

TNO-rapport**TNO/CH 2012 P10426****Een beknopte evaluatie van het
Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg****Behavioural and Societal
Sciences**Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10
infodesk@tno.nl

| | |
|----------------------------------|--|
| Datum | November 2012 |
| Auteur(s) | J.A. Deurloo K. van Rooijen M. Beckers T. Dunnink P.H. Verkerk |
| Aantal pagina's Opdrachtgever | 41 (incl. bijlagen) Ministerie van VWS |

Nederlands
Jeugd
instituut**NCJ** Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2012 TNO, NCJ, NJi

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Inleiding | 3 |
| 2 | Deel I Onderwerpen BTP (TNO/NJI)..... | 5 |
| 2.1 | Methoden | 5 |
| 3 | Resultaten en conclusies | 7 |
| 3.1 | Algemeen (TNO)..... | 7 |
| 3.2 | Biometrie (TNO)..... | 8 |
| 3.3 | Ontwikkeling (TNO) | 9 |
| 3.4 | Screeningen (TNO)..... | 11 |
| 3.5 | Rijksvaccinatieprogramma | 15 |
| 3.6 | Gezondheidsbevordering (TNO) | 15 |
| 3.7 | Opvoeding en psychosociale problemen (NJi)..... | 19 |
| 4 | Deel II Aanvullende onderwerpen (NCJ) | 29 |
| 4.1 | Overgewicht/obesitas | 29 |
| 4.2 | Middelengebruik, waaronder blowen..... | 29 |
| 4.3 | Shaken baby syndroom | 31 |
| 4.4 | Depressie..... | 31 |
| 4.5 | Wat zijn de onderwerpen waaraan je specifiek bij adolescenten/ jongvolwassenen aandacht zou moeten besteden | 32 |
| 4.6 | Zijn op basis van de stand van de wetenschap en de nieuwe ontwikkelingen hierin de huidige leeftijdsgrenzen van de JGZ logisch (0-19 jaar)? | 33 |
| 5 | Aanbevelingen | 34 |
| 6 | Referenties | 35 |

1 Inleiding

Eind juni 2012 heeft de Commissie evaluatie basistakenpakket jeugdgezondheidszorg aan TNO gevraagd een evaluatie uit te voeren van het huidige basistakenpakket (BTP) jeugdgezondheidszorg (JGZ) en op basis van de stand van de wetenschap en relevante maatschappelijke ontwikkelingen te beoordelen welke JGZ-activiteiten vanuit volksgezondheidsbelang aan alle kinderen en jeugdigen in Nederland uniform aangeboden moeten worden. TNO heeft deze evaluatie in samenwerking met het NCJ en NJi uitgevoerd.

De Commissie heeft de volgende vraag geformuleerd:

Wat is de wetenschappelijke onderbouwing van de onderdelen van het huidige BTP JGZ en zijn daar nieuwe wetenschappelijke inzichten in?

Als onderdelen van het huidige BTP worden gezien de inhoudelijke onderwerpen die nu genoemd zijn in het rapport Activiteiten basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per contactmoment (ABC-rapport)(Dunnink 2008). Het gaat hierbij om de vraag of er onderbouwing is dat een bepaald onderwerp aan bod moet komen in de JGZ via bijv. screening bij of voorlichting aan alle kinderen. Het gaat niet om de momenten waarop dit moet gebeuren of de instrumenten, soorten tests of interventies die daarbij gebruikt moeten worden. De onderbouwing van het rijksvaccinatieprogramma en de hielprik kunnen buiten beschouwing worden gelaten in deze evaluatie omdat deze al gebaseerd zijn op adviezen van de Gezondheidsraad (GR).

Aanvullend heeft de commissie gevraagd om specifiek ook een antwoord te geven dan wel commentaar te geven op de volgende vragen en punten:

- Overgewicht/obesitas
- Middelengebruik, waaronder blowen
- Shaken baby syndroom
- Wat zijn de onderwerpen waaraan je specifiek bij adolescenten/jongvolwassenen aandacht zou moeten besteden?
- Zijn op basis van de stand van de wetenschap en de nieuwe ontwikkelingen hierin de huidige leeftijdsgrenzen van de JGZ logisch (0-19 jaar)?

VWS heeft begin september 2012 nog gevraagd om in de inleiding van dit stuk meer in het algemeen aan te geven wat er te zeggen is over de effectiviteit en wetenschappelijke onderbouwing in de JGZ, en zo mogelijk van de JGZ als geheel. In het kort kan daar het volgende van gezegd worden. In deel I van deze evaluatie zullen de individuele onderdelen van het Basistakenpakket van de JGZ besproken worden. Veel van deze onderdelen blijken effectief te zijn. Een deel blijkt niet of slechts deels bewezen effectief te zijn. Dat wil niet zeggen dat zij niet effectief zijn, maar dat goed onderzoek naar deze onderdelen (nog) niet verricht is en hierover dus geen uitspraken gedaan kunnen worden. Dit komt onder andere omdat goed onderzoek naar de effectiviteit van veel JGZ onderdelen lastig uit te voeren is. Het is bijvoorbeeld moeilijk een RCT op te zetten als de interventie al landelijk is ingevoerd. Naast deze individuele onderdelen vindt nog een aantal doelgroep/populatiegerichte activiteiten plaats, die deels ook bewezen effectief zijn (Verloove-Vanhorick 2007). Zoals het bevorderen van niet-beginnen-met-roken, "actie Tegengif", bevorderen van veilig vrijen en anti-pestprogramma's op scholen. Behalve voor het standaardaanbod gaan ouders ook naar de JGZ omdat ze zelf

vragen hebben. Veel van deze vragen kan de JGZ beantwoorden met goed onderbouwde antwoorden en adviezen. Kortom, het is aannemelijk dat het nuttige effect van de JGZ groter is dan de optelsom van de afzonderlijke bewezen effectieve onderdelen die hieronder besproken worden.

Ook een bewezen effectieve interventie zal pas effect kunnen sorteren indien de doelgroep er gebruik van wenst te maken. De deelname aan de JGZ is hoog (>90% in de eerste levensjaren, bron CBS Statline). De deelname van ouders afkomstig uit Marokko, Turkije en Suriname is vrijwel net zo hoog als de deelname van de autochtone bevolking (CBS webmagazine 18-7-05). Dit komt omdat vrijwel alle ouders de activiteiten van de JGZ waarderen. Zo geven ouders aan de medisch-somatische onderdelen zoals biometrie, volgen van de ontwikkeling en het testen van ogen en oren een gemiddeld rapportcijfer dat varieert van 8 tot 9. Echter, ook voorlichtingsactiviteiten zoals het bespreken van opvoedingsproblemen worden, zij het wat minder, op prijs gesteld (gemiddeld rapportcijfer 7) (CBS webmagazine 18-7-05).

Naast de effectiviteit is ook de doelmatigheid van belang. Aangenomen wordt dat de kosten-effectiviteit van de JGZ als geheel volgens de in de gezondheidszorg gehanteerde normen zeer gunstig is (Verloove 2007).

De opbouw van deze inventarisatie is als volgt: in deel I wordt de wetenschappelijke onderbouwing van de onderdelen van het BTP beschreven. Dit deel is verzorgd door TNO en het NJi. Het NJi heeft het onderdeel "opvoeding en psychosociale problemen" (punt 7) beschreven en TNO de overige onderwerpen. In deel II worden de aanvullende onderwerpen beschreven. Dit deel is verzorgd door het NCJ.

2 Deel I Onderwerpen BTP (TNO/NJI)

2.1 Methoden

De indeling van onderwerpen zoals wordt gehanteerd in het BTP, waarbij een nogal abstract onderscheid gemaakt wordt tussen monitoring/signalering, inschatten zorgbehoefte en het geven van voorlichting, instructie en begeleiding, is niet bruikbaar in het kader van deze vraagstelling. Daarom is uitgegaan van de indeling in onderwerpen zoals die gehanteerd is in het rapport 'Advies 'Contactmomenten JGZ 0-19 jaar'' (Coenen 2008). Bij het maken van deze indeling is gebruik gemaakt van het BTP zoals geformuleerd door de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg in 1998 (ministerie van VWS, 1998), de Richtlijn Contactmomenten uit 2003 (Platform Jeugdgezondheidszorg 2003), het ABC-rapport uit 2008 (Dunnink 2008), de eigen deskundigheid en de input van experts. Dit heeft geresulteerd in de volgende indeling:

- Algemeen
 - Anamnese
 - Lichamelijke verschijning (alleen inspectie, door jeugdverpleegkundige)
 - Lichamelijk onderzoek (inclusief inspectie, door jeugdarts)
 - Bepalen ontvangen zorg
 - Bepalen risicogroepen
 - Dossiervorming
 - Inschatten verhouding draagkracht / draaglast
 - Inschatten voorlichtingsbehoefte
 - Wettelijk verplichte voorlichting
- Biometrie
- Ontwikkeling
 - Ontwikkelingsonderzoek
 - Spraak- en taalontwikkeling
 - Motorische ontwikkeling
- Screeningen
 - Hielprik (vervalt voor dit onderzoek, is al voldoende onderbouwd door de GR)
 - Aangeboren hartafwijkingen
 - Dysplastische heupontwikkeling *
 - Niet-scrotale testis
 - Visuele stoornissen
 - Perceptief gehoorverlies
 - Scoliose *
- Rijksvaccinatieprogramma (vervalt voor dit onderzoek, is al voldoende onderbouwd door de GR)
- Gezondheidsbevordering
 - Borstvoeding *
 - Voeding (incl. vitamine D en K) *
 - Wiegendoed *
 - Veiligheid *
 - Voorkeurshouding *
 - Meeroken *
 - Gebit en gebitsverzorging *

- Zindelijkheid *
- Leefstijl (voeding en bewegen; (mee)roken, alcohol en drugs; seksualiteit, Soa's, anticonceptie, tienerzwangerschappen) *
- Preventie lawaaischade *
- Preconceptiezorg *
- Meisjesbesnijdenis/ Vrouwelijke genitale Verminking *
- Opvoeding en psychosociale problemen
 - (Excessief) huilen *
 - Opvoedingsondersteuning *
 - Psychosociale problemen *
 - Pesten *
 - Schooluitval/toeleiding arbeidsmarkt *

Achter sommige onderwerpen (zoals bijvoorbeeld dysplastische heupontwikkeling en (borst)voeding) hebben we een * gezet. Voor deze onderwerpen geldt dat ze formeel (conform het Besluit publieke gezondheid uit 2008) geen deel uitmaken van het (uniform deel van het) BTP of dat dit slechts gedeeltelijk het geval is. Ten aanzien van dysplastische heupontwikkeling en scoliose geldt waarschijnlijk dat deze onderwerpen onbedoeld niet opgenomen zijn in het uniform en ook niet in het maatwerkdeel van het BTP. Bij een onderwerp zoals voeding maakt de monitoring wel deel uit van het uniforme deel van het BTP, maar de voorlichting erover niet. De voorlichting hierover is alleen onderdeel van het maatwerkdeel. Ook voor de onderwerpen opvoedingsondersteuning en psychosociale problemen geldt dat de signalering wel deel uit maakt van het uniforme deel van het BTP, maar dat de begeleiding onderdeel is van het maatwerkdeel. We hebben daarom al deze activiteiten wel meegenomen in het kader van deze evaluatie.

Gezien de beperkte tijd en de breedte van de vraagstelling was het niet mogelijk een systematisch review uit te voeren voor al de genoemde onderwerpen. We hebben ons daarom beperkt tot de volgende documenten die (deels) gebaseerd zijn op uitgebreide reviews:

- Update Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (van Leerdam 2005)
- Advies Contactmomenten JGZ 0-19 jaar (Coenen en Verloove 2008)
- Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art op het vlak van preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder de 3 jaar (Hoppenbrouwers 2010)
- Richtlijnen
- Aanvullende literatuur

Daarnaast dient opgemerkt te worden dat ZonMw aan Erasmus MC, VU en TNO een opdracht heeft gegeven voor een inventarisatie met een vergelijkbare strekking als die van onderhavige inventarisatie. De opdracht van ZonMw dient eind 2012 te worden opgeleverd.

3 Resultaten en conclusies

3.1 Algemeen (TNO)

Wetenschappelijke onderbouwing van onderstaande algemene onderwerpen uit het uniforme deel van het BTP (UBTP) is (vrijwel) niet mogelijk, daar het (vrijwel) geen onderwerpen zijn van wetenschappelijk onderzoek.

- Een anamnese waarbij de lichamelijke en psychosociale toestand van het kind en eventuele zorgen en vragen worden besproken, is onmisbaar voor een goede zorgverlening. Er bestaat geen landelijk protocol voor het afnemen van een algemene anamnese.
- Het nagaan van de lichamelijke verschijning door de jeugdverpleegkundige is van belang als aanvulling op de anamnese: hoe gedraagt een kind zich, oogt het kind vitaal en gezond, zijn er uiterlijke puberteitskenmerken?
- Algemeen lichamenlijk onderzoek dient periodiek uitgevoerd te worden door de jeugdarts conform de geldende professionele standaard voor lichamenlijk onderzoek bij kinderen zoals aangeleerd tijdens de opleiding geneeskunde en de specialisatie jeugdgezondheidszorg. Speciale aandacht moet daarbij besteed worden aan zorgen en vragen van de ouders, aan eerdere afwijkende bevindingen, en aan het signaleren van tekenen die op kindermishandeling kunnen wijzen zoals afwijkend gedrag van kind of ouders tijdens het lichamenlijk onderzoek of huidbeschadigingen.
- Voor het goed afstemmen van de zorg op de behoefte is het noodzakelijk bij elk contact te bepalen welke zorg is of wordt ontvangen. Daarbij moeten alle mogelijke vormen van zorg, zoals medische-, paramedische-, verpleegkundige-, huishoudelijke- en mantelzorg in ogenschouw worden genomen.
- Het kennen van de determinanten van een verhoogd risico (de risicofactoren) is van belang om op basis van overeenkomstige risicofactoren risicogroepen te onderscheiden. Risicogroepen zouden gedefinieerd kunnen worden op basis van inhoud bepaalde kenmerken (bijvoorbeeld het hebben van een bepaalde ziekte) en achtergrondbepaalde kenmerken (bijvoorbeeld het wonen in een achterstandswijk). In het eerste geval bepaalt het hebben van een bepaalde aandoening of handicap dat een individu tot een risicogroep behoort.
- Het is een wettelijke verplichting om als zorgverlener aan dossiervorming te doen. Hiernaast geeft JGZ-dossier een overzicht van risico- en beschermende factoren rondom het opgroeien van een kind, zoals de familieanamnese, medische voorgeschiedenis en gezinssamenstelling.
- Op basis van de resultaten van anamnese en onderzoek, gecombineerd met bekende gegevens uit het dossier, kan de verhouding tussen 'draagkracht' en 'draaglast' worden ingeschat. Hiervoor wordt vaak gebruik gemaakt van het 'balansmodel' van Bakker. Tegen de achtergrond van het balansmodel kunnen de protectieve- en de risicofactoren voor de gezondheid, groei en ontwikkeling van een kind in kaart worden gebracht en kan de eventueel benodigde begeleiding of steun nauwgezet worden geanalyseerd (Bakker 1997; Bakker 1998).
- De activiteiten 'inschatten verhouding draagkracht/draaglast' en 'inschatten voorlichtingsbehoefte' zijn essentieel om de zorg in de JGZ af te stemmen op de behoefte van het kind en de ouders en zijn dus ook vaste onderdelen van ieder contactmoment.

- De activiteit 'wettelijk verplichte voorlichting' vloeit voort uit de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). Deze activiteit is niet wetenschappelijk onderbouwd, maar dient uiteraard wel uitgevoerd te worden.

3.2 Biometrie (TNO)

Groei is een belangrijke en gevoelige indicator van de algemene gezondheid en welzijn van een kind. Een afwijkend groeipatroon is niet alleen een signaal van een onderliggende ziekte of psychosociaal disfunctioneren, maar kan ook een voorspellende factor of zelfs een determinant zijn voor latere gezondheidsrisico's of ziekten.

