

RIVM Rapport 270232001/2008

## **Spelen met gezondheid**

Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd

C.T.M. Schrijvers  
C.G. Schoemaker

Contact:  
Carola Schrijvers  
centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen  
carola.schrijvers@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin, in het kader van het project Gezonde Jeugdcultuur.

© RIVM 2008

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

## Voorwoord

Volwassenen laten zich regelmatig uit over ‘de jeugd van tegenwoordig’ en meestal is dat niet positief. Wat dat betreft is er niets nieuws onder de zon. Klagen over de jeugd is van alle tijden. Jongeren bevinden zich in een overgangsfase tussen kindertijd en volwassenheid. Het is een periode van gierende hormonen en experimenteren met gedrag en leefstijl. In deze fase worden jongeren lichamelijk en cognitief rijp, terwijl ze door de samenleving nog niet voor vol worden aangezien en nauwelijks verantwoordelijkheden hoeven te dragen.

Toch lijkt er meer aan de hand dan de gebruikelijke zorgen. Er is een hardnekkig beeld aan het ontstaan dat het met jongeren slechter gaat dan ooit en dat hun gedrag uit de hand loopt. Dat beeld wordt versterkt door berichten in de media over comazuipen, *happy slapping*, internetverslaving, hangjongeren, breezerseks, cokeverslaafden, drinkketen, enzovoorts. Maar is het inderdaad zo dat het met de huidige generatie kinderen en jongeren minder goed gaat dan met de generaties vóór hen? Los van de zorgen die ik over bepaalde ontwikkelingen heb, vind ik geen grond voor zo’n stelling. Bovendien bevat het defaitisme dat eruit spreekt mij niet. We hebben in Nederland de goede gewoonte eerst de feiten te laten spreken alvorens te oordelen.

Ik heb daarom aan het RIVM gevraagd om de huidige gezondheid, leefstijl en gedrag van onze Nederlandse jeugd op een rijtje te zetten en waar dat mogelijk is te vergelijken met vroeger. Ook heb ik verzocht specifieke risicogroepen en risicogedragingen te identificeren en te kijken of iets te zeggen is over de oorzaken of op zijn minst bepaalde kenmerken van risicogroepen. Verder wil ik weten of bepaalde leefstijlen of gedragingen samenhangen en dus vaker bij bepaalde jeugdgroepen voorkomen. Tot slot heeft het RIVM de meest geschikte preventieve interventies voor mij geïnventariseerd. Als minister voor Jeugd en Gezin wil ik inzicht hebben in dit soort gegevens, want de gezondheid van alle jongeren en hun kansen om tot gezonde volwassenen op te groeien gaan mij bijzonder aan. Waar dat nodig is, wil ik beleid voeren om beide te versterken.

Met “Spelen met gezondheid” heeft het RIVM, dat het rapport in samenwerking met andere instituten heeft geschreven, aan mijn verwachtingen voldaan. Er ligt een schat aan gegevens die een helder en nuchter beeld geven hoe het met de gezondheid en leefstijl van jongeren gesteld is. Er zijn gunstige én ongunstige trends. En er zijn hardnekkige problemen die om aanpak vragen. Ik zal daar in mijn visie op gezonde jeugdcultuur, die ik dit najaar zal presenteren, op terugkomen. Maar dit rapport is niet alleen voor mij. Ook voor de mensen in het veld, de professional én de bestuurder, en verder iedereen die zich bekommert om de gezondheid van jongeren en aan de slag wil om daar iets aan te doen, acht ik de gegevens en analyses van RIVM, Sociaal en Cultureel Planbureau, Trimbos-instituut, Universiteit van Utrecht en NIVEL bijzonder bruikbaar. Maar oordeelt u vooral zelf.

André Rouvoet,



Minister voor Jeugd en Gezin



## Rapport in het kort

### Spelen met gezondheid

Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd

Vergeleken met circa tien jaar geleden is het aantal rokers en cannabisgebruikers onder jongeren licht gedaald en is het condoomgebruik toegenomen. Negatieve trends zijn de toename van overgewicht en alcoholgebruik. Psychische problemen komen relatief veel bij jongeren voor, maar zijn in de afgelopen twintig jaar nauwelijks toegenomen. Dit blijkt uit een RIVM-rapport over leefstijl (roken, alcoholgebruik, overgewicht, cannabisgebruik en riskant seksueel gedrag) en psychische problemen (emotionele problemen en gedragsproblemen) onder de Nederlandse jeugd.

De gezondheid van de jeugd van 0 tot en met 18 jaar is over het algemeen goed. De ongezonde leefstijl van jongeren kan echter leiden tot ongezondheid; op de korte termijn, maar vooral op latere leeftijd. Daarom is preventie belangrijk. Preventieve interventies moeten een combinatie zijn van gedragsbeïnvloeding van de jongere zelf en maatregelen gericht op een gezonde leefomgeving. Bovendien moet de aanpak meerdere ongezonde leefstijlfactoren omvatten, zoals roken, drinken en riskant seksueel gedrag, omdat deze vaak bij dezelfde jongeren voorkomen.

Ongezonde leefstijlfactoren en psychische problemen komen vaker voor onder laagopgeleide jongeren. Jongeren op het VMBO vormen een omvangrijke en belangrijke doelgroep om de geschetste problemen te voorkomen. De relatie tussen etniciteit enerzijds en een ongezonde leefstijl en psychische problemen anderzijds is niet eenduidig.

Trefwoorden: jeugd; leefstijl; psychische gezondheid; preventie



## Abstract

### **Playing with your health**

Lifestyle and mental health in the Dutch youth population

Compared to approximately ten years ago, the number of smokers and cannabis users among youths in the Dutch population has decreased slightly whereas the use of condoms has increased. Negative trends can be seen in increases in overweight and alcohol use. Although their incidence has hardly increased over the last twenty years, mental health problems are quite common in young people in the Netherlands. This can be concluded from an RIVM report on lifestyle that includes smoking, use of alcohol and cannabis, overweight, and risky sexual behaviour among the Dutch youth population. The report also contains data on mental health that covers emotional and behavioural problems.

Whilst the health of young people between the ages of birth and 18 years is good in general, prevention still remains an important issue. Young people can damage their health by living an unhealthy lifestyle, not only at short term but especially when they reach an older age. Preventive interventions should comprise a combination of influencing the behaviour of the youths themselves as well as measures aimed at a healthy living environment. Moreover, any approach taken should cover more than one unhealthy lifestyle factor, such as smoking, drinking alcohol and risky sexual behaviour because these issues usually occur in the same youths.

Unhealthy lifestyle factors and mental health problems occur more frequently in youths with a lower educational level. One large and significant target group where the problems described could be prevented is that of youths attending VMBO – preparatory secondary vocational education. The relationship between ethnicity on the one side and unhealthy lifestyle and mental health problems on the other side is not clear.

Key words: youth; lifestyle; mental health; prevention





## Inhoud

<b>Kernboodschappen</b>	<b>11</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>13</b>
<b>2 Gezondheidstoestand van de jeugd</b>	<b>17</b>
<b>3 Leefstijl van de jeugd</b>	<b>23</b>
3.1 Overgewicht	24
3.2 Alcohol	36
3.3 Roken	48
3.4 Cannabis	60
3.5 Riskant seksueel gedrag	70
<b>4 Psychische problemen</b>	<b>85</b>
4.1 Emotionele problemen	87
4.2 Gedragsproblemen	97
<b>5 Clustering van leefstijl en problemen</b>	<b>109</b>
<b>6 Slotbeschouwing</b>	<b>115</b>
6.1 Wat is er bekend over de gezondheidsschade van de zeven onderzochte gedragingen?	115
6.2 Wat zijn de trends in het gezondheidsgedrag van de Nederlandse jeugd?	118
6.3 Welke groepen jongeren lopen de meeste risico's?	119
6.4 Welke risicofactoren vergroten de kans op ongezond gedrag onder jongeren?	123
6.5 In welke settings vinden (effectieve) interventies plaats?	125
6.6 Wat betekent deze stand van zaken voor het preventiebeleid?	128
<b>Literatuur</b>	<b>131</b>
<b>Bijlage 1 Projectteam, auteurs en referenten</b>	<b>143</b>
<b>Bijlage 2 Toelichting gebruikte bronnen</b>	<b>145</b>
<b>Bijlage 3 Lijst met afkortingen</b>	<b>149</b>



## Kernboodschappen

### **De Nederlandse jeugd is gezonder dan vaak wordt gedacht**

Als wordt gesproken over ‘de jeugd van tegenwoordig’ ligt de nadruk meestal op de negatieve kanten: het ongezonde gedrag en de problemen. Toch is de gezondheid van de Nederlandse jeugd van 0 tot en met 18 jaar over het algemeen heel goed, zeker vergeleken met die van volwassenen. Er zijn uiteraard wel ernstig zieke kinderen, maar zij vormen een klein deel van alle jeugdigen in Nederland. Vergeleken met leeftijdgenoten in andere westerse landen, scoort de Nederlandse jeugd goed op gezondheid.

### **Emotionele problemen en gedragsproblemen hebben veel impact maar nemen niet toe**

Van alle ziekten en stoornissen leiden psychische problemen, vooral omdat ze relatief vaak voorkomen, tot het meeste verlies aan kwaliteit van leven van jongeren. Eén op de acht jongeren van 11 tot en met 18 jaar heeft ernstige emotionele problemen, en één op de negen heeft ernstige gedragsproblemen. In andere westerse landen is dat ongeveer hetzelfde. Ernstige psychische problemen van jongeren blijven in de volwassenheid vaak bestaan. De psychische problemen bij jongeren zijn de laatste twintig jaar niet of nauwelijks toegenomen. Het zorggebruik ten gevolge van psychische problemen is wel flink gegroeid, onder andere vanwege betere herkenning en verruiming van het zorgaanbod.

### **Ongezonde leefstijl in de jeugd kan leiden tot latere ongezondheid**

Veel gezondheidsproblemen bij volwassenen en ouderen zijn het resultaat van een ongezonde leefstijl en ongezonde omgevingsinvloeden eerder in het leven, beginnend in de jeugd. Zo lopen kinderen en jongeren met overgewicht een grotere kans om later diabetes of hart- en vaatziekten te ontwikkelen. Vanuit dit levensloopperspectief is het daarom van belang in te zetten op gezondheidsbevorderende interventies bij de jeugd. Doel is dan het voorkómen van ziekte op latere leeftijd of uitstel van het ontstaan ervan. Daarnaast heeft een ongezonde leefstijl ook directe effecten op de gezondheid, het welzijn en de ontwikkeling van jongeren. Zo treedt bij een deel van de jongeren die vaak en veel alcohol drinken al acute en blijvende gezondheidsschade op.

### **Trends in de leefstijl van de Nederlandse jeugd zijn deels gunstig en deels ongunstig**

Vergeleken met ongeveer tien jaar geleden is overgewicht bij de jeugd sterk toegenomen. Daarnaast drinken jongeren de laatste jaren op steeds schadelijker wijze alcohol. Gunstig is de daling in het aantal jongeren dat rookt en/of cannabis gebruikt. Ook is het condoomgebruik toegenomen en het aantal tienerzwangerschappen gedaald. De leefstijl van Nederlandse jongeren was in 2005 op een aantal onderdelen relatief gunstig in vergelijking met andere westerse landen, met één uitzondering: Nederlandse jongeren drinken in verhouding veel en vaak.

### **Experimenteergedrag hangt sterk samen met de jeugd als zelfstandige levensfase**

De jeugd is een levensfase met veel keuzemogelijkheden maar nog weinig verantwoordelijkheden. Ze duurt inmiddels steeds langer: vanaf de overgang naar het voortgezet onderwijs tot wel tegen het dertigste levensjaar. Bij deze jeugdfase hoort vaak experimenteergedrag. Veel van het roken, drinken, cannabisgebruik en riskant seksueel gedrag in deze levensfase is dan ook zo op te vatten. Een deel hiervan vermindert meestal met de overgang naar de volwassenheid, zoals cannabisgebruik. Andere gedragingen, zoals roken en alcoholgebruik raken echter zo ‘ingeslepen’ dat ze daarna voortduren. Preventie zou zich dan ook bij voorkeur dienen te richten op het continueren van gezond gedrag van kinderen op de basisschool, met de overgang naar het voortgezet onderwijs als cruciale fase.

### **Ongezonde leefstijl en psychische problemen komen veel meer voor op het VMBO**

Alle in dit rapport beschreven ongezonde leefstijlfactoren (roken, cannabisgebruik, ongezond eten, weinig bewegen, alcoholgebruik en riskant seksueel gedrag) en psychische problemen (gedragsproblemen en emotionele problemen) komen vaker voor bij laagopgeleide jongeren dan onder hoogopgeleide jongeren. De grootste verschillen doen zich voor tussen VMBO-leerlingen in de beroepsgerichte leerweg en VWO-leerlingen. Zo heeft van de VMBO-b leerlingen 23% gedragsproblemen, terwijl dat op het VWO slechts 7% is. Voor overgewicht zijn deze percentages respectievelijk 16% en 6%. Het is nog de vraag hoe deze verschillen het beste kunnen worden verklaard. Wel is duidelijk dat jongeren op het VMBO een grote en belangrijke doelgroep vormen voor preventie van een ongezonde leefstijl en psychische problemen.

### **Autochtone en allochtone jongeren: een wisselend beeld**

De relatie tussen etniciteit en een ongezonde leefstijl en psychische problemen is niet eenduidig. Zo is het percentage jongeren dat alcohol drinkt veel lager onder allochtonen dan onder autochtonen. Voor roken, cannabisgebruik, seksueel gedrag en emotionele problemen zien we geen duidelijk verschillen tussen beide groepen. Allochtone jongeren zijn wel vaker te dik dan hun autochtone leeftijdsgenoten: ze bewegen ook minder en hun eetpatroon is op een aantal onderdelen ongunstiger. Ook hebben allochtone jongeren meer gedragsproblemen. Overigens zijn er ook tussen de verschillende etnische groepen nog verschillen. Dit betekent dat er in het preventiebeleid rekening moet worden gehouden met etnische en culturele diversiteit.

### **Preventie moet zich richten op jongeren zelf én hun omgeving**

Leefstijl en psychische gezondheid van jongeren zijn het resultaat van persoonsgebonden risicofactoren (zoals biologische factoren en kennis) en omgevingsgebonden risicofactoren (zoals de *peer group* en de fysieke omgeving). Preventie van een ongezonde leefstijl en psychische problemen moet dan ook gericht zijn op een gecombineerde aanpak van deze risicofactoren. Dat betekent dat gedragsbeïnvloeding van de jongere zelf gecombineerd wordt met maatregelen die zorgen voor een gezonde omgeving. Voor alcohol betekent dit bijvoorbeeld een combinatie van voorlichting (gericht op de jongere en ouders) en prijsmaatregelen, het stellen en handhaven van leeftijdsgrenzen, het beperken van het aantal verkooppunten en reclamebeperkingen.

### **Clustering van ongezonde leefstijl vraagt om gecombineerde preventieve aanpak**

Veel van de ongezonde leefstijlfactoren gaan samen bij dezelfde jongeren, ook al wordt dat door de nadruk op de afzonderlijke leefstijlfactoren vaak vergeten. Onder jongeren van 12 tot en met 16 jaar zijn het vaak dezelfde jongeren die alcohol drinken, roken, cannabis gebruiken en (riskant) seksueel gedrag vertonen. Mogelijk wordt deze samenhang verklaard door een overkoepelende factor zoals jeugdcultuur of experimenteergedrag. Interventies gericht op afzonderlijke leefstijlfactoren bij jongeren moeten daarom in ieder geval onderling worden afgestemd, maar bij voorkeur worden gecombineerd tot één aanpak.

# 1 Inleiding

*Casper Schoemaker en Carola Schrijvers*

## *Aanleiding voor dit rapport*

Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin brengt in het najaar van 2008 een nota over gezonde jeugdcultuur uit. Het heeft eind 2007 het centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (cVTV) van het RIVM gevraagd om deze rapportage te schrijven, met feiten en cijfers over leefstijl en psychische gezondheid van de jeugd en over de mogelijkheden van preventie van een ongezonde leefstijl en psychische problemen van de jeugd. Het RIVM heeft deze rapportage overigens niet alleen geschreven, maar samen met deskundigen van andere instituten: het Sociaal en Cultureel Planbureau, het Trimbos-instituut, het NIVEL en de Universiteit Utrecht.

## *Afbakening en consequenties daarvan voor de inhoud van het rapport*

In overleg met de opdrachtgever is besloten om 'jeugd' en 'jeugdigen' te definiëren als iedereen van 0 tot en met 18 jaar, waarbij de nadruk ligt op 'jongeren' van 10 tot en met 18 jaar. Dat is immers de leeftijdsgroep waarin veel ongezond gedrag, zoals roken en alcoholdrinken, voor het eerst optreedt. Daarnaast ligt de nadruk op preventie, gericht op jeugdigen die (nog) niet ziek zijn. Dat betekent bijvoorbeeld dat allerlei aspecten van de zorg grotendeels buiten beschouwing blijven. En dat geldt ook voor tertiaire preventie, die gericht is op het verminderen van de gevolgen van ziekte. Gezien de beperkte tijd waarin het rapport tot stand moest komen is ervoor gekozen om zoveel mogelijk gebruik te maken van een groot aantal bestaande bronnen. Voor de eenheid in het rapport wordt één bron, de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-studie) uitgevoerd in 2005 (Van Dorsseleer et al., 2007) in vrijwel alle paragrafen aangehaald. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van secundaire analyses op data van deze HBSC-studie gepresenteerd, die speciaal voor dit rapport zijn uitgevoerd.

## *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 sturend bij inhoud en opbouw rapport*

De keuzes voor de inhoud en opbouw van dit rapport werden mede gebaseerd op de drie belangrijkste kernboodschappen over de jeugd in het rapport 'Zorg voor gezondheid' (de zogenaamde 'VTV-2006') (De Hollander et al., 2006):

1. de jeugd is over het algemeen gezond;
2. de jeugd investeert met ongezond gedrag in ziekte en ongezondheid op latere leeftijd;
3. in deze levensfase veroorzaken psychische stoornissen het grootste verlies aan kwaliteit van leven.

In de volgende drie hoofdstukken van het rapport wordt elk van deze onderwerpen – algemene gezondheid (hoofdstuk 2), leefstijl (hoofdstuk 3) en psychische problemen (hoofdstuk 4) - nader uitgewerkt.

## *Gezondheid en ziekte zijn niet gelijkmatig verdeeld over de leeftijdsgroepen*

De belangrijkste gezondheidsproblemen in de gehele Nederlandse bevolking zoals coronaire hartziekten, beroerte, COPD, diabetes, longkanker, artrose en dementie (De Hollander et al., 2006) zijn vooral 'oudemensenziekten'. Ze komen onder jeugdigen in verhouding zeer weinig voor. Dit zal nader worden uitgewerkt en onderbouwd in hoofdstuk 2.

## *De jeugdigen van nu zijn de ouderen van 2070*

Voor deze rapportage hebben we gekozen voor een benadering die in paragraaf 3.1 van de VTV 2006 (De Hollander et al., 2006) uitgebreid is uitgewerkt: het levensloopperspectief. In dit perspectief zijn de bijna twee miljoen jeugdigen van 10 tot en met 18 jaar niet zomaar een vrij willekeurig achtste deel van

de bevolking: ze zijn ook de volwassenen van 2040 en ze zijn in 2070 de ouderen van Nederland, voor zover ze niet eerder overlijden. Hoe gezond ze nu over het algemeen ook mogen zijn, het is vrijwel zeker dat ook de relatief gezonde jeugdigen van tegenwoordig in hun laatste levensfase zullen worden getroffen door gezondheidsproblemen en ziekten. De ouderdom komt immers met gebreken. Voor een deel is dat niet te voorkómen, maar voor een deel wel.

#### *Deel van ouderdomsziekten is in de jeugd te voorkomen*

Veel gezondheidsproblemen bij ouderen zijn de resultante van gedragingen en invloeden vanuit de omgeving die eerder in het leven plaatsvonden of die gedurende het leven opgebouwd zijn. Voor de meeste factoren rond leefstijl en fysieke omgeving geldt dan ook dat hoe eerder ze zich ten goede ontwikkelen (of keren), hoe meer effect op de latere gezondheid mogelijk is (De Hollander et al., 2006). Het is vanuit dit zogenaamde levensloopperspectief van groot belang om in te zetten op gezondheidsbevorderende interventies bij de jeugd, ook al zullen ze zich veelal pas later in het leven terugvertalen in gezondheidswinst. Hierbij moeten we ons richten op het ongezonde gedrag bij de jeugd dat bij de toekomstige volwassenen en ouderen kan leiden tot gezondheidsproblemen (VWS, 2006). Doel is dan het voorkomen van ziekte op latere leeftijd of, als dat onvermijdelijk is, uitstel van het ontstaan. Daarnaast hebben veel van deze gedragingen ook direct effecten op de gezondheid, het welzijn en de ontwikkeling van jongeren.

#### *Keuze voor leefstijlfactoren in dit rapport*

In deze rapportage is – in overleg met de opdrachtgever – gekozen voor een beperkt aantal leefstijlfactoren: overgewicht (paragraaf 3.1), alcohol (paragraaf 3.2), roken (paragraaf 3.3), cannabis (paragraaf 3.4) en riskant seksueel gedrag (paragraaf 3.5). Daarbij is overgewicht geen op zich staande leefstijlfactor, maar de resultante van twee andere leefstijlfactoren; een ongezond voedingspatroon en een gebrek aan lichaamsbeweging. Wel is duidelijk dat overgewicht een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van bij voorbeeld coronaire hartziekten en diabetes op latere leeftijd. We hebben ons wat betreft drugsgebruik expliciet beperkt tot cannabis, omdat dat in de leeftijdsgroep 10 tot en met 18 jaar verreweg het meest gebruikte middel is. Voor de nadere afbakening van de onderwerpen, zie de inleidingen van de genoemde paragrafen.

## **Leeswijzer voor het rapport**

#### *Opbouw paragrafen over leefstijlfactoren*

De paragrafen over leefstijlfactoren in hoofdstuk 3 bieden in kort bestek de belangrijkste feiten en cijfers. De afzonderlijke paragrafen hebben dezelfde opbouw (zie ook de inleiding van hoofdstuk 3). Allereerst wordt de vraag ‘hoe vaak komt het gedrag of de leefstijlfactor voor?’ beantwoord. Vervolgens wordt gekeken naar trends in de tijd en naar internationale en lokale verschillen. Daarna komen de gevolgen van het specifieke risicogedrag aan bod zowel op de korte als ook op de lange termijn. Na de risicogroepen en risicofactoren volgt een wat langere subparagraaf over mogelijke preventieve interventies en hun geschatte effecten. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de settings waarin ze kunnen worden aangeboden. De paragrafen worden telkens afgesloten met een samenvattende alinea.

#### *Hoofdstuk 4: emotionele problemen en gedragsproblemen*

Veel mensen denken bij psychische problemen van kinderen en jongeren in eerste instantie aan afzonderlijke stoornissen zoals ADHD, anorexia nervosa, fobieën, depressie of autisme. We hebben er expliciet voor gekozen deze versnipperde diagnosegestuurde benadering niet te volgen in deze rapportage. Deze keuze onderbouwen we in de inleiding van hoofdstuk 4. We beperken ons tot de twee belangrijkste typen van psychische problemen in de jeugd: emotionele problemen (paragraaf 4.1) en

gedragsproblemen (paragraaf 4.2). In de wetenschappelijke literatuur worden deze problemen ook wel internaliserende en externaliserende problemen genoemd. Daarbij verwijst de term internaliserend naar problemen die naar binnen gericht zijn en daardoor voornamelijk storend zijn voor het kind of de jongere zelf. Angst- en stemmingsstoornissen vallen in deze categorie. Externaliserend gedrag is naar buiten gericht en wordt vooral door de omgeving als storend ervaren. Voorbeelden hiervan zijn normoverschrijdend en agressief gedrag. Hieronder vallen ook gedragsstoornissen (in de wetenschappelijke literatuur ook wel conduct disorders (CD) genoemd). Overigens hebben beide paragrafen ongeveer dezelfde opbouw als de paragrafen in hoofdstuk 3.

#### *Hoofdstuk 5 en 6: samenhang tussen de afzonderlijke paragrafen van hoofdstuk 3 en 4*

De indeling in paragrafen over afzonderlijke leefstijlfactoren en psychische problemen zou ten onrechte de indruk kunnen wekken dat het om problemen gaat die los van elkaar bestaan. Om die indruk weg te nemen, gaan we in hoofdstuk 5 na in hoeverre de afzonderlijke onderwerpen uit hoofdstuk 3 en 4 ook samen voorkomen (dat wil zeggen: bij dezelfde personen). Dat gebeurt zoals gezegd in een secundaire analyse op de data van de HBSC-studie 2005 (Van Dorsselaer et al., 2007), die speciaal voor dit rapport is uitgevoerd (zie bijlage 2 voor een overzicht van de gebruikte bronnen). In hoofdstuk 6 volgen een samenvatting en slotbeschouwing waarin de afzonderlijke paragrafen in onderling verband worden besproken.

### **Maatschappelijke context**

#### *Gedrag en problemen zijn niet los te zien van de context*

De nadruk in de afzonderlijke paragrafen ligt op het ontstaan, de gevolgen en het voorkomen van risicogedrag en problemen. Voordeel van deze wat technische benadering is dat zij aansluit bij een grote hoeveelheid wetenschappelijke kennis. Het gevaar is echter dat het specifieke gedrag wordt bekeken alsof het losstaat van de historische, persoonlijke en maatschappelijke context waarin het zich afspeelt. We zullen enkele van deze bredere perspectieven hieronder kort schetsen en erop terugkomen in de beschouwing.

#### *Nauwelijks interesse bij jeugdigen voor lange termijn effecten van ongezond gedrag*

Het paradoxale aan de jeugd als levensfase is dat hierin de basis voor mogelijke toekomstige gezondheidsproblemen gelegd wordt, maar dat er tegelijkertijd nog nauwelijks gezondheidsproblemen zijn. Dit maakt gezondheidsbevordering bij jongeren lastig. Hoewel gezondheid voor jongeren wel degelijk een issue is, gaat het dan vooral over zaken als seksueel overdraagbare aandoeningen en gezondheidsklachten die zij in het hier en nu ervaren. In voorlichting over gewoonten die pas veel later hun tol gaan eisen, zijn zij vrijwel niet geïnteresseerd. Een voorbeeld daarvan is de voorlichting over gehoorschade als gevolg van luide muziek.

#### *Gezond opgroeien is maar één van de ontwikkelingsvoorwaarden*

De jeugd als levensfase kent veel andere facetten naast gezondheid op de lange termijn. Zo is veiligheid belangrijk, als ook talenten ontwikkelen, een actieve betrokkenheid bij de maatschappij en de voorbereiding op de toekomst. Maar naast een serieuze voorbereiding op de volwassenheid is de jeugd ook een levensfase waarin je plezier hebt en bezig bent met sport, cultuur en recreatie. Kort gezegd: de vrijheid om te spelen. En het is juist de vrijheid om te spelen en te experimenteren die raakt aan veel van het leefstijlgedrag zoals dat in hoofdstuk 3 van deze rapportage zal worden beschreven. Over de jeugd als levensfase om te experimenteren heeft Vollebergh in haar recente oratie een aantal zeer verhelderende en inspirerende ideeën opgeworpen (Vollebergh, 2008). De volgende twee alinea's zijn daar grotendeels op gebaseerd.

#### *Langdurige verzelfstandigde jeugdfase pas van de laatste tijd*

Ongeveer vijftig jaar geleden ging de kindertijd van de meeste Nederlanders vrij abrupt over in het volwassen leven. Tegenwoordig zijn beide levensfasen van elkaar losgemaakt omdat er een tussenfase is ontstaan: de jeugdfase. Dit is een periode met veel keuzemogelijkheden maar nog niet zo veel verantwoordelijkheden. De duur van deze verzelfstandigde jeugdfase is de afgelopen decennia sterk gegroeid. Terwijl het einde van de kindertijd zich op steeds jongere leeftijd lijkt af te spelen, wordt de entree in de volwassenheid steeds verder uitgesteld. Dit proces illustreert Vollebergh aan de hand van de historische ontwikkelingen rond het aangaan van seksuele relaties. Vijftig jaar geleden was het aangaan van een seksuele relatie voor grote groepen mensen onlosmakelijk verbonden met het huwelijk en het krijgen van kinderen. Tegenwoordig heeft in Nederland gemiddeld één derde van de 16-jarigen al seksuele gemeenschap gehad (Van Dorsselaer et al., 2007; zie ook paragraaf 3.5). Op seksueel gebied is het einde van de kindertijd voor velen vervroegd. De daarbij behorende intrede in de volwassenheid is echter aanzienlijk naar achteren verschoven in de levensloop. Momenteel krijgen vrouwen in Nederland gemiddeld op de leeftijd van 29 jaar hun eerste kind. Een periode van tien tot vijftien jaar geaccepteerde, actieve maar niet reproductieve seksualiteit is het gevolg. Een dergelijke levensperiode heeft zich nooit eerder voorgedaan in de menselijke geschiedenis.

#### *Jeugdig experimenteergedrag of startpunt van een ongezonde levensstijl?*

Veel van het in hoofdstuk 3 en 4 beschreven gedrag (zoals roken, drinken, cannabisgebruik en riskant seksueel gedrag) is op te vatten als experimenteergedrag, dat lijkt te horen bij de hierboven beschreven verzelfstandigde jeugdfase. Experimenteren gebeurt vaak in groepen leeftijdsgenoten waarbij de invloed van ouders of opvoeders minder groot is dan in de kindertijd. Door veranderingen in de jeugdcultuur kunnen bepaalde gedragingen in de loop van de tijd ook ineens 'in' of 'uit' raken. Een deel van dit experimenteergedrag eindigt met de overgang naar de volwassenheid. Of er dan toch al gezondheidsschade in aangericht, hangt sterk af van het soort gedrag. Sommige gedragingen raken echter zo 'ingeslepen' dat ze voortduren in de volwassenheid. Dit komt aan de orde in de meeste paragrafen. Bij gebrek aan onderzoek waarin jeugdigen langdurig worden gevolgd tot in de volwassenheid, zullen we ons daarbij vooral baseren op onderzoek waarin de jeugd van nu wordt vergeleken met de volwassenen van nu.

#### *De meeste Nederlandse jongeren zijn gelukkig*

Opvallend is dat de hierboven geschetste culturele veranderingen door veruit de meeste jongeren zonder al te veel problemen kunnen worden opgevangen. Nederlandse jongeren behoorden in 2003 gemiddeld tot de gelukkigste jongeren in de hele westerse wereld (Currie et al., 2004). Meer dan 90% van de 15-jarigen beoordeelde het eigen leven als ten minste voldoende, en dat percentage was hoger dan in een groot aantal andere westerse landen. En datzelfde geldt voor de Nederlandse 11- en 13-jarigen. De kwaliteit van hun sociale netwerken is over het algemeen hoog en zij voelen zich goed. Er is echter ook een kleine groep jongeren die er niet in slaagt te experimenteren zonder problemen. Uiteraard zullen vooral deze jongeren met problemen uitgebreid in deze rapportage aan bod komen, maar daarbij dient wel te worden bedacht dat het dan slechts om een minderheid van de jongeren gaat.



## 2 Gezondheidstoestand van de jeugd

*Martin Gommer en René Poos*

De Nederlandse jeugd investeert in ongezondheid, bijvoorbeeld door te roken en te drinken. Dat is algemeen bekend. Maar leidt dat ongezonde gedrag bij de jeugdigen zelf al tot gezondheidsproblemen? Hoe staat het in deze leeftijdsgroep eigenlijk met de sterfte, het aantal huisartsbezoeken en ziekenhuisopnamen en de kosten van de gezondheidszorg? En is er wat te zeggen over de gevolgen van ongezond gedrag op de lange termijn?

### **Wat bedoelen we met ‘jeugd’?**

In overleg met de opdrachtgever is besloten om de jeugd te definiëren als iedereen van 0 tot en met 18 jaar, waarbij de nadruk ligt op jongeren van 10 tot en met 18 jaar. De 0-jarigen nemen wat betreft ziekte en zorg een bijzondere positie in: daarom worden ze waar mogelijk apart beschreven. Tot slot: omdat veel bestaande databronnen vijfjaars leeftijdscategorieën hanteren, gaat het op sommige plaatsen (zoals in de alinea hieronder) niet over de jeugd van 0 tot en met 18 jaar maar van 0 tot en met 19 jaar. Voor de conclusies maakt dat niet zo heel veel uit. Zie bijlage 2 voor meer details over de gebruikte bronnen.

### *Ziektelast en sterfte zijn zeer ongelijk verdeeld over de leeftijdsgroepen*

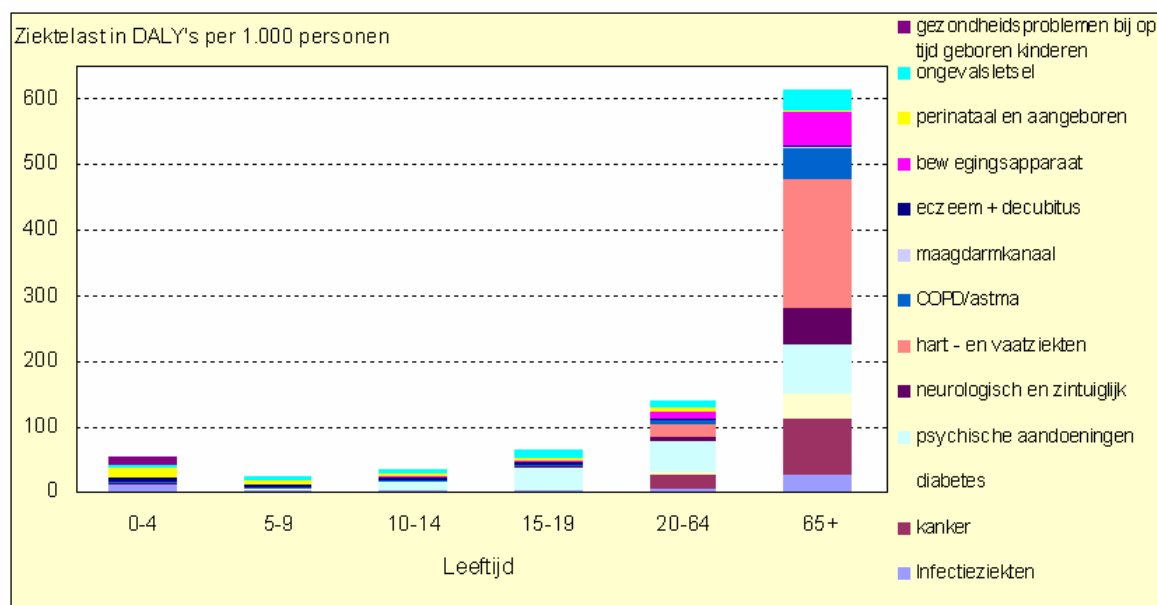
Voor de laatste Volksgezondheid Toekomst Verkenning ‘Zorg voor gezondheid’ (VTV 2006; De Hollander et al., 2006) is de totale ziektelast in Nederland in 2003 berekend op basis van een selectie van 56 belangrijke ziekten. Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in de bevolking die veroorzaakt wordt door ziekten. Deze wordt uitgedrukt in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years).<sup>1</sup> Onder 0- tot en met 19-jarigen is de ziektelast relatief zeer gering, zoals blijkt uit figuur 2.1. Terwijl de jeugd ongeveer een kwart uitmaakt van de totale Nederlandse bevolking, komt slechts 6% van de totale ziektelast in deze groep terecht. Van de ruim 135.000 sterfgevallen per jaar in Nederland gaat het om ongeveer 1.500 personen in de leeftijd van 0 tot en met 19 jaar. Dat is iets meer dan 1% van de totale sterfte. Dit komt overeen met een gemiddelde sterfte van 38 per 100.000 personen per jaar. Ter vergelijking: de sterfte in de totale bevolking bedraagt 834 per 100.000 personen per jaar.

### *De ziekten met de grootste ziektelast zijn vooral oudermensenziekten*

In de top 10-lijst van ziekten met de grootste ziektelast in de totale Nederlandse bevolking (De Hollander et al., 2006) overheersen de ziekten die zich vooral op latere leeftijd manifesteren: coronaire hartziekten, beroerte, COPD, diabetes, longkanker, artrose en dementie. Bij jonge kinderen is het grootste deel van de ziektelast toe te schrijven aan defecten die zijn ontstaan voor of tijdens de geboorte, ongevallen, en astma en andere luchtwegklachten. Bij jongeren komen ongevallen ook relatief veel voor. Jongeren verliezen echter het meeste gezondheid door psychische stoornissen: angst- en stemmingsstoornissen en alcoholafhankelijkheid (De Hollander et al., 2006).

<sup>1</sup> De DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte. Deze jaren geleefd met ziekte worden 'gewogen' op basis van de ernst van de ziekte, zodat ze vergelijkbaar worden met door sterfte verloren levensjaren. Als bijvoorbeeld een ziekte een wegingsfactor van 0,5 heeft, betekent dit dat een jaar leven met deze ziekte als een even groot verlies wordt beschouwd als een half jaar verloren door vroegtijdige sterfte (0,5 ziektejaarequivalent). Het aantal DALY's is de som van de verloren levensjaren en de ziektejaarequivalenten (zie ook De Hollander et al., 2006, p. 52).

Een aantal ziekten dat vooral op jongere leeftijd voorkomt, zoals bij voorbeeld leukemie en middenoorontsteking, is niet in bovengenoemde selectie van 56 ziekten opgenomen, omdat ze naar verhouding in de totale bevolking weinig voorkomen. Daarnaast ontbreekt voor een aantal van de 56 ziekten de gegevens voor jonge kinderen. Dat geldt bijvoorbeeld voor psychische aandoeningen. Hierdoor geeft figuur 2.1 een lichte onderschatting van de totale ziektelast in de jeugd. Dat doet overigens niets af aan de conclusie dat de ziekten met de grootste ziektelast vooral voorkomen bij ouderen.



Figuur 2.1: Ziektelast per 1.000 personen per leeftijdsgroep, veroorzaakt door 56 belangrijke ziekten in 2003 (Bron: De Hollander et al., 2006).

Tabel 2.1: Gemiddeld aantal doden per jaar per ziektehoofdgroep en per leeftijdsgroep, 0- tot en met 19-jarigen, in de periode 2004-2006 (Bron: CBS-Doodsoorzakenstatistiek).

Naam ziektehoofdgroep	Totaal aantal doden per leeftijdsgroep per jaar						% van totaal 0-19 jr
	0 jr	1-4 jr	5-9 jr	10-14 jr	15-19 jr	0-19 jr	
Aandoeningen ontstaan in de perinatale periode	450	0	0	0	0	450	29,5
Aangeboren afwijkingen	286	24	7	6	7	329	21,6
Ongevalsletsels en vergiftigingen	17	39	24	41	134	254	16,7
Kankers	8	35	30	30	39	141	9,3
Overig	107	88	36	45	73	349	22,9
<b>Totaal</b>	<b>867</b>	<b>185</b>	<b>96</b>	<b>122</b>	<b>254</b>	<b>1.524</b>	

*Sterfte in de jeugd vooral door perinatale en aangeboren afwijkingen*

De helft van de sterfte onder 0- tot en met 19-jarigen is het gevolg van aandoeningen ontstaan in de perinatale periode en van aangeboren afwijkingen (tabel 2.1). Het gaat hier vrijwel uitsluitend om sterfgevallen bij kinderen jonger dan één jaar. Ongeveer 17% van de sterfte in de jeugd is toe te schrijven aan ongevalsletsels en vergiftigingen. Verkeersongevallen zijn daarbij leidend, vooral bij jonge mannen in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 19 jaar. Kankers zijn verantwoordelijk voor 9% van de totale sterfte onder 0- tot en met 19-jarigen. Leukemie en non-hodgkin vormen in deze leeftijdsgroep samen ongeveer 40% van de fatale kankers. Kanker in oog, hersenen en overige delen van het centraal zenuwstelsel vormen 34% van de totale sterfte aan kanker.

*Jeugd komt vooral met luchtweginfecties bij de huisarts*

Een top 10-lijst van ziekten waarmee jeugdigen van 0 tot en met 19 jaar bij de huisarts komen levert een ander beeld op. Zie tabel 2.2, die is gebaseerd op de Tweede Nationale Studie (NS2) naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Van der Linden et al., 2004). De lijst wordt aangevoerd door enkele vormen van infecties van de luchtwegen: acute infecties van de bovenste luchtwegen, hoesten en acute bronchitis en bronchiolitis. Ook astma en middenoorontsteking treffen we hoog in de top 10 van veelvoorkomende ziekten aan. Deze cijfers laten zien dat ook in de jeugd wel veelvuldig ziekte voorkomt. Maar over het algemeen gaat het vooral om minder ernstige aandoeningen dan de 56 ziekten waarop figuur 2.1 is gebaseerd.

Tabel 2.2: Tien redenen voor huisartsbezoek met de hoogste geschatte prevalentie, 0- tot en met 19-jarigen, in 2005 (Bron: NS2-studie, bewerkt door het RIVM).

Top-10 prevalentie op basis van huisartsenregistratie	Leeftijd 0 t/m 19 jaar		
	Jongens	Meisjes	Jongens en meisjes
Acute infectie van bovenste luchtwegen	187.000	194.000	381.000
Hoesten	119.000	121.000	240.000
Otitis media/ myringitis	126.000	110.000	236.000
Orale anticonceptie	-	195.000	195.000
Wratten	83.000	93.000	176.000
Astma	96.000	70.000	166.000
Constitutioneel eczeem	77.000	73.000	150.000
Dermatomycosen	70.000	76.000	147.000
Contact eczeem/ ander eczeem	62.000	81.000	143.000
Acute bronchitis/ bronchiolitis	66.000	54.000	120.000

*Bijna de helft van alle sportblessures bij jeugdigen*

De huisartsenregistratie van de Tweede Nationale Studie bevat geen gegevens over ongevalsletsel naar oorzaak. In de registraties van de spoedeisende hulp in het ziekenhuis zijn letsels wel gegroepeerd naar het type ongeval waarvan zij het gevolg zijn: sportongeval, privé-ongeval, verkeersongeval en arbeidsongeval. Verkeers- en privé-ongevallen leiden tot veel ziektelast: bij mannen van alle leeftijden stonden ze zelfs in de top 10. In de leeftijdsgroep 0 tot en met 19 jaar spelen sportblessures met ruim 360.000 gevallen per jaar een belangrijke rol, en dan vooral bij jongens tussen 5 en 19 jaar. Ter vergelijking: voor alle leeftijden gaat het om 775.000 gevallen. Daarnaast ging het in 2005 bij 0- tot en

met 19-jarigen om 240.000 privé-ongevallen en ongeveer 80.000 verkeersongevallen. Met 25.000 arbeidsongevallen per jaar nam de jeugd in verhouding slechts een bescheiden plaats in, hetgeen verband houdt met het relatief geringe aantal arbeidsuren in deze leeftijdsgroep (De Hollander et al., 2006).

#### *Depressie en angststoornissen vrijwel niet bij de huisarts bekend*

Een groep van ziekten waarvoor de huisartsregistraties een onderschatting van het voorkomen opleveren zijn de psychische aandoeningen. Op basis van schattingen op grond van bevolkingsonderzoeken (Meijer et al., 2006) nemen de psychische aandoeningen zoals depressie en angststoornissen een belangrijke plaats in, ook in de leeftijdsgroep 15 tot en met 19 jaar. Daarvan is echter slechts een fractie bij de huisarts bekend: jaarlijks komen in totaal ongeveer 8.000 jongeren met een depressie en 4.000 met een angststoornis bij de huisarts. In de bevolking gaat het om meer dan 100.000 jongeren van 15 tot en met 19 jaar met emotionele problemen waarvoor zorg nodig zou zijn. Op deze opvallende discrepantie wordt in paragraaf 4.1 nader ingegaan.

#### *Ziekenhuisopnamen van jeugdigen vooral in eerste levensjaar*

In Nederland zijn jaarlijks ongeveer 1,6 miljoen ziekenhuisopnamen. Omdat sommige mensen meerdere keren per jaar worden opgenomen, is het aantal opgenomen personen wat lager. De verhouding tussen het aantal opnamen en het aantal mensen in de gehele bevolking is ongeveer 1:10. Voor de jeugd van 0 tot en met 19 jaar is het aantal opnamen in verhouding wat lager 1:14. Als de kinderen van 0 jaar buiten beschouwing blijven is dat nog veel lager, namelijk 1:30.

#### *Ongeveer 15% van de zorgkosten door jeugd*

De totale zorgkosten voor 0- tot en met 19-jarigen in Nederland bedroegen ruim 9 miljard euro in 2003. Dit is ongeveer 15% van de totale zorgkosten van ruim 63 miljard volgens de definitie van het CBS (Poos et al., 2008). Uit tabel 2.3 blijkt dat de Nederlander per persoon jaarlijks gemiddeld bijna 4.000 euro aan zorgkosten maakt. Voor de ouderen is dat veel hoger en voor de 0- tot en met 19-jarigen is het juist wat minder. Binnen de jeugd zijn er aanzienlijke verschillen naar leeftijd, zoals ook is te zien in tabel 2.3. Zo worden voor de 0-jarigen gemiddeld ruim 6.000 euro aan zorgkosten gemaakt. Bijna de helft daarvan valt onder ziekenhuisopnamen en specialistische hulp. Dat is vooral in verband met perinatale aandoeningen. De hoge kosten in de welzijnszorg voor 0-jarigen (2.500 euro; zie tabel 2.3) en 1- tot en met 9-jarigen (1.567 euro) zijn vooral toe te schrijven aan kinderopvang en, in mindere mate, jeugdzorg. De kosten in de brede leeftijdsgroep 1 tot en met 19 jaar zijn beperkt, vooral door het geringe beroep op ziekenhuiszorg. Als kinderen en jongeren in deze leeftijd wél in het ziekenhuis worden opgenomen, dan vormen ongevallen de belangrijkste aanleiding.

#### *De Nederlandse jeugd scoort internationaal hoog op gezondheid en veiligheid*

Unicef vergeleek de positie van kinderen in 21 westerse landen (Unicef, 2007). Zoals blijkt uit figuur 2.2 scoorde Nederland hoog op 'gezondheid en veiligheid'. Dit is een samengestelde maat, die is opgebouwd uit drie componenten:

- Gezondheid in het eerste levensjaar (onder andere sterfgevallen in het eerste levensjaar, het aantal kinderen met een laag geboortegewicht).
- Preventieve gezondheidsvoorzieningen (het percentage kinderen van 12 tot 23 maanden dat gevaccineerd is).
- Veiligheid (het aantal doden als gevolg van ongevallen en letsels onder 0- tot en met 19-jarigen).

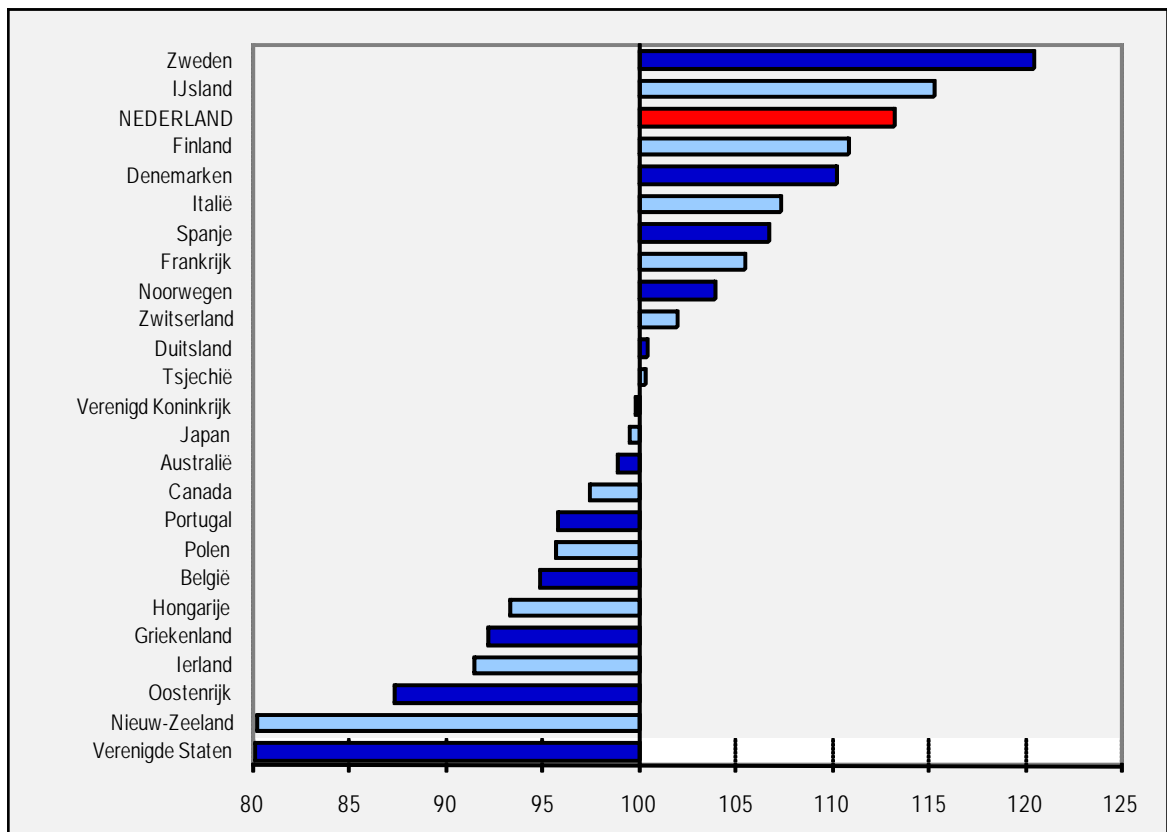
Deze samengestelde maat is in de figuur weergegeven als een afwijking ten opzichte van het gemiddelde voor alle landen (en dat is op 100 gesteld). Nederland bevindt zich wat betreft de mate van 'gezondheid en veiligheid' van de jeugd in het gezelschap van de Scandinavische landen.

Tabel 2.3: Gemiddelde zorgkosten per persoon (in euro), per sector en per leeftijdsgroep, in 2003 (Bron: Kosten van Ziekten-studie; nogmaals bewerkt door het RIVM).

	0	1-9	10-19	20-64	65+	Totaal
Openbare gezondheidszorg en preventie	264	94	101	59	55	70
Eerstelijnszorg	143	119	159	400	505	351
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	2.742	380	314	752	2.716	953
Geestelijke gezondheidszorg	1	45	146	263	241	218
Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen	96	109	144	409	1.297	462
Ambulancezorg en vervoer	18	5	10	27	112	34
Overige zorgaanbieders	154	30	59	197	122	151
Ouderenzorg (incl. kraamzorg)	193	13	6	132	4.867	756
Gehandicaptenzorg	1	57	177	379	241	295
Welzijnszorg (incl. kinderopvang en jeugdzorg)	2.500	1.567	679	236	443	495
Beheer	231	60	60	107	303	125
<b>Totaal</b>	<b>6.344</b>	<b>2.479</b>	<b>1.855</b>	<b>2.963</b>	<b>10.900</b>	<b>3.910</b>

### Samenvatting

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat de Nederlandse jeugd in verhouding tot de Nederlandse ouderen zeer gezond is. Zowel de sterfte, het aantal ziektegevallen, het aantal ziekenhuisopnamen (exclusief de geboorte) en de kosten in de gezondheidszorg zijn relatief laag bij de jeugdigen. Ook ten opzichte van het buitenland is er reden tot optimisme (figuur 2.2). Dat wil uiteraard niet zeggen dat er in Nederland geen chronisch zieke of gehandicapte jeugdigen zijn. Deze aandoeningen komen wel degelijk voor. Ze leiden bij een klein deel van de jeugdigen op individueel niveau tot zeer veel ziektebelasting. Ze hebben daarnaast gevolgen voor ouders en broers en zussen. Toch blijven deze groepen in dit rapport over preventie vrijwel buiten beschouwing, omdat in overleg met de opdrachtgever gekozen is om geen aandacht te besteden aan de zorg of aan tertiaire preventie (zie ook hoofdstuk 1).



Figuur 2.2: De gezondheid en veiligheid van kinderen in een selectie van OECD-landen (Bron: UNICEF, 2007; cijfers bewerkt door het RIVM).

### 3 Leefstijl van de jeugd

#### *Verantwoording keuze overgewicht, alcohol en roken*

In dit hoofdstuk staan leefstijlfactoren centraal. We bespreken niet alle leefstijlfactoren, maar we hebben een keuze gemaakt. Allereerst hebben we daarbij gekeken naar leefstijlfactoren die bijdragen aan de ziektelast in Nederland. Het gaat dan vooral om een gebrek aan lichaamsbeweging, een ongezond eetpatroon (samen besproken in paragraaf 3.1 over overgewicht), alcoholgebruik (3.2) en roken (3.3). Zo is roken verantwoordelijk voor bijna 21% van het totale aantal verloren levensjaren in Nederland. Voor overgewicht is dit bijna 6% en voor alcoholgebruik bijna 3% (De Hollander et al., 2006). Door in te zetten op de preventie van overgewicht, alcoholgebruik en roken bij jongeren kan een deel van de toekomstige ziektelast in Nederland worden voorkomen. Daarnaast kan voorkomen worden dat jongeren al op korte termijn negatieve gevolgen van een ongezonde leefstijl ondervinden.

#### *Cannabis meest gebruikte verboden middel*

In de leeftijdsgroep 10 tot en met 18 jaar is cannabis met afstand het meest gebruikte verboden middel (Van Laar et al., 2008). Cannabisgebruik heeft vooral op korte termijn negatieve gevolgen. Het is gedrag dat voor een deel van de Nederlandse jongeren bij de jeugd periode lijkt te horen, maar dat tegelijkertijd leidt tot veel zorgen bij ouders en professionals die met jongeren te maken hebben, al dan niet aangewakkerd door onrustgevende berichten in de media. Door de feiten over het vóórkomen, de oorzaken en (mogelijke) gevolgen van cannabisgebruik op een rijtje te zetten wordt duidelijk hoe groot de problematiek werkelijk is en wat er aan te doen is.

#### *Risikant seksueel gedrag kan negatieve gevolgen hebben*

Ook risikant seksueel gedrag heeft vooral op korte termijn negatieve gevolgen voor jongeren. Denk aan seksueel overdraagbare aandoeningen en tienerzwangerschappen. Het is, net als cannabisgebruik, gedrag dat voor een deel van de Nederlandse jongeren bij de jeugdperiode lijkt te horen, maar dat tegelijkertijd leidt tot veel zorgen bij ouders en professionals die met jongeren te maken hebben, al dan niet aangewakkerd door onrustgevende berichten in de media. Door de feiten over het vóórkomen, de oorzaken en (mogelijke) gevolgen van risikant seksueel gedrag op een rijtje te zetten wordt duidelijk hoe groot de problematiek werkelijk is en wat er aan te doen is.

#### *Opbouw van de afzonderlijke paragrafen*

De verschillende paragrafen in dit hoofdstuk hebben dezelfde opbouw. Allereerst wordt de vraag beantwoord hoeveel jongeren het ongezonde gedrag vertonen, gevolgd door een beschrijving van trends (neemt het ongezonde gedrag toe of juist af in de tijd?) en door een internationale vergelijking (hoe verhoudt het ongezonde gedrag van Nederlandse jongeren zich tot het gedrag van jongeren in andere landen?). Voor een aantal leefstijlfactoren beschrijven we vervolgens de variatie in het vóórkomen van het ongezonde gedrag in de provincie Noord-Brabant. Dit ter illustratie van de lokale verschillen die er kunnen optreden in het voorkomen van ongezond gedrag (zie bijlage 2 voor een verdere uitleg over de keuze voor deze provincie en de gebruikte gegevens).

Per leefstijlfactor beschrijven we daarna de korte en lange termijn gevolgen van het ongezonde gedrag, de mogelijke oorzaken van het ongezonde gedrag en de subgroepen van jongeren die hoogrisicogroepen vormen (in welke groepen jongeren komt het ongezonde gedrag relatief veel voor?). We besluiten elke paragraaf met een overzicht van interventies en beleidsmaatregelen gericht op de preventie van het ongezonde gedrag bij jongeren. Hierbij besteden we aandacht aan de mogelijke settings waarin deze kunnen worden aangeboden.

## 3.1 Overgewicht

*Carola Schrijvers en Lisa van Wijnen*

Als we de berichten in de media moeten geloven, neemt het aantal te dikke jeugdigen in Nederland sterk toe. Hoe sterk is deze toename en welke gevolgen zijn hiervan te verwachten op de korte en lange termijn? Zijn er groepen jeugdigen met een verhoogd risico op overgewicht? Waarom worden jeugdigen eigenlijk te dik en wat kunnen we eraan doen?

### **Niet één algemeen geldend afkappunt voor overgewicht bij de jeugd**

Op basis van de zogenaamde Body Mass Index (BMI) wordt vastgesteld of er bij een jeugdige sprake is van ondergewicht, gezond gewicht of overgewicht. De BMI wordt uitgedrukt in  $\text{kg/m}^2$  en is een internationaal erkende maat voor de verhouding tussen gewicht en lengte. Voor het vaststellen van overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) bij de jeugd gelden geslachts- en leeftijdsspecifieke grenswaarden van de BMI (Cole et al., 2000). Er is bij de jeugd dus geen sprake van één algemeen geldend afkappunt voor overgewicht, zoals dat bij volwassenen wel het geval is. We onderscheiden in deze paragraaf in de totale groep jeugdigen (0 t/m 18 jaar) de groep kinderen (t/m 9 jaar) en de groep jongeren (10 t/m 18 jaar).  
Zie bijlage 2 voor meer details over de gebruikte bronnen.

### **Hoeveel jeugdigen hebben overgewicht?**

*Overgewicht komt al op jonge leeftijd voor en stijgt met de leeftijd*

Al op 4-jarige leeftijd is er bij 9% van de Nederlandse jongens en bijna 16% van de Nederlandse meisjes sprake van overgewicht. Bij 15-jarigen is zelfs 17% van de jongens en 20% van de meisjes te zwaar. Dit blijkt uit onderzoek onder de Nederlandse jeugd waarin de lengte en het gewicht door lichamelijk onderzoek zijn gemeten in de periode 2002-2004 (Van den Hurk et al., 2006).

Uit onderzoek waarin jongeren in 2005 zelf over hun lengte en gewicht rapporteerden blijkt eveneens dat overgewicht toeneemt met de leeftijd (Van Dorsselaer et al., 2007; zie bijlage 2) (tabel 3.1.1).

Echter, het percentage jeugdigen met overgewicht op basis van zelfgerapporteerde gegevens blijkt wel veel lager te zijn dan het percentage op basis van gemeten gegevens.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Uit onderzoek blijkt dat de schatting van het percentage jongeren met overgewicht veel lager is wanneer de BMI wordt berekend op basis van zelfrapportage in vergelijking met de BMI berekening op basis van gemeten lengte en gewicht. Dit komt omdat jongeren hun gewicht onderschatten en hun lengte juist overschatten (Jansen et al., 2006).



Tabel 3.1.1: Percentages jongeren met overgewicht en obesitas naar leeftijd en geslacht, 2005 (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

	Basis onderwijs	Voortgezet onderwijs					
	Basis onderwijs (groep 8)	Totaal voortgezet onderwijs	12 jaar	13 jaar	14 jaar	15 jaar	16 jaar
<b>Jongens</b>							
Overgewicht <sup>a</sup>	8,0	12,0	9,6	11,3	13,6	12,3	13,8
Obesitas	1,2	1,8	1,9	1,3	1,7	1,6	3,3
<b>Meisjes</b>							
Overgewicht <sup>a</sup>	8,6	10,5	7,3	10,7	11,0	11,1	13,7
Obesitas	0,7	1,5	0,9	1,2	1,7	2,0	1,4

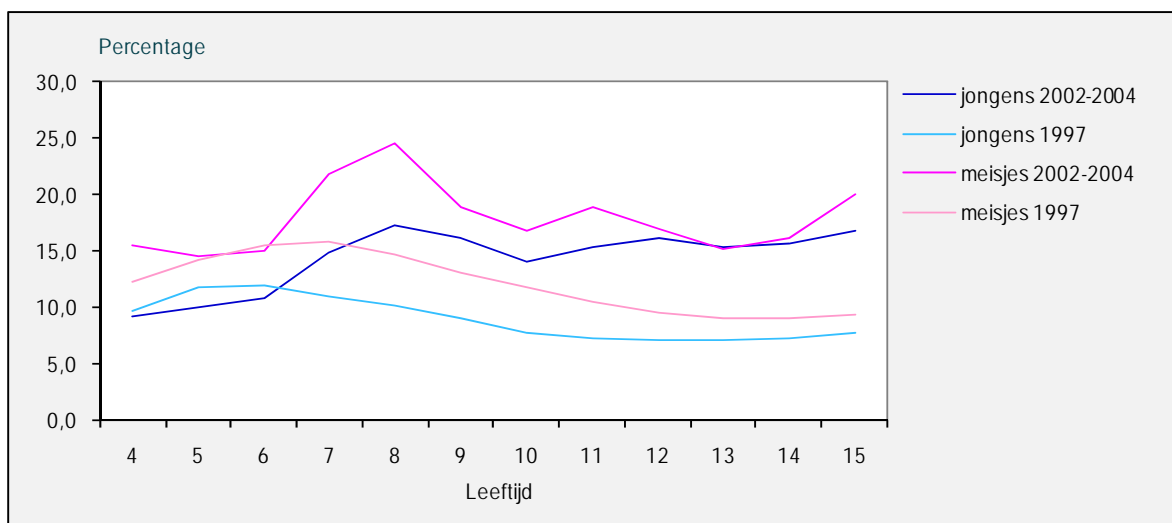
<sup>a</sup> Overgewicht, inclusief obesitas.

