrepen op gedragsniveau. En daarmee voorbijgaat aan het complexe samenspel van determinanten van gezondheid. Al deze determinanten verdienen een plek in de publieke gezondheidszorg. Maar die zijn niet zo eenvoudig te vertalen naar wettelijk verankerde doelen. Als voorbeeld: minder suiker in voedingsmiddelen of het terugdringen van vapes onder jongeren is nog wel 'handhaafbaar' te maken. Maar hoe doe je dat met een voor gezondheid cruciaal aspect als bestaanszekerheid [8]?

Deze kanttekeningen kwamen in de reflecties op de bijdrage van Mierau naar voren. Ton Coenen (GGD GHOR Nederland) en Kim Putters (Sociaal-Economische Raad) wezen bijvoorbeeld op de complexiteit van gezondheid, die lastig te vangen is in 'afrekenbare' doelen. Gezondheid is de uitkomst van een complex samenspel van persoonlijke, sociale, demografische en economische determinanten. Leefstijl is belangrijk, maar méér nog zijn dat afkomst, opleiding, inkomen, woonomstandigheden en onze leefomgeving. En Karina Raaijmakers (Nederlandse Zorgautoriteit) noemde het risico van juridificering, waarbij het 'afrekenen' niet in de politieke arena plaatsvindt maar in de rechtszaal. Met eindeloos voortslappende processen – letterlijk en figuurlijk – als gevolg.

In het licht van deze kritiek pleiten wij ervoor om van gezondheid een urgent politiek thema te maken. En er in de democratische arena een langetermijnvisie over te ontwikkelen, met concrete politieke doelen, waaraan een minister of wethouder te houden is. De inzet: een gezonde toekomst als collectieve opgave, en dus niet de volledige verantwoordelijkheid bij individuele burgers en hun gedrag neerleggen. Het politieke debat over een gezonde toekomst vraagt om samenwerking tussen uiteenlopende vakgebieden en beleidsterreinen, én tussen publieke en private partijen. Daaraan voorafgaand is 'deliberatie' nodig, ofwel een democratische uitwisseling over waarden: wat is voor jou en mij het goede leven? Wat voor samenleving willen we? Een zorgvuldige afweging van argumenten maakt het vervolgens mogelijk een gedeelde visie te ontwikkelen op een gezonde toekomst. En hoe die te realiseren is.

Thema 2: brede participatie voor een gezonde toekomst

Het bovenstaande brengt ons bij een volgend cruciaal thema voor een gezonde toekomst: we constateren dat het vakgebied van de PG te weinig kijkt hoe gezondheid te koppelen is aan de grote maatschappelijke opgaven, zoals wonen, klimaat, duurzaamheid, bestaanszekerheid, enzovoort. Zowel in de opleiding (zie ook thema 4) als in de kennisontwikkeling is er de afgelopen decennia niet opzienbarend veel veranderd. Het veld evolueert niet voldoende – het is nog

te veel gericht op het beïnvloeden van individuele gedragskeuzen – en kijkt te weinig naar wat er in andere sectoren gaande is. Terwijl daar veel aanknopingspunten liggen voor een gezonde toekomst; die komt er echt alleen als we het intersectoraal aanpakken. Gezondheid is een dwarsdoorsnijdend thema dat we veel meer kunnen verbinden met duurzaamheid, veiligheid, vergrijzing en andere grote maatschappelijke kwesties.

Een mooi voorbeeld is stimuleren van een gezonde leefomgeving vanuit gebiedsontwikkeling. Op het NCPG is bewust iemand uit die wereld uitgenodigd: Helen Amerika, senior manager Vastgoed- en gebiedsontwikkeling bij Brink (bouw, infra, vastgoed). TNO werkt onder meer met Brink aan een handreiking om gezondheid in alle fasen van gebiedsontwikkeling mee te nemen en zo een gezonde leefomgeving te bevorderen. Dat instrument kan onder meer gebruikt worden voor het opstellen van een omgevingsvisie die voldoet aan de gezondheidsvereisten in de Omgevingswet. Zo kan ook de bouw bijdragen aan maatschappelijke opgaven.

Helen Amerika: 'Er zijn veel kansen in gebiedsontwikkeling. Gezondheid wordt steeds belangrijker en is ook in de Omgevingswet verankerd.'

We zien de term 'participatie' in dit tweede thema nadrukkelijk als een wederkerig concept. Het gaat – zoals we al stelden – om *samenwerking* tussen uiteenlopende vakgebieden en beleidsterreinen, en tussen publieke en private partijen. En uiteraard met de burger (patiënt, cliënt), ook bij de wetenschappelijke en professionele (door)ontwikkeling. Het betrekken van burgers moet dus meer zijn dan klassieke 'doelgroep Participatie' in interventieontwikkeling; kansrijker is de inzet van burgerwetenschap. Dat vergt de toepassing van nieuwe (onderzoeks)methoden waarin burgers zelf meebepalen wat nodig is en wat er dan anders moet [9, 10].

