

# Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg

## **Redactie**

A. Goudkuil

B. Allesie

M.T. Straver-Kramer

E. Frijns

© 1987, Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht ([www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

Ofschoon iedere poging is ondernomen volgens de auteurswet rechthebbenden van het in dit boek opgenomen (illustratie)materiaal te traceren, is dit in enkele gevallen niet mogelijk gebleken. In het onderhavige geval verzoekt de uitgever rechthebbenden contact met hem op te nemen.

NUR 183, 860

ISBN folio 978 90 232 5641 0

ISBN ebook 978 90 232 5827 8

1e druk, 1987

2e herziene druk, 1991

3e herziene druk, 1996

4e herziene druk, 2000

5e druk, ongewijzigd, 2002

6e herziene druk, 2005

7e herziene druk, 2013

8e herziene druk, 2021

[www.vangorcumstudie.nl](http://www.vangorcumstudie.nl) Bij deze uitgave hoort aanvullend online materiaal. Log in op [vangorcumstudie.nl](http://vangorcumstudie.nl).

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Tekstredactie: Els Oortmann-Jansen, CORIBO REDACTION, Sleen

Grafische verzorging: LINE UP boek en media bv, Groningen

Omslagontwerp: Elbert Niezen

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte



# Voorwoord

V

Beste (aanstaande) JGZ-professional,

Voor je ligt het Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg. Hierin wordt de inhoud in de dagelijkse praktijk van de JGZ beschreven. De verschillende ontwikkelingsspecifieke elementen van kinderen en jeugdigen worden toegelicht en we staan stil bij verschillende actuele, maatschappelijke vraagstukken: zoals hechting, overgewicht en chronische stress. Dit doen we met een sterke focus op preventie. Terwijl de zorg een continue strijd tegen achterstanden vecht, creëert preventie namelijk voorsprong.

Ik ben trots en verheugd om je als nieuw en aanstormend talent te mogen verwelkomen in de wereld van de jeugdgezondheidszorg. Ook ben ik trots op alle JGZ-professionals die met behulp van dit boek hun kennis willen opfrissen en uitbreiden. Door slimme samenwerkingen, een impactvolle praktijk en waardevol vakmanschap kunnen we samen het verschil maken voor ieder kind. Jouw expertise kan ouders helpen om hun kind(eren) gezond, veilig en kansrijk te laten opgroeien. Daar mag je trots op zijn! Ik hoop dat dit leerboek, naast het bijbrengen van benodigde kennis, je vooral zal inspireren om samen met alle mede-JGZ'ers het verschil te gaan maken, voor ieder kind. Zorg redt levens, preventie generaties.

Veel leerplezier en hopelijk tot in de toekomst!

Igor Ivakic,  
Directeur Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)

# Dankwoord

De uitgeverij en de redactie willen graag de volgende personen en instanties bedanken voor hun bijdrage aan deze herziening:

Allereerst natuurlijk alle auteurs die aan een of meerdere hoofdstukken hebben gewerkt, te weten:

Marga Beckers	Luud Muller
Carla Brok	Christa Nieuwboer
Jan van den Brule	Esther Oskam
Rutger Jan van der Gaag	Menno Reijneveld
Riet Haasnoot	Annemarie Schuller
Ashna Mohangoo	Anke Strang
Monique L'Hoir	Yvonne Vanneste
Peter Hulsen	Marilene de Zeeuw

Daarnaast ook de redactie – Esther Oskam, Engeline van Lokven, Magda Boere-Boonekamp, Bert Luttmer, Annemiek van Woudenberg, Dorien Campman en Margreet Swagerman-Van Hees – en de auteurs van de 7<sup>e</sup> editie voor de gelegde basis en hun advies ten behoeve van de herziene 8<sup>e</sup> editie.

Het NCJ en het AJN, vertegenwoordigd door respectievelijk Yvonne Vanneste, Marga Beckers, Igor Ivakic (NCJ) en Tinneke Beirens (AJN).

Het TNO en NSPOH voor hun input in de conceptfase, vertegenwoordigd door respectievelijk Ingeborg Tönis en Vasanthi Iyer.

Vertegenwoordigers van hbo's die hebben meegedacht en in een aantal gevallen hebben meegelezen: Nicole Vullings (HAN), Wendie Joosen (HAN), Annemieke Korver (HU), Joanne Lassche-Scheffer (Viaa), Petra van Dodewaard (NHL Stenden), Lubke van 't Hul (Windesheim), Marion Blokzijl-Voshol (Saxion), Ingrid Stellingwerf-Bultena (Saxion).

# Inhoud

	Voorwoord .....	V
	Dankwoord .....	VII
<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Jeugdgezondheidszorg</b> .....	<b>2</b>
	Bente Allessie, Marga Beckers, Jan van den Brule, Peter Hulsen, Menno Reijneveld, Yvonne Vanneste	
<b>1.1</b>	<b>JGZ in perspectief</b> .....	<b>4</b>
1.1.1	Visie op de JGZ .....	4
1.1.2	Rechten van het kind .....	5
1.1.3	De JGZ in historisch perspectief .....	5
1.1.4	Naar een contextgerichte benadering .....	12
1.1.5	De JGZ Preventieagenda en Early Life Stress .....	14
1.1.6	Innovatie in de JGZ in een veranderende samenleving .....	30
<b>1.2</b>	<b>Wettelijk kader voor de uitvoering van de JGZ</b> .....	<b>33</b>
1.2.1	Wet publieke gezondheid .....	33
1.2.2	Besluit publieke gezondheid – Basispakket JG .....	34
1.2.3	Jeugdwet .....	34
1.2.4	Aansluiting Jeugdwet – Wpg/Besluit pg .....	35
<b>1.3</b>	<b>De uitvoering van de JGZ</b> .....	<b>36</b>
1.3.1	Het LPK .....	36
1.3.2	Ontwikkelingsaspecten & Omgevingsinteractie .....	37
1.3.3	Evidence Based Practice .....	38
1.3.4	De Basisdataset JGZ .....	39
1.3.5	JGZ-richtlijnen, instrumenten en interventies in de JGZ .....	40
1.3.6	Pre- en neonatale screenings .....	42
1.3.7	Rijksvaccinatieprogramma .....	45
<b>1.4</b>	<b>JGZ-professionals</b> .....	<b>49</b>
1.4.1	Professionele standaard .....	49
1.4.2	JGZ-professionals .....	49
1.4.3	Interne samenwerking .....	51
1.4.4	Externe samenwerking .....	52

