

rivm

Rapport 295001007/2009

G. Dunnink

Advies

Extra contactmoment in de
leeftijdperiode 12-19 jaar

RIVM-rapport 295001007/2009

Advies

Extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar

G. Dunnink

Werkgroepleden:

Y. Atema, AJN
M. de Ruiters, V&VN fractie jeugd
O. Sijperda, AJN
I. Slagter (later vervangen door I. Terlaak), GGD Nederland
M. Smid, V&VN fractie jeugd
A. Stevens, GGD Nederland
M. Sturkenboom, RIVM/Centrum Gezond Leven
E. Visser, NVDA commissie jeugd

Contact:
Centrum Jeugdgezondheid
Trudy.Dunnink@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

© RIVM 2009

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Opdracht	7
1.2 Doel advies	7
1.3 Afbakening	8
1.4 Werkwijze bij het opstellen van het advies	8
2 Adolescentenzorg in Nederland	9
3 Advies contactmoment in de periode 12-19 jaar	11
3.1 Noodzaak extra contactmoment	11
3.2 Geadviseerde leeftijd extra contactmoment	13
3.3 Aanbod van activiteiten in het extra contactmoment	14
3.4 Geadviseerde uitvoering extra contactmoment	14
3.5 Ondersteunende activiteiten naast het extra contactmoment	17
4 Conclusies en aanbevelingen	19
Lijst van afkortingen	21
Literatuur	23
Bijlage 1: Draagvlak voor een extra contactmoment	25
Bijlage 2: Gezondheidsrisico's voor adolescenten	29
Bijlage 3: Ontwikkelingstaken voor adolescenten (12-21 jaar)	39
Bijlage 4: Gezondheidsdeterminantenmodel volgens Lalonde	41
Bijlage 5: Aanbod contactmoment 15/16 jaar of klas 3/4 voortgezet onderwijs	43
Bijlage 6: Actualisatie activiteiten Basistakenpakket JGZ	45

Samenvatting

Het doel van dit advies is het onderzoeken van de wenselijkheid van een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar, de meest geschikte leeftijd en de invulling van het extra contactmoment en voor zover beschikbaar, informatie over het te verwachten effect op de gezondheid en het welzijn van jongeren.

Er is draagvlak voor het invoeren van een extra contactmoment. Diverse partijen, zoals de Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de brancheorganisatie voor leerplicht en voortijdig schoolverlaten en de brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang hebben aangegeven een contactmoment op 15/16-jarige leeftijd nuttig te vinden. Jongeren zelf zeggen behoefte te hebben aan informatie en de mogelijkheid om vragen te kunnen stellen, bij voorkeur door middel van een persoonlijke benadering.

Jongeren van 12 tot 19 jaar zitten in een leeftijdsfase die zich kenmerkt door grote lichamelijke en psychosociale veranderingen. Dat vraagt veel van de adolescent die zoekt naar de eigen identiteit en de eigen rol in de samenleving. Vragen, problemen en risicovol gedrag die de gezondheid negatief kunnen beïnvloeden komen daarbij voor. Het drinken van veel alcohol, roken en blowen zijn voorbeelden van risicovol gedrag. Ruim 16 % van de jongeren in het voortgezet onderwijs heeft psychosociale problemen. Zelfmoord komt vaker voor bij jongeren met zowel emotionele als gedragsproblemen.

Voorlichting, vroegsignalering en tijdig inzetten van effectieve interventies dragen bij aan het voorkomen of verminderen van de nadelige gevolgen van gezondheidsproblemen. Dit levert naar verwachting (gezondheids)winst op, zowel op de korte als op de lange termijn, zowel voor jongeren zelf als voor de maatschappij. Om dit te bereiken is een extra contactmoment wenselijk.

Advies: Invoeren van een extra contactmoment op de leeftijd van 15/16 jaar

Geadviseerd wordt om het aanbod in het extra contactmoment tenminste te laten bestaan uit voorlichting over normale ontwikkeling van adolescenten, seksualiteit (inclusief homoseksualiteit, SOA's, anticonceptie, tienerzwangerschap), pesten, geweld en seksuele dwang, leefstijl (zoals middelengebruik, voeding en sport/bewegen), keuze van vervolgonderwijs/beroepskeuze, maatschappelijk functioneren, lawaaidoofheid en voorlichting op indicatie. Daarnaast is de signalering psychosociale problematiek, leefstijlproblemen en andere gezondheidsrisico's van belang.

In het advies worden verschillende uitvoeropties beschreven, namelijk een preventief gezondheidsonderzoek door middel van een consult, een triage-contactmoment, een vragenlijst met uitnodiging op indicatie en deze laatste optie aangevuld met een klassikale les gegeven door de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Van de verschillende uitvoeropties moeten de effectiviteit en efficiëntie nog onderzocht worden.

Geadviseerd wordt dit contactmoment als volgt uit te voeren:

- JGZ-organisaties die nog geen 15/16-jarig contactmoment in hun aanbod hebben kiezen uit de verschillende uitvoeropties die optie die het beste past bij de lokale situatie. Hierbij is differentiatie naar schoolniveau ook mogelijk.
- JGZ-organisaties die al een extra contactmoment in de periode 12-19 jaar ingevoerd hebben continueren dit.
- Voor VMBO-leerlingen in klas 3 en voor HAVO- en VWO-leerlingen in klas 4.

Ten slotte wordt nog een aantal aanbevelingen gedaan die kunnen bijdragen aan een efficiëntere adolescentenzorg in Nederland.

1 Inleiding

De jeugdgezondheidszorg heeft tot doel het bevorderen, beschermen en bewaken van de lichamelijke, cognitieve, sociale en psychische gezondheid en ontwikkeling van alle jeugdigen van 0-19 jaar.

Gezond leven en lekker in je vel zitten als jongere dragen bij aan een goede gezondheid op latere leeftijd. Echter een deel van de adolescenten gedraagt zich ongezond. Ze drinken te veel alcohol, roken, blowen en/of hebben overgewicht. Ruim 16 % van de jongeren in het voortgezet onderwijs heeft gedragsproblemen zoals agressief gedrag en hyperactiviteit of emotionele problemen zoals depressie en angst. Dit kan leiden tot negatieve gevolgen voor de fysieke en de psychische gezondheid. Op korte termijn kan dat zorgen voor afwezigheid op school waardoor problemen in de psychosociale en cognitieve ontwikkeling kunnen ontstaan. Op de lange termijn kan het leiden tot verminderde arbeidsparticipatie en hogere ziektekosten. Vanwege de negatieve gevolgen, zowel op korte als op lange termijn, zijn preventie en vroegtijdige signalering van deze risico's¹ van groot belang; ook voor de volgende generatie, want uiteindelijk zijn de adolescenten van nu de ouders van straks. (Schoemaker et al., 2008)

1.1 Opdracht

De Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar geeft in de leeftijdsperiode 12-19 jaar één regulier contactmoment aan, namelijk het contactmoment 13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs (platform JGZ, 2003). Diverse partijen, zoals de Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten hebben aangegeven dit te weinig te vinden en een extra contactmoment in de periode 12-19 jaar te wensen. De leeftijd 15/16 jaar wordt daarbij genoemd. In de JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van Psychosociale problematiek' (Postma, 2008) wordt aangegeven dat voor een systematische vroegsignalering van psychosociale problemen, één regulier contactmoment in de periode 12-19 jaar te beperkt is.

Voor het goed volgen van jeugdigen tot 19 jaar is er meer nodig dan de huidige reguliere contactmomenten. Daarom heeft het Centrum Jeugdgezondheid de opdracht gekregen van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin voor het opstellen van een advies over de mogelijkheden en invulling van een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar. Deze opdracht heeft het Centrum Jeugdgezondheid opgenomen in het werkplan 2008.

Bij de behandeling van de Evaluatie Jeugdgezondheidszorg in de Tweede Kamer (april 2008) heeft de minister voor Jeugd en Gezin toegezegd bij de begrotingsbehandeling voor 2009 de Tweede Kamer te informeren over het nut en de noodzaak van een extra contactmoment op de leeftijd van 15/16 jaar en zijn voornemens daaromtrent.

1.2 Doel advies

Het advies geeft duidelijkheid over de wenselijkheid van een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar en het al dan niet aanwezig zijn van onderbouwing en draagvlak daarvoor. Tevens wordt onderbouwing gegeven voor de meest geschikte leeftijd, de invulling van het extra

¹ In bijlage 2 worden de gezondheidsrisico's waarmee jongeren te maken kunnen krijgen beschreven.

contactmoment en informatie over het te verwachten effect op de gezondheid en het welzijn van jongeren.

1.3 Afbakening

De kostenberekening van het extra contactmoment en de benodigde competenties voor de uitvoering van het extra contactmoment vallen buiten de opdracht voor het opstellen van dit advies.

Het advies is in principe gericht op alle jongeren tussen de 12 en 19 jaar. Daarbij moet opgemerkt worden dat de jeugdgezondheidszorg (JGZ) op dit moment niet met alle jongeren bemoeienis kan hebben omdat hoofdzakelijk de vindplaats 'school' wordt gebruikt. Op deze manier vallen de meeste niet-schoolgaande jongeren en jongeren in justitiële instellingen buiten het bereik van de jeugdgezondheidszorg. Voor deze jongeren moeten andere samenwerkingsverbanden gebruikt worden.

1.4 Werkwijze bij het opstellen van het advies

Voor het opstellen van het 'advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar' is een werkgroep samengesteld met afgevaardigden van GGD Nederland, de beroepsverenigingen in de JGZ (de AJN, NVDA/afdeling JGZ en V&VN fractie jeugd), RIVM/Centrum Gezond Leven en RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

Op basis van de gezondheidsrisico's waarmee jongeren te maken kunnen krijgen heeft de werkgroep de wenselijkheid voor het invoeren van een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar geïnventariseerd. Vervolgens heeft de werkgroep zich gebogen over de meest optimale leeftijd, inhoud en uitvoeringsmogelijkheden. Daarbij is rekening gehouden met ervaringen die JGZ-organisaties hebben met adolescentenzorg en met het draagvlak voor de invoering van het extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar. Tevens is er overleg geweest met onderzoekers van TNO Kwaliteit van Leven die momenteel een advies opstellen over de individuele contactmomenten in de JGZ, gebaseerd op een actualisatie van de wetenschappelijke onderbouwing van de activiteiten uit het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (BTP).

De afdelingen JGZ van de GGD'en zijn gevraagd naar hun huidige 12+ aanbod en naar hun mening over een extra contactmoment in de periode 12-19 jaar. Verschillende organisaties op onderwijs-, maatschappelijk en welzijnsgebied zijn gevraagd naar hun mening over een extra contactmoment in de periode 12-19 jaar en hoe de JGZ het beste met hen kan samenwerken.

Het advies is voor becommentariëring voorgelegd aan de Adviesraad van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. In deze adviesraad hebben de beroepsverenigingen en de koepels in de JGZ (GGD Nederland en ActiZ), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de VNG, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) zitting.

2 Adolescentenzorg in Nederland

In dit hoofdstuk wordt in het kort de huidige adolescentenzorg in Nederland beschreven. Daarnaast wordt een aantal voorbeelden gegeven van JGZ-organisaties die initiatieven hebben genomen om de zorg voor de leeftijdsgroep 12-19 jaar uit te breiden.

In tegenstelling tot andere (Europese) landen is de Nederlandse adolescentenzorg preventief van karakter en wordt ze uitgeoefend in de dagelijkse omgeving van de adolescenten, de school, de wijk, de jongerenclubs. Partners in de adolescentenzorg zijn bijvoorbeeld onderwijs, buurt- en jongerenwerk en de GGD. Specifieke netwerken zijn de Zorgadviesteams (ZAT's) en de partners in de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's).

Een ZAT is een structureel samenwerkingsverband tussen een school voor (voortgezet) onderwijs en instellingen op het gebied van jeugdgezondheidszorg, welzijn, jeugdzorg, leerplicht en veiligheid. Van de scholen in het voortgezet onderwijs heeft 91 % een ZAT. Een ZAT is zodanig samengesteld dat multidisciplinaire beoordeling, handelingsadvisering aan de school, (voorbereiding van) indicatiestelling en activeren en afstemmen van hulp aan de jongere adequaat en snel in gang gezet kunnen worden (www.zat.nl).

De Richtlijn Contactmomenten (platform JGZ, 2003) geeft in de periode 12-19 jaar één regulier contactmoment aan, namelijk het contactmoment 13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs. Het rapport activiteiten basistakenpakket per contactmoment (rapport ABC) beschrijft het aanbod in dit contactmoment (Dunnink et al., 2008).

Het contactmoment 13 jaar wordt aangeboden en uitgevoerd door de JGZ. Conform de Richtlijn Contactmomenten worden jongeren van 13 jaar of jongeren zittend in klas 2 van het voortgezet onderwijs uitgenodigd voor een preventief gezondheidsonderzoek (PGO). Het blijkt dat er organisaties zijn die het 13-jarige contactmoment op een andere leeftijd en/of een andere wijze aanbieden of een extra contactmoment invoeren in de leeftijdsperiode 12-19 jaar.

Voorbeelden van een aangepast uitvoeringsmoment en een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar

In de regio Rotterdam en de stad Rotterdam vullen leerlingen in klas 1 in het voortgezet de vragenlijst van de Rotterdamse jeugdmonitor in na een klassikale toelichting door een jeugdverpleegkundige. Daarna krijgen alle jongeren een uitnodiging voor een PGO waarbij de uitkomsten van de monitor besproken worden. In de stad Rotterdam vullen ook de leerlingen van klas 3 de vragenlijst van de jeugdmonitor in. Ongeveer 30 % van de leerlingen krijgt een vervolgesprek op indicatie. De opkomst van deze vervolgesprekken op indicatie is hoog; vergelijkbaar met reguliere contactmomenten. De GGD Rotterdam-Rijnmond heeft goede ervaringen met deze werkwijze.