Het doel van monitoring is het voorkomen van stoornissen in de groei van lengte en gewicht, en het opsporen van groei gerelateerde aandoeningen. Het opsporen van afwijkingen in de hoofdomtrek heeft als doel het vroeg opsporen van macrocephalus en microcephalus en hun onderliggende aandoeningen. Voor de duidelijkheid zal hier een onderscheid worden gemaakt naar lengte, gewicht en hoofdomtrek.

a) Lengte

Tot voor kort was er een opvallend gebrek aan wetenschappelijke evidentie rond de efficiëntie van groei monitoring bij jonge kinderen. Onderzoek van TNO heeft laten zien dat verwijs criteria op basis van lengte groei een hoge validiteit hebben (Buuren 2004). Een recente systematische review geeft voor het eerst een begin van bewijs dat groei monitoring bij schoolgaande kinderen verantwoord is, en zelfs kostenbesparend kan zijn (Fayter 2008).

Op populatieniveau heeft groei monitoring een belangrijke epidemiologische functie, daar biometrische parameters belangrijke en gevoelige indicatoren zijn van de globale gezondheid van een hele bevolking.

In 2010 verscheen de JGZ-richtlijn 'Signaleren van en verwijs criteria bij kleine lichaamslengte' (Heerdink-Obenhuijsen 2010). In deze richtlijn worden adviezen gegeven over het monitoren van de lengte en worden wetenschappelijk onderbouwde criteria voor verwijzing gegeven. Bij kinderen ouder dan 10 jaar is nog onvoldoende onderzoek gedaan om verwijs criteria te formuleren.

Over het signaleren van en verwijs criteria bij grote lichaamslengte is geen wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar op dit moment.

Conclusie: er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het UBTP. Nader onderzoek is echter wenselijk, zoals onderzoek naar de optimale frequentie en momenten van de metingen.

b) Gewicht

Voor het onderwerp 'overgewicht' wordt verwezen naar de bijdrage van het NCJ (deel II).

Bij pasgeborenen is meting van het gewicht onder andere van belang om kinderen op te sporen met hypertone dehydratie door onvoldoende borstvoeding ("stille ondervoeding aan de borst"). Hypertone dehydratie kan ernstige complicaties tot gevolg hebben zoals toevallen, stollingsstoornissen en zelfs de dood. Tijdige opsporing kan dit voorkomen. Uit onderzoek is gebleken dat er verwijs criteria zijn op te stellen met een hoge sensitiviteit, specificiteit en positief voorspellende waarde (Breuning 2006, Dommelen 2007). Over de waarde van het opsporen van ondergewicht bij oudere kinderen is minder informatie beschikbaar. Momenteel is

de richtlijn 'Voedingsgedrag en eetstoornissen' in ontwikkeling. Hierin zal het onderwerp ondergewicht ook aan de orde komen.

Conclusie: er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het UBTP. Nader onderzoek met name naar de signalering van ondergewicht bij oudere kinderen is wenselijk.

c) Hoofdomtrek

Met behulp van de hoofdomtrek kunnen potentieel ernstige aandoeningen worden opgespoord waarbij het aannemelijk is dat vroege behandeling leidt tot betere uitkomsten dan late behandeling (zoals hydrocephalus).

In 2010 is in België een onderzoek gedaan naar de wetenschappelijke onderbouwing van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder de 3 jaar (Hoppenbrouwers 2010). Over het onderwerp 'hoofdomtrek' is de conclusie dat er in de literatuur voldoende argumenten zijn om de longitudinale opvolging van hoofdomtrek op te nemen in het programma. Het advies is om tijdens alle contactmomenten de hoofdomtrek te meten en vast te leggen in de groeicurve. De centrale doelstelling hierbij is: vroegtijdig signaleren van een niet-normaal verlopende groei van het hoofd en het groeipatroon van het hoofd documenteren. Ook elders in de wereld is er een brede consensus dat het volgen van de hoofdomtrek in het eerste levensjaar van groot belang is.

Conclusie: er is voldoende onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het UBTP. Deze conclusie is echter voor een belangrijk deel gebaseerd op de consensus onder experts. Nader onderzoek is daarom wenselijk, zoals naar verwijscriteria en de optimale frequentie en meetmomenten.

3.3 Ontwikkeling (TNO)

3.3.1 *Ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar*

Ontwikkelingsonderzoek bij zuigelingen en jonge kinderen wordt verricht om bedreigende factoren te signaleren en om problemen of stoornissen tijdig op te sporen. Het betreft een brede waaier van mogelijke problemen in de verschillende ontwikkelingsdomeinen, namelijk motoriek, cognitie en adaptatie, communicatie en sociaal-emotionele ontwikkeling.

Omdat een echte screeningstest voor ontwikkelingsstoornissen niet bestaat, wordt gebruik gemaakt van ontwikkelingstoezicht (surveillance). Zowel professionals als ouders vinden vroege herkenning van kinderen met een ontwikkelingsprobleem belangrijk (American Academy of Pediatrics (AAP) 2001). Verder beveelt de AAP om gedurende de kindertijd regelmatig de ontwikkeling van kinderen te volgen met behulp van gestandaardiseerde ontwikkelingstesten (AAP 2006).

In Nederland wordt hiervoor gebruik gemaakt van het Van Wiechen Onderzoek (VWO). Het VWO is geen diagnostisch of screeningsinstrument, maar een hulpmiddel voor de JGZ medewerker om de ontwikkeling van een kind op systematische wijze in kaart te brengen. Tevens wordt het gebruikt in de communicatie met en begeleiding van ouders. Het doel van het VWO is volgens de ontwikkelaars:

- het begeleiden van de ontwikkeling van zuigelingen en peuters/kleuters en het zo goed mogelijk betrekken van de ouders hierbij,
- het vroegtijdig opsporen van ontwikkelingsproblemen en –stoornissen en het ondersteunen van de verwijzing (Laurent de Angulo, 2008).

Oftewel het VWO heeft zowel een primaire preventieve (bv stimuleren van ouders om hun kind voor te lezen) als een secundair preventieve component (vroegsignalering van ontwikkelingsproblemen).

De effectiviteit van het Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek is gedeeltelijk onderbouwd verder zijn de items goed genormeerd (Laurent de Angulo 2008).

In een Australisch review werd de volgende conclusie getrokken: "Currently developmental delay does not appear to meet criteria for screening programs. However, there is evidence that the identification of developmental delay/disability (or significant risk factors) and subsequent intervention can improve developmental and other social outcomes. There is some evidence that the earlier the intervention, the better the outcome. In addition, if it can be argued that in the case of child development there should be less stringent expectations in terms of test sensitivity and specificity (given the intrinsic difficulties in measurement of development, the fact that even false positives from developmental screening may benefit from some form of intervention, and the high prevalence in the community), there are some developmental screening tests that are acceptable. There still will be, however, a large number of children who will not be identified by developmental screening tests. There is no high quality evidence putting together all the links in the chain and reporting on the effectiveness of developmental screening programs on child developmental outcomes." (NHMRC 2002).

Over dit onderwerp is het advies uit het rapport van Hoppenbrouwers et al. om bij alle kinderen de mening van de ouders te bevragen (bijvoorbeeld aan de hand van een instrument zoals de Ages and Stages Questionnaire, ASQ), tevens een ontwikkelingsanamnese en risico evaluatie (beschermende en risicofactoren) te doen, en het Van Wiechen Onderzoek (VWO) uit te voeren (Hoppenbrouwers 2010). Zij schrijven: Het VWO is bedoeld als hulpmiddel om op systematische wijze de ontwikkeling van een kind in kaart te brengen. Daarna is het aan de arts om zich over die ontwikkeling een oordeel te vormen. Dat oordeel leidt ofwel tot de vaststelling dat het kind zich binnen de grenzen van wat als normaal wordt aanzien ontwikkelt, ofwel dat de ontwikkeling van het kind afwijkt van de meest gebruikelijke voor de betreffende leeftijd. Een duidelijke leidraad hierbij ontbreekt echter. Zonder dergelijke leidraad zijn de bevindingen vaak zeer laattijdig of zeer subjectief. Onderzoek naar de bruikbaarheid van de 'developmental-score' (D-score), een ontwikkelingsscore op basis van de kenmerken in het VWO is gaande bij TNO (Jacobusse 2006). Uit dit onderzoek is onder andere gebleken dat het Van Wiechenonderzoek zorgvuldig is samengesteld en dat alle kenmerken ook werkelijk de ontwikkeling van een kind meten (Jacobusse 2006). Bij TNO is onderzoek gaande naar de voorspellende waarde van een combinatie van Van Wiechenkenmerken (D-score) en achtergrondkenmerken ten aanzien van het vroegtijdig opsporen van kinderen met een milde mentale retardatie. De eerste bevindingen zijn gunstig. Publicaties hierover zijn in voorbereiding.

Conclusie: We adviseren dit onderwerp ("developmental surveillance") te handhaven in het UBTP. De onderbouwing hiervoor is deels gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en deels op de consensus onder experts. Nader onderzoek, onder andere naar de testeigenschappen ten aanzien van verschillende aandoeningen, is echter wenselijk.

3.3.2 *Spraak- en taalontwikkeling*

Spraak- en taalstoornissen kunnen leiden tot ernstige problemen met de communicatie, met gevolgen op allerlei gebied. Spraak- en

taalontwikkelingsstoornissen kunnen leiden tot een taalachterstand. Deze kan echter ook ontstaan bij een gezond kind, als het onvoldoende gestimuleerd wordt in de taalontwikkeling. Een achterstand in spraak- of taalontwikkeling kan ook een eerste uiting zijn van een breder probleem, zoals een algehele ontwikkelingsachterstand of een autisme-spectrumstoornis.

Vroegtijdige signalering van spraak- en taalachterstand is zinvol (van der Ploeg 2005). Voor bepaalde expressieve taalstoornissen is de effectiviteit van behandeling aangetoond. Formele screening met behulp van alleen een screeningsinstrument is momenteel niet zinvol (van der Ploeg 2007). Signalering met behulp van een instrument waarbij ook het oordeel van de arts en het ouderoordeel wordt meegenomen lijkt wel zinvol.

Over dit onderwerp is de conclusie van het rapport van Hoppenbrouwers et al. dat er momenteel nog onvoldoende kennis is over de effectiviteit van een screeningsprogramma voor taalachterstand (Hoppenbrouwers 2010).

Het NCJ voert momenteel onderzoek uit om de handreiking 'uniforme signalering in de JGZ' te testen.

Conclusie: er is momenteel onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor een formele screening. Echter volgens experts is er wel voldoende onderbouwing voor vroegtijdige signalering van spraak- en taalachterstand waarbij naast instrumenten zoals bijvoorbeeld het Van Wiechenonderzoek ook de mening van arts en ouders meegenomen dient te worden. We concluderen daarom dan ook om dit onderdeel te handhaven in het UBTP. Nader onderzoek, zoals naar geschikte screeningsinstrumenten, is echter wenselijk.

3.3.3 *Motorische ontwikkeling*

Het doel van het volgen van de motorische ontwikkeling is aandoeningen op te sporen waarbij vroegtijdige herkenning, begeleiding en behandeling leidt tot een betere prognose dan een later gestarte begeleiding of behandeling. Vroege signalering kan in veel gevallen leiden tot vervroegde diagnosestelling, behandeling en begeleiding. Gegevens over de gezondheidswinst zijn echter niet bekend. Om welke aandoeningen het precies gaat, is nergens nader gespecificeerd.

Internationaal bestaat consensus over de noodzaak om onderzoek van de motoriek uit te voeren als onderdeel van individueel longitudinaal ontwikkelingsonderzoek. Daarmee worden vroegsignalering van een vertraagde, afwijkende of afbuigende motorische ontwikkeling, begeleiding van ouders en/of verwijzing voor nadere diagnostiek en behandeling beoogd.

Op jonge leeftijd (tot 4 jaar) wordt gebruik gemaakt van het VVO om de ontwikkeling van een kind te volgen. De motoriek maakt hier deel van uit, zie ook '3.3.1 Ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar'.

Voor motoriekonderzoek op de leeftijd van 5-6 jaar wordt de Baecke-Fassaert Motoriek Test (BFMT) het meest gebruikt in Nederland (Boere-Boonekamp 2008). Nader onderzoek hiernaar is gewenst. Zo is de BFMT wel goed genormeerd, maar ontbreken gegevens ten aanzien van de validiteit.

Conclusie: onder experts is er consensus om dit onderwerp te handhaven in het UBTP. Nader onderzoek is echter wenselijk.

3.4 **Screeningen (TNO)**

3.4.1 *Hielprik*

Deze screeningen zijn voldoende onderbouwd (door de GR).

3.4.2 *Aangeboren hartafwijkingen*

In het algemeen is men overtuigd van het gunstige effect van vroege opsporing van een aangeboren hartafwijking met snelle behandeling, omdat de meeste afwijkingen goed te corrigeren zijn, dan wel palliatief te behandelen.

Juttmann concludeert dat adequate screening (6 keer in de eerste vier jaar, inclusief lichamelijk onderzoek) een effectieve preventie-strategie is (Juttmann 1999). Voor een aantal onderdelen van het screeningsprogramma op aangeboren hartafwijkingen, zoals dat in de JGZ gebeurt, is echter niet voldoende bewijs. De JGZ-standaard 'Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar' (de Wilde 2005) concludeert dat anamnese en lichamelijk onderzoek samen een betrouwbare methode vormen voor het opsporen van aangeboren hartafwijkingen, mits uitgevoerd volgens een gestandaardiseerd protocol en door goed geschoolde artsen en verpleegkundigen. De standaard adviseert (vanuit 'good practice') onderzoek naar aangeboren hartafwijkingen op alle contactmomenten zoals beschreven in het Basistakenpakket uit te voeren tot het laatste contactmoment op het consultatiebureau. Bij oudere kinderen wordt het onderzoek beperkt tot anamnese en inspectie. Gericht onderzoek is geïndiceerd bij klachten die kunnen wijzen op een (aangeboren) hartafwijking.

Over dit onderwerp is de conclusie van het rapport van Hoppenbrouwers et al. dat tot de leeftijd van 6 maanden de screening moet bestaan uit een uitgebreide anamnese (met inbegrip van gegevens van de zwangerschap, bevalling en postnatale periode) en een grondig klinisch onderzoek (Hoppenbrouwers 2010). Op de contactmomenten na de leeftijd van 6 maanden moet aandacht gaan naar symptomen die indicatief kunnen zijn voor een eventueel hartlijden. Indien één of meerdere van deze symptomen aanwezig zijn moet bij het kind extra aandacht gaan naar de inspectie, auscultatie en palpatie.

Conclusie: er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het UBTP.

3.4.3 *Dysplastische heupontwikkeling*

Dysplastische heupontwikkeling (DHO) is een frequent voorkomende aandoening. Vroege behandeling (start voor de leeftijd van 6 maanden) is noodzakelijk om uiteindelijk een goed behandelresultaat te hebben. Aangezien DHO in het algemeen bij baby's geen klachten geeft, is opsporing door middel van screening geïndiceerd.

De huidige screening vindt plaats op de leeftijd van 1, 3 en 6 maanden (risicodetectie en lichamelijk onderzoek van de heupen). De testeigenschappen van de screeningstest zijn als volgt: sensitiviteit 86%, specificiteit 82% en bij een prevalentie van 3,7% is de positief voorspellende waarde 15,6% (Boere-Boonekamp 1998). Voortzetting van de huidige screening is aangewezen, vanwege de ernst van de aandoening, de behandelbaarheid en de geringe belasting die een fout-positieve verwijzing oplevert voor ouders en kind.

Echografische screening blijkt betere testeigenschappen te hebben (Roovers 2005). Inmiddels is een implementatiestudie afgerond in de regio's Salland en Utrecht, gecombineerd met een (tweede) kosteneffectiviteit studie (Ramwadhoebe 2010, Witting 2012). De resultaten zijn positief; bij toekomstige implementatie is vooral aandacht nodig voor het bevorderen van deelname aan de screening en voor de bewaking van de kwaliteit van de screening om fout-positieven en overbehandeling te voorkomen.