### Hoe zien trends in overgewicht er uit?

#### *Sterke stijging van overgewicht en obesitas onder de Nederlandse jeugd*

Het percentage jeugdigen met overgewicht is sterk gestegen in Nederland. Dit blijkt uit een vergelijking van overgewicht cijfers uit 2002-2004 met die uit 1997. De cijfers zijn gebaseerd op lichamelijk onderzoek waarin lengte en gewicht zijn gemeten (Van den Hurk et al., 2006). De toename van overgewicht geldt voor kinderen vanaf zes jaar, met een stijging van maar liefst 80% voor bijvoorbeeld 8-jarige meisjes en 9-jarige jongens (figuur 3.1.1).

Het percentage jeugdigen met obesitas (ernstig overgewicht) is sinds 1997 overigens nog sterker toegenomen dan het percentage met overgewicht: op sommige leeftijden is er zelfs sprake van een verdriedubbeling. Zo had bijvoorbeeld in 1997 1,2% van de 4-jarige jongens obesitas en dit was 3,8% in 2002-2004. Het percentage 13-jarige meisjes met obesitas is gestegen van 0,6% in 1997 naar 2,7% in 2002-2004 (Van den Hurk et al., 2006).



Figuur 3.1.1: Prevalentie van overgewicht (inclusief obesitas) in 2002-2004 en 1997 jongens en meisjes (Bron: Van den Hurk et al., 2006).

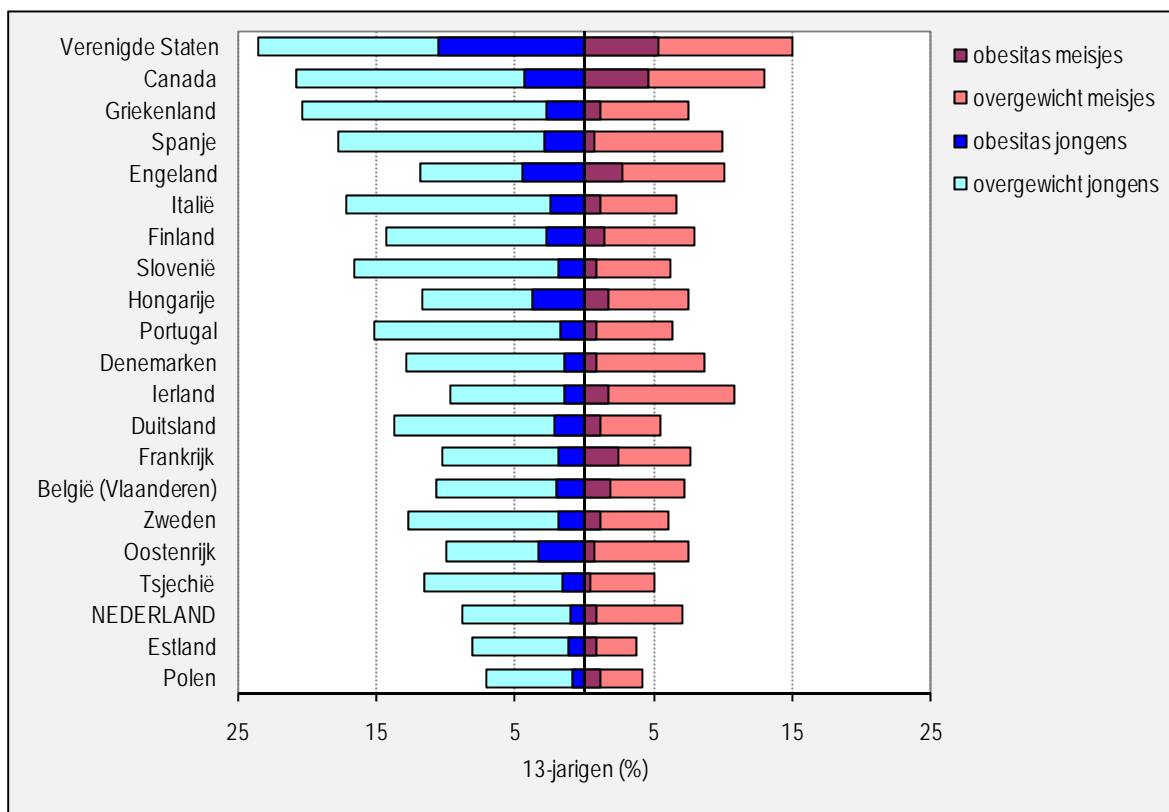
## Zijn er internationale verschillen in het voorkomen van overgewicht?

### *Overgewicht vormt probleem maar Nederlandse jeugd steekt gunstig af*

Hoewel overgewicht een belangrijk probleem vormt bij de Nederlandse jeugd, steekt Nederland op dit gebied gunstig af bij de rest van Europa en een aantal niet-Europese landen (figuur 3.1.2, HBSC-studie; Currie et al., 2004). Zelfgerapporteerd overgewicht blijkt onder jongeren van 13 en 15 jaar het meest voor te komen in de Verenigde Staten en Canada, gevolgd door de Zuid-Europese landen Griekenland, Spanje en Italië en Engeland. In Scandinavië en het oostelijk deel van de EU komt overgewicht het minst vaak voor (zie bijlage 2 voor een toelichting op de gebruikte bronnen voor figuur 3.1.2).

### *Gemeten gegevens zijn schaars maar geven een vergelijkbaar beeld*

Gemeten gegevens over lengte en gewicht van de jeugd zijn niet voor alle landen beschikbaar. De WHO geeft wel een overzicht van de gegevens die er zijn over de jeugd in de WHO Nutrition Policy Database (WHO, 2008). Hoewel deze cijfers door het gebruik van verschillende leeftijds categorieën, meetmethoden en meetperioden niet goed vergelijkbaar zijn, blijkt ook op basis van deze cijfers dat het overgewichtprobleem in Nederland klein is vergeleken met andere landen. Ook het International Obesity Taskforce (IOTF) presenteert cijfers over overgewicht (zelfgerapporteerd en gemeten) voor de leeftijdsgroepen van 7 tot en met 11 en van 14 tot en met 17 jaar. Hieruit blijkt dat de hoogste percentages jeugdigen met overgewicht voorkomen in Zuid-Europese landen en Engeland. Daar heeft 20 tot 40% van de jeugdigen overgewicht, in Noord-Europa en Centraal-Europa is dat 10 tot 20% (IOTF, 2003; IOTF Prevalence Data, 2007).

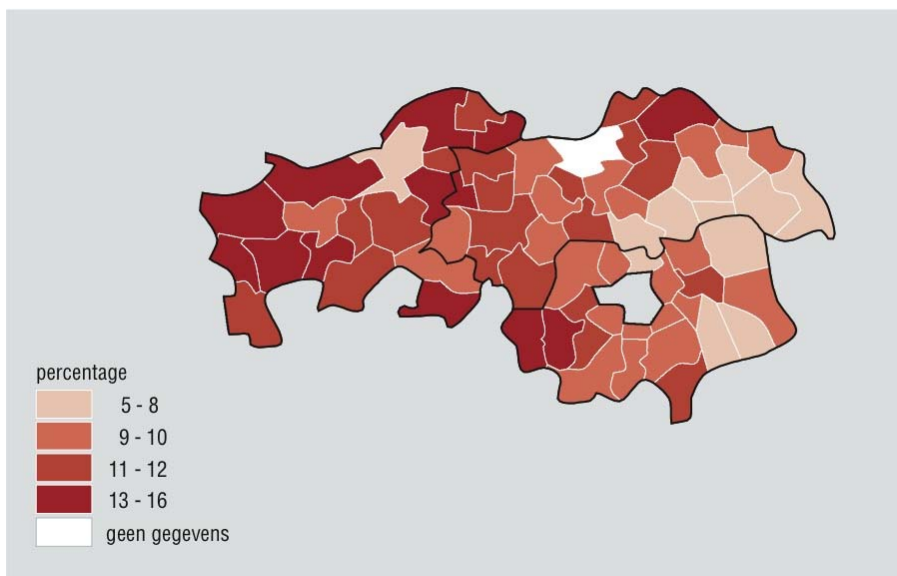


Figuur 3.1.2: Overgewicht en obesitas bij jongens en meisjes van 13 jaar in geselecteerde EU-landen, de Verenigde Staten en Canada in 2001/2002, op basis van zelfgerapporteerde gegevens (Bron: Currie et al., 2004).

## Zijn er lokale verschillen in het voorkomen van overgewicht?

### *Percentage jongeren met overgewicht verschilt behoorlijk per gemeente*

Overgewicht onder jongeren is op landelijk niveau een belangrijk probleem. Dat geldt uiteraard ook op lokaal niveau, al kan er – zoals blijkt uit figuur 3.1.3 over de provincie Noord-Brabant – tussen gemeenten sprake zijn van behoorlijk wat variatie in het percentage jongeren met overgewicht. Het percentage jongeren van 12 tot en met 17 jaar met overgewicht is vier keer zo hoog in de gemeenten met het hoogste percentage (16% in Steenberg en Moerdijk) dan in de gemeente met het laagste percentage (4% in Someren). Omdat op gemeentelijk niveau wordt besloten over de inzet van veel van de maatregelen ter preventie van overgewicht, is deze variatie ook beleidsmatig van belang. Het zou in de praktijk betekenen dat bepaalde gemeenten, op grond van alarmerende cijfers over overgewicht bij de eigen jeugd, kunnen besluiten extra in te zetten op de preventie van overgewicht (zie bijlage 2 voor een toelichting op de gebruikte bronnen voor figuur 3.1.3).



Figuur 3.1.3: Percentage 12- tot en met 17-jarigen met overgewicht (inclusief obesitas) per gemeente in de provincie Noord-Brabant (Bron: [www.ggdgezondheidsatlas.nl](http://www.ggdgezondheidsatlas.nl)).

## Wat zijn de schadelijke gevolgen van overgewicht?

### *Jeugdigen met overgewicht ondervinden daarvan al op korte termijn gevolgen*

Bij jeugdigen met overgewicht kunnen er al op korte termijn negatieve effecten op de gezondheid optreden. Vooral ernstig overgewicht gaat samen met een slechtere algemene gezondheid, meer huisartscontacten, meer schoolverzuim vanwege ziekte en meer gezondheidsgerelateerde beperkingen bij alledaagse activiteiten (Wijga et al., submitted). Jeugdigen met (ernstig) overgewicht hebben bovendien vaak te maken met stigmatisering. Hierdoor hebben zij in de vroege adolescentie kans op een relatief lage zelfwaardering en daarmee samenhangende psychosociale problemen, zoals eenzaamheid, verdriet en gespannenheid (Strauss, 2000). Andere specifieke korte termijn gevolgen van met name obesitas die uit internationaal onderzoek naar voren komen, zijn bijvoorbeeld een verhoogde bloeddruk, aandoeningen aan het spijsverteringskanaal en diabetes mellitus type 2 in de kindertijd of de adolescentie (tabel 3.1.2).

*Vooraf voor jeugdigen met ernstig overgewicht zijn de langetermijngezondheidsgevolgen groot*  
 Wanneer iemand al vanaf jonge leeftijd ernstig overgewicht heeft, kunnen de mogelijke gezondheidsgevolgen op latere leeftijd groot zijn. Jeugdigen met overgewicht hebben op latere leeftijd een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, verstoorde glucosetolerantie en diabetes mellitus type 2. Bovendien hebben jeugdigen met overgewicht ook vaak nog overgewicht als ze volwassen zijn, met daaraan gekoppeld een verhoogd risico op bijvoorbeeld diabetes mellitus type 2. Circa 70% van de 6- tot en met 9-jarige obese kinderen zal obesitas hebben als volwassene, terwijl dat percentage voor jongeren (10 tot en met 14 jaar) 80% is (Whitaker et al., 1997). Uit een recente studie blijkt dat het aantal vetcellen van een mens nauwelijks meer verandert na het twintigste levensjaar, ook niet als iemand sterk aankomt of afvalt. Volwassenen met een BMI van minimaal 30, bleken ongeveer twee keer zoveel vetcellen te hebben als normaal. Die hebben ze als (dikke) kinderen gekregen en als zij eenmaal volwassen zijn blijft het aantal vetcellen gelijk (Spalding et al., 2008). Deze bevindingen benadrukken het belang van de preventie van overgewicht in de jeugd.

Tabel 3.1.2: Gevolgen van overgewicht en obesitas bij jeugdigen.

<b>Korte termijn gevolgen voor de gezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• slechtere algemene gezondheid<sup>1</sup></li> <li>• meer huisartscontacten<sup>1</sup></li> <li>• meer schoolverzuim vanwege ziekte<sup>1</sup></li> <li>• meer gezondheidsgerelateerde beperkingen bij dagelijkse activiteiten<sup>1</sup></li> <li>• psychosociale gevolgen zoals stigmatisering, lager zelfvertrouwen, lager lichaamsbeeld, eetstoornissen<sup>2,3</sup></li> <li>• luchtwegaandoeningen zoals astma, slaapstoornissen<sup>2,3,4</sup></li> <li>• cardiovasculaire aandoeningen zoals verhoogde bloeddruk, hoog cholesterolgehalte<sup>2,3,4</sup></li> <li>• problemen aan het endocriene stelsel zoals diabetes mellitus type 2<sup>5</sup>, glucose intolerantie, menstruatiestoornissen<sup>2,4</sup></li> <li>• orthopedische afwijkingen zoals voetafwijkingen, o-benen, heupaandoeningen<sup>2,3,4</sup></li> <li>• aandoeningen aan het spijsverteringskanaal zoals galstenen, leveraandoeningen<sup>2,4</sup></li> <li>• neurologische afwijkingen, zoals verhoogde hersendruk<sup>2,4</sup></li> </ul>
<b>Lange termijn gevolgen voor de gezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verhoogde kans op hart- en vaatziekten<sup>2,3,4</sup></li> <li>• diabetes mellitus type 2<sup>2,3,4</sup></li> <li>• verhoogd vetgehalte in het bloed<sup>2,3,4</sup></li> <li>• galblaasaandoeningen<sup>2,3,4</sup></li> <li>• artrose<sup>2,3,4</sup></li> <li>• bepaalde kankersoorten<sup>2,3,4</sup></li> </ul>

<sup>1</sup> Wijga et al., submitted; <sup>2</sup> Must & Strauss, 1999; <sup>3</sup> Reilly et al., 2003; <sup>4</sup> Dietz, 1998; <sup>5</sup> Renders et al, 2003

### Wat is er bekend over de risicofactoren van overgewicht?

#### *Disbalans tussen voeding en bewegen veroorzaakt overgewicht*

Overgewicht wordt veroorzaakt door een positieve energiebalans. Een energierijk voedselpatroon, met veel vet en suikers, in combinatie met afgenomen lichamelijke activiteit zijn de grootste bijdragen aan de toename van lichaamsgewicht (WHO, 1999). De energiebalans wordt voornamelijk beïnvloed door gedrag- en omgevingsfactoren. De zogenaamde ‘obesogene’ omgeving stimuleert mensen om veel te eten en weinig te bewegen (Gezondheidsraad, 2003; Swinburn et al., 1999). In tabel 3.1.3 worden de factoren die samenhangen met overgewicht weergegeven evenals de maatregelen om deze factoren te beïnvloeden.

Tabel 3.1.3: Preventiemaatregelen gericht op lichamelijke inactiviteit en overconsumptie van voeding (Bron: Visscher et al., 2007).

Factoren die samenhangen met overgewicht	Preventiemaatregelen gericht op
Lichamelijke inactiviteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• minder stilzitten (minder tv-kijken en computeren)</li> <li>• meer lichaamsbeweging in het dagelijks leven, dus: meer wandelen, fietsen en buiten spelen</li> <li>• regelmatig gestructureerd (blijven) sporten</li> </ul>
Voedingsfactoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderen van energie-inname uit vette en suikerrijke snacks</li> <li>• meer eten van vezelrijke voedingsmiddelen</li> <li>• hogere inname groente en fruit</li> <li>• minder gebruik van suikerhoudende dranken</li> <li>• regelmatig en gezond ontbijten</li> </ul>

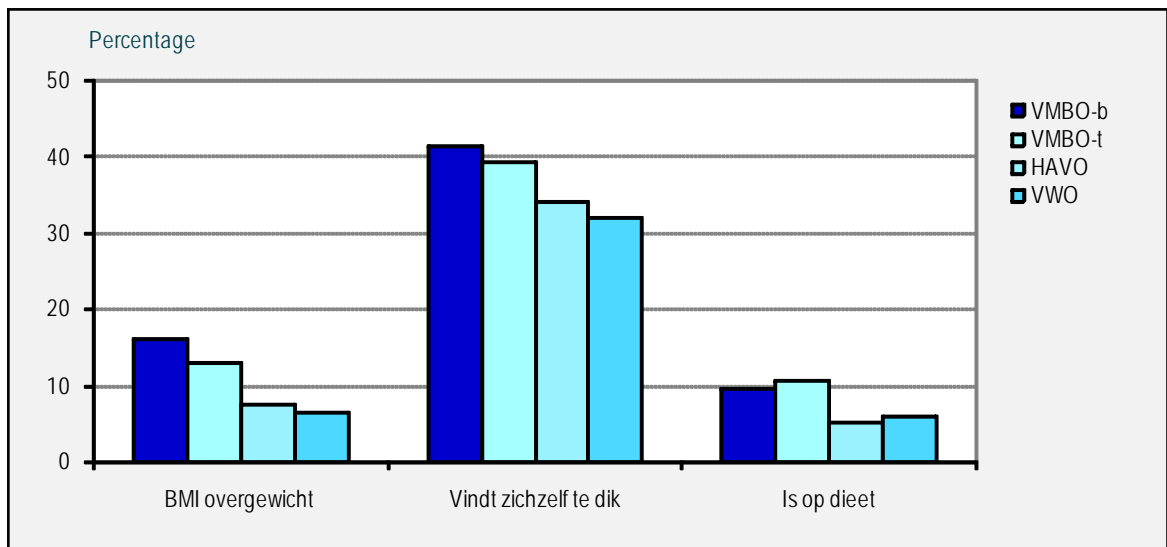
### Zijn er subgroepen van de jeugd die hoogrisicogroepen vormen?

*Hoe lager het schoolniveau, hoe hoger het percentage jongeren met overgewicht*

Overgewicht komt meer voor onder leerlingen op het VMBO-b (VMBO- beroepsgerichte leerweg) en VMBO-t (VMBO-theoretische/gemengde leerweg) dan bij leerlingen op de HAVO of het VWO (figuur 3.1.4). Jongeren van het VMBO-b vinden zichzelf ook vaker te dik en volgen vaker een dieet (lijnen) dan hun leeftijdgenoten van de HAVO en het VWO.

Jongeren die een lager schoolniveau volgen hebben over het algemeen ook een ongezonder voedingspatroon: ze ontbijten minder vaak, drinken vaker frisdrank, eten minder vaak groenten en fruit en snacken vaker dan jongeren die onderwijs op een hoger niveau volgen. Jongeren op het VWO snoepen wel vaker dan jongeren op het VMBO-b.

Ook het beweegpatroon van jongeren die een lager schoolniveau volgen is minder gunstig dan dat van degenen die een hoger schoolniveau volgen: ze zijn minder vaak lid van een sportvereniging, bewegen en sporten minder vaak, kijken relatief vaak tv en zitten relatief vaak achter de computer (Van Dorsselaer et al., 2007).



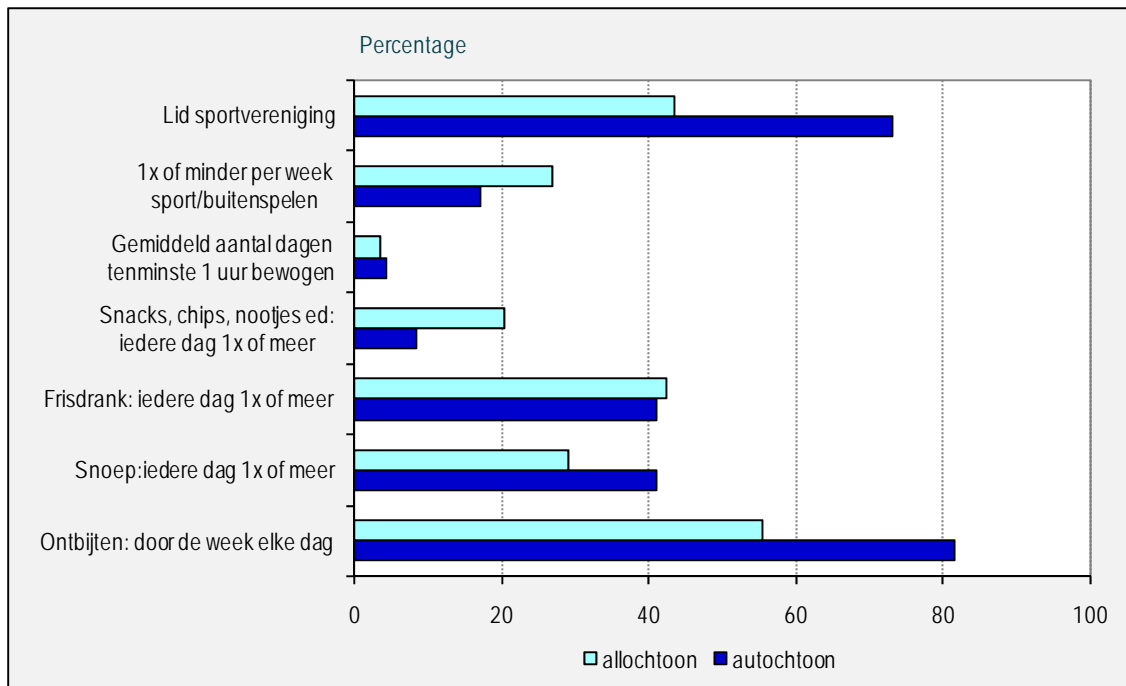
Figuur 3.1.4: Overgewicht prevalentie, lichaamsbeeld en prevalentie van diëten (lijnen) naar schoolniveau onder leerlingen (12 tot en met 16 jaar) in het voortgezet onderwijs in 2005 (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

*Allochtone jongeren zijn vaker te dik dan autochtone jongeren*

Allochtone jongeren (19%) hebben vaker overgewicht dan autochtone jongeren (10%). Opvallend is dat autochtone jongeren bijna even vaak aangeven zichzelf te dik te vinden (38%) als allochtone jongeren (36%). Van alle jongeren is 8 tot 9% op dieet (lijnen) en hierin is er geen verschil naar etniciteit (Van Dorsselaer et al., 2007).

Het beweegpatroon van allochtone jongeren is op een aantal fronten minder gunstig dan dat van autochtone jongeren. Ze zijn minder vaak lid van een sportvereniging en ze sporten of bewegen minder vaak (figuur 3.1.5). Bovendien kijken ze meer tv en zijn ze vaker online (niet in figuur).

Ook het eetpatroon is op een aantal onderdelen ongunstiger bij allochtone jongeren dan bij autochtone jongeren: ze ontbijten minder vaak en snacken meer. Autochtone jongeren snoepen weer vaker dan allochtone jongeren (figuur 3.1.5).



Figuur 3.1.5: Het eet- en beweegpatroon onder leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 16 jaar) naar etniciteit in 2005 (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

*Kinderen met obese ouders hebben verhoogd risico op obesitas in de volwassenheid*

Kinderen onder de 10 jaar met obese ouders hebben twee keer zoveel kans om obesitas in de volwassenheid te ontwikkelen als kinderen waarvan de ouders een normaal gewicht hebben. Het is nog onduidelijk in hoeverre dit veroorzaakt wordt door genetische factoren of door de leefstijl van de ouders. Bij jongeren tussen de 10 en 17 jaar oud is er een minder groot effect van het hebben van obese ouders op het risico op obesitas in de volwassenheid (Whitaker, 1997).

**Met welke interventies en beleidsmaatregelen kan overgewicht bij de jeugd worden aangepakt?**

*Nauwelijks effectieve interventies om overgewicht bij jeugdigen te voorkomen*

Er zijn nog nauwelijks effectieve interventies ontwikkeld die op lange termijn een te grote gewichtsstijging bij jeugdigen kunnen voorkomen (Gezondheidsraad, 2003; Dorn et al., 2007; Doak et al., 2006; Bemelmans et al., 2004; Summerbell et al., 2001; Renders et al., 2004). Er bestaan wel richtlijnen die van toepassing zijn op de preventie van overgewicht bij jeugdigen (Visscher et al., 2007). Hieruit volgt dat gedragsgerichte interventies bij jeugdigen zich dienen te richten op de aspecten van lichamelijke activiteit en voeding zoals genoemd in tabel 3.1.3.

*Obesogene omgeving speelt grote rol bij het in stand houden van overgewicht*

De obesogene omgeving speelt een grote rol bij het in stand houden van overgewicht en het is daarom belangrijk de omgeving zodanig te veranderen dat ‘de gezonde keuze, de makkelijke keuze’ wordt (Visscher et al., 2007). Een gezonde omgeving kan bevorderen dat jeugdigen gezond eten en voldoende bewegen. Voorbeelden daarvan zijn een gezond voedingsaanbod in de schoolkantine, sportvoorzieningen op kleine afstand van woonwijken en veilige fietsroutes naar scholen. Als het gaat

om fietsen, bleek bovendien uit een recent onderzoek dat de afstand tot school van invloed is op het fietsen naar school (De Bruijn, 2007).

Uit een onderzoek van Storm et al. (2006) blijken de volgende omgevingsmaatregelen het meest kansrijk te zijn om overgewicht op nationaal niveau tegen te gaan:

- Ondersteunen van meer uren bewegingsonderwijs op school.
- (Vergroten van) van energiearm aanbod in frisdrankautomaten (school, sportclubs, recreatiegelegenheden).

Voorbeelden van kansrijke omgevingsmaatregelen op lokaal niveau zijn (Storm et al., 2006):

- Realiseren van aantrekkelijke wandel- en fietspaden (gemeenten, wijken).
- Aanleggen van beweegvriendelijke schoolpleinen.
- Bevorderen van een gezonde schoolomgeving (aanwezigheid van gezonde voeding en faciliteiten voor lichamelijke activiteit).
- Aanbieden van meer energiearme voedingsmiddelen in kantines (school, sportclubs, recreatiegelegenheden).
- Optimaal gebruiken van bestaande sportfaciliteiten (scholen).

Wanneer deze maatregelen gecombineerd worden, kan het uiteindelijke effect groter zijn dan het effect dat bereikt zou worden bij het invoeren van slechts één maatregel.

#### *Aandacht voor de invloed van omgeving in de setting wijk*

Bij (omgevings)maatregelen op lokaal niveau is de wijk een belangrijke setting voor de preventie van overgewicht. Jeugdigen brengen een belangrijk deel van hun (vrije) tijd door in de wijk. Bij de preventie van overgewicht is er dan ook steeds meer aandacht voor omgevingskenmerken op wijkniveau. Het gaat bijvoorbeeld om aantrekkelijke wandel- en fietspaden, groene zones/sportvelden, (sport)voorzieningen op loop- en fietsafstand, het verkeersveilig inrichten van wijken en om een veilige en schone omgeving (Storm et al., 2006).

De wijk is bij uitstek een setting waarin samenwerking tussen verschillende organisaties die zich richten op jeugdigen tot stand kan komen. Dergelijke samenwerking wordt gestimuleerd door de Rijksoverheid, bijvoorbeeld via de zogenaamde BOS-impuls (Buurt-Onderwijs-Sport). Vanaf 2005 kunnen gemeenten een financiële bijdrage van het Rijk ontvangen voor projecten die sportieve of bewegingsactiviteiten voor jeugdigen aanbieden in samenwerking tussen buurt-, onderwijs-, en sportorganisaties.

#### *Ouders zijn belangrijk deel van sociale omgeving*

Behalve de fysieke omgeving is ook de sociale omgeving van jeugdigen belangrijk. Ouders hebben invloed op het voedings- en beweeggedrag van hun kinderen (De Bruijn, 2007). De rol van ouders in het tot stand komen van gezond beweeggedrag is anders dan die voor gezond eetgedrag.

Hoewel er geen consistent verband bestaat tussen het beweeggedrag van ouders en dat van hun kinderen, is actieve sociale steun van ouders voor het bewegen van hun kinderen belangrijk. Ouders moeten hun kinderen actief steunen en aanmoedigen om veel te bewegen. Alleen het goede voorbeeld geven lijkt daarbij onvoldoende. Het is dan ook van belang om ouders te betrekken bij interventies gericht op het bevorderen van bewegen bij jeugdigen, door ze vaardig te maken in het actief stimuleren en aanmoedigen van bewegen bij hun kinderen (Brug & Van Lenthe, 2005).

De voedselconsumptie van ouders hangt samen met de voedselconsumptie van hun kinderen, vooral als het gaat om vet- en energie-inname. Het is van belang om ouders aan te moedigen het goede voorbeeld te geven in wat zij eten, vooral wat betreft de inname van vet en energie (Brug & Van Lenthe, 2005).

#### *Integrale aanpak van overgewicht is nodig op nationaal en lokaal niveau*

Uit verschillende studies is gebleken dat een integrale aanpak op zowel nationaal als lokaal niveau nodig is om overgewicht tegen te gaan. Dat wil zeggen een aanpak die door verschillende partijen en



beleidssectoren wordt uitgevoerd en die bestaat uit een mix van interventie maatregelen voor verschillende doelgroepen (Bemelmans et al., 2004; Wendel-Vos et al., 2005; Bull et al., 2004; Nijboer, 2004). Een combinatie van gedragsgerichte maatregelen, omgevingsgerichte maatregelen én regelgeving lijkt het meest succesvol te zijn (Gezondheidsraad, 2003; Renders et al., 2003). Om dit te kunnen bereiken moet overgewichtbeleid niet alleen volksgezondheidsbeleid zijn, maar moet het zich uitstrekken over verschillende sectoren (zoals media, onderwijs, ruimtelijke ordening, voedingsmiddelenindustrie) op zowel nationaal als gemeentelijk niveau (Storm et al., 2006).

*Gemeenten primair verantwoordelijk voor preventie overgewicht op lokaal niveau*

De verantwoordelijkheid voor het initiëren, uitvoeren en onderhouden van preventie van overgewicht op lokaal niveau ligt in de eerste plaats bij de gemeenten. Doorgaans besluit de wethouder van Volksgezondheid of Welzijn over het al dan niet opnemen van overgewichtpreventie in de nota Lokaal gezondheidsbeleid. GGD'en, thuiszorgorganisaties en de gezondheidsbevorderende instituten (GBI's) hebben hierbij onder andere een adviserende en uitvoerende rol. Gemeenten kunnen bij het vormgeven van hun preventiebeleid gebruik maken van de in 2007 verschenen 'Handleiding preventie overgewicht in het lokaal gezondheidsbeleid'. Deze handleiding geeft een overzicht van op dit moment beschikbare producten, programma's en activiteiten op het terrein van overgewichtpreventie, per doelgroep en setting (Voedingscentrum, 2007). Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) kan gemeenten ondersteunen bij het bevorderen van bewegen onder de bevolking, waaronder de jeugd. Het NASB stelt geld beschikbaar voor gemeenten, biedt advies en deskundigheidsbevordering en levert inzicht in effectieve interventies (NASB, 2008).

*Convenant overgewicht is voorbeeld van integrale aanpak van overgewicht op nationaal niveau*

Een van de initiatieven om te komen tot een integrale aanpak van overgewicht op nationaal niveau is het Convenant Overgewicht, waarin een groot aantal partijen het probleem van overgewicht gezamenlijk aanpakt. Het bijbehorende actieplan 'Energie in Balans' (Convenant overgewicht, 2007) is gericht op het herstel van de balans tussen voeding en bewegen in de settings thuis, school, werk en recreatie. De acties liggen onder andere op de volgende gebieden: portiegrootte, reclame, marketing, samenstelling van producten, etikettering, kantine-aanbod en bewegingsbevordering. Voor 2008 heeft het Convenant de volgende prioriteiten gericht op de jeugd benoemd (Convenant overgewicht, 2007):

- Het landelijk introduceren van het 'Lekker Fit'-programma op basisscholen.
- Het stimuleren van sport en bewegen op school. Doel is dagelijks één uur lichamelijke oefening, conform de beweegnorm voor kinderen.
- Het bevorderen van een gezonde keuze in het aanbod van schoolkantines in het voortgezet onderwijs.
- Het aanleggen van sport- en speelruimte in alle veertig prachtwijken van minister Vogelaar, inclusief begeleiding van een sportinstructeur. Ook de aanpassing van de infrastructuur (onder andere veilige fietsroutes) moet onderdeel van de lokale actieplannen zijn.
- Het landelijk vastleggen van de buiten speelnorm: ieder kind verdient een aantrekkelijke en veilige speelplek binnen 400 meter van huis.
- Het inzetten op extra middelen voor de uitvoering van het Overbruggingsplan (de richtlijn van de jeugdgezondheidszorg voor de aanpak van overgewicht, gericht op kinderen van 2 jaar en ouder via de JGZ), bijvoorbeeld voor de inzet van diëtisten.

Een ander belangrijk initiatief is het Partnerschap Overgewicht, dat tot doel heeft de zorg voor mensen met overgewicht of obesitas te verbeteren middels een samenhangende aanpak. Een van de subdoelen is het ontwikkelen en implementeren van een ketenzorgmodel, waarin de preventie en behandeling van overgewicht en obesitas bij de jeugd en volwassenen op elkaar zijn afgestemd. Deelnemers aan het

Partnerschap Overgewicht zijn beroepsorganisaties en koepelorganisaties van zorgverleners en zorgverzekeraars (Halberstadt, 2008).

*School is een belangrijke setting voor de preventie van overgewicht bij jeugdigen*

Scholen zijn geschikt om grote groepen jeugdigen te bereiken bij de preventie van overgewicht (Visscher et al., 2007). Interventies op scholen bevatten bijvoorbeeld lesprogramma's gericht op een gezonde leefstijl, het stimuleren van lichamelijke activiteit door extra gymlessen en de verandering van de omgeving door het veranderen van het kantineaanbod of het weghalen van snoepautomaten (Bemelmans et al., 2004). Interventies waarin de schoolomgeving wordt veranderd, zodat gezond eten beter en ongezond eten slechter beschikbaar is, zijn succesvol in het positief veranderen van voedselconsumptie bij jeugdigen. Dit geldt niet alleen voor veranderingen in de bereidingswijze van voeding en het aanbod in schoolkantines, maar ook voor het verlagen van de prijs van de gezonde keuze in schoolkantines of in snoep- en snackautomaten (Brug & Van Lenthe, 2005).

Bij het gezond inrichten van de kantine kunnen scholen gebruik maken van de door het Voedingscentrum ontwikkelde 'gezonde schoolkantine methode', die onder andere bestaat uit materialen en advisering op het gebied van een gezond kantineaanbod.

Veel scholen besteden al aandacht aan de preventie van overgewicht, maar er zijn verbeteringen mogelijk in het voeding- en beweegaanbod op middelbare scholen. Uit recent onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de schooldirecties zich mede verantwoordelijk voelt voor de preventie van overgewicht (Middelbeek et al., 2007).

Een initiatief dat kan bijdragen aan een beter voedings- en beweegaanbod op scholen is de 'werkplaats Gezonde School' onder de vlag van het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM. De doelstelling van de werkplaats is te komen tot een samenhangend en effectief aanbod aan leefstijlinterventies voor de setting school, het faciliteren van scholen bij de keuze uit het interventieaanbod in Nederland en het vergroten van de samenhang tussen activiteiten van GBI's rond de setting school. Leden van de werkplaats zijn - naast het CGL van het RIVM - GBI's, een tiental GGD'en, een koepelorganisatie van onderwijsbegeleidingsdiensten, het ministerie van VWS en ZonMw.

*Zowel primaire als secundaire preventie van overgewicht in de jeugdgezondheidszorg*

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een belangrijke taak in de primaire en secundaire begeleiding van overgewicht. Primaire preventie betreft het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding over onder andere (borst)voeding en beweging aan de totale populatie, aan bepaalde risicogroepen en aan professionals in het onderwijs en gemeenten. Secundaire preventie betreft het signaleren van overgewicht bij individuen en het monitoren van trends in overgewicht in de populatie.

Voor uniforme signalering van overgewicht binnen de JGZ is het signaleringsprotocol ontwikkeld. Na signalering kan het zogenaamde 'Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht' worden ingezet, dat is ontwikkeld omdat in de JGZ nog geen evidence based preventieprogramma's voorhanden zijn (Bulk-Bunschoten et al., 2005). Het overbruggingsplan is gebaseerd op vijf speerpunten die in de wetenschappelijke literatuur als veelbelovend in de aanpak van overgewicht naar voren komen. De speerpunten zijn: stimuleren van borstvoeding, stimuleren van buitenspelen, stimuleren van ontbijten, reduceren van het gebruik van frisdranken en andere gezoete dranken en reduceren van zittende activiteiten (tv-kijken en computeren). Het plan wordt in de JGZ uitgevoerd door het aanbieden van drie extra consulten, inpasbaar binnen de reguliere zorg, waarbij ouders en kind zelf bepalen op welke aangrijpingspunten zij het probleem gaan aanpakken. TNO werkt aan een richtlijn overgewicht voor de JGZ.

## Samenvatting

De prevalentie van overgewicht onder de jeugd stijgt sterk in Nederland. Overgewicht heeft negatieve gevolgen voor de gezondheid van jeugdigen, zowel op de korte als op de lange termijn. Het overgrote deel van de jeugdigen met overgewicht zal ook als volwassene overgewicht hebben. Dit benadrukt het belang van de preventie van overgewicht op jonge leeftijd.

Hoogrisicogroepen ten aanzien van overgewicht zijn jeugdigen met een relatief lage opleiding, allochtone jeugdigen en jeugdigen waarvan de ouders ernstig overgewicht hebben.

Overgewicht wordt veroorzaakt door een disbalans tussen voeding (te veel vet en suikers) en bewegen (te weinig). Er zijn nog nauwelijks effectieve interventies die op lange termijn een te grote gewichtsstijging bij jeugdigen kunnen voorkomen. De ‘obesogene omgeving’ speelt een belangrijke rol bij het in stand houden van overgewicht. De omgeving moet zo zijn ingericht dat jeugdigen gestimuleerd worden om gezond te eten en voldoende te bewegen. De setting wijk, waar jeugdigen een belangrijk deel van hun tijd doorbrengen, is hierbij belangrijk. Ouders, die deel uitmaken van de sociale omgeving van kinderen en jongeren, kunnen een belangrijke rol spelen als het gaat om het stimuleren van gezond voedings- en beweeggedrag. Andere belangrijke settings waarin preventie van overgewicht gericht op de jeugd kan plaatsvinden zijn school en de jeugdgezondheidszorg.

## 3.2 Alcohol

*Monique Kuunders*

Het alcoholgebruik dat zich in de tienertijd ontwikkelt is vaak bepalend voor hoe met alcohol in het verdere leven wordt omgegaan. Maar heeft het ook gevolgen voor jongeren zelf? Welke factoren zorgen er eigenlijk voor dat jongeren alcohol gaan drinken? En hoe kan alcoholgebruik van jongeren voorkomen of verminderd worden?

### **Alcoholgebruik en schadelijk drinkgedrag: definities en begrippen**

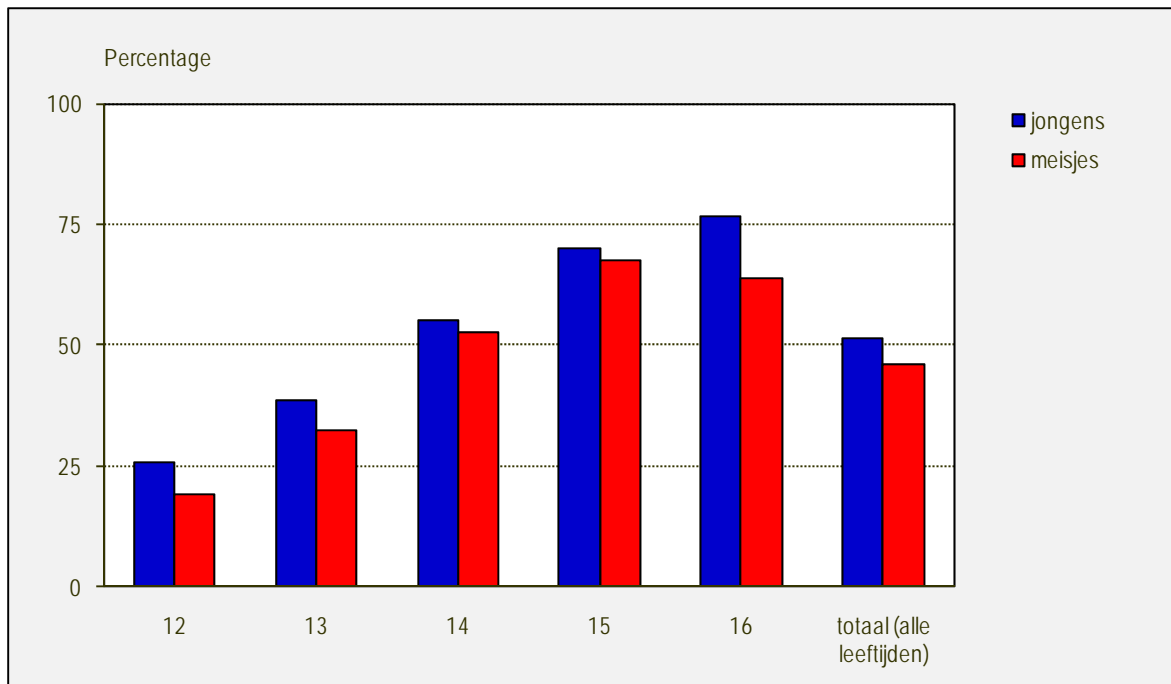
In dit rapport wordt met ‘alcohol’ bedoeld: alcoholhoudende drank. Met ‘alcoholgebruik’ wordt het drinken van alcoholhoudende drank aangeduid. De term ‘actuele drinkers’ of ‘drinkende jongeren’ duidt op jongeren die bij onderzoek hebben aangegeven in de afgelopen maand alcoholhoudende drank te hebben gedronken. De term ‘binge drinken’ is bij het onderzoek naar alcoholgebruik in dit geval gedefinieerd als: één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken. Voor jongeren geldt dat er geen ondergrens is aan te geven voor schadelijk alcoholgebruik, of een grens voor wat bij volwassenen wordt aangeduid met ‘verantwoord alcoholgebruik’. Wel is duidelijk dat grotere hoeveelheden alcohol drinken schadelijker is dan het drinken van kleinere hoeveelheden. Ook geldt dat hoe vaker wordt gedronken, hoe meer alcohol uiteindelijk wordt geconsumeerd en hoe groter de kans op gezondheidsschade. Met een ‘schadelijk drinkpatroon’ wordt in dit rapport geduid op drinkgedrag waarbij veel en/of vaak alcohol gedronken wordt. Met jongeren worden hier voornamelijk tieners bedoeld.

Zie bijlage 2 voor meer details over de gebruikte bronnen.

### **Hoeveel jongeren gebruiken alcohol?**

*Jongeren starten jong met alcoholgebruik en drinken veel en vaak*

Bij jongeren in Nederland is alcohol drinken op lage leeftijd heel gewoon en bovendien drinken ze veel en vaak. Dit is in het kort de conclusie uit het laatste grootschalige onderzoek naar gezondheidsgedrag onder jongeren met cijfers uit 2005 (Van Dorsselaer et al., 2007, zie bijlage 2). Regelmatig drinken is al op jonge leeftijd eerder regel dan uitzondering. Dit is te zien aan het percentage leerlingen dat de afgelopen maand dronk: 23% van de 12-jarigen, 71% van de 16-jarigen (figuur 3.2.1). De eerste ervaringen met alcohol heeft het overgrote deel van de jongeren wanneer ze nog niet op het voortgezet onderwijs zitten. Ruim 50% van de 12-jarigen heeft al eens ooit gedronken. Dit stijgt snel tot een percentage van ruim 85% bij 15-jarigen.



Figuur 3.2.1: Actuele drinkers op het voorgezet onderwijs naar leeftijd (percentage leerlingen dat alcohol heeft gedronken in de afgelopen maand) in 2005 (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

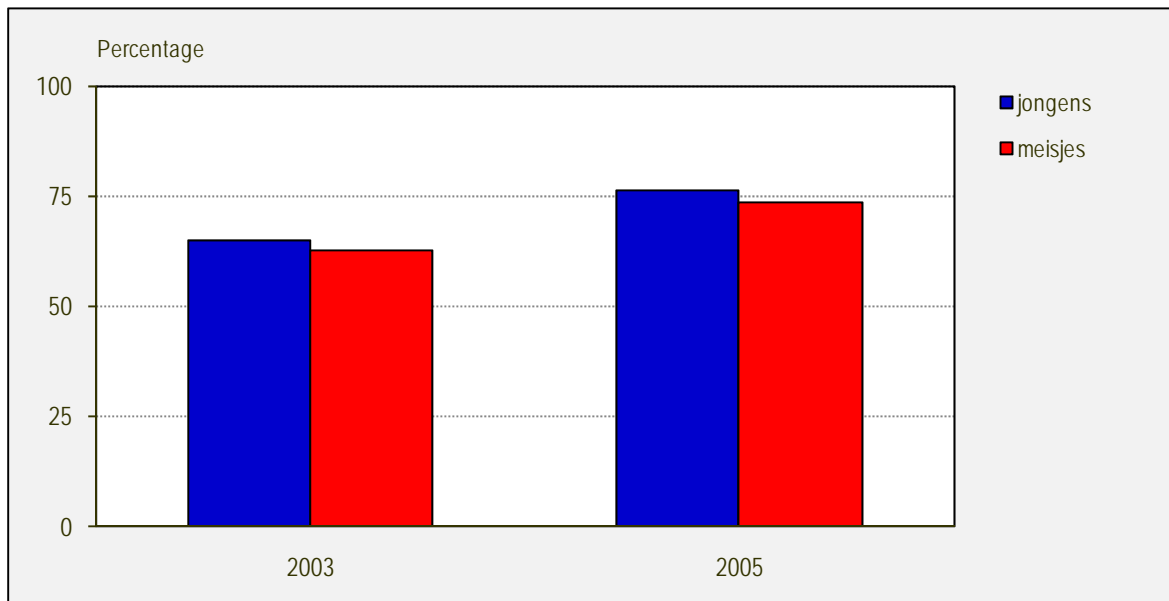
*Een kwart drinkt vaak, driekwart drinkt veel per keer*

Een kwart (25%) van de actuele drinkers van 12 tot en met 16 jaar drinkt meer dan één maal per week en driekwart (75%) van de actuele drinkers heeft de afgelopen maand aan binge drinken gedaan (Van Dorsselaer et al., 2007). Hoewel onder jongens vaker dan eens per week drinken gebruikelijker is dan onder meisjes, komt binge drinken bij jongens en meisjes vrijwel evenveel voor. Overigens geldt bij oudere tieners en jongvolwassenen dat er een duidelijk verschil is in schadelijk alcoholgebruik onder mannen en vrouwen: het aandeel mannen dat problematisch drinkt is ruim de helft groter dan het aandeel vrouwen (Van Dijck & Knibbe, 2005).

**Hoe zien trends in alcoholgebruik er uit?**

*Stabilisering van het alcoholgebruik van jongeren na jarenlange stijging*

Sinds begin jaren negentig zijn Nederlandse jongeren op steeds lagere leeftijd gestart met alcohol drinken en zijn ze steeds schadelijker gaan drinken. Sinds 2003 is de stijging van het aandeel drinkers echter gestopt. Bij de jongere scholieren van 12 tot en met 14 jaar is het alcoholgebruik tussen 2003 en 2007 zelfs afgenomen (Monshouwer et al., 2008). Jongeren zijn over de hele linie wel schadelijker gaan drinken: het aandeel van de drinkende jongeren dat binge drinkt is in 2005 bijna 10% hoger dan in 2003 (figuur 3.2.2) (Van Dorsselaer et al., 2007).

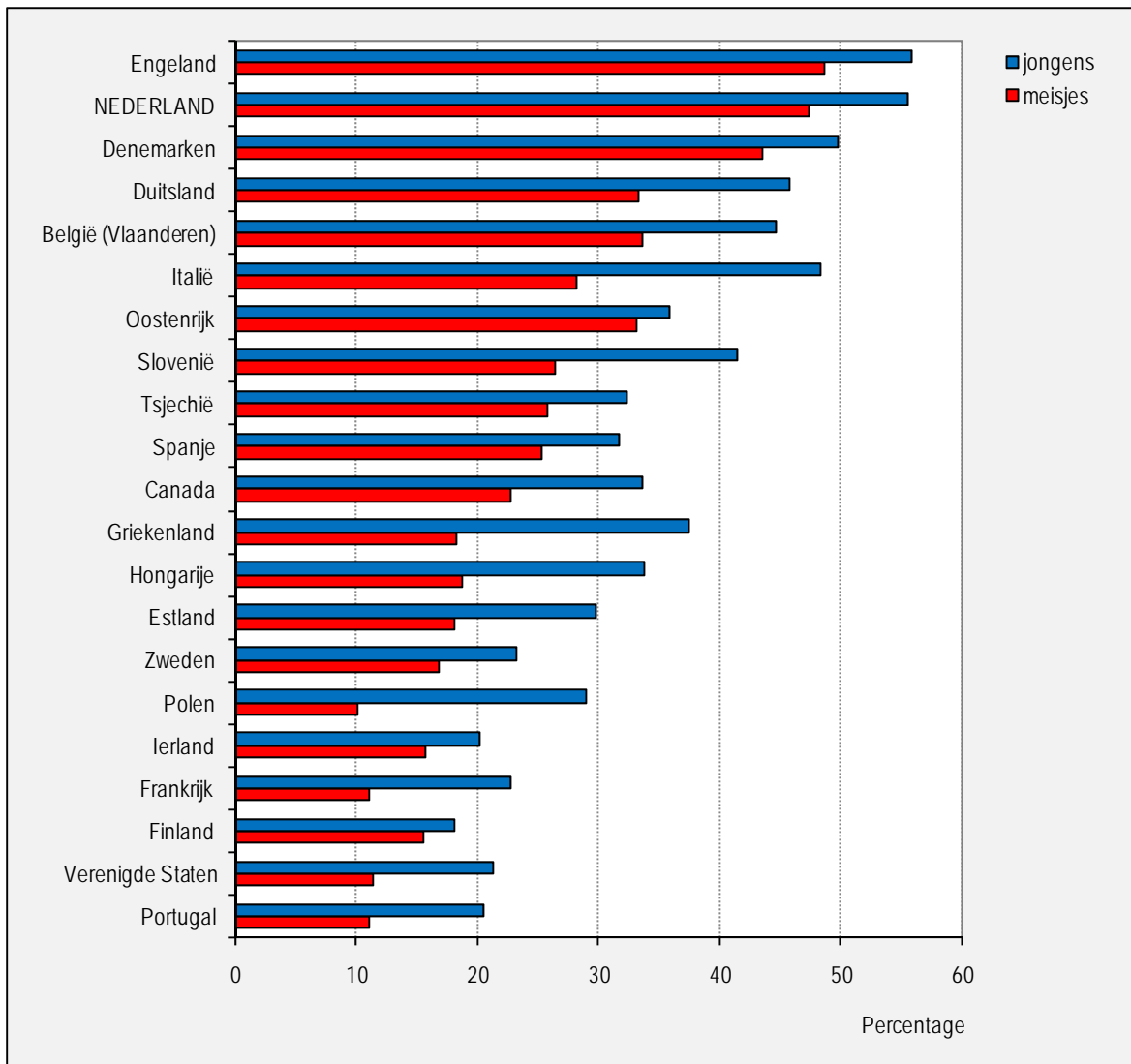


Figuur 3.2.2: Actuele drinkers dat binge drinkt (één keer of vaker minimaal vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken) onder scholieren op het voortgezet onderwijs in 2003 en 2005 (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

### Zijn er internationale verschillen in alcoholgebruik?

#### *Nederlandse scholieren drinken vaak ten opzichte van andere Europese jongeren*

Nederlandse scholieren drinken vaak ten opzichte van andere Europese jongeren (figuur 3.2.3). Van de 15-jarige Nederlandse jongens drinkt ruim 55% wekelijks, net zoveel als de Engelse jongens die koploper zijn. Ook 15-jarige Nederlandse meisjes drinken vaker wekelijks dan hun Europese leeftijdgenoten, ruim 47%. Het percentage meisjes dat wekelijks drinkt is alleen in Engeland hoger. In Portugal en de Verenigde Staten wordt het minst vaak wekelijks gedronken; daar drinkt ruim 20% van de 15-jarige jongens wekelijks en 11% van de meisjes (Currie et al., 2004) (zie bijlage 2 voor een toelichting op de gebruikte bronnen voor figuur 3.2.3).



Figuur 3.2.3: Percentage jongeren van 15 jaar dat wekelijks alcohol drinkt in geselecteerde EU-landen, de Verenigde Staten en Canada (Bron: Currie et al., 2004).

Het beeld van vaakdrinkers bij Nederlandse jongeren wordt bevestigd door de ESPAD-studie waarin ook het alcoholgebruik van jongeren in verschillende landen wordt vergeleken (Hibell et al., 2004). Een kwart van de Nederlandse 15- en 16-jarige scholieren drinkt per maand tien keer of vaker alcohol. Hiermee gaan de Nederlandse scholieren in Europa aan kop. In Zweden is het percentage het laagst: hier heeft 1% van de 15- en 16-jarige scholieren tien of meer keer alcohol gedronken in de afgelopen maand. In het ESPAD- onderzoek zijn 35 Europese landen onderzocht (Hibell et al., 2004).

*Ook met binge drinken gaan Nederlandse jongeren vrijwel aan kop*

Ook met ‘binge drinken’ voeren de Nederlandse scholieren (28%) samen met Ierland (32%) en het Verenigd Koninkrijk (27%) de Europese lijst aan. Franse scholieren ‘bingen’ met 9% het minst (Hibell et al., 2004). Overigens geeft maar 6% van de Nederlandse jongeren van 15 en 16 jaar aan dat ze twintig of meer keer in het leven dronken zijn geweest. Dit is laag vergeleken met de meeste andere EU-landen. En hierin ligt een paradox met de hoge score op binge drinken. Een verschillende

interpretatie van het begrip ‘dronkenschap’ kan hierbij een rol spelen, omdat aan ‘dronken zijn’ geen minimaal aantal glazen wordt gekoppeld (Anderson & Baumberg, 2006). Deense jongeren scoren het hoogst op dronkenschap: ruim een derde (36%) van de Deense jongeren zegt twintig keer of vaker dronken te zijn geweest. In Portugal, Griekenland en Frankrijk zegt slechts 3% zo vaak dronken te zijn geweest (Hibell et al., 2004).

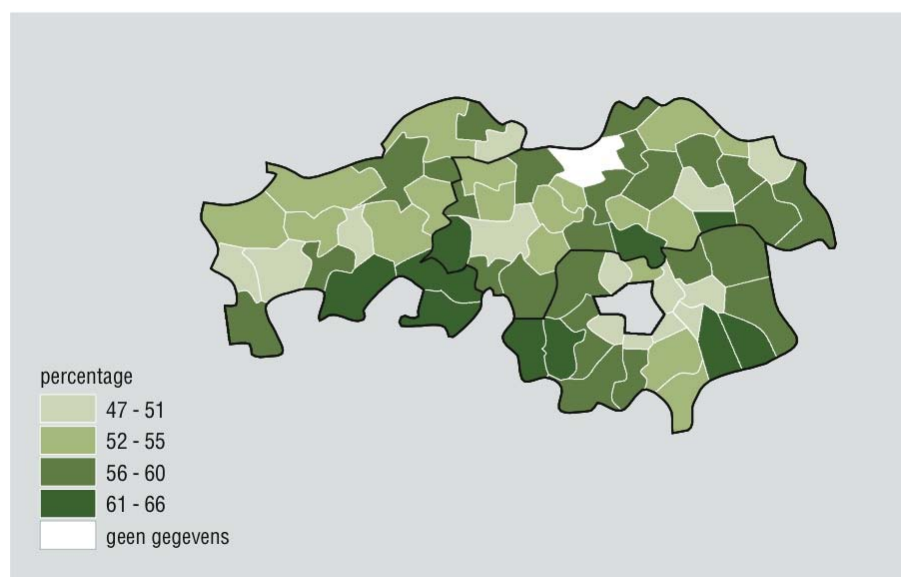
### Zijn er lokale verschillen in alcoholgebruik?

#### *In het algemeen meer schadelijke drinkniveau's op het platteland*

In het algemeen komt een schadelijk drinkniveau meer voor bij mannen op het platteland dan bij mannen in de stad (Verdurmen et al., 2003). Dit geldt ook voor binge drinken tijdens het uitgaan (Bieleman et al., 1998). Bij het eerste zou religie een verklarende factor kunnen zijn. Het is bekend dat religie en etniciteit een factor zijn bij niet-drinken. Ook kan het verschil in vrijetijdsbesteding een rol spelen. Op het platteland zie je bijvoorbeeld dat meer in groepen wordt uitgaan, waarbij binge drinken vaker plaatsvindt. In het bijzonder bij jongeren geldt dat in niet-stedelijke gebieden meer drinkgelegenheden zijn in de vorm van zogenaamde ‘keten’ (zelf gerunde clubhuizen, bijvoorbeeld in caravans of schuurtjes), terwijl in stedelijke gebieden doorgaans meer jongerencentra bestaan.

#### *In stedelijke gebieden drinken minder jongeren*

Wat in het algemeen geldt, zien we ook bij jongeren: in de stedelijke gebieden in Noord-Brabant zijn minder jongeren die drinken (in de afgelopen vier weken) dan in niet-stedelijke gebieden. Dit is globaal het beeld uit de vergelijking van het percentage drinkende jongeren in Noord-Brabantse gemeenten (figuur 3.2.4). Een mogelijke verklaring is het hogere aandeel allochtone jongeren in de stedelijke gemeenten en de daarmee samenhangende verschillen in religie. In de gemeenten Breda, Roosendaal, Tilburg, Eindhoven en Helmond bestaat 10-20% van de bevolking uit niet-westerse allochtonen, terwijl in de meeste Noord-Brabantse plattelandsgemeenten dit niet meer dan 1-3% van de bevolking is (Den Hertog, 2007) (zie bijlage 2 voor een toelichting op de gebruikte bronnen voor figuur 3.2.4).



Figuur 3.2.4: Percentage 12- tot en met 17-jarigen dat de afgelopen vier weken alcohol heeft gedronken per gemeente in de provincie Noord-Brabant (Bron: [www.ggdgezondheidsatlas.nl](http://www.ggdgezondheidsatlas.nl)).



## Wat zijn de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik?

### *Jongeren zijn gevoeliger voor alcoholische schade dan volwassenen*

Om verschillende redenen zijn jongeren gevoeliger voor alcoholische schade dan volwassenen (Verdurmen et al., 2006). Allereerst hebben jongeren doorgaans een kleiner lichaam, dat anders is van samenstelling dan dat van volwassenen. Ten tweede is het lichaam van jongeren nog in ontwikkeling en daarom kan bij langdurig zwaar gebruik van alcohol in het bijzonder de hersenontwikkeling geschaad worden. Dit kan blijvende schade aan denken en gedrag veroorzaken. Ook incidenteel overmatig alcoholgebruik kan al permanente hersenschade veroorzaken. Daarbij komt dat jongeren voor het verdovende effect van alcohol, een direct gevolg van alcohol drinken, juist minder gevoelig zijn. Waarschijnlijk ligt hierin deels de reden dat jongeren meer geneigd zijn 'door te drinken'. Een belangrijk bijkomend punt is dat mensen die op jonge leeftijd starten met alcohol drinken, meer kans lopen op latere leeftijd een schadelijk drinkgedrag te ontwikkelen. Preventie en uitstellen van alcoholgebruik bij jongeren heeft dus zeker gezondheidsvoordelen op lange termijn (Verdurmen et al., 2006). Overigens wordt onder minderjarigen niet in alle gevallen het meeste alcohol gedronken. Voor vrouwen geldt dit wel, maar voor mannen niet. Onder jongvolwassen mannen wordt meer alcohol gedronken dan onder mannelijke tieners (Van Dijck & Knibbe, 2005). Voor het overgrote deel van deze groep geldt wel dat ze in hun tienerijd zijn gestart met regelmatig alcohol drinken.

### *Bij jongeren openbaren zich vooral de acute consequenties van alcoholgebruik*

De alcoholgerelateerde gezondheidsschade die zich al op jonge leeftijd openbaart zijn vooral de acute consequenties van alcoholgebruik, zoals alcoholvergiftiging. Alcoholgebruik gaat echter ook gepaard met schade die zich op langere termijn uit, zoals hersenschade en kanker. Hoe jonger iemand begint met regelmatig en veel alcohol drinken, hoe jonger de leeftijd waarop deze consequenties zich kunnen openbaren. Tabel 3.2.1 bevat een opsomming van de diverse gezondheidsrisico's. Naast gezondheidsschade is er overigens ook alcoholgerelateerde schade, die niet direct te maken heeft met het effect van alcohol op de lichamelijke gezondheid (bijvoorbeeld verminderde leerprestaties).

### *Huidige trend bij jongeren: een stijgend aantal ziekenhuisopnamen door alcohol*

In de periode van 2001-2005 is het aantal jongeren (16 jaar of jonger) dat met alcoholgerelateerde aandoeningen in het ziekenhuis werd opgenomen ieder jaar gestegen. In 2001 werden 263 jongens en meisjes opgenomen, in 2005 uiteindelijk 424 (Van Laar et al., 2007). De trend van meer ziekenhuisopnamen valt samen met een periode waarin jongeren in Nederland steeds jonger drinken en ook steeds risicovoller drinken.