Intensieve samenwerking met burgers is des te belangrijker omdat we ervoor moeten waken de grootste verantwoordelijkheid voor een gezonde toekomst bij individuele personen en hun gedrag te leggen. Dat vergroot immers aantoonbaar juist de gezondheidskloof. Op het congres wees zowel Karien Stronks, hoogleraar Public Health en voorzitter van de Gezondheidsraad, als Lieke Boonen, adjunct-directeur Pharos, hierop. Klassieke gedragsinterventies blijken vooral aan te slaan bij mensen die toch al een betere gezondheid hebben, waardoor hun 'voorsprong' op mensen met gezondheidsachterstanden alleen maar groter wordt.

Dat vraagt erom dat de PG-wereld veel meer contact zoekt met de mensen om wie het gaat en zich daarbij gesteund weet door een langetermijnvisie op de collectieve aanpak van maatschappelijke opgaven. Een interessante inkijk in de kansen en mogelijkheden kwam van Arne Popma, hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie aan het Amsterdam UMC, daar tevens af-

delingshoofd. In zijn reflectie op de presentatie van het RVS-advies 'Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving' [11], sprak hij over 'liefdevolle academische psychiatrie'. Dat is de aanpak waarmee Amsterdam UMC de nadruk wil leggen op zowel een zorgvuldige, academische benadering, als een warme en empathische zorg voor mensen met psychische aandoeningen [12]. De term omvat de combinatie van wetenschappelijk onderzoek, innovatie en een menselijke, liefdevolle zorgverlening die gericht is op het integrale welzijn van de patiënt in alle levensfasen.

Deze aanpak impliceert onder meer een intensieve samenwerking met ervaringsdeskundigen en uiteenlopende andere betrokkenen bij het mentale welzijn van jongeren. Volgens Popma krijgt dit in Amsterdam en daarbuiten vorm in uiteenlopende initiatieven. Zo is er @ease, een plek waar jongeren (12 tot 25 jaar) terecht kunnen 'als het leven even tegenzit' [13]. Jonge mensen kunnen er met andere jonge mensen praten over mentale problemen, terwijl professionals voor advies in de buurt zijn. ADAMAS is een Amsterdams netwerk van *credible messengers*, jongeren die 'de straat' kennen en opkomen voor andere jongeren. Door hun achtergrond herkennen ze de frustraties, woede en ambities [14]. Onthullend was een door Popma getoonde groepsfoto van Nederlandse influencers met in totaal 4,5 miljoen unieke volgers, die via hun kanalen bijdragen aan mentale gezondheid. Niemand in de zaal bleek er ook maar eentje van te kennen. Popma: 'Dit is de leefwereld van jongeren. Het is aan ons om daarmee contact te maken. Laat dus ook influencers participeren.'

Thema 3: een gezonde geest in een gezond lichaam op een gezonde aarde

David van Reybrouck, filosoof en Denker der Nederlanden, tekende voor een prikkelende afsluiter van het congres. Onder de titel 'Vér-denken over onze toekomst' adviseerde hij om ook over de gezonde toekomst utopisch te durven denken. We zijn daar vooral sinds de secularisering (dus pakweg vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw) een beetje bang voor. En in de jaren negentig, na de val van de Muur, zijn we nog huiveriger geworden voor idealistische vergezichten. Terwijl juist nu – in tijden van enorme versnellingen op alle vlakken van het leven – vér-denken hard nodig is, aldus Van Reybrouck. 'Technologische ontwikkelingen, geopolitieke aardverschuivingen, medische innovaties, monetaire omwentelingen – alles gaat met een rotvaart. En toch hebben we nog nooit zo weinig aan vér-denken gedaan, ofwel even rustig stilstaan bij de vraag hoe de komende vijftig of 150 jaar eruitzien.'

In aansluiting op de presentatie van het RVS-advies, dat nadrukkelijk pleit voor vertraging, wees de filosoof erop dat de wijsheid 'Een gezonde geest in een gezond lichaam' kennelijk nu pas echt landt. Terwijl deze woorden toch echt al zo'n tweeduizend jaar geleden gemunt zijn, namelijk door de Romeinse sa-

tiricus Juvenalis. Uit ergernis over de materialistische zucht naar praal en weelde in Rome schreef hij: 'Je zou als mens moeten bidden om een gezonde geest in een gezond lichaam. En om een moedig hart dat geen angst voor de dood heeft, en geen woede of begeerte kent.'