De GGD Zuid-Holland West is in het schooljaar 2007-2008 op verzoek van de gemeente Delft gestart met een pilot voor een extra contactmoment voor 15/16-jarigen in het voortgezet onderwijs. Er is gestart met een kleine groep leerlingen in klas 3 van het VMBO. De ervaring is dat de leerlingen veel vragen hebben, vooral over seksualiteit en alcohol. Ook werden er psychosociale problemen gesignaleerd. Uit deze pilot is een voorstel gekomen voor het totale pakket wat deze GGD aan wil bieden voor het voortgezet onderwijs. Dit hebben zij het 'twaalf+ pakket' genoemd. De leerlingen op het VMBO vullen in klas 1 een vragenlijst in en worden vervolgens allemaal uitgenodigd voor een PGO. In klas 3 vullen de leerlingen klassikaal hun vragenlijst in waarna met behulp van vastgestelde criteria leerlingen op indicatie uitgenodigd worden voor een vervolgonderzoek. De uitkomsten van de vragenlijsten van alle leerlingen worden gebruikt om het collectieve preventieaanbod in klas 2 en klas 4

te optimaliseren. Op de HAVO en het VWO vullen de leerlingen in klas 2 en 4 klassikaal een vragenlijst in waarna met behulp van vastgestelde criteria leerlingen op indicatie uitgenodigd worden voor een vervolgonderzoek. De ingevulde vragenlijsten leveren input voor het collectieve preventieaanbod in de klassen 3 en 5/6. Het schooljaar 2008-2009 zal worden gebruikt om de pilot verder uit te voeren op een grote school voor voortgezet onderwijs met alle schoolniveaus (VMBO, HAVO en VWO)

Voorbeeld van een extra contactmoment 15/16 jaar

De GGD Zuid-Limburg biedt een extra contactmoment aan voor leerlingen van klas 3/4 in het voortgezet onderwijs. In Heerlen krijgen leerlingen een klassikale presentatie over risicovolle leefstijl aan de hand van een gezondheidsmagazine 'Young GGD'. In het magazine zit een coupon die jongeren kunnen gebruiken als ze een vervolgesprek willen. In Maastricht vullen de leerlingen klassikaal een vragenlijst in. Met behulp van deze vragenlijst worden risicojongeren geselecteerd. Ongeveer 15 % van de jongeren wordt opgeroepen voor een vervolgesprek. Daarvan heeft ongeveer 5 % van de jongeren zelf aangegeven een vervolgesprek te willen. De GGD heeft een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar deze beide varianten van contactmomenten en is tot de conclusie gekomen dat een combinatie van de beide methoden de beste vorm is voor het contactmoment 15/16 jaar.

Voorbeeld van een gewijzigde uitvoering van het contactmoment 13 jaar

De Hulpverleningsdienst Gelderland Midden heeft een triage-methodiek ontwikkeld voor de jeugdgezondheidszorg. Hierbij worden de reguliere contactmomenten in de vorm van een PGO vervangen door een triage-onderzoek waarin screening en signalering plaatsvindt door een doktersassistent of jeugdverpleegkundige. Op indicatie volgt een onderzoek door een jeugdarts of een jeugdverpleegkundige. Bij triage gaat het om het inzetten op leerlingen met problemen met daarnaast een signalerende rol voor het onderwijs en de mogelijkheid tot onderzoek op indicatie.

De triage is bij de hulpverleningsdienst Gelderland Midden geleidelijk ingevoerd. Na de 5- en de 10-jarigen krijgen sinds maart 2008 ook de 13-jarigen een triage-onderzoek. In navolging van hulpverleningsdienst Gelderland Midden gaan meer GGD'en over op een triage-onderzoek voor 13-jarigen.

3 Advies contactmoment in de periode 12-19 jaar

In dit hoofdstuk wordt het nut van een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar onderbouwd en wordt aangegeven welke gezondheidswinst te verwachten valt. Ook worden de meest geschikte leeftijd, het aanbod van activiteiten en de mogelijke uitvoeringsvormen van dit extra contactmoment beschreven.

3.1 Noodzaak extra contactmoment

Voor elke jongere in Nederland moet er een minimum aanbod met activiteiten uit het uniforme deel van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar beschikbaar zijn. Dat is van belang om informatie en advies te bieden gericht op leeftijdsgelateerd gedrag, en het voorkómen en/of tijdig signaleren van gezondheidsrisico's zodat snel de juiste hulp geboden kan worden.

Leeftijdfase

Jongeren van 12 tot 19 jaar zitten in een leeftijdsfase die zich kenmerkt door grote lichamelijke en psychosociale veranderingen. Dat vraagt veel van de adolescent die moet zoeken naar de eigen identiteit en de eigen rol in de samenleving (Boudewijnse et al., 2005). Jongeren moeten zich zo kunnen ontwikkelen² dat ze uiteindelijk als volwassenen kunnen voldoen aan de eisen van de maatschappij. Jongeren zelf geven aan behoefte te hebben aan voorlichting over onderwerpen die in hun leeftijdsfase van belang zijn. Voor het verkrijgen van informatie denken jongeren niet direct aan internet. Ze geven de voorkeur aan een persoonlijke benadering en hulp en advies van één persoon (Dijkstra et al., 2008).

Leeftijdsgelateerde gezondheidsproblemen

Een deel van de adolescenten gedraagt zich ongezond; ze drinken te veel alcohol, roken, blowen en/of hebben overgewicht. Ook hebben sommige jongeren psychosociale problemen.

De combinatie van meerdere risicogedragingen neemt toe met de leeftijd; rond de leeftijd van 16 jaar speelt dit probleem bij bijna de helft van de jongeren. De combinatie van risicogedrag komt vaker voor bij lagere schoolniveaus en bij autochtone jongeren. Jongeren die alcohol drinken, roken en/of cannabis gebruiken hebben vaker gedragsproblemen. Overgewicht hangt vooral samen met emotionele problemen (Schoemaker et al., 2008).

Een kort overzicht van enkele feiten. Uitgebreidere informatie over gezondheidsrisico's bij jongeren is te vinden in bijlage 2.

Alcohol, roken en drugs

Het zijn vaak dezelfde jongeren die alcohol gebruiken, roken en blowen. Rokende jongeren hebben een grotere kans ook cannabis te gebruiken. Hetzelfde geldt voor alcohol drinkende jongeren. Er is ook samenhang tussen middelengebruik en het op jonge leeftijd hebben van seksuele gemeenschap.

Nederlandse jongeren staan met hun alcoholgebruik in de top drie van Europa. Een kwart van 12-16-jarigen drinkt meer dan één keer per week. Naar mate jongeren ouder worden neemt hun alcoholgebruik toe; oudere autochtone jongens drinken het meest. Uit onderzoek blijkt dat het alcoholgebruik de laatste jaren niet toeneemt; onder 12-14-jarigen is het zelfs gedaald, mogelijk als gevolg van de aandacht en de preventieve activiteiten van de afgelopen jaren.

² In bijlage 3 is te lezen met welke ontwikkelingstaken adolescenten te maken krijgen.

Van alle scholieren in het voortgezet onderwijs rookt ruim 8 % dagelijks. Op het VWO bevinden zich de minste dagelijkse rokers. Vanaf ongeveer 14 jaar neemt het aantal dagelijkse rokers snel toe. Na de leeftijd van 16 jaar beginnen relatief weinig jongeren met roken. Uit onderzoek blijkt dat het aantal rokende adolescenten sinds 1999 gestaag afneemt.

Naast alcohol en tabak is cannabis het meest gebruikte genotmiddel onder jongeren. In het voortgezet onderwijs heeft 19 % van de jongens en 14 % van de meisjes ooit cannabis gerookt ('geblowd'). De meeste gebruikers experimenteren alleen, toch ontwikkelt 40 % van de jongeren zich tot een regelmatige gebruiker (2-39 keer per jaar). Vergelijkende onderzoeken van 1996 tot en met 2007 tonen aan dat het gebruik van zowel cannabis als harddrugs onder jongeren afneemt (Schoemaker et al., 2008; Moshouwer et al., 2008; Van Dorsselaer et al., 2007).

Risikant seksueel gedrag

Op 16-jarige leeftijd heeft ruim een derde van de jongeren seksuele gemeenschap gehad. Ongeveer een vijfde deel van de jongeren vrijt zonder condoom. Bijna een kwart van de jongeren gebruikt geen anticonceptie (Van Dorsselaer et al., 2007).

Overgewicht

Overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) vormen een groeiend probleem onder de Nederlandse jeugd; de percentages stijgen, zo blijkt uit een vergelijking van cijfers uit 2002-2004 met die uit 1997. Op 16-jarige leeftijd heeft bijna 14 % van zowel meisjes als jongens overgewicht. Meisjes hebben ruim twee keer zo vaak obesitas; 3,3 % tegen 1,4 % van de jongens. Bij VMBO-leerlingen komt overgewicht vaker voor dan bij HAVO- en VWO-leerlingen. Het eet- en beweegpatroon van jongeren wordt ongezonder naarmate ze ouder worden. Ook hier zijn er verschillen tussen VWO en VMBO; scholieren van het VWO eten over het algemeen gezonder (Schoemaker et al., 2008).

Psychosociale problemen

Een kwart van de VMBO-leerlingen heeft psychosociale problemen tegen 10 % van de HAVO/VWO-leerlingen. Bij psychosociale problemen wordt onderscheid gemaakt tussen problemen met leeftijdsgenoten (onvermogen om een sociale relatie aan te gaan met leeftijdsgenoten en problemen in de ontwikkeling van sociaal gedrag), emotionele problemen (stemmingsproblemen, depressie en psychosomatische klachten), gedragsproblemen (vechten, agressief gedrag, liegen en stelen) en hyperactiviteit (impulsiviteit, rusteloosheid en gebrek aan concentratie). Eén op de vijf jongeren geeft zelf aan emotionele problemen te hebben. Dat zelfde geldt voor gedragsproblemen. Jongeren met zowel emotionele als gedragsproblemen hebben meer kans om zelfmoord te plegen (Schoemaker et al., 2008).

Schooluitval en WAJONG

In het schooljaar 2005/2006 verliet 2,1 % van de 16-jarigen, 5,3 % van de 17-jarigen en 8,2 % van de 18-jarigen zonder startkwalificatie het onderwijs. Eind 2007 hadden 167.000 jongeren een Wajong-uitkering (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten). De instroom toont een stijgende trend, de uitstroom een dalende trend (CBS en OCW).

Preventie en gezondheidswinst

Preventie in de leeftijdsperiode 12-19 jaar is mogelijk door in te gaan op vragen van jongeren, voorlichting te geven over bijvoorbeeld gezonde leefstijl en psychosociale problematiek en andere gezondheidsproblemen die ontstaan in deze leeftijdsfase te signaleren.

Voorlichting (primaire preventie) en vroegtijdige signalering (secundaire preventie) lijken in de adolescentiefase van groot belang. Ongezond gedrag heeft namelijk negatieve gevolgen voor de gezondheid zowel op korte als op lange termijn. Zo kan overmatige alcoholconsumptie niet alleen leiden tot blijvende hersenschade maar ook samen gaan met ander risicogedrag zoals schoolverzuim of crimineel gedrag. Obesitas resulteert in een slechtere gezondheid wat weer kan leiden tot verhoogd

ziekteverzuim waardoor er problemen in de psychosociale en cognitieve ontwikkeling kunnen ontstaan. Dat kan een negatieve invloed hebben op de kansen voor een succesvolle maatschappelijke carrière. Door het stimuleren van gezond gedrag bij jongeren kan een deel van de gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd voorkómen of uitgesteld worden (Schoemaker et al., 2008).

In het bedrijfsleven wordt door goede voorlichting, advisering en begeleiding veel uitval en ziekteverzuim voorkómen. Volgens de Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en de Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) is dit zelfde effect te verwachten in het voortgezet - en het beroepsonderwijs waardoor er minder jongeren zullen instromen in de WAJONG (AJN en NVAB, 2008).

Voorlichting, vroegsignalering en tijdig inzetten van effectieve interventies dragen bij aan het voorkomen of verminderen van gezondheidsproblemen. Dit levert naar verwachting (gezondheids)winst op, zowel op de korte als op de lange termijn, zowel voor jongeren zelf als voor de maatschappij. Om dit te bereiken is het huidige reguliere contactmoment op 13-jarige leeftijd voor de leeftijdsgroep 12-19-jarigen niet voldoende.

Conclusie

Een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar is een zeer wenselijke aanvulling op de huidige reguliere contactmomenten.

De JGZ verzamelt informatie over kinderen en hun omgeving vanaf de vroegste jeugd en heeft zo de beschikking en het overzicht over de longitudinale ontwikkeling van de jongere. Daarom ligt het voor de hand dit contactmoment uit te laten voeren door de JGZ. Daarbij werkt de JGZ samen met scholen en waar nodig met jeugdzorg en de overige partners in de Centra voor Jeugd en Gezin.

3.2 Geadviseerde leeftijd extra contactmoment

Leeftijd en preventie

Jongeren van 15/16 jaar zitten in een ontwikkelingsfase waarin er zowel primaire als secundaire preventie mogelijk is. Primaire preventie dient aangeboden te worden voordat een nieuwe ontwikkelingsfase intreedt. Juist op de leeftijd van 15/16 jaar zitten jongeren voor hun keuze van 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, relatievorming en identiteit belangrijk. Behoudens voorlichting over deze specifieke onderwerpen blijft ook (collectieve) voorlichting over gezond gedrag van belang. Secundaire preventie vindt plaats op een moment waarop problemen al zijn ontstaan. Op deze leeftijd spelen leefstijlrisico's³ (bijvoorbeeld middelengebruik en overgewicht) en problemen op psychosociaal gebied (zoals depressie en angst) een rol (Schoemaker et al., 2008; Moshouwer et al., 2008). De leeftijd van 15/16 jaar lijkt daarom een geschikt tijdstip voor een extra contactmoment.