### *Alcoholgebruik van anderen bedreigt ook de gezondheid van jongeren*

Ook het alcoholgebruik van anderen is een bedreiging voor het gezond en veilig opgroeien van jongeren. Het gaat dan vooral om het alcoholgebruik van volwassenen. Dit kan consequenties hebben voor veiligheid buitenshuis (bijvoorbeeld door automobilisten onder invloed), maar ook binnen het gezin: in gezinnen met ouders die veel drinken komt mishandeling en verwaarlozing meer voor. Alcoholgebruik van de moeder tijdens de zwangerschap kan resulteren in neurologische en lichamelijke beschadigingen bij kinderen (FASD, Foetaal Alcohol Spectrum Disorder). Op preventie van deze gezondheidsbedreigingen gaat dit rapport niet verder in, maar alcoholpreventie maatregelen, gericht op de hele bevolking en op drinken in het algemeen zullen bijdragen aan het minimaliseren van deze bedreigingen (Anderson & Baumberg, 2006).

Tabel 3.2.1: Korte en lange termijn gevolgen van alcoholgebruik door jongeren (Bron: Verdurmen et al.,2006; Anderson & Baumberg, 2006).

	<b>Drinkpatroon</b>	<b>Gezondheidsrisico's</b>
<b>Korte termijn gevolgen voor de gezondheid</b>	Vooraf schadelijke drinkpatronen (geregeld veel alcohol in een korte tijd drinken) hangen samen met acute gezondheidsschade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opzettelijk en niet-opzettelijke verwondingen (ongevallen, geweld, zelfmoord)</li> <li>• risicovol seksueel gedrag</li> <li>• alcoholvergiftiging</li> </ul>
<b>Lange termijn gevolgen voor de gezondheid</b>	Langdurig, regelmatig alcoholgebruik kan op den duur chronische schade aan diverse organen veroorzaken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zenuw schade en hersenschade</li> <li>• kanker (maag darmkanaalkanker, leverkanker, borstkanker)</li> <li>• gastroïntestinale, metabolische en endocriene aandoeningen (zoals levercirrhose).</li> <li>• hart- en vaatziekten</li> <li>• neuropsychiatrische aandoeningen (o.m. depressie en alcoholafhankelijkheid)</li> <li>• aandoeningen aan het bewegingsstelsel</li> <li>• vruchtbaarheidsaandoeningen</li> <li>• verminderde weerstand en meer risico op complicaties</li> </ul>

### **Wat is er bekend over de risicofactoren van alcoholgebruik?**

#### *Omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren beïnvloeden alcoholgebruik*

Risicofactoren voor alcoholgebruik zijn grofweg in te delen als omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. Voor het veranderen van omgevingsfactoren bestaan omgevingsgerichte alcoholpreventiemaatregelen en persoonsgebonden factoren zijn doorgaans aanleiding voor maatregelen gericht op specifieke doelgroepen. Tabel 3.2.2 geeft een globaal overzicht van factoren en maatregelen gericht op alcoholgebruik door jongeren. Factoren die een risico vormen voor alcoholgebruik of probleemgebruik op latere leeftijd, maar die voor jongeren niet gelden, zijn hier niet genoemd.

#### *Omgevingsfactoren beïnvloeden elkaar onderling*

De bovenstaande factoren en maatregelen staan niet los van elkaar, maar beïnvloeden elkaar ook onderling (Holder, 1998). Ouders die zelf meer alcohol gebruiken zijn bijvoorbeeld toleranter ten aanzien van het alcoholgebruik van hun kinderen. Zo beïnvloedt de sociale omgeving de fysieke beschikbaarheid van alcohol. Een voorbeeld op grotere schaal: als regels (bijvoorbeeld verkoop van alcohol aan minderjarigen) beter worden gehandhaafd, zal ook minder alcohol worden verkocht. Naast een directe en indirecte invloed van omgevingsfactoren en maatregelen op alcoholgebruik, geldt andersom dat alcoholgebruik deze factoren en maatregelen weer beïnvloedt. Meer zichtbare, negatieve gevolgen van alcoholgebruik zullen bijvoorbeeld de tolerantie ten opzichte van alcoholgebruik doen afnemen.

Tabel 3.2.2: Risicofactoren en preventiemaatregelen voor schadelijk alcoholgebruik bij jongeren (Bron: Busch et al., 2007a; Kuunders & Van Laar, 2007).

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
<i>Omgevingsfactoren</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiële factoren (betaalbaarheid van alcoholconsumptie).</li> <li>• Sociale factoren (status van alcohol in de sociale en culturele omgeving).</li> <li>• Fysieke omgevingsfactoren (verkrijgbaarheid van alcoholhoudende drank).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accijnzen, verbod op happy hours en goedkope aanbiedingen.</li> <li>• Opvoedingsondersteuning, reclamebeperkingen, voorlichting en educatie.</li> <li>• Vergunningstelsel, beperking in verkooptijden, lagere leeftijds grenzen, verbod op doorschenken bij dronkenschap, aparte kassa voor alcoholverkoop.</li> </ul>
<i>Persoonsgebonden factoren</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overig middelengebruik (roken en alcoholgebruik gaan vaak hand in hand).</li> <li>• Mensen met psychische stoornis meer kans op hoog alcoholgebruik.</li> <li>• Leeftijd en geslacht.</li> <li>• Schadelijk drinkpatroon.</li> <li>• Erfelijke factoren of probleemdrinken door ouders.</li> <li>• Sociaaleconomische status en opleiding.</li> <li>• School-dropout.</li> </ul>	Deze factoren spelen een rol bij doelgroepgerichte (selectieve) interventies en bij vroegsignalering van problematisch alcoholgebruik.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholgebruik door moeder tijdens de zwangerschap.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenataaladvies en preconceptie-advies.</li> </ul>

*Alcoholgebruik hangt vaak samen met andere risico's*

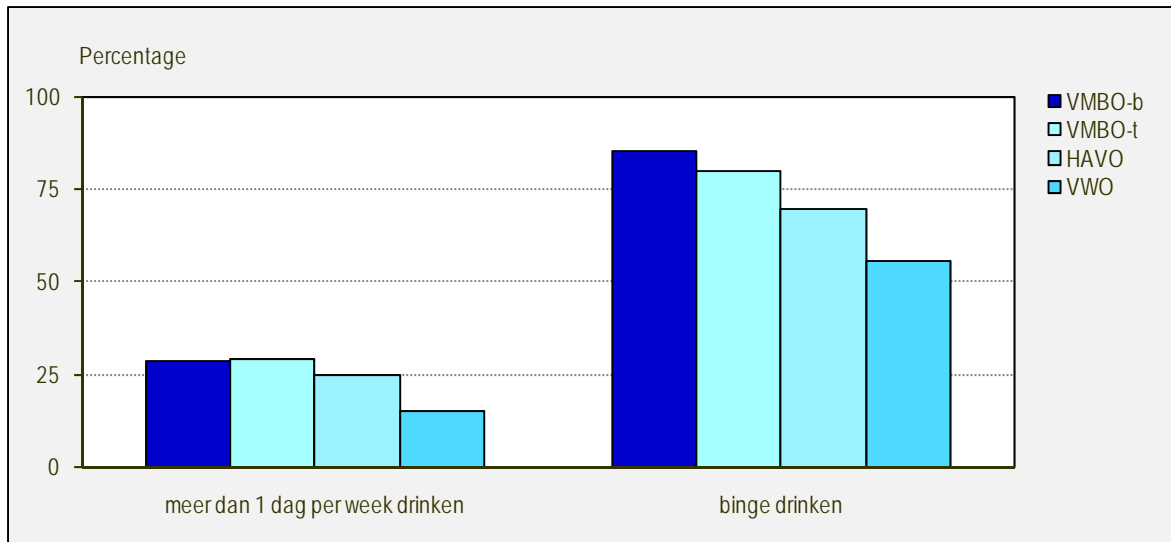
Alcoholgebruik gaat vaak samen met andere risico's. Dat wil zeggen dat alcoholgebruik kan leiden tot gedrag dat op zichzelf ook weer een reeks negatieve gevolgen kan veroorzaken, zoals agressief gedrag. Of het kan gemeenschappelijke oorzaken hebben met ander risicogedrag, zoals spijbelen of crimineel gedrag. Ook spelen de situaties waarin alcohol gebruikt wordt een rol in de potentiële schade die het kan opleveren. Bij uitgaan en alcohol speelt agressie bijvoorbeeld eerder, terwijl onveilige sex eerder een rol speelt in een kleinere setting. Oorzaak en gevolg zijn wat dat betreft niet altijd duidelijk te onderscheiden (Verdurmen et al., 2006).

**Zijn er subgroepen van jongeren die hoogerisicogroepen vormen?**

*Hoe lager het schoolniveau, hoe schadelijker er gedronken wordt*

Globaal gezien geldt dat hoe lager het schoolniveau, hoe schadelijker er gedronken wordt. Het aandeel drinkers dat vaak (meer dan éénmaal per week) en dat veel (één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken) alcohol drinkt is groter bij lager opgeleiden (figuur 3.2.5). Het percentage actuele drinkers (de afgelopen maand alcohol gedronken) op de verschillende schoolniveaus verschilt ook een beetje, maar dat zijn geen significante verschillen. De jongeren van de verschillende schoolniveaus geven wel bijna hetzelfde aan, als het gaat om het toestaan van drinken door hun ouders

(Van Dorsselaer et al., 2007). Een lagere opleiding wijst dus op vaker en méér drinken, terwijl de opstelling van de ouders ten aanzien van drinken volgens de jongeren zelf niet anders is.



Figuur 3.2.5: Meer dan één dag per week drinken en binge drinken (één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken) onder actuele drinkers per schoolniveau, in 2005 (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

*Minder allochtone jongeren drinken en hun ouders staan het ook minder toe*

Onder allochtone jongeren komt alcoholgebruik veel minder voor dan onder autochtone jongeren en hun ouders staan het ook minder toe. Het aandeel actuele drinkers onder allochtone jongeren (22%) is ruim de helft kleiner dan onder autochtone leerlingen (56%). De tolerantie van ouders is ook significant verschillend. Ouders van autochtone leerlingen zijn veel toleranter dan ouders van allochtone leerlingen. Onder de groep die wel alcohol drinkt wordt door allochtone jongeren bovendien minder vaak gedronken. Slechts 18,2% van de allochtone, drinkende jongeren drinkt meer dan één dag per week, ten opzichte van 26,4% van de autochtone, drinkende jongeren (Van Dorsselaer et al., 2007). Een allochtone afkomst gaat dus gepaard met minder kans op alcoholgebruik. Religie speelt hier waarschijnlijk deels een rol bij.

*Binge drinken komt bij autochtone en allochtone drinkers evenveel voor*

Bij de allochtone jongeren die wel alcohol drinken, komt binge drinken (één keer of vaker vijf glazen of meer op één gelegenheid gedronken) net zoveel voor als bij autochtonen. Hoewel minder allochtone jongeren alcohol gebruiken en degenen die dat wel doen minder vaak drinken, gebeurt binge drinken door driekwart van de actuele drinkers in beide groepen (Van Dorsselaer et al., 2007).

**Met welke interventies en beleidsmaatregelen kan alcoholgebruik bij jongeren worden aangepakt?**

*Meest effectieve maatregelen reguleren het aanbod van alcoholhoudende drank*

De meest effectieve maatregelen om alcoholgebruik te verminderen of te voorkomen zijn maatregelen die het aanbod van alcoholhoudende drank reguleren. Deze maatregelen richten zich weliswaar niet direct op de jongeren zelf, maar op de omgeving van jongeren (Van Baal et al., 2008; Achterberg, 2007; Anderson & Baumberg, 2006; Holder, 2006; Meijer et al., 2006; NIAAA, 2006; Verdurmen et

al., 2006; Room et al, 2005). Het effect van deze maatregelen is in Nederland nauwelijks onderzocht, maar er is in het buitenland wel veel onderzoek gedaan, zij het niet altijd specifiek met betrekking tot jongeren. Herhaaldelijk komen de volgende maatregelen daarbij naar voren als effectief en rendabel (kosteneffectief):

- **Prijismaatregelen.**  
In het algemeen geldt dat een hogere prijs leidt tot minder alcoholgebruik. Er is wel sprake van zogenaamde prijsinelasticiteit: daling in alcoholgebruik is niet evenredig met de prijsverhoging; de daling is minder sterk. De grootte van de prijselasticiteit is afhankelijk van diverse factoren, waaronder het type drank. Specifiek voor jongeren geldt dat prijs of accijnsmaatregelen meer invloed hebben op zware, frequente drinkers dan op matige drinkers. Bovendien lijkt de prijs meer impact te hebben op jonge leeftijd en wordt die minder als de leeftijd toeneemt (Anderson & Baumberg, 2006).
- **Leeftijdsgrenzen, inclusief handhaving.**  
Er bestaat sterk bewijs uit buitenlands onderzoek dat een verhoging van leeftijdsgrenzen leidt tot minder alcoholgebruik en minder alcoholgerelateerde ongevallen en letsels bij jongeren. Los hiervan blijkt dat een bescheiden toename in handhaving van leeftijdsgrenzen de verkoop van alcohol aan minderjarigen al met tientallen percentages kan doen dalen (Anderson & Baumberg, 2006). In Nederland is de handhaving van leeftijdsgrenzen sinds een wetswijziging in 2002 meermaals onderzocht. Het bleek herhaaldelijk dat in winkels en in de horeca de leeftijdsgrenzen voor alcoholverkoop slecht tot niet nageleefd worden (Gosselt, 2006; Bieleman et al., 2006).
- **Verkooptijden.**  
Diverse buitenlandse onderzoeken lieten zien dat een verlenging van openingstijden in de horeca leidde tot meer alcoholgerelateerde incidenten waarbij de politie moest ingrijpen. Ook onderzoek naar extra dagopening van winkels liet een toename van alcoholgerelateerd (huiselijk) geweld en openbaar dronkenschap zien (Anderson & Baumberg, 2006).
- **Aantal en plaats van verkooppunten.**  
Een toename in verkooppunten van alcohol, waar die er eerst niet waren, heeft een impact op alcoholgerelateerde incidenten en alcoholgerelateerde ziekenhuisopnamen, zo blijkt uit buitenlands onderzoek (Anderson & Baumberg, 2006). Specifiek voor jongeren geldt dat meer verkooppunten dicht bij elkaar (een hogere dichtheid aan verkooppunten) samenhangt met binge drinken onder studenten en onder 16- en 17-jarigen (Anderson & Baumberg, 2006).

De verkooppunten van alcoholhoudende drank vormen de gebruikelijke setting voor maatregelen die gericht zijn op het aanbod van alcoholhoudende drank. In Nederland geven jongeren overigens aan dat ze naast horeca, supermarkten en slijterijen, ook alcohol krijgen of kopen via hun vrienden en ouders en in zogenaamde 'keten' (Bieleman et al., 2006). Bovendien hebben veel verenigingen en sportclubs vergunningen voor het schenken van alcoholhoudende drank en wordt op schoolfeesten van middelbare scholen vaak alcohol verstrekt (VWA, 2004; Mulder, 2005). Uit een vergelijkend onderzoek blijkt dat Nederlandse jongeren de verkrijgbaarheid van alcoholhoudende drank gunstiger inschatten dan de Franse jongeren (Knibbe et al., 2005).

#### *Reclamerestricties hebben een klein effect op alcoholconsumptie*

Reclamerestricties hebben een klein effect op alcoholconsumptie (Anderson & Baumberg, 2006; Meijer et al., 2006). In verhouding tot een accijnsverhoging van 25%, zal een volledig reclameverbod ongeveer een derde zoveel impact hebben, zo is berekend voor de bevolking van 12 jaar en ouder (Meijer et al., 2006; Chisholm et al., 2004). Overigens zijn kinderen en jongeren gevoeliger voor de media en reclame dan volwassenen (Anderson & Baumberg, 2006). Beperkingen voor alcoholreclame zijn in het beste geval zowel op de inhoud als op de omvang van reclame gericht. Van de EU-lidstaten heeft Frankrijk wat dat betreft de meest brede beperkingen. Daar is alcoholreclame niet toegestaan op televisie of in bioscopen. In andere media is de inhoud van reclame flink beperkt en zijn ook grenzen

gesteld aan de tijdstippen en plekken waarop reclame gemaakt mag worden (Achterberg, 2007; Anderson & Baumberg, 2006).

#### *Voorlichting heeft vooral effect op kennis en houding*

Massamediale voorlichting en voorlichting op school hebben vooral effect op kennis over en houding tegenover alcoholgebruik. Op zichzelf is van alcoholvoorlichting geen effect te verwachten op het terugdringen of uitstellen van alcoholgebruik bij jongeren (Anderson & Baumberg, 2006; NIAAA, 2006). Ook naar effecten van voorlichting zijn vrijwel geen uitgebreide studies gedaan in Nederland, maar wel in het buitenland. Alcoholvoorlichting wordt in Nederland wel veel toegepast. Enkele buitenlandse educatieve interventies zijn wel als effectief uit onderzoek gekomen. Deze lijken gemeen te hebben dat ze van interactieve methodieken gebruik maken (zoals discussies en rollenspelen), maar het is onduidelijk in hoeverre ze in de Nederlandse praktijk passen (Cuijpers et al., 2006; Meijer et al., 2006; Verdurmen et al., 2006). In Nederland kunnen jongeren via scholen goed bereikt worden voor voorlichting en educatie. Op veel scholen wordt in meer of mindere mate aandacht aan alcoholgebruik besteed. Schoolgerichte alcoholinterventies beperken zich meestal tot voorlichting en educatie (Cuijpers et al., 2006).

#### *Community interventies (samengestelde interventies) hebben veel potentie*

Bij 'community' interventies worden verschillende typen alcoholpreventiemaatregelen in een preventieprogramma gecombineerd en uitgevoerd in een afgebakende gemeenschap (bijvoorbeeld een wijk). Betrokkenheid van diverse actoren is een cruciaal aspect. Resultaten van buitenlandse experimenten met deze interventies hebben veelbelovende, maar wisselende uitkomsten. Sommige experimenten vertoonden grote effecten op alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problemen zoals rijden onder invloed. Maar er waren ook experimenten waar geen effect was (Cuijpers et al., 2006; NIAAA, 2006; Stafström, 2007; Sweet & Moynihan, 2007). Resultaten uit Nederlandse vergelijkende studies van community interventies zijn er niet, hoewel momenteel wel alcoholpreventieprojecten met een community benadering uitgevoerd en geëvalueerd worden (Busch & Planken, 2007). De Handleiding Lokaal Alcoholbeleid uit 2007 gaat uit van een benadering met samengestelde interventies (Van Dalen et al., 2007). In community interventies worden diverse activiteiten in diverse settings met diverse partners uitgevoerd. Een duidelijke regierol is daarbij belangrijk (Sweet & Moynihan, 2007). De Handleiding Lokaal Alcoholbeleid uit 2007 stelt dat in Nederland de gemeente de regierol op zich zou moeten nemen (Van Dalen et al., 2007).

#### *Ouderinterventies in het buitenland effectief gebleken*

Een aantal ouderinterventies (gezinsgerichte interventies) bleek in het buitenland effectief, ook voor kinderen met een hoger risico. In Nederland worden dit soort interventies niet toegepast. Bovendien is het de vraag of ze, als ze worden toegepast, de juiste (hoogrisico)doelgroep bereiken (Cuijpers et al., 2006). Ouders hebben vooral bij het beginnen met drinken een grote invloed op hun kinderen door hoe ze regels stellen en hoe ze zelf met alcohol omgaan, zo blijkt uit recente onderzoeken onder Nederlandse jongeren en hun ouders (Van der Vorst, 2007; Vet & Van der Eijnden, 2007). Dit suggereert dat ouders een belangrijke intermediair zijn voor alcoholpreventie gericht op jongeren. Maar in het kader van de onderzoeken zijn geen gezins- of ouderinterventies getest. Een contract tussen ouders en kinderen, met afspraken over alcoholgebruik, is recent wel gelanceerd als nieuwe onderdeel van de campagne 'Voorkom alcohol schade bij uw kind' (Trimbos-instituut, 2008).

#### *Weinig bekend over effectiviteit van selectieve en geïndiceerde interventies in Nederland*

Er is weinig bekend over de effectiviteit van selectieve en geïndiceerde interventies gericht op alcoholgebruik die in Nederland worden uitgevoerd (Meijer et al., 2006; Cuijpers et al., 2006). In het bijzonder GGZ-instellingen en instellingen voor verslavingszorg voeren selectieve interventies uit (gericht op specifieke groepen jongeren met een hoger risico op alcoholgerelateerde problemen).

Bijvoorbeeld een groepsinterventie voor Kinderen van Verslaafde Ouders of een integrale aanpak met betrekking tot Uitgaan en drugs. De JGZ geeft individuele voorlichting over de rol van ouders en voor jongeren zelf in het omgaan met alcoholgebruik. Naar dit soort selectieve interventies is vrijwel geen effectiviteitsonderzoek gedaan (Meijer et al., 2006). Geïndiceerde interventies voor jongeren (gericht op personen die al risicovol drinkgedrag vertonen) bestaan pas sinds kort. Recent is een aantal ziekenhuizen in Nederland een 'alcoholpoli' gestart. Hier krijgen kinderen die met een alcoholvergiftiging bij de kinderarts terecht zijn gekomen een korte interventie (Busch & Kuunders, 2007). Resultaten zijn nog niet bekend. Voor volwassenen bestaat een aantal internetinterventies die lijken te werken, maar voor jongeren bestaan deze niet (Meijer et al., 2006). Overigens zijn er wel geïndiceerde interventies voor jongeren die zich richten op problemen die met alcoholgebruik kunnen samenhangen. Bijvoorbeeld de 'Grip op je dip' cursus (voor jongeren vanaf 16 jaar). Deze lijkt een gunstig effect te hebben op depressiviteitsklachten (Meijer et al., 2006). Maar het is onduidelijk of dit soort interventies ook op alcoholgebruik een gunstig effect hebben.

*Omgevingsgerichte maatregelen zijn goedkoper dan persoonsgerichte maatregelen*

Los van de effectiviteit zijn omgevingsgerichte maatregelen, zoals prijsmaatregelen en beschikbaarheidsbeperking, relatief goedkoop in vergelijking tot persoonsgerichte maatregelen, zoals voorlichting en educatie. Prijsmaatregelen in de vorm van accijnsheffing kunnen zelfs geld opleveren (Anderson & Baumberg, 2006; Dekker et al., 2006). Omgevingsgerichte maatregelen zijn dus, uitgaande van effectiviteit in combinatie met de kosten, veel rendabeler dan maatregelen gericht op de (potentiële) alcoholgebruikers zelf. Voorlichting en educatie worden het meest rendabel ingezet voor het creëren van draagvlak voor andere interventies en maatregelen. Ook kan voorlichting jongeren met alcoholgerelateerde problemen zich daarvan bewust maken. (Meijer et al., 2006; Anderson & Baumberg, 2006; Dekker et al., 2006).

*Effectief alcoholbeleid gebruikt diverse maatregelen naast elkaar*

Tenslotte blijkt dat van alcoholbeleid het meeste effect verwacht mag worden als diverse maatregelen naast elkaar bestaan (Busch et al., 2007b). Zowel voor lokale preventie als voor regionaal alcoholbeleid constateerden onderzoekers dat een integrale benadering het meest succesvol zal zijn (Holder, 1998; Holder, 2000; Stafström et al., 2006; Horlings & Scoggins, 2006; Edwards, 2001).

**Samenvatting**

Jongeren beleven vooral acute gevolgen van alcoholgebruik. Drinkende jongeren hebben ook een hoger risico op problemen op de langere termijn. Alcoholgebruik onder jongeren is heel gewoon geworden en een substantieel deel van de jongeren drinkt veel en vaak alcohol. Onder lager opgeleide jongeren komen schadelijke drinkpatronen meer voor dan onder hoger opgeleide jongeren en onder autochtone jongeren komt het meer voor dan onder allochtone jongeren. De meest effectieve maatregelen voor alcoholgebruik onder jongeren richten zich op de omgeving (beperking van de beschikbaarheid en het aanbod van alcoholhoudende drank). Voorlichting en educatie kunnen dit soort maatregelen ondersteunen door draagvlak te creëren. De GGD, verslavingszorg en JGZ voeren selectieve interventies uit. De effectiviteit hiervan is nauwelijks onderzocht. Geïndiceerde interventies bestaan er nauwelijks voor jongeren met risicovol drinkgedrag. Community interventies lijken potentie te hebben, maar deze moeten in Nederland nog onderzocht worden. Voor gezinsinterventies geldt hetzelfde, maar deze worden in Nederland nauwelijks uitgevoerd en het is de vraag of in Nederland hiermee de juiste doelgroep bereikt kan worden.

### 3.3 Roken

*Petra Eysink*

Bijna niemand vindt zijn of haar eerste sigaret lekker. Maar toch gaan jongeren roken en een deel van hen blijft roken. Hoeveel jongeren beginnen met roken en op welke leeftijd? Waarom beginnen jongeren met roken? En waarom blijven ze roken? Zijn er groepen jongeren die meer risico lopen om te gaan roken? Wat wordt er gedaan om roken bij jongeren te voorkomen en, bij jongeren die al roken, om ze van het roken af te helpen? En is dit effectief?

#### **Roken: definities en opmerkingen**

In dit rapport beschouwen we het roken van sigaretten, shag, sigaren en pijp allemaal als roken. De meeste jongeren die roken, roken sigaretten. Er zijn er maar weinig die sigaren of pijp roken. We onderscheiden jongeren die ooit hebben gerookt, die de afgelopen maand hebben gerookt en dagelijkse rokers. Het rookgedrag van jongeren wordt gemeten door middel van enquêtevragen (zelfrapportage). Resultaten uit zogenaamde schoolenquêtes laten vaak hogere percentages rokers zien dan resultaten uit gezinsenquêtes.

Gezond roken bestaat niet. Er is dan ook geen grens waarboven het roken schadelijk wordt, ook af en toe roken is schadelijk voor de gezondheid. Bovendien is het gevaar groot dat ‘experimentele rokers’ of ‘gezelligheidsrokers’ verslaafd raken en uiteindelijk meer gaan roken. Met jongeren worden hier voornamelijk tieners bedoeld. Zie bijlage 2 voor meer details over de gebruikte bronnen.

#### **Hoeveel jongeren roken?**

*Helft van de scholieren heeft wel eens gerookt*

Iets minder dan de helft van de scholieren in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 18 jaar) heeft wel eens gerookt (45%) (Monshouwer et al., 2004; STIVORO, 2007). Van de 12- tot en met 16-jarigen heeft 33% ooit gerookt (tabel 3.3.1; Van Dorsselaer et al., 2007, zie bijlage 2). In de hoogste klassen van de basisschool wordt nog nauwelijks gerookt, ongeveer 10% van de 10- en 11-jarigen heeft ooit gerookt (Monshouwer et al., 2004; Van Dorsselaer et al., 2007; STIVORO, 2007). Het percentage leerlingen dat wel eens heeft gerookt, stijgt met de leeftijd: op 17- en 18-jarige leeftijd heeft twee derde wel eens gerookt.

Tabel 3.3.1: Percentage jongeren die ooit hebben gerookt of dagelijks roken naar leeftijd (tot en met 16 jaar), geslacht en onderwijstype<sup>a</sup> in 2005 (Bron: Van Dorsselaer et al, 2007).

	Basisonderwijs			Voortgezet onderwijs												
	Totaal BO			Totaal VO			12 jaar		13 jaar		14 jaar		15 jaar		16 jaar	
	j	m	tot	j	m	tot	j	m	j	m	j	m	j	m	j	m
Ooit gerookt	11,9	5,3 <sup>b</sup>	8,7	31,7	34,3	33,0	13,2	10,0	21,8	19,2	32,7	41,6	46,1	51,1	52,1	58,7
Dagelijks roken	0,2	0	0,1	7,1	9,8	8,3	0,9	0,5	1,5	2,5	6,7	11,3	10,7	18,3	22,0	20,7

j = jongens, m = meisjes, tot = totaal

<sup>a</sup> N = 1.673 basisonderwijs, N = 5.422 voortgezet onderwijs

<sup>b</sup> verschil tussen jongens en meisjes is significant



### *Meeste jongeren beginnen voor hun 17<sup>e</sup> met dagelijks roken*

Ongeveer 20% van de scholieren in het voortgezet onderwijs heeft in de afgelopen maand gerookt, op de basisschool is dit slechts 1%. In het basisonderwijs rookt een enkel kind dagelijks. Vanaf ongeveer 14 jaar neemt het aantal scholieren dat dagelijks rookt snel toe. De meeste scholieren zijn voor hun 16<sup>e</sup> begonnen met roken, na die leeftijd beginnen nog maar relatief weinig jongeren met roken. Van alle scholieren in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 18 jaar) rookt ongeveer 9% dagelijks. De meesten van hen zijn voor hun 17<sup>e</sup> begonnen met dagelijks roken: 8,3% van de 12- tot en met 16-jarigen rookt dagelijks (tabel 3.3.1). Voor scholieren die op 16-jarige leeftijd nog niet zijn begonnen met dagelijks roken is de kans klein dat ze dit alsnog op 17-jarige leeftijd gaan doen. Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft de leeftijd waarop ze beginnen met (dagelijks) roken (Monshouwer et al., 2004).

### *Evenveel jongens als meisjes roken in het voortgezet onderwijs*

In het voortgezet onderwijs (12 tot en met 18 jaar) roken evenveel jongens als meisjes (Monshouwer et al., 2004; Van Dorsselaer et al., 2007; STIVORO, 2007). Op de basisschool roken nog meer jongens dan meisjes, maar vanaf 14 jaar nemen de meisjes het over van de jongens (tabel 3.3.1). Dit geldt zowel voor ooit roken in de afgelopen maand als dagelijks roken. Vanaf 17 jaar neemt het aantal rokende meisjes licht af terwijl het aantal rokende jongens nog iets stijgt. Vanaf die leeftijd roken weer meer jongens en mannen dan meisjes en vrouwen. Jongens roken ook meer sigaretten per dag dan meisjes (Monshouwer et al., 2004; STIVORO, 2007).

## **Hoe zien trends in roken eruit?**

### *Sinds 1997 daling van het percentage jongens en meisjes dat rookt*

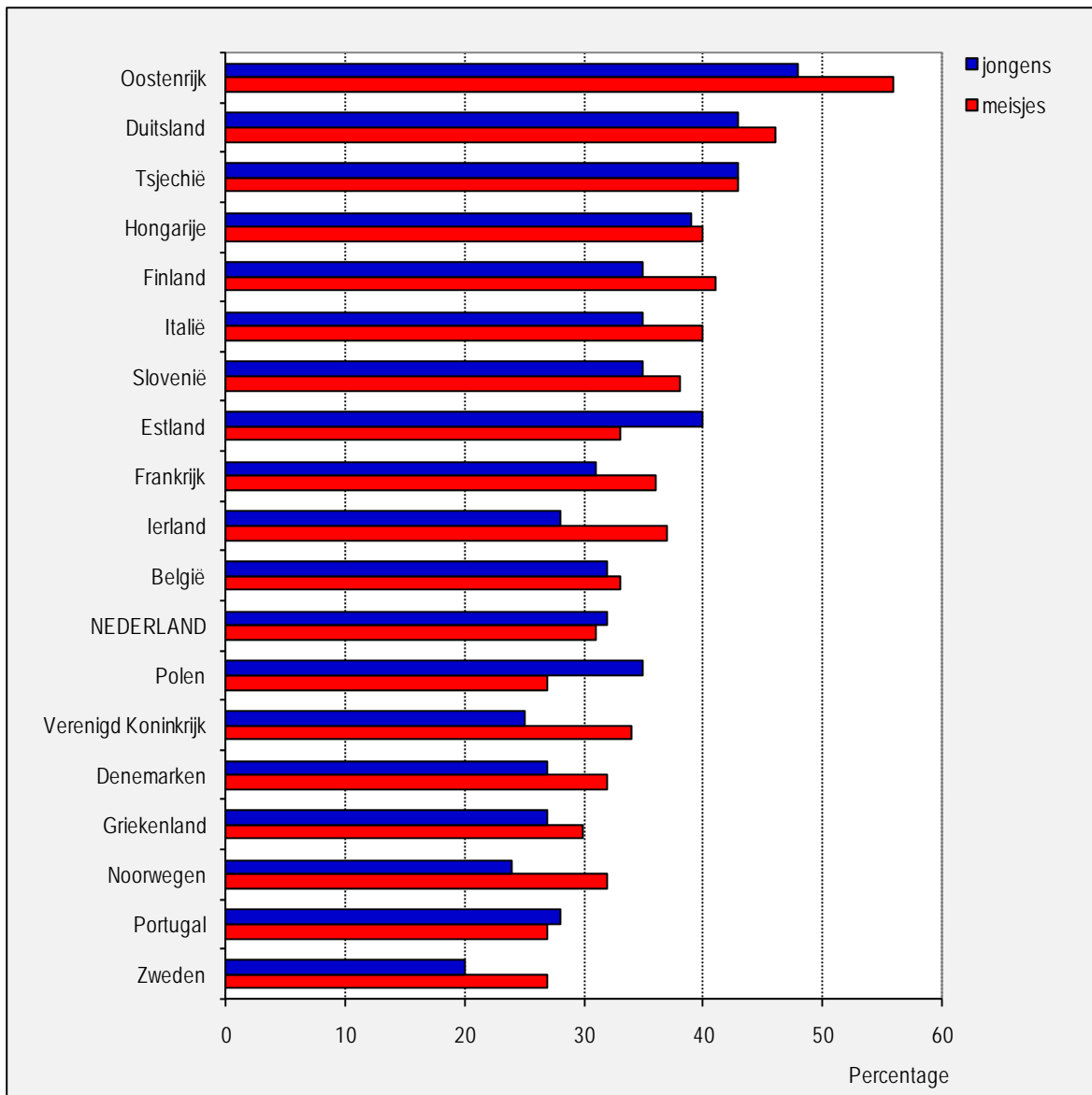
Sinds 1997 is het percentage jongens en meisjes dat zegt ooit te hebben gerookt gedaald. Ook het percentage jongeren dat de afgelopen vier weken heeft gerookt en het percentage jongeren dat dagelijks rookt zijn sinds 1997 gedaald (STIVORO, 2007; Monshouwer et al., 2004). In de periode daarvoor waren de percentages rokende jongeren gestegen. Tevens is er een verschuiving opgetreden van dagelijks roken naar minder frequent roken (STIVORO, 2007).

## **Zijn er internationale verschillen in roken?**

### *Percentage rokers onder Nederlandse scholieren gemiddeld in EU*

Met het aandeel rokers onder scholieren nam Nederland in 2003 een middenpositie in binnen de EU: 31% van de 15- en 16-jarigen heeft de afgelopen dertig dagen gerookt (figuur 3.3.1; Hibell et al., 2004). In 2003 telt Oostenrijk het meeste en Zweden het minste aantal rokers onder scholieren van 15 en 16 jaar.

Ruim een kwart van de Nederlandse scholieren (27%) in de ESPAD-studie (zie bijlage 2) zegt meer dan veertig keer in het leven te hebben gerookt. Binnen de EU varieert dit percentage van 18% in Portugal tot 42% in Oostenrijk. Ook uit de HBSC-studie (zie bijlage 2) blijkt dat Nederland in de middenmoot van Europa zit qua dagelijkse en wekelijkse rokers en qua leeftijd waarop men begon te roken (Currie et al., 2004).



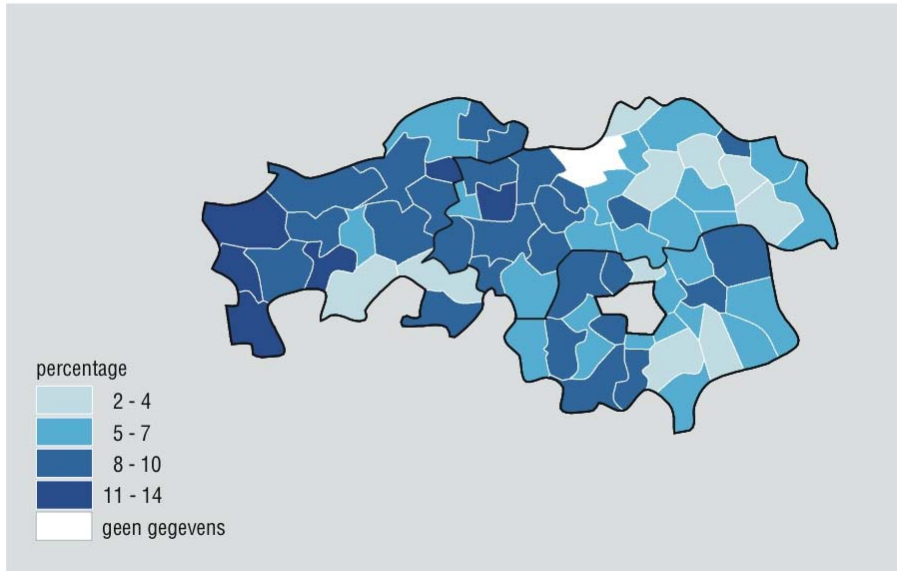
Figuur 3.3.1: Percentage scholieren van 15 en 16 jaar in in geselecteerde EU-landen dat de afgelopen dertig dagen heeft gerookt (Hibell et al., 2004; survey-jaar: 2003).

### Zijn er lokale verschillen in roken?

#### *Percentage jongeren dat rookt verschilt behoorlijk per gemeente*

Er is behoorlijke variatie in het aantal jongeren dat dagelijks rookt in de provincie Noord-Brabant: het percentage ligt bijna zes keer hoger in de gemeente met de meeste (Loon op Zand) dan in de gemeente met de minste dagelijkse rokers (Bernheze) (figuur 3.3.2, zie bijlage 2 voor een toelichting op de gebruikte bronnen voor figuur 3.3.2). Deze variatie is beleidsmatig van betekenis, aangezien op gemeentelijk niveau wordt besloten over de inzet van veel van de maatregelen ter preventie van roken. Dit kan in de praktijk betekenen dat bepaalde gemeenten op grond van het grote aantal rokende

jongeren in hun eigen gemeente besluiten extra in te zetten op de preventie van roken, terwijl andere gemeenten hier minder aandacht aan zullen besteden.



Figuur 3.3.2: Percentage 12- tot en met 17-jarigen dat dagelijks rookt per gemeente in de provincie Noord-Brabant (Bron: [www.ggdgezondheidsatlas.nl](http://www.ggdgezondheidsatlas.nl)).

### Wat zijn de schadelijke gevolgen van roken?

#### *Gevolgen van roken ontstaan pas na langere tijd, maar zijn ernstig*

De gevolgen van roken ontstaan over het algemeen pas na langere tijd (tabel 3.3.2), maar ze zijn wel zeer ernstig. Zo is de kans op sterfte voor rokers 1,5 tot 2,5 keer zo groot als voor niet-rokers. Bij de jongeren is het verband nog niet zichtbaar omdat bij jongeren de sterfte laag is en met roken verband houdende ziekten, zoals longkanker, nog niet of weinig voorkomen (Bemelmans et al., 2005; Van Gelder et al., 2007). Wel hebben jongeren die roken meer astmatische symptomen en meer mond- en tandproblemen. Ook heeft roken een nadelige invloed op effecten bij intensieve inspanningen die langer dan enkele minuten duren (Kuipers, 2005).

#### *Roken is snel en sterk verslavend*

Door nicotine in tabaksrook is roken snel en sterk verslavend. Voor de meeste rokers geldt dat hun tabaksverslaving is begonnen in de periode dat zij op de middelbare school zaten. Hersenen van adolescenten zijn kwetsbaar voor de ontwikkeling van nicotineafhankelijkheid waardoor de kans groot is dat ze blijven roken. De blijvende veranderingen in de hersenen leiden ertoe dat na stoppen een sterke hunkering naar roken optreedt en de kans op terugval groot is. Hoe jonger iemand begint met roken, des te groter is de kans op verslaving (Pieterse & Willemsen, 2005). Recent onderzoek suggereert dat afhankelijkheid van nicotine voor meisjes al na drie en voor jongens na zes weken experimenteel roken tot stand komt (DiFranza et al., 2002; DiFranza et al., 2007). Van de rokende jongeren denkt 60% verslaafd te raken of te zijn en bijna 30% denkt dat het wel meevalt. Van de niet-rokende jongeren denkt bijna driekwart het risico te lopen om verslaafd te raken als ze zouden roken (STIVORO, 2007).

*Passief roken is schadelijk voor de gezondheid van kinderen en jongeren*

Roken van anderen is ook schadelijk voor de gezondheid van kinderen en jongeren (passief roken). Passieve blootstelling aan sigarettenrook kan leiden tot een verhoogd risico op verschillende vormen van kanker, hartaandoeningen en wiegendood. Het roken van de moeder tijdens de zwangerschap kan resulteren in wiegendood, piepende ademhaling en astma en ontwikkelings- en gedragsstoornissen bij het kind (Gezondheidsraad, 2003).

Tabel 3.3.2: Korte en lange termijn gevolgen voor de gezondheid (die ook al bij jongeren optreden) roken en gevolgen voor de gezondheid van passief roken (Bron: Van Gelder et al., 2007; Bemelmans et al., 2005; Gezondheidsraad, 2003).

<b>Belangrijkste korte termijn gevolgen voor de gezondheid van roken</b>	<b>Belangrijkste lange termijn gevolgen voor de gezondheid</b>	<b>Belangrijkste gevolgen voor de gezondheid van passief roken</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• mond- en tandproblemen</li><li>• astmatische symptomen</li><li>• slechter verloop van een virale infectie</li><li>• problemen met wondgenezing</li><li>• nadelige effecten bij intensieve inspanningen die langer dan enkele minuten duren</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• longkanker</li><li>• COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)</li><li>• coronaire hartziekten</li><li>• beroerte (CVA)</li><li>• hartfalen</li><li>• slokdarmkanker</li><li>• strottenhoofdkanker</li><li>• mondholtekanker</li><li>• blaaskanker</li><li>• maagkanker</li><li>• nierkanker</li><li>• alvleesklierkanker</li><li>• diabetes mellitus type 2</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• wiegendood</li><li>• infecties</li><li>• problematiek van keel, neus en oren</li><li>• afname longfunctie</li><li>• piepende ademhaling en astma</li><li>• longklachten op volwassen leeftijd</li><li>• ontwikkelings- en gedragsstoornissen</li></ul>

**Wat is er bekend over de risicofactoren van roken?**

*Zowel persoonsgebonden als omgevingsfactoren bepalen de kans dat iemand gaat roken*

Naast algemene factoren als leeftijd en geslacht spelen andere persoonsgebonden en omgevingsfactoren een rol die maken dat jongeren wel of niet gaan roken of die het blijven roken, of die van invloed zijn op het blijven roken of het stoppen met roken (tabel 3.3.3). Overigens blijkt uit het beschikbare prospectieve onderzoek naar risicofactoren dat de nu bekende factoren slechts gedeeltelijk het beginnend rookgedrag bij jongeren verklaren of voorspellen. Welke factoren de belangrijkste zijn, hangt onder meer samen met de leeftijd van de jongere en de mate waarin een jongere bezig is met experimenteren met sigaretten. Rookgedrag ontstaat stapsgewijs en in elke fase zijn andere factoren van invloed (Pieterse & Willemsen, 2005).

Tabel 3.3.3: Oorzakelijke factoren die samenhangen met de kans op (gaan) roken, blijven roken en stoppen met roken (Willemsen & Van Leent-Loenen, 2007).

<b>Factoren die de kans op (gaan) roken verkleinen of vergroten</b>	
<i>Omgevingsgebonden factoren</i>	<i>Persoonsgebonden factoren</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• roken van ouders, broer/zus, (beste) vrienden en leeftijdsgenoten</li> <li>• houding ten opzichte van roken bij ouders, vrienden en leeftijdsgenoten</li> <li>• sociaaleconomische status van de ouders</li> <li>• tabaksreclame</li> <li>• verkrijgbaarheid van tabak</li> <li>• al dan niet rookvrije openbare ruimte (school, werk)</li> <li>• rookbeleid op school</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eigen houding ten opzichte van roken</li> <li>• verwachtingen ten aanzien van het roken</li> <li>• gezondheidsopvattingen</li> <li>• stress</li> <li>• gevoel van eigenwaarde</li> <li>• vaardigheid om sociale druk tot roken te weerstaan</li> <li>• copingstijl</li> <li>• genetisch bepaalde gevoeligheid voor de verslavende werking van nicotine</li> <li>• risicogedrag versus gezond en actief gedrag</li> <li>• beschikbaarheid van eigen geld</li> </ul>

*Roken van vrienden en ouders bevordert beginnen met roken en blijven roken*

De kans dat een jongere met roken begint te experimenteren wordt sterk bepaald door de mate waarin roken sociaal geaccepteerd gedrag is binnen het eigen sociale netwerk (gezin, vrienden en school) (Brug & Van Lenthe, 2005; Pieterse & Willemsen, 2005). Men veronderstelt dat ouders vooral de meeste invloed hebben bij de jongere kinderen en dat vrienden langzamerhand meer invloed krijgen. Er is echter nog te weinig langlopend, prospectief onderzoek gedaan om hierover uitsluitel te kunnen geven (Conrad et al., 1992; Pieterse & Willemsen, 2005). Ouders hebben dus mogelijk een grotere rol dan tot nu toe werd aangenomen en zijn dus een belangrijke doelgroep bij het geven van voorlichting (Engels & Spruijt, 2002). Het roken van broer of zus, (beste) vrienden en leeftijdsgenoten vergroot de kans op het gaan roken van jongeren en is misschien wel de belangrijkste factor om te beginnen met roken, om te blijven roken en om meer te gaan roken (Brug & van Lenthe, 2005). Veel jongeren denken dat meer leeftijdsgenoten roken dan in werkelijkheid het geval is. Interventies in de vorm van normbeïnvloeding proberen jongeren te laten inzien dat zij hiervan een verkeerd beeld hebben (Pieterse & Willemsen, 2005).

*Allerlei persoonsgebonden factoren verkleinen of vergroten de kans om te beginnen met roken*

Allerlei persoonsgebonden factoren verkleinen de kans om te beginnen met roken, zoals bijvoorbeeld de vaardigheden van een jongere om de sociale druk tot roken te weerstaan en de copingstijl (tabel 2.3.3). In interventies om te voorkomen dat jongeren gaan roken wordt jongeren geleerd om nee te zeggen tegen sociale druk (weerbaarheidstrainingen).

Depressie en stress (bijvoorbeeld door slechte schoolprestaties), een laag gevoel van eigenwaarde, neiging tot het nemen van risico's, gevoeligheid voor de invloed van leeftijdsgenoten en angst bevorderen juist (beginnend) rookgedrag (Pieterse & Willemsen, 2005). Zogenaamde sociale invloed interventies gebruiken cognitieve gedragsvaardigheden zoals instructie en herhaling, om jongeren om te leren gaan met stress en angst, hun assertiviteit te verhogen, media te leren weerstaan en hun eigenwaarde te verhogen (Thomas & Perera, 2006).

Daarnaast blijken erfelijke factoren een rol te spelen bij zowel starten met roken als het aantal sigaretten dat men rookt. Genetische factoren zijn echter niet te beïnvloeden. Daarnaast zijn de markers nog niet in kaart gebracht om te bepalen wie in het bezit is van de 'slechte' genetische factoren. Kennis

over erfelijke factoren heeft dus vooralsnog geen consequenties voor interventies en beleidsmaatregelen (Bemelmans et al., 2005).

#### *Verwachte voor- en nadelen van roken bepalen of jongere blijft roken*

De voor- en nadelen die een jongere verwacht van het roken bepalen of een jongere blijft roken of opnieuw gaat roken na een stoppoging (Pieterse & Willemsen, 2005). Van de rokende jongeren denkt 60% bepaalde gezondheidsrisico's te lopen omdat ze roken, 37% denkt dat het wel meevalt en 3% van de rokende jongeren denkt geen gezondheidsrisico te lopen. Daarentegen denkt 89% van de niet-rokende jongeren zelf bepaalde gezondheidsrisico's te lopen als ze zouden roken, 10% denkt dat het wel meevalt en 1% denkt geen risico te lopen (STIVORO, 2007).

#### *Tabaksreclame maakt het roken aantrekkelijker voor jongeren*

Tabaksreclame is erop gericht het roken een aantrekkelijker imago te geven voor jongeren. Reclame kan ervoor zorgen dat de jongere van experimenteel roken overgaat naar regelmatig roken (Wakefield et al., 2003). Hoe meer jongeren zich bewust zijn van of gevoelig zijn voor tabaksreclame, des te hoger de kans dat ze gaan roken (Lovato et al., 2003). Gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen lijken vooral een effect te hebben op gemotiveerde rokers die er toch al over denken om met roken te stoppen (Willemsen, 2005; Willemsen, 2003).

#### *Hoe hoger de prijs, des te minder er wordt gerookt*

Factoren die de verkrijgbaarheid of beschikbaarheid van tabaksproducten voor jongeren bepalen, spelen een rol bij het rookgedrag. Zo is de prijs van tabakswaren voor jongeren van belang: hoe hoger de prijs, des te minder er wordt gerookt. Ook een leeftijdslimiet op de verkoop zou het roken tegen gaan, terwijl verkooppunten in de buurt van de school het roken juist zouden kunnen bevorderen (Willemsen, 2005).

### **Zijn er subgroepen van jongeren die hoogrisicogroepen vormen?**

#### *Hoe lager het schoolniveau des te meer jongeren roken*

Op het VMBO-b (VMBO-beroepsgerichte leerweg) roken beduidend meer jongeren van 12 tot en met 16 jaar dan op alle andere schoolniveaus (16% dagelijkse rokers) (Monshouwer et al., 2004; Van Dorsselaer et al., 2007). Onder de VWO-leerlingen bevinden zich de minste rokers (6% dagelijkse rokers). Het aantal gerookte sigaretten door rokers neemt ook af met het stijgen van het schoolniveau. Ruim 30% van de rokers op het VMBO-b rookt meer dan tien sigaretten per dag, terwijl dit op het VWO 10% is (Monshouwer et al., 2004).

#### *Nauwelijks verschillen tussen etnische groepen*

Er is geen sterke samenhang tussen etnische afkomst en roken (Monshouwer et al., 2004; Van Dorsselaer et al., 2007). Alleen Marokkaanse scholieren roken minder dan scholieren van autochtone afkomst. Voor Marokkaanse jongens is het verschil met de Nederlandse jongens minder groot (12% versus 18% van de 12- tot 17-jarigen in de afgelopen vier weken) dan voor Marokkaanse meisjes in vergelijking met Nederlandse meisjes (respectievelijk 6% en 22% in de afgelopen vier weken) (Monshouwer et al., 2004).

## Met welke interventies en beleidsmaatregelen kan roken bij jongeren worden aangepakt?

Preventieve interventies richten zich idealiter op de eerder genoemde brede range van oorzaken van roken (tabel 3.3.2). Naast het positief beïnvloeden van persoonsgebonden factoren zoals kennis en attitude richten ze zich ook op het stimuleren van fysieke en sociale omgevingsfactoren die het niet-roken ondersteunen. Als iemand eenmaal is begonnen met roken, blijkt het heel lastig te zijn er weer vanaf te komen. Voorkomen dat jongeren gaan roken is dan ook heel belangrijk. Net zo belangrijk is het om te voorkómen dat roken een vaste gewoonte wordt. De meeste interventies richten zich op het voorkómen dat jongeren gaan roken, terwijl slechts enkele interventies erop gericht zijn dat jongeren stoppen met roken. Interventies en maatregelen kunnen op verschillende niveaus worden aangeboden. We gaan hier in op overheidsmaatregelen ter preventie van roken en ter stimulering van stoppen met roken, en op verschillende settings waarin rookpreventieprogramma's en stoppen-met-rokeninterventies (kunnen) worden ingezet. We gaan niet specifiek in op interventies waarbij meeroken wordt voorkomen.

### *Meeste interventieprogramma's gericht op voorkomen van starten met roken door jongeren*

Voor de meeste rokers geldt dat ze zijn begonnen met dagelijks roken in de periode dat zij op de middelbare school zaten. De meeste interventieprogramma's richten zich dan ook op het voorkómen van roken door jongeren. De huidige (Nederlandse) preventieprogramma's hebben slechts een bescheiden invloed op gedrag. Ze leiden in het gunstigste geval tot een uitstel van een jaar of twee van het beginnen met roken, maar voorkomen niet dat jongeren gaan roken (Pieterse & Willemsen, 2005). Uitstel van maximaal twee jaar lijkt niet veel, maar uitstel van het beginnen met roken is wel belangrijk. Het is namelijk bekend dat personen die op jonge leeftijd met roken beginnen over het algemeen meer sigaretten per dag roken, moeilijker met roken kunnen stoppen en meer kans hebben op het ontstaan van met roken samenhangende aandoeningen (Taioli, 1991; Reid, 1992).

### *Ook interventies gericht op stoppen met roken door jongeren van belang*

Steeds meer wordt het belang onderkend van interventies die zich specifiek richten op de vrij grote groep jongeren die al een gevestigd rookpatroon hebben. Bij volwassenen zijn stoppen-met-rokeninterventies als individuele counseling, telefonische counseling, groepscursus, alle vormen van nicotinetherapie, bupropion en nortriptyline effectief gebleken (Willemsen et al., 2003; Lancaster & Stead, 2005a; Lancaster & Stead, 2005b; Stead & Lancaster, 2005b; Stead et al., 2006). De nicotinevervangende therapieën (bupropion) zijn bij jongeren niet effectief gebleken. Er zijn nog onvoldoende studies uitgevoerd om te kunnen concluderen dat de overige stoppen-met-rokeninterventies bij jongeren effectief zijn. De eerste resultaten zijn wel veelbelovend (Grimshaw & Stanton, 2006). Overigens zegt ruim 80% van de jongeren die stoppen met roken, te zijn gestopt zonder hulp (STIVORO, 2007). Dit is ook bekend onder volwassenen: ondanks de vele hulpmiddelen om te stoppen met roken, geeft 66 tot 90% van de rokers aan bij hun stoppogingen geen hulpmiddelen te gebruiken (Fiore et al., 1990; STIVORO, 2007).

### *Steeds meer programma's richten zich op minderen van aantal gerookte sigaretten*

Hoe meer sigaretten een jongere rookt, des te kleiner is de kans op stoppen. Er wordt dan ook steeds meer gepleit voor programma's die (ook) gericht zijn op mindering in plaats van op stoppen. Men schat dat wanneer een jongere op de leeftijd van 16 en 17 jaar er in slaagt vijf sigaretten per dag minder te roken, de kans op stoppen drie jaar later is verdubbeld (Pieterse & Willemsen, 2005). Er is momenteel echter weinig bewijs dat de interventies om te minderen in plaats van te stoppen met roken op lange termijn effectief zijn (Stead & Lancaster, 2005a).

#### *Massamediale campagnes lijken effectief in voorkómen van starten met roken*

Massamediale campagnes lijken effectief te zijn in het beïnvloeden van het starten met roken door jongeren, maar het bewijs is niet sterk (Sowden & Arblaster, 2000). Effectieve campagnes duren langer en zijn intensiever dan de minder succesvolle campagnes. Het type medium (radio, televisie, krant, billboards, bioscoop), de duur, intensiteit en frequentie van de campagne zijn belangrijk voor het succes. De meeste campagnes hebben geen invloed op veranderingen in houding, kennis en intentie tot roken op langere termijn (Sowden & Arblaster, 2000).

De Nederlandse jongerencampagnes die tot nu toe zijn uitgevoerd, waren gericht op het bevorderen van een positief imago van niet-rokers. Deze campagnes bleken geen positieve veranderingen teweeg te brengen in attitude en effecten op rookgedrag, maar rokende jongeren bleken niet-rokende jongeren wel significant vaker 'cool' en stoer te vinden (Koolhaas & Willemsen, 2005).

#### *Tabaksreclameverbod verlaagt de kans op beginnen met roken*

Tabaksreclame en publiciteit verhogen de kans dat jongeren gaan beginnen met roken (Lovato, 2003). Vergelijkend onderzoek in 22 landen geeft aan dat reclameverboden de tabaksconsumptie kunnen verminderen, mits zij veelomvattend zijn (Bouwens et al., 2007; Serra et al., 2000). In Nederland geldt sinds 2002/2003 voor de meeste vormen van tabaksreclame een verbod. Het reclameverbod omvat onder andere een verbod voor reclame op televisie, radio, billboards, in kranten en tijdschriften, in bushokjes, op internet en op andere producten (zoals schoenen, kleding of tassen). Een tabaksfabrikant mag ook geen evenementen, festivals of prijzen meer sponsoren of gratis tabaksproducten uitdelen (VWS & STIVORO, 2008).

#### *Accijnsverhoging is een zeer effectieve en kosteneffectieve maatregel*

Accijnsverhoging blijkt een zeer effectieve en kosteneffectieve maatregel om het aantal jeugdige rokers terug te brengen (Van Baal et al., 2005; Bouwens et al., 2007). Een prijsverhoging van 20% op tabaksproducten verlaagt het aantal jeugdige rokers met bijna 20.000 op de korte termijn (Van Baal et al., 2005). In verscheidene studies is vastgesteld dat het effect van accijnsverhoging bij jongeren groter is dan bij volwassenen (Chaloupka, 1997). Tevens heeft een verhoging van de prijs een groter effect bij mensen met een lage sociaaleconomische status (Van Lenthe & Mackenbach, 2006; Townsend et al., 1994). De Nederlandse prijs van een pakje sigaretten is laag vergeleken met die in andere landen. Op 1 januari 2007 kostte in Duitsland een pakje Marlboro van twintig stuks €4,71, in België €4,53, in het Verenigd Koninkrijk €7,89 en in Nederland €4,21. Als de prijs van sigaretten wordt afgezet tegen het welvaartsniveau van de verschillende Europese landen dan staat Nederland op de 19<sup>de</sup> plaats qua prijs van een pakje sigaretten (Joossens & Raw, 2006).

#### *Leeftijdsgrens voor verkoop tabaksproducten moeilijk handhaafbaar*

Sinds 1 januari 2003 mogen tabaksproducten in Nederland nog uitsluitend worden verkocht aan personen van 16 jaar en ouder. In de meeste landen waar deze maatregel is ingevoerd, waaronder Nederland, is handhaving ervan een groot probleem (Willemsen et al., 2005; Stead & Lancaster, 2005a). Het effect van deze maatregel is over het algemeen beperkt omdat controle op de verkooppunten moeilijk is en ook omdat, zelfs al zouden de detaillisten zich aan de regels houden, jongeren toch wel manieren vinden om aan sigaretten te komen (Stead & Lancaster, 2005a; Rigotti et al., 1997). Het is dus de vraag of de maatregel de toegang van jongeren tot tabak voldoende kan beperken.

#### *Rookverboden beperken rokers in plaats en tijd om te roken*

Het belangrijkste doel van rookverboden is niet-rokers beschermen tegen tabaksrook. Doordat rookverboden rokers beperken in de plaats waar en de tijd waarin ze kunnen roken, kunnen rookverboden ook effect hebben op de hoeveelheid tabaksconsumptie en het aantal rokers (Brug & Van Lenthe, 2005). Het bestaan van een rookbeleid op een school in de vorm van een rookverbod (rookvrije



scholen) is geassocieerd met een daling van het aantal jongeren dat rookt, mits op de naleving van dit beleid wordt toegezien (Levy & Friend, 2003; Wakefield & Giovino, 2003; Brug & Van Lenthe, 2005). In Nederland loopt sinds 1997 het project ‘Rookvrije school’ voor het basis- en voortgezet onderwijs. Dit project heeft tot doel een rookvrije omgeving op scholen te creëren. Daartoe wordt er tijdens lessen aandacht besteed aan niet-roken. Tevens dienen volwassenen het goede voorbeeld te geven door (op en om school) niet te roken (Busch & Zeeman, 2007).

Naast scholen kunnen uitgaansgelegenheden ook een interessante setting zijn om rookverboden in te stellen om zo het aantal rokende jongeren te verminderen (Bouwens et al., 2007). De afgelopen jaren zijn in verschillende landen rookverboden in alle openbare gelegenheden ingesteld. Deze worden voornamelijk ingesteld om passief roken te verminderen. Effecten op het aantal rokers zijn echter niet of nauwelijks beschreven. In Italië heeft het rookverbod op korte termijn geleid tot een daling van de sigarettenverkoop, de rookprevalentie (daling van 2,3%) en het gemiddelde aantal sigaretten per roker per dag (van 15,4 naar 14,6). De daling bleek groter voor 15- tot 25-jarigen en voor vrouwen dan voor andere groepen in de bevolking (Gallus et al., 2006). Uit een recente Amerikaanse studie bleek dat (complete) rookverboden in de horeca effectief verhinderen dat jongeren van experimenteren met roken overgaan naar gevestigd roken (Siegel et al., 2008). Per 1 juli 2008 geldt ook in Nederland een rookverbod in de horeca.

#### *Integrale aanpak bij roken lijkt effectief*

Uit internationale overzichtsstudies naar stoppen-met-rokeninterventies bij volwassenen blijkt dat accijnsverhogingen, massamediale campagnes en individuele ondersteuning bij stoppen met roken effectieve interventies zijn (Feenstra et al., 2005; Van Baal et al., 2005). Naar verwachting neemt de effectiviteit van deze interventies toe als ze in combinatie worden toegepast. Prijsverhoging van tabakswaaren vermindert de consumptie van sigaretten, maar is effectiever in combinatie met reclamebeperkingen, verkoopbeperkingen, rookverboden en rookvrije ruimten, gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen en massamediale campagnes. Accijnsverhoging is (kosten)effectief wat betreft het terugdringen van het aantal jeugdige rokers. Er zijn ook aanwijzingen voor positieve effecten op dat vlak van het terugdringen van reclame en verkoopstimulering (Bouwens et al., 2007).

