



BACHELOR OPDRACHT

DE PREVENTIE VAN
GEZONDHEIDSPROBLEMEN EN
-RISICO'S BIJ ADOLESCENTEN:
WERKEN MET EEN
ADOLESCENTENTEAM

K.H. de Vries

s1020439

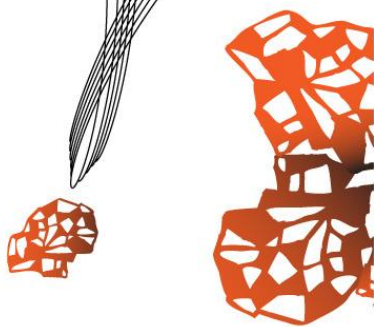
FACULTEIT MANAGEMENT & BESTUUR
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

EXAMENCOMMISSIE

Dr. M.M. Boere-Boonekamp

Dr. J.G. van Manen

M. Cerneus



24-07-2013

UNIVERSITEIT TWENTE.

Voorwoord

Deze bacheloropdracht is uitgevoerd in opdracht van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Twente, in samenwerking met de Universiteit Twente.

Ik wil graag mevrouw M.M. Boere-Boonekamp bedanken voor de goede begeleiding en het geduld voor de vele malen feedback. Ook wil ik graag mevrouw J.G. van Manen bedanken voor haar frisse blik op mijn tunnelvisie die gaande het onderzoek ontstond. Verder dank ik mevrouw M. Cerneus voor de begeleiding vanuit GGD Twente en tot slot mevrouw W. Stoker voor haar inzet en de input tijdens de feedbackgesprekken.

Karen de Vries

Enschede – juni 2013

Samenvatting

Elke GGD beschikt over het zorggebied Jeugdgezondheidszorg (JGZ), die (preventieve) zorg op zich neemt voor jeugd tot 19 jaar. Het laatste geplande contactmoment dat de JGZ echter met de jeugd heeft, vindt plaats op de leeftijd van 13 jaar. In het rapport, uitgegeven door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: ‘Extra Contactmoment in de Leeftijdperiode 12 tot 19 Jaar’, wordt voorgesteld om een extra contactmoment in te voeren bij een leeftijd van 15-16 jaar.

De GGD Twente onderzoekt onder andere naar aanleiding van bovengenoemd rapport in welke vorm een nieuw contactmoment kan plaatsvinden. Zij wil dit graag invullen met behulp van een adolescententeam. In opdracht van GGD Twente is om deze reden een literatuurstudie uitgevoerd met als hoofdvraag:

“Op welke wijze kan de preventieve zorg, die verleend wordt door het adolescententeam van de JGZ aan 15-16 jarige adolescenten van het niveau VMBO het beste worden vormgegeven?”

Deze hoofdvraag is onderzocht aan de hand van bestaande wetenschappelijke en grijze literatuur. In dit onderzoek zijn een tiental gezondheidsproblemen en -risico's naar voren gekomen, te weten: Risico's die te maken hebben met ongezond eten, overgewicht en obesitas; Risico's die te maken hebben met alcoholgebruik; Risico's rondom (veilig) vrijen; Geweld, delinquentie en pesten; Aandachtsproblemen en sociale problemen; Somatische klachten; Psychosociale problemen; Gebruik van softdrugs; Roken en het gebruik van harddrugs.

Na het onderzoeken van de voorkomende gezondheidsproblemen en -risico's is onderzocht welke methodieken voor het benaderen van adolescenten voor preventieve zorg effectief zijn. Hieruit kwam naar voren dat methodieken waarbij interactie plaatsvindt tussen de doelpopulatie en de hulpverlener effectiever kunnen zijn dan methodieken waarbij er eenzijdige communicatie plaatsvond.

Tot slot is onderzocht welke interventies preventie kunnen bieden tegen de voorkomende gezondheidsproblemen en -risico's, rekening houdende met de hierboven genoemde effectieve methodieken. Hier kwam een zevental interventies naar voren die uitgevoerd zouden kunnen worden door het adolescententeam.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Doelen en vraagstelling.....	8
3. Methode.....	9
3.1. Dataverzameling	9
3.2. Onderwerp van de Literatuurstudie.....	10
4. Resultatensectie.....	11
4.1. Gezondheidsproblemen- en risico's	11
Zoekstrategie.....	11
Resultaten.....	13
Analyse	18
4.2. Methodieken om adolescenten te benaderen.....	19
Zoekstrategie.....	19
Resultaten.....	20
Analyse	24
4.3. Preventieve Interventies door het Adolescententeam	25
Zoekstrategie.....	25
Resultaten.....	26
Analyse	32
5. Conclusie.....	33
6. Discussie	35
Aanbevelingen	37
7. Bronnenlijst.....	39
Bijlagen	42
1. Contactmomenten JGZ	42
2. Reflectieverslag.....	43
Zelfstandig werken.....	43
Het doen van onderzoek.....	43
Omgaan met vraagstukken.....	44
Kennismaking met de onderzoeksmethode.....	44
Inzicht in gezondheidsorganisaties	44
Projectmanagement.....	45

1. Inleiding

In Nederland is de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in het leven geroepen om de burgers te beschermen tegen ziekten en calamiteiten en de gezondheid van burgers op gemeentelijk niveau te verbeteren. Om dit te kunnen bereiken heeft elke gemeente een GGD, al dan niet in een samenwerkingsverband met ander gemeenten, met een overkoepelende organisatie: GGD Nederland. In Nederland bestaan er 28 afzonderlijke GGD-regio's voor ruim 400 gemeenten (GGD Nederland; Mulder M. , 2013).

Elke GGD heeft verschillende zorggebieden waar de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) één van is. De JGZ omvat (preventieve) zorg voor kinderen en adolescenten met een leeftijd van 0 tot 19 jaar. De taken van de JGZ zijn omschreven in zes verschillende productgroepen in het basistakenpakket (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002):

1. Monitoring en signalering; monitoren van de gezondheidstoestand en signalering van gezondheidsfactoren
2. Inschatten zorgbehoefte; het inschatten van de zorgbehoefte met de nadruk op de verzorging en de opvoeding van het kind
3. Screening en vaccinaties
4. Voorlichting, advies, instructie en begeleiding; dit kan zijn voor het kind, maar ook voor de ouders met betrekking tot opvoeding en dergelijke
5. Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen; onderzoek doen naar omgevingsfactoren die de gezondheid van kinderen kunnen bedreigen
6. Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking; het organiseren/coördineren van de verschillende partijen van de hulpverlening en de gezondheidszorg

Deze zes productgroepen zijn ondergebracht in twee categorieën, te weten het uniforme deel en het maatwerkdeel. Het uniforme deel bestaat uit activiteiten die de JGZ aan alle kinderen van een bepaalde leeftijdscategorie aanbiedt. Dit zijn de productgroepen 1, 2, 3, 4 en 6. Het maatwerk deel bestaat uit activiteiten die toegespitst zijn op specifieke zorgbehoeften van bepaalde groepen binnen een leeftijdscategorie. Ook in dit deel wordt aandacht besteed aan de productgroepen 2, 4, en 6. Naast deze productgroepen besteedt de JGZ in het maatwerkdeel ook aandacht aan het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen (productgroep 5) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002).

Op dit moment is de JGZ zo georganiseerd dat er gedurende het opgroeien van het kind verschillende contactmomenten plaatsvinden (GGD Twente, 2011). Deze contactmomenten zijn weergegeven in de bijlage.

De frequentie van het aantal contactmomenten neemt gedurende het ouder worden van het kind af, met een laatste contactmoment op een leeftijd van 13 jaar. In de leeftijdsperiode van 12 tot 19 jaar maken jongeren echter grote lichamelijke en psychosociale veranderingen door. In deze periode gaan jongeren op zoek naar een eigen identiteit waarbij vragen op kunnen komen en problemen en risicovol gedrag op kunnen treden. Dit kan effect hebben op de gezondheid van de jongeren. Het geven van voorlichting, het op tijd signaleren van problemen en het effectief benaderen van jongeren kan voorkomen dat er grote gezondheidsproblemen bij deze jongeren optreden (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009).

In het rapport ‘Extra Contactmoment in de Leeftijdsperiode 12 tot 19 Jaar’ wordt voorgesteld een extra contactmoment van de GGD in te voeren op de leeftijd van 15 of 16 jaar (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009). Op 25 juni 2012 is aangekondigd door minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Van Veldhuijzen van Zanten dat vanaf 2013 een dergelijk extra contactmoment daadwerkelijk plaats zal gaan vinden bij jongeren vanaf 14 jaar. De focus zou bij een dergelijk contactmoment moeten liggen op een gezond gewicht, het bevorderen van seksueel gezond gedrag, het helpen bij sociaal-emotionele problemen, en de preventie van alcoholgebruik en middelengebruik (Schippers & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2012). De GGD Twente heeft op dit moment nog geen pakket van samenhangende zorg in een extra contactmoment voor adolescenten met een leeftijd van 15-16 jaar. Naar aanleiding van het bovengenoemde rapport en de opdracht vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om een extra contactmoment op te nemen in het takenpakket van de JGZ, heeft de Bestuurscommissie Publieke Gezondheid van GGD Twente de opdracht gegeven om een voorstel te ontwikkelen ten aanzien van een pilot ‘werken met een adolescententeam’.

In het kader van dit extra contactmoment met adolescenten van 15-16 jaar heeft GGD Twente een werkgroep gestart die de randvoorwaarden voor dit adolescententeam gaat bepalen. De werkgroep zal een advies uitbrengen over een plan van aanpak voor het adolescententeam. Hiervoor zal onderzoek gedaan worden naar de verwachtingen en wensen van de adolescenten zelf ten aanzien van benodigde zorg en hulp. Ook zullen de wijze waarop het adolescententeam ingericht moet worden, de competenties waarover het adolescententeam dient te beschikken en de bijscholing die de leden van het adolescententeam eventueel nodig hebben, worden onderzocht.

Het adolescententeam zal zich gaan richten op de groep VMBO leerlingen met een leeftijd van 15 en 16 jaar. Uit onderzoek van GGD Twente (2011) is namelijk gebleken dat laagopgeleiden vaker gezondheidsrisico's lopen dan adolescenten met een hogere opleiding. Het streven is om deze gezondheidsrisico's te verkleinen. Daarom is het van belang dat juist bij deze groep adolescenten goede preventieve zorg verleend wordt.

In het kader van de verkenningen die de werkgroep zal doen ten aanzien van de zorg voor adolescenten wordt in de vorm van een bacheloropdracht een literatuurstudie uitgevoerd. Hierin wordt onderzocht met welke gezondheidsproblemen en –risico’s adolescenten van het VMBO in de leeftijdscategorie 15-16 jaar te maken hebben, welke methodieken van benaderingen effectief lijken bij preventie en welke vorm van preventie op basis van deze gegevens passend is binnen een adolescententeam. De resultaten van dit onderzoek vormen wetenschappelijke input voor het preventiebeleid dat het adolescententeam zal gaan uitvoeren.

2. Doelen en vraagstelling

Het hoofddoel van dit onderzoek is om te komen tot een voorstel van preventieve interventies, die uitgevoerd kunnen worden door een adolescententeam van de GGD Twente, teneinde de prevalentie van gezondheidsproblemen en –risico's van VMBO-leerlingen met een leeftijd van 15-16 jaar te verlagen.