Floortje Scheepers (RVS): 'We hebben de hypernerveuze samenleving zelf gemaakt. Pas als we de structuren ervan herkennen, kunnen we die met elkaar veranderen.'

Vandaag, tweeduizend jaar later, thematiseren we de mentale gezondheid, vervolgde Van Reybrouck. 'We erkennen het pathologische van onze samenleving. Maar het concept blijft wat mij betreft nog veel te antropocentrisch. Het is tijd voor een volgende stap, namelijk die naar een gezonde geest in een gezond lichaam op een gezonde aarde. We zien de wereld waarin we leven nog altijd als losstaand van de aarde, terwijl we ze juist moeten samennemen. Het heeft geen zin de mens gezond te maken, als we de aarde tegelijkertijd verwoesten' [15].

In navolging van Rupert Sheldrake zegt Van Reybrouck dat er nooit een scheiding is geweest tussen ons lichaam en de aarde; al het leven is verweven. 'In het westen hebben we onszelf wijsgemaakt dat het rationele losstaat van het fysieke. Dat is een misvatting. Nu – mede als gevolg van dat dualisme – ontwricht de aarde onze wereld.' Wat Van Reybrouck betreft impliceert dit alles ook iets voor de artseneed. Na het 'Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens', moeten we volgens hem iets toevoegen: '... en ik besef dat mijn zorg voor de patiënt niet losstaat van de zorg voor de planeet.'

Thema 4: een nieuwe generatie gezondheidswetenschappers en PG-professionals

Het is tijdens het congres niet uitgebreid aan de orde gekomen, maar het is wel een cruciaal thema voor een beweging uit de 'bubbel': de opleiding. Als we serieus werk willen maken van een intersectorale aanpak van gezondheid – en dus willen koppelen aan de grote maatschappelijke opgaven –, zullen we onze nieuwe generatie experts in gezondheidsbevordering ook navenant moeten opleiden. Een recente paper van Dijkstra, Penders en Horstman concludeert dat de opleiding voor het werk in het PG-veld in Nederland een onjuiste insteek heeft: mensen worden opgeleid om door een individualistische bril naar gezondheidsproblemen te kijken en leren nog altijd dat cognitieve gedragsinterventies de oplossing zijn [16]. De auteurs stellen zelfs dat het vak op deze manier de gezondheidsongelijkheid in ons land heeft versterkt.

In het licht van de gezonde toekomst als intersectorale opgave moet dit echt anders. Waar verklaringen voor gezondheidsverschillen doorgaans worden

gezocht in het gedrag, de persoonlijke kenmerken van 'ongezonde bevolkingsgroepen' of in het neoliberale beleid, zien ook wij de rol die gezondheidsbevordering zelf, via haar centrale theorieën, methoden en aannamen, speelt in het voortbestaan van ongelijkheden in gezondheid. De analyse van Dijkstra et al. laat zien dat Nederlandse PG-professionals gedurende drie decennia zijn gesocialiseerd in een opmerkelijk consistent paradigma dat sterk leunt op sociaal-cognitieve psychologische modellen. Dit paradigma leert professionals prioriteit te geven aan individuele gedragsverandering. Ze leren dus niet om invloed uit te oefenen op sociaal-politieke actoren die bijdragen aan een slechte gezondheid. Om tot betekenisvolle verandering te komen, moeten we ook in de universitaire opleidingen toe naar het leren over populatiegerichte aanpakken. Pas dan kunnen gezondheidswetenschappers en PG-professionals werkelijk bijdragen aan de collectieve opgave om Nederland gezond te maken.

Beschouwing en conclusies

Een gezonde toekomst – op een gezonde aarde – kunnen we met elkaar alleen intersectoraal (en interdepartementaal!) bereiken. De aanleg van rioleringsystemen heeft destijds een enorme sprong in levensverwachting bewerkstelligd. Met welke politiek af te dwingen basisvoorzieningen kunnen we nu een dergelijke impactvolle stap zetten? Dat kan door collectieve ingrepen in de woon- en leefomgeving, investeren in bestaanszekerheid en het vergroten van de sociale cohesie. We benadrukken hier vooral nog een keer de bijdrage van Kim Putters in het tafelgesprek aan het begin van het congres: gezondheid is geen optelsom van individuele gedragskeuzen maar de uitkomst van een complex samenspel van persoonlijke, sociale, demografische en economische determinanten. Dát besef moet centraal staan in de langetermijnvisie die we maatschappelijk en politiek dienen te ontwikkelen.

Uiterst relevant in dit kader is dat we mensen in het PG-veld opleiden (en bijscholen) tot experts die meer naar buiten treden, het maatschappelijk debat opzoeken en het collectief voor ogen hebben. En die – gesteund door hun bestuurders die een stevige langetermijnvisie op de gezonde toekomst uitdragen – krachtig en zakelijk optreden in het opzetten van initiatieven met en voor alle betrokken partijen, óók de private.