Over dit onderwerp is het advies uit het rapport van Hoppenbrouwers et al. om bij alle kinderen een uitgebreide anamnese gecombineerd met klinisch onderzoek uit

te voeren en kinderen met verhoogd risico en afwijkend lichamelijk onderzoek voor aanvullend onderzoek te verwijzen (Hoppenbrouwers 2010).

Conclusie: deze activiteit is waarschijnlijk per abuis niet opgenomen in het BTP. Er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing.

Advies: opnemen in het UBTP.

3.4.4 *Niet-scrotale testis*

Mannen met 'niet scrotale testis' hebben een verhoogde kans op testistumoren, zowel wanneer het een enkelzijdige niet -scrotale testis betreft als wanneer beide testes niet scrotaal zijn. Dubbelzijdig niet-scrotale testes kunnen ook leiden tot verminderde fertiliteit. Ook kan het als een cosmetisch probleem worden ervaren. Het onderzoek in de JGZ heeft twee doelen, namelijk het vroegsignaleren van de vormen die tijdig behandeld dienen te worden en het voorkomen van onnodige behandeling bij de vormen waarbij juist afwachten is geïndiceerd (Schuller 2004). In 2012 wordt de multidisciplinaire richtlijn 'Signalering en verwijzing bij een niet-scrotale testis' verwacht. In deze richtlijn wordt op basis van de beschikbare literatuur en een beslissingsanalyse beschreven hoe te handelen bij diverse vormen van niet-scrotale testis (unilateraal versus bilateraal, aangeboren versus verworven).

Conclusie: er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het UBTP.

3.4.5 *Visuele stoornissen*

Visuele stoornissen kunnen, afhankelijk van de ernst en de oorzaak, gevolgen hebben voor de ontwikkeling en het functioneren van een kind. De praktijk van het screenen richt zich in het algemeen op vroegtijdige onderkenning van afwijkingen aan de uiterlijke kenmerken van het oog, van strabismus en van een onvoldoende visus. Vroegtijdige opsporing van amblyopie leidt tot gezondheidswinst (USPSTF 2011).

In 2010 verscheen de JGZ-richtlijn 'Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar, eerste herziening' (Coenen-van Vroonhoven 2010). Op basis van hernieuwd literatuuronderzoek zijn enkele aanbevelingen aangepast. Tevens is er in de loop van de jaren meer bewijs gekomen voor de meerwaarde van regelmatige screening in de voorschoolse periode voor de vroegtijdige opsporing van amblyopie/amblyogene factoren. Hoewel er geen kosteneffectiviteit studies beschikbaar zijn, zijn er aanwijzingen dat behandeling van amblyopie op jonge leeftijd kostenbesparend kan zijn. Het risico op binoculair visusverlies op latere leeftijd met de daarbij behorende (zorg)kosten is namelijk verminderd (Simonsz 2008).

Conclusie: er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het UBTP.

3.4.6 *Perceptief gehoorverlies*

Langdurig ernstig verminderd gehoor leidt tot problemen op het gebied van communicatie. Dit kan vervolgens leiden tot problemen op sociaal gebied en tot leerproblemen. Neonatale gehoorscreening heeft als doel om aangeboren permanent gehoorverlies vroegtijdig op te sporen. Volgens de *US Preventive Services Task Force* (USPSTF 2008) is er voldoende evidentie beschikbaar om neonatale gehoorscreening bij alle pasgeborenen aan te bevelen (evidentiegraad niveau B). Deze aanbeveling berust op het feit dat de vroege opsporing van permanent gehoorverlies het mogelijk maakt om een aangepaste begeleiding en

behandeling op zeer jonge leeftijd op te starten - wanneer de therapeutische opties een maximaal remediërend effect hebben - wat de ontwikkeling van het kind ten goede komt.

In 2010 lag het bereik van de neonatale gehoorscreening boven de 98% (van der Ploeg 2001). De specificiteit bleek 99,8%, de sensitiviteit is niet te bepalen omdat niet betrouwbaar bepaald kan worden hoeveel kinderen met een gehoorverlies bij de screening gemist zijn. De positief voorspellende waarde (de kans op slechthorendheid indien het kind vanuit de screening is doorverwezen naar het audiologisch centrum) was hoog: 36%. Voor bilateraal gehoorverlies lag dit zelfs nog hoger: 65%.

Ten aanzien van de gehoorscreening bij 5-6 jarigen is veel minder bekend. Zo is bijvoorbeeld niet bekend wat de testeigenschappen zijn ten aanzien van het opsporen van kinderen met een perceptief gehoorverlies.

Conclusie: ten aanzien van neonatale gehoorscreening is er voldoende wetenschappelijke onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het UBTP.

3.4.7 Scoliose

Afwijkingen aan de wervelkolom zijn bij kinderen een belangrijke aandoening: met name idiopathische adolescentenscoliose en in mindere mate (hyper)kyphose (ziekte van Scheuermann). De JGZ-screening op houdingsafwijkingen is in de praktijk vooral gericht is op vroegtijdige opsporing van idiopathische adolescentenscoliose. De prevalentie van (lichte) vormen van scoliose is bij 16-jarigen 2-3%. Het doel van vroege opsporing van scoliose is behandeling met een brace, waardoor naar verwachting het verloop minder progressief is en een eventuele operatie kan worden voorkomen.

De *US Preventive Services Task Force* adviseert om geen screening op idiopathische scoliose uit te voeren bij adolescenten (USPSTF 2004). Zij vonden onvoldoende bewijs dat screening de scoliose in een eerder stadium opspoorde, en veel gevallen zullen zich niet ontwikkelen tot een klinisch relevante scoliose. Tevens is het niet duidelijk of conservatieve behandeling voldoende effect heeft op rugpijn en kwaliteit van leven. De USPSTF geeft wel aan dat artsen bereid moeten zijn op idiopathische scoliose te evalueren als het bij toeval wordt ontdekt of als ouders hun zorgen over een eventuele scoliose uiten.

Bunge stelt in haar proefschrift: 'We concludeerden dat aan twee voorwaarden voor de rechtvaardiging van een screeningsprogramma voor scoliose niet overtuigend wordt voldaan, te weten een bewezen meer effectieve vroege behandeling en een reductie in de noodzaak voor operaties. Dit in overweging nemende concluderen wij dat het gerechtvaardigd is om screenen op scoliose af te schaffen. Alleen als in de toekomst uit de trial in de VS zou blijken dat behandeling met een brace effectief is in het voorkomen van een operatie, dan is het waardevol om te bepalen welke kinderen voordeel zouden kunnen hebben bij een screeningsprogramma, en hoe deze screening georganiseerd zou moeten worden.' (Bunge 2009).

Conclusie: Er is enige evidence dat de nadelen van deze screening wel eens groter kunnen zijn dan de voordelen.

Advies: Deze activiteit maakt momenteel formeel geen deel uit van het BTP. Gezien de beschikbare kennis adviseren we deze screening nu niet op te nemen in het BTP. Screening op scoliose dient pas opnieuw geïntroduceerd te worden indien er voldoende evidence is dat de voordelen opwegen tegen de nadelen. Zoals bij alle onderwerpen geldt ook hier dat de JGZ op basis van een zorgvraag van een ouder wel nader onderzoek kan uitvoeren.

3.5 Rijksvaccinatieprogramma

Dit programma is voldoende onderbouwd (door de GR).

3.6 Gezondheidsbevordering (TNO)

3.6.1 *Borstvoeding*

Borstvoeding heeft veel positieve effecten op de gezondheid van zowel het kind als de moeder. De associatie tussen borstvoeding en minder voorkomen van maagdarminfecties, middenoorontstekingen, overgewicht en hoge bloeddruk bij het kind en met reumatoïde artritis bij de moeder is overtuigend aangetoond.

Waarschijnlijk is er ook een associatie met astma, piepen op de borst, eczeem en motorische en geestelijke ontwikkeling van het kind. In de (inter)nationale literatuur is bewijs te vinden voor een positief effect van postnatale begeleiding bij borstvoeding (zowel in het ziekenhuis als in de "community") op de duur van de borstvoedingsperiode (Rossem 2005; US PSTF 2008).

Een richtlijn 'Borstvoeding' is in ontwikkeling.

Conclusie: Algemene voorlichting over borstvoeding dient opgenomen te worden in het UBTP gezien de wetenschappelijke onderbouwing die hiervoor beschikbaar is.

3.6.2 *Voeding (incl. suppletie vitamine D en K)*

Gezonde voeding is essentieel voor een normale groei en ontwikkeling van een kind en voor behoud van gezondheid. Kennis over gezonde voeding is bij veel ouders onvoldoende. Aanvulling met vitamine D en K is op bepaalde leeftijden belangrijk om ernstige gezondheidsproblemen te voorkomen. Signalering en correcte diagnose van koemelkeiwitallergie is een taak van de JGZ.

Te weinig, teveel of verkeerde voeding kan leiden tot ondervoeding, overvoeding (en daarmee overgewicht of obesitas) of deficiënties, met verhoogde kans op infecties, rachitis en anemie tot gevolg. Overgewicht en obesitas kunnen leiden tot een scala aan gezondheidsproblemen. Onvoldoende aandacht voor hygiëne bij het klaarmaken van flesvoeding kan leiden tot infecties, hetgeen bij jonge zuigelingen ernstige gevolgen kan hebben. Onvoldoende aandacht voor koemelkeiwitallergie in de JGZ kan leiden tot onnodige medische consumptie. Daarnaast kan goede voorlichting hoge uitgaven door onterecht gebruik van dieetvoedingen voorkomen. Over de suppletie van vitamine D en K heeft de GR een onderbouwd advies gegeven (Gezondheidsraad 2008, 2010).

Momenteel zijn 2 richtlijnen in ontwikkeling over 'Voedselovergevoeligheid' en 'Voedingsgedrag en eetstoornissen'.

Conclusie: Algemene voorlichting over voeding en suppletie van vitamine D en K dient opgenomen te worden in het UBTP gezien de wetenschappelijke onderbouwing die hiervoor beschikbaar is.

3.6.3 *Wiegendood*

Dankzij de preventieve maatregelen die vanuit de JGZ genomen zijn is de prevalentie van wiegendood in Nederland thans laag in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen (van Wouwe 2006). Maar zonder voortgaande preventie programma's is de kans op vermindering van de aandacht voor en kennis van de risicofactoren van wiegendood aanzienlijk met alle gevolgen van dien. Ook vergt de bekendmaking van nieuwe bevindingen en inzichten, zoals ten aanzien van risicofactoren als het roken tijdens de zwangerschap, het samen in één bed slapen,

de onderschatte invloed van warmtestress, de mogelijke invloed van verandering van omgeving in een kinderdagverblijf, ook een voortdurende activiteit op het terrein van de preventie van wiegendood.

In 2009 is een richtlijn 'Preventie wiegendood' uitgebracht, waarin alle onderbouwde adviezen worden beschreven (Ruys 2009).

Conclusie: Algemene voorlichting over (risicofactoren voor) wiegendood dient opgenomen te worden in het UBTP gezien de wetenschappelijke onderbouwing die hiervoor beschikbaar is.

3.6.4 *Veiligheid*

Bij kinderen van 0-4 jaar worden jaarlijks 41.000 letsels als gevolg van ongevallen in en om huis medisch behandeld, waarvan 23.000 op de SEH (www.veiligheid.nl). De (directe medische) kosten hiervan bedragen ruim 18 miljoen euro per jaar. Het vermoeden bestaat dat een combinatie van interventie strategieën, zowel op het individu als op de omgeving gericht, het meest effectief is (Beirens 2008). Snelle en laagdrempelige toegang tot veiligheidsproducten en veiligheidsvoorlichting vergroot de kans op het hebben en gebruiken van veiligheidsmaatregelen.

Uit onderzoek naar de effectiviteit van de Veiligheidsinformatiekaarten blijkt dat de veiligheidsinformatiekaarten kunnen bijdragen aan de bevordering van een gedeelte van de veiligheidsgedragingen van jonge kinderen, mits correct verstrekt en toegelicht (Beirens 2008). Een huisbezoek met individuele voorlichting op maat bevordert de correcte toepassing van veiligheidsmaatregelen. De Databank Effectieve Jeugdinterventies concludeert: "Er is één Nederlandse studie in de praktijk (Beirens, T., Beeck, E., van, Dekker, R., Juttman, R., Brug, J. & Raat, H., 2005), waarvan de resultaten de hypothese kunnen ondersteunen, dat de interventie van Veiligheidsinformatiekaarten in combinatie met mondelinge toelichting op het consultatiebureau een positief effect kunnen hebben op veiligheidsbevorderend gedrag onder ouders van kinderen van 11-18 maanden. Omdat er geen voormeting is gedaan blijven er twijfels waaraan de effecten moeten worden toegeschreven." Deze Databank stelt verder dat deze interventie theoretisch goed onderbouwd is.

Conclusie: Algemene voorlichting over veiligheid dient opgenomen te worden in het UBTP. Dit advies is deels gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing en deels op consensus.

3.6.5 *Voorkeurshouding*

Plagiocephalie ten gevolge van voorkeurshouding bij zuigelingen wordt door veel klinici gezien als een puur cosmetisch probleem. Echter, deze gezichtsvervormende afwijking kan leiden tot fysieke en psychosociale problemen. In gerandomiseerd onderzoek is aangetoond dat een (maximaal) 4 maanden durend gestandaardiseerd kinderfysiotherapeutisch behandelprogramma een positief effect heeft op plagiocephalie bij zuigelingen met voorkeurshouding (Vlimmeren 2008).

De effectiviteit van helmtherapie is niet aangetoond.

Recent is een JGZ-richtlijn 'Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming' verschenen, waarin de meest recente literatuur wordt beschreven (Boere-Boonekamp 2012).

Conclusie: Algemene voorlichting over voorkeurshouding dient opgenomen te worden in het UBTP gezien de wetenschappelijke onderbouwing die hiervoor beschikbaar is.

3.6.6 *(Mee)roken*

Kinderen die blootgesteld worden aan omgevingsrook ademen dezelfde giftige en kankerverwekkende stoffen in als rokers. Kinderen zijn bijzonder kwetsbaar voor de negatieve gezondheidseffecten van meeroken omdat hun ademhalingsstelsel, immuunsysteem en zenuwstelsel nog in ontwikkeling zijn. Meeroken is een risicofactor voor wiegendood, luchtweginfecties, astma en op lange termijn longkanker en hart- en vaatziekten.

De Databank Effectieve Jeugdinterventies stelt ten aanzien van de interventie "Roken, niet waar de kleine bij is!": het volgende: "Het effect van de interventie is in twee niet-experimentele Nederlandse veranderingstudies onderzocht. In de eerste studie werden in 1996 (voor implementatie van de interventie) en in 1999 (na 3 jaar uitvoering) vragenlijsten voorgelegd aan moeders van kinderen van 0 tot 10 maanden. De blootstelling aan passief roken werd gemeten door te vragen of er in de afgelopen 7 dagen in de aanwezigheid van het kind in de huiskamer gerookt is door de ouders of door bezoekers. Het percentage moeders dat hierop 'ja' antwoordde nam af van 41% in 1996 naar 18% in 1999. De OR was 0,32 (95% BI = 0,27 – 0,37).

In de tweede studie werden ouders met kinderen jonger dan 4 jaar ondervraagd over de blootstelling van hun kinderen aan passief roken. Uit dit onderzoek bleek dat in 1996 (nulmeting) in 48% van de gezinnen tenminste af en toe werd gerookt in de aanwezigheid van het kind. In 1999 was dit 39%. In 2007 was dit verder verminderd tot 18%. Een indirecte aanwijzing voor de effectiviteit wordt gevonden in een buitenlands experimenteel onderzoek waarin wordt aangetoond dat de methode van motivational interviewing, dat een essentieel element is van de aanpak van de interventie, effectief is in het vergroten van de kans dat ouders er daadwerkelijk in slagen om de hoeveelheid tabaksrook in huis te verminderen." Verder wordt gesteld dat deze interventie theoretisch goed onderbouwd is. Het Centrum Gezond Leven heeft diverse interventies gericht op preventie van (mee)roken positief beoordeeld.