Uit het hoofddoel vloeien verschillende subdoelen voort. Om te achterhalen op welke wijze preventie het meest effectief kan worden verleend, is het belangrijk om te weten welke gezondheidsrisico's het meest voorkomen onder adolescenten om een focus op de preventie aan te brengen. Naast kennis over de gezondheidsrisico's is het van belang om te onderzoeken welke methodieken van benaderingen het meest effectief zijn, zodat het preventiebeleid van een adolescententeam ook de gewenste effecten heeft. Tot slot moeten de voorkomende gezondheidsproblemen en de methodieken van benaderingen samenkomen in een voorstel van interventies die uitgevoerd kunnen worden door het adolescententeam.

Het gestelde hoofddoel en de subdoelen resulteren in de volgende hoofdvraag met bijpassende deelvragen:

“Op welke wijze kan de preventieve zorg, die verleend wordt door het adolescententeam van de JGZ aan 15-16 jarige adolescenten van het niveau VMBO het beste worden vormgegeven?”

- ‘Met welke gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's hebben 15-16 jarige adolescenten, van het niveau VMBO, in Nederland op dit moment te maken?’
- ‘Met welke methodieken voor preventieve zorgverlening kunnen 15-16 jarige adolescenten van het niveau VMBO benaderd worden door het adolescententeam?’
- ‘Welke bestaande interventies in Nederland passen bij de in deelvraag 1 en deelvraag 2 geïdentificeerde problemen en methodieken?’

Aan de hand van de beantwoording van de deelvragen kan gekomen worden tot een zorgvuldige beantwoording van de hoofdvraag.

3. Methode

In deze sectie worden de algemene onderzoeksopzet en het onderwerp van literatuurstudie besproken. Omdat dit bacheloronderzoek een literatuurstudie betreft dient normaliter de zoekstrategie ook in deze sectie besproken te worden. Aangezien voor iedere deelvraag een aparte zoekstrategie benodigd was, worden de gebruikte zoekstrategieën per deelvraag besproken in de resultatensectie.

3.1. Dataverzameling

Voor de resultaten is bestaande (wetenschappelijke) literatuur onderling vergeleken en geëvalueerd. Voor alle deelvragen is, waar mogelijk, rekening gehouden met de leeftijd van de onderzoekspopulatie en het domein van de studie voor het includeren van studies door middel van de zoekstrategie. De overige criteria voor het opnemen van een studie in het onderzoek worden benoemd bij de specifieke deelvragen.

Op wetenschappelijke sites, waarbij PubMed als belangrijkste heeft gefungeerd vanwege zijn nadruk op medische artikelen, is naar de studies gezocht. Naast wetenschappelijke sites is in de databases van sites van overheidsinstanties en Nederlandse onderzoekscentra gezocht voor het includeren van grijze literatuur. Indien noodzakelijk werden sites van buitenlandse instanties betrokken bij het zoeken naar artikelen.

Voor de inclusie van interventies voor de beantwoording van de derde deelvraag is gebruik gemaakt van de database voor interventies van het NJi. De interventies die opgenomen zijn in deze database zijn door het NJi gecategoriseerd naar effectiviteit. Zo kan een interventie die in de database opgenomen is theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief of bewezen effectief door het NJi bevonden worden. De mate van effectiviteit wordt bepaald aan de hand van onafhankelijk onderzoek (Nederlands Jeugdinstituut). Dit maakt de database van het NJi tot een betrouwbare bron.

In de derde deelvraag wordt waarde gehecht aan de categorisatie van de mate van effectiviteit van de interventies. Een goede theoretische onderbouwing werd beschouwd als minimale eis voor opname van de interventie in dit onderzoek, om de waarschijnlijkheid van effectiviteit van de toepassing van de interventie door het adolescententeam te vergroten.

Niet alle interventies die zijn opgenomen in de database van het NJi zijn per definitie toepasbaar door (het adolescententeam van) de GGD. Het is belangrijk om dit als een criterium te beschouwen voor de opname van een interventie in dit onderzoek. Aan de hand van het basistakenpakket van de JGZ is gekeken of de interventies passen binnen één van de taken van de JGZ. Indien dit het geval leek, waren de interventies opgenomen in de derde deelvraag.

3.2. Onderwerp van de Literatuurstudie

In dit literatuuronderzoek is er voor gekozen om de doelpopulatie ‘adolescenten van 15-16 jaar van het VMBO’ te nemen. Hier wordt van adolescenten gesproken, maar er bestaat echter geen unanimititeit over de afbakening van de periode van adolescentie. Waar de WHO aangeeft dat de adolescentie ongeveer begint bij een leeftijd van 10 jaar en eindigt bij ongeveer 19 jaar (World Health Organization, 2012), stelt de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming in een reactie op het Wetsvoorstel Adolescentenstrafrecht dat volgens de moderne ontwikkelingspsychologie van Brysbaert een adolescent de leeftijd heeft van 15 tot en met 18 jaar (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2012). Het centrum Jeugd & Gezin Maasland hanteert voor het begrip adolescent echter weer de leeftijdscategorie van 18 tot 23 jaar (Centrum Jeugd & Gezin Maasland, z.j.) In deze studie is zo veel mogelijk de definitie van Brysbaert aangehouden. Het was echter niet altijd mogelijk om alleen binnen de leeftijdsgroep 15-16 jaar artikelen te vinden, of zelfs in de leeftijd van 15-18 jaar, zoals Brysbaert beschrijft. In enkele gevallen is de categorie ‘adolescenten’ daarom ruimer genomen.

Naast de leeftijd van het onderwerp van deze literatuurstudie, is in de eerste twee deelvragen tevens zo veel mogelijk rekening gehouden met het opleidingsniveau van de participanten van de studies die geïnccludeerd zijn. Hierbij is gepoogd zo veel mogelijk studies te includeren waarin gedifferentieerd is naar het opleidingsniveau VMBO.

4. Resultatensectie

4.1. Gezondheidsproblemen- en risico's

In deze paragraaf wordt de gezondheid van adolescenten besproken. Met de eerste deelvraag zal onderzocht worden welke gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's aan de orde zijn bij jongeren van 15-16 jaar, en in het bijzonder bij jongeren van het niveau VMBO. De deelvraag om dit te onderzoeken is:

‘Met welke gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's hebben 15-16 jarige adolescenten, van het niveau VMBO, in Nederland op dit moment te maken?’

Zoekstrategie

De gezondheid van Nederlandse adolescenten kan verschillen van de gezondheid van adolescenten die woonachtig zijn in een ander land. Daarom is alleen gezocht naar onderzoek dat gedaan is onder Nederlandse jongeren.

Allereerst is gezocht naar artikelen in de databases van de GGD'en. Vanwege het ontbreken van literatuur met de zoekterm 'adolescenten' bij de algemene site van de GGD is de zoektocht naar publicaties vervolgd in de database van GGD Twente om artikelen te vinden die zich richten op de gezondheid van de (Twentse) jeugd. De kop 'publicaties' bevatte slechts zes publicaties. Hierdoor was het niet nodig zoektermen te gebruiken om gewenste zoekresultaten te verkrijgen. Het onderzoek 'E-MOVO 2011' werd hiermee gevonden. De verslaggeving bood echter weinig specifieke informatie. Om deze reden is e-mailcontact opgenomen met GGD Twente voor meer informatie en resultaten van het E-MOVO onderzoek. Hiermee zijn specifiekere gegevens verzameld van het E-MOVO onderzoek.

Daarnaast is in de database van de World Health Organization (WHO) gezocht naar onderzoek onder de Nederlandse jeugd. De afdeling 'European Region' van de WHO houdt zich bezig met de gezondheid van de bevolking van Europa. Hier werden de zoektermen '*adolescents AND health behaviour AND health risks*' gebruikt, waarmee, na het weglaten van de overlappende resultaten, twee artikelen gevonden werden die onder andere de Nederlandse jeugd betroffen.

Behalve op de sites van de GGD'en en de WHO is op de site van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gezocht naar verslagen, rapporten en onderzoeken. Er is specifiek voor het RIVM gekozen omdat dit instituut een overzicht biedt van artikelen van verschillende databases, waaronder het Nationaal Kompas voor de Volksgezondheid en de Zorgatlas. Voor de database van het RIVM zijn de zoektermen '*Gezondheidsrisico's adolescenten*' en '*Gezondheidsrisico's VMBO adolescenten*' gebruikt. De zoekopdrachten gaven respectievelijk 52 en

14 resultaten. Na de toepassing van de inclusiecriteria ‘*periode van uitvoering van onderzoek tussen 01-01-2008 en 01-09-2012*’ en de optie om alleen wetenschappelijke artikelen en rapporten te tonen, bleven respectievelijk 32 en 13 artikelen over. Aan de hand van koppensnellen en het doorlezen van abstracts werden de artikelen beoordeeld op de relevantie voor het literatuuronderzoek. Geen van de gevonden artikelen is opgenomen in de literatuurstudie, vanwege een overlapping met ander gevonden onderzoek.

Tenslotte is er gezocht naar wetenschappelijke artikelen in de database van Pubmed. Om relevante artikelen te kunnen vinden zijn de zoektermen ‘*Socioeconomic position AND health risks AND Netherlands AND adolescents*’ en ‘*Educational inequalities AND adolescents AND risk behaviours AND the Netherlands*’ gebruikt. De eerste combinatie van zoektermen leverde slechts 13 resultaten op, waaruit één bruikbaar artikel werd gehaald. De tweede combinatie van zoektermen gaf slechts 7 resultaten met includering van artikelen met een publicatiedatum van maximaal 5 jaar geleden. Deze laatste combinatie gaf twee bruikbare artikelen voor het literatuuronderzoek.

De resultaten van deze zoekstrategie in Pubmed betroffen veelal onderzoek naar veel voorkomende gezondheidsproblemen en -risico’s onder adolescenten. In geen enkel artikel werd echter de prevalentie van alle veel voorkomende gezondheidsproblemen of gezondheidsrisico’s overzichtelijk gegeven. Om deze reden is er gezocht naar de redenen voor huisartsbezoeken per leeftijdscategorie van de patiënten. Huisartsen hebben in Nederland een poortwachterfunctie, waarbij de patiënt met klachten de huisarts consulteert alvorens doorverwezen te kunnen worden naar de tweede lijn of een andere zorgverlener, uitzonderingen daargelaten. Cijfers van huisartsenpraktijken kunnen om deze reden een goed inzicht bieden in de klachten waarmee de bevolking, en bij voorkeur adolescenten, veelal te maken hebben. Om deze gegevens te vinden is gezocht in de database van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH), een samenwerking tussen het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en IQ Healthcare, met als partners de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De enige afbakening voor de zoekopdracht was de restrictie ‘*huisarts*’. Deze restrictie gaf in totaal 49 resultaten.

De artikelen die niet zijn geselecteerd voor het onderzoek betroffen veelal artikelen die te veel gefocust waren op slechts één probleem. De overige artikelen die zijn geëxcludeerd, hadden als doel het evalueren van een bepaalde vorm van preventie, en hadden niet als hoofdzaak de gezondheidsproblemen en de ernst van deze problemen.