Onderzoek TNO

TNO-Kwaliteit van Leven stelt momenteel een advies op over de individuele contactmomenten in de JGZ. Daartoe worden de activiteiten in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar geordend naar optimale leeftijd van uitvoering, gebaseerd op een actualisatie van de wetenschappelijke onderbouwing van die activiteiten. Dit advies zal naar verwachting eind 2008 worden afgerond.

Voor dit advies heeft TNO voor de leeftijdsgroep 12-19 jaar voorlopige resultaten beschikbaar gesteld.

³ In bijlage 2 worden de gezondheidsrisico's waarmee jongeren te maken kunnen krijgen beschreven.

Daarbij geeft TNO aan dat in de leeftijdsfase 12-19 jaar idealiter twee individuele contactmomenten plaatsvinden, te weten bij 12 en bij 16 jaar.

Conclusie

De leeftijd van 15/16 jaar is de meest optimale leeftijd voor de uitvoering van het extra contactmoment in de periode 12-19 jaar.

3.3 Aanbod van activiteiten in het extra contactmoment

Gezien de gezondheidsproblemen waarmee 15/16-jarigen te maken kunnen krijgen is een aantal activiteiten van belang in het extra contactmoment. Het gaat om het monitoren en het signaleren van psychosociale problematiek, leefstijlproblemen en andere gezondheidsproblemen die kunnen ontstaan in deze leeftijdsfase zoals beschreven in paragraaf 3.1.

Daarnaast is voorlichting over normale ontwikkeling van adolescenten, seksualiteit (inclusief SOA's, anticonceptie, tienerzwangerschap) pesten, geweld en seksuele dwang, leefstijl (zoals middelengebruik, voeding en sport/bewegen), keuze van vervolgonderwijs/beroepskeuze en lawaaidoofheid, aangevuld met voorlichting op indicatie belangrijk.

Het geadviseerde minimale aanbod in het extra contactmoment voor 15/16 jarigen is beschreven in een schema⁴, gebaseerd op de schema's van de huidige contactmomenten voor 0-19-jarigen zoals beschreven in het Rapport ABC (Dunnink et al., 2008). In dit schema is een overzicht te vinden van de activiteiten uit het BTP en de onderwerpen die voor deze leeftijdsgroep van belang zijn. Deze activiteiten en onderwerpen sluiten aan bij het advies van TNO⁵.

3.4 Geadviseerde uitvoering extra contactmoment

Bij de ontwikkeling van dit advies zijn diverse mogelijkheden met betrekking tot de uitvoering van het extra contactmoment overwogen.

Opties voor de uitvoering van het contactmoment 15/16 jaar

Een korte beschrijving van de diverse opties:

A. Regulier preventief gezondheidsonderzoek door middel van een consult

Alle jongeren van 15/16 jaar krijgen een uitnodiging voor een preventief gezondheidsonderzoek (PGO). Van te voren vullen zij een algemene vragenlijst in over lichamelijke gezondheid, gedrag en leefstijlonderwerpen zoals voeding, sport, roken, alcohol- en drugsgebruik en een vragenlijst van een signaleringsinstrument voor het opsporen van psychosociale problematiek. Vervolgens komen zij voor het PGO bij de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Tijdens het PGO worden de lengte en het gewicht gemeten, vindt er een gehooronderzoek plaats en wanneer er klachten zijn een visusonderzoek. Door het persoonlijke contact krijgen jongeren gelegenheid voor een open gesprek waarin ze hun vragen kwijt kunnen. Ook biedt het PGO de jeugdverpleegkundige of de jeugdarts de mogelijkheid om gerichte voorlichting te geven. Deze voorlichting wordt afgestemd op de uitkomsten van de vragenlijsten en op de vragen die jongeren zelf hebben. Wanneer dat nodig is wordt er een afspraak gemaakt voor een vervolgonderzoek of wordt de jongere verwezen naar geïndiceerde zorg.

⁴ In bijlage 5 vindt u dit schema.

⁵ In bijlage 6 wordt beschreven welke onderwerpen en activiteiten TNO noemt voor het contactmoment 16 jaar in afwachting van de definitieve resultaten die eind 2008 verwacht worden.

B. Triage-contactmoment

Alle jongeren vullen een algemene vragenlijst in, inclusief de vragenlijst van een signaleringsinstrument voor het opsporen van psychosociale problematiek. Daarnaast komen ze bij een JGZ-professional voor het meten van de lengte en het gewicht en een gehooronderzoek. Zo nodig wordt dit aangevuld met een visusonderzoek. Naar aanleiding van de triage of op verzoek van de jongere, de ouders of de school wordt er een afspraak gemaakt voor een aanvullend onderzoek. Dat vindt plaats bij of de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige, afhankelijk van de gesignaleerde risico's en/of de gesignaleerde problematiek.

C. Vragenlijst + uitnodiging op indicatie

De jongeren vullen digitaal een vragenlijst in van een signaleringsinstrument voor het opsporen van psychosociale problematiek en een digitale vragenlijst over gezondheid, leefstijl en gedrag. Naar aanleiding hiervan of op verzoek van de jongeren, ouders of school volgt een onderzoek door de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige.

Voorbeelden van digitale vragenlijsten:

1. E-health4Uth (E-health for youth): digitale vragenlijst voor jongeren over gezondheid en gedrag waarbij onmiddellijk feedback gegeven wordt door middel van een individueel profiel en advies op maat. De JGZ ontvangt het advies ook. Het programma zorgt ervoor dat waar nodig de jongere een uitnodiging krijgt voor vervolgesprek met de JGZ. De verkregen gegevens kunnen verwerkt worden in gezondheidsprofielen van scholen, gemeenten en regio's. (Mangunkusumo, 2006)
2. E-MOVO (Elektronische Monitor en Voorlichting): interactieve digitale vragenlijst over gezondheid, welzijn en leefstijl. De jongere krijgt een persoonlijk gezondheidsprofiel met individuele voorlichting in de vorm van feedback over eigen gezondheid en links naar websites met informatie over de onderwerpen in het gezondheidsprofiel. Op indicatie volgt een uitnodiging voor een vervolgesprek. Naast het persoonlijke gezondheidsprofiel zijn gegevens bruikbaar ter ondersteuning van het schoolgezondheidsbeleid, het gemeentelijk en het regionale jeugdbeleid. (Kohnstamm, 2006)
3. Jeugdmonitor Rotterdam: een methode om de gezondheid van kinderen en jongeren te monitoren. Er wordt gevraagd naar schoolbeleving, probleem- en risicogedrag, sociale vaardigheden, welbevinden, ingrijpende gebeurtenissen, sport- en vrijetijdsbesteding en relaties met vrienden, ouders, medeleerlingen en leerkrachten. Het doel is een beeld te krijgen van de gezondheid van (individuele) jeugdigen. De uitkomsten kunnen gebruikt worden in een aansluitend onderzoek bij de jeugdarts of jeugdverpleegkundige en/of om risicoleerlingen te signaleren. Daarnaast kunnen collectieve gegevens over een school, een wijk en/of een gemeente verzameld worden en gerichte preventieve gezondheidsinterventies ingezet worden (www.jeugdmonitorrotterdam.nl).
4. Binnenkort komt er een digitale versie van de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) beschikbaar. De SDQ is een signaleringsinstrument voor de opsporing van psychosociale problemen met een leerling-, ouder- en leerkrachtversie.

D. Optie C aangevuld met een klassikale les door de JGZ

Leerlingen krijgen algemene gezondheidsvoorlichting in een klassikale les gegeven door een JGZ professional. Vervolgens wordt uitleg gegeven over de vragenlijsten, waarna de jongeren tijdens het lesuur hun vragenlijst gaan invullen. Dit kan aangevuld worden met informatie over wat de JGZ kan betekenen voor jongeren. Op verzoek van de jongere zelf, de ouders of de school of naar aanleiding van de vragenlijsten wordt er een afspraak gemaakt voor een onderzoek bij de jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

De ingevulde vragenlijsten die bij alle opties gebruikt worden kunnen input leveren voor het collectieve preventieaanbod.

Advies uitvoering

Van de genoemde opties is de effectiviteit nog niet aangetoond. De verschillende vormen van uitvoering moeten derhalve worden onderzocht op effectiviteit en efficiëntie.

Het advies is het contactmoment 15/16 jaar op de volgende wijze uit te laten voeren door de jeugdgezondheidszorg:

- JGZ-organisaties die nog geen 15/16-jarig contactmoment in hun aanbod hebben kiezen uit de genoemde uitvoeringsopties die optie, die het beste past bij de lokale situatie. Hierbij is differentiatie naar schoolniveau ook mogelijk.
- JGZ-organisaties die al een extra contactmoment in de periode 12-19 jaar ingevoerd hebben continueren dit.

Voor de uitvoering van het extra contactmoment worden de volgende momenten geadviseerd:

- Voor VMBO-leerlingen gaat de voorkeur uit naar klas 3.
Reden: VMBO-leerlingen doen in klas 4 hun eindexamen. In de praktijk blijkt dat leerjaar organisatorisch geen geschikt moment te zijn voor een regulier contactmoment. Voorlichting over bijvoorbeeld vervolgopleiding en beroepskeuze moet ruim voor het eindexamen plaatsvinden.
- Voor HAVO- en VWO-leerlingen gaat de voorkeur uit naar klas 4.
- Voor leerlingen in het Speciaal Voortgezet Onderwijs hangt het uitvoeringsmoment af van hun persoonlijke situatie.

Aandachtspunten bij de keuze van uitvoeringsoptie

Het is nog niet duidelijk of het gebruik van vragenlijsten zonder het oordeel van een professional voldoende is om risicojongeren te kunnen signaleren. Ook is er nog geen gevalideerd signaleringsinstrument voor het opsporen van psychosociale problematiek voor deze leeftijdsgroep. Uit onderzoek naar de integratie van monitoring en preventie in de jeugdgezondheidszorg blijkt dat het haalbaar is om via internet met behulp van vragenlijsten advies op maat te geven aan leerlingen, leerlingen met een verhoogd risico te signaleren en informatie te verschaffen aan de jeugdarts/jeugdverpleegkundige voor een consult (Seydel et al., 2006). Maar *'de effectiviteit van advies op maat via internet op gezondheidsgedrag aan leerlingen is nog onzeker. Om daadwerkelijke veranderingen in gezondheidsgedrag te bewerkstelligen zijn waarschijnlijk uitgebreidere interventies nodig'* (Mangunkusumo, 2006, pagina 142).

Het onderzoek biedt onvoldoende bewijs voor het vaststellen van de effectiviteit van deze methode. Verder onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijsten en wijze van selecteren van risicoleerlingen wordt aanbevolen (Seydel et al., 2006).

Uit onderzoek blijkt dat meten en wegen noodzakelijk is om overgewicht en ondergewicht daadwerkelijk te kunnen signaleren. Het blijkt namelijk dat het navragen van het gewicht en de lengte van jongeren niet de juiste informatie oplevert. Zij hebben de neiging hebben hun lengte te overschatten en hun gewicht te onderschatten. Op 16-jarige leeftijd heeft bijna 14 % van de jongens en meisjes overgewicht en 3,3 % van de jongens en 1,4 % van de meisjes ernstig overgewicht (Schoemaker et al., 2008).

Met behulp van een audiogram (gehooronderzoek) kan beginnende lawaaidoofheid worden opgespoord. Hoewel lawaaidoofheid langzaam ontstaat, kunnen jongeren die vaak naar harde muziek uit hun MP3-speler luisteren al last hebben van geluidsvervorming en oorsuizen, vroege tekenen van gehoorschade. Uit interviews met jongeren tussen de 15 en 18 jaar blijkt dat VMBO-leerlingen vaker

naar harde muziek uit hun MP3 luisteren dan leeftijdsgenoten op het VWO (Vogel et al., 2008). Door voorlichting en advies kan verdere gehoorschade voorkómen worden.

3.5 Ondersteunende activiteiten naast het extra contactmoment

Onderstaande activiteiten dragen bij aan het tijdig signaleren van jongeren met een verhoogd risico en het zorg dragen voor snelle en juiste hulp:

1. Samenwerken met relevante partijen
Voor de signalering van risico's en toeleiding naar extra zorg moet de JGZ ook voor deze leeftijdsgroep samenwerken met de partners in de Centra voor Jeugd en Gezin, de ZAT's en de overige zorgstructuur rondom jongeren.
2. Aansluiten bij de collectieve preventie op scholen
De preventie en voorlichting in het algemeen door de JGZ moet aansluiten bij de collectieve preventie binnen het schoolgezondheidsbeleid.
3. Zo nodig verwijzen
Waar nodig zal de JGZ ondermeer verwijzen naar jeugd- en schoolmaatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg, Huisartsen, andere (para)medici en de jeugd-GGZ.

Overwegingen

De werkgroep heeft de volgende overwegingen besproken:

Uitnodigen per klas

Er kan gekozen worden tussen het individueel uitnodigen van jongeren per klas, of per geboortjaar (geboortecohort). Gezien het belang van het verkrijgen van inzicht in de sociale structuur van een klas en de wenselijkheid om met de klassenmentor te kunnen overleggen is het aan te bevelen om leerlingen per klas uit te nodigen.