Conclusie: Algemene voorlichting over meeroken dient opgenomen te worden in het UBTP. Dit advies is deels gebaseerd op de wetenschappelijke onderbouwing die hiervoor beschikbaar is en deels op de consensus onder experts.

3.6.7 *Gebit en gebitsverzorging*

Het gebit is essentieel bij kauwen, bijten, spreken, esthetiek, en sociaal functioneren. Cariës is een nog steeds een veel voorkomend probleem: in 2005 had 56% van de 5-jarigen, 47% van de 11-jarigen, 71% van de 17-jarigen een niet-gaaf gebit (Poorterman 2006). De JGZ kan een belangrijke rol vervullen bij de preventie van gebitsproblemen als cariës en erosieve gebitsslijtage, door advisering van tandenpoetsen met fluoridetandpasta, aanbeveling van tandartsbezoek en advisering over voedingsgewoonten (waaronder frequentie) (Schuller 2004). De US PSTF komt tot de conclusie dat er redelijke evidentie is dat het voorschrijven van fluoride aan niet-schoolgaande kinderen ouder dan 6 maanden wenselijk is (US PSTF 2005).

Gebitsgezondheid heeft overlap met onderwerpen als voeding en overgewicht.

Conclusie: We concluderen dat gezien de wetenschappelijke onderbouwing algemene voorlichting over gebitsverzorging opgenomen dient te worden in het UBTP.

3.6.8 *Zindelijkheid*

Onzindelijkheid is, vooral op de kinderleeftijd, een belangrijk psychosociaal probleem: 15% van de 5-jarigen plast in bed, 7% van de 4-7-jarigen plast in de broek; 1-3% van de kinderen ouder dan 4 jaar is fecaal incontinent. Veel ouders hebben behoefte aan adviezen van de JGZ rondom zindelijkheid(straining), waarschijnlijk mede door de grote variatie in leeftijd waarop kinderen zindelijk worden en de druk die ouders ervaren vanuit de sociale omgeving. Hoewel bedplassen veel voorkomt, wordt het zowel door de ouders als de kinderen als groot probleem beschouwd. Onzindelijkheid en ook bedplassen kan leiden tot een grote psychosociale belasting, naast hoge uitgaven aan wegwerpluiers.

Aangetoond is dat bedplassen leidt tot psychosociale problemen, dat behandeling met plaswekker of droogbedtraining (DBT) effectief is en dat psychosociale problemen daarna afnemen (Leerdam 2005).

De Databank Effectieve Jeugdinterventies stelt dat DBT waarschijnlijk effectief is. Verder is aangetoond dat ook primaire preventie (namelijk advisering door de JGZ) leidt tot minder onzindelijke kinderen (Dommelen 2009).

Recent is de JGZ-richtlijn 'Zindelijkheid urine en feces' verschenen, waarin de meest recente literatuur wordt beschreven (Kamphuis 2012).

Conclusie: Algemene voorlichting over zindelijkheid en (kortdurende) begeleiding door de JGZ dient opgenomen te worden in het UBTP gezien de wetenschappelijke onderbouwing die hiervoor beschikbaar is.

3.6.9 *Leefstijl (voeding en bewegen; (mee)roken, alcohol en drugs; seksualiteit, Soa's, anticonceptie, tienerzwangerschappen)*

Hiervoor wordt verwezen naar de bijdrage van het NCJ (deel II).

De onderwerpen seksualiteit, Soa's, anticonceptie en tienerzwangerschappen zullen beschreven worden in de JGZ-richtlijn 'Seksuele ontwikkeling' die momenteel in ontwikkeling is.

Conclusie: Zie de bijdrage van het NCJ.

3.6.10 *Preventie lawaaischade*

Gehoorverlies door overmatige blootstelling aan geluid is een belangrijk gezondheidsprobleem bij oudere kinderen en volwassenen dat kan ontstaan in de privésfeer of de werksfeer. Jaarlijks lopen 21.500 jongeren schade op als gevolg van geluidsbronnen in de vrije tijd, zoals harde muziek van MP3 spelers, in discotheken en bij popconcerten. Overmatige blootstelling aan geluid bij adolescenten geeft vooral schade op bepaalde frequenties, die juist van belang zijn bij het kunnen verstaan van spraak.

Vogel concludeert in haar proefschrift dat voorlichting over de gevaren van harde muziek zo vroeg mogelijk, dus al op de basisschool, gegeven moet worden (Vogel 2009). Zij geeft echter ook aan dat omgevingsmaatregelen kansrijker zijn dan gezondheidsvoorlichting om het muziekluistergedrag van jongeren te veranderen. Uit een Belgisch literatuuronderzoek naar preventiecampagnes bij schoolgaande kinderen (van Doorslaer 2011) blijkt dat er nog geen gepubliceerde evaluatiegegevens voorhanden zijn, die de effectiviteit van bestaande campagnes en materialen op een wetenschappelijk correcte manier documenteert. Er is dus dringend behoefte aan dergelijk evaluatieonderzoek.

Conclusie: Nader onderzoek is wenselijk alvorens deze voorlichting opgenomen kan worden in het uniform deel van het BTP.

3.6.11 *Preconceptiezorg*

Wie een kind hoopt te gaan krijgen, kan vóór de zwangerschap veel doen voor een goede eigen gezondheid en die van het toekomstige kind. Aanstaande ouders krijgen nu prenatale voorlichting, maar dan is het kind al verwekt. Er is meer winst te boeken als ze zich al voor de conceptie op de zwangerschap zouden gaan voorbereiden en waar nodig hun leefwijze aanpassen. Op basis van een literatuurstudie pleit de Gezondheidsraad voor een algemeen programma voor preconceptiezorg (Gezondheidsraad 2007). Preconceptiezorg is een verzamelterm voor alle maatregelen ter bevordering van de gezondheid van aanstaande moeders en hun kinderen, die - willen ze effectief zijn - vóór de conceptie moeten worden genomen.

Er kan overwogen worden deze voorlichting ook door de JGZ te laten geven met name als het gaat om tweede en volgende kinderen. Verder onderzoek hiernaar is echter noodzakelijk.

Conclusie: Nader onderzoek is noodzakelijk al vorens preconceptiezorg opgenomen kan worden in het uniform deel van het BTP.

3.6.12 *Meisjesbesnijdenis/Vrouwelijke genitale Verminking*

In Nederland zijn sinds 1993 bij wet alle vormen van meisjesbesnijdenis (of Vrouwelijke Genitale Verminking, VGV) verboden, ter bescherming van de gezondheid van het kind. Desondanks worden naar schatting jaarlijks tenminste 50 in Nederland woonachtige meisjes besneden. Primaire preventie (voorkómen van besnijdenis bij meisjes) en secundaire preventie (het zo vroeg mogelijk opsporen van besneden meisjes en het signaleren van de gevolgen van de ingreep om vervolgens hulp te kunnen bieden) zijn onderdeel van de taken in de JGZ. Hoewel er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor de stelling dat aandacht voor het onderwerp in de JGZ leidt tot minder besneden meisjes in Nederland, is er wel consensus dat dit onderwerp besproken dient te worden in de JGZ.

In 2010 verscheen het standpunt 'Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking door de Jeugdgezondheidszorg' (Pijpers 2010). Hierin worden de juridische context, de werkwijze van de Jeugdgezondheidszorg en de benodigde randvoorwaarden beschreven.

Conclusie: Er is consensus in Nederland dat primaire en secundaire preventie van vrouwelijke genitale verminking opgenomen dienen te worden in het uniform deel van het BTP. Nader onderzoek naar de effectiviteit is echter wenselijk.

3.7 **Opvoeding en psychosociale problemen (Nji)**

Voorafgaand aan dit overzicht

Zoals in het rapport "Advies Contactmomenten JGZ 0-19 jaar" van Coenen – van Vroonhoven & Verloove – Vanhorick (2008) terecht wordt opgemerkt zijn de onderwerpen onder de noemer "Opvoeding en maatschappij" eigenlijk niet los van elkaar te zien. Om per thema aanbevelingen te kunnen doen zijn zij in onderstaande tekst uit elkaar gehaald, maar de onderlinge verwevenheid is sterk.

3.7.1 *Excessief huilen*

Onderzoek toont aan dat excessief huilen het gezinsleven volledig kan ontwrichten, kan leiden tot een sociaal isolement en extreem stressvol kan zijn voor ouders (Haye et al, 2011, Kaley et al, 2011). 7% van de ouders legt hun zuigeling (tegen adviezen in) op de buik te slapen. De helft daarvan doet dit omdat hun kind excessief huilt of slecht slaapt. Buikligging geeft een verhoogde kans op

wiegendood. Excessief huilen verhoogt ook het risico op kindermishandeling. 80% van de gevallen van fysieke mishandeling van zuigelingen wordt direct voorafgegaan door huilen (Coenen – van Vroonhoven & Verloove – Vanhorick, 2008). Er zijn aanwijzingen dat excessief huilen kan leiden tot hevig schudden van de baby's door ouders (Shaken Baby Syndroom) (Talvik et al, 2008). De kosten van excessief huilen zijn bovendien substantieel. Morris et al (2001) berekenden in Groot Brittannië dat dit 108 miljoen Amerikaanse dollars per jaar betreft. De nulde en eerste lijn zijn in Nederland anders georganiseerd, zodat deze kosten niet te extrapoleren zijn naar de Nederlandse situatie. Vast staat echter dat het gaat om een veelvoorkomend probleem waarvoor vaak een beroep op (para)professionals wordt gedaan. Maatregelen ter preventie/reductie van (excessief) huilen kunnen dan ook vergaande preventieve effecten hebben.

In de Multidisciplinaire conceptrichtlijn Excessief huilen (La Haye et al, 2011) wordt benadrukt dat er nog weinig bekend is over de medische en psychosociale diagnostiek die nodig is om belangrijke/veel voorkomende oorzaken van huilen bij baby's te onderzoeken. Er zijn aanwijzingen dat 5% van de baby's die excessief huilen onderliggend lijden heeft. Als er uit anamnese, lichamelijk en psychosociaal onderzoek geen aanwijzing voor onderliggende pathologie naar voren komt, moet volgens de richtlijn alleen bij kinderen onder de 4 maanden die ernstig excessief huilen aanvullend urineonderzoek worden verricht.

Professionals die geconfronteerd worden met excessief huilende baby's moeten zich bewust zijn van het verband tussen problemen bij de ouders en het huilen van de baby. De psychosociale situatie van de gezinnen moet in kaart worden gebracht en zo nodig wordt extra ondersteuning geboden. Uit een recente Nederlandse studie bij huilbaby's blijkt dat het geven van adviezen met betrekking tot regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie, al dan niet aangevuld met inbakeren, binnen een week een forse reductie van het huilen oplevert (Van Sleuwen e.a., 2006, Klein-Velderman et al, 2011). Ook interventies als Video interactiebegeleiding / video home training kunnen ingezet worden om ouderlijke stress te verminderen en de relatie tussen ouder en kind te verbeteren (Klein-Velderman et al, 2011).

In het rapport 'Advies contactmomenten JGZ 0-19 jaar' (Coenen – van Vroonhoven & Verloove – Vanhorick, 2008) wordt geadviseerd om signalering van excessief huilen te handhaven in het uniforme deel van het Basistakenpakket en daarnaast ook interventie op te nemen in het uniforme deel van het Basistakenpakket. Ook wordt geadviseerd een nieuw contactmoment in te voeren op de leeftijd van 5 weken omdat juist rond de leeftijd van 6 weken een fysiologische piek in het huilen plaatsvindt.

In 2010 is in België een onderzoek gedaan naar de wetenschappelijke onderbouwing van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder de 3 jaar (Hoppenbrouwers et al, 2010). De onderzoekers adviseren om in het basisaanbod extra aandacht te besteden aan huilbaby's omwille van het verhoogd risico op kindermishandeling.

In de multidisciplinaire conceptrichtlijn Excessief huilen wordt aangegeven dat, indien een baby excessief heeft gehuild, de JGZ op de leeftijd van 6-9 maanden tijdens een regulier consult nogmaals aandacht aan het huilen moet besteden en aandacht moet hebben voor psychosociale problemen in het gezin. Hulpverleners dienen hierbij alert te zijn op depressieve klachten van ouders (vooral bij kwetsbare groepen).

Alle ouders van baby's die langer dan 4 maanden huilen, moeten actief behandeld/begeleid worden. De ouders worden geadviseerd over preventieve

maatregelen en diagnostiek van ouders en kind wordt door de jeugdarts en/of een gedragswetenschapper gedaan.

Daarnaast wordt in de conceptrichtlijn benadrukt dat het van belang is te focussen op anticiperende voorlichting over huilen, dus de voorlichting vóór de geboorte en de eerste 10 dagen na de geboorte (het kraambed).

Conclusie: Onderzoek heeft aangetoond dat excessief huilen zeer negatieve gevolgen kan hebben (kindermishandeling, shaken baby syndrome, depressie bij ouders), dat de kosten van excessief huilen substantieel zijn en dat het een veelvoorkomend probleem is waarvoor vaak een beroep op professionals wordt gedaan. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat maatregelen ter preventie/reductie van (excessief) huilen die binnen de JGZ ingezet kunnen worden vergaande preventieve effecten kunnen hebben. Er is daarom voldoende onderbouwing om dit onderwerp op te nemen in het UBTP.

3.7.2 *Psychosociale problemen*

De prevalentie van psychosociale problemen bij kinderen in Nederland is aanzienlijk. 11% tot 28% van de nul- tot twaalfjarigen heeft (afhankelijk van de leeftijdsgroep) volgens de JGZ psychosociale problemen (Zeijl et al., 2005). Van de Nederlandse basisschoolkinderen heeft 7,7% een score in de klinische range voor externaliserend probleemgedrag en 12,2% een score in de klinische range voor internaliserend probleemgedrag (Reijneveld et al., 2006). Onderzoek heeft aangetoond dat ernstige gedragsproblemen vroeg in het leven ontstaan en erg stabiel zijn. De lange termijn gevolgen zijn bovendien ernstig, zowel voor het individu (lijden, ziekte, criminaliteit, schooluitval e.d.) als voor de samenleving (kosten door ziekteverzuim, uitval etc.). Dit geldt ook voor internaliserende problemen.

Vanwege de stabiliteit van probleemgedrag is het van belang vroegtijdig in te grijpen: tijdens de eerste levensjaren of zelfs al daarvoor (prenataal en preconceptie) (Tremblay, 2000; Gottfredson en Hirschi, 1990). Er zijn risicofactoren (zelfs al voor de geboorte) die erop kunnen wijzen dat een probleem aan het ontstaan is. Ingrijpen op deze risicofactoren maakt het mogelijk om een negatieve spiraal van psychosociale problemen te voorkomen die later moeilijk om te buigen is.

In het rapport 'Advies contactmomenten JGZ 0-19 jaar' (Coenen – van Vroonhoven & Verloove – Vanhorick, 2008) wordt benadrukt dat het voorkómen van problemen in de opvoeding door voorlichting en ondersteuning gericht op het vergroten van competenties van ouders en vroege signalering van (gedrags)problemen en opvoedingsspanning (gevolgd door passende begeleiding) uitstekend mogelijk zijn in de JGZ, mits er op voldoende momenten specifieke aandacht voor is. Dit zou bij voorkeur al moeten beginnen vóór de geboorte van het kind. Tijdens elk regulier contactmoment moet de mogelijkheid bestaan om over deze onderwerpen te praten en het is wenselijk dat ouders ook tussen de reguliere contactmomenten een beroep kunnen doen op de JGZ. Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problematiek voorafgaand aan reguliere contactmomenten, geeft JGZ professionals de mogelijkheid om op objectieve wijze kinderen (en gezinnen) te selecteren die extra zorg nodig hebben. Daarnaast is het van belang actief kindfactoren te signaleren die kunnen duiden op specifieke problemen zoals ADHD en autisme spectrum stoornissen. Ook het signaleren van ouderfactoren die de opvoeding negatief kunnen beïnvloeden is van belang: zo heeft een postnatale depressie bij moeders een negatieve invloed op de ontwikkelingskansen van jonge kinderen en vergroot deze het risico op latere

psychische problemen. Tijdige interventies kunnen de negatieve invloed van dergelijke risicofactoren verminderen. Er zijn in Nederland verschillende erkende interventies op dit gebied.

