



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Gezond opgroeien

# Gezond opgroeien

Verkenning jeugdgezondheid



# Gezond opgroeien

## Verkenning jeugdgezondheid

### **Redactie**

H.H. Hamberg-van Reenen

S.A. Meijer

### **Auteurs**

H.H. Hamberg-van Reenen

S.A. Meijer

P.F. van Gils

M. Savelkoul

## Colofon

### **Ontwerp**

VijfKeerBlauw

### **Omslag**

Beelbank RIVM

Een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1

3720 BA Bilthoven

In samenwerking met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchilllaan 11, 7e etage

3527 GV Utrecht

Auteursrechten voorbehouden

© 2014, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270752001/2014

ISBN: 978-90-6960-268-4

NUR: 860

# Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Gezond opgroeien', de eerste Verkenning Jeugdgezondheid. Het biedt een fantastisch overzicht van de gezondheid van de Nederlandse jeugd. Om goed jeugdbeleid te kunnen voeren, zowel landelijk als lokaal, is zo'n overzicht essentieel. Het helpt het ministerie van VWS om landelijke prioriteiten te stellen, maar is ook heel geschikt als benchmark voor het lokale beleid. De koppeling van dit overzicht aan de werkwijze en de ontwikkelingen in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) geeft het rapport een grote meerwaarde.

Het RIVM, in samenwerking met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, laat met dit rapport zien dat het in het algemeen goed gaat met onze jeugd. Dit is goed nieuws, waar we met zijn allen trots op kunnen en moeten zijn. Het betekent echter niet dat we achterover kunnen leunen. In het rapport zijn ook ontwikkelingen te lezen die om alertheid vragen. Denk aan het toenemend sociale mediagebruik van de jeugd: brengt dat gezondheidsrisico's met zich mee en zo ja, welke? Of het toenemend aantal jongeren dat extreem veel alcohol drinkt. Ook de groeiende groep te vroeg geboren kinderen vraagt om extra inspanning, gezien het risico op een chronische aandoening en daaruit voortkomende gevolgen voor participatie op school of in toekomstig werk. Het aantal kinderen met overgewicht lijkt te stabiliseren, maar blijft op een hoog niveau. Waar de stabilisering als resultaat van een gezamenlijke (beleids)inspanning van veel partijen, zowel landelijk als lokaal, kan worden gezien, zal dat beleid nog geïntensiveerd moeten worden om ook een daadwerkelijke daling te realiseren. De achterblijvende gezondheid in groepen met een lage sociaaleconomische status blijft ook een aandachtspunt, ook en vooral bij de jeugd. Wel stemmen positieve trends, zoals het dalend aantal rokende jongeren, tot vertrouwen dat met vereende krachten, voortdurende aandacht en volharding resultaten behaald kunnen worden.

De conclusie dat de JGZ zich op de belangrijkste gezondheidsproblemen van jeugdigen richt bevestigt de toegevoegde waarde ervan. Ook de noodzaak om het nieuwe contactmoment voor adolescenten meer te richten op leefstijl en op school- en toekomstige arbeidsparticipatie van jongeren wordt in dit rapport bevestigd. Dat het contactmoment meer of minder intensief ingevuld kan worden, afhankelijk van de behoeften van de doelgroep, past goed in de ontwikkeling tot meer zorg op maat voor risicogroepen.

Het rapport komt op een mooi moment: vlak na de lancering van het Nationaal Programma Preventie 'Alles is Gezondheid' op 5 februari 2014 en met de Stelselwijziging jeugd in 2015 voor de deur. Met dit rapport hebben we een mooie basis om verder te gaan: uitgaan van de feiten en een positieve benadering kiezen. Daarin zijn preventie, versterken van eigen kracht, ontzorgen en normaliseren ambities waar we hard aan werken. Het lokale beleid speelt daarin een sleutelrol, met de jeugdgezondheidszorg als trouwe en onmisbare partner aan haar zij.

Marianne Donker

Directeur Publieke Gezondheid  
Ministerie van VWS



# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Kernboodschappen</b>	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Achtergrond	11
1.2 Doelstellingen	12
1.3 Afbakening	13
1.4 Aanpak	14
1.5 Leeswijzer	15
<b>DEEL 1 GEZONDHEIDSTOESTAND NEDERLANDSE JEUGD</b>	<b>17</b>
<b>2 Basisindicatoren voor jeugdgezondheid</b>	<b>19</b>
2.1 Geboorte	21
2.2 Kindersterfte	22
2.3 Ervaren gezondheid en welbevinden	25
2.4 Onderwijsparticipatie	26
<b>3 Fysieke gezondheid</b>	<b>29</b>
3.1 (Aangeboren) aandoeningen: congenitale hartafwijkingen, visus- en gehoorproblemen	30
3.1.1 Congenitale hartafwijkingen	30
3.1.2 Gehoorproblemen	32
3.1.3 Visusstoornissen	34
3.2 Chronische ziekten: astma en eczeem	34
3.2.1 Astma	34
3.2.2 Eczeem	36
3.3 Letsels en ongevallen	37
3.4 Lichamelijke klachten: hoofdpijn, buikpijn, obstipatie en vermoeidheid	40
<b>4 Psychosociale gezondheid</b>	<b>43</b>
4.1 Emotionele problemen en stoornissen: angst en depressie	45
4.2 Hyperactiviteit en ADHD	48
4.3 Opstandig en/of antisociaal gedrag: pesten en spijbelen	50
4.4 Autismespectrumstoornissen	53
4.5 Licht verstandelijke beperking (lvb)	54
<b>DEEL 2 DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID</b>	<b>57</b>
<b>5 Sociale omgeving</b>	<b>59</b>
5.1 Relatie met ouders en eenoudergezin	60
5.2 Problemen in de gezinsomgeving: kindermishandeling	61
5.3 Contact met leeftijdgenoten en schoolbeleving	64
5.4 Problemen in de schoolomgeving: gepest worden	65

<b>6</b>	<b>Leefstijl</b>	<b>69</b>
6.1	Beweeg- en voedingsgedrag en overgewicht	71
6.1.1	Bewegen	71
6.1.2	Voeding	74
6.1.3	Overgewicht	76
6.2	Middelengebruik	79
6.2.1	Roken	79
6.2.2	Alcoholgebruik	81
6.2.3	Druggebruik	85
6.3	Seksueel gedrag	87
6.4	Mediagebruik en blootstelling aan lawaai	89
6.4.1	Mediagebruik	89
6.4.2	Blootstelling aan lawaai	91
<b>DEEL 3</b>	<b>JEUGDGEZONDHEIDSZORG</b>	<b>95</b>
<b>7</b>	<b>Activiteiten jeugdgezondheidszorg: bereik en effectiviteit</b>	<b>97</b>
7.1	Uitvoering en organisatie van de jeugdgezondheidszorg	98
7.1.1	Samenwerking met andere partijen	99
7.1.2	Kwaliteit van zorg	100
7.2	Bereik, kosten en (kosten)effectiviteit	102
7.2.1	Bereik jeugdgezondheidszorg	102
7.2.2	(Kosten)effectiviteit jeugdgezondheidszorg	103
<b>8</b>	<b>Jeugdgezondheidszorg in relatie tot gezondheidsthema's</b>	<b>107</b>
8.1	Jeugdgezondheidszorg en fysieke gezondheid	108
8.2	Jeugdgezondheidszorg en psychosociale gezondheid	113
8.3	Jeugdgezondheidszorg en problemen in de sociale omgeving	115
8.4	Jeugdgezondheidszorg en leefstijl	116
<b>9</b>	<b>Beschouwing</b>	<b>119</b>
9.1	Gezondheid Nederlandse jeugd	119
9.2	De jeugdgezondheidszorg	121
9.3	Gezondheid en jeugdgezondheidszorg	123
9.4	Kansen voor praktijk, beleid en onderzoek	124
<b>Literatuur</b>		<b>131</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>145</b>
Bijlage 1:	Projectteam, referenten en begeleidingscommissies	146
Bijlage 2:	Keuze van onderwerpen	148
Bijlage 3:	Gebuurde en toekomstige databronnen en randvoorwaarden voor een reguliere jeugd-VTV	154
Bijlage 4:	Afkortingen	160



# Kernboodschappen

Deze Verkenning jeugdgezondheid is tot stand gekomen door samenwerking tussen het RIVM en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, met als doel een geïntegreerd landelijk overzicht te geven van de gezondheid van de Nederlandse jeugd en de rol van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) hierin. Het is voor het eerst dat een dergelijk overzicht van de fysieke en psychische gezondheid, leefstijl en problemen in de sociale omgeving van kinderen en jongeren, en de rol van de JGZ hierin, is verschenen.

## Van gezondheid tot gezondheidsrisico's

### **Nederlandse jeugd is gezond**

Kinderen en jongeren in Nederland zijn over het algemeen gezond: de baby- en kindersterfte is laag, de meeste jeugdigen voelen zich gezond en de onderwijsparticipatie is hoog. Veel kinderen die wel een gezondheidsprobleem hebben kunnen daar goed mee omgaan. De Nederlandse jeugd steekt qua (ervaren) gezondheid gunstig af bij andere westerse landen.

### **Gezondheid jeugd niet wezenlijk veranderd, maar wel op specifieke punten**

De gezondheid van jongeren is niet wezenlijk veranderd vergeleken met tien jaar geleden, maar voor specifieke gezondheidsproblemen is het beeld wel veranderd. De baby- en kindersterfte zijn gedaald, de overlevingskans van prematuren is gestegen en op de middelbare school worden iets minder kinderen gepest. Ook zijn jongeren minder gaan roken en drinken. Het aantal jongeren dat extreem veel drinkt is echter juist toegenomen. Het aantal kinderen en jongeren met overgewicht is de laatste jaren gestabiliseerd, maar blijft op een onverminderd hoog niveau. Er zijn meer meldingen van kindermishandeling in Nederland. Dat betekent overigens niet vanzelfsprekend dat het aantal daadwerkelijke gevallen van

kindermishandeling is toegenomen; het kan ook een ontwikkeling in de meldingsprocedure weergeven. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) moet rekening houden met nieuwe gezondheidsrisico's door het toenemende gebruik van sociale media. Tegelijkertijd zijn diezelfde sociale media ook in te zetten als instrument voor (collectieve) preventieve activiteiten.

### **Sociaaleconomische risicogroepen kunnen extra aandacht van de JGZ gebruiken**

Kinderen met een lage sociaaleconomische status hebben een hoger risico op een ongezonde leefstijl en psychische problemen. Bij hen komen vaak meerdere ongezonde gedragingen tegelijk voor, zoals te weinig bewegen, ongezond eten (met overgewicht als gevolg), roken, onveilig seksueel gedrag en excessief mediagebruik. Steeds meer kinderen groeien op in een eenoudergezin en als gevolg van de recessie groeien meer kinderen op in armoede. Dit zou er mogelijk toe kunnen leiden dat gezondheidsproblemen gerelateerd aan een ongezonde leefstijl en psychosociaal functioneren zullen stijgen. De JGZ kan hier bij haar werkwijze rekening mee houden, door zich meer te richten op collectieve preventie bij sociaaleconomische risicogroepen.

## **Van gezondheidsbevordering tot participeren met gezondheidsproblemen**

### **JGZ kan meer vraaggericht werken bij preventie in leefomgeving: gezin en op school**

In het kader van de Stelselwijziging jeugd wordt een goede relatie van de JGZ met ouders nog belangrijker dan nu. De JGZ kan ouders en kinderen bij uitstek ondersteunen hun eigen kracht te versterken, omdat zij dicht op (het stimuleren van) de ontwikkeling van kinderen en jongeren zit. Hier ligt een kans voor de JGZ om meer in te zetten op opvoedondersteuning, bijvoorbeeld vanuit het Centrum voor Jeugd en gezin (CJG). De JGZ kan meer gebruik maken van haar 'schakelpositie' tussen de directe leefomgeving van een kind (gezin, school, wijk) en de eerstelijns- of gespecialiseerde zorg door ook op school een meer actieve preventieve rol te vervullen. Algemene lichamelijke klachten bij leerlingen, zoals hoofdpijn, buikpijn en vermoeidheid, kunnen namelijk een signaal zijn voor achterliggende psychosociale problematiek die tot schoolverzuim leidt. De JGZ zou fysiek aanwezig kunnen zijn op school, bijvoorbeeld via regelmatige gesprekken en kan de banden met bijvoorbeeld voorschoolse educatie en peuterspeelzaal versterken. Bij die actieve preventierol in de wijk (CJG) en op school past een meer vraaggerichte werkwijze van de JGZ.

### **Zorg op maat voor kinderen met groot risico op gezondheidsproblemen**

Naast de vaste contactmomenten voor alle kinderen en hun ouders heeft de JGZ steeds meer mogelijkheden voor zorg op maat. Zo kan door extra contactmomenten meer aandacht besteed worden aan kinderen met een hoog risico op gezondheidsproblemen (flexibilisering). De JGZ houdt onder andere te vroeg geboren kinderen extra goed in de gaten, in elk geval tot het vierde levensjaar. Ook kan het adolescentencontactmoment meer of minder intensief ingevuld worden, afhankelijk van de behoeften van de doelgroep.

### **Participatie wordt steeds belangrijker als maat voor gezondheid**

Gezondheid wordt steeds meer (mede) beoordeeld op grond van de mate waarin een kind of jongere kan participeren in de maatschappij. Gezien de verwachte groei van het aantal kinderen met een chronische aandoening (onder andere door de toegenomen overlevingskansen van premature kinderen) zal participatie alleen maar belangrijker worden. Het is dus wenselijk dat de JGZ rekening houdt met de ontwikkelin-

gen rondom participatie en ouders en kinderen daarin kan ondersteunen. De JGZ kan bijvoorbeeld scholen en ouders meer adviseren over hoe om te gaan met kinderen met bepaalde gezondheidsproblemen. De JGZ kan in een vroeg stadium al aandacht besteden aan de school- en beroepskeuze van deze groep, en daarmee de school- en arbeidsparticipatie stimuleren ('jeugdarts als bedrijfsarts'). Het adolescentencontactmoment biedt daarvoor ook kansen.

## Van individuele preventie tot collectieve preventie

### **Collectieve blik van JGZ nodig voor rol als beleidsadviseur**

Het fundament van de JGZ zit in preventie: vaccinaties, screenings, monitoring, vroegsignalering, voorlichting en laagdrempelige persoonlijke contacten met ouders en kinderen. Ze bereikt daarmee bijna alle kinderen en jongeren. De JGZ richt zich met individuele preventieve activiteiten op de belangrijkste gezondheidsproblemen van jeugdigen, maar zou ook op het gebied van collectieve preventie een rol kunnen spelen. Hier ligt met name een kans op het gebied van (het signaleren en verminderen van een ongezonde) leefstijl van jongeren, inclusief mediagebruik. Een meer collectieve blik helpt de JGZ om haar rol als beleidsadviseur voor gemeenten en op scholen beter vorm te kunnen geven, vooral in relatie tot sociaaleconomische risicogroepen en schoolparticipatie. Het Digitaal Dossier JGZ (DD-JGZ) kan hier input voor geven, al dan niet gekoppeld aan gegevens uit de GGD-monitors Jeugdgezondheid. Op scholen kan de JGZ meedenken over een 'gezonde school'-beleid, zoals de fysieke inrichting van de schoolomgeving of het aanbod van de schoolkantine of gedragsregels voor preventie van pesten.

## Van versnipperde informatie naar structurele basisinformatie

### **Kansen voor structurele basisinformatie over jeugdgezondheid**

Zowel de JGZ als lokale en landelijke beleidsmakers hebben baat bij een uniform, breed en (lokaal én landelijk) representatief beeld van de gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd. De huidige regionale en lokale informatievoorziening (DD-JGZ en GGD-monitors) bieden kansen om in de toekomst structureel basisinformatie te bieden over jeugdgezondheid. Voor een uniform geregistreerde jeugdgezondheid is eenduidige classificatie essentieel.

### **Onderzoek naar (kosten)effectiviteit JGZ-activiteiten van belang**

Om zicht te krijgen op de effectiviteit van de JGZ is gedegen (kosten)effectiviteitsonderzoek naar JGZ-activiteiten noodzakelijk, inclusief het traject van vroeg opsporen, adviseren en vervolgenterventies. Van een deel van de JGZ-activiteiten is wel bekend dat ze tot gezondheidswinst leiden, zoals het Rijksvaccinatieprogramma, de hieprikscreening, screening op aangeboren hartafwijkingen, screening op heupdysplasie, neonatale gehoorscreening en preventie van wiegendood. Voor andere JGZ-activiteiten ontbreekt dit inzicht echter vooralsnog.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

### **Samenhangend landelijk overzicht gezondheid jeugd ontbreekt**

Hoe gezond is de Nederlandse jeugd? Waar liggen kansen voor verbetering? Om hier goed zicht op te krijgen is een samenhangend landelijk overzicht van de gezondheid van de Nederlandse jeugd gewenst. Op verschillende plaatsen en via verschillende databanken in Nederland worden gegevens verzameld over de gezondheid van jeugdigen. Dit betreft echter voornamelijk lokale gegevens (bijvoorbeeld GGD-jeugdgezondheidsmonitors), gegevens over specifieke gezondheidsthema's of voor specifieke doelgroepen. Een goed samenhangend overzicht van verschillende aspecten van de gezondheid van de Nederlandse jeugd, met informatie uit meerdere databronnen, ontbreekt echter nog.

### **Behoeftte aan inzicht in gezondheid voor landelijk en lokaal beleid**

Verskillende ontwikkelingen zorgen ervoor dat landelijke beleidsmakers, de gemeente en jeugd(gezondheids)zorgorganisaties een toenemende behoefte hebben aan inzicht in de gezondheid van de jeugd en het gewenste zorgaanbod om een adequaat en onderbouwd jeugdgezondheidsbeleid te kunnen voeren. Een van deze ontwikkelingen is de Stelwijziging jeugd. Vanaf 2015 komen jeugdzorg en jeugd-ggz onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten te vallen. Op dit moment valt deze verantwoordelijkheid nog onder provincies. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) blijft de verantwoordelijkheid van gemeente en de eerste- en tweedelijns somatische zorg voor jeugd blijven onderdeel van de zorgverzekeringswet. Via de transformatie wil de landelijke overheid inzetten op preventie, versterken van eigen kracht, ontzorgen en normaliseren en een integrale aanpak op maat (VWS, 2013b). Daarnaast bestaat vanuit het landelijk beleid een toenemende aandacht voor jeugd (VWS, 2011b; VWS, 2013a; VWS, 2013c). Speerpunten van

beleid zijn het bevorderen van een gezonde leefstijl, vroege signalering van gezondheidsrisico's, inzet op weerbaarheid, grenzen stellen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd (VWS, 2011b).

### **Jeugdgezondheidszorg belangrijke speler voor de beleidsdoelen vroeg erbij zijn en vermijdbare zorg voorkomen**

De JGZ heeft tot doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en het monitoren van (afwijkingen in) de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren. Tot de basisactiviteiten van de JGZ behoren het rijksvaccinatieprogramma, screenings, monitoring en signalering van gezondheidsrisico's of gezondheidsproblemen. Waar nodig vindt voorlichting of begeleiding plaats. Ook levert de JGZ waar nodig passende zorg dicht bij het gezin of verwijst door naar jeugdhulp en gezondheidszorg. De JGZ heeft een groot bereik. De JGZ werkt samen met ketenpartners binnen en buiten de zorg, zoals huisarts, kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater, Bureau Jeugdzorg (tot 2015), school, pedagoog, psycholoog, welzijnsorganisaties en wijkwerkers (De Winter et al., 2013). De JGZ is bij uitstek een partij die kan bijdragen aan het voorkomen van vermijdbare zorg, en aan gezond opvoeden, normaliseren en opgroeien in de eigen omgeving (VWS, 2011a). Het is van belang te evalueren welke rol de JGZ heeft in de gezondheid van de Nederlandse jeugd. Richt de JGZ zich op de belangrijkste gezondheidsproblemen van de jeugd? Zijn er gezondheidsproblemen die meer aandacht verdienen en welke bijdrage kan de JGZ daaraan leveren?

## 1.2 Doelstellingen

### **Opdracht van VWS aan RIVM in samenwerking met NCJ**

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de afdeling Gezondheid en Maatschappij van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) opdracht gegeven om in samenwerking met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) een eerste Verkenning jeugdgezondheid uit te brengen. Het doel van de Verkenning jeugdgezondheid is een overzicht te geven van:

- de gezondheid van kinderen en jongeren in Nederland;
- de rol van de JGZ in de gezondheid van kinderen en jongeren in Nederland.

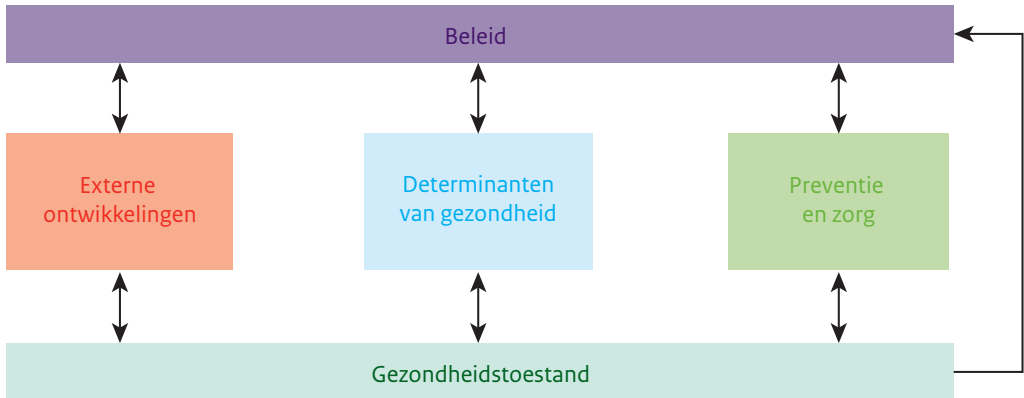
### **De Verkenning als periodieke monitor**

Deze eerste verkenning besteedt ook aandacht aan knelpunten en kansen voor een periodieke voortzetting van een jeugd-VTV. In het rapport van commissie De Winter (2013) en in de reactie daarop van de staatssecretaris (VWS, 2013c) wordt het belang van een periodieke Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) voor de jeugd als onderdeel van de vierjaarlijkse preventiecyclus onderschreven.

### **De Verkenning jeugdgezondheid heeft een brede doelgroep**

De Verkenning jeugdgezondheid wil een brede doelgroep bereiken die bestaat uit landelijke en lokale beleidsmedewerkers en management, beleids- en stafmedewerkers van jeugdgezondheidszorgorganisaties en andere partners in de preventieve en curatieve zorg voor jeugd.

**Figuur 1.1** VTV-model: conceptueel model voor de volksgezondheid.



### 1.3 Afbakening

#### Breed perspectief op gezondheid

Gezondheid kan op verschillende manieren gedefinieerd worden: lichamelijke en psychische symptomen, klachten, ziektebeelden en aandoeningen, maar ook ervaren gezondheid, beperkingen, functioneren en kwaliteit van leven. Bij een breed maatschappelijk perspectief op gezondheid gaat het vooral om de mogelijkheden om – ondanks gezondheidsproblemen – mee te kunnen doen in de samenleving. De recent ontwikkelde definitie van gezondheid van de Gezondheidsraad en ZonMw gaat uit van een maatschappelijk perspectief: ‘the ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges’ (Huber et al., 2011). Het gaat dus om het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. In deze Verkenning jeugdgezondheid komen verschillende aspecten van gezondheid aan bod: gezondheid in relatie tot geboorte en sterfte, ervaren gezondheid, fysieke en psychosociale gezondheid, leefstijlfactoren, sociale omgeving en maatschappelijke gevolgen van gezondheid in de vorm van onderwijsparticipatie.

#### Gezondheid in relatie tot andere factoren aan de hand van VTV-model

Het VTV-model (Hoeymans et al., 2010) is een conceptueel model dat de relatie tussen gezondheid en verschillende beïnvloedende factoren in beeld brengt (zie Figuur 1.1). Dit model vormt de basis van de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. In deze Verkenning jeugdgezondheid gebruiken we het VTV-model als ordeningsmodel. De Verkenning jeugdgezondheid bevat informatie over zowel de gezondheidstoestand als over de determinanten van gezondheid van de Nederlandse jeugd. De gezondheidstoestand beslaat in deze verkenning drie hoofdgroepen: basisindicatoren van gezondheid, fysieke gezondheid en psychische gezondheid. Bij de determinanten gaan we in op leefstijlfactoren en op de sociale omgeving. Preventie en zorg komen aan bod bij de beschrijving van de jeugdgezondheidszorg en zorg waar de JGZ naar verwijst. Daarbij zeggen we, voor zover mogelijk, ook iets over de invloed van de JGZ op de gezondheidstoestand. In deze Verkenning jeugdgezondheid komt ook onderwijsparticipatie, als vorm van maatschappelijke participatie, aan bod. Maatschappelijke participatie maakt (nog) geen

onderdeel uit van het VTV-model, maar in deze verkenning plaatsen we het bij 'gezondheidstoestand'. Vanuit het maatschappelijke perspectief op gezondheid gaat het dan om de mogelijkheden om mee te doen in de maatschappij. De invloed van externe ontwikkelingen (zoals ontwikkelingen in demografie en beleid) komen vooral aan bod in de beschouwing. In Bijlage 2 (Figuur A2.1) is te vinden hoe de onderwerpen in deze Verkenning zich verhouden tot het VTV-model.

### **Selectie van gezondheidsthema's**

De selectie van de gezondheidsthema's voor de Verkenning jeugdgezondheid 2013 is gebaseerd op enerzijds relevantie van het gezondheidsthema voor beleid en (JGZ-)praktijk en anderzijds op de omvang, ernst en ziektelast (impact op de volksgezondheid). De wijze waarop die selectie is gemaakt is te vinden in Bijlage 2. Tegelijkertijd willen we met deze Verkenning jeugdgezondheid ook laten zien hoe breed het veld is waar de JGZ direct of indirect mee te maken heeft. Daarom beschrijven we gezondheidsproblemen die samen verschillende fasen van gezondheid en ziekte kenmerken: variërend van de normale situatie tot risicogroepen; van klachten, symptomen en kortdurende ziekte tot chronische aandoeningen en psychische stoornissen.

### **Leeftijdsafbakening**

We gaan in deze verkenning in principe uit van de leeftijdsgroep 0-19 jaar. Voor zover mogelijk en relevant laten we het vóórkomen van gezondheidsproblemen zien voor leeftijdsklassen van vijf jaar (0-4, 5-9, 10-14 en 15-19 jaar). Afhankelijk van de beschikbare data gaan we flexibel met deze leeftijdsgrenzen om, met 25 jaar als bovengrens (bijvoorbeeld als er alleen cijfers beschikbaar zijn over de hele groep 0-25 jaar).

## **1.4 Aanpak**

Voor deze Verkenning jeugdgezondheid hebben we op verschillende manieren informatie verzameld. Deze lichten we hier kort toe.

### **Landelijke databronnen**

De *gezondheidstoestand en determinanten* van kinderen in Nederland worden beschreven op basis van databronnen die recente en representatieve landelijke gegevens hierover bevatten (zie Bijlage 3).

### **Wetenschappelijke literatuur**

De cijfers uit de landelijke databronnen zijn waar nodig aangevuld met informatie uit recente literatuur (wetenschappelijke artikelen en rapporten). Voor het onderdeel *preventie en zorg* (oftewel de JGZ) gebruiken we onder andere informatie over het nieuwe 'Basispakket jeugdgezondheidszorg' dat vanaf 2015 aan alle kinderen in Nederland moet worden aangeboden (De Winter et al., 2013; NCJ, 2012a; VWS, 2013c). Overigens blijft het takenpakket van de JGZ in grote lijnen onveranderd. Ook gebruiken we informatie uit richtlijnen. Informatie over het vervoltraject na doorverwijzing vanuit de JGZ komt uit interventiedatabases en wetenschappelijke literatuur.



## Adviescommissies

Drie commissies hebben gedurende het project met enige regelmaat advies gegeven over de inhoud van deze Verkenning jeugdgezondheid in relatie tot de wetenschappelijke kwaliteit, de beleidsrelevantie en de praktische bruikbaarheid. Daarnaast zijn er bijdragen geweest van interne en externe experts (zie Bijlage 1). Het RIVM is uitvoerder van het project. Het NCJ adviseert het RIVM in het gehele project vanuit zijn rol als 'speler in het veld van de jeugdgezondheidszorg'. RIVM en NCJ stemmen gedurende het project de inhoud, het proces en de communicatie van het project nauw met elkaar af.

## 1.5 Leeswijzer

De Verkenning jeugdgezondheid bestaat uit drie delen: een deel over gezondheidstoestand (hoofdstuk 2 t/m 4), een deel over determinanten van gezondheid (hoofdstuk 5 en 6) en een deel over preventie en zorg (hoofdstuk 7 en 8). Elk hoofdstuk begint met een samenvatting.

In deel 1, over de gezondheidstoestand, komen de basisindicatoren voor gezondheid (hoofdstuk 2), de fysieke gezondheid (hoofdstuk 3) en de psychosociale gezondheid (hoofdstuk 4) aan bod. Van elk gezondheidsprobleem beschrijven we naast de omvang (prevalentie) ook globaal de belangrijkste kenmerken en risicofactoren. Daarnaast gaan we, afhankelijk van de beschikbare gegevens, in op demografische verschillen in omvang (leeftijd, geslacht, etniciteit, sociaaleconomische status en/of gezinssituatie en op trends in de tijd). Voor de basisindicatoren van gezondheid (geboorte, sterfte en ervaren gezondheid) vergelijken we daarnaast ook de situatie in Nederland met die in andere Europese landen.

In deel 2 (determinanten van gezondheid) gaan we in op leefstijlfactoren (hoofdstuk 5) en de sociale omgeving (hoofdstuk 6). Hier komt ook overgewicht aan bod, als afgeleide van voedings- en beweeggedrag. Naast de omvang (prevalentie) beschrijven we, evenals bij deel 1, globaal de belangrijkste kenmerken, risicofactoren en, afhankelijk van de beschikbare gegevens, demografische verschillen in omvang en trends in de tijd. Ook gaan we kort in op mogelijke gezondheidsgevolgen van de determinanten.

Deel 3 (preventie en zorg) gaat in op de rol van de JGZ in de gezondheidstoestand en determinanten van gezondheid van de Nederlandse jeugd. Hoofdstuk 7 beschrijft de basisactiviteiten van de JGZ en waar mogelijk bereik, kosten en (kosten)effectiviteit van de JGZ als geheel. Dit hoofdstuk geeft tevens inzicht in de recent ingezette en nieuwe ontwikkelingen en samenwerkingspartners van de JGZ. Hoofdstuk 8 gaat in op aanbod, bereik en (kosten)effectiviteit van JGZ-activiteiten, die specifiek gerelateerd zijn aan de fysieke en psychosociale gezondheidstoestand en aan leefstijlfactoren en sociale omgeving. Ook beschrijven we, waar mogelijk, het verwijsgedrag vanuit de JGZ. Daarnaast beschrijven we op hoofdlijnen het aanbod, het bereik en de (kosten)effectiviteit van vervolgenterventies en de terugkoppeling vanuit het vervolgtraject naar de JGZ.

Het rapport sluit af met een beschouwing (hoofdstuk 9). Hierin integreren we de belangrijkste bevindingen van deze Verkenning jeugdgezondheid en relateren deze aan ontwikkelingen in beleid en praktijk. We beschouwen de gezondheidstoestand en determinanten van de Nederlandse jeugd in de context van huidige ontwikkelingen in de praktijk. Ook geven we een profielschets van de JGZ en gaan in op kansen

voor de JGZ voor de toekomst. Daarnaast gaan we in op knelpunten en kansen in de beschikbare databronnen over de jeugdgezondheid en bespreken we randvoorwaarden voor een periodiek vervolg van de Verkenning jeugdgezondheid. Tot slot formuleren we aanbevelingen voor beleid, praktijk en onderzoek. De beschouwing is ook los te lezen van de rest van het rapport.

# Deel 1

## Gezondheidstoestand Nederlandse jeugd



# 2

## Basisindicatoren voor jeugdgezondheid

### Samenvatting

#### **Meeste kinderen en jongeren voelen zich gezond en gelukkig**

Ruim 80 tot 90% van de Nederlandse kinderen en jongeren ervaart zijn gezondheid als goed en voelt zich gelukkig. De ervaren gezondheid en de geluksbeleving van Nederlandse jongeren steekt gunstig af bij jongeren uit andere Europese landen. In de meest recente internationale vergelijking (2005) tussen jongeren uit veertig Europese en Noord-Amerikaanse landen stond Nederland op de eerste (13- en 15-jarigen) en tweede plaats (11-jarigen) in het gevoel van welbevinden. De ervaren gezondheid en de geluksbeleving nemen iets af naarmate kinderen ouder worden; meisjes zijn iets minder positief dan jongens. Ook kinderen uit een gezin met een laag inkomen en jongeren uit een eenoudergezin ervaren hun gezondheid of geluksgevoel iets minder positief. Gevoelens van onbehagen leven ook eerder onder laaggeschoolden dan onder hooggeschoolden. Allochtone jongeren voelen zich niet minder gelukkig dan autochtone jongeren. Het hoge geluksniveau van Nederlandse jongeren heeft mede te maken met de welvaart in Nederland en de relatief geringe verschillen tussen arm en rijk.

#### **Ruim 7% van de jongeren verlaat het onderwijs zonder 'startkwalificatie voor de arbeidsmarkt'**

In totaal zat ruim 7% van de jongeren van 15-25 jaar in 2011 niet meer op school en was ook niet in het bezit van een startkwalificatie. Jongeren met gedragsproblemen, emotionele problemen en middelenmisbruik vormen een risicogroep voor voortijdig schoolverlaten, vaak samengaand met andere risicofactoren, zoals een lage sociaaleconomische achtergrond, een laag intelligentieniveau en crimineel gedrag. Naar verhouding verlaten jongens en allochtonen vaker voortijdig het onder-

wijs. Het aantal meldingen van ongeoorloofd verzuim is de laatste vijf jaar fors toegenomen, waarschijnlijk door verbeterde registratie. De schooldeelname van leerlingen met gezondheidsproblemen is iets lager dan van leerlingen zonder gezondheidsproblemen. Bijna 2% van de kinderen en jongeren gaat naar het speciaal onderwijs.

### **Overlevingskans van kinderen met laag geboortegewicht toegenomen**

Het totaal aantal premature levendgeborenen is in de afgelopen 25 jaar gestegen. Nederland staat met 6% van de levendgeborenen met een laag tot zeer laag geboortegewicht in de middenmoot van de Europese Unie. De stijging van het aantal premature kinderen leidt tot een groter percentage kinderen met functionele beperkingen, doordat kinderen met aangeboren aandoeningen, ernstige ziekten en handicaps langer in leven blijven en dus langer (vaak intensieve en complexe) zorg nodig hebben.

### **Zuigelingen- en kindersterfte afgenomen in laatste tien jaar**

De zuigelingen- en kindersterfte is in de afgelopen tien jaar in alle Europese landen afgenomen. Nederland behoort met het sterftecijfer voor zuigelingen van 3,6 per 1.000 tot de middenmoot van EU-landen; kindersterfte in Nederland (0,14 per 1.000) staat op de vierde plaats in Europa. De meeste zuigelingensterfte vindt in de perinatale periode plaats; in de periode daarna sterven de meeste zuigelingen aan congenitale hartafwijkingen. Kinder- en jeugdsterfte heeft meestal een uitwendige oorzaak, zoals suïcide, moord, verkeersongelukken, verdrinking en ongevallen door vallen of verbranding; kanker is ook een belangrijke oorzaak van kinder- en jeugdsterfte.

## Leeswijzer

In dit hoofdstuk schetsen we een algemeen beeld van de gezondheid van de Nederlandse jeugd aan de hand van enkele basisindicatoren van gezondheid: gezondheid rond de geboorte (paragraaf 2.1), sterfte (paragraaf 2.2) en ervaren gezondheid (paragraaf 2.3). In paragraaf 2.4 beschrijven we de onderwijsparticipatie van kinderen en jongeren. Vanuit een brede definitie van gezondheid (Harbers & Hoeymans, 2013) is de mogelijkheid om, ondanks gezondheidsproblemen, mee te kunnen doen in de maatschappij een belangrijke indicator voor gezondheid (zie ook hoofdstuk 1). Spijbelen, wat gezien kan worden als een indicator voor onderwijsparticipatie, komt in paragraaf 4.3 aan bod, als vorm van opstandig en antisociaal gedrag. Bij elke paragraaf beschrijven we de definitie, omvang, trends in de tijd (waar mogelijk) en hoe de gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd is in vergelijking met die in andere Europese landen.

## Tekstblok 2.1: Bevolkingsomvang 0-19-jarigen

Nederland telde in 2012 bijna 3,9 kinderen en jongeren tot 19 jaar. De prognoses wijzen uit dat dit aantal tot medio jaren 2020 zal gaan dalen tot 3,7 miljoen. Het aantal levendgeborenen zal naar verwachting tot 2030 licht toenemen (van 176.000 in 2014 naar circa 190.000 in 2030), waarna het weer gaat dalen naar het huidige geboortecijfer (CBS, 2012a). Het aandeel 0-19-jarigen in de totale bevolking bedroeg in 2012 voor heel Nederland 23 procent. Dit is een beduidend kleiner aandeel dan halverwege de vorige eeuw, toen 37 procent van de bevolking jonger dan 20 was (CBS, 2012a). Van de 0-25-jarigen hadden in 2012 bijna 1,2 miljoen een allochtone herkomst: dit is 24 procent van de jongeren. De grootste groep (15%) van de allochtone jongeren is van Marokkaanse afkomst, gevolgd door jongeren van Turkse (14%) en Surinaamse (10%) afkomst. In 2000 was nog ruim 21 procent van de jongeren in Nederland van allochtone herkomst. Verwacht wordt dat dit in 2020 op 25 procent zal liggen. Ook onder allochtonen is er sprake van dalende geboortecijfers (CBS, 2012b).

## 2.1 Geboorte

### Definitie, determinanten en gevolgen

#### **Vroeggeboorte en te laag geboortegewicht voor zwangerschapsduur gaan vaak samen**

Prematuur geboren kinderen worden na een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken geboren (De Wolff & Theunissen, 2012; Euro-Peristat, 2013). Er wordt onderscheid gemaakt in 'extreem' te vroeg geboren (zwangerschapsduur minder dan 28 weken), 'zeer' te vroeg geboren (zwangerschapsduur tussen 28 en 32 weken) en 'matig' te vroeg geboren (zwangerschapsduur tussen 32 en 37 weken) (NCJ & NVK, 2012). De overlevingskansen nemen toe met de zwangerschapsduur: van 10% bij een geboorte na 24 weken tot 70% bij een geboorte na 28 weken (Waelput & Kollée, 2011a). Dysmatuur geboren kinderen hebben bij de geboorte een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (Small for Gestational Age; SGA). Bij een geboortegewicht van minder dan 2.500 gram wordt van een te laag geboortegewicht gesproken. Dysmatuurie gaat vaak samen met prematurie (De Wolff & Theunissen, 2012).

#### **Roken en meerlingzwangerschap verhogen kans op vroeggeboorte**

Tweederde van de vroeggeboortes treedt spontaan op. In een derde van de gevallen wordt een vroeggeboorte door medisch ingrijpen geïnitieerd, doordat er een situatie is ontstaan die gevaarlijk is voor moeder en/of kind. Een aantal factoren vergroot de kans op een vroeggeboorte en/of een laag geboortegewicht. Bekende risicofactoren zijn een meerlingzwangerschap, vruchtbaarheidsbehandelingen en roken van de moeder tijdens de zwangerschap. Na een vroeggeboorte is er een toegenomen kans dat een volgende zwangerschap opnieuw tot een vroeggeboorte leidt. Ook werkomstandigheden, etniciteit en het doormaken van infecties lijken van invloed op de kans op een vroeggeboorte (Waelput & Kollée, 2013).

### **Premature en dysmature kinderen hebben verhoogd risico op stoornissen**

Gezondheid bij de geboorte is een belangrijke voorspeller voor de gezondheid tijdens de jeugd en daarna. Het geboortegewicht is een van de belangrijkste determinanten voor overleving en gezonde groei (UNICEF, 2013). Premature en dysmature kinderen hebben een groter risico om een stoornis te ontwikkelen, zoals cognitieve problemen, gedragsproblemen, gehoor- en visusproblemen en problemen met de motoriek. Dat geldt voor zeer vroeggeboren kinderen in sterkere mate dan voor matig vroeggeboren kinderen (Euro-Peristat, 2013; Hille et al., 2007; Kerstjens et al., 2011; Teune et al., 2011).

## **Omvang**

### **Ongeveer 80 op de 1.000 Nederlandse kinderen wordt te vroeg geboren**

In Nederland was in 2008 het aantal premature geboorten ongeveer 77 per 1.000 levend- en doodgeboren kinderen (Waelput & Kollée, 2011a). Het totaal aantal premature geboorten is licht gedaald in de afgelopen tien jaar, maar het aantal zeer vroeggeborenen (na een zwangerschapsduur van 22-32 weken) steeg van 6,3 per 1.000 van alle levendgeborenen in 1983 naar 11,4 per 1.000 in 2008 (Waelput & Kollée, 2011b). In Europa varieert het aantal prematuren tussen de 50 en 100 per 1.000 levendgeborenen (Euro-Peristat, 2013).

### **Ongeveer 60 per 1.000 Nederlandse kinderen geboren met laag geboortegewicht**

In Nederland worden 62 per 1.000 levendgeborenen met een laag geboortegewicht geboren (10 per 1.000 <1500 gram en 52 per 1.000 tussen 1500-2500 gram). In vergelijking met 28 andere landen uit de Europese Unie staat Nederland op de negende plaats. In een aantal Noord-Europese landen is het percentage kinderen met een laag geboortegewicht lager (Euro-Peristat, 2013).

## **2.2 Kindersterfte**

### **Definitie, determinanten en doodsoorzaken**

#### **Kindersterfte vindt plaats voor de vijfde verjaardag**

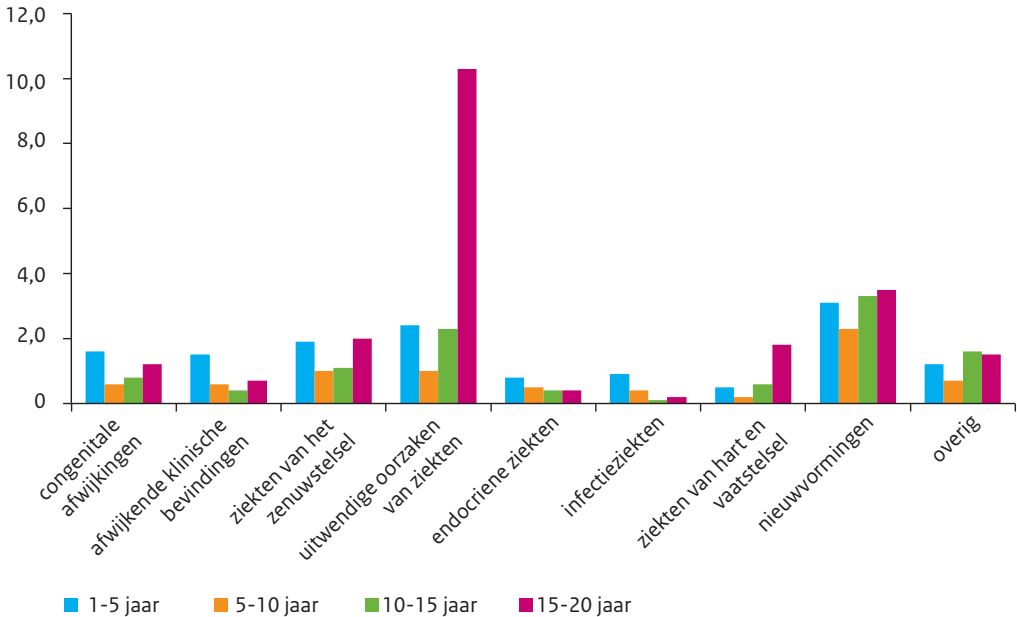
Kindersterfte vindt plaats voor de vijfde verjaardag, jeugdsterfte tussen de vijfde en negentiende verjaardag. In de statistieken wordt sterfte voor de eerste verjaardag onderscheiden in een aantal opeenvolgende periodes: miskraam, doodgeboorte, perinatale sterfte, neonatale sterfte en zuigelingensterfte. Elke periode omvat ook de voorgaande periode (CBS, 2013a). Van een miskraam wordt in Nederland gesproken bij een onderbreking van de zwangerschap tot en met 16 weken (Boomsma et al., 2006), maar er worden ook grenzen gehanteerd tot 20 en tot 24 weken (CBS, 2013a). Een doodgeborene is een kind dat na een zwangerschapsduur van ten minste 24 weken ter wereld is gekomen en na de geboorte geen enkel teken van leven heeft vertoond (CBS, 2013a). Perinatale sterfte wordt omschreven als doodgeboren plus sterfte in de eerste levensweek (Waelput & Achterberg, 2013b). Neonatale sterfte vindt plaats in de eerste vier levensweken en zuigelingensterfte treedt op voor de eerste verjaardag.

#### **Zuigelingen- en kindersterfte gerelateerd aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen**

Zuigelingen- en kindersterfte is in Nederland en een aantal andere ontwikkelde Europese landen (waaronder Engeland, de Noord-Europese landen en België) gerelateerd aan sociaaleconomische



**Figuur 2.1:** Doodsoorzaken bij jeugd 1-20 jaar in Nederland in 2011 (aantal per 100.000) (CBS StatLine, 2013b).



gezondheidsverschillen (Cattaneo et al., 2012). Arme kinderen hebben een veel groter risico om te overlijden door ongevallen dan hun meer welgestelde leeftijdsgenoten (Cattaneo et al., 2012).

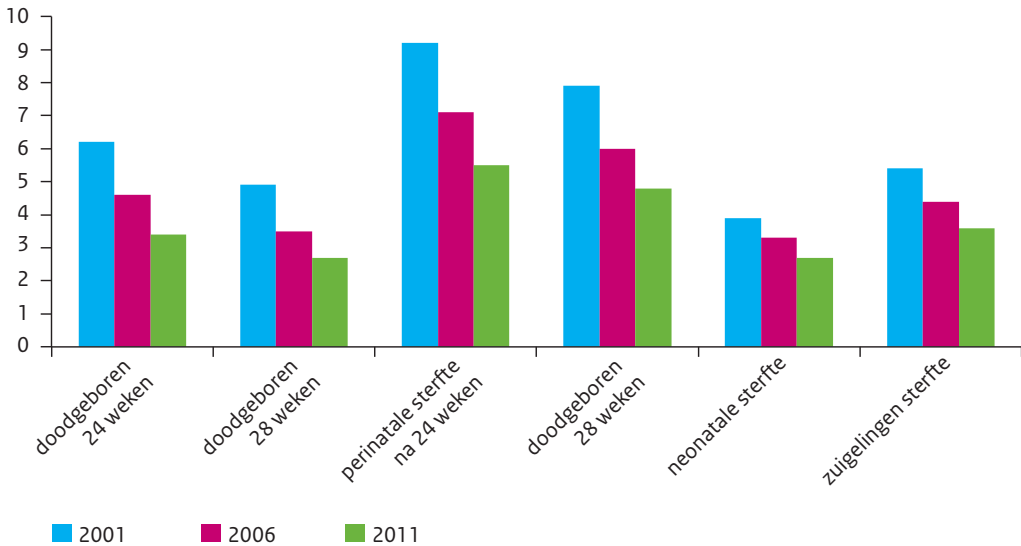
### **Belangrijkste doodsoorzaken baby's zijn perinataal of door congenitale hartafwijking**

In Nederland vindt het grootste aantal sterfgevallen in het eerste levensjaar in de perinatale periode plaats (19 per 1.000), daarna vormen congenitale hartafwijkingen de belangrijkste oorzaak van zuigelingensterfte (11 per 1.000). Plotselinge zuigelingensterfte (wiegendood of 'Sudden Infant Death Syndrom': SIDS) is internationaal de belangrijkste doodsoorzaak van kinderen tussen 1 maand en 1 jaar oud (Cattaneo et al., 2012). In Nederland is het aantal kinderen dat slachtoffer is geworden van wiegendood de laatste decennia flink gedaald. Sinds de invoering van het advies baby's op de rug te leggen in 1987 nam het jaarlijkse aantal af van 172 kinderen (Munsters et al., 2013) tot minder dan 20 sinds 2004. In 2012 zijn 13 baby's in Nederland slachtoffer geworden van wiegendood (zie paragraaf 7.2.2, waarin de rol van de jeugdgezondheidszorg hierin wordt besproken).

### **Kinder- en jeugdsterfte meestal uitwendige oorzaak**

In Nederland, en ook in andere Europese landen, hebben de belangrijkste doodsoorzaken van kinderen en jongeren van 1-20 jaar een uitwendige oorzaak. Het gaat dan bijvoorbeeld om suicide, moord, verkeersongelukken, verdrinking, geweld of kindermishandeling en ongevallen door vallen of verbranding. Het aantal zelfdodingen onder 15-20-jarigen bedroeg in 2011 40 (4 per 100.000) (CBS StatLine, 2013b). In 2011 zijn er 171 kinderen tot 20 jaar overleden door een ongeval, geweldpleging of automutila-

**Figuur 2.2:** Trends in doodgeboorte en perinatale, neonatale en zuigelingensterfte in Nederland (aantal per 1.000) (Waelput & Kollée, 2013).



tie. Hiervan zijn 34 kinderen om het leven gekomen door een privé-, sport- of arbeidsongeval. In de periode 2007-2011 overleden elk jaar gemiddeld 21 kinderen tot 20 jaar door geweld. Van gemiddeld vier van deze gevallen was bekend dat er sprake was van mishandeling door ouders (VeiligheidNL, 2013a). De Onderzoeksraad voor Veiligheid schat dat jaarlijks minstens 15 kinderen overlijden ten gevolge van kindermishandeling (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011) (zie ook paragraaf 5.2). Kanker (nieuwvormingen) is ook een belangrijke doodsoorzaak voor kinderen van 1-20 jaar (CBS StatLine, 2013b) (zie Figuur 2.1).

## Omvang

### Zuigelingensterfte in Nederland in middenmoot, kinder- en jeugdsterfte relatief laag

De zuigelingensterfte in Nederland is tussen 2003 en 2011 gedaald van 4,8 per 10.00 naar 3,6 per 1.000 levendgeborenen. Nederland staat hiermee in 2011 op de 16<sup>de</sup> plaats in de Europese Unie (27 lidstaten in 2011) (CBS StatLine, 2013c; Eurostat, 2013; UNICEF, 2013). IJsland staat met een zuigelingensterfte van 1,9 per 1.000 bovenaan de ranglijst en Roemenië neemt met 11,9 per 1.000 de laatste plaats in. Nederland staat met een kinder- en jeugdsterftecijfer van 0,14 per 1.000 op de 4<sup>de</sup> plaats in vergelijking met andere West-Europese landen, na IJsland, Luxemburg en Zwitserland (UNICEF, 2013).

### Zuigelingensterfte en kindersterfte in de meeste Europese landen gedaald

In de periode 2001-2011 is de perinatale, neonatale, zuigelingen- en kindersterfte in Nederland gedaald. Zo is de perinatale sterfte na 24 weken zwangerschap tussen 2001 en 2011 gedaald van 9,2 naar 5,5 per 10.00 (zie Figuur 2.2) (Waelput & Achterberg, 2013a). De daling in zuigelingen- en kindersterfte is in heel

Europa te zien (Eurostat, 2013). In alle ontwikkelde landen is de zuigelingensterfte afgenomen tot minder dan 10 per 1.000 levendgeborenen, en in de meeste landen tot minder dan 5 per 1.000. De afname in zuigelingensterfte komt vooral door verbeterde voeding, scholing, woonomstandigheden en hygiëne (Cattaneo et al., 2012).

## 2.3 Ervaren gezondheid en welbevinden

### Definitie

#### **Ervaren gezondheid weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid**

Ervaren gezondheid is een indicator voor de kwaliteit van leven van een persoon. Dit weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid (Deeg, 2013). Het is een samenvattende maat van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor iemand, zoals ziekte, lichamelijke beperking, fitheid of stemming. Naast deze maat voor het (subjectieve) fysieke functioneren is de kwaliteit van leven ook uit te drukken in onder andere psychisch welbevinden en ervaren sociale relaties (Sprangers, 2013). Hieronder beschrijven we iets over het psychisch welbevinden; op de ervaren sociale relaties gaan we in hoofdstuk 5 in.

### Omvang

#### **Merendeel Nederlandse jeugd ervaart zijn/haar gezondheid als positief**

Van de jongeren tot 25 jaar in Nederland beoordeelt 93% zijn of haar gezondheid als positief (CBS, 2012b). Dit is het percentage jongeren dat in de gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2012) de vraag “Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?” met ‘goed’ of ‘zeer goed’ beantwoordt. Dit percentage is de laatste jaren nauwelijks veranderd. De ervaren gezondheid neemt af naarmate kinderen ouder worden: van 96% bij kinderen jonger dan 12 jaar (beoordeling van de ouders/verzorgers), via 92% bij jongeren van 12-18 jaar tot 90% bij jongeren van 18-25 jaar. Meisjes zijn iets minder positief dan jongens (92% versus 94%) (CBS, 2012b). Dit beeld komt overeen met de resultaten van de HBSC-studie 2009 (Van Dorsselaer et al., 2010) over de gezondheidsbeleving van jongeren. Bij de jongeren van 12-15 jaar is er weinig tot geen verschil tussen jongens en meisjes; 81% tot 91% zegt een goede of zeer goede gezondheid te genieten. Bij de jongens is dat op 16-jarige leeftijd nog altijd 87%, maar bij meisjes is het percentage teruggelopen tot 71%. Kinderen uit een gezin met een laag inkomen of opgroeiend in een eenoudergezin zijn minder positief over hun gezondheid dan kinderen uit een gezin met hoog inkomen (CBS, 2012b).

#### **De Nederlandse jeugd is gelukkig**

De Nederlandse jeugd is zeer gelukkig (Van Dorsselaer et al., 2010). Dit is gemeten door jongeren te vragen een ‘rapportcijfer’ van 0 tot 10 te geven voor welbevinden (een indicator voor gezondheid op psychisch gebied). In de meest recente internationale vergelijking (2005) tussen jongeren uit veertig Europese en Noord-Amerikaanse landen stond Nederland op de eerste (13- en 15-jarigen) en tweede plaats (11-jarigen) (Currie et al., 2012). In 2009 geven op de basisschool de jongens een 8,4 voor hun welbevinden en meisjes een 8,2. Op de middelbare school daalt dit cijfer naar respectievelijk een 8,0 en een 7,7. Tussen 13 en 16 jaar voelen meisjes zich minder gelukkig dan jongens. Al met al zijn basisschoolleerlingen gelukkiger dan middelbare scholieren, en voelen tijdens de adolescentie meer meisjes dan

jongens zich ongelukkig. Gevoelens van onbehagen leven ook eerder onder laaggeschoolden dan onder hooggeschoolden. Allochtone jongeren voelen zich niet minder gelukkig dan autochtone jongeren; bij vergelijkbare welvaart en schoolniveau voelen ze zich zelfs gelukkiger. Het hoge geluksniveau van Nederlandse jongeren heeft mede te maken met de welvaart in Nederland en de relatief geringe verschillen tussen arm en rijk (Currie et al., 2012).

## 2.4 Onderwijsparticipatie

### Definitie en determinanten

#### **Onderwijsparticipatie gaat onder andere over verzuim en voortijdig schoolverlaten**

Er zijn verschillende indicatoren van onderwijsparticipatie. Het gaat daarbij om het aantal kinderen dat deelneemt aan regulier of speciaal onderwijs, maar ook om (langdurig) schoolverzuim of voortijdig schoolverlaten. Voortijdig schoolverlaten betekent vertrek van school zonder een 'startkwalificatie'. Een startkwalificatie is een diploma op minimaal havo-, vwo- of mbo 2-niveau (Harbers & Hoeymans, 2013). Langdurig schoolverzuim is een voorspeller voor voortijdig schoolverlaten (Allen & Meng, 2010).

#### **Tekstblok 2.2: Sportvereniging en vrijwilligerswerk als vormen van maatschappelijke participatie**

Naast onderwijsparticipatie zijn er ook andere vormen van maatschappelijke participatie waar kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen mee te maken hebben. Hier stippen we kort twee vormen aan: sportvereniging en vrijwilligerswerk. Jongeren met psychische of fysieke gezondheidsproblemen zijn minder vaak lid van een sportvereniging dan gezonde jongeren. Lidmaatschap van andere verenigingen is echter niet gerelateerd aan de gezondheid van de jongere. Ook doen jongeren met psychische gezondheidsproblemen minder vaak vrijwilligerswerk dan gezonde jongeren, te weten respectievelijk 24% en 35%. Het verlenen van informele zorg is niet gerelateerd aan de gezondheid van de jongere (Harbers and Hoeymans, 2013). Meer informatie over maatschappelijke participatie van kinderen en jongeren is te vinden in het VTV-themaraapport Gezondheid en maatschappelijke participatie (Harbers and Hoeymans, 2013).