#### *Meeste rookpreventieprogramma's vinden plaats op school*

Verreweg de meeste interventies die gericht zijn op het voorkomen van roken door jongeren vinden plaats op school (Thomas & Perera, 2006). Interventies op scholen bevatten bijvoorbeeld lesprogramma's gericht op het geven van kennisverhogende en attitudebeïnvloedende informatie, weerbaarheidstrainingen en normbeïnvloeding. Er kunnen klassikale niet-rokenafspraken worden gemaakt, er zijn programma's waarbij materiële beloningen worden gekoppeld aan een niet-rokenafpraak of scholen kunnen onderling een competitie aangaan.

Nederlandse schoolinterventies vanuit de sociale invloed benadering<sup>3</sup> hebben een positief effect op het gedrag op lange termijn (minimaal één jaar), echter in sommige interventies alleen voor de niet-rokers (Thomas & Perera, 2006; Crone et al., 2003; Ausems et al., 2004). Het percentage rokers stijgt minder op scholen die een rookpreventieprogramma vanuit de sociale invloed benadering uitvoeren (7% rookt na afloop) dan op scholen die een dergelijk programma niet gebruiken (14% rookt na afloop) (Dijkstra et al., 1999; De Vries et al., 1994).

Schoolinterventies waarbij alleen informatie wordt gegeven behalen nauwelijks positieve resultaten. Preventieprogramma's die uitgaan van sociale vaardigheden zijn nog nauwelijks onderzocht, maar lijken effectief, evenals lesprogramma's die uitgaan van competitie tussen klassen (Thomas & Perera,

<sup>3</sup> In sociale invloed interventies worden cognitieve gedragsvaardigheden zoals instructie en herhaling gebruikt om jongeren om te leren gaan met stress en angst, hun assertiviteit te verhogen, media te leren weerstaan en hun eigenwaarde te verhogen.

2006). Een voorbeeld van een dergelijk programma is de ‘Actie tegengif’ (STIVORO en Trimbos-instituut), waarbij 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> klassen van het voortgezet onderwijs een klassikale niet-rokenafpraak maken. Een klassikale afspraak heeft op korte termijn een positief beperkend effect op het aantal jongeren dat start met roken en het aantal jongeren dat experimenteert met roken (onderzocht bij jongeren met een lage opleiding). Na een jaar zijn deze effecten echter verdwenen en zijn additionele interventies nodig om het effect te behouden (Crone et al., 2003). In het buitenland zijn vergelijkbare resultaten gevonden (Etter & Bouvier, 2006).

Een interventie vergelijkbaar met een klassikale niet-rokenafpraak is een niet-rokenafpraak bij sportclubs (Smoke Free Teams). Deze blijkt effectief op de relatief korte termijn (drie maanden) maar is (nog) niet op de lange termijn geëvalueerd (Bouwens et al., 2007; De Vries et al., 2001).

#### *Rookpreventieprogramma's al starten op de basisschool*

De meeste Nederlandse interventieprogramma's zijn ontwikkeld voor het voortgezet onderwijs. Dat is ook logisch: op de basisschool roken nog weinig kinderen, na de basisschool neemt het aantal rokers enorm toe. De overgang naar het voortgezet onderwijs is echter een periode waarin jongeren erg gevoelig zijn voor factoren die hen sturen in de richting van het beginnen met roken. STIVORO heeft daarom een lesprogramma ontwikkeld met als doel het beginnen met roken door kinderen en jongeren uit groep 7 en 8 van het basisonderwijs tegen te gaan (*Ik @ook niet*). Het programma is vooral gebaseerd op de sociale invloedbenadering. In een gerandomiseerde studie werd gevonden dat dit interventieprogramma op de korte termijn (aan het eind van het eerste en tweede interventiejaar, dus aan het eind van groep 7 en 8) niet effectief was. Het effect was pas zichtbaar in de brugklas: daar hadden de kinderen die het programma hadden gevolgd een hogere intentie om niet te roken en rookten ze ook daadwerkelijk minder dan de controlegroep. Het is onduidelijk of dit effect op de langere termijn stand houdt (Crone et al., 2005).

#### *Gecombineerde schoolprogramma's meest effectief*

Er worden steeds meer programma's ontwikkeld waarin verschillende interventies worden gecombineerd. Combinaties van effectieve methoden verminderen het roken onder jongeren effectiever dan enkelvoudige strategieën (Sowden et al., 2003; Bouwens et al., 2007). Zo is een combinatie van een klassikale niet-rokenafpraak met een lesprogramma dat gebruikmaakt van de sociale invloed benadering effectiever dan enkel het geven van informatie of alleen een klassikale niet-rokenafpraak. Van de meeste gecombineerde programma's is echter nog onbekend of ze effectief zijn. De ‘Gezonde school en genotmiddelen’ en ‘Schoolslag’ zijn twee gecombineerde programma's, waarvan wel bekend is dat ze effectief zijn. Het project ‘Gezonde school en genotmiddelen’ richt zich op bewustwording van gezond gedrag bij leerlingen en leerkrachten en het creëren van een gezonde schoolomgeving en leidt zo tot minder gebruik van tabak. Ook heeft het project een positief effect op de kennis van genotmiddelen en van de risico's van gebruik. Daarnaast leren jongeren waar ze met problemen naartoe kunnen (De Hollander et al., 2006; ResCon, 1999; Vogels et al., 2002). Bij dit project worden ook ouders betrokken. ‘Schoolslag’ begeleidt scholen in het basis- en voortgezet onderwijs bij het maken van keuzes van activiteiten en strategieën op het terrein van gezond gedrag en preventie.

#### *Gezinsgerichte interventies in het buitenland effectief gebleken*

Uit een aantal studies van hoge kwaliteit bleek dat gezinsgerichte interventies effectief kunnen zijn in het voorkómen dat jongeren gaan roken. De effectiviteit is afhankelijk van hoe goed degenen die het programma aanbieden zijn getraind. Hierbij maakt het aantal sessies in het programma geen verschil (Thomas & Perera, 2006). Dit soort interventies worden in Nederland nog niet toegepast. Bij Nederlandse gezinsgerichte interventies gaat het vaak om foldertjes en een niet-rokenafpraak tussen ouder en kind. Er zijn nog te weinig interventies beschikbaar om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van interventies die zich richten op ouders in de rol van opvoeders (Bouwens et al., 2007).

### *Veel jongeren hebben een baantje, dus werkplek mogelijk ook een effectieve setting*

De werkplek zou een interessante en effectieve setting kunnen zijn voor rookinterventies, aangezien veel jongeren een baan of een bijbaantje hebben. Een niet-rokennorm op het werk blijkt veel effect te hebben (Moher et al., 2005). Jongeren op de werkplek kunnen deze norm helpen versterken. Uit metingen van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) blijkt dat het aantal bedrijven met een adequaat rookbeleid is toegenomen en dat de ervaren hinder van of blootstelling aan tabaksrook is afgenomen (Verdonk-Kleinjan, 2008; Bouwens et al., 2007). Het is hiermee niet duidelijk of een verbod op de werkplek ook op de langere termijn effect heeft op de rookprevalentie. In buitenlandse studies worden dergelijke effecten gevonden, maar onduidelijk is of effecten na verloop van tijd toe- of afnemen (Moher et al., 2005).

### *Wijkgerichte preventie geeft wisselende resultaten*

Wijkgerichte preventie is gewoonlijk een mix van burgerinitiatief en overheidsactie. Meestal gaat het om een schoolprogramma met iets extra's voor ouders en soms gezinnen en met ondersteuning door de media. De effecten van een wijkgerichte aanpak van roken bij jongeren geven wisselende resultaten (Sowden et al., 2003). Wijkgerichte interventies gericht op volwassenen gaven geen verandering te zien in het percentage rokers op wijkniveau, hoewel er wel meer lichte rokers stopten met roken (Secker-Walker et al., 2002).

### *Internet als nieuw medium om stoppen met roken te stimuleren*

Redelijk nieuw is het gebruik van internet als een medium om stoppen met roken te stimuleren en tabaksgebruik te ontmoedigen. De eerste studies suggereren dat een stoppen-met-rokenprogramma via internet succesvol kan zijn in het terugdringen van het aantal jongeren dat rookt, althans op korte termijn (Swartz et al., 2006). In Nederland is één internetprogramma in een pilot geëvalueerd, dit programma bleek alleen een effect op kennis te hebben (Bouwens et al., 2007).

### *Via jeugdgezondheidszorg krijgen jongeren voorlichting over roken*

Alle kinderen komen al vroeg in hun leven in aanraking met de jeugdgezondheidszorg. Daarmee zou de jeugdgezondheidszorg een belangrijke setting kunnen zijn voor de preventie van roken. Er zijn echter geen specifieke richtlijnen voor de jeugdgezondheidszorg op dit terrein. Wel geeft de jeugdgezondheidszorg individuele voorlichting over de rol van ouders ten aanzien van roken en het aanleren van gezond gedrag aan ouders en kinderen in groep 7. Daarnaast krijgen kinderen tijdens het contactmoment in de 2<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs individuele voorlichting over verslavingsrisico's.

## **Samenvatting**

Roken is snel en sterk verslavend door nicotine in tabaksrook. Hoe jonger iemand begint met roken, des te groter is de kans op verslaving. Het is dan ook belangrijk om al vroeg te beginnen met interventies die zich richten op het voorkómen van roken door jongeren. De huidige (Nederlandse) preventieprogramma's voorkómen echter niet dat jongeren gaan roken, ze stellen het rookgedrag uit. Combinaties van methoden verminderen het roken effectiever dan enkelvoudige strategieën. Van de meeste gecombineerde programma's voor jongeren is echter nog onbekend of ze effectief zijn. De gezondheidsgevolgen van roken ontstaan over het algemeen pas na langere tijd. Het heeft zin om te stoppen met roken, want na verloop van tijd zijn de gezondheidsrisico's op hetzelfde niveau als bij niet-rokers. Stoppen-met-roken-programma's gericht op jongeren zijn dus ook belangrijk. Er is echter onvoldoende bewijs van de effectiviteit van stoppen-met-rokeninterventies bij jongeren. Effectieve maatregelen om het aantal jeugdige rokers terug te brengen zijn accijnsverhoging, veelomvattende reclameverboden en rookverboden op school, mits op de naleving van dit beleid wordt toegezien.

## 3.4 Cannabis

*Margriet van Laar en André van Gageldonk*

Van alle illegale drugs wordt cannabis het meest gebruikt. Hoeveel jongeren doen dat en op welke leeftijd gebruiken ze voor het eerst? Zijn er risicogroepen te onderscheiden en wat zijn de belangrijkste risicofactoren? Wat wordt er gedaan om gezondheidsrisico's en -problemen bij jongeren te voorkomen en gezondheid te bevorderen? En in hoeverre is dit effectief?

### **Hasj en wiet: rustgevend maar in hoge dosis ook angstopwekkend**

Cannabis komt voor in diverse preparaten die worden aangeduid met de naam hasj of wiet. Het wordt doorgaans gerookt ('geblowd') in sigaretten, al dan niet samen met tabak, en soms via een verdamer. Soms wordt het gegeten. THC (tetrahydrocannabinol) is het belangrijkste psychoactieve bestanddeel. Tot enkele jaren geleden steeg de concentratie THC in nederwiet. Gebruikers ervaren cannabis als rustgevend, maar in hogere doses kan het ook angstreactions veroorzaken.

Met jongeren worden in deze paragraaf vooral tieners bedoeld.

Zie bijlage 2 voor meer details over de gebruikte bronnen.

### **Hoeveel jongeren gebruiken cannabis?**

*Ongeveer 8% van de jongeren gebruikte cannabis in de laatste maand*

Voor het cannabisgebruik onder jongeren zijn twee belangrijke landelijke Nederlandse bronnen beschikbaar. Volgens het Peilstationsonderzoek, een groot herhaald landelijk onderzoek, bleek dat in 2007 van de scholieren van 12 tot en met 18 jaar 17% ooit cannabis had gebruikt; 8% deed dat in de afgelopen maand (Monshouwer et al., 2008). Uit de in eerder paragrafen al beschreven HBSC-studie (Van Dorsselaer et al., 2007; zie bijlage 2) bleek dat in 2005 14% van de jongeren tussen 12 en 16 jaar ooit cannabis had gebruikt, en 7% in de laatste maand. Jongens gebruiken iets vaker dan meisjes, de verschillen worden echter groter bij de 16-jarigen (respectievelijk 24 en 10% gebruik in de laatste maand).

*Cannabisgebruik neemt tussen 12 en 16 jaar sterk toe met de leeftijd*

In de HBSC-studie had slechts een paar procent van de 12-jarigen cannabis gebruikt in het afgelopen jaar (2,2% voor jongens; 0,7% voor meisjes); bij de 16-jarigen was dat ruim een kwart in het laatste jaar (36% voor jongens; 23% voor meisjes). Datzelfde beeld komt naar voren uit het Peilstationsonderzoek 2007. Maar weinig leerlingen van twaalf hadden in 2007 ervaring met cannabis: één op de vijftig (2,3%). Op zestienjarige leeftijd had bijna één op de drie ooit wel eens cannabis gebruikt (30%) (Monshouwer et al., 2008). Cannabisgebruik neemt weer af na het 25<sup>e</sup> jaar (Van Laar et al., 2008).

*Eén op de zeven gebruikers rookt meer dan tien keer per maand cannabis*

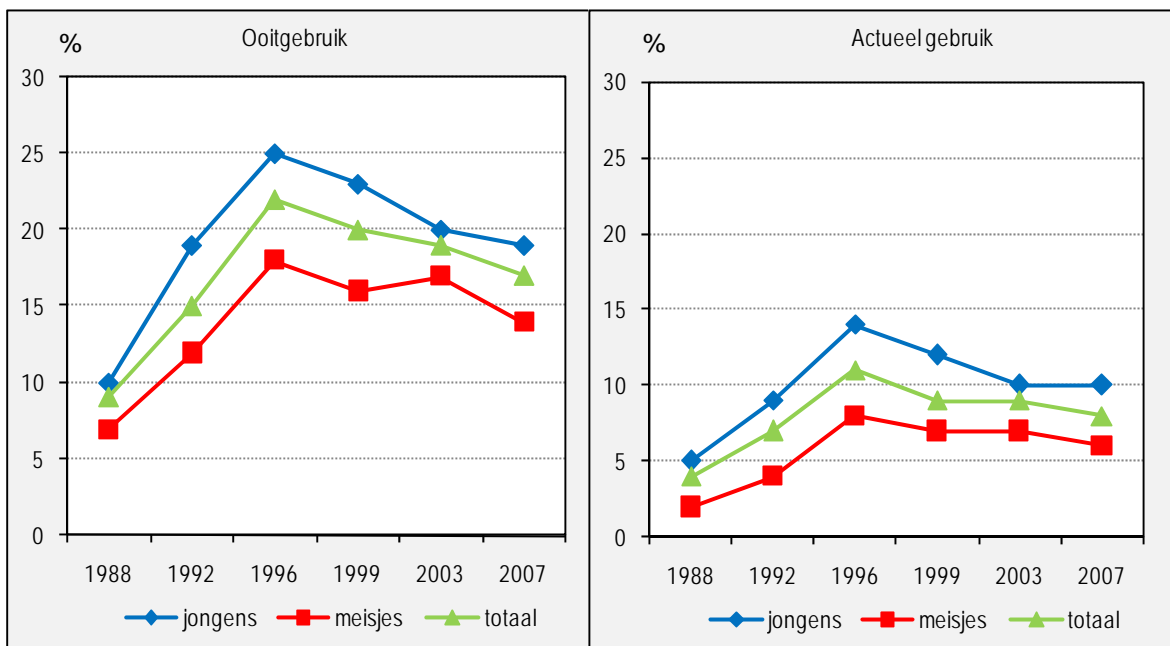
Van de 8% actuele gebruikers (in de laatste maand) van 12 tot en met 18 jaar in 2007 had ruim de helft niet meer dan één à twee keer cannabis gebruikt in de afgelopen maand (55%). Eén op de zeven blowde meer dan tien keer (14%): één op de zes jongens en één op de veertien meisjes. Per gelegenheid rookte de helft van de actuele gebruikers minder dan één joint (meisjes 57%, jongens 46%). Waarschijnlijk roken zij samen met anderen en delen zij een joint. Bijna een op de drie rookte één á twee joints per gelegenheid (meisjes 32%, jongens 37%). Van de actuele cannabisgebruikers onder jongens rookte

18% meer dan drie joints per gelegenheid. Onder blowende meisjes was dat 11% (Monshouwer et al., 2008).

*Frequente veelgebruikers lopen risico op problemen*

Er is ook een samenhang tussen de frequentie waarmee jongeren cannabis gebruiken en de hoeveelheid. Van degenen die drie tot en met tien keer in de maand blowen rookt een kwart (27%) drie of meer joints per keer. Van degenen die meer dan tien keer in de maand blowen, rookt tweederde (67%) drie of meer joints per keer. Deze laatste groep loopt een relatief groot risico op gezondheidsproblemen (Monshouwer et al., 2004).

**Hoe zien trends in cannabisgebruik eruit?**



Figuur 3.4.1: Gebruik van cannabis onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar, van 1988 tot en met 2007. Percentage gebruikers ooit in het leven (links) en actueel (in de laatste maand; rechts). Bron: Peilstationsonderzoek scholieren, Trimbos-instituut (Monshouwer et al., 2008).

*Toename cannabisgebruik tot 1996; daarna stabiliteit en afname bij jongens*

Het percentage gebruikers van cannabis onder scholieren van 12 tot en met 18 jaar nam sterk toe tussen 1988 en 1996 en stabiliseerde dan wel daalde licht in de jaren er na (zie figuur 3.4.1). Zowel het ooitgebruik als het actuele gebruik was in 2007 significant lager dan in 1996. Opvallend is dat er in 2003 voor het eerst geen verschil meer was tussen jongens en meisjes. In 2007 hadden opnieuw meer jongens dan meisjes ooit of in de laatste maand nog cannabis gebruikt (Monshouwer et al., 2008).

*Startleeftijd cannabisgebruik constant tussen 1996 en 2003*

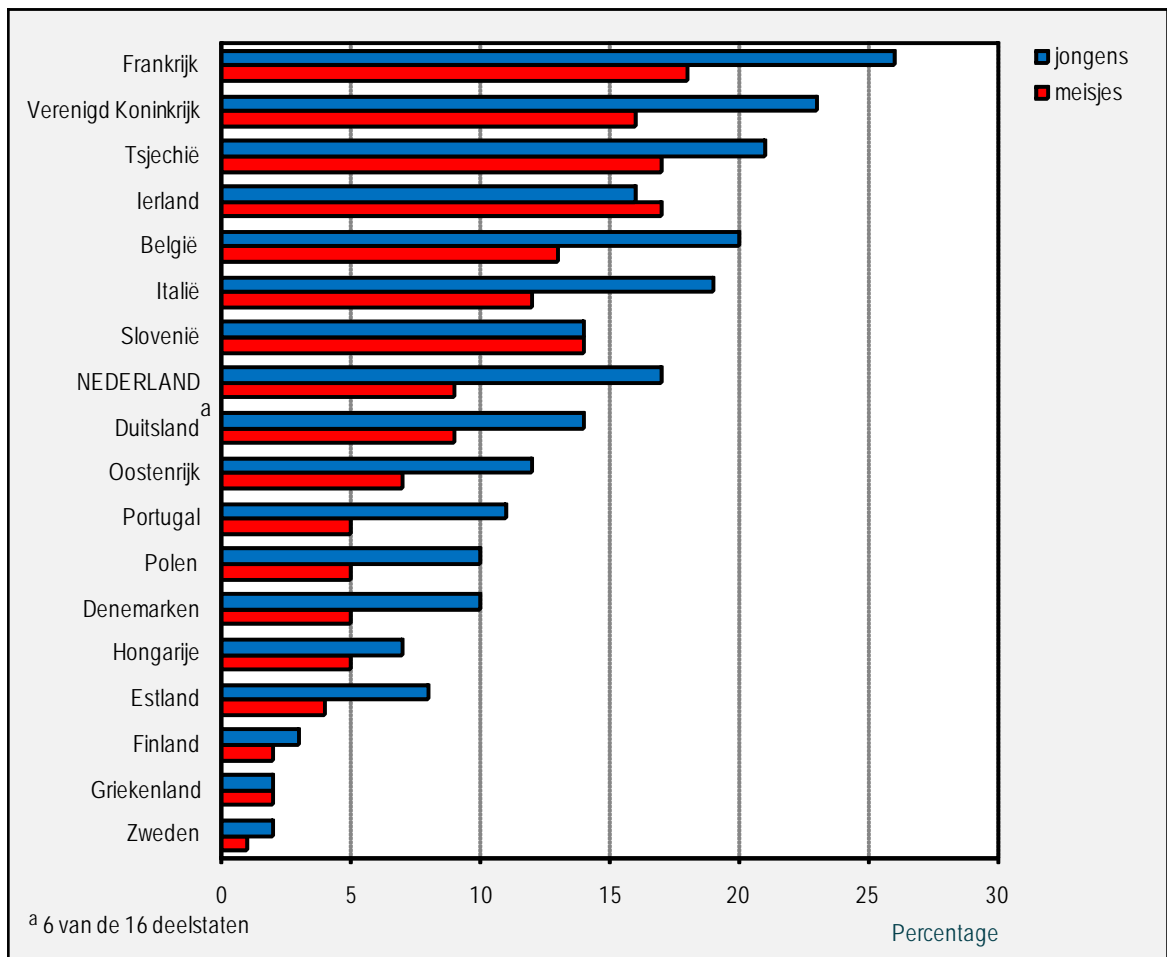
Er zijn cannabisgebruikers die hun eerste joint rookten toen zij dertien jaar waren of jonger. Het aandeel van deze groep onder de ooitgebruikers van cannabis verdubbelde in deze periode van 21 naar

40%. De leeftijd waarop leerlingen voor het eerst cannabis gebruiken daalde tussen 1988 en 1996; tussen 1996 en 2003 bleef de startleeftijd gelijk (Monshouwer et al., 2005).

### Zijn er internationale verschillen in cannabisgebruik?

#### *Nederlandse jongeren in de middenmoot van Europa*

Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar behoren wat betreft het percentage actuele gebruikers van cannabis tot de middenmoot van Europa (figuur 3.4.2). Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Tsjechië kennen het hoogste percentage actuele gebruikers. Dit percentage is het laagst in Finland, Griekenland en Zweden. Wat betreft ooitgebruik behoort Nederland ook tot de middenmoot. Deze cijfers zijn afkomstig van de ESPAD-studie (zie bijlage 2). De HBSC-studie uit 2001/2002 vergeleek ook het ooitgebruik en daarnaast ook het recent gebruik (gebruik in de afgelopen 12 maanden) voor scholieren van 15 jaar. Ook volgens die studie behoren Nederlandse scholieren tot de middenmoot in Europa (Currie et al., 2004).



Figuur 3.4.2: Percentage actuele (gebruik gedurende laatste maand) gebruikers van cannabis onder scholieren van 15 en 16 jaar in geselecteerde EU-landen in 2003 (Bron: Hibell et al., 2004).

### *Waargenomen beschikbaarheid cannabis verschilt nauwelijks tussen Nederland en Frankrijk*

Een vergelijkende studie onder scholieren van 14 tot en met 18 jaar laat zien dat Nederlandse en Franse scholieren weinig verschillen in de door henzelf waargenomen beschikbaarheid van cannabis, ondanks de verschillen in drugsbeleid. In beide landen neemt het percentage jongeren dat aangeeft (tamelijk) gemakkelijk aan cannabis te kunnen komen toe met de leeftijd. De waargenomen beschikbaarheid hangt samen met het gebruik van cannabis en problemen met cannabisgebruik. Het (probleem)gebruik neemt toe naarmate jongeren aangeven cannabis gemakkelijker te kunnen krijgen (Knibbe et al., 2005).

### **Zijn er lokale verschillen in cannabisgebruik?**

#### *Cannabisgebruik vooral in grote steden*

Consumptie van cannabis komt meer voor in steden dan op het platteland. In 2005 was het percentage ooit- en recente cannabisgebruikers ongeveer drie keer zo groot in sterk stedelijke dan niet-stedelijke gebieden. Cijfers specifiek voor jongeren ontbreken (Van Laar et al., 2008).

#### *Helft van de coffeeshops in de grote steden*

Eind 2005 telde Nederland 729 officieel gedoogde coffeeshops, waarvan ongeveer de helft (52%) in de grote steden met meer dan 200 duizend inwoners. In 2005 had 78% van de gemeenten géén coffeeshop. In gemeenten met officieel gedoogde coffeeshops wordt naar schatting 70% van de lokale cannabis direct in de coffeeshop gekocht en 30% via niet-gedoogde aanbieders. Hoe groter het aantal coffeeshops per 100 duizend inwoners, hoe groter het aandeel van de lokale coffeeshops in de lokale verkoop (Van Laar et al., 2008).

### **Wat zijn de schadelijke gevolgen van cannabisgebruik?**

#### *Geen sterfte als direct gevolg van cannabisgebruik*

De giftigheid van cannabis is gering. Het CBS noteerde de afgelopen twintig jaar geen enkel geval van sterfte dat het directe gevolg was van de inname van cannabis. Ook uit andere landen zijn geen sterfgevallen bekend die direct aan cannabis te wijten zijn. Voor de gezondheidseffecten van het roken van tabak in joints wordt verwezen naar paragraaf 3.3 over roken.

#### *Concentratie THC hangt samen met acute (gezondheids-)effecten*

De rol van de tot voor kort toenemende concentratie van THC in nederwiet bij het optreden van (gezondheids)problemen is niet duidelijk. Het RIVM verrichtte in 2005 onderzoek naar de acute effecten van sterke cannabis (joints met 33, 51 en 70 mg THC). De resultaten lieten een toename van de hartslag, daling van de bloeddruk en afname van cognitieve functies en motoriek zien. De effecten waren sterker naarmate de dosis THC hoger was. Gezonde jonge mensen kunnen deze effecten doorgaans zonder complicaties voor de gezondheid verdragen. Mensen met een hart- of vaatziekte lopen een risico (Van Laar et al., 2008).

#### *Cannabisgebruik vergroot waarschijnlijk risico op psychoses*

Cannabisgebruik wordt steeds vaker in verband gebracht met psychische problemen. Er is toenemend bewijs dat cannabisgebruik het risico van een latere psychotische stoornis vergroot. Daarbij is cannabisgebruik alléén waarschijnlijk niet voldoende. Andere factoren, zoals een genetische kwetsbaarheid en blootstelling aan cannabis tijdens de vroege adolescentie, spelen bij het risico op een psychose een cruciale rol. Het risico neemt toe met de frequentie van het cannabisgebruik. Personen met een voorgeschiedenis van psychotische symptomen lopen een groter risico op het krijgen van een

psychose na cannabisgebruik dan mensen zonder deze voorgeschiedenis. Onderzoek naar de relatie tussen cannabisgebruik en het ontstaan van andere psychische problemen, zoals depressie, geeft een minder consistent beeld (Van Laar et al., 2008).

#### *Langdurig gebruik vergroot risico op afhankelijkheid van cannabis (DSM III-R)*

In vergelijking met nicotine, heroïne en alcohol is cannabis een weinig verslavende stof. Het risico van afhankelijkheid neemt evenwel toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Jongeren zijn hierbij kwetsbaarder dan ouderen.

Recente cijfers over het aantal mensen dat afhankelijk is van cannabis ontbreken. Volgens onderzoek uit 1996 voldeed in dat jaar tussen 0,3 en 0,8% van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de officiële psychiatrische diagnose cannabisafhankelijkheid (American Psychiatric Association, 1994). Omgerekend naar de bevolking ging het om ongeveer 30 tot 80 duizend mensen. Het merendeel was niet ouder dan 22 jaar (Van Laar et al., 2008).

#### *Jonge cannabisgebruiker heeft groter risico om over te stappen naar harddruggebruik*

Uit recent onderzoek van de Universiteit van Amsterdam onder tweelingen blijkt dat jongeren die onder de 18 jaar beginnen met cannabisgebruik een grotere kans hebben om later ook harddrugs te gaan gebruiken. Die relatie hangt niet samen met een erfelijke invloed of familieomstandigheden. Mogelijk spelen sociale factoren een rol, waarbij vroeg beginnen met cannabisgebruik een uiting is van de neiging tot anti-conventioneel gedrag (Van Laar et al., 2008) In dat geval is het cannabisgebruik dus niet de oorzaak van het latere harddruggebruik.

### **Wat is er bekend over de risicofactoren voor cannabisgebruik?**

#### *Over risicofactoren en beschermende factoren nog weinig bekend*

Helaas geven de begrippen 'risicofactor' en 'beschermende factor' voorlopig nog weinig houvast bij het begrijpen van het ontstaan van problematisch cannabisgebruik. Dit zal in de toekomst veranderen als duidelijker wordt welke zaken er werkelijk toe doen. Daar zullen ongetwijfeld erfelijke kenmerken bij horen. Het zal niet zo zijn dat straks één factor afdoende iemands kans voorspelt om een probleemgebruiker van cannabis te worden. Maar met een uitgekende *combinatie* van factoren is misschien wel enige voorspelling mogelijk (Rigter, 2007).

#### *Cannabisgebruik hangt samen met ander probleemgedrag*

Scholieren die cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Dit verband is sterker naarmate de frequentie van gebruik toeneemt. Het is nog niet duidelijk of er sprake is van een causale relatie. Er zijn geen verschillen gevonden in psychische problemen, zoals teruggetrokken gedrag, angstklachten en depressie (Van Laar et al., 2008).

Blowers gebruiken ook vaker andere middelen dan niet-blowers (5 of meer glazen alcohol in de afgelopen maand; dagelijks roken; ooit-gebruik harddrugs). Uitgaande jongeren gebruiken vaak meer dan één middel. Vaak worden deze middelen ook tegelijk gebruikt. Favoriete combinaties zijn cannabis met alcohol en cannabis met ecstasy.

#### *Risicogroep van jonge veelgebruikers van sterke wiet*

Volgens een peiling onder bezoekers (jeugdigen én jongvolwassenen) van coffeeshops in 2001, gebruikt tweederde van de actuele blowers dagelijks cannabis. Per gelegenheid roken actuele blowers gemiddeld vier joints. Dagelijkse blowers roken gemiddeld vijf joints per gelegenheid. Onderzoek onder coffeeshopbezoekers laat ook zien dat er een bepaalde groep, vooral jonge, gebruikers is met een



duidelijke voorkeur voor ‘sterke wiet’. Zij gebruiken relatief vaak en veel en lopen een grote kans op afhankelijkheid. Onbekend is hoe groot deze groep is (Van Laar et al., 2008).

### **Zijn er subgroepen van jongeren die hoogerisicogroepen vormen?**

#### *Intensiteit van cannabisgebruik hangt samen met schoolniveau*

De twee belangrijkste bronnen geven voor het verband tussen schoolniveau en cannabisgebruik een iets ander beeld. Volgens de HBSC-studie was in 2005 het percentage cannabis-gebruikers in het laatste jaar en in de laatste maand onder VMBO-scholieren hoger dan het percentage onder VWO-scholieren (Van Dorsselaer et al., 2007). Volgens het Peilstationsonderzoek was het percentage ooit-gebruikers en actuele gebruikers onder scholieren van het VMBO-t, HAVO, VWO en VMBO-b in 2007 ongeveer gelijk (Monshouwer et al., 2008). Wel blijken blowende scholieren van het VWO minder frequent cannabis te gebruiken dan die van de andere schoolniveaus, vooral het VMBO-b. Ook was het percentage leerlingen dat per gelegenheid gemiddeld drie of meer joints rookt beduidend hoger op het VMBO dan het VWO (22% versus 5%) (Monshouwer et al., 2008).

#### *Etnische afkomst geen belangrijke risicofactor*

Het ooit-gebruik van cannabis ligt wat lager onder Marokkaanse scholieren vergeleken met scholieren van Nederlandse, Surinaamse en overig Westerse afkomst. Actueel gebruik van cannabis kwam eveneens het minst voor onder Marokkaanse jongeren maar verschillen met andere groepen waren niet significant (Monshouwer et al., 2008).

#### *Cijfers over verschillende risicogroepen lopen uiteen*

In bepaalde groepen jongeren en jonge volwassenen is het gebruik van cannabis eerder regel dan uitzondering. Tabel 3.4.1 vat de resultaten samen van uiteenlopende, doorgaans lokale of regionale, studies. Onder zwerfjongeren, zogenaamde school ‘drop-outs’ en jongeren in justitiële jeugdinstellingen zijn relatief veel actuele cannabisgebruikers (vier tot acht op de tien). Wat lagere percentages worden gevonden onder bezoekers van cafés (ruim één op de vijf). De cijfers zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek. Trendgegevens zijn alleen beschikbaar voor Amsterdam (Van Laar et al., 2008).

Tabel 3.4.1: Percentage actueel gebruik van cannabis in speciale groepen.

	Locatie	Peiljaar	Leeftijd (jaar)	Actueel gebruik
<i>Uitgaande jongeren en jongvolwassenen</i>				
Bezoekers danceparty's, buitenfestivals, centrum	Den Haag	2003	15 - 35	37
Cafébezoekers	Zaandam	2006	14 - 44	22
Cafébezoekers <sup>a</sup>	Amsterdam <sup>b</sup>	2000	Gemiddeld 25	24
		2005	Gemiddeld 27	22
Bezoekers van cafés en sportkantines	Noordwijk	2004	Gemiddeld 23	19
Bezoekers van discotheken	Nijmegen <sup>c</sup>	2006	Gemiddeld 21	12
Bezoekers van trendy clubs	Amsterdam	1998	Gemiddeld 26	52
		2003	Gemiddeld 28	39
Coffeeshopbezoekers	Amsterdam <sup>d</sup>	2001	Gemiddeld 25	88
	Nijmegen	2005-6	Gemiddeld 27	84
<i>Probleemgroepen</i>				
Jongeren op speciale scholen en spijbelprojecten	Amsterdam	2003	13 - 16	32
Gemarginaliseerde jongeren <sup>e</sup>	Den Haag	2000/2001	16 - 25	37
Gedetineerde jongeren <sup>f</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	59
School drop-outs <sup>f</sup>	Regionaal	2002/2003	14 - 17	55
Zwerfjongeren <sup>g</sup>	Flevoland	2004	13 - 22	87
Jongeren in de jeugdzorg <sup>h</sup>	Amsterdam	2006	Gemiddeld 17	45
Hangjongeren	Heerlen	2006	15 - 20	35

Percentage actuele gebruikers (laatste maand) per groep. De cijfers in deze tabel zijn niet vergelijkbaar vanwege verschillen in leeftijdsgroepen en methoden van onderzoek.

<sup>a</sup> Jongeren en jonge volwassenen uit mainstream-, studenten-, homo- en hippe cafés. Dus niet representatief voor alle cafébezoekers.

<sup>b</sup> Geringe respons (26%).

<sup>c</sup> Geringe respons (19%).

<sup>d</sup> Geringe respons (15%).

<sup>e</sup> Jongeren die ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Geworven op locaties voor zwerfjongeren, laagdrempelige dag – en nachtopvang en (overige) tijdelijke woonvoorzieningen.

<sup>f</sup> Onderzoek in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Gebruik onder gedetineerde jongeren: in de maand voorafgaand aan detentie. Drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties.

<sup>g</sup> Jongeren tot 23 jaar die drie maanden of langer geen vaste verblijfplaats hebben.

<sup>h</sup> Jongeren met opvoedproblemen, delinquente jongeren, dak- en thuisloze jongeren en jongeren in overige hulpverleningstrajecten (Bron: Van Laar et al., 2008).

#### *Cannabisgebruik in Amsterdamse uitgaanswereld nam af tussen 1998 en 2003*

Tussen 1998 en 2003 daalde het percentage actuele gebruikers van cannabis onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen in trendy clubs (en bij party's) in Amsterdam van 52 naar 39%. Het gemiddelde aantal joints dat actuele gebruikers per gelegenheid roken daalde ook, van twee naar anderhalf. Deze trend, die in Amsterdam ook waarneembaar was voor de meeste andere drugs, past in de fase van de 'nieuwe nuchterheid' en de waargenomen tendens tot voorzichtiger gebruik. Volgens sleutelfiguren in het Amsterdamse uitgaansleven zette de dalende interesse in drugsgebruik onder uitgaande jongeren en jonge volwassenen zich in 2006 voort. Voor cannabis lijkt deze trend in het kielzog te varen van de

steeds groter wordende groep mensen die vanwege gezondheidsredenen stopt met het roken van tabak (Nabben et al., 2007) Onder cafébezoekers bleef het gebruik van cannabis tussen 2000 en 2005 echter stabiel. Onbekend is hoe het cannabisgebruik onder uitgaande jongeren zich elders in het land ontwikkelt. Volgens observaties van sleutelfiguren is de dalende trend in het Amsterdamse uitgaansleven niet landelijk waarneembaar. Met name in het zuiden van het land zou zich een lichte stijging voordoen. Cijfers ontbreken echter. In veel clubs mag overigens niet geblowd worden, maar de regels verschillen (Van Laar et al., 2008).

### **Met welke interventies en beleidsmaatregelen kan schadelijk cannabisgebruik bij jongeren worden aangepakt?**

#### *Gezinsgerichte preventie in de algemene bevolking*

Er bestaan diverse gezinsgerichte programma's die (ook) van belang kunnen zijn voor cannabis. Ze zijn overwegend van Amerikaanse snit en het meeste onderzoek naar hun nut stamt uit het buitenland. We weten niet goed of deze benaderingen, al dan niet gewijzigd, met succes (afstel, uitstel of vermindering van cannabisgebruik onder jongeren) inpasbaar zijn in de Nederlandse praktijk. Gezinsgerichte preventie kan universeel zijn: gericht op hele bevolkingsgroepen. Men kan dergelijke interventies aan schoolprogramma's toevoegen of daaraan laten voorafgaan. Een Amerikaanse aanpak als 'Preparing for the Drug Free Years' heeft een gunstige invloed op middelengebruik onder jongeren.

#### *Gezinsgerichte interventies in hoog-risicogroepen zeer arbeidsintensief*

Gezinsgerichte preventie kan ook toegespitst zijn: bestemd voor jongeren die een verhoogd risico op het ontwikkelen van een cannabisstoornis lopen of daarvan al de eerste tekenen tonen. Een voorbeeld is preventie van druggebruik bij kinderen van verslaafde ouders. Hier bestaat de uiteindelijke doelgroep ook uit de kinderen, maar de interventie is vaak uitsluitend op de ouder(s) gericht, die een psychiatrisch en/of een drugprobleem hebben. Dergelijke programma's zijn nog niet voldoende getest om tot uitspraken te komen over effectiviteit. Specifieke cannabispreventieprogramma's zijn er vrijwel niet, in Nederland.

#### *Massamediale voorlichting alleen leidt niet tot gedragsverandering*

Massamediale voorlichtingscampagnes dragen bij aan bewustwording, kennisvermeerdering en attitudeverandering. Maar ze leiden nauwelijks tot aanpassing van gedrag. Als gedragsverandering toch wordt nagestreefd, valt te overwegen de campagne op te nemen in een bredere preventiebenadering. Een campagne kan in ieder geval wel helpen het onderwerp op de maatschappelijke agenda te plaatsen. Uit de opgedane ervaringen blijft onduidelijk of een massamediale actie zich moet richten op de algemene bevolking of op hoogrisicogroepen, op het voorkomen van cannabisgebruik of het voorkomen van schadelijk gebruik, en op alleen cannabis of op middelengebruik (alcohol, tabak, drugs) in ruimere zin (Rigter, 2007).

#### *Interventies via internet in opmars*

Internethulp voor problemen met cannabis vindt steeds meer ingang. Er zijn momenteel drie instellingen die dit aanbieden. De drempel om aan hulp voor cannabisproblemen via het internet mee te doen is laag. Het bereik van de reguliere verslavingszorg wordt ermee verhoogd. Over de effectiviteit ervan is echter nog niets bekend. Wel worden er behandelingen via internet aangeboden, maar die vallen buiten dit rapport over preventie.

### *Schoolprogramma's zijn gangbaar en doelmatig*

Van alle preventieve interventies bij genotmiddelen, dus ook cannabis, zijn schoolprogramma's het meest gangbaar en het vaakst bestudeerd. De betere schoolprogramma's zorgen voor uitstel van de eerste consumptie van genotmiddelen en, als dit gebruik toch aanbreekt, voor vermindering ervan. Het effect op cannabisgebruik is op individueel niveau echter niet al te groot. Maar hoewel zo'n programma gemiddeld per jongere dus weinig oplevert aan beperking van middelengebruik, bereikt het hen in grote aantallen tegen lage kosten. Daardoor is de optelsom van kleine beetjes zonder meer gunstig in termen van kosteneffectiviteit. Goede schoolprogramma's zijn met andere woorden doelmatig; ze kunnen in een serieus preventiebeleid niet worden gemist (Rigter, 2007).

### *Toekomst: pakket aan interventies door de hele schoolloopbaan*

De toekomst van schoolprogramma's lijkt te liggen in interventies die lopen van basisschool tot en met middelbare school, toegespitst op diverse vormen en opeenvolgende stadia van probleemgedrag, dus niet louter op het gebruik van drugs of andere middelen. Deze seriële aanpak verkeert nog in de ontwerpfase. Een schoolbenadering in deze bredere zin beperkt zich niet tot voorlichting en educatie. Leerlingen met problemen worden geïdentificeerd en zij krijgen passende begeleiding aangeboden. Er zijn daarnaast andere direct of indirect aan school gerelateerde interventies denkbaar, zoals spijbelprojecten of vormen van naschoolse opvang. Er is enig bewijs dat die activiteiten preventief nut kunnen hebben bij middelengebruik, maar dit is nog niet overtuigend (Rigter, 2007).

### *Effecten wijkgerichte preventie niet bekend*

Wijkgerichte preventie voor middelengebruik is gewoonlijk een schoolprogramma met iets extra's voor ouders en soms gezinnen, en met ondersteuning door de media. Over de effecten van wijkgerichte aanpak van cannabis is nog vrijwel niets bekend. Uit ervaringen met wijkgerichte interventies gericht op alcohol en tabak vallen misschien enkele lessen te trekken voor toekomstige initiatieven in Nederland (Rigter, 2007).

### *Ook jongeren onder 18 jaar kopen cannabis in coffeeshops*

In 2003 kocht twee op de drie actuele jongere gebruikers cannabis (ook) in coffeeshops. Jongens kochten vaker in coffeeshops dan meisjes. Een aanzienlijk deel van de blowende scholieren tot en met 17 jaar zegt daarmee cannabis te hebben gekocht van een coffeeshop. Dit is opmerkelijk omdat de leeftijdsgrens voor toegang tot een coffeeshop 18 jaar is. Onbekend is in hoeverre deze jongeren zelf de cannabis hebben aangekocht in een coffeeshop of dit door anderen hebben laten doen. Jongens van 18 jaar zijn voor de aanschaf van cannabis het meest gericht op coffeeshops. Acht op de tien actuele gebruikers onder jongens kochten hier hun cannabis. Net als bij alcohol zouden maatregelen zich kunnen richten op een strengere controle op de handhaving van deze leeftijdsgrens in coffeeshops.

### *Preventie gericht op bezoekers en personeel coffeeshops*

In opdracht van het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut het project 'Cannabispreventie' uitgevoerd. Er is een nieuwe landelijke folder ontwikkeld voor bezoekers van coffeeshops met gebruiksadviezen en een cursus voor coffeeshopmedewerkers. Het project is onderdeel van het Actieplan Ontmoediging Cannabis waarin de Minister van VWS heeft aangegeven dat de voorlichting in de coffeeshops zal worden verbeterd (Trimbos Preventie, 2008).

### *Coffeeshops in de buurt van scholen kunnen worden gesloten*

In het regeerakkoord van het huidige kabinet wordt aangekondigd dat coffeeshops bij scholen zullen worden gesloten. De Rotterdamse gemeenteraad heeft dit landelijke beleid inmiddels op lokaal niveau uitgewerkt. Per 1 januari 2009 worden 27 Rotterdamse coffeeshops gesloten omdat ze zich binnen een straal van 200 meter hemelsbreed en 250 meter loopafstand van de scholen bevinden. De ondernemers

krijgen geen vergoeding en mogen zich niet elders in de stad vestigen. Of dergelijke maatregelen ook effectief zijn, is op dit moment nog niet te zeggen.

*Weinig bewijs voor effectiviteit overige preventieve interventies*

Het gaat hier onder meer om pogingen jongeren of hun ouders voor de (cannabis)problematiek te interesseren en ze eventueel over de streep te trekken, zodat ze daarna specifieke preventieve of therapeutische interventies accepteren. Er is in Nederland een overvloed aan initiatieven op dit vlak: Homeparty, POWER, Theater2daagse, jongerengroepen, op allochtonen toegespitste interventies. Geen daarvan kan zich beroepen op overtuigend bewijs of op een afdoende wetenschappelijke fundering (Rigter, 2007).

**Samenvatting**

Cannabis (hasj en wiet) is niet zo onschuldig als tot voor kort gedacht. Veel gebruikers komen niet in de problemen, maar bepaalde groepen jongeren wel, zeker bij veelvuldige consumptie. In Nederland valt er nog wel wat te verbeteren aan de preventie van cannabisproblematiek onder jongeren. Er worden veel preventieve maatregelen en interventies aangeboden: massamediale voorlichtingscampagnes, schoolprogramma's, gezinsgerichte en wijkgerichte maatregelen. Cannabisproblemen zijn niet met één enkele benadering in één sector van jeugdhulpverlening op te lossen. Er zijn wel veelbelovende methoden voor preventie, maar of ze in de Nederlandse praktijk werken moet vaak nog worden aangetoond.

## 3.5 Riskant seksueel gedrag

*Mirjam Busch*

Jongeren experimenteren met seks en relaties, dat is van alle tijden. Maar in hoeverre is er bij de huidige jongeren sprake van gezonde seksualiteit? Hoe ervaren is de jeugd van tegenwoordig eigenlijk op dit gebied, wanneer ‘doen ze het’ voor het eerst, vrijen ze veilig, beschermen ze zich tegen zwangerschap en in hoeverre is er sprake van seksuele handelingen tegen hun zin? Zijn er risicogroepen te onderscheiden en wat zijn de belangrijkste risicofactoren? Wat wordt er gedaan om seksuele gezondheidsrisico’s en -problemen bij jongeren te voorkomen en in hoeverre is dit effectief?

### **Focus op seksuele gemeenschap zonder adequate bescherming**

In dit rapport wordt onder ‘riskant seksueel gedrag’ verstaan: seksuele gemeenschap zonder adequate bescherming. Hieronder wordt verstaan onveilig vrijen (zonder condoom) en/of vrijen zonder gebruik van een anticonceptiemiddel (pil, condoom, spiraal, pessarium of iets anders dat beschermd tegen zwangerschap). Jongeren die zonder condoom vrijen lopen het risico op een seksueel overdraagbare aandoening (soa) en op onbedoelde zwangerschap indien ook geen pil of ander anticonceptiemiddel wordt gebruikt. Riskant seksueel gedrag is onderdeel van het bredere concept ‘seksuele gezondheid’, dat naast de fysieke gezondheid ook gaat over gedrag op het gebied van seksualiteit en relaties. Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie heeft seksuele gezondheid minstens drie elementen, namelijk:

1. de mogelijkheid om te genieten van en controle te hebben over seksueel en reproductief gedrag, in overeenstemming met een sociale en persoonlijke ethiek;
2. vrijwaring van angst, schaamte, schuld, onjuiste opvattingen en andere psychologische factoren die seksuele activiteit verhinderen en de seksuele relatie schaden;
3. vrijwaring van organische kwalen, ziekten en tekortkomingen die seksuele en reproductieve functies verstoren.

Met jongeren worden hier voornamelijk tieners bedoeld.

Zie bijlage 2 voor meer details over de gebruikte bronnen.

### **‘Hoeveel jongeren vertonen riskant seksueel gedrag?’**

*Een vijfde deel van de seksueel actieve jongeren was onvoldoende beschermd tijdens laatste keer seks*  
Uit onderzoek (zelfrapportage) onder middelbare scholieren blijkt dat 15% van de leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 16 jaar) ooit seksuele gemeenschap heeft gehad (Dorselaer van et al., 2007, zie bijlage 2). Dit percentage stijgt met de leeftijd: van enkele procenten op 12-jarige leeftijd tot ruim één derde op 16-jarige leeftijd (tabel 3.5.1). Het overgrote deel van de jongeren die seksuele gemeenschap hebben gehad heeft hierbij de laatste keer één of meerdere vormen van anticonceptie gebruikt. Het condoom wordt het meest gebruikt, maar met de leeftijd neemt het gebruik van de pil toe, ten koste van het condoom. Een aanzienlijk deel van de jongeren (vooral de allerjongsten) heeft zich echter tijdens de laatste keer onvoldoende beschermd tegen soa en zwangerschap. Zo heeft ongeveer 20% van de jongeren tijdens de laatste keer seks geen condoom gebruikt, 11% van de jongeren heeft

terugtrekken toegepast als methode om zwangerschap te voorkomen en 12% van de jongeren heeft geen enkele voorzorgsmaatregel ter voorkoming van zwangerschap of soa toegepast (niet in de tabel).

Tabel 3.5.1: Percentage jongeren met seksueel gedrag naar sekse en leeftijd<sup>a</sup> in 2005 (Bron: Van Dorsselaer van et al., 2007).

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

<sup>a</sup> N = 5.244 voortgezet onderwijs

<sup>b</sup> verschil tussen jongens en meisjes is significant

<sup>c</sup> weergegeven als percentage van degenen die seksuele gemeenschap hebben gehad

<sup>d</sup> aantallen te gering

j = jongens, m = meisjes, tot = totaal

N.B. door de geringe aantallen respondenten in sommige groepen zijn ook relatief grote verschillen tussen jongens en meisjes niet significant.

*Bij veel jongeren is geen sprake van consequent anticonceptiegebruik*

De hier boven gepresenteerde cijfers gaan over het gebruik van anticonceptie tijdens de laatste keer. Het meten van het gebruik van anticonceptie op één moment zegt echter niet zo veel over het beschermingsgedrag van jongeren en over de risico's die ze lopen. Het gebruik van anticonceptie op één moment gemeten, blijkt een slechte voorspeller van de kans op ongewenste zwangerschap (Manlove et al., 2003). Bij veel jongeren is geen sprake van consequent gebruik van anticonceptie. Het onderzoek Seks onder je 25<sup>e</sup> onder 12 tot 25-jarigen toont dat de pil niet consequent wordt geslikt: 69% van de meisjes geeft aan de pil wel eens te vergeten, 10% vergeet de pil regelmatig en 4% zelfs vaak tot zeer vaak. Jongeren die het vreselijk zouden vinden zwanger te raken of iemand zwanger te maken gebruiken vaker consequent de pil (De Graaf et al., 2005). Het condoom wordt evenmin routinematig toegepast: iets minder dan de helft van de jongeren zegt altijd een condoom te gebruiken bij vaginale seks met een losse partner. Bij anale seks gebruikt 28% van de heterojongens en 37% van de homojongens altijd een condoom. Veel jongeren stoppen met condoomgebruik bij een 'vaste' relatie. De helft stopt als een relatie drie maanden of langer duurt en de rest dus eerder (De Graaf et al., 2005).

*Vooraf onder meisjes is niet altijd sprake van vrijwillige seksuele gemeenschap*

Bijna 18% van de meisjes en ruim 4% van de jongens tussen de 12 en 25 jaar geeft aan wel eens te zijn gedwongen tot seksuele handelingen (De Graaf et al., 2005). Gedwongen geslachtsgemeenschap vindt nauwelijks plaats: minder dan 1% van de jongens en meisjes werd door de laatste partner (meestal) gedwongen tot seks. Overhalen komt vaker voor: van de meisjes werd 12% en van de jongens 4% bij de eerste keer geslachtsgemeenschap overgehaald door de partner. Als de eerste geslachtsgemeenschap met 13 jaar of eerder plaatsvindt, is de kans dat iemand hiertoe wordt overgehaald voor zowel jongens als meisjes groter (De Graaf et al., 2005). 6% van de jongens en 1% van de meisjes heeft naar eigen

zeggen wel eens geld of een andere beloning gegeven voor seks en 2% van de jongens en 1% van de meisjes heeft wel eens iets gekregen voor seks (De Graaf et al., 2005).

### Hoe zien trends in seksueel gedrag eruit?

#### *Beschermingsgedrag jongeren is toegenomen*

Uit een vergelijking van gegevens uit de HBSC-studie 2005 en een vergelijkbare eerdere studie uit 2001 blijkt dat het percentage jongeren van 12 tot en met 16 jaar dat ooit seksuele gemeenschap heeft gehad gelijk is gebleven (tabel 3.5.2). Het condoomgebruik tijdens de laatste keer seks is significant toegenomen sinds de vorige meting in 2001. Pilgebruik, terugtrekken en niets gebruiken zijn in vier jaar gelijk gebleven (Van Dorsselaer et al., 2007).

Tabel 3.5.2: Trends in percentage jongeren met seksueel gedrag 2001-2005 (voortgezet onderwijs) (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

	2001	2005
Ooit seksuele gemeenschap gehad	16,4	15,1
<i>Anticonceptie laatste keer<sup>a</sup></i>		
Niets	15,6	11,9
Pil	46,9	49,2
Condoom	71,6	81,6 <sup>b</sup>
Terugtrekken	13,2	11,0

<sup>a</sup> Anticonceptiegebruik is weergegeven als percentage van degenen die seks hebben gehad.

<sup>b</sup> Verschil tussen 2001 en 2005 is significant.

Deze gegevens komen overeen met de bevindingen uit Seks onder je 25<sup>e</sup> (De Graaf et al., 2005). Uit dit onderzoek kwam ook naar voren dat het gebruik van pil én condoom (double dutch) onder jongeren van 12 tot 25 jaar is gestegen. In 1995 paste één op de vier jongeren bij de eerste keer seksuele gemeenschap deze vorm van anticonceptie toe. In 2005 was dit gestegen naar meer dan één op de drie jongeren (De Graaf et al., 2005). Overigens komt uit dit onderzoek naar voren dat over een periode van tien jaar onder jongeren van 12 tot en met 18 jaar wel sprake is van vroegere seksuele gemeenschap. In 2005 had één op de drie jongeren in deze leeftijdsgroep ooit seksuele gemeenschap gehad. Tien jaar eerder gold dat nog voor één op de vier jongeren. De gemiddelde leeftijd waarop de helft van hen ervaring heeft met seksuele gemeenschap is niet gewijzigd: 17,3 jaar in 2005 versus 17,7 jaar in 1995 (De Graaf et al., 2005).

### Zijn er internationale verschillen in riskant seksueel gedrag?

#### *Nederlandse jongeren niet vroeger seksueel actief*

Nederlandse jongeren zijn niet vroeger of later seksueel actief dan hun Europese leeftijdsgenoten. Het percentage 15-jarigen dat al seksuele gemeenschap heeft gehad is in Nederland met 22% van de meisjes en 24% van de jongens gemiddeld (tabel 3.5.3). Het percentage is het hoogst in Engeland. Daar heeft 36% van de jongens en 40% van de meisjes op 15-jarige leeftijd al geslachtsgemeenschap gehad (Currie et al., 2004, zie bijlage 2).



*Gebruik anticonceptie in Nederland hoog, maar condoomgebruik gemiddeld*

Het percentage 15-jarigen dat minimaal één soort anticonceptie (pil, condoom, zaaddodende middelen of een andere methode, maar niet terugtrekken) gebruikte tijdens de laatste keer seksuele gemeenschap, is het hoogst in Nederland (tabel 3.5.3). Het condoomgebruik onder Nederlandse jongeren scoort gemiddeld. In Griekenland en Spanje is het condoomgebruik het hoogst. De relatief hoge scores onder de West-Europese landen Oostenrijk en Frankrijk laten zien dat op dit punt voor Nederland nog vooruitgang te boeken is (Currie et al., 2004).

Tabel 3.5.3: Percentage 15-jarigen dat ooit seksuele gemeenschap heeft gehad en percentage dat bij de laatste keer anticonceptie heeft gebruikt, in een selectie van EU-landen, de Verenigde Staten en Canada (Currie et al, 2004).

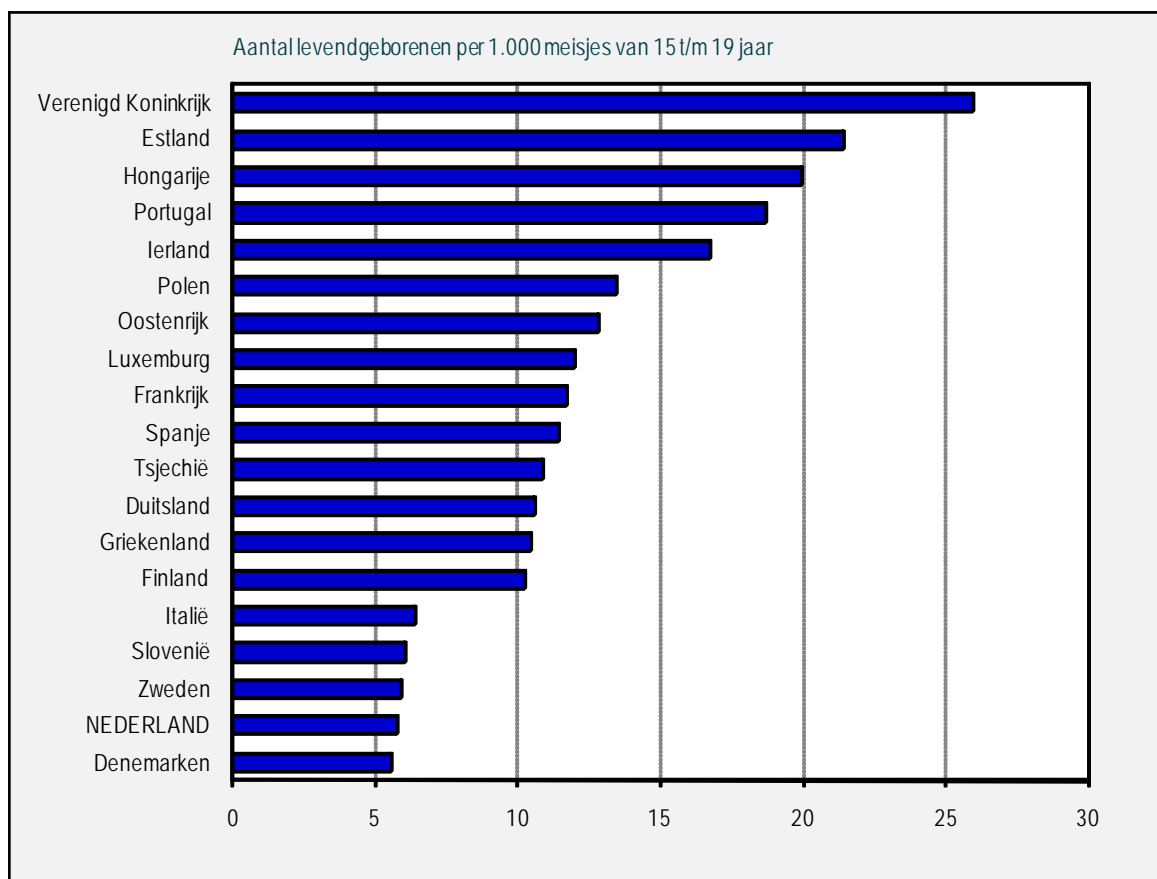
	Ooit seksuele gemeenschap gehad		Condoomgebruik		Minimaal één soort anticonceptie	
	jongens	meisjes	jongens	meisjes	jongens	meisjes
België (Vlaanderen)	26,3	23,7	81,3	59,7	90,5	89,6
Canada	24,7	24,0	71,7	79,8	85,5	86,8
Denemarken <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Duitsland	22,5	33,5	75,6	64,4	87,8	94,9
Engeland	35,7	40,4	69,6	70,8	80,4	87,5
Estland	20,1	15,8	75,9	70,5	79,3	77,3
Finland	23,0	33,1	72,6	58,6	88,2	86,0
Frankrijk	26,1	18,3	87,0	77,0	92,1	92,5
Griekenland	33,6	9,6	91,2	82,5	91,2	82,5
Hongarije	25,5	16,4	84,5	71,8	84,5	72,5
Ierland <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Italië	27,2	20,5	-	-	-	-
Nederland	24,2	21,6	83,3	72,4	92,4	97,0
Oostenrijk	22,1	19,1	84,8	78,9	90,2	93,0
Polen	20,9	9,2	73,4	72,5	73,4	72,5
Portugal	30,2	20,3	68,5	77,8	74,8	82,7
Slovenië	30,8	21,6	80,4	67,6	89,2	83,3
Spanje	18,0	14,8	89,1	89,1	89,8	90,6
Tsjechië	19,4	17,2	-	-	-	-
Verenigde Staten <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Zweden	25,3	30,9	72,9	57,6	92,2	90,5

<sup>a</sup> Denemarken, de Verenigde Staten en Ierland hebben geen enkele vraag over seksuele gezondheid in de HBSC-studie opgenomen, omdat dit waarschijnlijk een negatieve invloed had op de deelname van scholen.

*Relatief weinig tienermoeders in Nederland*

In Nederland zijn relatief weinig tienermoeders. In 2005 bedroeg het aantal tienergeboorten in Nederland 6 per 1.000 meisjes van 15 tot en met 19 jaar (figuur 3.5.1). Ook Zweden en Denemarken hebben weinig tienergeboorten, maar daar is sprake van een hoog (en toenemend) aandeel tienerzwangerschappen dat via abortus wordt afgebroken (niet in tabel). In Zweden eindigt meer dan 80% van de tienerzwangerschappen in een abortus. Nederland zit met ongeveer 60% tienerzwangerschappen dat voortijdig wordt afgebroken op het gemiddelde van de West-Europese landen (WHO-HFA, 2007). Het land met het hoogste aantal tienergeboorten is het Verenigd

Koninkrijk. In dit land worden 26 van de 1.000 meisjes van 15 tot en met 19 jaar moeder, ruim vier maal zoveel als in Nederland (Eurostat, 2008). De landen met de hoogste aantal tienergeboorten behoren ook tot de landen met het laagste anticonceptiegebruik (zie tabel 3.5.3).



