

13. Graham JM, Gomez M, Halberg A, et al. Management of deformational plagiocephaly; repositioning versus orthotic therapy. *J Pediatr*. 2005;146:258-62.
14. Argenta L. Clinical classification of positional plagiocephaly. *J Craniofac Surg*. 2004;15:368-72.
15. Vlimmeren LA van, Takken T, Adrichem LN van, et al. Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; a reliability study. *Eur J Pediatr*. 2006;165:149-57.
16. Adrichem LNA van, Vlimmeren LA van, Cahanová D, et al. Validation of a simple method for measuring cranial deformities (plagiocephalometry). *J Craniofac Surg*. 2008;19:15-21.
17. Taylor JL, Norton ES. Developmental muscular torticollis: outcomes in young children treated by physical therapy. *Pediatr Phys Ther*. 1997;9:173-8.
18. Vlimmeren LA van, Graaf Y van der, Boere-Boonekamp MM, et al. Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162:712-8.
19. Vlimmeren LA van, Helders PJ, Adrichem LN van, Engelbert RH. Diagnostic strategies for the evaluation of asymmetry in infancy; a review. *Eur J Pediatr*. 2004;163:185-91.
20. Vlimmeren LA van, Helders PJ, Adrichem LN van, Engelbert RH. Torticollis and plagiocephaly in infancy: Therapeutic strategies. *Pediatr Rehabil*. 2006;9:40-6.

E.J.C. Coenen-van Vroonhoven, S.P. Verloove-Vanhorick en S.E. Buitendijk

Contactmomenten JGZ 0-19

De Richtlijn Contactmomenten die momenteel gebruikt wordt in de JGZ is gebaseerd op het basistakenpakket dat in 1998 inhoudelijk is geformuleerd. De contactmomenten die in deze richtlijn worden aanbevolen, worden niet overal op dezelfde wijze uitgevoerd bij alle kinderen. Sinds 1998 is veel nieuwe, wetenschappelijke kennis beschikbaar gekomen. Daarom was het nodig om na te gaan of de Richtlijn Contactmomenten aangepast moet worden. In dit onderzoek zijn de optimale contactmomenten JGZ bepaald op grond van resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

Inleiding

Het 'Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar' (BTP) is in 1998 geformuleerd door de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg (JGZ).^{1,2,3} In 2000 is het BTP verder uitgewerkt in een uniform deel en een maatwerkdeel door de Gemengde Werkgroep Differentiatie.⁴ In 2002 is het uiteindelijk formeel vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).⁵ Om helderheid te geven aan gemeenten, uitvoerende partijen en beroepsbeoefenaren over de contactmomenten binnen het BTP, heeft het Platform JGZ in 2003 de *Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar* vastgesteld.⁶ In 2008 heeft het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid in het *ABC-rapport* een actueel overzicht gegeven van de activiteiten die de verschillende JGZ-organisaties aanbieden vanuit het uniform deel van het BTP.⁷ De activiteiten die in de praktijk momenteel plaatsvinden in de reguliere

contactmomenten zijn daarmee in kaart gebracht, zij het dat niet overal alle aanbevolen contactmomenten op dezelfde wijze worden uitgevoerd bij alle kinderen. Sinds 1998 is nieuwe kennis beschikbaar gekomen, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Daarom was het nodig na te gaan of de *Richtlijn Contactmomenten* aangepast moest worden. Ook maatschappelijke verschuivingen en nieuwe ontwikkelingen in de JGZ maakten dat gewenst. Zowel de wetenschappelijke onderbouwing als de timing van activiteiten in de JGZ moest geactualiseerd worden.