#### **Onderwijsparticipatie bij gezondheidsproblemen hangt af van verschillende factoren**

In een recent uitgekomen VTV-themaraapport (Harbers & Hoeymans, 2013) zijn determinanten beschreven van schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten onder kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen, naast het gezondheidsprobleem zelf als determinant voor schooldeelname. De determinanten zijn onder te verdelen in persoons-, gezins-, school- en zorggebonden determinanten:

- De belangrijkste persoonsgebonden determinanten zijn motivatiegebrek, angst om naar school te gaan en problemen met de interactie met leerlingen en andere leeftijdgenoten.
- Gezinsgebonden determinanten hebben vooral te maken met de sociaaleconomische status van de (ouders van de) leerling en daaraan gerelateerd de betrokkenheid en ondersteuning van de ouders bij het gedrag en de onderwijsparticipatie van de leerling. Vaak is er sprake van meerdere risicofactoren

die elkaar versterken.

- Schoolgebonden determinanten betreffen vooral voorzieningen en individuele aanpassingen (maatwerk) op school, deskundigheid van de leerkracht op het gebied van (omgaan met) gezondheidsproblemen, en persoonlijke begeleiding op school. Ook de vaak langdurige indicatieprocedure voor speciaal onderwijs of leerlinggebonden financiering en wachtlijsten voor speciaal onderwijs spelen een rol.
- Zorggerelateerde determinanten die de onderwijsparticipatie kunnen belemmeren zijn een langdurig diagnosetraject en een langdurige en/of intensieve behandeling van de leerling.

## Omvang

### **Bijna 85.000 meldingen van langdurig ongeoorloofd verzuim in 2011-2012**

Een groot deel van de jongeren mist wel eens een paar dagen school door ziekte. Zo rapporteert 20% van de ouders van basisschoolkinderen dat hun kind in de voorafgaande twee maanden één tot twee dagen had verzuimd wegens ziekte. Bij 10% ging het om meer dan twee dagen en bij 1% om meer dan tien dagen (PIAMA-onderzoek: Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie. Geboortecohort-studie, vanaf 1996 uitgevoerd door RIVM, Universiteit Utrecht, UMC Utrecht, Universiteit Groningen, UMC Groningen en Erasmus MC). Tijdens het schooljaar 2011/2012 waren er ook 84.750 meldingen van langdurig verzuim zonder geldige reden (ongeoorloofd verzuim). Het grootste deel daarvan (91%) is spijbelgedrag. Het aantal meldingen van ongeoorloofd verzuim is sinds 2006-2007 fors toegenomen van bijna 50.000 naar bijna 85.000 in 2011-2012. Een verklaring voor deze toename is dat scholen het verzuim steeds beter registreren en ook beter melden (OCW, 2013). Zie paragraaf 4.3 voor de omvang van spijbelgedrag in Nederland.

### **Kinderen met gezondheidsproblemen volgen minder vaak school**

De schooldeelname van leerlingen met gezondheidsproblemen is over het geheel genomen iets lager dan van leerlingen zonder gezondheidsproblemen (Harbers & Hoeymans, 2013). Kinderen (6-15 jaar) met een minder goede psychische gezondheid volgen iets minder vaak voltijds dagonderwijs (91%) dan kinderen met een goede psychische gezondheid (96%). Bij jongeren (16-24 jaar) is er echter geen verschil. Uit recent Nederlands longitudinaal onderzoek blijkt dat psychologische problemen – zoals bedplassen en ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) – de schoolcarrière van jongeren beïnvloeden. Jongeren die hiervoor vaker contact hadden met de huisarts aan het begin van het voortgezet onderwijs, hadden minder kans om de school af te maken, ongeacht de sociaaleconomische status van de ouders. Zij hadden ook minder kans om het voortgezet onderwijs af te maken op het niveau waarop ze begonnen waren (Uiters et al., 2013). Ook zijn er aanwijzingen uit buitenlandse studies dat een minder goede gezondheid bij kinderen en jongeren leidt tot minder goede schoolresultaten, spijbelen, minder jaren onderwijs en voortijdig schoolverlaten (Harbers & Hoeymans, 2013).

### **Jongeren met gedrags- of emotionele problemen risicogroep voortijdig schoolverlaten**

In 2011 zaten in totaal 150.000 jongeren van 15-25 jaar (7,5%) niet meer op school en waren ze niet in het bezit van een startkwalificatie. Jongeren met gedragsproblemen of met emotionele problemen vormen een risicogroep voor voortijdig schoolverlaten (Harbers & Hoeymans, 2013). Ook jongeren met middelenmisbruik zijn een risicogroep. Naar verhouding verlaten jongens en allochtonen, vooral van eerste generatie niet-westerse herkomst, vaker voortijdig het onderwijs. Ook leerlingen die ooit een misdrijf hebben begaan hebben een hogere kans voortijdig het onderwijs te verlaten.

### **Middelengebruik hangt samen met verloop onderwijsloopbaan**

Vroeg en zwaar gebruik van alcohol en cannabis zijn sterke indicatoren van verminderde schoolprestaties, spijbelen en schooluitval (Ter Bogt et al., 2009). Ook hebben jongeren met overmatig middelengebruik vaak minder ambities met betrekking tot hun opleiding en sterke gevoelens van doelloosheid (Hamminck et al., 2012; Oberon, 2008; Van Eekelen, 2010). Onderwijsvolgende jongeren die dagelijks roken, beschikken na vier jaar minder vaak over een startkwalificatie dan niet-rokers (CBS, 2012b). Dit verband kan niet worden verklaard door leeftijd, herkomst en de inkomenspositie van de ouders. Overmatig middelengebruik is meestal onderdeel van een breder leefpatroon met andere risicofactoren voor problemen op school (Ter Bogt et al., 2009). Zo hebben deze jongeren ook relatief vaak een lage sociaaleconomische achtergrond, een laag intelligentieniveau en komen ze vaker in aanraking met de politie. In hoofdstuk 6 wordt verder ingegaan op de leefstijl van jongeren.

### **Bijna 2% van de kinderen en jongeren volgt speciaal onderwijs**

Bijna 2% van de kinderen en jongeren gaat naar het speciaal onderwijs (CBS, 2012b). Zeer moeilijk lerende kinderen, zeer moeilijk opvoedbare kinderen en kinderen met langdurige psychische ziekten vormen de grootste groep in het speciaal onderwijs (Harbers & Hoeymans, 2013). In 2011/12 waren dat zo'n 70.000 leerlingen, anderhalf keer zoveel als in 2000/01. In het schooljaar 2011/12 gingen bijna 42.000 kinderen naar het speciaal basisonderwijs, 19% minder dan in 2000/01. Jongens zijn met twee derde van alle leerlingen sterk oververtegenwoordigd in het speciaal onderwijs. Vooral onder 12-18-jarigen steeg het aantal jongeren in het speciaal onderwijs fors; het gaat vaak om zeer moeilijk opvoedbare kinderen. Dit zijn in veel gevallen jongens met gedragsproblemen, waaronder ADHD. Een groot deel van de jongeren uit het speciaal onderwijs komt rechtstreeks of via een vervolgopleiding of poging tot werken in de Wajong terecht (Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten).

# 3

## Fysieke gezondheid

### Samenvatting

#### **Lichamelijke klachten meest voorkomende reden om naar huisarts te gaan, vooral onder meisjes**

Van de fysieke gezondheidsproblemen die in dit hoofdstuk aan bod komen zijn lichamelijke klachten (spanningshoofdpijn, migraine, buikpijn, obstipatie of vermoeidheid) de meest voorkomende redenen om de huisarts te bezoeken. In totaal bezoeken 88 per 1.000 0-19-jarigen de huisarts vanwege een lichamelijke klacht, variërend tussen 3,3 per 1.000 voor migraine en 24 per 1.000 voor obstipatie. Hoofdpijn, buikpijn en migraine komen het vaakst voor bij meisjes tussen 10 en 19 jaar, en obstipatie vaker bij jonge kinderen.

#### **Privé-ongevallen veelvoorkomend en nummer één ziekten die hoogste ziektelast veroorzaken**

Privé-ongevallen veroorzaken de meeste ziektelast onder 0-15-jarigen. Privé-ongevallen komen relatief vaak voor onder 0-19-jarigen, vooral valongevallen. Het totaal aantal ziekenhuisopnamen als gevolg van een privé-ongeval, sportblessure of arbeidsongeval onder 0-19-jarigen is 6,1 per 1.000. Het aantal ziekenhuisopnamen is sinds 2000 gestegen, vooral bij de jongste kinderen. Daarnaast worden respectievelijk 36 per 1.000 en 23 per 1.000 jongeren op de eerstehulpafdeling behandeld vanwege een privé-ongeval of een sportblessure. Het aantal opnamen vanwege lichte letsels is gedaald, maar het aantal relatief ernstige letsels (waaronder alcoholvergiftigingen) is gestegen.

#### **Constitutioneel eczeem en astma veelvoorkomend met relatief hoge ziektelast**

Constitutioneel eczeem komt met een prevalentie van 41 per 1.000 veel voor onder kinderen en jongeren, vooral onder kinderen tot 5 jaar. Deze aandoening staat op de tiende plaats van ziekten

met de hoogste ziektelast bij 0-19-jarigen. Ook astma komt relatief veel voor: bij 35 per 1.000 0-19-jarigen. Astma staat op zevende plaats van ziekten met hoogste ziektelast onder 0-15-jarigen.

### **Aangeboren hartafwijkingen op de tweede plaats van ziekten met de hoogste ziektelast**

Aangeboren afwijkingen van hart en bloedvaten staan op de tweede plaats van ziekten met de hoogste ziektelast onder kinderen tot 15 jaar. In de huisartspraktijk wordt zelden de diagnose 'aangeboren hartafwijking' gesteld. In 2011 hadden 1,4 per 1.000 kinderen van 0-20 jaar de diagnose 'aangeboren afwijking hart- en vaatstelsel'. De meeste van hen zijn vier jaar of jonger.

### **Gehoor- en visusproblemen relatief zeldzaam**

In 2010 werd bij een kleine tweehonderd baby's gehoorverlies aan één of beide oren geconstateerd bij de neonatale gehoorscreening. In de huisartspraktijk krijgen 7,5 per 1.000 kinderen en jongeren de diagnose 'gehoorklachten' en 1,6 per 1.000 de diagnose 'doofheid'. Gehoorklachten en doofheid komen het vaakst voor onder 5-10-jarigen. Van visusproblemen zijn maar beperkt gegevens beschikbaar. 2-6% van de kinderen heeft een functieafwijking aan het oog: lui oog, scheelzien of refractieafwijkingen.

## Leeswijzer

In dit hoofdstuk laten we zien hoe het is gesteld met de fysieke gezondheid van de Nederlandse kinderen en jongeren. Onder lichamelijke gezondheid verstaan we verschillende type gezondheidsproblemen, ziekten of aandoeningen. In paragraaf 3.1 beschrijven we het voorkomen van (aangeboren) aandoeningen: respectievelijk aangeboren hartafwijkingen, gehoor- en visusproblemen. Paragraaf 3.2 gaat in op de chronische aandoeningen astma en ezeem. In paragraaf 3.3 wordt weergegeven hoeveel kinderen en jongeren in het ziekenhuis komen vanwege een privé-ongeval of sportblessure. Paragraaf 3.4 gaat in op veelvoorkomende lichamelijke aandoeningen: buikpijn, obstipatie, hoofdpijn, migraine en vermoeidheid. Van elke lichamelijke aandoening beschrijven we de definitie, de determinanten, de gevolgen en de omvang.

## 3.1 (Aangeboren) aandoeningen: congenitale hartafwijkingen, visus- en gehoorproblemen

### 3.1.1 Congenitale hartafwijkingen

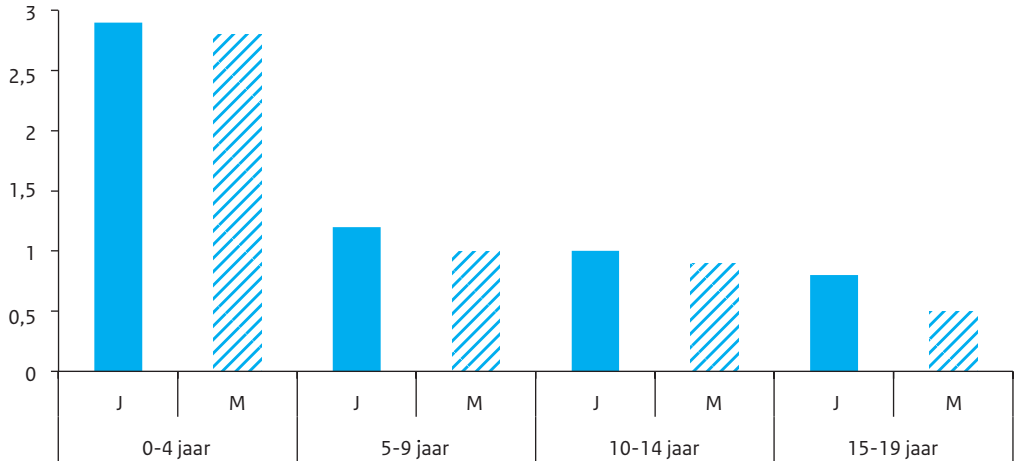
#### Definitie, determinanten en gevolgen

##### **Verschillende typen aangeboren hartafwijkingen**

Een aangeboren hartafwijking is een structurele afwijking van het hart en/of de grote bloedvaten die direct of op termijn nadelige gevolgen kan hebben voor de gezondheid (De Wilde, 2005; Hoffman & Kaplan, 2002; Mitchell et al., 1971; Wren et al., 1999). Voorbeelden zijn een opening tussen de kamers of



**Figuur 3.1** Aantal kinderen en jongeren 0-19 jaar met aangeboren afwijking hart- en vaatstelsel in 2011 (aantal per 1.000 huisartspatiënten) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



Significant verschil 0-4 jaar met andere leeftijdscategorieën.

boezems van het hart, een open verbinding tussen lichaamsslagader en longslagader, en vernauwingen van de slagaders rondom het hart of hartklepafwijkingen.

### Oorzaak van aangeboren hartafwijking is in de meeste gevallen niet bekend

In 85% van de gevallen is de oorzaak van een aangeboren hartafwijking niet bekend. Risicofactoren voor een aangeboren hartafwijking liggen bij de moeder of het kind. Bekende risicofactoren bij de moeder zijn diabetes mellitus type 2, onbehandelde fenylketonurie, gebruik van alcohol en het doormaken van rode hond. Bij het kind spelen genetische factoren een rol (Cornel, 2002).

### Aangeboren hartafwijkingen veroorzaken veel ziektelast onder 0-15-jarigen

Aangeboren afwijkingen van hart- en vaatstelsel staan op de tweede plaats van ziekten met een hoge ziektelast onder kinderen van 0-15 jaar. In deze leeftijdsgroep zit meer dan de helft van de totale ziektelast die door aangeboren afwijkingen aan hart- en vaatstelsel in de gehele bevolking wordt veroorzaakt (Poos et al., 2012).

## Omvang

### Huisartsdiagnose aangeboren hartafwijking vooral bij 0-4-jarigen

In 2011 hadden 1,4 per 1.000 kinderen van 0-20 jaar de diagnose 'aangeboren afwijking hart- en vaatstelsel'. De meesten van hen zijn vier jaar of jonger (2,8 per 1.000) (zie Figuur 3.1). Deze cijfers zijn afkomstig uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) (zie Bijlage 3).

### 3.1.2 Gehoorproblemen

#### Definitie, determinanten en gevolgen

##### **Gehooverlies tijdelijk of blijvend van aard**

Gehooverlies kan tijdelijk of blijvend zijn. Tijdelijk gehooverlies kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door een prop oorsmeer in de gehoorgang of door vocht in het middenoor (bijvoorbeeld door een middenoorontsteking). Blijvend gehooverlies wordt meestal veroorzaakt door een afwijking in het binnenoor, bijvoorbeeld door veroudering van het gehoor of door langdurige blootstelling aan lawaai. De afwijking van de gehoordrempel ten opzichte van de normaalwaarde wordt uitgedrukt in 'decibel Hearing Level' (dB HL). De mate van gehooverlies wordt vaak uitgedrukt in het gemiddelde verlies in dB HL bij de frequenties 500, 1.000, 2.000 en 4.000 Hz. Bij een gemiddelde tussen 0 en 20 dB HL spreekt men van een normaal gehoor. Categorieën van gehooverlies zijn: mild (20-40 dB HL), matig (40-60 dB HL), ernstig (60-80 dB HL), zeer ernstig (80-90 dB HL) en doof (>90 dB HL) (Kramer et al., 2013).

##### **Helft slechthorendheid bij kinderen is erfelijk**

Ongeveer de helft van slechthorendheid bij kinderen is erfelijk bepaald. Een kwart is verworven en van een kwart is de oorzaak niet bekend. Oorzaken van verworven slechthorendheid zijn bijvoorbeeld een infectie of gebruik van geneesmiddelen bij de moeder, hersenvliesontsteking bij de baby of zuurstofgebrek bij de geboorte (Kramer et al., 2013).

##### **Blootstelling aan harde muziek is een risicofactor voor gehoorschade**

Herhaaldelijke blootstelling aan harde muziek is een risicofactor voor het ontstaan van gehoorschade bij jongeren en adolescenten, wat op termijn tot lawaaislechthorendheid kan leiden (waarin vooral hoge tonen niet goed hoorbaar zijn). Blootstelling aan harde muziek kan tot tijdelijke of blijvende tinnitus (oorsuizen) leiden; dit wordt vaak eerder opgemerkt dan het gehooverlies. Het oorsuizen wordt vaak als hinderlijker ervaren dan het gehooverlies (Gommer et al., 2014). Zie ook paragraaf 6.4.2.

##### **Gehooverlies beïnvloedt cognitieve, socialemotionele en spraak-/taalontwikkeling**

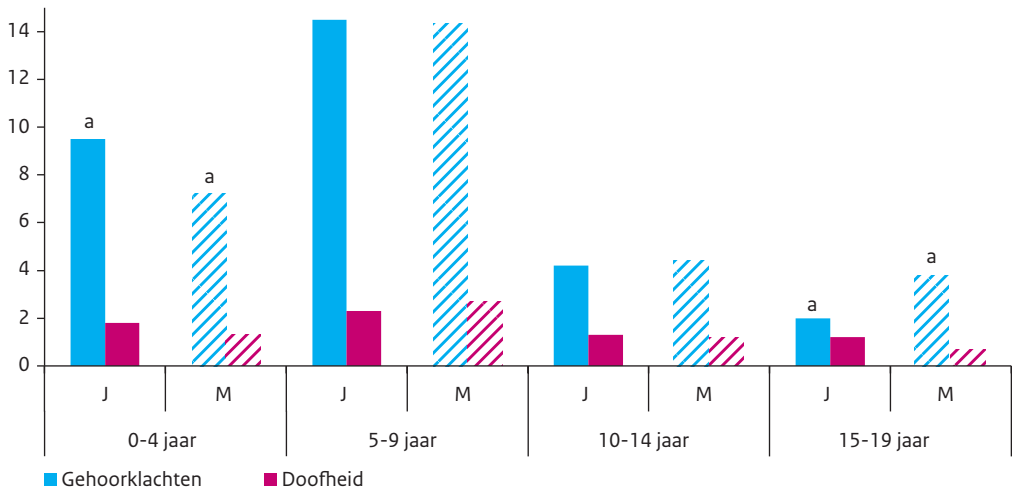
De gevolgen van gehooverlies voor het functioneren van kinderen en jongeren zijn afhankelijk van de ernst en de leeftijd waarop de slechthorendheid of doofheid begint. Ernstige slechthorendheid op jonge leeftijd leidt tot een vertraagde of afwezige spraak-/taalontwikkeling en daarmee samenhangend een beperkte of vertraagde ontwikkeling van cognitieve functies en problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling. Tinnitus en slechthorendheid hebben gevolgen voor het sociaal functioneren (Kramer et al., 2013).

#### Omvang

##### **In 2010 bijna tweehonderd baby's met gehooverlies**

In 2010 werden door middel van de neonatale gehoorscreening 182 kinderen opgespoord met een dubbelzijdig gehooverlies van minimaal 40 dB aan het best horende oor. Hiervan waren er 99 afkomstig uit de jeugdgezondheidszorg (Van der Ploeg & Rijpstra, 2012) en 83 uit de neonatale intensive care units (Van Straaten et al., 2012). Daarnaast kon bij 126 kinderen een enkelzijdig gehooverlies van minimaal 40 dB worden vastgesteld (88 afkomstig uit de jeugdgezondheidszorg en 38 uit de neonatale intensive care units).

**Figure 3.2** Aantal kinderen en jongeren 0-19 jaar met gehoorklachten of doofheid in 2011 (aantal per 1.000 huisartspatiënten) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes.

Gehoorklachten: significant verschil tussen 0-4 jaar en de andere leeftijdsgroepen; significant verschil tussen 5-9 jaar en de oudere leeftijdsgroepen; significant verschil tussen 10-14 jaar en 15-19 jaar.

Doofheid: significant verschil 0-4 jaar met 5-9 jaar en 15-19 jaar; significant verschil 5-9 jaar met 10-14 jaar en 15-19 jaar.

### Huisarts diagnosticeert de meeste gehoorstoornissen bij 5-10-jarigen

Ook de huisarts spoort kinderen met gehoorstoornissen op. In 2011 kregen 7,5 per 1.000 kinderen van 0-20 jaar de diagnose ‘gehoorklachten’. De diagnose ‘doofheid’ stelde de huisarts in 2011 bij 1,6 per 1.000 0-20-jarigen (zie Figuur 3.2). Gehoorklachten komen het meest voor bij 5-10-jarigen, te weten bij 14,5 per 1.000. Dit is significant hoger dan bij de andere leeftijdsgroepen. Ook de diagnose ‘doofheid’ komt het meest voor bij 5-10-jarigen (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).

### Veel jongeren rapporteren piep in het oor na uitgaan

Onderzoek uit 2001 schatte het aantal jongeren met 10 dB gehoorverlies op 450.000 en het aantal jongeren met een gehoorverlies van 20 dB of meer op 100.000 (Passchier-Vermeer & Steenbekkers, 2001). In studies die gebruikmaken van zelfrapportage van gehoorklachten rapporteert 14 tot 60% vaak of weleens een tijdelijke piep of ruis in het oor na het uitgaan (Hoorstichting i.s.m. Trimbos-instituut, 2012; Van den Berg et al.; Vogel et al., 2010; Vogel et al., 2011; Vogel et al., 2009). Bij een onderzoek onder uitgaanspubliek in de leeftijd van 18-35 jaar geeft zelfs 93% aan last te hebben van het gehoor na het uitgaan (Gorter, 2012). Uit onderzoek onder circa 4000 Vlaamse middelbare scholieren blijkt dat 75% tijdelijke tinnitus ervaart na blootstelling aan hard geluid. Bijna een op de vijf (18%) van de onderzochte scholieren geeft aan een permanente piep in het oor te hebben (Gilles et al., 2013).

### 3.1.3 Visusstoornissen

#### Definitie, determinanten en gevolgen

##### **Visusstoornissen vaak aangeboren**

Er zijn drie groepen oogafwijkingen bij kinderen te onderscheiden (Boere-Boonenkamp et al., 2010): functieafwijkingen (zoals lui oog en scheelzien), aangeboren afwijkingen (zoals glaucoom: een chronische oogaandoening die op termijn tot blindheid kan leiden) en stoornissen in de verwerking van het zicht door de hersenen (cerebrale visuele stoornissen). Bij visusverlies aan één oog bestaat een verhoogd risico dat ook het andere oog visusverlies krijgt (Coenen-van Vroonhoven et al., 2010). Er wordt onderscheid gemaakt tussen slechtziendheid en blindheid.

##### **Visusstoornissen vaak aangeboren**

Visusstoornissen zijn bij kinderen vaak aangeboren. De volgende groepen hebben een verhoogd risico op een cerebrale visuele stoornis: kinderen met een cerebrale parese (hersenafwijking), te vroeg geboren kinderen, kinderen met een waterhoofd en kinderen met een verstandelijke beperking (Coenen-van Vroonhoven et al., 2010).

##### **Visusproblemen hebben een ongunstige invloed op school- en werkprestaties**

De gevolgen van visusproblemen op het functioneren van kinderen en jongeren zijn afhankelijk van de ernst en van de mogelijkheden om te corrigeren. Onbehandelde of niet gecorrigeerde visusproblematiek heeft een ongunstige invloed op school- en werkprestaties gedurende het gehele leven (Coenen-van Vroonhoven et al., 2010).

#### Omvang

##### **2-6% van de kinderen heeft visusproblemen**

Van alle kinderen tot 6 jaar heeft 2-6% een functieafwijking aan het oog: lui oog, scheelzien of refractieafwijkingen. De prevalentie van een lui oog is in Nederland 1-5% (Boere-Boonenkamp et al., 2010; Van Rijn, 2003). Er zijn geen recente representatieve Nederlandse cijfers beschikbaar van cerebrale visuele stoornissen. Wel is bekend dat aangeboren glaucoom bij 1 op de 20.000 levendgeborenen voorkomt (Brouwers-de Jong et al., 2002).

## 3.2 Chronische ziekten: astma en eczeem

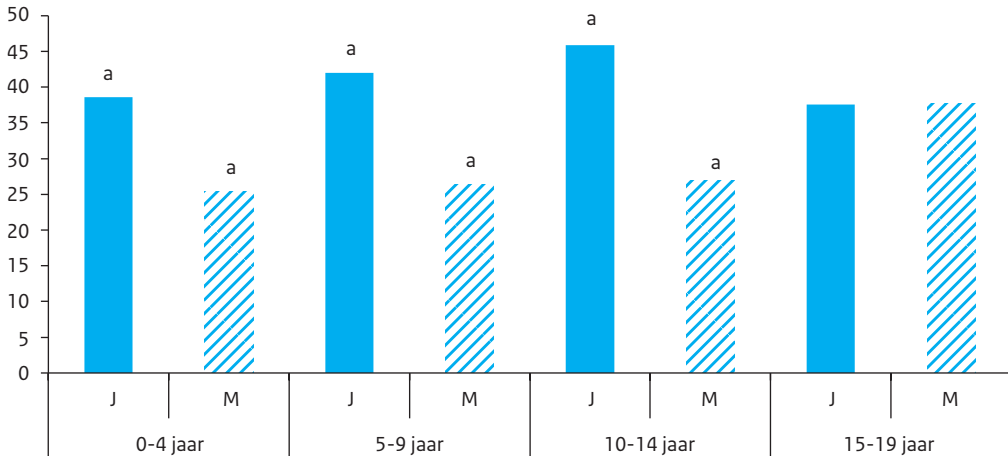
### 3.2.1 Astma

#### Definitie, determinanten en gevolgen

##### **Astma is een chronische ontstekingsreactie van de luchtwegen**

Astma is een nog ongeneeslijke chronische ontstekingsreactie van de luchtwegen. Kinderen en jongeren met astma kunnen soms moeilijk ademen: zij worden kortademig, ademen 'piepend' of moeten

**Figuur 3.3** Aantal kinderen en jongeren 0-19 jaar met astma in 2001 (aantal per 1.000 huisartspatiënten) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes.

Significant verschil 0-4 jaar met 10-14 jaar en 15-19 jaar; significant verschil 5-9 jaar met 15-19 jaar.

hoesten. Dit komt doordat hun luchtwegen snel geprikkeld raken door allerlei stoffen. Veel mensen met astma zijn allergisch (Lanting et al., 2011).

### **Astma kan erfelijk zijn of door allergische of niet-allergische prikkels ontstaan**

Risicofactoren voor het ontwikkelen van astma zijn erfelijke eigenschappen, allergische en niet-allergische prikkels (Smit et al., 2006). Sommige kinderen krijgen bijvoorbeeld problemen door huisstofmijt, andere kinderen kunnen niet tegen huisdieren of pollen. Vaak ontstaan er klachten door niet-allergische prikkels zoals sigarettenrook, parfum en mist. Borstvoeding in de eerste maanden beschermt tegen het ontstaan van astma in de eerste jaren (Lanting et al., 2011).

### **Astma op zevende plaats van ziekten met de meeste ziektelast bij 0-15 jaar**

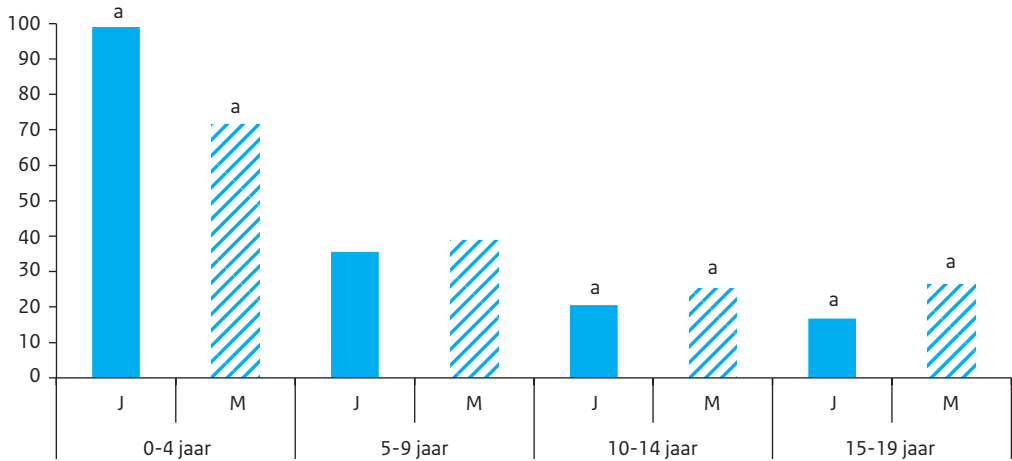
Astma staat op de zevende plaats van ziekten met de meeste ziektelast onder 0-15-jarigen. De leeftijdsgroep 0-15-jarigen veroorzaakt 20% van de totale ziektelast van astma in Nederland (Poos et al., 2012). Astma heeft gevolgen voor het fysiek, emotioneel en sociaal functioneren, vooral voor oudere kinderen en jongeren. Het heeft bijvoorbeeld gevolgen voor sportdeelname (Boezen et al., 2013).

## **Omvang**

### **Astma komt bij 35 per 1.000 kinderen en jongeren in huisartspraktijk voor**

Bij de huisarts zijn 35 per 1.000 kinderen van 0-20 jaar met astma bekend (zie Figuur 3.3). Tot de leeftijd van 14 jaar zijn er meer jongens dan meisjes met astma: 41,1 per 1.000 jongens versus 29,1 per 1.000 meisjes (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).

**Figuur 3.4** Aantal kinderen en jongeren 0-19 jaar met constitutioneel eczeem in 2011 (aantal per 1.000 huisarts-patiënten) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes.

Significant verschil tussen 0-4 jaar en de andere leeftijdscategorieën; significant verschil 5-9 jaar met 10-14 en 15-19 jaar.

### 3.2.2 Eczeem

#### Definitie, determinanten en gevolgen

##### Oorzaak eczeem ligt in aanleg en overgevoeligheid voor omgevingsfactoren

(Constitutioneel) eczeem is de meest voorkomende huidziekte bij kinderen (Kamphuis, 2012). Het maakt, evenals andere atopische ziekten zoals astma en hooikoorts, deel uit van het overgevoeligheidssyndroom. Een overgevoelige of allergische reactie op omgevingsfactoren, zoals huisstofmijt, voeding en zeep, ligt ten grondslag aan het ontstaan van constitutioneel eczeem (CBO, 2006; Kamphuis, 2012).

##### Constitutioneel eczeem op tiende plaats van ziekten met hoge ziektelast

Van alle huidziekten heeft constitutioneel eczeem, zowel volgens de ouders als volgens de kinderen, de meeste invloed op de kwaliteit van leven (CBO, 2006; Kamphuis, 2012). Een huidziekte heeft negatieve gevolgen voor het psychosociaal functioneren, zoals schaamte, verlegenheid en belemmeringen in sport, lichamelijk contact en het aangaan van relaties (Kamphuis, 2012). Bij 0-15 jarigen staat constitutioneel eczeem op de tiende plaats van ziekten met de hoogste ziektelast. De ziektelast in deze leeftijdsgroep vormt bijna de helft van de ziektelast door constitutioneel eczeem in de gehele Nederlandse bevolking (Poos et al., 2012).

## Omvang

### **Constitutioneel eczeem in 2011 het meest onder 0-4-jarigen**

Bij de huisarts zijn 41 per 1.000 kinderen en jongeren van 0-20 jaar bekend met constitutioneel eczeem (zie Figuur 3.4). In 2011 kwam deze aandoening het meest voor bij 0-5-jarigen, te weten bij 85,7 per 1.000. Onder 0-5-jarigen hebben meer jongens dan meisjes constitutioneel eczeem; in de leeftijdsgroepen 10-15 jaar en 15-20 jaar komt de aandoening juist iets vaker voor bij meisjes (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).

## 3.3 Letsels en ongevallen

### Definitie, determinanten en gevolgen

#### **Privé-ongevallen treden in en om het huis op**

Letsels kunnen ontstaan door ongevallen, geweld en zelfbeschadiging. Op basis van de oorzaak kan onderscheid gemaakt worden tussen privé-ongevallen, sportblessures, zelf toegebracht letsel, arbeidsongevallen, verkeersongevallen en geweld (Stam & Den Hertog, 2013). Hieronder gaan we in op privé-ongevallen en sportblessures. Onder privé-ongevallen verstaan we letsel dat is opgelopen in of om het huis, in openbare gebouwen, op straat of tijdens vrijetijdsbesteding (behalve sport). Opzettelijk toegebracht letsel (door geweld) valt hier buiten. Sportblessures worden opgelopen tijdens een sportactiviteit (Den Hertog et al., 2013).

#### **Gedrags- en omgevingsfactoren van invloed op ontstaan privé-ongeval of sportblessure**

Verskillende gedrags-, omgevings- en persoonsgebonden factoren zijn van invloed op de kans op het ontstaan van een privé-ongeval of sportblessure. Het gaat dan bijvoorbeeld om de leefstijl van ouders en kinderen (bijvoorbeeld drankgebruik) en de fysieke omgeving waarin het kind opgroeit, zoals de inrichting van de woning. De kans op sportblessures is groter bij contactsporten zoals zaalvoetbal, dan bij niet-contactsporten, zoals zwemmen (Stam & Den Hertog, 2013).

#### **Privé-ongevallen veroorzaken de meeste ziektelast voor kinderen 0-15 jaar**

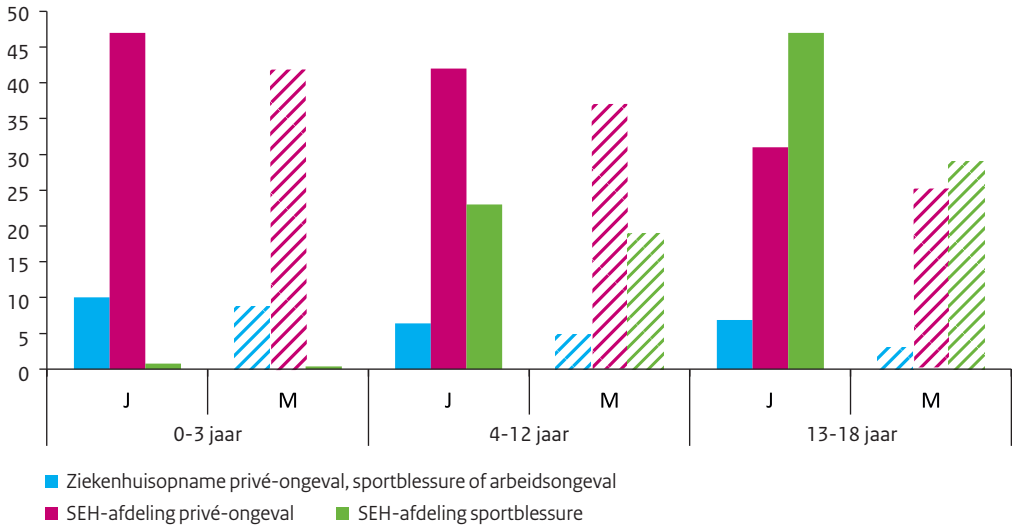
Privé-ongevallen staan op nummer één in de rangordeningslijst van aandoeningen met de meeste ziektelast bij kinderen van 0-15 jaar. Privé-ongevallen zorgen in deze leeftijdsgroep voor een verlies van 17.382 DALY's (Poos et al., 2012).

## Omvang

### **Jonge kinderen vooral behandeld voor privé-ongevallen, oudere kinderen voor sportblessures**

In 2011 werden 140.000 kinderen van 0-18 jaar behandeld op een Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) voor letsel door een privé-ongeval (37 per 1.000). De grootste groep wordt gevormd door de jongste kinderen, en er worden meer jongens dan meisjes behandeld. Daarnaast werden in 2011 83.000 slachtoffers van 0-18 jaar op een SEH-afdeling behandeld vanwege een sportblessure (23 per 1.000). Het aantal jongeren dat een SEH-afdeling bezoekt vanwege een sportblessure neemt toe tot de leeftijd van 14 jaar en daarna weer af. Het betreft vaker jongens (60%) dan meisjes (40%). In 2011 waren er 23.000 ziekenhuisopnamen vanwege een privé-ongeval, een sportblessure of een arbeidsongeval onder 0-18-jarigen (6,2 per 1000);

**Figuur 3.5** Aantal ziekenhuisopnamen en SEH-behandelingen bij kinderen en jongeren 0-18 jaar in 2011 vanwege privé-ongeval, sportblessure of arbeidsongeval (aantal per 1.000) (VeiligheidNL, 2013a).



Bronnen: Letsel Informatie Systeem 2011; Bevolkingsstatistiek 2011-2012; Centraal Bureau voor de Statistiek; Landelijke Medische Registratie 2011; Dutch Hospital Data.

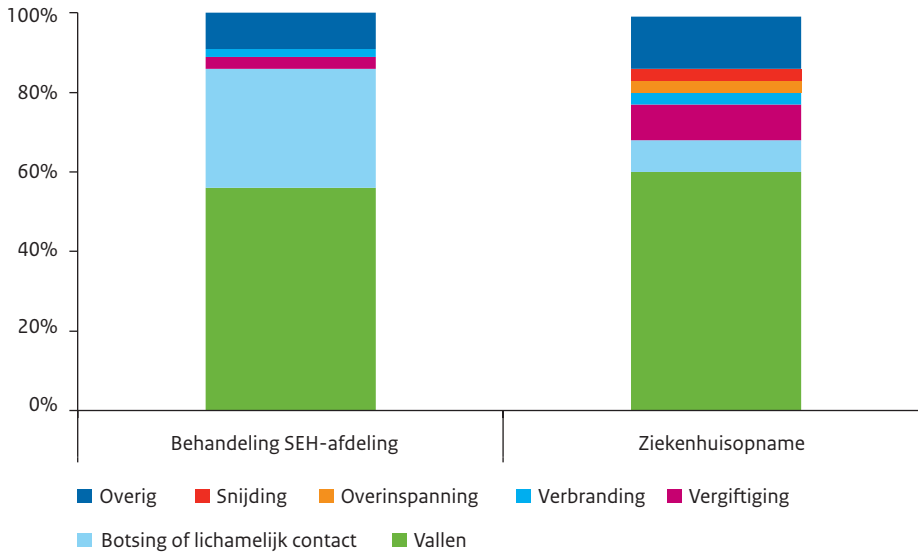
in meer dan een derde gevallen betrof het een kind jonger dan 5 jaar. Er werden meer jongens (61%) dan meisjes (39%) in het ziekenhuis opgenomen (zie Figuur 3.5) (VeiligheidNL, 2013a). Zie ook paragraaf 2.2 voor informatie over overlijden door privé-ongevallen.

### Ziekenhuisopname en behandeling op SEH-afdeling vaak door valongeval

Zestig procent van de ziekenhuisopnamen vanwege een privé-, sport- of arbeidsongevallen was het gevolg van een valongeval, 9% vanwege een vergiftiging en 8% betrof letsel door botsing met een voorwerp of persoon (zie Figuur 3.6). Ook de behandelingen op een SEH-afdeling vanwege privé-ongevallen zijn in meer dan de helft (56%) van de gevallen het gevolg van een valongeval. Kinderen tot 4 jaar hebben relatief vaak letsel door een val van een trap of uit een stoel of bed. Ook komen bij de jongste kinderen verbrandingen door hete vloeistof veel voor. Kinderen van 5-12 jaar zijn relatief vaak van een speeltoestel gevallen. Jongeren hebben relatief vaak letsel door botsing, lichamelijk contact, of (alcohol) vergiftiging (VeiligheidNL, 2013a). In 2011 belandden 650 kinderen en jongeren (0-18 jaar) in het ziekenhuis met letsel als gevolg van geweld; bij ongeveer dertig van hen betrof dit huiselijk geweld. In datzelfde jaar waren er 4.700 SEH-behandelingen voor letsel door geweld bij kinderen en jongeren. Bij 3% betrof dit huiselijk geweld (VeiligheidNL, 2013a).



**Figuur 3.6** Percentage ziekenhuisopnamen als gevolg van privé-, sport of arbeidsongevallen en behandelingen op SEH-afdeling als gevolg van privé-ongevallen bij kinderen en jongeren 0-18 jaar in 2011 (VeiligheidNL, 2013a).



Bronnen: Landelijke Medische Registratie 2011; Dutch Hospital Data; Letsel Informatie Systeem 2011; VeiligheidNL.

### Aantal ziekenhuisopnamen door vallen en vergiftiging gestegen sinds 2000

Het aantal ziekenhuisopnamen vanwege een privé-ongeval, sportblessure of arbeidsongeval in de leeftijdscategorie 0-18 jaar is sinds de eeuwwisseling gestegen van 16.000 in 2000 naar 23.000 in 2011. De stijging betreft met name het aantal letsels door vallen (van 8.200 naar 14.000), vergiftiging (van 1.400 naar 2.000) en gebotst tegen of geraakt door voorwerp of persoon (van 710 naar 1.900). De stijging lijkt vooral bij de jongste kinderen vandaan te komen (VeiligheidNL, 2013a).

### Sinds 2000 afname lichte behandelingen op SEH-afdeling, maar stijging van ernstig letsel

Het aantal kinderen en jongeren (0-18 jaar) dat wordt behandeld op een SEH-afdeling vanwege een privé-ongeval is ten opzichte van het begin van de eeuw afgenomen van 180.000 in 2000 naar 140.000 in 2011. De afname is het sterkst bij de 0-4-jarigen. De daling is met name toe te schrijven aan een daling van minder ernstige letsels zoals oppervlakkige letsels (van 63.000 naar 37.000) en open wonden (van 38.000 naar 21.000). Het aantal relatief ernstige letsels lijkt daarentegen vanaf het begin van de eeuw toegenomen, zoals fracturen (van 37.000 naar 44.000), distorsies (van 8.600 naar 9.200), licht hersenletsel (van 3.300 naar 44.000) en vergiftigingen (van 2.000 naar 3.300; met name alcoholvergiftigingen bij 13-18-jarigen). Het aantal behandelingen op de SEH-afdeling vanwege sportblessures bij 0-19-jarigen is gestegen tussen 2000 en 2011. In 2000 waren er 77.000 kinderen op de SEH-afdeling vanwege een sportblessure, in 2011 meldden zich 83.000 slachtoffers (VeiligheidNL, 2013a).

## 3.4 Lichamelijke klachten: hoofdpijn, buikpijn, obstipatie en vermoeidheid

### Definitie, determinanten en gevolgen

#### Verschillende soorten lichamelijke klachten

In deze paragraaf gaan we in op lichamelijke klachten die (nog) niet zijn toe te schrijven aan een specifieke ziekte of aandoening. Dergelijke klachten kunnen bestaan uit pijnklachten, langdurige vermoeidheid, en buik-, maag- en/of darmklachten. Pijnklachten kunnen zich op verschillende plaatsen in het lichaam manifesteren zoals hoofd, schouders, nek of gewrichten. Bij langdurige vermoeidheid zijn kinderen voortdurend moe bij de minste inspanning. Hieronder geven we achtereenvolgens weer hoeveel kinderen de huisarts bezoeken met klachten die te maken hebben met hoofdpijn, buikpijn, obstipatie en vermoeidheid (Bühning & Spaans, 2008). Pijn of lichamenlijk ongemak en emoties kunnen elkaar flink beïnvloeden en gaan vaak samen (Bühning & Spaans, 2008). Als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en er bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart, wordt gesproken van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) (Trimbos-instituut, 2010). (Somatisch onvoldoende verklaarde) lichamelijke klachten zijn een veelvoorkomende oorzaak van schoolverzuim (Theil et al., 2007; Wijga et al., 2010).

### Omvang

#### Drie tot 24 per 1.000 kinderen komen bij de huisarts met een lichamelijke klacht

Respectievelijk 3,3 en 3,8 per 1.000 kinderen en jongeren komen bij de huisarts vanwege spanningshoofdpijn of migraine. De diagnose obstipatie wordt bij 24,4 per 1.000 kinderen en jongeren gesteld, gegeneraliseerde en gelokaliseerde buikpijn bij 19,4 en 15,1 per 1.000 0-19-jarigen. Een op de vijf (22%) van de kinderen en jongeren bezoekt de huisarts vanwege vermoeidheidsklachten. Als deze cijfers bij elkaar opgeteld worden bezoeken 88 per 1.000 kinderen en jongeren de huisarts vanwege hoofdpijn, buikpijn of vermoeidheid.

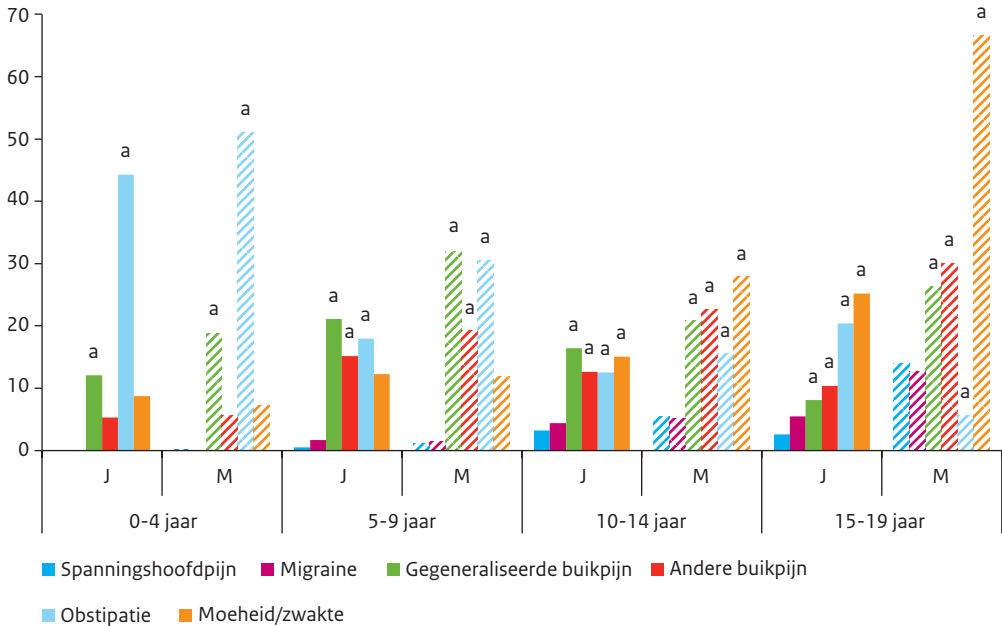
#### Obstipatie vaker bij kinderen, buikpijn, hoofdpijn en vermoeidheid vaker bij jongeren

De diagnose obstipatie komt het meest voor bij 0-5-jarigen (47,5 per 1.000) (zie Figuur 3.7). Gegeneraliseerde buikpijn komt het meest voor bij 5-10-jarigen (26,3 per 1.000), terwijl de diagnose 'andere gelokaliseerde buikpijn' het meest voorkomt bij 15-20-jarigen (20,0 per 1.000) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011). Spanningshoofdpijn en migraine komen vaker voor bij 10-19-jarigen dan bij 0-9-jarigen. De omvang van spanningshoofdpijn in deze leeftijdsgroepen is respectievelijk 0,5 en 0,8 per 1.000; de omvang van migraine is respectievelijk 6,3 en 6,9 per 1.000. Moeheid/zwakte komt met 45,3 per 1.000 het vaakst onder 15-19-jarigen voor.

#### Hoofdpijn, buikpijn en vermoeidheid vaker bij meisjes dan bij jongens

De diagnose 'spanningshoofdpijn' wordt door de huisarts vaker gesteld bij meisjes dan bij jongens, te weten bij respectievelijk 5,2 en 1,6 per 1.000 0-19-jarigen (zie Figuur 3.7). Ook migraine komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens, te weten bij 4,8 per 1.000 meisjes tegenover 2,9 per 1.000 jongens (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).

**Figuur 3.7** Aantal kinderen en jongeren 0-18 jaar met hoofdpijn, buikpijn/obstipatie of moeheid/zwakte in 2011 (aantal per 1.000 huisartspatiënten) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes.

Spanningshoofdpijn en migraine: aantallen te klein om significante verschillen naar leeftijd en geslacht te kunnen onderzoeken; voor leeftijdsgroepen 0-9 en 10-19 jaar wel significante verschillen naar leeftijd en geslacht.

Gegeneraliseerde buikpijn: significant verschil 0-4 jaar met 5-9 en 10-14 jaar; significant verschil tussen 5-9 jaar en de oudere leeftijdsgroepen.

Andere buikpijn: significant verschil tussen 0-4 jaar en alle andere leeftijdsgroepen; significant verschil 5-9 jaar met 15-19 jaar; significant verschil 10-14 jaar met 15-19 jaar.

Obstipatie: significant verschil tussen 0-4 jaar en alle andere leeftijdsgroepen; significant verschil tussen 5-9 jaar en de oudere leeftijdsgroepen.

Moeheid: significant verschil tussen 0-4 jaar en alle andere leeftijdsgroepen; significant verschil tussen 5-9 jaar en de oudere leeftijdsgroepen; significant verschil 10-14 jaar met 15-19 jaar.

De diagnoses obstipatie en buikpijn worden ook vaker bij meisjes gesteld. In 2011 waren er 24,6 per 1.000 meisjes en 14,5 per 1.000 jongens (0-20 jaar) met 'gegeneraliseerde buikpijn' bij de huisarts bekend (zie Figuur 3.7). Ook de diagnose 'andere gelokaliseerde buikpijn' komt vaker bij meisjes voor dan bij jongens, te weten bij 19,5 per 1.000 meisjes tegenover 10,9 per 1.000 jongens. Hetzelfde geldt voor obstipatie: respectievelijk 29,2 en 19,9 per 1.000. Moeheid/zwakte komt ook vaker bij meisjes voor (respectievelijk 28,5 en 15,3 per 1.000 meisjes en jongens) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



# 4 Psychosociale gezondheid

## Samenvatting

### **Gedragsproblemen (hyperactief gedrag, pesten en spijbelen) komen relatief vaak voor onder kinderen en jongeren**

Gedragsproblemen zijn externaliserende problemen; hierbij staat vooral het versturende effect ervan op de omgeving centraal. Hyperactief gedrag, pesten en spijbelen zijn gedragsproblemen; ADHD is een gedragsstoornis.

19-25% van de 11-16-jarigen rapporteert hyperactief gedrag; de stoornis ADHD komt voor bij 1,4% van de 0-20-jarigen. Volgens huisartsgegevens hebben meer jongens dan meisjes de gedragsstoornis ADHD; de omvang van zelfgerapporteerd hyperactief gedrag verschilt niet tussen jongens en meisjes. De omvang van hyperactief gedrag is de afgelopen jaren niet veranderd. Ongeveer 7% van de 11-16-jarigen pest vaak, en ongeveer 12% van de 12-16-jarigen spijbelt. Pesten en spijbelen komen vaker voor bij jongens dan bij meisjes. De omvang van spijbelen en pesten is afgenomen tussen 2001/2005 en 2009.

### **Gedragsproblemen vaker in risicogroepen**

Veel kinderen en jongeren met gedragsproblemen hebben als gevolg van hun problemen ook leer- en sociale problemen; schooluitval komt veel voor in deze groep. Gedragsproblemen zijn gedeeltelijk erfelijk bepaald, maar temperament en omgevingsfactoren kunnen het gedrag versterken. Leerlingen op het vwo rapporteren minder hyperactief gedrag en pesten minder dan leerlingen uit lagere opleidingen. Bij kinderen uit een eenoudergezin komen externaliserende problemen vaker voor dan bij kinderen uit een volledig gezin. Hyperactief gedrag komt vaker voor bij Nederlandse dan

bij allochtone leerlingen. Allochtone leerlingen pesten vaker dan autochtone leerlingen, maar spijbelgedrag is niet gerelateerd aan etnische afkomst.

### **Ongeveer 5% van de jongeren heeft emotionele problemen (angst- en depressieklachten)**

Emotionele problemen (angst- en depressieklachten) zijn internaliserende problemen. Angstklachten komen voor bij 1-5% van de jongeren 12-20 jaar; depressieklachten bij 2-7%. Emotionele stoornissen komen veel minder vaak voor; 0,4% van de 10-19-jarigen komt bij de huisarts voor een angststoornis, en 0,3% voor een depressieve stoornis. Emotionele problemen en stoornissen komen over het geheel genomen vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Emotionele problemen en stoornissen nemen toe met de leeftijd. Het aantal bij de huisarts bekende kinderen en jongeren met angstklachten is tussen 2004 en 2011 toegenomen, terwijl het aantal kinderen en jongeren met depressieklachten in die periode juist is afgenomen. Angststoornissen staan op de negende plaats van ziekten en aandoeningen die de hoogste ziektelast veroorzaken onder 0-15-jarigen.

### **Autismespectrumstoornissen zeldzaam**

Autismespectrumstoornissen zijn grotendeels erfelijk bepaald. Autismespectrumstoornissen komen relatief weinig voor, slechts bij 0,1-0,2% van de 0-20-jarigen. Het grootste deel daarvan heeft PDD-NOS, een autistische stoornis of de stoornis van Asperger. Een autismespectrumstoornis komt vier keer zo vaak voor bij jongens als bij meisjes. De herkenning van autismespectrumstoornissen is de laatste decennia sterk toegenomen en de diagnosecriteria zijn verruimd. Daardoor worden er meer kinderen met een autismespectrumstoornis gediagnosticeerd dan vroeger. Ongeveer de helft van de kinderen met een autismespectrumstoornis heeft ook een verstandelijke beperking.

### **Afhankelijk van de definitie heeft 1-3% van de jongeren een licht verstandelijke beperking**

Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking hebben een beperking in het intellectueel functioneren (IQ lager dan 70/75) in combinatie met beperkingen in de sociale (zelf)redzaamheid. Van de jongeren tot 18 jaar heeft ongeveer 0,6 procent een lichte verstandelijke beperking (IQ 50/70). De geschatte omvang hangt echter af van de gebruikte definitie; brede definities gaan uit van iets minder dan 3% (IQ 50-85, beperkte sociale redzaamheid en bijkomende problemen). Een licht verstandelijke beperking komt meer voor in gezinnen met een lage sociaaleconomische status. De incidentie zal naar verwachting de komende jaren niet sterk veranderen.

## Leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft psychosociale gezondheidsproblemen van verschillende gradaties: zowel op het niveau van symptomen en klachten als op het niveau van daadwerkelijke psychische stoornissen. Paragraaf 4.1 gaat in op de zogenaamde internaliserende problemen: emotionele problemen en stoornissen. De twee daaropvolgende paragrafen gaan in op externaliserende problemen: hyperactiviteit en aandachttekortstoornissen (paragraaf 4.2) en opstandig en antisociaal gedrag (paragraaf 4.3). Paragraaf 4.4 beschrijft een groep ernstige ontwikkelingsstoornissen, te weten autismespectrumstoornissen. Paragraaf 4.5, tot slot, gaat in op licht verstandelijke beperkingen.

In hoofdstuk 6 komen problemen in relatie tot de sociale omgeving aan bod, waaronder kindermishandeling en gepest worden (in tegenstelling tot pestgedrag dat in paragraaf 4.3 wordt beschreven als vorm van opstandig en antisociaal gedrag).

In paragraaf 2.4 is onderwijsparticipatie aan bod geweest. Spijbelen komt in dit hoofdstuk aan bod als vorm van opstandig en antisociaal gedrag (paragraaf 4.3), maar het is ook een indicator voor onderwijsparticipatie.

## 4.1 Emotionele problemen en stoornissen: angst en depressie

### Definitie, determinanten en gevolgen

#### **Angst wordt onverdeeld in angstklachten en angststoornissen**

Angst is een beklemmende, onaangename emotionele toestand die veroorzaakt wordt door dreiging of gevaar (Van Leeuwen, 2013). Angst wordt problematisch wanneer er een overmatige uiting is van normale angsten, zodanig dat deze het normaal dagelijks functioneren negatief beïnvloedt. Een angststoornis wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van een pathologische (ziekelijke) angst. Als angst geen reële grond heeft en iemand er sociale problemen door ondervindt, is er sprake van een stoornis. Angststoornissen bij kinderen en jongeren uiten zich op allerlei manieren: fysiologisch (trillen, hoofdpijn, buikpijn), cognitief (vervelende gedachten over nare dingen die kunnen gebeuren, overmatig piekeren) en gedragsmatig (angstige situaties uit de weg gaan, huilen, verstijven, bevriezen, prikkelbaar of opstandig gedrag, en geruststelling vragen). Subtypes van een angststoornis zijn sociale angst, faalangst, scheidingsangst, specifieke vrees, dwanggedachten en dwanghandelingen (NJI, 2013k).