Figuur 3.5.1: Aantal levendgeborenen per 1.000 meisjes van 15 tot en met 19 jaar in geselecteerde EU-landen in 2005 (Bron: Eurostat, 2008).

#### *Tolerant Nederlands beleid bevordert seksuele gezondheid*

In de literatuur wordt de tolerante houding in ons land ten opzichte van seks bij jongeren beschouwd als belangrijke reden voor de relatief lage aantallen tienerzwangerschappen (Lottes, 2002). Overheid en samenleving accepteren seksualiteit bij tieners en beschouwen het als hun plicht te zorgen voor zo goed mogelijke informatievoorziening en laagdrempelige voorzieningen op het gebied van seksualiteit voor jongeren. Het doel is niet tieners er van te weerhouden seks te hebben, maar ze zodanig te informeren en op te voeden dat zij overwogen keuzes kunnen maken en hun eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen bij seksuele relaties. Hoewel dit beeld klopt voor de Nederlandse samenleving als geheel, is hier een nuancering op zijn plaats. Er zijn in ons land ook culturen en tradities aanwezig die een minder tolerante houding hebben ten opzichte van de seksuele ontwikkeling van jongeren (Van Berlo et al., 2005).

## Wat zijn de schadelijke gevolgen van riskant seksueel gedrag?

### *Toename seksueel overdraagbare aandoeningen onder jongeren*

Jongeren die zonder condoom seks hebben lopen risico op een seksueel overdraagbare aandoening (soa). Het risico neemt toe met wisselende partners. De meeste soa's leiden op de korte termijn nauwelijks of niet tot klachten. Vooral meisjes merken dan ook vaak niet dat ze een soa hebben. Sommige soa's kunnen ernstige gevolgen hebben als ze niet worden behandeld. Zo kan chlamydia leiden tot onvruchtbaarheid en buitenbaarmoederlijke zwangerschappen en kan een onbehandelde syfilisinfectie schade toebrengen aan organen.

Er is sprake van een toename van soa's<sup>4</sup> onder Nederlandse jongeren (De Boer & Van de Laar, 2006). Deze toename valt deels te verklaren door de grotere testbereidheid onder jongeren waardoor het aantal gediagnosticeerde soa's toeneemt. Maar ook het toegenomen aantal seksueel actieve jongeren en het aantal wisselende sekspartners van de seksueel actieve jongeren is hier debet aan (Vogels et al., 2002). Chlamydia is de meest voorkomende soa onder Nederlandse jongeren. Bevolkingsonderzoek heeft aangetoond dat van de 15 tot 19-jarigen 2,6% van de meisjes en 1% van de jongens chlamydia heeft (Van Bergen et al., 2005). Uit dit onderzoek komt naar voren dat de prevalentie, naast seksueel gedrag, samenhangt met (sterke) verstedelijking, (jonge) leeftijdsgroep, (lage) opleiding en (niet-Nederlandse) afkomst.

### *Aantal tienerzwangerschappen daalt, abortusratio neemt toe*

Jongeren die vrijen zonder anticonceptiemiddel te gebruiken lopen het risico op een onbedoelde zwangerschap. Het aantal tienerzwangerschappen daalt sinds 2002 (CBS, 2006). In 2006 waren er 11,2 zwangerschappen per 1.000 meisjes van 15 tot en met 19 jaar<sup>5</sup> (RNG, 2007). Hoewel tieners makkelijker bevallen, hebben ze slechtere zwangerschapsuitkomsten. Dit geldt ook voor oudere tieners en na correctie voor etniciteit (Vogels et al., 2002). Zwangere tieners blijken overigens steeds vaker anticonceptie te gebruiken. Blijkbaar lukt het hen niet deze goed toe te passen met een onbedoelde zwangerschap als gevolg (RNG, 2007). Ook uit een studie naar achtergronden van tienerzwangerschap blijkt dat inadequaat anticonceptiegebruik vaak de oorzaak is (Van Berlo et al., 2005).

Onder Antilliaanse en Surinaamse meisjes komen de meeste tienerzwangerschappen voor. Ongeveer 63 op de 1000 Antilliaanse en 47 op de 1000 Surinaamse meisjes waren in 2006 zwanger. De cijfers voor Nederlandse, Turkse en Marokkaanse tieners bedroegen respectievelijk 7, 10 en 14 per 1000.

Antilliaanse en Surinaamse meisjes lopen ook het hoogste risico op zwangerschap op jonge leeftijd (Vogels et al., 2002). Hoewel niet iedere tienerzwangerschap onbedoeld is en niet iedere onbedoelde zwangerschap uiteindelijk ongewenst is, kiest een aanzienlijk deel van de zwangere tieners ervoor de zwangerschap af te breken. In 2006 zijn er (geschat) 3.707 abortussen uitgevoerd bij 15- tot en met 19-jarigen (RNG, 2007). De abortusratio stijgt, wat betekent dat van de zwanger geraakte tieners er steeds meer kiezen voor een abortus. In 2006 bedroeg de abortusratio 65,9 op de 100 zwangere meisjes. Enkele jaren geleden ging het nog om 60%. Marokkaanse en Surinaamse zwangere meisjes kiezen het vaakst voor een abortus, respectievelijk 79 en 75% tegen 60% van de autochtone Nederlandse zwangere tieners.

<sup>4</sup> Het betreft hier het aantal geregistreerde cases. Stijging van geregistreerde soa's wil niet direct zeggen dat ook de prevalentie is gestegen, maar het is wel aannemelijk. Waarschijnlijk is er sprake van een onderschatting bij jongens, want die laten zich minder testen dan meisjes: 14% van de 12 tot 25-jarige meisjes en 9% van de jongens in die leeftijd heeft zich (in het afgelopen jaar) op soa laten testen. Dit zijn wel vaker de jongeren met wisselende sekspartners en de jongeren die meer (vier of meer) sekspartners hebben gehad (De Graaf et al., 2005).

<sup>5</sup> Van alle 12 tot 25-jarige meisjes heeft 3,5% het afgelopen jaar de morning-after pil geslikt (De Graaf et al., 2005). Deze 'noodpil' wordt gebruikt als een jongere denkt bij het vrijen het risico op zwangerschap te hebben gelopen.

## **Wat is er bekend over risicofactoren van riskant seksueel gedrag?**

### *Theorievorming over veilig vrijgedrag en effectief anticonceptiegedrag*

Er bestaat inmiddels aanzienlijke theorievorming over veilig vrijgedrag en (in mindere mate over) effectief anticonceptiegedrag. Verklaringen worden voornamelijk ontleend aan sociaal-cognitieve theorieën van gedrag<sup>6</sup>, waarbij er vanuit wordt gegaan dat gedrag wordt gestuurd door cognities (De Wit et al., 2005). Toegepast voor veilig vrijen betekent dit: de kans op gebruik van een condoom neemt toe wanneer een persoon een sterke intentie heeft en over de benodigde vaardigheden beschikt om een condoom te gebruiken en er geen omgevingsinvloeden zijn die het condoomgebruik belemmeren. Intentie is afhankelijk van factoren als kennis, attitude, zelf-effectiviteit (de mate waarin een persoon zichzelf in staat acht een condoom te gebruiken) en subjectieve norm (beeld dat een persoon heeft van wat belangrijke anderen in de omgeving vinden van condoomgebruik en doen). Demografische kenmerken, persoonlijkheid en algemene attitudes spelen vooral een indirecte rol in de beïnvloeding van het gedrag, via overtuigingen die bepalend zijn voor attitudes, normen en geloof in eigen kunnen.

### *Veilig vrijgedrag jongeren wordt beïnvloed door ontwikkelingen tijdens adolescentie*

Doordat de gedragsmodellen zich in het algemeen beperken tot beredeneerd gedrag, zijn ze minder toepasbaar voor het voorspellen van veilig vrijgedrag bij jongeren (De Wit et al., 2005). Jongeren hebben over het algemeen nog weinig seksuele ervaring waardoor hun seksueel gedrag minder beredeneerd is dan dat van volwassenen. Er moet meer rekening worden gehouden met de (seksuele) ontwikkeling van jongeren (De Wit et al., 2005). Bij jongeren spelen daarnaast ook zogenaamde 'developmental transitions' een belangrijke rol. Veranderingen op het biologische, cognitieve en emotionele vlak en in interpersoonlijke vaardigheden die plaatsvinden tijdens de adolescentie, hebben invloed op het seksuele gedrag van jongeren (Pedlow & Carey, 2004). Zo blijken bijvoorbeeld meisjes die vroeg menstrueren eerder seks te hebben en lopen jonge meisjes functioneel gezien meer kans op een soa dan oudere meiden en vrouwen. Een ander voorbeeld betreft het cognitieve vermogen. Een ontwikkeld vermogen tot abstract redeneren, stelt in staat hypothetische situaties en toekomstige consequenties van gedrag te beschouwen. Jongeren die dit nog minder goed ontwikkeld hebben zullen minder vaak condooms gebruiken en minder vaak de gevolgen van hun riskante gedrag beschouwen.

### *Risicogedrag jongeren sterk afhankelijk van omgevingsfactoren*

Moore et al., (1996) stellen dat de cognitieve modellen niet stroken met het risicogedrag van jongeren. Volgens hen is risicovol gezondheidsgedrag van adolescenten veel sterker van omgevingsfactoren afhankelijk dan bij volwassenen het geval is. Dit zou komen door factoren als: gebrek aan cognitieve rijpheid, gebrek aan ervaring (vooral in het omgaan met lastige situaties), een vertekende risicoperceptie in combinatie met vroeg biologische rijpheid en een ontwikkelingsbepaalde behoefte aan binding aan leeftijdsgenoten en intieme relaties (Moore et al., 1996).

### *Actuele seksuele context beïnvloedt condoomgebruik jongeren*

Koning (2004) vond op basis van uitgebreide literatuurstudie dat intenties, attitudes en subjectieve normen maar weinig samenhangen met condoom gebruik door jongeren. Dat komt door de sterke invloed van de actuele seksuele context, zoals de aard en de duur van de relatie en kenmerken van de partner. Zo is er een verschil tussen condoomgebruik bij seksuele contacten met een vaste partner en seksuele contacten met losse partners (De Graaf et al., 2005). Meisjes met een vaste partner zullen vaker een condoom gebruiken naarmate dit meer overeenstemt met de sociale normen van de partner en naarmate ze meer relationele macht hebben (Koning, 2004; Tschann et al., 2002). Naarmate de relatie langer duurt (De Graaf et al., 2005) en naarmate de behoefte aan intimiteit een belangrijker motief voor

<sup>6</sup> Zoals het Health Belief Model, de Social-Cognitive Theory, de Theory of Reasoned Action, de Theory of Planned Action en het Information Motivation Behavioral Skills model.

de relatie is (Gebhardt et al., 2003) wordt de kans op condoomgebruik kleiner. Bij losse seksuele contacten wordt vaker een condoom gebruikt bij hogere eigen-effectiviteit ten aanzien van condoomgebruik (Van der Pligt & Richard, 1994) en bij grotere relationele macht (Tschann et al., 2002). Uit Seks onder je 25e kwam naar voren dat de mate waarin jongeren altijd condooms gebruiken samenhangt met leeftijd, opleiding, afkomst, geloof en condoomgebruik bij de eerste keer seks, positieve eigen normen en normen van vrienden, positieve attitude ten aanzien van condooms, positieve attitude ouders t.a.v. beschermingsgedrag, grotere eigen effectiviteit en grotere risicoperceptie (De Graaf et al., 2005). De kans op consequent condoomgebruik neemt af naarmate jongeren vaker seks hebben en naarmate jongeren meer permissieve opvattingen over seks hebben (De Graaf et al., 2005).

*Pilgebruik hangt vooral samen met demografische factoren*

Uit Seks onder je 25<sup>e</sup> (De Graaf et al. 2005) kwam naar voren dat pilgebruik bij de laatste partner sterk samenhangt met:

- pilgebruik bij de eerste keer (meiden die bij de eerste keer seks de pil hebben gebruikt veel vaker ook bij de laatste partner de pil te gebruiken),
- afkomst (Nederlandse meisjes gebruiken het vaakst consequent anticonceptiemiddelen, allochtone meisjes minder waarvan Surinaamse meisjes het minst)
- geloof (christelijke en islamitische meisjes gebruiken het minst vaak anticonceptiemiddelen)
- opleiding (hoog opgeleide meisjes gebruiken vaker de pil dan laag opgeleide meisjes)
- gezinsklimaat (een warm gezinsklimaat bevordert het gebruik van anticonceptiemiddelen)
- negatieve seksuele ervaringen (meisjes die negatieve seksuele ervaringen hebben opgedaan gebruiken minder vaak de pil).

Uit Seks onder je 25<sup>e</sup> komt naar voren dat geanticipeerde spijt, permissieve opvattingen over seks en negatieve cognities en attitudes ten aanzien van de pil samenhangen met consequenter anticonceptiegebruik (De Graaf, et al. 2005). Evenals bij condoomgebruik wordt het gebruikspatroon van de pil ook beïnvloed door de actuele seksuele context. Meisjes met een relatie met een oudere vriend zijn minder geneigd anticonceptie te gebruiken: hoe groter het leeftijdsverschil, des te kleiner de kans op gebruik (Glei, 1999). Hoe langer een relatie duurt hoe groter de kans op incidenteel gebruik, maar hoe kleiner de kans op consistent gebruik (Manlove et al., 2003).

*Seksuele interactiecompetentie speelt belangrijke rol bij seksuele gezondheid jongeren*

Seksuele interactiecompetentie speelt een belangrijke rol bij seksuele gezondheid. Volgens Vanwesenbeeck et al. (1999) vormt interactionele competentie zelfs de sleutel tot het realiseren van seksuele gezondheid. De nadruk zou dan ook minder op cognities en rationale processen gelegd moeten worden maar meer op vaardigheden. Seksuele interactiecompetentie omvat vaardigheden als het vermogen om met de partner over seksuele onderwerpen te kunnen praten en grenzen kunnen stellen en respecteren. Uit Seks onder je 25<sup>e</sup> komt naar voren dat seksuele interactiecompetentie samenhangt met leeftijd (naarmate jongeren ouder worden neemt de seksuele interactiecompetentie toe) en afkomst (meisjes en jongens van Turkse en jongens van Marokkaanse afkomst hebben een minder grote interactiecompetentie). Verder blijkt dat hoger opgeleide meisjes een geringere interactiecompetentie hebben dan hoger opgeleide jongens (bij laag opgeleiden blijkt er geen sekseverschil), dat een warm gezinsklimaat en een grotere sociale integratie samenhangen met een grotere interactiecompetentie, terwijl negatieve eerste seksuele ervaringen samenhangen met een lagere interactiecompetentie (De Graaf et al., 2005).

## Zijn er subgroepen van jongeren die hoogrisicogroepen vormen?

### *Laagopgeleide jongeren hebben vaker, jonger en met meer verschillende partners seks gehad*

Laagopgeleide jongeren hebben in vergelijking met hoger opgeleide jongeren vaker en jonger seksuele gemeenschap gehad (Van Dorsselaer et al., 2007). Ook hebben zij een groter kennistekort over veilig vrijen, hebben zij vaker vier of meer verschillende sekspartners gehad en hebben ze meer onbedoelde zwangerschappen en meer abortussen (De Graaf et al., 2005). Uit de HBSC-studie blijkt dat de ervaring met seksuele gemeenschap afneemt naarmate het schoolniveau toeneemt (tabel 3.5.4). Ook de leeftijd waarop jongeren voor het eerst seksuele gemeenschap hebben neemt af naarmate het schooltype toeneemt. Zo heeft op 13-jarige leeftijd 11,4% van de leerlingen op de VMBO-b al ooit seks gehad, tegen 1,5% van de VWO-leerlingen (Van Dorsselaer et al., 2007). Op 16-jarige leeftijd is het verschil in ervaring naar schoolniveau nog steeds duidelijk aanwezig. Het gebruik van pil en condoom verschilt nauwelijks tussen de schoolniveaus. In het toepassen van terugtrekken als methode om zwangerschap te voorkomen zijn wel grote verschillen, maar deze zijn door de geringe aantallen niet significant.

### *Allochtone meisjes lopen meer kans op onbedoelde zwangerschap*

Uit de HBSC-studie blijkt dat het percentage autochtone en allochtone scholieren dat zegt ooit seks te hebben gehad nauwelijks verschilt. Ook de leeftijd waarop ze daar mee begonnen verschilt niet (tabel 3.5.4). Hoewel ook de meeste allochtone jongeren anticonceptie gebruiken, wordt er significant minder gebruikgemaakt van de pil, een effectief middel tegen onbedoelde zwangerschap. Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar sekse en etnische afkomst blijken er grote verschillen in ervaring en beschermingsgedrag. Over het algemeen hebben allochtone jongens vaker en allochtone meisjes minder vaak ooit seksuele gemeenschap gehad in vergelijking met hun autochtone seksegenootjes (van Dorsselaer et al., 2007). Er zijn echter grote verschillen in ervaring binnen de groep allochtonen. Het zijn vooral Antilliaanse en Surinaamse jongens en meisjes en Marokkaanse jongens die relatief veel ervaring met seksuele gemeenschap hebben (zie de volgende paragraaf).

Tabel 3.5.4: Percentage jongeren met seksueel gedrag naar etniciteit en schoolniveau in 2005 (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

	Voortgezet onderwijs (12-16 jaar)		Schoolniveau			
	Autochtoon	Allochtoon	VMBO-b	VMBO-t	HAVO	VWO
Ooit seks gehad	14,2	16,3	24,5	14,5	12,0	5,8
<i>Anticonceptie laatste keer<sup>b</sup></i>						
Pil	56,1	25,9 <sup>c</sup>	49,2	49,2	49,4	50,2
Condoom	78,8	89,5 <sup>c</sup>	84,3	83,9	73,2	78,4
Terugtrekken	10,1	12,7	14,0	10,1	8,0	3,5

<sup>a</sup> N = 5.244 voortgezet onderwijs.

<sup>b</sup> Weergegeven als percentage van degenen die seks hebben gehad.

<sup>c</sup> Verschil tussen jongens en meisjes is significant.

N.B. door de geringe aantallen respondenten in sommige groepen zijn ook relatief grote verschillen tussen jongens en meisjes niet significant.

### *Meer riskant seksueel gedrag onder Antilliaanse en Surinaamse jongeren en Marokkaanse jongens*

Uit de studie onder 12 tot 25 jarigen komt naar voren dat verschillende groepen allochtone jongeren extra aandacht verdienen vooral vanwege hun ruimere ervaring (De Graaf et al., 2005). Antilliaanse jongens hebben relatief vaak onbeschermd seks en tijdens een vaste relatie ook seks met een ander.

Antilliaanse meisjes hebben relatief vaak al op jonge leeftijd ervaring met geslachtsgemeenschap en/of vaker vier of meer vaste sekspartners gehad. Surinaamse jongeren en vooral meisjes (één op de vijf) hebben relatief vaak tijdens een vaste relatie ook seks met anderen. Jongens van Surinaamse afkomst hebben bovendien vaker vier of meer vaste sekspartners gehad en onduidelijk is of zij hierbij voldoende beschermd vrijen. Marokkaanse jongens hebben relatief vaak tijdens een vaste relatie ook seks met anderen en bovendien vaker vier of meer vaste sekspartners gehad. Onduidelijk is of degene met meerdere sekspartners (tegelijk) voldoende beschermd vrijen.

### **Met welke interventies en beleidsmaatregelen kan riskant seksueel gedrag bij jongeren worden aangepakt?**

#### *Mix van activiteiten zal meest effectief zijn*

Zoals beschreven wordt veilig vrijen en anticonceptiegebruik beïnvloed door veel verschillende factoren. Het is niet te verwachten dat een preventieactiviteit die zich maar op één determinant richt, voldoende zal zijn om blijvende gedragsverandering te bewerkstelligen. Activiteiten die tegelijkertijd worden uitgevoerd op verschillende niveaus en gericht zijn op verschillende determinanten zullen meer effectief zijn. Dit betekent dat er een mix nodig is aan activiteiten die samenhang vertonen, bijvoorbeeld in de vorm van een programma (Ellis et al., 2003).

#### *Jaarlijkse massamediale campagne voor bewustwording, agendasetting en draagvlak*

Allereerst is het van belang dat er aandacht is voor veilig vrijen en anticonceptiegebruik. In Nederland worden jonge mensen (in de leeftijd van 13 tot 25 jaar) via de jaarlijkse ‘vrij veilig campagne’ bewust gemaakt van het belang van veilig vrijen. Met deze jaarlijkse campagne wordt ook beoogd onderwerpen als soa en veilig vrijen op de agenda te houden en draagvlak te creëren voor doelgroep specifieke en regionale voorlichting. Uit promotieonderzoek naar vrij veilig campagnes in Nederland kwam naar voren dat door publiekscampagnes de kennis over soa toenam en er een positieve houding ten opzichte van veilig vrijen ontstond. De auteur stelt echter dat naast de publiekscampagnes, die de noodzakelijke voorwaarden voor gedragsverandering scheppen, aanvullende voorlichting aan kleinere doelgroepen noodzakelijk is. Kleinschaliger aanpak op maat is nodig om aan te sluiten bij normen en waarden van de verschillende doelgroepen (IJzer, 1999).

#### *Naast kennis ook vaardigheden van belang*

Om seksueel riskant gedrag bij jongeren te voorkomen is het is van belang om ze naast het geven van informatie ook ‘vrij veilig’ vaardigheden aan te leren (Kirby, 2002). Jongeren hebben een goede en brede seksuele en relationele vorming nodig, zodat zij verantwoorde en gezonde keuzes kunnen maken (RNG, 2008). In Nederland bestaat een uitgebreid aanbod aan interventies gericht op seksueel gedrag van jongeren. Uit een inventarisatie van het landelijk aanbod blijkt echter dat de nadruk hierbij ligt op kennisoverdracht en veilig vrijen (Kocken et al., 2007). Zo is er in de algemene lesmethoden in het onderwijs nauwelijks ruimte voor het oefenen van vaardigheden, zoals je verweren tegen sociale druk om onveilig te vrijen of onderhandelen over condoomgebruik en ook de internetsites beperken zich vooral tot kennisoverdracht en soms attitudeverandering. In de voorlichtingspakketten komt het thema zwangerschap, evenals grensoverschrijdend gedrag en homoseksualiteit nauwelijks aan bod (Kocken et al., 2007). Bovendien blijkt dat vanwege een lage implementatiegraad weinig jongeren worden bereikt en dat er nauwelijks systematisch onderzoek wordt verricht naar de effecten van de interventies

(Kocken et al., 2007). Het ZonMw Programma ‘Seksuele gezondheid van de jeugd’<sup>7</sup> is gestart om de geconstateerde tekortkomingen in het aanbod te verhelpen, waarbij relatief veel aandacht aan effectiviteit wordt besteed (ZonMw, 2006).

*Vooraf via school zijn veel jongeren te bereiken met voorlichting en seksuele vorming*

De school blijkt de belangrijkste en best gewaardeerde informatiebron voor jongeren in Nederland wat betreft dit onderwerp (De Graaf et al., 2005). Ruim 90% van de jongeren heeft op school (enige) informatie gehad over seks. De mate waarin jongeren via school worden voorgelicht verschilt echter enorm. Er bestaat in ons land namelijk geen nationaal curriculum, maar scholen bepalen zelf de intensiteit waarmee seksualiteit aandacht krijgt (Pontier et al., 2006). Hier is dus nog winst te behalen. De Rutgers Nisso Groep stelt voor om seksuele en relationele vorming te verankeren in de eindtermen van het basis- en voortgezet onderwijs (RNG, 2008). Zij werken samen met Soa Aids Nederland aan de ontwikkeling van een ‘basispakket seksuele vorming’ voor kinderen en jongeren van 5 tot 20 jaar. Ook is winst te behalen door het verhogen van de implementatiegraad van effectieve interventies. In het kader van het ZonMw Programma ‘Seksuele gezondheid van de jeugd’ wordt gestreefd naar landelijke implementatie van het effectieve<sup>8</sup> lespakket ‘Lang leve de Liefde’ voor de onderbouw van het VMBO. Ook wordt een versie van dit lespakket voor het VWO ontwikkeld (ZonMw, 2006). Het is voor de effectiviteit van de lespakketten en andere interventies van groot belang dat de leerkrachten getraind en ook tijdens de uitvoering ondersteund worden (Wiefferink et al., 2005; Robin et al., 2004).

*Voorlichting vroeg beginnen, maar blijvende aandacht en aanpassing aan levensfase is noodzakelijk*

Het is belangrijk vroeg met voorlichting en vorming te beginnen om jongeren zo goed mogelijk voor te bereiden op het aangaan van (seksuele) relaties en te doordringen van het belang van het gebruik van anticonceptie. Blijvende aandacht is echter gewenst. In eerste leerjaren gegeven voorlichting moet in latere leerjaren een vervolg krijgen. Zonder gerichte follow-up valt van een eenmalige serie lessen zoals bij Lang leve de Liefde, niet zonder meer te verwachten dat de bereikte effecten als vanzelf beklijven (Vogels et al., 2002). De voorlichting dient aan te sluiten bij de verschillende leeftijden en ervaringsniveaus van jongeren. Er zou sprake moeten zijn van een continuüm van voorlichtingsactiviteiten die aansluiten bij de verschillende levensfasen van jongeren (Vogels et al., 2002). Dat betekent beginnen met de basisschool en doorgaan tot het liefst HBO/WO, wanneer jongeren naar verondersteld het meest seksueel actief zijn. Naast de klassikale of groepsgewijze voorlichting op school is ook ruimte voor individuele voorlichting/counseling geboden, bijvoorbeeld via reguliere contactmomenten met de jeugdarts of een speciaal spreekuur. Overigens is de school vooral een geschikte setting voor een basisaanbod en niet voor maatwerk voor specifieke doelgroepen.

*Ouders spelen belangrijke rol bij gezonde seksuele ontwikkeling kind*

Ouders vormen een belangrijke doelgroep voor voorlichting over en ondersteuning bij de seksuele opvoeding van hun kinderen (Meijer et al., 2005). Zij hebben de verantwoordelijkheid hun kinderen op te voeden en te begeleiden in hun ontwikkeling, waaronder seksuele ontwikkeling, en ze hebben

---

<sup>7</sup> Dit programma is gericht op de bevordering van de seksuele gezondheid van de Nederlandse jeugd van 10 tot 21 jaar, met extra aandacht voor lager opgeleiden en allochtonen. Speerpunten zijn de preventie van ongewenste zwangerschappen, soa en seksueel geweld. Aan de basis van dit subsidieprogramma staat het actieplan van Soa Aids Nederland en Rutgers Nisso Groep (Meijer et al., 2005) gebaseerd op de resultaten van de studie Seks onder je 25<sup>e</sup> (De Graaf et al., 2005). De eerder genoemde inventarisatie van het huidige aanbod voor jongeren dient als input voor de verdere uitwerking van het programma (Kocken et al., 2007).

<sup>8</sup> Lang leve de Liefde leidt tot positieve effecten op het niveau van gedragsdeterminanten zoals kennis, houding ten aanzien van veilig vrijen, risicoperceptie, vaardigheden en gedragsintenties (Fulpen et al., 2002). Het effect van de interventie op daadwerkelijk vrijgedrag is niet onderzocht.



invloed op het seksuele gedrag van hun kinderen<sup>9</sup>. Een warm gezinsklimaat en communicatie tussen jongeren en hun ouders over seks draagt in positieve zin bij aan de seksuele gezondheid van jongeren (De Graaf et al., 2005). Ook blijken ouders seksuele boodschappen in de media te kunnen nuanceren. Het blijkt dat als ouders het gebruik van tv-programma's of bepaalde websites sterker controleren én regelmatig inhoudelijk commentaar geven op seksuele boodschappen in de media hun kinderen minder positief denken over zaken als vreemdgaan, breezerseks en cyberseks (RNG, 2008). Er dient meer aandacht te komen voor de ondersteuning van ouders bij hun rol. De huidige ondersteuning van ouders bij seksuele opvoeding loopt vooral een de website (NIGZ & SOA Aids Nederland, 2008) en aandacht voor ouders binnen seksuele vorming in het onderwijs. Het ontwikkelen van goede ondersteuning voor ouders van risicogroepen staat op de agenda van het ZonMw Programma 'Seksuele gezondheid van de jeugd' (ZonMw, 2006). Rutgers Nisso Groep beveelt aan seksuele en relationele vorming in opvoedingsondersteuning op te nemen die gemeenten (via de WMO) aanbieden (RNG, 2008).

*JGZ vervult een belangrijke intermediaire rol tussen school, kind en ouder*

JGZ-artsen en -verpleegkundigen hebben een belangrijke rol als intermediair tussen school, kind en ouder. Zij kunnen scholen wijzen op het belang van relationele en seksuele vorming op school, leerkrachten trainen en/of ondersteunen met materiaal, een bijdrage leveren aan ouderavonden, ouders aanmoedigen met hun kind over relaties en seksualiteit te praten en hen hierbij ondersteunen. Daarnaast kunnen zij tijdens hun contactmomenten met leerlingen aandacht besteden aan seksualiteit (RNG, 2008).

*Toegankelijke eerstelijnszorg voor seksuologische hulpverlening*

De huisarts geldt als belangrijkste professional bij vragen over anticonceptie, onbedoelde zwangerschap en soa. Dit geldt in het bijzonder voor meisjes van Antilliaanse afkomst (De Graaf et al., 2005). De huisarts kan echter niet voorzien in de behoefte aan alle gewenste informatie over relaties en seksualiteit van alle jongeren. De behoefte aan informatie en hulpverlening is echter groot gezien de veelvuldig geraadpleegde telefonische hulplijnen en internetsites met vragen over de morning afterpil, pil, uitstrijkje, soa en abortus, terwijl de toegankelijkheid met de verdwijning van de Rutgershuizen is verminderd (Vogels et al., 2002). In 2008 is begonnen met aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening voor jongeren tot 25 jaar, gecoördineerd door acht GGD'en. Deze zogenaamde Sense spreekuren bieden jongeren een plek waar zij terecht kunnen met al hun vragen over seks, maar ook voor een test op soa of zwangerschap. Indien nodig worden jongeren doorverwezen naar andere hulpverleners. Kenmerken van het concept zijn: vrij toegankelijk, vertrouwelijk, gratis, anoniem, door deskundige hulpverleners die seksuele gezondheid in zijn totaliteit bekijken (Mik, 2008). Het initiatief ligt bij de jongere die langskomt met een specifieke vraag, maar indien de hulpverlener dit noodzakelijk acht worden ook aan de vraag gerelateerde onderwerpen aangesneden. Dergelijke individuele counseling wordt noodzakelijk geacht voor effectief anticonceptiegebruik (Vogels et al., 2002).

*De wijk geschikt om risicogroepen jongeren en hun ouders te bereiken*

De wijk is een vindplaats van risicogroepen. Zo zijn er jongeren te vinden die niet (meer) naar school gaan en dus niet via die setting te bereiken zijn. Via buurthuizen en jongerencentra zijn jongeren te bereiken met de 'vrij veilig' boodschap en interventies gericht op bevordering van seksuele

---

<sup>9</sup> Uit onderzoek blijkt dat de invloed van ouders op seksueel gedrag langs dezelfde principes verloopt als de invloed van ouders op ander gezondheidsgedrag. De invloed van ouders komt via een aantal beschermende factoren tot uiting, namelijk: 'voorbeeldgedrag, bespreken van gedrag, steun geven en affectie tonen, grenzen stellen, toezicht houden en geïnteresseerd blijven in de activiteiten die het kind onderneemt. Het NIGZ beveelt dan ook een integrale aanpak van ouderlijke invloed op gezondheid aan (Hekkink et al., 2005).

gezondheid, zoals bijvoorbeeld een spreekuur, cursus, voorlichtingsavond. De Handleiding veilig vrijen en seksualiteit voor het jeugdwelzijnswerk is speciaal ontwikkeld voor deze setting. Hierin staat het ondersteunen van jongeren bij een gezonde en veilige seksuele ontwikkeling centraal. Daarnaast zijn er enkele interventies voor meiden zoals Girls'Choice, een bordspel over zwangerschap en Girls'Talk, een intensief seksespecifiek groepscounselprogramma dat erop is gericht kwetsbare meiden relationeel en seksueel weerbaar te maken. Uit evaluatieonderzoek lijkt dit een veelbelovende interventie (Höing et al., 2006).

Uit gesprekken met jongerenwerkers (gevoerd in het kader van de inventarisatie van interventies voor jongeren) komt naar voren dat het aanbod niet zo geschikt is voor het werk in jongerencentra en het straathoekwerk. Jongerenwerkers hebben behoefte aan materialen en methoden die zij kunnen gebruiken in hun kortdurende contacten met jongeren. Gedacht kan worden aan een modulaire opbouw van voorlichtingspakketten (Kocken et al., 2007). Ook blijken jongerenwerkers het lastig te vinden om voorlichtingspakketten te gebruiken in voorlichting aan jongeren uit culturen waar seks moeilijk bespreekbaar is. Zij moeten hun best doen hun vertrouwen te winnen en vanwege sociale controle is het lastig om de allochtone doelgroep met voorlichting te bereiken (Kocken et al., 2007). Wellicht zijn deze jongeren beter te bereiken als aandacht voor seksualiteit wordt ingebed in een breder thema, bijvoorbeeld in een weerbaarheidstraining of zelfverdedigingcursus. Training en ondersteuning van hulpverleners in deze setting is, net als van andere intermediairs, voor een succesvolle uitvoering van interventies van belang. Ook kunnen in de wijk ouders van risicjongeren bereikt worden. Zo kan bijvoorbeeld een opvoedingssteunpunt in de wijk worden opgericht waar ouders ook over de seksuele opvoeding van hun kinderen kunnen spreken.

#### *Ook internet geschikt kanaal om jongeren te bereiken*

Jongeren besteden een groot deel van hun vrije tijd aan computeren en internet. Internet is dan ook een geschikt kanaal om jongeren te bereiken, ook jongeren die niet (meer) naar school gaan. Internet is vooral bij jongens een veel gebruikt kanaal voor informatie over seks. Ongeveer twee derde van de jongens en één derde van de meisjes bezoekt veelvuldig internetsites die informatie geven over seks (De Graaf et al., 2005). De huidige internetsites zijn vooral gericht op kennisoverdracht en soms attitudeverandering (Kocken et al., 2007). Er wordt wel gedacht aan het ontwikkelen van een digitaal soa-spreekuur en 'web based' advies op maat (Meijer et al., 2005). Binnen het ZonMw Programma Gezond Leven wordt een project uitgevoerd waarin innovatieve en interactieve hiv/soa-risicocommunicatie interventies via internet zijn ontwikkeld en geïmplementeerd. De doelgroep van deze interventies zijn heteroseksuele jongeren en jongvolwassenen die niet via school worden bereikt. Een review naar interventies gericht op het verminderen van riskant seksueel gedrag van jongeren die gebruik maken van massamedia, computer en internet toont dat media effectief kunnen worden ingezet, vooral als ze worden aangevuld met interpersoonlijke strategieën (Delgado & Austin, 2007).

## **Samenvatting**

Het overgrote deel van de seksueel actieve jongeren heeft bij de laatste keer seks één of meerdere vormen van anticonceptie gebruikt. Vergeleken met tien jaar geleden is er sprake van een stijging van het gebruik van een condoom (bij de laatste keer) en van het gebruik van condoom én pil (bij eerste keer). Bij veel jongeren is echter geen sprake van consequent en effectief gebruik van condoom en anticonceptie. Zij lopen daarmee risico op soa en/of zwangerschap. Laagopgeleide jongeren en (bepaalde) allochtone jongeren zijn de belangrijkste risicogroepen. Om gedragsverandering te bereiken is er een mix aan activiteiten nodig die samenhang vertonen, bijvoorbeeld in de vorm van een programma. Naast publiekscampagnes die vooral zorgen voor bewustwording, draagvlak en agendasetting moeten jongeren op maat worden voorgelicht en vaardigheden krijgen aangeleerd. Jongeren hebben een goede en brede seksuele en relationele vorming nodig zodat zij verantwoorde en

gezonde keuzes kunnen maken. Het is belangrijk hier vroeg mee te beginnen, maar blijvende aandacht is nodig. Er zou sprake moeten zijn van een continuüm van voorlichtingsactiviteiten die aansluiten bij de verschillende levensfasen van jongeren. Ouders spelen een belangrijke rol bij de seksuele ontwikkeling van hun kind. De school en internet zijn heel geschikte settings om veel jongeren te bereiken. Via de verschillende voorzieningen in de wijk zouden vooral risicogroepen en hun ouders bereikt kunnen worden. Voor individuele voorlichting en counseling is een taak weggelegd voor JGZ-artsen en anders hulpverleners.



## 4 Psychische problemen

*Casper Schoemaker, Marieke Zwaanswijk en Susan Meijer*

*Vooraf: stoornisspecifieke benadering niet goed geschikt voor jeugdigen*

Veel mensen denken bij psychische problemen van jeugdigen in eerste instantie aan afzonderlijke stoornissen zoals ADHD, anorexia nervosa, fobieën, depressie of autisme. In deze rapportage is er expliciet voor gekozen om deze versnipperde diagnosegestuurde benadering niet te volgen. Voor het beschrijven van psychische problemen van kinderen en jeugdigen – en vooral de bijbehorende preventieve interventies – is deze benadering om de volgende redenen niet erg geschikt:

- Veel van de psychiatrische diagnoses zijn ontwikkeld voor volwassenen en in de praktijk moeilijk toepasbaar op jeugdigen.
- Er is een enorme overlap tussen de genoemde diagnoses: de meeste jongeren met één diagnose voldoen daarnaast ook aan de criteria voor tenminste één andere stoornis.
- De diagnostische criteria voor de meeste stoornissen zijn zo breed dat er zowel zeer ernstige als zeer lichte gevallen onder vallen, wat voor de gevolgen en de inzet van de juiste interventies nogal wat uitmaakt.
- Preventieve interventies richten zich doorgaans niet op het voorkómen van één afzonderlijke stoornis bij jeugdigen, maar op een breed scala aan problemen en stoornissen.

Voor specifieke diagnosespecifieke informatie verwijzen we naar andere bronnen (bijvoorbeeld Meijer et al., 2006; Schoemaker & Rigter, 2002; Schoemaker & De Ruiter, 2003, 2004; 2005; Van 't Land et al., 2005; Van 't Land & De Ruiter, 2006).

*Tweedeling: emotionele en gedragsproblemen*

In dit hoofdstuk komen de twee belangrijkste typen van psychische problemen van de jeugd aan de orde: emotionele problemen en gedragsproblemen. In de wetenschappelijke literatuur worden deze problemen ook wel internaliserende en externaliserende problemen genoemd (Verhulst & Koot, 1992). Deze tweedeling wordt bovendien in veel onderzoeks- en beleidsrapporten gehanteerd (Ter Bogt et al., 2003; Van Dorsselaer et al., 2007; Hermanns et al., 2005; Tick et al., 2007; Zwaanswijk, 2005). Daarbij verwijst de term 'internaliserend' naar problemen die naar binnen gericht zijn en daardoor voornamelijk storend zijn voor het kind of de jongere zelf. Angst- en stemmingsstoornissen vallen in deze categorie. Externaliserend gedrag is naar buiten gericht en wordt vooral door de omgeving als storend ervaren. Voorbeelden hiervan zijn normoverschrijdend en agressief gedrag. In de stoornisspecifieke benadering vallen gedragsstoornissen (in de wetenschappelijke literatuur ook wel *conduct disorders (CD)* genoemd) in deze categorie.

*Grenzen tussen gezond en problematisch gedrag afhankelijk van situatie en informatiebron*

De grens tussen psychisch gezond en problematisch gedrag bij kinderen en jongeren is niet eenvoudig te trekken: alle kinderen vertonen immers wel eens agressief gedrag of zijn wel eens angstig. Veel gedragingen die op een bepaalde leeftijd als normaal beschouwd kunnen worden, worden problematisch als een kind ouder is. Ook kan het gedrag van kinderen en jongeren sterk variëren per situatie (bijvoorbeeld thuis of op school). Om te bepalen of gedrag van een kind als problematisch gezien moet worden, moet daarom rekening gehouden worden met het ontwikkelingsniveau of de leeftijd van het kind en moet informatie ingewonnen worden bij verschillende informanten, die het kind in verschillende situaties zien (Verhulst & Koot, 1992). De internationaal meest gebruikte vragenlijst voor het meten van emotionele problemen en gedragsproblemen (de Child Behavior Checklist: CBCL; Achenbach, 1991a) kent om die reden drie aparte versies: voor de ouders, voor onderwijzers en voor de jongeren zelf. Zoals blijkt uit de tabellen 4.1.1 en 4.1.2 verschillen de met de CBCL gemeten oordelen

van jongeren en hun ouders over de aanwezigheid van emotionele problemen. Dat geldt ook voor gedragsproblemen. Deze verschillen tussen de oordelen van ouders en jongeren kunnen veroorzaakt worden doordat beide groepen verschillende referentiekaders gebruiken om gedrag te beoordelen, maar kunnen ook voortkomen uit het feit dat de jongere zich in verschillende situaties anders gedraagt (Verhulst & Verheij, 2006). In de paragrafen 4.1 en 4.2 wordt aan deze verschillende gezichtspunten aandacht besteed.

*Glijdende schaal; gezond, grensgebied en klinisch gebied*

De glijdende schaal tussen normaal en problematisch gedrag wordt in veel jeugdonderzoek opgedeeld in drie stukken: psychisch gezond gedrag, een grensgebied van psychische problematiek en een klinisch gebied (Verhulst et al., 1996; Ter Bogt, 2003; Tick et al., 2007). Tot het klinische gebied behoren jeugdigen met ernstige problemen en psychiatrische stoornissen, voor wie ondersteuning of professionele zorg nodig is. Wij zullen deze driedeling in dit hoofdstuk aanhouden, waarbij de nadruk zal liggen op het middelste deel van de schaal: het grensgebied. Het idee daarachter is dat als deze problemen verminderd of zelfs helemaal voorkómen zouden kunnen worden, uiteindelijk een deel van de ernstiger problemen zou kunnen worden voorkómen. Meer informatie over de definities en de gebruikte meetinstrumenten staat in bijlage 2.

*Emotionele problemen en gedragsproblemen komen vaak samen voor*

Ook de hier gekozen tweedeling in emotionele problemen en gedragsproblemen is in sommige opzichten arbitrair. Emotionele problemen en gedragsproblemen sluiten elkaar immers niet uit. Veel jeugdigen met gedragsproblemen hebben ook emotionele problemen en andersom (zie ook hoofdstuk 5). In de praktijk zijn de gevolgen en vooral de preventieve maatregelen van beide soorten problemen echter zo verschillend, dat we ze hierna zullen beschrijven in twee afzonderlijke paragrafen (4.1 en 4.2).

## 4.1 Emotionele problemen

Emotionele problemen zijn vaak niet zichtbaar. Hoeveel jongeren hebben nu eigenlijk emotionele problemen? En neemt hun aantal toe? Wat zijn de gevolgen van emotionele problemen op de lange termijn, en is er preventief wat tegen te doen?

### Hoe worden emotionele problemen gedefinieerd?

Emotionele problemen vallen uiteen in angst- en depressiviteitsklachten, teruggetrokken gedrag en psychosomatische klachten:

- Jongeren die *angstig of depressief* zijn, voelen zich eenzaam, minderwaardig, ongelukkig, gedeprimeerd of angstig. Zij zijn zenuwachtig of gespannen, maken zich zorgen en hebben last van schuld- en schaamtegevoelens.
- *Teruggetrokken* jongeren zijn liever alleen dan met anderen. Ze praten moeilijk en zijn gesloten en verlegen. Ze hebben weinig energie en voelen zich over het algemeen niet gelukkig.
- Onder *psychosomatische* klachten vallen duizeligheid, oververmoeidheid en lichamelijke klachten zonder bekende medische oorzaak, waaronder hoofdpijn, misselijkheid, overgeven en huiduitslag.

Als er sprake is van ernstige emotionele problemen waarvoor hulp of ondersteuning nodig is, spreken we van emotionele problemen in het klinische gebied. Als de problemen minder ernstig zijn, gaat het om emotionele problemen in het grensgebied. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk al werd vermeld, kan het gedrag van kinderen en jongeren sterk verschillen per situatie en per leeftijdscategorie. Om die reden kunnen de oordelen van jongeren (tabel 4.1.1) en hun ouders (tabel 4.1.2) over de aanwezigheid van emotionele problemen verschillen. Daarnaast kunnen er tussen studies soms verschillen zijn in leeftijdsgroepen, methodologie en steekproeftrekking. Met jongeren worden hier vooral tieners bedoeld.

Zie bijlage 2 voor meer details over de gebruikte bronnen.

### Hoeveel jongeren hebben emotionele problemen?

#### *Eén op de vijf jongeren van 11 tot en met 18 jaar rapporteert zelf emotionele problemen*

Uit tabel 4.1.1 blijkt dat in 2002 in totaal ongeveer één op de vijf jongeren van 11 tot en met 18 jaar emotionele problemen had (grensgebied en klinisch gebied samen: 21%). Ongeveer 8% bevond zich in het grensgebied en 13% in het klinische gebied (Ter Bogt et al., 2003). Ander onderzoek waarin jongeren zelf op dezelfde wijze systematisch is gevraagd naar hun gedrag en emoties komt op redelijk vergelijkbare percentages uit (Verhulst et al., 1996; 1997b; 1997c; Van Dorsselaer et al., 2007).

Tabel 4.1.1: Percentage jongeren van 11 tot en met 18 jaar in grensgebied en klinisch gebied voor zelfgerapporteerde emotionele problemen in 2002<sup>a</sup> (Bron: Ter Bogt et al., 2003).

	% in grensgebied			% in klinisch gebied		
	Jongens <sup>c</sup>	Meisjes <sup>c</sup>	Totaal	Jongens <sup>c</sup>	Meisjes <sup>c</sup>	Totaal
<i>Emotionele problemen<sup>b</sup></i>	7,1	9,0 <sup>d</sup>	8,0	13,1	12,4	12,7
Teruggetrokken	2,4	1,9	2,2	3,1	2,5	2,8
Lichamelijke klachten	3,2	5,8 <sup>d</sup>	4,5	5,5	5,0	5,3
Angstig/depressief	3,1	4,0	3,6	5,1	4,3	4,7

<sup>a</sup> N = 7.556.

<sup>b</sup> Omdat voor de deelproblemen andere afkappunten voor het grensgebied en het klinische gebied gehanteerd worden dan voor de emotionele problemen als totaal, tellen de percentages voor de deelproblemen niet op tot het totaal voor emotionele problemen.

<sup>c</sup> Omdat de afkappunten voor jongens en meisjes apart zijn bepaald, bieden de hier getoonde verschillen een onderschatting van de werkelijke verschillen tussen jongens en meisjes.

<sup>d</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes (chi-kwadraat toets,  $p < 0,05$ ).

*Volgens ouders komen emotionele problemen bij ongeveer één op de zes jongeren voor*

Uit tabel 4.1.2 blijkt dat ongeveer één op de zes jongeren (17% van de jongens en 16% van de meisjes) emotionele problemen in het grensgebied of het klinische gebied heeft, uitgaande van het oordeel van ouders. Ongeveer 8% van de jongeren bevindt zich volgens ouders in het grensgebied, terwijl een vergelijkbaar percentage problemen in het klinische gebied heeft. Dit is iets lager dan de percentages gebaseerd op het oordeel van de jongeren. Een mogelijke verklaring is dat op emotionele problemen een taboe rust, waardoor jongeren hun ouders niet altijd vertellen over hun problemen (Tick, 2007).

Tabel 4.1.2: Percentage jongeren van 12 tot en met 18 jaar in het grensgebied en het klinisch gebied volgens ouders (Bron: Verhulst et al., 1996).

	% in grensgebied		% in klinisch gebied	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
<i>Emotionele problemen<sup>a</sup></i>	8	8	9	8
Teruggetrokken	2	3	2	2
Lichamelijke klachten	3	3	1	2
Angstig/depressief	3	4	2	2

<sup>a</sup> Omdat voor de deelproblemen andere afkappunten voor het grensgebied en het klinische gebied gehanteerd worden dan voor de emotionele problemen als totaal, tellen de percentages voor de deelproblemen niet op tot het totaal voor emotionele problemen.

*Emotionele problemen komen meer voor bij meisjes*

De verschillen tussen jongens en meisjes in tabel 4.1.1 zijn veel kleiner dan verwacht. Dat heeft vooral een methodologische oorzaak: het komt doordat de afkappunten voor jongens en meisjes apart zijn bepaald. Wanneer echter wordt gekeken naar de werkelijke verschillen op basis van de gemiddelde scores (niet in de tabel; zie bijvoorbeeld figuur 4.1.1) dan blijken meisjes duidelijk meer emotionele problemen te hebben (Verhulst et al., 1996; 1997b; 1997c). De prevalentie van emotionele problemen neemt bij meisjes van 11 tot en met 18 jaar overigens toe met de leeftijd, terwijl het bij jongens stabiliseert (Ter Bogt et al., 2003; Verhulst et al., 1996; 1997b; 1997c).



*Ruim één op de vijf jongeren heeft een psychiatrische stoornis*

De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen bij jongeren (APA, 1994) kan vastgesteld worden met behulp van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, de Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC; Shaffer et al., 2000, zie bijlage 2). Van jongeren van 13 tot en met 17 jaar voldoet 22% aan de criteria voor een psychiatrische stoornis (Tabel 4.1.3). Hieronder vallen angststoornissen, stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen, middelengebruik en overige stoornissen (zoals eetstoornissen). Angststoornissen komen het meest voor, maar wat betreft het voorkomen van deze stoornissen lopen de visies van ouders en jongeren uiteen.

Tabel 4.1.3: Percentage jongeren van 13 tot en met 17 jaar met een psychiatrische stoornis, volgens ouders en volgens jongeren zelf (Bron: Verhulst et al., 1997a).

	Volgens ouders	Volgens jongeren zelf
Stemmingsstoornis	3,1	4,6
Angststoornis	16,5	10,5
Minstens 1 stoornis	21,8	21,5

*Weinig jeugdigen met ernstige emotionele problemen komen in professionele zorg terecht*

Slechts een fractie van de jeugdigen met emotionele problemen komt bij de huisarts of de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Verhulst & Van der Ende, 1997, Zwaanswijk, 2005). Jaarlijks heeft ongeveer 2% van de kinderen en 3% van de jongeren contact met GGZ-instellingen (Sytema et al., 2005). Ander onderzoek laat zien dat slechts 14% van de kinderen en jongeren met emotionele problemen en gedragsproblemen (grensgebied en klinisch gebied samen) in het afgelopen jaar specifiek voor deze problemen contact heeft gehad met de huisarts. Met de GGZ heeft 16% contact gehad. Informele hulpverleners zoals leerkrachten, vrienden of familieleden worden vaker ingeschakeld in verband met emotionele problemen en gedragsproblemen dan professionele hulpverleners (Zwaanswijk, 2005).

*Zorggebruik is toegenomen*

Het gebruik van de GGZ door kinderen en jongeren is van 1993 tot 2003 toegenomen (Tick et al., 2007; Sytema et al., 2005). Deze toename is voor een deel toe te schrijven aan een toename in emotionele problemen en gedragsproblemen zoals gerapporteerd door ouders (zie hieronder). Ook een afname van het aantal kinderen dat opgroeit met beide biologische ouders en een toename van het aantal kinderen met herkende leerproblemen dragen waarschijnlijk bij aan deze groei in het zorggebruik (Tick, 2007). Ondanks deze toename in zorggebruik krijgt nog altijd een aanzienlijk aantal kinderen en jongeren met emotionele problemen of gedragsproblemen niet de hulp die zij nodig zouden hebben.

**Hoe zien trends in emotionele problemen eruit?**

*Geen toename emotionele problemen volgens jongeren zelf*

Wanneer we afgaan op het oordeel van jongeren zelf over de aanwezigheid van emotionele problemen, dan is er geen toename te zien tussen 1993 en 2003 (tabel 4.1.4). Dat geldt ook voor de deelproblemen. Dit lijkt op het eerste gezicht in tegenspraak met de toegenomen aandacht voor emotionele problemen bij jongeren en ook het toegenomen zorggebruik in de GGZ. Een mogelijke verklaring voor deze

ogenschijnlijke discrepantie is dat emotionele problemen bij jongeren tegenwoordig eerder worden herkend en behandeld. Dit kan komen omdat bijvoorbeeld het taboe op emotionele problemen iets verminderd is of omdat hulpverleners er meer op gespist zijn. Overigens lijkt de trend voor emotionele problemen bij *volwassenen* vrijwel identiek: het vóórkomen van emotionele problemen bleef waarschijnlijk stabiel, terwijl het zorggebruik sterk toenam (Schoemaker et al., 2007).

Tabel 4.1.4: Percentage jongeren van 11 tot en met 18 jaar met zelfgerapporteerde emotionele problemen, in 1993 en 2003 (Bron: Tick et al., in druk).

	% in grensgebied en klinisch gebied samen	
	1993	2003
<i>Emotionele problemen<sup>a</sup></i>	19,7	19,5
Teruggetrokken	13,4	13,0
Lichamelijke klachten	11,7	12,6
Angstig/depressief	9,4	9,0

<sup>a</sup> Omdat voor de deelproblemen andere afkappunten voor het grensgebied en het klinische gebied gehanteerd worden dan voor emotionele problemen als totaal, tellen de percentages voor de deelproblemen niet op tot het totaal voor emotionele problemen.

*Wel toename emotionele problemen volgens de ouders maar niet volgens leerkrachten*

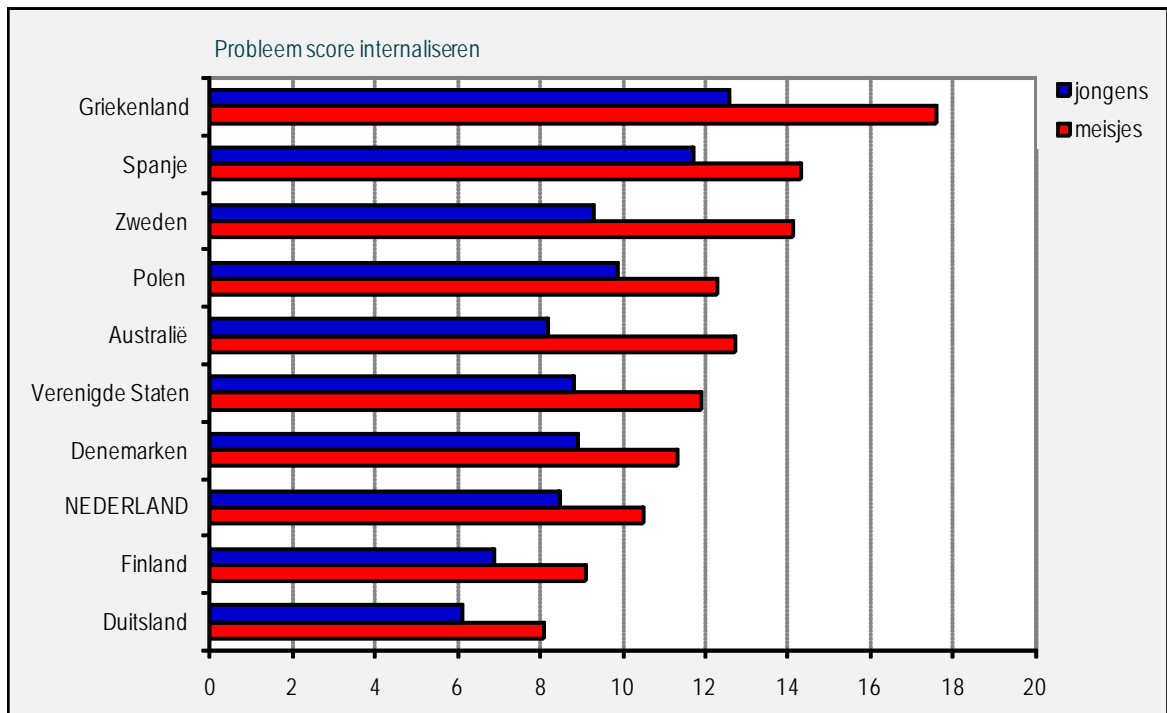
Afgaande op het oordeel van ouders over gedragingen en symptomen van hun kinderen van 6 tot en met 16 jaar is het percentage jeugdigen met emotionele problemen tussen 1983 en 2003 gestegen (tabel 4.1.5). Deze stijging is ook te zien in de deelproblemen angstige/depressieve problemen en lichamelijke klachten en in mindere mate in teruggetrokken gedrag. Het is op dit moment echter nog de vraag hoe robuust dit gegeven is. Zo is het aandeel jeugdigen met emotionele problemen volgens de leerkrachten gelijk gebleven. Ook is in vergelijkbare trendonderzoeken naar het ouderoordeel over emotionele problemen bij jongere kinderen juist een daling te zien (Tick, 2007). Een vergelijkbaar grootschalig Amerikaans onderzoek liet tussen 1976 en 1999 weliswaar lichte schommelingen zien in de ouderoordelen over emotionele problemen bij jongeren, maar geen lineaire toename (Achenbach et al., 2003).

Tabel 4.1.5: Percentage jeugdigen van 6 tot en met 16 jaar met emotionele problemen volgens ouders, in 1983, 1993 en 2003 (Bron: Tick et al., 2007).

	% in grensgebied en klinisch gebied samen		
	1983	1993	2003
<i>Emotionele problemen<sup>a</sup></i>	16,5	18,0	26,8
Teruggetrokken	11,1	10,9	12,8
Lichamelijke klachten	9,0	10,8	16,6
Angstig/depressief	7,1	9,3	14,4

<sup>a</sup> Omdat voor de deelschalen andere afkappunten voor het grensgebied en het klinische gebied gehanteerd worden dan voor de totale schaal, tellen de percentages voor de deelproblemen niet op tot het totaal voor emotionele problemen.

### Zijn er internationale verschillen in het voorkomen van emotionele problemen?



Figuur 4.1.1: Gemiddelde score op emotionele problemen bij jongeren (11 tot en met 16 jaar) in geselecteerde EU-landen, de Verenigde Staten en Australië (Bron: Rescorla et al., 2007; Rescorla, 2008).

#### *Nederlandse jongere heeft gemiddeld evenveel emotionele problemen als jongere in buitenland*

Zowel bij jongens als meisjes wijkt de Nederlandse score voor emotionele problemen niet veel af van het gemiddelde van de geselecteerde Europese en Angelsaksische landen (figuur 4.1.1; Rescorla et al., 2007; Rescorla, 2008). Finland en Duitsland scoren echter voor zowel jongens als meisjes beduidend lager dan het gemiddelde en Griekenland scoort beduidend hoger. Ook Spanje scoort voor jongens hoger dan gemiddeld. Emotionele problemen komen in alle landen vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Meer informatie over de in dit onderzoek gebruikte vragenlijst is te vinden in bijlage 2.

### Wat zijn de schadelijke gevolgen van emotionele problemen?

#### *Emotionele problemen in de jeugd vaak voorbode van stoornissen bij jongvolwassenen*

Uit verscheidene longitudinale studies komt naar voren dat emotionele problemen (en gedragsproblemen) in de jeugd gedurende de rest van het leven een zekere stabiliteit vertonen. In veel gevallen duren ze voort tot in de volwassenheid (Ferdinand & Verhulst, 1995; Ferdinand et al., 1995; Hofstra et al., 2002). Uit onderzoek blijkt dat veel angst- en stemmingsstoornissen bij volwassenen hun oorsprong hadden in de jeugd (Kessler et al., 2005; Roza et al., 2003). Zo hadden jongvolwassenen met een angst- of stemmingsstoornis in hun jeugd vaak al last van emotionele problemen. Daarnaast verhogen ernstige emotionele problemen, en voornamelijk somberheidsgevoelens, (later) de kans op suïcide (Boel et al., 2007).

## **Wat is er bekend over de risicofactoren van emotionele problemen?**

### *Combinatie van persoonsgebonden en omgevingsfactoren*

Psychische problemen ontstaan meestal door een combinatie van elkaar beïnvloedende factoren. De belangrijkste risicofactoren zijn samengevat in diverse overzichten (Hermanns et al., 2005; Meijer et al., 2006; Maas & Jansen, 2000; Schoemaker & De Ruiter, 2005). Risicofactoren zijn grofweg in te delen in persoonsgebonden en omgevingsgebonden risicofactoren.

### *Persoonsgebonden risicofactoren zijn niet altijd beïnvloedbaar*

Factoren waarvan uit onderzoek bekend is dat ze samenhangen met het ontstaan van emotionele problemen (en gedragsproblemen) zijn onder andere zwangerschaps- en geboortecomplicaties, een laag geboortegewicht, lage intelligentie, blootstelling aan toxische stoffen, een moeilijk temperament en bepaalde persoonlijkheidseigenschappen. Een deel van deze factoren heeft ook een duidelijke genetische component en is als zodanig niet of nauwelijks beïnvloedbaar. Maar ook persoonsgebonden factoren die het gevolg zijn van het opgroeien in een risicovolle omgeving, zijn bij jongeren in veel gevallen niet (meer) beïnvloedbaar (Hermanns et al., 2005).

### *Sociale en copingvaardigheden zijn wel beïnvloedbaar*

Beïnvloedbare persoonsgebonden factoren die gerelateerd zijn aan het ontstaan van emotionele problemen (of gedragsproblemen) zijn copingvaardigheden en sociale vaardigheden. Wanneer een kind of jongere niet goed om kan gaan met stressvolle gebeurtenissen, is het risico op problemen groter wanneer er daarnaast andere risicofactoren aanwezig zijn. Adequate copingvaardigheden en sociale competentie kunnen juist beschermend werken. Het aanleren van deze vaardigheden is dus een belangrijk aangrijpingspunt voor de preventie van emotionele problemen en gedragsproblemen (Hermanns et al., 2005). Deze sociale vaardigheden en copingvaardigheden kunnen later in de jeugd helpen bij het opbouwen van een goede relatie met leeftijdgenoten.