<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>De pre- en perinatale periode</b>	56
	Monique L'Hoir, Ashna Mohangoo	
<b>2.1</b>	<b>Preconceptiezorg</b>	59
2.1.1	Preconceptieconsult en advisering	59
2.1.2	Foliumzuurinname	59
2.1.3	Preventie van psychosociale problemen	60
2.1.4	Advies over stoppen met roken	60
2.1.5	Overig gezondheidsadvies	60
<b>2.2</b>	<b>Preventieve interventies</b>	61
2.2.1	Nu niet zwanger	61
2.2.2	VoorZorg	61
2.2.3	Prenataal Huisbezoek JGZ	61
2.2.4	CenteringPregnancy	62
2.2.5	Stevig Ouderschap	62
<b>2.3</b>	<b>Prevalentie van geboorte en sterfte</b>	62
2.3.1	Aantal levendgeborenen in Nederland	62
2.3.2	Perinatale sterfte in Nederland	63
2.3.3	Euro-Peristat	63
<b>2.4</b>	<b>Groei en ontwikkeling</b>	65
2.4.1	Zwangerschap	65
2.4.2	De bevalling	71
2.4.3	De pasgeborene	75
2.4.4	Bijzondere zwangerschappen	78
<b>2.5</b>	<b>De kraamvrouw</b>	85
2.5.1	Lichamelijke veranderingen	86
2.5.2	Mictie	86
2.5.3	Borstvoeding	86
2.5.4	Psychische veranderingen	87
2.5.5	Anticonceptie	87
<b>2.6</b>	<b>De omgeving</b>	87
2.6.1	Fertiliteitsbehandelingen	87
2.6.2	Draagmoederschap	88
2.6.3	Infectieziekten	88
<b>2.7</b>	<b>Het extern milieu: medisch-biologisch perspectief</b>	92
2.7.1	Geneesmiddelengebruik	92
2.7.2	Ioniserende straling	93
2.7.3	Milieuvervuiling	94
2.7.4	Sociaaleconomische en culturele factoren	94
2.7.5	Netwerk en culturele factoren	94
2.7.6	Invloeden door leefstijl	97
2.7.7	Andere risicoverhogende factoren	99
<b>2.8</b>	<b>Het interne milieu: aandoeningen en afwijkingen</b>	101
2.8.1	Bekkenproblemen	101
2.8.2	Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap	102
2.8.3	Verschil in bloedgroep tussen moeder en kind	103
2.8.4	Bloedingen	105

2.8.5	Aangeboren afwijkingen	105
2.8.6	Baby blues, postpartumdepressie en postpartumpsychose	107
2.8.7	Impact gebeurtenissen perinatale periode	109
2.8.8	Maternale sterfte	109
2.9	<b>Kinderwens in maatschappelijk perspectief</b>	109
2.9.1	Kiezen voor kinderen	109
2.9.2	Kinderloosheid, gewenst of ongewenst, vrijwillig of onvrijwillig	110
2.10	<b>Het zorgsysteem</b>	111
2.10.1	Genetische counseling	111
2.10.2	Prenatale zorg	111
2.10.3	Rol van de fysiotherapeut/zwangerschapsdocent	112
2.10.4	Zorgketen	113
2.10.5	Zorg in de zwangerschap	113
2.10.6	Verloskundige zorg	113
2.10.7	Rond de bevalling	115
2.10.8	Kraamperiode	116
2.10.9	De zorg voor de ouders na de bevalling	117
2.10.10	Overdracht van (risico)pasgeborenen naar de JGZ	117
2.10.11	Zorg bij perinatale sterfte van het kind	118
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>De zuigelingenperiode: 0-1 jaar</b>	120
	<b>Riet Haasnoot, Monique L'Hoir</b>	
3.1	<b>Typering van de leeftijdsfase</b>	122
3.2	<b>Het interne milieu: groei en ontwikkeling</b>	122
3.2.1	Lichamelijke groei en ontwikkeling	122
3.2.2	Motorische ontwikkeling	126
3.2.3	Psychosociale en emotionele ontwikkeling	129
3.2.4	Taal- en spraakontwikkeling	134
3.2.5	Cognitieve ontwikkeling	136
3.3	<b>Het externe milieu: de omgeving</b>	136
3.3.1	Fysieke omgeving	137
3.3.2	Sociale omgeving	141
3.4	<b>Leefstijl</b>	144
3.4.1	Voeding	145
3.4.2	Beweging	151
3.4.3	Veiligheid	151
3.5	<b>Gezondheidsbedreigingen</b>	152
3.5.1	Groeistoornissen	152
3.5.2	Ontwikkelingsbedreigingen	157
3.5.3	Onveilige hechting	160
3.5.4	Aangeboren afwijkingen	162
3.5.5	Aandoeningen van de zintuigen	168
3.5.6	Huidaandoeningen	169
3.5.7	Infectieziekten	171
3.5.8	Rijksvaccinatieprogramma	172
3.5.9	Voedingsproblemen	176