Methode

Eerst werd een inventarisatie gemaakt van alle concrete onderwerpen die (mogelijk) in de reguliere contactmomenten JGZ aan de orde moeten komen. Hiervoor werden de volgende bronnen gebruikt:

Mw drs. E.J.C. Coenen-van Vroonhoven, jeugdarts, TNO Kwaliteit van Leven, afdeling Jeugd, Leiden (tevens: Careyn maatschappelijke dienstverlening, Schiedam). Mw prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick, kinderarts, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden. Mw prof. dr. S.E. Buitendijk, arts-epidemioloog, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden. Correspondentieadres: Mw drs. E.J.C. Coenen-van Vroonhoven, TNO Kwaliteit van Leven, Postbus 2215, 2301 CE Leiden, esther.coenen@tno.nl

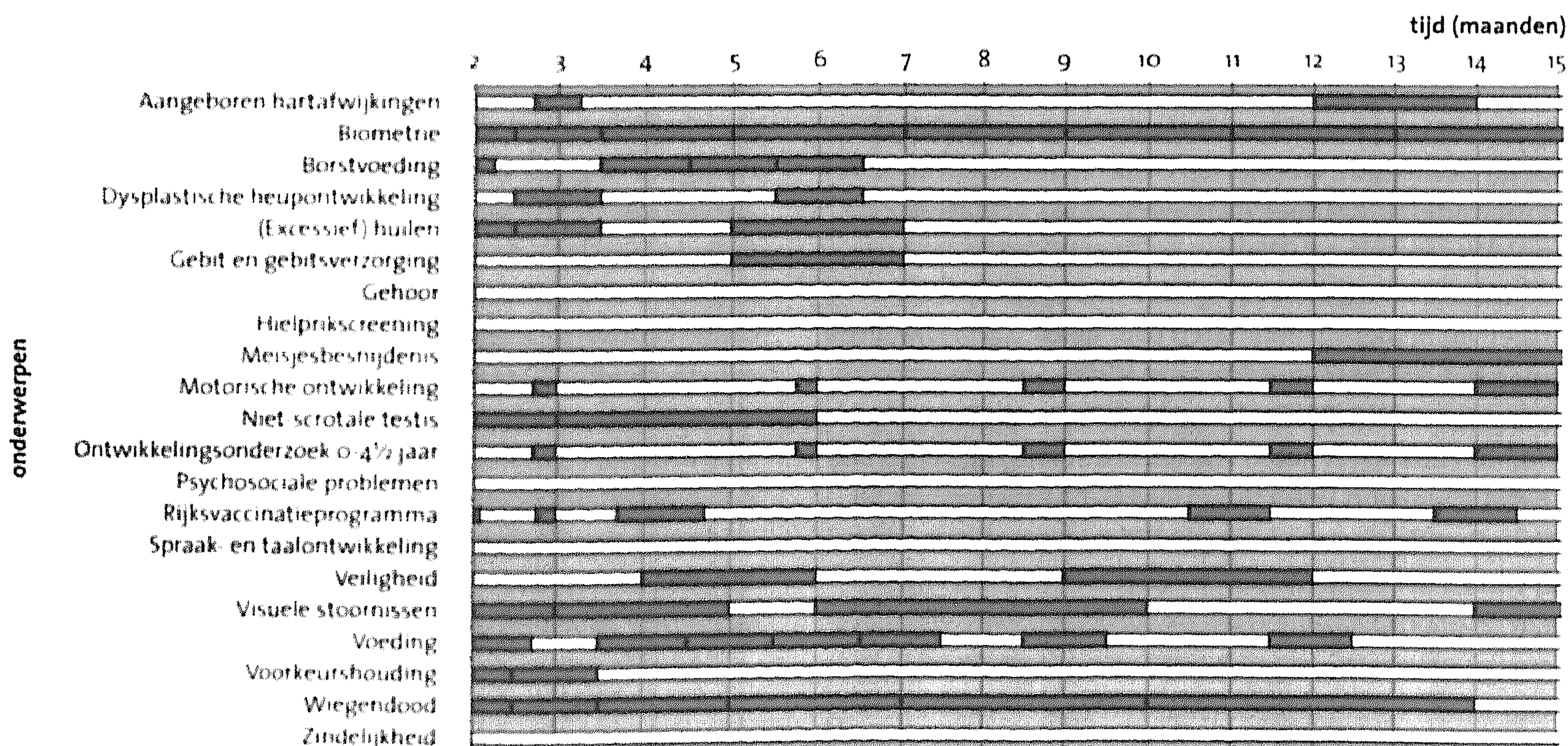
- het BTP zoals geformuleerd door de werkgroep JGZ in 1998;^{1,2,3}
- het uiteindelijke BTP uit 2002;⁵
- de *Richtlijn Contactmomenten* uit 2003;⁶
- het *ABC-rapport* uit 2008;⁷
- de programmeringsstudie;⁸
- de update daarvan;⁹
- het TNO-rapport *De Jeugdgezondheidszorg Activiteiten onderbouwd*;¹⁰
- twee overzichtsartikelen;^{11,12}
- 30 experts uit de wetenschap, praktijk, beroepsgroepen en koepelorganisaties.

Het was mogelijk om, aan de hand van de uit deze bronnen verkregen gegevens, van 24 onderwerpen de wetenschappelijke onderbouwing te verwerken in een overzicht. Dit overzicht werd besproken in 4 expertmeetings en op grond daarvan aangevuld en verbeterd. Van een aantal andere onderwerpen bleek de onderbouwing (in internationale protocollen en richtlijnen voor preventieve zorg aan kinderen en jeugdigen) te algemeen beschreven om aan de hand daarvan de timing van de contactmomenten te bepalen. Deze onderwerpen werden daarom buiten beschouwing gelaten, hetgeen niet betekent dat ze weggelaten kunnen worden of minder belangrijk zijn. De onderwerpen waarvan effectiviteit en timing voldoende waren onderbouwd, werden verwerkt in vijf naar (iets overlappende) leeftijdsfasen ingedeelde overzichten, met hun optimale uitvoeringsmomenten. De clusters van onderwerpen in deze overzichten leidden tot de optimale contactmomenten. Zie figuur 1 voor een van deze overzichten, opgenomen ter illustratie.

Vervolgens werd van elk contactmoment de inhoud beschreven. Opgenomen werden alle onderwerpen die aandacht vragen in de reguliere contactmomenten, rekening houdend met de meest geschikte uitvoerende discipline per onderwerp (bepaald aan de hand van de kerntaken van de verschillende disciplines binnen een JGZ-team, zoals beschreven door de AJN¹³).

Resultaten

Alle onderwerpen die mogelijk aan de orde moeten komen, zijn weergegeven in tabel 1. De 24 onderwerpen in het overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing en timing zijn weergegeven in tabel 2, met een beknopte beschrijving van de onderbouwing voor elk onderwerp. Uitgebreidere beschrijvingen en referenties zijn te vinden in het TNO-rapport dat over dit onderzoek is verschenen en in december 2008 is aangeboden aan het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM.¹⁴ Van 21 onderwerpen bleek de effectiviteit en timing voldoende onderbouwd. Voor de onderwerpen chlamydia screening, scoliosescreening en overgewicht geldt dit (nog) niet. Chlamydia screening wordt momenteel uitgevoerd in onderzoeksverband. Totdat de definitieve resultaten van het proefproject bekend zijn, is het niet aan te bevelen om chlamydia screening landelijk in te voeren. De effectiviteit van screening op en behandeling van scoliose (met een brace) is in onderzoek onvoldoende aangetoond. Geadviseerd wordt deze screening vooralsnog af te schaffen. Overgewicht is een onderwerp waarvoor aandacht in de JGZ evident noodzakelijk is, maar de optimale leeftijden daarvoor zijn niet aan te geven. De optimale contactmomenten werden bepaald op basis van de 21 onderwerpen waarvan de effectiviteit en



Figuur 1. Overzicht JGZ-activiteiten voor zuigelingen van 2-15 maanden, optimale tijdstippen voor contactmomenten per onderwerp. De donkere balkjes geven telkens de periode aan waarin een bepaald onderwerp aan de orde dient te komen (hoe smaller het balkje, hoe nauwer de timing van het contactmoment)