Een gezonde toekomst vergt een langjarige inzet van overheid én samenleving. Waarbij het aloude adagium geldt dat de kost voor de baat uitgaat. Dat betekent dat we gezondheid voor alle inwoners van Nederland alleen kunnen realiseren via het met serieuze investeringen gezond maken van onze (volks)huisvesting, infrastructuur, onderwijs, ruimtelijke ordening, economie, enzovoort. Het concept *Health in (of for) All Policies* kan hierbij behulpzaam zijn, mits een duidelijke politieke keuze voor een

écht gezonde toekomst voorkomt dat economische kortetermijnbelangen toch weer gaan prevaleren [17].

Dankbetuiging De auteurs danken Marc van Bijsterveldt voor zijn bijdrage.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doorrekening RIVM acties Nationaal Preventieakkoord. Kamerstuk 984-1057858-VGP. 2024. <https://open.overheid.nl/documenten/a7425a83-fe84-4d76-858d-ba85d21ec9bd/file>. Geraadpleegd op: 10 okt 2025.
2. RIVM. Samenvatting van de resultaten van de doorrekening. Impact van het Nationaal Preventieakkoord voor roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. 2024. <https://open.overheid.nl/documenten/a14c95f8-0142-4209-846c-be2a51f87772/file>. Geraadpleegd op: 10 okt 2025.
3. Mierau JO, Toebes BCA. Streefwaarden voor de volksgezondheid. TSG Tijdschr Gezondheidswet. 2021;99:70–4.
4. Nederlandse Zorgautoriteit. Stand van de zorg. Utrecht: NZA; 2024.
5. Kuiken A, Renkema WJ. Gewijzigde motie van de leden Kuiken en Renkema over het wettelijk verankeren van collectieve gezondheidsdoelen (t.v.v. 32793-526). 2021. <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2021Z02160&did=2021D04772>. Geraadpleegd op: 10 okt 2025.
6. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Op onze gezondheid – de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg. 2023. <https://www.raadrvs.nl/documenten/2023/04/18/op-onze-gezondheid>. Geraadpleegd op: 10 okt 2025.
7. Centraal Planbureau. Economisch perspectief op gezondheid en preventie. 2025. <https://www.cpb.nl/economisch-perspectief-op-gezondheid-en-preventie>. Geraadpleegd op: 10 okt 2025.
8. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Van overleven naar bloeien: bestaansonzekerheid voorkomen en verminderen. 2024. <https://www.raadrvs.nl/documenten/2024/02/15/van-overleven-naar-bloeien>. Geraadpleegd op: 10 okt 2025.
9. Grootjans SJM, Stijnen MMN, Kroese MEAL, et al. Citizen science in the community: gaining insight in community and participant health in four deprived neighborhoods in The Netherlands. Health Place. 2022;75:102798.
10. King AC, King DK, Banchoff A, et al. Employing participatory citizen science methods to promote age-friendly environments worldwide. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:1541.
11. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Op de rem – voorbij de hypernerveuze samenleving. 2025. <https://www.raadrvs.nl/adviezen/o/op-de-rem---voorbij-de-hypernerveuze-samenleving>. Geraadpleegd op: 10 okt 2025.
12. De Correspondent. Hoe zorg je dat iets niet gebeurt? Deze kinderpsychiater zweert bij preventie. 2024. <https://decorrespondent.nl/15076/hoe-zorg-je-dat-iets-niet-gebeurt-deze-kinderpsychiater-zweert-bij-preventie/2a2866eb-96a2-01ad-1578-8707f0612b4c>. Geraadpleegd op: 8 okt 2025.
13. Leijdesdorff SMJ. Ain't no mountain high enough. How to improve access to youth mental health care. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2021.
14. Het ADAMAS Huis. <https://www.adamashuis.nl/#:~:text=Bij%20Adamas%20kan%20je%20terecht%20voor%20persoonlijke%20gesprekken%2C,informatie%20aan%20en%20worden%20regelmatig%20diverse%20bijeerkomsten%20georganiseerd>. Geraadpleegd op: 8 okt 2025.
15. Leeuw E de. Health beyond borders: the future of health promotion. Scand J Public Health. 2025;53(1 Suppl):7–15.
16. Dijkstra I, Penders B, Horstman K. How health promotion prevents itself from tackling health inequalities. A critical analysis of Dutch health promotion's paradigm through its handbooks (1995–2022). Ssm Qual Res Heal. 2025;7:100533.
17. Hagenaars L, Waterlander W, Hertog K den, et al. Een veerkrachtige publieke gezondheid in 2030: #hoedan? Tsg Tijdschr Gezondheidswet. 2022;100((Suppl3):S119–S23.