Differentiatie in aanbod

Er moet in ieder geval een goed minimum uniform preventieaanbod beschikbaar zijn voor alle jongeren om naast voorlichting risico's te inventariseren en risicjongeren te signaleren. Op basis van de uitkomsten van contactmomenten, de vragenlijsten en/of jeugdmonitors kan blijken dat aan specifieke groepen jongeren extra activiteiten aangeboden moeten worden. Zo kan het nodig blijken deze jongeren extra voorlichting te geven over bijvoorbeeld leefstijl. Hiervoor zijn bewezen effectieve lesprogramma's⁶ beschikbaar die idealiter zijn ingebed in het schoolgezondheidsbeleid.

Daarnaast moet het mogelijk zijn om op indicatie jongeren extra ondersteuning te geven, zoals kortdurende begeleiding of toeleiding naar geïndiceerde zorg.

Aanbeveling verschuiven van contactmoment 13 jaar

Geadviseerd wordt het extra contactmoment 15/16 jaar op VMBO-scholen in klas 3 uit te voeren. De vraag is vervolgens of het contactmoment 13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs op deze scholen verschoven moet worden naar klas 1. De praktijkervaring van JGZ-professionals en scholen is dat VMBO-leerlingen zich op zowel fysiek als sociaal en emotioneel gebied eerder ontwikkelen dan HAVO- en VWO-leerlingen. Deze ervaring wordt ondersteund door het onderzoek 'Seks voor je 25'^e wat betreft seksuele ontwikkeling. Uit dat onderzoek blijkt dat meer laagopgeleide dan hoogopgeleide

⁶ Deze zijn te vinden op www.nji.nl

jongeren hun eerste seksuele ervaring op jonge leeftijd hebben (Meijer et al., 2005). Ook TNO⁷ adviseert het huidige contactmoment 13 jaar te vervroegen naar 12 jaar.

MBO-leerlingen

Het is belangrijk dat de jeugdgezondheidszorg een rol gaat krijgen in het MBO mede omdat bekend is dat veel MBO-leerlingen problemen hebben. Deze jongeren worden meestal al op het VMBO gesignaleerd. Zij zouden op indicatie gevolgd moeten worden wanneer ze doorstromen naar het MBO. Daarnaast zijn er nog andere mogelijkheden denkbaar waarbij de JGZ een rol kan spelen in het MBO, bijvoorbeeld door deelname aan een ZAT binnen het MBO en een spreekuur op school. Onderzocht moeten worden op welke wijze de inzet van de JGZ voor deze groep het meeste effect heeft.

⁷ Zie bijlage 6

4 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste conclusies geformuleerd en aanbevelingen gedaan om de adolescentenzorg in Nederland effectiever te maken.

1. Extra contactmoment in de periode 12-19 jaar

Conclusie

Een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar is een zeer wenselijke aanvulling op de huidige reguliere contactmomenten.

Conclusie

De leeftijd van 15/16 jaar is de meest optimale leeftijd voor de uitvoering van het extra contactmoment in de periode 12-19 jaar.

Conclusie

Van de verschillende uitvoeringsopties is de effectiviteit nog niet aangetoond.

Deze conclusies hebben geleid tot het volgende advies:

- o JGZ-organisaties die nog geen 15/16-jarig contactmoment in hun aanbod hebben kiezen uit de verschillende uitvoeringsopties die optie die het beste past bij de lokale situatie. Hierbij is differentiatie naar schoolniveau ook mogelijk.
- o JGZ-organisaties die al een extra contactmoment in de periode 12-19 jaar ingevoerd hebben continueren dit.

Aanbeveling

Onderzoek naar de effectiviteit en efficiëntie van de verschillende uitvoeringsvormen van het contactmoment 15/16 jaar.

Conclusie

Het meest geschikte moment voor de uitvoering is voor VMBO-leerlingen klas 3 en voor HAVO- en VWO-leerlingen klas 4. De meeste leerlingen zijn dan 15 of 16 jaar.

2. Het contactmoment 13 jaar of klas 2 in ieder geval voor VMBO-leerlingen vervroegen naar 12 jaar of klas 1

Conclusie

Een regulier contactmoment invoeren in klas 4 is voor VMBO-leerlingen in de praktijk geen geschikt moment. Zij doen in klas 4 hun eindexamen. Voorlichting over bijvoorbeeld vervolgopleiding en beroepskeuze moet ruim voor het eindexamen plaatsvinden. Voor VMBO-leerlingen is klas 3 daarom een geschikter tijdstip voor het uitvoeren van het contactmoment 15/16 jaar.

Aanbeveling

Voor VMBO-leerlingen wordt geadviseerd het extra contactmoment te laten plaatsvinden in klas 3. Omdat dit contactmoment dicht zit op het contactmoment 13 jaar/klas 2 wordt aanbevolen dat contactmoment in ieder geval voor VMBO-leerlingen een jaar te vervroegen.

3. Te verwachten gezondheidswinst

Conclusie

Het valt te verwachten dat het extra contactmoment 15/16 jaar gezondheidswinst oplevert op zowel de korte als op de lange termijn door het voorkómen of verminderen van de nadelige gevolgen van gezondheidsrisico's. Op de korte termijn draagt dat bij aan een optimale ontwikkeling van jongeren. Op de lange termijn zorgt het stimuleren van gezond gedrag bij jongeren dat een deel van de gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd voorkómen of uitgesteld kunnen worden. Het is echter niet bekend hoeveel gezondheidswinst dit werkelijk oplevert en wat dit uiteindelijk aan economische winst oplevert voor de maatschappij.

Aanbeveling

Nader onderzoek naar de gezondheidswinst van het contactmoment 15/16 jaar en de daaruit voortvloeiende economische winst.

4. MBO-leerlingen

Conclusie

Het is belangrijk dat de jeugdgezondheidszorg een rol gaat krijgen in de zorgstructuur van het MBO mede omdat bekend is dat veel MBO-leerlingen problemen hebben. Deze jongeren kunnen al op het VBMO gesignaleerd worden.

Aanbevelingen

De rol van de JGZ binnen het MBO onderzoeken in het kader van de doorgaande zorglijn tot en met 23 jaar. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Risicjongeren die gesignaleerd zijn tijdens het contactmoment klas 3 VMBO en jongeren die door de school en/of het ZAT worden gesignaleerd, een onderzoek op indicatie aanbieden.
- Deelname van de JGZ in het ZAT op MBO-scholen.
- Inloopspreekuur op MBO-scholen.

5. School als vindplaats

Conclusie

De JGZ bereikt op dit moment niet alle jongeren omdat hoofdzakelijk de vindplaats 'school' wordt gebruikt. Hierdoor vallen niet-schoolgaande jongeren en jongeren in justitiële instellingen buiten het bereik van de jeugdgezondheidszorg.

Aanbeveling

Onderzoek naar de mogelijkheden om niet-schoolgaande jongeren buiten de school om te kunnen bereiken.

Lijst van afkortingen

AJN	Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland
BMI	Body Mass Index
BTP	Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar
CBS	Centraal bureau voor de statistiek
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KAMG	Koepelorganisatie Artsen Maatschappij en Gezondheid
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
M&G	Maatschappij en Gezondheid
NJi	Nederlands Jeugdinstuut
NVAB	Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVS/NVL	Nederlandse Vereniging Schooldecanen / Nederlandse Vereniging Leerlingbegeleiders
OCW	Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap
PGO	Periodiek Gezondheidsonderzoek
Rapport ABC	Rapport Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

ROC	Regionaal Opleidingscentrum
SDQ	Strenght and Difficulties Questionaire
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
VMBO	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Voortgezet Onderwijs
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAJONG	Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening JONG gehandicapten
ZAT	Zorg Advies Team

Literatuur

Beckers M. (2008) Werkplan 2008 Centrum jeugdgezondheid. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid

Boudewijnse H.B., Lokven E. van en Oskam E. (kernredactie) (2005) Nederlands Leerboek jeugdgezondheidszorg deel B. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV

Dijkstra A. en Slagter I. (2008) Hoe denken ouders en jongeren over een Centrum voor Jeugd en Gezin in Bronckhorst? Rapportage Focusgroeponderzoek. Bronckhorst: Gemeente Bronckhorst

Dorsselaer S. van, Zeijl E., Eeckhout S. van de, Ter Bogt T. en Vollebergh W. (2007) HBSC 2005 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut

Dunnink G., Lijs-Spek W.J.G. (2008) Rapport Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment, Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, rapportnummer: 295001001

GGD Nederland, Ledenbericht week 18, GGD Kennisnet 2008

GGD Nederland, Startnotitie bereik 14+ inclusief ROC, mei 2008

Koepelorganisatie Artsen M&G (KAMG) '10 punten programma Gezondheid en Jeugd', brief 30 oktober 2007

Kohnstamm J., (2006) Kan ik er wat mee doen? Eindrapportage van het Stimuleringsfonds openbare gezondheidszorg, oktober 2006, 144-145

Maassen H, Jong uitgevallen, Medisch Contact 2008,1117-1119

Mangunkusumo R.T. (2006) E-health4Uth: integrating monitoring en prevention in youth health care. Proefschrift Erasmus Universiteit, Rotterdam: Erasmus Universiteit

Meijer S., Graaf H. de, Vanwesenbeeck I. en Poelman J. (2005) Actieplan Seks onder je 25e: Participatie in onderzoek en actie, SOA Aids Nederland

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), Factsheet Voortijdig Schoolverlaten, november 2007

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief ketenzorg zwangerschap en geboorte, briefnummer CZ-CB-U-2831796, 16-07-2008

Moore T.H. et al., Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review, Lancet 2007;370: 319-28

Moshouwer K., Verdurmen J., Dorsselaer S. van, Smit E., Gorter A. en Vollebergh W. (2008) Jeugd en riskant gedrag 2007, Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut

Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), brief aan de minister van Sociale zaken en Werkgelegenheid en de minister voor Jeugd en Gezin ref. pr/eb/ep 2008-027, 14 mei 2008

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde NVK) en Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), brief aan Vaste Commissie voor jeugdbeleid van de Tweede kamer, ref. PV/svp, U 07-629, 3 september 2007

Platform Jeugdgezondheidszorg, Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, 2003

Postma S. (2008) JGZ-richtlijn Vroegsignalering van Psychosociale problematiek, Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, rapportnummer 295001002

Schoemaker C., Schrijvers C., Busch M., Deuning C., Eysink P., Gageldonk A. van, Giesbers H., Gommer M., Harbers M., Kuunders M., Laar M. van, Meijer S., Poos R., Wijnen L. van, Wilk E. van der, Zeijl E. en Zwaanswijk M.(2008) Spelen met gezondheid, leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM, rapportnummer 270232001

Seydel E.R., Gemert-Pijnen J. van en Heikamp M. (2006) Effectief gebruik van internet ondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. Twente: Universiteit Twente, faculteit gedragswetenschappen.

Stichting Alexander (2008) Een bekend gezicht, Zwolse jongeren, ouders en professionals over het centrum voor Jeugd en Gezin. Zwolle: Gemeente Zwolle

Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) Brief over evaluatie JGZ OZW/U200700385, 6 maart 2007

Vogel I., Brug J., Hosli E.J., Ploeg C.P.B. en Raat H. van der (2008) MP3 players and hearing Loss: Adolescents Perceptions of Loud Music and hearing Conservation. The journal of Pediatrics march 2008, 400-403

Vogel I., Brug J., Hosli E.J., Ploeg C.P.B. en Raat H. van der (2007) Young People's Exposure to Loud Music, A Summary of the Literature. American journal of Preventive Medicine august 2007;33, 124-133

Vries Lentsch P. de (2006) Wat verwachten ouders en kinderen van een Ouder en Kindcentrum? Rapportage vraaganalyse Oké-punt. Almere: Gemeente Almere

Geraadpleegde websites:

Drugsinfo: http://www.drugsinfo.nl	30-05-08
Trimbos-instituut: http://www.trimbos.nl	30-05-08
CBS: http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/cijfers/default.htm	14-07-08
OCW/Voortijdig schoolverlaten: http://www.voortijdigschoolverlaten.nl/index.php	14-07-08
ZAT's in het VO: http://www.zat.nl/eCache/DEF/1/07/887.html	13-10-08
Jeugdmonitor Rotterdam: http://www.jeugdmonitorrotterdam.nl	13-10-08

Bijlage 1: Draagvlak voor een extra contactmoment

In deze bijlage wordt beschreven wat de wensen zijn van verschillende partijen met betrekking tot adolescentenzorg in Nederland.

Jongeren en ouders

In een aantal gemeenten is onderzoek gedaan naar de verwachtingen van ouders en jeugdigen in het kader van de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin. Voor dit advies is gekeken naar de resultaten van het onderzoek uit drie willekeurige gemeenten (Almere, Bronckhorst en Zwolle). Uit deze onderzoeken blijkt dat jongeren behoefte hebben aan informatie en de mogelijkheid om vragen te kunnen stellen. Ouders hebben behoefte aan goede informatie over de omgang met pubers.

Zowel jongeren als hun ouders hebben behoefte aan een laagdrempelige plek waar ze terecht kunnen met vragen. Jongeren tussen de 14 en 17 jaar geven daarbij de volgende onderwerpen aan: drugs en drankgebruik (hoe ga je daar mee om), vervolgstudie (mogelijkheden en wat een goede keuze is), seksualiteit (voorlichting en vragen), sociaal-emotionele problemen (hoe handel je in bepaalde situaties, als je gepest wordt en bij problemen thuis), zelfstandigheid (hoe richt je je leven in, hoe ga je om met veranderingen) en gewicht (overgewicht en anorexia). Voor het verkrijgen van informatie denken jongeren tussen de 14 en 17 niet direct aan internet. Ze geven aan geen groepsgesprekken of voorlichting aan de hand van folders te willen, maar een persoonlijke benadering en hulp en advies van één persoon. Bij het zoeken naar hulp zijn er wel drempels, jongeren durven niet zomaar ergens binnen te stappen. Met hulpverleners als de schoolarts hebben jongeren positieve ervaringen (Dijkstra et al., 2008; Stichting Alexander, 2007; De Vries et al., 2006).