Nog maar een klein deel van de instrumenten die binnen de JGZ gebruikt worden om psychosociale problemen te signaleren is voor de Nederlandse situatie gevalideerd (Klein Velderman et al, 2007). Dat het van belang is om signaleringsinstrumenten te gebruiken is echter wel aangetoond in een onderzoek van Vogels (2008). In deze studie werd gevonden dat wanneer jgz-medewerkers vertrouwden op hun eigen oordeel bij het signaleren van psychosociale problemen veel kinderen met problemen niet gesignaleerd werden; veel kinderen ten onrechte als problematisch gelabeld werden en er grote verschillen waren tussen individuele jeugdartsen en verpleegkundigen. Bovendien vond Vogels dat korte vragenlijsten de signalering sterk konden verbeteren en het bovendien mogelijk is een zogenaamde Computerized Adaptive Testing (CAT) te ontwikkelen waarmee met weinig vragen een nauwkeurige indicatie van aanwezige problematiek verkregen kan worden.

In de JGZ richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen (Postma, 2008) wordt geadviseerd tijdens de contactmomenten zoveel mogelijk gevalideerde of anders veelbelovende signaleringsinstrumenten te gebruiken. Per leeftijdsgroep is het advies:

- 0-4 jaar: de eigen werkwijze voortzetten, met gebruik van (veelbelovend) signaleringsinstrument.
- 4-12 jaar: samenwerking met scholen is essentieel. JGZ moet deel uitmaken van de zorgadviesteams (ZAT).
- 12-19 jaar: 1 regulier contactmoment is erg beperkt. Met name in het vmbo kampen veel leerlingen met problemen (25% van de vmbo-leerlingen, 9,5% van de vwo- leerlingen). Aanbeveling is om ook op de leeftijd van 15/16 jaar (en voor het vmbo 14/15 jaar) een contactmoment in te voeren. Deze aanbeveling komt ook uit het rapport "Advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar" (Dunnink, 2009).

De JGZ ziet oudere kinderen veel minder dan jongere kinderen. Problemen die tussen de contactmomenten ontstaan kunnen daardoor moeilijker vroegtijdig gesignaleerd worden. De JGZ wordt geacht in de ZAT's te participeren, maar die activiteiten zijn momenteel geen onderdeel van het uniforme deel van het Basistakenpakket. Die tegenstrijdigheid moet volgens de richtlijn opgelost worden. Signalering van kinderen met problemen in de ZAT's moet beschouwd worden als een essentiële aanvulling op signalering in het PGO en daarom gedefinieerd worden als een onderdeel van het Uniforme deel van het Basistakenpakket JGZ. **Conclusie:** Onderzoek laat zien dat psychosociale problemen veel voorkomen bij jeugdigen en dat zij (als zij niet vroegtijdig worden aangepakt) ernstige gevolgen voor de jeugdige en voor de samenleving hebben. Bovendien heeft onderzoek aangetoond dat vroegtijdig signaleren en ingrijpen van zeer **groot belang** is: eenmaal ontstane problemen zijn zeer moeilijk terug te dringen. Vroeg signaleren en vroegtijdig ingrijpen is ook goed **mogelijk**: onderzoek laat zien dat door het ingrijpen op risicofactoren voorkomen kan worden dat psychosociale problemen zich vestigen. Er zijn binnen de JGZ verschillende (vaak nog niet gevalideerde) signaleringsinstrumenten beschikbaar waarmee psychosociale problemen vroegtijdig opgespoord kunnen worden. Ook zijn er diverse erkende interventies die ingezet kunnen worden om risicofactoren te verminderen. Er is daarnaast consensus dat het voorkómen van problemen in de opvoeding door voorlichting en

ondersteuning gericht op het vergroten van competenties van ouders en vroege signalering van (gedrags)problemen en opvoedingsspanning (gevolgd door passende begeleiding) uitstekend mogelijk zijn in de JGZ.

Bovenstaande biedt voldoende onderbouwing om de **signalering** van dit onderwerp te handhaven in het UBTP. Vanwege de negatieve gevolgen van psychosociale problematiek voor de ontwikkeling van jeugdigen verdient het ook aanbeveling de **signalering** via de ZAT's onderdeel te laten zijn van het UBTP. De **voorlichting** over psychosociale problemen is momenteel onderdeel van het maatwerkdeel. Op basis van bovenstaande conclusies verdient het aanbeveling ook de voorlichting onderdeel te laten zijn van het UBTP.

3.7.3 *Pesten*

Uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de kinderen soms/regelmatig gepest wordt (Fekkes, 2005). Pesten komt het meeste voor op school, maar inmiddels komt ook digitaal pesten steeds vaker voor.

Zowel internationale overzichtsstudies en meta-analyses als Nederlands onderzoek laten duidelijk zien dat pesten negatieve effecten kan hebben. Vooral kinderen die herhaaldelijk en op verschillende manieren zijn gepest, hebben last van sociale en emotionele problemen. Het pesten vergroot gevoelens van eenzaamheid en depressie en verergert bestaande problemen. 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, diepere depressie en zelfs suïcidale gedachten (Gini et al, 2009). Kinderen die aan het begin van het schooljaar gepest worden, hebben een aanzienlijk grotere kans dat ze zes maanden later ook gepest worden. Bovendien hebben ze vaker last van psychosomatische klachten als hoofdpijn, slaapproblemen, buikpijn, bedplassen en vermoeidheid (Fekkes, 2005, Stassen Berger, 2007). Daarnaast lopen kinderen met sommige specifieke klachten, zoals depressieve of angstige gevoelens, weer een veel grotere kans om gepest te worden (Fekkes et al, 2005).

Op de lange termijn kunnen ook pesters sociale problemen krijgen. Een pestend kind leert dat het doelen kan bereiken zonder op een sociaal aangepaste manier met anderen te onderhandelen. Daardoor kan hij uiteindelijk onaangepaste gedragspatronen krijgen.

Pesten op school is een groepsverschijnsel. Iedereen in de klas speelt een rol binnen de dynamiek van het pesten: sommige kinderen 'helpen' de pester door toe te kijken, steun te betuigen of mee te helpen; andere kinderen nemen het op voor het slachtoffer en weer andere kinderen negeren het zoveel mogelijk (Rigby, 2003, Olweus, 2004, Veenstra et al, 2005, 2011). De hele klas kan dan ook last hebben van pesten. Het hindert het leren en op dagen waarop niet-betrokken kinderen iemand gepest zien worden, vinden ze school minder leuk. Kinderen die dagelijks geconfronteerd worden met pesten krijgen bovendien de boodschap dat toeschouwers niet ingrijpen, slachtoffers verdienen wat ze krijgen, macht belangrijker is dan rechtvaardigheid en dat volwassenen niet goed voor kinderen zorgen.

Gezien de negatieve invloed op de verdere ontwikkeling van het gepeste kind, is het de taak van de JGZ om pestgedrag op de basisschool zoveel mogelijk te voorkomen en problemen die het gevolg zijn van pesten zo snel mogelijk te signaleren en aan te pakken door middel van wetenschappelijk onderbouwde interventies. Gini et al (2009) concluderen, op basis van een meta-analyse naar de gevolgen van pesten dat het onderzoek laat zien dat het zeer belangrijk is dat

professionals pesten vroegtijdig signaleren en kinderen en ouders vragen naar hun emotioneel functioneren en ervaringen met leeftijdsgenoten.

In het rapport 'Advies contactmomenten JGZ 0-19 jaar' (Coenen – van Vroonhoven & Verloove – Vanhorick, 2008) wordt benadrukt dat de aanpak van pesten vooral op school (of vereniging) plaats dient te vinden. De rol van de JGZ betreft dan vooral het monitoren van de aanpak van pesten op scholen en het ondersteunen van scholen bij de implementatie en uitvoering van effectief anti-pestbeleid. Internationale en nationale studies bieden aanknopingspunten voor het inrichten van een schoolbreed effectief anti-pestbeleid. De JGZ kan tevens een signalerende en begeleidende rol innemen in de Zorg en Adviesteams. Ook kan de JGZ een belangrijke rol spelen bij goede advisering en voorlichting naar ouders. Pesten komt vooral voor bij kinderen en jongeren tussen 4 en 19 jaar. Het hoogtepunt van het aantal pestgevallen ligt tussen 9 en 14 jaar. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft verschillende contactmomenten die in de leeftijdsperiode vallen dat kinderen veel gepest worden. Ouders en leerkrachten zijn vaak niet op de hoogte van pestproblematiek (Fekkes, 2005). Het is daarom belangrijk dat de JGZ in de individuele contactmomenten aandacht besteedt aan pesten door er structureel naar te vragen in het kader van het signaleren van psychosociale of somatische problemen en eventueel doorverwijst. Er zijn in Nederland verschillende erkende interventies gericht op (problemen die samengaan met) pesten beschikbaar. Specifiek voor digitaal pesten zijn veel minder interventies beschikbaar. Vooralsnog is er geen uniform beleid voor zowel gepesten als pesters en geen goed zicht op de effectiviteit van het hulpaanbod waar de JGZ naar door kan verwijzen. Ook zijn er weinig instrumenten beschikbaar om pesten goed te kunnen signaleren. De in 2013 te verschijnen richtlijn 'pesten' kan bij deze dilemma's verdere instructies geven.

Uit het rapport 'Update programmeringsstudie effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar' (2005) komt naar voren dat een kwart van de GGD'en vindt dat het monitoren, signaleren en het geven van voorlichting over pesten en geweld 'zeer hoge prioriteit' heeft.

In het rapport "Advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar" (Dunnink, 2009) wordt geadviseerd een extra contactmoment in te voeren op de leeftijd van 15/16 jaar waarin voorlichting over verschillende leeftijdsrelevante thema's wordt gegeven (waaronder ook pesten, geweld en seksuele dwang) en signalering van o.a. psychosociale problematiek plaats kan vinden.

Conclusie: Pesten komt vooral voor bij kinderen en jongeren tussen 4 en 19 jaar. Het hoogtepunt van het aantal pestgevallen ligt tussen 9 en 14 jaar. Onderzoek wijst uit dat pesten een zeer negatieve invloed kan hebben op de ontwikkeling van jeugdigen; het gaat vaak hand in hand met psychosociale of somatische problemen. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft verschillende contactmomenten in de leeftijdsperiode dat kinderen veel gepest worden. In het kader van het signaleren van psychosociale of somatische problemen is pesten dan ook een belangrijk thema. Bovendien blijkt dat een aanzienlijk aantal GGD' en vindt dat het monitoren, signaleren en geven van voorlichting over pesten en geweld een 'zeer hoge prioriteit' heeft.

Er is daarom voldoende onderbouwing om de signalering van pesten te handhaven in het UBTP.

Het verdient bovendien aanbeveling ook de voorlichting rondom pesten onderdeel te laten zijn van het UBTP.

3.7.4 *Opvoedingsondersteuning*

Hoppenbrouwers et al (2010) benadrukken dat er voldoende evidentie is dat de fysieke en psychische gezondheid van de ouders/opvoeders, de gezinscontext (kwaliteit van de partnerrelatie, de socio-economische situatie van het gezin en de gezinssamenstelling), de kwaliteit van de hechting opvoeder-kind en het aanwezige ondersteunend netwerk, mede bepalend zijn voor de algemene en psychische gezondheid van een kind. Ook is er steeds meer bewijs dat ervaringen in de eerste levensjaren de fundamentele (ook op biologisch vlak) leggen voor het toekomstig functioneren van het kind, en dat de hersenontwikkeling gestuurd wordt in interactie met de psychosociale leefomgeving. Deze bevindingen wijzen op het belang van ondersteunende maatregelen voor alle (toekomstige) gezinnen met jonge kinderen om eventuele opgroei- en opvoedproblemen te voorkomen, en daarnaast op het belang van tijdige en herhaalde aandacht voor relevante risico- en beschermende factoren tijdens het opgroeien.

In de conceptrichtlijn Opvoedingsondersteuning (Prinsen et al, 2012) worden vijf functies van opvoedingsondersteuning onderscheiden: 1. informatie en voorlichting over de ontwikkeling en opvoeding; 2. pedagogische advisering en licht pedagogische hulp; 3. signalering van opvoedproblemen, vroegtijdige onderkenning en verwijzing; 4. informele, sociale, praktische en instrumentele steun van ouders bij de opvoeding; 5. bevorderen van een stimulerende pedagogische en fysieke omgeving.

Volgens het Besluit Publieke Gezondheid valt voorlichting gericht op opvoeding en het bevorderen van gezond gedrag onder het maatwerk. Er is volgens de conceptrichtlijn echter consensus over het feit dat deze ondergebracht dient te worden in het universele deel. Dit is ook opgenomen in het rapport Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment (Dunnink & Lijs-Spek, 2008) en werd in 2005 al aanbevolen door het platform JGZ.

Meer specifiek beveelt de conceptrichtlijn aan opvoedingsondersteuning op te nemen in het uniforme deel van het BTP omdat: elke vraag, elke opmerking in elk contact met ouders het begin van een vraag naar opvoedingsondersteuning kan inhouden, opvoedvragen van alle tijden zijn, (bijna) alle ouders opvoedvragen hebben, de JGZ veel ouders bereikt en omdat bij het opgroeien en opvoeden lichamelijke, geestelijke en psychosociale aspecten te allen tijde aan elkaar verbonden zijn.

De conceptrichtlijn beveelt aan de vijf functies van opvoedingsondersteuning te integreren met de taken uit het BTP die relevant zijn voor opvoedingsondersteuning:

- de algemene anamnese van onder meer slapen en slaapgedrag, eten en eetgedrag, spelen, zich vermaken;
- het inschatten van de zorgbehoefte, waaronder de behoefte aan advies/voorlichting bij opvoeden;
- voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Risicogroepen kunnen extra zorg krijgen. Wanneer in de reguliere contacten risico's ten aanzien van de opvoeding worden gesignaleerd, dienen de gevolgen voor de jeugdige ingeschat te worden (en/of een taxatie van de ernst van de problemen gemaakt te worden). Daarbij kan gebruik gemaakt worden van taxatie- of signaleringsinstrumenten (voorzichtigheid is overigens geboden bij interpretatie daarvan, vanwege het ontbreken van validatieonderzoek). Vervolgens worden samen met ouders en/of jeugdige passende interventies gekozen gericht op het verminderen van risico's en het versterken van beschermende factoren.

In het rapport 'Advies contactmomenten JGZ 0-19 jaar' (Coenen – van Vroonhoven & Verloove – Vanhorick, 2008) wordt ook benadrukt dat het voorkómen van problemen in de opvoeding door voorlichting en ondersteuning en vroege signalering van (gedrags)problemen en opvoedingsspanning (gevolgd door passende begeleiding) uitstekend mogelijk zijn in de JGZ. Dit zou bij voorkeur al moeten beginnen vóór de geboorte van het kind. Tijdens elk regulier contactmoment moet de mogelijkheid bestaan om over deze onderwerpen te praten en het is wenselijk dat ouders ook tussen de reguliere contactmomenten een beroep kunnen doen op de JGZ. In het rapport wordt tevens een extra contactmoment geadviseerd voor de leeftijd van 2 ½ jaar voor het signaleren van en adviseren over pedagogische problemen en het volgen van de ontwikkeling. Daarnaast wordt benadrukt dat risicoselectie (gebaseerd op het balansmodel van Bakker) bij voorkeur al plaats vindt in de prenatale periode (door de verloskundige), waardoor prenatale zorg door de JGZ, bijvoorbeeld door een huisbezoek, mogelijk wordt.