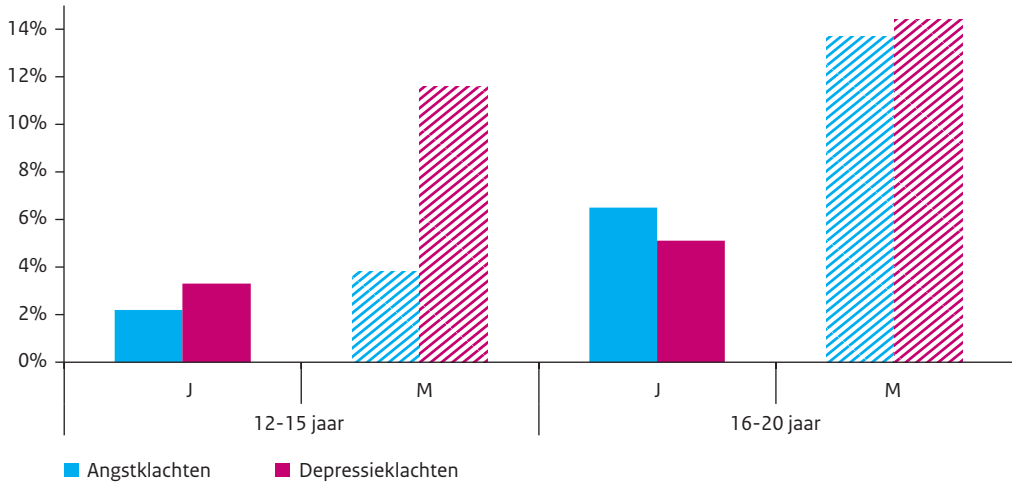
#### **Depressie varieert in ernst van depressieklachten tot depressieve stoornis**

Stemmingswisselingen bij jeugdigen zijn in principe gezonde pogingen om een nare ervaring te verwerken. Een normale variatie in stemming kan echter overgaan in vervlakking en overmatige somberheid of ernstige depressieklachten. In het ernstigste geval kan dit uitmonden in een stemmingsstoornis. Een depressie is een stemmingsstoornis. Bij kinderen en jongeren wordt een depressie vaak niet herkend omdat zij doorgaans niet het typische gedrag van depressieve volwassenen laten zien (rusteloos, somber, een verminderd gevoel van eigenwaarde, concentratieproblemen, nergens plezier aan beleven en weinig energie hebben (Van Leeuwen, 2013)). Kinderen met een depressie zijn vaak prikkelbaar en ze hebben geen plezier meer in activiteiten die ze eerder wel leuk vonden. Afhankelijk van de ernst wordt gesproken over depressieklachten of een depressieve stoornis (NJI, 2013l; Spijker et al., 2013).

#### **Kinderen van ouder met angst of depressie hebben groter risico op psychische stoornis**

Kinderen van ouders met een depressie hebben bijna driemaal zoveel kans om zelf een depressie te krijgen als kinderen van andere ouders (Schoemaker et al., 2013; Van 't Land et al., 2008). Zij hebben mogelijk een genetisch bepaald verhoogd risico op depressie, maar zijn ook extra kwetsbaar door de problemen die een psychisch ongezonde ouder met zich meebrengt. Ook kinderen van ouders met een angststoornis of een andere psychische stoornis hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis (Van 't Land et al., 2008).

**Figuur 4.1** Percentage jongeren 12-20 jaar met zelfgerapporteerde angst en/of depressieklachten (>2 weken) in de afgelopen 12 maanden in 2011 (CBS, 2011).



Angst- en depressieklachten: significant verschil tussen 12-15 en 16-20 jaar.

### Ook persoonlijkheidskenmerken en omgevingsfactoren vergroten risico op depressie

Bepaalde persoonlijkheidskenmerken vergroten het risico op depressie, zoals een geremd temperament, weinig zelfwaardering, een neurotische persoonlijkheid of hooggevoeligheid (Maas & Jansen, 2000). Ook kinderen met een geremd temperament hebben een verhoogd risico om later een angststoornis te ontwikkelen. Bovendien kunnen normale angstgevoelens bij kinderen worden versterkt door de sociale eisen in de (pre-)puberteit en leiden tot een sociale fobie. Een gebrek aan sociale vaardigheden vergroot dit risico. Omgevingsinvloeden bepalen of er daadwerkelijk een angststoornis ontstaat, en zo ja, welke.

### Angst- of depressieklachten in jeugd voorspellen latere psychosociale problemen

Cohortonderzoek laat zien dat bij 21% van de Nederlandse kinderen met psychosociale problemen (een afwijkende score op de Child Behaviour Checklist (CBCL)) 24 jaar later ook psychosociale problemen hadden. Kinderen met angst- of depressieklachten hebben twee keer zoveel risico op psychosociale problemen 24 jaar later (Reef et al., 2009). Angststoornissen leiden tot een relatief grote ziektebelasting. Ze staan op de negende plaats van aandoeningen met de hoogste ziektebelasting bij kinderen en jongeren (Poos et al., 2012).

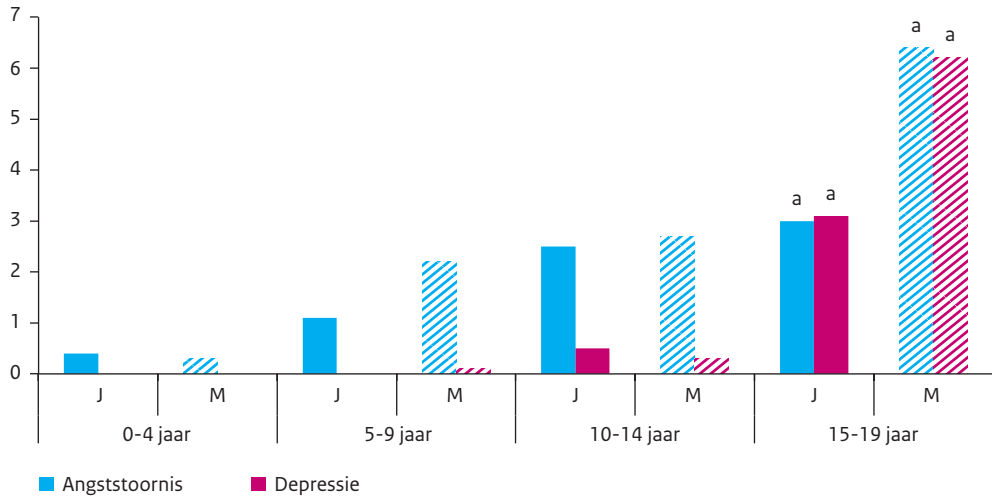
## Omvang

### Een op de tien 16-20-jarigen in voorgaand jaar angstige periode gehad

Ongeveer 10% van de 16-20-jarigen had in 2010 minstens twee weken een periode waarin hij of zij erg angstig of bezorgd was (zie Figuur 4.1). Bij 12-16-jarigen kwamen angstklachten minder voor, namelijk bij 3%. Angstklachten komen meer voor bij meisjes dan bij jongens (CBS, 2011).



**Figuur 4.2** Aantal kinderen en jongeren met een angststoornis en/of depressie in 2011 (aantal per 1.000 huisarts-patiënten) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes. (Voor de leeftijdsgroepen 0-4 en 5-9 jaar zijn de groepen te klein om significantie naar geslacht te kunnen onderzoeken, maar er is wel een significant verschil tussen jongens en meisjes voor de groep 0-9 jaar).

Angststoornis: significant verschil tussen 0-4 jaar en de andere leeftijdscategorieën; significant verschil tussen 5-9 jaar met de oudere leeftijdsgroepen; significant verschil tussen 10-14 jaar en 15-19 jaar.

Depressie: significant verschil tussen 0-9 jaar en 10-19 jaar.

### 13% van 16-20-jarigen depressieve periode gehad

13% van de 16-20-jarigen was naar eigen zeggen in 2010 gedurende minstens twee weken erg somber of depressief. Bij de 12-15-jarigen was dit 4% (zie Figuur 4.1). Hierin is geen verschil tussen jongens en meisjes (CBS, 2011).

### Omvang angst en depressie neemt toe met de leeftijd

De huisarts stelt de diagnose angststoornis of depressie vaker bij 16-20-jarigen (4,6 per 1.000 ingeschreven 16-20-jarigen; zie Figuur 4.2) dan bij 12-16-jarigen. Meer meisjes dan jongens krijgen een van deze diagnoses (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).

### Geen verschillen in angst- en depressieklachten naar gezinssituatie

Er is geen verschil tussen kinderen uit een volledig gezin en een eenoudergezin in het rapporteren van angst- of depressieklachten in het voorafgaande jaar. Wel rapporteren significant meer kinderen met een niet-Nederlandse dan met een Nederlandse afkomst depressieklachten. Voor angst is hierin echter geen verschil (CBS, 2011).

## 4.2 Hyperactiviteit en ADHD

### Definitie, determinanten en gevolgen

#### **ADHD is een combinatie van slechte concentratie en overbeweeglijk, impulsief gedrag**

De ene jeugdige is van nature drukker, beweeglijker en levendiger dan de andere. Als dat gedrag onaangepast is, niet past bij het ontwikkelingsniveau en het kind er zelf onder lijdt (of zijn ouders of leerkracht), is er sprake van hyperactiviteit of ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit). ADHD is een combinatie van slechte concentratie, overbeweeglijkheid, rusteloosheid en impulsiviteit. Kenmerken zijn bijvoorbeeld onrustig bewegen met handen en voeten, moeite om te blijven zitten wanneer dat nodig is, aan een stuk door praten, moeite hebben om rustig te spelen, verstoren van bezigheden van anderen, zich opdringen, antwoord geven voordat de vraag is afgemaakt, prikkelgevoelig zijn, eerst doen, dan pas denken, niet op zijn of haar beurt kunnen wachten, geen gevaar zien en vaak kleine ongelukjes hebben (NJI, 2013).

#### **ADHD is een externaliserende psychische stoornis**

ADHD behoort tot de externaliserende psychische stoornissen, waarbij het verstorende effect van het gedrag op de omgeving centraal staat (Schoemaker et al., 2003). ADHD komt regelmatig voor in combinatie met agressiviteit en antisociaal gedrag in contacten met leeftijdgenoten (zie paragraaf 4.3). Ook is het in de praktijk vaak moeilijk ADHD te onderscheiden van PDD-NOS, een milde variant van autisme (zie paragraaf 4.4).

#### **ADHD is grotendeels erfelijk bepaald**

ADHD wordt in grote mate erfelijk bepaald. Kinderen bij wie ADHD in de familie voorkomt, hebben een grotere kans om zelf ook ADHD te krijgen. Bij kinderen van een ouder met ADHD loopt die kans zelfs op tot 50% (Gunning & Verhulst, 2004; Schoemaker et al., 2003). Ook hebben kinderen meer kans op ADHD als ze te vroeg geboren zijn of als hun moeder tijdens de zwangerschap hoge bloeddruk had, overmatig rookte of veel dronk (Schoemaker et al., 2003). De omgeving heeft geen grote invloed op het ontstaan van ADHD, maar mogelijk wel op het voortduren ervan. Voorbeelden zijn een negatieve of chaotische gezinssituatie of bepaalde kenmerken van de opvoedingsstijl (Meijer, 2006).

#### **Kinderen met ADHD hebben groot risico op schooluitval en sociale problemen**

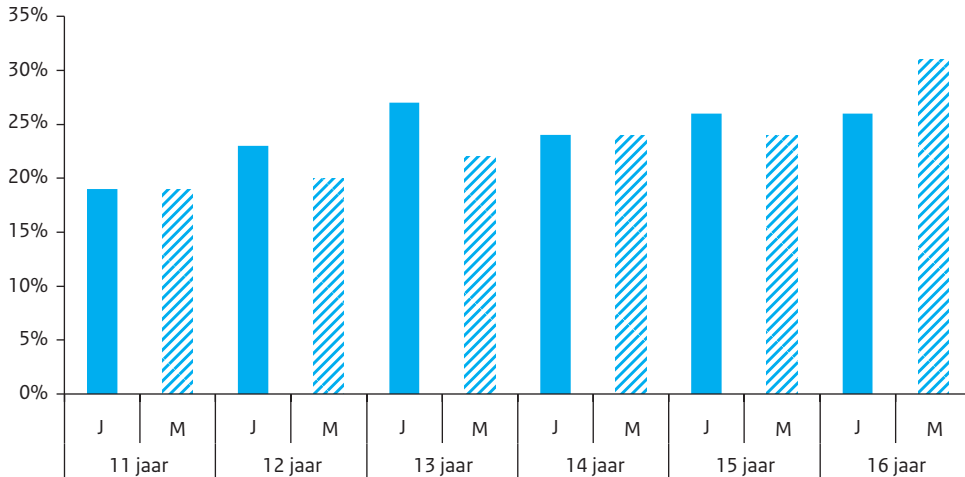
Kinderen met ADHD kunnen op school leermoeilijkheden krijgen. Bovendien lopen ze het risico een laag zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen te ontwikkelen door negatieve reacties van leeftijdgenootjes. Het beloop kenmerkt zich door veel schooluitval (bij ongeveer 35% van de kinderen met ADHD), weinig of geen vrienden hebben (ongeveer 60% van de kinderen met ADHD) en betrokken raken bij antisociale activiteiten (Schoemaker et al., 2003).

### Omvang

#### **Bijna 20% van basisschoolleerlingen in groep 8 rapporteert hyperactief gedrag**

In groep 8 van het basisonderwijs rapporteert 19% van de leerlingen hyperactief gedrag. In het voortgezet onderwijs is dit percentage verhoogd tot 25% (zie Figuur 4.3). Dit blijkt uit onderzoek in 2009 bij 11-16-jarige scholieren. Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes. Het aantal 11-16-jarigen dat

**Figuur 4.3** Percentage jongeren 11-16 jaar met zelfgerapporteerde hyperactiviteit-inattentie<sup>a</sup> in de voorafgaande maand in 2009 (Van Dorsselaer et al., 2010).



<sup>a</sup> Gemeten met de SDQ. Voorbeeldvraag is: "Ik ben rusteloos, ik kan niet lang stil zitten." Het afkappunt is gebaseerd op de groepsscore; het afkappunt is niet klinisch gevalideerd en niet bepaald op vooraf afgesproken percentages.

hyperactief gedrag rapporteert, is min of meer stabiel gebleven tussen 2005 en 2009 (Van Dorsselaer et al., 2010).

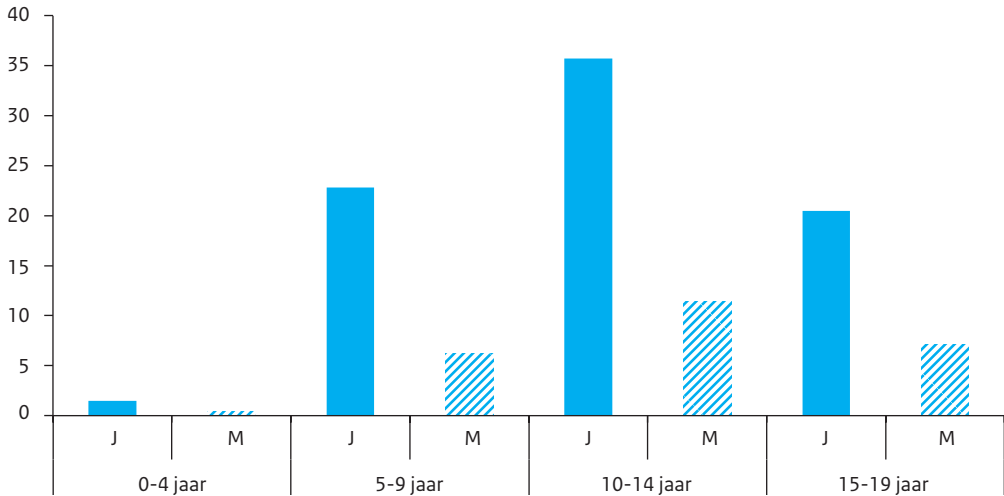
### Meer jongens dan meisjes bij huisarts bekend met diagnose ADHD

De huisarts diagnosticeerde in 2011 20,4 per 1.000 0-20-jarigen als 'overactief kind / hyperkinetisch syndroom' ofwel ADHD (zie Figuur 4.4). Bij meisjes is dit lager, namelijk 6,3 per 1.000 0-20-jarige huisartspatiënten. De diagnose overactief kind / hyperkinetisch syndroom komt in 2011 het meest voor onder 10-15-jarigen (24 per 1.000); dat is meer dan bij de andere leeftijdsgroepen (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).

### Vwo-ers, jongeren uit volledig gezin en autochtonen rapporteren minder hyperactief gedrag

Vwo-leerlingen rapporteren minder vaak hyperactief gedrag dan leerlingen in lagere opleidingsniveaus: 17% bij vwo-leerlingen versus 26-28% bij havo- en vmbo-leerlingen. In het voortgezet onderwijs rapporteren kinderen uit een volledig gezin minder hyperactief gedrag (23%) dan kinderen uit een onvolledig gezin (32%). Autochtone leerlingen rapporteren vaker hyperactief gedrag dan allochtone leerlingen. In groep 8 van het basisonderwijs is dat 20% versus 13%; in het voortgezet onderwijs 26% versus 17% (Van Dorsselaer et al., 2010).

**Figuur 4.4** Aantal kinderen en jongeren 0-19 jaar met de diagnose overactief kind / hyperkinetisch syndroom in 2011 (aantal per 1.000 huisartspatiënten) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



Voor alle leeftijdsgroepen significant verschil tussen jongens en meisjes.

## 4.3 Opstandig en/of antisociaal gedrag: pesten en spijbelen

### Definitie, determinanten en gevolgen

#### **Bij pesten brengt iemand een ander stelselmatig fysiek, verbaal of psychologisch schade toe**

Pesten is een stelselmatige vorm van agressie waarbij een of meer personen proberen een andere persoon fysiek, verbaal of psychologisch schade toe te brengen (NJI, 2013f). Bij pesten is de macht ongelijk verdeeld. Relatief nieuwe manieren zijn het digitaal en mobiel pesten. Kinderen of jongeren gebruiken dan sociale media of ze pesten elkaar door vervelende berichten via de mobiele telefoon te sturen.

Er is sprake van *spijbelen* wanneer een leerling niet op school aanwezig is op momenten dat hij aanwezig moet zijn (NJI, 2013i). Als de school geen toestemming heeft gegeven voor het schoolverzuim of er geen geldige reden voor is, zoals ziekte, is er sprake van spijbelen. Wettelijk gezien is spijbelen in de leerplichtige leeftijd een overtreding van de Leerplichtwet. Regelmatig spijbelen kan een voorbode van voortijdig schoolverlaten zijn.

#### **Structureel pesten en spijbelen vallen onder gedragsproblemen**

Spijbelen en pesten zijn voorbeelden van opstandig of agressief gedrag. Wanneer dit gedrag niet incidenteel is, maar een patroon vormt van negatieve gedragskenmerken, is er sprake van een gedragsprobleem. Gedragsproblemen behoren tot de externaliserende problemen, wat betekent dat vooral de

omgeving er last van ondervindt en het kind zelf naar verhouding weinig. Afhankelijk van de ernst wordt gesproken over opstandig of antisociaal gedrag. Bij een opstandige gedragsstoornis vertonen kinderen langdurig negatief, vijandig en ongehoorzaam gedrag. Het sociale functioneren of functioneren op school lijdt hier onder. Het gaat vaak om verbaal storend gedrag: schelden, driftig worden, ruzie maken, anderen de schuld geven van eigen fouten, snel geïrriteerd zijn (Konijn et al., 2003). Bij een antisociale gedragsstoornis gaat het om kenmerken als regelmatig stelen, liegen, anderen bedreigen, spijbelen, 's nachts wegblijven, opzettelijk brand stichten, inbreken, dingen vernielen, vechten en dieren of mensen mishandelen.

### **Genetische en omgevingsfactoren spelen een rol bij het ontstaan van gedragsstoornissen**

De exacte oorzaak van gedragsstoornissen is niet bekend, maar van een aantal factoren is aangetoond dat ze van invloed zijn op het ontstaan van gedragsstoornissen (Meijer et al., 2006). Gedragsstoornissen worden voor een deel genetisch bepaald. Sommige temperamentfactoren vergroten het risico op het ontwikkelen van antisociaal gedrag, zoals impulsiviteit, rusteloosheid, emotionele labiliteit, negativistische houding en snel afgeleid zijn. Omgevingsfactoren, zoals opvoedingsvaardigheden van de ouders, gezinsinteractie en sociale uitsluiting, kunnen antisociaal gedrag versterken. Afzonderlijke risicofactoren kunnen elkaar wederzijds versterken. Kinderen met ADHD hebben een grotere kans om, evenals kinderen met een lagere intelligentie, antisociale gedragsstoornis te ontwikkelen. Ook komen gedragsstoornissen vaak samen voor met een depressie, angststoornis of met middelengebruik (Meijer et al., 2006).

### **Psychosociale problemen in kindertijd voorspellen problemen tijdens volwassenheid**

Hoe jonger kinderen zijn wanneer ze gedragsproblemen vertonen, hoe groter de kans op toekomstig probleemgedrag. Buitenlandse onderzoeksresultaten laten zien dat 25% van de kinderen met gedragsproblemen op latere leeftijd een gedragsstoornis ontwikkelt (Postma, 2008). Nederlands cohortonderzoek laat zien dat ADHD, gedragsproblemen en autismespectrumstoornissen voorspeld kunnen worden via jeugdgezondheidszorg (JGZ)-gegevens uit de vroege kindertijd; emotionele problemen kunnen beperkt worden voorspeld (Jaspers, 2012). Het onderzoek TRAILS (Tracking Adolescents' Individual Lives Survey) vindt scheiding of psychosociale problemen bij de ouders als verklarende factoren zes jaar voorafgaand aan de ontwikkeling van psychosociale problemen (Jansen et al., 2013).

## **Omvang**

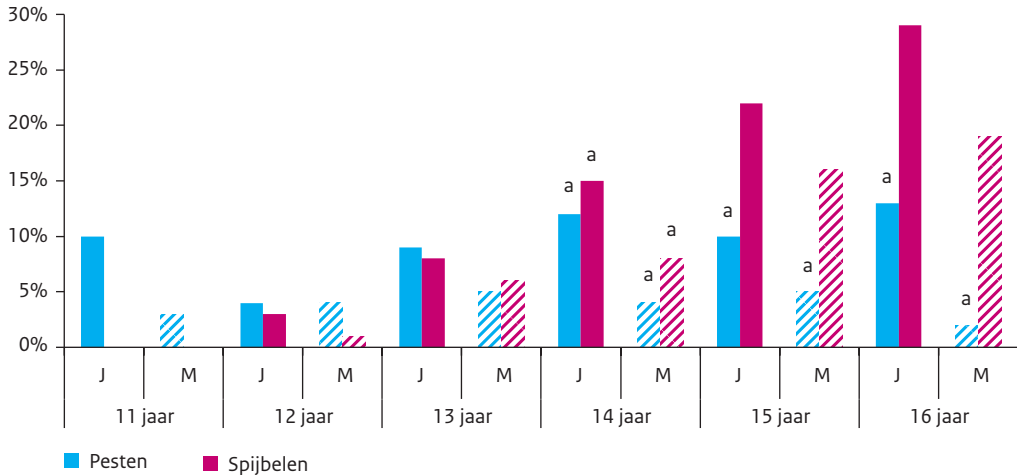
### **Ongeveer 7% van de 11-17-jarigen pest vaak**

In groep 8 van het basisonderwijs pest 6% vaak, dat wil zeggen maandelijks twee keer of vaker, en in de eerste vier jaar van het voortgezet onderwijs is dat 7% van de leerlingen (zie Figuur 4.5). Dit blijkt uit onderzoek in 2009 bij 11-17-jarige scholieren. Het percentage jongens dat vaak pest is twee tot drie keer zo hoog als het percentage meisjes. Bij jongens neemt het percentage pesters toe van het 12<sup>de</sup> tot het 14<sup>de</sup> jaar (van 4% naar 12%). Bij meisjes blijft dat percentage redelijk stabiel (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Ongeveer een op de acht leerlingen van 12-17 jaar spijbelt**

Twaalf procent van de leerlingen in het voortgezet onderwijs geeft in 2009 aan in de voorafgaande maand te hebben gespijbeld (Figuur 4.5). Zij hebben gemiddeld 2,5 lesuren gemist (Van Dorsselaer et al., 2010). Meer jongens dan meisjes spijbelen (14% versus 9%; Figuur 4.5).

**Figuur 4.5** Percentage jongeren 11-16 jaar dat heeft gepest<sup>b</sup> en gespijbeld<sup>c</sup> in de voorafgaande maand in 2009 (zelfrapportage) (Van Dorsselaer et al., 2010).



<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes.

<sup>b</sup> Pesten: twee keer per maand of vaker (structureel) nare of vervelende dingen doen of zeggen tegen iemand, of plagen op een manier die de ander niet leuk vindt, of iemand expres buitensluiten.

<sup>c</sup> Spijbelen is niet gevraagd aan 11-jarigen.

### Veel meer oudere dan jongere leerlingen spijbelen

Veel meer oudere dan jongere leerlingen spijbelen. In 2009 spijbelde 25% van de vierdeklassers, vergeleken met 2% van de brugklassers in de voorafgaande maand (Figuur 4.5). Ook het aantal lesuren dat jongeren spijbelen neemt toe met de leeftijd: in de brugklas is dat gemiddeld nog geen twee lesuren in de voorafgaande maand, terwijl dit in de vierde klas drie lesuren zijn (Van Dorsselaer et al., 2010).

### Meer vmbo-leerlingen dan vwo-leerlingen pesten vaak

De groep leerlingen die vaak pest is op het vmbo-b meer dan drie keer zo groot als op het vwo (Van Dorsselaer et al., 2010). Op het vwo is deze groep het kleinst (3%), gevolgd door de havo (6%) en vmbo-t (8%). Meer allochtone dan autochtone 11-17-jarigen pesten vaak. Er is geen verschil in vaak pesten door 11-17-jarigen uit gezinnen met verschillende welvaartsniveaus. Wel pesten op het voortgezet onderwijs meer jongeren uit een onvolledig gezin vaak dan jongeren uit een volledig gezin (Van Dorsselaer et al., 2010).

### Meer jongeren uit onvolledige gezinnen spijbelen

Meer jongeren uit een onvolledig gezin spijbelen dan jongeren uit een volledig gezin. In 2009 was dit in het voortgezet onderwijs 15% versus 11%. Er is geen verschil in spijbelgedrag tussen leerlingen van verschillende etnische afkomst, onderwijsniveaus, of gezinswelvaart (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Pesten en spijbelen door de jaren heen afgenomen**

Tussen 2001 en 2009 is het aantal jongens in het voortgezet onderwijs dat vaak pest afgenomen van 16% naar 9%. Het aantal meisjes in het voortgezet onderwijs dat spijbelt is tussen 2005 en 2009 licht afgenomen van 14% naar 9% (Van Dorsselaer et al., 2010).

## 4.4 Autismespectrumstoornissen

### Definitie en risicofactoren

#### **Autismespectrumstoornis is ernstige ontwikkelingsstoornis**

Een autismespectrumstoornis is een ernstige stoornis die vaak al vroeg in het kinderleven ontstaat. Kenmerken van een autismespectrumstoornis zijn beperkingen in de omgang met anderen (geen oogcontact maken, niet kunnen samenspelen), beperkingen in de communicatie (zoals ernstig gestoorde taalontwikkeling), afwezigheid van fantasiespel, terugkerend stereotiep gedrag (zoals extreem gehecht zijn aan vaste rituelen) en weerstand tegen veranderingen. Kinderen hebben al voor hun derde jaar een of meer van deze kenmerken. Naast de autistische stoornis zijn er nog vier andere typen autismespectrumstoornissen, waaronder Asperger en PDD-NOS ('Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified: pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven) (Meijer & Verhulst, 2006b).

#### **Autismespectrumstoornissen zijn grotendeels erfelijk bepaald**

Stoornissen in het autismespectrum zijn voor een groot deel erfelijk bepaald, waarbij het vaker voorkomt bij jongens en mannen dan bij meisjes en vrouwen. De stoornis blijft levenslang bestaan. Ongeveer de helft van de mensen met een stoornis in het autismespectrum heeft ook een verstandelijke beperking (Meijer et al., 2006).

### Omvang

#### **Minstens 5.000 kinderen en jongeren met autistische stoornis in Nederland**

Op basis van voornamelijk buitenlands onderzoek wordt aangenomen dat een autistische stoornis bij ruim één (1,3) op de 1.000 kinderen voorkomt. Vertaald naar alle jonge mensen tot 20 jaar in Nederland betekent dat minimaal 5.000 kinderen en jongeren met een autistische stoornis. Er is geen reden om aan te nemen dat de prevalentie in Nederland afwijkt van het buitenland, omdat er geen verschillen worden gevonden tussen etnische groepen of tussen groepen met een verschillende sociaaleconomische status (Gezondheidsraad, 2009).

#### **Meer kinderen met PDD-NOS dan autistische stoornis**

Eén tot twee per 1.000 kinderen en jongeren in Nederland lijden aan een andere autismespectrumstoornis dan de autistische stoornis. Daarvan komt PDD-NOS het meest voor (aantal is  $\geq 6.000$ ), gevolgd door de stoornis van Asperger (aantal is circa 1.000). De autistische stoornis zit daar tussenin (meer dan de helft PDD-NOS, ongeveer een kwart autistische stoornis, ongeveer een achtste Asperger en het resterende deel bestaat uit de twee andere stoornissen). In ander, meer recent onderzoek bleek het aantal kinderen met een autismespectrumstoornis echter veel groter te zijn, met name het aantal kinderen met PDD-NOS. Omgerekend naar de Nederlandse situatie zou het aantal kinderen met PDD-NOS op kunnen

lopen tot minstens 11.000. Ruim viermaal zoveel jongens als meisjes hebben een autismespectrumstoornis (NJI, 2013a).

### **Onduidelijkheid over toename autisme**

Sommige studies suggereren dat het aantal kinderen met autismespectrumstoornissen sterk is toegenomen in de laatste decennia. Die stijging kan grotendeels verklaard worden door de verruiming van de diagnostische criteria en de opname van Asperger en PDD-NOS in het autismespectrum, een betere onderkenning en een toegenomen bewustwording van autisme (Meijer & Verhulst, 2006a).

## 4.5 Licht verstandelijke beperking (lvb)

### Definitie en risicofactoren

#### **Licht verstandelijk beperkten hebben beperkt IQ en sociaal aanpassingsvermogen**

Er is geen eenduidige definitie voor een licht verstandelijke beperking (lvb) (NJI, 2013e). De 'praktijkdefinitie' gaat uit van drie kenmerken die samen voor moeten komen (De Beer, 2011):

- IQ-score tussen de 50 en 85;
- beperkt sociaal aanpassingsvermogen: tekorten of beperkingen in het aanpassingsgedrag van een persoon, zoals verwacht mag worden op zijn leeftijd en bij zijn cultuur, op ten minste twee van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid;
- bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, lichamelijke problemen, problemen in het gezin en sociale omstandigheden.

#### **Lvb-jeugdigen hebben moeite met onthouden en verwerken van informatie**

Lvb-jeugdigen hebben moeite met het onthouden en verwerken van informatie (Zoon, 2012). Ze kunnen hoofd- en bijzaken moeilijk van elkaar scheiden, en hebben moeite met oorzaak-gevolg denken en met plannen. Ook het taalgebruik en taalbegrip blijven achter, waardoor ze minder goed begrijpen wat er gezegd en geschreven wordt. Lvb-jeugdigen uiten emoties vaak op een primaire manier (De Beer, 2011). Leerervaringen worden minder goed toegepast in andere, vergelijkbare situaties (Boertjes & Lever, 2007). Emotioneel functioneren ze vaak op het niveau van een schoolkind. Sociaal-emotionele vaardigheden die pas op een latere leeftijd tot (verdere) ontwikkeling komen, zoals empathie, geweten, liefde en seksualiteit, blijven achter en zijn bij deze jongeren minder goed ontwikkeld.

#### **Lvb-jongeren reageren afwijkend op bepaalde sociale situaties**

Jongeren met een licht verstandelijke beperking hebben een afwijkende sociale informatieverwerking (Zoon, 2012). Dat betekent dat iemand vijandiger of juist passiever reageert op bepaalde sociale situaties. Dit kan negatieve gevolgen hebben, zoals minder acceptatie en meer afwijzingen. Daarnaast worden deze jongeren veelal overschat, omdat zij uiterlijk geen handicap hebben. Dit zorgt voor faalervaringen. Deze negatieve ervaringen in het sociale verkeer zorgen voor een negatief zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen. Dit kan tot gevolg hebben dat deze jongeren zich verder afzonderen, waardoor er nog minder sociale ervaringen worden opgedaan. Er kan zodoende een vicieuze cirkel ontstaan.



### **Lvb gaat vaak samen met psychische of lichamelijke problemen**

Psychische stoornissen komen bij lvb-jongeren vaker voor dan bij hun leeftijdgenoten (NJI, 2013e). Ook vertonen ze vaker emotionele en gedragsproblemen, waaronder antisociaal en delinquent gedrag. Lvb gaat ook vaak samen met lichamelijke problemen, zoals epilepsie of migraine (Oeseburg et al., 2011; Oeseburg et al., 2010).

### **Oorzaken kunnen biologisch zijn en/of samenhangen met de sociale omgeving**

Een licht verstandelijke beperking kan een groot aantal oorzaken hebben (Zoon, 2012). Een lvb kan ontstaan door verschillende biologische factoren, zoals een genetische afwijking, ziekte van de moeder tijdens de zwangerschap, of alcohol, drugs of medicijnen tijdens de zwangerschap. Een lvb kan ook het gevolg zijn van een hersenbeschadiging tijdens de geboorte of op latere leeftijd door bijvoorbeeld een ongeluk (De Beer, 2011). Ook sociale omstandigheden spelen een rol bij het ontstaan of in stand houden van een lvb. Lvb-jeugdigen groeien veelal op in 'multiprobleemgezinnen' uit lagere sociaaleconomische klassen. Vaak hebben deze ouder(s) zelf ook een laag intelligentieniveau en missen toereikende opvoedingsvaardigheden. Daarnaast hebben deze ouders onvoldoende inzicht in de ontwikkeling en de problematiek van hun kind en de pedagogische aanpak die het nodig heeft (Van Nieuwenhuijzen et al., 2006). Hierdoor zijn de ouders minder goed in staat om hun kind in zijn of haar ontwikkeling te stimuleren (De Beer, 2011).

## **Omvang**

### **Ongeveer 0,6% van de jongeren tot 18 jaar heeft een IQ tussen de 50 en 70**

Exacte cijfers over hoeveel kinderen en jongeren een lvb hebben, zijn niet bekend. Het hangt af van de definitie. Uitgaande van de meest strikte definitie, een IQ 50-70, heeft ongeveer 0,6 procent van de jongeren tot 18 jaar (in totaal 55.000) een lvb. De incidentie zal naar verwachting de komende jaren niet sterk veranderen. De prevalentie neemt af met de leeftijd, onder andere doordat een verstandelijke beperking tegenwoordig veel vaker wordt ontdekt (bijvoorbeeld in het huidige onderwijs) dan voorheen door de grotere beschikbaarheid van (betere) diagnostische methoden. Bij de jeugd van nu wordt dus vaker de diagnose 'verstandelijke beperking' gesteld dan bij de jeugd van vroeger. Het verschil in prevalentie tussen oudere en jongere leeftijdsgroepen heeft dus niet met genezing te maken, maar met voortschrijdend inzicht in diagnostiek (Woittiez & Ras, 2010).

### **253.000 kinderen en jongeren hebben lvb bij een brede definitie**

Stoll en collega's hebben de prevalentie geschat van licht verstandelijk beperkte kinderen en jongeren met de volgende kenmerken: een IQ van 50-85, beperkte sociale redzaamheid en aanvullende problemen (Stoll et al., 2003). De schatting is gebaseerd op zorgcijfers uit 2002 (NJI, 2013d). Zij komen tot de volgende schatting:

- Zo'n 439.000 kinderen en jongeren van 5-18 jaar in Nederland hebben een IQ-score van 50-85 (gebaseerd op het gegeven dat 15% van de mensen een IQ score heeft van 50-85);
- 313.300 van hen hebben een lichte verstandelijke beperking inclusief beperkte sociale redzaamheid;
- 253.500 van hen hebben daarbij ook bijkomende problemen, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, lichamelijke problemen, problemen in het gezin en sociale omstandigheden (Stoll et al., 2003).
- Een veel kleiner aantal, namelijk ongeveer 14.000 kinderen en jongeren, heeft een zorgindicatie

vanwege een licht verstandelijke beperking en gerelateerde problematiek (Diepenhorst & Hollander, 2011). Hiervan hebben er ruim 7.160 een IQ 50-70 (52%) en 6.610 een IQ 70-85 (48%) (Woittiez & Ras, 2010).

### **Verschillen in sociaaleconomische omstandigheden en participatie van invloed op prevalentieschatting**

Verschillen in sociaaleconomische omstandigheden lijken een rol te spelen in de prevalentieschattingen: betere sociaaleconomische omstandigheden verlagen de prevalentie van licht verstandelijke beperking (Woittiez & Ras, 2010). Hoe deze mechanismen precies werken, is niet duidelijk. De laagste waarden worden gevonden in samenlevingen waarin volledige participatie actief wordt nagestreefd. Binnen de internationale bandbreedte zit Nederland aan de lage kant met haar prevalentieschattingen, samen met andere landen die 'meedoen' stimuleren (waaronder de Scandinavische landen).

# Deel 2

## Determinanten van gezondheid



# 5

## Sociale omgeving

### Samenvatting

#### **Jongeren hebben goede relatie met ouders**

Over het algemeen hebben jongeren in Nederland een goede relatie met hun ouders. Nederland staat in de topdrie in vergelijking met andere Europese landen. Basisschoolleerlingen zijn doorgaans positiever over de relatie met hun ouders dan middelbare scholieren. Jongeren van het vwo, autochtone jongeren en jongeren uit een welvarend en volledig gezin zijn het meest positief over hun relatie met ouders. Steeds meer minderjarige jongeren in Nederland groeien op in een huishouden met één ouder, in de meeste gevallen de moeder. Ook het aantal kinderen dat opgroeit in armoede (1 op de 9) stijgt.

#### **Kindermishandeling vaker bij lage sociaaleconomische status en eenoudergezinnen**

Kindermishandeling kan leiden tot lichamelijke schade, ernstig verstoorde gehechtheidsrelaties en op langere termijn tot psychische stoornissen. Kindermishandeling komt vaker voor bij kinderen van ouders met een laag opleidingsniveau, een lage sociaaleconomische status en bij eenoudergezinnen. Ook in gezinnen uit landen met een vluchtelingenstatus is er een verhoogd risico op kindermishandeling. Kindermishandeling komt naar schatting voor bij 34 per 1.000 kinderen van 0-18 jaar. Het aantal gevallen en vooral meldingen van kindermishandeling is toegenomen tussen 2005 en 2010.

#### **Meeste jongeren hebben goede vrienden en hebben het naar hun zin op school**

De meeste jongeren hebben meer dan twee goede vrienden of vriendinnen. Ongeveer 7% heeft geen of heel weinig vrienden. Jongeren uit welvarende gezinnen hebben meer vrienden dan jongeren uit

armere gezinnen. De meeste jongeren vinden het leuk op school, schatten hun schoolprestaties positief in, voelen zich weinig onder druk staan door hun schoolwerk en kunnen goed opschieten met hun klasgenoten. Basisschoolleerlingen zijn daarin wat positiever dan leerlingen uit het voortgezet onderwijs. Vwo-leerlingen vinden het leuker op school dan leerlingen van de andere onderwijstypen en zijn het meest positief over de onderlinge sfeer tussen klasgenoten.

### **Meer kinderen uit onvolledig gezin, voortgezet onderwijs en vmbo worden vaak gepest**

Kinderen die qua uiterlijk of gedrag afwijken van de 'norm' en kinderen uit een onvolledig gezin hebben een groter risico om gepest te worden. Op het voortgezet onderwijs worden meer jongens dan meisjes vaak gepest (8% versus 5%). Meer leerlingen op het vmbo worden vaak gepest dan op havo en vwo. Tussen 2001 en 2009 is het aantal leerlingen dat vaak gepest wordt op het voortgezet onderwijs afgenomen van 10% naar 6%.

## Leeswijzer

De sociale leefomgeving van kinderen en jongeren is een belangrijke determinant van hun gezondheidstoestand (zie hoofdstuk 1, VTV-model in Figuur 1.1). In dit hoofdstuk zoomen we in op gezin en school. Bij de gezinsomgeving gaan we in paragraaf 5.1 in op de relatie van jongeren met hun ouders en in paragraaf 5.2 op kindermishandeling als een probleem in de gezinssituatie. Bij de schoolomgeving schetsen we in paragraaf 5.3 de situatie zoals jongeren die zelf over het algemeen ervaren en in paragraaf 5.4 de situatie van kinderen en jongeren die vaak gepest worden. De kenmerken van kinderen die zélf pesten en de omvang van het pestgedrag zijn beschreven in paragraaf 4.3. Pestgedrag is niet zozeer gerelateerd aan de sociale omgeving, maar kan een kenmerk zijn van een antisociale gedragsstoornis.

## 5.1 Relatie met ouders en eenoudergezin

### **Jongeren zijn tevreden over relatie met ouders**

Over het algemeen hebben jongeren een goede relatie met hun ouders. De meeste jongeren (90%) ervaren veel steun van hun ouders. Ze kunnen gemakkelijk met hun ouders praten als zij ergens mee zitten. Basisschoolleerlingen zijn doorgaans positiever over de relatie met hun ouders dan middelbare scholieren. Naarmate jongeren ouder worden praten ze minder gemakkelijk met hun ouders en weten hun ouders minder wat ze zoal doen. Passend bij de leeftijdsfase krijgen ze meestal ook minder behoefte om alles met hun ouders te bespreken. Het contact met stiefouders lijkt moeizamer te verlopen dan het contact met eigen ouders (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Vwo-ers en autochtone jongeren uit welvarend en volledig gezin positief over relatie met ouders**

De kwaliteit van de ouder-kindrelatie verschilt naar het opleidingsniveau van de jongeren, het welvaartsniveau van het gezin en de gezinssituatie (Van Dorsselaer et al., 2010). Vwo-leerlingen zijn het meest positief over de relatie met hun ouders, vmbo-leerlingen het minst positief. Jongeren uit een welvarend en volledig gezin zeggen gemakkelijker met hun ouders te kunnen praten over problemen en ervaren meer steun en toezicht dan kinderen uit een arm en onvolledig gezin. Deze verschillen komen

overeen met resultaten uit eerder onderzoek (Zeijl, 2003). Op de basisschool ervaren allochtone kinderen minder steun van hun ouders dan hun autochtone leeftijdgenoten (Van Dorsseleer et al., 2010). Ook uit eerdere studies blijkt dat allochtone jongeren minder openheid ervaren in het contact met hun ouders dan autochtone jongeren (Pels et al., 2009; Zeijl, 2003).

### **Relatie met ouders Nederlandse jongeren beter dan in andere landen**

De ervaren relatie met ouders en met leeftijdgenoten in Nederland is beter dan in alle andere landen waarover dergelijke gegevens bekend zijn (UNICEF, 2013). 95% van de kinderen beoordeelt de relatie met ouders en leeftijdgenoten als goed, vergeleken met een gemiddelde van 85% in Europa. In 2001-2003 was die ervaren relatie ook al hoog, toen stond Nederland op de derde plaats. Noorwegen, Finland en Zweden zaten ook in beide periodes in de top-5 (UNICEF, 2013).

### **Steeds meer eenoudergezinnen in Nederland**

Steeds meer minderjarige jongeren in Nederland groeien op in een huishouden met één ouder, in de meeste gevallen de moeder. Een eenoudergezin wordt gevormd door een hoofdkostwinner die niet samenwoont met een vaste partner, maar wel inwonende kinderen heeft. In 2011 waren er bijna 518.000 eenoudergezinnen, een jaar eerder nog iets meer dan 515.000 (CBS, 2012b). De verwachting is dat het aantal eenoudergezinnen in de komende tien jaar nog licht zal stijgen om daarna af te vlakken (Van Duin et al., 2013). Het aantal jongeren dat een echtscheiding meemaakt, is echter sinds 2000 vrij constant. In 2010 groeide een op de tien kinderen op in een gezin met een laag inkomen. Vooral kinderen uit eenoudergezinnen kennen een relatief hoog risico op armoede door een laag gezinsinkomen (CBS, 2012b). Het aantal kinderen dat in Nederland in armoede opgroeit stijgt; in 2011 leeft 1 op de 9 kinderen in armoede (Kinderombudsman, 2013). Voor hen is de jaarlijkse vakantie en het kopen van nieuwe kleding niet vanzelfsprekend (CBS, 2012b).

## **5.2 Problemen in de gezinsomgeving: kindermishandeling**

### **Definitie, determinanten en gevolgen**

#### **Kindermishandeling is een bedreigende of gewelddadige interactie van volwassene naar minderjarige**

Kindermishandeling is 'elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel' (Nji, 2013b). Deze definitie is opgenomen in de Wet op de jeugdzorg. Een gangbare onderverdeling in vijf vormen van kindermishandeling is: lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, psychische (of emotionele) mishandeling, psychische (of emotionele) verwaarlozing, en seksueel misbruik. In de praktijk komen in een gezin waarin kindermishandeling voorkomt vaak meerdere vormen tegelijk voor.

#### **Problemen en ervaringen van ouders zelf vergroten risico op kindermishandeling**

Ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen, hebben relatief vaak psychische problemen of

hebben in hun jeugd zelf negatieve ervaringen in het gezin meegemaakt (NJI, 2013c). Bijna een derde van de ouders die zelf mishandeld zijn in hun jeugd, mishandelt zijn/haar kind later zelf ook. Mishandelende ouders hebben een gebrek aan pedagogisch besef; tegenover hun kind ontbreekt het hen aan verwachtingen, beleving, sensitiviteit en empathie.

### **Mogelijk groter risico bij opvoeden van kwetsbare kinderen**

Sommige kinderen zijn moeilijker op te voeden dan andere kinderen (NJI, 2013c). Het opvoeden van kinderen die extra zorg, aandacht en geduld van ouders vragen, zoals kinderen die te vroeg geboren zijn of kinderen met een lichamelijke of verstandelijke handicap, geeft de ouders waarschijnlijk meer stress en gevoelens van incompetentie. Ook kinderen die problematisch gedrag vertonen, doen een groot beroep op de opvoedingskwaliteiten en inspanningen van ouders en zijn voor hen een bron van stress. Op jonge leeftijd zijn kinderen bovendien fysiek en emotioneel erg afhankelijk van hun opvoeders, en daarmee extra kwetsbaar voor mishandeling en verwaarlozing.

### **Negatieve gezinsinteractie binnen gezinnen met kindermishandeling**

In gezinnen waarin kindermishandeling voorkomt, gaan de gezinsleden vaak op een negatieve manier met elkaar om (NJI, 2013c). Daarnaast wonen gezinnen waarin mishandeling plaatsvindt relatief vaak in een achterstandswijk. Het risico op kindermishandeling is ruim acht keer groter in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders en vijf keer groter wanneer beide ouders werkloos zijn (Alink et al., 2011). Ook gezinnen uit vluchtelinglanden hebben een verhoogd risico, mogelijk vanwege trauma's.

### **Gezinsvorm lijkt ook risicofactor voor kindermishandeling te zijn**

Het lijkt erop dat ook alleenstaand ouderschap, een gezin met meer dan drie kinderen en een stiefgezin risicofactoren zijn voor kindermishandeling (Alink et al., 2011; NJI, 2013c). Hoe dat verband precies ligt, is niet duidelijk. Waarschijnlijk is alleenstaand ouderschap of een groot gezin hebben voor een ouder een bron van stress die het functioneren als opvoeder beïnvloedt.

### **Nog weinig bekend over risicofactoren voor seksueel misbruik**

Naar specifieke risicofactoren voor *seksueel misbruik* is nog weinig onderzoek gedaan (NJI, 2013c). Bij seksueel misbruik in het gezin spelen communicatieproblemen, sociale isolatie en een tekort aan emotionele betrokkenheid en flexibiliteit vaak een rol. Ook kan er sprake zijn van geweld tussen de partners. Jonge kinderen en kinderen met een handicap, chronische ziekte of ontwikkelingsachterstand zijn extra kwetsbaar voor seksueel misbruik. Meisjes lopen een groter risico dan jongens, zeker wanneer zij bij een stiefvader wonen. Zowel voor jongens als voor meisjes geldt dat zij meer risico op seksueel misbruik lopen wanneer zij opgroeien bij één biologische ouder. Seksueel misbruik komt vaker voor in gezinnen waarin de moeder, letterlijk of emotioneel, afwezig is. Dat is bijvoorbeeld het geval als de moeder buitenshuis werkt, verslaafd of ziek is.

### **Kindermishandeling kan leiden tot verstoorde gehechtheid en psychische stoornis**

Kindermishandeling en huiselijk geweld veroorzaakt bij meer dan 10.000 kinderen lichamelijke schade (NJI, 2011; Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011; Soerdjbalie-Makoe et al., 2010). Studies in binnen- en buitenland hebben aangetoond dat kindermishandeling en verwaarlozing op korte termijn leiden tot ernstig verstoorde gehechtheidsrelaties en op langere termijn tot psychische stoornissen en cognitieve en neurobiologische veranderingen (Alink et al., 2011). Kindermishandeling gaat samen met een verhoogd



de kans op het ontwikkelen van depressie en angst, maar ook met bijvoorbeeld slechter functioneren van het geheugen.

### **Sommige kinderen overlijden als gevolg van kindermishandeling**

Bij zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing kan het kind aan de gevolgen overlijden (Wolzak & Ten Berge, 2008). Het is onbekend hoeveel kinderen dat in Nederland jaarlijks overkomt. Uit officiële landelijke statistieken over doodsoorzaken zijn hierover geen betrouwbare gegevens te achterhalen. Wel is in 1997 een landelijk onderzoek uitgevoerd (Hekkink et al., 1997) naar het vermoeden van kindermishandeling als doodsoorzaak door huisarts of kinderarts. Het zou in 1996 om circa veertig kinderen van 0-18 jaar gaan. Dit is echter een schatting van het werkelijke aantal. Volgens de Onderzoeksraad voor Veiligheid (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011) zouden jaarlijks minstens vijftien kinderen overlijden ten gevolge van kindermishandeling. Zie ook paragraaf 2.2.

## **Omvang**

### **Naar schatting jaarlijks bijna 100.000 kinderen slachtoffer van kindermishandeling**

In 2010 waren naar schatting 34 op de 1.000 kinderen van 0-18 jaar slachtoffer van kindermishandeling. Omgerekend naar de gemiddelde bevolkingsomvang van 2010 (ruim 3,5 miljoen kinderen van 0-18 jaar) komt dat neer op ruim 96.000 kinderen in Nederland. Deze schatting is gebaseerd op meldingen van 'informanten': meer dan duizend beroepspartijen verspreid over Nederland, zoals kinderdagverblijf, huisarts, consultatiebureau, raad voor kindbescherming en AMK-meldingen (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling). Volgens ongeveer tweeduizend middelbare scholieren komt kindermishandeling veel vaker voor: bij 99 per 1.000 jongeren (Alink et al., 2011).

### **Bijna de helft heeft te maken met meerdere vormen van kindermishandeling**

Volgens informanten komt vooral verwaarlozing veel voor. Het gaat dan om fysieke verwaarlozing, verwaarlozing van het onderwijs en emotionele verwaarlozing (inclusief getuige zijn van huiselijk geweld). Seksueel misbruik is met 0,8 per 1.000 kinderen de minst voorkomende vorm van kindermishandeling. Volgens de informanten is bijna de helft van de mishandelde scholieren slachtoffer van meerdere vormen van mishandeling. Bijna een kwart (24%) van de mishandelde scholieren rapporteert twee vormen van mishandeling, en ongeveer 18% van de mishandelde scholieren zegt drie of meer vormen van mishandeling te hebben meegemaakt. Het vaakst worden fysiek geweld en psychologische agressie gecombineerd (bij 65 per 1.000 kinderen) (Alink et al., 2011).

### **Dekkingsgraad van AMK's nog laag**

Bij het AMK zijn bijna 23.000 kinderen gemeld in 2010; regelmatig worden meerdere kinderen per gezin gemeld. De schatting op basis van de informantenstudie is ruim 96.000, dus ongeveer vier keer zoveel. De 'dekkingsgraad' van de AMK's is dus lager dan het geschatte aantal gevallen van kindermishandeling. Dit is deels te verklaren, doordat een deel van de gevallen aangepakt wordt zonder tussenkomst van een AMK (Alink et al., 2011).

### **Kindermishandeling naar schatting toegenomen tussen 2005 en 2010**

Volgens schattingen uit de informantenstudie is de prevalentie van kindermishandeling tussen 2005 en 2010 toegenomen van 24,1 per 1.000 kinderen (85.000) naar 27,4 per 1.000 kinderen (95.000). Voor de

AMK-gegevens is de relatieve stijging veel groter: van 3,8 naar 6,4 per 1.000 kinderen. Vooral het aantal gevallen van onderwijs- en emotionele verwaarlozing en getuige zijn van huiselijk geweld is gestegen. Bij de scholierenstudie zijn geen veranderingen in de prevalentie van kindermishandeling gevonden. Mogelijk zijn beroepskrachten door de grotere aandacht voor kindermishandeling in de politiek en in de media alerter op signalen van kindermishandeling en maken zij daar vaker melding van. De prevalentie van kindermishandeling in de hele jeugd (life-time prevalence) ligt zonder twijfel hoger dan de jaarprevalentie voor 2010 (Alink et al., 2011).

### **Demografische kenmerken van bij de AMK's gemelde kinderen**

Het Verwey-Jonker Instituut (Tierolf & Smit, 2011) heeft naar demografische kenmerken gekeken van bij de AMK's gemelde kinderen. Er zijn geen verschillen gevonden tussen jongens en meisjes. Naar verhouding worden er meer jongere kinderen gemeld (0-7 jaar). De grootste toename van meldingen tussen 2003 en 2009 is gevonden bij de categorieën 'verwaarlozing (breed)' en '(getuige) huiselijk geweld'. In achterstandswijken worden beduidend meer kinderen gemeld dan in niet-achterstandswijken. Absoluut gezien zijn dat er bijna drie keer zoveel, maar relatief gezien ruim twee keer zoveel. Ook zijn er relaties gevonden met armoede, achterstandsleerlingen, voortijdige schoolverlaters en eenoudergezinnen. Daarnaast zijn er grote verschillen tussen regio's. Deze zijn hoogstwaarschijnlijk niet te wijten aan verschillen in manier van registreren of een ander regionaal beleid. Binnen één regio worden namelijk tussen gemeenten en wijken ook verschillen gevonden, terwijl het regionale beleid en de manier van registreren hetzelfde zouden moeten zijn. In Dordrecht worden bijvoorbeeld relatief ruim drie keer zoveel kinderen gemeld als in Rotterdam, en in Leeuwarden relatief ruim twee keer zoveel als in Wunseradiel. Het is onbekend waar de regionale verschillen door veroorzaakt worden.

## **5.3 Contact met leeftijdgenoten en schoolbeleving**

### **De meeste jongeren hebben meer dan twee goede vrienden**

De meeste jongeren hebben meer dan twee goede vrienden of vriendinnen. Naarmate jongeren ouder worden, worden vrienden steeds belangrijker als gesprekspartner (Del Valle et al., 2010; Engels et al., 2007). Ongeveer 7% heeft geen of heel weinig vrienden. Het al dan niet hebben van vrienden en het contact met vrienden hangt niet samen met de etnische afkomst, het schoolniveau en de gezinssituatie van de jongere. Wel zeggen jongeren uit welvarende gezinnen meer vrienden te hebben dan jongeren uit armere gezinnen doen. Door financiële beperkingen van ouders hebben kinderen uit arme gezinnen een grotere kans om sociaal uitgesloten te raken (Roest et al., 2010). Bijna alle jongeren van 12-24 jaar hadden in 2009 wekelijks contact met vrienden of kennissen (CBS, 2010b). Hierin is tussen 1997 en 2009 weinig veranderd. Ruim driekwart van de jongeren van 12-24 jaar had in 2009 ook minimaal een keer per week contact met familieleden die niet tot het eigen gezin behoren.