Tabel 1 Onderwerpen die (mogelijk) aandacht behoeven in de JGZ

<i>algemeen</i>	<i>screeningen</i>
Anamnese	Hielprikscreeningen*
lichamelijke verschijning (inspectie, door jeugdverpl.)	aangeboren hartafwijkingen*
lichamelijk onderzoek (door JGZ-arts)	dysplastische heupontwikkeling*
bepalen ontvangen zorg	niet-scrotale testis*
bepalen risicogroepen	visuele stoornissen*
dossiervorming	perceptief gehoorverlies*
Inschatten verhouding draagkracht/draaglast	scoliose*
Inschatten voorlichtingsbehoefte	chlamydia-infectie*
wettelijk verplichte voorlichting	
	Gezondheidsbevordering
Groei, voeding en overgewicht	suppletie vitamine D en K
biometrie*	wiegendood*
borstvoeding*	meeroken
voeding*	veiligheid*
bewegen	voorkeurshouding*
overgewicht*	gebit en gebitsverzorging*
	zindelijkheid*
Ontwikkeling	leefstijl**
ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar*	preventie lawaaischade
spraak- en taalontwikkeling*	fertiliteit, preconceptiezorg
motoriek*	meisjesbesnijdenis*
ADHD	
autismespectrumstoornissen	Opvoeding en maatschappij
	(excessief) huilen*
Vaccinaties	opvoedingsondersteuning
Rijksvaccinatieprogramma*	psychosociale problemen*
	pesten
	schooluitval / toeleiding arbeidsmarkt

* Gebruikt voor het bepalen van optimale contactmomenten op basis van wetenschappelijke onderbouwing per onderwerp (voor resultaten, zie tabel 2).

** Voeding en bewegen; (mee)roken, alcohol en drugs; seksualiteit, soa's, anticonceptie, tienerzwangerschappen.

timing voldoende onderbouwd zijn. Deze contactmomenten werden gekozen op leeftijden waarop onderwerpen met een kleine spreidingsmogelijkheid en een sterke onderbouwing aan bod dienen te komen. Onderwerpen met een grotere spreidingsmogelijkheid en een minder sterke onderbouwing werden daaraan aangepast. Dit leidt tot extra contactmomenten (in vergelijking met de aanbeveling uit 2008) op de leeftijd van 5 weken, 2,5 jaar en 16 jaar. De logopedische screening op 5 jaar en de massavaccinatie op 9 jaar kunnen vervallen. Geadviseerd wordt de beoordeling van spraak- en taalontwikkeling te integreren in het bestaande Periodiek Gezondheidsonderzoek (PGO) op de kleuterleeftijd, zolang de effectiviteit van logopedische screening niet is aangetoond. De vaccinatie op de leeftijd van 9 jaar wordt onderdeel van een individueel consult. Een schematische beschrijving van de optimale (leeftijden voor) contactmomenten en de inhoud per contact-

moment is te vinden in tabel 3. In deze tabel is per contactmoment ook de meest geschikte uitvoerende discipline weergegeven.

Discussie

Nederland kent een uniek systeem van preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen. De JGZ, met haar lage drempel en hoge bereik, heeft in de afgelopen 100 jaar een vaste plek verworven in de zorgketen rond de jeugd.

In de JGZ is, net als in de hele gezondheidszorg, in de afgelopen decennia meer aandacht gekomen voor evidence-based werken. Er wordt gestreefd naar een aanbod waarvan wetenschappelijk is bewezen dat het effectief is. Daarom zijn in dit onderzoek de optimale individuele contactmomenten JGZ beschreven aan de hand van de wetenschappelijke onderbouwing van een aantal onderwerpen in de JGZ.