GGD'en, afdeling Jeugdgezondheidszorg

Het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid heeft alle 30 GGD'en in Nederland een vragenlijst toegestuurd. Daarin werd gevraagd naar hun huidige 12⁺ aanbod en naar hun mening over een extra contactmoment in de periode 12-19 jaar.

Resultaten vragenlijsten

Respons: 53,33 % (ingevuld en teruggestuurd door 16 GGD'en)

De vragen en antwoorden over een extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar worden hieronder weergegeven.

Is naar uw mening een extra contactmoment in de periode 12-19 jaar nodig? ja/nee omdat:

15 GGD'en vinden een extra contactmoment nodig. Eén GGD vindt standaard aanbieden van een extra contactmoment niet functioneel, maar wil alleen een PGO op indicatie.

Motivatie: Veel GGD'en hebben soortgelijke antwoorden gegeven. Die antwoorden zijn hieronder samengevoegd:

- Voor de kwetsbare leeftijdsgroep 15-17 jaar speelt andere problematiek dan voor 13-14-jarigen
- Deze groep is nu niet goed in beeld, het longitudinaal volgen van jongeren en de continuïteit tot 19 jaar is belangrijk
- Nodig voor preventie en vroeg signaleren van risico's en psychosociale problematiek
- Nodig om adequaat te kunnen reageren op signalen en te kunnen anticiperen op de zorgbehoefte van deze leeftijdsgroep

Hoe zou zo'n contactmoment er uit moeten zien en waarom?

- o De meeste GGD'en willen een PGO op indicatie naar aanleiding van een vragenlijst, signaleringsinstrument psychosociale problematiek of op verzoek van de school
- o Ook wordt genoemd een standaard onderzoek voor jongeren zonder startkwalificatie (1 GGD), een spreekuur op de scholen (4 GGD'en), ook op het ROC (2 GGD'en) en collectieve voorlichting (3 GGD'en)
- o Eén GGD vindt dat het contactmoment op het ROC moet plaatsvinden

Welke activiteiten moeten aangeboden worden en waarom?

Hieronder een weergave van de activiteiten die door GGD'en genoemd zijn:

- o Signaleren psychosociale problematiek en andere risico's
- o Adviezen over leefstijl, seksualiteit, beroepskeuze/loopbaan en verzuimbegeleiding
- o De meeste GGD'en vinden dat de JGZ moet participeren in de ZAT's

Op welke leeftijd zou het uitgevoerd moeten worden en waarom?

- o Negen GGD'en noemen 16 jaar en 16/17 jaar als meest geschikte leeftijd
- o Eén GGD zegt dat het contactmoment moet plaatsvinden voor het 16^e/17^e jaar
- o Twee GGD'en noemen VMBO klas 3 en HAVO/VWO klas 4 als meest geschikte moment
- o Eén GGD vindt contactmomenten nodig met 13, 15 en 17 jaar
- o Eén GGD wil het extra contactmoment flexibel aanbieden tussen de 12 en 23 jaar
- o Eén GGD vindt dat het extra contactmoment plaats moet vinden voordat VMBO-leerlingen naar het ROC gaan, zodat op indicatie nog een vervolgonderzoek tijdens de ROC-periode kan plaatsvinden

Conclusie

Uit de respons op de vragenlijst mag geconcludeerd worden dat er onder de afdelingen JGZ van GGD'en in Nederland draagvlak is voor de invoering van een extra contactmoment rond de leeftijd van 16 jaar.

GGD Nederland

De programmaraad Jeugd van GGD Nederland geeft in de notitie 'Doorgaande lijn jeugdgezondheidszorg 12-19 jaar' aan dat het volgen van jongeren vanaf 14 jaar en waar nodig het inzetten van interventies cruciaal is om te bereiken dat jongeren vanaf hun 23^e zelfstandig kunnen participeren in de samenleving. De programmaraad geeft de suggestie een preventief gezondheidsonderzoek op de leeftijd van 15/16 jaar gericht op de signalering van psychosociale problematiek in te stellen (GGD Nederland, 7 mei 2008).

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland en Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

De Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) hebben in een brief aan de Vaste Commissie voor Jeugdbeleid van de Tweede Kamer aangegeven verheugd te zijn over het pleidooi van de VNG voor een individueel PGO op 15/16-jarige leeftijd. De AJN en de NVK verwachten dat een individueel contactmoment op de leeftijd van 15/16 jaar zeer geschikt is om voor die groep risicofactoren te signaleren en bewezen effectieve adviezen te geven.

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland en Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

In mei dit jaar hebben de AJN en Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) een brief gestuurd naar de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister voor Jeugd en Gezin over de beperking van de instroom Wajong (Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten) en het voorkomen van schooluitval door samenwerking jeugdartsen en arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen. In deze brief geven zij aan dat naast

het alcoholgebruik van jongeren en de steeds groter wordende instroom van jongeren in de Wajong ook de schooluitval onder jongeren sterke aandacht verdient. Volgens de NVAB en de AJN is het mogelijk veel ziekteverzuim, voortijdige schooluitval, verkeerde studie- en loopbaankeuzen en onnodige instroom in de Wajong te voorkómen door goede begeleiding op middelbare scholen en beroepsonderwijs. Om dit mogelijk te maken zijn er verfijningen nodig van het bestaande zorgsysteem rond de jeugd en behoeft de genoemde begeleiding verbetering (AJN en NVAB, 2008).

Koepelorganisatie Artsen M&G

In het '10 punten programma Gezondheid en Jeugd' van de Koepelorganisatie Artsen M&G (KAMG) geeft punt 9 de aanbeveling de reikwijdte van de contactmomenten in de jeugdgezondheidszorg uit te breiden. Daarbij wordt er geadviseerd binnen het Basistakenpakket JGZ een contactmoment in te voeren voor jongeren van 16 jaar.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

In een brief van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aan minister Rouvoet (6 maart 2007) staat dat de VNG van mening is dat er te weinig reguliere contactmomenten zijn in de leeftijdsperiode 4-19 jaar. De VNG pleit voor een preventief gezondheidsonderzoek (PGO) op 15/16-jarige leeftijd om deze groep jongeren beter in beeld te brengen. De invoering van het contactmoment is wat de VNG betreft wel afhankelijk van de financiering; geen geld is geen contactmoment.

Onderwijs, leerplicht, welzijn, maatschappelijke dienstverlening en jeugdzorg

Verschillende organisaties op maatschappelijk, onderwijs- en welzijnsgebied hebben een korte vragenlijst toegestuurd gekregen. Daarin werd gevraagd naar hun mening over de invoering van een extra contactmoment met 15/16 jaar en de onderwerpen die ze belangrijk vinden waar het gaat om voorlichting. Daarnaast is gevraagd naar de manier waarop de JGZ het beste met hen kan samenwerken.

Vragenlijsten onderwijs

De VO-raad (sectororganisatie voor voortgezet onderwijs), de MBO Raad (brancheorganisatie van de onderwijsinstellingen in het middelbaar beroepsonderwijs en de volwasseneneducatie) en de NVS/NVL (vereniging van schooldecanen en leerlingbegeleiders) hebben de vragenlijst toegestuurd gekregen.

Respons:

De MBO Raad heeft laten weten eerst hun achterban te willen raadplegen voordat ze de vragenlijst in vullen. Wel is aangegeven dat het MBO geen goede plek zou zijn voor het contactmoment 15/16 jaar omdat de meeste leerlingen op het MBO ouder zijn.

De NVS/NVL is van mening dat een extra contactmoment nuttig is mits niet alle jongeren worden uitgenodigd in verband met een goede kosten-batenverhouding. Zij zien liever een focus op risicojongeren. Als belangrijke voorlichtingsonderwerpen worden het gebruik van risicovolle genotmiddelen en gezonde voeding en leefstijl genoemd. Verder vinden zij dat de JGZ kan samenwerken met de school wat betreft het in beeld brengen van jongeren waar het niet goed meegaat.

Vragenlijsten leerplicht, welzijn, maatschappelijke dienstverlening en jeugdzorg

Ingrado (de landelijke brancheorganisatie voor leerplicht en voortijdig schoolverlaten) en de MOgroep (brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang) hebben de vragenlijst toegestuurd gekregen.

Respons:

De MOgroep heeft de vragen beantwoord met input vanuit het maatschappelijk werk. Zij zijn van mening dat een extra contactmoment op de leeftijd van 15/16 jaar nuttig is: *'15/16 jaar is een*

kwetsbare leeftijd (beïnvloedbaar door anderen, kans op schoolverzuim of uitval, uitgaan met middelengebruik, etc.) en '15/16 jaar is een fase in de puberteit waar lichamelijke en emotionele veranderingen heftiger ervaren kunnen worden door ouders en/of jongere, waar opvoedingsvragen meer aan de orde kunnen komen en vragen rond fysieke zaken, gender, etc. op een laagdrempelige manier gesteld en besproken kunnen worden'. Ook het belang van bespreken van keuzes voor werk en vervolgopleiding wordt genoemd. Verder wordt opgemerkt dat een regulier contactmoment de zorg kan waarborgen die anders pas gegeven kan worden na een extra oproep door de JGZ waarvoor de drempel soms hoger ligt omdat er dan eerst sprake moet zijn van zorg.

Ook Ingrado vindt een extra contactmoment op de leeftijd van 15/16 jaar, in het 3^e en 4^e jaar van het VO nuttig: *'drank- en drugsgebruik onder jongeren blijkt steeds vaker voor te komen. Ouders hebben niet altijd in de gaten of en wat er aan de hand is' en 'de puberteitsfase is een goed moment om te checken of het goed gaat met deze jongeren'.*

Onderwerpen die volgens de MOgroep en Ingrado van belang zijn:

- Scholing/werk. Rechten/plichten en verantwoordelijkheden
- School- en beroepskeuze; motiveren en ondersteunen in keuze (al eerder dan 15/16 jaar!)
- Genotmiddelen
- Computerverslaving
- Seksualiteit (inclusief weerbaarheid)
- Homoseksualiteit
- Gezond eten, gewicht
- Aandacht voor sociale competentie. Hierbij ook aandacht voor beïnvloeding/druk door leeftijdgenoten
- Aandacht voor ontwikkeling op sociaal-emotioneel gebied, alert op problematiek die op deze leeftijd aan de oppervlakte kan komen
- Psychische stoornissen, zoals zelfmoordneigingen (vooral bij multiculturele jongeren die bekneld zitten tussen twee culturen)
- Eetstoornissen zoals boulimie en anorexia

Samenwerken met de JGZ kan volgens de MOgroep op de volgende manier:

- Het is wenselijk om dit contactmoment samen met jeugd/schoolmaatschappelijk werker te doen, zodat niet alleen op gezondheidsgebied gekeken gaat worden. Ook het psychosociaal-gebied dient onder de loep genomen te worden.
- Door middel van deelname aan netwerken en/ of ZAT's, convenanten en in het CJG.
- Zo nodig verwijzen naar lokaal aanbod op terrein van vrije tijd en hulpverlening. Eventueel groepsaanbod ontwikkelen op school.

Samenwerken met de JGZ kan volgens Ingrado op de volgende manier:

- Leerplichtverzuim en schooluitval komen veel voor onder deze jongeren (vooral bij overgang VMBO-MBO).
- Er zijn jongeren die vaak ziek gemeld worden. De leerplichtambtenaar is geen arts en kan niet controleren of een jongere echt ziek is. Dan zou een verwijzing naar de JGZ een optie zijn.
- Het komt voor dat de leerplichtambtenaar het vermoeden heeft dat de jongeren door drank/drugsgebruik niet uit bed uit komt. En daardoor niet op tijd of helemaal niet naar school gaat. Dan zou een verwijzing van zo'n jongere naar JGZ een optie zijn.
- Er zijn gemeenten in het land waar afspraken zijn tussen bijvoorbeeld de schoolarts (GGD) en leerplicht. De leerplichtambtenaar kan jongeren verwijzen naar de GGD-arts als hij vermoedt dat een jongere spijbelt.

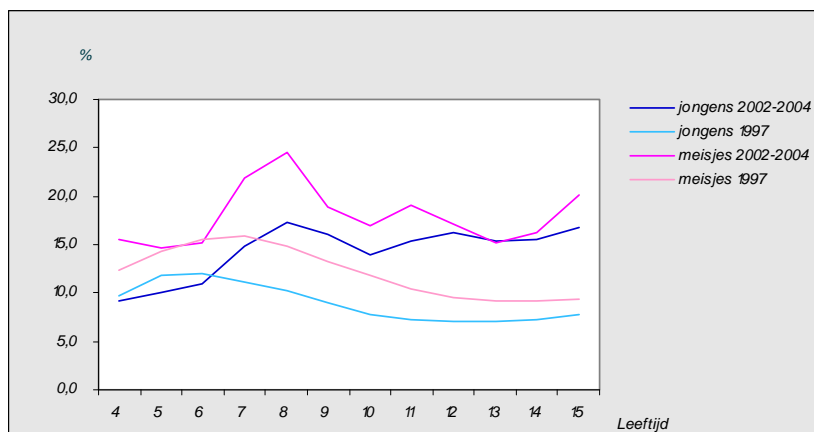
Bijlage 2: Gezondheidsrisico's voor adolescenten

Deze bijlage beschrijft de gezondheidsrisico's waarmee adolescenten te maken kunnen krijgen. Hoe vaak het voorkomt, de trends, de risicogroepen en de gevolgen voor de gezondheid.