### **Meeste jongeren zijn positief over school**

De meeste jongeren (11-16 jaar) vinden het leuk op school, schatten hun schoolprestaties positief in, voelen zich weinig onder druk staan door hun schoolwerk en kunnen goed opschieten met hun klasgenoten (Currie et al., 2012). Basisschoolleerlingen zijn wat positiever dan leerlingen uit het voortgezet onderwijs: ze schatten hun prestaties hoger in en voelen zich minder onder druk staan dan leerlingen in het voortgezet onderwijs. In het voortgezet onderwijs groeit, met het toenemen van de leeftijd, de groep

jongeren die school niet leuk vindt, zich onder druk voelt staan en slechte prestaties rapporteert. Meisjes zijn daarin positiever dan jongens. Ze vinden school leuker en schatten hun prestaties hoger in dan jongens. Daar tegenover staat dat meisjes meer druk door hun schoolwerk ervaren dan jongens (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Vwo-leerlingen en jongeren uit volledige gezinnen oordelen positiever over school**

Vwo-leerlingen vinden het leuker op school dan leerlingen van de andere onderwijstypen. Ook zijn zij het meest positief over de onderlinge sfeer tussen klasgenoten. Vwo- en havo-leerlingen hebben echter vaker het gevoel slechter te presteren en onder druk te staan dan vmbo-leerlingen (Van Dorsselaer et al., 2010). Jongeren uit onvolledige gezinnen zijn meestal minder positief over school en presteren naar eigen zeggen iets minder goed dan jongeren uit volledige gezinnen. Deze resultaten sluiten aan bij die van eerder onderzoek naar gevolgen van echtscheiding voor kinderen en jongeren (Fischer, 2004; Spruijt, 2007). Uit deze studies blijkt dat vooral de conflicten tussen ouders en de financiële problemen waarmee een echtscheiding vaak gepaard gaat een negatief effect hebben op het schoolsucces en het welbevinden van jongeren. Allochtone jongeren schatten hun prestaties positiever in dan autochtone jongeren.

## 5.4 Problemen in de schoolomgeving: gepest worden

### Definitie, risicofactoren en gevolgen

#### **Kinderen die gepest worden zijn slachtoffer van stelselmatige agressie van een ander**

Kinderen en jongeren die gepest worden, zijn slachtoffer van een stelselmatige vorm van agressie. Een of meer personen proberen hun fysiek, verbaal of psychologisch schade toe te brengen. De macht is hierbij ongelijk verdeeld. Relatief nieuwe vormen van pesten zijn het digitaal en mobiel pesten. Kinderen of jongeren gebruiken dan het internet (bijvoorbeeld pesten via het chatten) of pesten elkaar door vervelende berichten via de mobiele telefoon te sturen (NJI, 2013f).

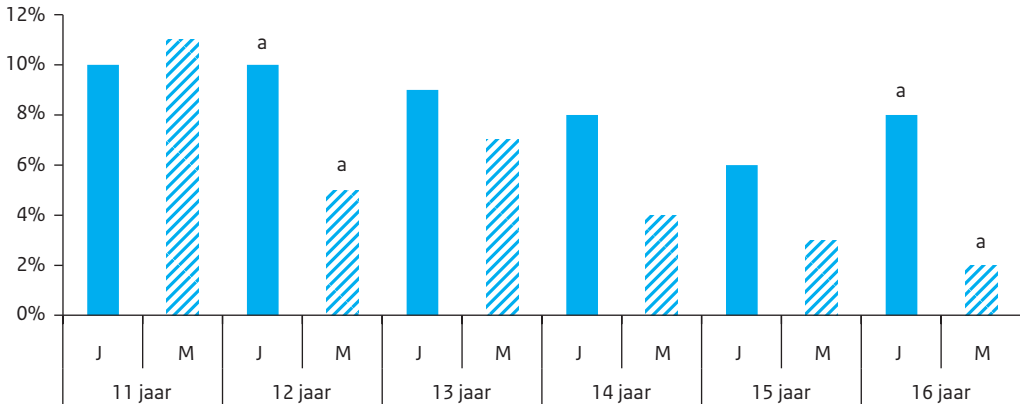
#### **Kinderen die afwijken van de 'norm' hebben groter risico om gepest te worden**

Kinderen en jongeren die gepest worden, hebben meestal een combinatie van bepaalde persoonlijkheidskenmerken en fysieke zwakte. Ook kan een kind of jongere net iets afwijken van de 'norm', bijvoorbeeld omdat hij stottert of een accent heeft. Kinderen met een verminderde sociale redzaamheid hebben een grotere kans om slachtoffer van pesten te worden. Ze hebben meestal moeite om zich te verdedigen. De slachtoffers zijn in twee groepen te verdelen. De eerste groep bestaat uit passieve, onderdanige slachtoffers. Zij hebben een angstig reactiepatroon in combinatie met fysieke zwakte (bij jongens). De tweede groep bestaat uit de zogenaamde provocatieve slachtoffers; zij hebben een combinatie van angstige en agressieve reactiepatronen (NJI, 2013h).

#### **Kans om gepest te worden groter op scholen met groot verloop onder leerkrachten**

De kans op pesten en agressief gedrag is groter op scholen met een groot verloop onder leerkrachten, weinig duidelijke gedragsregels, gering toezicht en een gebrek aan individuele benadering. Door op school een sfeer te creëren waarin harmonie en respect voor elkaar centraal staan, kan het pesten worden omgevormd tot socialer gedrag.

**Figuur 5.1** Percentage jongeren 11-16 jaar dat werd gepest<sup>b</sup> in de voorafgaande maand in 2009 (zelfrapportage) (Van Dorsselaer et al., 2010).



<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes.

<sup>b</sup> Pesten: twee keer per maand of vaker (structureel) nare of vervelende dingen doen of zeggen tegen iemand, of plagen op een manier die de ander niet leuk vindt, of iemand expres buitensluiten.

### Herhaaldelijk gepest worden vergroot risico op sociale en emotionele problemen

Een eenmalige pestervaring is zelden erg traumatiserend, ook als die heel ernstig is. Vooral kinderen die herhaaldelijk en op verschillende manieren zijn gepest, hebben last van sociale en emotionele problemen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat gepest worden gevoelens van eenzaamheid en depressie vergroot en bestaande problemen verergert. Slachtoffers gaan zichzelf door het pesten minder leuk vinden, vertrouwen hun leeftijdsgenoten niet en zijn bang om naar school te gaan. Die gevoelens kunnen leiden tot verder isolement en diepere depressie en nog meer pestgedrag uitlokken. Kinderen die aan het begin van het schooljaar gepest worden, hebben een aanzienlijk grotere kans dat ze zes maanden later in datzelfde schooljaar ook gepest worden. Bovendien hebben ze vaker last van psychosomatische klachten, zoals hoofdpijn, slaapproblemen, buikpijn, bedplassen en vermoeidheid (NJI, 2013g).

### Omvang

#### Vaak pesten groter probleem op basisschool (groep 8) dan op voortgezet onderwijs

In de laatste groep van het basisonderwijs worden meer leerlingen vaker gepest (10%) dan in het voortgezet onderwijs (6%). In het voortgezet onderwijs worden meer jongens dan meisjes vaak gepest (8% versus 5%; zie Figuur 5.1). In groep 8 van het basisonderwijs is daarin geen verschil (Van Dorsselaer et al., 2010).

#### Meer vmbo-leerlingen slachtoffer van vaak pesten

In 2009 waren meer vmbo-leerlingen slachtoffer van vaak pesten dan leerlingen van havo en vwo. Van de leerlingen van vmbo-b wordt 10% vaak gepest en van vmbo-t 8%; op de havo is dat 5% en op het vwo

3%. Het aantal vmbo-b-leerlingen dat vaak gepest wordt is meer dan drie keer zo groot als op het vwo (Van Dorsselaer et al., 2010).

#### **In voortgezet onderwijs meer leerlingen uit onvolledig gezin vaak gepest**

In het voortgezet onderwijs werden in 2009 meer leerlingen uit een onvolledig gezin dan uit een volledig gezin vaak gepest (9% versus 6%). In groep acht van het basisonderwijs is hierin geen verschil. Allochtone leerlingen werden in 2009 iets minder vaak gepest dan hun autochtone leeftijdsgenoten. Vaak gepest worden hangt niet samen met het welvaartsniveau (Van Dorsselaer et al., 2010).

#### **Vaak gepest worden in voortgezet onderwijs tussen 2001 en 2009 afgenomen**

Tussen 2001 en 2009 is het aantal leerlingen dat vaak gepest wordt op het voortgezet onderwijs afgenomen van 10% naar 6% (Van Dorsselaer et al., 2010). In groep 8 van de basisschool is het aantal kinderen dat gepest wordt (10%) niet veranderd.



# 6

## Leefstijl

### Samenvatting

#### **Bijna de helft van de Nederlandse jongeren beweegt genoeg, maar meerderheid eet onvoldoende gezond**

45% van de Nederlandse jongeren beweegt dagelijks ten minste een uur matig intensief, of beweegt drie keer per week tenminste 20 minuten intensief en voldoet daarmee aan de zogenaamde combinorm. Meer dan drie kwart van de kinderen 2-18 jaar voldoet niet aan de aanbevolen hoeveelheid groente, fruit, verzadigde vetten en vis. Het voedings- en beweeggedrag is in de afgelopen tien jaar niet veel veranderd.

#### **Overgewicht in laatste jaren gestabiliseerd**

Ongeveer 13% van de jongeren van 2-18 jaar heeft overgewicht; bij 3% is sprake van obesitas. Bij de huisarts krijgen 2,2 per 1.000 0-19-jarigen de diagnose 'ernstig overgewicht'. Overgewicht komt significant vaker voor bij sociaaleconomische risicogroepen: allochtonen, kinderen die een lager opleidingsniveau volgen en kinderen uit armere gezinnen. Het aantal scholieren met overgewicht is in de periode 2001-2009 ongeveer gelijk gebleven.

#### **Bijna de helft van de middelbare scholieren drinkt alcohol, een vijfde rookt en een tiende gebruikt softdrugs**

Middelengebruik stijgt met de leeftijd en meer jongens dan meisjes roken en/of drinken. Bijna de helft van de middelbare scholieren dronk in 2011 alcohol, de helft daarvan gaf aan in de voorafgaande maand één of meerdere keren dronken te zijn geweest. Een derde van alle jongeren is wel eens

'binge drinker'. 5% van de 12-jarigen drinkt alcohol, 59% van de 15-jarigen en 81% van de 17-18-jarigen. 18% van de jongeren (10-19 jaar) rookt; bij de 15-19-jarigen is dit 35%. 8% zegt in de voorafgaande maand hasj of wiet te hebben gebruikt; 2% gebruikt harddrugs.

### **Jongeren met lage sociaaleconomische status vertonen ongezonder gedrag, maar niet altijd**

Jongeren uit sociaaleconomische risicogroepen (waaronder een lage opleiding, een lage gezinsweldvaart, allochtone afkomst en opgroeien in een eenoudergezin) vertonen in het algemeen ongezonder gedrag, maar dat gaat niet altijd op. Marokkaanse of Turkse jongeren drinken bijvoorbeeld weinig alcohol en gebruiken minder vaak cannabis dan autochtone jongeren.

### **Middelengebruik gedaald in de afgelopen tien à twintig jaar**

Het percentage jongeren dat aangeeft te roken is gedaald in de laatste twintig jaar. Dat geldt zowel voor 15-20-jarigen (van 43% naar 35%) als 12-14-jarigen (van 14% naar 8%). Het alcoholgebruik bij jongeren van 12-16 jaar is tussen 2003 en 2011 afgenomen van 56% naar 38%. Het softdruggebruik is tussen 1992 en 2007 licht gedaald, maar sindsdien nauwelijks gewijzigd.

### **Jongeren kijken ruim 2,5 uur tv**

Gemiddeld kijken leerlingen van zowel basis- als voortgezet onderwijs ruim 2,5 uur televisie op een doordeweekse dag, gamen ze ruim 1,5 uur en zijn ruim 2 uur online. 4% van de jongeren vertoont 'problematisch internetgebruik'. Leerlingen van het voortgezet onderwijs zijn langer online dan basisschoolleerlingen. Jongens besteden meer tijd aan computerspelletjes en meisjes meer aan msn'en, chatten, e-mailen en internetten.

### **Jongeren gebruiken weinig gehoorbescherming bij muziek- of dance-events**

Een kwart tot de helft van de scholieren van 10-18 jaar bezoekt regelmatig een muziekfestival of dansfeest; minder dan 5% gebruikt gehoorbescherming. Meer dan de helft van de jongeren gebruikt regelmatig een mp3-speler of hoofdtelefoon. Het volumenniveau ligt bij het overgrote deel van de gebruikers waarschijnlijk boven de veiligheidsnormen.

### **Meeste seksueel actieve jongeren vrijen veilig**

Bijna driekwart van de jongeren gebruikte een condoom bij de eerste keer geslachtsgemeenschap. Vier op de vijf seksueel actieve jongeren deden bij geslachtsgemeenschap met de laatste sekspartner altijd iets om zwangerschap of soa-besmetting te voorkomen. Hogere leeftijd, hoger opleidingsniveau en bij meisjes een autochtone achtergrond zijn de belangrijkste voorspellers van anticonceptiegebruik. Het condoomgebruik is in 2005 en 2009 toegenomen ten opzichte van 2001, maar er zijn geen veranderingen in pilgebruik.



## Leeswijzer

De leefstijl van kinderen en jongeren is een belangrijke determinant van (toekomstige) gezondheid (zie ook het VTV-model (Volksgezondheid Toekomst Verkenningen) in hoofdstuk 1, Figuur 1.1). Jongeren zitten in de leeftijd van 'experimenteren'; in hun leefstijl uit dit zich bijvoorbeeld in uitgaan, de eerste seksuele ervaringen en middelengebruik. Als bepaalde grenzen worden overschreden, kan het gedrag op de korte of langere termijn schadelijk worden voor de gezondheid. Waar die grenzen precies zitten, is lastig te bepalen. Dit hoofdstuk sluit zoveel mogelijk aan bij bestaande grenzen, zoals de richtlijnen voor gezonde voeding (Voedingscentrum, 2011b), de beweegnormen (Hildebrandt et al., 2013) en de grenzen voor 'problematisch' middelengebruik (Handreiking gezonde gemeente, 2013; Van Dorsselaer et al., 2010; Van Rooij & Schoenmakers, 2013). In paragraaf 6.1 beschrijven we het beweeg- en voedingsgedrag en overgewicht als belangrijk gevolg van een gebrek aan beweging en/of ongezonde voeding (overgewicht wordt in het VTV-model als 'persoonsgebonden factor' gezien: deze ontwikkelen zich vaak via een wisselwerking tussen genen, leefstijl en omgevingsfactoren, maar zijn (nog) geen ziekte). Paragraaf 6.2 gaat in op het middelengebruik van jongeren: roken, alcoholgebruik en druggebruik. In paragraaf 6.3 gaan we in op het seksuele gedrag van jongeren. In paragraaf 6.4 ten slotte bespreken we een aantal overige leefstijlfactoren: mediagebruik van jongeren en blootstelling aan geluid tijdens uitgaan en mp3-spelergebruik. In elke paragraaf gaan we in op de normen voor gezond gedrag en het aantal kinderen en jongeren dat al dan niet aan de norm voldoet. Waar mogelijk gaan we in op verschillen naar leeftijd en geslacht, etniciteit en sociaaleconomische status (opleidingsniveau van de ouders/verzorgers of gezinswelvaart), opleidingsniveau van de jongeren en de gezinssituatie (een- of tweoudergezinnen).

## 6.1 Beweeg- en voedingsgedrag en overgewicht

### 6.1.1 Bewegen

#### Definitie, determinanten en gevolgen

##### **Drie beweegnormen in Nederland**

In Nederland bestaan drie richtlijnen voor beweeggedrag: de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), de fitnorm en de combinorm. Voor kinderen en jongeren gelden 'strengere' normen dan voor volwassenen. Jeugdigen voldoen aan de NNGB, als ze aangeven dat ze zowel in de zomer als in de winter dagelijks tenminste 60 minuten per dag matig inspannend actief zijn (bijvoorbeeld fietsen). Iemand voldoet aan de fitnorm, als hij/zij aangeeft zowel in de zomer als in de winter ten minste drie keer per week minimaal 20 minuten intensief actief te zijn. Een persoon voldoet aan de combinorm als hij/zij aan de NNGB en/of de fitnorm voldoet (Hildebrandt et al., 2013).

##### **Naast beweegnormen ook een richtlijn voor sedentair gedrag**

Wie voldoende lichamelijk actief is volgens de beweegnormen, kan daarnaast toch te veel gedrag met een erg laag energieverbruik vertonen (WHO, 2010). Voorbeelden van gedrag met een laag energieverbruik, ook wel sedentair gedrag genoemd, zijn televisie kijken, computeren en op school zitten. De richtlijn voor kinderen van 4-17 jaar is niet langer dan twee uur per dag computeren en/of televisie kijken (Hendriksen et al., 2010). In paragraaf 6.4.1 (mediagebruik) wordt hier verder op ingegaan.

### **Sociale en fysieke omgeving zijn van invloed op beweeggedrag**

Er zijn diverse redenen waarom kinderen en jongeren niet voldoende bewegen. Actief beweeggedrag van ouders en leeftijdsgenoten is een belangrijke stimulerende factor. Ook de sociale veiligheid en de inrichting van de fysieke omgeving zijn van invloed op het beweeggedrag. Een gebrek aan speelplaatsen is bijvoorbeeld een belangrijke belemmerende factor voor kinderen om niet te bewegen en te sporten (Wendel-Vos, 2013).

### **Voldoende lichamelijke activiteit heeft gunstige invloed op chronische aandoeningen**

Regelmatige lichamelijke activiteit bevordert de kwaliteit van leven en kan direct of indirect het risico verlagen op het ontstaan van overgewicht en tal van ziekten op volwassen leeftijd, zoals cardiometabole aandoeningen, kanker, depressie en osteoporose (Wendel-Vos, 2012). Onvoldoende bewegen (niet voldoen aan de NNGB) is in de totale Nederlandse bevolking verantwoordelijk voor naar schatting jaarlijks ruim 8.000 sterfgevallen (6% van het totaal aantal sterfgevallen) en voor een groot deel van de coronaire hartziekten (Wendel-Vos, 2012).

## **Omvang**

### **Sporten is populair onder jongeren**

Jongeren sporten graag. Bijna negen op de tien jongeren van 4-18 jaar sportten in 2008 minimaal een uur per week in hun vrije tijd. Dit aantal is weinig veranderd sinds 2000. Het aandeel jongeren dat regelmatig sport, neemt af met de leeftijd, maar de intensiteit van het sporten neemt juist toe met de leeftijd. Jongeren vanaf 12 jaar sporten vaker vijf uur of meer per week dan kinderen onder de 12 jaar. Sinds 2000 zijn steeds meer jongeren vijf uur of meer per week gaan sporten (CBS, 2010a).

### **Bijna de helft van de kinderen en jongeren voldoet aan de 'combinorm' voor bewegen**

Ongeveer een op de vijf (18%) van de Nederlandse 4-17 jarigen voldeed volgens henzelf of hun ouders in 2011 aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Ongeveer een derde (34%) voldeed aan de fitnorm en bijna de helft (45%) voldeed aan de combinorm (zie Figuur 6.1). Dit blijkt uit de Monitor Bewegen en Gezondheid waarin jaarlijks het beweeggedrag (bewegen op school, in de vrije tijd en sporten) van Nederlandse kinderen en jongeren wordt gevraagd aan ouders (voor kinderen van 4-11 jaar) en aan jongeren zelf (12-18 jaar) (Hildebrandt et al., 2013).

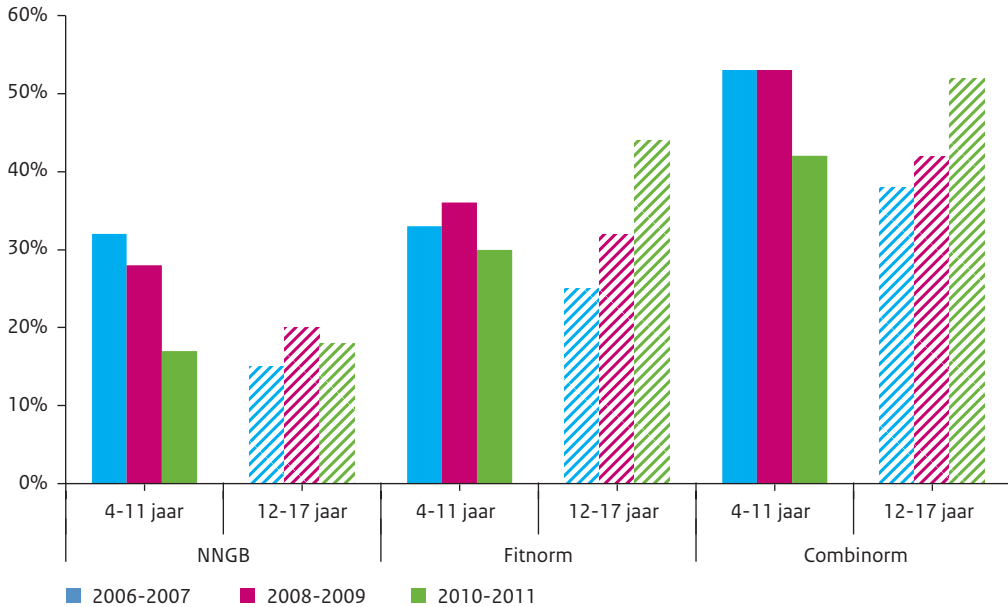
### **Jongeren en jongens voldoen vaker aan de beweegnorm dan kinderen en meisjes**

In 2010-2011 voldeed een hoger percentage van de jongeren (12-17 jaar) aan de fit- en de combinorm dan kinderen (4-11 jaar) (zie Figuur 6.1). Jongens halen de fitnorm vaker dan meisjes: in de periode 2010-2011 haalde 43% van de jongens de fitnorm tegen 30% van de meisjes. Ook de NNGB en de combinorm worden in 2010-2011 vaker door jongens dan door meisjes gehaald, namelijk 19% versus 16% voor de NNGB en 52% versus 42% voor de combinorm (Hildebrandt et al., 2013).

### **Geen duidelijke trends in de tijd in voldoen aan beweegnormen in afgelopen tien jaar**

Het percentage 4-17-jarigen dat van 2006 tot en met 2011 voldoet aan de normen voor bewegen fluctueert (Hildebrandt et al., 2013) (zie Figuur 6.1). Dit blijkt ook uit onderzoek bij 12-17-jarigen in de periode 2001-2005 (Wendel-Vos & Bruggink, 2013). Het verschil tussen kinderen en jongeren fluctueert eveneens. Zo was het verschil tussen kinderen en jongeren in 2006-2007 (kinderen voldoen vaker aan de

**Figuur 6.1** Percentage kinderen en jongeren 4-17 jaar dat voldoet aan de beweegnormen<sup>a</sup>, uitgesplitst naar jaar (2006-2011) (Hildebrandt et al., 2013).



<sup>a</sup> NNGB: Nederlandse Norm Gezond Bewegen, voor kinderen: dagelijks tenminste 60 minuten per dag matig inspannend actief zijn; fitnorm: ten minste drie keer per week minimaal 20 minuten intensief actief zijn; combinorm: aan de NNGB en/of fitnorm voldoen.

beweegnormen) precies omgekeerd ten opzichte van de situatie in 2010-2011 (jongeren voldoen vaker aan de beweegnormen) (Hildebrandt et al., 2013).

### Verskil tussen allochtone en autochtone jongeren afgenomen

Allochtone 12-17-jarigen voldoen volgens eigen rapportage minder vaak aan de beweegnormen dan autochtone jongeren (Wendel-Vos & Bruggink, 2013). Dat geldt voor veruit de meeste meetjaren in de periode 2001-2011. Allochtone jongeren zijn wel steeds meer aan de NNGB gaan voldoen: een toename van 10% in 2001 naar 23% in 2011. Er zijn binnen de gebruikte databronnen (Hildebrandt et al., 2013; Wendel-Vos & Bruggink, 2013) geen gegevens bekend over verschillen in voldoen aan beweeggedrag naar opleiding, gezinssituatie of gezinswelvaart.

## 6.1.2 Voeding

### Definitie, determinanten en gevolgen

#### **Richtlijnen voor gezonde voeding voor kinderen vanaf 1 jaar**

Voor de Nederlandse bevolking vanaf één jaar heeft de Gezondheidsraad richtlijnen voor gezonde voeding opgesteld (Gezondheidsraad, 2006). Deze zijn door het Voedingscentrum vertaald tot 'Richtlijnen voedselkeuze': aanbevolen dagelijkse hoeveelheden voor verschillende leeftijdsgroepen (Voedingscentrum, 2011b).

#### **Veel factoren beïnvloeden voedingsgedrag**

Voedingsgedrag wordt beïnvloed door genetische aanleg, persoonlijkheidskenmerken en de fysieke en sociale omgeving. Bij het eten spelen emoties een belangrijke rol. Voor jonge kinderen is de invloed van ouders op het voedingsgedrag heel groot. Naarmate kinderen ouder worden, neemt de invloed van leeftijdgenoten toe. In de fysieke omgeving zijn bijvoorbeeld beschikbaarheid en prijs van voedsel van invloed op het voedingsgedrag (Van Raaij & Van Bakel, 2013).

#### **Ongezond voedingsgedrag verhoogt risico op over- of ondergewicht en chronische ziekte**

Voeding is essentieel voor de groei van het kinderlichaam en voor de dagelijkse energiebehoefte. Een te hoge of te lage totale energie-inname (in verhouding tot de lichamelijke activiteit) is van invloed op het ontstaan van over- of ondergewicht. Een ongebalanceerde samenstelling van het voedsel is een risicofactor voor een aantal chronische ziekten, waaronder vormen van kanker en cardiometabole aandoeningen. Hoge consumptie van verzadigde vetten en lage consumptie van groente, fruit en (vette) vis verhogen de kans op het ontstaan van hart- en vaatziekten en van sommige kankervormen (Van Kranen et al., 2013). In deze verkenning focussen we op groente- en fruitconsumptie en de consumptie van vis en verzadigde vetten.

### Omvang

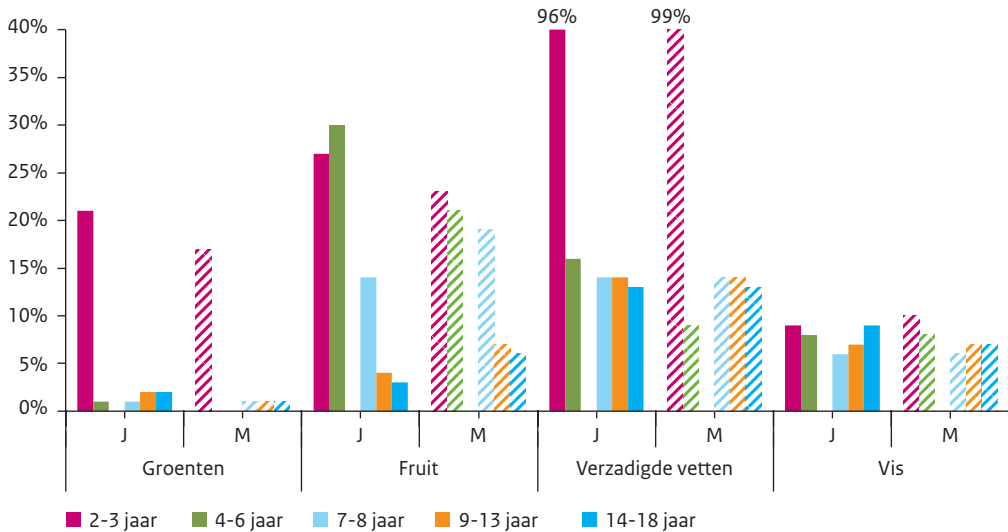
#### **Kinderen en jongeren eten te weinig groente en fruit**

Er zijn weinig jonge kinderen die voldoende groenten of fruit eten. Dat blijkt uit een Nederlandse studie uit 2005/2006 onder ouders of verzorgers van kinderen van 2-6 jaar (Ocké et al., 2008). Bij het grootste deel (79%) van de peuters van 2-3 jaar is de gebruikelijke consumptie van groente onvoldoende (< 50 gram/dag). Bijna niemand van de kleuters van 4-6 jaar voldoet aan de voor hen aanbevolen hoeveelheid (100 gram/dag). Bovendien at ongeveer driekwart van de 2-6-jarigen niet de aanbevolen hoeveelheid fruit (zie Figuur 6.2). Bijna niemand van de 7-18-jarigen voldeed in 2007-2010 aan de aanbevolen hoeveelheid groenten; 81 tot 97% (afhankelijk van leeftijd en geslacht) voldeed niet aan de aanbevolen hoeveelheid fruit (zie Figuur 6.2). Dit is gemeten in de voedselconsumptiepeiling van het RIVM (Van Rossum et al., 2011). Deze peiling bracht tussen 2007 en 2010 via interviews in kaart wat Nederlanders van 7-68 jaar consumeren.

#### **Ongeveer een op de vijf jongeren eet dagelijks zowel groente als fruit**

Achttien procent van de jongeren van 11-17 jaar geeft aan dagelijks zowel groente als fruit te eten. Ongeveer 35% van de jongeren eet dagelijks fruit en ruim 40% eet dagelijks groente. Op de basisschool

**Figuur 6.2** Percentage 2-6 jaar in 2005/2006 (Ocké et al., 2008) en 7-18 jaar 2007-2010 (Van Rossum et al., 2011) dat voldoet aan de aanbevolen hoeveelheden groentena, fruitb, verzadigde vettenc en visd (Gezondheidsraad, 2001; Voedingscentrum, 2011b).



<sup>a</sup> 2-3 jaar:  $\geq 50$ -100 gram per dag; 4-8 jaar:  $\geq 100$ -150 gram per dag; 9-13 jaar:  $\geq 150$ -200 gram per dag; 14-18 jaar:  $\geq 200$  gram per dag.

<sup>b</sup> 2-8 jaar:  $\geq 150$  gram per dag (1,5 stuks) fruit; 9-18 jaar:  $\geq 200$  gram per dag (2 stuks).

<sup>c</sup> 2-3 jaar:  $<15\%$  van de totale dagelijkse energie-inname; 4-18 jaar:  $<10\%$  van de totale dagelijkse energie-inname. Dit verklaart (gedeeltelijk) het extreem grote verschil tussen kinderen 2-3 jaar en oudere kinderen dat aan de richtlijn voldoet.

<sup>d</sup>  $\geq$  twee porties (100-150 gram) vis per week, waarvan tenminste één portie vette vis.

eten meer leerlingen iedere dag minimaal een keer fruit (42%) dan op de middelbare school (27%). Het aantal leerlingen dat dagelijks fruit eet, daalt aanzienlijk met de leeftijd: van 42% in groep 8 tot 22% bij 16-jarigen. Op de middelbare school eten jongens minder vaak dagelijks groente en fruit (Van Dorsseelaar et al., 2010).

### Meeste kinderen en jongeren eten teveel verzadigde vetten en te weinig vis

De aanbevolen hoeveelheid verzadigde vetten voor kleuters (4-6 jaar) is aanzienlijk lager dan voor peuters (2-3 jaar). Mede daardoor wordt de aanbevolen hoeveelheid verzadigde vetten vooral door kleuters overschreden (84% van de jongens en 91% van de meisjes). Bij de peuters krijgt slechts 4% van de jongens en 1% van de meisjes teveel verzadigde vetten binnen (zie Figuur 6.2) (Ocké et al., 2008). Van de 7-18-jarigen krijgt ruim 86% teveel verzadigde vetten binnen (Van Rossum et al., 2011). Acht tot tien procent van de 2-6 jarigen eet minstens twee keer per week vis (de aanbevolen hoeveelheid) en bijna een kwart eet nooit vis (Ocké et al., 2008). Van de 7-18-jarigen voldoet meer dan 90% niet aan de aanbevolen hoeveelheid vis en 6-18% eet nooit vis (Van Rossum et al., 2011).

### **Kinderen uit gezin met hogere sociaaleconomische status eten meer groente en fruit**

Kinderen (2-6 jaar) van hoger opgeleide ouders eten meer groenten en minder verzadigde vetten dan kinderen van gemiddeld opgeleide ouders (aanvullende analyses op basis van de Voedselconsumptiepeiling RIVM 2005/2006). Bij het eten van fruit en vis is hierin geen verschil (Ocké et al., 2008). Ook 7-18 jarigen met hoogopgeleide ouders eten meer groente en minder verzadigde vetten dan kinderen van lageropgeleide ouders. Voor fruit is er alleen bij meisjes een verschil (Geurts et al., 2013). Middelbare scholieren uit een gezin met een lagere gezinswelvaart geven minder vaak aan dagelijks fruit en groente te eten, maar er is geen verschil naar gezinsvorm (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Vwo-leerlingen eten het vaakst dagelijks groente en fruit**

Vwo-leerlingen eten naar eigen zeggen vaker dagelijks fruit of groente dan havo- en vmbo-leerlingen doen. Meer allochtone dan autochtone jongeren eten dagelijks fruit; in het dagelijks eten van groente is er geen verschil naar etniciteit (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Groente- en fruitconsumptie is bij kinderen gestegen, maar niet bij jongeren**

Tussen 2001 en 2009 zijn meer meisjes in groep acht dagelijks fruit en groente gaan eten: fruit van 33% naar 45% en groente van 41% naar 52%. Voor jongens is de toename niet significant. Het percentage middelbare scholieren dat dagelijks groente of fruit eet is tussen 2001 en 2009 niet veranderd (Van Dorsselaer et al., 2010).

## **6.1.3 Overgewicht**

### **Definitie, determinanten en gevolgen**

#### **BMI-grens voor overgewicht en obesitas afhankelijk van leeftijd en geslacht**

De definitie van overgewicht is afhankelijk van leeftijd en geslacht. De grenzen voor overgewicht en obesitas bij kinderen van 2-19 jaar verschillen afhankelijk van leeftijd en geslacht (Kist-van Holthe et al., 2012). Overgewicht wordt veroorzaakt door een disbalans tussen energie-inname (voeding) en het energieverbruik (activiteit) (Visscher et al., 2013b).

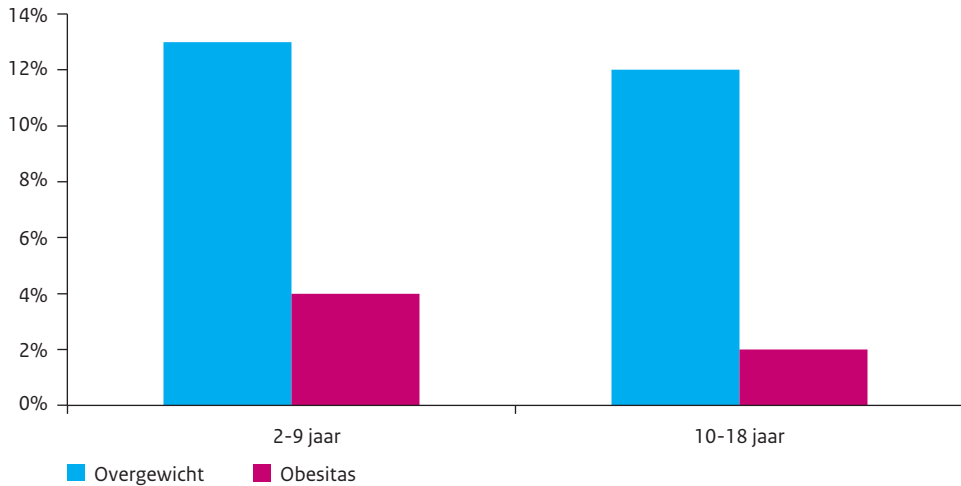
#### **Invloed van psychische, sociale, genetische en omgevingsfactoren**

Genetische factoren spelen een rol in de aanleg tot vorming van vetweefsel en het reguleren van het honger- en verzadigingsgevoel (Visscher et al., 2013b). Verschillende psychische en sociale factoren hebben invloed op het ontstaan van overgewicht. De rol van ouders en de mening van vrienden zijn van grote invloed op het eet- en beweeggedrag en daarmee op de kans overgewicht te ontwikkelen. Overgewicht komt meer voor in een omgeving of samenleving die uitnodigt tot veel eten en tot weinig bewegen, een zogenaamde obesogene samenleving (Visscher et al., 2013b).

#### **Gevolgen overgewicht op de korte en lange termijn**

Dikke kinderen hebben vaak te maken met stigmatisering. Dit kan leiden tot een lagere zelfwaardering en psychosociale problemen. Kinderen met (ernstig) overgewicht hebben meer kans op gezondheidsproblemen. Op jonge leeftijd hebben kinderen met overgewicht of obesitas een grotere kans op glucose-intolerantie, verhoogde bloeddruk en hypercholesterolemie. Op latere leeftijd kan dit tot diabetes of hart- en vaatziekten leiden (Visscher et al., 2013a). Naar schatting is 20-30% van alle gevallen van kanker of

**Figuur 6.3** Percentage kinderen en jongeren 2-18 jaar met (ernstig) overgewicht, gebaseerd op zelfgerapporteerd(e) lengte en gewicht in 2012 (CBS Webmagazine, 2013).



hart- en vaatziekten te voorkomen door een combinatie van gezonde voeding, voldoende lichamelijke activiteit en een gezond lichaamsgewicht (Van Kranen et al., 2013). Wanneer iemand al vanaf jonge leeftijd overgewicht heeft, zijn de gezondheidsgevolgen op latere leeftijd extra groot (Visscher et al., 2013a).

## Omvang

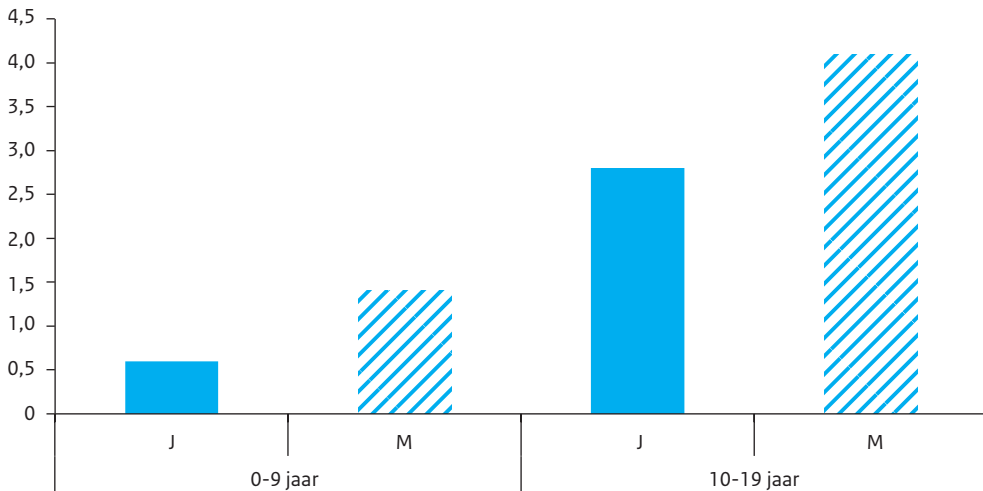
### Ongeveer 13% van de 2-18-jarigen heeft overgewicht

Van de Nederlandse jeugd van 2-22 jaar heeft 13% van de jongens en 15% van de meisjes overgewicht; bij 2% is sprake van ernstig overgewicht. Dit blijkt uit de Nationale Groeistudie (metingen van lengte en gewicht tijdens contactmoment JGZ) (Schönbeck & Van Buuren, 2010). Zelfgerapporteerde gegevens laten eenzelfde beeld zien. Bij 2-9-jarigen was de prevalentie van overgewicht 13% in 2012; bij 9-18-jarigen was dit 12%. Bij 3% van de 2-18-jarigen is sprake van ernstig overgewicht en dat komt het meest voor bij kinderen van 2-9 jaar (zie Figuur 6.3) (CBS Webmagazine, 2013). Er is geen verschil tussen jongens en meisjes. Volgens een ander onderzoek op basis van zelfrapportage had ongeveer 10% van de jongeren van 11-17 jaar overgewicht. Voor jongens is het risico voor overgewicht groter dan voor meisjes, voor zover het middelbare scholieren betreft (Van Dorselaer et al., 2010).

### Meer meisjes dan jongens bij huisarts in verband met ernstig overgewicht

In 2011 diagnosticeerde de huisarts bij 2,2 per 1.000 kinderen en jongeren van 0-19 jaar ernstig overgewicht (zie Figuur 6.4). Meer meisjes dan jongens hebben overgewicht: 2,7 per 1.000 meisjes en 1,7 per 1.000 jongens. Ernstig overgewicht komt meer voor bij 10-19-jarigen (3,4 per 1.000) dan bij jongere kinderen (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).

**Figuur 6.4** Aantal kinderen en jongeren 0-19 jaar met ernstig overgewicht in 2011 (aantal per 1.000 huisartspatiënten) (NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2011).



Voor beide leeftijdsgroepen: significant verschil tussen jongens en meisjes.

### **Allochtone kinderen en jongeren hebben vaker overgewicht**

Meer allochtone dan autochtone leerlingen hebben overgewicht: in groep acht van de basisschool is de omvang van overgewicht 18% versus 9%; op de middelbare school is de omvang 15% versus 9% (Van Dorsselaer et al., 2010). Ook uit metingen van lengte en gewicht blijkt dat Marokkaanse en Turkse jongeren vaker (ernstig) overgewicht hebben dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. In 2010 had 33% van de Turkse en 25% van de Marokkaanse jongens overgewicht tegenover 13% van de Nederlandse jongens; voor meisjes waren deze cijfers 32% en 29% tegenover 15% (Schönbeck & Van Buuren, 2010).

### **Overgewicht minder onder hoog opgeleiden**

Hogergeschoolden zijn minder vaak te dik dan lagergeschoolden (Van Dorsselaer et al., 2010). Overgewicht komt minder vaak voor op het vwo dan onder scholieren van lagere onderwijsniveaus. De grootste verschillen zijn zichtbaar tussen het laagste en het hoogste onderwijsniveau: 16% van de vmbo-b-leerlingen heeft overgewicht en 5% van de vwo'ers.

### **Kinderen uit armere gezinnen lijden vaker aan overgewicht**

Kinderen uit armere gezinnen hebben vaker overgewicht dan kinderen uit de meest welvarende groep: 15% tegenover 8% in het voortgezet onderwijs en 21% tegenover 8% in groep acht van de basisschool (Van Dorsselaer et al., 2010). Naarmate het inkomen lager is, neemt het aandeel kinderen (2-24 jaar) met overgewicht toe. Ernstig overgewicht komt onder jongeren in de laagste inkomensgroep drie keer zo vaak voor als onder leeftijdsgenoten in de hoogste inkomensgroep (CBS Webmagazine, 2013). Er is geen



verschil in overgewicht tussen middelbare scholieren uit volledige en onvolledige gezinnen (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Omvang overgewicht laatste jaren gestabiliseerd**

Uit metingen door professionals van lengte en gewicht van 2-20-jarigen blijkt dat het aantal Nederlandse kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas tussen 1997 en 2010 is gestegen. Dat geldt voor zowel jongens (van 9% naar 13%) als meisjes (van 12% naar 15%). Ook bij kinderen en jongeren van Marokkaanse en Turkse afkomst is (ernstig) overgewicht toegenomen (Schönbeck & Van Buuren, 2010). Volgens zelfgerapporteerde gegevens van lengte en gewicht is het aantal jongeren met overgewicht tussen 2001 en 2009 echter ongeveer gelijk gebleven (Van Dorsselaer et al., 2010). Ook volgens zelfgerapporteerde cijfers over 2010-2012 is het percentage kinderen en jongeren van 2-24 jaar met overgewicht of obesitas niet veel veranderd (CBS Webmagazine, 2013).

## 6.2 Middelengebruik

### 6.2.1 Roken

#### Definitie, determinanten en gevolgen

##### **Een jongere is een roker als hij/zij in de voorafgaande maand wel eens gerookt heeft**

Een jongere wordt gezien als een roker als hij of zij in de voorafgaande maand wel eens een sigaret of andere rookwaar heeft opgestoken, ongeacht de frequentie, de duur en het aantal sigaretten (STIVORO, 2012a). Roken is in veel gevallen verslavend; dit hangt mede af van genetische factoren.

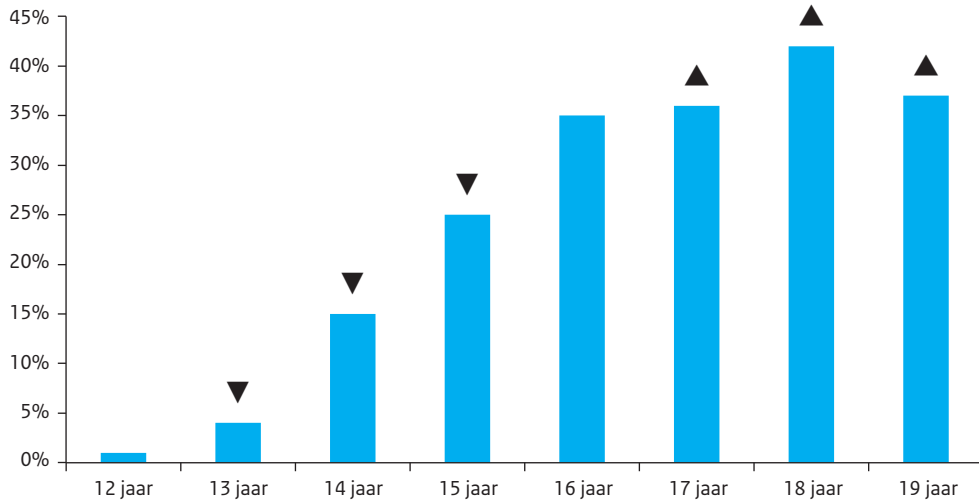
##### **Diverse factoren beïnvloeden de kans dat iemand gaat roken**

Diverse factoren zijn van invloed op de kans dat jongeren (gaan) roken: omgevingsfactoren, zoals de verkrijgbaarheid van tabak, tabaksreclame en het rookgedrag van ouders en leeftijdsgenoten, en persoonsgebonden factoren, zoals de houding ten aanzien van roken, persoonlijkheidskenmerken, genetische aanleg en vaardigheden (waaronder weerbaarheid) (Willemsen et al., 2013). Het rookgedrag van jongeren maakt vaak deel uit van een breder leefpatroon. Rokende jongeren hebben een bijna zeven keer grotere kans om alcohol te drinken en een bijna 22 keer grotere kans op cannabisgebruik dan niet-rokende jongeren (Schrijvers & Schoemaker, 2008).

##### **Roken staat als risicofactor voor gezondheidsschade op nummer één**

Vergeleken met andere vormen van ongezond gedrag is roken verantwoordelijk voor de meeste gezondheidsschade (Hoeymans & Van Baal, 2010). Rokende mensen hebben een lagere kwaliteit van leven en een verhoogd risico op longkanker en andere kankervormen, COPD en cardiometabole aandoeningen. Onderwijsvolgende jongeren die dagelijks roken, beschikken na vier jaar minder vaak over een startkwalificatie dan niet-rokers (CBS, 2012b). Stoppen met roken heeft direct een gunstige invloed op de gezondheid. Het risico op het krijgen van rokengerelateerde aandoeningen neemt voor ex-rokers na een aantal jaren af tot het niveau van een nooit-roker (Van Gelder et al., 2013).

**Figuur 6.5** Percentage jongeren 12-19 jaar dat rookte in de voorafgaande maand in 2012 (STIVORO, 2012b).



- ▼ Significant lager dan het percentage in de totale groep;  
▲ Significant hoger dan het percentage in de totale groep.

### Ook gezondheidsschade door passief roken

Kinderen die blootstaan aan rook van hun ouders of anderen in hun nabije omgeving lopen gevaar op gezondheidsschade, waaronder astma, middenoorontsteking en wiegendood. (Passief) roken tijdens de zwangerschap kan grote gevolgen hebben voor de gezondheid van het ongeboren kind, zoals pre- of dysmatuure geboorte en verminderde longfunctie van de baby (Van Gelder et al., 2013).

## Omvang

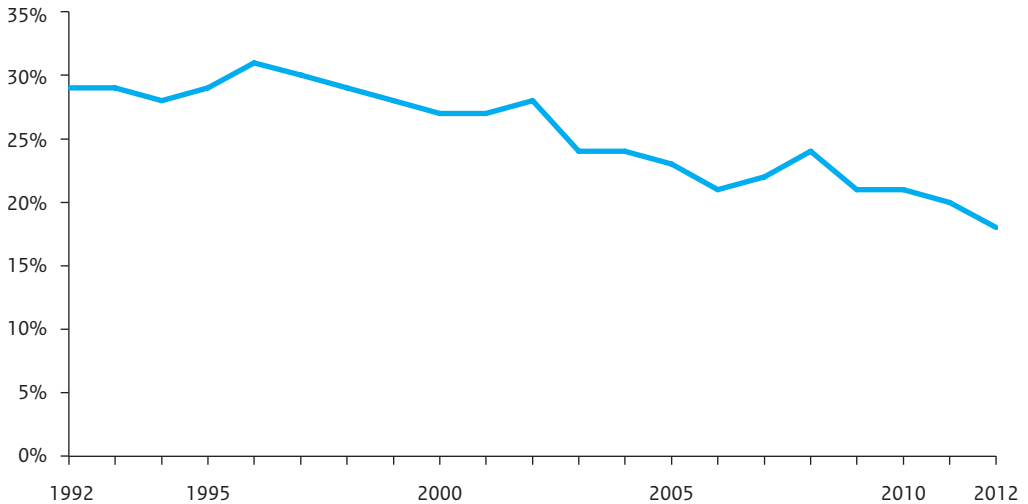
### Ruim een derde van de jongeren heeft recent gerookt

Van de groep 10-19 jaar geeft 18% aan recent (in de voorafgaande maand) gerookt te hebben; bij de 15-19-jarigen is dit 35%. Meer meisjes (23%) dan jongens (16%) roken. Dit blijkt uit jaarlijks onderzoek van STIVORO uit 2012. De resultaten zijn representatief voor Nederlandse jongeren van 10-19 jaar. Van de rokende jongeren van 10-19 jaar rookte 38% twee tot zeven sigaretten/shag per dag. Een vijfde rookte één sigaret/shag per dag of minder. Ongeveer 20% van de rokers rookte elf sigaretten of shag of meer per dag (STIVORO, 2012b).

### Roken neemt toe met de leeftijd

Het aantal rokende jongeren neemt toe met de leeftijd. Op 12-jarige leeftijd rookte 1% van de jongeren in 2012. Vanaf die leeftijd steeg dit percentage tot 25% bij 15-jarigen en 42% onder de 18-jarigen (zie Figuur 6.5). Geen van de 10- en 11-jarige kinderen gaf aan te roken (STIVORO, 2012b).

**Figuur 6.6** Trends in tijd in percentage jongeren 10-19 jaar dat rookte in de voorafgaande maand tussen 1992 en 2012 (STIVORO, 2012b).



### Minder rokers onder leerlingen van hogere onderwijsniveaus

Op het vwo is het percentage leerlingen dat recent gerookt heeft het laagst (13% versus 24% op het mbo en 23% op de havo). Op het mbo rookt 45% tegenover 35% op het hbo en 16% binnen het wo. In het praktijkonderwijs zei 37% van de leerlingen in 2012 in de voorafgaande maand gerookt te hebben; van de leerlingen zonder dagopleiding rookt 45%. In het reguliere basisonderwijs geeft niemand aan te roken, maar in het speciaal basisonderwijs heeft 1% gerookt (STIVORO, 2012b).

### Roken onder jongeren tussen 1992 en 2012 afgenomen

Het percentage rokende jongeren in de voorafgaande maand is gedaald tussen 1992 en 2012. De daling vond plaats zowel onder 15-20-jarigen (van 43% naar 35%) als onder 12-14-jarigen (van 14% naar 8%) (STIVORO, 2012b). In 1996 was het percentage rokers met 31% het hoogst (48% bij 15-20-jarigen en 26% bij 12-14-jarigen). In totaal daalde het percentage rokende jongeren (10-19 jaar) van 29% in 1992 naar 18% in 2012 (zie Figuur 6.6).

## 6.2.2 Alcoholgebruik

### Alcoholgebruik wordt in verschillende maten uitgedrukt

Er zijn verschillende maten voor alcoholgebruik van jongeren: de hoeveelheid in de voorafgaande maand, dronkenschap, bingedrinken (tijdens één gelegenheid minstens vijf glazen gedronken) en zwaar alcoholgebruik (minimaal één keer per week zes glazen of meer drinken) (CBS, 2012b; Verdurmen et al., 2012). Van schadelijk alcoholgebruik is sprake als iemand:

- meer drinkt dan fysiek gezond is voor een persoon (bijvoorbeeld 'comazuipen');
- drinkt in situaties waarin dat onverantwoord is, bijvoorbeeld in het verkeer, op school of tijdens het werk;

- drinkt als reactie op persoonlijke problemen;
- drinkt met als gevolg dat de directe omgeving eronder lijdt (bijvoorbeeld de partner of kinderen);
- drinkt met als gevolg dat situaties uit de hand lopen (bijvoorbeeld huiselijk geweld, uitgaansgeweld, vernielingen of uitgaansoverlast);
- drinkt omdat er sprake is van lichamelijke of psychische afhankelijkheid (verslaving) (Handreiking gezonde gemeente, 2013).

### **Alcoholgedrag afhankelijk van sociale omgeving, verkrijgbaarheid en prijs**

Factoren die van invloed zijn op het alcoholgebruik van jongeren hebben te maken met de persoon zelf en de omgeving. Alcoholgebruik op jonge leeftijd en blootgesteld zijn aan alcohol tijdens de zwangerschap zijn risicofactoren voor problematisch alcoholgebruik op latere leeftijd. Alcoholgebruik gaat vaak samen met ander middelgebruik (Kuunders & Van Laar, 2009). Jongeren die alcohol drinken hebben een zeven keer grotere kans om te roken en een bijna negen keer grotere kans om cannabis te gebruiken in vergelijking met niet-drinkende jongeren (Schrijvers & Schoemaker, 2008). Zwaar alcoholgebruik en psychische stoornissen komen relatief vaak samen voor. Factoren die in de omgeving een rol spelen zijn de status van alcohol in de sociale omgeving, de betaalbaarheid en de beschikbaarheid van alcohol (Kuunders & Van Laar, 2009). De leeftijdsgrens waarop jongeren volgens de wet alcohol mogen kopen wordt per 1 januari 2014 verhoogd naar 18 jaar (Rijksoverheid, 2013).

### **Gevolgen van alcohol op eigen gezondheid en in omgeving**

De schadelijke gevolgen van alcoholgebruik voor de gezondheid hangen af van de hoeveelheid die per keer gedronken wordt, de frequentie, de situatie waarin gedronken wordt en van de drinker zelf. Met name zwaar alcoholgebruik en alcoholgebruik op jonge leeftijd leiden tot een verhoogd risico op tal van aandoeningen en gezondheidsproblemen, waaronder leveraandoeningen, kanker en cardiometabole aandoeningen, en verminderd sociaal en psychisch welzijn. Voor de omgeving van de drinker zijn er ook gevolgen, vanwege risico op crimineel gedrag, (kinder)mishandeling en gevolgen van rijden onder invloed. Bij alcoholmisbruik leidt het gebruik tot herhaaldelijke problemen op school, thuis en in het sociale leven (Kuunders & van Laar, 2010). Vroeg en zwaar gebruik van alcohol zijn indicatoren van verminderde schoolprestaties, spijbelen en schooluitval (Ter Bogt et al., 2009). Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap brengt grote risico's voor het ongeboren kind met zich mee (Kuunders & van Laar, 2010). In paragraaf 3.3 zijn we ingegaan op ziekenhuisopnames vanwege alcoholvergiftiging en alcoholgerelateerde ongevallen.

## **Omvang**

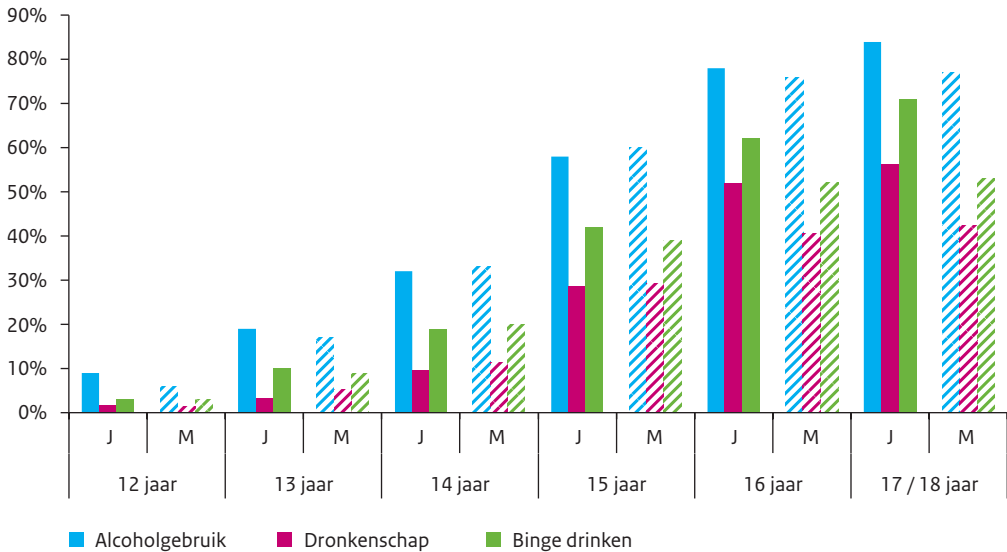
### **Ruim 43% van de jongeren van 12-18 jaar dronk in 2011 alcohol in voorafgaande maand**

Ruim 43% van de jongeren van 12-18 jaar gaf in 2011 aan in de voorafgaande maand alcohol te hebben gedronken. In groep zeven en acht van het basisonderwijs was dit 5% (zie Figuur 6.7). Het alcoholgebruik stijgt sterk met de leeftijd: van 59% bij 15-jarigen tot 80% bij 17-18-jarigen (Verdurmen et al., 2012).