Tabel 2 Overzicht onderbouwing per onderwerp en geadviseerde tijdstippen

onderwerp	onderbouwing aandacht in JGZ	onderbouwing tijdstippen	geadviseerde tijdstippen*
aangeboren hartafwijkingen	ja	ja	1 m, 3 m, 12-14 m, 24 m, 36 m, 45 m
biometrie	deels	nee	lengte 1e j: elke 3 m 1-4 j: jaarlijks 5-10 j: onduidelijk gewicht 3 d na vertrek kraam (of eerstvolgende werkdag) 1-3 m: maandelijks 4-12 m: tweemaandelijks 1-4 j: jaarlijks 4-19 j: driejaarlijks hoofdomtrek 0-6 m: maandelijks 7-12 m: tweemaandelijks 3 d na vertrek kraam (of eerstvolgende werkdag) 4 w, 6 w, 8-10 w, 4 m, 5 m, 6 m
borstvoeding	ja	in theorie	3 d na vertrek kraam (of eerstvolgende werkdag) 4 w, 6 w, 8-10 w, 4 m, 5 m, 6 m
chlamydiascreening	nee	-	-
dysplastische heupontwikkeling	ja	in theorie	1 m, 3 m, 6 m
(excessief) huilen	ja	in theorie	2 w, 4 w, 6 w, 2 m, 3 m, 6 m
gebit en gebitsverzorging	ja	in theorie	6 m, 2-2½ j, 5-6 j, 9 j, 11-12 j
hielprikscreening	ja	ja	4e dag (96-120 uur na geboorte) of eerstvolgende werkdag
meisjesbesnijdenis	nee	in theorie	1e huisbezoek, 1e contactmoment op cb, 18 m, 3¾ j, 5-6 j, 9-10 j, 12-16 j
motorische ontwikkeling	nee	nee	tijdstippen ontwikkelingsonderzoek 0-4 j, voorts 1x op de kleuterleeftijd (geen optimaal moment bekend)
niet-scrotale testis	ja	nee (consensus)	0-6 m (2x), 12 j
ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar	deels	ja	4 w, 8 w, 3 m, 6 m, 9 m, 12 m, 15 m, 18 m 2 j, 2½ j, 3 j, 3½ j, 4 j, 4½ j
overgewicht	deels	nee	vanaf 2 j: alle contactmomenten
perceptief gehoorverlies	deels	deels	0-6 w (bij voorkeur 4-7 d na geboorte)
psychosociale problemen	deels	nee (consensus)	0-4 j elk contactmoment, 4-19 j driejaarlijks
Rijksvaccinatieprogramma	ja	ja	2 m, 3 m, 4 m, 11 m, 14 m, 4 j, 9 j, 12 j, 16 j
scoliose	nee	-	-
spraak- en taalontwikkeling	deels	deels	18 m, 2 j, 5-6 j
veiligheid	ja	ja	1e contactmoment, 5 m, 9 m, 18 m
visuele stoornissen	ja	deels	1-2 m, 3-4 m, 6-9 m, 14-24 m, 3 j, 3¾-4½ j, 5½-6½ j
voeding, incl. vitamine D en K	ja	in theorie	3 d na vertrek kraam (of eerstvolgende werkdag), 4 w, 6 w, 9-11 w, 4 m, 5 m, 6 m, 7 m, 9 m, 12 m, 18 m, 2 j, 4 j, 6 j, 9 j, 12 j, 16 j
voorkeursof houding	deels	in theorie	2 w, 1 m, 2 m, 3 m
wiegendood	ja	in theorie	14 d, 1 m, 2 m, 3 m, 4 m, 6 m, 9 m, 12 m
zindelijkheid	ja	in theorie	2 j, 3 j, 4 j, 5-6 j

* Leeftijd in dagen (d), weken (w), maanden (m) en jaren (j); cb = consultatiebureau.

Voor andere onderwerpen in de JGZ is (harde) wetenschappelijke onderbouwing niet voorhanden. Het gaat daarbij vooral om gezondheidsbevorderende activiteiten ter preventie van leefstijlgerelateerde aandoeningen en daarnaast om preventie en aanpak van maatschappelijke problemen zoals kindermishandeling, schooluitval en delinquent gedrag. Deze

vergen een gezamenlijke benadering van vele disciplines en organisaties. De JGZ kan en moet hierin een belangrijke rol spelen. De frequente en laagdrempelige contacten met kinderen en ouders zijn hierbij uitstek geschikt voor. Wetenschappelijke onderbouwing van effectiviteit en optimale timing was maar van een beperkt aantal