### *Gezin en opvoeding een belangrijke omgevingsfactor voor jonge kinderen*

Omgevingsgebonden risicofactoren zijn gerelateerd aan de sociale en fysieke omgeving van het kind. De sociale omgeving van een kind bestaat in de eerste jaren vooral uit het gezin. De belangrijkste beïnvloedbare risicofactoren binnen het gezin hebben betrekking op de opvoeding: tekorten in de sensitiviteit en communicatie van de ouders naar het kind, gebrek aan emotionele steun van de ouders, verwaarlozing en mishandeling/geweld en een frequente wisseling in de verzorgers van het kind. Kinderen van een tienermoeder of met een alleenstaande ouder hebben ook een verhoogd risico op emotionele problemen en/of gedragsproblemen (Hermanns et al., 2005). Interventies kunnen zich richten op het ondersteunen van deze ouders bij de opvoeding van hun kind. Naast opvoedingskenmerken is ook de leefstijl van de moeder tijdens de zwangerschap (middelengebruik) een risicofactor voor emotionele problemen.

### *Omgevingsgebonden risicofactoren gezin – omgaan met de gevolgen*

Een aantal gezinsfactoren is niet (meer) beïnvloedbaar, zoals bepaalde kenmerken van de ouders en/of het gezin, of een ingrijpende gebeurtenis in het leven van het kind of het gezin. Preventie zal dan vooral gericht zijn op het leren omgaan met de situatie of de gevolgen ervan bij het kind of de jongere. Dit is bijvoorbeeld het geval als het kind ouders heeft met psychische problemen, met relatieproblemen of met een langdurige lichamelijke aandoening, of als de ouders gescheiden zijn of antisociaal of crimineel gedrag vertonen (Meijer et al., 2006; Hermanns et al., 2005).

### *Omgevingsgebonden risicofactoren – sociaaleconomisch*

Ook sociaaleconomische problemen in het gezin (armoede, lage sociaaleconomische status) of een laag opleidingsniveau van de ouders brengen een verhoogd risico op emotionele problemen met zich mee.

In het verlengde daarvan spelen sociaaleconomische kenmerken van de buurt waarin het kind opgroeit een belangrijke rol zoals een ‘slechte’ of kansarme buurt of een onveilige woonomgeving (Hermanns et al., 2005).

### Zijn er subgroepen van jongeren die hoogerisicogroepen vormen?

#### *Opleidingsniveau hangt sterk samen met emotionele problemen*

Uit tabel 4.1.6 blijkt dat hoe lager het onderwijsniveau, des te meer emotionele problemen er voorkomen. In het VMBO-b heeft 19% van de leerlingen emotionele problemen, in het VWO ongeveer 12%. Deze verschillen blijven bestaan als wordt gecorrigeerd voor sekse, leeftijd en etniciteit. Allochtone jongeren blijken niet significant meer emotionele problemen hebben dan autochtone jongeren. In andere studies werd een dergelijk verschil overigens wel gevonden (onder andere Stevens et al., 2003).

Tabel 4.1.6: Percentage jongeren (12 tot en met 16 jaar) met zelfgerapporteerde emotionele problemen naar etniciteit en schoolniveau in 2005<sup>a</sup> (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

	Etniciteit		Schoolniveau			
	autochtoon	allochtoon	VMBO-b	VMBO-t	HAVO	VWO
Emotionele problemen	15,6	13,1	19,1	13,6	14,2	12,5

<sup>a</sup> N = 5.422

### Met welke interventies en beleidsmaatregelen kunnen emotionele problemen bij kinderen en jongeren worden aangepakt?

#### *Op meerdere plaatsen ingrijpen in negatieve spiraal*

Ernstige emotionele problemen hebben hun wortels meestal al vroeg in een mensenleven (Hermanns et al., 2005). Met vroegtijdig ingrijpen kan een negatieve spiraal voorkomen worden. Preventieve interventies verschillen in de plaats van de negatieve spiraal waarop ze aangrijpen. Van vroeg naar laat:

1. Het verbeteren van de omstandigheden binnen het gezin en/of de wijk waarin een kind zal gaan opgroeien.
2. Opvoedingsondersteuning voor ouders met baby's en jonge kinderen.
3. Integrale signalering van problemen met het welzijn van zeer jonge kinderen.
4. Het versterken van de copingvaardigheden en/of sociale vaardigheden van kinderen en jongeren.
5. Interventies gericht op hoogerisicogroepen die nog geen emotionele problemen hebben
6. Interventies gericht op jeugdigen met emotionele problemen
7. Vroegsignalering en het stimuleren van het zoeken van hulp voor ernstige emotionele problemen en stoornissen.

Het onderstaande overzicht is vrijwel geheel gebaseerd op twee overzichtsrporten (Hermanns et al., 2005; Meijer et al., 2006).

#### *Verbeteren sociaaleconomische omstandigheden (1)*

Interventies rondom de woonomgeving (dat wil zeggen de buurt/wijk) bestaan grotendeels uit beleidsmaatregelen. De negatieve effecten van een lage sociaaleconomische status op de gezondheid zijn al in meerdere publicaties onderstreept (De Hollander et al., 2006). Ook voor emotionele

problemen en gedragsproblemen is het verkleinen van sociaaleconomische achterstand van groot belang. Het is dus belangrijk om in het sociaaleconomische gezondheidsbeleid ook de preventie van emotionele problemen te betrekken. Of dergelijke interventies inderdaad effect hebben is nog onvoldoende bekend.

#### *Opvoedingsondersteuning is belangrijk onderdeel jeugdbeleid (2)*

Opvoedingsondersteuning is een belangrijk onderdeel van het jeugdbeleid voor 0- tot en met 19-jarigen (Meijer et al., 2006). Doel hiervan is onder andere het bevorderen van opvoedingsvaardigheden bij ouders. Er zijn verschillende opsporingsinstrumenten beschikbaar voor het opsporen van zorgwekkende opvoedsituaties (Hermanns et al., 2005). Vroegsignalering kan worden ingezet om de ontwikkeling en opvoeding van kinderen te screenen, maar kan ook al tijdens de zwangerschap plaatsvinden. De Inventagroep adviseert om via een korte screening gezinnen op te sporen die minstens vier risicofactoren hebben (Hermanns et al., 2005). Ze gaat er vanuit dat kinderen uit deze gezinnen minstens tienmaal zoveel risico lopen om emotionele problemen (of gedragsproblemen) te ontwikkelen als gemiddeld. Interventies rondom de opvoeding kunnen de vorm hebben van opvoedingsvoorlichting of algemene oudercursussen.

#### *Integrale signalering van problemen met het welzijn van zeer jonge kinderen (3)*

Er zijn initiatieven voor een integraal systeem van vroegsignalering: 'Samen starten' (Hermanns et al., 2005; ZonMw, 2008). Dit landelijke project richt zich op versterking van de lokale samenwerking om de gezondheid en het welzijn van kinderen van 0 tot en met 3 jaar te bevorderen. Alle soorten problemen die zich voordoen bij en rondom het jonge kind zouden vroegtijdig kunnen worden opgemerkt. Dit kunnen zowel emotionele problemen, als sociaal-emotionele, medische, financiële problemen en opvoedingsproblemen zijn. Overigens is ook voor de wat oudere kinderen (4 tot en met 12 jaar) een dergelijk systeem opgezet: het Diagnostisch Instructie en Managementsysteem. Naar de effectiviteit van dit systeem en andere vergelijkbare integrale systemen is verder onderzoek nodig.

#### *Versterken van copingvaardigheden en sociale vaardigheden (4)*

Er zijn enkele universele interventies beschikbaar, gericht op alle jeugdigen, die aandacht besteden aan algemene sociale vaardigheden en copingvaardigheden om met problemen om te gaan. De effectiviteit van deze interventies in het voorkómen van stoornissen, is echter nog onvoldoende aangetoond (Meijer et al., 2006). Wel is aangetoond dat sociale vaardigheidstrainingen een positief effect hebben op de relatie met leeftijdgenoten (Hermanns et al., 2005). Ze zijn dus indirect effectief, omdat een slechte relatie met leeftijdgenoten op zichzelf een (omgevingsgebonden) risicofactor is voor emotionele problemen (en gedragsproblemen). Via schoolprojecten als 'De gezonde school (en genotmiddelen)' is ook aandacht voor preventie van pesten en het bevorderen van de sociaal-emotionele ontwikkeling (Meijer et al., 2006). 'De Veilige School' is een bredere landelijke campagne voor het voortgezet onderwijs. De campagne rust op drie pijlers: de zorg voor sociale binding en leren omgaan met elkaar, het planmatig en deskundig omgaan met calamiteiten en de zorg voor veilige voorzieningen in gebouw/omgeving (Van der Knaap et al., 2006).

#### *Interventies gericht op specifieke risicogroepen (5)*

Er zijn in Nederland twee effectief gebleken interventies, gericht op ingrijpende gebeurtenissen in het gezin. Kinderen en jongeren wordt geleerd om te gaan met scheiding en rouwverwerking na het overlijden van een ouder (Hermanns et al., 2005). Een andere belangrijke risicogroep vormen kinderen van een ouder met ernstige psychiatrische problemen. Voor hen worden in Nederland op grote schaal twee interventies aangeboden. Beide interventies 'Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP)' en de 'Psycho-educatieve gezinsinterventie' worden al op grotere schaal toegepast, maar het bewijs voor de effectiviteit ervan is nog onvoldoende (Meijer et al., 2006).

#### *Schoolinterventies gericht op jongeren met beginnende emotionele problemen (6)*

De Inventagroep (Hermanns et al., 2005) signaleerde een klein aantal effectieve schoolinterventies gericht op kinderen met beginnende emotionele problemen. Ze noemde daarbij expliciet een programma om suïcide te voorkomen bij jongeren, dat effectief bleek te zijn in het verminderen van depressie en risico op suïcide. Daarnaast noemden ze 'Levensvaardigheden', voor kinderen met sociaal-emotionele problemen of leerproblemen. Dit bleek effectief in het reduceren van teruggetrokken en agressief gedrag. In het programma 'Coping met stress', tot slot, leerden kinderen met emotionele problemen en gedragsproblemen probleemoplossen, cognitieve vaardigheden en angst beheersen (Hermanns et al., 2005).

#### *Interventies voor jeugdigen met ernstigere emotionele problemen effectief gebleken (6)*

Kinderen en jongeren die al wél symptomen hebben van emotionele problemen (of gedragsproblemen) komen via de gezondheidszorg in aanmerking voor geïndiceerde preventie. Dit heeft tot doel om verdere verergering van de problemen te voorkomen. Deze interventies zijn doorgaans gebaseerd op beproefde therapeutische principes uit de geestelijke gezondheidszorg: cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie (Meijer et al., 2006). Ze worden aangeboden via een groepscurcus of een zelfhulpcurcus. Van diverse van deze interventies is aangetoond dat ze emotionele problemen kunnen verminderen (voor een overzicht zie Meijer et al., 2006). In het buitenland zijn er interessante effectieve trainingen voor jongeren die een goede aanvulling zouden kunnen vormen op het Nederlandse aanbod (Meijer et al., 2006).

#### *Vroegsignalering van emotionele problemen in diverse settings (7)*

Vroegsignalering is in alle settings belangrijk: gezin (ouders), school (leerkrachten) en wijk (openbare gezondheidszorg: consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg en GGD). Het is nog onduidelijk welke gevolgen de recente veranderingen in de organisatie van de jeugdgezondheidszorg hebben gehad op de vroegsignalering van emotionele problemen en op het zorggebruik. Met de invoering van de Wet op de Jeugdzorg per 1 januari 2005 verwijst namelijk in principe niet langer de huisarts, maar het Bureau Jeugdzorg kinderen naar de jeugd-GGZ (Ministeries van VWS en Justitie, 2004).

#### *Beroepskrachten hebben ook een belangrijke signalerende taak (7)*

Naast gestandaardiseerde opsporingsinstrumenten is ook deskundigheid van allerlei beroepskrachten noodzakelijk om symptomen van emotionele problemen of gedragsproblemen te herkennen (zie *settings*). Voor het signaleren van emotionele problemen in bijvoorbeeld de jeugdzorg zijn daarnaast vragenlijsten beschikbaar voor verschillende leeftijdsgroepen, zoals de Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997; Goedhart et al., 2003), die ook in de HBSC-studie uit 2005 is gebruikt (Van Dorsselaer et al., 2007). De Inventagroep adviseert om bijzondere aandacht te besteden aan het signaleren van suïcidaal gedrag. Hiervoor bestaat ook een aantal screeningstests (zie Hermanns et al., 2005). Beroepskrachten die een kind bij uitstek goed kunnen volgen in zijn ontwikkeling zijn medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (met name consultatiebureaus) en leerkrachten. Het is belangrijk om te investeren in de deskundigheid van deze beroepskrachten om problemen vroegtijdig te kunnen signaleren. In de meeste gevallen zullen de ouders echter zelf signaleren. Voor een goed systeem van vroegsignalering is het belangrijk dat ouders weten waar ze hulp kunnen zoeken en dat de hulpverleners deskundig kunnen reageren op de vragen die gesteld worden. In de praktijk blijkt de beperkte capaciteit van de jeugd-GGZ dit nogal eens in de weg te staan (Van 't Land et al., 2005).

## **Samenvatting**

Van alle ziekten en stoornissen leiden psychische problemen, vooral omdat ze relatief vaak voorkomen, tot het meeste verlies aan kwaliteit van leven van jongeren. Eén op de acht jongeren van 11 tot en met 18 jaar heeft ernstige emotionele problemen. In andere westerse landen is dat ongeveer hetzelfde. Ernstige psychische problemen van jongeren blijven in de volwassenheid vaak bestaan. Emotionele problemen bij jongeren zijn de laatste twintig jaar niet of nauwelijks toegenomen. Wel is het zorggebruik ten gevolge van psychische problemen flink gegroeid, vanwege betere herkenning en verruiming van het zorgaanbod. Een breed spectrum aan preventieve interventies wordt aangeboden, van opvoedingsondersteuning heel vroeg in het leven, tot interventies gericht op jongeren met beginnende emotionele problemen. Slecht een klein deel van deze interventies, en dan vooral die gericht op jongeren met de beginnende klachten, is bewezen effectief.



## 4.2 Gedragsproblemen

Gedragsproblemen kunnen leiden tot overlast. Hoeveel jongeren vertonen eigenlijk gedragsproblemen? En neemt hun aantal toe? Wat zijn de gevolgen van gedragsproblemen op de jongere zelf en op de omgeving. Zou er preventief wat tegen te doen zijn?

### **Hoe worden gedragsproblemen gedefinieerd?**

Gedragsproblemen – ook wel externaliserende problemen genoemd – zijn naar buiten gericht en worden vooral door de omgeving als storend gezien. Hieronder vallen problemen als agressief gedrag, en delinquent gedrag.

- Agressieve jongeren vertonen gedragingen als veel vechten, pesten en plagen, ongehoorzaamheid en het vernielen van spullen van zichzelf en anderen.
- Onder delinquent gedrag vallen gedragingen als stelen, brandstichten, liegen, van huis weglopen, spijbelen en vandalisme.

Als er sprake is van ernstige gedragsproblemen waarvoor hulp of ondersteuning nodig is, spreken we van gedragsproblemen in het klinische gebied. Als de problemen minder ernstig zijn, gaat het om gedragsproblemen in het grensgebied.

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk al werd vermeld, kan het gedrag van kinderen en jongeren sterk verschillen per situatie en per leeftijdscategorie. Om die reden kunnen de oordelen van jongeren (tabel 4.2.1) en hun ouders (tabel 4.2.2) over de aanwezigheid van gedragsproblemen verschillen. Daarnaast kunnen er tussen studies soms verschillen zijn in leeftijdsgroepen, methodologie en steekproeftrekking.

Met jongeren worden hier vooral tieners bedoeld.

Zie bijlage 2 voor meer details over de gebruikte bronnen.

### **Hoeveel jongeren hebben gedragsproblemen?**

#### *Eén op de vijf jongeren van 11 tot en met 18 jaar rapporteert zelf gedragsproblemen*

Gedragsproblemen komen voor bij één op de vijf jongeren van 11 tot en met 18 jaar (19% in grensgebied en klinisch gebied samen; zie tabel 4.2.1). Ongeveer 11% heeft in zodanig ernstige mate last van deze problemen dat ondersteuning of professionele hulp nodig is (Ter Bogt et al., 2003). Ander onderzoek waarin aan jongeren zelf met dezelfde vragenlijsten (YSR) naar hun gedrag en symptomen is gevraagd, komt grofweg op vergelijkbare percentages uit (Verhulst et al., 1997c).

#### *Volgens ouders komen gedragsproblemen bij ongeveer één op de zes jongeren voor*

Uit tabel 4.2.2 blijkt dat ongeveer één op de zes jongeren (16%) gedragsproblemen in het grensgebied of het klinische gebied samen heeft, uitgaande van het oordeel van ouders. Ongeveer 7% van de jongeren bevindt zich volgens ouders in het grensgebied, terwijl ongeveer 9% problemen in het klinische gebied heeft. Dit is lager dan de gedragsproblemen zoals gerapporteerd door de jongeren zelf (tabel 4.2.1). Dit verschil komt waarschijnlijk vooral omdat het problematische gedrag zich vaak buiten het zicht van de ouders afspeelt.

Tabel 4.2.1: Percentage jongeren van 11 tot en met 18 jaar in grensgebied en klinisch gebied voor gedragsproblemen in 2002<sup>a</sup> (Bron: Ter Bogt et al, 2003).

	% in grens gebied			% in klinisch gebied		
	Jongens <sup>c</sup>	Meisjes <sup>c</sup>	Totaal	Jongens <sup>c</sup>	Meisjes <sup>c</sup>	Totaal
<i>Gedragsproblemen<sup>b</sup></i>	6,5	8,0 <sup>c</sup>	7,3	11,6	10,9	11,3
Delinquent gedrag	2,3	6,6 <sup>c</sup>	4,5	4,7	4,6	4,6
Agressief gedrag	4,3	4,4	4,3	3,7	2,1	2,9

<sup>a</sup> N = 7.556.

<sup>b</sup> Omdat voor de deelproblemen andere afkappunten voor het grensgebied en het klinische gebied gehanteerd worden dan voor de gedragsproblemen als totaal, tellen de percentages voor de deelproblemen niet op tot het totaal voor gedragsproblemen.

<sup>c</sup> Omdat de afkappunten voor jongens en meisjes apart zijn bepaald, bieden de hier getoonde verschillen een onderschatting van de werkelijke verschillen.

<sup>d</sup> Significant verschil tussen jongens en meisjes (chi-kwadraat toets,  $p < 0,05$ ).

#### *Gedragsproblemen komen vaker voor bij jongens*

De verschillen tussen jongens en meisjes in tabel 4.2.1 zijn veel kleiner dan verwacht. Dat heeft vooral een methodologische oorzaak: het komt doordat de afkappunten voor jongens en meisjes apart zijn bepaald. Wanneer echter wordt gekeken naar de werkelijke verschillen op basis van de gemiddelde scores (niet in de tabel; zie bij voorbeeld figuur 4.2.1) dan blijken jongens duidelijk meer gedragsproblemen te hebben. Dat geldt ook voor de deelgebieden (Verhulst et al., 1996; 1997b; 1997c).

Tabel 4.2.2: Percentage jongeren van 12 tot en met 18 jaar in het grensgebied en het klinisch gebied volgens ouders (Bron: Verhulst et al., 1996).

	% in grensgebied		% in klinisch gebied	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
<i>Gedragsproblemen<sup>a</sup></i>	6	8	10	8
Delinquent gedrag	3	3	2	2
Agressief gedrag	3	3	2	2

<sup>a</sup> Omdat voor de deelproblemen andere afkappunten voor het grensgebied en het klinische gebied gehanteerd worden dan voor de gedragsproblemen als totaal, tellen de percentages voor de deelproblemen niet op tot het totaal voor gedragsproblemen.

#### *Ruim één op de vijf jongeren heeft een psychiatrische stoornis*

De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen bij jongeren (APA, 1994) kan vastgesteld worden met behulp van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (zie paragraaf 4.1 en bijlage 2). Van jongeren van 13 tot en met 17 jaar voldoet 22% aan de criteria voor een psychiatrische stoornis (tabel 4.2.3). Hieronder vallen angststoornissen, stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen, middelengebruik en overige stoornissen (zoals eetstoornissen). Gedrags- en aandachtstekortstoornissen komen vaker voor bij jongens dan bij meisjes.

Tabel 4.2.3: Percentage jongeren (13 tot en met 17 jaar) met een psychiatrische stoornis, volgens ouders en volgens jongeren zelf (Verhulst et al., 1997a).

	Volgens ouders	Volgens jongeren zelf
Gedrags- of aandachtstekortstoornis	2,5	6,7
Minstens 1 stoornis	21,8	21,5

*Jeugdigen komen voor ernstige gedragsproblemen vrijwel niet in professionele zorg terecht*

Net als bij emotionele problemen (zie paragraaf 4.1) komt slechts een fractie van de jeugdigen met gedragsproblemen bij de huisarts of de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Verhulst & Van der Ende, 1997, Zwaanswijk, 2005). Het zorggebruik van de GGZ door kinderen en jongeren is van 1993 tot 2003 toegenomen (Tick et al., 2007; Sytema et al., 2005). Voor de details zie de tekst in paragraaf 4.1.

**Hoe zien trends in gedragsproblemen eruit?**

*Afname gedragsproblemen volgens jongeren zelf*

Als we afgaan op het oordeel van jongeren zelf, dan is een afname te zien in het percentage jongeren met gedragsproblemen tussen 1993 en 2003 (tabel 4.2.4). Deze afname doet zich vooral voor in agressief gedrag, maar ook in delinquent gedrag. Dat is dus in tegenspraak met de trends in de oordelen van de ouders, zoals hieronder beschreven wordt. Daarvoor zijn enkele mogelijke verklaringen te geven. Zo kan het gedrag van kinderen en jongeren sterk verschillen per situatie. Omdat ouders hun kinderen vooral in de thuissituatie meemaken, kunnen de oordelen van ouders en jongeren over de aanwezigheid van gedragsproblemen verschillen. Ook kunnen verschillen ontstaan doordat ouders en jeugdigen verschillende referentiekaders gebruiken om gedrag te beoordelen.

Tabel 4.2.4: Percentage jongeren van 11 tot en met 18 jaar met zelfgerapporteerde gedragsproblemen, in 1993 en 2003 (Bron: Tick et al., in druk).

	% in grensgebied en klinisch gebied samen	
	1993	2003
<i>Gedragsproblemen<sup>a</sup></i>	22,5	14,7
Delinquent gedrag	11,6	8,9
Agressief gedrag	10,8	7,7

<sup>a</sup> Omdat voor de deelproblemen andere afkappunten voor het grensgebied en het klinische gebied gehanteerd worden dan voor de gedragsproblemen als totaal, tellen de percentages voor de deelproblemen niet op tot het totaal voor gedragsproblemen.

*Gedragsproblemen volgens de ouders en leerkrachten ongeveer gelijk gebleven*

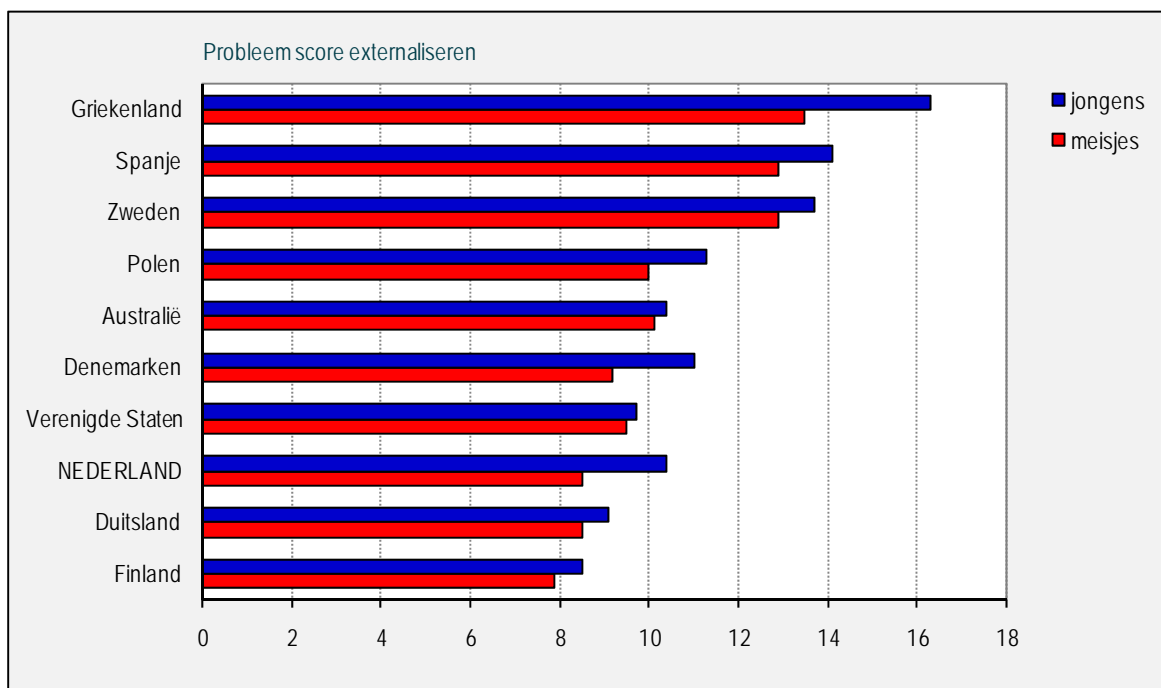
Afgaande op het oordeel van ouders over gedragingen en symptomen van hun kinderen van 6 tot en met 16 jaar is het percentage met gedragsproblemen vrijwel gelijk gebleven tussen 1983 en 2003 (tabel 4.2.5). Ook volgens de leerkrachten is het aandeel jeugdigen met gedragsproblemen gelijk gebleven. Terwijl het deelprobleem agressief gedrag een zeer lichte daling vertoont, is er wel sprake van een stijging van delinquent gedrag.

Tabel 4.2.5: Percentage kinderen van 6 tot en met 16 jaar met gedragsproblemen volgens ouders, in 1983, 1993 en 2003 (Bron: Tick et al., 2007).

	% in grensgebied en klinisch gebied samen		
	1983	1993	2003
<i>Gedragsproblemen<sup>a</sup></i>	18,4	17,7	20,9
Delinquent gedrag	10,9	9,8	14,1
Agressief gedrag	10,1	7,2	9,2

<sup>a</sup> Omdat voor de deelproblemen andere afkappunten voor het grensgebied en het klinische gebied gehanteerd worden dan voor de gedragsproblemen als totaal, tellen de percentages voor de deelproblemen niet op tot het totaal voor gedragsproblemen.

### Zijn er internationale verschillen in het voorkomen van gedragsproblemen?



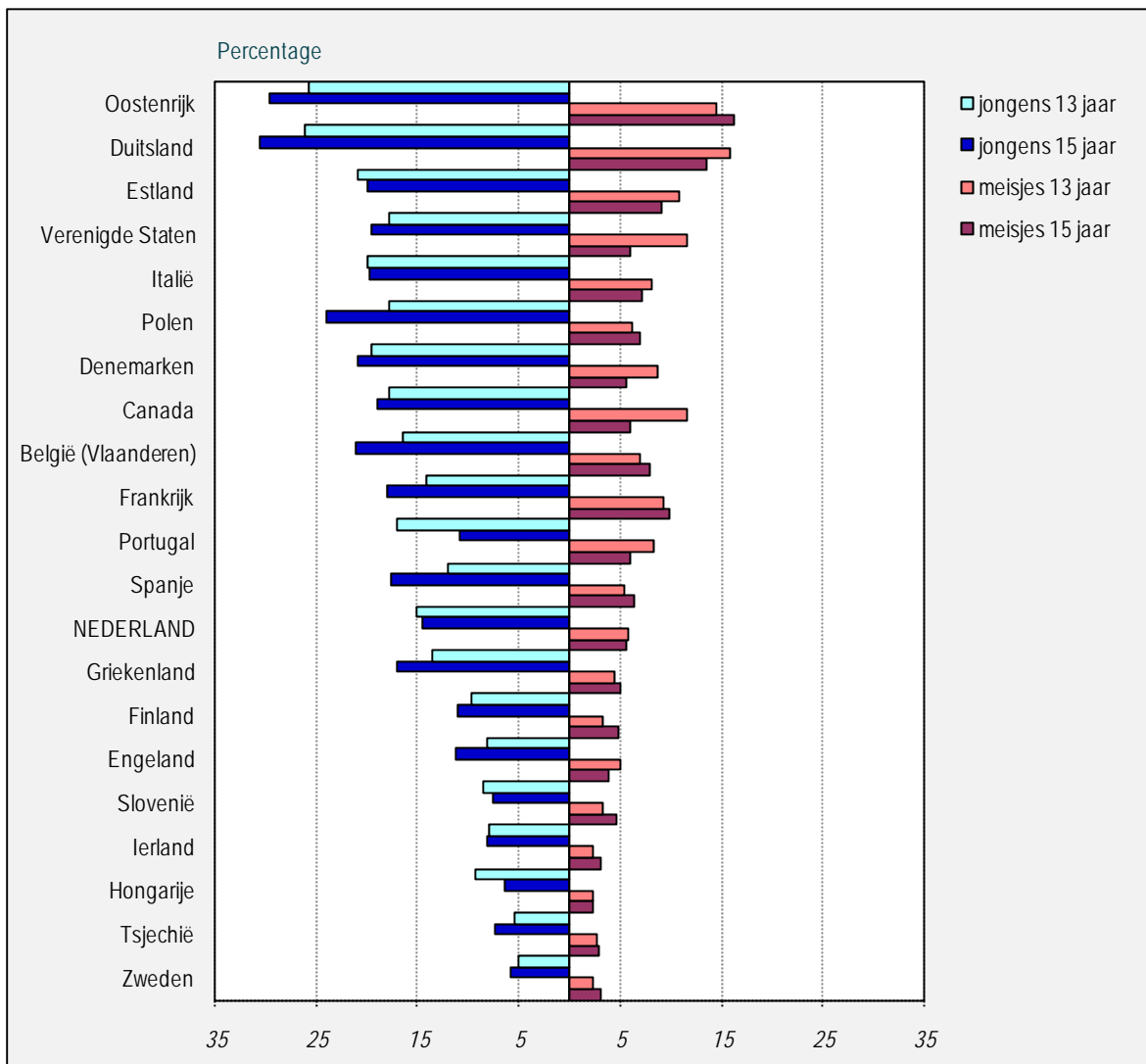
Figuur 4.2.1: Gemiddelde score op gedragsproblemen bij jongeren (11 tot en met 16 jaar) in geselecteerde EU-landen, de Verenigde Staten en Australië (Bron: Rescorla et al., 2007; Rescorla, 2008).

#### *Ook met gedragsproblemen behoort Nederland tot de middenmoot*

Zowel bij jongens als meisjes wijkt de Nederlandse score voor gedragsproblemen niet veel af van het gemiddelde van de geselecteerde landen (figuur 4.2.1; Rescorla et al., 2007; Rescorla, 2008). Finland scoort voor zowel jongens als meisjes beduidend lager dan het gemiddelde en Spanje en Griekenland scoren beduidend hoger. Ook Zweedse meisjes scoren hoger dan gemiddeld. Gedragsproblemen komen in alle landen vaker voor bij jongens dan bij meisjes (Rescorla et al., 2007), al zijn de verschillen in sommige landen vrij klein. Voor emotionele problemen was dit juist omgekeerd (paragraaf 4.1). Meer informatie over de gebruikte vragenlijst staat in bijlage 2.

*Nederlandse scholieren pesten gemiddeld vaak, maar vechten weinig*

Vechten en pesten zijn, zoals in de inleiding van dit hoofdstuk geschreven, uitingen van agressief gedrag. In een internationale vergelijkende studie werd aan groepen 11-, 13- en 15-jarigen gevraagd naar hun pest- en vechtgedrag (Currie et al., 2004). Het percentage scholieren van 13 en 15 jaar dat frequent (minimaal twee tot drie keer per maand in de afgelopen maanden) heeft gepest, is in Nederland gemiddeld. Dit geldt voor zowel jongens als meisjes en voor beide leeftijdsgroepen. Het percentage frequente pesters is hoog in Duitsland, Oostenrijk en Estland en bij 15-jarigen ook in Vlaanderen (figuur 4.2.2; Currie et al., 2004). De Nederlandse jongeren in het onderzoek vechten relatief weinig (Currie et al., 2004).



Figuur 4.2.2: Percentage jongeren dat minimaal twee of drie keer per maand in de afgelopen maanden een ander heeft gepest in geselecteerde EU-landen, Verenigde Staten en Canada (Bron: Currie et al., 2004).

## **Wat zijn de schadelijke gevolgen van gedragsproblemen?**

### *Gedragsproblemen in de jeugd vaak voorloper van problemen in volwassenheid*

Uit verscheidene longitudinale studies komt naar voren dat gedragsproblemen in de jeugd gedurende de rest van het leven een zekere stabiliteit vertonen. In veel gevallen duren ze voort in de late adolescentie en de volwassenheid (Ferdinand & Verhulst, 1995; Ferdinand et al., 1995; Hofstra et al., 2002; Roza et al., 2003). Van veel van de volwassen delinquenten – en vooral die met een antisociale persoonlijkheidsstoornis – is uit onderzoek bekend dat de normoverschrijdende en agressieve gedragingen reeds ontstonden in de jeugd (Schoemaker & De Ruiter, 2005). Hoe jonger kinderen een gedragsstoornis ontwikkelen, hoe meer last ze later hebben van beperkingen en hoe vaker ze een beroep doen op de gezondheidszorg (Van 't Land & De Ruiter, 2006).

### *Jeugdigen met gedragsproblemen functioneren minder goed in contact met anderen*

Een kind met gedragsproblemen kan negatieve reacties uitlokken bij personen in zijn omgeving, zoals ouders of leerkrachten. Een ouder kan met harde discipline proberen het gedrag van het kind te beteugelen. Deze aanpak werkt verergering van gedragsproblemen in veel gevallen juist in de hand. Een kind met gedragsproblemen loopt ook het risico om door leeftijdgenoten buitengesloten te worden. De kans op antisociaal gedrag neemt in dat geval toe, omdat het kind intensiever contact zoekt met leeftijdgenoten met gedragsproblemen (Van 't Land & De Ruiter, 2006).

### *Kans op vroegtijdig overlijden hoger*

Kinderen die in de vroege jeugd gedragsproblemen hadden, hebben als volwassenen een grotere kans om vroegtijdig te overlijden. Jongeren met een combinatie van ernstige gedragsproblemen en emotionele problemen (depressie) hebben meer kans om zelfmoord te plegen dan jongeren met alleen een depressie. Jongeren met gedragsproblemen lopen later (tussen het 28<sup>e</sup> en 42<sup>e</sup> levensjaar) een verhoogd risico om op een gewelddadige manier om het leven te komen (Van 't Land & De Ruiter, 2006).

### *Maatschappelijke kosten aanzienlijk vooral bij slachtoffers*

De maatschappelijke kosten van gedragsproblemen zijn aanzienlijk voor de slachtoffers, de omgeving en de samenleving. In Amerikaans onderzoek wordt geschat dat een jeugdige die gedurende vier jaar regelmatig criminele overtredingen begaat en dit nog eens tien jaar als volwassene blijft doen, de maatschappij rond de 2,3 miljoen dollar kost. Een kleine groep (15%) van de jeugdige criminelen is verantwoordelijk voor driekwart van alle jeugdcriminaliteit. Het merendeel van deze groep heeft ernstige gedragsproblemen. Ongeveer 43% van de jongens en 12% van de meisjes die ooit in behandeling zijn geweest voor ernstige gedragsproblemen worden als volwassene tenminste één keer opgesloten in een gevangenis (Van 't Land & De Ruiter, 2006).

## **Wat is er bekend over de risicofactoren van gedragsproblemen?**

### *Aandacht voor specifieke risicofactoren voor gedragsproblemen*

Gedragsproblemen ontstaan, net als emotionele problemen, meestal door een combinatie van elkaar beïnvloedende factoren. Risicofactoren zijn grofweg in te delen in persoonsgebonden en omgevingsgebonden risicofactoren. De belangrijkste risicofactoren zijn al samengevat in paragraaf 4.1, die weer is gebaseerd op diverse overzichten (Hermanns et al., 2005; Maas & Jansen, 2000; Meijer et al., 2006; Schoemaker & De Ruiter, 2005). De meer algemene risicofactoren werden ook beschreven in paragraaf 4.1. Hieronder gaan we daarom vooral in op risicofactoren en risicogroepen die specifiek zijn voor gedragsproblemen. Dit overzicht is voornamelijk gebaseerd op Van 't Land & De Ruiter (2006).

*Gedragsproblemen voor een deel erfelijk bepaald*

Of een kind gedragsproblemen krijgt is voor een deel erfelijk bepaald. Van de meest ernstige gedragsproblemen (zwaar antisociaal of agressief gedrag) lijkt ongeveer de helft aan de genen te kunnen worden toegeschreven (Van 't Land & De Ruiter, 2006). Voor minder ernstige gedragsproblemen is dat percentage waarschijnlijk lager. Uit tweelingonderzoek blijkt dat in bepaalde families gedragsproblemen vaker voorkomen. In de praktijk zijn de effecten van erfelijkheid en opvoeding niet goed te scheiden, al was het maar omdat erfelijk belaste ouders ook anders opvoeden (Van 't Land & De Ruiter, 2006).

*Omgevingsgebonden risicofactoren vergroten kans op gedragsproblemen*

Een combinatie van een aantal omgevingsfactoren vergroot de kans dat een jongere een gedragsprobleem ontwikkelt (Van 't Land & De Ruiter, 2006). De afzonderlijke factoren hebben meestal alleen invloed als ook andere risicofactoren aanwezig zijn:

- Lage sociaaleconomische status.
- Psychiatrische stoornissen van de ouders.
- Crimineel gedrag van de ouders.
- Alcohol- en drugsmisbruik van de ouders.
- Roken en stress tijdens de zwangerschap.
- Huwelijksproblemen van de ouders.
- Lichamelijke kindermishandeling.
- Grote gezinnen (veel broertjes en zusjes).
- Negatieve ouder-kind interactie.

**Zijn er subgroepen van jongeren die hoogrisicogroepen vormen?**

*Gedragsproblemen vooral bij jongens in het VMBO-b*

Jongens hebben vaker gedragsproblemen dan meisjes (Ter Bogt et al., 2003; Van Dorsselaer et al., 2007; Van 't Land & De Ruiter, 2006). Als meisjes gedragsproblemen hebben, zijn ze minder vaak openlijk agressief (Van 't Land & De Ruiter, 2006). Allochtone jongeren melden meer gedragsproblemen dan autochtone jongeren (tabel 4.2.6). Hoe lager het onderwijsniveau, des te meer gedragsproblemen er voorkomen. In het VMBO-b heeft ongeveer een kwart van de leerlingen gedragsproblemen, in het VWO nog geen 10%. Deze verschillen blijven bestaan als wordt gecorrigeerd voor sekse, leeftijd en etniciteit (Ter Bogt et al., 2003; Van Dorsselaer et al., 2007).

Tabel 4.2.6: Percentage jongeren (12 tot en met 16 jaar) met gedragsproblemen naar etniciteit en schoolniveau in 2005<sup>a</sup> (Bron: Van Dorsselaer et al., 2007).

	Etniciteit		Schoolniveau			
	autochtoon	allochtoon	VMBO-b	VMBO-t	HAVO	VWO
Gedragsproblemen	12,6	22,8	23,2	16,3	10,2	7,1

<sup>a</sup> N = 5.422

## **Met welke interventies en beleidsmaatregelen kunnen gedragsproblemen bij kinderen en jongeren worden aangepakt?**

### *Op meerdere plaatsen ingrijpen in negatieve spiraal*

Net als emotionele problemen hebben gedragsproblemen hun wortels meestal al vroeg in een mensenleven (Hermanns et al., 2005). Met vroegtijdig ingrijpen kan een negatieve spiraal voorkomen worden, zoals die in paragraaf 4.1 is beschreven. Preventieve interventies verschillen in de plaats van de negatieve spiraal waarop ze aangrijpen. Van vroeg naar laat:

1. Het verbeteren van de omstandigheden binnen het gezin en/of de wijk waarin een kind zal gaan opgroeien.
2. Opvoedingsondersteuning voor ouders met baby's en jonge kinderen.
3. Integrale signalering van problemen met het welzijn van zeer jonge kinderen.
4. Het versterken van de copingvaardigheden en/of sociale vaardigheden van kinderen en jongeren.
5. Omgevingsinterventies om agressief gedrag en geweld te voorkomen.
6. Interventies gericht op hoogrisicogroepen, die nog geen gedragsproblemen hebben.
7. Interventies gericht op jeugdigen met gedragsproblemen.
8. Vroegsignalering en het stimuleren van het zoeken van hulp voor ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen.

Het onderstaande overzicht is vooral gebaseerd op twee rapporten (Hermanns et al., 2005; Lanting & Hoeymans, 2008). De preventieve interventies en maatregelen worden hieronder onderverdeeld naar de plaats in de spiraal waar ze op aangrijpen. Alleen wanneer uit onderzoek iets bekend is over de effectiviteit van de interventies, bespreken we ze in meer detail. Wanneer ze in paragraaf 4.1 al uitgebreid zijn besproken, dan zullen we dat hier niet nogmaals doen. We richten ons vooral op interventies en maatregelen die gericht zijn op gedragsproblemen, agressief gedrag en geweld. De interventies specifiek gericht op het voorkómen van geweld in het (semi)publieke domein zoals uitgaansgelegenheden en het betaald voetbal komen aan het einde in een tekstblok aan de orde.

### *Verbeteren buurtomstandigheden (1)*

Het gaat hier om lokaal integraal gezondheidsbeleid: achterstandsbeleid, huisvestingsbeleid en veiligheidsbeleid. Interventies zijn gericht op het bestrijden van geweld en armoede in de buurt/omgeving waarin het kind opgroeit, het verbeteren van achterstandswijken en het verbeteren van huisvesting in buurten waar dat nodig is. Ook aandacht voor sociale veiligheid en de inrichting van openbare ruimten (het stimuleren van sociale relaties in de buurt) horen tot deze categorie preventieve interventies. Enkele specifieke voorbeelden van integrale wijkgerichte interventies worden verderop in deze paragraaf beschreven in het tekstblok over de preventie van geweld in het (semi)publieke domein.

### *Opvoedingsondersteuning en integrale signalering van opvoedproblemen (2 en 3)*

Opvoedingsondersteuning is een belangrijk onderdeel van het jeugdbeleid voor 0- tot en met 19-jarigen (Meijer et al., 2006). Doel hiervan is onder andere het bevorderen van opvoedingsvaardigheden bij ouders. Deze aanpak is effectief gebleken in Australië (Scanlon, 1997). In Leiden en Den Bosch is ook met deze integrale aanpak gestart door NIZW en het Trimbos-instituut. Deze aanpak krijgt vorm door een beperkte massamediale campagne, consultatieprogramma's en intensieve training gericht op het gedrag. Een integraal systeem van vroegsignalering: 'Samen starten' (Hermanns et al., 2005; ZonMw, 2008; zie ook paragraaf 4.1) zou ook voor gedragsproblemen geschikt kunnen zijn.

### *Gezinsinterventies zijn arbeidsintensief maar veelbelovend (2)*

Jonge kinderen met gedragsproblemen lopen een hoger risico om ook op latere leeftijd in de problemen te komen (ook door bijvoorbeeld middelengebruik). Behandeling van deze kinderen (gedragstherapie) en hun ouders (oudertraining en cognitieve gedragstherapie) gaf in vergelijking met een controlegroep



vijf jaar later zowel minder middelengebruik als gedragsproblemen. Deze behandeling is tamelijk intensief maar werpt vruchten af (Zonneville-Bender et al., 2007). Een andere veelbelovende preventieve interventie gericht op het gezin is Triple P. Doelgroep voor deze interventie zijn ouders van kinderen en jongeren met een verhoogd risico op gedragsproblemen. Dit is een interventie om ouders een aantal opvoedingsvaardigheden aan te leren, ter vermindering van gedragsproblemen van kinderen. Deze aanpak wordt vooral toegepast bij kinderen jonger dan 10 jaar. Het programma laat in meerdere landen en in meerdere praktijksituaties positieve effecten zien op opvoedingsgedrag van ouders en op vermindering van gedragsproblemen bij kinderen (Rigter, 2007).

*Aanleren van sociale en copingvaardigheden op school is mogelijk (4)*

Interventies gericht op het versterken van copingvaardigheden, sociale vaardigheden en/of de sociaal-emotionele ontwikkeling, ongeacht de risicostatus van de leerlingen, zijn geschikt om op scholen in te zetten. Via projecten als 'De gezonde school' is bijvoorbeeld aandacht voor preventie van pesten en het bevorderen van de sociaal-emotionele ontwikkeling (Meijer et al., 2006). 'De Veilige School' is een bredere landelijke campagne voor het voortgezet onderwijs (Van der Knaap et al., 2006). In 2000 is de campagne geëvalueerd. De conclusie is dat er geen verschil is in gewelddadig gedrag tussen 1993 en 2000. Het is mogelijk dat de campagne een stijging van geweld heeft weten te voorkomen, maar hierover zijn op grond van dit onderzoek geen uitspraken te doen (Van der Knaap et al., 2006).

*Enkele intensieve projecten rond veiligheid op scholen zijn veelbelovend (4 en 5)*

RiPP (Responding in Peaceful and Positive Ways) is een project uit de Verenigde Staten dat grote overeenkomsten vertoont met de in Nederland toegepaste methodiek van C&SCO. C&SCO biedt scholen ondersteuning in het vergroten van veiligheid op school. Het is bedoeld voor leerlingen uit de onderbouw van het voortgezet onderwijs, evenals voor hun leraren, andere betrokken schoolmedewerkers en ouders. C&SCO helpt scholen om kinderen te leren zonder geweld met conflicten om te gaan door het aanleren van kennis, vaardigheden en gedrag en door oefening. Het project wordt ook geïntegreerd in andere lessen, buiten de lokalen en zelfs buiten de school. Met het combineren van elementen uit RiPP en de C&SCO-methode verwacht het ministerie van Justitie ook in Nederland succesvolle resultaten ten aanzien van preventie van geweld te behalen. De Amerikaanse evaluatie van RiPP laat onder andere zien dat er in de leeftijdsgroep van 11- en 12-jarigen minder verbaal geweld, pesten en schorsingen plaatsvonden op school. In de leeftijdsgroep van 12- en 13-jarigen werden minder spanningen ervaren door leerlingen, was er sprake van minder drankgebruik bij jongens en waren er minder schorsingen bij jongens. De combinatie van RiPP en de C&SCO-methode in Nederland is nog niet geëvalueerd (Lanting & Hoeymans, 2008).

*Aandacht voor regels op school in het programma Taakspel is effectief in het terugdringen probleemgedrag (4)*

Een voorbeeld van een effectief gebleken interventie ter preventie van gedragsproblemen op school is 'Taakspel'. Dit is een universeel preventieprogramma waarbij leerlingen uit het basisonderwijs door middel van een spel leren zich beter aan klassenregels en regels op de speelplaats te houden. Doel is het verbeteren van taakgericht gedrag en het verminderen van regelovertrekend gedrag bij de kinderen en het bevorderen van een positief onderwijsklimaat. Uiteindelijk doel is beginnend probleemgedrag in een vroeg stadium te verminderen en om te buigen in positief gedrag (Hermanns et al., 2005).

*Geweld binnen relaties kan gedeeltelijk worden voorkomen (4)*

'Stay in Love' is een in Nederland toegepaste methode, gericht op het voorkomen van relatiegeweld, door jongeren kennis te geven en bewust te maken van wat een goede relatie is en hoe ze die in stand kunnen houden (Lanting & Hoeymans, 2008). Het is gebaseerd op een succesvol project uit Canada, 'Safe Dates', dat gericht is op de vermindering van dader- en slachtofferschap van geweld binnen

relaties van jongeren. Stay in Love is bedoeld voor jongeren van 14 tot en met 18 jaar in het voortgezet onderwijs en maakt gebruik van de sterke elementen uit Safe Dates, bijvoorbeeld het betrekken van ouders bij het onderwerp. Het project biedt een zeer gevarieerd lesaanbod. Stay in Love wordt in opdracht van het ministerie van Justitie, door het Trimbos-instituut in de Nederlandse context getest en geëvalueerd. Uit een evaluatie van Safe Dates in Canada blijken deelnemende jongeren tot vier jaar na de interventie 60% minder vaak dader van relatiegeweld te zijn. Het programma bleek voor zowel jongens als meisjes effectief te zijn. Het programma Stay in Love heeft een positief effect ten aanzien van houdingen en gedragsintenties van jongeren op de risicofactoren controle, jaloezie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, hulpbehoevend gedrag, vernedering in het openbaar, partner proberen te veranderen, alcoholgebruik en ruzie met verbaal geweld (Lanting & Hoeymans, 2008).

*Effect interventies specifiek gericht op crimineel gedrag is moeilijk aan te tonen (7)*

Vanuit het project 'Veiligheid begint bij Voorkomen' wordt vanuit het ministerie van Justitie vooral de persoonsgerichte aanpak van (potentiële) geweldplegers geïntensiveerd. Dit gebeurt onder meer door binnen en buiten de justitiële setting gedragsbeïnvloedende maatregelen aan te bieden, gericht op het terugdringen van agressief en gewelddadig gedrag. Ook wordt het toepassen van methodieken voor geweldloze conflictoplossing (zoals buurtbemiddeling en leerlingbemiddeling) gestimuleerd. Door methodologische beperkingen van het effectonderzoek kan de effectiviteit niet goed aangetoond worden. De enige (min of meer) bewezen effectieve interventie is preventieve hulpverlening aan jongeren met politiecontact in Den Haag (Hermanns et al., 2005).

*Vervolg op vroegsignalering van gedragsproblemen is belangrijk (8)*

Vroegsignalering is in alle settings belangrijk: gezin (ouders), school (leerkrachten) en wijk (openbare gezondheidszorg, consultatiebureaus, GGD). De tweedelijns-GGZ biedt daarna het vervolg op de vroegsignalering van de ernstigste problemen en stoornissen in de vorm van opvang, begeleiding en behandeling, eventueel in forensische settings. De beperkte capaciteit van de jeugd-GGZ staat dit vaak in de weg (Van 't Land et al., 2005).

## **Samenvatting**

Van alle ziekten en stoornissen leiden psychische problemen, vooral omdat ze relatief vaak voorkomen, tot het meeste verlies aan kwaliteit van leven van jongeren. Eén op de negen jongeren van 11 tot en met 18 jaar heeft ernstige gedragsproblemen. In andere westerse landen is dat ongeveer hetzelfde. Ernstige gedragsproblemen van jongeren blijven in de volwassenheid vaak bestaan. Gedragsproblemen bij jongeren zijn de laatste twintig jaar niet of nauwelijks toegenomen. Wel is het zorggebruik ten gevolge van gedragsproblemen gegroeid, vanwege betere herkenning en verruiming van het zorgaanbod. Een breed spectrum aan preventieve interventies wordt aangeboden, van opvoedingsondersteuning heel vroeg in het leven, tot interventies gericht op jongeren met beginnende gedragsproblemen. Slechts een klein deel van deze interventies, is bewezen effectief. Er zijn de laatste jaren enkele veelbelovende integrale interventies op lokaal niveau ontwikkeld voor het tegengaan van uitgaansgeweld, waarin bij voorbeeld ook aandacht is voor overmatig alcoholgebruik.

**Tekstblok: Preventie van geweld in het publieke domein**

*Preventieve interventies van en maatregelen tegen geweld in het (semi)publieke domein*

De preventie van geweld in het (semi)publieke domein is beleidsmatig een belangrijk onderwerp, dat samenhangt met de in deze paragraaf beschreven aanpak van gedragsproblemen. Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Justitie (WODC) heeft een onderzoek gedaan naar ‘best practices’ (Van der Knaap et al., 2006). Het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) heeft, deels gebaseerd op door het WODC geïnventariseerde preventie maatregelen, best practices en ‘veelbelovende practices’ tegen geweld verzameld (CCV, 2006a). Hieronder bespreken we kort de belangrijkste interventies waarnaar effectonderzoek is gedaan. Ze worden stuk voor stuk veel uitgebreider beschreven in Lanting & Hoeymans (2008).

- De ‘Handreiking gedragscodes’ is een landelijke interventie die praktische adviezen en een globaal stappenplan bevat voor het ontwikkelen van een gedragscode. Deze gedragscode kan bestemd zijn voor een buurt, vrijetijdsbesteding, sportvereniging en school. Uit een evaluatie blijkt echter dat deelnemers van gedragscodeprojecten geen wezenlijk andere opvattingen lijken te hebben over hun rol en verantwoordelijkheid in probleemsituaties dan mensen die niet aan een gedragscodeproject hebben deelgenomen (Van Kan & Tönis, 2005).
- In het convenant ‘Veilig Uitgaan’ is vastgelegd dat alle gemeenten met meer dan 25.000 inwoners en een geconcentreerd uitgaansgebied, uiterlijk in 2002 een structurele aanpak van de geweldproblematiek in het uitgaansgebied hadden ontwikkeld (Wittebrood, 2006). In 2004 heeft de Algemene Rekenkamer het convenant Veilig Uitgaan op effecten geëvalueerd (Algemene Rekenkamer, 2004). De onderzoekers concluderen dat een dergelijk convenant geen aantoonbaar effect heeft op het aantal geregistreerde incidenten van uitgaansgeweld. Wel blijkt dat wanneer in het convenant afspraken zijn opgenomen over twee van drie ‘succesfactoren’, dit een gunstig effect heeft op het aantal ‘lichte’ incidenten van uitgaansgeweld (Wittebrood, 2006; Van der Knaap et al., 2006).
- Het project ‘Nee! tegen geweld’ richt zich op de aanpak van uitgaansgeweld in de binnenstad van Leeuwarden. Directe aanleiding voor de aanpak vormde de dood van de 30-jarige Meindert Tjoelker. De aanpak bestaat uit een mix van 42 actiepunten (voor details, zie CCV, 2006a). De aanpak is succesvol gebleken. Het geweld in de binnenstad van Leeuwarden op uitgaanstijdstippen is met 9% afgenomen. Ook het doel van concrete samenwerking is gehaald. Het project is inmiddels getransformeerd tot onderdeel van regulier beleid en het merendeel van de actiepunten is uitgevoerd (CCV, 2006a).
- Een tweede Leeuwardense project ‘Helden rond de velden’ bestrijdt voetbalvandalisme en is in 2000 gestart. Betrokken partijen zijn voetbalclub Cambuur, politie, gemeente en Het Buro (gespecialiseerd in de intensieve trajectbegeleiding van probleemjongeren). Het project heeft zijn vruchten afgeworpen. Het aantal stadionverboden daalde, en ook recidive is niet voorgekomen. Daarnaast heeft het project gezorgd voor een nauwe samenwerking tussen politie, voetbalclub Cambuur en de gemeente (CCV, 2006a). Aan het project is via het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) een vertaalslag gegeven, zodat het nu op relatief eenvoudige wijze op bredere schaal kan worden uitgevoerd. Betaald Voetbal Organisaties uit eerste divisie en eredivisie worden uitgenodigd met deze ‘supportersprojecten’ aan de slag te gaan (CCV, 2006b).



## 5 Clustering van leefstijl en problemen

*Elke Zeijl, Saskia van Dorsselaer, Wilma Vollebergh en Tom ter Bogt*

In de vorige hoofdstukken is een vijftal ongezonde leefgewoonten van jongeren voor het voetlicht gebracht: overmatig alcohol-, tabak- en cannabisgebruik, overgewicht en riskant seksueel gedrag. Daarnaast is aandacht besteed aan de psychische problemen van jongeren. Afzonderlijk kunnen deze gedragingen en problemen een grote impact hebben op het leven en de gezondheid van jongeren, zeker als zij extreme(re) vormen aannemen. De kans op acute en toekomstige gezondheidsproblemen neemt echter vooral toe als jongeren meer dan één vorm van ongezond gedrag vertonen al dan niet samengaand met psychische problemen. In hoeverre komt dit voor, en hoe groot is de groep jongeren die er een problematische leefstijl op na houdt? En zijn er groepen jongeren met een verhoogd risico hierop? In dit hoofdstuk staan deze vragen centraal. Om zicht te krijgen op het vóórkomen van ongezond gedrag, al dan niet in combinatie met psychische problemen, bij dezelfde jongeren zijn analyses gedaan op het gegevensbestand van het Health Behavior in School-aged Children (HBSC) onderzoek van 2005 (Van Dorsselaar et al., 2007). Dit onderzoek bevat informatie over de leefstijlfactoren die in dit rapport centraal staan. We beperken ons daarbij tot de jongeren van 12 tot en met 16 jaar. Analyses zijn gedaan op zeven kernindicatoren die aansluiten bij de kennis omtrent riskant gezondheidsgedrag: overgewicht (inclusief obesitas), wekelijks roken (minimaal één keer per week roken), alcoholgebruik in de laatste maand, ooit cannabis gebruikt, ooit seksuele gemeenschap gehad, emotionele problemen en gedragsproblemen.

### **Toelichting op de analyses en leeswijzer bij tabel 5.1**

In tabel 5.1 is de onderlinge samenhang tussen de verschillende ongezonde gedragingen en de psychische problemen weergegeven in zogenaamde odds ratio's. Een odds ratio is een veelgebruikte maat voor het weergeven van relatieve kansen. Elk getal in de tabel geeft aan hoe groot de kans is dat een jongere die bepaald ongezond gedrag vertoont ook ander ongezond gedrag vertoont ten opzichte van jongeren die het eerste ongezonde gedrag niet vertonen. Zo blijkt uit de tabel 5.1 dat jongeren die in de afgelopen maand alcohol dronken een 6,7 keer zo grote kans hebben om de laatste week te hebben gerookt, vergeleken bij jongeren die de afgelopen maand geen alcohol dronken. Andersom hebben rokers een 6,7 keer zo grote kans om te drinken. Een odds ratio van ongeveer 1 wil zeggen dat beide groepen jongeren een even grote kans hebben op het vertonen van ander ongezond gedrag. Dat geldt bij voorbeeld voor overgewicht en alcoholgebruik (0,9). Dit betekent dat bij jongeren overgewicht en alcoholgebruik niet samenhangen. Is dat verband er wel, dan geldt: hoe meer de odds ratio verschilt van 1, des te groter de kans op het voorkomen van die gedragingen bij dezelfde jongeren. De odds ratio's die significant groter zijn dan 1 staan in de tabel vetgedrukt.

### **Welke ongezonde leefgewoonten hangen onderling en met psychische problemen samen?**

#### *Sterke samenhangen tussen het gebruik van verschillende middelen*

Uit tabel 5.1 blijkt allereerst dat er sterke samenhangen zijn tussen roken, cannabisgebruik en alcoholgebruik (tabel 5.1; blauwe driehoek). Jongeren die roken hebben een bijna 22 keer zo grote kans om ook cannabis te gebruiken dan niet-rokende jongeren (odds ratio = 21,7). Deze bijzonder sterke samenhang tussen roken en cannabis gebruik is overigens niet vreemd en is vrijwel geheel te verklaren uit het feit dat cannabis doorgaans in sigaretten gerookt wordt (paragraaf 3.4). Verder is er een

duidelijk verband tussen alcohol drinken en roken. Drinkende jongeren hebben een bijna 7 keer grotere kans om te roken dan hun niet-drinkende leeftijdgenoten (odds ratio = 6,7). Het gebruik van alcohol hangt ook samen met het gebruik van cannabis. Jongeren die alcohol drinken hebben een bijna 9 keer zo grote kans om cannabis te roken dan niet-drinkende jongeren (odds ratio = 8,7).

Tabel 5.1: Samenhang tussen vijf ongezonde leefgewoonten onderling en psychische problemen: de kans dat 12- tot en met 16-jarige jongeren die gedrag A vertonen ook gedrag B vertonen<sup>a</sup>.

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

<sup>a</sup> Multivariate logistische regressie analyses gecorrigeerd voor leeftijd, sekse, schoolniveau, etniciteit en onvolledig gezin (n = 5.422 voortgezet onderwijs 12 tot en met 16 jaar).

**Vet** = significant verschil met referentie groep (groep die het desbetreffende gedrag niet heeft vertoond) p<0,05.

#### *Ook: samenhang tussen vroege seks en middelengebruik*

Daarnaast zijn er significante kansverschillen tussen het al dan niet gebruik van verschillende middelen en het hebben van seks voor het 17<sup>e</sup> levensjaar. Zo gaan zowel het roken van sigaretten (odds ratio = 6,4), cannabis gebruik (odds ratio = 6,9), als het gebruik van alcohol (odds ratio = 5,1) samen met een duidelijk grotere kans op het hebben gehad van seks relatief vroeg in de levensloop.

#### *...en samenhangen tussen gedragsproblemen en middelengebruik*

Verder is er sprake van een duidelijke, zij het naar verhouding wat minder sterke, samenhang tussen het gebruik van verschillende middelen en gedragsproblemen. Jongeren die alcohol drinken hebben vaker gedragsproblemen dan jongeren die niet drinken (odds ratio = 2,1). Hetzelfde geldt voor jongeren die sigaretten (odds ratio = 2,8) en cannabis (odds ratio = 2,4) roken in vergelijking met jongeren die dit niet doen. Ook jongeren die relatief vroeg zijn gestart met seksueel gedrag hebben vaker gedragsproblemen dan jongeren die hier later mee startten (odds ratio = 2,5).