### **Ruim 20% van de jongeren is recent dronken geweest**

Twintig procent van de jongeren van 12-18 jaar was in de voorafgaande maand één keer of vaker dronken (zie Figuur 6.7). Van de alcoholdrinkende jongeren gaf ongeveer de helft aan wel eens of vaker dronken te zijn geweest (52 procent van de jongens en 47 procent van de meisjes). Van de alcoholdrinkers was 29 procent twee keer of vaker dronken geweest, jongens vaker dan meisjes (Verdurmen et al., 2012).

**Figuur 6.7** Percentage jongeren 12-18 jaar<sup>a</sup> dat in 2011 in de voorafgaande maand naar eigen zeggen alcohol dronk<sup>b</sup>, tenminste één keer dronken is geweest<sup>c</sup> of bingedrinker<sup>d</sup> was (Verdurmen et al., 2012).



<sup>a</sup> Voor de jongeren van 12-16 jaar zijn de cijfers representatief voor de jongeren in Nederland. De jongeren van 17-18 jaar zijn niet representatief voor opleidingsniveaus lager dan havo; deze groep bestaat voornamelijk uit havo- en vwo-leerlingen.

<sup>b</sup> Alcoholgebruik: in de voorafgaande maand alcohol gedronken.

<sup>c</sup> Dronkenschap: in de voorafgaande maand tenminste 1 keer dronken geweest.

<sup>d</sup> Bingedrinken: in de voorafgaande maand tenminste 1 keer  $\geq 5$  consumpties bij één gelegenheid gedronken.

### Drie op tien jongeren van 12-18 jaar wel eens ‘bingedrinker’

Van jongeren van 12-18 jaar waren drie op de tien in de voorafgaande maand wel eens ‘binge-drinker’ (zie Figuur 6.7). Bingedrinken neemt in de periode tussen de 12 en 16 jaar sterk toe, van 3% naar 57%. Vanaf 16 jaar neemt het bingedrinken bij de jongens verder toe tot 71% van de 17-18-jarigen; bij meisjes blijft dit stabiel rond de 52%. Van de alcoholdrinkende jongeren was 68% binge drinker (71% van de jongens en 64% van de meisjes) (Verdurmen et al., 2012).

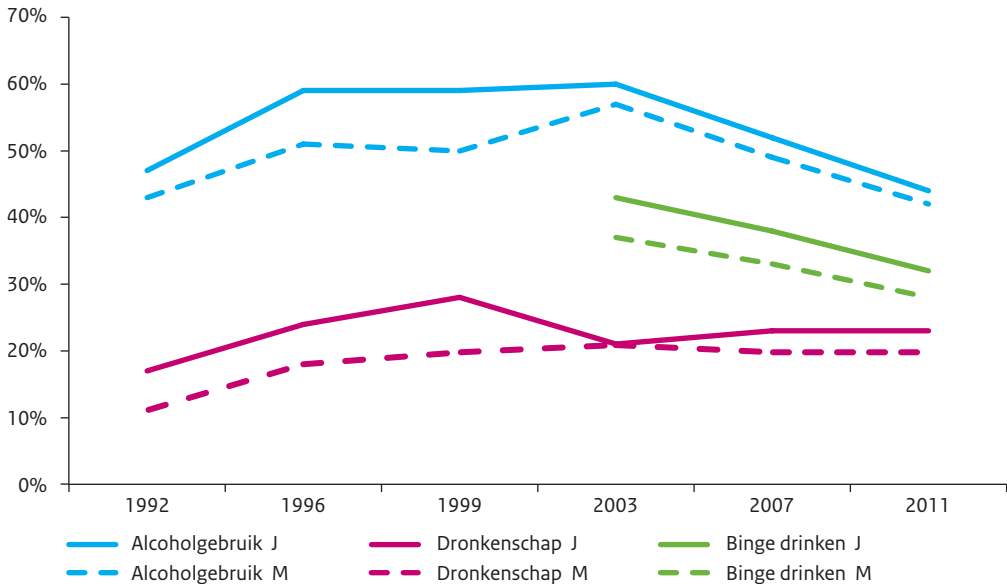
### Meeste drinkende jongeren drinkt wekelijks 1-4 glazen alcohol

Van alle jongeren van 12-18 jaar die in voorafgaande maand alcohol gebruikten, drinkt 34% wekelijks 1-4 glazen alcohol. 26% drinkt wekelijks 5-10 glazen, 17% 11-20 glazen en 12% meer dan 20 glazen (Verdurmen et al., 2012). 12% drinkt niet wekelijks. Bij jongens is die laatste groep 17%, bij meisjes 6%)

### Alcoholgebruik het laagst bij Marokkaanse en Turkse jongeren

Het percentage leerlingen dat recent alcohol gebruikte, is het laagst (8%) bij Marokkaanse leerlingen. Ook relatief weinig Turkse scholieren hebben de maand voorafgaand aan de meetdatum gedronken (16%). Alle overige etnische groepen verschillen niet van de Nederlandse scholieren (Verdurmen et al.,

**Figuur 6.8** Trends in tijd in percentage jongeren 12-18 jaar<sup>a</sup> dat tussen 1992 en 2011 naar eigen zeggen alcohol dronk<sup>b</sup>, tenminste één keer dronken is geweest<sup>c</sup> of binge drinker<sup>d</sup> was (Verdurmen et al., 2012).



<sup>a</sup> Voor de jongeren van 12-16 jaar zijn de cijfers representatief voor de jongeren in Nederland. De jongeren van 17-18 jaar zijn niet representatief voor opleidingsniveaus lager dan havo; deze groep bestaat voornamelijk uit havo- en vwo-leerlingen.

<sup>b</sup> Alcoholgebruik: in de voorafgaande maand alcohol gedronken.

<sup>c</sup> Dronkenschap: in de voorafgaande maand tenminste 1 keer dronken geweest.

<sup>d</sup> Binge drinken: in de voorafgaande maand alcohol tenminste 1 keer  $\geq 5$  consumpties bij één gelegenheid gedronken.

2012). Onder allochtone en autochtone alcoholgebruikers in de eerste vier jaar van het voortgezet onderwijs komt binge drinken even vaak voor (Van Dorsselaer et al., 2010).

### Recent alcoholgebruik verschilt niet tussen opleidingsniveaus maar binge drinken wel

De omvang van recent alcoholgebruik (voorafgaande maand) verschilt niet voor leerlingen uit verschillende opleidingsniveaus. Wel zijn leerlingen van lagere onderwijsniveaus vaker binge drinker. Drie kwart van de alcoholgebruikers op het vmbo-b was in de voorafgaande maand wel eens binge drinker. Op de havo en het vwo was dit lager (respectievelijk 62% en 56%). Deze verschillen gelden voor zowel jongens als meisjes (Verdurmen et al. 2012).

### Meer jongeren uit onvolledig gezin en rijk gezin drinken vaak

Meer jongeren uit een onvolledig gezin geven aan dat zij recent vaak alcohol dronken; hetzelfde geldt voor jongeren uit een rijker gezin. Binge drinken is niet gerelateerd aan gezinswelvaart of gezinsvorm (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Alcoholgebruik afgenomen sinds 2003**

Tussen 2003 en 2007 is de omvang van alcoholgebruik in de voorafgaande maand bij jongeren van 12-18 jaar gedaald van 58% naar 51% (zie Figuur 6.8). Het percentage binge drinkers is ook gedaald van 40% in 2003 naar 30% in 2011. De omvang van recent dronkenschap is echter gestegen tussen 1992 en 2011: van 14% naar 21% (Verdurmen et al., 2012).

## **6.2.3 Druggebruik**

### **Definitie, determinanten en gevolgen**

#### **Onderscheid in softdrugs en harddrugs**

Er wordt onderscheid gemaakt in softdrugs (waaronder cannabis en paddo's) en harddrugs (waaronder heroïne, cocaïne, amfetamine, LSD, XTC en GHB). Er zijn verschillen in mate van gebruik: van gematigd gebruik naar overmatig gebruik, probleemgebruik, misbruik tot afhankelijkheid. De grenzen zijn niet altijd even duidelijk en het stadium van de afhankelijkheid (of verslaving) wordt lang niet altijd bereikt. Van zwaar gebruik van cannabis wordt gesproken als jongeren in het afgelopen jaar veertig keer of vaker cannabis hebben gebruikt (Van Dorsselaer et al., 2010).

#### **Omgevingsfactoren en persoonlijkheidskenmerken van invloed op druggebruik**

Omgevingsfactoren, zoals de verkrijgbaarheid van drugs, het druggebruik van vrienden en de houding van ouders zijn van invloed op het druggebruik van jongeren. Persoonlijkheidskenmerken (zoals weerbaarheid of copingstrategie, genetische aanleg en sociaaleconomische achtergrond spelen ook een rol (Van Laar, 2013). Cannabisgebruik gaat vaak samen met ander middelengebruik en gedragsproblemen en komt vaker voor in groepen met een lage sociaaleconomische status (Schrijvers & Schoemaker, 2008).

#### **Grootste gevaar van drugs is verslaving**

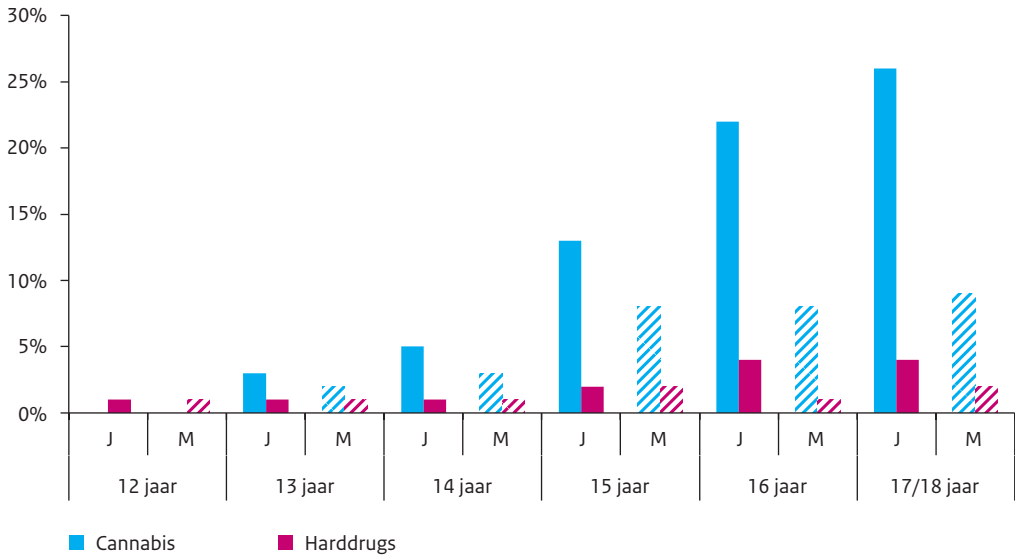
De meeste drugs kunnen, afhankelijk van gebruikspatronen, kenmerken van gebruiker en omgevingsfactoren, leiden tot verslaving. Het verslavende effect geldt vooral voor harddrugs en in veel mindere mate voor softdrugs. Verslaving kan leiden tot een slechtere kwaliteit van leven van de gebruiker of tot schooluitval. Vroeg en zwaar gebruik van cannabis is een indicator van verminderde schoolprestaties, spijbelen en schooluitval (Ter Bogt et al., 2009). Verslaving heeft ook gevolgen voor de omgeving van de gebruiker, vanwege mogelijk overlast, geweld en criminaliteit. De meeste gebruikers van drugs zijn gematigde gebruikers. De risico's van (matig) gebruik van cannabis zijn relatief gering (Van Laar, 2012).

## **Omvang**

#### **8% van de jongeren gebruikte recent cannabis**

Acht procent van de middelbare scholieren zegt in 2011 recent (in de voorafgaande maand) hasj of wiet te hebben gebruikt. Cannabisgebruik bij basisschoolleerlingen komt nauwelijks voor. Meer jongens dan meisjes gebruikten recent cannabis: 11% versus 5% (zie Figuur 6.9). Cannabisgebruik neemt toe met de leeftijd. Bij jongens neemt dit toe van 3% bij 13 jaar tot 26% bij 17-18 jaar. Bij meisjes is dit 2% bij 13 jaar en 9% bij 17-18 jaar (Verdurmen et al., 2012).

**Figuur 6.9** Percentage jongeren 12-18 jaar<sup>a</sup> met zelfgerapporteerd cannabis- en harddruggebruik<sup>b</sup> in 2011 in de voorafgaande maand, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (Verdurmen et al., 2012).



<sup>a</sup>Voor de jongeren van 12-16 jaar zijn de cijfers representatief voor de jongeren in Nederland. De jongeren van 17-18 jaar zijn niet representatief voor opleidingsniveaus lager dan havo; deze groep bestaat voornamelijk uit havo- en vwo-leerlingen.

<sup>b</sup> Harddrugs: XTC, amfetamine, cocaïne en heroïne.

### 2% van de jongeren van 12-18 jaar gebruikt harddrugs

Twee procent van de jongeren van 12-18 jaar gebruikte in de voorafgaande maand harddrugs (XTC, amfetamine, cocaïne en/of heroïne) (zie Figuur 6.9). Hierin is weinig verschil tussen jongens en meisjes (Verdurmen et al., 2012).

### Helft cannabisgebruikers blouwt een of twee keer per maand

Bij 51% van de jongeren van 12-18 jaar die recent cannabis gebruikten, beperkte dit zich tot één of twee keer per maand. Gemiddeld roken zij anderhalve joint per keer. Jongens roken iets meer (1,8 joint) dan meisjes (1,1 joint). De helft van de recente gebruikers rookt minder dan één joint per keer (Verdurmen et al., 2012).

### Cannabisgebruik het laagst bij Marokkaanse jongeren

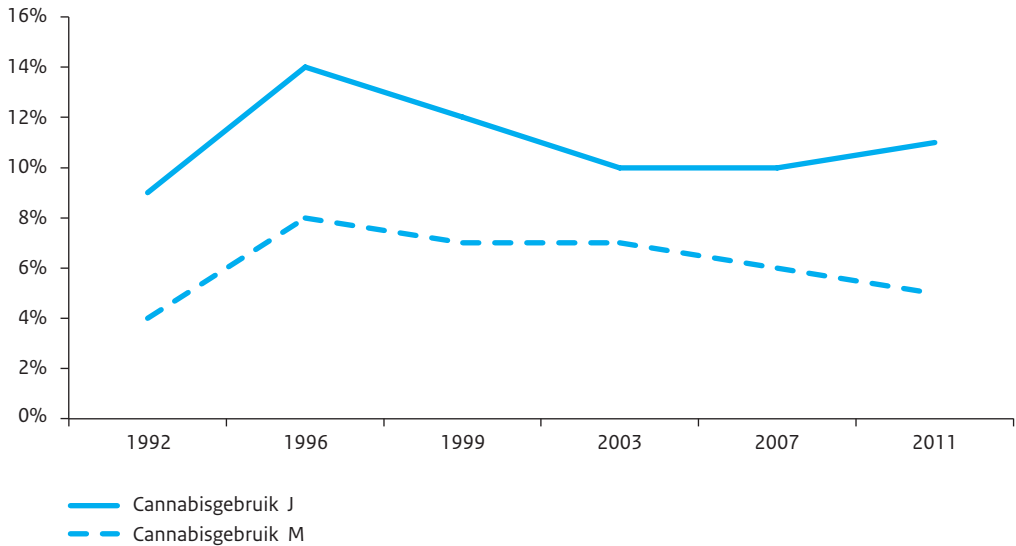
Cannabisgebruik komt het minst voor bij Marokkaanse leerlingen, te weten bij 1% van hen. Ook relatief weinig Turkse leerlingen gebruiken cannabis (5%). In harddruggebruik is geen verschil naar etniciteit (Verdurmen et al., 2012).

### Jongeren uit onvolledig gezin gebruiken vaker cannabis

Jongeren uit een onvolledig gezin zeggen vaker dat zij recent cannabis gebruikten dan jongeren uit een



**Figuur 6.10** Trends in tijd in percentage jongeren 12-18 jaar<sup>a</sup> met zelfgerapporteerd cannabisgebruik tussen 1992 en 2011, uitgesplitst naar geslacht (Verdurmen et al., 2012).



<sup>a</sup>Voor de jongeren van 12-16 jaar zijn de cijfers representatief voor de jongeren in Nederland. De jongeren van 17-18 jaar zijn niet representatief voor opleidingsniveaus lager dan havo; deze groep bestaat voornamelijk uit havo- en vwo-leerlingen.

volledig gezin doen. Er is geen relatie tussen cannabisgebruik met opleidingsniveau of gezinswelvaart (Van Dorsselaer et al., 2010). Ook harddruggebruik heeft geen verband met opleidingsniveau (Verdurmen et al., 2012).

### **Sinds 1996 lichte daling cannabisgebruik; geen verandering in harddruggebruik**

Recent cannabisgebruik is sinds 1996 gedaald van 11% tot 8% in 2011 (zie Figuur 6.10). In 2007 was het recent gebruik ongeveer vergelijkbaar met dat in 2011. Het gebruik van harddrugs is niet veranderd sinds 2003 (Verdurmen et al., 2012).

## **6.3 Seksueel gedrag**

### **Definitie, determinanten en gevolgen**

#### **Door onveilige seks kans op ongewenste zwangerschap of soa**

Van onveilig vrijen is sprake als jongeren onbeschermd seksueel contact hebben: geslachtsgemeenschap, anale seks of orale seks. Onveilig vrijen vergroot de kans op seksueel overdraagbare aandoeningen en kan leiden tot een ongewenste zwangerschap. Verschillende factoren zijn gerelateerd aan onveilig

seksueel contact, waaronder de leeftijd waarop jongeren voor het eerst seks hebben, het gebruik van condoom, pilgebruik of andere anticonceptiva, het hebben van wisselende seksuele contacten en het aantal seksuele partners (Bakker & Zantinge, 2010).

## Omvang

### **Ervaring met geslachtsgemeenschap neemt toe met de leeftijd**

Van de jongeren van 12-14 jaar heeft 10% van de jongens en 5% van de meisjes ervaring met geslachtsgemeenschap. Bij jongeren van 21-24 jaar is dit respectievelijk 87% en 88% (De Graaf et al., 2012). Tussen de 15 jaar en 20 jaar neemt dit percentage toe van 38% naar 76% bij jongens en van 41% naar 77% bij meisjes. Laagopgeleide jongeren (14-16 jaar) hebben over het algemeen meer ervaring met geslachtsgemeenschap dan hun hoog opgeleide leeftijdsgenoten.

### **Bijna driekwart jongeren gebruikte condoom bij de eerste keer**

Bijna driekwart van de jongeren van 12-24 jaar gebruikte een condoom bij de eerste keer geslachtsgemeenschap. De helft van de jongens en 60% van de meisjes gaf aan bij de eerste keer een pil, condoom of andere anticonceptie gebruikt te hebben. Ongeveer een derde van de jongeren gebruikte de eerste keer zowel pil als condoom; ongeveer 10% gebruikte niets. Wanneer de eerste keer met 13 jaar of eerder plaatsvond, gebruikte ruim een derde van de jongens en een kwart van de meisjes geen anticonceptie (De Graaf et al., 2012).

### **Meeste jongeren gebruiken bij laatste sekspartner altijd anticonceptie**

De meeste jongeren van 12-24 jaar gebruikten bij geslachtsgemeenschap met de laatste sekspartner altijd een condoom en/of andere anticonceptie. Een op de acht deed dit soms wel en soms niet. Jongeren van 12-14 jaar gebruikten minder consequent anticonceptie (De Graaf et al., 2012). Ongeveer twee derde van de jongeren van 12-24 jaar gebruikte condooms bij hun laatste sekspartner; ongeveer drie kwart gebruikte de pil. Vijf tot acht procent van de jongeren zei een andere methode te gebruiken, zoals een spiraaltje of de NuvaRing (De Graaf et al., 2012).

### **Laagopgeleide jongeren en allochtone meisjes relatief vaak geen anticonceptie**

Laagopgeleide meisjes gebruikten bij hun eerste keer relatief vaak geen anticonceptie; laagopgeleide jongens juist wel. Bij hun laatste sekspartner gebruikten veel laagopgeleide jongeren nooit anticonceptie. Daarentegen zijn hoogopgeleide jongeren juist vrij consequent in hun anticonceptiegebruik. Marokkaanse en Turkse jongeren gebruikten relatief weinig anticonceptie bij de eerste keer. Veel Surinaamse en Antilliaanse meisjes gebruikten de eerste keer nooit anticonceptie. Nederlandse meisjes gebruiken consequenter anticonceptie met de laatste sekspartner dan allochtone meisjes. Hogere leeftijd, hoger opleidingsniveau en bij meisjes een autochtone achtergrond zijn de belangrijkste voorspellers van anticonceptiegebruik met de laatste sekspartner (De Graaf et al., 2012). Gezinsvorm en gezinswelvaart hebben geen invloed op het anticonceptiegebruik (Van Dorsselaer et al., 2010).

### **Condoomgebruik toegenomen tussen 2001 en 2009**

Het condoomgebruik was in 2005 en 2009 hoger dan in 2001. Het pilgebruik is in 2009 niet anders dan in 2001 (Van Dorsselaer et al., 2010).

## 6.4 Mediagebruik en blootstelling aan lawaai

### 6.4.1 Mediagebruik

#### Definitie, determinanten en gevolgen

##### **Mediagebruik hoort bij deze tijd**

Tv kijken, internetten, gamen, chatten, appen met computer, laptop, tablet of smartphone horen bij deze tijd. Jongeren lijken met de nieuwe media vergroeid. Twitter is de populairste nieuwe internetapplicatie; het percentage 12-15-jarige gebruikers nam toe van 7% in 2010 naar 57% in 2012. Ook online gamen, Youtube, chatten en sociale media zijn populair onder jongeren. In 2012 heeft 56% van de 12-15-jarigen een smartphone en 33% heeft een tablet (Van Rooij & Schoenmakers, 2013). In 2009 hadden bijna alle jongeren van 12-25 jaar toegang tot een computer met internet (CBS, 2010a). Van de jongeren van 12-25 jaar is 86% regelmatig mobiel online (Van Rooij & Schoenmakers, 2013).

##### **Risico's van mediagebruik zijn gebrek aan beweging en problematisch internetgebruik**

Televisie kijken en computeren vallen onder sedentair gedrag: gedrag met een laag energieverbruik. De richtlijn voor kinderen van 4-16 jaar is niet langer dan twee uur per dag computeren en/of televisie kijken (Hendriksen et al., 2010). Van problematisch of verslavend internetgebruik wordt gesproken als iemand de controle vrijwel kwijt is en het internetgebruik ten koste gaat van andere belangrijke levensdomeinen, zoals school en vrienden in het echte leven (Van Rooij & Van den Eijnden, 2007). Gameverslaafden kunnen er niet mee stoppen, waardoor ze te weinig slapen en hun huiswerk eronder leidt (Van Rooij et al., 2011b). Andere gevaren van internetgebruik zijn cyberpesten of seksueel overschrijdend gedrag (Van den Eijnden et al., 2006). Internetverslaving gaat vaak samen met (overmatig) middelengebruik (Van Rooij et al., 2011a).

#### Omvang

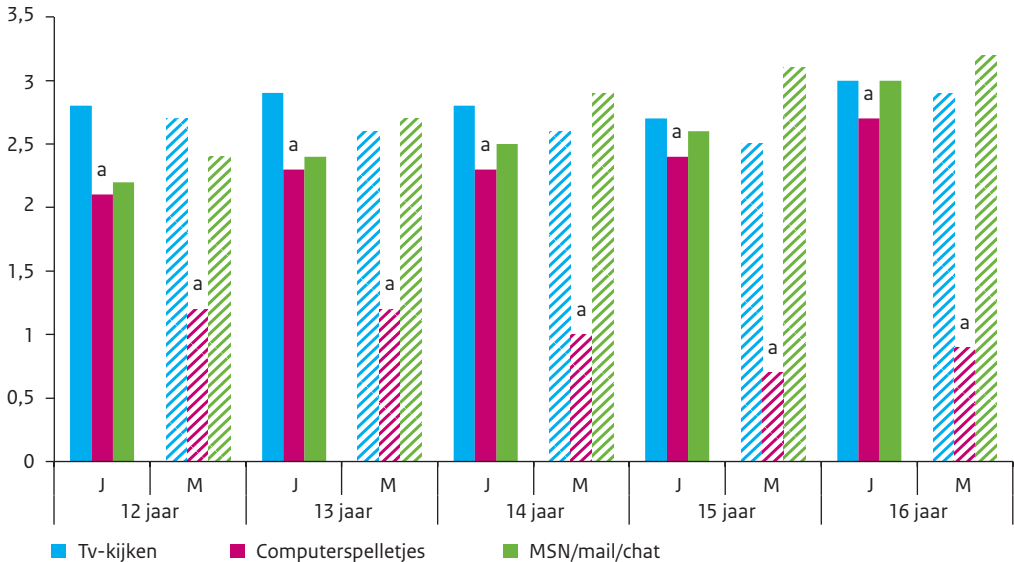
##### **Jongeren kijken dagelijks ruim 2,5 uur tv en zijn ruim 4 uur online**

Gemiddeld kijken leerlingen van zowel basis- als voortgezet onderwijs ruim 2,6 tot 2,7 uur televisie op een doordeweekse dag, gamen ze ruim 1,5 uur en zijn ruim 2 uur online (zie Figuur 6.11). Deze cijfers zijn niet zonder meer op te tellen, omdat jongeren deze activiteiten ook gedeeltelijk naast elkaar doen; er zijn geen gegevens bekend over de totale tijdsbesteding aan televisie kijken, gamen en/of internetten. Leerlingen van het voortgezet onderwijs zijn langer online bezig met msn'en, chatten, e-mailen of internetten dan basisschoolleerlingen. In zowel basis- als voortgezet onderwijs besteden jongens meer tijd aan computerspelletjes. In het voortgezet onderwijs besteden meisjes meer tijd aan msn'en, chatten, e-mailen en internetten. Jongeren die maar weinig dagen ten minste een uur bewegen, zijn iets meer geneigd televisie te kijken. Andersom: jongeren die veel tv kijken en computeren, zijn minder actief (Van Dorsselaer et al., 2010).

##### **Problematisch internetgebruik bij ruim 4% van de jongeren van 12-18 jaar**

In 2011 voldeed 4% van de leerlingen van de jongeren van 12-18 jaar aan de criteria voor 'problematisch internetgebruik'. Bij 14- en 15-jarigen is dit bij meer meisjes dan jongens het geval (zie Figuur 6.12) (Verdurmen et al., 2012).

**Figuur 6.11** Gemiddeld aantal uren<sup>b</sup> dat jongeren 12-16 jaar op een doordeweekse dag tv kijken, computerspelletjes doen en msn/e-mailen/chatten in 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (Verdurmen et al., 2012).



<sup>a</sup>Significant verschil tussen jongens en meisjes.

<sup>b</sup>De uren zijn niet zonder meer op te tellen, omdat jongeren verschillende media tegelijkertijd gebruiken.

### Allochtone jongeren kijken dagelijks langer tv dan autochtone jongeren

In het voortgezet onderwijs kijken allochtone leerlingen langer televisie op een doordeweekse dag dan autochtone leerlingen (gemiddeld 3,4 uur versus 2,6 uur). In zowel basis- als voortgezet onderwijs zijn allochtone jongeren ook langer online bezig met msn, chat, e-mail of internet (Van Dorsseleer et al., 2010).

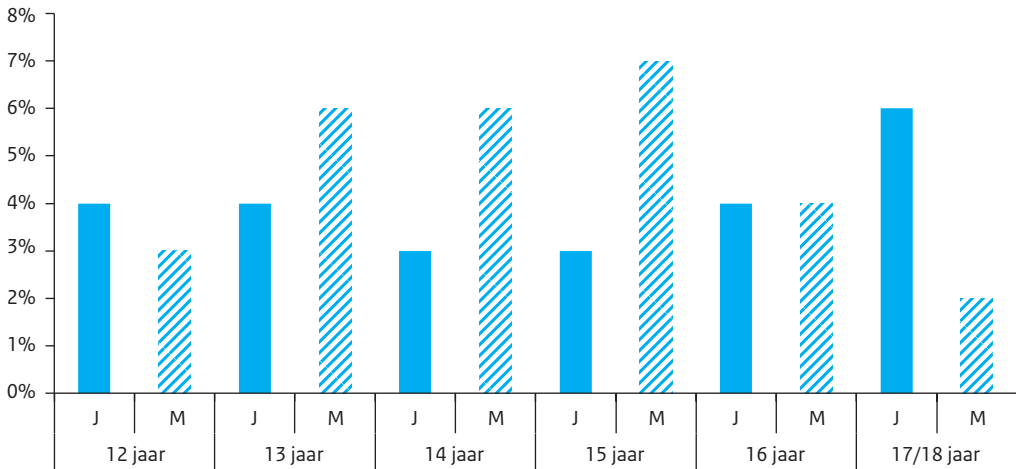
### Vmbo-leerlingen kijken meer tv en zijn vaker online dan havo- en vwo-leerlingen

Vmbo-leerlingen besteden op een doordeweekse dag meer tijd aan tv-kijken en computeren dan havo- en vwo-leerlingen. Vwo-leerlingen zijn langer online dan havoleerlingen. Meer vmbo- en havoleerlingen dan vwo-leerlingen kijken drie uur of meer per dag tv, en gamen of msn'en/chatten/e-mailen/internetten meer dan drie uur per dag (Van Dorsseleer et al., 2010). Problematisch internetgebruik komt het meest voor bij vmbo-b (6%) (Verdurmen et al., 2012).

### Jongeren uit onvolledig gezin kijken meer tv en zijn langer online

Jongeren uit een onvolledig gezin kijken vaker drie uur of meer per dag tv, besteden vaker drie uur of meer per dag aan computerspellen en aan msn/chat/e-mail/internet. De gezinsvorm is bij groep 8 van de basisschool niet gerelateerd aan het mediagebruik. Gezinswelvaart is niet gerelateerd aan het mediagebruik (Van Dorsseleer et al., 2010).

**Figuur 6.12** Problematisch internetgebruik<sup>a</sup> onder jongeren 12-18 jaar<sup>b</sup>, gemeten in 2011 (Verdurmen et al., 2012).



<sup>a</sup> Problemen ondervinden in het gebruik van internet, gemeten met de CIUS-A (een vragenlijst die de mate van problematisch internetgedrag meet).

<sup>b</sup> Voor de jongeren van 12-16 jaar zijn de cijfers representatief voor de jongeren in Nederland. De jongeren van 17-18 jaar zijn niet representatief voor opleidingsniveaus lager dan havo; deze groep bestaat voornamelijk uit havo- en vwo-leerlingen.

### Aantal uren media door 11-17-jarigen nauwelijks veranderd tussen 2001 en 2009

Het gemiddeld aantal uren dat leerlingen (11-17 jaar) op een doordeweekse dag tv kijken, is nauwelijks veranderd tussen 2001 en 2009. In het voortgezet onderwijs was er een toename tussen 2001 en 2005 van 2,7 naar 3 uur, maar dit nam in 2009 weer af tot 2,7 uur. Van de tijd besteed aan computerspelletjes en msn/chat/e-mail/internet zijn alleen gegevens van 2005 en 2009 beschikbaar; hierin zijn geen verschillen (Van Dorsseleer et al., 2010). Tussen 2010 en 2012 is problematisch internetgebruik bij jongeren uit de eerste twee klassen van het voortgezet onderwijs gestegen, van 5% naar 6%. Dit kan te maken hebben met de toegenomen mogelijkheden voor mobiel internet (van Rooij & Schoenmakers, 2013). Tussen 2006 en 2010 bleef het percentage problematisch internetgebruikers gelijk op gemiddeld 4% (Van Rooij et al., 2011a).

## 6.4.2 Blootstelling aan lawaai

### Definitie, determinanten en gevolgen

#### Geen wettelijke normen voor geluidsniveau bij uitgaan

Er is op dit moment geen regelgeving die het gehoor van bezoekers van uitgaansgelegenheden beschermt. Een convenant tussen de overheid en de muzieksector is in voorbereiding met als doel om via zelfregulering gehoorschade tegen te gaan.

### **Blootstelling aan harde muziek bron van blijvende gehoorschade**

Blootstelling aan harde muziek kan tot tijdelijke en blijvende gehoorschade leiden. Een aantal uren na blootstelling aan lawaai is het binnenoor minder gevoelig; dit heeft tijdelijke doofheid en vaak ook oorsuizen tot gevolg (tinnitus). Herhaalde blootstelling aan hard geluid kan tot blijvend gehoorverlies en/of blijvende tinnitus leiden; meestal verdwijnen eerst de hogere frequenties (die in het spraakgebied liggen) en later ook de lagere (Gommer et al. 2014). Bij langdurige blootstelling aan geluidsniveaus boven 80 dB(A) kan gehoorschade optreden. Geluidsniveaus boven 100 dB(A) kunnen ook acute gehoorschade veroorzaken (Gommer et al., 2014).

### **Harde muziek luisteren gaat vaak samen met middelengebruik en onveilig seksueel gedrag**

Jongeren die veel harde muziek luisteren via uitgaan en mp3-spelergebruik lijken vaker te roken, te bingedrinken en onregelmatig condooms te gebruiken tijdens seksueel contact. Met betrekking tot cannabisgebruik zijn de resultaten niet eenduidig: mp3-spelergebruikers roken vaker cannabis, maar jongeren die tijdens uitgaan zijn blootgesteld aan harde muziek roken juist minder cannabis. Dit blijkt uit vragenlijstonderzoek onder ruim 900 middelbare scholieren (Vogel et al., 2012).

## **Omvang**

### **Een kwart tot driekwart van de jongeren bezoekt dansfeesten**

Over blootstelling aan lawaai of te harde muziek die tot gehoorschade kan leiden - vanaf niveaus van 80 dB(A) - zijn geen systematische gegevens beschikbaar. Een kwart tot de helft van jongeren van 10-18 jaar bezoekt regelmatig een festival, houseparty, dance event, popconcert of schoolfeest (Martens et al., 2006). Ruim 70% van de 12-19-jarigen bezoekt muziekfeesten. Ruim een kwart van hen loopt risico op gehoorschade. Zij worden gedurende 1,25 uur per week of meer blootgesteld aan geluidsniveaus van gemiddeld 100 dB(A) (Vogel et al., 2010). Volgens een peiling onder 130.000 bezoekers van uitgaansgelegenheden (18-35 jaar) draagt 8% van de mannen en 0,7% van de vrouwen gehoorbescherming. Er zijn geen systematische gegevens bekend over geluidsniveaus waaraan bezoekers van feesten blootgesteld worden, maar volgens een pilot van de Nationale Hoorstichting uit 2012 is een geluidsniveau van ruim boven de 103 dB(A) in clubs en discotheken geen uitzondering (gegevens niet gepubliceerd). Ruim de helft (53%) van de bezoekers ervaart het geluidsniveau als 'hard' (Gorter, 2012).

### **Meeste jongeren zetten volume van muziek hoger dan veiligheidsnormen**

Negentig procent van de jongeren van 12-19 jaar gebruikt een mp3-speler. Het volumeniveau ligt bij de meeste gebruikers waarschijnlijk boven de veiligheidsnormen (Vogel et al., 2011). Volgens een ander onderzoek gebruikt 52% van de jongeren van 15-16 jaar elke dag een mp3-speler, meer meisjes dan jongens. Een derde (38 procent) luistert gemiddeld 2-4 uur per dag en 9% luistert gemiddeld meer dan 8 uur per dag. Meer dan de helft van de gebruikers zet het volume op 70% of meer van de maximale sterkte (Hoorstichting i.s.m. Trimbos-instituut, 2012). Volgens een derde onderzoek heeft 72% van de jongeren van 10-18 jaar in de voorafgaande week muziek geluisterd via een koptelefoon (gemiddeld 6 keer per week; per keer gemiddeld 1,5 uur). Meer dan de helft van de gebruikers van mp3-speler zet de volumeknop op driekwart van het maximale volume, of harder (Martens et al., 2006).

### **(V)mbo-leerlingen zijn vaker blootgesteld aan harde muziek**

Vmbo/mbo-leerlingen bezoeken vaker een discotheek (gemiddeld 167 uur per jaar) of café (gemiddeld 144 uur per jaar) en luisteren vaker muziek via een hoofdtelefoon dan havo/vwo-leerlingen (respectievelijk gemiddeld 103 en 75 uur per jaar). Jongeren op de middelbare school doen dit vaker dan leerlingen uit groep 8 van het basisonderwijs (respectievelijk gemiddeld 67 en 37 uur per jaar). Deze verschillen gelden ook voor het aantal uren mp3-spelergebruik (gemiddeld 19, 10 en 5 uur per week voor leerlingen van respectievelijk vmbo/mbo, havo/vwo en basisonderwijs) (Martens et al., 2006). Ook een ander onderzoek vindt een relatie met schoolniveau: vmbo-b-leerlingen zetten het volume gemiddeld op 70% van het maximum, terwijl dit bij vwo-leerlingen gemiddeld maximaal 54% is (Hoorstichting i.s.m. Trimbos-instituut, 2012).





# Deel 3

## Jeugdgezondheidszorg



# 7

## Activiteiten

# jeugdgezondheidszorg: bereik en effectiviteit

### Samenvatting

#### **Jeugdgezondheidszorg (JGZ) werkt populatiegericht en preventief**

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) vormt een belangrijk onderdeel van de publieke gezondheidszorg; de JGZ werkt populatiegericht en preventief. De kernactiviteiten van de JGZ zijn monitoren en signaleren, inschatten zorgbehoefte, screenings en vaccinaties, voorlichting en begeleiding. De JGZ richt zich niet alleen op de gezondheid van het kind, maar bekijkt dit in relatie tot de leefomgeving van het kind.

#### **JGZ is in beweging**

Binnen de jeugdgezondheidszorg is er sprake van steeds toenemende professionalisering. Zo is een groeiend aantal JGZ-richtlijnen beschikbaar, worden de digitale dossiers (DD-JGZ) steeds meer op uniforme wijze bijgehouden en zijn er steeds meer mogelijkheden voor zorg op maat door flexibilisering in aantal en type consulten voor verschillende doelgroepen. Een extra consult voor 15/16-jarigen is ingevoerd. De JGZ werkt samen met het hele veld van de zorg voor jeugdigen. Belangrijke partners zijn de gezondheidszorg (huisartsen, kinderartsen en andere (para)medische specialisten), de jeugdhulpverlening en het onderwijs.

#### **JGZ heeft zeer hoog bereik**

In 2009 bezocht 93% van de kinderen van nul tot vier jaar de JGZ. Na het vierde levensjaar wordt 90% van de kinderen gezien door een jeugdarts, meestal op school. Het bereik van de landelijke georganiseerde onderdelen van het basistakenpakket, vaccinaties, de hielprik en neonatale gehoorscreening, wordt jaarlijks gemonitord en ligt boven de 90%. Er is geen verschil in opkomst

tussen allochtone en autochtone ouders en kinderen (2004), maar hoogopgeleide ouders lijken eerder af te haken dan lageropgeleide ouders. Cijfers hierover zijn niet bekend.

### **Belangrijke JGZ-activiteiten leiden tot gezondheidswinst, maar niet van alle activiteiten bekend**

De vaccinaties die de JGZ geeft binnen het RVP leiden tot veel gezondheidswinst: geschat wordt dat dit jaarlijks 6.000 ziektegevallen en 50 sterfgevallen voorkomt. Ook de hielprikscreening leidt tot veel gezondheidswinst: naar schatting worden door de hielprikscreening jaarlijks gemiddeld bij 177 kinderen ziekten tijdig onderkend, die daardoor niet overlijden of gehandicapt raken. Ook van screening op aangeboren hartafwijkingen, testisindaling en neonatale gehoorscreening en voorlichting over (borst)voeding, vitamine D en K, preventie van cariës en preventie van wiegendoed is vastgesteld dat deze tot gezondheidswinst leiden. In hoeverre andere JGZ-activiteiten tot gezondheidswinst op de lange termijn leiden, is niet bekend. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse schat dat elke geïnvesteerde euro in de JGZ elf euro oplevert. Er is geen goed inzicht in de kosteneffectiviteit op de lange termijn.

### **Ruim een op de vijf kinderen wordt vanuit JGZ doorverwezen**

Ruim een op de vijf kinderen werd in 2005 naar aanleiding van een bezoek aan het consultatiebureau doorverwezen voor verder onderzoek, advies of behandeling. Evaluatie van de zorg na doorverwijzing door de JGZ en terugrapportage naar de JGZ lijkt vaak niet te gebeuren.

## Leeswijzer

In dit derde deel van de Verkenning jeugdgezondheid wordt de rol van de jeugdgezondheidszorg in de gezondheid van de Nederlandse jeugd in kaart gebracht. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is een van de factoren die van invloed zijn op de gezondheid van de Nederlandse jeugd (zie VTV-model in hoofdstuk 1, Figuur 1.1). Dit deel van het rapport beschrijft wat bekend is over de JGZ als geheel en voor een aantal belangrijke (vaak landelijk gecoördineerde) JGZ-activiteiten. Paragraaf 7.1 gaat in op doel en activiteiten van de jeugdgezondheidszorg, partners waar de JGZ mee samenwerkt of naar doorverwijst, en recente en toekomstige ontwikkelingen binnen de JGZ. Paragraaf 7.2 geeft weer wat bekend is over bereik, kosten, effectiviteit en kosteneffectiviteit van de JGZ als geheel en van een aantal JGZ-activiteiten. Hoofdstuk 8 gaat vervolgens in op de rol van de JGZ bij de gezondheidsthema's die in hoofdstuk 3 tot en met 6 aan bod zijn geweest.

## 7.1 Uitvoering en organisatie van de jeugdgezondheidszorg

### **Doel JGZ is bevorderen en beschermen gezondheid jeugd**

De JGZ vormt een belangrijk onderdeel van de publieke gezondheidszorg; de JGZ werkt populatiegericht en preventief. De JGZ voert het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg uit. De kernactiviteiten van de JGZ zijn:

- monitoren en signaleren;
- inschatten zorgbehoefte;
- screeningen en vaccinaties;

- voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen.

Deze activiteiten worden uitgevoerd in het uniforme deel van het basistakenpakket, in de twintig vastgestelde contactmomenten. Daarnaast is er een maatwerkdeel dat per gemeente kan verschillen, afgestemd op de zorgbehoefte en de gezondheidssituatie van de kinderen in de gemeente of de regio. In overleg met de gemeente kunnen JGZ-organisaties bijvoorbeeld interventies ter bestrijding van overgewicht of cursussen opvoedingsondersteuning uitvoeren, maar ook de aanpak van schoolverzuim (NCJ, 2013a). Een deel van de activiteiten wordt landelijk gecoördineerd of ondersteund: hiepruk, neonatale gehoorscreening en vaccinaties; de overige activiteiten worden door de regionale JGZ-organisaties ingevuld. Bij de uitvoering staat naast het kind/de jongere ook de opvoeder centraal en wordt rekening gehouden met de omgeving waarin het kind/de jongere opgroeit (De Winter et al., 2013).

### **JGZ valt onder Wet publieke gezondheid en wordt betaald vanuit het gemeentefonds**

JGZ is als taak van de gemeenten vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). De gemeente is opdrachtverlener van de JGZ op basis van de Wpg en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de JGZ in afstemming met de uitvoering op andere activiteiten voor de jeugd. Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en de hiepruk worden vanuit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) betaald.

### **Advies om basistakenpakket op enkele onderdelen aan te passen**

In het advies 'Een stevig fundament' (De Winter et al., 2013) wordt geadviseerd om het basistakenpakket zoveel mogelijk te laten zoals het is, maar het op enkele onderdelen aan te passen. De commissie De Winter geeft aan dat de kern van het nieuwe 'basispakket' JGZ moet bestaan uit het actief en op initiatief van de JGZ ter beschikking stellen van vaccinaties, screeningen, monitoring en signalering. De uitvoering ervan kan per kind/jongere variëren, afhankelijk van de specifieke situatie van kind, gezin en omgeving en van de behoefte van ouders en kinderen. Het versterken van de kracht van ouders en jongeren en 'normaliseren' worden specifieke onderdelen van het basispakket. Ook samenwerking en beleidsadviesring worden specifiek als taak genoemd. Het nieuwe basispakket wordt waarschijnlijk in 2015 ingevoerd (VWS, 2013c).

### **Vanaf 2015 Stelselwijziging jeugd**

Vanaf 2015 krijgen gemeenten de bestuurlijke en financiële regie over alle ondersteuning, hulp en zorg voor de jeugd (Factsheet Stelselwijziging jeugd, 2012). JGZ en preventief jeugdbeleid blijven na de stelselwijziging onder verantwoordelijkheid van de gemeenten vallen. Kernpunten van de stelselwijziging jeugd zijn (VWS V&J en VNG, 2012):

- een omslag naar meer preventie en eerdere ondersteuning;
- uitgaan van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders;
- normaliseren en minder snel medicaliseren van problemen;
- integrale aanpak met betere samenwerking rond gezinnen en (jeugd)hulp op maat.

## **7.1.1 Samenwerking met andere partijen**

### **Uitvoering JGZ steeds vaker in Centrum voor Jeugd en Gezin**

De JGZ werkt samen met het hele veld van de zorg voor jeugdigen. Belangrijke partners zijn de gezondheidszorg (huisartsen, kinderartsen en andere (para)medische specialisten) en de jeugdhulpverlening.

Ook zijn er schakels met het onderwijs, meestal via Zorg- en Adviesteams (ZAT's) en (tot 2015) Bureaus Jeugdzorg. De uitvoering van de JGZ vindt vaak plaats in de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) of een andere organisatievorm van laagdrempelige zorg voor jeugd. Daarbij kan samenwerking plaatsvinden tussen JGZ en orthopedagogen, kinder- en jeugdpsychologen en maatschappelijk werkers (Doodkorte & Hermanns, 2012; VWS V&J en VNG, 2012). Een groot aantal gemeenten heeft anno 2013 al een CJG ([www.cjg.nl](http://www.cjg.nl)); vanaf 2015 zijn alle gemeenten verplicht laagdrempelige zorg te bieden.

### **JGZ maakt ketenafspraken met andere hulpverleners**

De jeugdarts kan verwijzen naar de huisarts of jeugdzorg (tot 2015 gebeurt dit via Bureau Jeugdzorg). Voor 2014 hingen de mogelijkheden om te verwijzen naar andere (para)medici af van de voorwaarden in de zorgverzekering, maar vanaf 2014 kan elke jeugdarts naar andere zorgverleners verwijzen. De JGZ en andere hulpverleners maken ketenafspraken voor gegevensoverdracht, en afstemming van zorg en zorgketens rondom belangrijke gezondheidsthema's. Afspraken worden vastgelegd in multidisciplinaire protocollen en richtlijnen. Partners waarmee JGZ ketenafspraken maakt zijn de verloskundige, kraamzorg, huisarts, kinderarts, kinder- en jeugdpsychiaters en andere klinisch specialisten. Ketenafspraken met huisartsen worden vastgelegd in landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA's) (De Winter et al., 2013; KNMG, 2013). Ketenafspraken tussen JGZ en jeugdhulpverlening, onderwijs en welzijnsorganisaties zijn veelal vastgelegd in lokale convenanten en werkafspraken. Als meerdere hulp- en zorgverleningsinstellingen betrokken zijn bij een gezin is zorgcoördinatie van belang. De jeugdarts kan daarbij de rol op zich nemen van casemanager, maar deze rol kan ook vervuld worden door andere hulpverleners. Dit wordt per casus afgesproken. De casemanager bewaakt of het kind bij de zorg terecht komt waarnaar verwezen wordt en bewaakt of de hulp toereikend is (VWS, 2013b; VWS V&J en VNG, 2012).

## **7.1.2 Kwaliteit van zorg**

### **JGZ is in beweging**

Binnen de JGZ heeft de afgelopen jaren een kwaliteitsverbeteringsslag plaatsgevonden; deze zal zich in de nabije toekomst voortzetten. Zo is een groeiend aantal JGZ-richtlijnen beschikbaar (zie Tekstblok 7.1) en worden de digitale dossiers JGZ (DD-JGZ) steeds meer op uniforme wijze bijgehouden. Er is een toegenomen aantal geregistreerde jeugdartsen werkzaam in de JGZ en de samenwerking met en overdracht naar andere hulpverleners wordt steeds meer vastgelegd in afspraken. Verder zijn er steeds meer mogelijkheden voor 'zorg op maat' door flexibilisering in aantal en type consulten voor verschillende doelgroepen (Dubbeldam-Weststrate & Beckers, 2012). Een extra consult voor 15/16-jarigen is mogelijk en wordt op steeds meer plaatsen ingevoerd (Van Heerwaarden, 2013). Onderzoeksresultaten, bijvoorbeeld gefinancierd vanuit ZonMw-programma's voor jeugd, en kennisontwikkeling vanuit kennisinstituten, universiteiten en academische werkplaatsen helpen om de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg verder te verbeteren.

### **JGZ-richtlijnen beschikbaar voor belangrijke gezondheidsthema's**

De beschikbaarheid en het gebruik van richtlijnen is een indicatie voor kwaliteit van zorg. Richtlijnen hebben tot doel meer op uniforme werkwijze en gebaseerd op de stand van wetenschap en praktijk te werken. Een richtlijn bevat, naast een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (NCJ, 2012b). Voor belangrijke onderwerpen uit het basistakenpakket zijn

## Tekstblok 7.1: Overzicht JGZ-richtlijnen (CBO, 2013; NCJ, 2013c)

### **Geboorte en sterfte**

- Preventie wiegendood;
- Nazorg vroeg en SGA geboren kinderen.

### **Fysieke gezondheid**

- Vroegtijdige Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen 0-19 jaar;
- Astma bij Kinderen;
- Huidafwijkingen;
- Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar - 1e herziening;
- Vroegtijdige Opsporing van Gehoorstoornissen 0-19 jaar (herziening zal plaatsvinden in kader ZonMw-richtlijnenprogramma).

### **Psychosociale problemen**

- Vroegsignalering Psychosociale Problemen;
- Depressie (in ontwikkeling in kader ZonMw-richtlijnenprogramma);
- (Faal)angst (in ontwikkeling in kader ZonMw-richtlijnenprogramma);
- ADHD (implementatie verwacht in 2014);
- Autismespectrumstoornissen (implementatie verwacht in 2014).

### **Leefstijl**

- Voedingsgedrag en eetstoornissen;
- Multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding (nog niet gepubliceerd);
- Seksuele ontwikkeling (implementatie verwacht in 2014);
- Overgewicht.

### **Sociale omgeving**

- Opvoedingsondersteuning (nog niet gepubliceerd);
- Secundaire Preventie Kindermishandeling (herziening zal plaatsvinden in kader ZonMw-richtlijnenprogramma);
- Pesten (gepest worden; implementatie verwacht in 2014).

### **Overige JGZ-richtlijnen**

- Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar;
- Begeleiding gezin bij overlijden kind;
- Methodiek Onderzoek Scoliose;
- Signalering van en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte;
- Voorkeurshouding en schedelvervorming;
- Zindelijkheid urine en feces;
- Multidisciplinaire richtlijn Niet-scrotale testis;
- Multidisciplinaire richtlijn Excessief huilen;
- Voedselovergevoeligheid (nog niet gepubliceerd).

JGZ-richtlijnen beschikbaar en een aantal richtlijnen is in ontwikkeling. Er zijn ook multidisciplinaire richtlijnen gericht op de totale zorg voor kinderen en jongeren rondom een bepaald gezondheidsthema (zie Tekstblok 7.1). Jeugdartsen en –verpleegkundigen zijn erg gemotiveerd om gebruik te maken van richtlijnen (NCJ, 2013e). Niet alle JGZ-professionals zijn echter bekend met de richtlijnen en ze worden ook niet door iedereen gebruikt (Lanting et al., 2013a).

### **IGZ houdt toezicht op kwaliteit van uitvoering JGZ**

De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. De Benchmark voor de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar ([www.benchmarkigz.nl](http://www.benchmarkigz.nl)) geeft organisaties inzicht in de kwaliteit van de verleende zorg in vergelijking met andere organisaties en de eigen interne kwaliteitsnormen. Onderdelen zijn zorguitkomsten (opvoedproblemen, overgewicht, roken, overdracht, alcoholgebruik en vaccinaties), cliënttevredenheid (CQ-index), financiële prestaties en medewerkerstevredenheid. De JGZ scoort goed op cliënttevredenheid en medewerkerstevredenheid. De prestaties van de JGZ in stedelijke gebieden zijn niet anders dan daarbuiten (ActiZ, 2012).

## **7.2 Bereik, kosten en (kosten)effectiviteit**

### **7.2.1 Bereik jeugdgezondheidszorg**

#### **IGZ heeft zeer hoog bereik**

In 2009 bezocht 93% van de kinderen van 0-4 jaar de JGZ. In het eerste levensjaar komt elk kind op het consultatiebureau, met een gemiddelde frequentie van 6,5 keer. In het vierde levensjaar brengt 84% van de kinderen met hun ouders een bezoek aan het consultatiebureau (CBS StatLine, 2010). Na het vierde jaar wordt 90% van de kinderen gezien door een jeugdarts (meestal op school), zo blijkt uit een vragenlijstonderzoek onder bijna duizend ouders (Ouders online, 2011; Van Wieringen & Van Wieren, 2011). Uit een vragenlijstonderzoek onder JGZ-organisaties blijkt dat een kwart van de instellingen een bereik hoger dan 95 procent had (IGZ, 2009).

#### **Bereik hielprik, neonatale gehoorscreening en vaccinaties bijna 100%**

Het bereik van de landelijke gecoördineerde JGZ-activiteiten wordt jaarlijks gemonitord. Het gaat daarbij om de landelijk georganiseerde activiteiten hielprik en RVP en daarnaast om de neonatale gehoorscreening waarover het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM de landelijke regie en coördinatie voert en waarbij de uitvoering plaats vindt door de JGZ-organisaties. De gemiddelde deelname aan alle vaccinaties van het RVP ligt landelijk ruim boven de 90% (Conyn-van Spaendonk, 2011). De vaccinatiegraad van kinderen jonger dan 2 jaar ligt in 2013 tussen de 95% en 96%; een lichte toename ten opzichte van 2006. Bij schoolkinderen is de vaccinatiegraad in 2013 iets lager, te weten tussen de 92% en 93%; deze is sinds 2006 nauwelijks veranderd. De vaccinatiegraad van de HPV (Humaan Papilloma Virus, een vaccin tegen baarmoederhalskanker) voor 14-jarige meisjes ligt met 58% een stuk lager dan de andere onderdelen van het RVP. Daarbij is er een lichte stijging tussen 2012 en 2013 (Van Lier et al., 2013). De deelname aan de hielprikscreening was in 2011 hoger dan 99%. Dit was ook in 1985 al het geval (Lanting et al., 2013b). De neonatale gehoorscreening wordt vaak aangeboden in combinatie met de hielprikscreening. Het bereik van neonatale gehoorscreening lag in 2011 dan ook boven de 99% (Van der Ploeg & Rijpstra, 2012). Zie ook paragraaf 8.1.



### **Geen verschil in opkomst naar etniciteit, hoogopgeleide ouders lijken eerder af te haken**

In 2004 bestond er geen verschil in het bezoek aan het consultatiebureau naar etniciteit. Zowel onder autochtone ouders of verzorgers als onder ouders van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse/Arubaanse/Antilliaanse komaf is het bereik nagenoeg 90% (CBS Webmagazine, 2005). Resultaten van een vragenlijstonderzoek onder bijna duizend ouders geven aan dat hoogopgeleide ouders eerder afhaken dan lageropgeleide ouders (er worden geen cijfers genoemd) (Ouders online, 2011).

### **Ruim een op de vijf kinderen vanuit JGZ doorverwezen**

Ruim een op de vijf kinderen werd in 2005 naar aanleiding van een bezoek aan het consultatiebureau weleens doorverwezen voor verder onderzoek, advies of behandeling, zo blijkt uit vragenlijstonderzoek onder ouders (CBS Webmagazine, 2005). Van deze verwijzingen had bijna een op de vier betrekking op heupproblemen, ongeveer 15% van de verwijzingen betrof gehoorproblemen en nog eens 15% had betrekking op visusproblemen. Problemen met hart, motoriek en gedrag vormden elk ongeveer 5% van de doorverwijzingen. Ruim een derde (35%) werd om een andere reden doorverwezen. Evaluatie van de zorg na doorverwijzing door de JGZ en terugrapportage naar de JGZ lijkt vaak niet te gebeuren (IGZ, 2009; Prinsen & Kalthof, 2009). Goede afspraken, vastgelegd in protocollen, tussen de JGZ, huisartsen en tweede lijn zijn van essentieel belang (Buiting & Pijpers, 2002).

## **7.2.2 (Kosten)effectiviteit jeugdgezondheidszorg**

### **Effectiviteit belangrijke JGZ-activiteiten gunstig**

Van verschillende JGZ-activiteiten is informatie over de effectiviteit beschikbaar. Van het Rijksvaccinatieprogramma is bekend dat dit tot veel gezondheidswinst leidt. Ook andere activiteiten kunnen aantoonbaar aandoeningen vroegtijdig opsporen en/of gezondheidsproblemen voorkomen: hiepriek, screening op aangeboren hartafwijkingen, testisindaling en neonatale gehoorscreening. Voorlichting over (borst)voeding, vitamine D en K, preventie van cari en preventie van wiegendood zijn eveneens effectief (Deurloo et al., 2012; Reijneveld & HiraSing, 2012). Voor vroegsignalering van dysplastische heupontwikkeling zijn er sterke aanwijzingen dat dit tot gezondheidswinst leidt. Er bestaat echter geen onderzoek dat 'screening en vroege behandeling' vergelijkt met 'geen screening met late behandeling' (Kist-van Holthe et al., 2013). Van andere JGZ-activiteiten is gezondheidswinst niet of niet overtuigend aangetoond (Deurloo et al., 2012).