Overgewicht

Uit onderzoek waarin pubers in 2005 zelf over hun lengte en gewicht rapporteerden blijkt dat overgewicht onder jeugdigen toe neemt met de leeftijd. Van de kinderen die in groep 8 van het basisonderwijs zitten heeft ruim 8 % overgewicht. Daarvan hebben 1,2 % van de jongens en 0,7 % van de meisjes obesitas (ernstig overgewicht). Op 16-jarige leeftijd zijn deze percentages bijna verdubbeld (Van Dorsselaer et al., 2007). Het is aannemelijk dat het probleem in werkelijkheid nog groter is omdat jongeren hun gewicht onderschatten en hun lengte juist overschatten. (Schoemaker et al., 2008).

Overgewicht vormt een groeiend probleem onder de Nederlandse jeugd. Uit een vergelijking van cijfers uit 2002-2004 met die uit 1997 blijkt dat het percentage te dikke jongeren sterk is gestegen in Nederland. Het percentage jeugdigen met obesitas is sinds 1997 zelfs nog sterker toegenomen: op sommige leeftijden is er zelfs sprake van een verviervoudiging. Zo had in 1997 0,6 % van de 13-jarige meisjes obesitas, in 2002-2004 was dit opgelopen tot 2,7 %. Deze cijfers zijn gebaseerd op lichamelijk onderzoek waarbij de lengte en het gewicht zijn gemeten.



Figuur 1. Prevalentie van overgewicht (inclusief obesitas) in 2002-2004 en 1997 jongens en meisjes. De cijfers zijn gebaseerd op lichamelijk onderzoek waarin lengte en gewicht van jongeren is gemeten (Schoemaker et al., 2008)

Schoolniveau en etniciteit zijn van invloed op de prevalentie en perceptie van overgewicht. Bij VMBO-leerlingen komt overgewicht vaker voor dan bij HAVO- en VWO-leerlingen. Ook vinden jongeren van het VMBO-b zichzelf vaker te dik en lijnen ze vaker dan hun leeftijdsgenoten van de HAVO en het VWO. Verder blijkt dat allochtonen jongeren vaker overgewicht hebben dan autochtone jongeren, maar dat beiden zichzelf even vaak te dik vinden.

Het eet- en beweegpatroon van jongeren wordt ongezonder naarmate ze ouder worden. Ook hier zijn er verschillen tussen VWO en VMBO, scholieren van het VWO eten over het algemeen gezonder. Ze ontbijten vaker, eten vaker groente en fruit, snoepen en snacken minder. Ook hun beweegpatroon is gunstiger dan dat van VMBO-leerlingen: ze zijn vaker lid van een sportvereniging, bewegen en sporten vaker, kijken minder vaak tv en zitten minder vaak achter de computer. Allochtone tieners kijken vaker TV en zitten vaker achter de computer dan autochtone tieners (Schoemaker et al., 2008).

Zowel op korte als op lange termijn heeft overgewicht negatieve gevolgen voor de gezondheid. Jongeren met ernstig overgewicht hebben een slechtere algemene gezondheid, meer huisartsencontact, meer schoolverzuim, meer beperkingen bij dagelijkse activiteiten, meer kans op stigmatisering met als gevolg psychosociale problemen. Ook blijkt uit onderzoek dat de kans op ziekten als diabetes mellitus type 2, hypertensie en aandoeningen aan het spijsverteringskanaal in de adolescentiefase toeneemt. Jongeren met overgewicht hebben op latere leeftijd een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, bepaalde kankersoorten, artrose, galblaasaandoeningen en een verhoogd vetgehalte in het bloed. Bovendien hebben jongeren met overgewicht ook vaak overgewicht als ze volwassen zijn. (Schoemaker et al., 2008)

Alcoholgebruik

Nederlandse tieners beginnen op steeds jongere leeftijd met alcohol drinken. In groep 8 zegt bijna de helft van de leerlingen wel eens alcohol gedronken te hebben, waarvan 14 % de afgelopen maand (actuele drinkers). Bovendien drinken Nederlandse jongeren het vaakst van alle Europese jongeren. Wat betreft binge drinking (één keer of vaker, vijf of meer glazen alcohol op één gelegenheid) staan Nederlandse jongeren in de top drie van Europa. Van de 16-jarigen in Nederland heeft 86 % ooit alcohol gedronken en is bijna de helft wel eens dronken geweest. Uit onderzoek blijkt dat een kwart van de actuele drinkers in de leeftijdsgroep 12-16-jarigen meer dan één keer per week drinkt. Drie kwart heeft aan binge drinking gedaan de maand voor het onderzoek. Het alcoholgebruik van jongeren neemt toe naar mate ze ouder worden. Jongeren drinken diverse soorten alcohol, maar bier is hun favoriet (Van Dorsselaer et al., 2007).

Alcoholgebruik onder jongeren neemt de laatste jaren niet toe. Uit een vergelijking van onderzoeksgegevens uit 2003 met 2007 blijkt dat het aantal drinkers tussen de 15 en 18 jaar gelijk is gebleven. Het aantal alcoholdrinkende 12 tot en met 14-jarigen is zelfs gedaald, mogelijk als gevolg van de aandacht voor alcoholgebruik onder jonge adolescenten en de preventieve activiteiten de afgelopen jaren. Het aantal binge drinkers is sinds 2003 gelijk gebleven (Moshouwer et al., 2008).

Oudere autochtone jongens drinken het meest. Vanaf 15/16 jaar drinken jongens veel grotere hoeveelheden alcohol dan meisjes. Van de 15-jarige jongens drinkt 18 % in het weekend meer dan 21 glazen alcohol. (Moshouwer et al., 2008). Het aandeel actuele drinkers onder allochtone jongeren is ruim de helft kleiner dan onder autochtone jongeren. Binge drinken komt bij beide groepen evenveel voor. Kijk je naar schoolniveau dan blijkt dat VWO-leerlingen minder drinken, vooral de percentages jongeren die meer dan één dag per week drinken en de binge drinkers liggen onder VWO-leerlingen aanzienlijk lager.

Tabel 1. Alcoholgebruik naar leeftijd en sekse in % N=5422 (2007) (Van Dorsselaer et al., 2007)

Alcoholgebruik	12 jaar		13 jaar		14 jaar		15 jaar		16 jaar	
	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
(J)ongens / (M)eisjes	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
ooit in leven	65,6	55,4	71,1	68,1	82,3	81,0	87,4	88,6	89,1	82,6
laatste maand	25,8	19,3	38,6	32,6	55,3	52,6	69,9	67,6	76,8	64,0
ooit dronken geweest	8,2	5,5	15,2	13,2	29,1	28,9	45,8	39,8	57,3	46,8

Een kwart van de scholieren in het voortgezet onderwijs mag thuis drinken. Het gaat dan om één glas per gelegenheid of drinken op een feestje of in het weekend. Als ze ouder worden loopt dit percentage op. Van de 16-jarigen mag de helft één glas en eenderde meerdere glazen drinken van hun ouders. Tweederde van de jongens en de helft van de meisjes mag in het weekend en op een feestje drinken. Het blijkt dat allochtone ouders veel minder tolerant zijn ten aanzien van het alcoholgebruik van hun kinderen dan autochtone ouders. (Schoemaker et al., 2008)

Jongeren zijn gevoeliger voor alcohol schade dan volwassenen. Overmatig gebruik van alcohol kan bij jongeren risicovol seksueel gedrag, alcoholvergiftiging en verwondingen door geweld en ongevallen veroorzaken. Daarnaast kan er blijvende hersenschade ontstaan, zelfs bij incidenteel overmatig alcoholgebruik. Ook is het bekend dat jongeren die op jonge leeftijd beginnen met het drinken van alcohol vaker schadelijk drinkgedrag ontwikkelen dan volwassenen. Langdurig regelmatig alcoholgebruik veroorzaakt schade aan diverse organen en zorgt zo voor gezondheidsproblemen op de lange termijn. (Schoemaker et al., 2008)

Roken

Van alle scholieren in het voortgezet onderwijs rookt ruim 8 % dagelijks. Vanaf ongeveer 14 jaar neemt het aantal scholieren dat dagelijks rookt, snel toe. Na de leeftijd van 16 jaar beginnen nog maar relatief weinig jongeren met roken. Ruim een derde (39 %) van de scholieren in het voortgezet onderwijs heeft ooit gerookt. Dat percentage stijgt met de leeftijd: op 17- en 18-jarige leeftijd heeft tweederde van de leerlingen wel eens gerookt. (Schoemaker et al., 2008)

Tabel 2. Prevalentie ooit gerookt en dagelijks roken naar leeftijd geslacht en onderwijs (% , N= 1673 basisonderwijs, N= 5422 voortgezet onderwijs) (Schoemaker et al., 2008)

	Basisonderwijs			Voortgezet Onderwijs												
	totaal BO			totaal VO			12 jaar		13 jaar		14 jaar		15 jaar		16 jaar	
	j	m	tot	j	m	tot.	j	m	j	m	j	m	j	m	j	m
ooit gerookt	11,9	<u>5,3</u>	8,7	317	34,3	33,0	13,2	10,0	21,8	19,2	32,7	41,6	46,1	51,1	52,1	58,7
dagelijks roken	0,2	0	0,1	7,1	9,8	8,3	0,9	0,5	1,5	2,5	6,7	11,3	10,7	18,3	22,0	20,7

j = jongens, m = meisjes, tot. = totaal, *cursief* = verschil tussen jongens en meisjes is significant, **vet** = verschil tussen basisonderwijs en voortgezet onderwijs is significant.

Het aantal rokende adolescenten neemt af, zo blijkt uit onderzoek in 2007. Vanaf 1999 dalen zowel de percentages jongeren die ooit gerookt hebben als dagelijkse rokers gestaag, zowel bij jongens als bij meisjes.

Welke jongeren hebben de meeste ervaring met roken? Het blijkt dat er nauwelijks verschil is in het percentage jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs dat ooit heeft gerookt. Wel zijn er verschillen naar schoolniveau; op het VWO bevinden zich de minste dagelijkse rokers. Kijk je naar de etnische verschillen dan blijken Marokkaanse jongeren het minst te roken. (Moshouwer et al., 2008).

Roken heeft nadelige effecten voor de gezondheid. Rokende jongeren hebben meer astmatische symptomen en mond- en tandproblemen. Op lange termijn heeft roken zeer ernstige gevolgen, zoals longkanker en andere soorten kanker, hart- en vaatziekten. (Schoemaker et al., 2008)

Cannabis

In het landelijke peilstationsonderzoek 2007 van het Trimbos-instituut is gekeken naar het gebruik van cannabis (hasj of wiet) onder scholieren. Daaruit blijkt dat cannabis, naast alcohol en tabak, het meest gebruikte genotmiddel is. In het voortgezet onderwijs heeft 19 % van de jongens en 14 % van de meisjes ooit cannabis gerookt ('geblowd'). De meeste cannabisgebruikers zijn tussen hun 14^e en 16^e begonnen. Voor jongeren die op hun 16^e nog nooit cannabis hebben gebruikt is de kans klein dat ze ooit gaan gebruiken (Moshouwer et al., 2008). De meesten experimenteren alleen, een kleine groep blijft vaker gebruiken (drugsinfo.nl). Van de jongeren die ooit cannabis hebben gebruikt ontwikkelt 40 % zich tot een regelmatige gebruiker met een gebruik van 2-39 keer per jaar (Van Dorsselaer et al., 2007).

Uit vergelijkende onderzoeken van 1996 tot en met 2007 blijkt dat het gebruik van zowel cannabis als harddrugs onder jongeren afneemt. De prevalentie ooit cannabis gebruikt ligt in 2007 (17 %) lager dan

in 1996 (22 %). In 2003 waren er evenveel jongens als meisjes die ooit cannabis gebruikt hadden, maar door een afname van cannabisgebruik onder meisjes zijn de jongens erin geslaagd hun koppositie weer in te nemen. (Moshouwer et al., 2008).

Er zijn wat betreft cannabisgebruik onder jongeren nauwelijks verschillen te zien naar etniciteit en schoolniveau. Op alle schoolniveaus zie je dat het gebruik met de leeftijd toeneemt en dat jongens meer gebruiken dan meisjes, vooral op de leeftijd van 16 jaar is dat verschil groot. Op 17/18-jarige leeftijd heeft 44 % van de jongeren ooit cannabis gebruikt. Na het 25^e jaar neemt het gebruik van cannabis weer af (Schoemaker et al., 2008).

Tabel 3. Cannabisgebruik naar leeftijd en sekse % N= 5422 (Van Dorsselaer et al., 2007)

Cannabisgebruik	12 jaar		13 jaar		14 jaar		15 jaar		16 jaar	
	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
ooit in leven	2,8	1,1	5,8	3,9	14,1	14,1	24,9	23,1	41,2	29,5
laatste jaar gebruikt	2,2	0,7	4,2	3,2	11,7	11,6	21,3	18,7	35,6	23,1
laatste maand gebruikt	1,6	0,4	1,7	2,1	7,0	6,1	14,3	10,8	24,3	10,5

Hoewel de giftigheid van cannabis gering is, kan het gebruik van cannabis toch gezondheidsproblemen veroorzaken. Jongeren die voor hun 18^e jaar cannabis gebruiken hebben een grotere kans om op latere leeftijd harddrugs te gaan gebruiken. (Schoemaker et al., 2008). In hoge dosis kan cannabis angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. Het gebruik van cannabis vergroot de kans op het ontwikkelen van een psychotische stoornis met 40 %. Voor frequente gebruikers zelfs met 100 % (Moore et al., 2007).