Opvoedingsondersteuning laat – met name bij ouders van risicogroepen en ouders die de eerste signalen van opvoedingsproblematiek vertonen- positieve effecten zien op het opvoedingsgedrag van ouders, de psychosociale gezondheid van moeders en op het gedrag van kinderen (Ince, 2011). Primaire preventie van opvoedingsproblemen kan in de JGZ vorm krijgen door het aanbieden van gestructureerde interventies, zoals Triple P (hele populatie) of Stevig Ouderschap (gezinnen met verhoogd risico). De effectiviteit van deze programma's is gedeeltelijk onderbouwd. Studies naar de kosteneffectiviteit van het aanbod zijn er nog nauwelijks. Wel is er wereldwijd consensus dat het rendement van vroege investeringen in het opvoeden en opgroeien groter is dan dat van latere investeringen. Er is daarnaast enig bewijs dat vroegtijdige inzet van programma's en activiteiten bij een groot publiek en vroegtijdige inzet bij een kleine en specifieke doelgroep kosteneffectief kan zijn. Ook is er enig bewijs dat huisbezoeken en oudertrainingen tot de potentieel kosteneffectieve, bruikbare interventies behoren (Prinsen et al, 2012).

Conclusie: Er is consensus over het feit dat voorlichting over opvoeding ondergebracht moet worden in het UBPT. (Bijna) alle ouders hebben opvoedvragen en de JGZ bereikt veel ouders. Bovendien is er voldoende evidentie dat de fysieke en psychische gezondheid van ouders, de gezinscontext, de kwaliteit van de hechting tussen opvoeder en kind en het aanwezige ondersteunende netwerk mede bepalend zijn voor de algemene en psychische gezondheid van een kind. Ook is er steeds meer bewijs dat ervaringen in de eerste levensjaren de fundamentele (ook op biologisch vlak) leggen voor het toekomstig functioneren van het kind, en dat de hersenontwikkeling gestuurd wordt in interactie met de psychosociale leefomgeving.

Daarnaast is er consensus dat het voorkómen van problemen in de opvoeding door voorlichting en ondersteuning en vroege signalering van (gedrags)problemen en opvoedingsspanning (gevolgd door passende begeleiding) uitstekend mogelijk zijn in de JGZ. Onderzoek geeft bovendien aanwijzingen voor de (kosten) effectiviteit van verschillende opvoedprogramma's.

Er is daarom voldoende onderbouwing om voorlichting gericht op opvoeding op te nemen in het UBTP.

3.7.5 *Schooluitval/arbeidstoeleiding*

Jongeren zijn leerplichtig tot het einde van het schooljaar waarin zij 16 jaar worden. Daarna zijn ze

verplicht onderwijs te volgen tot hun 18e, gericht op het halen van de startkwalificatie (een HAVO/VWO- of MBO-2-diploma). In het schooljaar 2009-2010 waren er, op grond van voorlopige gegevens, 39.600 nieuwe voortijdig schoolverlaters. Dat is ongeveer 3 procent van alle jongeren van 15 tot 22 jaar en dat zijn er 3000 minder dan het jaar daarvoor. Vanaf 2004-2005 daalt het aantal voortijdig schoolverlaters gestaag, met ongeveer 0,3 procent per schooljaar (CBS, 2010). Schooluitval is niet altijd voorgoed. Van de voortijdig schoolverlaters in het schooljaar 2005-2006 zat na twee jaar ruim een derde weer op school (Van Wijk e.a. 2011). Het kabinet heeft de doelstelling voor het tegengaan van voortijdige schooluitval inmiddels aangescherpt. Het aantal nieuwe voortijdig schoolverlaters mag in 2016 nog maar maximaal 25.000 zijn.

Het missen van een startkwalificatie verkleint het succes op de arbeidsmarkt. Jongeren met een startkwalificatie hebben twee keer zoveel kans op een baan dan leeftijdsgenoten zonder startkwalificatie. Wanneer jongeren zonder startkwalificatie wel een baan hebben, is deze meestal laagbetaald. Daardoor is het risico groot dat zij niet meer uit de marge van de samenleving komen, met alle gevolgen van dien, voor henzelf en voor de samenleving (Van den Berg, 2007). Onder de jongeren zonder startkwalificatie is het aandeel dat verdacht wordt van een misdrijf met 5,3 procent ongeveer drie keer zo groot als onder jongeren die langer op school hebben gezeten en wel beschikken over een startkwalificatie (CBS, 2011). Diverse kosten-batenanalyses doen de suggestie dat het terugdringen van voortijdig schoolverlaten hoge maatschappelijke baten op kan leveren. Investeren in het tegengaan van voortijdig schoolverlaten lijkt kansrijk en met effectieve interventies zijn hoge rendementen te behalen (in 't Veld et al, 2006, CPB, 2006, Cuelenaere et al, 2009). Dit resultaat is in lijn met het beeld uit de internationale literatuur (Cunha et al, 2005). In het algemeen blijken preventieve interventies effectiever én goedkoper te zijn dan interventies voor jongeren die al uitgevallen zijn. Desalniettemin wordt in de rapporten ook benadrukt dat voortijdig schoolverlaten een hardnekkig probleem is dat moeilijk terug te dringen is. Onderzoek heeft aangetoond dat er een aantal vroege signalen van voortijdig schoolverlaten zijn. Zo is de kans op voortijdig schoolverlaten bij leerlingen met een 'verzuimgeschiedenis' twee keer zo groot als die bij jongeren zonder zo'n geschiedenis (Hartkamp, 2005, Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt, 2012). Het spijbelen is bij deze jongeren onderdeel van een afglijproces waarbij de motivatie, de inzet voor het huiswerk en de betrokkenheid bij school steeds verder afnemen, met het voortijdige vertrek uit het onderwijs als eindstation (Batenburg, Korpershoek, & Werf, 2007). Zwaar spijbelen is dus een belangrijk signaal dat leerlingen in de gevarenzone zijn beland. Ook pesten wordt door voortijdig schoolverlaters genoemd als reden om van school af te gaan (met name in het VMBO) en vormt daarmee tevens een belangrijk signaal (Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt, 2012). Recentelijk toonde onderzoek aan dat bijna de helft van de voortijdig schoolverlaters het idee heeft dat niemand heeft geprobeerd hun uitval te voorkomen. Een op de vijf voortijdig schoolverlaters zegt niemand te hebben gesproken over de beslissing definitief van school te gaan (Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt, 2012). De JGZ kan een belangrijke rol spelen op allerlei niveaus bij het signaleren en bestrijden van schoolverzuim en voortijdige schooluitval.

Volgens In 't Veld et al (2006) is de intensivering van de zorg in het onderwijs de meest rendabele interventie om schooluitval en schoolverzuim te voorkomen. De

Zorg- en adviesteams vervullen hierbij een centrale rol. De JGZ kan tevens een signalerende en begeleidende rol innemen in de Zorg en Adviesteams. Binnen de ZAT's kan beoordeeld worden welke factoren op school verzuim of uitval veroorzaken (bijvoorbeeld pesten/onveilige omgeving) en wat de aanpak kan zijn. Tevens is er binnen de Wet publieke gezondheidszorg mogelijkheid om door jeugdartsen op verzoek consulten te laten uitvoeren als onderdeel van het uniforme deel van het basistakenpakket JGZ (Vanneste & Lanser, 2010).

Daarnaast kan aandacht voor schoolverzuim en schooluitval een rol innemen in de individuele contactmomenten. Op dit moment is er 1 regulier contactmoment voor de leeftijdsperiode van 12-19 jaar. In verschillende rapporten wordt aanbevolen een extra contactmoment in te voeren.

Zo benadrukt het rapport "Advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar" (Dunnink, 2009) dat juist op de leeftijd van 15/16 jaar jongeren de keuze moeten maken voor vervolgonderwijs of het zoeken van werk ter voorbereiding op hun participatie in de maatschappij. Op deze leeftijd is voorlichting over keuzes voor vervolgonderwijs en beroep, relativisering en identiteit belangrijk. Daarom wordt aanbevolen een extra contactmoment op deze leeftijd in te voeren waarin naast signalering van psychosociale problemen en beïnvloeding van leefstijlfactoren ook preventie van schooluitval (toeleiding naar de arbeidsmarkt) een rol speelt (Coenen – van Vroonhoven & Verloove – Vanhorick, 2008). Voor VMBO leerlingen wordt geadviseerd dit extra contactmoment plaats te laten vinden in klas 3. Om voldoende tijd tussen de contactmomenten te houden wordt daarnaast aanbevolen het contactmoment 13 jaar/klas 2 een jaar te vervroegen voor VMBO leerlingen.

Conclusie: Ongeveer 3% van alle jongeren verlaat school voortijdig. Jongeren zonder startkwalificatie hebben minder succes op de arbeidsmarkt en lopen een groter risico op crimineel gedrag. Onderzoek heeft aangetoond dat het voorkomen van voortijdig schoolverlaten hoge maatschappelijke baten kan opleveren. Onderzoek doet bovendien de suggestie dat de intensivering van de zorg in het onderwijs de meest rendabele interventie is om schooluitval en schoolverzuim te voorkomen. De JGZ kan een signalerende en begeleidende rol innemen in de Zorg en Adviesteams. Daarnaast spelen keuzes rondom vervolgonderwijs een belangrijke rol op 15/16 jarige leeftijd. De JGZ zou op deze leeftijd, naast signalering van psychosociale problemen en beïnvloeding van leefstijlfactoren, ook aandacht kunnen besteden aan preventie van schooluitval (toeleiding naar de arbeidsmarkt).

Er is voldoende onderbouwing om dit onderwerp op te nemen in het UBTP. Nader onderzoek is echter wenselijk naar de wijze waarop de JGZ deze taak zou kunnen invullen.

4 Deel II Aanvullende onderwerpen (NCJ)

4.1 Overgewicht/obesitas

In 2012 is de richtlijn 'overgewicht' verschenen (Kist 2012). In de richtlijn staat de prevalentie als volgt: Het percentage kinderen met overgewicht - evenals de mate van overgewicht bij kinderen in Nederland neemt toe (Schönbeck 2010). De prevalentie van jongens met overgewicht is gestegen van 9% in 1997 tot 13% in 2009. Bij meisjes is eveneens een toename in overgewicht te zien, van 12% in 1997 tot 15% in 2009. Overgewicht ontstaat bovendien op steeds jongere leeftijd en komt vaker voor bij kinderen van Turkse (jongens 33% en meisjes 32%) en Marokkaanse afkomst (25% en 29% respectievelijk). Deze verschillen in prevalentie kunnen gedeeltelijk door culturele en gedeeltelijk door socio-economische verschillen worden verklaard. Ook is het percentage jongens en meisjes met obesitas sterk toegenomen. Bij jongens is de prevalentie gestegen van 0,3% in 1980 tot 0,9% in 1997 en 1,8% in 2009. Bij meisjes is een vergelijkbare trend te zien: 0,5% (1980), 1,6% (1997) en 2,2% (2009). Veel professionals binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) werken al met het Signaleringsprotocol (Bulk-Bunschoten 2004) en het Overbruggingsplan (Bulk-Bunschoten 2005); deze protocollen gelden voor kinderen vanaf 2 jaar. In het Signaleringsprotocol voor het vaststellen van overgewicht bij kinderen vanaf 2 jaar wordt gebruik gemaakt van internationale BMI-criteria voor overgewicht (Cole 2000). Deze criteria gelden voor kinderen vanaf 2 jaar; voor jongere kinderen zijn nog geen gevalideerde criteria beschikbaar. Daarom wordt in de jeugdgezondheidszorg door de meerderheid (67%) geen protocol gebruikt bij het signaleren van overgewicht bij kinderen van 0-1 jaar.

Recent zijn door de WHO nieuwe groeidiagrammen gepresenteerd voor 0- tot 5-jarigen, gebaseerd op 6 internationale studies onder kinderen die borstvoeding kregen en van wie de moeders niet rookten. Er dient nader onderzocht te worden of deze groeidiagrammen te extrapoleren zijn naar de Nederlandse populatie én of met deze gegevens BMI-criteria voor 0- tot 2-jarigen ontwikkeld kunnen worden die aansluiten bij de criteria voor kinderen vanaf 2 jaar.

Conclusie: er is voldoende onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het BAP.

4.2 Middelengebruik, waaronder blowen

Het willen experimenteren hoort bij het gedrag van adolescenten. Het uitproberen van alcohol, roken, softdrugs hoeft niet direct problematisch te zijn, maar kan dit op termijn wel worden (Boudewijnse 2005). Vroeg beginnen met roken of alcohol is een belangrijke voorspeller voor later misbruik en afhankelijkheid van drugs. De overheid wil dat de preventie van drugs en alcohol gebruik door minderjarigen meer aandacht krijgt (van Hasselt 2010). Het peilonderzoek onder scholieren (Verdurmen 2012) geeft een beeld van de prevalenties van riskant middelen gebruik onder pubers en adolescenten.

Alcohol

Er wordt steeds meer en op jongere leeftijd gedronken. Uit het peilonderzoek onder scholieren blijkt dat in groep 8 van het basisonderwijs 19% van de leerlingen al ooit alcohol heeft gedronken, jongens vaker dan meisjes, waarvan 5% ook in de

afgelopen maand heeft gedronken. 2% is zelfs al eens dronken geweest. In het voortgezet onderwijs heeft ruim 83% van de 16-jarigen ooit alcohol gedronken, waarvan ruim 80% de laatste maand. 78% van de 17-18-jarigen is ooit aangeschoten of dronken geweest. Gemiddeld 30% van de middelbare scholieren heeft één of meerdere keren aan binge drinking (>5 glazen bij één gelegenheid) gedaan de maand voor de peiling. Het gebruik van alcohol stijgt met de leeftijd (Verdurmen 2012). Het op jonge leeftijd alcohol drinken kan de hersenen onherstelbaar beschadigen en geeft een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik als volwassene (van Hasselt 2010).

Uit onderzoek door het Trimbosinstituut naar de effectiviteit van alcoholpreventie onder jongeren blijkt dat gezinsgerichte interventies gericht op preventie van schadelijk alcoholgebruik effectief is voor het uitstellen van alcoholgebruik en in het verminderen van de frequentie van alcoholgebruik van adolescenten. Nadeel bij deze interventies is dat risicogroepen moeilijk bereikt worden, behalve wanneer de interventie gekoppeld is aan bijvoorbeeld een schoolprogramma. Er is geen onderzoek beschikbaar naar het effect van specifieke gezinsgerichte interventies ter preventie van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren die al overmatig alcohol gebruiken (van Hasselt 2010).

Uit promotieonderzoek van Ina Koning blijkt dat uitstellen van alcoholgebruik door jongeren mogelijk is door jongeren te stimuleren om niet te drinken en ouders op te roepen hun kinderen geen alcohol te geven (Koning 2011). Jongeren die tot hun vijftiende geen alcohol drinken zullen op hun zestiende minder glazen alcohol drinken. Uitstellen van alcoholgebruik onder jongeren is een doelmatige alcoholpreventie, maar werkt alleen als zowel de ouders als hun kinderen geïnformeerd worden over de nadelen van alcoholgebruik op jonge leeftijd. "Die gecombineerde aanpak is essentieel voor het slagen van alcoholpreventie. Alleen ouders of alleen jongeren informeren werkt niet".

Roken

Tussen 1994 en 2011 is het percentage rokende jongeren gedaald van 28 naar 19%. Daarnaast heeft 17% ooit gerookt (Verdurmen 2012; website Stivoro: feiten en cijfers). Uit het peilonderzoek 2011 onder scholieren blijkt roken (en alcoholgebruik) te stijgen met de leeftijd. In groep 8 van de basisschool heeft 4% van de leerlingen ooit gerookt. Op het voortgezet onderwijs stijgt dat percentage snel naar 55% van de 16-jarigen. 32% van de 16-jarigen is actueel roker (afgelopen maand gerookt). 5% van de 14-jarigen rookt dagelijks, wat oploopt tot 16% van de 17-18-jarigen. Voor alle leeftijden geldt dat jongens vaker roken dan meisjes. VWO-leerlingen roken het minst van alle leerlingen verdeeld naar schooltype (Verdurmen 2012).