### **Vaccinaties leveren meeste gezondheidswinst op**

De vaccinaties die de JGZ geeft binnen het Rijksvaccinatieprogramma, voorkomen jaarlijks 6.000 ziektegevallen en vijftig sterfgevallen (Kist-van Holthe et al., 2013). Het RVP is daarmee de JGZ-activiteit dat de meeste gezondheidswinst oplevert. De omvang van kinkhoest is door vaccinatie gedaald van ruim 44.000 naar bijna 8.000 gevallen per jaar, de omvang van chronische hepatitis B van ruim 330.000 naar ruim 60.000 personen. Ook vaccinaties tegen polio en mazelen zorgen voor gezondheidswinst. Het aantal ziekte- en sterfgevallen door een polio-infectie is door vaccinatie gedaald van respectievelijk ruim 2.200 en 74 gevallen per jaar tot nul (Gommer et al., 2010). Het aantal gevallen van meningokokken C is gedaald van rond de 550 gevallen per jaar naar 5-10 gevallen per jaar sinds de invoering van vaccinatie in 2002 (De Greeff, 2010). De pneumokokkenvaccinatie voorkomt naar schatting 78 sterfgevallen, 85 gevallen van hersenvliesontsteking, 308 gevallen van bloedvergiftiging, 1.800 gevallen van longontsteking en 52.000 gevallen van middenoorontsteking (Verloove-Vanhorick & Reijneveld, 2007). De zoge-

naamde 'biblebelt' is een kwetsbaar gebied. In het voorjaar van 2013 was er sprake van een uitbraak van mazelen in dit gebied.

### **Hieprikscreening spoort vrijwel alle kinderen met zeldzame aandoening op**

Tot eind 2006 werd er via de hieprikscreening bij pasgeborenen gescreend op een drietal afwijkingen: fenyylketonurie (stofwisselingsstoornis), congenitale hypothyreoïdie (tekort schildklierhormoon) en adrenogenitaal syndroom (overproductie van mannelijk bijnierhormoon) (Waelput & Schrijvers, 2009). Vanaf 1 januari 2007 werd de hieprikscreening uitgebreid met dertien zeldzame aangeboren stofwisselingsstoornissen en sikkelcelziekte. Sinds 1 mei 2011 wordt via de hieprikscreening ook op CF (cystic fibrosis) getest (Lanting et al., 2013b). De hieprikscreening onderkent naar schatting jaarlijks bij gemiddeld 177 kinderen tijdig een ziekte, waardoor deze kinderen niet overlijden of gehandicapt raken (Gezondheidsraad, 2005).

### **Omvang wiegendood sinds 1980 gedaald van ruim 200 tot minder dan 20**

JGZ-medewerkers, kraamverzorgers en verloskundigen geven voorlichting over preventie van wiegendood. Sinds de invoering van het advies baby's op de rug te leggen in 1987 nam het aantal kinderen dat slachtoffer werd van wiegendood af, van 172 in 1987 naar 108 in 1988 (zie ook paragraaf 2.2). Na de invoering van andere adviezen naast rugligging sinds 1990 is het aantal nog verder gedaald. Sinds 2004 blijft het aantal meldingen van wiegendood stabiel, onder de twintig per jaar (dertien in 2012). De invoering van een nieuwe multidisciplinaire richtlijn in 2007 met aanvullende adviezen (Munsters et al., 2013) heeft dit aantal niet verder omlaag gebracht (CBS StatLine, 2013a).

### **Effectiviteit JGZ als geheel niet vast te stellen**

De effectiviteit van de JGZ als geheel is niet vast te stellen, omdat van veel JGZ-activiteiten de effectiviteit niet bekend is. De ZonMw-programma's 'Zorg voor Jeugd' en 'Vernieuwing uitvoeringspraktijk jeugdgezondheidszorg' investeren in dergelijk onderzoek. Mogelijke effectmaten zijn onder andere het aantal terecht gesignaleerde kinderen met gezondheidsproblemen, verbetering in determinanten van gezondheid (zoals leefstijl) en een verbetering in gezondheid. Sommige JGZ-activiteiten zijn landelijk geïmplementeerd. Effecten daarvan kunnen niet (meer) worden geëvalueerd via een RCT (Randomized Controlled Trial), omdat er geen controlegroep te vormen is. Daarvoor zijn andere onderzoeksmethoden nodig. Wijzigingen in de bestaande JGZ-activiteiten of gebruikte screeningsinstrumenten zijn wel met behulp van een RCT te onderzoeken, door de nieuwe methode te vergelijken met de huidige methode.

### **Van effectieve interventies naar gezondheidswinst op de lange termijn**

Evaluatieonderzoek binnen de JGZ heeft meestal een follow-upperiode korter dan zes maanden. Langetermijneffecten (> 6 maanden) zijn onbekend, zoals: volgen ouders de adviezen op, leidt de vaststelling van een gezondheidsprobleem tot de beoogde vervolgstappen, en leiden vroegtijdig ontdekken en vroege vervolgstappen tot gezondheidswinst op de lange termijn. Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van JGZ-activiteiten op de korte en lange termijn is het ook van belang om in beeld te hebben wat optimale momenten zijn om deze aan te bieden, en welke frequentie en volgorde in het aanbieden van activiteiten ideaal is. De frequentie van sommige JGZ-activiteiten en de invulling van contactmomenten zou voor verschillende doelgroepen kunnen verschillen. JGZ-activiteiten worden steeds meer flexibel aangeboden, waardoor meer zorg op maat mogelijk is. Steeds meer onderzoek

binnen de JGZ vindt via triage en op indicatie plaats. Via het ZonMw-programma Vernieuwing uitvoeringspraktijk JGZ vindt onder andere onderzoek plaats naar de effecten van triage.

### **In 2011 ontvingen gemeenten ruim €650 miljoen voor CJG's**

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de CJG's. Zij financieren dit uit het gemeentefonds. Sinds jaar en dag zijn hierin middelen aanwezig voor de uitvoering van de JGZ die in de loop van de tijd zijn aangevuld. In 2013 was via de algemene uitkering van het gemeentefonds en via de decentralisatie-uitkering Centra voor Jeugd en Gezin in totaal €668 miljoen beschikbaar voor JGZ, opvoed- en opgroeiondersteuning en prenatale voorlichting. Deze middelen worden volgens een verdeelsleutel aan gemeenten toegekend. Gemeenten bepalen zelf hoeveel zij daadwerkelijk uitgeven aan jeugdgezondheidszorg. Naast de middelen in het gemeentefonds ontvangen de JGZ-organisaties een vergoeding voor de uitvoering van de hielprik en het Rijksvaccinatieprogramma op basis van de AWBZ. De uitvoering van het RVP kostte in 2012 103,3 miljoen euro (VWS, 2013d) en de uitvoering van de hielprik voor 2014 wordt geschat op 14,4 miljoen euro (Macrokader Centrum voor Bevolkingsonderzoek 2014-2018; niet gepubliceerd).

### **Elke geïnvesteerde euro in de JGZ levert naar schatting elf euro op**

Recent zijn in opdracht van ActiZ twee maatschappelijke kosten-batenanalyses (MKBA) van de JGZ uitgevoerd naar onderdelen uit het basistakenpakket (Dam, 2012; Dam & Prinsen, 2013). In een MKBA worden alle kosten en effecten meegenomen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, en worden de effecten of baten uitgedrukt in geld. In een van deze MKBA's (Dam, 2012) zijn kosten en baten van het uitvoeren van het RVP, de hielprik, screening op visus, gehoorverlies, hartafwijkingen, indaling testikels en spraak- en taalontwikkeling vergeleken met een situatie dat er géén JGZ zou zijn. In de berekeningen is uitgegaan van kosten voor de JGZ van €433 miljoen (Verloove-Vanhorick & Reijneveld, 2007). De economische opbrengst van de onderzochte interventies wordt geschat op €5,6 miljard per jaar, met een netto resultaat van €5,2 miljard per jaar. De economische opbrengst bestaat uit vermeden ziektekosten, vermeden ziekteelast en daarmee gewonnen productiviteit. Vaccinaties dragen met ruim 75% het meest bij aan de verkregen winst. Iedere euro die jaarlijks in de jeugdgezondheidszorg wordt geïnvesteerd levert volgens deze berekening elf euro op. De andere MKBA (Dam & Prinsen, 2013) heeft betrekking op opvoedondersteuning en wordt in paragraaf 8.2 besproken.

### **Weinig bekend over kosteneffectiviteit op de lange termijn**

De conclusie dat iedere euro die geïnvesteerd wordt in de jeugdgezondheidszorg elf euro oplevert (Dam, 2012), moet met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De berekening is gebaseerd op aannames over bereik en effecten of baten. Het is onbekend in hoeverre de daadwerkelijke effecten afwijken van de op die aannames gebaseerde effecten (Rutten-van Mólken et al., 2010) (zie ook Tekstblok 7.2). Er is weinig bekend over de kosteneffectiviteit van de JGZ op de lange termijn uitgedrukt in QALY's (voor kwaliteit gecorrigeerde gewonnen levensjaren). Het gebruik van QALY's zou het mogelijk maken om de kosteneffectiviteit van de JGZ te vergelijken met die van andere interventies in de publieke gezondheidszorg. Over het algemeen is de kosteneffectiviteit van preventieve interventies gunstig (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Dit geldt hoogstwaarschijnlijk ook voor de JGZ, gezien de gunstige effecten ervan op het voorkomen van ziekte en het vermijden van zorgkosten.

## Tekstblok 7.2: Wat is kosteneffectiviteit?

Een volledige economische evaluatie vergelijkt de kosten en de baten van twee of meer behandelingen of interventies met elkaar (Drummond et al., 2005). Doel hiervan is vast te stellen hoe een gezondheidseuro het meest efficiënt kan worden besteed. De ratio die ontstaat door het verschil in kosten tussen twee interventies te delen door het verschil in opbrengst, is de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER).

Twee belangrijke onderzoeksmethoden zijn de kosteneffectiviteitsanalyse (KEA) en de kostenutiliteitsanalyse (KUA). De twee methoden verschillen vooral in het type effectmaten: een klinische effectmaat of een quality adjusted life year (QALY). Een derde onderzoeksmethode is de (maatschappelijke) kosten-batenanalyse (MKBA), waarbij naast de kosten ook de effecten in geld worden uitgedrukt (Rutten-van Mólken et al., 2010). Omdat de gezondheidswinst van een preventieve interventie meestal pas op lange termijn (na jaren) wordt behaald, maken economische evaluaties vaak gebruik van modellering. Bij modellering worden wiskundige technieken gebruikt om data uit verschillende onderzoeken met elkaar te combineren en over langere tijd door te rekenen (Rutten-van Mólken et al., 2010). Daarbij is het noodzakelijk om aannames te doen over de effectiviteit, effectbehoud en deelname. Idealiter komen deze aannames uit meta-analyses, systematische reviews en RCT's (Randomized Controlled Trials). De maximale onder- en bovengrens waarin de geschatte resultaten nog betrouwbaar zijn, moet berekend worden in een sensitiviteitsanalyse. Daarin is te zien hoe gevoelig het model is voor de gebruikte aannames. Bij de berekening wordt ook rekening gehouden met veranderingen in de waardering van kosten en de effecten gedurende de jaren waarop de analyse betrekking heeft. Kosten en baten nu tellen zwaarder mee dan kosten en baten in de toekomst.

# 8

## Jeugdgezondheidszorg in relatie tot gezondheidsthema's

### Samenvatting

#### **JGZ heeft taak in vroegsignalering fysieke aandoeningen en doorverwijzing naar zorg**

Bij lichamelijke aandoeningen van een kind/jongere heeft de JGZ vooral een signalerende en adviserende taak. Het gaat dan onder meer om preventie (van privé-ongevallen), het screenen op aandoeningen (waaronder hartafwijkingen, visus- en gehoorproblemen) en om het geven van advies over omgaan met een ziekte (waaronder astma of eczeem).

#### **JGZ gebruikt valide vragenlijsten voor vroegsignalering psychosociale problemen**

Een van de activiteiten van de JGZ bestaat uit vroegsignalering van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren. De SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) is de meest gebruikte signaleringsvragenlijst voor het opsporen van psychosociale problemen. Deze vragenlijst is valide voor de Nederlandse situatie. De JGZ kan bij problemen doorverwijzen of geeft zelf opvoedondersteuning.

#### **JGZ signaleert en adviseert rondom leefstijl, samen met andere zorgprofessionals, ouders en school**

De JGZ heeft een signalerende en adviserende rol met betrekking tot de leefstijl van kinderen en jongeren, samen met andere partijen waaronder ouders en school. Voor jonge kinderen tot 5 jaar heeft de JGZ een rol in voorlichting en advies over bewegen, voeding en passief roken. In de consulten op 10 en/of 13 jaar en in het op steeds meer plaatsen ingevoerde adolescentencontactmoment besteedt de JGZ aandacht aan middelengebruik en risicovol seksueel gedrag. De JGZ verwijst

waar nodig door voor verder onderzoek, zorg (huisarts, bewegconsulent, diëtist of pedagoog) of interventies en stemt af met andere partijen, waaronder de school.

### **Gezondheidswinst door vroegsignalering vooral voor fysieke aandoeningen aangetoond**

Van een aantal fysieke aandoeningen is vanuit onderzoek bekend dat vroeg signaleren in combinatie met vroeg behandelen tot gezondheidswinst leidt, maar voor andere fysieke aandoeningen ontbreken onderzoeksgegevens. Direct na de geboorte en in de eerste levensweken wordt door de JGZ 50% van de hartafwijkingen ontdekt. Naar verwachting leiden deze screenings op termijn ook tot kostenbesparingen. In hoeverre vroegsignalering van psychosociale problemen tot de gewenste vervolgstappen, tot minder psychosociale problemen, minder zorggebruik en daarmee minder kosten leidt, is niet precies bekend. Vanwege de grote gevolgen van psychosociale problemen voor kinderen en volwassenen op onder meer kwaliteit van leven, zorgkosten en participatie is de te behalen winst groot.

### **Inzicht in vervolgtraject na verwijzing ontbreekt vaak**

Bij de landelijk georganiseerde gehoorscreening wordt het vervolgtraject goed gemonitord, maar van andere JGZ-activiteiten is vaak is niet duidelijk wat er met verwijzingen na signalering van een lichamelijke aandoening, een psychosociale risicoscore of risicovol gedrag gebeurt en in hoeverre er sprake is van terugkoppeling vanuit de tweede lijn naar de JGZ. Meer dan de helft van de JGZ-organisaties gaf aan dat ze (bijna) alle opgespoorde kinderen met psychosociale problemen doorverwijzen of zelf zorg leveren.

## Leeswijzer

In dit hoofdstuk gaan we in op de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in relatie tot gezondheidsthema's die in deel 1 en 2 aan bod zijn geweest: fysieke gezondheid (paragraaf 8.1), psychosociale gezondheid (paragraaf 8.2), sociale omgeving (paragraaf 8.3) en leefstijl (paragraaf 8.4). Bij elke paragraaf geven we aan wat er bekend is over aanbod en bereik van JGZ-activiteiten op dit terrein, of er JGZ-richtlijnen beschikbaar zijn en wat er bekend is over (kosten)effectiviteit. Daarnaast wordt beschreven wat bekend is over doorverwijzing (of behandeling door de JGZ) na signalering van gezondheidsproblemen. Ook schetsen we een globaal beeld van aanbod, bereik en (kosten)effectiviteit van zorg of interventies waar de JGZ op kan attenderen of naar kan doorverwijzen. Tot slot gaan we in op de samenwerking met andere hulpverleners, school of wijk in relatie tot de gezondheidsthema's.

## 8.1 Jeugdgezondheidszorg en fysieke gezondheid

### **JGZ heeft belangrijke taak in vroegsignalering fysieke aandoeningen**

De activiteiten van de JGZ gericht op de fysieke gezondheid betreffen onder andere vroegsignalering van lichamelijke aandoeningen door middel van screening (hartafwijkingen, gehoor en visus) en preventie van ongevallen in en om het huis. In de verschillende contactmomenten is er ook aandacht voor (omgaan met) constitutioneel eczeem en astma.

## Congenitale hartafwijkingen

### **JGZ spoort bijna alle aangeboren hartafwijkingen voor het vierde levensjaar op**

De jeugdarts zoekt volgens de richtlijn 'Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar' naar signalen van aangeboren afwijkingen (De Wilde, 2005). Onderzoek bij Icare (Scheppink et al., 2012a) laat zien dat 85% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen de richtlijn gebruikt. De JGZ ontdekt 50% van de hartafwijkingen direct na de geboorte en in de eerste levensweken (Kist-van Holthe et al., 2013). In de maanden en jaren daarna, in de periode dat de JGZ het kind nog frequent onderzoekt, manifesteert het merendeel van de overige hartafwijkingen zich. Na het vierde levensjaar komt zelden nog een nieuwe hartafwijking aan het licht (Kist-van Holthe et al., 2013).

### **JGZ verwijst bij hartproblemen naar huisarts of naar kinderarts**

De jeugdarts verwijst bij problemen door naar de huisarts of rechtstreeks naar de kinderarts (De Wilde, 2005). Uit dossieronderzoek bij Icare blijkt dat 1,4% (255 kinderen) van de onderzochte 0-4-jarigen werd doorverwezen met het vermoeden van een aangeboren afwijking. Bij 11% van deze kinderen was daadwerkelijk sprake van een hartafwijking (Scheppink et al., 2012b). Ruim de helft van de jeugdartsen gaat na wat er met de verwijzing is gebeurd (Scheppink et al., 2012a).

### **Screening op hartafwijkingen kosteneffectief**

Een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) schat dat screening op congenitale afwijkingen op een levenslange termijn leidt tot een gezondheidswinst van 33 DALY's (Disability-Adjusted Life Years) per 100.000 inwoners, een afname van €9.000 in screeningskosten en een afname van €16.000 in therapiekosten per 100.000 inwoners. Daarmee wordt naar schatting ruim 1 miljoen euro per 100.000 inwoners aan kosten door productiviteitsverlies voorkomen. Als alleen naar gezondheidszorgkosten en -besparingen wordt gekeken, levert screening op hartafwijkingen naar schatting €760 per voorkomen DALY op. Als ook het voorkomen productiviteitsverlies wordt meegenomen, wordt geschat dat screening op hartafwijkingen door de JGZ kostenbesparend is (Dam, 2012).

## Gehoor

### **Neonatale gehoorscreening gebeurt in eerste week na geboorte**

Sinds 2006 screent de JGZ pasgeboren kinderen op gehoorverlies. Doel hiervan is om bij kinderen met een dubbelzijdig gehoorverlies (van minimaal 40 decibel aan het best horende oor) binnen de eerste zes levensmaanden te kunnen starten met een interventie (RIVM, 2013). Al tijdens de zwangerschap krijgt de aanstaande moeder informatie over de gehoorscreening bij het pasgeboren kind. De gehoorscreening vindt in de meeste gevallen thuis plaats in combinatie met de hielprikscreening (zie ook paragraaf 7.2.2). De deelname aan de eerste screeningsronde was in 2011 99,4% (Van der Ploeg & Rijpstra, 2012). De neonatale gehoorscreening spoort geen kinderen op met lichte gehoorverliezen (Meuwese-Jongejugd & Van Straaten, 2008). Heeft een kind na drie rondes onvoldoende resultaat bij de screening, dan wordt het verwezen naar een Audiologisch Centrum. De kans op een blijvend gehoorverlies aan beide oren is op dat moment 54%. De JGZ heeft in 2011 99 kinderen opgespoord met een dubbelzijdig gehoorverlies, en 88 met een enkelzijdig verlies (Van der Ploeg & Rijpstra, 2012). Inclusief de kinderen die jaarlijks binnen de Neonatale Intensive Care Units (NICU's) worden opgespoord zijn deze aantallen respectievelijk 182 en 126 kinderen (Van Straaten et al., 2011). De rol van de JGZ bij het opsporen van gehoorverlies op latere

leeftijd komt in paragraaf 8.4 aan bod.

### **JGZ verwijst bij onvoldoende gehoor door naar audiologisch centrum**

Als de neonatale gehoorscreening na drie screeningen nog steeds onvoldoende resultaat aantoont, verwijst de JGZ naar een Audiologisch Centrum (RIVM, 2013). Kinderen met een gehoorverlies van minimaal 40 dB aan het beste oor komen in aanmerking voor een hoortoestel. In 2010 kon 86% van de kinderen die ervoor in aanmerking kwamen binnen het eerste levenshalfjaar starten met een hoortoestel. Er kan ook een gezinsbegeleidingsdienst worden ingeschakeld voor stimulering van de taal-/ spraakontwikkeling en voor begeleiding van het gezin.

### **JGZ controleert aansluiting op zorg via Audiologische Centra**

De JGZ controleert zoveel mogelijk of de aansluiting met het zorgtraject in de Audiologische Centra tot stand is gekomen. Is dit niet het geval, dan neemt de JGZ contact op met de ouders, eventueel met hulp van de huisarts. De Audiologische Centra koppelen hun resultaten van diagnostiek en behandeladvies nog niet structureel terug aan de JGZ. Wel leveren ze de gegevens geanonimiseerd aan voor landelijke monitoring door het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (in het kader van haar regietaken op kwaliteit van de uitvoering van neonatale gehoorscreening). De toenemende digitalisering van gegevensstromen zal terugkoppeling naar de JGZ vergemakkelijken (Meuwese-Jongejeugd & Van Straaten, 2008).

### **Neonatale gehoorscreening is kostenbesparend**

Het programma Neonatale gehoorscreening leidt tot 25 gewonnen DALY's over de gehele levensduur per 100.000 inwoners (Dam, 2012). De kosten bedragen €15.000 per 100.000 inwoners. Het programma leidt tot een besparing van €1.561.000 vermeden lasten en zorg per 100.000 inwoners en tot €531.000 vermeden productiviteitsverlies per 100.000 inwoners. De neonatale gehoorscreening is kostenbesparend.

## **Visus**

### **JGZ volgt standaardprogramma voor het opsporen van visusproblemen**

De JGZ volgt een standaardprogramma dat voor de verschillende leeftijdscategorieën aangeeft welk onderzoek nodig is om visusproblematiek te signaleren (Coenen-van Vroonhoven et al., 2010). Bij kinderen jonger dan zeven jaar richt de screening zich vooral op het ontdekken van scheelzien en refractieafwijkingen, omdat dit risicofactoren zijn voor een lui oog. Screening van kinderen na het zevende jaar is gericht op het opsporen van refractieafwijkingen (Coenen-van Vroonhoven et al., 2010). De JGZ verwijst via de huisarts naar een oogheelkundig team of rechtstreeks naar een opticien (Coenen-van Vroonhoven et al., 2010).

### **Visusscreening leidt met name tot opsporen (risicofactoren voor) lui oog**

De visusscreening voor kinderen jonger dan zeven jaar leidt met name tot vroegopsporing van kinderen die scheelzien en refractieafwijkingen hebben: risicofactoren voor een lui oog. Er zijn aanwijzingen dat vroegtijdige opsporing van een lui oog effectief is in het voorkomen van oogafwijkingen of blindheid op latere leeftijd (Coenen-van Vroonhoven et al., 2010; Deurloo et al., 2012). In hoeverre de totale effecten van visusscreening opwegen tegen mogelijke nadelen is onbekend (USPSTF, 2011). Volgens de JGZ-richtlijn 'Vroegopsporing visusstoornissen' draagt ongeveer 30% van de kinderen geen bril terwijl ze die wel voorgeschreven hebben gekregen (Coenen-van Vroonhoven et al., 2010).



### **Screening op visusafwijkingen lijkt kostenbesparend**

Een MKBA schat dat screenen op visusafwijkingen 15 DALY's per 100.000 inwoners oplevert (Dam, 2012). De kosten van het screeningsprogramma zijn €20.000 per 100.000 inwoners. De screening leidt naar schatting tot een kostenbesparing van €263.000 per 100.000 inwoners, door vermeden lasten voor behandelingen en zorg. Ook geeft het een kostenbesparing van €365.000 door vermeden inkomensverlies. Screening op visusafwijkingen is dus kostenbesparend.

## **Astma**

### **JGZ betrokken bij vroegopsporing astma en bij voorkomen van de gevolgen**

De JGZ speelt een rol bij vroegopsporing van astma (Lanting et al., 2011). De JGZ vraagt bij het eerste huisbezoek binnen twee weken na de geboorte of astma in de naaste familie voorkomt. Bij de reguliere contactmomenten tijdens de eerste zes levensmaanden wordt gevraagd naar het soort voeding dat het kind krijgt. Borstvoeding in de eerste drie à vier maanden beschermt tegen het ontstaan van astma in de eerste jaren (Lanting et al., 2011). Tijdens de reguliere contactmomenten wordt tevens gevraagd naar rookgedrag van ouders/verzorgers. Bij 13-jarigen wordt gevraagd of het kind zelf rookt. Bij alle contactmomenten let de JGZ op piepen en benauwdheid. Is een van deze symptomen aanwezig, dan onderzoekt de JGZ ook luchtwegklachten en aanwijzingen voor een allergie of andere overgevoeligheid. Is een kind onder behandeling van huisarts of kinderarts, dan heeft de JGZ een signalerende rol omtrent sociaal-medische problematiek (omgaan met astma, functioneren op school) en problemen met de behandeling (effectiviteit, therapietrouw) (Lanting et al., 2011).

### **Doorverwijzen bij verdenking op astma vanuit de JGZ naar huisarts**

Bij verdenking op astma op basis van het uitgebreide lichamelijke onderzoek verwijst de JGZ naar de huisarts (Lanting et al., 2011). Het consultatiebureau verwees in 2001 bijna 2% van de kinderen naar de huisarts op verdenking van astma (Buiting, 2001). Recenter cijfers zijn niet beschikbaar.

### **Individuele signalering lijkt vooralsnog beste manier voor vaststellen astma**

Er is onvoldoende bewijs dat een screeningsprogramma voor astma het verloop van de aandoening verandert. Individuele signalering van astma bij kinderen, zoals dat nu via de JGZ verloopt ('case-detection'), is daarom de aangewezen manier om astma bij kinderen vast te stellen (Lanting et al., 2011). Er zijn geen gegevens bekend over de (kosten)effectiviteit van de signalering van astma.

## **Eczeem**

### **JGZ heeft rol in signaleren en verwijzen bij eczeem**

De JGZ heeft een signalerende en verwijzende rol bij eczeem. Ook kan de JGZ een rol spelen bij voorlichting door extra huisbezoeken of extra contacten. Tijdens de contactmomenten gedurende het eerste levensjaar beoordeelt de JGZ de lichamelijke verschijning, huidaandoeningen en eczeem. Gelet op de invloed van eczeem op de kwaliteit van leven is het belangrijk om bij kinderen met eczeem inzicht te krijgen in de beleving van zowel kind als het gezin rondom de aandoening (CBO, 2006; Kamphuis, 2012). Gevraagd wordt naar last van jeuk, krabben, eventuele therapietrouw en slaapproblemen. De JGZ heeft ook aandacht voor de sociale omgeving van het kind (ouder-kindrelatie, angst, sociale contacten en voor oudere kinderen: eventueel schoolverzuim). De JGZ kan voorlichting geven over zelfmanagement en

therapeutrouw, afgestemd op de behandeling door huisarts of specialist. Ook kan de JGZ adviezen geven bij slaapproblemen en weerbaarheidstrainingen aanbieden (Kamphuis, 2012).

### **Jeugdarts verwijst naar huidarts bij ernstige klachten en/of psychosociale problemen**

Bij een kind met een huidafwijking is de JGZ-richtlijn 'Huidafwijkingen' het startpunt om samen met andere betrokken hulpverleners tot een uniform beleid te komen en sluitende afspraken te maken over verwijzing en gegevensuitwisseling (Kamphuis, 2012). Bij ernstige klachten en/of psychosociale problemen kan de jeugdarts het kind verwijzen naar een huidarts.

### **Voorlichting door jeugdverpleegkundige lijkt zinvol bij eczeemklachten**

Het effect van individuele voorlichting en begeleiding door jeugdverpleegkundigen op eczeemklachten is nog niet goed onderzocht (CBO, 2006). Er zijn aanwijzingen dat voorlichting en begeleiding van een jeugdverpleegkundige, in aanvulling op de reguliere consulten bij de jeugdarts, leidt tot vermindering van eczeemklachten en verbeterde therapeutrouw (beter gebruik van crèmes en zalven, afspraken maken en regelen van herhaalrecepten). Een goede arts-patiëntrelatie verbetert de therapeutrouw (CBO, 2006; Ohya et al., 2001)

## **Letsels en ongevallen**

### **JGZ geeft voorlichting over preventie van ongevallen in en om huis**

Ter voorkoming van ongevallen kan de JGZ voorlichting geven over ongevalsrisico's (NCJ, 2013d). De JGZ reikt door Veiligheid.nl ontwikkelde veiligheidskaarten aan (VeiligheidNL). De veiligheidskaarten zijn beschikbaar voor verschillende leeftijden: 0-6 maanden, 6-12 maanden, 1-2 jaar en 2-4 jaar. De kaarten bevatten tips, stellingen, specifieke risico's, een test en de meest gestelde vragen over maatregelen die men kan nemen om de veiligheid in en om huis te bevorderen. Onderwerpen zijn onder andere de inrichting van de babykamer, autostoeltjes, veilig vervoer op de fiets, kruipveiligheid van het huis (waaronder het plaatsen van een traphekje), het opbergen van medicijnen en huishoudelijke middelen, en gevaar voor verbranding. De JGZ heeft ook een belangrijke rol in de preventie van wiegendood (zie paragraaf 7.2.2).

### **Veiligheidskaarten lijken een gunstig effect te hebben op veiligheidsmaatregelen**

Veiligheidskaarten (0-6 maanden, 6-12 maanden en 1-2 jaar) hebben een significant effect op veiligheidsmaatregelen in huis. Ze hebben ertoe geleid dat meer ouders schoonmaakmiddelen veilig opbergen en traphekjes bovenaan de belangrijkste trap sluiten (Beirens, 2008; Beirens et al., 2006). Het betreft hier een observationele studie zonder controlegroep, waardoor niet met zekerheid is te zeggen of het resultaat uitsluitend is toe te schrijven aan de veiligheidskaarten. Er zijn geen gegevens bekend over de kosteneffectiviteit.

## **Algemene lichamelijke klachten**

### **Rol JGZ relatief klein bij algemene lichamelijke klachten**

De rol van de JGZ bij algemene lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, buikpijn, obstipatie en vermoeidheid, is relatief klein. (Schoolgaande) kinderen gaan met deze klachten vaak naar de huisarts. Dit is ook logisch, omdat de JGZ geen medische behandelingen uitvoert. Er zijn overigens meer kinderen met

algemene lichamelijke klachten dan het aantal dat een huisarts bezoekt (Wijga et al., 2010). De handreiking 'Snel terug naar school is veel beter!' pleit voor een belangrijke plaats voor de schoolarts in het adviseren over de gevolgen van lichamelijke klachten voor ziekteverzuim (en preventie van langdurig verzuim). Dergelijke klachten kunnen namelijk tot (langdurig) schoolverzuim leiden (Theil et al. 2007).

## 8.2 Jeugdgezondheidszorg en psychosociale gezondheid

### **JGZ heeft belangrijke rol in vroegsignalering psychosociale problemen**

Een van de activiteiten van de JGZ bestaat uit vroegsignalering van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren. Door psychosociale problemen tijdig te signaleren is het mogelijk om vroeg in te grijpen en daarmee latere problemen, zorg en kosten te voorkomen of te verminderen (Postma, 2008; Prinsen et al., 2012). Er zijn JGZ-richtlijnen in ontwikkeling gericht op specifieke psychosociale problemen (zie Tekstblok 7.1). De JGZ neemt van tijd tot tijd een signaleringsvragenlijst af bij ouder of kind: in de voorschoolse periode (0-4 jaar), op de basisschool in groep 2 en in groep 6/7 en op de middelbare school in de tweede klas (Pijpers, 2013).

### **Verschillende vragenlijsten om psychosociale problemen te signaleren**

De Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA) is een vragenlijst om (een risico op) sociaal-emotionele problemen en/of vertraging in sociaal-emotionele competenties bij jonge kinderen te signaleren (Briggs-Gowan et al., 2004). De betrouwbaarheid voor de Nederlandse situatie is redelijk tot goed (Kruizinga, 2012; Kruizinga et al., 2012). De BITSEA is valide voor kinderen van twee jaar. De JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' (Postma, 2008) adviseert om voor kinderen en jongeren in de schoolleeftijd de SDQ te gebruiken. Op de basisschool worden de vragenlijsten door de ouders ingevuld, op het voortgezet onderwijs door de jongere zelf. De SDQ bevat vijf categorieën: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit-aandachttekort, problemen met leeftijdsgenoten en pro-sociaal gedrag. De SDQ is in Nederland gevalideerd voor de leeftijdsgroepen 3-4 jaar (Theunissen et al., 2013), 7-12 jaar (Crone et al., 2008) en 11-17-jaar (Widenfelt et al., 2003). De SDQ wordt niet als diagnostisch instrument gebruikt, maar als hulpmiddel voor het voeren van een gesprek met ouders en/of kind (Postma, 2008).

### **Niet alle JGZ-instellingen gebruiken de SDQ**

In 2010 gebruikte 86% van de JGZ-organisaties de SDQ als signaleringsvragenlijst voor psychosociale problemen bij kinderen in groep 6/7 van de basisschool (Bakker-Camu & Lijs-Spek, 2010). Resultaten van een vragenlijstonderzoek uit 2008 onder 34 JGZ-instellingen laten zien dat 74% van de JGZ-instellingen de SDQ in groep 6/7 gebruikt. De overige instellingen gebruiken een eigen vragenlijst of het is onbekend hoeveel kinderen gescreend worden (IGZ, 2009).

### **Vervolgstappen na signalering binnen of buiten JGZ**

De JGZ kan kinderen met psychosociale problemen doorverwijzen naar specifieke interventies of hulpverleners, zoals huisarts, (school)maatschappelijk werk, welzijnswerk, psycholoog, pedagoog, Bureau Jeugdzorg, of tweedelijnszorg voor jeugd (jeugdzorg, jeugd-ggz, residentiële zorg) (Postma, 2008). Dit kan in of buiten een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) zijn. Bureau Jeugdzorg is tot 2015 verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor jeugdzorg naar de tweede lijn. In de provincie Groningen

blijkt uit registraties dat de meeste kinderen in tweedelijnszorg terechtkomen via een verwijzing van de huisarts, en dus niet via Bureau Jeugdzorg (Van Eijk et al., 2013).

### **Geen recente cijfers aantal opgespoorde en doorverwezen kinderen**

De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) heeft onderzoek gedaan naar doorverwijzingen van kinderen met psychosociale problemen vanuit de JGZ. Van de 21 deelnemende JGZ-organisaties die hierover gegevens hadden, gaf 57% aan dat ze (bijna) alle kinderen van 4-19 jaar met psychosociale problemen doorverwezen of zorg hadden geboden. Bij een kwart van de JGZ-organisaties werd minimaal de helft van de kinderen doorverwezen of ontving zorg. Bij de overige instellingen (20%) werd slechts een minderheid van de kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen doorverwezen of was niet bekend hoeveel kinderen werden doorverwezen (IGZ, 2009). Er zijn geen recente gegevens van het aantal opgespoorde en doorverwezen kinderen met (mogelijk) psychosociale problemen.

### **Opvoedondersteuning richt zich op de dagelijkse opvoedingsvragen en -vragen**

De JGZ kan bij (lichte) psychosociale problemen ook zelf opvoedondersteuning bieden. De JGZ-richtlijn 'Opvoedingsondersteuning' heeft als doel de preventie, signalering en aanpak van lichte opvoedingsproblemen te onderbouwen en te stroomlijnen (Prinsen et al., 2012). De richtlijn is bedoeld voor jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, jeugdartsen, pedagogen en doktersassistenten in de JGZ, al dan niet samenwerkend met andere professionals werkzaam in de Centra Jeugd en Gezin. Binnen de JGZ en het CJG richt opvoedingsondersteuning zich op de dagelijkse opvoedingsvragen en opvoedingsvaardigheden van ouders. Opvoedproblemen kunnen betrekking hebben op angstklachten, depressieklachten, plagen en pesten, gedragsproblemen, ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder), onderwijsachterstand, schoolverzuim en schooluitval, slaan en kindermishandeling (zie ook paragraaf 8.3), ongezonde levensstijl, middelengebruik en overgewicht/obesitas (zie ook paragraaf 8.4) (Van Leeuwen, 2013).

### **Aanbevolen interventies voor kinderen met psychosociale problemen**

Het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid (NCJ) beveelt een aantal interventies aan voor kinderen met psychosociale problemen. Deze interventies kunnen door verschillende partijen worden aangeboden, al dan niet in samenwerking met de JGZ of via doorverwijzing vanuit de JGZ. Het gaat daarbij om opvoedprogramma's en lespakketten op school, waaronder antipestprogramma's en weerbaarheidstrainingen ([www.ncj.nl](http://www.ncj.nl); Prinsen et al., 2012). De JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' (Postma, 2008) verwijst voor het aanbod van interventies naar de databank Effectieve Jeugdinterventies. Voorbeelden van theoretisch goed onderbouwde of (waarschijnlijk) effectieve interventies zijn het opvoedondersteuningsprogramma Triple P en 'De Dappere kat', een individuele cognitieve gedragstherapie ter preventie van angststoornissen. Het bereik van veel van de aanbevolen interventies voor opvoedondersteuning of hulp bij psychosociale problemen in de praktijk is niet bekend. Volgens een vragenlijstonderzoek bood in 2009 ongeveer 75% van de JGZ-instellingen de interventie 'Opvoeden: zó! aan, en ruim 70% de interventie 'Beter omgaan met pubers' (IGZ, 2009).

### **Psychosociale problemen in kindertijd voorspellen problemen op volwassen leeftijd**

Hoe jonger kinderen zijn wanneer ze gedragsproblemen vertonen, hoe groter de kans op toekomstig probleemgedrag. Buitenlandse onderzoeksresultaten laten zien dat 25% van de kinderen met gedragsproblemen op latere leeftijd een gedragsstoornis ontwikkelt (Postma, 2008). Langlopend cohortonder-

zoek laat zien dat bij 21% van Nederlandse kinderen met een afwijkende score op de Child Behavior Checklist (CBCL) 24 jaar later psychosociale problemen werden gevonden (Reef et al., 2009). Resultaten van een ander cohortonderzoek laten zien dat gedragsproblemen, autismespectrum- en ADHD-problemen voorspeld kunnen worden op basis van door JZG geregistreerde gegevens uit de vroege kindertijd; emotionele problemen kunnen beperkt worden voorspeld (Jaspers, 2012). Het is echter niet bekend in hoeverre vroegsignalering leidt tot de gewenste vervolgstappen, tot minder psychosociale problemen, tot minder zorggebruik en daarmee tot minder kosten. Het effect op gezondheid, zorggebruik en kosten hangt, naast de validiteit van de opsporing, vooral af van de vervolgstappen die daarna gezet worden. Het is niet bekend op welke leeftijd(en) en hoe vaak gescreend zou moeten worden om tot optimale gezondheidswinst op de korte en lange termijn te komen.

### **Opvoedondersteuning lijkt kosteneffectief**

De concept JGZ-richtlijn Opvoedondersteuning (Prinsen et al., 2012) concludeert dat het rendement van vroege investeringen in het opvoeden en opgroeien groter is dan dat van latere investeringen. Deze conclusie is gebaseerd op een aantal buitenlandse kosteneffectiviteitsanalyses van opvoedingsondersteuning. Daarnaast is recentelijk een Nederlandse MKBA uitgevoerd waarin een zestal interventies voor opvoedingsondersteuning zijn vergeleken met een situatie waarin geen interventie wordt aangeboden (Dam & Prinsen, 2013). De conclusie van het rapport is dat elke in een interventie geïnvesteerde euro een meervoud aan maatschappelijke baten oplevert. Geen van de onderzochte interventies is echter beoordeeld als effectief, en de analyses zijn gebaseerd op aannames voor deelnamebereidheid en het beklijven van verkregen effecten. De resultaten moeten daarom met een slag om de arm worden geïnterpreteerd.

## **8.3 Jeugdgezondheidszorg en problemen in de sociale omgeving**

### **JGZ kan rol vervullen in antipestbeleid op scholen**

De JGZ heeft een rol in preventie van en hulp bij problemen in de sociale omgeving, waaronder gepest worden of kindermishandeling. De JGZ kan zowel binnen als buiten de contactmomenten een belangrijke rol vervullen in signalering van kinderen en jongeren die (mogelijk) gepest worden en door op scholen bij te dragen aan een structureel antipestbeleid. De JGZ-richtlijn 'Pesten' is in ontwikkeling; de publicatie wordt verwacht in 2014. De richtlijn zal handvatten bieden voor voorlichting, preventie en vroege opsporing, symptomen en signalering, ondersteuning en behandeling, en verwijzing en nazorg.

### **JGZ heeft rol in preventie en signaleren van (mogelijke) kindermishandeling**

Het doel van de JGZ is bestaande kindermishandeling te signaleren en actie te ondernemen. Het is over het algemeen niet mogelijk voor de JGZ om kindermishandeling vast te stellen (Wagenaar-Fischer et al., 2010). De JGZ-richtlijn 'Secundaire preventie van kindermishandeling' (Wagenaar-Fischer et al., 2010) geeft aan dat bij een vermoeden van kindermishandeling of na signalen van derden de gezinssituatie geanalyseerd moet worden. Bij een vermoeden van kindermishandeling overlegt de JGZ-medewerker met zijn team. Het vermoeden wordt door de aandachtfunctionaris kindermishandeling getoetst, waarna een zorgplan wordt opgesteld voor verder onderzoek, eventuele hulpverlening en verwijzing.

## 8.4 Jeugdgezondheidszorg en leefstijl

### **JGZ signaleert en adviseert over leefstijl jongeren**

De JGZ heeft een signalerende en adviserende rol met betrekking tot de leefstijl van kinderen en jongeren. Dit gebeurt in samenwerking met andere partijen, zoals ouders en de school. De rol van de JGZ in het signaleren van problemen en adviseren rondom leefstijl is vrij beperkt. Wel doet ze onderzoeken op verzoek van ouders, jongere of school. De invoering van het extra contactmoment op 15/16-jarige leeftijd vergroot de mogelijkheden voor de JGZ om in te spelen op de leefstijl van jongeren (Dunnink, 2009). Op het terrein van leefstijl is zeer recent de richtlijn voeding en eetgedrag gepubliceerd. Daarnaast is een 'Standpunt Bewegestimulering door JGZ' opgesteld (Van Wieringen, 2009) en er is een richtlijn over overgewicht (Kist-van Holthe et al., 2012). Een richtlijn over seksuele ontwikkeling wordt in 2014 verwacht. Voor roken, alcohol- en druggebruik zijn (nog) geen richtlijnen aangekondigd.

### **JGZ is schakel in keten van bewegestimulering**

De JGZ is volgens het standpunt 'Bewegestimulering door de JGZ' (Van Wieringen, 2009) een schakel tijdens de hele keten van bewegestimulering. De JGZ monitort, signaleert, registreert, motiveert en verwijst eventueel door bij problemen in het beweeggedrag en motoriek. Via het 'Van Wiechenonderzoek' en de 'Baecke-Fassaert' kan de JGZ stoornissen op het gebied van ontwikkeling en motoriek signaleren. Kinderen die onvoldoende bewegen of motorisch niet goed bewegen, verwijst de JGZ door naar huisarts of kinderarts. Kinderen kunnen bijvoorbeeld fysiotherapie of Motorische Remedial Teaching krijgen voor extra hulp bij het ontwikkelen van de motoriek, of beweegadvies op maat door een leerkracht lichamelijke opvoeding. De JGZ kan daarnaast aanraden om op een sportclub te gaan. Ook op scholen worden beweeginterventies aangeboden. Waarschijnlijk effectieve interventies zijn 'B.Slim beweeg meer, eet gezond', 'Vallen is ook een Sport' en 'PLAYgrounds'. De JGZ kan ten slotte gemeenten adviseren over mogelijkheden om kinderen meer te laten bewegen (Van Wieringen, 2009). De JGZ kan een aandeel krijgen in de lokale gezondheidsbeleidsnota, bijvoorbeeld door nauwer samen te werken met de kinderopvang, scholen en sportverenigingen.

### **Bij jonge kinderen aandacht voor borstvoeding en eetgedrag**

Voor zuigelingen en peuters bestaat het 'Bulletin Voeding Zuigelingen en Peuters' (Voedingscentrum, 2007). Hierin komen drie speerpunten aan bod: stimuleren van borstvoeding, aanleren van gezond eetgedrag en preventie van overgewicht. Bij de ondersteuning van borstvoeding heeft de jeugdarts of jeugdverpleegkundige een belangrijke verantwoordelijkheid. Na het eerste levensjaar ligt het accent op het aanleren van gezond eetgedrag. De JGZ heeft hierin een adviserende en signalerende taak, onder andere bij suppletie van vitamine D en K ter preventie van ernstige gezondheidsproblemen (Deurloo et al., 2012; Voedingscentrum, 2011a). Bij oudere kinderen kan de JGZ een kind met voedingsproblemen doorverwijzen naar een huisarts of, afhankelijk van de voorwaarden van de zorgverzekeraar, rechtstreeks naar de diëtist (Voedingscentrum, 2007). Waarschijnlijk effectieve interventies gerelateerd aan voeding zijn: 'B.Slim beweeg meer, eet gezond' en 'Krachtvoer'.

### **Merendeel JGZ-organisaties zet Overbruggingsplan Overgewicht in**

Tot het basistakenpakket van de JGZ behoort het beoordelen van de groei, waaronder de lengte, het gewicht en de schedelomtrek (NCJ, 2013a). Bij (dreigend) overgewicht wordt 'Het Overbruggingsplan' ingezet (Kist-van Holthe et al., 2012). Ruim 90% van de JGZ-organisaties maakt bij 0-4-jarigen gebruik

van het Overbruggingsplan, en 85% bij 4-19-jarigen. Het Overbruggingsplan adviseert om na het vaststellen van overgewicht een extra consult in te plannen en kort daarna eventueel een tweede en derde consult (Bulk-Bunschoten et al., 2005). Het eerste extra contact bestaat uit een anamnese, lichamelijk onderzoek, monitoren groei- en BMI (Body Mass Index)-curve, bespreken van de gevolgen van overgewicht en opstellen van een veranderplan. Dit veranderplan is gebaseerd op de normen voor gezond bewegen, ontbijt, frisdrank en tv kijken (BOFT). Het tweede consult bestaat uit lichamelijk onderzoek, bespreken van de successen en belemmeringen en het motiveren van het kind. Is er bij het derde consult voldoende effect, dan wordt een afspraak gemaakt voor over één jaar. Bij onvoldoende effect, verdere gewichtstoename of aanwijzingen voor een medische oorzaak verwijst de JGZ naar huisarts of kinderarts (Kist-van Holthe et al., 2012). Uit resultaten van een RCT naar de effectiviteit van het Overbruggingsplan onder ruim 600 kinderen uit negen JGZ instellingen (gemiddelde leeftijd 5,7 jaar) blijkt er geen verschil in BMI en tailleomvang tussen de interventie- en controlegroep (Van Grieken et al., 2013b). Ook zijn er geen veranderingen gevonden in gezond gedrag (Van Grieken et al., 2013a).

### **JGZ geeft bij (dreigend) overgewicht voorlichting en kan doorverwijzen naar huisarts**

Voor 2-19-jarigen met (dreigend) overgewicht of obesitas kan de JGZ voorlichting geven, adviseren te gaan sporten en/of doorverwijzen naar een huisarts, diëtist of kinderarts. Er zijn enkele theoretisch goed onderbouwde leefstijlinterventies beschikbaar voor scholen, ter preventie van overgewicht: B-fit, Cursus Evenwicht, De Gezonde Hap& Stap Vierdaagse, De Gezonde Schoolkantine, DOI.T, Jump-in, en Lekker fit en een interventie met 'goede aanwijzingen voor effectiviteit': Krachtvoer. Voor kinderen met obesitas lijkt een combinatie van lichamelijke activiteit met dieetinterventies op korte termijn effectiever dan een dieet alleen. Wel treedt er bij dergelijke programma's vaak terugval op (CBO, 2008).

### **JGZ geeft voorlichting en advies over passief en actief roken**

Bij roken bestaat de rol van de JGZ uit voorlichting, advies, instructie en begeleiding (Dunnink & Lijs-Spek, 2008). Binnen het basistakenpakket geeft de JGZ tijdens de contactmomenten tot 5 jaar voorlichting over de gezondheidsbedreigingen door *passief* roken. Bij 10- en 13-jarigen geeft de JGZ tevens voorlichting over gezondheidsrisico's van *actief* roken (Dunnink & Lijs-Spek, 2008). Er is één waarschijnlijk effectieve interventie beschikbaar die is gericht op de preventie van beginnen met roken: 'Actie tegengif'.

### **JGZ geeft bij 10- en 13-jarigen voorlichting over risico's van alcoholgebruik**

De JGZ geeft voorlichting over de risico's van alcoholgebruik bij 10- en 13-jarigen (Dunnink & Lijs-Spek, 2008) volgens het 'Protocol voor Signalering, Screening en Kortdurende Interventie van Risicovol Alcoholgebruik bij Jongeren' (Risselada & Schoenmakers, 2010). De contactmoment voor 13-jarigen en het adolescentencontactmoment voor 15/16-jarigen zijn geschikte momenten om het drinkgedrag te inventariseren als onderdeel van de leefstijlanamnese. Bij vermoeden van risicovol drankgebruik (drinken onder de 16 jaar) kan de JGZ de jongere stimuleren een extra afspraak te maken waar ook een professionaal van de GGZ of verslavingszorg bij is. In die afspraak wordt bekeken of er inderdaad sprake is van risicovol drankgebruik. Een waarschijnlijk effectieve interventie gericht op ouders en jongeren is de 'Preventie Alcoholgebruik Scholieren' (PAS).

### **Druggebruik is aandachtspunt in consult bij 10 en 13-jaar**

De JGZ kan bij 10- en 13-jarigen voorlichting geven over de risico's van softdrugs en harddrugs (Dunnink & Lijs-Spek, 2008). Het is niet bekend hoe vaak en hoeveel de JGZ na het signaleren van problematisch

druggebruik doorverwijst naar huisarts, jeugd-zorg, jeugd-ggz of specifieke interventies. De database effectieve jeugdinterventies van het NJI en de database van het CGL bevatten geen bewezen of waarschijnlijk effectieve interventies gericht op de preventie van (problematisch) druggebruik.

### **JGZ-richtlijn Seksuele ontwikkeling in voorbereiding**

De JGZ geeft bij 13-jarigen voorlichting, advies, instructie en begeleiding over seksueel gedrag (Dunnink & Lijs-Spek, 2008). Er is een JGZ-richtlijn 'Seksuele ontwikkeling 0-19 jaar' in voorbereiding. Hierin zullen de onderwerpen seksualiteit, soa's, anticonceptie en tienerzwangerschappen beschreven worden (Deurloo et al., 2012). Het is niet bekend hoe vaak de JGZ doorverwijst bij risicovol seksueel gedrag. De database effectieve jeugdinterventies van het NJI en de database van het CGL bevatten geen bewezen of waarschijnlijk effectieve interventies gericht op preventie van risicovol seksueel gedrag.

### **Mediagebruik en JGZ**

In de concept JGZ-richtlijn 'Opvoedingsondersteuning' wordt aangegeven dat het onderwerp mediaopvoeding in de praktijk van de opvoedingsondersteuning nog weinig aandacht krijgt (Prinsen et al., 2012). Om impliciete kennis meer met elkaar te delen is het NJI in 2010 met een 'kenniskring' (groep professionals) gestart met als thema opvoedingsondersteuning bij mediaopvoeding. Onder opvoedingsondersteuning bij mediaopvoeding verstaat de kenniskring ondersteuning van ouders bij mediaopvoeding, zodat hun kinderen in de vrije tijd bewust, prettig en veilig om kunnen gaan met de media (Nikken & Addink, 2011). Uit een expertmeeting blijken professionals zich onvoldoende toegerust te voelen om ouders goed te ondersteunen; ze missen de kennis en de middelen (NJI et al., 2012).

### **JGZ geeft bij 10- en 13-jarigen voorlichting over gehoorschade en lawaaidoofheid**

In het contactmoment bij 10-jarigen kan de JGZ voorlichting en advies geven over gehoorschade door mp3-spelers, en bij 13-jarigen (Dunnink & Lijs-Spek, 2008) en 15/16-jarigen over lawaaidoofheid. 'Sound Effects' is een theoretisch goed onderbouwde interventie gericht op jongeren (16-30 jaar) met het doel de kans op gehoorschade door bezoek aan discotheken en dance events te verkleinen.



# 9 Beschouwing

Deze eerste Verkenning jeugdgezondheid geeft een samenhangend overzicht van de gezondheid van de jeugd en de rol van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) hierin. Een tweede doel was te verkennen in hoeverre de JGZ zich op de belangrijkste gezondheidsproblemen richt. De beschouwing begint met een algemeen beeld van de gezondheid van de Nederlandse jeugd (paragraaf 9.1) en van de activiteiten van de JGZ (paragraaf 9.2). In paragraaf 9.3 kijken we naar de onderlinge verbanden tussen de gezondheidstoestand van de jeugd en de activiteiten van de JGZ. Vragen waar we op ingaan, zijn: wat is de relatie tussen gezondheid en JGZ, hoe grijpen determinanten van gezondheid (onder andere leefstijl en leefomgeving) hierop in en hoe verhoudt die relatie tussen gezondheid en JGZ zich tot ontwikkelingen in maatschappij, praktijk en beleid? In paragraaf 9.4 vertalen we de belangrijkste resultaten naar kansen voor beleid, praktijk en onderzoek. Ook gaan we daar in op de kansen voor een structurele jeugd-VTV (Volksgezondheid Toekomst Verkenning voor de jeugd).

## 9.1 Gezondheid Nederlandse jeugd

### **Het gaat goed met de Nederlandse jeugd**

In zijn algemeenheid gaat het goed met de Nederlandse jeugd. Ruim tachtig tot negentig procent van de Nederlandse kinderen en jongeren ervaart zijn/haar gezondheid als goed en voelt zich gelukkig. In verschillende internationale studies staat de Nederlandse jeugd in de top-3 van landen met de beste gezondheid. Ook wat betreft gezondheidsindicatoren die te maken hebben met geboorte en sterfte, kwaliteit van leven en onderwijsparticipatie steekt de Nederlandse jeugd gunstig af bij andere westerse landen.

### **Een deel van de kinderen heeft gezondheidsproblemen**

Een deel van de kinderen heeft te kampen met een gezondheidsprobleem, maar gezien het hoge percentage kinderen en jongeren dat zich gezond voelt, kunnen we concluderen dat veel kinderen met een gezondheidsprobleem daar goed mee om kunnen gaan. De meeste gezondheidsklachten (zoals buikpijn, hoofdpijn, angst- of depressieklachten), ziekten of stoornissen (zoals astma, eczeem, of ADHD) komen bij niet meer dan 10% van de kinderen voor. We hebben geen zicht op het totale aandeel kinderen met meer dan één gezondheidsprobleem.

### **Ongezonde leefstijl en psychosociale problemen vaker in sociaaleconomische risicogroepen**

Over het algemeen komt een ongezonde leefstijl vaker voor bij kinderen en jongeren met een lage opleiding, uit een gezin met een lage welvaart of met één ouder, en bij kinderen en jongeren met een allochtone afkomst. Deze sociaaleconomische kenmerken hangen met elkaar samen. Zo leven veel eenoudergezinnen in minder welvaart, en komen kinderen met een lage opleiding relatief vaak uit minder welvarende gezinnen (met laagopgeleide ouders). Leefstijlfactoren die opvallend vaker voorkomen onder risicjongeren zijn te weinig bewegen, ongezond voedingsgedrag, roken, onveilig seksueel gedrag en (problematisch) mediagebruik. Ook overgewicht komt vaker voor in risicogroepen. Vaak komen meerdere ongezonde gedragingen tegelijk voor. Jongeren in sociaaleconomische risicogroepen vertonen overigens niet altijd ongezond gedrag. Marokkaanse en Turkse jongeren drinken bijvoorbeeld minder alcohol en gebruiken minder vaak cannabis dan hun autochtone leeftijdgenoten. Naast leefstijlproblemen komen ook psychosociale problemen en problemen gerelateerd aan de sociale omgeving vaker voor in sociaaleconomische risicogroepen. Voorbeelden zijn angst- en depressieklachten, ADHD, pestgedrag, spijbelen en licht verstandelijke beperking. Ook zijn deze kinderen vaker slachtoffer van kindermishandeling of pesten en verlaten ze vaker de school zonder 'startkwalificatie' voor de arbeidsmarkt.