3.5.10	Problemen met de ontlasting	179
3.5.11	Baby's die excessief huilen	180
3.5.12	Wiegendood	181
3.5.13	Kindermishandeling en huiselijk geweld	182
3.5.14	Verslaafde ouders	183
<b>3.6</b>	<b>Het zorgsysteem</b>	184
3.6.1	JGZ-consulten in de zuigelingenperiode	184
3.6.2	Verwijsmogelijkheden: schakels in de ketenzorg	188
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>De peuterperiode: 1-4 jaar</b>	190
	<b>Riet Haasnoot, Monique L'Hoir, Annemarie Schuller</b>	
4.1	Typering van de leeftijdsfase	192
4.2	Het interne milieu: groei en ontwikkeling	192
4.2.1	Lichamelijke groei en ontwikkeling	192
4.2.2	Motorische ontwikkeling	193
4.2.3	Taal- en spraakontwikkeling	195
4.2.4	Cognitieve ontwikkeling	197
4.2.5	Emotionele ontwikkeling	198
4.2.6	Slaapgedrag	200
4.2.7	Zindelijkheid	202
4.2.8	Seksuele ontwikkeling	203
4.2.9	Sociale ontwikkeling	203
4.3	Het externe milieu: de omgeving	204
4.3.1	Fysieke omgeving	204
4.3.2	Sociale omgeving	206
4.4	Leefstijl	209
4.4.1	Voeding	210
4.4.2	Beweging en mediagebruik	213
4.4.3	Veiligheid	214
4.5	Bedreigingen	214
4.5.1	Ontwikkelingsstoornissen	214
4.5.2	Aandoeningen van de zintuigen	217
4.5.3	Astma	219
4.5.4	Ontlastingsproblemen	220
4.5.5	Infectieziekten	221
4.5.6	Slaapproblemen	222
4.5.7	Psychosociale problemen	223
4.5.8	Lichamelijke stoornissen	224
4.5.9	Groeistoornissen	225
4.5.10	Ouderschap bij echtscheiding	226
4.5.11	Ongevallen	227
4.6	Het zorgsysteem	228
4.6.1	Vraaggericht werken	228
4.6.2	Overdracht naar 4-18-jarigenzorg	229



<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>De basisschoolperiode: 4-12 jaar</b>	230
	Rutger Jan van der Gaag, Annemarie Schuller	
<b>5.1</b>	<b>Typering van de leeftijdsfase</b>	232
<b>5.2</b>	<b>Groei en ontwikkeling van het basisschoolkind</b>	232
5.2.1	Lichamelijke ontwikkeling	232
5.2.2	Neurobiologische ontwikkeling en rijping	235
5.2.3	Motorische ontwikkeling	236
5.2.4	Taal- en spraakontwikkeling	237
5.2.5	Cognitieve ontwikkeling	239
5.2.6	Sociaal-emotionele ontwikkeling	242
<b>5.3</b>	<b>De omgeving waarin het kind opgroeit</b>	243
5.3.1	De leefomgeving	243
<b>5.4</b>	<b>Ontwikkeling en Leefstijl</b>	245
<b>5.5</b>	<b>Gezondheidsbedreigingen</b>	246
5.5.1	Signaleren van problemen	246
5.5.2	Signaleren van bedreigingen	248
5.5.3	Lichamelijke aandoeningen	251
5.5.4	Aandoeningen van de zintuigen	253
5.5.5	Aandoeningen van het centraal zenuwstelsel	254
5.5.6	Problemen met de motoriek	255
5.5.7	Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)	255
5.5.8	Ontwikkelingspsychopathologie	256
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>De adolescentieperiode: 12-18 jaar</b>	262
	Elwyze Frijns, Esther Oskam, Annemarie Schuller	
<b>6.1</b>	<b>Typering van de leeftijdsfase</b>	264
<b>6.2</b>	<b>Het interne milieu: groei en ontwikkeling</b>	265
6.2.1	Lichamelijke groei en ontwikkeling	265
6.2.2	Psychosociale en emotionele ontwikkelingsaspecten	270
<b>6.3</b>	<b>Het externe milieu: omgeving</b>	276
6.3.1	Drie modellen voor omgevingsinteractie	277
6.3.2	Het eerste milieu: gezin	278
6.3.3	Het tweede milieu: de school	279
6.3.4	Het derde milieu: de leefomgeving	279
6.3.5	Het vierde milieu: de virtuele omgeving	279
<b>6.4</b>	<b>Leefstijl</b>	280
6.4.1	Sociale steun	280
6.4.2	Bewegen & houding	281
6.4.3	Roken	281
6.4.4	Alcohol	282
6.4.5	Voeding & eetgedrag	283
6.4.6	Ontspanning & slaap	284
6.4.7	Seksualiteit & relatievorming	284
6.4.8	Sociale media & gamen	285

<b>6.5</b>	<b>Gezondheidsbedreigingen</b> .....	286
<b>6.5.1</b>	Vitale organen: hart en longen .....	286
<b>6.5.2</b>	Verteringsstelsel .....	287
<b>6.5.3</b>	Zenuwstelsel: gehoorschade en niet- aangeboren hersenletsel .....	288
<b>6.5.4</b>	Urogenitaal: menstruatieproblemen en seksueel overdraagbare aandoeningen .....	290
<b>6.5.5</b>	Hormoonhuishouden: pubertas tarda en diabetes mellitus .....	292
<b>6.5.6</b>	Extremiteten .....	293
<b>6.5.7</b>	Infectieziekten: Morbus Pfeiffer .....	296
<b>6.5.8</b>	Huidproblemen: acne vulgaris .....	296
<b>6.5.9</b>	Psychosociale problemen .....	297
<b>6.5.10</b>	Psychiatrische stoornissen .....	302
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Verdieping en relevante thema's in de jeugdgezondheidszorg</b> .....	312
<b>7.1</b>	<b>Overgewicht: een zwaarwegend probleem?</b> .....	313
	<b>Elwyzje Frijns</b>	
<b>7.1.1</b>	Overgewicht: omvang van het probleem .....	314
<b>7.1.2</b>	Hoe zwaar wegen de gevolgen? .....	316
<b>7.1.3</b>	Waar komt overgewicht vandaan? .....	320
<b>7.1.5</b>	Aanpak: op weg naar gezond gewicht .....	331
<b>7.2</b>	<b>Chronische stress bij kinderen</b> .....	336
	<b>Elwyzje Frijns</b>	
<b>7.2.1</b>	Functionele en chronische stress .....	337
<b>7.2.2</b>	Gevolgen van chronische stress .....	342
<b>7.2.3</b>	Waar komt chronische stress vandaan? .....	346
<b>7.2.4</b>	Stressvolle situaties .....	355
<b>7.2.5</b>	Structureel of hevig gevaar .....	358
<b>7.2.6</b>	Mogelijkheden preventie .....	358
<b>7.3</b>	<b>Ouderschap in bijzondere situaties</b> .....	362
	<b>Marilene de Zeeuw, Carla Brok</b>	
<b>7.3.1</b>	Ouderschap in tijden van kinderziekten .....	363
<b>7.3.2</b>	Ouderschap van een kind met een chronische ziekte .....	364
<b>7.3.3</b>	Ouderschap van kinderen met een ontwikkelingsvoorsprong .....	366
<b>7.4</b>	<b>Dialoggerichte consultvoering</b> .....	368
	<b>Luud Muller</b>	
<b>7.4.1</b>	In dialoog met ouders van vandaag .....	369
<b>7.4.2</b>	Belang van bejegening .....	370
<b>7.4.3</b>	De exclusieve functie van de JGZ .....	370
<b>7.4.4</b>	Kwaliteit van de consultvoering .....	371