Cannabis

Cannabisgebruik stijgt vanaf de middelbare schoolleeftijd. Van de 12-jarigen heeft 1% ervaring met cannabis, op 17-18 jarige leeftijd heeft de helft van de jongens en ruim een derde van de meisjes wel eens cannabis gebruikt. De gemiddelde leeftijd waarop jongeren gaan blowen ligt op 14,3 jaar (Verdurmen 2012). Het gebruik verschilt per schooltype; VMBO-b scholieren beginnen eerder (11% op 14-jarige leeftijd) dan HAVO en VWO scholieren (3-5% op 14-jarige leeftijd) en gebruiken als ze eenmaal blowen ook meer cannabis dan hun leeftijdsgenoten op de HAVO en het VWO (Schrijvers 2010). Gezinsfactoren spelen een grote rol in het drugsgebruik

van jongeren. Beschermende factoren zijn een goede band tussen ouder en kind en een autoritatieve opvoedstijl (van Hasselt 2010).

Cannabisgebruik hangt vaak samen met ander probleemgedrag. Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag, spijbelen vaker en presteren minder op school dan leeftijdgenoten die niet blowen. Hoe meer een jongere blowt, hoe sterker dit verband is. Niet duidelijk is of er ook sprake is van een oorzakelijk verband, dat moet beter onderzocht worden (van Dorsselaer 2010).

Conclusie: De verschillende aangehaalde onderzoeken tonen aan dat riskant middelengebruik kan leiden tot gezondheidsschade en problemen in de puber- en/of volwassenleeftijd. Dit geeft sterke aanwijzingen voor de noodzaak riskant middelengebruik vroegtijdig te signaleren. Zowel bij alcoholgebruik als bij het gebruik van cannabis spelen gezinsfactoren een rol. De JGZ beschikt over longitudinale gegevens over kind en omgevingsfactoren en kan daarmee inschatten in welk mate de gezinsfactoren een rol spelen. Tevens past voorlichting en vroegsignalering bij de preventieve taken van de JGZ. Deze conclusies geven voldoende onderbouwing om dit onderwerp te handhaven in het BAP, en de aanbeveling ook de algemene voorlichting hierover op te nemen in het BAP.

4.3 Shaken baby syndroom

Het effect van voorlichting op het voorkómen van het 'Shaken baby syndroom' is onderzocht. Onderzoek laat zien dat dit effectief kan zijn (Hermanns 2008).

Als ouders bijtijds en goed worden voorgelicht over het 'Shaken Baby Syndrome' (SBS), kan het syndroom van geschudde baby's met maar liefst 47 procent voorkomen worden. Dat blijkt uit een Amerikaanse studie naar een interventie waarin ouders kort na de geboorte van hun kind informatie krijgen over SBS (Dias 2005).

De vraag is of wat in Amerika/Canada werkt evengoed in Nederland aanslaat. TNO heeft een video/film ontwikkeld die landelijk wordt geïmplementeerd, in de kraamzorg en de JGZ, op verzoek van het ministerie van VWS, in een samenwerking tussen TNO, Expertisecentrum voor de Kraamzorg en het NCJ. In Amsterdam en Den Haag vindt implementatieonderzoek hierbij plaats; het resultaat wordt over 1,5 jaar verwacht.

Conclusie: er is voldoende onderbouwing om de voorlichting over dit onderwerp op te nemen in het BAP.

4.4 Depressie

Bijna 3 procent van de Nederlandse jongeren van 13 tot 18 jaar heeft in het half jaar voorafgaand aan het onderzoek een depressieve stoornis gehad. Dit komt neer op zo'n 35.000 jongeren. In de categorie van 18 tot 24 jaar ligt het percentage stemmingsstoornissen op bijna 7 procent over het afgelopen jaar. Het percentage depressieve stoornissen in deze leeftijdscategorie ligt bij vrouwen met 7,6 procent hoger dan bij mannen met 5,9 procent. Deze gegevens komen uit interviewstudies onder jongeren en hun ouders (Verhulst e.a. 1997) en onder jongvolwassenen (De Graaf e.a. 2010).

Conclusie: er is voldoende onderbouwing om de voorlichting over dit onderwerp op te nemen in het BAP.

4.5 **Wat zijn de onderwerpen waaraan je specifiek bij adolescenten/ jongvolwassenen aandacht zou moeten besteden**

Jongeren tussen de 13 en 19/23 jaar zitten in een fase tussen de kinderjaren en de volwassenheid in. Het is een periode die zich kenmerkt door de vele nieuwe uitdagingen en ontwikkelingen die zich voordoen op verschillende terreinen. Het lichaam ontwikkelt zich, waarbij de hormoonhuishouding en de hersenen veranderen. Het is een periode waarbij het ontdekken, experimenteren en ervaren van mogelijkheden en beperkingen centraal staat. Denk aan roken, alcohol drinken, blowen, seksuele relaties aangaan etc.

De centrale ontwikkelingstaak in deze fase is het ontwikkelen van een eigen identiteit (Erikson, 1968). Bij de identiteitsontwikkeling spelen emoties een belangrijke rol. Tijdens deze periode zijn emoties en gevoelens sterk verbonden met lichamelijke sensaties, maar tegelijkertijd ook met de situatie waarin deze ervaringen worden opgedaan. Dat is alles is niet nieuw, maar momenteel biedt de huidige maatschappij minder houvast en moeten jongeren zelf bepalen hoe zij zich daartoe willen verhouden. Dit vraagt van jongeren dat zij keuzes kunnen maken, maar daarvoor moet je wel weten wie je bent en wat je mogelijkheden zijn.

Uit de HBSC 2009 studie blijkt dat de meeste 11- tot en met 16 jarigen een heel positief beeld geven over hoe zij zich voelen, hoe zij omgaan met hun ouders en vrienden en hoe zij hun sociale situatie beoordelen. Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt vooral onder meisjes ook het probleemgedrag toe. Meisjes krijgen in de loop van de adolescentie meer last van (vooral) internaliserend probleemgedrag. Jongens scoren hoger bij externaliserende problemen (gedragsproblemen, problemen met leeftijdgenoten, minder prosociaal gedrag). Daarnaast zijn de opvoedings- en opgroei-omstandigheden veel minder gunstig voor kinderen uit lagere opleidingsniveaus. Door de veranderingen in de samenleving zijn er ook andere gezondheidsproblemen (welvaartsziekten) ontstaan. Zo is er de laatste jaren een duidelijke opmars van schadelijke gevolgen op gezondheidsgebied, zoals obesitas, alcoholmisbruik, schulden, telefoon/ internetverslaving, schooluitval en publieke agressie. Jongeren staan bloot aan veel verleidingen, terwijl zij (nog) impulsief reageren en zijn gevoelig voor de verslavende werking van sommige genotsartikelen zoals eten, roken en alcohol. Zij zijn niet altijd in staat om de effecten van ongezond gedrag voor de langere termijn te overzien.

Het NCJ heeft onlangs een behoefteonderzoek uit (laten) voeren onder jongeren naar preventieve gezondheid. Hieruit kwam onder meer naar voren dat vooral jongeren vanaf circa 15 jaar zich meer gaan interesseren voor gezondheid. Daarbij blijkt gewicht een thema dat bijna alle jongeren bezighoudt, hoewel jongens en meisjes dat wel vanuit verschillende invalshoeken benaderen. Deze resultaten passen goed in de ideeën over het extra contactmoment voor adolescenten waar GGD NL de trekker van is.

Al deze ontwikkelingen vragen om een andere benadering en andere oplossingen, waarbij meer gedacht wordt in kansen dan in problemen (risico's). Wanneer zorgprofessionals zich meer gaan richten op acceptatie, krachten en coping van bepaald gedrag, verschuift de aandacht naar de positieve en beschermende factoren. Wat jongeren bijvoorbeeld kan beschermen tegen psychische problemen zijn vaardigheden in het oplossen van problemen, weten welke talenten je hebt, aan leuke dingen denken, iets nieuws ondernemen, iets aardigs doen voor een

ander, irreële negatieve gedachten ombuigen naar reële gedachten, sociaal vaardig zijn, sporten, het vermogen om te genieten van alledaagse zaken (Seligman 2000). Belangrijk is dat jongeren daarbij gemotiveerd worden om deze vaardigheden (verder) te ontwikkelen.

Vanuit deze insteek kun je zeker ingaan op de thema's, waarvan we weten (uit literatuur en onderzoek) dat zij bij deze doelgroep spelen.

- Leefstijl
 - middelengebruik (alcohol, roken, drugs, blowen)
 - seksueel gedrag, seksualiteit, soa's, anticonceptie, tienerzwangerschap
- Gezond gewicht
 - voeding en sport/bewegen
 - overgewicht, ondergewicht
- Weerbaarheid (zelfvertrouwen, identiteit)
 - psychosociale en emotionele problemen (depressie)
 - pesten, geweld, seksuele dwang
- Overige onderwerpen
 - lawaaidoofheid
 - mondzorg
 - schooluitval en Wajong
 - keuze vervolgonderwijs/beroepskeuze

Aandachtspunt: adolescenten zijn met 16 jaar handelingsbekwaam, ouders spelen nog een belangrijke rol voor deze doelgroep

Conclusie: er is een groot aantal onderwerpen voor adolescenten en jongvolwassenen dat in een contactmoment van de JGZ aan de orde zou kunnen komen. Hierbij is het van belang om op een positieve manier aan te sluiten bij de belevingswereld van de jongeren om zo gezondheid te bevorderen.

4.6 Zijn op basis van de stand van de wetenschap en de nieuwe ontwikkelingen hierin de huidige leeftijdsgrenzen van de JGZ logisch (0-19 jaar)?

A. Argumenten om te starten voor de geboorte:

- Er is steeds meer bewijs dat een vroege start (pre-conceptioneel en prenataal) met informatie, voorlichting en ondersteuning een goede start voor het kind bevordert. De huisbezoeken in het kader van voorzorg (erkend als 'theoretisch goed onderbouwd' door het Centrum Gezond Leven) werpen hun vruchten af en centering pregnancy en centering parenting waarbij verloskundigen, kraamzorg en JGZ samenwerken vinden steeds meer ingang. Bovendien is de JGZ veelal werkzaam in het CJG en dat is voor kinderen, van -9 maanden tot 23 jaar, en hun ouders.

B. Argumenten om door te gaan tot 23 jaar:

- Hersenen groeien langer door dan tot 16-18e levensjaar; dat maakt langer monitoren aangewezen;
- Moment waarop JGZ men jongere beoordeelt of hij klaar is voor participatie naar vermogen aan de maatschappij; rond 18-19 jaar;
- Voor extra kwetsbare groepen de monitoring langer (tot maximaal 23 jaar) laten doorlopen.

Conclusie: er zijn argumenten om de JGZ uit te breiden naar de periode voor de geboorte van het kind en, op indicatie, door te laten lopen tot de leeftijd van 23 jaar.

5 Aanbevelingen

- Het onderwerp 'dysplastische heupontwikkeling' is waarschijnlijk onbedoeld niet opgenomen in het BTP. Het advies is om dit onderwerp wel op te nemen en wel in het uniforme deel van het BTP.
- Het onderwerp 'scoliose' is waarschijnlijk onbedoeld niet opgenomen in het BTP. Gezien de beschikbare kennis is het advies om dit onderwerp nu niet op te nemen in het BTP. Screening op scoliose dient pas opnieuw geïntroduceerd te worden indien er meer evidence is dat de voordelen opwegen tegen de nadelen. Zoals bij alle onderwerpen geldt, kan de JGZ op basis van een zorgvraag van een ouder wel onderzoek hiernaar uitvoeren.
- Algemene voorlichting is nu onderdeel van het maatwerkdeel van het BTP. Het verdient aanbeveling deze voorlichting over de onderwerpen borstvoeding, voeding (inclusief suppletie van vitamine D en K), wiegendood, veiligheid, voorkeurshouding, (mee)roken, gebit(sverzorging), zindelijkheid, leefstijl, meisjesbesnijdenis (vrouwelijke genitale verminking), opvoedingsondersteuning, shaken baby syndroom en middelengebruik op te nemen in het UBTP.
- Het verdient aanbeveling de signalering van psychosociale problemen via de ZAT's onderdeel te laten zijn van het UBTP.
- Voorlichting over psychosociale problemen (incl pesten) is nu onderdeel van het maatwerkdeel van het BTP. Het verdient aanbeveling deze voorlichting onderdeel te laten zijn van het UBTP.
- Het verdient aanbeveling de onderwerpen schooluitval en arbeidstoeleiding op te nemen in het UBTP.
- Voor de overige onderwerpen is het advies om deze te behouden in het BTP. Voor diverse activiteiten is nader onderzoek wenselijk.
- Er zijn argumenten om de JGZ uit te breiden naar de periode voor de geboorte van het kind en, op indicatie, door te laten lopen tot de leeftijd van 23 jaar.

6 Referenties

Deel I muv punt 7 en deel II

- American Academy of Pediatrics. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics* 2001; 108:192-6.
- American Academy of Pediatrics. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006; 118: 405-20.
- Bakker I, Bakker K, van Dijke A, Terpstra L. $O+O=O^2$. Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties. NIZW, Utrecht, 1997.
- Bakker I, Bakker K, van Dijke A, Terpstra L. $O&O$ in perspectief. Utrecht, NIZW, 1998.
- Beirens T. Home related injury prevention and safety promotion in the setting of preventive youth health care [thesis]. Erasmus MC, Rotterdam, 2008.
- Boere-Boonekamp MM, Kerkhoff AHM, Schuil PB, Zielhuis GB. Early detection of developmental dysplasia of the hip in the Netherlands: the validity of a standardized assessment protocol in infants. *Am J Public Health* 1998; 88(2):285-288.
- Boere-Boonekamp M, van Sleuwen B, Wagenaar-Fischer M, Ouwehand LM, de Vries S. Een jeugdgezondheidszorg richtlijn voor screening van de motorische ontwikkeling van kinderen: een haalbaarheidsstudie. TNO, Leiden, 2008.
- Boere-Boonekamp, Dusseldorp E, Verkerk PH. Onderbouwing van de validiteit van het ontwikkelingsonderzoek bij kinderen van 0 tot en met 4 jaar: het Van Wiechenonderzoek. TNO-rapport, Leiden 2009.
- Boere-Boonekamp MM, Anten-Kools EJ, Coenen-van Vroonhoven EJC, van Gameraen-Oosterom HBM, L'Hoir MP, van Sleuwen BE, van Vlimmeren LA, Winkel-Veninga AAG. Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming. NCJ, Utrecht, 2012.
- Boudewijnse HB, van Lokven E, Oskam E (kernredactie). Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, deel B. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen, 2005.
- Breuning-Boers JM, Dommelen van P, Wouwe van JP, Verkerk PH. Gewichtsverlies, serumnatriumconcentratie en restverschijnselen bij patiëntjes met hypertone dehydratie door onvoldoende borstvoeding: aanbevelingen voor vroege detectie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150(16):904-7.
- Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, van Leerdam FJM, HiraSing RA. Signaleringsprotocol overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg. VUmc, Amsterdam, 2004.
- Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, van Leerdam FJM, HiraSing RA. Overbruggingsplan voor kinderen met Overgewicht. EMGO/VUmc, Amsterdam, 2005.
- Bunge EM. Idiopathic scoliosis: evaluation of screening and treatment [thesis]. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2009.
- Buuren van S, Dommelen van P, Zandwijken GR, Grote FK, Wit JM, Verkerk PH. Towards evidence based referral criteria for growth monitoring. *Arch Dis Childhood* 2004;89(4):336-41
- Coenen-van Vroonhoven EJC, Lantau VK, van Eerdenburg-Keuning IA, van Velzen-Mol HWM. Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar, Eerste herziening. RIVM, Bilthoven, 2010.

- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-1243.
- Dias MS, Smith K, deGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program. *Pediatrics* 2005;115(4):e470 -e477.
- Dommelen van P, Wouwe van JP, Breuning-Boers JM, Buuren van S, Verkerk PH. Reference chart for relative weight change to detect hypernatraemic dehydration. *Arch Dis Childhood* 2007;92:490-494.
- van Dommelen P, Kamphuis M, van Leerdam FJ, de Wilde JA, Rijpstra A, Campagne AE, Verkerk PH. The short- and long-term effects of simple behavioral interventions for nocturnal enuresis in young children: a randomized controlled trial. *J Pediatr* 2009; 154:662-666.
- van Doorslaer K, Hoppenbrouwers K. Mogelijkheden en grenzen van preventiecampagnes voor lawaaischade bij schoolgaande jongeren. Een literatuuronderzoek. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2011.
- van Dorsselaer S, de Looze M, Vermeulen-Smit E, de Roos S, Verdurmen J, ter Bogt T, Vollebergh W. HBSC 2009 Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Trimbosinstituut, Utrecht, 2010.
- Dunnink G, Lijs-Spek WJG. Activiteiten basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per contactmoment. RIVM, Bilthoven, 2008.
- Dunnink G. Advies extra contactmoment 15-16 jaar. Bilthoven, RIVM, 2009.
- Fayter D, Nixon J, Hartley S, Rithalia R, Butler G, Rudolf M, Glasziou P, Bland M, Stirk L, Wetswood M. Effectiveness and cost-effectiveness of height-screening programmes during the primary school years: a systematic review. *Arch Dis Child* 2008; 93(4): 278-284.
- Gezondheidsraad. Neonatale screening. Gezondheidsraad, Den Haag, 2005.
- Gezondheidsraad. Preconceptiezorg: voor een goed begin. Gezondheidsraad, Den Haag, 2007.
- Gezondheidsraad. Naar een toereikende inname van vitamine D. Gezondheidsraad, Den Haag, 2008.
- Gezondheidsraad. Briefadvies Vitamine K-suppletie bij zuigelingen. Gezondheidsraad, Den Haag, 2010.
- van Hasselt N. Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Trimbos- instituut, Utrecht, 2010.
- Heerdink-Obenhuijsen N, van Dommelen P, Kamphuis M, van Buuren S, Coenen-van Vroonhoven EJC, Verkerk PH. JGZ-richtlijn 'Signaleren van en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte'. RIVM, Centrum Jeugdgezondheid, Bilthoven, 2010.
- Hermans J. Het bestrijden van kindermishandeling. Een aanpak die werkt. NJI, Utrecht, 2008.
- Hoppenbrouwers K, Guérin C, van der Branden S, Devogelaer N, de Cock P. Onderzoek naar de wetenschappelijk state of the art op het vlak van preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder de drie jaar. Leuven, 2010.
- Jacobusse GW, Buuren van S, Verkerk PH. An interval scale for development of children aged 0-2 years. *Stat Med* 2006;25:2272-83.
- Juttman RE, Hess J, Looman CW, van Oortmarssen GJ, van der Maas PJ. Screening for congenital heart malformation in child health centres. *Int J Epidemiol* 1998; 27(6):989-994.

- Juttman RE. Screening for congenital heart malformations in Child Health Centres [thesis]. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 1999.
- Kamphuis M, van Leerdam FJM, Wierenga-van der Hoeven CJ, Bulk-Bunschoten AMW, Deurloo JA, Beltman M. JGZ-richtlijn 'Zindelijkheid urine en feces'. NCJ, Utrecht 2012.
- Kist-van Holthe JE, Beltman M, Bulk-Bunschoten AMW, L'Hoir M, Kuijpers T, Pijpers F, Renders CM, Timmermans-Leenders EP, Blok DJ, van de Veer M, HiraSing RA. JGZ-richtlijn 'Overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing.' NCJ, Utrecht, 2012.
- Koning I. Prevention of alcohol use in early adolescents: A joint venture of school and parents [thesis]. Universiteit van Utrecht, Utrecht, 2011.
- Laurent de Angulo MS, Brouwers-de Jong EA, Bijlsma-Schlösser JFM, Bulk-Bunschoten AMW, Pauwels JH, Steinbuch-Linstra I. Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg – Het Van Wiechenonderzoek – De Baecke Fassaert Motoriektest (4e druk). Van Gorcum, Assen, 2008.
- NHMRC. Child Health screening and surveillance - A critical review of the evidence 15-3-2002
- van Leerdam FJM, Raat H, Hirasig RA. 2e Programmeringsstudie effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg: verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basispakket JGZ. VUmc /ErasmusMC/TNO, Amsterdam/Rotterdam/Leiden, 2005.
- van Leerdam FJM. Enuresis, a major problem or a simple developmental delay? [thesis]. VUmc, Amsterdam, 2005.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Project Basistaken Collectieve Preventie. Hoofdlijnen Adviezen Basistaken Collectieve Preventie. Ministerie van VWS, Den Haag, 1998.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Basistaken Collectieve Preventie: Jeugdgezondheidszorg deel 1. Ministerie van VWS, Den Haag, 1998.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Basistaken Collectieve Preventie: Jeugdgezondheidszorg deel 2. Ministerie van VWS, Den Haag, 1998.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Ministerie van VWS, Den Haag, 2002.
- Nelis H, van Sark Y. Puberbrein. ISBN 978 90 215 4195 2. Kosmos Uitgevers, Utrecht, 2009.
- Pijpers FIM, Exterkate M, de Jager M. Standpunt preventie van vrouwelijke genitale verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg. RIVM, Bilthoven, 2010.
- Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. 2003.
- van der Ploeg CBP, Lanting CI, Verkerk PH. Signalering van spraak /taalontwikkelingsstoornissen bij kleuters. TNO, Leiden, 2005.
- van der Ploeg CBP, Lanting CI, Galindo Garre F, Verkerk PH. Screening op taalachterstanden en spraakstoornissen bij kinderen van 1 tot 6 jaar door de jeugdgezondheidszorg, deelrapport 1: inventarisatie van instrumenten. TNO, Leiden, 2007.
- van de Ploeg CPB, Rijpstra A. Monitoring van de neonatale gehoorscreening door de jeugdgezondheidszorg in 2010. TNO, Leiden, 2011.
- Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in

- mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Eindmeting 2005. ACTA/TNO, Amsterdam/Leiden, 2006.
- Ramwadhoebe S. Screening for developmental dysplasia of the hip in primary care. Implementation by simulation [thesis]. Universiteit Utrecht, Utrecht, 2010.
 - Rijpstra A, Breuning-Boers JM, Verkerk PH. Evaluatie van de neonatale hielprikscreening bij kinderen geboren in 2009. TNO/CH 2011.005. TNO, Leiden, 2011.
 - Roovers EA, Boere-Boonekamp MM, Castelein RN, Zielhuis GA, Kerkhoff AHM. Effectiveness of ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2005;90(1):F25-30.
 - van Rossum CTM, Buchner FL, Hoekstra J. Kwantificering van de gezondheidseffecten van borstvoeding – Literatuuroverzicht en modelsimulatie. RIVM, Bilthoven, 2005.
 - Ruys JH, Engelberts AC, van Velzen-Mol HWM. JGZ-richtlijn Preventie Wiegendood. RIVM, Bilthoven, 2009.
 - Schönbeck Y, van Buuren S. Resultaten vijfde landelijke Groeistudie. TNO, Leiden, 2010.
 - Schuller AA et al. De Jeugdgezondheidszorg. Activiteiten onderbouwd. TNO-rapport, Leiden 2004.
 - Schrijvers CTM, Schuit AJ. Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau. RIVM, Bilthoven, 2010.
 - Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology. An introduction. American psychologist. 2000;55(1): 5-14.
 - Simonsz HJ, Eykemans MJC, Groenewoud JH, van Kempen -du Saar H, de Koning H. Kosteneffectiviteitsanalyse van amblyopie screening in Nederland door vergelijking van historisch-cohort en geboorte-cohort studies, voor en na invoering van de screening. Mondelinge presentatie tijdens NOG congres, 2008.
 - Slot W, Aken M. Psychologie van adolescentie. ISBN 9789006951011. ThiemeMeulenhoff, Amersfoort, 2010.
 - US Preventive Services Task Force. Screening for Idiopathic Scoliosis in Adolescents: Recommendation Statement. June 2004. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/scoliosis/scoliors.htm>
 - US Preventive Services Task Force recommendation statement. Universal screening for hearing loss in newborns. Pediatrics 2008; 122(1):143-148.
 - US Preventive Services Task Force. Prevention of dental caries in preschool children. Am Fam Physician 2004; 70(8):1529-1532.
 - US Preventive Services Task Force. Vision screening for children 1 to 5 years of age. Pediatrics 2011;127:340-346.
 - US Preventive Services Task Force. Primary care interventions to promote breastfeeding. Ann Intern Med 2008; 149:560-564.
 - Vallenias C, Savage F. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO, division of child health and development, Geneva, 1998.
 - Verdurmen JEE, Monshouwer K, van Dorsselaer SAFM, Lokman S, Vermeulen-Smit E, Vollebergh WAM. Jeugd en riskant gedrag 2011. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Trimbosinstituut, Utrecht, 2012.
 - Verhulst, F.C., J. van der Ende, R. Ferdinand en M.C. Kasius (1997), 'De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten', in: 'Nederlands Tijdschrift Geneeskunde', jaargang 16, nummer 141.
 - van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Effect of pediatric physical therapy on

- deformational plagiocephaly in children with positional preference. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162(8):712-718.
- Vogel I. Music-listening behavior of adolescents and hearing conservation: many risks, few precautions [thesis]. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 2009.
 - de Wilde JA (namens de werkgroep JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar). JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar. *AJN*, 2005.
 - Witting M. Towards effective implementation strategies for ultrasound hip screening in child health care. Meet the parents [Thesis]. Universiteit van Twente, Enschede, 2012.
 - Wouwe van JP, Hirasig RA. Prevention of unexpected infant death. *The Lancet* 2006; 367:277-278.

Deel I punt 7

- Batenburg, T. v., Korpershoek, H., & Werf, M. P. C. v. d. (2007). De VMBO-leerlingen in vocl'99: Stromen, kenmerken en huidige situatie. Groningen: Gronings Instituut voor Onderzoek naar Onderwijs.
- Berg, G, van den (2007). Voortijdig van school. *Jeugd en Co Kennis*, 4, 16-22.
- CBS (2010). Jaarboek Onderwijs 2010. Den Haag: CBS.
- Coenen-van Vroonhoven, E.J.C. en Verloove-Vanhorick, S.P. (2008). Rapport Advies Contactmomenten JGZ 0-19 jaar, Leiden: TNO.
- CPB (2006). Beoordeling KBA voortijdig schoolverlaten. Den Haag: CPB
- Cuelenare, B., Zutphen, F. van, AA, R. van der, Willemsen, A. en Wilkens, M. (2009). Maatschappelijke kosten-baten analyse over voortijdig schoolverlaten: macro-analyse en casestudies. Rotterdam: Ecorys
- Cunha, F., Heckman, J.H., Lochner, L., Masterov, D.V., School, H. (2005). Interpreting the evidence on life cycle skill formation, in: Hanushek, E. en F. Welch, *Handbook of the Economics of Education*, Elsevier, North Holland.
- Dunnink, G. (2009). Advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.
- Dunnink, G. & Lijs-Spek, W.J.G. (2008). Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment (ABC rapport). RIVM: Bilthoven.
- Fekkes, M. (2005). Bullying among elementary school children. Proefschrift. Leiden: Universiteit Leiden.
- Gini, G. en Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*, 123: 1059-1065.
- Gottfredson, M.R., Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Hoppenbrouwers, K., Guérin, C., Branden, S. van der, Devogelaer, N., Cock, P. de (2010). Onderzoek naar de wetenschappelijk state of the art op het vlak van preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder de drie jaar. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Ince, D. (2011). *Wat werkt in opvoedingsondersteuning?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kaley, F., Reid, V., Flynn, A.E. (2011). The psychology of infant colic: a review of current research. *Infant Mental Health Journal*, 32(5), 526-541.
- Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D., Fukkink, R.G., Wolff, M.S., Dommelen, O., Luijk, P.C.M., Sleuwen, B.E. van, Reijneveld, S.A. (2011). De

effectiviteit van kortdurende videohometraining in de jeugdgezondheidszorg; Resultaten van een studie in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby. Leiden: TNO.

- La Haye, W., Engelberts, A.C., Tiemens – van Putten, I.K.F., Vlimmeren, L.A. van, Ruiters, M. de, Lucassen, P.L.B.J., Nossent, S., Noort, M. van, Gameren - Oosterom, H.B.M., van, Boere - Boonekamp, M.M., L' Hoir, M.P., Sleuwen, B.E. van (2011). Concept Multidisciplinaire richtlijn "Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's". Leiden: TNO.
- Morris, S., St. James-Roberts, I., Sleep, J., Gillham, J. (2001). Economic evaluation of strategies for managing crying and sleeping problems. *Arch Dis Child*;84:15—9.
- Neppelenbroek, S. E., Wijngaarden, J.C.M. van, Lim-Feijen, J.F, Leerdam, F.J.M. van, Raat, H, Hira Sing, R.A. (2005). Update Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Utrecht: GGD Nederland.
- Olweus, D. (2004). The Olweus Bullying Prevention Programme: Design and implementation issues and a new national initiative in Norway. In P. K. Smith, D. Pepler, & K. Rigby (Eds.), *Bullying in schools: How successful can interventions be?* (pp. 13-36). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Postma, S. (2008). JGZ-Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Prinsen, B., L'Hoer, M., Ruiters, M. de, Oudhof, M., Kamphuis, M., Wolff, M. de, Alpay, L. (2012). Richtlijn opvoedingsondersteuning. Voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg in de context van het Centrum voor Jeugd en Gezin (Concept). Utrecht / Leiden: Nederlands Jeugdinstituut / TNO.
- Reijneveld, S.A., Vogels, A.G.C., Hoekstra, F., Crone, M.R. (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health*, 6, 1471-2458.
- Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) (2012). Factsheet Voortijdig schoolverlaters. Maastricht: Universiteit Maastricht, ROA.
- Rigby, K. (2003). Addressing bullying in schools: theory and practice. *Trends and Issues in crime and criminal justice*, 259, 1-6.
- Sleuwen, B.E. van, L'Hoer, M.P., Engelberts, A.C., Busschers, W.B., Westers, P., Blom, M.A., Schulpen, T.W.J., Kuis, W. (2006). Comparison of behaviour modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *Journal of Pediatrics*;149:512-7.
- Stassen Berger, K. (2007). Update on bullying at school: a science forgotten?, *Developmental Review*, 27, 90-126.
- Talvik, I., Alexander, R.C., Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica*, 97(6), 782-785.
- Traag (2011). Jongeren zonder startkwalificatie relatief vaak in aanraking met politie. Webmagazine CBS. Den Haag: CBS
- Tremblay, R.E. (2000). The development of aggressive behavior during childhood: what have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24, 129-141
- Vanneste, Y., en Lanser, H., m.m.v. Lambermon, A. (2010). Landelijke handreiking voor een integrale aanpak van schoolziekteverzuim bij kinderen en jongeren. Lisse; Utrecht; Arnhem : Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland; Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; Ingrado.

- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., de Winter, A. F., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Pesten. Over daders, slachtoffers, dader/slachtoffers en niet-betrokken leerlingen. *Kind en Adolescent*, 26 (3), 305-317.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Munniksman, A. & Dijkstra, J.K. (2010). The Complex Relation Between Bullying, Victimization, Acceptance, and Rejection: Giving Special Attention to Status, Affection, and Sex Differences. *Child Development*, 81 (2), Pages 480–486
- Veld, R.J. in 't, Korving, W., Hamdan, Y. en Steen, M. van der (2006). Kosten en baten van voortijdig schoolverlaten.
- Vogels, A.G.C. (2008). The Identification by Dutch Preventive Child Health Care of Children with Psychosocial Problems: Do Short Questionnaires Help? Proefschrift. Leiden: TNO.
- Wijk, B. van, Fleur, E., Smits, E., & Vermeulen, C. (2011). De verloren zonen. Terugkeer in het onderwijs van voortijdig schoolverlaters. 's-Hertogenbosch/'s-Gravenhage: ebo/DUO/INP.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: SCP/TNO.