Overige drugs

In het onderzoek van het Trimbos-instituut is ook gekeken naar het gebruik van harddrugs en hallucinogene paddelstoelen (paddo's) onder scholieren. Het blijkt dat 1 op de 25 jongeren ooit XTC, amfetamine, cocaïne of heroïne gebruikt heeft. XTC is daarvan het vaakst geprobeerd en is na cannabis de meest gebruikte drug onder jongeren in het uitgaanscircuit. Paddo's zijn door 2,3 % van de scholieren ooit gebruikt. Tussen 2003 en 2007 is er een daling van 0,7 % van tieners die ooit harddrugs hebben gebruikt. Wat betreft het gebruik van harddrugs en paddo's blijken VWO-scholieren hier de minste ervaring mee te hebben. (Moshouwer et al., 2008).

Risicant seksueel gedrag

Seksueel risicogedrag komt nog veel voor bij Nederlandse jongeren. Op 16-jarige leeftijd heeft ruim een derde van de jongeren seksuele gemeenschap gehad. Ongeveer een vijfde deel van de jongeren vrijt zonder condoom. Bijna een kwart van de jongeren trekt terug of gebruikt geen anticonceptie.

Het condoomgebruik onder jongeren neemt toe. Dat blijkt uit de vergelijking van gegevens uit 2005 met 2001. In 2005 blijkt 81,6 % van de jongeren de laatste keer een condoom gebruikt te hebben. Verder blijkt dat het percentage jongeren dat ooit seksuele gemeenschap heeft gehad gelijk is gebleven.

Tabel 4. Seksueel gedrag naar sekse en leeftijd (voortgezet onderwijs, %, N=5.244) (Van Dorsselaer et al., 2007)

	Voortgezet onderwijs			12 jaar		13 jaar		14 jaar		15 jaar		16 jaar	
	j	m	totaal	j	m	j	m	j	m	j	m	j	m
Ooit seksuele gemeenschap gehad	16,3	14,0	15,1	3,7	0,6*	5,3	2,9	17,1	13,2	26,1	27,1	37,7	35,1
<i>Anticonceptie laatste keer¹</i>													
Pil	39,1	61,0*	49,2	6,1	31,1	9,6	37,3	31,9	47,1	44,5	66,9*	49,6	69,6
Condoom	86,9	75,2*	81,6	72,9	62,1	93,2	90,3	90,1	77,4	87,5	75,2	83,3	69,8
Terugtrekken	12,2	9,6	11,0	8,9	--- ²	15,4	19,4	10,5	6,1	10,3	11,0	15,7	8,6

* = verschil jongens en meisjes significant

¹ = weergegeven als percentage van degenen die seksueel gemeenschap hebben gehad - N.B. door de geringe aantallen respondenten in sommige groepen, zijn ook relatief grote verschillen tussen jongens en meisjes niet significant

² = aantallen te gering

Zoals te verwachten stijgt het percentage jongeren met seksuele ervaring met de leeftijd. Van 12-14 jaar heeft nog maar een klein percentage van de pubers ooit seksuele gemeenschap gehad, jongens vaker dan meisjes. Daarna lopen de percentages op en halen de meisjes hun achterstand in. Van de 14-jarigen heeft 17,1 % van de jongens en 13,2 % van de meisjes seksuele ervaring. Bij 16 jaar liggen deze percentages voor zowel jongens als meisjes rond de 36 %.

Jongeren die voor hun 14^e geslachtsgemeenschap hebben vrijen minder veilig dan degenen die daar op latere leeftijd mee beginnen (Van Dorsselaer et al., 2007).

Allochtone jongeren hebben vaker onbeschermd seks dan autochtone jongeren. Dat zie je vooral bij Antilliaanse en Surinaamse jongeren en Marokkaanse jongens. Daarbij hebben Surinaamse en Marokkaanse jongeren tussen de 12 en 25 jaar vaker 4 of meer sekspartners gehad met wie zij onbeschermd geslachtsgemeenschap hadden. Schoolniveau heeft niet veel invloed op het condoomgebruik van 12-16-jarigen. Wel hebben VMBO-scholieren op jongere leeftijd seksuele gemeenschap dan VWO-scholieren.

Het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) onder jongeren neemt toe. Deels is dat te verklaren doordat de testbereidheid onder jongeren is toegenomen, deels door het toegenomen aantal seksueel actieve jongeren die ook vaker wisselende partners hebben. Chlamydia is de meest voorkomende SOA bij Nederlandse jongeren, het komt voor bij 2,6 % van de meisjes en 1 % van de jongens. Chlamydia kan leiden tot onvruchtbaarheid en buitenbaarmoederlijke zwangerschappen. Een onbehandelde syfilisinfectie kan schade toebrengen aan de organen.

Er in Nederland relatief weinig tienermoeders. In 2005 bedroeg het aantal tienergeboorten in Nederland 6 per 1.000 meisjes van 15 tot en met 19 jaar. Het aantal tienerzwangerschappen daalt sinds 2002. Echter de abortusratio stijgt: steeds meer onbedoeld zwangere meisjes kiezen voor een abortus, in 2006 ging het om 65,9 % van de zwangere tieners (Schoemaker et al., 2008).

Gehoorschade als gevolg van lawaai blootstelling

MP3-spelers zijn populair onder jongeren, vooral onder jongens. Ze luisteren er graag, vaak en lang naar, liefst met de volumeknop op maximum. Dat blijkt uit interviews met jongeren tussen de 15 en 18 jaar. Door de hoge kwaliteit van de oordopjes komt de muziek ook daadwerkelijk hard de oren binnen. Dat zorgt voor hogere en langere lawaai blootstelling dan de bekende veilige grenzen met als risico

gehoorschade. Lawaaidoofheid ontstaat langzaam, toch hebben de meeste geïnterviewde jongeren na het luisteren last van geluidsvervorming en oorsuizen, vroege tekenen van gehoorschade.

Uit interviews met jongeren tussen de 15 en 18 jaar blijkt de VMBO-leerlingen vaker naar harde muziek uit hun MP3-speler dan hun leeftijdsgenoten op het VWO. De VMBO-leerlingen gaven aan elke dag, de hele dag naar harde muziek uit hun MP3-speler te luisteren. De VWO-leerlingen uit het onderzoek bleken niet allemaal een MP3-speler te bezitten en degenen die er wel één hebben luisteren niet dagelijks (Vogel et al., 2008). Ook ander onderzoek bevestigt dat de oren van leerlingen van lagere schoolniveaus en van jongens vaker worden blootgesteld aan lawaai (Vogel et al., 2007). De groep geïnterviewde jongeren tussen de 12 en 14 jaar die een MP3-speler hebben luisteren er dagelijks naar, maar niet op vol volume (Vogel et al., 2008).

De manier waarop veel jongeren hun MP3-speler gebruiken vormt een risico voor hun gezondheid. De hoge en lange blootstelling aan lawaai verhoogt het risico op permanent gehoorsverlies (Vogel et al., 2008).

Psychosociale problemen

Ruim 16 % van de jongeren in het voorgezet onderwijs heeft psychosociale problemen. In het HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) onderzoek 2005 is onderscheidt gemaakt tussen problemen met leeftijdsgenoten, emotionele problemen, gedragsproblemen en hyperactiviteit. Bij emotionele problemen gaat het om stemmingsproblemen, depressie en psychosomatische klachten (internaliserende problemen). Een op de vijf jongeren geeft zelf aan emotionele problemen te hebben. Bij gedragsproblemen gaat het om gedrag als vechten/agressief gedrag, liegen, stelen (externaliserende problemen). Bij hyperactiviteit gaat het om, impulsiviteit, rusteloosheid en gebrek aan concentratie. Bij problemen met leeftijdsgenoten gaat het vooral om het onvermogen om een sociale relatie aan te gaan met leeftijdsgenoten en problemen in de ontwikkeling van sociaal gedrag. (Van Dorsselaer et al., 2007).

Uit vergelijkend onderzoek naar psychosociale problemen in 1993 en 2003 blijkt de perceptie van jongeren, ouders en leerkrachten niet altijd gelijk te zijn. Jongeren en leerkrachten rapporteren evenveel emotionele problemen in 1993 als in 2003, terwijl ouders een toename rapporteren. Als het gaat om gedragsproblemen rapporteren leerkrachten en ouders het zelfde percentage in beide jaren. Jongeren geven echter in 2003 minder gedragsproblemen aan dan in 1993 (Schoemaker et al., 2008).

Schoolniveau, etniciteit en geslacht zijn van invloed op het hebben van psychosociale problemen. Meisjes hebben vaker emotionele problemen en minder vaak gedragsproblemen in vergelijking met jongens van dezelfde leeftijd. Naarmate jongeren ouder worden stijgen de verschillen met betrekking tot emotionele problemen. Een kwart van de VMBO leerlingen heeft psychosociale problemen tegen 10 procent van de HAVO/VWO-leerlingen. Allochtone leerlingen rapporteren bijna twee keer zo vaak gedragsproblemen en problemen met leeftijdsgenoten als autochtone leeftijdsgenoten. Met betrekking tot hyperactiviteit is het precies andersom. Verder valt op dat autochtone en allochtone jongeren even vaak emotionele problemen hebben (Van Dorsselaer et al., 2007).

Psychosociale problemen in de jeugd kunnen een voorbode zijn van psychosociale problemen in de volwassenheid. Zo blijkt uit onderzoek dat veel jongvolwassenen met stemmings- en angststoornissen in hun jeugd al emotionele problemen hadden. Ook gedragproblemen in de jeugd duren vaak voort tot in de volwassenheid. Veel volwassen delinquenten, vooral die met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, vertoonden in hun jeugd al normoverschrijdende en agressieve gedragingen. Jongeren met zowel emotionele problemen als gedragsproblemen hebben meer kans om zelfmoord te plegen (Schoemaker et al., 2008).

Samenhang ongezond gedrag en psychische problemen

Het zijn vaak dezelfde jongeren die alcohol gebruiken, roken en blowen. Jongeren die roken hebben een 22 keer grotere kans ook cannabis te gebruiken dan jongeren die niet roken. Voor alcohol drinkende adolescenten is die kans bijna 9 keer zo groot. Jongeren die alcohol drinken hebben een bijna 7 keer grotere kans om te roken dan hun leeftijdsgenoten die geen alcohol drinken. Verder is er ook samenhang tussen middelengebruik en het op jonge leeftijd hebben van seksuele gemeenschap.

Eén op de vijf jongeren van 12-16 jaar vertoont 3 of meer risicogedragingen en/of psychische problemen. Jongeren die alcohol drinken hebben vaker gedragsproblemen. Datzelfde geldt voor jongeren die roken en of cannabis gebruiken. Overgewicht hangt vooral samen met emotionele problemen.

De combinatie van meerdere risicogedragingen neemt toe met de leeftijd, rond de leeftijd van 16 jaar speelt dit probleem bij bijna de helft van de jongeren en komt vaker voor bij de lagere schoolniveaus en autochtone jongeren. Er zijn geen duidelijke verschillen tussen jongens en meisjes.

Tabel 5. Samenhang tussen 5 ongezonde gedragingen onderling en psychosociale problemen: de kans dat 12- tot en met 16-jarigen die gedrag A vertonen ook gedrag B vertonen (n=5422 voortgezet onderwijs 12 t/m 16 jaar). Hoe meer de Odds Ratio (OR) verschilt van 1 hoe groter de kans op het voorkomen van beide gedragingen. (Schoemaker et al., 2008)

	Alcohol	Roken	Cannabis	Seksuele Gemeenschap	Emotionele problemen	Gedragsproblemen
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Overgewicht	0,9	1,2	1,2	1,0	1,5	1,3
Alcohol	--	6,7	8,7	5,1	1,3	2,1
Roken		--	21,7	6,4	1,7	2,8
Cannabis			--	6,9	1,3	2,4
Seks				--	1,5	2,5
Emotionele problemen					--	3,5

Multivariate logistische regressieanalyses gecorrigeerd voor leeftijd, sekse, schoolniveau, etniciteit en onvolledig gezin.

Vet = significant verschil met referentie groep (groep die het desbetreffende gedrag niet heeft vertoond).

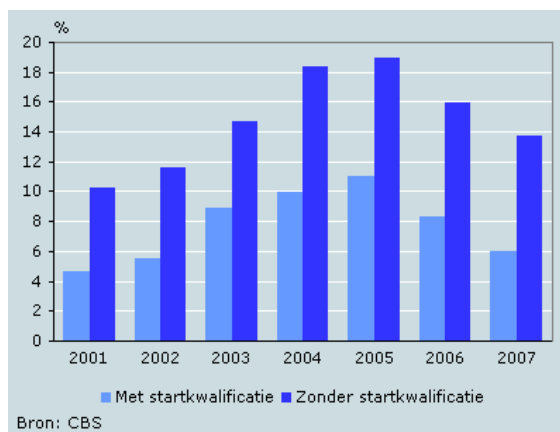
Hoewel duidelijk is dat er samenhang is tussen verschillende gezondheidsrisico's is niet duidelijk is wat oorzaak en gevolg is. Zijn gedragsproblemen het gevolg van alcohol- of cannabisgebruik of is het zo dat het de jongeren met gedragproblemen meer drinken en blowen dan jongeren zonder gedragsproblemen? (Schoemaker et al., 2008).