Tabel 3 Optimale contactmomenten JGZ 0-19 jaar, overzicht van inhoud en uitvoering

leeftijd*	4	11	3	5	8	3	4	6	7	9	11	14	18	2	2	3	4	6	9	12	16
	d	d	w	w	w	m	m	m	m	m	m	m	m	j	j	j	j	j	j	j	j
bandbreedte in uitvoering	4e dag ¹	11e dag ¹	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
uitvoerende discipline ²	scr	jv	arts	jv	jv	arts	jv	arts	jv	arts	jv	arts	jv	arts	jv	arts	jv	arts	jv	arts	jv
<i>algemeen</i>																					
anamnese		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
lichamelijke verschijning		•		•	•		•		•		•		•		•		•		•		•
lichamelijk onderzoek			•			•		•		•		•		•		•		•		•	
bepalen ontvangen zorg	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
bepalen risicogroepen	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
dossievorming	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
inschatten verhouding draagkracht/ draaglast	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
inschatten voorlichtingsbehoefte	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
wettelijk verplichte voorlichting	•																•				
groei, voeding en overgewicht																					
biometrie	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
borstvoeding	•	•	•	•		•	•														
voeding	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•		•	•			•	•	•	•	•
bewegen													•	•			•	•	•	•	•
overgewicht														•	•	•	•	•	•	•	•
ontwikkeling																					
ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar			•		•	•		•		•	•	•	•	•	•	•	•	•			
spraak- en taalontwikkeling													•	•				•			
motorische ontwikkeling																		•			
ADHD														•		•		•		•	
autismespectrumstoornissen													•	•		•		•		•	
screeningen																					
hielprik	•																				
aangeboren hartafwijkingen		•	•			•						•		•		•					
dysplastische heupontwikkeling			•			•		•													
niet-scrotale testis			•					•													•
visuele stoornissen			•			•				•		•		•		•	•	•	•		
perceptief gehoorverlies	•																	•			
vaccinaties																					
Rijksvaccinatieprogramma			• ³		•	•	•				•	•					•		•	•	• ⁴
gezondheidsbevordering																					
suppletie vitamine D en K		•			•						•						•				
wiegendood		•		•	•		•		•	•											
veiligheid		•		•			•		•	•			•		•						
meeroken zuigelingen en peuters		•		•			•				•		•		•						
voorkeurshouding		•	•	•	•	•															
gebit en gebitsverzorging									•	•				•	•		•	•	•	•	•
zindelijkheid														•	•	•	•	•	•	•	•
leefstijl											•		•		•		•	•	•	•	•
preventie lawaaischade																					•
fertiliteit en preconceptiezorg																					•
meisjesbesnijdenis		•	•										•				•	•	•	•	•
opvoeding en maatschappij																					
(excessief) huilen		•	•	•	•	•															
opvoedingsondersteuning		•		•	•		•		•		•		•	•	•	•	•	•	•	•	•
psychosociale problemen													•		•		•	•	•	•	•
schooluitval / toeleiding																					•
arbeidsmarkt																					•

1 = of eerstvolgende werkdag; 2 = echter niet vóór de 16e verjaardag; 3 = indicatietelling; 4 = nu geteld als 10 maanden oud, 5 = nu 10 maanden oud, maar nu 11 maanden oud.
 jv = jeugdverpleegkundige + (dokters)assistente, arts = arts JGZ + (dokters)assistente. * leeftijd in dagen of weken (op maanden (omgerekend)).

onderwerpen beschikbaar. Deze zijn daarom gebruikt voor het bepalen van de optimale contactmomenten. Hierin schuilt een gevaar, namelijk dat de JGZ ogenschijnlijk gereduceerd wordt tot 21 losse activiteiten zonder samenhang. Echter, een aantal activiteiten die op zichzelf niet bewezen effectief zijn, zijn mogelijk wel effectief wanneer ze geclusterd en in samenhang aangeboden worden (bijvoorbeeld voorlichting over tal van onderwerpen en opvoedingsondersteuning). Andere, niet-bewezen effectieve activiteiten zijn onmisbaar voor een goede uitvoering van de preventieve gezondheidszorg (bijvoorbeeld anamnese en algemeen lichamelijk onderzoek, dossiervorming en wettelijk verplichte voorlichting). Daarnaast kan het zinnig zijn om niet-effectieve activiteiten die ouders wel op prijs stellen (zoals lengtemeting bij ieder contactmoment in het eerste jaar, auscultatie van het hart bij alle artsconsulten en bespreken van alle (kleine) zorgen die de ouders hebben over hun kind) toch aan te bieden, omdat het bereik daardoor hoog is en het effect van andere activiteiten versterkt wordt. Het verdient daarom aanbeveling om, naast verdere studies waarin de effectiviteit van verschillende JGZ-activiteiten afzonderlijk wordt onderzocht, ook onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van het BTP als geheel. Een aantal ontwikkelingen in de JGZ moet in dit onderzoek worden verwerkt, zoals de invulling van verschillende contactmomenten (alle kinderen door een arts of verpleegkundige laten onderzoeken of eerst 'triage' door een doktersassistente) en de inzet van 'nieuwe' disciplines in de JGZ, zoals de nurse practitioner.