In tabel 1 is de zoekstrategie overzichtelijk weergegeven.

Tabel 1 – zoekstrategie met betrekking tot artikelen omtrent gezondheidsrisico's en problemen van adolescenten

Database	Zoektermen	Aantal resultaten	Datumbegrenzing	Gevonden literatuur	Bruikbare literatuur
GGD Twente	-	6	-	1	1
WHO	Adolescents AND health behaviour AND health risks	2	-	2	1
RIVM	Gezondheidsrisico's adolescenten	32	01-01-2008 / 01-09-2012	2	0
	Gezondheidsrisico's VMBO adolescenten	13	01-01-2008 / 01-09-2012	1	0
Pubmed	Socioeconomic position AND risk behaviours AND the Netherlands	2	01-01-2008 / 31-12-2012	1	1
	Educational inequalities AND adolescents AND risk behaviours AND the Netherlands	7	01-01-2008 / 31-12-2012	2	2
LINH	huisarts	49		1	1

Resultaten

Met de zoekstrategie werden uiteindelijk 10 studies gevonden die geïnccludeerd konden worden in deze literatuurstudie. Van deze 10 studies werden, na het grondiger lezen van de inhoud, 4 studies alsnog onbruikbaar bevonden. Dit was vanwege een doelgroep die minder passend bleek te zijn voor dit onderzoek dan verwacht, vanwege een onderwerp dat bij nader inzien niet geheel aansloot bij de vraagstelling of vanwege een grote overlap van de bronnen die voor meerdere studies waren gebruikt.

In onderstaande tabel (tabel 2) zijn de uitkomsten van de overgebleven studies met elkaar vergeleken. Hier is onderscheid gemaakt in het soort studie, het aantal participanten, de (gemiddelde) leeftijd van de participanten, het opleidingsniveau, de gezondheidsproblemen en de gezondheidsrisico's. Onder gezondheidsproblemen worden in dit geval problemen verstaan die zich reeds voordoen. Veelal zijn dit psychosociale problemen zoals agressie en delinquentie. Onder gezondheidsrisico's valt een

ongezonde leefstijl van de adolescenten. Dit varieert van slechte eet- en beweeggewoonten (overgewicht) tot onveilige geslachtsgemeenschap.

Binnen de gezondheidsproblemen en –risico's is in enkele gevallen onderscheid gemaakt tussen verschillende groepen van sociaaleconomische status en/of geslacht. Dit staat aangegeven achter de resultaten in de tabel. Alle cijfers zijn afgerond op hele getallen om de resultaten van de verschillende studies beter onderling vergelijkbaar te maken. Om de gevonden gezondheidsproblemen en -risico's overzichtelijk in kaart te brengen, zijn de studies in tabel 3 nogmaals weergegeven. Dit maal zijn de overige details van de studie weggelaten. Op deze manier kunnen de prevalentiecijfers gemakkelijker met elkaar vergeleken worden.

De prevalentiecijfers van het LINH zijn in tabel 3 weggelaten. Dit vanwege het niet kunnen vergelijken van de prevalentiecijfers met de andere studies, aangezien veel verschillende gezondheidsaandoeningen in andere studies geplaatst waren onder de verzamelende term 'somatische klachten'. Het was onmogelijk om de prevalentiecijfers van het LINH te clusteren onder deze term, hetgeen de resultaten onvergelijkbaar maakte.

Tussen de artikelen bestaan soms kleine verschillen in de gebruikte definities voor de termen 'gezondheidsproblemen en –risico's'. Dit was met name het geval bij het gezondheidsprobleem/-risico 'Angst/terugtrekking/depressie'. In de tabellen is geprobeerd deze verschillende definities, indien mogelijk, zo veel mogelijk onder één groep te plaatsen.

Tabel 2 – prevalentie van gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's bij adolescenten

Auteurs en naam studie	Domein van de studie	Soort studie	Aantal participanten	Leeftijd participanten (Gemiddeld)	Opleidingsniveau	Regio waaruit adolescenten afkomstig zijn	Gezondheidsproblemen (prevalentie in %)	Gezondheidsrisico's (prevalentie in %)
Amone-P'Olak et al. (2008) - Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early-adolescents - the TRAILS study	Mentale gezondheid	Cross-sectional – data verkregen d.m.v. interviews en vragenlijsten	2230	10-15	Lage SES (gezin)	5 noordelijke gemeenten in Nederland	Agressie (30) Delinquentie (29) Angs/Depressie (21) Terugtrekking/Depressie (23) Somatische Klachten (24) Sociale problemen (26) Aandachtsproblemen (29) Internaliserende gedragsproblemen (33) Externaliserende gedragsproblemen (31)	
Currie et al. (2012) - Social determinants of health and well-being among young people – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey	Gezondheidsgedrag en risico-gedrag	Cross-sectional – data verkregen d.m.v. vragenlijsten	-	15	alle	Geheel Nederland	Geweld- ≥ 3x in een jaar (4 ^v , 12 ^m) Gepest ≥ 2x afgelopen tijd (3 ^v , 6 ^m) Zelf pesten ≥ 2x afgelopen tijd (5 ^v , 10 ^m)	Medisch aangetoond letsel (35 ^v , 46 ^m) Één keer of minder per dag tandenpoetsen (19 ^v , 32 ^m) Alcoholgebruik- wekelijks of vaker (18 ^v , 25 ^m) Dronken- ≥ 2x (17 ^v , 19 ^m) Dronken- jonger dan 13 jaar (5 ^v , 7 ^m) Overgewicht of obees (5 ^v , 11 ^m) Voldoet niet aan bewegingsnorm (87 ^v , 81 ^m) Ontbijt < 5x per week (25 ^v , 21 ^m) Eet niet elke dag fruit (70 ^v , 80 ^m) Roken- wekelijks of vaker (17 ^v , 15 ^m) Cannabis- ooit (19 ^v , 23 ^m) Cannabis- afgelopen maand (7 ^v , 12 ^m) Geslachtsgemeenschap (22 ^v , 19 ^m) - Zonder condoom (25) - Zonder anticonceptiepil (46 ^v , 70 ^m)
GGD-Twente (2011) - E-MOVO 2011: gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren in Twente	alcohol, depressiviteit, pesten, roken, drugs, overgewicht en seksualiteit	Cross-sectional – data verkregen d.m.v. vragenlijsten	3803	13-16	VMBO	Regio Twente	Gepest (12-20) Zelf pesten (13-27) Depressieve gevoelens (10-20) Psychosociale gezondheid, grensgebied/verhoogd (9-18) Geestelijke mishandeling (13-19) Lichamelijke mishandeling (3-9) Seksuele ervaring tegen zin in (5-12)	Voldoet niet aan bewegingsnorm (80-90) Ontbijt < 5x per week (12-28) Eet niet elke dag fruit (60-76) Eet niet elke dag groente (52-75) Roken- dagelijks (9-21) Roken – niet dagelijks (8-13) Ooit alcohol gedronken (45-76) Bingedrinken- afgelopen 4 weken (27-60) Ooit dronken/aangeschoten (22-58) Softdrugs – Ooit (3-17) Softdrugs – laatste 4 weken (1-7) Harddrugs – Ooit (1-5)

								Harddrugs – laatste 4 weken (0-4) Geslachtsgemeenschap gehad (9-26) Gebruikt niet altijd condoom (54-38) Gebruikt ander voorbehoedsmiddel (42-67) Vrijt niet veilig (37-51)
Harakeh et al. (2012) - Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: The HBSC study	Risicogedrag voor de gezondheid	Cross-sectional – data verkregen d.m.v. vragenlijsten	1742	15/16	alle*	Geheel Nederland		Bingedrinken (58) Roken- dagelijks (17) Cannabis- afgelopen maand (14) Geslachtsgemeenschap (30)
De Looze et al. (2012) - Explaining educational differences in adolescent substance use and early sexual debut: The role of parents and peers	Gezondheidsrisico's; roken, alcoholgebruik, cannabis en geslachtsgemeenschap	Cross-national – data verkregen d.m.v. vragenlijsten	5422	12-16	alle	Geheel Nederland		Bingedrinken (40) Roken- dagelijks (8) Cannabis- afgelopen maand (7) Geslachtsgemeenschap (15)
NIVEL/IQhealthcare/LINH (2010) - Incidentie- en prevalentiecijfers in de huisartsenpraktijk	Alle ziekten, klachten en symptomen met een prevalentie > 3%	Cross-national	> 335.000 (totale onderzoekspopulatie, alle leeftijden inbegrepen)	15-24	alle	Geheel Nederland	Somatische klachten (??) - Waarvan (boven 3%): Infectie / ontsteking van oog (3) Verstuiking / distorsie (3) Hoesten (3) Acute infectie bovenste luchtwegen (4) Astma (3) Hooikoorts / allergische rhinitis (5) Wratten (3) Dermatomyose (4) Cystitis / urineweginfectie (5) Menstratieklachten (3)	Moeheid / Zwakte (4)

¹ groep 1 ² groep 2 ^m mannelijk ^v vrouwelijk ^a alle opleidingsniveaus

*In de studie van Harakeh et al. is onderscheid gemaakt naar opleidingsniveau, dit is echter niet in de resultatensectie bij de percentages terug te vinden. Wel was de algemene conclusie dat leerlingen van een lage opleiding, al dan niet significant, meer risico liepen op een aantal risicofactoren.

* De bovengenoemde cijfers zijn van- tot percentages

Tabel 3 – Prevalentiecijfers van risico's en aandoeningen per studie, gerangschikt naar prevalentie

Gezondheidsrisico of – aandoening\ Auteur studie	Amone-P'Olak et al. (2008)(%)	Currie et al. (2012)(%)	GGD-Twente (2011)(%)	Harakeh et al. (2012)(%)	De Looze et al. (2012)(%)
Voltoet niet aan bewegingsnorm		81-87	80-90		
Eet niet elke dag fruit		70-80	60-76		
Ooit alcohol gedronken			45-76		
Eet niet elke dag groente			52-75		
Gebruikt niet altijd anticonceptiepil		46-70			
Bingedrinken- afgelopen 4 weken			27-60		
Bingedrinken- ooit				58	40
Ooit dronken/aangeschoten			22-58		
Gebruikt niet altijd condoom		25	38-54		
Vrijt niet veilig			37-51		
Medisch aangetoond letsel		35-46			
Gedragsproblemen (internaliserend/externaliserend)	31-33				
Één keer of minder per dag tandenpoetsen		19-32			
Agressie	30				
Geslachtsgemeenschap		19-22	9-26	30	15
Aandachtsproblemen	29				
Delinquentie	29				
Ontbijt < 5x per week		21-25	12-28		
Zelf pesten		5-10	13-27		
Sociale problemen	26				
Vrijen zonder condoom		25			
Alcoholgebruik – wekelijks		18-25			
Somatische klachten	24				
Angst/terugtrekking/depressie	21-23		10-20		
Cannabis / softdrugs – ooit		19-23	3-17		
Roken- dagelijks			9-21	17	8
Gepest		3-6	12-20		
Dronken – vaker dan 2x		17-19			
Geestelijke mishandeling			13-19		
Psycho sociale gezondheid, grensgebied/verhoogd			9-18		
Roken – niet dagelijks		15-17	8-13		
Cannabis / softdrugs - afgelopen maand		7-12	1-7	14	7
Seksuele ervaring tegen zin in			5-12		
Geweld		4-12	3-9		
Overgewicht / obesiteit		5-11			
Dronken- jonger dan 13 jaar		5-7			
Harddrugs – Ooit			1-5		
Harddrugs – laatste 4 weken			0-4		

Analyse

Met uitzondering van ‘geweld’, ‘somatische klachten’, ‘sociale problemen’, ‘angst/depressie’, ‘aandachtsproblemen’, ‘dronken -vaker dan 2x’ en ‘roken’ in de vorm van ‘regelmatig’, worden alle gezondheidsproblemen en –risico’s in meerdere studies genoemd. De verschillen in de mate van voorkomen van gezondheidsproblemen en –risico’s kunnen mogelijk (gedeeltelijk) worden verklaard door verschillen in de samenstelling van de onderzoekspopulaties.

Ook bestaan er verschillen in de regio’s waarin de onderzoeken zijn uitgevoerd. Voor het onderzoek van Amone-P’Olak et al. (2008) zijn adolescenten uit 5 gemeenten in het noorden van Nederland betrokken en in het onderzoek van GGD Twente (2011) zijn slechts adolescenten uit de regio Twente onderzocht. De overige studies maken gebruik van data van adolescenten uit het gehele land.

Er is gepoogd de gezondheidsproblemen en –risico’s zo veel mogelijk onder enkele overkoepelende categorieën samen te brengen om de overzichtelijkheid te bewaren. Deze categorieën zijn hieronder gerangschikt van meest voorkomend naar minst voorkomend:

1. Risico’s die te maken hebben met ongezond eten, overgewicht en obesitas (voldoet niet aan bewegingsnorm, eet niet elke dag fruit, eet niet elke dag groente, ontbijt minder dan 5 keer per week, overgewicht en obesitas)
2. Risico’s die te maken hebben met alcoholgebruik (ooit alcohol gedronken, afgelopen maand alcohol gedronken, bingedrinken, aangeschoten/dronken geweest etc.)
3. Risico’s rondom (veilig) vrijen (gebruikt niet altijd een condoom, vrijt niet veilig, heeft geslachtsgemeenschap gehad)
4. Geweld, delinquentie en pesten (delinquentie, agressie, zelf pesten, gepest worden, geestelijke mishandeling, geweld, seksuele ervaring tegen zin in, lichamelijke mishandeling)
5. Aandachtsproblemen en sociale problemen
6. Somatische klachten (in totaal genomen)
7. Psychosociale problemen (angst/terugtrekking/depressie, mate van psychosociale gezondheid)
8. Gebruik van softdrugs (ooit gebruikt, afgelopen maand gebruikt)
9. Roken (dagelijks, niet –dagelijks)
10. Het gebruik van harddrugs (ooit gebruikt, afgelopen maand gebruikt)

Aan de hand van deze lijst met gezondheidsproblemen en –risico’s zal verder gewerkt worden in deze literatuurstudie.

4.2. Methodieken om adolescenten te benaderen

In dit hoofdstuk wordt onderzocht op welke manieren adolescenten kunnen worden benaderd voor preventie. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar Nederlandse literatuur, maar ook naar internationale literatuur. Dit is om te zorgen dat ook innovatieve en effectieve manieren om jongeren te benaderen waarmee men in Nederland nog niet bekend is, meegenomen worden in de studie. Aan de hand van de volgende deelvraag wordt dit onderzocht:

‘Met welke methodieken voor preventieve zorgverlening kunnen 15-16 jarige adolescenten van het niveau VMBO benaderd worden door het adolescententeam?’

Zoekstrategie

De deelvraag is vertaald naar verschillende zoektermen, zijnde ‘prevention’, ‘methods (of prevention)’, ‘adolescents’ en ‘health risks’. Om tevens nieuwe inzichten voor methodieken mee te nemen in de literatuurstudie is de zoekterm ‘innovation’ toegevoegd aan enkele zoekopdrachten. Nieuwe inzichten kunnen afwijken van de preventiemethodieken die men gewend is. Deze nieuwe technieken kunnen mogelijk beter aansluiten op de vernieuwde belevingswereld van de huidige adolescenten.

Vanwege de vele artikelen die diep ingaan op preventieprogramma’s in plaats van manieren waarop adolescenten voor preventie bereikt kunnen worden, is er voor gekozen om de zoektermen van de search aan te passen. De nieuwe zoektermen luiden ‘*Public health interventions AND recruiting adolescents AND approach AND health behavior*’. Hiermee werd slechts één artikel gevonden. Om deze reden zijn de zoektermen ‘*Prevention campaign AND health behaviour AND adolescents*’, gebruikt en werden, na toepassing van 5 jaar publicatiedatum, 95 artikelen gevonden. Onder deze artikelen bevonden zich beduidend meer artikelen die gebruikt konden worden in dit onderzoek. Het grootste gedeelte van de resultaten had echter een focus op individuele interventies, in plaats van methodieken om adolescenten te benaderen. Dit resulteerde in een kleine selectie die over bleef voor een verdere selectie. In tabel 4 staat de zoekstrategie nader toegelicht.

Tabel 4 – Zoekstrategie behorende bij het zoeken naar methodieken voor benadering van adolescenten

Database	Zoektermen	Aantal resultaten	Datumbegrenzing	Gevonden literatuur	Bruikbare literatuur
Pubmed	Public health interventions AND recruiting adolescents AND approach AND health behavior	1	-	-	-
	Prevention campaign AND health behaviour AND adolescents'	95	01-01-2008 / 31-12-2012	11	6

Resultaten

Veel van de studies die geselecteerd werden aan de hand van de zoekstrategie vielen af na het doornemen van de volledige rapportage. Artikelen die geëxcludeerd werden, waren artikelen die alsnog te veel toegespitst waren op de werking van één bepaalde interventie, in plaats van op het benaderen van adolescenten. Uiteindelijk bleven 5 studies over.

In tabel 5 worden de overgebleven studies weergegeven. In de tabel worden verschillende kenmerken van de studies beschreven:

- het domein van de studie, waarbij staat weergegeven op welk risico of welke aandoening de methodiek zich richt
- de methodiek die is gebruikt om de adolescenten te benaderen
- De plaats waar de studie is uitgevoerd, en eventueel binnen welke cultuur de studie is uitgevoerd, vanwege cultuurverschillen die zich voor kunnen doen tussen de populaties, hetgeen de resultaten kan beïnvloeden
- De leeftijd van de participanten
- De omvang van de onderzoekspopulatie, om de resultaten te kunnen legitimeren
- De belangrijkste uitkomsten van de studies, met betrekking tot het benaderen van de adolescenten
- De aanbevelingen van de onderzoekers, en welke reden ze voor de aanbeveling geven

De gevonden studies zijn niet beoordeeld op hun kwaliteit. Wel kan gezegd worden dat de literatuur review welke is uitgevoerd door Fjeldsoe et al. (2009) het meest betrouwbaar is, door een vergelijking die is uitgevoerd met betrekking tot één methodiek bij verschillende studies en aandoeningen.

Tabel 5 – Overzicht van studies van methodieken waarop adolescenten benaderd kunnen worden voor preventieve zorg

Auteurs en naam studie	Domein van de studie	Methodiek	Methoden van studie	Locatie van studie	Leeftijd participant en	Omvang onderzoeks-populatie	Uitkomsten van studie	Aanbevolen door onderzoekers (reden)
Vyas et al. (2012) - Public Health Interventions: Reaching Latino Adolescents via Short Message Service and Social Media	Seksuele risico's	SMS en social media naast een preventieprogramma	Surveys en interviews met participant -ten	Verenigde Staten (Latino's)	15,7 (gemiddeld voor de survey)	448 (428 voor de survey, 20 voor de interviews)	SMS: Bijna alle participanten beschikten over een mobiele telefoon en/of (meerdere) social media accounts. Hierdoor zijn ze gemakkelijk te bereiken voor gezondheidsinterventies. Logistieke smsjes voor bijeenkomsten werden handig gevonden, motivationele smsjes werden door de jeugd als 'vervelend' beschouwd. Het over een weer kunnen smsen met begeleiders werd als prettig ervaren, tegenover one-way messaging. Facebook werd beschouwd als een open middel om met begeleiders te kunnen communiceren, de jeugd wordt middels facebook beter betrokken bij het programma. Daarnaast is er meer openheid en eerlijkheid van de jeugd via facebook . Er is echter geen controle op posts en cyberpesten kan voorkomen	Ja, er liggen nog heel veel mogelijkheden op dit gebied.

Jung et al. (2010) - Ineffectiveness of sun awareness posters in dermatology clinics	Huid-kanker	Awareness-posters in dermatologiek liniek	Vragen-lijsten	Canada	alle	396	50% van de kliniekbezoekers merkte de poster op. Daarbij vallen posters met meer sex-appeal meer op bij jongere mensen (72 % bij 18-34 jaar). Patiënten die de poster opmerkten informeerden 2x vaker naar huidkanker bij de arts, maar slechts 10% van deze vragen kwam door de poster. Patiënten waren 2x zo snel geneigd om na het informeren bij de arts zich te beschermen tegen zon t.o.v. mensen die alleen de poster zagen.	Ze geven aan dat posters inefficiënt zijn. Daarbij wordt de aanbevelen om bij de verspreiding van nieuwe posters focusgroepen te houden en praktijkonderzoek te doen naar de effectiviteit.
Weiss et al. (2010) - Aging Images as a Motivational Trigger for Smoking Cessation in Young Women	Roken	Door software gegenereerde beelden van hoe de deelnemster eruit zou zien na ongeveer 30 jaar roken en niet-roken (schokkende beelden bij evenementen)	Vragen-lijsten	Zwitser-land	14-18 (vrouwen)	853	De intentie om te stoppen met roken was verhoogd bij 24% van de rokers (pre-contemplatie: 8%; contemplatie: 32%, en preparatie: 71%). Daarnaast hadden de beelden een hoog motiverende impact op vrouwen die al meer bereid waren te stoppen met roken. Deze leeftijdscategorie is echter niet of weinig bereid om een cursus t.b.v. het stoppen met roken te nemen.	Ja (veel vrouwen overwogen hierdoor te stoppen)
Erinosho et al. (2012) - Awareness of the Fruits and Veggies	Fruit en groente consumptie	Advertenties in super-markten, op voedselverpakkingen, op geprinte brochures en publicaties en op internet	Vragen-lijsten	Verenig-de Staten	Volwas-senen (≥18)	3021	2% van de participanten was op de hoogte van de juiste campagnenaam, 29% dacht dat de vorige campagne voor voldoende inname van fruit en groente nog gold, 60% gaf aan de huidige campagnenaam niet te kennen, 6% was op de hoogte van de juiste inname van groente en fruit (7-13 porties per dag), 30% meende dat een inname van op zijn minst 5 porties groente en fruit voldoende was en 50% gaf aan niet te weten hoeveel groente en fruit	Nee (campagne weinig bekend onder participanten en men houdt zich weinig aan de richtlijnen van inname)

							voldoende was. Participanten die het best op de hoogte waren van de campagne en groente- en fruitinname, waren blanke, hoogopgeleide vrouwen tussen 18-34 jaar uit het westen van het land. Uiteindelijk voldeed 61% niet aan een dagelijkse inname van meer dan 5 porties groente en fruit.	
Fjeldsoe et al. (2009) - Behavior Change Interventions Delivered by Mobile Telephone Short-Message Service	Roken, Fysieke activiteit, Anti-obesitas gedragsmodificatie, Diabetes self-management, Hypertensie self-management bij diabetes, Astma self-management, therapietrouw bloeddrukverlagers, Boulimia nervosa	(Self-management via) SMS	Literatuur review	n.v.t.	n.v.t.	14 studies	Significant positieve gedragsveranderingen werden in 8 studies gevonden (Roken ¹ , Fysieke activiteit, Anti-obesitas gedragsmodificatie, Diabetes self-management ^{2,4,5,6} , Hypertensie self-management bij diabetes. Bij 5 studies vond men wel een positieve trend in gedragsverandering, dit was echter niet significant (Roken ² , Diabetes self-management ^{1,3} , Astma self-management, therapietrouw bloeddrukverlagers). Bij 1 studie werd geen verandering in gedrag aangetoond (Boulimia nervosa)	Ja (in de meeste gevallen wordt gedragsverandering bereikt)
Klooster et al. (2012) – ‘Gezond? Dat is als je je goed voelt.’ Een verkenning van de behoefte aan preventieve gezondheidszorg onder jongeren van 13 tot 19 jaar.	Gewicht, Psychische gezondheid en weerbaarheid	Alle	Vragenlijsten en focus-groepen	Nederland	13-19 jaar	176 (148 voor de vragenlijsten, 28 voor de focus-groepen)	Jongeren zijn het meest geïnteresseerd in informatie op maat. Het liefst krijgen ze de benodigde informatie van hun ouders en eventueel van vrienden en het liefst hebben jongeren face-to-face contact in een setting met geheimhoudingsplicht. Naar mate de jongere ouder wordt, wordt het gebruik van sociale media aantrekkelijker voor het delen van problemen. De school heeft een belangrijke signaleringsfunctie	Aanbevelingen: - ouders informeren over preventieve thema's - face-to-face contact en vertrouwens-basis - Informatie toegespitst op jongere - Signalering van problemen erg belangrijk

Analyse

In het artikel van Vyas et al. (2012) is onderzoek gedaan bij Latino's. De belangrijkste conclusie in dit onderzoek was dat het percentage telefoonbezitters en bezitters van social media accounts hoog was onder deze populatie, en dat om deze reden preventie via deze middelen erg doeltreffend zou kunnen zijn.

Het rapport van Klooster et al. (2012) spreekt het onderzoek van Vyas et al. (2012) over social media als middel voor preventie gedeeltelijk tegen. Hierin wordt aangegeven dat in de focusgroepen naar voren komt dat jongeren juist liever face-to-face contact hebben dan dat ze hun problemen delen via social media. Echter, naar mate de jongeren ouder worden is de bereidheid om problemen te delen via social media groter (Klooster et al., 2012). De leeftijdsgrens voor deze verandering in dit standpunt is niet weergegeven. Mogelijk heeft deze omslag al plaatsgevonden bij 15- en 16-jarigen, waardoor op basis van het artikel van Klooster et al. (2012) voor deze groep wel zou gelden dat sociale media als preventiemiddel effectief zou kunnen worden ingezet. Het gebruik van social media lijkt dus een veelbelovende methodiek voor het benaderen van adolescenten met een leeftijd van 15-16 jaar.

Een andere vorm van preventiecommunicatie waarbij interactie plaatsvindt is onderzocht door Weiss et al. (2010). In hun onderzoek worden schokkende beelden aan de doelpopulatie getoond. Het betreft door software gegenereerde beelden van hoe de participant van het onderzoek er uit zou zien na ongeveer 30 jaar roken, versus beelden van de participant na ongeveer 30 jaar wanneer zij niet zou roken. De intentie om te stoppen met roken was verhoogd bij veel van de rokende participanten. Daarnaast hadden de beelden een hoog motiverende impact op participanten die reeds bereid waren te stoppen met roken. Ook deze interactieve vorm van preventiecommunicatie lijkt effectief.

Minder effectief lijkt de eenzijdige preventiecommunicatie met geen of weinig interactie, zoals te zien is bij de studies van Erinosho et al. (2012) en Jung et al. (2010). Jung et al. (2010) concludeerden dat awarenessposters ineffectief waren voor het bieden van preventie. Daarentegen bleek uit de resultaten van het onderzoek dat patiënten die de poster hadden opgemerkt (50 procent) twee keer vaker informeerden naar de poster bij de arts. Echter, slechts 10% van deze vragen kwam, volgens de vragenlijst die aan de onderzoekspopulatie werd voorgelegd, door de poster.

In het onderzoek van Erinosho et al. (2010) kwam naar voren dat, ondanks de campagne, maar weinig mensen op de hoogte waren van de huidige standaarden voor inname van groente en fruit. In dit geval bleek deze vorm van communicatie ook ineffectief.

In grote lijnen lijken interventiemethodieken waarbij interactie plaatsvindt tussen de participant en de onderzoekers, zij het face-to-face of middels social media, een positiever effect te hebben op risicovermindering dan interventiemethodieken waarbij weinig tot geen interactie plaatsvindt. Met dit gegeven zal verder gewerkt worden in de zoektocht naar interventies die uitgevoerd kunnen worden door het adolescententeam.

4.3. Preventieve Interventies door het Adolescententeam

In dit hoofdstuk zal onderzocht worden of de vormen van benadering die effectief lijken te zijn en de tien categorieën van meest voorkomende gezondheidsproblemen en –risico’s samen (kunnen) komen in een preventiebeleid van reeds bestaande effectieve interventies. Dit zal worden onderzocht aan de hand van de deelvraag:

‘Welke bestaande interventies in Nederland passen bij de in deelvraag 1 en deelvraag 2 geïdentificeerde problemen en methodieken?’

Het is hierbij van belang dat de preventie past binnen het takenpakket van de JGZ van GGD Twente. Hiermee moet dus rekening worden gehouden bij het opstellen van het kader waar binnen gezocht is naar interventies.

Zoekstrategie

Er wordt reeds onderzoek gedaan naar verschillende evidence based preventiemiddelen en programma’s. Deze evidence based middelen worden bijgehouden in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJi (Nederlands Jeugdinstituut, z.j.). Vanwege de goede administratie ligt het voor de hand dat in deze databank gezocht is naar passende interventies. Dit is gebeurd aan de hand van verschillende zoekmethoden. Gezien de beperkte omvang van de databank van het NJI zijn er geen beperkende zoektermen gebruikt om passende effectieve interventies te vinden. Aan de hand van de lijst met tien meest voorkomende gezondheidsproblemen en -risico’s die spelen onder adolescenten is gezocht binnen de overeenkomende thema’s in de database.

De preventiemethode werd als een mogelijke preventieverlening door het adolescententeam beschouwd als de interventie voldeed aan de volgende criteria:

- de interventie is theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief of bewezen effectief
- de interventie past bij een van de problemen of risico’s die veel voorkomen
- de interventie richt zich op de leeftijdscategorie 15-16 jaar
- er is sprake van interactie tussen ontvanger en verlener, hetzij via social media of SMS, hetzij via face-to-face contact
- de interventie past binnen het basistakenpakket van de JGZ

Resultaten

Er is gepoogd om voor elk risico of elk gezondheidsprobleem een passende interventie te vinden die door, of met behulp van het adolescententeam uitgevoerd kan worden. Na het valideren van de artikelen op de gestelde criteria zijn 16 interventies gevonden. De interventies die zijn gevonden richten zich op overgewichtpreventie, preventie van overmatig alcoholgebruik, de seksuele gezondheid, geweld, delinquentie en opbouwend gedrag, psychische en sociale problemen en het gebruik van softdrugs. Voor preventie van somatische klachten, aandachtsproblemen en sociale problemen en harddrugs gebruik zijn geen interventies gevonden.

Somatische klachten is een breed onderwerp. Dit maakte het (bijna) onmogelijk om hiervoor een preventieve interventie te vinden. Voor het onderwerp roken, is wel een interventie gevonden, maar deze is niet opgenomen in het onderzoek vanwege de eerder gestelde criteria.

Indien de interventies niet voldeden aan de vijf criteria die eerder werden genoemd in de zoekstrategie, werden de interventies niet geïnccludeerd in het onderzoek. Op deze manier is de kans groter dat de interventie beter aansluit op de doelpopulatie en dat de interventie het beoogde doel bereikt, te weten het verlagen van de prevalentie van de meest voorkomende gezondheidsproblemen en –risico's. Daarnaast zijn interventies uit de resultaten gefilterd die worden toegepast in (semi-)residentiële settings. Het adolescententeam kijkt namelijk naar preventie in een bredere setting, waardoor interventies in een reguliere setting beter passen in het aanbod van het adolescententeam.

In onderstaande tabel (tabel 6) is een overzicht gemaakt van de 16 gevonden interventies. In deze tabel wordt een beschrijving gegeven van de volgende kenmerken:

- het domein, dat wil zeggen het risico of de aandoening waarop de interventie zich focust
- de globale inhoud en methode van de interventie
- de leeftijdscategorie waar de interventie zich op richt
- de mate van effectiviteit van de interventie, beoordeeld door het NJi
- de productgroep van het basistakenpakket van de JGZ waarbij de interventie past
- bijzonderheden van de interventie die belangrijk zijn bij de afweging van de implementatie van de interventie bij het adolescententeam, (kritische) noten over de interventie

Tabel 6 – Overzicht van de gevonden interventies die uitgeoefend kunnen worden door het adolescententeam

Naam interventie	Domein preventie	Methode	Leeftijdscategorie	Effectiviteit NJI	Taak voor adolescententeam (productgroep)	Bijzonderheden
B-Fit	Overgewicht	Op schoolniveau een meerderjarig preventieplan toepassen, bestaande uit verschillende interventies in een 'menukaart'	2-18 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	Oorspronkelijk lag de coördinatie van de interventie bij de Gelderse Sport Federatie (GSF). In Twente kan deze rol overgenomen worden door het adolescententeam.
De Gezonde Schoolkantine	Overgewicht	Minder ongezonde dingen en meer gezond eten aanbieden op middelbare scholen	12-18	Theoretisch goed onderbouwd	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	Deze interventie is ook geïmplementeerd in het B-Fit programma. Indien wordt gekozen voor het aanbieden van B-Fit is deze interventie overbodig
Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht	Overgewicht	Opsporing door middel van het landelijk signaleringsprotocol, vervolgens maximaal 4 consulten met adolescent zelf	2-18	Theoretisch goed onderbouwd	1; monitoring en signalering	De opsporing van overgewicht gebeurt aan de hand van het landelijk signaleringsprotocol. Dit gebeurt los van het adolescententeam, waardoor het adolescententeam niet specifiek voor deze interventie nodig is

RealFit	Overgewicht	De interventie bestaat uit een cursus van 12 weken. Werving gebeurt middels flyers en brochures	13-18	Theoretisch goed onderbouwd	4; Voorlichting, advies, instructie en begeleiding	De interventie vindt is niet gekoppeld aan de middelbare school. Werving van participanten gebeurt door flyers en brochures.
Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek	Alcoholgebruik	Interventie bestaande uit meerdere activiteiten, in de vorm van regels, handhaving en voorlichting	10-18	Theoretisch goed onderbouwd	4 & 6; Voorlichting, advies, instructie en begeleiding en Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	-
Girls' Talk	Seksuele gezondheid	Intensief counselprogramma voor meiden van het VMBO	14-18	Theoretisch goed onderbouwd	4; Voorlichting, advies, instructie en begeleiding	-
Lang Leve de Liefde 3	Seksuele gezondheid	Lessen met proefwerk	14-15	Theoretisch goed onderbouwd	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	De lessen worden in deze interventie gegeven aan klas 2 en 3 van de middelbare school. Mogelijk kan de interventie, met aanpassingen, doorgevoerd worden naar klas 3 en 4, waardoor de leeftijdscategorie bereikt wordt die het adolescententeam voor ogen heeft

ART Agression Replacement Training	Geweld	Trainingen die jongeren leren omgaan met hun agressie en hun denken en handelen hierin aanpassen	12-23	Theoretisch goed onderbouwd	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	De werving van de participanten voor deze interventie is onbekend. Hierdoor ontbreekt het inzicht of de interventie past bij de beoogde doelgroep van het adolescententeam
Leefstijl	Geweld, delinquentie en ander anti-sociaal gedrag	Lessenseries die het sociale gedrag van leerlingen versterken	4-18	Theoretisch goed onderbouwd	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	-
Rots & Water (R&W)	Geweld en grensoverschrijdend gedrag	Groepslessen om jongeren te begeleiden en te sturen in hun sociaal-emotionele en mentale ontwikkeling	9-18	Theoretisch goed onderbouwd	4 & 6; Voorlichting, advies, instructie en begeleiding en Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	Het programma is uitsluitend aangepast op jongens, waardoor meisjes buiten de doelgroep van deze interventie vallen. Mogelijk kan door middel van aanpassingen van het programma de doelgroep meisjes ook met deze interventie worden benaderd
De Dappere Kat	Angststoornissen	Een gedragstherapeutisch programma in 12 sessies	8-18	Bewezen effectief	1; monitoring en signalering	-

Gezins-CGT	Angststoornissen	Interventie in therapievorm met kind en het (hele) gezin, inclusief huiswerk	8-18	Theoretisch goed onderbouwd	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	-
Head Up	Depressieve klachten	Groeps cursus waarin de participanten leren negatieve denkpatronen te achterhalen	13-17	Theoretisch goed onderbouwd	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	Gebaseerd op verschillende andere interventies, waaronder ook 'Stemmingmakerij'
VRIENDEN	Depressieve klachten en angststoornissen	In preventieve variant een lessenreeks door docenten	7-16	Theoretisch goed onderbouwd	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	Naast het behandelen van depressieve klachten en angststoornissen kan de interventie ook dienen als preventieve interventie op scholen
Stemmingmake-rij	Verhoogd niveau van depressieve klachten	Cursus met een preventief karakter; symptomen verminderen en stoornissen opheffen	15-19	Waarschijnlijk effectief	6; Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking	De interventie is bedoeld voor jongeren die reeds last hebben van (een verhoogd niveau van) depressieve klachten. De interventie valt dus onder secundaire preventie. Primaire preventie zou nog wenselijker zijn.

De Canabisshow	Cannabisgebruik	Eenmalig peer educatie programma	12-25	Theoretisch goed onderbouwd	4; Voorlichting, advies, instructie en begeleiding	Op dit moment wordt de interventie toegepast op het speciaal onderwijs in Amsterdam en uitgevoerd door het Cannabis Intelligence Amsterdam. Met wat aanpassingen zou de interventie mogelijk overgenomen kunnen worden en aangeboden kunnen worden aan adolescenten van 15-16 jaar op een reguliere school in Twente.
-----------------------	-----------------	-------------------------------------	-------	-----------------------------------	---	---

Analyse

Het B-Fit programma is een interventie die is samengesteld uit verschillende activiteiten. Één van deze activiteiten is de interventie ‘De Gezonde Schoolkantine’. Het zou onnodig zijn om beide interventies tegelijkertijd toe te passen op dezelfde populatie. Wanneer dus gekozen wordt voor het B-Fit programma, kan het interventieprogramma ‘De Gezonde Schoolkantine’ achterwege gelaten worden bij dezelfde doelgroep. Daarnaast verdient B-Fit de voorkeur, vanwege het uitgebreidere programma. Dit geldt ook voor andere domeinen waar meerdere interventies vergelijkbaar zijn of zich richten op dezelfde doelgroep. Deze interventies zijn:

- ‘Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht’ en ‘RealFit’, gericht op overgewicht,
- ‘Rots & Water (R&W)’ en ‘Leefstijl’, gericht op geweld en grensoverschrijdend gedrag,
- ‘Stemmingmakerij’ en ‘Head Up’, gericht op depressieve klachten.

Ook bij deze interventies kan een keuze worden gemaakt voor het toepassen van één van beide interventies.

Het programma ‘Lang Leve de Liefde 3’ is oorspronkelijk gericht op klas 2 of 3 van het VMBO van de middelbare school. Klas 2 valt echter buiten de beoogde doelgroep van het adolescententeam. In dit geval zou de interventie aan klas 3 aangeboden kunnen worden, zodat de interventie past bij de leeftijdscategorie waarvoor het adolescententeam bedoeld is.

In de conclusie wordt uiteindelijk gekomen tot een samenstelling van verschillende preventieve interventies die toegepast kunnen worden door het adolescententeam.

5. Conclusie

Voor verschillende gezondheidsproblemen of –risico's zijn meerdere interventies gevonden. Er is van deze interventies slechts één per risico of aandoening geselecteerd die aangeboden zou kunnen worden door het adolescententeam. De interventies die uiteindelijk geselecteerd zijn voor het preventiebeleid zijn gekozen vanwege de betere toepasbaarheid door het adolescententeam, een beter bewezen effectiviteit van de interventie of het beter passen bij de beoogde doelgroep.

Op basis van de criteria die eerder gesteld zijn, lijken de volgende interventiemethoden het meest geschikt voor een toepassing door het adolescententeam:

1. Voor preventie van overgewicht lijkt het B-fit programma het meest geëigend. Deze interventie is veelomvattend en bevat meerdere activiteiten die binnen een school als standaard geïmplementeerd kunnen worden. Hierdoor is de interventie laagdrempelig voor een grote doelgroep.
2. Voor het matigen van alcoholgebruik van de doelgroep kan gekozen worden voor de interventie 'Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek'. Ook deze interventie omvat meerdere activiteiten die op verschillende plaatsen als standaard ingesteld kunnen worden. Op deze manier wordt wederom een grote groep jongeren bereikt. Het voordeel van deze interventie is dat de interventie niet slechts toegepast wordt op scholen, maar ook op plaatsen waar jongeren veel samenkomen en waar alcohol een rol speelt.
3. Voor de preventie van onveilige geslachtsgemeenschap lijkt de interventie 'Lang Leve de Liefde 3' van toepassing. Deze interventie is, in tegenstelling tot 'Girls' Talk', gericht op jongens en meisjes en daardoor bestemd voor een breder publiek. Daarnaast kan de interventie aangeboden worden tijdens lessen op school en wederom geïmplementeerd worden als een vast onderdeel van een lessenreeks. 'Girls' Talk' vindt daarentegen plaats buiten de lestijden, wat de interventie minder laagdrempelig maakt dan 'Lang Leve de Liefde 3'.
4. 'Rots & Water' als interventie lijkt het meest aangewezen bij het tegengaan van agressie en ongewenst gedrag. 'Rots & Water' heeft als voordeel dat het een primair preventief karakter heeft en wordt toegepast bij jongens die problemen ondervinden bij hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Met deze interventie kan het aantal gevallen van geweld gereduceerd worden voordat het zich daadwerkelijk toont.
5. Voor de preventie van depressieve klachten en angststoornissen kan er gebruik gemaakt worden van de interventie 'VRIENDEN'. Er is voor deze aanpak gekozen omdat de interventie het karakter kan hebben van primaire preventie. Daarnaast kan de interventie uitgevoerd worden op scholen, als onderdeel van bijvoorbeeld mentoruren. Dit maakt de interventie zeer laagdrempelig.

6. Omdat de NJi de interventie als bewezen effectief aangemerkt heeft, is de interventie 'De Dappere Kat' goed toepasbaar op adolescenten die reeds last hebben van angststoornissen. Bij deze interventie zou het adolescententeam kunnen bijdragen in de signalering, waarop de adolescent doorverwezen zou kunnen worden voor de interventie.
7. Tenslotte is er een eenmalige interventie tegen cannabisgebruik van adolescenten. Dit is in de vorm van 'De Cannabisshow', die oorspronkelijk werd uitgevoerd door de Cannabis Intelligence Amsterdam, ten behoeve van jongeren in het speciaal onderwijs. Met aanpassingen zou deze interventie mogelijk ook geschikt kunnen zijn voor 15-16 jarigen van het VMBO, met name vanwege de laagdrempeligheid.

Veel van deze interventies hebben een primair preventief karakter. Dit is te zien bij interventies als 'B-fit' en 'Lang Leve de Liefde 3'. De rol van het adolescententeam hierbij is het aanbieden, verspreiden en coördineren van deze interventies, en het faciliteren van de uitvoerenden. Deze activiteiten passen met name binnen productgroep 6, te weten: Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking. Naast deze rol kan het adolescententeam ook een signalerend karakter hebben. Dit geldt voor de interventies 'Dappere Kat' en 'Rots & Water'. Deze activiteit past binnen productgroep 1: monitoring en signalering.

6. Discussie

Uit de resultaten kwamen 7 interventies naar voren die toegepast zouden kunnen worden door het adolescententeam. Deze interventies zijn geselecteerd na een proces waarin gekeken is welke gezondheidsproblemen en –risico's aangepakt dienen te worden en met welke methodiek adolescenten benaderd zouden kunnen worden voor preventieve zorg. Hierdoor kon tot zorgvuldig geselecteerde interventies gekomen worden in de derde deelvraag, met een theoretische basis vanuit het literatuuronderzoek.

Voor het trekken van deze conclusies in de eerste en tweede deelvraag liggen echter maar weinig artikelen ten grondslag. Een uitgebreider literatuuronderzoek zou kunnen resulteren in een hogere validiteit van de resultaten.

De onderzoeken die zijn geïnccludeerd ten behoeve van gezondheidsproblemen en –risico's verschillen in relevantie, gelet op de doelstelling van dit literatuuronderzoek.

Het literatuuronderzoek is gefocust op jongeren in Twente, met een leeftijd van 15-16 jaar en het opleidingsniveau VMBO. Er is weinig onderzoek gepubliceerd waarin aan al deze criteria wordt voldaan. Het onderzoek dat de meeste overeenkomsten met deze criteria heeft is het E-MOVO onderzoek van GGD Twente (2011). Om meer studies te includeren zijn de criteria aangepast. Er van uit gaande dat de Twentse populatie weinig verschilt van de populatie van de rest van Nederland, is het criterium '*Twentse adolescenten*' vervallen.

De criteria 'opleidingsniveau' en 'sociaaleconomische status' waren tevens lastig te hanteren bij het zoeken naar artikelen over gezondheidsproblemen en –risico's. Niet alle onderzoeken maakten hier onderscheid in. Over het algemeen was de conclusie bij de onderzoeken waar dit wel aan de orde was, dat adolescenten met een lage sociaaleconomische status of een laag opleidingsniveau aan meer gezondheidsrisico's werden blootgesteld en meer gezondheidsproblemen hadden dan adolescenten van een zelfde leeftijd met een hogere opleiding of sociaaleconomische status.

Onderzoeken waarbij geen onderscheid is gemaakt in dit criterium, zullen hierdoor onzuiverdere prevalentiepercentages laten zien door includering van een meer heterogene populatie dan onderzoeken waarbij dit wel is gedaan. Door deze onzuivere percentages daalt de relevantie van de onderzoeken waarbij geen onderscheid is gemaakt in sociaaleconomische status of opleidingsniveau.

In dit literatuuronderzoek is veel waarde toegekend aan het leeftijdscriterium 15-16 jaar. De problematiek van 12-jarigen kan namelijk erg verschillen van die van adolescenten van 15-16 jaar. Niet alle gevonden onderzoeken voldeden aan dit criterium, ondanks dat zo veel mogelijk de definitie van adolescenten van Brysbaert is aangehouden. Waar in de studie van Amone-P'Olak et al. (2009) de gemiddelde leeftijd van de groepen respectievelijk 11,1 en 13,6 jaar is, is er in de studies van Currie et al., (2012), GGD Twente (2011) en Harakeh et al. (2012) een leeftijd aangehouden van 15 en/of 16

jaar. Ook de Looze et al. (2012) wijken af van deze leeftijd, met een onderzoekspopulatie in de leeftijd van 12 tot 16 jaar. Dit maakt dat de prevalenties van gezondheidsproblemen en –risico's voor de beoogde leeftijdscategorie kan afwijken van de gevonden percentages. Dit maakt het resultaat van de eerste deelvraag mogelijk minder valide.

In de eerste deelvraag is een tiental categorieën gezondheidsproblemen en –risico's naar voren gekomen. Deze categorieën zijn gerangschikt van meest voorkomend naar minst voorkomend. Het belang dat echter wordt gehecht aan het bestrijden van de risico's zal verschillen per categorie van risico's of gezondheidsproblemen. Zo kan de impact en ziektelast van psychosociale problemen veel groter zijn dan het niet voldoen aan de bewegingsnorm, terwijl de prevalentie van psychosociale problemen lager kan zijn in de frequentie van optreden dan risico's die te maken hebben met gezond eten, overgewicht en obesitas. Dit heeft Geoffrey Rose beschreven in *Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease* in 1981. Het kan dus belangrijk zijn om te kijken in welke categorie de meeste gezondheidswinst behaald kan worden, om vervolgens hierop in te spelen aan de hand van preventie. Dit kan worden gedaan in eventueel vervolgonderzoek.

De geïncludeerde studies met betrekking tot methodieken voor preventieve zorgverlening zijn uitgevoerd in verschillende onderzoekspopulaties. Er is in deze vergelijking minder rekening gehouden met verschillende leeftijdscategorieën, een realistische afspiegeling van de bevolking of de algemene toepasbaarheid van de interventies. Hierdoor kan het zijn dat benaderingen die effectief zijn bij één risico, minder effectief kunnen zijn bij een ander risico en vice versa. Dit verschil is goed te zien in het onderzoek van Fjeldsoe et al. (2009), waarbij in één aandoening, *Boulimia Nervosa*, in het geheel geen gedragsverandering behaald werd door middel van de door hen onderzochte methodiek, te weten een self-management interventie via SMS. De zelfde methodiek had bij andere aandoeningen wel gewenste resultaten.

Daarnaast is geen rekening gehouden met absolute cijfers over prevalentieverlaging van risico's of aandoeningen waarop de awareness posters van Jung et al. (2010) en de campagnes van Erinosho et al. (2012) zijn gericht. Over het effect van deze methodieken kunnen om deze reden geen zekere conclusies worden getrokken. De studie van Erinosho et al. (2012) heeft echter als conclusie dat zeer weinig mensen op de hoogte waren van de lopende campagne voor promotie van voldoende inname van groente en fruit. Daarnaast wist 94% van de participanten ook niet de juiste inname van groente en fruit die door de huidige campagne werd gepromoot. De inname die door de vorige campagne werd gepromoot was tevens bij slechts 30% bekend. Het bewustzijn van gezond gedrag dat werd gepromoot door de campagne was dus niet groot. Men kan dan ook in twijfel trekken of de campagne wel gewenste resultaten heeft behaald. De resultaten die een dergelijke methodiek in dit geval boekt, zijn moeilijk vast te stellen. De effectiviteit van deze methodiek is daarom in twijfel te trekken.

In het artikel van Vyas et al. (2012) is onderzoek gedaan bij Latino's. De belangrijkste conclusie in dit onderzoek was dat het percentage telefoonbezitters en bezitters van social media accounts hoog was onder deze populatie, en dat om deze reden preventie via deze middelen erg doeltreffend zou kunnen zijn. Aangezien dit onderzoek onder Latino's is gehouden, generaliseert dit niet noodzakelijk met dezelfde percentages naar andere populaties, bijvoorbeeld het onderwerp van deze literatuurstudie. Hoewel er geen data gevonden zijn over het social media gebruik onder Twentse adolescenten, lijkt het een veelbelovende methodiek.

In de derde deelvraag was één van de criteria die gesteld werden voor de inclusie van interventies: 'de interventie is theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief of bewezen effectief'. Dit criterium geeft echter geen zekerheid dat de toepassing van de opgenomen interventies door het adolescententeam onder deze omstandigheden het gewenste resultaat boekt.

Een ander criterium dat in deze deelvraag is gesteld, is dat de interventie moet passen binnen het basistakenpakket van de JGZ. De beoordeling van de interventies op dit criterium is echter niet op een wetenschappelijke wijze gebeurd, en de taken van de JGZ zijn in sommige gevallen slecht afgebakend. Hierdoor zou het kunnen voorkomen dat een interventie die in dit onderzoek is opgenomen, niet op enige wijze toepasbaar blijkt door het adolescententeam.

In de conclusie is gekozen voor een toepassing van een variant van de interventie 'Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek'. Deze interventie is gebaseerd op de jeugd in de Achterhoek. De mogelijkheid bestaat dat de interventie minder effectief is in Twente, of niet geheel aansluit bij de jeugd in Twente.

Aanbevelingen

Geoffrey Rose schreef in 1981 over de 'Prevention Paradox'. Hierover zei hij dat wanneer een grote bevolking preventie wordt geboden voor een zeer klein risico, de voordelen in zijn totaliteit voor de gehele bevolking groot kunnen zijn. Een interventie die daarentegen veel voordeel geeft op een zeer kleine populatie, kan uiteindelijk minder impact hebben op de gehele bevolking dan een preventie voor een klein risico op een zeer grote groep (Rose, 1981). Hiermee gaf Rose aan dat preventie op verschillende niveaus, universeel, selectief of geïndiceerd, allemaal verschillende effecten kunnen hebben in termen van gezondheidswinst in een bevolking. Zonder absolute onderzoekscijfers over de gezondheidswinst is het lastig om interventies op verschillende niveaus te vergelijken op het resultaat. Dit is dan ook niet meegenomen in het vergelijken van verschillende interventies of methodieken voor het benaderen van adolescenten, maar kan zeker relevant zijn voor een uiteindelijke keuze voor een bepaalde methodiek of het bieden van preventie voor een bepaald gezondheidsprobleem.

Naast de gezondheidswinst is het ook van belang om kosten te betrekken bij het opnemen van interventies in een preventiebeleid. Bij de uiteindelijke selectie van de interventies is geen rekening gehouden met de kosten van de interventies. Hierdoor zijn de interventies niet per definitie allemaal toepasbaar door het adolescententeam. In een vervolgstudie zou gekeken kunnen worden welke van de interventies van tabel 6 het meest kosteneffectief zijn en aan de hand hiervan de voorkeur verdienen als interventie door het adolescententeam. In het kader van kostenbesparingen zou verder onderzoek naar de kosteneffectiviteit gewenst kunnen zijn

7. Bronnenlijst

Amone-P'Olak, K., Burger, H., Ormel, J., Huisman, M., & Verhulst, F. (2009). Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early-adolescents - The TRAILS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 231–238.

Centrum Jeugd & Gezin Maasland. (z.j.). *Ontwikkeling 12-18 jaar*. Opgeroepen op augustus 8, 2012, van Centrum Jeugd & Gezin: <http://www.centrumjeugdengazin-maasland.nl/ontwikkeling-12-18.html>

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., et al. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen, Denemarken: World Health Organization - regional office for Europe.

de Looze, M., Harakeh, Z., van Dorsselaer, S., Raaijmakers, Q., Vollebergh, W., & ter Bogt, T. (2012). Explaining educational differences in adolescent substance use and early sexual debut: The role of parents and peers. *Journal of Adolescence* , 1035–1044.

Erinosho, T., Moser, R., Ohd, A., Nebeling, L.C., & Yaroach, A. (2012). Awareness of the Fruits and Veggies—More Matters campaign, knowledge of the fruit and vegetable recommendation, and fruit and vegetable intake of adults in the 2007 Food Attitudes and Behaviors (FAB) Survey. *Appetite* , 155-160.

Fjeldsoe, B., Marshall, A., & Miller, Y. (2009). Behavior Change Interventions Delivered by Mobile Telephone Short-Message Service. *American Journal of Preventive Medicine* , 165-173.

GGD Nederland. (sd). *Organisatie*. Opgeroepen op februari 24, 2013, van GGD Nederland: <http://www.ggd.nl/over-ggd-nederland/organisatie/>

GGD Twente. (2012, juni 1). *Contactmomenten Jeugdgezondheidszorg 0-19*. Opgeroepen op mei 27, 2013, van GGD Twente: http://ggdntwente.nl/images/stories/ik_zoek_informatie_over/jeugdgezondheidszorg/120601_Overzicht_contactmomenten_JGZ.pdf

GGD Twente. (2011). *E-MOVO 2011: gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren in Twente*. Enschede.

GGD Twente. (2011). *E-MOVO 2011: gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren in Twente*. Enschede: GGD Twente.

GGD Twente. (2011). *Jeugdgezondheidszorg - Algemeen*. Opgeroepen op mei 20, 2012, van GGD Twente: <http://ggdntwente.nl/jeugdgezondheidszorg>

Harakeh, Z., de Looze, M., Schrijvers, C., van Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2012). Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: The HBSC study. *Public Health* , 566-573.

- Holland, P., Berney, L., Blane, D., & Smith, G. D. (2000). *Life course influences on health in early old age*. Lancaster: Lancaster University.
- Jung, G., Senthilselvan, A., & T.G., S. (2010). Ineffectiveness of sun awareness posters in dermatology clinics. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* , 697–703.
- Klooster, E., Hendix, L., & Kulkens, M. (2012). *‘Gezond? Dat is als je je goed voelt.’ Een verkenning van de behoefte aan preventieve gezondheidszorg onder jongeren van 13 tot 19 jaar*. Utrecht: NJI.
- Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. (2011). *Incidentie- en prevalentiecijfers in de huisartsenpraktijk*. Opgeroepen op februari 18, 2013, van NIVEL: <http://www.nivel.nl/incidentie-en-prevalentiecijfers-in-de-huisartsenpraktijk>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2002). *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 Jaar*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Möhle, M., & van Katwijk, P. (2011). *Veelvoorkomende problemen bij jeugdigen*. Gouda: JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding.
- Mulder, M. (. (2013). GGD-regio's 2013. In M. Mulder, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven.
- Mulder, M. (2013, maart 28). *GGD-regio's 2013*. Opgehaald van Nationale Atlas Volksgezondheid: <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/gebiedsindelingen-en-topografie/gebiedsindelingen/ggd-regio-s/>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2012, juni 14). *Wat is de omvang van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?* Opgehaald van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://nationaalkompas.nl/bevolking/segv/huidig/>
- Nederlands Jeugdinstituut. (sd). *Databank Effectieve Jeugdinterventies*. Opgeroepen op april 19, 2013, van Nederlands Jeugdinstituut: <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html>
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. (2012, maart 14). *Wetsvoorstel adolescentenstrafrecht - Een gemiste kans*. Opgeroepen op augustus 9, 2012, van Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming: <http://www.rsj.nl/actueel/persberichten/adolescentenstrafrecht.aspx?cp=60&cs=385>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2009). *Advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar*.
- Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* , 1847-1851.
- Schippers, E., & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M. (2012, juni 25). Extra middelen bestrijding overgewicht bij kinderen. Den Haag.
- Skipr. (2012, juni 25). *Alle pubers op gesprek bij arts*. Opgeroepen op juli 2, 2012, van Skipr: <http://www.skipr.nl/actueel/id11387-alle-pubers-op-gesprek-bij-arts.html>

ter Borgt, T., Busch, M., van Dorsselaer, S., Eysink, P., van Gageldonk, A., Gommer, M., et al. (2008). *Spelen met gezondheid - Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Trimbos Instituut. (2013, februari 14). *Wat is preventie?* Opgeroepen op mei 27, 2013, van Trimbos: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/wat-is-preventie>

Vyas, A., Landry, M., Schnider, M., Rojas, A., & Wood, S. (2012). Public Health Interventions: Reaching Latino Adolescents via Short Message Service and Social Media. *Journal of Medical Internet Research* .

Weiss, C., Hanebuth, D., Coda, P., Dratva, J., Heintz, M., & Zemp Stutz, E. (2010). Aging Images as a Motivational Trigger for Smoking Cessation in Young Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health* , 3499-3512.

World Health Organization. (2012). *Adolescent Health*. Opgeroepen op augustus 2, 2012, van World Health Organization: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

World Health Organization. (2012). *Adolescent Health*. Opgeroepen op augustus 2, 2012, van World Health Organization: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

Bijlagen

1. Contactmomenten JGZ

Bron: GGD Twente (2012). *Contactmomenten Jeugdgezondheidszorg 0-19*.

Contactmomenten	Disciplines	Vaccinaties
Contactmoment 2 ^e week (huisbezoek na de bevalling)	Verpleegkundige	
Contactmoment 4 ^e week	Arts	
Contactmoment 8 ^e week	Verpleegkundige	DKTP - Hib - HepB Pneumokokken
Contactmoment 3 maanden	Arts	DKTP - Hib - HepB Pneumokokken
Contactmoment 4 maanden	Verpleegkundige	DKTP - Hib - HepB Pneumokokken
Contactmoment 6 maanden	Arts	
Contactmoment 7,5 maanden (eventueel)	Verpleegkundige	
Contactmoment 9 maanden	Arts	
Contactmoment 11 maanden	Verpleegkundige	DKTP - Hib - HepB Pneumokokken
Contactmoment 14 maanden	Arts	BMR M en C
Contactmoment 18 maanden	Verpleegkundige	
Contactmoment 2 jaar	Arts	
Contactmoment 3 jaar	Arts	
Contactmoment 3.9 jaar	Verpleegkundige	DKTP
Contactmoment 5 jaar of groep 2 basisonderwijs	Doktersassistente	
Contactmoment 9 jaar		DTP BMR
Contactmoment 10 jaar of groep 7 basisonderwijs	Doktersassistente	
Bij de leeftijd vanaf 12 jaar voor meisjes		HPV
Contactmoment 13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs	Doktersassistente/ verpleegkundige	

2. Reflectieverslag

Één van de richtlijnen voor het doen van een bacheloropdracht binnen het bachelorprogramma van Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente, is het uitvoeren van de opdracht in groepen van twee tot vier personen. In tegenstelling tot deze richtlijnen heb ik deze opdracht zonder de hulp van studiegenoten uitgevoerd, er rekening mee houdend dat dit een grotere studielast met zich mee zou brengen, maar waar ik veel uit zou kunnen leren. In de voorbereiding hierop had ik dan ook verschillende leerdoelen opgesteld:

- Het vergroten van het zelfstandig werken
- Het leren doen van onderzoek in een wetenschappelijke setting
- Het leren omgaan met lastige vraagstukken en het nemen van beslissingen hierin
- Het kennis maken met de onderzoeksmethode voor toekomstig gebruik
- Het verkrijgen van inzicht in een gezondheidsorganisatie

Al deze leerdoelen zal ik kort gaan behandelen in de volgende paragrafen. Naast deze leerdoelen zullen ook mijn vaardigheden in projectmanaging naar voren komen in aparte paragrafen.

Zelfstandig werken

In het verleden heb ik verschillende opdrachten moeten uitvoeren en verslagen moeten maken in het kader van mijn studie. Vaak, als het er op aan kwam, ging groepswork vóór het zelfstandige werk en werd het zelfstandige werk pas op het laatste moment volbracht. Met het uitvoeren van het bacheloronderzoek heb ik het op gezette tijden dan ook erg moeilijk gehad. Naast de opdracht dienden verschillende vakken van het curriculum gehaald te worden en werd de bacheloropdracht te snel opzij geschoven. Dit vergrootte de werkdruk aanzienlijk, maar er vond te weinig afronding plaats. Dit resulteerde in een steeds toenemende uitloop van het voltooien van de bacheloropdracht. Uiteindelijk heb ik doorzettingsvermogen getoond in de afrondende fase, waardoor de voltooiing in een lichte stroomversnelling raakte. Dit had ik niet kunnen volbrengen zonder steun van de begeleiders die hielpen met het plannen van deadlines waarop grote delen van het onderzoek afgerond dienden te zijn. Op dit punt heb ik naar mijn inzicht de grootste lering getrokken, namelijk dat zonder hard werken en inzet de belangrijke en grote taken nooit voltooid kunnen worden en dat dit als een continue last meegedragen wordt.

Het doen van onderzoek

In theorie ben ik voor verschillende vakken bezig geweest met het opzetten van onderzoek. Slechts in één vak heb ik in groepsverband een klein onderzoek moeten uitvoeren. Hierdoor was mijn ervaring met- en kennis over het doen van onderzoek zeer beperkt. Dit werd direct duidelijk toen ik zou beginnen met het doen van het literatuur onderzoek, behorende bij deze opdracht. De vordering van

het onderzoek verliep traag doordat ik onbekend was met verschillende onderzoeksmethodes en ook was de manier van de opbouw van een literatuuronderzoek mij onbekend. Uiteindelijk heb ik hierover veel geleerd. Wanneer ik in de toekomst opnieuw literatuur onderzoek zal doen, zal mij dit sneller en gemakkelijker afgaan, mede door het gebruik van MESH-termen in Pubmed, waarmee ik nog niet vaardig was.

Omgaan met vraagstukken

Wanneer je onderzoek doet zonder de hulp van studiegenoten, dient de besluitvorming ook alleen gedaan te worden. Gelukkig kreeg ik in de grote lijnen van het onderzoek hierbij hulp van mijn begeleiders. Toch heb ik hiervan veel geleerd, met name door de kleine afwegingen die gemaakt dienden te worden zoals gebeurde bij de reorganisatie van het uiteindelijke verslag. Hierbij leerde ik uiteindelijk ook niet te perfectionistisch te zijn en niet te blijven hangen in de kleine details van het verslag. Dit vergrootte tevens het werktempo, waardoor ik in de toekomst met meer efficiëntie mijn verslagen zal kunnen afronden.

Kennismaking met de onderzoeksmethode

Doordat ik voorheen weinig ervaring had met het doen van onderzoek, had ik tot nu toe geen voorkeur kunnen ontwikkelen voor onderzoeksmethoden bij het doen van onderzoek. Het uitvoeren van dit literatuuronderzoek heeft mij er van overtuigd dat bij een volgend onderzoek een meer experimenteel onderzoek de voorkeur verdient boven een louter theoretisch onderzoek. Als ik dit onderzoek opnieuw zou mogen uitvoeren had ik de dataverzameling tevens op een andere manier aangepakt, zoals het gebruik maken van focusgroepen. Op deze manier vindt er meer afwisseling plaats binnen het uitvoeren van het onderzoek, wat het doen van het onderzoek minder eentonig maakt.

Inzicht in gezondheidsorganisaties

Voor ik dit onderzoek startte had ik nog geen beeld ontwikkeld van de GGD en hoe deze organisatie in elkaar steekt. Nu heb ik meer inzicht gekregen in het soort organisatie en de veelzijdigheid van taken van de GGD. Met het oog op het vinden van werk in de toekomst is het belangrijk om inzicht te hebben in het functioneren van verschillende organisaties binnen de gezondheidszorg. Deze bacheloropdracht heeft mij de kans geboden om nader kennis te maken met de GGD als gezondheidsorganisatie en haar werkzaamheden.

Projectmanagement

Toen ik startte met de opdracht werd al vrij snel duidelijk dat ik grotendeels vrijgelaten werd bij de afbakening en invulling van de opdracht. Het was binnen de GGD niet duidelijk wat ze precies van de bacheloropdracht verwachtten en wat allemaal onderzocht moest worden alvorens een conclusie getrokken kon worden voor hun vraagstuk. Dit maakte het lastig om in te schatten hoe omvattend de opdracht zou worden, wat gaandeweg het proces steeds duidelijker werd. Het overleg dat ik hierover meerdere malen heb gevoerd met mijn begeleiders en de onduidelijkheden die gaandeweg ontstonden kostten veel tijd en het maken van een realistische planning werd hierdoor bemoeilijkt.

Dit was echter niet het enige punt dat er voor zorgde dat de planning steeds verder uit liep. Doordat ik de werkzaamheden steeds verder voor mij uit schoof daalde de motivatie om weer aan het werk te gaan om de stukken af te ronden. Dit resulteerde uiteindelijk in een behoorlijke uitloop op de oorspronkelijke planning.

Dit bij elkaar heeft mij doen realiseren dat het van groot belang is om aan het begin van een onderzoek een duidelijk beeld te hebben van de opdracht en de afbakening zo vroeg mogelijk in het proces vast te stellen. Vervolgens dient een duidelijke, en bovenal realistische planning gemaakt te worden om een structuur en een werkritme aan te brengen in de uitvoering van de opdracht. Wanneer dit beiden goed in elkaar zit zal het proces van de uitvoering van de opdracht veel makkelijker verlopen dan dat het geval was binnen deze bacheloropdracht.