#### *Gedragsproblemen en emotionele problemen hangen samen*

Tabel 5.1 laat verder zien dat gedragsproblemen ook samenhangen met emotionele problemen (zie ook de inleiding van hoofdstuk 4). Jongeren die gedragsproblemen vertonen hebben een ongeveer 3,5 keer zo grote kans om ook emotionele problemen te hebben dan jongeren die geen gedragsproblemen hebben.

#### *Overgewicht vooral gekoppeld aan emotionele problemen*

Overgewicht vertoont vooral samenhang met emotionele problemen en, in mindere mate, met gedragsproblemen (tabel 5.1). Deze kansverhoudingen zijn klein te noemen in vergelijking met de kansverhoudingen die zijn gevonden voor ander ongezond en probleemgedrag, maar ze zijn wel statistisch significant (odds ratio = 1,5 en 1,3; tabel 5.1). Voor overgewicht zijn geen significante verbanden gevonden met middelengebruik en vroege seks. Jongeren met en zonder overgewicht vertonen dergelijk gedrag even vaak.

*Onvoldoende ontbijten betere samenhang met ander ongezond gedrag dan overgewicht*

Overgewicht is in feite geen leefstijlfactor, maar de resultante van een ongezond eetpatroon en/of weinig bewegen. Om na te gaan of dit mogelijk het gebrek aan samenhang met de overige leefstijlfactoren verklaart is in nadere analyses bezien of er misschien sterkere verbanden bestaan met het beweeg- en eetpatroon van jongeren. Gekeken is naar de hoeveelheid tijd die jongeren besteden aan sport en bewegen (minder dan 7 dagen per week één uur bewegen; minder dan 2 uur sport in de week) en in hoeverre zij dagelijks fruit eten en ontbijten. Deze analyses laten inderdaad zien dat onvoldoende ontbijten sterkere verbanden vertoont met alcohol drinken (odds ratio = 2,1; niet in de tabel), roken (odds ratio = 2,3), cannabis gebruik (odds ratio = 2,2) en seks voor het 17e levensjaar (odds ratio = 1,6) dan overgewicht. Ook het verband met gedragsproblemen is iets sterker (odds ratio = 1,8), terwijl het verband met emotionele problemen hetzelfde is. De andere leefstijlen achter overgewicht - weinig bewegen en sporten of onvoldoende fruit eten - lieten juist minder sterke samenhangen met deze gedragingen zien in vergelijking met overgewicht.

*Oorzaak, gevolg en verdere verloop onduidelijk*

Het is van belang bij deze resultaten steeds in het achterhoofd te houden dat niet bekend is wat nu oorzaak en wat gevolg is. Uit deze cijfers is bijvoorbeeld niet af te leiden of de gedragsproblemen van jongeren tot gevolg hebben dat zij (meer) alcohol of drugs zijn gaan gebruiken, of dat deze problemen juist zijn ontstaan omdat ze alcohol en drugs gebruiken. Ook is het denkbaar dat ze gelijktijdig onder invloed van weer andere (risico)factoren zijn ontstaan, bijvoorbeeld een ongezonde jeugdsubcultuur of een sterke behoefte tot experimenteren. Verder is niet duidelijk hoe deze ontwikkelingen zich zullen voortzetten als jongeren ouder worden. Trendcijfers laten bijvoorbeeld zien dat de huidige generatie jongeren van 12 tot en met 16 jaar veel drinkt, terwijl jongvolwassenen van 18 tot en met 24 jaar naar verhouding het meeste drinken van de bevolking (paragraaf 3.2). Voor het gebruik van cannabis geldt het omgekeerde: dit gedrag neemt na de jongvolwassenheid doorgaans sterk af (paragraaf 3.4). In latere levensfasen worden vaker andere drugs gebruikt (Van Laar et al., 2008). Wat dit betekent voor de samenhang die bestaat tussen verschillende gedragingen is niet bekend. Wel is duidelijk dat verschillende soorten ongezond gedrag vaak bij dezelfde jongeren van 12 tot en met 16 jaar voorkomen, al dan niet in combinatie met psychische problemen.

**Hoe groot is de groep jongeren met een duidelijk ongezonde leefstijl?***Ongeveer één op de vijf jongeren van 12 tot en met 16 jaar vertoont drie of meer risicogedragingen*

In de analyse is ook nagegaan hoeveel jongeren in de leeftijdsgroep 12 tot en met 16 drie of meer van de door ons onderzochte ongezonde leefgewoonten en/of psychische problemen vertonen. Het gaat om ongeveer één op de vijf jongeren (tabel 5.2). Van deze groep kan gezegd worden dat zij er een ongezonde leefstijl op nahouden en/of extra kwetsbaar zijn voor emotionele of gedragsproblemen. Deze uitkomst betekent ook dat ongeveer 80% van de jongeren van 12 tot en met 16 jaar minder dan drie van de hier onderzochte ongezonde gedragingen en psychische problemen tegelijk vertoont. Het kan hier overigens om, verschillende combinaties van gedragingen gaan. Hier komen we later op terug.

Tabel 5.2: Samengaan van ongezonde leefgewoonten en psychische problemen: percentage jongeren met drie of meer ongezonde leefgewoonten of psychische problemen naar leeftijd en geslacht<sup>a</sup>.

	Voortgezet onderwijs												
	Totaal			12 jaar		13 jaar		14 jaar		15 jaar		16 jaar	
	j	m	tot	j	m	j	m	j	m	j	m	j	m
Drie of meer gedragingen of problemen	19,3	21,5	20,5	5,8	3,9	8,4	10,0	19,8	22,1	27,0	35,3	45,0	45,3

<sup>a</sup> Percentage; n = 5.422 voortgezet onderwijs 12 tot en met 16 jaar.

#### *Combinatie van risicogedragingen en problemen neemt toe met de leeftijd*

Het aantal jongeren dat drie of meer risicogedragingen vertoont stijgt snel met de leeftijd, zowel onder jongens als onder meisjes (tabel 5.2). In de brugklas, op de leeftijd van 12 jaar, valt ongeveer 5% in de groep die meer dan drie risicogedragingen stapelt. In klas vier, rond de leeftijd van 16 jaar, betreft het al bijna de helft van de leerlingen. Voor een deel valt dit te verklaren uit het gegeven dat middelengebruik snel toeneemt met de leeftijd. De verschillen tussen jongens en meisjes zijn overigens niet significant.

#### *VMBO-leerlingen hebben riskantere leefstijl*

Verder valt op dat leerlingen van het VMBO, en dan met name de jongeren in de beroepsgerichte leerweg (VMBO-b), aanzienlijk vaker combinaties van ongezond gedrag en emotionele en gedragsproblemen vertonen (tabel 5.3). De grootste verschillen worden daarbij gevonden met VWO leerlingen. Ongeveer één op de drie leerlingen van het VMBO-b vertoont drie of meer ongezonde gedragingen en/of psychische problemen ten opzichte van bijna één op de tien leerlingen van het VWO.

Tabel 5.3: Samengaan van ongezonde leefgewoonten en psychische problemen: percentage jongeren met drie of meer ongezonde leefgewoonten of psychische problemen naar etniciteit en schoolniveau<sup>1</sup>.

	Etniciteit		Schoolniveau			
	Autochtoon	Allochtoon <sup>2</sup>	VMBO-b	VMBO-t	HAVO	VWO
3 of meer gedragingen of problemen	20,9	16,4	30,3 <sup>a</sup>	20,1 <sup>b</sup>	17,5 <sup>b</sup>	9,8 <sup>c</sup>

<sup>1</sup> Verschillende superscripten betekenen dat verschillen tussen de groepen significant zijn (BI niet overlappend).

<sup>2</sup> Verschil tussen autochtoon en allochtoon significant (BI niet overlappend).

n = 5.422 voortgezet onderwijs

#### *Etniciteit en sekse: kleine verschillen*

Opvallend is dat er relatief weinig verschillen zijn tussen jongens en meisjes (tabel 5.2). Dit laat onverlet dat er verschil zit in het soort risicogedrag dat meisjes en jongens doorgaans vertonen. De groep meisjes met drie of meer risicogedragingen heeft bijvoorbeeld vaker psychische problemen, terwijl bij jongens met meer dan drie risicogedragingen er vaker sprake is van het stapelen van middelengebruik.



Tot slot blijkt dat autochtone jongeren iets vaker meerdere risicogedragingen tegelijkertijd vertonen, al dan niet gecombineerd met psychische problemen, allochtone jongeren. Hierbij is overigens geen onderscheid gemaakt tussen jongeren uit verschillende etnische groepen (tabel 5.3). Dit heeft voor een belangrijk deel te maken met het feit dat autochtone jongeren aanzienlijk vaker drinken dan allochtone jongeren (paragraaf 3.2). Net zoals bij sekse geldt ook hier dat het type risicogedrag dat tegelijk voorkomt verschilt tussen autochtone en allochtone jongeren. Bij autochtone jongeren met drie of meer risicogedragingen is, zoals gezegd, het gebruik van alcohol vaker onderdeel van hun leefstijl. Allochtone jongeren met drie of meer risicogedragingen zullen vaker te kampen hebben met gedragsproblemen of overgewicht. Het maakt bij deze bevindingen overigens weinig uit of bij de onderlinge samenhangen wordt gekeken naar overgewicht of naar het ontbijtgedrag van jongeren.

#### *Clusteringen ook gevonden in ander onderzoek*

Als we deze resultaten vergelijken met gegevens uit ander nationaal en internationaal onderzoek dan blijkt dat ook daar verschillende verbanden zijn gevonden tussen vormen van ongezonde leefstijl, al dan niet in combinatie met psychische problemen. Zo laat de Rotterdamse Jeugdmonitor bij jongeren uit de brugklas en klas drie van het voortgezet onderwijs ook duidelijke samenhangen zien tussen het alcohol-, tabak- en drugsgebruik (jeugdmonitor Rotterdam, 2007). In de internationale literatuur zijn dergelijke analyses over zoveel factoren vrijwel niet gedaan. Wel zijn in diverse onderzoeken bij jongeren steeds wel enkele van deze verbanden gevonden (Lavik et al., 1991; Pohjanpää et al., 1997; Dembo et al., 1988; Rashad & Kaestner, 2003; Merrill et al., 2005; Siqueira & Brook, 2003).

### **Samenvatting**

#### *Clustering van ongezond gedrag vraagt om gecombineerde preventieve aanpak*

Veel van de ongezonde gedragingen gaan samen bij dezelfde jongeren, ook al wordt dat door de nadruk op de afzonderlijke leefstijlfactoren vaak vergeten. Onder jeugdigen van 12 tot en met 16 jaar zijn het vaak dezelfde jongeren die alcohol drinken, roken, cannabis gebruiken en riskant seksueel gedrag vertonen. Mogelijk wordt deze samenhang verklaard door een overkoepelende factor zoals jeugdcultuur of experimenteergedrag. Interventies gericht op afzonderlijke risicogedragingen bij jongeren moeten daarom in ieder geval onderling worden afgestemd, maar bij voorkeur worden gecombineerd tot één aanpak. Dit zou het effect kunnen verhogen, omdat preventieve interventies gericht op één factor ook vaak onbedoelde effecten hebben op andere levenssterreinen. Dit wordt wel het 'spillover-effect' genoemd (Hays & Ellickson, 1996).



## 6 Slotbeschouwing

*Elke Zeijl, Carola Schrijvers en Casper Schoemaker*

Jongeren van nu hebben veel mogelijkheden te experimenteren om zo uit te vinden wie ze zijn en wat ze leuk vinden. Veel jongeren schuiven verantwoordelijkheden (baan, gezin) voor zich uit en maken intensief gebruik van de grote ‘speelruimte’ die er vandaag de dag is om (nieuwe) dingen uit te proberen (Vollebergh, 2008). Experimenteren is overigens niet alleen maar negatief, maar is ook een belangrijk leermechanisme (Meeus et al., 1999). De adolescentie is wel de periode waarin meer geëxperimenteerd wordt dan in andere levensfasen.

Het experimenteergedrag van de jeugd roept tegelijkertijd vaak bezorgdheid op, vooral over de schade die het voor jongeren zelf en voor de omgeving met zich kan meebrengen (Engels, 2003; Schnabel, 2008). De vraag is nu waar het gedrag van jongeren schadelijk wordt en een gezonde ontwikkeling in de weg staat. En in hoeverre jongeren dergelijk gedrag vertonen en welke jongeren dat zijn. Een hierop aansluitende vraag is wat we weten over (effectieve) preventie van schadelijk gedrag van jongeren. In dit rapport staan deze vragen centraal. Vijf ongezonde gewoonten zijn in dit verband tegen het licht gehouden: roken, alcoholgebruik, cannabisgebruik, overgewicht<sup>10</sup> en riskant seksueel gedrag. Daarnaast is gekeken naar de psychische gezondheid van jongeren. In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste bevindingen hieromtrent samen. We gaan eerst kort in op de vraag waar ‘goed’ gedrag op deze terreinen overgaat in ‘fout’ gedrag, in de zin dat het gedrag de kans op blijvende gezondheidsschade substantieel vergroot, om vervolgens in te gaan op:

- de trends die er zijn in het gezondheidsgedrag van Nederlandse jongeren;
- de groepen jongeren die de meeste risico’s lopen;
- de risicofactoren die de kans op ongezond gedrag op deze terreinen vergroten;
- de settings waarin momenteel interventies plaatsvinden;
- de effectiviteit van de huidige interventies;
- de betekenis van deze stand van zaken voor mogelijk toekomstig preventiebeleid

### 6.1 Wat is er bekend over de gezondheidsschade van de zeven onderzochte gedragingen?

*Weinig ernstige ziekten onder de Nederlandse jeugd*

Als we kijken naar het vóórkomen van ernstige ziekten in Nederland dan blijkt uit hoofdstuk 2 dat het met de gezondheid van de meeste kinderen en jongeren goed gaat. Zowel de sterfte, het aantal ziektegevallen, het aantal ziekenhuisopnamen en de kosten van de gezondheidszorg zijn, in verhouding tot de rest van de bevolking, laag bij de jeugd. Veel ernstige ziekten, die zorgen voor de grootste ziektelast in Nederland, komen niet of nauwelijks voor onder jongeren. Het zijn de ziekten die zich vooral op latere leeftijd manifesteren, zoals coronaire hartziekten, beroerte, COPD, diabetes en longkanker. De ziektes die naar verhouding veel ziektelast onder jongeren veroorzaken vloeien voornamelijk voort uit psychische aandoeningen en ongevallensel en in de vroege kindertijd (ook) uit aangeboren afwijkingen (hoofdstuk 2).

---

<sup>10</sup> Overgewicht wordt in de rest van dit hoofdstuk tot de ongezonde gedragingen gerekend, hoewel het de resultante is van twee ongezonde gedragingen, namelijk een gebrek aan lichaamsbeweging en/of een te energierijk voedselpatroon.

### *Maar aandacht voor ongezond gedrag van jongeren is nodig*

Met deze constatering zijn echter niet alle vragen over de gezondheid van Nederlandse jongeren beantwoord. In de jeugdfase wordt namelijk een belangrijke basis gelegd voor de toekomstige (on)gezondheid. Een deel van de gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd is al in de jeugd te voorkomen, of uit te stellen, door gezond gedrag bij jongeren te stimuleren. Daarnaast verdient ongezond gedrag bij de jeugd aandacht omdat het ook op korte termijn negatieve effecten op de gezondheid heeft. Zo treedt bij jongeren, die geregeld veel alcohol in een korte tijd drinken, acute gezondheidschade op (paragraaf 3.2). Een ander voorbeeld is dat jongeren, die zonder condoom seks hebben, risico lopen op seksueel overdraagbare aandoeningen (paragraaf 3.5).

### *Ongezond gedrag bij de jeugd heeft ook maatschappelijke gevolgen*

In dit verband is het belangrijk te constateren dat de nadelige effecten van ongezond gedrag zich vaak verder uitstrekken dan tot het individu zelf, namelijk tot de (sociale) omgeving. Misbruik van alcohol kan niet alleen leiden tot blijvende hersenschade of verslaving bij individuen, maar hangt ook samen met ander risicogedrag zoals spijbelen, agressie of crimineel gedrag (paragrafen 3.2 en 4.2). Obesitas resulteert doorgaans in een algemeen slechtere gezondheid, wat weer kan leiden tot meer schoolverzuim door ziekte en verminderde kansen op een maatschappelijke carrière (paragraaf 3.1). Ook dat passief roken grote gevolgen voor de gezondheid kan hebben, is een bekend gegeven (paragraaf 3.3). In dit rapport ligt het accent vooral op de beschrijving en preventie van de individuele gezondheidsrisico's van een ongezonde leefstijl. Dit wil niet zeggen dat de maatschappelijke kant van ongezond gedrag minder belangrijk is. Het is voor de overheid vaak één van de meer centrale redenen om in te willen grijpen in het leven van mensen (werkgroep IBO preventie, 2007). Denk bijvoorbeeld aan het ophanden zijnde rookverbod in de horeca (paragraaf 3.3), of aan de maatregelen om geweld in uitgaansgelegenheden te beteugelen (paragraaf 4.2).

### *Continue ontwikkelingen in het gezondheidsgedrag van jongeren en in de inzichten over de gevolgen daarvan*

Bij de selectie van drie aspecten van de gezondheidspatronen van jongeren die risicovol zijn maakten we in deze rapportage gebruik van bestaande wetenschappelijke inzichten. Wat ons daarbij opviel was dat deze inzichten er soms pas recentelijk zijn of in de loop van de jaren (soms sterk) zijn veranderd. Daarnaast staat ook het gezondheidsgedrag van jongeren niet stil. Breezers, mp3-spelers, de partydrug GHB en nu (opnieuw) weer paddo's en zogenaamde pro-ana sites, waar een anorectische levensstijl wordt gepropageerd, zijn steeds weer nieuwe ontwikkelingen die in dit verband om aandacht vragen. Daarbij komt dat er doorgaans geen één op één relatie bestaat tussen het vertonen van bepaald ongezond gedrag of psychische problemen enerzijds en het krijgen van gezondheidsproblemen op kortere of langere termijn anderzijds. Op dit moment bestaat voor een aantal gedragingen een redelijke wetenschappelijke consensus over waar 'goed' overgaat in 'fout', in de zin dat het gedrag de kans op gezondheidsproblemen substantieel vergroot. Een verhoogde kans betekent in dit verband dat significant meer, maar zeker niet alle, mensen die deze gedragingen vertonen bepaalde gezondheidsproblemen krijgen.

### *Geen alcohol onder de zestien*

De laatste jaren is steeds duidelijker geworden dat het oude adagium 'alcohol met mate' voor de jeugd beter vervangen kan worden door 'geen alcohol onder de zestien'. Dit in tegenstelling tot wat geldt voor volwassenen (White et al., 2002). Vroegtijdig en overmatig alcoholgebruik, zo is gebleken, kan het jonge brein vrij snel onherstelbaar aantasten. Het geeft bovendien een verhoogde kans op het ontwikkelen van schadelijk drinkgedrag in het verdere leven (paragraaf 3.2). Uitstel van alcoholgebruik in de jeugd heeft dus duidelijke gezondheidsvoordelen.

### *Roken is zeer ongezond*

Dat roken slecht is en een aanzienlijk grote kans geeft op allerlei gezondheidsproblemen – waaronder longkanker, hartfalen en hersenaandoeningen – mag inmiddels als bekend worden verondersteld. Daarnaast zijn er meer acute gezondheidsgevolgen van roken, waaronder astmatische symptomen en een naar verhouding beperkt uithoudingsvermogen (paragraaf 3.3). Als roken wordt afgezet tegen ander ongezond gedrag dan steekt roken er qua gezondheidsrisico's vaak met kop en schouders bovenuit (De Hollander et al, 2006). Niet-roken is dus te prefereren. En, als toch gerookt wordt, is matig roken en zo snel mogelijk stoppen van belang. Vroeg stoppen in de levensloop kan namelijk een aanzienlijke kansreductie op vroegtijdige sterfte opleveren (Doll et al., 2004). Dit is overigens vaak niet eenvoudig omdat dat roken snel en sterk verslavend is. Veel rokers beginnen in de adolescentie met roken. Hoe jonger iemand begint met roken, hoe groter de kans op verslaving (paragraaf 3.3).

### *Seksuele gemeenschap: veilig en uit vrije wil*

Dat jongeren experimenteren met seks behoort tot hun levensfase. De focus in dit rapport ligt op riskant seksueel gedrag, dat wil zeggen seksuele gemeenschap zonder adequate bescherming. Jongeren die vrijen zonder condooms lopen het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), waaronder HIV. Daarnaast lopen meisjes het risico op onbedoelde zwangerschap. In dit rapport hebben we verder aandacht voor het bredere begrip 'seksuele gezondheid', wat onder andere betekent dat jongeren uit vrije keuze seksuele relaties aangaan (paragraaf 3.5).

### *Langdurig frequent cannabisgebruik is gevaarlijk*

Van cannabis weten we dat het bij licht of matig gebruik weinig verslavend is. Dat geldt zelfs voor de hedendaagse sterke cannabis. Maar langdurig en frequent gebruik van cannabis kan wel leiden tot afhankelijkheid ervan en hangt bovendien samen met afhankelijkheid van andere middelen. Verder is er toenemend bewijs dat frequent cannabisgebruik de kans op psychoses vergroot (paragraaf 3.4). Trendcijfers laten overigens zien dat het gebruik van cannabis vaak een tijdelijke zaak is: dit gedrag neemt vaak af in de jongvolwassenheid. In tegenstelling tot de tienertijd is in deze latere levensfase het gebruik van andere drugs beduidend groter (Trimbos, 2006).

### *Onderscheid tussen gezond en ongezond eten is niet altijd helder*

Voor sommige andere zaken is het lastiger precies aan te geven waar 'goed' overgaat in 'fout'. Zo zijn er vele discussies rond de vraag wat goed en gezond voedsel is. Op dit terrein is er sprake van snel veranderende inzichten, waardoor het lastig is een eenduidige boodschap over gezonde voeding over te brengen. De voedingsmarkt legt veelal een accent op zaken als genot, plezier en vitaliteit in het hier en nu, en weet daardoor jongeren vaak beter aan te spreken dan de overheid. Overheidsinformatie legt relatief vaak een accent op ge- en verboden en de gezondheid in de toekomst en dat spreekt jongeren veelal niet aan (Kooiker et al., 2006). Duidelijk is in ieder geval dat overgewicht en obesitas onder jongeren belangrijke gezondheidsrisico's met zich meebrengen. Op langere termijn gaat het om een verhoogde kans op hart- en vaatziekten en bepaalde kankersoorten. Op kortere termijn komen zaken als een verhoogde bloeddruk, diabetes mellitus type 2 en psychosociale problemen naar verhouding vaker voor (paragraaf 3.1). In dit rapport richten we ons dan ook vooral op overgewicht en obesitas, die in algemene zin beschouwd kunnen worden als de resultante van een ongezonde balans tussen energieopname (eten) en energieverbruik (beweging). Een groot deel van de te dikke kinderen en adolescenten heeft overigens als volwassene nog steeds te kampen met overgewicht. De relatie tussen overgewicht in de jeugd en op volwassen leeftijd bij dezelfde mensen, geeft het belang van preventie van overgewicht in de jeugd weer.

### *Psychische gezondheid heeft betrekking op een groot aantal gedragingen*

In dit rapport hebben we, naast een vijftal leefstijlfactoren, in kaart gebracht hoe het is gesteld met de psychische gezondheid van jongeren. Het betreft hier een containerbegrip voor een groot aantal gedragingen, van depressief, teruggetrokken en angstig gedrag tot agressief gedrag, die tot op zekere hoogte behoren tot het 'gewone' gedragsrepertoire van jongeren en een breed arsenaal aan oorzaken kunnen hebben (Crone et al., 2005). In de puberteit ontstaan hiermee, gezien de ontwikkelingsfase waarin jongeren zitten, in algemene zin vaker problemen mee dan in andere stadia van het leven. Dat hoeft niet direct reden tot zorg te zijn. Vraag is dan wel waar de grens ligt tussen wat 'normaal' en wat 'ver'- en/of 'gestoord' is. Ondanks dat het hier gaat om een breed begrip bestaat in de wetenschap redelijke consensus over wanneer dergelijke gedragingen problematisch worden. Op basis hiervan kan onderscheid gemaakt worden tussen 'onschuldig' en ernstig, klinisch gedrag met een vergrote kans op dergelijke problemen in het latere leven (hoofdstuk 4). Het zijn deze maten die zijn gebruikt in dit rapport. In dit rapport wordt geen aandacht besteed aan de versnipperde diagnosegestuurde benadering van afzonderlijke psychische stoornissen, zoals ADHD, depressie, anorexia nervosa of autisme. Voor het beschrijven van psychische problemen van kinderen en jongeren en de bijbehorende preventieve interventies is deze benadering om meerdere redenen niet altijd zo geschikt. Zo zijn veel van de psychiatrische diagnoses ontwikkeld voor volwassenen en in de praktijk moeilijk toepasbaar op kinderen en jeugdigen. Ook is er een enorme overlap tussen diagnoses: de meeste jongeren met één diagnose voldoen ook aan de criteria voor tenminste één andere stoornis.

## 6.2 Wat zijn de trends in het gezondheidsgedrag van de Nederlandse jeugd?

### *Trends in gezondheidsgedrag*

Wat is nu de status quo met betrekking tot het alcohol-, tabak- en cannabisgebruik van jongeren en van het vóórkomen van overgewicht, riskant seksueel gedrag en psychische problemen? En, in hoeverre zijn er verslechtingen dan wel verbeteringen op deze terreinen ten opzichte van een aantal jaren geleden?

### *Meer positieve ontwikkelingen*

In meer positieve zin zien we het volgende:

#### *Roken*

- Het aantal jongeren dat de afgelopen vier weken heeft gerookt is vanaf 1997 gedaald. Dit na een lichte stijging tussen 1991 en 1996. Bij 10- tot en met 14-jarigen gaat het om een daling van 12% in 1997 naar 6% in 2006. Bij 15- tot en met 20-jarigen om een daling van ongeveer 46 naar 37%. Dit betekent overigens ook dat nog steeds ruim één op de drie 15- tot en met 20-jarigen wel heeft gerookt de afgelopen maand (paragraaf 3.3).

#### *Cannabisgebruik*

- Na een stijging eind jaren tachtig, begin jaren negentig, is vanaf 1996 het aantal jongeren dat ooit cannabis heeft gebruikt licht gedaald en daarna gestabiliseerd tot rond de 20% voor 12- tot en met 18-jarigen in 2003. Het actuele gebruik (gebruik in de afgelopen maand) is licht gedaald tussen 1996 en 2003 van 11 naar 9%, vooral onder jongens (paragraaf 3.4).

#### *Condoomgebruik en tienerzwangerschappen*

- Het condoomgebruik (bij de laatste keer seks) is toegenomen tussen 2001 en 2005 van 72 naar 82%. Ook het aantal jongeren dat de pil en het condoom ('double Dutch') combineert, is toegenomen. Het aandeel jongeren dat een soa oploopt, blijft echter groot in vergelijking met de rest van de bevolking. Wel is, na een stijging in de jaren negentig, het aantal

tienerzwangerschappen vanaf 2002 weer gedaald naar 11 op de 1000 15- tot en met 19-jarige meisjes in 2006. Overigens komen tienerzwangerschappen in verhouding veel voor onder Surinaamse en Antilliaanse meisjes. Het aantal zwangere tienermeisjes dat voor een abortus kiest is in de afgelopen jaren gestegen van 60 naar 66 op de 100 zwangere meisjes (paragraaf 3.5).

*Psychische problemen*

- In de afgelopen twintig jaar lijkt er geen sprake te zijn van grote veranderingen in het voorkomen van emotionele en gedragsproblemen onder de jeugd van 6 tot en met 16 jaar. Met name het oordeel van jongeren zelf en dat van leerkrachten laten weinig veranderingen zien door de tijd. Het oordeel van de ouders wijst in de richting van meer 6- tot en met 16-jarige jeugdigen met emotionele problemen. Het gaat om een stijging van 17% in 1983 naar iets meer dan 27% in 2003. Rapportages van 11- tot en met 18-jarige jongeren en van leerkrachten laten echter geen verandering op dit punt zien (paragraaf 4.1).

*Meer negatieve ontwikkelingen*

Aan de andere kant zien we ook de volgende negatieve ontwikkelingen:

*Overgewicht en obesitas*

- Tussen 1997 en 2004 is het aantal kinderen met overgewicht en obesitas sterk toegenomen. De prevalentie van overgewicht is op sommige leeftijden verdubbeld, de prevalentie van obesitas zelfs verdrie dubbeld. (paragraaf 3.1).

*Alcoholgebruik*

- Sinds de jaren negentig zijn jongeren steeds meer en schadelijker gaan drinken. Vanaf 2003 is het percentage drinkers onder jongeren niet verder toegenomen. Wel is het aantal binge-drinkers (meer dan vijf glazen drinken op één gelegenheid) toegenomen van 64% in 2003 naar 75% in 2005. Daarnaast is er een enorme stijging in het aantal jongeren dat met alcoholgerelateerde aandoeningen werd opgenomen in het ziekenhuis: in 2001 betrof het 263 gevallen in 2005 424 (paragraaf 3.2).

## 6.3 Welke groepen jongeren lopen de meeste risico's?

*Hoe ouder, hoe meer riskant gedrag*

Het voorkomen van deze ongezonde gedragingen en van psychische problemen is niet evenredig verdeeld over de jeugd. Sommige groepen jongeren hebben riskantere leefgewoonten en vertonen meer probleemgedrag dan andere. Eén van de belangrijkste kenmerken in dit verband is leeftijd. Naarmate jongeren ouder worden, vertonen ze systematisch meer gedrag dat hun gezondheid (op termijn) kan ondermijnen (Vollebergh et al., 2008). Dit geldt allereerst voor het (over)gewicht van jongeren. Naarmate tieners de overgang maken naar het voortgezet onderwijs en hier verder in komen zijn ze vaker te dik (paragraaf 3.1). Onderzoek heeft in dit verband laten zien dat leerlingen van het voortgezet beduidend ongezonder eten en aanzienlijk minder vaak bewegen dan leerlingen van het laatste jaar van de basisschool (Van Dorsselaer et al., 2007). Verder beginnen veel jongeren op de middelbare school te experimenteren met genotmiddelen. Het aantal rokers van sigaretten en cannabis stijgt snel in de tienerjaren, evenals het aantal alcoholdrinkers (paragraaf 3.2 tot en met 3.4). Ook groeit het aantal jongeren met emotionele en gedragsproblemen met de leeftijd (paragraaf 4.1 en 4.2). Hetzelfde geldt voor het aantal jongeren dat onveilige seks heeft (gehad). Dit aantal stijgt eveneens in een snel tempo, net zoals het aantal jongeren met een soa (paragraaf 3.5). Het gelijktijdig vóórkomen van deze gedragingen hangt ook sterk samen met de leeftijd van jongeren. En ook hier gaat de ontwikkeling in

negatieve zin snel. Op 12-jarige leeftijd, in de brugklas, vertoont ongeveer 5% van de jongeren drie of meer van deze ongezonde gedragingen en/of psychische problemen tegelijkertijd. Op 14-jarige leeftijd is dit aantal gestegen naar ongeveer 20% om vervolgens door te stijgen naar ongeveer 45% van de jongeren, bijna de helft dus, op 16-jarige leeftijd (hoofdstuk 5).

#### *Van een verdere vervroeging van riskant gedrag lijkt geen sprake*

Een veelgehoorde zorg is dat jongeren steeds vroeger starten met dergelijk ongezond gedrag. Maar is dat ook zo? Starten jongeren nu eerder dan enkele decennia geleden met roken, drinken, seks en drugs? En, zien we tegenwoordig dit soort experimenteelgedrag verder vervroegen en soms zelfs doorsijpelen naar de kindertijd? Een duidelijk antwoord op deze vragen is niet zomaar te geven. Dit heeft te maken met de beperktheid van veel trendgegevens (deze hebben vaak een relatief korte tijdspanne) en het feit dat er naar verhouding weinig informatie is over kinderen onder de 12 jaar. Eén van de terreinen waarop zeker sprake is van een vervroeging is dat van de seksualiteit (Vollebergh, 2008). In tegenstelling tot enkele decennia geleden, toen het aangaan van seksuele relaties nog sterk verbonden was aan het huwelijk en aan het krijgen van kinderen en dus aan latere levensfasen (jongvolwassenheid), zien we dat tegenwoordig ongeveer één derde van de 16-jarigen seks heeft gehad. Dit laatste gegeven is overigens al enige jaren stabiel (paragraaf 3.5). Een verdere vervroeging richting de vroege adolescentie zit er, naar het zich laat aanzien, niet direct in. Voor het gebruik van drugs geldt iets vergelijkbaars. Was dit in de jaren tachtig vooral een aangelegenheid van oudere adolescenten en jongvolwassenen, nu start in ieder geval het experimenteren met cannabis in de vroege tienertijd. Maar ook hier geldt dat er de laatste jaren (na 1996) geen verdere vervroeging is waar te nemen (paragraaf 3.4). Het gebruik van andere drugs (cocaïne, XTC, heroïne enzovoorts) is en blijft vooralsnog vooral iets van latere levensfasen (Van Laar et al., 2008).

#### *Een snelle intensivering van ongezond gedrag is wel zichtbaar*

In hoeverre dit ook geldt voor roken en alcohol drinken, is niet geheel te overzien. Anekdoten wijzen vaak uit dat tieners vroeger soms ook al jong hun eerste sigaretje of biertje aangeboden kregen. Voorheen waren dit echter vooral luxe artikelen. Vandaag de dag is er een commerciële markt gericht op de jeugd. Daarnaast beschikken jongeren over veel geld. De drempel om genotmiddelen te gebruiken, en dat vooral ook veel en vaak te doen, is daarmee aanzienlijk lager. Misschien is het voor deze zaken niet zozeer een kwestie van een vervroegde aanvangsdatum, als wel van een vervroeging in de intensiteit waarmee zij gebruiken door de grote beschikbaarheid en het gevarieerde aanbod. De cijfers laten bijvoorbeeld zien dat het aantal binge-drinkers tussen 2003 en 2005 met bijna 10% is gestegen (paragraaf 3.2). Bij dit gedrag zien we evenwel momenteel geen bewijs voor een vervroeging richting de kindertijd. We zien eerder het omgekeerde. Tussen 2003 en 2005 is het aantal kinderen uit groep 8 dat ooit alcohol heeft gebruikt licht, zij het niet significant, gedaald van 57 naar 49%.<sup>11</sup> Ook is na 2003 geen stijging meer waargenomen in het aantal (startende) drinkers onder de groep jeugd van 12 jaar en ouder (paragraaf 3.2).

#### *Leefstijl VMBO-leerlingen structureel riskanter*

Een belangrijke risicogroep als het gaat om ongezond gedrag wordt gevormd door jongeren die een relatief laag opleidingsniveau volgen. De leefstijl van VMBO-leerlingen is structureel riskanter te noemen dan die van leerlingen van hogere opleidingsniveaus (Vollebergh et al., 2008). Daarbij doen zich steeds de grootste verschillen voor tussen VMBO-leerlingen die de beroepsgerichte leerweg volgen en VWO-leerlingen. Zo zijn deze VMBO-leerlingen aanzienlijk vaker te dik dan VWO-leerlingen (paragraaf 3.1). Daarnaast gebruiken ze meer genotmiddelen: ze drinken vaker en vaker te veel, ze roken vaker en als ze cannabis roken, roken ze dit gemiddeld genomen meer. Verder

---

<sup>11</sup> Deze cijfers zijn gebaseerd op additionele analyses die het Trimbos-instituut op verzoek heeft uitgevoerd.



rapporteren meer van deze leerlingen emotionele, maar vooral ook meer gedragsproblemen (hoofdstuk 4). Ook hebben zij beduidend vaker seks gehad voor hun 17<sup>de</sup> dan leerlingen van het VWO. Het zijn dan ook vooral de VMBO-leerlingen die de beroepsgerichte leerweg volgen die risicogedragingen en psychische problemen stapelen. Ongeveer één op de drie van de VMBO-leerlingen van de beroepsgerichte leerweg vertoont drie of meer aspecten van het hier onderzochte ongezonde gedrag en/of emotionele en gedragsproblemen gelijktijdig ten opzichte van slechts één op de tien VWO-leerlingen (hoofdstuk 5). Deze bevindingen maken duidelijk dat er al op jonge leeftijd verschillen in leefstijl naar sociaaleconomische status (afgemeten aan de opleiding van jongeren) ontstaan. Hiermee wordt een basis gelegd voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen in zowel de jeugdfase als de volwassenheid. In het kader van de aanpak van dergelijke verschillen is het dan ook van groot belang om extra in te zetten op het bevorderen van gezond gedrag en van een gezonde psychische ontwikkeling van jongeren met lage schoolniveaus.

*Verskil in leefstijl tussen jongens en meisjes: een wisselend beeld*

In tegenstelling tot de leeftijd en het opleidingsniveau, factoren die met (nagenoeg) alle in dit rapport besproken aspecten van leefstijl hetzelfde verband vertonen, is dit verband bij sekse minder eenduidig. Opvallend is dat bij meisjes gedurende de adolescentie bepaald probleemgedrag sterk toeneemt, terwijl bij jongens deze ontwikkeling zich op deze punten minder duidelijk voordoet (Vollebergh, 2007; Vollebergh et al 2008). Zo zijn meisjes vaker te dik dan jongens (paragraaf 3.1). Ook ervaren meisjes veel meer emotionele problemen. Het aantal meisjes met emotionele problemen neemt bovendien toe met de leeftijd, terwijl dit voor jongens niet geldt (hoofdstuk 4). Verder is het percentage meisjes dat wel eens gedwongen is tot seksuele handelingen groter dan bij jongens (paragraaf 3.5). Daarnaast is er ongezond gedrag dat voorheen vooral voorkwam onder jongens, maar waar meisjes in de afgelopen jaren cruciale inhaalslagen hebben gemaakt. Zo zijn de verschillen tussen jongens en meisjes als het gaat om roken en het gebruik van alcohol nagenoeg verdwenen. Ook komt de afname in het cannabisgebruik in de periode 1996-2003 voor een belangrijk deel voor rekening van jongens. Het gebruik van meisjes is in die periode daaren tegen gelijk gebleven, al is het actuele gebruik van meisjes momenteel (nog) wel iets lager dan dat van jongens. Voor jongens geldt aan de andere kant weer dat ze iets vaker gedragsproblemen hebben. Ze vertonen vooral vaker agressief gedrag. Verdere analyses wijzen uit dat meisjes over het geheel genomen een iets grotere kans hebben op het clusteren van het hier onderzochte risicogedrag in vergelijking met jongens. Daarbij moet overigens niet uit het oog verloren worden dat de soorten risicogedragingen van meisjes anders kunnen zijn dan die van jongens. De groep meisjes met drie of meer risicogedragingen zal bijvoorbeeld vaker psychische problemen hebben, terwijl bij jongens met meer dan drie risicogedragingen vaker sprake zal zijn van gedragsproblemen en iets vaker van middelengebruik (hoofdstuk 5).

*Autochtone versus allochtone jongeren: ook een wisselend beeld*

Ook met betrekking tot etniciteit zien we een wisselend beeld als het gaat om een ongezonde leefstijl en psychische problemen. Op sommige punten komen allochtone jongeren minder gunstig uit de bus, terwijl ze op andere punten juist gezonder gedrag vertonen dan autochtone jongeren. In het algemeen zijn allochtone jongeren vaker te dik dan autochtone jongeren. Ook bewegen ze doorgaans in mindere mate (paragraaf 3.1). Verder hebben deze jongeren vaker gedragsproblemen (paragraaf 4.2). Aan de andere kant lijkt het er niet direct op dat ze meer emotionele problemen hebben, al willen de uitkomsten van onderzoek op dit punt nog wel eens verschillen (paragraaf 4.1). Verder gebruiken allochtone jongeren aanzienlijk minder alcohol dan hun autochtone leeftijdgenoten, al komt binge drinken onder allochtone en autochtone alcoholgebruikers even vaak voor (paragraaf 3.2). Geen duidelijke verschillen zijn er met betrekking tot roken en cannabisgebruik en het percentage jongeren dat seks heeft gehad voor het 17<sup>e</sup> jaar. Wel laat verdiepend onderzoek zien dat verschillende subgroepen allochtone jongeren meer riskant seksueel gedrag vertonen door naar verhouding vaker

onbeschermde seks te hebben soms met meerdere sekspartners. Bovendien is het gebruik van de pil beduidend lager onder allochtone meisjes, wat kan leiden tot ongewenste zwangerschap (paragraaf 3.5). In totaal is het percentage autochtone jongeren dat dergelijk gedrag en dergelijke problemen clustert net iets groter dan het percentage allochtone jongeren – ongeveer 21 versus 16% –, wat voor een belangrijk deel samenhangt met het aanzienlijk hogere aandeel drinkers in de eerste groep. Bij etniciteit geldt overigens ook, net zoals bij sekse, dat de soorten risicogedrag die geclusterd worden kunnen verschillen tussen autochtone en allochtone jongeren. Bij autochtone jongeren met drie of meer risicogedragingen zal, zoals gezegd, het gebruik van alcohol aanzienlijk vaker onderdeel uitmaken van hun leefstijl. Allochtone jongeren met drie of meer risicogedragingen zullen vaker te kampen hebben met overgewicht of met gedragsproblemen (hoofdstuk 5).

#### *Ongezonder gedrag wordt aangeleerd en neemt vlucht in de adolescentie*

Samenvattend stellen we vast dat de adolescentie de levensfase was en nog steeds is waarin jongeren beginnen te experimenteren met ongezond gedrag. De overgang naar het voortgezet onderwijs speelt hierbij een sleutelrol: veel experimenteergedrag start na deze overgang (Vollebergh et al., 2008). Het gezondheidsgedrag in de tienertijd vertoont daarmee dikwijls een breuk met het gezondheidsgedrag in de (late) kindertijd. Van een voortschrijdende vervroeging lijkt niet direct sprake. Wel zien we een snelle intensivering van veel ongezond gedrag tussen de 12 en 16 jaar. Dit geldt zowel voor het gebruik van alcohol en het roken van sigaretten en cannabis, als voor het hebben van psychische problemen. Hoe deze gedragingen zich voortzetten als jongeren ouder worden en de volwassenheid ingaan, is niet met zekerheid te zeggen. Wetenschappelijke inzichten wijzen in algemene zin uit dat hoe vroeger de start en sneller de ontwikkeling richting intensief gebruik, des te groter de kans op het continueren en verergeren van het ongezonde gedrag in de verdere levensloop.

#### *Doel preventie: verlenging van gezonde leefstijl in de adolescentie*

Het feit dat het hier onderzochte ongezonde gedrag doorgaans in de adolescentie start, maakt preventieaandacht voor deze levensfase cruciaal (Vollebergh et al., 2008). Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er geen aandacht dient te zijn voor andere levensfasen, waarin sommige ongezonde gedragingen zelfs vaker voorkomen dan in de tienertijd (bijvoorbeeld alcoholgebruik en het gebruik van bepaalde drugs; Trimbo's-instituut, 2006). De tienertijd behoeft echter bijzondere aandacht omdat ongezond gedrag vaak begint in deze periode en zich in snel tempo onder grote groepen jongeren verspreid. Gegeven wat bekend is over de kwalijke gevolgen van ongezond gedrag, zo stellen Vollebergh et al (2008), zou het doel van preventie moeten zijn: het zo lang mogelijk continueren van de gezonde leefstijl van de kindertijd en het uitstellen van het aanleren van ongezonde gewoonten. Jongeren van het VMBO zijn in dit verband vooral kwetsbaar. Zij komen op al de onderzochte gedragingen negatiever uit de bus dan leerlingen van andere schoolniveaus. Daarnaast zijn er voor diverse gedragingen verschillen in het voorkomen naar sekse en etniciteit vastgesteld. In de preventie van ongezonde leefgewoonten dient met deze verschillen rekening gehouden te worden en extra te worden ingezet op deze risicogroepen (Vollebergh et al., 2008).

#### *Accentverschillen in het lokale preventiebeleid*

Dit betekent ook dat, afhankelijk van de bevolkingssamenstelling van gemeenten – in deze studie zijn de gemeenten in de provincie Noord Brabant als voorbeeld gebruikt – en de in zwang zijnde trends en ‘hypes’ onder de lokale jeugd, bepaalde thema's meer of minder acuut en/of belangrijk zijn in het lokale preventiebeleid. Zo laten onze analyses bijvoorbeeld zien dat jongeren uit de Brabantse steden minder drinken dan de Brabantse plattelandsjongeren. De consumptie van cannabis komt daarentegen in de stad weer meer voor. Maar ook als het gaat om het vóórkomen van overgewicht of bijvoorbeeld het rookgedrag van de jeugd, blijkt er behoorlijk wat variatie tussen gemeenten in de provincie Noord Brabant te zijn. Dat pleit ervoor om de prioriteiten in het lokale beleid vast te stellen op grond van lokale cijfers, eventueel in vergelijking tot een landelijke benchmark.

*Internationaal gezien steekt de Nederlandse jeugd redelijk gunstig af*

Als deze bevindingen worden afgezet tegen hetgeen zich afspeelt in de westerse landen om ons heen dan steekt Nederland in algemene zin redelijk gunstig af. Cijfers uit 2005 geven weer dat het overgewichtprobleem in Nederland in vergelijking met andere westerse landen relatief klein is. Verder nemen Nederlandse jongeren een middenpositie in als het gaat om het vóórkomen van psychische problemen en het roken van sigaretten en cannabis. Ze zijn tevens middenmoters met betrekking tot de leeftijd waarop zij voor de eerste keer seks hebben en het gebruik van condooms. Nederlandse jongeren gebruiken naar verhouding wel vaak enige vorm van anticonceptie (hetzij één vorm, hetzij meerdere vormen tegelijk), wat weer tot uiting komt in het bijzonder lage aantal tienerzwangerschappen in Nederland ten opzichte van andere westerse landen.

*Alcoholgebruik Nederlandse jeugd wel hoog in vergelijking met andere landen*

Er is één negatieve uitzondering in de internationale vergelijking: de mate waarin Nederlandse jongeren alcohol gebruiken. Nederlandse jongeren drinken naar verhouding veel en vaak. In 2005 waren ze, samen met Engelse jongeren, koplopers op dit gebied.

*‘Leren van de burens’*

Dat de Nederlandse jeugd er, met uitzondering van het alcoholgebruik, een redelijk gezonde leefstijl op na lijkt te houden, betekent niet dat risicogedrag van Nederlandse jongeren geen of aanzienlijk minder aandacht behoeft. De internationale vergelijking van de leefstijlpatronen van jongeren is met name interessant omdat het mogelijk wijst op meer of minder effectief beleid en het gebruik van meer of minder effectieve interventies. Hoe komt het toch dat Nederlandse tieners veel meer drinken dan bijvoorbeeld jongeren uit de Verenigde Staten of Frankrijk? Hoe kan het dat Nederlandse jongeren gematigd cannabis gebruiken, Franse jongeren koplopers zijn op dit vlak en Zweedse jeugdigen nauwelijks cannabis gebruiken? Wat zit hier achter in termen van de doelmatigheid van beleid – qua inhoud, uitvoering en handhaving? Het valt buiten de scope van dit rapport om een volledige analyse te geven van de verklaring van deze internationale verschillen en de rol van beleid daarbij. Voor verschillende probleemgedragingen is dit overigens al gedaan in het RIVM-rapport ‘Leren van de burens’ (Van der Wilk et al., 2007). Uit dit rapport blijkt onder andere dat in Duitsland, Zwitserland, Frankrijk en Denemarken extra belasting op breezers wordt geheven om jongeren te ontmoedigen alcohol te drinken. Verder blijkt dat het verhogen van de prijzen van sigaretten leidt tot een dalend aantal rokers, vooral onder jongeren.

## 6.4 Welke risicofactoren vergroten de kans op ongezond gedrag onder jongeren?

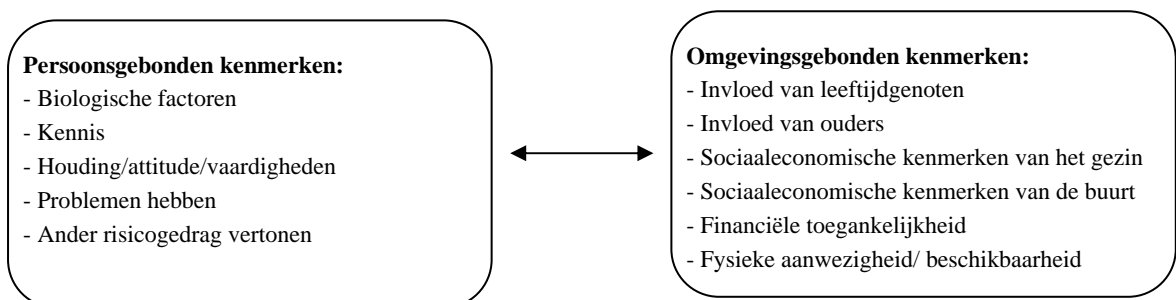
*Inzicht in dynamiek achter het risicogedrag cruciaal, maar kent lacunes*

Wetenschappelijke inzichten laten zien dat er voor individuen, zowel op kortere als langere termijn, gezondheidswinst is te behalen door bepaald ongezond gedrag uit te stellen en/of niet in het extreme door te voeren. Maar hoe kan dit het beste bereikt worden? Hoe kan voorkomen worden dat het experimenteelgedrag van (bepaalde groepen) jongeren op het gebied van genotmiddelen en seks kwalijke gezondheidsgevolgen krijgt of dat hun psychische gezondheid verslechtert? Wat werkt wel en wat werkt niet in dit verband? Om doelmatig in te kunnen grijpen in de gezondheidspatronen van jongeren is het van belang zicht te krijgen op de dynamiek erachter (Engels, 2003; Kooiker et al., 2006; Vollebergh, 2008). Wat speelt zich precies af thuis, in vriendengroepen en in andere contexten waar jongeren onderdeel van uit maken (school, vrije tijd, buurt), met name als zij de overgang naar het

voortgezet onderwijs maken? Daarbij doet zich ook de vraag voor hoe het komt dat een klein deel van de jeugd – ongeveer 20% (hoofdstuk 5) – hier verder in gaat dan andere jongeren en er diverse ongezonde gewoonten tegelijk op na houdt? De kennis om deze vragen te beantwoorden kent jammer genoeg vele lacunes. Gedragsveranderingen gericht op het verbeteren van de leefstijl zijn immers niet eenvoudig te bewerkstelligen (Schnabel, 2007). Nauwe aansluiting bij de leefwereld van de perso(o)n(en) in kwestie is in dit verband cruciaal. Bekend is dat mensen in het algemeen, en jongeren in het bijzonder, zich bij keuzes ten aanzien van hun leefstijl zelden laten leiden door mogelijke gezondheidsgevolgen in de toekomst (Schnabel, 1996). Vooral jongeren kijken naar het hier en nu en blijken vaak niet zo vatbaar te zijn voor gezondheidsboodschappen. Maar wat bepaalt dan het al dan niet vertonen van gezond of ongezond gedrag in deze levensfase? En wie speelt bij het maken van keuzes op dit terrein een cruciale rol? Is het vooral zo dat veel jongeren niet bestand zijn tegen de vele verleidingen van tegenwoordig, of weten ze niet goed wat de risico's zijn, of komt het toch vooral door de groepsdruk? Of laat de supervisie van volwassenen in de puberteit te wensen over waardoor jongeren zich ongezond gaan gedragen?

*Verschillende persoonsgebonden kenmerken beïnvloeden de leefstijl van jongeren*

De informatie die er is wijst er op dat verschillende persoonsgebonden en omgevingsgebonden kenmerken van invloed zijn op de leefstijl (schematische weergave figuur 6.1). Daarbij is niet altijd duidelijk hoe deze kenmerken zich tot elkaar verhouden en in welke situaties ze met name van toepassing zijn (voor meer gedetailleerdere informatie: zie de afzonderlijke paragrafen in hoofdstuk 3 en 4). Op het niveau van de persoonsgebonden kenmerken zijn er allereerst biologische factoren, zoals aangeboren karaktereigenschappen, vroegrijp zijn of ergens aanleg voor hebben, die van invloed kunnen zijn op het vertonen van ongezond gedrag (zie onder andere paragraaf 3.5, 4.1 en 4.2). Nu zijn genen niet te manipuleren factoren. Toch is het bij de preventie van ongezond gedrag van belang hier rekening mee te houden, omdat de omgeving een belangrijke rol kan spelen bij het in goede banen leiden van aangeboren persoonskenmerken. Daarnaast zijn de kennis die jongeren (en hun ouders) hebben van mogelijke risico's van ongezond gedrag en het vermogen om deze risico's goed te kunnen overzien van belang. Ook de houding van jongeren ten aanzien van zichzelf en anderen en van bepaald gedrag heeft invloed, net zoals de kwaliteit van hun coping strategieën en sociale vaardigheden ('nee' kunnen zeggen) (paragraaf 3.5). Verder kunnen problemen, bijvoorbeeld psychische problemen, samengaan met het vertonen van bepaald ongezond gedrag. Maar ook kan ongezond gedrag uitnodigen tot meer en ander ongezond gedrag, zoals bij roken en alcohol- en cannabisgebruik het geval is (hoofdstuk 5).



**Figuur 6.1:** Schematische weergave van persoonsgebonden en omgevingsgebonden kenmerken die een rol kunnen spelen bij het vertonen van riskant gezondheidsgedrag.

*Verschillende omgevingsgebonden kenmerken beïnvloeden eveneens de leefstijl van jongeren*

Naast persoonsgebonden kenmerken zijn er diverse omgevingsgebonden kenmerken die van invloed kunnen zijn op de gedragspatronen van jongeren. Allereerst is er de sociale omgeving, in het bijzonder de rol die ouders en leeftijdsgenoten spelen bij de aanvang van ongezonde gedragingen. Zo heeft

onderzoek uitgewezen dat ouders die zelf alcohol drinken doorgaans toleranter zijn ten aanzien van het alcoholgebruik van hun kinderen dan ouders die niet drinken (paragraaf 3.2). Iets vergelijkbaars geldt voor roken en ongezond eten (paragraaf 3.1 en 3.3). Daarnaast vindt het experimenteelgedrag van jongeren bij uitstek in groepen plaats. Er zijn verschillende aanwijzingen dat jongeren die een leiderspositie aannemen in vriendengroepen en daarbinnen rolmodellen zijn een substantiële invloed kunnen hebben op het gezondheidsgedrag van de rest van de groep (de zogenaamde volgers) (Campbell et al., 2008). Maar ook de sociaaleconomische kenmerken van het gezin of de buurt waarin jongeren opgroeien zijn van belang. Een laag opleidingsniveau, armoede en werkloosheid van ouders verhogen de kans op allerlei risicogedrag bij hun kinderen, net zoals opgroeien in een kansarme, onveilige buurt (paragraaf 4.1 en 4.2). Daarnaast spelen de fysieke aanwezigheid / beschikbaarheid en financiële toegankelijkheid van genotsmiddelen een rol. Een ‘gezonde kantine’ op school of extra gymlessen kan de gezondheid van de jeugd in positieve zin stimuleren (paragraaf 3.1.). Het heffen van accijnzen op alcohol of sigaretten heeft invloed op het gebruik daarvan door jongeren, omdat die doorgaans minder draagkrachtig zijn dan volwassenen. Maar ook streng toezicht op de handhaving van de verkoop van alcohol onder de 16 of cannabis onder de 18 jaar kan van invloed zijn op respectievelijk het drinkgedrag en gebruik van cannabis door jongeren (paragraaf 3.2 en 3.4). Tot slot kan reclame effect hebben op het gebruik van middelen zoals alcohol (paragraaf 3.2) en sigaretten (paragraaf 3.3)

## 6.5 In welke settings vinden (effectieve) interventies plaats?

### *Effectiviteit preventie vaak alleen nog in buitenland onderzocht*

In dit rapport is nader bekeken in welke settings momenteel interventies plaatsvinden gericht op de leefstijl en psychische gezondheid van jongeren, hoe effectief deze interventies zijn en welke lacunes er zijn in het aanbod van (effectieve) interventies. We spitsen ons hier toe op vijf settings of invloedssferen die van groot belang zijn voor jongeren: gezin, school, wijk, jeugdgezondheidszorg (JGZ) en media. Deze settings worden bij al de leefstijlfactoren in dit rapport aangehaald. Afhankelijk van het ongezonde gedrag kunnen ook andere settings van belang zijn. Voor een beschrijving daarvan wordt verwezen naar de betreffende paragrafen.

Tabel 6.1 bevat een overzicht van kennis over de effectiviteit van de interventies op deze terreinen naar risicogedrag. Daarbij moet worden opgemerkt dat, voor zover er effectonderzoek is, dit op dit moment voornamelijk afkomstig is uit het buitenland. Het is dus vaak niet zeker of in Nederland vergelijkbare effecten verwacht mogen worden.

Voor uitspraken over de effectiviteit van preventieve interventies hebben we ons per paragraaf in hoofdstuk 3 op één of meer overzichtsrapporten of -artikelen gebaseerd. Het onderling vergelijken van deze oordelen bleek niet goed mogelijk, omdat in elk van die rapporten weer andere criteria voor effectiviteit werden gehanteerd.

Tabel 6.1: Samenvatting van beschikbare kennis over de effectiviteit van interventies gericht op probleemgedrag bij jongeren in settings waar momenteel interventies plaatsvinden en settings waar in potentie interventies plaats kunnen vinden.

Setting	Risicogedrag				
	Overgewicht	Roken	Alcohol gebruik	Cannabis gebruik	Risikant Seksueelgedrag
School	X	+	+/-	+	X
Media (tv-campagnes, internetcursussen)	+/-	+/-	+/-	+/-	+
Gezin	P	P	P	P	P
Wijk	X	X	X	X	X
Jeugdgezondheidszorg (JGZ)	X	X	X	X	X

X: Effectiviteit van deze interventies is *onbekend* of *wisselend* (soms wel; soms geen effect).

+/-: Interventies vooral (bescheiden) *effect op kennis/houding* tav betreffende risicogedrag (vaak op basis van buitenlands onderzoek).

+: Interventies (bescheiden) effect op terugdringen van betreffende risicogedrag (vaak op basis van buitenlands onderzoek).

P: Potentiële setting. Vindt momenteel geen gerichte preventie plaats in Nederland, maar kan op basis van buitenlandse kennis en ervaring *wel* als *setting met potentie* worden aangemerkt.

*School: een vaak ingezette setting met naar verhouding veel evidence-based interventies*

De school is een belangrijke setting voor interventies gericht op gezond gedrag bij jongeren. Via scholen kunnen immers grote groepen jongeren in één keer bereikt worden. Ook zijn er naar verhouding veel evidence-based preventieprogramma's beschikbaar voor deze setting:

preventieprogramma's die soms betrekking hebben op één, soms op meerdere ongezonde gedragingen tegelijkertijd. Sommige programma's hebben vooral effect op de kennis van jongeren omtrent bepaald ongezond gedrag. Dit geldt bijvoorbeeld voor het gebruik van alcohol. Schoolgerichte interventies op dit terrein beperken zich namelijk vaak tot voorlichting (paragraaf 3.2). Diverse andere programma's resulteren wel in gedragsverandering of in uitstel van ongezond gedrag. Het betreft hier doorgaans programma's die verder gaan dan alleen informatieversterking en zich ook richten op normbeïnvloeding en het versterken van sociale vaardigheden. Dat de school een aantrekkelijke omgeving is voor interventies heeft echter ook een schaduwzijde. Scholen moeten namelijk het belang inzien van de verschillende activiteiten. En gezien vanuit het licht van het huidige takenpakket van het onderwijs en de hoeveelheid verzoeken tot deelname aan uiteenlopende activiteiten is het voor scholen niet altijd mogelijk en/of zo aantrekkelijk om mee te doen.

*Media: dicht tegen de leefwereld van de jeugd aan*

Het is van belang ook goed te kijken naar de context waarin jongeren verkeren buiten de school. Een belangrijke invloedssfeer die nauw aansluit bij de leefwereld van jongeren is die van media. Via de televisie en het internet kunnen jongeren in de eerste plaats aan (objectieve) informatie komen over 'goed' en 'slecht' gezondheidsgedrag. Dit is vooral van invloed op hun kennis, zo laten studies naar het effect van massamediale campagnes van de overheid bijvoorbeeld zien (zie tabel 6.1). Internet heeft overigens in dat opzicht niet alleen een positieve werking maar bevat ook de nodige onjuiste en soms zelfs ronduit gevaarlijke informatie over gezondheid en leefstijl. Een voorbeeld van dat laatste zijn pro-ana sites die anorectisch gedrag promoten en dergelijk gedrag neerzetten als een nastrevenswaardige leefstijl. Preventief optreden bijvoorbeeld door het plaatsen van waarschuwingen bij dergelijke sites kan van groot belang in dit soort gevallen (Schoemaker et al., 2007).

Daarnaast is preventieve hulpverlening via het internet sterk in opkomst. Jongeren kunnen tegenwoordig via verschillende sites vragen stellen aan deskundigen over onderwerpen waar ze

misschien niet direct mee naar hun ouders of leeftijdgenoten willen of durven gaan (bijvoorbeeld op het terrein van seks). Ook kunnen ze deelnemen aan online cursussen. Een voorbeeld is ‘Grip op je dip’; een online cursus voor jongeren met depressieve klachten. Het effect van deze interventie op het gedrag en de gemoedstoestand van de deelnemers is positief te noemen.

*Gezinsinterventies in potentie effectief maar ook intensief; mogelijkheden van opvoedingsondersteuning nader bezien*

In Nederland worden gezinsgerichte interventies in beperkte mate toegepast op de gedragingen die in dit rapport aan de orde komen. De interventies die er zijn spitsen zich toe op gezinnen met kinderen met emotionele en/of gedragsproblemen. Gezinsgerichte interventies gericht op roken, alcoholgebruik of druggebruik worden in Nederland op dit moment niet toegepast. In het buitenland wel en daar leiden deze interventies vaak tot positieve resultaten. Hier zit dus potentie voor de Nederlandse preventie, hoewel het hier om een tamelijk intensieve vorm van preventie voor specifieke gezinnen gaat. Deze vorm is niet direct aan te bevelen voor grote groepen ouders.