### **Gezondheid van jongeren niet wezenlijk veranderd, maar wel op specifieke punten**

In het geheel genomen is de gezondheid van de huidige jongere niet wezenlijk anders dan de gezondheid van de jongere zo'n tien jaar geleden. Zo zijn er geen duidelijke veranderingen in het aantal kinderen met een lichamelijke aandoening. Ook de mate van ongezond gedrag is de laatste jaren over het algemeen weinig veranderd. Op specifieke punten zijn er echter wel veranderingen aan te wijzen. Zo is de baby- en kindersterfte sterk afgenomen in de afgelopen 25 jaar en is de overlevingskans van prematuren toegenomen. Ook zijn jongeren de afgelopen tien jaar minder gaan roken en drinken. Verder is het aantal meldingen van kindermishandeling toegenomen tussen 2005 en 2010. Het aantal kinderen dat vaak gepest wordt op de middelbare school is iets afgenomen.

### **Meer kinderen met een chronische aandoening te verwachten door grotere overlevingskans na vroeggeboorte**

De overlevingskans van te vroeg geboren kinderen is de laatste tien jaar toegenomen. Het is dus te verwachten dat het aantal kinderen met een chronische aandoening in de toekomst licht zal stijgen. Ook al gaat het om kleine aantallen, de gevolgen kunnen groot zijn. Een vroeggeboorte kan leiden tot psychosociale problemen, ontwikkelingsproblemen, cognitieproblemen, gehoor- en visusproblemen, problemen met de motoriek en luchtwegaandoeningen. Een chronische aandoening heeft invloed op het hele leven van kinderen en jongeren, ook op de participatie in onderwijs en later in arbeid. Meer kinderen

zullen daardoor langdurige, vaak intensieve en complexe zorg nodig hebben en in het speciaal onderwijs en Wajong terecht kunnen komen.

### **Overgewicht en alcoholgebruik blijven belangrijke gezondheidsproblemen**

Het aantal kinderen met overgewicht lijkt de laatste jaren te zijn gestabiliseerd. Hoewel de omvang van dit gezondheidsprobleem dus niet toeneemt, blijft hij onverminderd hoog. Effectieve maatregelen om overgewicht te voorkómen of terug te dringen blijven dus belangrijk. Ook alcoholgebruik blijft een aandachtspunt. Ondanks het dalende percentage jongeren dat alcohol drinkt, blijft het aantal drinkende jongeren hoog. Bijna twee derde van de 15-jarigen drinkt, en het percentage jongeren dat weleens dronken wordt, is de afgelopen twintig jaar toegenomen. Ook het aantal jongeren dat extreem veel drinkt is toegenomen.

### **Grotere omvang risicogroepen leidt mogelijk tot meer gezondheidsproblemen**

Sommige maatschappelijke ontwikkelingen zullen de omvang van risicogroepen naar verwachting doen stijgen. Veranderingen in de gezinssamenstelling en afname van de gemiddelde gezinswelvaart zijn hier voorbeelden van. In 2011 groeiden ruim 500.000 kinderen op in een eenoudergezin; ook zijn er steeds meer samengestelde gezinnen. Door een afname van het welvaartsniveau als gevolg van de economische crisis groeien meer kinderen op in minder welvaart of zelfs in armoede. Gezien het feit dat gezondheidsproblemen vaker voorkomen in risicogroepen, is het aannemelijk dat de omvang van gezondheidsproblemen in de toekomst zal toenemen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn voor ongezond gedrag (roken, alcoholgebruik en overgewicht), gedragsproblemen (ADHD, spijbelen, pesten), depressie, sociale uitsluiting en kindermishandeling. Gezondheidsproblemen zijn echter afhankelijk van meerdere factoren; we weten dus niet in hoeverre de genoemde ontwikkelingen daadwerkelijk zullen leiden tot een toename van gezondheidsproblemen.

### **Toenemend gebruik sociale media kan leiden tot meer gezondheidsproblemen**

Ook het toenemend gebruik van sociale mediadoor kinderen en jongeren kan gevolgen hebben voor de gezondheid. Problematisch internetgebruik komt nu nog bij relatief weinig jongeren voor, maar dat zou de komende jaren weleens flink kunnen toenemen. Daarmee wordt het risico op gezondheidsproblemen, zoals game- of internetverslaving, cyberpesten, online seksueel overschrijdend gedrag en slaapproblemen, groter. Het toenemende sociale mediagebruik biedt aan de andere kant ook kansen voor gezondheidswinst. Sociale media kunnen bijvoorbeeld door hulpverleners worden ingezet als kanaal om de jeugd te bereiken met preventiebodschappen.

## **9.2 De jeugdgezondheidszorg**

### **JGZ heeft zeer hoog bereik**

In het eerste levensjaar heeft de JGZ contact met nagenoeg 100% van de kinderen. Gemiddeld ziet de JGZ 93% van alle kinderen van 0-4 jaar op regelmatige basis. Ook daarna blijft het bereik hoog; in de basisschoolperiode en op het voortgezet onderwijs is het bereik ongeveer 90 procent.

### **De JGZ werkt deels wel en deels niet op uniforme wijze**

Voor de landelijk gecoördineerde activiteiten werkt de JGZ op uniforme wijze, dus met hetzelfde screenings- en vaccinatieaanbod. Bij de andere JGZ-activiteiten wordt niet altijd uniform gewerkt. Zo is er bijvoorbeeld geen uniformiteit in type signaleringsinstrumenten en afkappunten om psychosociale gezondheid te meten. Ook de registratie van gegevens in het Digitaal Dossier JGZ (DD-JGZ) kan verschillen. Via het traject Jeugd in Beeld wordt een uniforme registratie van gezondheidsproblemen via het DD-JGZ nagestreefd, de monitorgegevens op termijn te aggregeren zullen zijn tot een landelijk beeld.

### **Binnen de JGZ steeds meer zorg op maat mogelijk**

Het groeiend aantal JGZ-richtlijnen draagt bij aan kwaliteitsverbetering van de JGZ. De richtlijnen stimuleren JGZ-professionals om effectief, efficiënt en uniform te werken, en om de samenwerking met andere zorgverleners goed te regelen. Door de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen en de actualisatie van bestaande richtlijnen (onder andere op het terrein van pesten, kindermishandeling, ADHD, angst, depressie en opvoedondersteuning) speelt de JGZ in op de huidige ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de jeugd. De inzet op kwaliteitsverbetering van de JGZ is ook merkbaar via het traject Jeugd in Beeld. De JGZ werkt met min of meer vaststaande contactmomenten, maar werkt in aanvulling daarop ook op verzoek van ouders, school of kinderopvang. Er zijn steeds meer mogelijkheden voor zorg op maat binnen de JGZ, zoals extra contactmomenten voor hoogrisicokinderen en minder contactmomenten voor laagrisicokinderen (flexibilisering). Ook kan het adolescentencontactmoment meer of minder intensief ingevuld worden, afhankelijk van de behoeften van de doelgroep.

### **JGZ heeft niet altijd goed zicht op vervolgtraject van JGZ-activiteiten**

De JGZ kan alleen goed functioneren als de samenwerking binnen de zorgketen goed is. De JGZ verwijst rechtstreeks naar huisarts of Bureau Jeugdzorg en kan ook rechtstreeks naar andere zorgverleners verwijzen. Terugkoppeling van informatie uit de zorgketen naar de JGZ is van groot belang. In de praktijk gebeurt dit voor sommige activiteiten echter niet vanzelfsprekend. Voor de landelijk georganiseerde of ondersteunde activiteiten (hielprik, neonatale gehoorscreening en het Rijksvaccinatieprogramma (RVP)) is wel goed zicht op het vervolgtraject. Daarbij worden testuitslagen, vervolgtraject en terugkoppeling landelijk geregistreerd.

### **Effectiviteit belangrijke JGZ-activiteiten gunstig**

Van verschillende JGZ-activiteiten is bekend dat ze tot veel gezondheidswinst leiden. Het gaat dan met name om het RVP, de hielprikscreening, screening op aangeboren hartafwijkingen, screening op heupdysplasie, neonatale gehoorscreening en preventie van wiegendoed. Deze activiteiten voorkomen gezondheidsproblemen of helpen deze vroegtijdig te herkennen, waardoor een (preventieve) interventie erger kan voorkomen. Cijfers over de effectiviteit van het gehele traject van vroeg opsporen, adviseren en vervolginterventies bij problemen ontbreken echter.

### **Kosteneffectiviteit JGZ naar verwachting gunstig**

De kosteneffectiviteit van de JGZ als geheel is niet bekend, omdat er nog geen gedegen onderzoek met langetermijnschattingen is uitgevoerd. Schattingen laten gunstige resultaten zien. Ook is al aangetoond dat effectieve preventieve interventies over het algemeen kosteneffectief zijn. Dit geldt hoogstwaarschijnlijk eveneens voor de JGZ als geheel.

## 9.3 Gezondheid en jeugdgezondheidszorg

### **JGZ richt zich op de meeste gezondheidsproblemen met hoge ziektelast**

Door de in dit rapport gesignaleerde gezondheidsproblemen naast de JGZ-activiteiten te leggen, kunnen we iets zeggen over de vraag of de JGZ zich op de belangrijkste gezondheidsproblemen richt. Dat kunnen problemen met een hoge ziektelast of veelvoorkomende (minder ernstige) problemen zijn. We constateren dat de JGZ zich richt op de meeste gezondheidsproblemen met een hoge ziektelast. Dat zijn bijvoorbeeld aangeboren hartafwijkingen, licht verstandelijke beperking, astma, eczeem, privé-ongevallen en angststoornissen. De rol van de JGZ bij algemene lichamelijke klachten (hoofdpijn, buikpijn, vermoeidheid en dergelijke) is echter beperkt. Op individueel niveau ligt dit voor de hand, omdat kinderen met dergelijke klachten in principe bij de huisarts terecht komen. De rol van de JGZ bij algemene lichamelijke klachten zou echter met name op scholen groter kunnen zijn. Algemene lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, buikpijn en vermoeidheid, kunnen namelijk een signaal zijn voor achterliggende psychosociale problematiek die tot schoolverzuim leidt.

### **JGZ signaleert en adviseert vooral rondom fysieke en psychosociale gezondheid**

De JGZ heeft een preventieve en signalerende rol rondom de fysieke en psychosociale gezondheid van kinderen en jongeren. Gedragsproblemen zijn vaak al op jonge leeftijd herkenbaar. De JGZ kan bij problemen doorverwijzen of geeft bij lichte problematiek zelf opgroei- en opvoedondersteuning. Ook bij lichamelijke aandoeningen heeft de JGZ vooral een signalerende en adviserende rol. Het gaat dan onder meer om het screenen op aandoeningen (waaronder stofwisselingsziekten, hartafwijkingen, visus- en gehoorproblemen) en om het geven van advies over omgaan met een aandoening (waaronder astma of eczeem).

### **Rol van JGZ bij aanpak van ongezonde leefstijl is beperkt**

De rol van de JGZ bij het bevorderen van een gezonde leefstijl en bij het signaleren en verminderen van een ongezonde leefstijl is beperkt. De JGZ vraagt bij het 10- en 13-jarigenconsult naar de leefstijl en geeft voorlichting over de gevolgen van een ongezonde leefstijl. Voor de aanpak van overgewicht bestaat het Overbruggingsplan overgewicht. Dit wordt veel gebruikt, maar heeft nog niet de gewenste effecten laten zien in een lagere BMI (Body Mass Index) of een verbeterd voedings- en beweeggedrag. Bij de aanpak van een ongezonde leefstijl werkt de JGZ vooral samen met andere partijen. Het toenemende (problema- tisch) gebruik van sociale media door kinderen en jongeren en de mogelijke gezondheidsgevolgen daarvan lijken nog geen speerpunt te zijn voor de JGZ, maar de JGZ maakt steeds meer gebruik van de kansen ervan door sociale media te integreren als instrument bij de zorg- en adviestaken. Veel GGD'en (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) zijn momenteel bezig het JGZ-adolescentcontact voor 15/16-jarigen in te voeren: een geschikte leeftijd om risicovol gedrag te signaleren. Dit vergroot wellicht de rol van de JGZ bij de aanpak van een ongezonde leefstijl. Dit contactmoment biedt ook kansen om alert te zijn op aanwijzingen voor game- of internetverslaving, cyberpesten, online seksueel overschrijdend gedrag en slaapproblemen.

### **JGZ signaleert problemen in gezin, maar rol bij schoolomgeving is beperkt**

De JGZ speelt een belangrijke rol in de signalering van problemen in het gezin, waaronder kindermishandeling. Mede gezien het groeiende aantal gesignaleerde gevallen is preventie en een goede aanpak bij kindermishandeling van groot belang. De JGZ zou hierin een grotere rol kunnen spelen door middel van

opvoedondersteuning Ransom schoolgerelateerde gezondheidsproblemen, zoals pesten, spijbelen en schoolverzuim, is de rol van de JGZ beperkt. Hierbij spelen ouders en gezondheidsprofessionals op school of in de wijk een grotere rol dan de JGZ; de JGZ werkt vooral met hen samen of kan hen ondersteunen. Het 15/16-jarigen contact lijkt een goed moment om in te gaan op problemen op school of (toekomstig) werk.

### **Groeiende groep risicokinderen vraagt om extra aandacht vanuit JGZ**

Omdat gezondheidsproblemen vaker voorkomen bij sociaaleconomische risicogroepen zijn zij een relevante doelgroep voor collectieve preventie. Gezien de groeiende omvang van risicogroepen bij jeugd en de daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen is ook extra aandacht van de JGZ voor deze groepen van groot belang. In individuele JGZ-contacten kan dit via extra contacten, afgestemd op de vraag en behoefte van ouders en kinderen. Ook kan het adolescentenconsult hierop inspelen door het bijvoorbeeld intensiever in te zetten op het vmbo (vaak op 14/15-jarige leeftijd) dan op het vwo (vaak op 15/16-jarige leeftijd). Andere risicogroepen voor gezondheidsproblemen later in de jeugd zijn te vroeg geboren kinderen en kinderen met een licht verstandelijke beperking. De JGZ houdt de gezondheid(sgevolgen) van deze risicokinderen extra goed in de gaten, in elk geval tot het vierde levensjaar in nauwe afstemming met andere zorgverleners. De JGZ zal rekening moeten houden met een mogelijke groei van deze risicogroep, ook in relatie tot de veranderende regelingen rond passend onderwijs.

## **9.4 Kansen voor praktijk, beleid en onderzoek**

### **Kansen voor de praktijk (JGZ)**

#### **Behoud het goede**

De meest voor de hand liggende, maar daarom niet minder belangrijke kans voor de JGZ is om de sterke kanten, de unieke waarde van de JGZ, te bewaken en te behouden: alle kinderen in beeld hebben vanuit een integrale sociaal-medische benadering door middel van vaccinaties, screenings, monitoring, vroegsignalering, voorlichting en laagdrempelige persoonlijke contacten met ouders en kinderen. Deze activiteiten vormen het fundament van de JGZ, en zorgen voor veel gezondheidswinst. Ook het feit dat de JGZ de gezondheid van kinderen en jongeren benadert vanuit de gezonde ontwikkeling is een kenmerk dat de JGZ gezien de uitgangspunten van de Stelselwijziging jeugd zeker zou moeten behouden. Een goede relatie met ouders blijft belangrijk en wordt alleen maar belangrijker in het kader van de Stelselwijziging, omdat ouders de basis vormen voor het versterken van de eigen kracht. Hier ligt een kans voor de JGZ om meer in te zetten op opvoedondersteuning, in samenwerking met de professionals die zich hier al mee bezig houden.

#### **Breid zorg op maat verder uit**

De JGZ heeft in de basis een aanbodgerichte werkwijze via vaste contactmomenten met waar nodig extra consulten. De JGZ zou nog meer dan nu vraaggericht kunnen werken. Dit past bij de toenemende aandacht voor het versterken van eigen kracht van kinderen en jongeren en hun ouders, bijvoorbeeld door binnen de school, het CJG of in de wijk makkelijker toegankelijk te zijn. Sociaaleconomische risicogroepen zijn ook voor de JGZ een belangrijke doelgroep.

### **Investeer in gezonde leefstijl**

Het stimuleren van een gezonde leefstijl kan veel gezondheidswinst opleveren, omdat dit een determinant is van diverse gezondheidsproblemen. Sociaaleconomische risicogroepen vertonen vaak meerdere vormen van ongezond gedrag, met name te weinig bewegen, ongezond eten, overgewicht, roken, onveilig seksueel gedrag en (problematisch) mediagebruik. Zij zijn hierin dus een specifieke doelgroep. Aandacht voor gemeenschappelijke determinanten van die leefstijlproblemen lijkt daarbij kansrijk, mogelijk door het versterken van weerbaarheid van jongeren ('nee' durven zeggen, omgaan met groepsdruk). In de reguliere individuele contactmomenten kan de JGZ hier extra alert op zijn. Bij het beïnvloeden van leefstijl past echter ook een collectieve aanpak in de directe leefomgeving van het kind. Dit betekent dat samenwerking met partijen die zich bezighouden met collectieve gezondheidszorg hierin ook belangrijk is. Een goed beeld van universele en selectieve preventie-activiteiten en –partijen kan de JGZ helpen om te bepalen hoe ze daarop kan aansluiten.

### **Versterk de rol van de JGZ op school**

De JGZ vormt een schakel tussen de directe leefomgeving van een kind (gezin, school, wijk) en de eerstelijns- of gespecialiseerde zorg. De verbinding met de leefomgeving krijgt tot nu toe vooral vorm via contact met scholen (reguliere contactmomenten en Zorg- en Advies Teams: ZAT). De 'schakelpositie' biedt een kans voor de JGZ om een meer proactieve rol te vervullen binnen de leefomgeving. Ze kan de zorg nog dichter bij huis aanbieden door fysiek aanwezig te zijn binnen school en wijk, bijvoorbeeld door een spreekuur op school te organiseren in plaats van binnen een GGD-gebouw. Daarmee is de JGZ voor jongeren meer toegankelijk en kan zij een rol spelen in het voorkomen van schoolverzuim. Ook krijgt de JGZ daarmee meer inzicht in welk type gezondheidsklachten gerelateerd is aan schoolverzuim. De invoering van het adolescentencontactmoment is vanuit dit perspectief een waardevolle aanvulling. Ook zou de JGZ, samen met school, GGD en andere partijen, een rol kunnen spelen in preventieve programma's die op school worden aangeboden, zoals voorlichting over middelengebruik, seksueel gedrag of gezonde voeding, of antipestprogramma's.

### **Versterk de rol van de JGZ als beleidsadviseur**

De JGZ heeft nu vooral een individuele benadering van kinderen en jongeren (dat geldt vooral voor 0-4-jarigen) en zit daarmee dicht tegen geïndiceerde preventie aan (vroegsignalering van problemen). De JGZ kan haar rol als beleidsadviseur voor gemeenten, maar ook bijvoorbeeld op school versterken. Zo zou de JGZ mee kunnen denken over het beleid rondom een gezonde school, zoals de fysieke inrichting van de schoolomgeving of het aanbod van de schoolkantine of gedragsregels voor preventie van pesten. Ook in een voorschools stadium kan de JGZ een rol hebben bij de ontwikkeling van kinderen via de peuterspeelzaal of kinderdagverblijf. Om de rol als beleidsadviseur voor gemeenten en op scholen goed vorm te kunnen geven is een individu-overstijgende blik, oftewel een meer collectieve blik van groot belang. Dit is dus een nieuwe uitdaging voor de JGZ, vooral in relatie tot leefstijl en psychosociale gezondheidsproblemen. Sociale media bieden kansen voor de JGZ en andere partijen om kinderen en jongeren meer vanuit een collectieve benadering te bereiken.

### **Uniforme monitorgegevens van groot belang voor beleidsadvies**

Het DD-JGZ biedt kansen om als input te dienen voor het ontwikkelen van beleid, al dan niet gekoppeld aan de gegevens in de GGD-monitors Jeugdgezondheid. De trajecten Jeugd in Beeld en de harmonisatie van de GGD-monitors Jeugdgezondheid proberen deze bronnen bruikbaar te maken als lokaal en

landelijk overzicht voor de jeugdgezondheid. Dit vraagt om een uniforme registratie van jeugdgezondheid en daarmee een eenduidige classificatie van gezondheid en ziekte. Een classificatiesysteem waarmee gezondheid, gedrag, ziekte en functioneren van kinderen in samenhang met risicofactoren, beschermende factoren en de leefomgeving beschreven kunnen worden, kan helpen om kinderen meer vanuit een integrale blik te benaderen. Niet op diagnoses (etiketjes) gericht, maar op een breed beeld van gezondheid en welzijn.

### **Transitie jeugdzorg en jeugd-ggz biedt kansen voor betere ketenzorg**

De overheveling van de jeugdzorg en jeugd-ggz naar gemeenten biedt kansen om tot een betere keten van preventie naar zorg te komen. Eerder ingrijpen met lichte hulp kan mogelijk tot gezondheidswinst leiden, doordat ernstige gezondheidsproblemen voorkomen kunnen worden. Dit voorkomt onnodige medicalisering en doorverwijzing naar zwaardere zorg. De JGZ kan een belangrijke bijdrage leveren in het normaliseren van de gezondheid van kinderen, bijvoorbeeld door dit zelf te op te pakken tijdens de consulten of als onderdeel van een eerstelijnszorgnetwerk of binnen een CJG. Voor lichtere problematiek kan de JGZ zelf mogelijk een grotere rol vervullen, bijvoorbeeld in de vorm van opvoedondersteuning en preventieve interventies (waaronder ziekteverzuimbegeleiding). Intensieve samenwerking tussen alle betrokken partijen (JGZ, jeugdzorg, jeugd-ggz, licht pedagogische hulp, huisarts en andere eerstelijnszorg) wordt door de Stelselwijziging jeugd nog belangrijker dan nu. Afstemming over mogelijke zorgcoördinatie en taakdifferentiatie voor verschillende beroepsgroepen is daarbij van groot belang. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van (sociale) wijkteams of binnen een CJG. De mate waarin ernstige gezondheidsproblemen daadwerkelijk voorkomen worden als gevolg van de Stelselwijziging jeugd is nog niet in te schatten.

### **Verruim de blik van gezondheid naar participatie**

Gezondheid wordt steeds meer (mede) beoordeeld op grond van de mate waarin een kind of jongere kan participeren in de maatschappij. Voor kinderen met een chronische aandoening is dit een heel belangrijk aspect. Gezien de verwachte groei van het aantal kinderen met een chronische aandoening zal participatie alleen maar belangrijker worden. De ontwikkeling van Passend Onderwijs is een concreet voorbeeld van het toenemende belang van participatie. Deze ontwikkeling biedt kansen voor de JGZ om in te spelen op het toenemend belang van participatie. De JGZ kan bijvoorbeeld scholen en ouders meer adviseren over hoe om te gaan met kinderen met bepaalde gezondheidsproblemen. Het adolescentencontactmoment kan in dat kader ook aandacht besteden aan school/beroepskeuze van jongeren met bepaalde gezondheidsproblemen ('jeugdarts als bedrijfsarts').

## **Kansen voor beleid**

### **Sociaaleconomische risicogroepen belangrijke doelgroep voor beleid**

Deze Verkenning bevestigt opnieuw dat gezondheidsproblemen vaker voorkomen bij sociaaleconomische risicogroepen. Dat geldt zowel voor psychosociale problemen en problemen in de sociale omgeving (gezin en school) als voor leefstijlproblemen. Ook bij de jeugd zijn sociaaleconomische risicogroepen dus een belangrijke doelgroep voor gezondheidsbeleid. Hierbij lijkt een integrale aanpak van (preventie van) gezondheidsproblemen het meest effectief, dat wil zeggen beleid gericht op zowel de sociale en fysieke leefomgeving als op het gedrag van de doelgroep. Het gezin, de school en de wijk zijn belangrijke settings voor een integrale aanpak bij kinderen en jongeren.



### **Stimuleer samenwerking tussen landelijke partijen**

De Stelselwijziging jeugd maakt versterking van de samenwerking van de JGZ met jeugdzorg noodzakelijk. Op landelijk niveau zijn hier het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) belangrijke samenwerkingspartners. Op een aantal terreinen weten deze partijen elkaar al te vinden, maar die samenwerking zou nog sterker vormgegeven kunnen worden. Er liggen met name kansen in het verbeteren van ketenzorg. Daarnaast kan de JGZ een grotere rol spelen bij universele preventie (voor alle kinderen en jongeren) en selectieve preventie (voor risicogroepen) in de directe leefomgeving van kinderen en jongeren. In dit kader kan versterking van de samenwerking op landelijk niveau tussen het NCJ en het RIVM/Centrum Gezond Leven (CGL) van meerwaarde zijn. Hier liggen niet alleen kansen voor multidisciplinaire richtlijnen, maar ook voor het stimuleren van een integrale aanpak van ongezonde leefstijl op school en in de wijk.

### **Faciliteer structurele basisinformatie voor jeugd(gezondheids)beleid**

Zowel de JGZ als lokale en landelijke beleidsmakers hebben baat bij een uniform, breed en (lokaal én landelijk) representatief beeld van de gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd. Deze informatie is nodig als basis voor beleid rondom de jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp. Naast gemeenten en de landelijke overheid heeft ook de JGZ zelf hier mee te maken, gezien haar rol als adviseur voor het lokale gezondheidsbeleid. Deze Verkenning geeft voor het eerst een representatief en breed overzicht van de gezondheid van de Nederlandse jeugd. Om structureel basisinformatie te kunnen bieden voor landelijke (en lokale) beleidsontwikkeling is het wenselijk om jeugdgezondheid op te nemen als onderdeel van of aanvulling op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

## **Kansen voor onderzoek**

### **Investeer in onderzoek naar (kosten)effectiviteit van de JGZ**

Informatie over effectiviteit van JGZ-activiteiten is noodzakelijk om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit van de JGZ. Van een aantal JGZ-activiteiten is de gezondheidswinst aangetoond, maar voor veel activiteiten is dat nog niet het geval. Ook het zicht op de meerwaarde van JGZ-activiteiten naast activiteiten van huisarts, school of andere professionals die zich met vroegsignalering en advies bezighouden ontbreekt soms. Dat geldt ook voor cijfers over de effectiviteit van het gehele JGZ-traject bij een specifiek gezondheidsprobleem, van vroeg opsporen en adviseren tot verwijzen en (preventieve) zorg. Uniforme registratie in het DD-JGZ kan helpen om beter inzicht in het gehele traject te krijgen. Uitdagingen voor onderzoek liggen onder meer in de vraag of vroeg opsporen en licht behandelen (bij een grote groep) kosteneffectiever is dan later ontdekken en zwaarder behandelen (bij een kleinere groep).

### **Investeer in een efficiënte JGZ**

Naast inzicht in de effectiviteit kan ook inzicht in de efficiëntie van de JGZ-activiteiten helpen om de JGZ verder te professionaliseren. Een effectieve én efficiënte inzet van activiteiten draagt bij aan een kosteneffectieve JGZ. Bij onderzoek naar efficiëntie passen vragen als: "Bij welke leeftijdsgroepen heeft vroegopsporing wel of geen zin?", "In welke leeftijdsgroepen spoort de JGZ nog nieuwe kinderen met gezondheidsproblemen op?", of: "Op welke leeftijden zijn vaste contactmomenten het meest zinvol?".

### **Monitor de gezondheidseffecten van de Stelselwijziging jeugd**

Monitoring, proces- en effectonderzoek is nodig om te weten in hoeverre het doel van de Stelselwijziging jeugd doel bereikt wordt, namelijk het voorkomen dat lichte gezondheidsproblemen uitgroeien tot ernstige gezondheidsproblemen. Voor de JGZ is het belangrijk om inzicht te krijgen in de processen waar zij als gevolg van de Stelselwijziging mee te maken krijgt. Dat zal vooral gerelateerd zijn aan de samenwerking met andere partijen. Voor de JGZ zijn relevante vragen: “Hoe beïnvloedt de Stelselwijziging het JGZ-traject van vroegsignalering, advisering, verwijzen en (preventieve) zorg?” “Zijn er verschillen in verwijspatronen, in bekendheid met andere partijen of in terugkoppeling/uitwisselen van informatie?” “Wat zijn knelpunten en kansen in de samenwerking als gevolg van de Stelselwijziging?” En: “Wat zijn de gevolgen voor ouders en kinderen?”

### **Kansen voor een structurele jeugd-VTV**

#### **Lokale databronnen beschikbaar met potentie voor landelijk overzicht**

De huidige ontwikkelingen op het gebied van regionale en lokale informatievoorziening bieden kansen om in een volgende jeugd-VTV tot een meer uniform, representatief en breed overzicht van de jeugdgezondheid te komen. Deze eerste Verkenning jeugdgezondheid is gebaseerd op meerdere databronnen, maar deze hadden zowel apart als in combinatie enkele beperkingen. Ze zijn niet altijd voldoende representatief voor de hele Nederlandse jeugd, dekken niet alle gezondheidsproblemen of leeftijdsgroepen en/of bieden onvoldoende informatie over de gezondheid in relatie tot determinanten (zoals leefstijl en risicogroepen) en trends in de tijd. Bovendien zijn ze niet goed onderling vergelijkbaar (zie ook Bijlage 3). Er zijn verschillende lokale databronnen beschikbaar die de potentie hebben om op geaggregeerd niveau een landelijk overzicht van de jeugdgezondheid te bieden. Deze databronnen waren nog niet bruikbaar voor deze eerste Verkenning jeugdgezondheid. Het gaat om het DD-JGZ en de GGD-jeugdgezondheidsmonitor. . Koppeling van deze twee databronnen kan zicht geven op de gezondheidsontwikkeling van kinderen in relatie tot hun sociale en fysieke omgeving. Een klein aantal GGD'en heeft deze koppeling al gemaakt. Voor een landelijk beeld is het echter noodzakelijk dat alle GGD'en deze koppeling maken.

#### **Systematische selectie van gezondheidsthema's van belang**

Wil de jeugd-VTV beleidsrelevante informatie opleveren, dan is het noodzakelijk dat beleidsmakers en professionals het eens zijn over de gezondheidsthema's die een jeugd-VTV minimaal zou moeten bevatten, of op zijn minst over criteria voor de selectie van gezondheidsthema's. We hebben in deze Verkenning jeugdgezondheid een breed spectrum van gezondheidsproblemen en determinanten beschreven om de gezondheid van de jeugd in de volle breedte te belichten en te laten zien hoe breed het werkveld van de JGZ is. Bij de selectie van gezondheidsthema's is weliswaar rekening gehouden met een aantal criteria (zie Bijlage 2), maar de selectie is niet gebaseerd op expliciete overeenstemming tussen professionals en beleidsmakers over inclusiecriteria. Voor een structurele jeugd-VTV is dat wel van belang. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden in structurele gezondheidsthema's en incidentele actuele gezondheidsthema's. Afstemming met de reguliere VTV en met regionale jeugd-VTV's is vanzelfsprekend ook essentieel. De adviescommissies (zie Bijlage 1) hebben een aantal gezondheidsthema's genoemd die niet in deze eerste Verkenning zijn opgenomen, maar die volgens hen wel beleidsrelevant zijn (zie Bijlage 2). Deze suggesties kunnen als input dienen voor een volgende jeugd-VTV. Voor meer

systematisch verzamelde input is het zinvol om een gebruikersevaluatie van deze eerste Verkenning uit te voeren. Voor de reguliere VTV is dit ook gebruikelijk.

### **Volgende jeugd-VTV uitbreiden met toekomstprojecties**

In deze eerste Verkenning hebben we geen toekomstscenario's doorgerekend waarin we trends uit het verleden doortrekken naar de toekomst. Toekomstscenario's van de jeugdgezondheid kunnen inzicht geven in de gevolgen van de jeugdgezondheid (en determinanten daarvan) voor gezondheidsproblemen in het latere leven. Voor toekomstscenario's zijn modelberekeningen nodig, gebaseerd op trends in de tijd in de jeugdgezondheid. Dit vergt een gedegen voorbereiding en specifieke deskundigheid. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft hier vanuit de reguliere VTV al de nodige ervaring mee opgedaan en investeert de komende jaren flink in toekomstscenario's. In de Volksgezondheid Toekomstverkenning die in 2014 uitkomt, zullen toekomstprojecties gedaan worden van de gezondheid van volwassenen en wordt ook een beperkt aantal schattingen gedaan voor kinderen en jongeren. Daar zou in een volgende jeugd-VTV op voortgeborduurd kunnen worden.

### **Meer aandacht voor brede insteek zorg voor jeugd en voor fysieke omgeving**

In deze eerste Verkenning is de jeugdgezondheid uitgewerkt in relatie tot de activiteiten van de JGZ. In het licht van de Stelselwijziging jeugd lijkt het bij een eventueel vervolg op deze Verkenning jeugdgezondheid zinvol om de jeugdgezondheid in het brede perspectief van zorg voor jeugd te beschouwen (inclusief jeugdzorg en jeugd-ggz), in plaats van uitsluitend in relatie tot de JGZ-activiteiten. Daarnaast is het wenselijk om de gezondheid niet alleen te beschrijven in relatie tot de sociale omgeving, zoals in deze eerste Verkenning jeugdgezondheid, maar ook in relatie tot de fysieke omgeving. Dat geeft een meer compleet beeld van de factoren die van invloed zijn op de jeugdgezondheid. Maatschappelijke en beleidsontwikkelingen die de fysieke omgeving beïnvloeden, kunnen dan ook worden betrokken bij het doortrekken van gezondheidstrends naar de toekomst.



# Literatuur

- ActiZ. Aandacht loont. Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2011. Utrecht: ActiZ, 2012.
- Alink L, Van IJzendoorn R, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. Kindermishandeling 2010. Leiden Attachment Research Program TNO Health Child. Leiden: Universiteit Leiden en TNO, 2011.
- Allen J, Meng C. Voortijdige schoolverlaters: aanleiding en gevolgen. Rapportnummer: ROA-R-2010/9. Maastricht: Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA), 2010.
- Bakker F, Zantinge EM. Wat is seksueel gedrag? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Seksueel gedrag, 23 juni 2010.
- Bakker-Camu GJW, Lijs-Spek WJG. Notitie: 'Gebruik vragenlijsten binnen de Jeugdgezondheidszorg'. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Beirens TMJ, Van Beeck EF, Dekker R, Juttmann RE, Brug J, Raat H. Effectiviteit van veiligheidsvoorlichting op het consultatiebureau volgens de methodiek veiligheidsinformatiekaarten. TSG, 2006;84(3):41-42.
- Beirens TMJ. Home-related Injury Prevention and Safety Promotion in the Setting of Preventive Youth Health Care. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2008.
- Boere-Boonenkamp MM, Klein Ikkink AJ, Van Sleuwen BE, Baggen M, Van der Weele G, Wensing-Souren CL. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren. Huisarts Wet, 2010;53(7):S11-14.
- Boertjes MJ, Lever MS. LVG en jeugdcriminaliteit. Diemen: Expertisecentrum Jeugd zorg – Gehandicaptenzorg William Schrikker, 2007.
- Boezen HM, Postma, DS, Smit HA, Eysink PED. Wat is astma en wat is het beloop? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <[Gezond opgroeien](http://www.nationaal-</a></p></div><div data-bbox=)

- kompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Ademhalingswegen\Astma, 7 maart 2013.
- Boomsma LJ, Daemers DOA, Van Balen JAM, Bast MC, Kiezebrink IJJ, Meijer LJ, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak Miskraam. *Huisarts Wet*, 2006;49(4):205-208.
- Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Irwin JR, Wachtel K, Cicchetti DV. The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *J Pediatr Psychol*, 2004;29(2):143-55.
- Brouwers-de Jong EA, Burgmeijer RJF, Merkkx, JAM. *Ouder-en kindzorg: basisboek voor artsen*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum, 2002.
- Bruggink JW, Van Herten M. *Weging Gezondheidsenquête, vanaf 2010*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.
- Bühning MEF, Spaans JA. In gesprek over onverklaarde lichamelijke klachten. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008.
- Buiting E, Pijpers FIM. Wijs verwijzen: van het consultatiebureau rechtstreeks naar de 2e lijn. *Medisch Contact*, 2002;19:757-758.
- Buiting E. Verwijzingen vanuit het consultatiebureau: een onderzoek naar verwijzingen vanuit het consultatiebureau en het vervolg ervan. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.
- Bulk-Bunschoten AM, Renders CM, Van Leerdam FJM, Hirasig RA. *Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg*. Amsterdam: VUmc, 2005.
- Cattaneo A, Cogoy L, Macaluso A, Tamburlini G. *Child Health in the European Union*. Triëste, Italy: European Union, 2012.
- CBO. *Knelpuntenanalyses. ZonMw programma Richtlijnen Jeugdgezondheid 2013-2018*. Utrecht: CBO, 2013.
- CBO. *Richtlijn Constitutioneel eczeem*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2006.
- CBO. *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. Utrecht, 2008.
- CBS StatLine. *Doodsoorzaken: wiegendood*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013a.
- CBS StatLine. *Gebruik medische voorzieningen t/m 2009*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010.
- CBS StatLine. *Kindersterfte/doodsoorzaken*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013b.
- CBS StatLine. *Zuigelingensterfte*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013c.
- CBS Webmagazine. *Vaker overgewicht jongeren in huishoudens met een lager inkomen*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 7 augustus 2013.
- CBS Webmagazine. *Waardering voor activiteiten consultatiebureau*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 18 juli 2005.
- CBS. *Begrippen*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013a.
- CBS. *Bevolkingsprognose 2012-2060: Langer leven langer werken*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012a.
- CBS. *Eigen berekening RIVM op basis van bij het CBS beschikbaar gestelde microdatabestanden betreffende de Gezondheidsenquête, 2011*.
- CBS. *Gezondheidsenquête vanaf 2010*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013b.

- CBS. Jaarrapport 2012. Den Haag/ Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012b.
- CBS. Landelijke Jeugdmonitor. Rapportage 2e kwartaal 2010. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010a.
- CBS. Trendrapport 2010 Landelijke jeugdmonitor. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010b.
- Coenen-van Vroonhoven EJC, Lantau VK, Van Eerdenburg-Keuning IA, Van Velzen-Mol HWM. JGZ-richtlijn Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar. Eerste herziening. Rapportnummer: 295001014. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Conyn-van Spaendonk M. Terugblik Rijksvaccinatieprogramma 2010. Rapportnummer: 215121001. Bilthoven: RIVM, 2011.
- Cornel MC. Welke factoren beïnvloeden de kans op aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Aangeboren afwijkingen\Hartvaatstelsel, 22 mei 2002.
- Crone MR, Vogels AG, Hoekstra F, Treffers PD, Reijneveld SA. A comparison of four scoring methods based on the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire as used in the Dutch preventive child health care system. BMC Public Health, 2008;8:106.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6), 2012.
- Dam P, Prinsen B. Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: ActiZ/GGD Nederland, 2013.
- Dam P. Kosteneffectiviteit van jeugdgezondheidszorg. Zoetermeer: Verdonck Klooster & Associaties B.V. in opdracht van ActiZ, 2012.
- Data Archiving and Networked Services. Gezondheidsenquête 2010, 2011. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, < <https://easy.dans.knaw.nl/ui/datasets/id/easy-dataset:54323>>, 2010.
- De Beer Y. De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking. Deventer: Kluwer, 2011.
- De Graaf H, Kruijer H, Van Acker J, Meijer S. Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Delft: Eburon, 2012.
- De Greeff SC. Wat is meningokokken C-infectie en hoe vaak komt het voor? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Infectieziekten en parasitaire ziekten\Ziekten in het Rijksvaccinatieprogramma, 7 december 2010.
- De Jong M, De Boer M, Ten Dam J, Van Helden S, De Graaf T, Roosen I. Programma Zwolle Gezonde Stad 2010-2013. Groeidocument. Zwolle: Gemeente Zwolle, GGD IJsselland en Icare, OPOZ en Lectoraat De Gezonde, 2010.
- De Wilde JA. JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar. Lisse: Artsen Jeuggezondheidszorg Nederland, 2005.
- De Winter M, Van Yperen T, Van Zeben- van der Aa T, Bezem J, Kobussen M, Leseman P, et al. Een stevig fundament. Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, 2013.
- De Wolff M, Theunissen M. Signaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen bij 0-4 jarigen in de JGZ. Leiden: TNO Child health, 2012.

- Deeg DJH. Wat is ervaren gezondheid en hoe wordt het gemeten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Functioneren en kwaliteit van leven\ Ervaren gezondheid, 22 november 2013.
- Del Valle JF, Bravo A, López M. Parents and peers as providers of support in adolescents' social network: A developmental perspective. *Journal of Community Psychology*, 2010;38:16-27.
- Den Hertog P, Stam C, Valkenberg H, Bloemhoff A, Panneman M, Klein Wolt K. Letsels en letselpreventie. Amsterdam: VeiligheidNL, 2013.
- Deurloo JA, van Rooijen K, Beckers M, Dunnink T, Verkerk PH. Een beknopte evaluatie van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO, 2012.
- Diepenhorst MC, Hollander M. Zorg voor licht verstandelijk gehandicapten: Aard en omvang van LVG-zorg. Eindrapport. Zoetermeer: Research voor Beleid, 2011.
- Doodkorte PP, Hermanns V. Dromen zijn doelen met deadlines. Spoorboekje transitie jeugdzorg. Den Haag: Transitiebureau Jeugd, Ministerie van VWS, V&J en VNG, 2012.
- Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, Stoddart GL. *Methods for economic evaluation of health care programmes*. Third edition ed. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Dubbeldam-Weststrate E, Beckers M. Scenario's voor flexibilisering in de JGZ. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012.
- Dunnink G, Lijs-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. Rapportnummer: 295001001. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Dunnink G. Advies Extra contactmoment in de leeftijdperiode 12-19 jaar. Rapportnummer: 295001007. Bilthoven: RIVM, 2009.
- Engels RCME, Kerr M, Stattin H. *Friends, Lovers and Groups: Key Relationships in Adolescence*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2007.
- Euro-Peristat. *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Parijs: Euro-Peristat with SCPE and Eurocat, 2013.
- Eurostat. *Zuigelingensterfte*. Luxemburg: Europese Commissie, 2013.
- Factsheet Stelselwijziging jeugd. Geen kind buiten spel. Den Haag: Ministeries van VWS en V&J, VNG en IPO, 2012.
- Fischer T. Onderwijsachterstand door echtscheiding? Conflicten tussen ouders en geldzaken meer van invloed dan echtscheiding zelf. *Demos, bulletin over bevolking en samenleving*, 2004;20(8):61-63.
- Geurts M, Beukers M, Van Rossum CTM. Memo: Consumptie groente, fruit, vis en een aantal nutriënten opgedeeld naar opleidingsniveau en verstedelijking. Bilthoven: RIVM, 2013.
- Gezondheidsraad. *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
- Gezondheidsraad. *Neonatale screening*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.
- Gezondheidsraad. *Richtlijnen goede voeding 2006*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006.
- Gezondheidsraad. *Voedingsnormen: energie, eiwit, vet en koolhydraten*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001.
- Gilles A, Van Hal G, De Ridder D, Wouters K, Van de Heyning P. Epidemiology of noise-induced tinnitus and the attitudes and beliefs towards noise and hearing protection in adolescents. *PLoS One*, 2013;8(7):e70297.
- Gommer AM, Conyn-van Spaendonck MAE, De Melker HE. Ziekten in het Rijksvaccinatieprogramma, voor en na introductie van vaccinatie. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas*



- Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Infectieziekten\Ziekten in het Rijksvaccinatieprogramma, 7 december 2010.
- Gommer AM, Poos MJJC, Van Baal PHM. Schatting incidentie en prevalentie op basis van huisartsenregistraties in 2007. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen, 11 mei 2009.
- Gommer M, Hoekstra J, Engelfriet P, Wilson C, Picavet S. Gehoorschade en geluidsblootstelling in Nederland – inventarisatie van cijfers. Rapportnummer: 020023001. In druk. Bilthoven: RIVM, 2014.
- Gorter A. Gehoorschade als gevolg van harde muziek: risicogedrag en misconcepties onder uitgaanspubliek. Resultaten vragenlijstonderzoek onder 130.000 bezoekers van muzieklocaties en -evenementen. Leiden: Hoorstichting, 2012.
- Gunning WB, Verhulst FC. Aandachts- en gedragsstoornissen. In: Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG, editors. Handboek psychopathologie, deel 1: basisbegrippen. Houten: Bohn Stafleu/ Van Loghum, 2004.
- Hammink A, Altenburg M, Schrijvers C. De sociale gevolgen van verslaving. Een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol- of drugsverslaving. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO), 2012.
- Handreiking gezonde gemeente. Omvang alcoholgebruik. Bilthoven: RIVM, <<http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/alcohol/cijfers-en-feiten/omvang-en-ernst/>>, 2013.
- Harbers MM, Hoeymans N. Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Rapportnummer: 010003001. Bilthoven: RIVM, 2013.
- Hekkink CF, Kuyvenhoven MM, Voorn T. Vermoede gevallen van niet-natuurlijke dood ten gevolge van mishandeling bij kinderen en jeugdigen (0-18 jaar): Een enquête onder huisartsen en jeugdartsen. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997.
- Hendriksen I, Bernaards C, Hildebrandt V. Lichamelijke inactiviteit en sedentair gedrag in de Nederlandse bevolking. In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH, editors. Trendrapport Bewegen en gezondheid 2008/2009. Leiden: TNO, 2010.
- Hildebrandt V, Bernaards C, Chorus A, Hofstetter H. Bewegen in Nederland 2000-2011. In: Hildebrandt VH, Bernaards C, Stubbe JH, editors. Trendrapport Bewegen en gezondheid 2010/2011. Leiden: TNO, 2013.
- Hille ET, Weisglas-Kuperus N, Van Goudoever JB, Jacobusse GW, Ens-Dokkum MH, De Groot L, et al. Functional outcomes and participation in young adulthood for very preterm and very low birth weight infants: the Dutch Project on Preterm and Small for Gestational Age Infants at 19 years of age. *Pediatrics*, 2007;120(3):e587-95.
- Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Rapportnummer: 270061006. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Hoeymans N, Van Baal PHM. Ziekte last in DALY's: Wat is de bijdrage van risicofactoren? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Ziekte last in DALY's, 22 maart 2010.
- Hoffman JI, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol*, 2002;39(12):1890-900.
- Hoorstichting i.s.m. Trimbos-instituut. Onderzoek onder 4000 middelbare scholieren (vmbo/havo/vwo),

- leeftijd 15/16 jaar. Den Haag/Utrecht: Nationale Hoorstichting i.s.m. Trimbos-instituut, 2012.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*, 2011;343:d4163.
- IGZ. De jeugdgezondheidszorg in beweging. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009.
- Jansen DE, Wiegersma P, Ormel J, Verhulst FC, Vollebergh WA, Reijneveld SA. Need for mental health care in adolescents and its determinants: The TRAILS Study. *Eur J Public Health*, 2013;23(2):236-41.
- Jaspers M. Prediction of psychosocial problems in adolescents. Do early childhood findings of the preventive child healthcare help? Groningen: Rijksuniversiteit, 2012.
- Kamphuis M. Huidafwijkingen. Taakomschrijving en richtlijn voor de preventie, signalering, diagnostiek, begeleiding, behandeling en verwijzing. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012.
- Kerstjens JM, De Winter AF, Bocca-Tjeertes IF, Ten Vergert EM, Reijneveld SA, Bos AF. Developmental delay in moderately preterm-born children at school entry. *J Pediatr*, 2011;159(1):92-8.
- Kinderombudsman. De Kinderrechtenmonitor 2013. Den Haag: Afdeling Jeugdrecht Universiteit Leiden, CBS, 2013.
- Kist-van Holthe JE, Beltman M, Bulk-Bunschoten AMW, L'Hoir MP, Kuijpers T, Pijpers F, et al. Overgewicht Preventie, signalering, interventie en verwijzing. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012.
- Kist-van Holthe JE, Boere-Boonenkamp MM, Fleuren MAH, Hafkamp-de Groen E, HiraSing RA, Kamphuis M, et al. Programmeringsstudie 2012. Amsterdam: VUmc, 2013.
- KNMG. Versterking medische zorg aan jeugdigen. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, in samenwerking met: AJN, LHV, NCJ, NVK en NVvP, 2013.
- Konijn C, Cavelaars E, Boendemaker L. Effectieve interventies bij jongens met een gedragsstoornis. In: Konijn C, editor. Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2003.
- Kramer SE, Smits JCM, Goverts ST, Festen JM, Meuwese-Jongejugd J. Wat zijn gehoorstoornissen en wat is het beloop? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Zenuwstelsel en zintuigen\Gehoorstoornissen, 18 februari 2013.
- Kruizinga I, Jansen W, de Haan CL, van der Ende J, Carter AS, Raat H. Reliability and validity of the Dutch version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *PLoS One*, 2012;7(6):e38762.
- Kruizinga I. Kwaliteit van de BITSEA en de KIPPI. Het VEST-onderzoek. Rotterdam: Erasmus MC, 2012.
- Kuunders MMAP, Van Laar MW. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Alcoholgebruik, 24 maart 2010.
- Kuunders MMAP, Van Laar MW. Wat zijn de mogelijke oorzaken van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Alcoholgebruik, 30 maart 2009.
- Lanting CI, Fleuren M, Broekhuizen K. Kennisname en gerapporteerd gebruik van JGZ-richtlijnen gepubliceerd vóór 2012. Leiden: TNO, 2013a.
- Lanting CI, Heerdink-Obenhuijsen N, Wagenaar-Fischer MM, Van Gameren-Oosterom HBM, Breuning-Boers JM, Mohangoo AD. Astma bij kinderen. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2011.

- Lanting CI, Rijpstra A, Verkerk PH. Monitor en evaluatie van de neonatale hielprikscreening bij kinderen geboren in 2011. Leiden: TNO, 2013b.
- Maas IAM, Jansen J. Psychische (on)gezondheid: determinanten en de effecten van preventieve interventies. Rapportnummer: 270555001. Bilthoven: RIVM, 2000.
- Martens MK, Perenboom RJM, Van der Ploeg CPB. Risicogroep analyse onder jongeren ten aanzien van blootstelling aan hard geluid. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
- Meijer S, Verhulst FC, Konijn C. Welke factoren beïnvloeden de kans op gedragsstoornissen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\Gedragsstoornissen, 19 juni 2006.
- Meijer S, Verhulst FC. Hoe vaak komt autisme voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\Autisme, 19 juni 2006a.
- Meijer S, Verhulst FC. Wat is autisme en wat zijn de gevolgen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\Autisme, 19 juni 2006b.
- Meijer S. Welke factoren beïnvloeden de kans op ADHD? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\ADHD, 19 juni 2006d.
- Meijer SA, Storm I. Integrale inzichten : Een verkenning van vijf lokale integrale gezondheidsprogramma's. Rapportnummer: 270161006. Bilthoven: RIVM, 2012.
- Meuwese-Jongejeugd J, Van Straaten HLM. Werkboek neonatale gehoorscreening. Amsterdam: VU University Press, 2008.
- Meuwissen L. E-dossier jgz leidt nog niet tot inzicht. Druk op de knop geeft informatie zonder betekenis. Medisch Contact, 2013;2:80-82.
- Mitchell SC, Korones SB, Berendes HW. Congenital heart disease in 56,109 births. Incidence and natural history. Circulation, 1971;43(3):323-32.
- Munsters JM, Wierenga H, Boere-Boonekamp MM, Semmekrot BA, Engelberts AC. Aanvullende adviezen voor veilig slapen ter preventie van wiegendood. Ned Tijdschr Geneeskd, 2013;157(8):A5568.
- NCJ & NVK. Concept-JGZ-richtlijn "Nazorg vroeg/SGA-geboorte" Utrecht, 2012.
- NCJ. Achtergrond JGZ. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013a.
- NCJ. Jeugd in Beeld. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013b.
- NCJ. Jeugdgezondheidszorg een gezonde basis. Standpunt over het Basisaanbod Preventie Jeugd. Utrecht: NCJ, ActiZ, GGD Nederland, AJN, V&VN en NVDA, 2012a.
- NCJ. Overzicht Richtlijnen. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013c.
- NCJ. Protocol Veiligheidsinformatiekaarten. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013d.
- NCJ. Richtlijnen in de Jeugdgezondheidszorg. Procedures rond ontwikkeling, implementatie en onderhoud van richtlijnen in de Jeugdgezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012b.
- NCJ. Tussenevaluatie Landelijke implementatie Richtlijnen in de JGZ 2013. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013e.

- Nikken P, Addink A. Opvoedondersteuning bij mediaopvoeding. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2011.
- NIVEL/IQhealthcare/LINH. Utrecht: Nivel, <<http://www.nivel.nl/incidentie-en-prevalentiecijfers-in-de-huisartsenpraktijk>>, 2011.
- NJi. Dossier autisme – cijfers. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013a.
- NJi. Dossier kindermishandeling – definitie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013b.
- NJi. Dossier kindermishandeling – risicofactoren. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013c.
- NJi. Dossier licht verstandelijk beperkte jeugd - cijfers. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013d.
- NJi. Dossier licht verstandelijk beperkte jeugd – definitie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013e.
- NJi. Dossier pesten – definitie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013f.
- NJi. Dossier pesten – gevolgen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013g.
- NJi. Dossier pesten – risicofactoren. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013h.
- NJi. Dossier voortijdig schoolverlaten en verzuim – definitie schoolverzuim. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013i.
- NJi. <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Classificatie-Jeugdproblemen/Classificeren-met-CAP-J/A102-Angstproblemen>. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013j.
- NJi. <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Classificatie-Jeugdproblemen/Classificeren-met-CAP-J/A103-Stemmingsproblemen>. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013k.
- NJi. <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Classificatie-Jeugdproblemen/A201-Druk-en-impulsief-gedrag>. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013l.
- NJi. Vóór veilig en veilig verder. Blijvende aandacht voor een zeer ernstige en hardnekkige problematiek. Advies aan de Kinderombudsman over de aanpak van kindermishandeling in Nederland. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2011.
- Oberon. De belevingswereld van Voortijdig Schoolverlaters. Een onderzoeksrapportage. Utrecht: Oberon, 2008.
- OCW. Kerncijfers 2008-2012. Onderwijs, cultuur en wetenschap. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2013.
- Oeseburg B, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA, Jansen DE. Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review. *Intellect Dev Disabil*, 2011;49(2):59-85.
- Oeseburg B, Jansen DE, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA. Prevalence of chronic diseases in adolescents with intellectual disability. *Res Dev Disabil*, 2010;31(3):698-704.
- Ohya Y, Williams H, Steptoe A, Saito H, Iikura Y, Anderson R, et al. Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*, 2001;117(4):852-7.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid. Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Themastudie: Voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011.
- Ouders online. Code Oranje (wees alert). Het kwetsbare vertrouwen van ouders in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: Ouders online, 2011.
- Passchier-Vermeer W, Steenbekkers JHM. Gehoorschade door popmuziek, popconcerten, houseparty's en discotheken. Rapportnummer: 2001-149. Leiden: TNO, 2001.
- Pels T, Distelbrink M, Postma L, Geense P. Opvoeding in de migratiecontext. Review van onderzoek naar de opvoeding van gezinnen van nieuwe Nederlanders. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2009.
- Pijpers F. Verantwoord gebruik van vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg. Een handreiking. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013.

- Poos MJJC, Gommer AM, Eysink PED. Rangordening van ziekten en aandoeningen bij 0- tot 15-jarigen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen, 17 maart 2012.
- Postma S. JGZ-Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Rapportnummer: 295001002. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Prinsen B, Kalthof H. Van knelpunten naar kansen. Een betere aansluiting tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg. JeugdCo, 2009;01:8-16.
- Prinsen B, L'Hoir MP, De Ruiter M, Kamphuis M, De Wolff M, Alpay L. Concept JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012.
- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst F, van der Ende J. Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. Acta Psychiatr Scand, 2009;120(3):230-8.
- Reijneveld SA, HiraSing RA. Uitvoering en organisatie van de jeugdgezondheidszorg. In: Mackenbach JP, Stronks K, editors. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Zesde, geheel herziene druk. Amsterdam: Reed Business, 2012.
- Rijksoverheid. Jongeren en alcohol. Den Haag: Rijksoverheid, <<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alcohol/jongeren-en-alcohol>>, 2013.
- Risselada A, Schoenmakers TM. Protocol voor Signalering, Screening en Kortdurende Interventie van Risicovol Alcoholgebruik bij Jongeren. Rotterdam: IVO, 2010.
- RIVM. Gehoorscreening bij pasgeborenen. Bilthoven: RIVM, <[http://www.rivm.nl/Onderwerpen/G/Gehoorscreening\\_bij\\_pasgeborenen](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/G/Gehoorscreening_bij_pasgeborenen)>, 2013.
- Roest A, Lokhorst AM, Vroman C. Sociale uitsluiting bij kinderen: omvang en achtergronden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
- Rutten-van Mólken MPMH, Uyl-de Groot CA, Rutten FFH. Van kosten tot effecten. Een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, 2010.
- Scheppink HM, ter Haar SJ, Douw KHP, Kamphuis M, Boere-Boonenkamp MM. Gebruik van de 'JGZ-richtlijn Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar'. JGZ Tijdschrift voor de jeugdgezondheidszorg 2012,44(2):26-30.
- Scheppink HM, Ter Haar SJ, Kamphuis M, Boere-Boonenkamp MM. Screening op aangeboren hartafwijkingen. GZ Tijdschrift voor de jeugdgezondheidszorg, 2012;44(2):22-26.
- Schoemaker C, De Ruiter C, Van den Berg M, Cuijpers P, De Graaf R, Ten Have M. Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2003: ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Schoemaker C, Spijker J, Penninx BW. Welke factoren beïnvloeden de kans op stemmingsstoornissen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Pyschische stoornissen\Stemmingsstoornissen, 25 september 2013.
- Schönbeck Y, Van Buuren S. Resultaten Vijfde Landelijke Groeistudie. Leiden: TNO, 2010.
- Schrijvers CTM, Schoemaker CG. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Rapportnummer: 270232001. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Smit HA, Boezen HM, Postma DS. Welke factoren beïnvloeden de kans op astma? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Ademhalingswegen\Astma, 10 maart 2006.