Conclusie

In dit onderzoek zijn de optimale contactmomenten JGZ bepaald op grond van resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Hieruit blijkt dat uitbreiding van het aantal contactmomenten nodig is om de doelstellingen van de JGZ bij alle kinderen te kunnen verwezenlijken, zowel bij 'risicokinderen' als bij alle andere, ogenschijnlijk gezonde 'laagrisicokinderen' die ook een kans hebben op een stoornis in gezondheid of ontwikkeling. Bij aanpassing van de huidige *Richtlijn Contactmomenten* spelen ook andere overwegingen een rol, zoals organisatorische en financiële. Ook politieke keuzes en prioriteiten spelen een rol. In de discussie die hierover gevoerd zal moeten worden, moeten de resultaten van dit onderzoek het uitgangspunt vormen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Centrum Jeugdgezondheid en gefinancierd door TNO Kwaliteit van Leven.

Literatuur

1. Project Basistaken Collectieve Preventie. Hoofddlijnen Adviezen Basistaken Collectieve Preventie. Den Haag: ministerie van VWS; 1998.
2. Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Basistaken Collectieve Preventie: Jeugdgezondheidszorg deel 1. Den Haag: ministerie van VWS; 1998.
3. Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Basistaken Collectieve Preventie: Jeugdgezondheidszorg deel 2. Den Haag: ministerie van VWS; 1998.
4. Werkgroep Differentiatie. Differentiatie van het Basistakenpakket JGZ in een uniform deel en een maatwerkdeel. Amsterdam: BOA / Burgmeijer Onderzoek & Advies; 2000.
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: ministerie van VWS; 2002.
6. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Bilthoven: RIVM; 2003.
7. Dunnink G, Lijs-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid; 2008.
8. Raat H, Juttman RE, van Leerdam FJM, Hirasing RA. Programmeringsstudie effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg, deel 2: Verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basispakket JGZ. Rotterdam/Leiden: IMGZ /TNO; 2001.
9. Leerdam FJM van, Raat H, Hirasing RA. 2e Programmeringsstudie effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg: verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basispakket JGZ. Amsterdam/Rotterdam/Leiden: VUmc /ErasmusMC/TNO; 2005.
10. Schuller AA, Burgmeijer RJF, Dijkstra NS, Juttman R, van Leerdam FJM, Raat H, Verloove-Vanhorick SP, Hirasing RA. De Jeugdgezondheidszorg Activiteiten onderbouwd. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid; 2004.
11. Verloove-Vanhorick SP, Reijneveld SA. Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2007;7:371-3.
12. Verloove-Vanhorick SP, Verkerk PH, Hirasing RA, Reijneveld SA, Leerdam FJM van. Jeugdgezondheidszorg: veel preventie voor weinig geld. Ned Tijdschr Geneesk. 2003; 147: 895-8.
13. Buiting E, Mettes C, Ferwerda P. (Concept)Standpunt AJN Taakherschikking in de jeugdgezondheidszorg. Lisse: AJN; 2008.
14. Coenen-van Vroonhoven EJC, Verloove-Vanhorick SP. Advies 'Contactmomenten JGZ 0-19 jaar'. Publicatie nr. KvL/P&Z 2008.128. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven. 2008 (na eenmalige registratie te downloaden via http://www.tno.nl/content.cfm?context=markten&content=publicatie&laag1=189&laag2=1&item_id=461).