Schooluitval

Jongeren zijn leerplichtig tot het einde van het schooljaar waarin zij 16 jaar worden. Daarna zijn ze verplicht onderwijs te volgen tot hun 18^e, gericht op het halen van de startkwalificatie (een HAVO/VWO- of MBO-2-diploma). In het schooljaar 2006/2007 verliet 4 % van de leerlingen het voortgezet of het beroepsonderwijs zonder startkwalificatie, deze jongeren worden voortijdig schoolverlater genoemd. In het schooljaar 2004/2005 lag het percentage voortijdig schoolverlaters op 4,1 %. (OCW) Van de groep nieuwe voortijdig schoolverlaters had 19 % geen voortgezet onderwijs diploma en verliet 67 % voortijdig het MBO. (factsheet OCW)

Het percentage schoolverlaters wisselt per leeftijdsgroep, geslacht en etniciteit. In het schooljaar 2005/2006 verliet 2,1 % van de 16-jarigen, 5,3 % van de 17-jarigen en 8,2 % van de 18-jarigen zonder startkwalificatie het onderwijs (OCW). Het percentage jongens ligt iets hoger dan het percentage meisjes. Het percentage voortijdig schoolverlaters van allochtone herkomst is twee keer zo hoog als de autochtone schooluitvallers. (factsheet OCW)

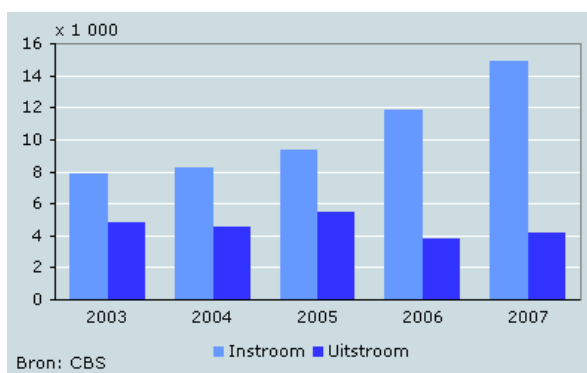
Het missen van een startkwalificatie verkleint het succes op de arbeidsmarkt. Jongeren met startkwalificatie hebben twee keer zoveel kans op een baan dan leeftijdsgenoten zonder startkwalificatie (CBS).



Figuur 2. Werkloosheid jongeren, met en zonder startkwalificatie

Wajong

Eind 2007 hadden 167.000 jongeren een Wajong-uitkering (uitkering Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten). De instroom toont een stijgende en de uitstroom een dalende trend ten opzichte van de jaren ervoor. (CBS) Veel jongeren die een Wajong krijgen hebben een aangeboren aandoening. Een andere grote groep jongeren die in de Wajong belanden zijn ziek geworden tijdens schoolopleiding of studie. Daarbij gaat het bij de diagnoses bij de Wajong-instroom bijvoorbeeld om (met percentages): ADHD (2,9 %), depressieve episode (3,2 %), sociale fobie (1,2 %), posttraumatische stressstoornis (1,5 %) overige aanpassingsstoornissen (1 %), eetstoornis (1 %). (Maasse., 2008)



Figuur 3. In- en uitstroom Wajong-uitkeringen

Prevalenties naar etniciteit en schoolniveau

Tabel 6. Prevalenties naar etniciteit en schoolniveau voortgezet onderwijs in %, N= 5422
(Van Dorsselaer et al., 2007)

	autochtoon	allochtoon	VMBO-B	VMBO-T	HAVO	VWO
Overgewicht	10	19				
Dagelijks ontbijt	81,6	55,5	61,9	77,9	82,5	86,3
Frisdrank \geq 1x per dag	41,0	42,3	51,0	42,8	43,8	32,4
Bewegen: gemiddeld aantal dagen \geq 1 uur per dag	4,4	3,6	3,9	4,2	4,5	4,5
Lid sportvereniging	73,1	43,6	52,6	68,2	87,0	74,9
Actueel alcohol gebruik	55,6	21,8	52,1	49,4	49,2	43,4
Dagelijks roken	8,4	7,2	16,8	7,0	4,8	2,0
Cannabis laatste maand gebruikt	7,0	5,8	10,4	6,5	5,7	3,9
Ooit seks gehad	14,2	16,3	24,5	14,5	12,0	5,8
Pil gebruikt	56,1	25,9	49,2	49,2	49,4	50,2
Condoom gebruikt	78,8	89,5	84,3	83,9	73,2	78,4
Emotionele problemen	15,6	13,1	19,1	13,6	14,2	12,5
Gedragsproblemen	12,6	22,8	23,2	16,3	10,2	7,1

Bijlage 3: Ontwikkelingstaken voor adolescenten (12-21 jaar)

In de adolescentiefase ontwikkelen jongeren zich lichamelijk, psychosociaal en maatschappelijk tot volwassenen. Vooral de psychosociale en maatschappelijke ontwikkeling vragen veel van de adolescent zelf die moet zoeken naar de eigen identiteit en de eigen rol in de samenleving (Boudewijnse, 2005).

In 'Kansen in de keten' geven L. Boendermaker en T. van Yperen een overzicht van de ontwikkelingstaken voor kinderen van 12-21 jaar volgens Slot & Spanjaard.

- Positie ten opzichte van de ouders: minder afhankelijk worden van de ouders en het bepalen van een eigen plaats binnen de veranderende relaties in het gezin en de familie.
- Onderwijs of werk: kennis en vaardigheden opdoen om een beroep uit te kunnen oefenen en een keuze maken ten aanzien van werk.
- Vrije tijd: ondernemen van leuke activiteiten in de vrije tijd en het zinvol doorbrengen van de tijd waarin er geen verplichtingen zijn.
- Eigen woonsituatie: zoeken of creëren van een plek waar je goed kunt wonen en het omgaan met huisgenoten.
- Autoriteit en instanties: accepteren dat er instanties en personen boven je gesteld zijn, binnen geldende regels en codes opkomen voor eigen belang.
- Gezondheid en uiterlijk: zorgen voor een goede lichamelijke conditie, een uiterlijk waar men zich prettig bij voelt en een goede voeding en het vermijden van overmatige risico's.
- Sociale contacten en vriendschappen: contacten leggen en onderhouden, oog hebben voor wat contacten met anderen kunnen opleveren, je open stellen voor vriendschap, vertrouwen geven en nemen, wederzijdse acceptatie.
- Intimiteit en seksualiteit: ontdekken wat mogelijkheden en wensen zijn in intieme en seksuele relaties.

Bron: L. Boendermaker en T. van Yperen, 'Kansen in de keten'. Utrecht: NIZW, 2003, p. 42. (www.nji.nl)

Bijlage 4: Gezondheidsdeterminantenmodel volgens Lalonde

(Toegepast op ontwikkelingsfase van 15/16-jarigen)

Onderstaand model geeft in samenvatting de gezondheidsrisico's en ontwikkelingstaken weer welke in bbijlage 2 en 3 beschreven zijn. Dit model is toegepast op de ontwikkelingsfase van 15/16-jarigen. Daarbij is vooral gelet op de veranderingen ten opzichte van het voorgaande contactmoment op de leeftijd van 13 jaar of in klas 2 van het voortgezet onderwijs.

Interne milieu: Dit betreft de lichamelijke, geestelijke en psychosociale ontwikkeling

- Meer dan voorheen bezig met toekomstplannen: onderwijs, beroepskeuze, relatievorming;
- Nadenken over in de toekomst stichten van gezin en het krijgen van kinderen → mogelijkheid preconceptioneel advies (bijvoorbeeld inname van foliumzuur, testen dragerschap sikkelcelziekte/thalassemie, advisering ten aanzien van consanguiniteit, etc);
- Toename psychosociale problematiek waaronder onset van bijvoorbeeld depressie en schizofrenie.

Externe milieu:

- **Eerste milieu:**
 - Rol/invloed ouders ↓*
- **Tweede milieu:**
 - Keuze vervolgonderwijs, beroepskeuze
 - Schoolverzuim ↑ *
 - Eindexamenjaar (VMBO leerlingen)
- **Derde milieu:**
 - Rol/invloed peergroup ↑
 - Bijbaantjes ↑
 - Uitgaan ↑
 - Veiligheid (o.a. toegestane leeftijd scooterrijden)
 - Criminaliteit ↑
 - Financiën / schulden ↑
 - i-Pod / MP-3-gebruik ↑
- **Leefstijl:**
 - Compliance medicatiegebruik ↓
 - Genotmiddelen ↑, leeftijdsgrens 16 jaar voor zwak alcoholhoudende drank- en tabaksaankoop
 - Seksualiteit ↑
- **Zorgsysteem:**
 - Wetgeving met betrekking tot privacy/beroepsgeheim bij 16-jarigen: 16-jarigen zijn hierdoor minder afhankelijk van ouders bij zoeken van hulpverlening → toegankelijkheid ↑

*↓ = neemt af

*↑ = neemt toe

Bijlage 5: Aanbod contactmoment 15/16 jaar of klas 3/4 voortgezet onderwijs

In de kolom 'activiteiten' staan de activiteiten uit het BTP die onderdeel zijn van het contactmoment 15/16 jaar. In de kolom 'toelichting' staan de onderwerpen die voor deze leeftijdsgroep van belang zijn.

Activiteiten	Toelichting
Contactmoment	Datum, leeftijd jongere tijdens contactmoment (in jaren en maanden), eventuele begeleider van de jongere, uitvoerder contactmoment.
Voorschoolse voorziening/School	Soort onderwijs, naam school, klas
Terugkerende anamnese	Ervaren van de gezondheid jongere, ziekten en ongevallen. Medicijngebruik. Navragen vaccinaties. Roken, alcohol en drugs. Voedingspatroon (globaal). Lichaamsbeweging en sport. Seksuele activiteit. Zorgen en vragen van de jongere. Ingrijpende gebeurtenissen. Contacten met politie, justitie, HALT.
Algemene indruk	Registreren bijzonderheden. Interactie jongere/onderzoeker. Gedrag/stemming. Verzorging/hygiëne. Zieke indruk, kleur huid.
Functioneren Lichamelijk, psychisch, emotioneel en sociaal functioneren	Registreren bijzonderheden. Slapen. Psychosociaal functioneren volgens de richtlijn 'Vroegsignalering psychosociale problemen'. Relaties in gezin en met vrienden. Verslavingsrisico. Financiële problemen/schulden (gezin/zelf). Functioneren op school (waaronder verzuim).
Huid/haar/nagels	Hematomen, wonden, littekens.
Hoofd/hals	Audiometrie.
Groei Lengte naar leeftijd Gewicht naar lengte	Lengte met een nauwkeurigheid van 1 mm. Gewicht met een nauwkeurigheid van 100 gram. Indruk onderzoeker gewicht/lengte. Beoordelen en bespreken van de groeicurve.
Psychosociale en Cognitieve ontwikkeling	Psychosociale ontwikkeling volgens de richtlijn 'Vroegsignalering psychosociale problemen'. Bijzonderheden cognitie.
Spraak en taal ontwikkeling	Registreren bijzonderheden.
Seksuele ontwikkeling	Navragen lichamelijke/seksuele ontwikkeling.
Inschatten verhouding draaglast/draagkracht	Bijzonderheden verhouding draaglast/draagkracht, gebaseerd op het 'Balansmodel van Bakker'.
Bepalen ontvangen zorg	In relatie met huidige problemen.
Voorlichting, advies, instructie en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> o Normale ontwikkeling van adolescenten o Seksualiteit, SOA's, anticonceptie, tienerzwangerschap o Pesten, geweld, seksuele dwang o Leefstijl inclusief middelengebruik, voeding, sport/bewegen o Lawaaidoofheid o Keuze vervolgonderwijs / Beroepskeuze o Mondzorg volgens 'Aandachtspunten Preventieve Mondzorg 0-19 jaar voor de JGZ' o Voorlichting op indicatie (n.a.v. vragen of n.a.v. risicotaxatie) o Mogelijkheid inhalen vaccinaties RVP o Overige voorlichting collectief/klassikaal Bij voorkeur verwijzen naar website, evt. folder.
Conclusie en vervolgstap(pen)	Conclusie en evaluatie consult, beslissing over en beschrijving van eventuele vervolgstap(pen).

Bijlage 6: Actualisatie activiteiten Basistakenpakket JGZ

Actualisatie wetenschappelijke onderbouwing activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar

TNO-Kwaliteit van Leven stelt momenteel een advies op over de individuele contactmomenten in de JGZ. Daartoe worden de activiteiten in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar geordend naar optimale leeftijd van uitvoering, gebaseerd op een actualisatie van de wetenschappelijke onderbouwing van die activiteiten. Dit advies zal naar verwachting eind 2008 worden afgerond.

Voor dit advies heeft TNO voor de leeftijdsgroep 12-19 jaar voorlopige resultaten beschikbaar gesteld. TNO geeft aan dat in de leeftijdsfase 12-19 jaar idealiter twee individuele contactmomenten plaats vinden, te weten bij 12 en bij 16 jaar. Verschuiving van het contactmoment 13 jaar of klas 2 naar 12 jaar wordt aanbevolen vanwege de invoering van HPV vaccinatie bij meisjes op deze leeftijd en de noodzaak tot screening op verworven niet-scrotale testis bij jongens op deze leeftijd. Voor de invoering van een nieuw contactmoment wordt 16 jaar genoemd als optimale leeftijd, omdat kinderen op die leeftijd zelfstandig kunnen beslissen over gezondheidsaangelegenheden (WGBO), bijvoorbeeld over inhaalvaccinaties bij onvoldoende gevaccineerde kinderen. Later is vooral organisatorisch niet handig.

Voor het contactmoment 16 jaar noemt TNO de volgende activiteiten en onderwerpen:

- activiteiten
 - o anamnese (monitoring en signalering)
 - o lichamelijke verschijning (inspectie)
 - o bepalen ontvangen zorg
 - o inschatten verhouding draagkracht/draaglast
 - o inschatten voorlichtingsbehoefte
- onderwerpen
 - o gehoor (preventie lawaaischade)
 - o groei (lengte en gewicht)
 - o leefstijl
 - voeding, bewegen
 - roken, alcohol, drugs
 - seksualiteit, SOA's, anticonceptie, (tiener)zwangerschap, chlamydia screening (het laatste pas na bewezen effectiviteit uit lopend onderzoek)
 - o psychosociale problemen
 - o Rijksvaccinatieprogramma (inhaalvaccinaties)
 - o schooluitval, vervolgopleiding, arbeidsmarkt