- Soerdjbalie-Makoe V, Bilo R, Van den Akker E, Maes A. Niet natuurlijk overlijden door kindermishandeling: gerechtelijke secties 1996-2009. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 2010;145:A2285.
- Spijker J, Schoemaker C, Penninx BW. Wat zijn stemmingsstoornissen en wat is het beloop? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Stemmingsstoornissen, 25 september 2013.
- Sprangers MAG. Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Functioneren en kwaliteit van leven\Kwaliteit van leven, 9 december 2013.
- Spruijt E. Scheidingskinderen. Overzicht van recent sociaal wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van ouderlijke scheiding voor kinderen en jongeren. Amsterdam: SWP Uitgeverij, 2007.
- Stam C, Den Hertog PC. Wat zijn letsels en vergiftigingen en welke factoren beïnvloeden de kans hierop? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Letsels en vergiftigingen, 25 september 2013.
- STIVORO. Roken. De harde feiten 2012. Den Haag: STIVORO, 2012a.
- STIVORO. Rookgedrag jongeren 2012. Den Haag: STIVORO, 2012b.
- Stoll J, Bruinsma C, Konijn C. Nieuwe cliënten voor Bureau Jeugdzorg. Beschrijving van de groep jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2003.
- Ter Bogt T, Van Lieshout M, Doornwaard S, Eijkemans Y. Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten. Twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval. Utrecht: Universiteit Utrecht en Trimbos-instituut, 2009.
- Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi Bannerman C, Opmeer BC, van Kaam AH, van Wassenaer AG, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. *Am J Obstet Gynecol*, 2011;205(4):374.e1-9.
- Theil AC, Verkerk PH, Buiting E. Snel terug naar school. *Medisch Contact*, 2007;31/32:1322-1323.
- Theunissen MH, Vogels AG, de Wolff MS, Reijneveld SA. Characteristics of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Preschool Children. *Pediatrics*, 2013; 131(2): e446-54.
- Tierolf B, Smit W. Kinderen in Tel over kindermishandeling. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2011.
- Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van SOLK en Somatoforme Stoornissen 2010. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- Uiters E, Maurits E, Droomers M, Zwaanswijk M, Verheij R, Van der Lucht F. The association between adolescents' health and disparities in school career. Submitted for publication, 2013.
- UNICEF. Child well-being in rich countries. A comparative overview. Florence: UNICEF Office of Reserach, 2013.
- USPSTF. Vision screening for children 1 to 5 years of age: US Preventive Services Task Force Recommendation statement. *Pediatrics*, 2011;127(2):340-6.
- Van den Berg M, Post NAM, Hamberg-van Reenen HH, Baan CA, Schoemaker CG. Preventie in de zorg. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Rapportnummer: 010003002. Bilthoven: RIVM, 2013.

- Van den Berg M, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Rapportnummer: 270061007. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Van den Berg M, Tan L, Joustra H. Preventie van gehoorbeschadiging door blootstelling aan muziek door jongeren. Presentatie KNO vergadering, 26 april 2013. Publicatie in voorbereiding.
- Van den Eijnden R, Vermulst A, Van Rooy T, Meerkerk GJ. Monitor internet en jongeren: Pesten op internet en het psychosociale welbevinden van jongeren. In: IVO, editor. Rotterdam, 2006.
- Van der Ploeg CPB, Rijpstra A. Monitoring van de neonatale gehoorscreening door de jeugdgezondheidszorg met definitieve diagnostiekuitkomsten over 2010. Leiden: TNO, 2012.
- Van Dorsselaer S, De Looze M, Vermeulen-Smit E. HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- Van Duin C, Stoeldraaijer L, Garssen J. Huishoudensprognose 2013–2060: sterke toename oudere alleenstaanden. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013.
- Van Eekelen JHA. Thuiszittersonderzoek Ingrado 2008-2009. Oost West - Thuis is het ook niet alles. Arnhem: Ingrado, Vereniging voor leerplicht en RMC, 2010.
- Van Eijk L, Verhage V, Noordik E, Reijeneveld M, Knorth E. TakeCare Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg. Groningen: UMCG, RUG, 2013.
- Van Gelder BM, Poos MJJC, Harbers MM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Roken, 26 september 2013.
- Van Grieken A, Renders CM, Veldhuis L, Looman CWN, Hirasing RA, Raat H. Promotion of a healthy lifestyle among 5-year-old overweight children: healthy behavior outcomes of the 'Be active, eat right' study. Submitted for publication, 2013.
- Van Grieken A, Veldhuis L, Renders CM, Borsboom GJ, van der Wouden JC, Hirasing RA, et al. Population-based childhood overweight prevention: outcomes of the 'Be active, eat right' study. PLoS One, 2013;8(5):e65376.
- Van Heerwaarden Y. De JGZ in beeld bij adolescenten. Samen bouwen aan gezondheid en gezond gedrag voor duurzame participatie van jongeren. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013.
- Van Kranen HJ, Van Raaij JMA, Van Bakel AM. Wat is de relatie tussen voeding en gezondheid? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Voeding, 26 maart 2013.
- Van Laar MW. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van drugsgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Druggebruik, 9 oktober 2012.
- Van Laar MW. Wat zijn de mogelijke oorzaken van drugsgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Druggebruik, 7 december 2010. In: Verkenning VT, editor. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2013.
- Van Leeuwen M. 20 vraag- en probleemgebieden. Wat verstaan we eronder? Hoe vaak komt het voor? Wat werkt? (Concept). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2013.
- Van Lier EA, Oomen PJ, Mulder M, Conyn-van Spaendonck MAE, Drijfhout IH, de Hoogh PAAM, et al.

- Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland. Verslagjaar 2013. Rapportnummer: 150202001. Bilthoven: RIVM, 2013.
- Van Nieuwenhuijzen M, Orobio de Castro B, Matthys W. LVG jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG, 2006.
- Van Raaij JMA, Van Bakel AM. Welke factoren beïnvloeden de voeding en het voedingsgedrag? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Voeding, 26 maart 2013. In: Verkenning VT, editor. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2013.
- Van Rijn LJ. Amblyopie dient zo vroeg mogelijk behandeld te worden. Ned Tijdschr Geneesk, 2003;147(7):316.
- Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Van de Mheen D. Monitor Internet en Jongeren 2006 – 2010. Nederlandse jongeren op internet: applicaties, (overmatig) gebruik en de relatie met middelengebruik. Rotterdam: IVO, 2011a.
- Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Van den Eijnden RJM, Van de Mheen D. Online video gameverslaving. Rotterdam: IVO, 2011b.
- Van Rooij AJ, Schoenmakers TM. Monitor Internet en Jongeren 2010 – 2012. Het (mobiele) gebruik van sociale media en games door jongeren. Rotterdam: IVO, 2013.
- Van Rooij T, Van den Eijnden R. Monitor Internet en Jongeren 2006 en 2007. Ontwikkelingen in internet-gebruik en de rol van opvoeding. Rotterdam: IVO, 2007.
- Van Rossum CTM, Fransen HP, Verkaik-Kloosterman J, Buurma-Rethans EJM, Ocké MC. Dutch National Food Consumption Survey 2007-2010. Diet of children and adults aged 7 to 69 years. Rapportnummer 350050006. Bilthoven: RIVM, 2011.
- Van Straaten HLM, Van Dommelen P, Verkerk P. Jaarverslag neonatale gehoorscreening in de Neonatale Intensive Care Units 2011. Leiden: TNO, 2012.
- Van Straaten HLM, Van Dommelen P, Verkerk PH. Jaarverslag neonatale gehoorscreening in de Neonatale Intensive Care Units 2010. Leiden: TNO, 2011.
- Van 't Land H, Schoemaker C, De Ruitter C. Trimbos zakboek psychische stoornissen. Tweede, herziene en uitgebreide druk. Utrecht: De Tijdstroom, 2008.
- Van Wieringen JCM, Van Wieren S. Jeugdgezondheidszorg. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Publieke gezondheidszorg\Jeugdgezondheidszorg, 5 april 2011.
- Van Wieringen JCM. Standpunt Beweegstimulering door de jeugdgezondheidszorg. Rapportnummer 295002001. Bilthoven: RIVM, 2009.
- VeiligheidNL. Cijfers privé-, sport- en arbeidsongevallen 0-19 jaar. Amsterdam: VeiligheidNL, 2013.
- VeiligheidNL. Protocol Veiligheidsinformatiekaarten. Amsterdam: VeiligheidNL, 2013.
- Verdurmen J, Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Lokman S, Vermeulen-Smit E, Vollebergh W. Jeugd en riskant gedrag 2011: Kerngegevens uit het Peilstationonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
- Verloove-Vanhorick SP, Reijneveld SA. Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. TSG, 2007;85(7):371-3.
- Visscher TLS, Van Bakel AM, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\



Persoonsgebonden\Overgewicht, 25 september 2013a.

Visscher TLS, van Bakel AM, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\ Persoonsgebonden\Overgewicht, 25 september 2013b.

Voedingscentrum. Rapportage consultatieronde vitamine D-suppletieadviezen (inclusief vitamine K). Den Haag: Voedingscentrum, 2011a.

Voedingscentrum. Richtlijnen voedselkeuze. Den Haag: Voedingscentrum, 2011b.

Voedingscentrum. Voeding van zuigelingen en peuters. Uitgangspunten voor voedingsadvisering voor kinderen van 0-4 jaar. Den Haag: Voedingscentrum, 2007.

Vogel I, Brug J, Van der Ploeg CP, Raat H. Adolescents risky MP3-player listening and its psychosocial correlates. Health Educ Res, 2011;26(2):254-64.

Vogel I, Brug J, Van der Ploeg CP, Raat H. Discotheques and the risk of hearing loss among youth: risky listening behavior and its psychosocial correlates. Health Educ Res, 2010;25(5):737-47.

Vogel I, Van de Looij-Jansen PM, Mieloo CL, Burdorf A, De Waart F. Risky music-listening behaviors and associated health-risk behaviors. Pediatrics, 2012;129(6):1097-103.

Vogel I, Verschuure H, van der Ploeg CP, Brug J, Raat H. Adolescents and MP3 players: too many risks, too few precautions. Pediatrics, 2009;123(6):e953-8.

VWS, V&J en VNG. Conceptwetsvoorstel Jeugdwet. Memorie van toelichting. Den Haag: Ministerie van VWS en V&J, en VNG, 2012.

VWS. Alles is gezondheid. Het Nationaal Programma Preventie 2014 - 2016. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013a.

VWS. Beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel'. Den Haag: Rijksoverheid, 2011a.

VWS. Hoofdlijnen wetsvoorstel Jeugdwet. Den Haag: Rijksoverheid, 2013b.

VWS. Kamerbrief. Standpunt advies basispakket Jeugdgezondheidszorg. In: Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013c.

VWS. Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011b.

VWS. Rijksbegroting 2014. XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 2013-2014. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013d.

Waelput AJM, Achterberg P. Neemt de sterfte rond de geboorte toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Sterfte rond de geboorte, 27 mei 2013a.

Waelput AJM, Achterberg P. Wat is sterfte rond de geboorte en hoe wordt het gedefinieerd? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Sterfte rond de geboorte, 27 mei 2013b.

Waelput AJM, Kollée LAA. Hoe vaak komt vroeggeboorte voor en hoeveel kinderen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Aandoeningen perinataal\Vroeggeboorten, 13 juli 2011a.

Waelput AJM, Kollée LAA. Neemt het aantal vroeggeboorten toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>

- Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Aandoeningen perinataal\Vroeggeboorten, 13 juli, 2011b.
- Waelput AJM, Schrijvers CTM. Neonataal: Welke middelen worden ingezet? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaal-kompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie\Van ziekten en aandoeningen\Erfelijke en aangeboren aandoeningen\Neonataal, 23 september 2009.
- Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, De Wilde J. JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling. Rapportnummer 295001012. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Wendel-Vos GCW. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke (in)activiteit? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit, 14 juni 2012.
- Wendel-Vos GCW. Wat zijn redenen om veel, weinig of niet te bewegen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit, 11 juni 2013.
- Wendel-Vos W, Bruggink J. Bewegen in Nederland 2000-2011. In: Hildebrandt VH, Bernaards C, Stubbe JH, editors. Trendrapport Bewegen en gezondheid 2010/2011. Leiden: TNO, 2013.
- WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization, 2010.
- Widenfelt BMv, Goedhart AW, Treffers PD, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Eur Child Adolesc Psychiatry, 2003;12(6):281-9.
- Wijga AH, Scholtens S, Van Oeffelen AAM, Beckers M. Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland: Omvang en gevolgen geïnventariseerd, 2010. Rapportnummer 260136001. Bilthoven: RIVM.
- Willemsen MC, Feenstra D, Van Kranen HJ, Zantinge EM. Wat zijn de oorzaken van roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Roken, 12 juli 2011.
- Woittiez IB, Ras M. Hoe vaak komt een verstandelijke handicap voor? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Psichische stoornissen\Verstandelijke handicap, 23 juni 2010.
- Wolzak A, Ten Berge I. Gevolgen van kindermishandeling. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2008.
- Wren C, Richmond S, Donaldson L. Presentation of congenital heart disease in infancy: implications for routine examination. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 1999;80(1):F49-53.
- Zeijl E. Rapportage Jeugd 2002. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2003.
- Zoon M. Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Nederlands Jeugd instituut, 2012.
- Zorggegevens.nl. LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorggegevens.nl/zorg/eerstelijnszorg/landelijk-informatie-netwerk-huisartsenzorg>>, 2013.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Projectteam, referenten en begeleidingscommissies

### Redactie

Dr. H.H. Hamberg-van Reenen	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. S.A. Meijer	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

### Auteurs

Dr. H.H. Hamberg-van Reenen	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. S.A. Meijer	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. P.F. van Gils	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. M. Savelkoul	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

### Namens het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Dr. F.I.M. Pijpers	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
--------------------	------------------------------------

### Wetenschappelijke Adviescommissie

Prof. dr. F.J.M. Feron	University Maastricht
Prof. dr. H. Raat	Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
Prof. dr. S.A. Reijneveld, voorzitter	Universitair Medisch Centrum Groningen
Dr. C.M. Renders	Vrije Universiteit Amsterdam, Windesheim Hogeschool
Dr. S.A. de Roos	Sociaal en Cultureel Planbureau
Prof. dr. H.A. Smit	Universiteit Utrecht
Prof. dr. W.A.M. Vollebergh	Universiteit Utrecht
Dr. J.P. van Wouwe	TNO

### Beleidsadviesgroep

Ir. G. van 't Bosch	VWS, Directie Publieke Gezondheid
Drs. I.M.T. Coppens	VWS, Directie Jeugd
Drs. M. Koornneef	VWS, Directie Sport / NISB
Dr. F.J.M. van Leerdam	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. S.M.C. Potting, voorzitter	VWS, Directie Publieke Gezondheid
Drs. M. Vroom	VWS, Directie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie
Drs. M. Zandbergen	OCW, Directie Jeugd, Onderwijs en Zorg

### Klankbordgroep

Dr. Ir. W.J.E. Bemelmans	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
S. Boeker	GGD Nederland
Drs. C. Geuzendam	Jeugdgezondheidszorg Gelderland Midden
Mr. Drs. V. Everhardt	Gemeente Utrecht
Drs. H. Hoogeveen	GGD Gelderland Zuid
Dr. M.T.W. Leurs	(ten tijde van begin project:) RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

I. Parlevliet  
Drs. L. Smit  
Drs. I. Steinbuch  
Mr. F. Strijthagen, voorzitter  
Dr. E.J. de Wilde  
Drs. J. de Witte

Centrum voor Jeugd en Gezin Rotterdam Rijnmond  
Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland  
ActiZ, organisatie van zorgondernemers  
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid  
Nederlands Jeugdinstituut  
Jeugdgezondheidszorg Zuid Holland West

**Verder bijgedragen door**

Drs. B. Carmiggelt  
Prof. dr. W.A. Dreschler  
Drs. A.M. Gommer  
Drs. A. Gorter  
Drs. S.J. Kloet  
Drs. W.J.G. Lijs-Spek  
  
Dr. F. van der Lucht  
Dr. J. Meuwese-Jongejeugd  
Drs. S.T.M. Nijman  
Prof. dr. ing. J.A.M. van Oers  
Dr. H.S.J. Picavet  
Dr. C.G. Schoemaker  
Dr. ir. J.F. van Sonderen  
Drs. C. Stam  
Dr. A.H. Wijga

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid  
Amsterdam Medisch Centrum  
RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij  
Nationale Hoorstichting  
VeiligheidNL  
(ten tijde van begin project:) RIVM, Centrum Gezondheid en  
Maatschappij  
RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij  
RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij  
VeiligheidNL  
RIVM, Bureau Directieraad  
RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg  
RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij  
RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij  
VeiligheidNL  
RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg

## Bijlage 2: Keuze van onderwerpen

De selectie van de gezondheidsthema's voor de Verkenning jeugdgezondheid 2013 is gebaseerd op enerzijds relevantie voor beleid en (JGZ-)praktijk en anderzijds op de omvang, ernst en ziektelast (impact op de volksgezondheid) van het gezondheidsprobleem. Tegelijkertijd willen we met deze verkenning laten zien hoe breed het veld is waar de JGZ direct of indirect mee te maken heeft. Daarom bevat de Verkenning jeugdgezondheid gezondheidsthema's van gezond tot ziek, variërend van de normale situatie tot risicogroepen, klachten, symptomen, kortdurende ziekte, chronische aandoeningen en psychische stoornissen. De gezondheidsthema's die in dit rapport aan bod komen zijn ingedeeld op basis van het VTV-model (zie Figuur 1.1 en Figuur B2.1).

### Eerste stap in selectie: basisindicatoren voor gezondheid

Om een globaal beeld te schetsen van de gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd hebben we de meest basale indicatoren voor gezondheid meegenomen: gezondheid rondom de geboorte, sterfte en ervaren gezondheid. Voor deze maten zijn ook internationaal vergelijkbare cijfers beschikbaar, zodat we op dit meest basale niveau ook de Nederlandse jeugdgezondheidstoestand kunnen vergelijken met die in andere Europese landen. Als extra basisindicator hebben we onderwijsparticipatie toegevoegd (zie ook hoofdstuk 1). Vanuit het maatschappelijke perspectief op gezondheid is onderwijsparticipatie te beschouwen als vorm van gezondheidstoestand. Gezondheid uit zich vanuit dit perspectief voornamelijk in de mogelijkheden om mee te doen in de maatschappij.

### Selectiecriteria

De keuze van gezondheidsthema's naast bovengenoemde basisindicatoren is gebaseerd op een aantal criteria. Belangrijkste criterium is dat het gezondheidsthema impact heeft op de volksgezondheid, hetzij door de grote omvang ervan, hetzij door de grote ziektelast. Een randvoorwaarde bij de selectie van onderwerpen was daarom dat er cijfers beschikbaar zijn over de omvang van het probleem. Daarnaast nemen we gezondheidsthema's mee die tot de landelijke beleidsspeerpunten behoren. Om de selectie wat aan te scherpen letten we ook op het bestaan van een (JGZ-)richtlijn, al dan niet in een ontwikkelingsstadium. De selectiecriteria lichten we hieronder toe.

### Toelichting selectiecriteria

- **Hoge ziektelast** (zie Tabel B2.1). De basis hiervoor vormde de top-10 van aandoeningen die een hoge ziektelast veroorzaken onder 0-14-jarigen (Poos et al., 2012): privé-ongevallen, aangeboren afwijkingen van het hart- en vaatstelsel, gezondheidsproblemen bij op tijd geboren kinderen, verstandelijke handicap, verkeersongevallen, aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel, astma, longontsteking + acute bronchi(oli)tis, angststoornissen en constitutioneel eczeem.
- **Veelvoorkomend**. De basis hiervoor vormde de top-10 van aandoeningen die het meeste voorkomen onder 0-14-jarigen (Poos et al., 2012): astma, constitutioneel eczeem, contacteczeem, aangeboren afwijkingen van het hart- en vaatstelsel, verstandelijke beperkingen, nek- en rugaandoeningen, epilepsie, lawaaislechthorendheid, aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel en chronische bronchitis/COPD. Daarnaast is naar veelvoorkomende klachten en kwalen gekeken: hooikoorts en allergie, rugklachten, buikpijn, obstipatie, hoofdpijn, moeheid, slaapproblemen, depressieklachten,

**Tabel B2.1** Top-10 van ziekten en aandoeningen met de hoogste ziektelast<sup>a</sup> (DALY's) bij 0-15-jarigen in 2007 (Poos et al., 2012).

	Ziekten en aandoeningen	Absolute omvang
1	Privé-ongevallen	17.382
2	Aangeboren afwijkingen hart- en vaatstelsel	9.799
3	Gezondheidsproblemen bij op tijd geboren kinderen	9.794
4	Verstandelijke handicap	9.573
5	Verkeersongevallen	8.832
6	Aangeboren afwijkingen centrale zenuwstelsel	7.122
7	Astma	6.911
8	Longontsteking + acute bronchi(oli)tis	6.727
9	Angststoornissen	6.148
10	Constitutioneel eczeem	5.427

<sup>a</sup> Gezondheidsproblemen die door hun ziektelast van grote invloed zijn op de kwaliteit van leven van kinderen en jongeren. De ziektelast wordt uitgedrukt in Disability-Adjusted Life Years (DALY's), oftewel het aantal verloren gezonde levensjaren in de bevolking door het gezondheidsprobleem.

hyperactief gedrag en ADHD, overgewicht en obesitas (Wijga et al., 2010). Op advies van de commissies hebben we hier visusproblemen aan toegevoegd.

- **Beleidsrelevant.** Speerpunten van landelijk beleid zijn: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik, met daaraan toegevoegd bewegen en (onderwijs-)participatie (VWS, 2011b). Bij jongeren is leefstijl rondom uitgaan en vrije tijd ook een aandachtspunt; daarom hebben we de leefstijlthema's druggebruik, mediagebruik en blootstelling aan lawaai toegevoegd. In beleidsdocumenten met betrekking tot de Stelselwijziging jeugd (VWS, 2011a; VWS, 2013b) ligt de nadruk op kinderen met psychosociale problemen of verstandelijke beperkingen. Deze speerpunten komen allemaal rechtstreeks terug in de selectie, met uitzondering van diabetes. We hebben ervoor gekozen om alleen te kijken naar een gezondheidsprobleem dat een belangrijke risicofactor is voor diabetes type 2: overgewicht, en naar de belangrijkste leefstijlfactoren die – via overgewicht – tot diabetes kunnen leiden: (ongezonde) voeding en (te weinig) bewegen.
- **Relevant voor de JGZ-praktijk.** Als criterium voor relevantie voor de JGZ-praktijk hebben we vooral gekeken naar de aanwezigheid (of de ontwikkeling) van een JGZ-richtlijn. Dit hebben we vooral gedaan om tot een behapbaar aantal gezondheidsthema's te komen; er zijn uiteraard veel meer gezondheidsthema's relevant voor de JGZ. Voor psychosociale gezondheid kan in plaats van een JGZ-richtlijn ook een richtlijn of protocol binnen de jeugdzorg bestaan die relevant is voor het werkveld van de JGZ. Voorwaarde is in elk geval dat de JGZ een essentiële rol speelt bij signalering van het probleem. Voor de volgende gezondheidsthema's zijn JGZ-richtlijnen (in ontwikkeling): psychosociale problemen (emotionele en gedragsproblemen), kindermishandeling, overgewicht, voedingsgedrag en eetstoornissen (2013), opvoedingsondersteuning (2013), autismespectrumstoornissen (2014), gepest worden (2014), ADHD (2014), seksuele ontwikkeling (2014), overgewicht en seksueel gedrag (zie ook Tekstblok 7.1). Voor de thema's ADHD, depressie bij jeugd, eetstoornissen, autismespectrumstoornissen en kindermishandeling bestaan ook binnen de jeugdzorg (multidisciplinaire) richtlijnen of protocollen.

### Van selectiecriteria tot een behapbaar aantal gezondheidsthema's

Omdat het aantal geschikte gezondheidsthema's te groot was om binnen het tijdsbestek van deze eerste verkenning te beschrijven, is een aantal gezondheidsthema's voor deze eerste verkenning afgefallen. We hebben zoveel mogelijk gezocht naar gezondheidsthema's die aan meerdere selectiecriteria voldeden. Ook hebben we de selectie voorgelegd aan de verschillende commissieleden en aan interne deskundigen vanuit RIVM en NCJ (zie Bijlage 1). Op grond van de adviescommissies zijn geen thema's afgefallen. De keuze om te komen tot een behapbaar aantal gezondheidsthema's is vooral pragmatisch gemaakt (zie Tabel B2.2).

**Tabel B2.2** Gekozen gezondheidsthema's in relatie tot selectiecriteria.

Gezondheidsthema's	Impact op volksgezondheid	JGZ-richtlijnen	Beleids-speerpunt
<b>Basisindicatoren voor gezondheid</b>			
geboorte en sterfte	x		
ervaren gezondheid	x		
onderwijsparticipatie			x
<b>Fysieke gezondheid</b>			
overgewicht/obesitas	x	x	x
astma	x		
eczeem	x		
aangeboren hartafwijking	x		
gehoorafwijking/lawaaislechthorendheid	x		
veelvoorkomende klachten: buikpijn, obstipatie, hoofdpijn, moeheid	x		
privé-ongevallen	x		
visusproblemen	x		
<b>Niet meegenomen in eerste Verkenning</b>			
diabetes			x
nek- / rugaandoeningen	x		
epilepsie	x		
aangeboren afwijking zenuwstelsel	xx		
bronchitis / COPD	xx		
hooikoorts / allergie	x		
rugklachten	x		
slaapproblemen	x		
gezondheidsproblemen bij normale geboorte	x		
voedingsgedrag en eetstoornissen		x	
verkeersongevallen	x		
longontsteking	x		

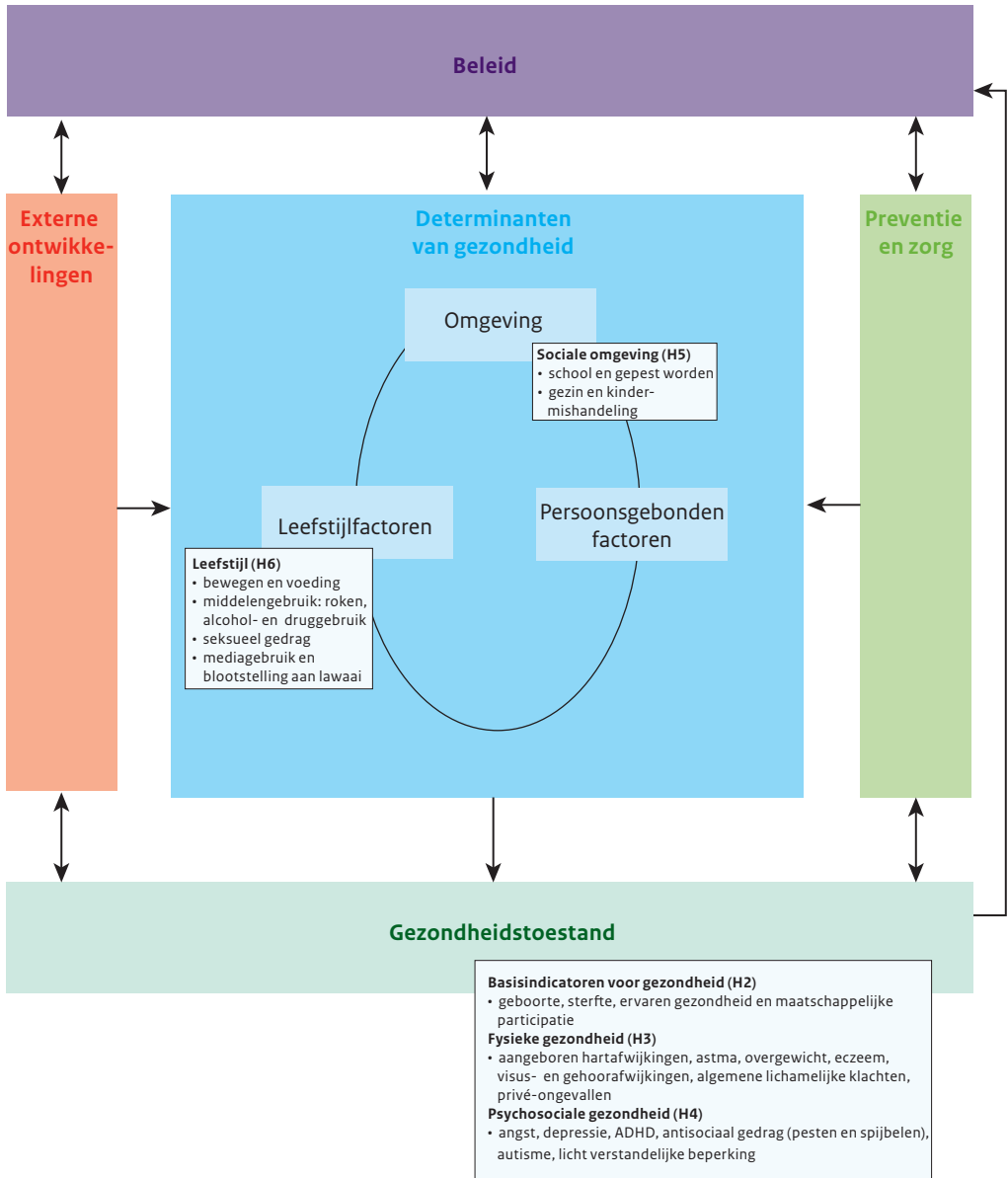


Gezondheidsthema's	Impact op volksgezondheid	JGZ-richtlijnen	Beleids-speerpunt
<b>Psychosociale gezondheid</b>			
angstklachten - angststoornis	x	x	
depressieklachten - depressie	x	x	x
hyperactief gedrag - ADHD	x	x	
opstandig en antisociaal gedrag - gedragsstoornis (pesten en spijbelen)			
autismespectrumstoornis		x	
licht verstandelijke beperking	x		
<b>Niet meegenomen in eerste Verkenning</b>			
eetstoornis		x	
<b>Omgeving</b>			
kinder mishandeling		x	
gepest worden		x	
<b>Leefstijl</b>			
bewegen (en voeding)			x
roken			x
alcoholgebruik			x
druggebruik			x
seksueel gedrag		x	
mediagebruik			x
blootstelling aan lawaai			x

### Ordering van de gezondheidsthema's

De geselecteerde onderwerpen zijn in het rapport ingedeeld op basis van het VTV-model (zie Figuur B2.1). Sommige onderwerpen zijn op meerdere plaatsen in het VTV-model in te delen. Bijvoorbeeld: gezondheid rondom de geboorte kan vallen onder het blok 'gezondheidstoestand', maar het is ook een determinant voor gezondheid tijdens de jeugd en volwassenheid (persoonsgebonden factor). In dit rapport beschouwen we gezondheid rond de geboorte primair als indicator voor de gezondheidstoestand. Wel komen we er in de beschouwing kort op terug als determinant voor licht verstandelijke beperking en psychosociale problemen (prematuren). Onderwijsparticipatie (als vorm van maatschappelijke participatie) heeft in het huidige VTV-model nog geen plaats, maar wordt daar in de VTV-2014 wel aan toegevoegd.

**Figuur B2.1** Plaats van geselecteerde gezondheidsthema's in het VTV-model.



### **Tot slot: inhoudelijke suggesties volgende jeugd-VTV**

De adviescommissies (zie Bijlage 1) hebben een aantal gezondheidsthema's genoemd die niet in deze eerste verkenning zijn opgenomen, maar die volgens hen wel beleidsrelevant zijn. Deze staan hieronder vermeld. Deze suggesties kunnen als inspiratie dienen voor een volgende jeugd-VTV. Voor een meer systematisch overzicht van gewenste onderwerpen is het zinvol om een gebruikersevaluatie van deze eerste verkenning uit te voeren.

#### **Gezondheidsthema's**

- **Geboorte en sterfte:** groei, prenatale periode, waaronder invloed voeding moeder op ongeboren kind.
- **Fysieke gezondheid/psychosociale gezondheid:** diabetes, ondergewicht, slaapproblemen, zindelijkheid, zelfgerapporteerde fysieke gezondheid/lichamelijke klachten, menstruatieproblemen.
- **Psychosociale gezondheid:** suïcide, automutilatie, faalangst, weerbaarheid (in relatie tot leefstijl) en vitaliteit van de jeugd, hoogbegaafdheid, cognitieve ontwikkeling, spraak-/taalproblemen.
- **Omgeving:** Rol van de fysieke leefomgeving bij gezondheidsproblemen.
- **Leefstijl:** borstvoeding, drinken van zoete drankjes, ontbijten, seksuele intimidatie, verkeersongevallen, sportblessures.

#### **Perspectieven op gezondheid**

- **Cliëntenperspectief:** perspectief van ouders en jongeren op gezondheid en op de rol van de JGZ daarbij; de stem van de cliënt is/wordt een belangrijke pijler. Als zij het belang van gezond gedrag en de waarde van de JGZ niet onderkennen, kom je niet ver.
- **Perspectief van zorgverleners.**
- **Toekomstscenario's (modelleren):** onder andere de te verwachten toekomstige ziektelast als gevolg van ongezonde leefstijl. Hoe werkt de huidige leefstijl van kinderen en jongeren door op de gezondheid in de toekomst?

## Bijlage 3: Gebruikte en toekomstige databronnen en randvoorwaarden voor een reguliere jeugd-VTV

### Gebruikte databronnen

In deze eerste Verkenning zijn analyses uitgevoerd met gebruikmaking van landelijke representatieve databronnen en is daarnaast gebruikgemaakt van gerapporteerde cijfers en wetenschappelijke literatuur. Hieronder worden de twee meest gebruikte databronnen toegelicht: de gezondheidsenquête van CBS en huisartsenregistraties vanuit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).

### Gezondheidsenquête 2011, Centraal Bureau voor de Statistiek

#### Achtergrond

Sinds 1981 wordt door het CBS een continue Gezondheidsenquête gehouden. Van 1997 tot en met 2009 maakte de enquête deel uit van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS), als de module Gezondheid. Met ingang van 2010 werd de Gezondheidsenquête weer als op zichzelf staand onderzoek uitgevoerd (CBS, 2013b; Data Archiving & Networked Services, 2013).

#### Doel

Het onderzoek geeft een zo volledig mogelijk overzicht van ontwikkelingen in de gezondheid, medische contacten, leefstijl en preventief gedrag van de bevolking in Nederland.

#### Doelpopulatie

De doelpopulatie bestaat voor het merendeel van de onderwerpen uit personen van nul jaar en ouder in particuliere huishoudens in Nederland. Voor sommige onderwerpen geldt een aparte leeftijdsgrens.

#### Inhoud

De gezondheidsenquête begint met een korte basisvragenlijst. Deze vragenlijst bevat hoofdzakelijk vragen over achtergrondkenmerken van de respondenten. Na de basisvragenlijst volgt deel 1 van de gezondheidsenquête. Dit deel bevat onder andere vragen over medische contacten en zorggebruik, gezondheid van kinderen (ADHD), beperkingen volgens de ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)-indicator en verzekering tegen ziektekosten. Na deel 1 van de gezondheidsenquête krijgen de respondenten van twaalf jaar of ouder een vervolgmodule met vragen over onder andere emotionele problemen (angstig zijn, depressieve klachten), belemmeringen in dagelijkse activiteiten, hulpmiddelen (zoals stok, prothese) en deelname aan bevolkingsonderzoeken.

#### Methode

De steekproefpersonen worden benaderd om via internet deel te nemen. Non-respondenten worden benaderd via Computer Assisted Telephone Interviewing (CATI) indien hun telefoonnummer bekend is, en anders via Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI). De aanvullende vragenlijst voor personen van twaalf jaar en ouder kan schriftelijk of via internet worden ingevuld.

### **Steekproefomvang**

Vanaf 2010 is de netto steekproefomvang jaarlijks circa 15.000 personen. De jaarlijkse respons bedraagt 60-65 procent. Daarvan respondeert ongeveer 55 procent ook op de aanvullende vragenlijst voor personen van twaalf jaar en ouder.

### **Weging**

Voor verschillen tussen de samenstelling van de steekproef en de totale bevolking wordt een correctie toegepast door middel van een wegingsfactor gebaseerd op de kenmerken geslacht, leeftijd, etnische achtergrond, burgerlijke staat, stedelijkheid, provincie, landsdeel, huishoudgrootte en enquêteseizoen. De aanvullende vragenlijst wordt ook gewogen naar rookgedrag, het hebben van langdurige aandoeningen of belemmeringen en opleidingsniveau (Bruggink & Van Herten, 2012).

## **Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), NIVEL**

### **Achtergrond**

LINH is in 1991 door het NIVEL en de IQ Healthcare in opdracht van het toenmalige ministerie van WVC (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) opgezet. Tot op dat moment ontbrak continue informatie over het handelen van huisartsen in Nederland. Deze informatie is van belang voor het Financieel Overzicht Zorg en in latere jaren voor het jaaroverzicht zorg, de zorgnota en de brancherapporten curatieve somatische zorg (Zorggegevens.nl, 2013).

### **Doel**

Het doel van LINH is representatieve, continue informatie over de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg. De informatie uit LINH dient voor onderbouwing van het landelijk beleid van huisartsen en overheid, wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het kwaliteitsbeleid van huisartsen en het beantwoorden van vraagstellingen op het gebied van het gezondheidszorgbeleid in het algemeen.

### **Inhoud, methode en doelpopulatie**

De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose, International Classification of Primary Care), aantallen contacten, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. De database bevat gegevens op patiëntniveau die zijn verzameld in het Electronisch Patiënten Dossier (EPD) van de huisarts. Geregistreerd wordt de aan de huisarts aangeboden morbiditeit (aandoening), met de daarbij behorende verwijzingen en medicijnvoorschriften.

### **Steekproefomvang**

LINH is een netwerk van 84 geautomatiseerde huisartspraktijken met bijna 335.000 ingeschreven patiënten (juli 2010).

## **Knelpunten huidige beschikbare databronnen**

De gebruikte databronnen om tot een landelijk overzicht van de gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd te komen (naast huisartsregistraties en CBS gezondheidsenquête ook ziekenhuisregistraties (fysieke gezondheid), HBSC (leefstijl, psychosociale gezondheid) en wetenschappelijke literatuur (kindermishandeling, autisme)) hebben een aantal haken en ogen:

- Ze zijn niet altijd voldoende representatief voor de Nederlandse jeugd in de algemene bevolking.
- Ze zijn vaak gebaseerd op zelfrapportage.
- Ze zijn onderling niet goed vergelijkbaar.
- Ze dekken niet alle gezondheidsproblemen en/of leeftijdsgroepen.
- Ze bieden niet altijd voldoende informatie over de gezondheid in relatie tot determinanten (fysieke en sociale omgeving, risicogroepen zoals ses, opleidingsniveau) en trends in de tijd.

Hieronder lichten we deze knelpunten toe:

### **Representativiteit voor de jeugd in de algemene bevolking**

De prevalenties van de meeste in dit rapport besproken lichamelijke aandoeningen zijn bepaald op basis van zorgregistraties (huisarts dan wel ziekenhuis). Deze cijfers zijn niet per definitie een goede afspiegeling van het daadwerkelijk voorkomen in bevolking. Het is heel goed mogelijk dat (ouders van) kinderen met een gezondheidsprobleem niet naar een (huis)arts gaan, hetzij doordat ze geen hulp zoeken, hetzij doordat ze bij een andere hulpverlener terechtkomen. Zelfgerapporteerde gegevens hebben het risico in zich van sociaal wenselijke antwoorden.

### **Onderlinge vergelijkbaarheid**

We kunnen met de huidige stand van zaken de ziektelast (omvang en ernst) van gezondheidsproblemen onvoldoende met elkaar vergelijken op landelijk niveau. De cijfers over omvang van de in deze verkenning beschreven gezondheidsproblemen komen uit verschillende databronnen. Deze verschillen van elkaar in de gebruikte meetinstrumenten, definitie/operationalisatie van gezondheid(sproblemen), afkappunten en/of leeftijdsindeling. De cijfers zijn daardoor onderling niet goed te vergelijken. Daarnaast zijn voor een aantal jeugdgezondheidsproblemen (nog) geen DALY's berekend; deze ontbreken met name voor psychosociale problemen. Voor psychische *stoornissen* zijn wel cijfers over ziektelast beschikbaar, maar niet voor subklinische vormen daarvan op het niveau van klachten. Daardoor kunnen we op basis van ziektelast geen betrouwbare conclusies trekken over welke gezondheidsproblemen prioriteit hebben voor het jeugdgezondheidsbeleid.

### **Vergelijkbaarheid met cijfers uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid**

We hebben in deze Verkenning zoveel mogelijk aangesloten bij de cijfers in het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning die in 2014 uitkomt. Desondanks wijkt de prevalentie in deze Verkenning soms enigszins af van de prevalentie in het Nationaal Kompas, voorzover de cijfers afkomstig zijn uit LINH. Voor deze Verkenning zijn de originele huisartsregistratiecijfers gebruikt, maar voor het Kompas is een wiskundige functie gefit over de leeftijdsgroepen, waardoor uitschieters afvlakken (Gommer et al., 2009). In deze Verkenning hebben we een aantal gezondheidsthema's meegenomen die niet in het Kompas aan bod komen; daar zijn geen gefitte cijfers van. We hebben er daarom voor gekozen in deze Verkenning overall de originele cijfers te gebruiken, zowel voor de gezondheidsthema's die ook in het Kompas aan bod komen als voor de thema's die alleen in deze Verkenning worden uitgewerkt. De verschillen in prevalentie tussen de gefitte cijfers en de originele cijfers zijn overigens maar klein. Daarnaast kan het in enkele gevallen voorkomen dat voor een andere databron is gekozen.

### **Gezondheid in relatie tot determinanten**

Niet alle gebruikte databronnen bieden ook cijfers over gezondheid in relatie tot determinanten (leefstijl, fysieke en sociale omgeving, ses, en dergelijke). Informatie over determinanten moet dan (voor zover mogelijk) uit weer andere bronnen worden gehaald, waardoor gezondheid en determinanten niet goed in samenhang te bekijken zijn. Met name vanuit de huisartsregistraties ontbreken gegevens over risicogroepen.

### **Classificatiesysteem JGZ gezondheid in relatie tot omgeving**

De JGZ heeft nog geen classificatiesysteem tot haar beschikking om de (ontwikkeling van) gezondheid te registreren in relatie tot de fysieke en sociale omgeving van het kind. De huidige classificatiesystemen, zoals de CAP-J die in de jeugdzorg wordt gebruikt, zijn ontwikkeld vanuit een 'ziekteperspectief'. Voor de JGZ is een classificatiesysteem waarin gezondheid in relatie tot de omgeving wordt gezien belangrijk, omdat een dergelijke wijze van classificeren beter aansluit bij de verschuiving van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.

### **Potentieel geschikte databronnen in de toekomst**

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar die de potentie hebben om uiteindelijk tot een uniform, landelijk representatief en breed overzicht van de gezondheidstoestand van de Nederlandse jeugd te komen. Het betreft lokale databronnen die op geaggregeerd niveau in principe ook bruikbaar zijn voor een landelijk beeld. Deze databronnen bevatten echter een aantal knelpunten waardoor ze nog niet bruikbaar waren voor deze eerste Verkenning jeugdgezondheid. Hieronder beschrijven we die bronnen, de knelpunten en de kansen en ontwikkelingen daarin.

### **Digitaal dossier jeugdgezondheidszorg (DD-JGZ)**

De JGZ werkt in haar individuele hulpverlening met een Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD-JGZ) ([www.ddjgz.nl](http://www.ddjgz.nl)). Dit is primair een medisch dossier. Artsen, verpleegkundigen en assistenten in de JGZ voegen informatie toe aan het DD-JGZ voor de kinderen die zij in zorg hebben. Geanonimiseerd en op geaggregeerd niveau worden de gegevens uit het DD-JGZ ook gebruikt door de JGZ-organisatie en aangeleverd aan de Inspectie voor de Volksgezondheid en bijvoorbeeld de gemeente. Daarbij kunnen ze vooral registraties gebruiken die uniform en gestructureerd zijn vastgelegd conform de Basisdataset JGZ (BDS JGZ). De BDS JGZ vormt de inhoudelijke basis van het DD-JGZ. Het DD-JGZ is dus in principe een zeer geschikte bron van lokale gezondheidsinformatie, die ook een landelijk representatief beeld kan geven van de jeugdgezondheid in de algemene bevolking. Op dit moment beschikken alle JGZ-organisaties over een DD-JGZ. De gegevens voor de zorg voor het kind kunnen goed vastgelegd worden, maar het genereren van geaggregeerde data is nog moeilijk. Het project Jeugd in Beeld heeft als doel gegevens te ontsluiten die bij de JGZ-organisaties beschikbaar zijn in het DD-JGZ om daarmee beleids-, stuur- en spiegelinformatie over en voor de jeugdgezondheidszorg te kunnen ontwikkelen (NCJ, 2013b). Naar verwachting zal vanuit dit project vanaf 2016 de mogelijkheid bestaan om ook landelijk representatieve informatie te bieden.

### **Lokale monitor jeugdgezondheid (GGD)**

GGD'en verzamelen binnen de eigen regio informatie over de jeugdgezondheid van 0-25-jarigen. GGD'en verschillen onderling in de leeftijdsgruppen waarvoor ze de jeugdgezondheidsmonitor gebruiken; niet

elke GGD verzamelt via de jeugdgezondheidsmonitor gegevens voor 0-12-jarigen of 0-4-jarigen. In 2015 wordt de harmonisatie van de (lokale) jeugdgezondheidsmonitors voor de leeftijdsgroep 12-19 jaar voorbereid. Vanaf dan zal een basisdataset van de GGD-jeugdgezondheidsmonitor uniform worden afgenomen in de tweede en vierde klas van het voorgezet onderwijs. In 2017 start de harmonisatie voor de leeftijdsgroep 0-12 jaar. Door harmonisatie van de jeugdgezondheidsmonitor kunnen lokale gegevens beter geaggregeerd worden naar een landelijk beeld en kunnen gemeenten de jeugdgezondheid in hun eigen gemeente vergelijken met die in andere gemeenten. Voor volwassenen zijn inmiddels de eerste geharmoniseerde gegevens geanalyseerd. De lokale jeugdgezondheidsmonitor wordt eens per vier jaar gehouden.

### **Landelijke Jeugdmonitor (CBS)**

De Landelijke Jeugdmonitor is een digitale databank met cijfers over jongeren van 0 tot 25 jaar. De jeugdmonitor biedt beleidsmakers, onderzoekers en andere geïnteresseerden informatie over de situatie van de Nederlandse jeugd. De jeugdmonitor wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) ontwikkelt de jeugdmonitor en stelt een jaarlijks rapport op ([www.jeugdmonitor.cbs.nl](http://www.jeugdmonitor.cbs.nl)). Voor de jeugdmonitor worden geen nieuwe gegevens verzameld; het is samengesteld op basis van bestaande rapportages en databestanden (onder andere de Gezondheidsenquête van CBS en gemeentecijfers) en geeft daarmee een indruk van hoe het gaat met de leeftijdsgroep van 0-25 jaar. De monitor bevat indicatoren op de volgende domeinen: jongeren en gezin, gezondheid en welzijn, onderwijs, arbeid, en veiligheid en justitie. Op het gebied van gezondheid toont de Landelijke Jeugdmonitor informatie over de ervaren gezondheid, roken, drinken, ontbijten, eten van groente en fruit, overgewicht, gepest worden en onveilig vrijen. De landelijke cijfers kunnen uitgesplitst worden naar regio, gemeenten, scholen et cetera, maar de informatie is nog niet voor alle GGD-regio's beschikbaar. De jeugdmonitor wordt jaarlijks samengesteld. Op dit moment komt de informatie over leefstijl nog van de afzonderlijke thema-instituten, elk via hun eigen methode. Vanaf 2015 zullen alle leefstijlvragen (middelengebruik, bewegen, ongevallen, voeding en seksuele gezondheid) opgenomen zijn in de CBS gezondheidsenquête.

### **Koppeling DD-JGZ en lokale monitor jeugdgezondheid**

Door cijfers uit het DD-JGZ te koppelen aan die van de geharmoniseerde GGD-jeugdgezondheidsmonitor zou de gezondheidsontwikkeling van kinderen in samenhang bekeken worden met informatie over de sociale en fysieke omgeving waarin ze opgroeien. De jeugdgezondheidsmonitor bevat immers gegevens over jongeren, gezin en onderwijs. Dit kan relevante informatie opleveren voor het lokale gezondheidsbeleid. Een klein aantal GGD'en heeft de lokale jeugdgezondheidsmonitor gekoppeld aan de registratie van de periodieke contactmomenten van de JGZ (Meuwissen, 2013).

## **Tot slot: randvoorwaarden reguliere jeugd-VTV**

### **Systematische selectie van gezondheidsthema's van belang**

Een van de doelen van deze verkenning was om te onderzoeken wat er nodig is om de Verkenning jeugdgezondheid een plaats te geven in de vierjaarlijkse preventiecyclus als onderdeel van de VTV. Randvoorwaarden voor een reguliere jeugd-VTV dus. Een jeugd-VTV heeft tot doel om basisinformatie te bieden voor landelijke (en lokale) beleidsontwikkeling rondom de jeugdgezondheidszorg/jeugdhulp. De jeugd-VTV integreert alle relevante informatie hierover en geeft op basis daarvan beleidsadviezen. In de



vorige paragrafen is beschreven welke knelpunten en kansen er zijn in de databronnen die voor een jeugd-VTV nodig zijn. Een andere randvoorwaarde ligt in de keuze van de gezondheidsthema's die een jeugd-VTV zou moeten bevatten. Wil de jeugd-VTV beleidsrelevante informatie opleveren, dan is het noodzakelijk dat beleidsmakers en professionals het eens zijn over de gezondheidsthema's die een jeugd-VTV minimaal zou moeten bevatten, of op zijn minst over de criteria die voor de selectie van gezondheidsthema's gehanteerd zouden moeten worden. Hieronder beschrijven we in hoeverre op dit moment aan deze randvoorwaarden is voldaan, voor zover bekend vanuit deze eerste jeugdverkenning.

### **Beleidsrelevante criteria voor selecteren van gezondheidsthema's**

We hebben in deze verkenning een breed spectrum van gezondheidsproblemen en determinanten beschreven, variërend van fysieke en psychosociale gezondheidsproblemen tot determinanten, zoals leefstijlfactoren en sociale omgevingsfactoren. Daarmee wilden we de gezondheid van de jeugd in de volle breedte belichten en laten zien hoe breed het werkveld van de JGZ is. Bij de selectie van gezondheidsthema's is weliswaar rekening gehouden met een aantal criteria (zie Bijlage 2), maar de selectie is desondanks niet gebaseerd op expliciete overeenstemming tussen professionals en beleidsmakers over inclusiecriteria. Voor een reguliere VTV is dat echter wel noodzakelijk. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden in structurele gezondheidsthema's en incidentele actuele gezondheidsthema's. De gezondheidsthema's en perspectieven die hieronder beschreven worden, kunnen een eerste aanzet vormen om tot gezamenlijke selectiecriteria te komen.

### **'Genomineerde' gezondheidsthema's**

Gedurende de looptijd van deze verkenning hebben een beleidsadviesgroep, wetenschappelijke adviescommissie en een klankbordgroep (zie Bijlage 1) een aantal gezondheidsthema's genoemd die mogelijk in aanmerking zouden kunnen komen voor een volgende jeugd-VTV (en die niet in deze eerste Verkenning zijn opgenomen):

- leefstijl: drinken van gezonde drankjes, ontbijten, seksuele intimidatie;
- fysieke gezondheid/psychosociale gezondheid: slaapstoornissen, zelfgerapporteerde fysieke gezondheid / lichamelijke klachten, hoogbegaafdheid;
- psychosociaal: faalangst, weerbaarheid (in relatie tot leefstijl) en vitaliteit van de jeugd;
- rol van de fysieke leefomgeving bij gezondheidsproblemen;
- prenatale periode: onder andere invloed voeding moeder op ongeboren kind.

### **'Genomineerde' perspectieven**

Daarnaast is in de commissies voorgesteld om ook vanuit een ander perspectief naar gezondheid te kijken dan vanuit de objectieve registraties. Het cliëntenperspectief is daarbij een mogelijkheid: perspectief van ouders en jongeren op gezondheid en JGZ; de stem van de cliënt is/wordt een belangrijke pijler. Als zij het belang van gezond gedrag en de waarde van de JGZ niet onderkennen, kom je niet ver. Ook het perspectief vanuit de zorgverleners zou kunnen worden meegenomen. Een andere invalshoek zou zijn om meer aandacht te besteden aan toekomstscenario's (modelleren), waaronder de te verwachten toekomstige ziektelast als gevolg van ongezonde gedragingen van jongeren. Hoe werkt de huidige leefstijl van kinderen en jongeren door op de gezondheid in de toekomst?

## Bijlage 4: Afkortingen

ADHD	Attention-Deficit Hyperactivity Disorder
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AWBZ	Algemene wet Bijzondere Ziektekosten
BITSEA	Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment
BMI	Body Mass Index
BOFT	Bewegen, Ontbijt, Frisdrank en Tv kijken
BTP	Basis Taken Pakket
CAPi	Computer Assisted Personal Interviewing
CAP-J	Classificatiesysteem van de Aard van de Problematiek van Cliënten in de Jeugdzorg
CATI	Computer Assisted Telephone Interviewing
CBCL	Child Behaviour Check List
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBV	Centrum voor Bevolkingsonderzoek
CJG	Centrum (Centra) Jeugd en Gezin
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (bronchitis, longemfyseem en astma)
CQ-Index	Cliënttevredenheidsindex
DALY	Disability-Adjusted Life Year
dB	Decibel
dB HL	Decibel Hearing Level
DD-JGZ	Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, vierde editie
EU	Europese Unie
G&M	Gezondheid & Maatschappij
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
Havo	Hoger algemeen voortgezet onderwijs
Hbo	Hoger beroeps onderwijs
HBSC	Health Behaviour School-aged Children (internationale studie)
HPV	Humaan Papilloma Virus
Hz	Hertz
ICER	Incrementele Kosten Effectiviteits Ratio
ICF-CY	International Classification of Functioning - Children and Youth
IGZ	Inspectie van de Gezondheidszorg
IQ	Intelligentie Quotiënt
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JIB	Jeugd In Beeld
KUA	Kosten Utiliteits Analyse
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

LSD	Lysergeenzuurdiethylamide
LVB	Licht verstandelijke beperking
Mavo	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
Mbo	Middelbaar beroeps Onderwijs
MKBA	Maatschappelijke Kosten-Baten Analyse
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NICU	Neonatale Intensive Care Unit
NJi	Nederlands Jeugdinstuut
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
PDD-NOS	Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified
PIAMA-onderzoek	Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie. Geboortecohort-studie, vanaf 1996 uitgevoerd door RIVM, Universiteit Utrecht, UMC Utrecht, Universiteit Groningen, UMC Groningen en Erasmus MC.
PZO	Afdeling Preventie en Zorg Onderzoek
QUALY	Quality-Adjusted Life Year
RCT	Randomized Controlled Trial
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijks Vaccinatie Programma
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEH	Spoed Eisende Hulp
Ses	Sociaaleconomische status
SGA	Small for Gestational Age
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome (wiegedood)
SOLK	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten
TRAILS	Tracking Adolescents' Individual Lives Survey
Vmbo	Vorbereidend middelbaar beroeps onderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
Vwo	Vorbereidend wetenschappelijk onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZP	Afdeling Verkenningen Zorg en Preventie
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
XTC	Ecstasy
ZAT	Zorg- en Advies Team







.....

**Redactie**

**H.H. Hamberg-van Reenen | S.A. Meijer**

.....

Rapport 270752001/2014

De eerste Verkenning jeugdgezondheid van het RIVM in samenwerking met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geeft een samenhangend landelijk overzicht van de jeugdgezondheid en de rol van de jeugdgezondheidszorg hierin. Het rapport gaat in op fysieke en psychosociale gezondheid, leefstijl en problemen in de sociale omgeving.

De Nederlandse jeugd is over het algemeen gezond, maar er zijn ontwikkelingen die aandacht vragen, waaronder het toenemend sociale mediagebruik en extreem alcoholgebruik onder jongeren.

De jeugdgezondheidszorg richt zich op de belangrijkste gezondheidsproblemen, maar zou meer kunnen investeren in 'zorg op maat' voor risicogroepen en in adviezen over gezondheidsbeleid in de wijk of op school.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

Februari 2014