7.4.5	Opbouw van het consult .....	372
7.4.6	Inventarisatie van gespreksonderwerpen van de ouder en interventies .....	374
7.4.7	Dialogogerichte screening van de ontwikkeling .....	377
<b>7.5</b>	<b>Online opvoedingsondersteuning</b> .....	<b>380</b>
	<b>Christa Nieuwboer, Mirjam Straver-Kramer, Anke Strang</b>	
7.5.1	Drempels om online hulp te bieden .....	381
7.5.2	Competentieniveaus online hulpverlening .....	382
7.5.3	Kwaliteitsbewaking: het belang van een goede alliantie .....	384
<b>7.6</b>	<b>Vormen van jeugdzorg</b> .....	<b>386</b>
	<b>Bente Allessie</b>	
7.6.1	Jeugdzorg .....	387
7.6.2	Raad van de Kinderbescherming .....	389
7.6.3	Veilig Thuis .....	389
	<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>391</b>
	<b>Trefwoordenregister</b> .....	<b>409</b>

# 1 Jeugdgezondheidszorg

Bente Alessie, Marga Beckers, Jan van den Brule, Peter Hulsen, Menno Reijneveld, Yvonne Vanneste

## Inleiding

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. Deze zorg heeft als doel de gezondheid en ontwikkeling van kinderen en jongeren van -9 maanden tot en met 17 jaar te bevorderen en te beschermen; we duiden dat tijdvak verder aan als 0-18 jaar. De JGZ wordt aangeboden aan kinderen en hun ouders via GGD'en, thuiszorgorganisaties, Centra voor jeugd en gezin en zelfstandige stichtingen. Kinderen tot 4 jaar en hun ouders krijgen de zorg meestal op het consultatiebureau, vanaf 4 jaar en oudere jongeren krijgen die op school.

Jeugdgezondheidszorg richt zich op individuele kinderen en op groepen. Voor individuele kinderen en hun ouders en verzorgers werkt de jeugdgezondheidszorg vaak samen met huisartsen, jeugdhulp (jeugdzorg en jeugd-ggz), kinderartsen, paramedici en professionals in de geboortezorg. Daarnaast is er een scala aan andere samenwerkingspartners, zoals kinderdagverblijven en scholen, het jeugdwelzijnswerk en medisch specialisten als kno- (keel, neus en oor) en oogheelkunde. In een aantal gevallen biedt de JGZ zorg aan die is geïntegreerd met de zorg van andere partners, bijvoorbeeld in jeugdteams samen met de jeugdzorg.

De preventieve zorg voor groepen kinderen, het collectieve aspect van de jeugdgezondheidszorg, is ingebed in de public health. Dat is het vakgebied dat zich bezighoudt met volksgezondheid en collectief gerichte maatregelen om de volksgezondheid te verbeteren. Dit veld wordt ook wel aangeduid als 'publieke gezondheidszorg' of kortweg 'publieke gezondheid'. Beide aspecten van de jeugdgezondheidszorg, individuele zorg en collectieve zorg, zullen in dit hoofdstuk aan de orde komen.

Dit eerste hoofdstuk gaat in op de basisvragen van de JGZ:

- waarom hebben we de JGZ?
- wat doet de JGZ en hoe doet ze dat?
- wie werken er in de JGZ?

Deze vragen geven de achtergrond voor de informatie die in de volgende hoofdstukken wordt gepresenteerd.

## Leerdoelen

Na het bestuderen van dit hoofdstuk kun je:

- uitleggen wat de taak en visie is van de JGZ en hoe de JGZ vormgeeft aan preventie;
- ontwikkelingen binnen de consultatiebureaus en schoolgezondheidszorg toelichten vanuit historisch perspectief;
- uitleggen vanuit welke modellen de JGZ vormgeeft aan een contextgerichte benadering van jeugdigen;
- benoemen wat de pijlers zijn van de JGZ Preventieagenda en uitleggen hoe deze vorm krijgen;
- uitleggen wat het wettelijk kader is voor de uitvoering van de JGZ;
- uitleggen hoe de JGZ invulling geeft aan het basispakket met behulp van het Landelijk Professioneel Kader en het schema Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteractie;
- uitleggen welke plaats Evidence Based Practice heeft binnen de JGZ;
- uitleggen wat het doel is van de basisdataset JGZ;
- benoemen hoe richtlijnen en welke interventies en instrumenten het werk in de JGZ ondersteunen;
- benoemen welke pre- en neonatale screenings met welk doel worden aangeboden;
- benoemen op welke wijze door het Rijksvaccinatieprogramma een bijdrage geleverd wordt aan preventie van infectieziekten;
- de kern professionals binnen de JGZ benoemen, hun opleidingen, taken en bevoegdheden.

Ook ken je dan:

- de professionele standaarden waar zij zich aan houden;
- de beroepsverenigingen van deze professionals;
- enkele andere mogelijke professionals binnen en buiten de JGZ;
- de verschillen tussen de diverse professionals;
- de lokale samenwerkingsafspraken met relevante partners;
- de onderwijsvormen binnen basis- en voortgezet onderwijs;
- de samenwerking tussen onderwijs en JGZ.

## 1.1 JGZ in perspectief

De JGZ ontstond meer dan anderhalve eeuw geleden (1901), en in formele zin ruim honderd jaar geleden, uit een visie. Die visie is nog steeds actueel. In deze sectie wordt deze visie weergegeven en geplaatst in het perspectief van de rechten van het kind en de historie van de JGZ. De JGZ kijkt daarbij naar het kind in zijn context en adresseert van daaruit de verschillende uitdagingen die kinderen en hun opvoeders in de 21<sup>e</sup> eeuw tegenkomen. Deze onderwerpen komen hieronder achtereenvolgens aan bod.

### 1.1.1 Visie op de JGZ

De JGZ richt zich op het verbeteren en beschermen van de gezondheid van de doelgroep jeugd van 0 tot 18 jaar. Het achterliggend idee is daarbij dat voorkomen beter is dan genezen en dat kinderen en jongeren kwetsbaar zijn en dus bescherming nodig hebben. Preventie in al haar aspecten staat dus centraal in de JGZ. De vraag is daarbij steeds hoe dat het best kan worden vormgegeven en welke mogelijkheden er zijn om de gezondheid van kinderen en jongeren (verder) te verbeteren, in individueel gerichte zorg en in groepsgerichte zorg. Naast het leveren van kwalitatief goed werk, vereist dat analytisch kijken naar de (volks)gezondheid van kinderen en de mogelijkheden om die te verbeteren. In deze paragraaf wordt het begrip ‘preventie’ verder uitgewerkt.

Preventie is het centrale begrip in het werk van de JGZ. Voorbeelden zijn vaccinaties om infectieziekten zoals poliomyelitis of kinkhoest te voorkomen, het testen van het gehoor om vroegtijdige behandeling van gehoorproblemen mogelijk te maken en het geven van advies aan ouders over opvoeden. Preventie kan worden ingedeeld op verschillende manieren: naar het stadium van de aandoening waarop de preventie gericht is, naar de mate waarin de preventie op een ziekte is gericht of een breder doel heeft en naar doelgroep.

Een eerste, veelgebruikte, indeling is naar het stadium van de aandoening waarin wordt ingegrepen: primaire, secundaire en tertiaire preventie. *Primaire preventie* is gericht op het voorkomen dat de aandoening ontstaat door het inzetten van preventieve maatregelen. We proberen infectieziekten te voorkomen door te vaccineren, wiegendoed door ouders te adviseren een kind niet op de buik te laten slapen, luchtweginfecties door ouders te adviseren

een kind niet aan tabaksrook bloot te stellen en een voor een kind fatale val van een trap door ouders te adviseren om traphekjes te plaatsen. *Secundaire preventie* betreft het opsporen van gezondheidsproblemen in een vroeg stadium, om erger te voorkomen. We sporen fenylketonurie (PKU) vroeg op via analyse van het bloed uit de hielprik kort na de geboorte om te voorkomen dat deze stofwisselingsstoornis later leidt tot verstandelijke beperkingen bij het kind. PKU is een stofwisselingsstoornis die leidt tot schade aan het zenuwstelsel, waaronder verstandelijke beperkingen [1]. En we voorkomen stoornissen in de ontwikkeling van taal en spraak door gehoorverlies tijdig op te sporen. Bij beide aandoeningen is vervolgens een effectieve behandeling beschikbaar die de prognose sterk verbetert, mits vroegtijdig ingezet. Tot slot wordt soms als derde groep *tertiaire preventie* onderscheiden, het voorkomen dat een aandoening verergert of leidt tot invaliditeit. Dit voorkomen van verergering en complicaties is echter het doel van heel veel zorg. De term ‘tertiaire preventie’ komt in dit leerboek niet verder aan bod omdat deze vorm van preventie buiten de primaire scope van de JGZ valt. Het is helaas meestal te optimistisch om te stellen dat door een preventieve interventie een probleem geheel kan worden voorkomen. Een traphekje boven aan de trap maakt het risico op een val kleiner, maar het hekje kan open blijven staan of niet goed werken. Preventie leidt meestal tot verkleining van de kans op een bepaald probleem, maar niet tot het volledig verdwijnen van dat probleem. Met epidemiologische methoden kan daarbij geschat worden wat de maximale gezondheidswinst zal zijn. Een voorbeeld hiervan is de uitspraak: roken veroorzaakt 85% van alle gevallen van longkanker in Nederland (Den Hollander e.a., 2006). Dat betekent dat in theorie in Nederland 85% van alle sterfte aan longkanker zou worden voorkomen als het percentage rokers wordt gereduceerd tot nul. Het zal duidelijk zijn dat een dergelijk doel in de praktijk niet eenvoudig te realiseren is. Maar doelgericht werken en goede zorg leveren kunnen hier veel bijdragen – de meeste rokers beginnen immers jong met roken. Doelgericht werken aan preventie heeft bijvoorbeeld geleid tot het wereldwijd geheel laten verdwijnen van pokken; een groot succes van preventie, juist ook bij jeugd.

Preventie kan gericht zijn op een bepaalde ziekte of meer algemeen op het beschermen of bevorderen van de gezondheid en daarmee op het voorkomen van meerdere ziekten. Deze indeling naar doelstelling staat deels ‘dwars’ op de indeling naar

stadium – primaire of secundaire preventie – zoals hiervoor genoemd. Gezondheidsbescherming is erop gericht blootstelling aan risicofactoren te voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn schoon drinkwater, controle van voedingsmiddelen en het veiliger maken van wegen. Naar hun aard gaat het dan ook meestal om maatregelen die grote groepen, soms de hele bevolking, betreffen.

Gezondheidsbevordering is gericht op verbetering van de gezondheid door het beïnvloeden van gezondheidsgedrag. Dat kan door voorlichting te geven, bijvoorbeeld over de risico's van roken voor de eigen gezondheid en voor kinderen als zij meeroken, of over de gunstige effecten van volledige borstvoeding op de gezondheid van zuigelingen. Sigaretten duurder maken en zorgen voor een kolfkamer op het werk kan een dergelijke gedragsverandering ondersteunen en zijn eveneens vormen van gezondheidsbevordering. Gezondheidsbescherming en -bevordering leiden tot minder problemen, dus primaire preventie, op een scala van terreinen. Reductie van de blootstelling van zuigelingen aan tabaksrook leidt bijvoorbeeld tot minder bovenste luchtweginfecties, maar ook tot een kleiner risico op wiegendood. Ziektepreventie is daarentegen gericht op één ziekte, bijvoorbeeld het voorkomen van een meningokokkeninfectie door vaccinatie tegen het betreffende type meningokok of het voorkomen van achterstand in groei en verstandelijke beperking door congenitale hypothyreoïdie tijdig op te sporen en te behandelen. Ziektepreventie kan dus zowel primaire als secundaire preventie betreffen.

Een derde indeling van preventie is gebaseerd op de wijze waarop preventieve activiteiten worden afgeleverd: universeel, selectief of geïndiceerd. Universele preventie richt zich daarbij op de totale populatie. Vaccinaties bij kinderen tegen poliomyelitis zijn daarvan een voorbeeld: elk kind krijgt vaccinaties aangeboden. Selectieve preventie richt zich op groepen met een verhoogd risico. Een voorbeeld zijn reizigersvaccinaties: tegen buiktyfus wordt alleen gevaccineerd bij reizen naar landen waar dit veel voorkomt. Geïndiceerde preventie is gericht op voorstadia van een ziekte. Een voorbeeld daarvan is een gezinsinterventie bij kinderen die ernstige gedragsproblemen hebben, maar (nog) niet voldoen aan de criteria voor een formele psychiatrische diagnose. In dit laatste aspect zit ook een element van het stadium van de ziekte, maar voor het overige is deze indeling in feite toepasbaar naast een indeling naar ziektestadium. Preventie van roken, primaire preventie, kan bijvoorbeeld zijn gericht op alle jon-

geren (dus: universeel), maar ook op bijvoorbeeld jongeren in het vmbo met een verhoogd risico (dus: selectief). En screening op stofwisselingsziekten, secundaire preventie, kan gericht zijn op alle kinderen via de hielprik (dus: universeel, bijvoorbeeld PKU) maar ook op kinderen met een familiale belasting (dus: selectief, bijvoorbeeld familiale hypercholesterolemie).

### OPDRACHT 1.1

- Geef drie voorbeelden van activiteiten van de JGZ die primaire preventie betreffen.
- Geef drie voorbeelden van activiteiten van de JGZ die secundaire preventie betreffen.

#### 1.1.2 Rechten van het kind

De basis van de werkzaamheden van de JGZ wordt gevormd door de rechten van het kind. Op 20 november 1989 hebben de lidstaten van de Verenigde Naties (VN) het Verdrag voor de Rechten van het Kind aangenomen. In dit Kinderrechtenverdrag staat bijvoorbeeld dat kinderen recht hebben op onderwijs, gezondheidszorg en een veilige plek om te wonen en te spelen, maar ook dat ze recht hebben op bescherming tegen mishandeling, kinderarbeid, de gevolgen van oorlog en seksuele uitbuiting. In opdracht van de VN ziet Unicef erop toe dat regeringen het Kinderrechtenverdrag respecteren en nakomen. Nederland heeft zich sinds 1995 gebonden aan dit verdrag. Zie voor meer informatie en inspiratie ook de website [kinderrechten.nl](http://kinderrechten.nl). [www](#)

### OPDRACHT 1.2

- Wat zijn de voor de JGZ meest relevante rechten van het kind?

#### 1.1.3 De JGZ in historisch perspectief

De JGZ in Nederland bestaat al meer dan 100 jaar. We rekenen hiervoor vanaf de start van het eerste consultatiebureau in 1901. Aandacht voor de allerjongsten was er wel al eerder. In de volgende paragrafen wordt een aantal aspecten van het ontstaan van de JGZ toegelicht. Wil je meer weten over de historie van de JGZ, lees dan bijvoorbeeld het boekje *Jeugdgezondheid, 100 jaar vernieuwen, versterken en verbinden*. Het filmpje '100 jaar consultatiebureau' geeft een mooi beeld van al die veranderingen. [www](#)

### Jeugdgezondheid in maatschappelijke context

Het doel van de JGZ, de jeugdigen in Nederland gezond helpen opgroeien, is vanaf het ontstaan van de JGZ eigenlijk niet veranderd. Op welke thema's in het gezond opgroeien de nadruk ligt, is wel veranderlijk in de tijd. Was het aanvankelijk vooral aandacht voor voeding en infectieziektebestrijding, nu staan kindermishandeling, armoede en schoolverzuim centraal in de JGZ Preventieagenda (zie paragraaf 1.1.5). Maatschappelijke veranderingen zijn voor de JGZ steeds een aanleiding geweest om zich aan de passen en de aandacht te verleggen naar nieuwe thema's.

### Consultatiebureauzorg

Aanvankelijk was de zorg voor kinderen gericht op lichamelijke gezondheid. Rond 1900 was sterfte onder pasgeborenen schrikbarend hoog door ondervoeding en infecties. Huisvesting was slecht en borstvoeding werd vaak al snel gestopt. Een landelijke en systematische aanpak van de zorg voor zuigelingen en jonge kinderen kwam tot stand binnen het zogeheten 'kruiswerk'. De eerste consultatiebureaus begonnen met het volgen van de groei van kinderen en zelfs met het uitdelen van gepasteuriseerde melk aan kinderen wanneer deze slecht groeiden (Knapper, 1935). In de eerste decennia van de 20e eeuw groeide het aantal consultatiebureaus flink. Parallel daaraan en mede dankzij die consultatiebureaus daalde de kindersterfte in het eerste levensjaar van boven de 20% in sommige steden tot 3% in 1949. Het sterftecijfer van 1-5-jarigen, in 1875 nog 14%, was toen gedaald naar 0,8% (bron: Canon Zorg voor de jeugd Nederland). Ziekten die het gevolg waren van slechte hygiëne kwamen steeds minder voor. Door vaccinaties en door moeders voor te lichten over hygiëne en voeding werden eveneens veel ziekten voorkomen. Al snel werd ook het effect van de consultatiebureauzorg merkbaar. Ernstige aangeboren aandoeningen werden al in een veel vroeger stadium herkend op het consultatiebureau en doorverwezen voor behandeling. Het inzicht dat kinderen geen volwassenen in klein formaat waren, leidde daarnaast tot opkomst van kindergeneeskunde. Rond 1900 ontstonden de eerste zuigelingenafdelingen in ziekenhuizen. Tot dan toe dacht men dat zuigelingen onbehandelbaar waren.

### Schoolgezondheidszorg

Aandacht voor preventie bij schoolkinderen kwam pas later. Daarbij speelde de leerplichtwet van 1900 een rol. Daarin stond dat de staat verplicht was om

'ziekten en nadelen', die het kind konden bedreigen doordat het naar school ging, tot een minimum te beperken. Net als de consultatiebureaus ontstond ook de schoolgezondheidszorg kort na 1900. Maar de ontwikkeling van de beide takken van wat nu jeugdgezondheidszorg heet, verliep verschillend. Bij de consultatiebureaus waren het de kruisverenigingen en de medisch/verpleegkundige beroeps-groepen die het voortouw namen. Bij de oprichting van schoolgezondheidszorg lag het initiatief bij de gemeenten en de scholen. Aandacht voor de gezondheid van schoolgaande kinderen gaat terug tot de idealen (gelijke rechten voor alle burgers) van de Bataafse Republiek omstreeks 1800. Men wilde het schoolgaan stimuleren en dus moest de school veilig zijn en het kind geen schade berokkenen. Voor effectief onderwijs vond men een ordelijke en hygiënische leeromgeving belangrijk, liefst in lichte en luchtige gebouwen. De Wet op de Besmettelijke Ziekten (1872) hielp de verspreiding van in de wet genoemde ziekten zoals difterie en roodvonk te voorkomen, doordat kinderen die aan zo'n ziekte leden, niet naar school mochten tot alle gevaar van besmetting geweken was. Daarnaast bepaalde de wet dat alleen kinderen op school welkom waren die een bewijs van inenting tegen de pokken (pokkenbriefje) konden overleggen. Besmettelijke ziekten die niet dodelijk waren, werden lokaal wel bestreden door gemeenteartsen en schoolbesturen. Wetenschappelijk onderzoek naar oog- en rugproblemen zorgde voor verbetering van lesmaterialen en meubilair en vestigde geleidelijk meer aandacht op het kind zelf.

Schoolartsen hadden van begin af aan een duidelijk beeld van wat wel en niet tot hun takenpakket behoorde. Het was bijvoorbeeld belangrijk dat leerlingen kennis hadden over hygiëne, maar de schoolarts ging niet zelf voor de klas staan. Dat was een taak voor de onderwijsgeevenden. Schoolartsen pleitten voor een vak gezondheidsleer in de opleiding van onderwijzers, liefst gegeven door een schoolarts. Voorlichting aan ouders zagen zij wel als hun taak. Dat gebeurde tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek of als zij werden uitgenodigd op ouderavonden.

Zeker in de tweede helft van de twintigste eeuw verschoof het accent in het werk van de schoolarts naar het bevorderen van gezondheid. Daarom moest de schoolarts zijn aandacht richten op de ontwikkeling van het kind 'waarbij naast de lichamelijke ook de psychische en sociale aspecten' bekeken moesten worden. De definitie van gezondheid was



# 7 Verdieping en relevante thema's in de jeugdgezondheidszorg

## Inleiding

In dit hoofdstuk komen de verschillende thema's aan bod die niet leeftijdsspecifiek zijn. Enkele thema's zijn eerder aangestipt in dit boek en worden hier verder verdiept, zoals overgewicht en chronische stress. Nieuwe onderwerpen die relevant zijn in de JGZ zijn bijvoorbeeld consultvoering en online opvoedingsondersteuning. Deze worden hier verder besproken. Tot slot worden verschillende vormen van jeugdhulp uitgewerkt.

## 7.1 Overgewicht: een zwaarwegend probleem?

Elwyze Frijs

### Inleiding

Overmatig gewicht is in de loop van de jaren uitgegroeid tot een steeds omvangrijker maatschappelijk probleem. Het is daarmee een belangrijk aandachtsgebied binnen de jeugdgezondheidszorg.

Overgewicht en obesitas brengen gezondheidsrisico's met zich mee waar het kind op latere leeftijd klachten van kan krijgen, maar gaan bij veel kinderen ook gepaard met problemen waar ze tijdens de kindertijd al last van hebben. Eenmaal ontwikkeld overgewicht is bovendien vaak een hardnekkig probleem en niet in een handomdraai te verhelpen. Dat is niet vreemd: overgewicht is het gevolg van een ingewikkelde samenhang van interne en externe factoren. Het vergt dan ook een zorgvuldige analyse om inzicht te krijgen in wat er moet gebeuren om verandering op gang te brengen. Met als doel: het kind met overgewicht helpen zich fijner in zijn vel te voelen, nu en in het latere leven.

In dit onderdeel komt aan de orde waar de termen 'overgewicht' en 'obesitas' precies voor staan, welke gezondheidsrisico's ermee samenhangen, hoe het kan ontstaan en in stand blijven en wat mogelijkheden biedt voor preventieve zorg.