Verschillende studies laten zien dat ouders een centrale rol spelen bij het ontstaan van verschillende ongezonde gedragingen en daarom is het zinvol na te gaan hoe ouders in het algemeen effectief kunnen worden ondersteund bij de opvoeding van jongeren als het gaat om leefstijl. Informatie over de opvoeding in het algemeen, bijvoorbeeld over het belang van een ondersteunende maar ook grenzstellende opvoedingshouding, en adviezen op specifieke terreinen, bijvoorbeeld over het belang van goede voeding en van het uitstellen van het gebruik van alcohol, kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

*Wijk: een setting die uitnodigt tot samenwerking*

Jongeren brengen een belangrijk deel van hun (vrije)tijd door in de wijk waarin ze wonen. Dit geldt in het bijzonder voor risicogroepen jeugd, waaronder jongeren die niet meer naar school gaan en via de schoolsetting niet te bereiken zijn. De wijk is per definitie een preventiesetting waar verschillende actoren een rol spelen. Dit biedt kansen tot samenwerking tussen organisaties bij de aanpak van ongezond gedrag en psychische problemen en het combineren van preventiestrategieën. Studies naar gecombineerde preventiemethoden laten regelmatig veelbelovende uitkomsten zien, al zijn er ook studies met wisselende effecten. Deze aanpak lijkt het bovendien vaak beter te doen dan enkelvoudige preventiemethoden. Voor het welslagen van dergelijke gecombineerde strategieën is het wel noodzakelijk dat de deelnemende organisaties gemeenschappelijke doelstellingen weten te vinden en zich dienovereenkomstig probleemeigenaar voelen.

*JGZ: effectieve preventieprogramma's niet altijd beschikbaar*

Binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ), met haar wettelijke advies- en voorlichtingstaak op het terrein van jeugdgezondheid, is voorlichting over gezonde leefstijl en preventie van ongezond gedrag een structureel terugkerend onderwerp in de reguliere contactmomenten met kinderen en ouders. Wat opvalt is dat doorgaans niet bekend is wat de effectiviteit daarvan is. Hier is winst te behalen. Momenteel zit er veel ontwikkeling in de vroegsignalering van psychische problemen bij kinderen. Er bestaan in de wetenschap gevalideerde standaarden voor het vaststellen van deze problemen bij kinderen die steeds meer gebruikt worden binnen de jeugdgezondheidszorg. Voor overgewicht geldt momenteel dat, bij gebrek aan evidence-based programma's, er een overbruggingsplan en signaleringsprotocol met richtlijnen is voor JGZ-medewerkers. Wat dit op termijn oplevert zal nog moeten blijken.

*Instrumenten van de rijksoverheid: gecombineerde aanpak het meeste resultaat*

De rijksoverheid staan verschillende instrumenten ter beschikking om het gedrag van jongeren te beïnvloeden. Deze zijn onder te verdelen in communicatieve instrumenten (voorlichting en dergelijke),

economische instrumenten (accijns, boetes en dergelijke) en juridische instrumenten (leeftijdsgrenzen stellen en handhaven en dergelijke) (Gilsing, 2005). Dit rapport laat zien dat vooral prijs- en aanbodsmaatregelen positieve effecten hebben (niet in tabel). Uit buitenlands onderzoek is herhaaldelijk gebleken dat zowel het verhogen van accijnzen als het stellen van leeftijdsgrenzen een duidelijke invloed heeft op het gezondheidsgedrag van jongeren. Handhaving van de gestelde grenzen is cruciaal en laat nog wel eens te wensen over. Het feit dat jongeren aan wie alcohol of cannabis niet verkocht mogen worden deze middelen vaak via andere wegen kunnen krijgen dan de reguliere, verdient bijzondere aandacht in dit verband (zie paragraaf 3.2 en 3.4). Andere maatregelen, geïnitieerd door de overheid, lijken doorgaans minder grote effecten te hebben. Massamediale campagnes hebben, zoals eerder gezegd, vooral effect op de kennis van de jeugd over ongezond gedrag en niet zozeer op het gedrag zelf. Reclameverboden voor sigaretten of alcohol hebben wel enige invloed op respectievelijk het rook- en drinkgedrag van de jeugd, maar weer minder dan prijs- en aanbodsmaatregelen. Bevindingen uit internationaal onderzoek doen vermoeden dat de effectiviteit van verschillende type maatregelen toeneemt als zij gecombineerd worden. Dit geldt in ieder geval voor interventies op het terrein van roken en alcohol. Prijsverhoging van tabak en alcohol vermindert de consumptie onder de jeugd, maar is effectiever als deze gecombineerd wordt met reclamebeperkingen, verkoopbeperkingen, rookverboden, gezondheidswaarschuwingen op de verpakkingen en massamediale campagnes (paragraaf 3.2 en 3.3).

## 6.6 Wat betekent deze stand van zaken voor het preventiebeleid?

*Een mix van maatregelen het meest effectief*

De feiten dat:

- verschillende persoonsgebonden en omgevingsgebonden factoren een rol spelen bij het vertonen van ongezond gedrag of het hebben van emotionele of gedragsproblemen, die op elkaar in kunnen grijpen en elkaar kunnen versterken;
- bepaalde ongezonde gedragingen en/of emotionele en gedragsproblemen vaak gelijktijdig voorkomen;
- het effect van enkelvoudige interventies niet altijd even groot is en van tijdelijke aard kan zijn;
- vaak meer te verwachten is van een gecombineerde aanpak dan van enkelvoudige maatregelen, zowel als het gaat om interventies als beleidsmaatregelen

leiden tot de conclusie dat van een mix aan beleidsmaatregelen gericht op de persoon en de omgeving het meest te verwachten valt als het gaat om het ombuigen van ongezond gedrag. Door een mix aan maatregelen te treffen en krachten in die zin te bundelen kan gezond gedrag en het aanpassen van ongezond gedrag van verschillende kanten bevorderd worden. (Groepen) jongeren, en waar nodig hun ouders, worden voorgelicht en zoveel mogelijk uitgedaagd tot gezond gedrag, waarbij de omgeving zo wordt ingericht dat de 'gezonde keuze zoveel mogelijk de makkelijke keuze' wordt.

*Preventieambities in verband brengen met de haalbaarheid*

Een aanpak waarin maatregelen gecombineerd worden vereist allereerst een goede afstemming tussen verschillende beleidssectoren op het terrein van volksgezondheid, welzijn, justitie en onderwijs. Daarbij dient steeds te worden nagegaan waar mogelijke overlappingsen tussen het beleid van verschillende overheden of beleidssectoren zitten, welke lacunes er bestaan en of er misschien beleidsmaatregelen zijn die elkaar tegenwerken of die kunnen resulteren in onbedoelde negatieve effecten (werkgroep IBO preventie, 2007). Daarnaast zijn afspraken met andere betrokken partijen nodig, bijvoorbeeld in de vorm van convenanten, bij het vinden van een goede mix van maatregelen en een goede uitvoering daarvan. Dit is niet altijd eenvoudig en zal soms een ware cultuuromslag vereisen



van de betrokken partijen. Niet onbelangrijk bij het vaststellen van de prioriteiten is om de ambities steeds in verband te brengen met de uitvoerbaarheid en de haalbaarheid ervan. Als bijvoorbeeld de handhaving van de gestelde leeftijdsgrenzen voor het gebruik van alcohol of cannabis steeds tegen de grenzen van de haalbaarheid aanloopt of juist aanzet tot illegaal gedrag (zuipfeesten in keten, oudere vrienden die drank kopen), wat kan en moet er dan (extra) gedaan worden? En wat betekent dit weer voor de ambities die er op dit terrein kunnen zijn?

*Aandacht voor het samengaan van verschillend ongezond gedrag in preventiebeleid*

Door de nadruk op de afzonderlijke leefstijlfactoren wordt vergeten dat verschillende van deze gedragingen vaak samen voorkomen. Zowel uit internationale literatuur als uit dit rapport komt naar voren dat het alcohol-, tabak- en cannabisgebruik van jongeren en het vertonen van riskant seksueel gedrag vaak samengaan. Wat de dynamiek hierachter is, is niet precies te zeggen op dit moment. Waarschijnlijk is er sprake van een overkoepelende factor die leidt tot verschillende ongezonde gedragingen, zoals bijvoorbeeld 'een specifieke jeugdsubcultuur' of 'een extremere neiging tot experimenteren en het verkennen van grenzen' of 'een grotere behoefte aan duidelijkheid en regels in de omgeving'. Dat verschillende ongezonde gedragingen vaak samen gaan betekent voor het preventiebeleid evenwel dat beleid gericht op afzonderlijke risicogedragingen bij jongeren bij voorkeur in samenhang dient te worden gezien en dat preventieve acties op deze terreinen op elkaar afgestemd of gebundeld moeten worden.



## Literatuur

- Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnorm Child Psych* 2003;31:1-11.
- Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profiles. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991a.
- Achenbach TM. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profiles. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991b.
- Achenbach TM. Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profiles. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991c.
- Achterberg P. Alcohol. In: Wilk E van de, Melse J, Broeder J de, Achterberg P (red.). *Leren van de Buren. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening*. RIVM-rapportnr. 270051010. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007. p.54-82.
- Algemene Rekenkamer. *Convenanten uitgaansgeweld*. Den Haag: Sdu, 2004.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
- Ausems M, Mesters I, Breukelen G van, Vries H de. Effects of in-school and tailored out-of-school smoking prevention among Dutch vocational school students. *Health Educ Res* 2004;19:51-63.
- Baal PHM van, Berg M van den, Tariq L, Hoogenveen RT, Schoemaker CG, Schuit AJ, et al. Economic evaluation of prevention. Modelling the cost-effectiveness of increasing alcohol taxes and of prevention of major depression. Bilthoven: RIVM; 2008. [In druk]
- Baal PHM van, Vijgen SMC, Bemelmans WJE, Hoogenveen RT, Feenstra TL. Potential health benefits and cost effectiveness of tobacco tax increases and school intervention programs targeted at adolescents in the Netherlands. RIVM-report no. 260601002. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Bakker F, Vanwesenbeeck I (red.). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon, 2006.
- Bemelmans WJE, Mulder I, Hoogenveen RT, Knol K, Hilvering C, Wagener DJT, Willemsen MC. *Het risico van roken: epidemiologie. Tabaksgebruik. Gevolgen en bestrijding*, 2005.
- Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bos G, Schuit AJ, Tjhuis MAR. *Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg*. RIVM Rapportnr 260301005/2004. Bilthoven: RIVM, 2004.
- Bergen J van, Götz HH, Richardus JH, Hoebe CJPA, Broer J, Coenen AJT. Prevalence of urogenital Chlamydia trachomatis increases significantly with level of urbanisation and suggests targeted screening approaches: results from the first national population based study in the Netherlands. *Amsterdam: Sex Transm Infect* 2005;81:17-23.
- Berlo W van, Wijsen C, Vanwesenbeeck I. *Gebrek aan regie. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen*. Utrecht: RNG, 2005.
- Bieleman B, Kruijze A, Nienhuis A. *Monitor alcoholverstreking jongeren 2005*. Groningen: IntraVal, 2006.
- Bieleman B, Maarsingh H, Meijer G. *Aangeschoten wild, onderzoek naar jongeren, alcohol, drugs en agressie tijdens het uitgaan*. Groningen: Stichting INTRAVAl, 1998.
- Boer IM de, Laar MJW van de. *Toename van chlamydia en HIV. Voorlopige soacijfers 2005*. *Infectieziekten Bulletin* 2005;17:129-31.
- Bogt T ter, Dorsselaer S van, Vollebergh W. *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC - Nederland 2002*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Bool M, Blekman J, Jong S de, Ruiters M, Voordouw I. *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Bouwens J, Kleinjan M, Peters L, Eijnden R van den. *Aanbevelingen onderzoek en implementatie op het terrein van de aanpak van roken - Adviesdocument. Adviesdocument in het kader van de Programmeerstudie Roken in opdracht van ZonMW. Woerden/ Rotterdam: NIGZ/ IVO, 2007*.

- Brug J, Lenthe F van (eds.). Environmental determinants and interventions for physical activity, nutrition and smoking: A review. Zoetermeer: Speed-Print b.v., 2005.
- Bruijn GJ de. Exploring individual-level and environmental-level influences on energy balance-related behaviors; An integrative perspective (proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht; 2007.
- Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, Leerdam FJM van, Hirasig RA. Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht: Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: VUMC, 2005.
- Bull FC, Bellew B, Schoppe S, Bauman AE. Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice. *J Sci Med Sport* 2004 Apr;7(1 Suppl):93-104.
- Busch MCM, Kuunders MMAP. Wie doet wat? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op gezondheidsdeterminanten\ Preventie gericht op leefstijl\ Alcohol, 25 september 2007.
- Busch MCM, Kuunders MMAP, Schoemaker C. Wat is het aanbod? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op gezondheidsdeterminanten\ Preventie gericht op leefstijl\ Alcohol, 25 september 2007a.
- Busch MCM, Kuunders MMAP, Schoemaker C. Wat zijn de effecten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op gezondheidsdeterminanten\ Preventie gericht op leefstijl\ Alcohol, 25 september 2007b.
- Busch MCM, Planken MJE. Wat is het bereik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op gezondheidsdeterminanten\ Preventie gericht op leefstijl\ Alcohol, 25 september 2007.
- Busch MCM, Zeeman G. Wat is het aanbod? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op gezondheidsdeterminanten\ Preventie gericht op leefstijl\ Roken, 11 december 2007.
- Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet* 2008;371:1595-602.
- CCV, Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid. Aanpakken geweld: Algemeen. Den Haag: CCV, 2006a.
- CCV, Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid. Aanpakken geweld: Domein wijk, sport, openbaar vervoer, werk en dader- en slachtoffergerichte aanpak. Den Haag/Amsterdam: CCV/DSP-groep, 2006b.
- Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ* 1997;16:359-73.
- Chisholm D, Rehm J, Ommeren Mv, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;782-293.
- Cole, T. J.; Bellizzi, M. C.; Flegal, K. M., and Dietz, W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000 May 6; 320(7244):1240-3.
- Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *Br J Addict* 1992;87:1711-24.
- Convenant overgewicht. Energie in balans 2007. Harder lopen. Jaarverslag convenant overgewicht 2007. Convenantbureau overgewicht, november 2007.
- Crone M, Wiefferink K, Reijneveld M. Psychosociale gezondheid van kinderen. In: Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Reijneveld M, Keuzenkamp S. Kinderen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.
- Crone MR, Dijkstra NS, Frissen D, Paulussen TGWM. De effecten van Ik @ook niet. Een lesprogramma voor groep 7 en 8 van het basisonderwijs. TNO-rapport KvL/JPB 2005.226. Leiden: TNO, 2005.
- Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, van Leerdam FJM, Spruijt RD, Hira Sing RA. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:675-80.
- Cuijpers P, Scholten M, Conijn B. Verslavingspreventie. Een overzichtsstudie. Den Haag: ZonMw Programma Verslaving, 2006.

- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Dalen W van, Gacsbaranyi M, Lemmers L, Mulder J. Handleiding Lokaal Alcoholbeleid: Een integrale benadering. Den Haag: VWA, 2007.
- Dekker E, Dalen WE van, Kuunders MMAP, Mulder J. Beleid onder invloed. Utrecht: STAP, 2006.
- Delgado HM, Austin SB. Can media promote responsible sexual behaviors among adolescents and Young adults? *Current Opinion in Pediatrics* 2007;19:405-10.
- Dembo R, Dertke M, Borders S, Washburn M, Schmeidler J. The relationship between physical and sexual abuse and tobacco, alcohol, and illicit drug use among youths in a juvenile detention center. *International Journal of the Addictions* 1988;23(4):351-78.
- Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998 Mar;101(3 Pt 2):518-25.
- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Pbert L, O'Loughlin J, McNeill AD, et al. Susceptibility to nicotine dependence: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth 2 study. *Pediatrics* 2007;120:e974-e83.
- DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Fletcher K, Ockene JK, McNeill AD, et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control* 2002;11:228-35.
- Dijk D van, Knibbe RA. De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- Dijkstra M, Mesters I, Vries H de, Breukelen G van, Parcel GS. Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Educ Res* 1999;14:791-802.
- Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev* 2006;7(1):111-36.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observation on male British doctors. *British Medical Journal* 2004;328:1519-28.
- Dorn T, Heijmans M, Dijk L van, Francke AI, Wolters I, Leeuw JRJ de. Knelpunten en hiaten bij interventies gericht op ondersteuning bij zelfmanagement, overgewicht en mantelzorg. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Dorselaer S van, Zeijl E, Eekhout S van den, Bogt T ter, Vollebergh W. HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Edwards G. Alcohol policy: securing a positive impact on health. In: Rehn N, Room R, Edwards G (eds). *Alcohol in the European Region - consumption, harm and policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001
- Ellis S, Barnett-Page E, Morgan A, Taylor L, Walters R, Goodrich J. Hiv-prevention: a review of reviews assessing the effectiveness of interventions to reduce the risk of sexual transmission. Evidence briefing. London: HHS/HAD, 2003
- Engels R, Spruijt R. Waar heeft ze dat toch van... De rol van ouders bij het rookgedrag van hun kinderen. Den Haag: STIVORO, 2002.
- Engels R. *Big Family*. Nijmegen: Jansen Print, 2003.
- Etter JF, Bouvier P. Some doubts about one of the largest smoking prevention programmes in Europe, the smokefree class competition. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:757-9.
- Eurostat. Statistische database van de Europese Unie.  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,45323734&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=EU\\_MAIN\\_TREE&depth=1](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=EU_MAIN_TREE&depth=1) (laatst bezocht in mei 2008), 2008
- Feenstra T, Baal P van, Hoogenveen R, Vijgen S, Stolk E, Bemelmans W. Cost effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in The Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM Reportno: 260601003. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Ferdinand RF, Verhulst FC. Psychopathology from adolescence into young adulthood. An 8-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995;152:1586-94.
- Ferdinand RF, Verhulst FC, Wiznitzer M. Continuity and change of selfreported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:680-90.
- Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatziandreu EJ, Newcomb PA, et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *JAMA* 1990;263:2760-5.

- Fulpen M van, Bakker F, Breeman L, Poelman J, Schaalma H, Vanwesebeek L. Vmbo scholieren, seksualiteit en seksuele vorming: een effectiviteitsonderzoek naar de vernieuwde versie van het lespakket 'Lang leve de Liefde' Utrecht: RNG, 2002.
- Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, et al. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol* 2006;17:346-7.
- Gebhardt W, Kuyper L, Greunsvan G. Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33:154-64.
- Gelder BM van, Hoogeveen RT, Leent-Loenen HMJA van. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Roken, 25 september 2007.
- Generation R. <http://www.generationr.nl> (laatst bezocht op 25 maart 2008), 2008
- Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas. Publicatie nr 2003/07. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.
- Gezondheidsraad. Volksgezondheidsschade door passief roken. Publicatie nr 2003/21 Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.
- Gilsing R. Bestuur aan banden. Den Haag: SCP, 2005.
- Glei DA. Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women. *Family Planning Perspectives* 1999;31(2):73-80.
- Glei DA. Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women. *Family Planning Perspectives* 1999;31(2):73-80.
- Goedhart A, Treffers F, Widenfelt B van. Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandbl Geestelijke Volksgezondh* 2003;58:1018-35.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:581-86.
- Gosselt JF. Drank kopen kent geen leeftijd. Alcoholverkoop aan jongeren onder de wettelijk toegestane leeftijdsgrens. Utrecht: STAP, 2006.
- Graaf H de, Meijer S, Poelman J, Vanweesenbeek I. Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Utrecht/Amsterdam: RNG/SOA Aids Nederland, 2005.
- Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane. Database Syst Rev* 2006;CD003289.
- Halberstadt J, Partnerschap Overgewicht Nederland: rapportage 2007 en jaarplan 2008. Amsterdam: Vrije Universiteit/VU Medisch centrum Amsterdam, 2008.
- Hays RD, Ellickson PL. Associations between drug use and deviant behaviour in teenagers. *Addictive Behaviors* 1999;1(3):291-302.
- Hekkink C, Pos S, Baars C. Ouders voor gezonde kinderen. Inventarisatie van gezondheidsbevorderende projecten gericht op ouders in Nederland. Woerden: NIGZ, 2005.
- Hermanns J, Öry F, Schrijvers G (Inventgroep). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Julius Centrum, 2005
- Hertog FRJ den. Niet-westerse allochtonen 2007. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Beïnvloedende factoren\ Sociale omgeving\ Allochtonen, 24 september 2007.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003; Alcohol and Other Drug use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2004.
- Hofstra MB, Ende J van der, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:182-9.
- Höing M, Vanwesenbeek I, Bakker F. Girls' Talk: seksuele empowerment voor meiden. Een studie naar de effectiviteit van een counselprogramma voor jonge meiden uit risicogroepen. Utrecht: RNG, 2006.
- Holder H. Effective alcohol policy for the community and nation: what science tells us. studieconferentie Minder drank met meer beleid; 31 mei 2006. Utrecht: STAP, 2006.
- Holder HD, Greunewald PJ, Ponicki WR, Treno AJ, Grube JW, Saltz RF, et al. Effects of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *JAMA* 2000;238(18):2341-7.

- Holder HD. Alcohol and the Community. A Systems Approach to Prevention. London: Cambridge University Press; 1998.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (red.). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapportnr. 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- Horlings E, Scoggins A. An ex ante assessment of the economic impacts of EU alcohol policies. Final version. Leiden: RAND Europe, 2006.
- Hurk K van den, Dommelen P van, Wilde JA de, Verkerk PH, Buuren S van, HiraSing RA. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004. TNO-rapport: KvL/JPB/2006.010. Leiden: TNO, 2006.
- IJzer MC. Mass Media Campaigns to promote Safe Sex: An evaluation of Public Campaigns in the Netherlands. Groningen, 1999.
- IOTF Prevalence Data. International Obesity Taskforce. Child & Adolescent overweight in Europe [Web Page]. 2007; Accessed 2008 Apr 3. Available at: <http://www.ietf.org/database>.
- IOTF, International Obesity Taskforce. Waiting for a green light for health? Europe at the crossroads for diet and disease. OTF position paper. London: IOTF, 2003.
- Jansen W, Looij-Jansen PM van de, Ferreira I, Wilde EJ de, Brug J. Differences in measured and self-reported height and weight in Dutch adolescents. *Ann Nutr Metab* 2006;50(4):339-46.
- Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tob Control* 2006;15:247-53.
- Kan C van, Tönis I. Eindevaluatie gedragscodeprojecten: De waarde van normen. Leiden: Platform Opleiding, Onderwijs en Organisatie Universiteit Leiden, 2005.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine* 2005;352(24):2515-23.
- Kirby D. The impact of schools and school program upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research* 2002;39:27-33.
- Knaap LM van der, Nijssen LTJ, Bogaerts S. Geweld verslagen? Een studie naar de preventie van geweld in het publieke en semi-publieke domein. Den Haag: VWS/ WODC, 2006.
- Knibbe RA, Joosten J, Derickx M, Choquet M, Morin D, Monshouwer K, et al. Perceived availability of substances, substance use and substance-related problems: a cross national study among French and Dutch adolescents. *Journal of Substance Use* 2005;10(2-3):151-63.
- Kocken P, Weber S, Bekkema N, Dorst A van, Kesteren N van, Wiefferink K. Een inventarisatie van seksuele gezondheidsbevorderingsinterventies voor de jeugd van 10 tot 21 jaar. Leiden: TNO, 2007.
- Koning A. De invloed van partnertype op variabelen die condoomgebruik bepalen. Afstudeerscriptie. Universiteit Utrecht, 2004.
- Kooiker S, Draak M den, Campen C van. Investeren in gezondheid. In: Sociaal en Cultureel Rapport 2006. Den Haag: SCP, 2006.
- Koolhaas C, Willemsen M. Jongeren en de sociale druk om (niet) te roken: veranderingen tussen 1998 en 2005. Den Haag: STIVORO, 2005.
- Kourtis AP, Kraft JM, Gavin L, Kissin D, McMichen-Wright P and Jamieson J. Prevention of Sexually Transmitted Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in adolescents. *Current HIV Research* 2006;(4):209-19.
- Kuipers H. Invloed op sportieve prestaties. In: Knol K, Hilvering C, Wagener DJT, Willemsen MC. Tabaksgebruik. Gevolgen en bestrijding. Utrecht: LEMMA BV, 2005.
- Kuunders MMAP, Laar MW van. Wat zijn de mogelijke oorzaken van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Alcoholgebruik, 13 december 2007.
- Laar M van, Cruts A, Verdurmen J, Ooyen-Houben M, Meijer R. Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2007. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005a:CD001292.
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005b:CD001118.

- Land H van 't, Ruiters C de, Berg M van den, Schoemaker C. Wachtlijsten. In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\GGZ-MZ\Feiten en cijfers\Kinderen en jeugd\ (laatst bezocht op 1 april 2008), 17 mei 2005.
- Land H van 't, Ruiters C de. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid 2006 (NMG). Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- Lanting L, Hoeymans N (eindred.). Let op letsels. Preventie van ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Lavik NJ, Clausen SE, Pedersen W. Eating behavior, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;84(4):387-90.
- Lenthe FJ van, Mackenbach JP. Neighbourhood and individual socioeconomic inequalities in smoking: the role of physical neighbourhood stressors. *J Epidemiol. Community Health*, 2006;60:699-705.
- Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003;18(5):592-609.
- Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis EG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Lottes IL. Sexual Health Policies in Other Industrialized Countries: Are There Lessons for the United States? *The Journal of Sex research* 2002;39(1):79-83.
- Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD003439.
- Maas IAM, Jansen J. Psychische (on)gezondheid. Determinanten en effecten van preventieve interventies. RIVM-rapportnr. 270555001. Bilthoven: RIVM, 2000.
- Manlove J, Ryan S, Franzetta K. Patterns of contraceptive use within teenagers' first sexual relationships. *Perspectives on Sexual and reproductive health* 2003;35(6):246-55.
- Manning WD, Longmore MA, Giordano PC. The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, 2000.
- Mees W, Kroneman M, Junger M, Ossebaard H, Scholte E, Slot W, et al. Risicogedrag van adolescenten: negen contra-intuïtieve stellingen. Den Haag: Van Gorcum, 1999.
- Meijer S, Graaf H de, Vanwesenbeeck I, Poelman J. A Seks onder je 25e: Participatie in onderzoek en actie. SOA Aids Nederland/RNG, 2005.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM-rapportnr: 270672001. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Merrill JC, Kleber HD, Shwartz M, Hong Liu, Lewis SR. Drug and alcohol dependence 1999;56(3):205-12.
- Middelbeek L, Blokdijk L, Schuit AJ, Buijs G, Rutz SI, Schilthuis HJ, et al. Overgewichtpreventie in het voortgezet onderwijs: het landelijke en regionale beeld. RIVM-rapportnr 260412001. Bilthoven: RIVM, 2007.
- Mik W. Sense jongerenspreekuur. Pubers overzien slecht de gevolgen van ongezond seksueel gedrag. *Pre Post* 2008;10(32):26-7.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Justitie. Wet op de Jeugdzorg. Den Haag: VWS/Justitie, 2004.
- Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD003440.
- Monshouwer K, Dorsselaer S van, Gorter A, Verdurmen J, Vollebergh W. Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek 2003. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Monshouwer K, Smit F, Graaf R de, Os J van, Vollebergh W. First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction* 2005;100(7): 963-70.
- Monshouwer K, Verdurmen J, Dorsselaer S van, Smit E, Gorter A, Vollebergh W. Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens Peilstationsonderzoek 2007. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Moore S, Rosenthal D, Mitchell A. Youth, AIDS and sexually transmitted diseases. London/New York: Routledge, 1996.



- Mulder J. Drinken op school. Landelijk scholierenonderzoek naar de alcoholverstrekking en het alcoholgebruik binnen het voortgezet onderwijs en op schoolfeesten. Rapportnr: U.2005.15. Utrecht: STAP, 2005.
- Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23(Suppl 2):S2-11.
- Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers, 2007.
- NASB, Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. [www.nasb.nl](http://www.nasb.nl) (laatst geraadpleegd mei 2008), 2008.
- NIAAA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Underage drinking. Why do adolescents drink, what are the risks, and how can underage drinking be prevented? *Alcohol Alert* 2006 January.
- NIGZ & SOA Aids Nederland. [www.goedvoorbereid.nl](http://www.goedvoorbereid.nl) (laatst bezocht in mei 2008), 2008.
- Nijboer C. Overgewicht lokaal ingedikt en uitgediept; een inventarisatie van lokale instrumenten gericht op het voorkomen van overgewicht. Woerden: NIGZ, 2004.
- Pedlow CT, Carey MP. Developmentally Appropriate Sexual Risk Reduction Interventions for Adolescents: Rationale, Review of Interventions, and Recommendations for Research and Practice. *Annual Behavioral Medicine* 2004;27(3):172-84.
- Pieterse ME, Willemsen MC. Ontstaan en voorkomen van rookgedrag bij jongeren. In: Knol K, Hilvering C, Wagener DJT, Willemsen MC. *Tabaksgebruik. Gevolgen en bestrijding*. Utrecht: LEMMA BV, 2005.
- Pligt J van der, Richard R. Changing adolescents' sexual behaviour: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient Education and Counselling* 1994;23:187-96.
- Pohjanpää AKJ, Rimpelä AH, Rimpelä M, Karvonen JS. *Health Education Research* 1997;12(1),25-36.
- Pontier JF, Tiggelman ECM, Winkel WMM van der. Preventie op het gebied van seksuele gezondheid. Eindrapportage. Bureau Obelon, 2006.
- Poos MJJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ. Kosten van Ziekten in Nederland 2005; Zorg voor euro's-8. RIVM-rapportnr. 270751019. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Rashad I, Kaestner R. Teenage sex, drugs and alcohol use: problems identifying the cause of risky behaviors. *Journal of Health Economics* 2004;23(3):493-503.
- Reid DJ, Killoran AJ, McNeill AD, Chambers JS. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. *Tobacco Control* 1992;1:185-97.
- Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003 Sep;88(9):748-52.
- Renders CM, Delemarre-van de Waal, Dekker HA, Hirasing RA. Insulineresistentie en diabetes mellitus type 2 bij kinderen met overgewicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;42:2060-3.
- Renders CM, Seidell JC, Mechelen W van, Hirasing RA. Overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten en preventieve maatregelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2066-70.
- ResCon, research & consultancy. De gezonde school en genotmiddelen 1995-1998. Eindevaluatie. Haarlem: ResCon, 1999.
- Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilberg N, et al. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol* 2007 Apr;75(2):351-8.
- Rescorla, 2008. Persoonlijke mededeling.
- Rigotti NA, DiFranza JR, Chang Y, Tisdale T, Kemp B, Singer DE. The effect of enforcing tobacco-sales laws on adolescents' access to tobacco and smoking behavior. *N.Engl.J Med* 1997;337:1044-51.
- Rigter H. Cannabis. Preventie en behandeling bij jongeren. Utrecht: Trimbo-instituut, 2007.
- RNG, Rutgers Nisso Groep. Trends in Seksualiteit. Wat weten we anno 2008? Utrecht: RNG, 2008.
- RNG, Rutgers Nisso Group. Landelijke Abortus Registratie 2006. Utrecht: RNG, 2007.
- Robin L, Dittus P, Whitaker D, Crosby R, Ethier K, Mezzoff J, et al. Behavioral Interventions to Reduce Incidence of HIV, STD, and Pregnancy Among Adults: A Decade in Review. *Journal of Adolescent Health* 2004;34:3-26.
- Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365:519-30.
- Rotterdamse Jeugdmonitor. Factsheet Roken, alcohol- en drugsgebruik. [www.jeugdmonitorrotterdam.nl](http://www.jeugdmonitorrotterdam.nl), 2007

- Roza SJ, Hofstra MB, Ende J van der, Verhulst FC. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry* 2003;160:2116-21.
- RVD, Rijksvoorlichtingsdienst, Publiek & Communicatie. Campagne 'Veilig vrijen'2004. Jaarevaluatie 2004. Den Haag: RVD, 2005.
- Scanlon K, Williams M, Raphael B. Mental health promotion in NSW: conceptual framework for developing initiatives. Sydney: NSW Health Department, 1997.
- Schnabel P. Gezond gedrag en hoe preventie werkt. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2007;85(1):10-1.
- Schnabel P. Meer geluk dan wijsheid. De zoektocht naar een betere geestelijke volksgezondheid. *Tijdschrift gezondheidsbevordering* 2006;17(1):5-14.
- Schnabel P. Thema: 'Die jeugd van tegenwoordig...' - introductie. In *Jeugd beleid* 2008;2(1):3-12.
- Schoemaker C, Have M ten, Sytema S, Verhaak P. Trends in de geestelijke volksgezondheid in Nederland. Een visie gebaseerd op cijfers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2007;62:824-35.
- Schoemaker C, Smeets E, Hoeymans N, Jansen A. Pro-anorexia weblogs. De onverwachte effecten van een waarschuwingstekst. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2007;6(26):512-21.
- Schoemaker CG, Rigter H (red.). Nationale monitor geestelijke gezondheid. Jaarboek 2002. Utrecht: Bureau NMG, 2003.
- Schoemaker CG, Ruiters C de (red.). Nationale monitor geestelijke gezondheid. Jaarboek 2003. Utrecht: Bureau NMG, 2003.
- Schoemaker CG, Ruiters C de (red.). Nationale monitor geestelijke gezondheid. Jaarboek 2004. Utrecht: Bureau NMG, 2004.
- Schoemaker CG, Ruiters C de (red.). Trimbos zakboek psychische stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2005.
- Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD001745.
- Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD001294.
- Shaffer D, Fisher P, Christopher PL, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:28-38.
- Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Hamilton WL, Biener L. Local Restaurant Smoking Regulations and the Adolescent Smoking Initiation Process. Results of a Multilevel Contextual Analysis Among Massachusetts Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(5):477-83
- Siqueira L, Brook J. Tobacco use as a predictor of illicit drug use and drug-related problems in youth. *Journal of adolescent health* 2003;32(1):50-7.
- Sowden A, Arblaster L, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD001291.
- Sowden AJ, Arblaster L. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD001006.
- Spalding KL, Arner E, Westermark PO, Bernard S, Buchholz BA, Bergmann O, et al. Dynamics of fat cell turnover in humans. *Nature* 2008 May 4. [Epub ahead of print]
- Stafström M, Ostergren P, Larsson S, Lindgren B, Lundborg P. A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project *Addiction* 2006;101(6):831-23.
- Stafström M. Preventing adolescent alcohol use. Processes and outcomes of a community-based intervention in Trelleborg. Malmö: Lund University, 2007.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005b:CD001007.
- Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database Syst Rev* 2005a:CD001497.
- Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD002850.

- Stevens GW, Pels T, Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Vollebergh WA, Crijnen AA. Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 Oct;38(10):576-85.
- STIVORO. Roken, de harde feiten: Jeugd 2007, 2007.
- Storm I, Nijboer C, Wendel-Vos GCW, Visscher TLS, Schuit AJ. Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging; nationale en lokale mogelijkheden. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics* 2000 Jan;105(1):e15.
- Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, Issue 1. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub2
- Swartz LHG, Noell JW, Schroeder SW, Ary DV. A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tob Control* 2006;15:7-12.
- Sweet M, Moynihan R. Improving population health: the uses of systematic reviews. New York: Milbank Memorial Fund, 2007.
- Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med* 1999Dec;29(6 Pt 1):563-70.
- Sytema S, Gunther N, Reelick F, Drukker M, Pijl B, Land H van 't. Verkenningen in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de Psychiatrische Casusregisters Rijnmond, Zuid-Limburg, Noord-Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Taioli E, Wynder EL. Effect of the age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood. *N Engl J Med* 1991;325:968-9.
- Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001293.
- Tick NT, Ende J van der, Verhulst FC. Twenty-year trends in emotional and behavioral problems of Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007;116:473-82.
- Tick NT, Van der Ende J, Verhulst FC. Ten-year trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [in druk].
- Tick NT. Time trends in Dutch children's mental health. Academisch proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007.
- Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *BMJ* 1994;309:923-7.
- TRAILS. <http://www.trails.nl> (laatst bezocht op 25 maart 2008), 2008.
- Trimbos Preventie. [www.trimbospreventie.nl](http://www.trimbospreventie.nl) (laatst geraadpleegd mei 2008). Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Trimbos-instituut. Afspraken tussen ouders en kids tegen alcohol onder de 16. Persbericht, 13 mei 2008. <http://www.trimbos.nl/default23162.html> (laatst bezocht op 18 mei 2008), 2008.
- Tschann JM, Adler NE, Millstein SG, Gurvey JE, Ellen JM. Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2002, 31:17-25.
- UNICEF, Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 7, 2007. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- Vanwesenbeeck I, Zessen G van, Ingham R, Jaramazovic E & Stevens D. Factors and processes in heterosexual competence and risk: an integrated review of the evidence. *Psychology and Health* 1999;14:25-50.
- Verdonk-Kleinjan WMI, Knibbe RA, Tan FES, Willemsen MC, De Groot HN, De Vries H. Impact of the Dutch workplace-smoking ban on non-smokers' exposure to environmental tobacco smoke (submitted).
- Verdonk-Kleinjan. Persoonlijke mededeling, 2008.
- Verdurmen J, Abraham M, Planije M, Monshouwer K, Dorsselaer S van, Schulten I, et al. Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- Verdurmen J, Monshouwer K, Dorsselaer S van. Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health survey and incidence study' [Nemesis]. Utrecht: Bureau NDM, 2003
- Verhulst FC, Ende J van der, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1997a;54:329-36.

- Verhulst FC, Ende J van der, Koot HM. Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.
- Verhulst FC, Ende J van der, Koot HM. Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF). Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997b.
- Verhulst FC, Ende J van der. Factors associated with child mental health service use in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:901-9.
- Verhulst FC, Koot JM. *Child psychiatric epidemiology: Concepts, methods and findings*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1992.
- Verhulst FC, Van der Ende J, Koot HM. Handleiding voor de Youth Self-Report. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam., 1997c.
- Verhulst FC, Verheij F (red.). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum, 2006.
- Vet R, Eijnden R van der. *Het gebruik van alcohol door jongeren en de rol van ouders: Resultaten van twee metingen*. Rotterdam: IVO, 2007.
- Visscher T, Kremers S, Kromhout D. *Preventie van gewichtsstijging en richtlijnen voor gewichtsbeheersing*. NHS-NRG-groep, 2007.
- Voedingscentrum. *Handleiding preventie van overgewicht*. Den Haag: Voedingscentrum, 2007.
- Vogels T, Buitendijk SE, Bruil J, Dijkstra NS, Paulussen TGWM. *Jongeren, seksualiteit, preventie en hulpverlening. Een verkenning van de situatie in 2002*. TNO-rapportnr. 2002.281. Leiden: TNO, 2002.
- Vollebergh W. *De tijd van je leven. Jeugd in veranderende culturele contexten*. Utrecht: Journey Press The Netherlands, 2008.
- Vollebergh W, Dorsselaer S van, Zeijl E, Bogt T ter. Hoe goed gaat het met de Nederlandse jongeren? In *Jeugdbeleid* 2008;2(1);13-20.
- Vollebergh W. Slotbeschouwing. In: Dorsselaer S van, Zeijl E, Eeckhout S van, Bogt T ter. *HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*: Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Vorst H van der. *The key to the cellar door. The Role of the Family in Adolescents' Alcohol Use*. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2007.
- Vries H de, Backbier E, Dijkstra M, Breukelen G van, Parcel G, Kok G. A Dutch social influence smoking prevention approach for vocational school students. *Health Educ Res* 1994;9:365-74.
- Vries H de, Rosendal T, Wiltenburg K. *Evaluatieverslag Smoke Free Teams GGD Noord-Kennemerland*. Alkmaar: GGD Noord-Kennemerland, 2001.
- VWA. *Controles van de VWA wijzen uit dat 40% van de sportverenigingen de Drank- en Horecawet overtreedt*. [http://www.vwa.nl/portal/page?\\_pageid=119,1639824&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&p\\_news\\_item\\_id=10212](http://www.vwa.nl/portal/page?_pageid=119,1639824&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_news_item_id=10212) (laatst bezocht op 28 mei 2004), 2004.
- VWS & STIVORO. [www.rokenendewet.nl](http://www.rokenendewet.nl) (laatst bezocht in mei 2008). Den Haag: VWS/ STIVORO, 2008.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Preventienota Kiezen voor gezond leven*. Den Haag: VWS, 2006.
- Wakefield M, Flay B, Nichter M, Giovino G. Role of the media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction* 2003;98(Suppl 1):79-103.
- Wakefield M, Giovino G. Teen penalties for tobacco possession, use, and purchase: evidence and issues. *Tobacco Control* 2003;12(Suppl 1):i6-13.
- Wendel-Vos GCW, Ooijendijk WTM, Baal PHM van, Storm I, Vijgen SMC, Jans M, et al. *Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht: Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Bewegen*. RIVM-rapportnr. 260701001. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Werkgroep IBO preventie. *Gezond gedrag bevorderd. Interdepartementaal beleidsonderzoek 2006-2007, nr 1*. Den Haag: juni 2007.
- Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997 Sep 25; 337(13):869-73.

- WHO Nutrition database. <http://data.euro.who.int/Nutrition/Default.aspx?TabID=77686> (laatst bezocht op 28 februari), 2008.
- WHO Nutrition Policy Database. Regional view; table Prevalence of overweight or obesity in adolescents (%) [Web Page]. 2008; Accessed 2008 Apr 3. Available at: <http://data.euro.who.int/nutrition>.
- WHO-HFA World Health Organization. Health For All Database 2007 <http://www.euro.who.int/hfadb>
- Wiefferink CH, Poelman J, Linthorst M, Vanwesenbeeck I, Wijngaarden JCM van, Paulussen TGW. Outcomes of a systematical designed strategy for the implementation of sex education in Dutch secondary school. *Health Education Research* 2005;20:323-33.
- Wijga AH, Scholtens S, Bemelmans WJE, Jongste JC, Kerkhof M de, Schipper M, et al. Childhood health problems of overweight children: the PIAMA birth cohort study (Submitted).
- Wilk EA van der, Melse JM, Den Broeder JM, Achterberg PW (eindred.). *Leren van de buren. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening*. RIVM-rapportnr. 270051010. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.
- Willemsen MC, Leent-Loenen HMJA van. Wat zijn de mogelijke oorzaken van roken? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Roken, 4 oktober 2007.
- Willemsen MC, Wagena EJ, Schayck CP van. De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2003;147:922-7.
- Willemsen MC. De veranderde kijk op tabaksproducten: effecten van de nieuwe gezondheidswaarschuwingen op rokers. Den Haag: STIVORO, 2003.
- Willemsen MC. Effectiviteit van overheidsmaatregelen en voorlichtingscampagnes. In: Knol K, Hilvering C, Wagener DJT, Willemsen MC. *Tabaksgebruik. Gevolgen en bestrijding*. Utrecht: LEMMA BV, 2005.
- Wit J de, Breeman L, Woertman L. Hoe beredeneerd is seksueel gedrag van jongeren? *Tijdschrift voor Seksuologie* 2005;29:125-31.
- Wittebrood K. *Slachtoffers van criminaliteit: Feiten en achtergronden*. Den Haag: SCP, 2006.
- World Health Organization. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. WHO technical report series: No 894. Geneva: WHO, 1999.
- ZonMw. *Programmavoorstel Seksuele gezondheid van de jeugd*. Den Haag: ZonMw, 2006.
- ZonMw. [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl) (laatst geraadpleegd mei 2008). Den Haag: ZonMw, 2008.
- Zonneville-Bender MJS, Matthys W, Wiel N van de, Lochman JE. Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;6(1):33-9.
- Zwaanswijk M. *Pathways to Care: Help-seeking for child and adolescent mental health problems*. Academisch proefschrift. Utrecht: NIVEL, 2005.



## **Bijlage 1      Projectteam, auteurs en referenten**

### **Projectleiders**

Dr. Casper Schoemaker, RIVM

Dr. ir. Carola Schrijvers, RIVM

### **Auteurs**

Prof. dr. Tom ter Bogt, Universiteit Utrecht

Drs. Mirjam Busch, RIVM

Drs. Saskia van Dorsselaer, Trimbos-instituut

Dr. Petra Eysink, RIVM

Dr. André van Gageldonk, Trimbos-instituut

Dr. Martin Gommer, RIVM

Ir. Monique Kuunders, RIVM

Dr. Margriet van Laar, Trimbos-instituut

Dr. Susan Meijer, RIVM

Drs. René Poos, RIVM

Prof. dr. Wilma Vollebergh, Universiteit Utrecht

Drs. Lisa van Wijnen, RIVM

Dr. Elke Zeijl, SCP

Dr. Marieke Zwaanswijk, NIVEL

### **Verder is bijgedragen door:**

Drs. Cindy Deuning, RIVM

Drs. Ing. Henriette Giesbers, RIVM

Ir. Maartje Harbers, RIVM

Drs. Eveline van der Wilk, RIVM

### **Externe referenten**

Dr. Matty Crone, TNO Kwaliteit van Leven

Ir. Jan Jansen, NIGZ

Prof.dr. Ronald Knibbe, Universiteit Maastricht

Dr. Paul Kocken, TNO Kwaliteit van Leven

Dr. Carry Renders, EMGO Instituut, VU Medisch Centrum

Prof. dr. Gerard Schippers, AMC

Prof. dr. Frank Verhulst, Erasmus MC

### **Referenten RIVM, SCP en Nivel**

Drs. Marga Beckers, RIVM

Dr. ir. Wanda Bemelmans, RIVM

Dr. Matthijs van den Berg, RIVM

Dr. Rob Bijl, SCP

Dr. Mieke Cardol, NIVEL

Dr. Djoeke van Dalen, RIVM

Dr. Nancy Hoeymans, RIVM

Prof. dr. Saskia Keuzenkamp, SCP

Dr. Sjoerd Kooiker, SCP

Drs. Wike Lijs, RIVM

Ir. Johan Melse, RIVM  
Prof. dr. ing. Hans van Oers, RIVM  
Prof. dr. Paul Schnabel, SCP  
Prof. dr. ir. Jantine Schuit, RIVM  
Dr. ir. Jos van Sonderen, RIVM  
Drs. Ilse Storm, RIVM  
Dr. Peter Verhaak, NIVEL  
Drs. William Verheul, NIVEL  
Dr. Harry Verkleij, RIVM

**Contactpersonen programmaministerie voor Jeugd en Gezin**

Drs. Theo van Iwaarden  
Drs. Peter Kerklaan  
Drs. Hermien Post

**Beleidsadviesgroep ministerie van VWS en programmaministerie voor Jeugd en Gezin**

Dr. Carin Cuijpers, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, ministerie van VWS  
Mr. Martine Eenshuistra, programmaministerie voor Jeugd en Gezin  
Sandra van Ginneken, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, ministerie van VWS  
Drs. Peter van der Graaf, directie Sport, ministerie van VWS  
Drs. Arnout Hagens, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, ministerie van VWS  
Mr. Kaj Hollemans, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, ministerie van VWS  
Drs. Maryse Kok, directie Publieke Gezondheid, ministerie van VWS  
Rob Kuiten, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, ministerie van VWS  
Mr. Liesbeth Molenaar, directie Curatieve Zorg, ministerie van VWS



## Bijlage 2 Toelichting gebruikte bronnen

Deze bijlage bevat een beschrijving van de belangrijkste bronnen die gebruikt zijn voor dit rapport. Allereerst volgt een toelichting op de belangrijkste basisbron van dit rapport, namelijk de HBSC-studie (Health Behaviour in School-aged Children). Verder wordt beschreven welke bronnen gebruikt zijn voor de internationale vergelijking van leefstijl en psychische gezondheid van jongeren en voor het beschrijven van lokale verschillen in de prevalentie van een aantal leefstijlfactoren. Verder is beschreven welke andere bronnen gebruikt zijn voor dit rapport. In hoofdstuk 4, over psychische problemen bij jongeren, wordt kort beschreven hoe de prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen is gemeten. In deze bijlage wordt hierop uitgebreider een toelichting gegeven, onder het kopje 'Toelichting gebruikte bronnen hoofdstuk 4'.

### *HBSC studie basis voor gegevens over prevalentie, trends en risicogroepen*

In dit rapport is gekozen voor één basisbron als het gaat om het beschrijven van de prevalentie, trends en risicogroepen van verschillende leefstijlfactoren (hoofdstuk 2) en psychische problemen (hoofdstuk 3) bij de Nederlandse jeugd. Deze bron is de Nederlandse poot van de internationale studie 'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)', een vierjaarlijks onderzoek onder Nederlandse jongeren tussen de 11 en 18 jaar. Omdat niet alle gedragingen zijn nagevraagd bij de basisschoolkinderen en omdat de 17 en 18-jarigen een niet-representatieve groep vormen (immers vooral HAVO en VWO-leerlingen) hebben we ons in veel gevallen beperkt tot de groep 12- tot en met 16-jarigen.

Het HBSC-onderzoek werd in 2005 voor de tweede keer uitgevoerd in Nederland door het Trimbos-instituut, in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Universiteit van Utrecht (Van Dorsselaer et al., 2007). De eerste meting van de Nederlandse HBSC studie dateert uit 2001 (Ter Bogt et al., 2003). Door een vergelijking te maken van de gegevens uit 2005 met die uit 2001, kunnen we uitspraken doen over recente ontwikkelingen in de tijd, op basis van gegevens uit dezelfde studie.

De gegevens uit de HBSC studie 2005 zijn bovendien gebruikt om extra data-analyses uit te voeren, waarbij is nagegaan hoe vaak en bij welke subgroepen van jongeren er sprake is van het gecombineerd voorkomen van ongezonde leefstijl factoren en/of psychische problemen (hoofdstuk 5).

### *Aanvulling met andere bronnen waar nodig*

Ter aanvulling op de HBSC studie zijn veel andere bronnen gebruikt, bijvoorbeeld omdat deze in meer detail de leefstijl of psychische gezondheid van jongeren weergeven (bijvoorbeeld gegevens uit de studie 'Seks onder je 25<sup>e</sup>' in paragraaf 3.5 over seksueel risicogedrag), dan wel omdat ze een aanvulling vormen op de HBSC studie (bijvoorbeeld. gegevens gebaseerd op lichamelijk onderzoek waarin lengte en gewicht van jongeren is gemeten in paragraaf 3.1 over overgewicht).

### *Internationale vergelijking gebaseerd op twee grote internationale studies*

Voor de internationale vergelijkingen in dit rapport is naast de HBSC-studie (Currie et al., 2004) ook gebruik gemaakt van een andere grote internationale studie bij jongeren: de ESPAD (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs; Hibell et al., 2004). Deze studies zijn gebaseerd op vragenlijsten onder jongeren van 11, 13 en 15 jaar (HBSC) en scholieren van 15 en 16 jaar (ESPAD).

Hoewel het gebruik van vragenlijsten niet voor alle onderwerpen (zoals overgewicht) de ideale methode is om gegevens te verzamelen, weegt hier een aantal belangrijke voordelen tegen op. De

jongeren worden allemaal op dezelfde manier ondervraagd, de leeftijd van de jongeren is gelijk en de periode waarin gemeten ('bevraagd') wordt is ongeveer dezelfde. Dit zijn unieke omstandigheden bij het vergelijken van gegevens uit verschillende landen.

Een nadeel is dat bij het ter perse gaan van dit rapport, zowel voor ESPAD als voor HBSC, nieuwe gegevens in aantocht, maar nog niet openbaar waren. Om deze reden zijn de internationale vergelijkingen gebaseerd op survey rondes uit 2001/2002 van HBSC en van ESPAD op resultaten uit 2003. Eind 2008 verschijnt een RIVM rapport met internationale vergelijkingen op een groot aantal Europese gezondheidsindicatoren waarin naar verwachting nieuwe resultaten van HBSC (2005) en ESPAD (2007) opgenomen zullen zijn (Harbers et al., in voorbereiding). Overigens verwachten wij over deze periode geen spectaculaire veranderingen in de rangordes van landen bij de besproken onderwerpen.

#### *Keuze van landen bij de internationale vergelijking op basis van drie criteria*

Bij de internationale gegevens die we tot onze beschikking hebben is een selectie gemaakt van landen die we presenteren. Deze selectie is bepaald aan de hand van drie criteria.

1. Allereerst zijn de landen vergelijkbaar met Nederland wat betreft het welvaartsniveau, zoals de oude EU-landen (de 'EU-15'), de Verenigde Staten, Canada en Australië.
2. Verder is de selectie aangevuld met vijf 'nieuwe' EU-landen met een hoog Bruto Nationaal Product en/of een inwoneraantal van groter dan drie miljoen: Estland, Hongarije, Polen, Tsjechië en Slovenië.
3. Van de landen die in de oorspronkelijke studie uitgesplitst zijn naar subregio's is de regio gekozen met de meeste inwoners. Dit betreft Belgisch Vlaanderen (niet Wallonië) en Engeland (niet Wales en Schotland).

#### *Lokale verschillen in prevalentie van enkele leefstijlfactoren: gegevens uit Noord Brabant ter illustratie*

In dit rapport beschrijven we voor een aantal leefstijlfactoren, namelijk alcoholgebruik, roken en overgewicht, de prevalentie per gemeente in de provincie Noord Brabant (exclusief Eindhoven, waarvoor geen gegevens beschikbaar waren). Voor deze analyses is gebruik gemaakt van gegevens uit de zogenaamde gezondheidsatlas van de GGD regio's Hart voor Brabant, West-Brabant en Zuidoost-Brabant (Bron: [www.ggdgezondheidsatlas.nl](http://www.ggdgezondheidsatlas.nl)). De data verzameling en verwerking was identiek voor deze regio's, waardoor de gegevens voor de hele provincie Noord Brabant vergelijkbaar zijn.

Dergelijke gegevens komen op termijn ook beschikbaar voor alle GGD regio's in Nederland, namelijk via de 'lokale en nationale monitor jeugdgezondheid' ([www.monitorgezondheid.nl](http://www.monitorgezondheid.nl)).

We verwachten dat de lokale verschillen in andere GGD-regio's mogelijk groter zijn dan in de drie Brabantse regio's, die geen echte grote steden kennen maar juist relatief veel plattelandsgemeenten. Deze gegevens dienen ter illustratie van de behoorlijk grote variatie in de prevalentie van ongezonde leefstijl tussen gemeenten.

#### *Bronnen over effectiviteit preventieve interventies en maatregelen niet goed vergelijkbaar*

Voor uitspraken over de effectiviteit van preventieve interventies hebben we ons per paragraaf in de hoofdstukken 3 en 4 op één of meer overzichtsrapporten of -artikelen gebaseerd. Het onderling vergelijken van deze oordelen bleek helaas niet goed mogelijk, omdat in elk van die rapporten weer andere criteria voor effectiviteit werden gehanteerd. Zo waren de belangrijkste bronnen voor de paragrafen over alcohol en cannabis vrij streng over de effectiviteit, waardoor veel interventies de toets der kritiek niet konden doorstaan. Aan de andere kant werden de interventies voor de psychische problemen in enkele bronnen weer wat milder beoordeeld. Voor zover mogelijk hebben we in onze conclusies rekening gehouden met deze interpretatie-verschillen.

#### *Overige bronnen*

Naast de hierboven beschreven bronnen voor specifieke onderdelen van het rapport, is gebruik gemaakt van:

- bestaande RIVM producten: VTV 2006, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Nationale Atlas Volksgezondheid, themarapport 'Gezond verstand', themarapport 'Leren van de burens', themarapport 'Let op letsels', lopende inventarisaties door Centrum Jeugdgezondheid & Centrum Gezond Leven.
- producten van ZonMw (programma jeugd), TNO, Trimbos-instituut, NIGZ, Verweij-Jonker Instituut, NJI, SCP, QUI-database (interventies).
- Nederlandse en buitenlandse reviews van de effectiviteit van interventies en beleid.

#### **Toelichting gebruikte bronnen hoofdstuk 4**

##### *Het meten van de prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen*

Een veel gebruikte vragenlijst om te bepalen hoeveel kinderen en jongeren (4 tot en met 18 jaar) emotionele problemen en gedragsproblemen vertonen is de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991a). Er zijn verschillende versies van de lijst: een versie in te vullen door ouders (CBCL), door leerkrachten (Teacher's Report Form, TRF; Achenbach, 1991b) en door jongeren van 11 tot en met 18 jaar (Youth Self-Report, YSR; Achenbach, 1991c). De van oorsprong Amerikaanse lijst is in meer dan 80 talen vertaald en wordt al tientallen jaren gebruikt in binnen- en buitenland, waardoor internationale vergelijkingen en trends kunnen worden gegeven.

De antwoorden op deze vragenlijsten kunnen gecombineerd worden tot scores op acht deelschalen. De deelschalen Teruggetrokken, Lichamelijke klachten en Angstig/depressief kunnen samengevoegd worden tot de meer omvattende schaal Internaliseren (emotionele problemen), terwijl de deelschalen Delinquent gedrag en Agressief gedrag samen de schaal Externaliseren (gedragsproblemen) vormen. Hoewel een stoornis als ADHD vaak tot de gedragsproblemen gerekend wordt, wordt de score op de deelschaal Aandachtsproblemen niet meegerekend in de score op de schaal voor Externaliserende problemen.

Op grond van hun scores op schalen die verschillende soorten emotionele problemen en gedragsproblemen meten, kunnen kinderen ingedeeld worden in het normale gebied, het grensgebied of het klinische gebied. Hiervoor worden afkappunten gehanteerd. De indeling is gebaseerd op vergelijkingen met Nederlandse normatieve steekproeven (Verhulst et al., 1996; 1997a; b). Hoewel de precieze vaststelling van het grensgebied en de klinische grens in zekere zin arbitrair is (Verhulst et al., 1997a), geven deze percentages een indicatie van de omvang van de groep die grote moeilijkheden heeft of gekwalificeerd kan worden als echt probleemgeval. Wanneer kinderen en jongeren binnen het grensgebied vallen, betekent dit dat zij aanzienlijke problemen hebben, wanneer zij in het klinische gebied vallen dan kunnen ze worden beschouwd als probleemgevallen en vertonen zij overeenkomsten met kinderen die aangemeld zijn bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (Verhulst et al., 1996; 1997a; b). Zij hebben dan in die mate last van de problemen dat ondersteuning of zelfs professionele hulp gewenst zou zijn.

De SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) is een vrij nieuwe vragenlijst die sinds enkele jaren in de jeugdgezondheidszorg veel wordt gebruikt om psychosociale problemen op te sporen. De vragenlijst is een stuk korter dan de CBCL, maar is tot nu toe echter alleen gevalideerd voor de leeftijdsgroep 7 tot en met 12 jaar. De SDQ werd ook gebruikt in de HBSC-studie 2005 (Van Dorsselaer et al., 2007).

### *Het meten van de prevalentie van psychiatrische stoornissen*

De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen bij kinderen en jongeren kan vastgesteld worden met behulp van de Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC; Shaffer et al., 2000). Dit gestandaardiseerde psychiatrische interview is geschikt voor kinderen en jongeren van 6 tot en met 17 jaar. Om vast te stellen of kinderen en jongeren voldoen aan de criteria voor een psychiatrische stoornis wordt gebruik gemaakt van de classificatie van psychiatrische stoornissen volgens de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (American Psychiatric Association, 1994). Van het interview bestaat een variant voor ouders en een variant voor jongeren van 9 tot en met 17 jaar oud.

### *Lopend onderzoek*

Momenteel worden in Nederland twee grootschalige cohortstudies uitgevoerd, die belangrijke inzichten kunnen opleveren over de psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren. In de Tracking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS) worden 11-jarigen door middel van tweejaarlijkse metingen gevolgd tot hun 25<sup>e</sup> levensjaar. Het onderzoek is gericht op de oorzaken en gevolgen van psychisch (on-)welbevinden en de sociale ontwikkeling tijdens de adolescentie. Er wordt ondermeer aandacht besteed aan de prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen, zorggebruik en zorgbehoefte (TRAILS, 2008).

In Generation R worden de groei, ontwikkeling en gezondheid van bijna 10.000 opgroeiende kinderen in Rotterdam onderzocht. Deze kinderen worden vanaf de vroege zwangerschap tot de jonge volwassenheid gevolgd. Centraal staat de vraag waarom het ene kind zich optimaal ontwikkelt en het andere kind niet. Door factoren te onderzoeken die deze ontwikkeling beïnvloeden, kunnen strategieën voor het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van kinderen ontwikkeld worden die specifiek gericht zijn op de meest kwetsbare groepen (Generation R, 2008).

## **Bijlage 3      Lijst met afkortingen**

ADHD	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
BMI	Body Mass Index
BOS	Buurt Onderwijs Sport
C&SCO	Conflicthantering & Sociale Competentie in het Onderwijs
CBCL	Child Behavior Checklist
CCV	Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid
CD	Conduct Disorders
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie
FASD	Foetaal Alcohol Spectrum Disorder
GBI	Gezondheidsbevorderend instituut
GGD	Gemeentelijke/ Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
hiv	human immunodeficiency virus
IOTF	International Obesity Taskforce
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KOPP	Kinderen van Ouders met Psychische Problemen
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RiPP	Responding in Peaceful and Positive Ways
RNG	Rutgers Nisso Groep
RVD	Rijksvoorlichtingsdienst
SDQ	Strengths & Difficulties Questionnaire
soa	seksueel overdraagbare aandoening
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
THC	Tetrahydrocannabinol
TRF	Teacher's Report Form
Unicef	United Nations Children's Fund
VMBO-b	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs - beroepsgerichte leerweg
VMBO-t	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs - theoretische/gemengde leerweg
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
YSR	Youth Self-Report
ZonMw	De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie