

Leefstijl en psychosociale gezondheid bij adolescenten

EEN EXTRA CONTACTMOMENT IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Lotte van Steijn, Andrea F. de Winter en S.A. (Menno) Reijneveld

- DOEL** Kennis verwerven over de aard, het vóórkomen en de opstapeling van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen bij adolescenten, en over mogelijke interventies die daarop gericht zijn.
- OPZET** Analyse van dwarsdoorsnedes uit een cohortonderzoek, en literatuuronderzoek.
- METHODE** Met gegevens uit het prospectieve 'Tracking adolescents' individual lifes' survey' (TRAILS)-onderzoek (n = 2230) berekenden we de prevalenties van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen op de leeftijd van 13 en 16 jaar. In systematische reviews zochten we naar effectieve preventieve interventies.
- RESULTATEN** Risicogedragingen kwamen veel voor bij adolescenten, zoals onvoldoende consumptie van fruit en groente, en niet ontbijten. Bij 13-jarigen was de prevalentie van overgewicht 11,0%; deze steeg naar 15,0% bij 16-jarigen. Het percentage jongeren dat ooit had gerookt steeg van 36,3 naar 55,7, en het percentage jongeren dat ooit alcohol had gedronken nam toe van 74,0 naar 92,3. De meeste prevalenties van risicogedragingen waren hoger bij jongeren die een lager onderwijsniveau volgden en bij jongeren van wie beide ouders lager waren opgeleid. Deze adolescenten hadden ook vaker ≥ 5 risicogedragingen of psychosociale problemen. De prevalentie van depressieve klachten steeg van 5,5% bij 13-jarigen naar 8,4% bij 16-jarigen. Het literatuuronderzoek toonde dat vooral collectieve, al dan niet meervoudige interventies effectief kunnen zijn in de preventie van een risicovolle leefstijl en overgewicht. Voor psychosociale problemen was zowel geïndiceerde preventie als collectieve preventie effectief.
- CONCLUSIE** In de adolescentie nemen de prevalentie en opstapeling van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen toe. De risico's hierop zijn groter bij jongeren die een lager onderwijsniveau volgen; bij deze groep is goede monitoring extra belangrijk.

De jeugdgezondheidszorg (jgz) heeft in Nederland de taak de ontwikkeling van kinderen te volgen en te bevorderen. Hierdoor heeft de jgz contact met bijna alle kinderen. Tot 2013 was het contactmoment in de tweede klas van het voortgezet onderwijs het laatste reguliere contactmoment binnen de jgz.

Vanaf 2013 heeft de jgz het 'Extra contactmoment adolescenten' voor 16-jarigen. Het doel van dit contactmoment is het bevorderen van gezond gedrag en van de gezondheid van adolescenten, om zo hun kansen te vergroten op maatschappelijke participatie en daarmee op het later succesvol deelnemen aan de maatschappij.¹ De jgz-organisaties mogen het extra contactmoment naar eigen inzicht invullen, waardoor de precieze vormgeving varieert. Bij de invulling van dit contactmoment is het essentieel dat er aansluiting is bij de belevingswereld van jongeren en dat er een goede samenwerking is tussen de jgz, scholen, adolescenten en ouders.¹

Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in de ontwikkeling, opstapeling en beïnvloedbaarheid van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen bij adolescenten. Dit inzicht biedt ondersteuning voor de invulling van het 'Extra contactmoment adolescenten' bij 16-jarigen.

Universitair Medisch Centrum Groningen,
afd. Gezondheidswetenschappen, Groningen.

Drs. L. van Steijn, jeugdarts KNMG (thans: aios

ouderengeneeskunde); dr. A.F. de Winter, epidemioloog;

prof.dr. S.A. Reijneveld, sociaal geneeskundige-epidemioloog.

Contactpersoon: prof.dr. S.A. Reijneveld (s.a.reijneveld@umcg.nl).

UITLEG

Collectieve interventies

Interventies die gericht zijn op 1 groep, bijvoorbeeld alle 4e-klassers van een school of alle tieners in een gemeente.

Geïndiceerde interventies

Deze interventies zijn gericht op jongeren met een gezondheidsprobleem of een verhoogd risico hierop, bijvoorbeeld een interventie die zich alleen richt op jongeren met overgewicht of alleen op jongeren met kenmerken van een depressie.

Enkelvoudige interventies

Interventies die gericht zijn op 1 leefgebied, bijvoorbeeld een thuissituatie, school of gemeente.

Meervoudige interventies

Interventies die gericht zijn op meerdere leefgebieden, bijvoorbeeld een interventie die aandacht krijgt in de thuissituatie, op school en in de gemeente. Hierbij kan het gaan om zowel een collectieve als geïndiceerde interventie.

METHODE

We voerden dit onderzoek uit met prospectieve gegevens van de TRAILS-studie (TRAILS staat voor 'Tracking adolescents' individual lifes' survey'), en met een literatuuronderzoek. Hieronder volgt een samenvatting van de gebruikte methode; de details zijn elders gepubliceerd.²

TRAILS is een langlopende cohortstudie waarin een representatieve steekproef van 2230 jongeren uit Noord-Nederland is gevolgd in hun ontwikkeling van het 10e tot 23e levensjaar. Voor een uitgebreidere beschrijving van TRAILS verwijzen wij naar eerder gepubliceerde artikelen.^{3,4}

Wij maakten gebruik van de TRAILS-gegevens van 13- en 16-jarigen. Deze gegevens waren verzameld in de periode 2004-2007. Aan de meting op 13-jarige leeftijd namen 2092 jongeren deel en van deze groep deden 1659 jongeren opnieuw mee op 16-jarige leeftijd. Wij keken naar veranderingen in de prevalenties van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen in de adolescentie. Bij deze gedragingen en problemen ging het om 3 clusters, zoals omschreven in het rapport 'Gezond opgroeien: Verkenning jeugdgezondheid': (a) overgewicht, lichamelijke beweging en voeding (ontbijten, groente- en fruitconsumptie); (b) roken, alcohol en cannabisgebruik; en (c) internaliserende problemen, depressie, externaliserende problemen en pesten.⁵

Voor lichamelijke beweging gold een norm van ten minste 60 min beweging per dag. Voor voeding waren de normen: dagelijks ontbijten, minstens 2 stuks fruit per dag en dagelijkse consumptie van groente. Psychosociale problemen waren gemeten met de 'Youth self report'(YSR)-vragenlijst.^{3,4} De weergegeven prevalenties

betreffen jongeren die een subklinische of klinische score hadden op de YSR-vragenlijst.

Verder onderzochten we of het geslacht en schoolniveau van de jongere en het opleidingsniveau van de ouders samenhangen met risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen op 16-jarige leeftijd. Ook gingen we na in hoeverre het risicogedrag en de psychosociale problemen zich opstapelden. Opstapeling definieerden we als ≥ 5 risicogedragingen of psychosociale gezondheidsproblemen bij een jongere (tabel 1). Daarbij namen we pesten niet mee in de analyse, omdat pesten qua gevolgen een sterke overlap vertoont met de andere psychosociale gezondheidsproblemen waarnaar we onderzoek deden.

We herhaalden alle analyses met een restrictie tot de jongeren van wie we van beide meetmomenten gegevens hadden over alle gerapporteerde uitkomstmaten (n = 859). Deze herhaalde analyses leverden vrijwel identieke uitkomsten op (gegevens niet getoond).

Ten slotte verzamelden we uit de internationale literatuur gegevens over de effectiviteit van interventies die gericht zijn op risicogedrag en psychosociale gezondheidsproblemen bij adolescenten. Hiertoe zochten we in Medline en PsycINFO naar systematische reviews die gepubliceerd waren sinds 2004. Uit deze artikelen haalden we gegevens over de effectiviteit van de interventies. Bewijs voor de effectiviteit omschreven we als 'sterk' wanneer > 75% van de studies een significant resultaat liet zien in het voordeel van de interventie; als 'gemiddeld' wanneer 25-75% een significant resultaat liet zien in het voordeel van de interventie; en als 'zwak' wanneer < 25% van de studies een significant resultaat liet zien in het voordeel van de interventie, of wanneer slechts 1 of 2 studies waren geïncludeerd. De zoekstrategie en zoektermen van het literatuuronderzoek staan elders beschreven.²

RESULTATEN

PREVALENTIES EN VERANDERINGEN DAARIN

Van de deelnemende jongeren op 13-jarige leeftijd was 50,8% meisje en zat 57,8% op het vmbo of een lager onderwijstype, inclusief speciaal onderwijs. Verder gold voor 19,5% van deze 13-jarigen dat beide ouders lager waren opgeleid.

Tabel 1 toont de prevalenties van risicogedrag en psychosociale gezondheidsproblemen op 13- en 16-jarige leeftijd, en de veranderingen in deze prevalenties. De prevalentie van overgewicht steeg gedurende de adolescentie van 11,0% op 13-jarige leeftijd naar 15,0% op 16-jarige leeftijd. De prevalentie van onvoldoende beweging steeg vooral bij meisjes. Ook de prevalentie van middelengebruik nam toe in de adolescentie, en was vooral hoog

voor alcoholgebruik. Van de 13-jarigen had 74,0% ooit alcohol gedronken en van de 16-jarigen 92,3%. Jongeren met een lager onderwijsniveau en jongeren van wie beide ouders lager waren opgeleid vertoonden meer risicogedrag op 16-jarige leeftijd (tabel 2). Wat betreft psychosociale problemen namen de prevalenties van teruggetrokken, depressief en externaliserend gedrag toe tijdens de adolescentie; de prevalentie van pesten nam af.

De prevalentie van opstapeling van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen steeg in de vroege adolescentie. Op 13-jarige leeftijd was bij 16,3% van de jongeren sprake van zo'n opstapeling (≥ 5 risicogedragingen of psychosociale gezondheidsproblemen). Jongeren die waren opgegroeid in een gezin met 2 laag opgeleide ouders hadden op 16-jarige leeftijd vaker opstapeling van risicogedrag of psychosociale problemen dan jongeren van wie de ouders niet allebei lager waren opgeleid (46,7 vs. 33,3%). Jongeren die een lager onderwijsniveau volgden, hadden op 16-jarige leeftijd eveneens vaker opstapeling dan jongeren die havo of een hoger onderwijsniveau volgden (45,5 vs. 26,8%). De spreiding van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen op 16-jarige leeftijd is weergegeven in de figuur.

EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES

Het literatuuronderzoek leverde 447 publicaties op. Na beoordeling van de artikelen hielden we uiteindelijk 64 systematische reviews van voldoende kwaliteit over (zie supplement). De kenmerken van de geïncludeerde studies staan in het originele onderzoeksrapport.²

In de resultaten van het literatuuronderzoek maakten we onderscheid tussen collectieve en geïndiceerde interventies. Tevens onderscheidten we enkelvoudige van meervoudige interventies (zie uitlegkader).

Overgewicht Het bewijs voor de effectiviteit van interventies die gericht waren op de verbetering van lichamelijke activiteit, het voedingspatroon en het lichaamsgewicht, was het sterkst voor meervoudige interventies met een schoolcomponent. Een voorbeeld hiervan is dat een interventie in een wijk – bijvoorbeeld een sportieve activiteit in een buurthuis of thuis, waarbij ouders worden betrokken en educatieve folders of nieuwsbrieven worden verspreid – gecombineerd wordt met een interventie op school. Bij dit soort interventies biedt de school meer gezondheidseducatie en gezonde voeding aan, of geeft zij jongeren meer mogelijkheden om te bewegen door meer gymlessen en naschoolse sport aan te bieden.⁶⁻¹⁰

Wat betreft jongeren met overgewicht was er sterk bewijs voor de effectiviteit van meervoudige interventies die gericht waren op gewichtsreductie bij deze groep. De bewijskracht was gemiddeld voor collectieve interven-

TABEL 1 Prevalentie van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen op 13- en op 16-jarige leeftijd

variabele	prevalentie; %	
	13 jaar (n = 2092)*	16 jaar (n = 1659)*
overgewicht en beweeg- en voedingsgedrag		
overgewicht en obesitas (n = 2028; n = 1593)†	11,0	15,0
onvoldoende lichamelijke beweging (n = 2082; n = 1655)†	32,6	29,2
voeding		
eet niet dagelijks fruit (n = 2082; n = 1654)†	73,2	71,9
eet niet dagelijks groente (n = 2073; n = 1629)†	56,9	59,2
geen dagelijks ontbijt (n = 2075; n = 1655)†	37,5	37,3
middelengebruik		
roken		
dagelijks roken (n = 2089; n = 1658)	3,9	17,2
maandprevalentie (n = 2024; n = 1597)†	8,9	28,1
ooit gerookt (n = 2089; n = 1659)	36,3	55,7
alcoholgebruik		
maandprevalentie (n = 2042; n = 1631)†	39,8	77,0
ooit alcohol gebruikt (n = 2075; n = 1654)	74,0	92,3
bingedrinken (n = 2020; n = 1616)†	4,2	35,8
cannabisgebruik		
maandprevalentie (n = 2037; n = 1632)†	3,2	12,9
ooit cannabis gebruikt (n = 2075; n = 1651)	7,2	30,4
psychosociaal		
internaliserende problemen; klinische of subklinische score (n = 2075; n = 1642)†	18,7	17,1
teruggetrokken of depressief; klinische of subklinische score (n = 2091; n = 1659)	5,5	8,4
externaliserende problemen; klinische of subklinische score (n = 2092; n = 1661)†	13,7	18,4
gepest worden (n = 2083; n = 1650)	16,8	7,2
anderen pesten (n = 2083; n = 1650)	14,5	9,6

* Aantal respondenten dat ten minste 1 vraag beantwoordde. Achter iedere variabele staat weergegeven hoeveel jongeren die vraag beantwoordden op respectievelijk 13- en 16-jarige leeftijd.

† Variabele die deel uitmaakt van de analyse naar opstapeling van risicogedragingen en gezondheidsproblemen.

ties, zoals het aanpassen van snoep- en frisdrankautomaten, gratis fruit, en educatieve computerprogramma's om voedingsgewoonten te veranderen. Bij deze laatstgenoemde interventie volgen jongeren een persoonlijk programma en krijgen ze daarbij persoonlijk feedback over de ingevulde antwoorden.^{6,11,12}

Middelengebruik Roken, en alcohol- en cannabisge-

TABEL 2 Prevalenties van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen per determinant op 16-jarige leeftijd*

variabele	geslacht		onderwijsniveau		beide ouders laag opleidingsniveau	
	♂ (n = 791)	♀ (n = 868)	vmbo of lager (n = 927)	havo of hoger (n = 732)	ja (n = 294)	nee (n = 1365)
overgewicht en beweeg- en voedingsgedrag						
overgewicht en obesitas	15,2	14,6	15,0	14,9	14,2	14,9
onvoldoende lichamelijke beweging	21,3	36,7	31,4	27,6	29,4	28,7
voeding						
eet niet dagelijks fruit	77,4	67,1	78,8	64,0	81,3	69,7
eet niet dagelijks groente	63,5	55,4	68,2	49,1	70,4	56,6
eet geen dagelijks ontbijt	35,1	39,2	45,3	27,9	47,4	39,2
middelengebruik						
roken						
dagelijks roken	15,1	19,0	25,3	8,3	27,1	14,0
maandprevalentie	25,4	30,6	36,4	18,8	35,1	25,3
ooit gerookt	52,7	58,3	64,1	46,0	62,8	52,9
alcoholgebruik						
maandprevalentie	77,1	76,9	74,7	79,4	73,6	78,6
ooit alcohol gebruikt	91,3	93,1	89,9	94,9	91,0	92,9
bingedrinken	40,6	31,7	37,7	33,4	36,4	34,6
cannabisgebruik						
maandprevalentie	17,8	8,6	14,5	11,2	10,9	12,7
ooit cannabis gebruikt	31,6	29,4	33,4	26,9	29,0	30,1
psychosociaal						
internaliserende problemen; klinische of subklinische score	14,1	19,8	18,6	15,3	16,5	16,9
teruggetrokken of depressief; klinische of subklinische score	8,9	8,0	9,2	7,8	8,0	8,9
externaliserende problemen; klinische of subklinische score	19,3	17,6	22,3	13,7	21,5	16,8
gepest worden	7,8	6,7	9,6	4,3	8,9	6,4
anderen pesten	13,7	6,1	13,0	5,4	15,0	7,7

* De getallen zijn percentages.

bruik zijn deels te voorkomen met collectieve, al dan niet meervoudige preventie, bijvoorbeeld een combinatie van een educatief programma en het aanleren van vaardigheden, zoals het leren weerstaan van groepsdruk.^{13,14} Er was gemiddelde bewijskracht voor de effectiviteit van computergestuurde programma's met persoonlijke feedback aan jongeren, en voor interventies die gericht waren op het voorkómen of verminderen van alcoholgebruik en roken. Bij deze laatstgenoemde interventies moet vooral gedacht worden aan educatieve programma's. Er was sterk bewijs voor de effectiviteit van interventies die gericht waren op het aanleren van vaardigheden, zoals het leren weerstaan van alcohol en groepsdruk.

Wat betreft preventie van drugsgebruik was er sterk bewijs voor collectieve preventie op school. Ook hierbij wordt jongeren vaardigheden aangeleerd om drugs en groepsdruk te weerstaan.^{13,15} Er waren weinig interventies die zich richtten op stoppen met roken. Hiervoor is motiverende gespreksvoering mogelijk een geschikte methode.^{16,17}

Psychosociale problemen Voor psychosociale problemen, zoals internaliserend gedrag en depressie, waren meerdere typen interventies effectief. Dit gold zowel voor collectieve interventies, bijvoorbeeld klassikale psycho-educatie, als voor geïndiceerde interventies op school of in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld een sociale-vaardig-

heidstraining, weerbaarheidstraining of gesprekken met een psycholoog. Het bewijs voor de effectiviteit van deze interventies was gemiddeld tot sterk, en was het sterkst voor cognitieve gedragstherapie.¹⁸⁻²⁰ Tevens was er gemiddeld bewijs voor de effectiviteit van websites die gericht zijn op gezondheidsvoorlichting en -advisering, en voor websites die zich richten op stressreductie bij kinderen en jongeren.²⁰ Wat betreft externaliserende problemen was er gemiddeld bewijs voor de effectiviteit van geïndiceerde preventie, zoals gedragsregulatietraining voor jongeren met agressief gedrag. Anti-pestprogramma's zijn meestal collectief gericht; deze zijn op school- of klassenniveau gemiddeld effectief.²¹

BESCHOUWING

Dit onderzoek had als doel een overzicht te geven van het risicogedrag en de psychosociale gezondheidsproblemen bij adolescenten, en van mogelijkheden voor interventie hierop. De resultaten toonden dat bij de onderzochte jongeren de prevalenties van risicogedrag en psychosociale gezondheidsproblemen toenamen in de adolescentie. Deze prevalenties waren voor alle te onderscheiden groepen hoog, maar voor de groep jongeren met een lager onderwijsniveau veelal het hoogst.

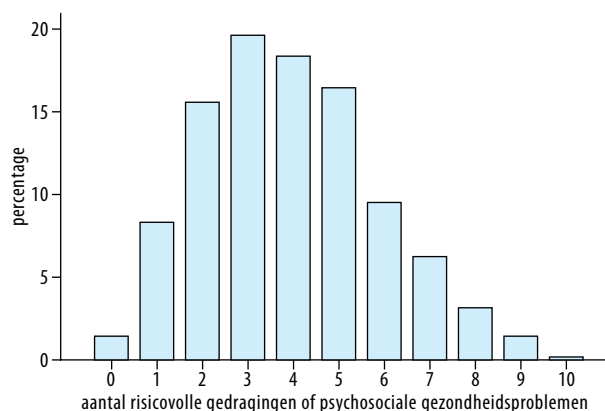
De hoge prevalentie van alcoholgebruik duidde erop dat het in de onderzoeksperiode bij deze jongeren maatschappelijk geaccepteerd was om alcohol te drinken. Recent is in Nederland de leeftijdsgrens voor het kopen van alcohol en tabak verhoogd naar 18 jaar. De resultaten van regelgeving lijken bemoedigend: het percentage rokers daalt na invoering van een rookverbod.²²

We vonden dat de prevalentie van internaliserende problemen, waaronder angst, afnam in de adolescentie. Dit was niet conform de landelijke cijfers die laten zien dat de prevalentie van angst toeneemt in de adolescentie.^{5,23}

Het literatuuronderzoek toonde sterk bewijs voor de effectiviteit van collectieve of meervoudige interventies waarbij de school betrokken is en die als doel hebben overgewicht te verminderen en lichamelijke beweging en voedingsgedrag te verbeteren. Collectieve digitale programma's waren effectief bij primaire preventie van middelengebruik. Bij psychosociale problemen was er bewijs voor de effectiviteit van klassikale psycho-educatie en geïndiceerde interventies.

OPSTAPELING VAN RISICOGEDRAG EN PSYCHOSOCIALE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Een opstapeling van risicogedrag en psychosociale problemen kwam veel voor bij jongeren, vooral bij jongeren met een laag onderwijsniveau en bij jongeren van wie beide ouders laag waren opgeleid. Het patroon dat wij vonden kwam overeen met landelijke cijfers.^{5,23} Het feit



FIGUUR Opstapeling van risicovolle gedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen op 16-jarige leeftijd. Opstapeling is gedefinieerd als ≥ 5 risicogedragingen of psychosociale gezondheidsproblemen.²

dat ruim een derde van de jongeren van 16 jaar al ≥ 5 risicogedragingen of psychosociale gezondheidsproblemen had, geeft aan dat voor deze leeftijdsgroep een extra jgz-contactmoment relevant is. Op die manier kunnen jongeren bereikt worden met preventieve interventies.

EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES

Uit het literatuuronderzoek bleek dat de school een geschikte omgeving is voor collectieve preventie. Jongeren brengen een groot deel van de dag op school door en scholen maken het mogelijk om een hele populatie te bereiken zonder te stigmatiseren of te discrimineren. Het 'Extra contactmoment adolescenten' kan per school of zelfs per klas een inventarisatie opleveren van risicogedrag en psychosociale gezondheidsproblemen. Als het op een school of in een klas opvalt dat een hoog percentage van de leerlingen cannabisgebruik gebruikt, kan hier vervolgens een gerichte interventie voor worden gekozen. De jgz kan scholen hierin adviseren.

Collectieve of meervoudige interventies en interventies die gericht zijn op het aanleren van vaardigheden waren het sterkst onderbouwd als preventie van een risicovolle leefstijl. Hierbij kan gedacht worden aan een interventie die gericht is op beweging en lichaamsgewicht, waarbij de school extra gymlessen of naschoolse sportmogelijkheden aanbiedt, de schoolkantine een gezonder voedingsaanbod heeft, in de wijk extra beweegactiviteiten worden georganiseerd en ook ouders betrokken worden. Een geschikte interventie om middelengebruik te reduceren was het aanbieden van educatie en het aanleren van vaardigheden om groepsdruk te weerstaan. Voor psychosociale problemen was geïndiceerde preventie bij jongeren met psychische klachten geschikt, of klassikale

LEERPUNTEN

- De jeugdgezondheidszorg (jgz) volgt en bevordert de ontwikkeling van kinderen en jongeren.
- Tot 2013 was het contactmoment op 14-jarige leeftijd het laatste reguliere contactmoment binnen de jgz, maar de jgz-organisaties hebben een extra contactmoment ontwikkeld rond de leeftijd van 16 jaar, het 'Extra contactmoment adolescenten'.
- Het extra contactmoment binnen de jgz is gericht op risicogedrag en psychosociale gezondheidsproblemen bij adolescenten, waarbij aandacht is voor alle leerlingen, ongeacht hun onderwijsniveau.
- Jongeren met een lager onderwijsniveau vormen een risicogroep voor risicogedrag en psychosociale gezondheidsproblemen.
- Collectieve, al dan niet meervoudige interventies zijn het geschiktst als preventie van een risicovolle leefstijl. Voor jongeren met psychische klachten zijn geïndiceerde interventies effectief.
- Scholen zijn een goede plek voor collectieve preventie; hierbij is de samenwerking tussen de jgz en scholen essentieel.

psycho-educatie als collectieve preventie. De effectieve interventies waren met name gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

Opvallend was verder dat de internationale literatuur de meeste onderbouwing bood voor de effectiviteit van meervoudige interventies. In de database 'Effectieve interventies' van het Nederlands Jeugdinstituut zijn voor Nederland echter weinig meervoudige interventies beschikbaar waarvan de effectiviteit is aangetoond. Er is een duidelijke discrepantie tussen de beschikbare kennis en het beschikbare interventieaanbod voor de Nederlandse praktijk. Aanvullend onderzoek naar meervoudige interventies in Nederland moet meer inzicht geven in de toepasbaarheid en effectiviteit van deze interventies bij de jeugd.

METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN

Deze studie kende een aantal sterke kanten en een aantal beperkingen. De sterke kanten waren dat het onderzoek gebruikmaakte van gegevens van het 'Tracking adolescents' individual lifes' survey'-onderzoek. TRAILS is een breed en langlopend cohortonderzoek naar de ontwikkeling van jongeren; het onderzoek loopt sinds 2001 en heeft een hoge respons.^{3,4} Dit langdurige karakter maakt TRAILS uniek. Een ander sterk punt was dat de lengte en het gewicht van de onderzochte jongeren niet waren gebaseerd op zelfrapportage, maar door onderzoekers werden gemeten.

Een beperking van deze studie was dat de metingen van middelengebruik in TRAILS waren uitgevoerd vóór de recente wetwijzigingen omtrent alcohol en tabak. De prevalenties van het gebruik van alcohol en roken zijn sindsdien gedaald.²⁴ Ten tweede was er vooral informatie verkregen via zelfrapportage. Doordat de anonimiteit van de zelfrapportages was benadrukt, verwachten wij echter geen belangrijke over- of onderschatting in de gevonden prevalentiecijfers.

CONCLUSIE

Dit artikel geeft een overzicht van het vóórkomen van psychosociale problematiek en een ongezonde leefstijl in de adolescentie, en de mogelijkheden voor interventie. De prevalenties en opstapeling van risicogedragingen en psychosociale gezondheidsproblemen nemen toe in de adolescentie en dat geldt voor alle groepen jongeren. Deze informatie is waardevol voor de invulling van het 'Extra contactmoment adolescenten' in de jeugdgezondheidszorg. De jgz-organisaties kunnen op basis van deze kennis en de lokale situatie bepalen hoe zij dit extra contactmoment vormgeven, dat wil zeggen: welke onderwerpen in het contactmoment aan bod moeten komen en bij welke jongeren men extra alert moet zijn.

Het 'Extra contactmoment adolescenten' is een goede mogelijkheid om jongeren te bereiken met preventieve interventies. Het extra contact met jongeren op de leeftijd van 16 jaar heeft als doel jongeren bewust te maken van hun gezondheid en van gezond gedrag. Het contactmoment versterkt ook het netwerk van de jgz wat betreft zorg voor deze leeftijdsgroep. Dit biedt een goede basis voor verdere preventieve zorg in de late adolescentie. Aandacht is nodig voor alle jongeren, ongeacht hun onderwijsniveau, maar jongeren met een lager onderwijsniveau vormen wel een risicogroep. Voor het reduceren van risicovol gedrag zijn diverse interventies beschikbaar, waarbij de school een geschikte plek is voor collectieve preventie. Deze preventie kan goed vorm krijgen in combinatie met het 'Extra contactmoment adolescenten' van de jgz.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. De onderzoekers ontvingen hiervoor een subsidie.

Aanvaard op 18 mei 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8530

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8530**

LITERATUUR

- 1 Van Heerwaarden Y. De JGZ in beeld bij adolescenten. Samen bouwen aan gezond gedrag voor duurzame participatie van jongeren. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2013.
- 2 Van Steijn L, de Winter AF, Reijneveld SA. Stabiliteit en verandering van psychosociale gezondheid en leefstijl bij adolescenten en mogelijkheden voor interventies. Bouwstenen voor het extra contactmoment adolescenten. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen; 2014.
- 3 De Winter AF, Oldehinkel AJ, Veenstra R, Brunnekreef JA, Verhulst FC, Ormel J. Evaluation of non-response bias in mental health determinants and outcomes in a large sample of pre-adolescents. *Eur J Epidemiol.* 2005;20:173-81.
- 4 Oldehinkel AJ, Rosmalen JG, Buitelaar JK, et al. Cohort Profile Update: the TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS). *Int J Epidemiol.* 2015;44:76-76n.
- 5 Hamberg-van Reenen H, Meijer S, red. Gezond opgroeien: verkenning jeugdgezondheid. Bilthoven: RIVM; 2014.
- 6 De Bourdeaudhuij I, Van Cauwenberghe E, Spittaels H, et al. School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obes Rev.* 2011;12:205-16.
- 7 Silveira JAC, Taddei JAAC, Guerra PH, Nobre MRC. Effectiveness of school-based nutrition education interventions to prevent and reduce excessive weight gain in children and adolescents: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2011;87:382-92.
- 8 Barr-Anderson DJ, Adams-Wynn AW, DiSantis KI, Kumanyika S. Family-focused physical activity, diet and obesity interventions in African-American girls: a systematic review. *Obes Rev.* 2013;14:29-51.
- 9 Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;1:CD007651.
- 10 De Meester F, van Lenthe FJ, Spittaels H, Lien N, De Bourdeaudhuij I. Interventions for promoting physical activity among European teenagers: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009;6:82.
- 11 Hamel LM, Robbins LB. Computer- and web-based interventions to promote healthy eating among children and adolescents: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2013;69:16-30.
- 12 Whittemore R, Chao A, Popick R, Grey M. School-based internet obesity prevention programs for adolescents: a systematic literature review. *Yale J Biol Med.* 2013;86:49-62.
- 13 Champion KE, Newton NC, Barrett EL, Teesson M. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. *Drug Alcohol Rev.* 2013;32:115-23.
- 14 Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *J Adolesc Health.* 2008;42:209-20.
- 15 Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review. *Prev Med* 2008;46:385-96.
- 16 Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addict Behav.* 2012;37:1325-34.
- 17 Ramo DE, Liu H, Prochaska JJ. Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: a systematic review of their co-use. *Clin Psychol Rev.* 2012;32:105-21.
- 18 Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD003380.
- 19 Christensen H, Pallister E, Smale S, Hickie IB, Calear AL. Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *J Prim Prev.* 2010;31:139-70.
- 20 Siemer CP, Fogel J, Van Voorhees BW. Telemental health and web-based applications in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2011;20:135-53.
- 21 Jiménez Barbero JA, Ruiz Hernandez JA, Llor Esteban B, Pérez Garcia M. Effectiveness of antibullying school programmes: A systematic review by evidence levels. *Child Youth Serv Rev.* 2012;34:1646-58.
- 22 Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD001291.
- 23 Centrum Gezondheid en Maatschappij, RIVM. Volksgezondheidszorg.info. www.volksgezondheidszorg.info, geraadpleegd op 6 augustus 2015.
- 24 De Looze M, van Dorsselaer S, de Roos S, et al. HBSC 2013. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht. 2014.