### Leerdoelen

Na het bestuderen van deze paragraaf kun je:

- beschrijven welke methoden in de JGZ worden gebruikt om te bepalen of en in welke mate er sprake is van overgewicht;
- uitleggen waardoor overgewicht hardnekkig is en wat dat betekent voor de (maatschappelijke) omvang van het probleem;
- benoemen welke lichamelijke en psychische problemen en gezondheidsrisico's op de korte en lange termijn kunnen ontstaan en waar het aan gewicht gerelateerde gezondheidsrisico door wordt bepaald;
- benoemen welke elementen een rol spelen bij het ontstaan van overgewicht aan beide kanten van de weegschaal (energiebehoefte en energie-inname) en wat integrale benadering betekent;
- beschrijven welke rol motivatie en overtuigingen van ouder en kind spelen bij het ontstaan, in stand houden én aanpakken van overgewicht en wat hierbij van belang is in het professionele contact;
- uitleggen welke rol voeding, beweging, ontspanning, slaap en opvoeding spelen in het bereiken van gezondheidswinst en kernpunten vormen in psycho-educatie over deze onderwerpen.

### 7.1.1 Overgewicht: omvang van het probleem

Overgewicht bestaat in allerlei vormen en maten: van licht tot extreem en van subtiel aanwezig tot duidelijk zichtbaar. Door verschillen in lichaamsbouw tussen kinderen valt overgewicht bij de één meer op dan bij de ander. Daar komt bovendien verschil in perspectief bij kijken: het gewicht van een kind kan voor de één in het oog springen, terwijl de ander het als normaal ziet. Dit fenomeen komt ook in de spreekkamer voor: soms zien ouders dat het wel meevalt met het gewicht van het kind (in sommige gevallen bijvoorbeeld vergeleken bij de rest van het gezin), terwijl de professional een gezin ziet waarin overgewicht aanwezig is. Wat is nou eigenlijk de omvang van het probleem dat met de term 'overgewicht' wordt aangeduid?

#### *Omvang in cijfers*

Overgewicht en obesitas zijn condities waarbij het lichaamsgewicht te hoog is in verhouding tot de lichaamslengte. Als maat voor deze verhouding wordt de body mass index (BMI) gehanteerd. Boven bepaalde vastgestelde grenswaarden van de BMI is sprake van overgewicht. Ook zijn grenswaarden vastgesteld om ernstige vormen van overgewicht te duiden: obesitas graad I, II en III. De grenswaarden die worden gehanteerd zijn leeftijds- en geslachtsgebonden: per leeftijd gelden voor jongens en meisjes specifieke BMI-waarden om te bepalen of er sprake is van overgewicht en in welke mate. De groeidiagrammen die in de JGZ worden bijgehouden, vormen dan ook de basis van het signaleren van overgewicht. Deze grafische weergave van de grenswaarden per leeftijd geeft in een oogopslag weer of er sprake is van overgewicht of obesitas en in welke mate. De waarden per leeftijd en geslacht zijn te vinden in de JGZ-richtlijn *Overgewicht* (2012). Voor kinderen jonger dan 2 jaar zijn geen gevalideerde BMI-waarden beschikbaar. Voor deze leeftijd geldt het gewicht-naar-lengtegroeiendiagram als maat voor de gewichtsontwikkeling. Bij waarden van 1-2 standaarddeviatiescore (SD) boven gemiddeld is sprake van overgewicht, bij meer dan 2 SD van obesitas.

De groeicurven brengen niet alleen de mate van overgewicht op een bepaald moment in beeld, maar ook het verloop van de BMI-ontwikkeling. Als de groeilijn in de BMI-curve in een bepaalde periode stijgt van de gezonde zone naar het gebied van overgewicht of zelfs verder, dan is duidelijk dat de gewichtsbalans verstoord is. Dat is een andere situatie dan wanneer het gewicht vanaf jonge leeftijd op de

grens van de overgewichtswaarde ligt en daar gedurende de jaren vrij stabiel doorzet. In beide gevallen is sprake van overgewicht volgens de definitie. De omvang van het probleem is echter niet gelijk. Dat heeft ermee te maken dat het risico op gezondheidsproblemen exponentieel toeneemt naarmate de BMI verder boven de grenswaarden ligt. De in maat en getal uitgedrukte grenswaarden van overgewicht geven direct informatie over het risico voor de gezondheid (de aan gewicht gerelateerde gezondheidsrisico's komen verderop aan de orde). In het eerste geval is die waarde en dus het risico niet alleen hoger, maar vindt bovendien voortdurende stijging plaats. Dat maakt het een probleem van toenemende omvang. BMI-curven verschillen op een belangrijk punt met lengtecurven: ze geven vastgestelde risicogerelateerde grenswaarden weer en weerspiegelen dus niet de gemiddelden van de populatie. Dat is maar goed ook, aangezien de prevalentie van overgewicht in de afgelopen jaren steeds verder is toegenomen. Als de curven hierop zouden worden aangepast, zou een steeds grotere mate van overgewicht als normaal worden beschouwd. Terwijl de gevolgen niet veranderen.

#### *Klinische blik*

Bij het vaststellen van overgewicht op basis van biometrie, is natuurlijk ook de klinische blik van belang om de gemeten waarden op de juiste manier te interpreteren. Datzelfde geldt voor bevindingen vanuit de (familie)anamnese en lichamelijk onderzoek. Zo geeft een BMI-waarde op de grens van normaal en overgewicht bij een kind met een relatief breed en gespierd postuur en familie die er hetzelfde uitziet, een ander beeld dan eenzelfde BMI-waarde bij een kind met weinig spiermassa, vooral centrale vetopslag en familie waarin veel overgewicht en daaraan gerelateerde problemen voorkomen. Ook etniciteit maakt verschil; voor een aantal etniciteiten zijn daarom aparte BMI-curven beschikbaar.

#### **CASUS MILOU**

Milou (9 jaar) komt voor reguliere controle van de groei op het spreekuur. Ze is klein van gestalte en oogt fors in omvang. In de BMI-curve is een flinke stijging te zien ten opzichte van de vorige meting een paar jaar geleden. In het dossier staat vermeld dat destijds met ouders gesproken is over de situatie rondom het gewicht, dat toen op de grens van overgewicht lag. Hierbij kwam naar voren dat ouders bewust bezig waren met het gewicht en dit graag op eigen initiatief wilden voortzetten in de verwachting dat