

Interventie

Gezond Leven? Check 't Even!

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 15 februari 2024
Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Meuwissen, Schuiling (10 januari 2024).
Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Gezond Leven? Check 't Even!'.
Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroepen	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	27
5. Samenvatting Werkzame elementen	30
6. Aangehaalde literatuur	31
7. Praktijkvoorbeeld	35

Samenvatting

'Gezond leven? Check het even!' (GLCE) is een oplossingsgerichte gezondheidsinterventie voor jongeren op het regulier voortgezet onderwijs. De interventie is bedoeld om de gezondheid van leerlingen te bevorderen met toegankelijke gezondheidsinformatie en gezondheidszorg. Door de interventie worden jongeren gestimuleerd te reflecteren op hun gezondheid en de keuzes die zij daarin maken. Zij krijgen toegang tot betrouwbare informatie en online hulp over verschillende thema's van gezondheid en welzijn. De jongeren hebben de mogelijkheid tijdens een consult met een jeugdgezondheidszorg-professional (JGZ-professional) hun zorgen en vragen te bespreken. De oplossingsgerichte vaardigheden van JGZ-professionals stelt hun in staat aan te sluiten bij de jongeren. Centraal staat dat jongeren zoveel mogelijk regie krijgen en niet 'betutteld' worden. Daarnaast ontvangt iedere school een schoolgezondheidsrapport, gegenereerd op basis van de geaggregeerde geanonimiseerde antwoorden van haar leerlingen. Dit rapport is samen met de terugkoppeling van de gesprekken input om het schoolgezondheidsbeleid te versterken.

Doelgroep

De doelgroep is alle leerlingen uit klas 1 tot en met 4 van alle niveaus van het regulier voortgezet onderwijs, van Praktijkonderwijs tot en met Gymnasium. De leerlingen worden tweemaal in hun schoolcarrière uitgenodigd deel te nemen aan dit onderzoek. De intermediaire doelgroepen bestaan uit de JGZ-professionals, docenten en schoolleiding van alle scholen van het regulier voortgezet onderwijs in het werkgebied van de JGZ-organisaties.

Doel

Het doel van de interventie is dat meer leerlingen gezond zijn: ze kunnen de fysieke, mentale en sociale uitdagingen van het leven het hoofd bieden. De subdoelen voor jongeren zijn gericht op het vergroten van bewustzijn, het vermeerderen van kennis, het hebben van een positieve ervaring met de gezondheidszorg, het verminderen van onbeantwoorde vragen en het verkrijgen van passend advies en zorg. Daarnaast kunnen meer JGZ-professionals aansluiten bij jongeren en hebben meer scholen een passend gezondheidsbeleid.

Aanpak

De aanpak van GLCE is tweeledig. Enerzijds richt zij zich op individuen; de leerling vult een vragenlijst in en ontvangt gepersonaliseerde gezondheidsinformatie. Daarna krijgen de leerlingen de mogelijkheid tot een consult met een JGZ-professional. Anderzijds richt de interventie zich op het collectief; scholen krijgen actuele, collectieve gezondheidsinformatie waarmee zij hun schoolgezondheidsbeleid kunnen versterken.

Materiaal

Voor de uitvoering van GLCE is nodig: een handleiding voor de JGZ-professionals, een handleiding voor de schoolgezondheidsrapportage en een digitale tool waarin leerlingen een digitale vragenlijst kunnen invullen en advies op maat ontvangen. Daarnaast zijn apparaten met internetverbinding nodig, waarmee toegang tot de digitale tool verkregen kan worden.

Onderbouwing

Jongeren zitten in een turbulente levensfase die zich kenmerkt door een zoektocht naar hun identiteit. Zij schamen zich snel, en willen hun vragen en problemen graag zelf oplossen. Risicovol gedrag op gebied van leefstijl, relaties en mentale problemen kunnen een grote impact hebben op hun ontwikkeling en toekomst.

De interventie beoogt hun gezondheid en welzijn te versterken:

Door het bevorderen van een gezonde leefstijl: door het invullen van de vragenlijst en de informatie op maat, digitaal en tijdens het persoonlijke consult wordt hun bewustzijn en kennis vergroot. De oplossingsgericht benadering versterkt hun motivatie, vertrouwen en competenties.

Door alle jongeren uit te nodigen op school en hen ook online informatie te geven over beschikbare hulp wordt toegang tot voorzieningen gezondheidszorg laagdrempelig. De brede sociaal-medische aanpak en de veiligheid van het medisch beroepsgeheim helpt jongeren hun schaamte te overwinnen.

De oplossingsgerichte aanpak helpt professionals aansluiting te vinden bij de jongeren en aan te sluiten bij hun behoefte aan autonomie, competentie en verbinding. Door de uitvoering aan te passen aan verschillende onderwijsniveaus en individuen kan gericht worden ingezet op het verminderen van gezondheidsverschillen.

Goede samenwerking met school en ouders versterkt de omgeving van individuele jongeren. De bespreking met de schoolgezondheidsrapportages draagt bij om het schoolgezondheidsbeleid te versterken en gerichte lesprogramma's in te zetten, gericht op bewustzijn en de invloed van peers.

Onderzoek

GLCE is door middel van interviews, vragenlijsten, analyse van de antwoorden en spreekuurregistraties en focusgroepen geëvalueerd door epidemiologen, studenten, JGZ-professionals, leerlingen en scholen. Het bereik is hoog (80-90%), de methodiek spreekt jongeren aan, JGZ-professionals zijn positief en de scholen zijn blij met de schoolgezondheidsrapportages. De belangrijkste aandachtspunten zijn de privacy in de klas en de noodzaak de vragenlijst en gezondheidsinformatie met regelmaat te updaten. Op basis hiervan is introductiemateriaal ontwikkeld voor in de klas en is afgesproken dat de vragenlijst ingevuld wordt in toetsopstelling. Binnen het gebruikersoverleg worden alle materialen jaarlijks geëvalueerd en zo nodig bijgewerkt.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroepen

Uiteindelijke doelgroep

De interventie 'Gezond leven? Check het even!' (GLCE) is bedoeld om alle leerlingen uit klas 1 tot en met 4 van het regulier voortgezet onderwijs tweemaal in hun schoolloopbaan aan te bieden. De interventie richt zich op alle onderwijsniveaus, van Praktijkonderwijs tot en met Gymnasium.

Intermediaire doelgroep

De intermediaire doelgroepen bestaan uit:

- De JGZ-professionals die werkzaam zijn op het regulier voortgezet onderwijs (VO) in het werkgebied van de jeugdgezondheidszorg (JGZ)-organisatie
- De docenten en schoolleiding van alle scholen van het regulier voortgezet onderwijs (VO) in het werkgebied van de jeugdgezondheidszorg (JGZ)-organisatie

Selectie van doelgroepen

In het werkgebied van de JGZ-organisatie worden alle scholen van het regulier VO benaderd om mee te werken aan de uitvoering van dit gezondheidsonderzoek. De JGZ heeft immers tot wettelijke taak de gezondheid en het welzijn van alle leerlingen te monitoren en te ondersteunen (Rijksoverheid, 2021). Voor leerlingen die speciaal onderwijs volgen, wordt op maat gekeken of het onderzoek geschikt is voor de doelgroep of dat een andere vorm van onderzoek beter aansluit. De vragenlijst sluit bijvoorbeeld niet aan bij kinderen met ernstige lichamelijke of mentale beperkingen.

Iedere leerling op het reguliere VO ontvangt tweemaal tijdens de schoolcarrière een uitnodiging voor GLCE. In welke jaargangen de leerlingen de uitnodiging ontvangen, wordt bepaald door het onderwijsniveau en de logistieke mogelijkheden; PRO- en VMBO-leerlingen ontvangen de gezondheidsinterventie idealiter in klas 1 en 3 en HAVO/Vwo-leerlingen in klas 2 en 4. Dit verschil heeft te maken met de eindexamens in klas 4 VMBO, en omdat de problematiek op PRO en VMBO vaak eerder begint.

De school levert van iedere klas de leerlingenlijst aan, waardoor alle leerlingen een uitnodiging ontvangen voor de interventie.

Betrokkenheid doelgroep

GLCE is in 2012-2013 ontwikkeld door JGZ-professionals in co-creatie met jongeren, scholen en experts. Klankbordgroepen met jongeren zijn georganiseerd om de gewenste vorm en inhoud van dit contactmoment te bepalen. Gedurende het ontwikkelproces zijn keuzes met hen besproken.

Sindsdien is er regelmatig onderzoek gedaan naar hun ervaringen. Tijdens de pilot zijn 100 jongeren geïnterviewd, waarna de gezondheidsinformatie op een oplossingsgerichte manier is herschreven en aanpassingen in de logistiek zijn gedaan (Zelle en Meuwissen, 2014). Uit evaluaties blijkt het belang van goede introductie in de klas. Aan het einde van de vragenlijst staan korte evaluatievragen, waardoor continue monitoring mogelijk is. Scholen hebben intensief meegedacht over de gewenste vorm en inhoud van de schoolrapporten. Ook ouders hebben inspraak gehad via klankbordgroepen. Zij wilden graag informatie kunnen delen met de JGZ. Tot slot zijn er gesprekken geweest met leerplichtambtenaren, schoolleiders, psychologen en verslavingsexperts. Experts in oplossingsgericht werken met jongeren adviseerden over alle aspecten van de interventie

1.2 Doel

Hoofddoel

Meer jongeren (klas 1-4) op het reguliere onderwijs zijn gezond; in de zin dat zij de fysieke, mentale en sociale uitdagingen van het leven het hoofd kunnen bieden.

Subdoelen

Voor de doelgroep: Leerlingen op het reguliere voortgezet onderwijs

1. Meer jongeren zijn zich bewust van hun fysieke en mentale gezondheid en sociale welbevinden en de leefstijlkeuzes die zij maken.
2. Meer jongeren hebben kennis of weten waar zij betrouwbare kennis kunnen vinden en weten waar zij terecht kunnen voor ondersteuning of hulpverlening over:
 - a. Fysieke gezondheid, fitheid en ziekten;
 - b. Mentale gezondheid, leefstijl en middelengebruik;
 - c. Sociaal welbevinden in thuissituaties, relaties en de digitale wereld.
3. Meer jongeren hebben een positieve ervaring met de gezondheidszorg, doordat zij zich gehoord en begrepen voelen in het gesprek met de JGZ-professional.
4. Minder jongeren hebben onbeantwoorde vragen over hun fysieke en mentale gezondheid of sociale welbevinden.
5. Meer jongeren die fysieke, mentale en/of sociale problemen hebben, krijgen passend advies en zorg.

Voor de intermediaire doelgroep: JGZ-professionals op het reguliere voortgezet onderwijs

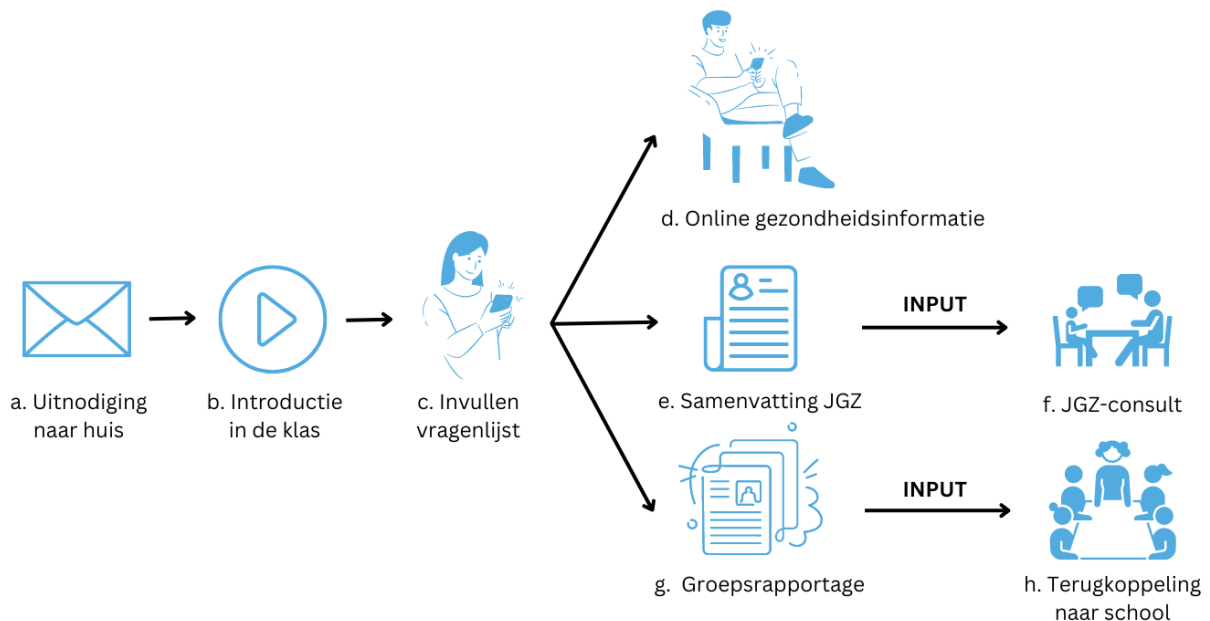
6. Meer JGZ-professionals zijn in staat aan te sluiten bij jongeren en zo nodig:
 - a. Hun motivatie tot het (samen)werken aan hun eigen oplossingen op terrein van gezondheid en welzijn te versterken;
 - b. Passende ondersteuning of zorg in te zetten.

Voor de intermediaire doelgroep: scholen op het reguliere voortgezet onderwijs

7. Meer scholen van het reguliere voortgezet onderwijs voeren een schoolgezondheidsbeleid dat aansluit op het schoolprofiel. Daartoe evalueren zij het beleid minstens een keer per jaar en voeren de benodigde aanpassingen door in het beleid.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie



Figuur 1: Grafische weergave van het verloop van 'Gezond leven? Check het even!'

De opbouw van GLCE bestaat uit een individueel deel gericht op de jongeren (figuur 1 a,b,c,d,e,f) en een collectief deel gericht op de scholen (figuur 1 g,h).

De lokale JGZ-organisatie bepaalt welke jaarlagen worden uitgenodigd en welke leerlingen een consult krijgen.

In de onderbouw krijgen alle leerlingen een consult en wordt iedereen gemeten en gewogen.

In de bovenbouw is het afhankelijk van het onderwijsniveau of iedereen een consult krijgt of dat er gewerkt wordt met triage. Bij triage krijgt gemiddeld 1/3 van de leerlingen een consult. De selectie vindt plaats op basis van de antwoorden van jongeren die weergegeven worden in de samenvattingskaart en de input van school en ouders. Alle leerlingen krijgen online feedback. Hierbij kunnen zij alsnog aangeven dat ze zelf een gesprek willen met de JGZ-professional.

Na de introductie in de klas (± 10 minuten) vullen leerlingen individueel de vragenlijst in (gemiddeld 15 minuten). De automatisch gegenereerde pdf-samenvattingskaart van de antwoorden wordt gekoppeld aan het elektronische JGZ-dossier. Jongeren krijgen een uitnodiging voor het consult. De samenvattingskaart vormt het uitgangspunt voor het gesprek (20 tot 30 minuten). Tijdens dit gesprek worden vragen en antwoorden van jongeren besproken en wordt waar nodig ouders of school betrokken, een vervolgspraak gemaakt of een verwijzing geïnitieerd.

Zorgen over individuele leerlingen waarbij de school in actie moet komen, worden – in afstemming met leerling/ouders – besproken met school. Door aanwezigheid binnen de schoolstructuur wordt ook nauw samengewerkt met andere partners binnen school. Na afronding van alle consulten van een jaarlaag ontvangt de school het schoolrapport. In een

gesprek van gemiddeld een uur bespreken de JGZ-professional en/of gezondheidsbevorderaar zowel signalen uit de spreekkamer als uit het groepsbeeld met de school.

Inhoud van de interventie

GLCE is een interventie die de methodiek van oplossingsgericht werken (OW) heeft geïntegreerd. OW komt voort uit de positieve psychologie. Het is gebaseerd op het idee dat mensen beter in staat zijn hun eigen oplossingen te vinden wanneer ze worden aangemoedigd zich te richten op wat al wel goed gaat.

Belangrijke kenmerken zijn:

- De cliënten kiezen zelf wat de gewenste situatie is waar zij naar toe willen. De aanpak concentreert zich op pragmatische, haalbare doelen.
- De focus ligt op het identificeren van oplossingen en het versterken van wat al werkt in plaats van het blijven hangen in problemen.
- Het is een op samenwerking gerichte aanpak, zowel met de hulpverlener als dat cliënten gestimuleerd worden mensen uit hun omgeving te betrekken ter ondersteuning.
- OW benadrukt de krachten en hulpbronnen van individuen. Het richt zich op het vergroten van zelfredzaamheid en het activeren van persoonlijke capaciteiten.
- OW kenmerkt zich door specifieke vraagstelling die gericht is op het ontdekken van positieve aspecten en uitzonderingen op problemen.
- Binnen OW wordt voortgang benadrukt, hoe klein ook, om positieve energie en motivatie te behouden.

De focus ligt op het eigenaarschap voor problemen en oplossingen bij de cliënten te laten. De belangrijkste eerste stap is, vast te stellen in hoeverre cliënten zelf al gemotiveerd zijn aan hun problemen te werken, en daar vervolgens goed op aan te sluiten (Beumer-Peeters, 2018; Hofstede, Nederhof, & de Graaf, 2019).

GLCE bestaat uit twee delen. Het eerste deel is gericht op individuele jongeren en het tweede deel op scholen als collectief (zie Figuur 1). Door deze combinatie kunnen de individuele activiteiten gericht worden op gezondheidsitems waarbij de meeste winst te behalen valt op individueel niveau en kunnen onderwerpen waarbij sociale normen een grote rol spelen aangepakt worden via interventies gericht op groepen jongeren..

De opbouw van uitnodigingsbrief, film en online feedback sluiten op elkaar aan en zijn allen volgens oplossingsgericht werken vormgegeven. Hierdoor bereiden jongeren en JGZ-professional in het voortraject zich beiden voor op het consult en is de JGZ-professional beter in staat aan te sluiten bij de leerling. Alle teksten zijn geschreven op B1 taalniveau. De interventie is gebaseerd op de uitgangspunten van de positieve psychologie en de methodiek van oplossingsgericht werken. Dat betekent dat de jongeren worden benaderd als zelfstandige individuen die zelf keuzes maken en dat er zoveel mogelijk aangesloten wordt bij hun doelen en vragen.

Deel 1: Gericht op individuele jongeren

Aan het begin van het schooljaar stemt de JGZ met alle scholen in de regio af wanneer welke klassen uitgenodigd zullen worden en waar de gesprekken zullen plaatsvinden. Op basis van deze input wordt een sluitend jaarrooster gemaakt.

a. De uitnodiging

Twee weken voorafgaand aan het gezondheidsonderzoek ontvangen de jongeren en hun ouders thuis een uitnodiging met uitleg over het onderzoek (Figuur 1a). Hierin staat informatie over het doel en de opzet van de interventie, de contactgegevens, hoe met persoonlijke informatie en privacy wordt omgegaan en hoe men kan afzien van deelname aan het onderzoek. Ouders en mentoren worden uitgenodigd eventuele vragen of zorgen kenbaar te maken aan de JGZ-professional. Dit kunnen zij via mail of telefonisch doen. Daarbij wordt hen gevraagd dit met de jongere te bespreken, zodat deze informatie meegenomen kan worden in het consult.

b. De introductiefilm

In de klas krijgen leerlingen eerst een introductiefilmpje te zien (Figuur 1b). Deze film is gemaakt in samenwerking met scholieren tijdens een mediatraject. Informatie uit de uitnodiging wordt nogmaals benoemd en specifieke punten, zoals waarborging van de privacy, worden extra benadrukt. Er is met name aandacht voor 'what's in it for me?' en wie de antwoorden te zien krijgen. Dit blijken belangrijke factoren te zijn voor leerlingen om zich eerlijk en open op te stellen tijdens het invullen van de vragenlijst.

c. De online vragenlijst

Vervolgens vullen jongeren de online vragenlijst in (Figuur 1c). De onderwerpen zijn afgestemd met jongeren, eenvoudig geformuleerd, met voorleesfunctie en dyslexietoets. Tijdens het invullen denken zij na over verschillende aspecten van gezondheid: lichamelijke gezondheid, mentale gezondheid, gedrag op het gebied van voeding en beweging, middelengebruik, seksuele gezondheid en welbevinden op school en in de thuissituatie: hoe het gaat, welke keuzes zij maken en welke vragen zij hebben. De vragenlijst voor de bovenbouw verschilt op enkele punten van die van de onderbouw. Zo wordt uitgebreider ingegaan op seksueel contact, alcohol en drugs.

Het doel van de vragenlijst is drieledig:

- Bewustzijn van de eigen gezondheid en welzijn stimuleren;
- Aanbieden van gezondheidsinformatie op maat;
- Inzicht krijgen in de vragen en/of signalen van jongeren om met hen in contact te kunnen komen.

Uniek in de aanpak ten opzichte van andere interventies gericht op gezondheidsonderzoeken van de JGZ op het voortgezet onderwijs is de oplossingsgerichte werkwijze, die terug te zien is in verscheidene kenmerken van de vragenlijst, namelijk:

- De positieve en neutrale formulering van de vragen: hierdoor wordt ook bewustzijn gestimuleerd op wat goed gaat.
- Het gebruik van schaalvragen. Hierdoor wordt zwart-wit denken vermeden.
- De mogelijkheid bij ieder onderwerp aan te geven of er vragen zijn.
- Het vragen naar visie op eigen gedrag. Hierdoor kan bij de gezondheidsinformatie en tijdens het consult aangesloten worden bij de persoonlijke visie en de fase van gedragsverandering.

Er wordt in de vragenlijst ook gevraagd naar zorgelijke situaties zoals mishandeling, grensoverschrijdend gedrag, en gevoelens van somberheid en suicidaliteit. Omdat jongeren voor dit soort problematiek niet makkelijk hulp vragen, gaat de JGZ-professional bij signalen hierover altijd het gesprek aan met de jongere: ook als de jongere zelf geen vraag heeft.

d. Online-gezondheidsinformatie

Na het invullen van de vragenlijst hebben alle jongeren toegang tot persoonlijke online gezondheidsinformatie (Figuur 1d). Als er geen bijzonderheden zijn, of de vraag is overgeslagen, staat er "algemene informatie" met een paar 'Wist je datjes', links en verwijzingen naar relevante websites voor jongeren en tips voor films en apps. Bij vragen of zorgelijke signalen volgt uitgebreidere informatie onder het kopje "Advies voor jou".

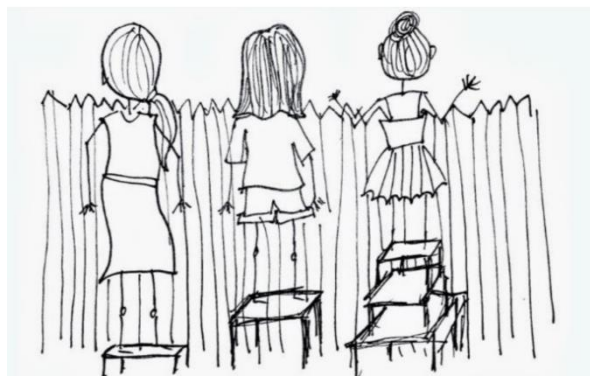
Door de opbouw van de vragenlijst kan bij de gezondheidsinformatie over leefstijl aangesloten worden bij de fase van gedragsverandering waarin de jongere zich bevindt: voorbeschouwing "wil niets veranderen", de overpeinzing "overweegt iets te veranderen" (Prochaska, 1983). Zij worden uitgenodigd hun gedrag te overwegen met testjes en links naar informatieve sites bij de "algemene informatie". Als zij al in de fase van de beslissing zitten "wil iets veranderen" krijgen zij naast informatie ook tips hoe ze de verandering aan zouden kunnen pakken. Dit is anders dan in reguliere werkwijzen op het voortgezet onderwijs waar vaak alleen algemene informatie wordt gegeven.

e. Samenvatting JGZ

De automatisch gegenereerde pdf-samenvattingskaart van de antwoorden wordt gekoppeld aan het elektronische JGZ-dossier. De samenvattingskaart vormt het uitgangspunt voor het gesprek (20 tot 30 minuten) en daar waar in de bovenbouw met triage gewerkt wordt, vormt de samenvattingskaart hiervoor de basis samen met de input van school en ouders. Door de opzet van deze samenvattingskaart ziet de JGZ-professional in één oogopslag waar de vragen van de jongeren over gaan en in welke fase van gedragsverandering de leerling zit. Hierdoor kan de JGZ-professional aan sluiten bij de leerling en signaleren of een gesprek gewenst is en in het gesprek ook direct aansluiten bij de fase van gedragsverandering of zorgen van de leerling.

f. Het consult

Idealiter krijgen alle leerlingen in de onderbouw en in de bovenbouw van praktijkonderwijs/VMBO een consult. In de bovenbouw van HAVO/VWO wordt gewerkt met triage. De intensievere aanpak op het PRO/VMBO heeft ermee te maken dat leerlingen daar meer problematiek hebben en dat hun lees- en gezondheidsvaardigheden minder zijn. In een gesprek komen deze leerlingen vaak beter tot hun recht. Hierdoor worden de JGZ-professionals zo ingezet dat de meest kwetsbare groepen meer aandacht krijgen. Hiermee wil GLCE bijdragen aan het verminderen van gezondheidsverschillen. (zie Figuur 2).



Figuur 2: Visuele weergave van het belang van een gedifferentieerde aanpak om hetzelfde doel te kunnen bereiken.

In de vragenlijst geven jongeren aan over welke onderwerpen zij willen spreken. Zo krijgen zij regie over het consult (Figuur 1f). Op de samenvatting ziet de professional in één blik wat er speelt en welke vragen de jongere heeft, door kleurmarkering en tekens (Figuur 1e). Door het brede beeld over de verschillende leefgebieden, de visie van de jongere en zijn vragen, kan de JGZ-professional aansluiten. Ook kan de professional mogelijke verbanden zien. De professional benadert jongeren als expert over hun eigen leven en stimuleert hen concrete doelen te formuleren die zij willen en kunnen bereiken.

Tegelijkertijd kunnen professionals ook een medische anamnese afnemen indien de klachten of de voorgeschiedenis daarom vragen. Het is immers een belangrijke taak van de JGZ een biomedische oorzaak van de klachten te onderzoeken c.q. uit te sluiten. Ook kan de JGZ-professional andere vaardigheden en methodieken inzetten. Denk hierbij aan motiverende gespreksvoering bij leefstijlproblematiek en de GIZ (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte) voor het gesprek over de thuissituatie of problematiek op meerdere leefgebieden.

De JGZ-professional is ingebed binnen de school en de zorgstructuur en kan gericht doorverwijzen naar zorgverleners binnen en buiten de school indien nodig. Hierdoor worden scholen ondersteund bij het bieden van passend onderwijs en bij de preventie van schooluitval.

Het consult wordt altijd afgesloten met een samenvatting. In de onderbouw krijgt de leerling daarnaast een standaard uitslagbrief mee voor thuis. Hierin wordt lengte en gewicht vermeld en kan in afstemming met de jongere andere informatie aan ouders worden teruggekoppeld. Daarnaast wordt zoals bij elk consult van de JGZ-professionals met jongeren een afweging gemaakt over wat wel en niet aan ouders wordt teruggekoppeld via brief, mail of telefonisch. Hierbij wordt rekening gehouden met de leeftijd van de jongeren en de gezondheidsrisico's die spelen.

Deel 2: Gericht op de school als collectief

h. Terugkoppeling naar school

De interventie resulteert in een beeld hoe het met de groep als geheel gaat, door de gesprekken en door de antwoorden op de vragenlijst. Op basis van deze geanonimiseerde data wordt een geautomatiseerd 'schoolgezondheidsrapport' gemaakt (Figuur 1g). Daarin staan -naast een korte uitleg- de antwoorden van de jongeren op groepsniveau, soms trendfiguren over de afgelopen jaren, en het gemiddelde van andere scholen als referentie. Het doel van dit rapport is te signaleren of er bijzonderheden zijn in de gezondheid en het welzijn van de leerlingen op deze school, het bestaande gezondheidsbeleid van die school te monitoren en de noodzaak van aanpassingen hierin te onderbouwen.

Na het afronden van de onderzoeken van de jaarlaag koppelen de jeugdarts/jeugdverpleegkundige het beeld uit de spreekkamer plus de schoolgezondheidsrapportage terug aan school (Figuur 1h). Intern stemmen zij af hoe de Adviseur Gezonde School een bijdrage geeft. Met school stemmen zij af aan wie zij de terugkoppeling geven: aan de ondersteuningscoördinator of aan een breder gezelschap. Tijdens de terugkoppeling wordt samen naar de cijfers gekeken en getracht die te duiden. Zo kan de school evalueren of ingezette programma's effect hebben gehad op de gezondheid van de jongeren en of het nodig is nieuwe accenten aan te brengen. Ook kan de school advies krijgen over welke programma's het meeste impact kunnen hebben.

2. Uitvoering

Materialen

Vorbereiding

- Handleiding 'Gezond Leven? Check het even!' voor de JGZ-professionals die de interventie uitvoeren;
- Digitale tool van 'GLCE' waarin leerlingen een digitale vragenlijst kunnen invullen en advies op maat kunnen ontvangen;
- Handleiding voor schoolgezondheidsrapportage.

Uitvoering

- Standaard uitnodigingsemail of -brief voor leerlingen en ouders;
- Apparaat om de introductiefilm of PowerPoint mee te tonen in de klas, zoals beamer of smartbord;
- PowerPoint en/of introductiefilm ter introductie van de vragenlijst;
- Apparaat om de digitale vragenlijst op in te vullen: laptop, tablet of smartphone;
- Apparaat voor de JGZ-professional om het digitale dossier te kunnen inzien en invullen;
- Standaard format voor de schoolgezondheidsrapportage.

Evaluatie

- Vragenlijsten ter evaluatie van de interventie voor leerlingen.

Locatie en type organisatie

Organisatie

De interventie wordt op regionaal niveau gecoördineerd door de GGD/JGZ-organisatie. Deze is verantwoordelijk voor de training en beschikbaarheid van de JGZ-professionals. De uitvoering wordt verzorgd door de middelbare school zelf, die verantwoordelijk is voor de afname van de vragenlijst, al dan niet in samenwerking met JGZ-professionals.

Locatie

De interventie speelt zich af op scholen van het voortgezet onderwijs. Het tonen van de introductiefilm en het invullen van de digitale vragenlijst vinden plaats in een (klas)lokaal. Daarbij is een goede internetverbinding noodzakelijk. Voor het voeren van de consulten met een JGZ-professional is het van belang dat er een afgesloten privéruimte beschikbaar is met minimaal twee stoelen, een tafel en een goede internetverbinding. Voor de laagdrempelige toegankelijkheid is het ideaal als dit een ruimte binnen is school, maar het kan ook een GGD-locatie zijn.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Idealiter is een vast team van een jeugdarts, jeugdverpleegkundige en doktersassistente aan een school verbonden. Het streven is de taken zo te verdelen dat jongeren hun verhaal maar één keer hoeven te vertellen. Hierbij zien bijvoorbeeld artsen jongeren met complexe problematiek die mogelijk een verwijzing nodig hebben en verpleegkundigen alle overige jongeren die vragen hebben of waar geringe problematiek speelt. De doktersassistentes doen de introductie in de klas, triageren en kunnen jongeren spreken die geen vragen voor de JGZ hebben.

Alle professionals zijn vooraf getraind in de inhoud van de interventie en beheersen het niveau van oplossingsgerichte gespreksvoering dat past bij hun rol.

De mentoren weten wat van hen wordt verwacht en kunnen het onderzoek introduceren en basale vragen beantwoorden.

- **JGZ-doktersassistente**

- *Opleiding:* opleiding tot doktersassistente en geschoold in oplossingsgerichte gespreksvoering en het geven van basale gezondheidsvoorlichting.
- *Competenties:* de doktersassistente heeft goede communicatieve vaardigheden en kan basaal lichamelijk onderzoek verrichten.

- **JGZ-verpleegkundige**

- *Opleiding:* Hbo-opleiding in de richting maatschappelijke zorg, gevolgd door een post-HBO-opleiding sociaal verpleegkundige richting JGZ.
- *Competenties:* actuele kennis over gezondheid- en leefstijlproblemen bij adolescenten en een brede blik op gezondheid en haar sociale, psychische en lichamelijke aspecten; kent de sociale kaart voor hulp en doorverwijzingsmogelijkheden in het werkgebied. Beschikt over inlevingsvermogen, kan signaleren wat er op groepsniveau speelt in een klas en kan dat, al dan niet gesteund door de Gezonde School Adviseur terugkoppelen aan de school.

- **JGZ-arts**

- *Opleiding:* WO-opleiding geneeskunde tot basisarts, gevolgd door de profielopleiding profiel jeugdarts KNMG, al dan niet gevolgd door de medische specialisatie maatschappij en gezondheid.
- *Competenties:* gelijk aan de JGZ-verpleegkundige, aangevuld met de competentie tot het verrichten van onderzoek bij complexe problemen, doorverwijzen en het adviseren van scholen voor collectieve interventies aan de hand van de gezondheidsprofielen.

Na de initiële scholing is het belangrijk dat er voldoende ondersteuning is voor de JGZ-professionals door:

- Intervisie waarbij ook aandacht wordt besteed aan de gesprekstechnieken;
- Opfriscursussen over bovengenoemde thema's;
- Beschikbaarheid van ervaren collega's voor advies en ondersteuning.

- **Mentor**

- Opleiding tot leerkracht waarbij klassenmanagement een rol speelt, zodat de mentor het onderzoek goed kan introduceren en de privacy en veiligheid bij het invullen van de vragenlijst kan garanderen

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteitsbewaking van 'GLCE' gebeurt middels een inhoudelijke training van nieuwe JGZ-professionals (doktersassistenten, jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen) die gaan werken met de interventie. Deze trainingen worden verzorgd door externe deskundigen op het gebied van leefstijl, verslavingszorg, seksualiteit en mentale problemen. Ook worden de JGZ-professionals door deskundigen getraind in oplossingsgericht werken. Daarnaast zijn in de vragenlijst enkele vragen voor evaluatie opgenomen.

Door middel van jaarlijkse evaluaties met jongeren, scholen, JGZ-professionals en/of ondersteunende diensten wordt onderzocht hoe de interventie loopt, wat het bereik is, wat goed gaat en wat verbeterpunten zijn. Deze evaluaties worden geïnitieerd door de leden van de JGZ-organisaties die de methodiek GLCE implementeren en in beheer hebben. Daarnaast zijn er regelmatig kleine onderzoeken door studenten van Hbo-instellingen of

universiteiten, in de vorm van vragenlijstonderzoek of interviews naar de ervaringen van jongeren en/of professionals.

Het landelijke gebruikersoverleg vindt vijf keer per jaar plaats. Tijdens dit overleg worden de ervaringen en de uitkomsten uit onderzoek besproken, en wordt nagedacht over de implicaties voor het proces en/of de inhoud. Per JGZ-organisatie neemt zowel een applicatie-beheerder als een JGZ-uitvoerende deel. Ook de ontwikkelaar van de Tool neemt deel aan het overleg. Hierdoor kan in het landelijke gebruikersoverleg de applicatie in gezamenlijkheid geëvalueerd en doorontwikkeld worden. Tot slot wordt de vragenlijst en gezondheidsinformatie jaarlijks door het landelijk gebruikersoverleg geüpdatet, en wordt jaarlijks gecontroleerd of de verwijzingen in de online gezondheidsinformatie naar websites, apps en films nog up-to-date zijn.

Randvoorwaarden

Intern, binnen de JGZ:

- Draagvlak bij de JGZ-managers: een goede inbedding in de JGZ-organisatie is nodig voor de logistieke en financiële ondersteuning en de training van de professionals;
- Voldoende geschoolde JGZ-medewerkers om het werk uit te kunnen voeren;
- Goed logistiek netwerk, dat aansluit bij de ondersteunende diensten die bij de uitvoering betrokken zijn: voor de contacten met school, de uitnodigingsbrieven, de inlogcodes, de vervolggesprekken, alsmede het beheren en inrichten van de tool;
- Een heldere taakverdeling tussen de verschillende JGZ-professionals;
- Goede training van de professionals in de praktische werkwijze, de gespreksvaardigheden en in de inhoudelijke thema's;
- Goed ingerichte tool met adequaat applicatiebeheer.

Extern, op scholen:

- Goede bewaking van de privacy van leerlingen bij het invullen van de digitale vragenlijst. Dit kan school faciliteren door een toetsopstelling aan te houden in de klas en in te laten vullen op smartphones;
- Voldoende draagvlak bij scholen: het invullen van de online vragenlijst vindt idealiter plaats in de klas tijdens een mentoruur. Hiervoor is het noodzakelijk dat de school jongeren de gelegenheid geeft om in de klas de vragenlijst in te vullen en onder leiding het eventuele vervolggesprek te voeren;
- Adequate ruimtes om de privégesprekken te voeren;
- Aanwezigheid van een digibord/beamer/flipover en internetverbinding in de klas.

Implementatie

Als een JGZ-organisatie overweegt de interventie in het aanbod op te nemen, kan contact opgenomen worden met de voorzitter van het landelijk gebruikersoverleg (zie later). De voorzitter voorziet de nieuwe JGZ-organisatie van alle materialen die nodig zijn om de interventie te implementeren. Zij brengt de geïnteresseerden in contact met de provider van de applicatie. Hij ondersteunt de applicatiebeheerders van de JGZ-organisatie bij het inrichten van de tool.

Om draagvlak te creëren moet de JGZ-organisatie met de scholen afstemmen over de implementatie van de interventie en wat er van hen verwacht wordt. Ook is het belangrijk dat de gemeenten geïnformeerd en betrokken worden. Scholen krijgen alle materialen die nodig zijn om deze interventie uit te voeren. Scholen zijn al gewend om de JGZ te faciliteren in het uitvoeren van gezondheidsonderzoeken. Deze interventie geeft hier op een andere manier vorm aan.

Op organisatieniveau is het belangrijk af te stemmen met de managers, planners/logistieke ondersteuners, de adviseurs gezondheidsbevordering en de onderzoekers.

Op uitvoeringsniveau wordt aanbevolen een multidisciplinaire werkgroep te creëren waarin alle JGZ-professionals die betrokken zijn bij de uitvoering vertegenwoordigd zijn. Hun taak is een stappenplan te maken voor het uitrollen van de interventie: eerst in pilotvorm of direct voor alle scholen. Daarbij hoort ook een plan voor benodigde training voor de betrokken JGZ-professionals.

Een vertegenwoordiger van de JGZ-professionals en de applicatiebeheerder worden opgenomen in het landelijke gebruikersoverleg (zie hierboven). Zij hebben toegang tot alle documenten, onderzoeken, ervaringen en steun van collega's.

Kosten

Tabel 1. Voorbeeld kostenoverzicht voor de JGZ-organisatie	
Onderdeel	Kosten in euro's*
Implementatie fase	
a) Aanschaf tool (eenmalig)	a) 5010 euro
b) Gebruiksrecht tool (hosting, doorontwikkeling, licentie, Readspeakr)	b) 850 euro per maand
c) Aanschaf introductiefilmpjes (eenmalig)	c) 250 euro (Inclusief logo van de eigen GGD)
d) Informeren gemeentes en scholen (eenmalig)	d) Onderdeel van reguliere schoolrelatiegesprekken
e) Instructie JGZ en ondersteunende medewerkers tool	e) 2 uur per medewerker
f) Instructie JGZ-medewerkers in oplossingsgericht werken (indien ze dit nog niet gewend zijn)	f) Onderdeel van reguliere scholingsprogramma JGZ (indien nieuw: 2 dagdelen)
g) Instructie scholen	g) Onderdeel van reguliere schoolrelatiegesprekken
h) Aanmaken materialen (brieven, mailings)	h) 5 uur communicatie en 5 uur projectleider
i) Inrichten gezondheidsprofiel (eenmalig)	i) Afhankelijk van al beschikbare profielen en ICT-mogelijkheden
j) Jaarlijks aanmaken gezondheidsprofiel	j) Onderdeel van regulier rapportage aan scholen
Jaarlijkse activiteiten	
k) Inplannen online vragenlijst (inplannen in digitaal dossier en in tool check, versturen brieven etc.)	k) Geen extra kosten t.o.v. bestaande werkwijze
l) Afname online vragenlijst	l) 15-30 minuten per klas, bij voorkeur door JGZ-medewerker, eventueel door school mogelijk

<ul style="list-style-type: none"> m) Beoordelen samenvattingskaart en voorbereiden consult n) Consult jongere o) Voorbereiden en bespreken gezondheidsprofielen op scholen p) Updaten vragenlijst en gezondheidsinformatie inhoudelijk en invoer in tool voor JGZ en FAB 	<ul style="list-style-type: none"> m) 5 minuten per leerling n) Gemiddeld 20-25 minuten per leerling, afhankelijk van werkwijze. Tijdsinvestering is ongeveer gelijk aan anders gebruikte methodieken, afhankelijk van triage systeem o) 3 à 4 uur per jaarlaag p) 40 uur per jaar
<p>Deelname aan gebruikersoverleg</p> <ul style="list-style-type: none"> q) Deelname gebruikersoverleg door JGZ- en FAB-medewerker 	<ul style="list-style-type: none"> q) 5 keer per jaar een dagdeel
<p>Materialen</p> <ul style="list-style-type: none"> r) Niet anders dan al gebruikelijk bij gezondheidsonderzoeken 	

* prijzen uit 2022/2023

Kosten voor school

Voor scholen zijn er geen directe kosten verbonden aan de implementatie van de interventie. Zij stellen wel 20-30 minuten van een mentor-les beschikbaar en de ruimte waarin de JGZ-onderzoek plaatsvinden.

3. Onderbouwing

Probleem

Jongeren zitten in een levensfase die zich kenmerkt door grote lichamelijke en psychosociale veranderingen. Dat vraagt veel van de adolescent, die zoekt naar de eigen identiteit en rol in de samenleving. Vragen, problemen en risicovol gedrag die de gezondheid negatief kunnen beïnvloeden komen daarbij voor.

Een kort overzicht van de aard en omvang van gezondheidsproblemen die in deze leeftijdsgroep voorkomen:

De sterftcijfers van jongeren tussen de 10 en 20 zijn laag: 268 in 2021. Van hen overleden er 139(51,8%) aan een uitwendige oorzaak. Dat zijn voor 90,6% verkeersongelukken en suïcides (CBS, 2023).

De laatste gezondheidsmonitor onder jongeren uit klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs laat zien dat: 16% van de jongens en 26,7% van de meisjes last heeft van psychische klachten. Van alle jongeren is 29,6% afgelopen weken soms/altijd eenzaam geweest; 21,4% heeft afgelopen jaar ooit aan suicide gedacht en 44.4% heeft (zeer) vaak stress (RIVM, 2022).

Ook hebben jongeren last van lichamelijk ervaren klachten. 12,6% pijnklachten, 7,1% slaapproblemen en 11,5% langdurige aandoeningen (CBS, 2022). Overgewicht neemt toe in de adolescentie. In 2022 had 13,8% van de 12- tot 16-jarigen overgewicht en 2,6% obesitas (CBS, 2023). Van de meisjes vindt 45,8% zichzelf te zwaar tegen 22,9% van de jongens (Boer, et al., 2022).

De leefstijl kenmerkt zich door de volgende cijfers (Boer, et al., 2022). Van de jongeren op het voortgezet onderwijs:

- Sport slechts 82% minstens twee keer per week intensief;
- Eet slechts 4 op de 10 jongeren dagelijks groente en fruit;
- Heeft 10% de afgelopen maand gerookt;
- Heeft 28 % alcohol gedronken, waarvan bijna driekwart ook aan bingedrinken deed;
- Rapporteerde 5% problematisch social media gebruik.

De helft van de jongeren heeft voor het 18^e levensjaar de eerste geslachtsgemeenschap gehad. Van de jongens was 3% en van de meisjes 14% hiertoe overgehaald of gedwongen. Bij de eerste keer geslachtsgemeenschap gebruikt 6% van de meisjes en 8% van de jongens geen anticonceptie (Graaf, et al. 2017).

Het percentage jongeren dat het voortgezet onderwijs zonder diploma verlaat is in 2021 gestegen naar 0,49 procent (NJI, 2023).

Spreiding

Jongeren van het VMBO, meisjes en jongeren uit gezinnen met een relatief lage welvaart rapporteren meer problemen dan andere groepen (Van Steijn, de Winter, & Reijneveld, 2014). Naarmate jongeren ouder worden, neemt het welbevinden af en nemen mentale problemen toe. Oudere jongeren vinden het vaak moeilijker hun zorgen te delen met ouders (Boer, et al., 2022).

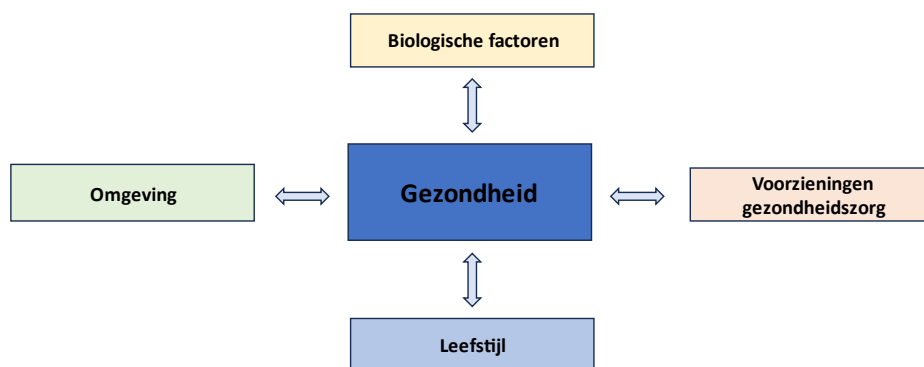
Potentiële gevolgen

Veel problemen die zich manifesteren in de volwassenheid hebben hun oorsprong in de adolescentiefase of eerder. Het stimuleren van gezond gedrag en gezonde leefstijl is van groot belang om latere gezondheidsproblemen te voorkomen (Heerwaarde, 2013). Ruim 62% van alle psychische problemen bij volwassenen is ontstaan voor hun 25^{ste} jaar en 34,6% voor hun 14^{de} jaar (Solmi, Radua, Olivola, Croce, & Soardo, 2022). Als de problemen van jongeren niet tijdig gesignaleerd worden dan heeft dit gevolgen voor hun gezondheid op korte en lange termijn, zowel voor de jongeren als voor de maatschappij (Dunnink, 2009)

Oorzaken

De gezondheid van jongeren wordt beïnvloed door verschillende gezondheidsdeterminanten. Het Health Field Concept (Lalonde, 1974) vat deze gezondheidsdeterminanten samen in vier categorieën.

Model van Lalonde(1974)



Figuur 3: Grafische weergave van het model van Lalonde

Biologische factoren

Een **genetische predispositie** kan het risico op het ontstaan van aandoeningen zoals obesitas of depressie vergroten (Ceelen, 2011). Het brein maakt in de adolescentie een sterke ontwikkeling door en heeft een grote gevoeligheid voor plezier (van Duijvenvoorde & Crone, 2018). Met name het centrum voor de emotieregulatie en planning is nog vol in ontwikkeling, waardoor het moeilijker is keuzes te maken tussen korte termijn plezier en lange termijn gevolgen (Jolles, 2017). Dit maakt het lastiger voor adolescenten om risico's in te schatten en afwegingen te maken, waardoor de kans op keuzes die negatief bijdragen aan de gezondheid groter wordt (Van Leijenhorst, 2010).

Leefstijl

Met leefstijl wordt een combinatie van gedragingen bedoeld die gerelateerd zijn aan gezondheid. Onder de gezondheidsdeterminant leefstijl vinden we voedingsgewoonten, bewegingspatroon, het omgaan met stress, alcoholgebruik, het omgaan met relaties en persoonlijke zingeving, enzovoort. Dat gedrag, gerelateerd aan gezondheid, wordt bepaald door de **competenties** (kennis en vaardigheden) van een individu, de drijfveren om

gezond of ongezond gedrag te kiezen (waarbij **bewustzijn** de eerste stap is) en de omgeving waarin iemand leeft (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2022)

Voorzieningen gezondheidszorg

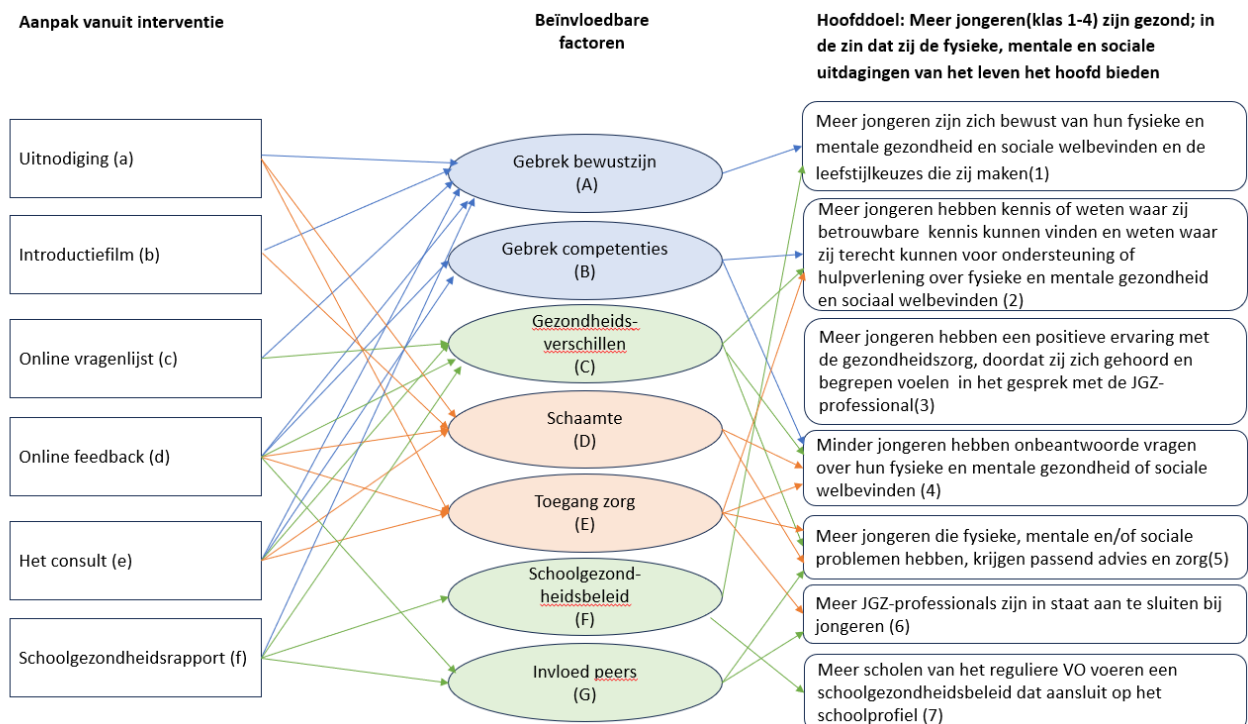
Weten of hun probleem wel ernstig genoeg is om hulp voor te vragen, niet weten waar hulp gevraagd kan worden en een voorkeur om zelf de problemen op te lossen, zijn factoren die de toegang tot zorg beïnvloeden. (Radez, et al., 2021); Gevoelens van **verlegenheid en schaamte** kunnen jongeren ontmoedigen openlijk over hun problemen te praten of professionele hulp te zoeken, uit angst veroordeeld of afgewezen te worden door anderen (Brown, 2018; Heerwaarde, 2013; Heerwaarde, 2012; Radez, 2021). Daarom is het belangrijk dat de zorg voor jongeren makkelijk **toegankelijk** is en dat de vertrouwelijkheid en privacy gewaarborgd zijn. Jongeren weten de weg niet, kennen vaak hun rechten niet en kunnen bang zijn dat school en/of ouders tegen hun wil in betrokken worden (Römken, Kok, & Peters, 2020; de Winter, Reijneveld, & Brugman, 2019).

Omgeving

De **schoolomgeving** speelt een belangrijke rol in het welzijn van jongeren (Heerwaarde, 2013). Het is een fysieke omgeving waar jongeren veel tijd doorbrengen. Het voedsel dat beschikbaar is in de schoolkantine of de manier waarop gymlessen ruimte krijgen in het leeraanbod beïnvloedt de dagelijkse keuzes van de leerlingen. Ook vormt school de belangrijkste bron van informatie voor de jongeren (Sijtsema, et al. 2018) (Sijtsema, Rambaran, & Orobio de Castro, 2018; van den Beemt, Akkerman, & Simons, 2019).

Peers en de normen binnen een subgroep spelen in de adolescentie een steeds belangrijker rol. Jongeren hebben meer behoefte aan privacy, een eigen mening en eigen verantwoordelijkheid naarmate hun zelfstandigheid ten opzichte van de opvoeders toeneemt; (Ince, Kalthoff, & Nikken, 2020).

De socio-economische omgeving waarin de jongere opgroeit beïnvloedt de gezondheid en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Er worden grote **gezondheidsverschillen** gezien tussen de hoge en lage sociaaleconomische groep.



Figuur 4: Grafische weergave van de interventie 'Gezond leven? Check het even!' Aanpak, beïnvloedbare factoren en de hoofd en subdoelen

Kleuren overeenkomend met model Lalonde (Figuur 3) blauw: leefstijl; oranje: zorgvoorzieningen; groen: omgeving.

Aan te pakken factoren

GLCE richt zich op aspecten van de drie beïnvloedbare factoren van gezondheid: leefstijl, zorgvoorzieningen en de fysieke en sociale omgeving. De biologische factor, de adolescentiefase, is niet te veranderen. Door de oplossingsgerichte aanpak wordt rekening gehouden met de groeiende behoefte aan autonomie en verbinding. Die steunt de professional aansluiting te vinden bij de jongeren en hen zoveel mogelijk eigen regie te geven.

De **leefstijl** wordt bevorderd door het **bewustzijn** (A) en **competenties** (B) van de jongeren te vergroten, door hen na te laten denken over hun gezondheid bij het invullen van de vragenlijst en hen informatie op maat te bieden, zowel digitaal als in een persoonlijk consult. Door de oplossingsgericht benadering worden bij die jongeren die gemotiveerd zijn ook hun **competenties** vergroot (subdoel 1, 2 en 3).

Verbeterde toegang tot **voorzieningen gezondheidszorg** wordt gerealiseerd doordat alle jongeren worden uitgenodigd. Naast de laagdrempelige **toegang**(E) tot een consult krijgen jongeren informatie over online hulpmogelijkheden. Ook de brede sociaal-medische aanpak en de veiligheid van het medisch beroepsgeheim helpt jongeren hun **schaamte** (D) te overwinnen (subdoel 4 en 6).

De **omgeving** van de jongeren wordt versterkt door op individueel niveau nauw samen te werken met school en ouders, zodat waar nodig, goede begeleiding in gang wordt gezet. Op groepsniveau wordt de schoolgezondheidsrapportage samen met signalen uit de gesprekken teruggekoppeld aan school. Hierdoor kan de school haar **schoolgezondheidsbeleid**(F) versterken en gerichte lesprogramma's inzetten gericht op bewustzijn en de **invloed van peers**(G). Door een intensievere aanpak (in discipline en in individueel contact en mogelijk ook bij de nabespreking van de schoolrapportages) bij de vmbo en praktijkscholen wordt gezorgd dat de interventie **gezondheidsverschillen** (C) verminderd en in ieder geval niet **vergroet**. (Subdoel 1,3,5 en 7).

Verantwoording

Het actief betrekken van jongeren bij de ontwikkeling van de interventie is belangrijk om te zorgen dat hun behoeften worden en de interventie bij hen aansluit (Heerwaarde & Winnubst, 2012). Bij de (door)ontwikkeling van GLCE is dan ook intensief samengewerkt met jongeren. Jongeren blijken geïnteresseerd om deel te nemen aan gezondheidsonderzoeken als hun zelfbeschikking gerespecteerd en hun privacy gegarandeerd worden (Klooster, Hendrix, & Kulkens, 2012; Meuwissen, Schuiling, & Eshuis, 2019).

Subdoel 1 Bewustzijn

Bij de fasen van gedragsverandering is bewustzijn de eerste stap (Prochaska, 1983) (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2022). Het bewustzijn wordt op diverse manieren gestimuleerd:

- De uitnodiging, de introductiefilm, het invullen van vragenlijsten, het krijgen van online feedback en het consult vergroten **het bewustzijn (A)** van jongeren, omdat zij worden gedwongen over hun gedrag na te denken (Heerwaarde, 2013). Belangrijk is dat bewustzijn ook wordt vergroot op wat goed gaat, én dat voorkómen wordt in zwart-wit denken te vervallen (Staveren, 2015). De manier waarop de vragen geformuleerd zijn in de oplossingsgerichte vragenlijst zorgen ervoor dat jongeren nadenken over hun gezondheid, leefstijl en keuzes die zij hierin maken.
- Onderwijs op school over thema's als voeding en mentale gezondheid blijken effectief om bewustzijn en kennis te vergroten (M.Lanfredia, 2019; Medeiros, et al., 2022). Door de schoolrapportages wordt het inzetten van lesprogramma's door school gestimuleerd (**schoolrapportages(F)**) op basis van de terugkoppeling aan school wordt de school gestimuleerd interventies uit te voeren waarbij via een groepsgerichte benadering **het bewustzijn (A)** van de leerling gestimuleerd

Subdoel 2 Kennis

Het is belangrijk dat de (digitale) gezondheidsinformatie aansluit bij hun visie, praktisch is en toegespitst is op hun specifieke vraag of probleem (Van Heerwaarde & Winnubst, 2012). Door in de digitale gezondheidsinformatie en tijdens het consult antwoord te geven op hun vragen en aan te sluiten bij hun perspectief op hun leefstijlkeuzes wordt hieraan voldaan. Ook verkrijgen zij op deze manier kennis waar op internet zij betrouwbare informatie en hulp kunnen vinden. Door intensievere aanpak op de lagere onderwijsniveaus wordt voorkomen dat **gezondheidsverschillen (C)** vergroot worden. (zie ook subdoel 4).

Kennis is belangrijk om te weten wat (on)gezond is en te weten wat slim is om te doen (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2022). Ter illustratie: Naast schaamte en voorkeur om problemen zelf op te lossen, is gebrek aan kennis over mentale gezondheid en geestelijke gezondheidszorg de meest genoemde reden waarom jongeren geen hulp vragen bij mentale problemen (Radez, et al., 2021; Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Zowel in de online digitale informatie als tijdens het consult kunnen jongeren informatie krijgen over hun probleem, hoe ze ermee om kunnen gaan en waar ze nog meer (online) hulp kunnen vinden. Zo worden zij geholpen zichzelf te helpen en worden hun **competenties (B)** versterkt.

Veel jongeren geven aan zelf hun problemen op te willen lossen (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Radez, et al., 2021). Zij vinden online hulpmogelijkheden vaak aantrekkelijk. Digitale tools kunnen helpen om toegang te vinden tot online hulp of tot digitale programma's. (Radez, et al., 2021). Door de hybride opzet van GLCE, waarin ook digitale informatie en hulp beschikbaar zijn, worden ook deze jongeren bediend en zal de toegang tot **zorg(E)** groter worden.

Subdoel 3 Positieve ervaring gezondheidszorg en Subdoel 6 Meer JGZ-professionals zijn in staat aan te sluiten bij jongeren

De meeste problemen waar jongeren mee kampen zijn mentale, sociale of leefstijlproblemen (zie paragraaf "Probleem"). Daar kan alleen verandering in komen als de jongeren daaraan mee willen werken. Dat is niet eenvoudig. Jongeren zijn allergisch voor bevoogding (Zelle en Meuwissen, 2014). Belangrijk is dat de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij de jongeren gelaten (Heerwaarde & Winnubst, 2012). De zelfdeterminatietheorie gaat ervan uit dat ieder mens van nature gericht is op groei en zelfontwikkeling als aan drie basisbehoeften is voldaan: autonomie, verbinding en competentie (Ryan & Deci, 2000).

OW sluit goed aan bij de basisbehoeften van jongeren om de verschillende redenen:

- Het richt zich niet op problemen, maar op de gewenste toekomst
- Jongeren bepalen zelf wat de gewenste situatie is en worden gestimuleerd om zelf met ideeën en oplossingen te komen. Dit vergroot hun gevoel van controle en verantwoordelijkheid (autonomie).
- Het helpt jongeren zich te richten op hun sterke punten en successen, waardoor ze een positievere kijk op zichzelf en hun situatie ontwikkelen (competentie).
- De nadruk ligt op het snel identificeren en implementeren van haalbare oplossingen. Door alert te zijn op kleine stappen van vooruitgang ervaart de jongeren progressie en behoudt de motivatie en vertrouwen.
- Relaties worden versterkt. OW is gericht op een positieve en op samenwerking gerichte sfeer tussen jongeren en hulpverlener én jongeren worden gestimuleerd mensen uit hun omgeving te betrekken als supporters (Beumer-Peeters, 2018) (verbinding)

De oplossingsgerichte methodiek is een erkende methodiek die geschikt is om mensen in beweging te krijgen en hun **competenties(B) te vergroten** (Vries & Prüst, 2017). Onderzoek laat zien dat korte oplossingsgerichte therapie effectief is bij internaliserende en externaliserende problemen, en speciaal als vroege interventie als problemen nog niet zo ernstig zijn (Bond, Kevin, Symes, Green, & Lorraine, 2013). De methodiek is effectief bij een breed scala aan andere problemen zoals middelengebruik (Franklin & Hai, 2021). Ook blijkt de methode goed toepasbaar bij mensen met een laag IQ, met name omdat het hun eigenwaarde versterkt en (Roeden, Maaskant, & Curfs, 2014;)

De JGZ heeft niet tot taak om kortdurende therapie te geven. Wel heeft de JGZ tot taak te proberen jongeren die problemen hebben te signaleren, en te ondersteunen in het oplossen daarvan. Daarbij zijn de gespreksvaardigheden die bijdragen om de autonome motivatie van de jongere te versterken en die centraal staan bij OW cruciaal. De attitude en vaardigheden van de professional zijn binnen OW gericht op dat jongeren hun probleem in eigendom houden én verantwoordelijk voor de eigen oplossingen (Beumer-Peeters, 2018). Doordat de JGZ professional op deze manier aansluit bij de jongeren, voelen jongeren zich gehoord en begrepen.

OW is een belangrijke aanvulling op de opleiding van artsen en verpleegkundigen zijn getraind om de expertrol aan te nemen en het probleem van de ander te analyseren om vervolgens over te gaan op informeren, instrueren, behandelen, verwijzen etc. De 'expertrol' is geschikt voor goed behandelbare lichamelijke problemen. Alleen voor de mentale en sociale problemen waar veel jongeren mee kampen, is het nodig dat zij zélf in beweging komen.

Het oplossingsgerichte consult is erop gericht het vertrouwen in de eigen competentie te versterken. De overtuigingskracht dat je je situatie kunt veranderen is nodig, en jongeren kunnen die veelal putten uit zichzelf en hun omgeving. Bij OW worden zoveel mogelijk interne en externe hulpbronnen geïdentificeerd (Beumer-Peeters, 2018). Door tijdens het consult de jongere te ondersteunen zelf gestelde haalbare doelen te formuleren én hulpbronnen te identificeren wordt het vertrouwen in eigen kunnen vergroot en hun **competenties (B)** versterkt.

Subdoel 4 minder onbeantwoorde vragen

De voorwaarde om problemen van jongeren te kunnen signaleren, is natuurlijk dat de jongere de JGZ-professional vertrouwt, gezien de behoefte aan privacy en de grote rol van

schaamte(D). (Radez, et al., 2021) (Heerwaarde & Winnubst, 2012). Daarom wordt meermalen aandacht besteed (in uitnodigingsbrief, introductiefilm en bij de uitleg in de klas) aan het medisch beroepsgeheim en wordt de vragenlijst bij voorkeur afgenomen in toetsopstelling (Zelle & Meuwissen, 2014).

Als jongeren in de klas de digitale vragenlijst invullen worden zij uitgenodigd vragen aan de JGZ te stellen. Digitaal of face-to-face. Als alle jongeren een consult krijgen is de toegankelijkheid optimaal en is er geen sprake van **schaamte(D)**. In die klassen waarin maar een selectie gezien, wordt, kan ongemak ontstaan. De ervaring is dit beperkt is omdat de JGZ over een breed scala aan onderwerpen gaat, en niemand weet waarvoor je gaat. De consulten op school zijn en jongeren regelmaat afspraken onder schooltijd hebben, en zij zelfstandig naar de ruimte kunnen komen.

Het triage systeem in de bovenbouw van op Havo Vwo niveau heeft twee voordelen. Het eerste is dat het bevestigt dat we de jongeren als 'jongvolwassenen behandelen, waarbij de eigen keuze van de jongere een plaats heeft. Het tweede voordeel is dat er zo tijd vrijgespeeld wordt voor een intensievere inzet van jeugdartsen en/of jeugdverpleegkundigen om in de bovenbouw op het Pro en VMBO *alle* jongeren een gesprek aan te bieden en zich intensiever bezig te houden met het schoolgezondheidsbeleid. Zo krijgen jongeren op de praktijkschool en op vmbo-niveau - die relatief minder gezondheidsvaardigheden, meer gezondheidsproblemen en een ongezondere leefstijl hebben - meer tijd en aandacht. Hierdoor is er meer ruimte voor hun specifieke kennis en competentie vragen. Deze intensievere aanpak heeft tot doel de **gezondheidsverschillen (C)** te verkleinen en in ieder geval te voorkomen dat de interventie de gezondheidsverschillen vergroot. Daarnaast krijgen scholen aan de hand van het schoolprofiel adviezen voor hun gezondheidsbeleid. Hiermee kunnen scholen doelgericht interventies inzetten voor die groep die het nodig heeft en daarmee ook **gezondheidsverschillen(C)** verkleinen.

Om tijdens het gesprek open te durven zijn over wat er speelt, is het belangrijk dat de professional goed kan luisteren, niet oordeelt en de jongere serieus neemt (Radez, et al., 2021). De training oplossingsgericht werken en de voorzet door de ingevulde vragenlijst, ondersteunen de JGZ-professional om jongeren open, nieuwsgierig en respectvol te benaderen. Alle bovengenoemde aspecten samen zorgen ervoor dat wordt voldaan aan de WHO-criteria voor adolescentvriendelijke services en de zorg **toegankelijk(E)** wordt (World Health Organisation, 2012).

Subdoel 5 Passend advies en zorg en subdoel 6 ondersteuning door JGZ-professionals

Een belangrijke reden waarom jongeren geen hulp vragen voor mentale problemen is dat jongeren bang zijn voor sociaal stigma en de reactie van hun omgeving als zij hulp vragen (**schaamte(D)**) (Radez, et al., 2021). De laagdrempelige toegang tot professioneel advies is belangrijk. Vooral jongens zien hulp vragen als een teken van zwakte. Jongeren met een migratieachtergrond noemen het vaakst angst voor boosheid van de familie, of bezorgdheid om hun in verlegenheid te brengen. En jongeren met psychische klachten noemen net de angst en depressie als factoren die het hulpvragen bemoeilijken (Radez, et al., 2021)

Door met GLCE jongeren met signalen van ernstige psychische problemen, zoals ernstige somberheid, automutilatie of suïcidaliteit uit te nodigen voor een consult, beogen we te

doorbreken dat jongeren met mentale klachten vaak geen of pas laat hulp krijgen. Hierdoor wordt de toegang tot zorg voor deze kwetsbare groep (**toegang zorg(E)**). Tijdens het consult kan de JGZ-professional informatie geven over de klachten, normaliseren wat bij de normale ontwikkeling hoort en bij problemen de autonome motivatie versterken. Mocht er verwijzing nodig zijn, kan de professional passende ondersteuning inzetten. Onbekendheid met de hulpmogelijkheden is een ander belangrijk obstakel om hulp te aanvaarden, en sociale steun een belangrijke facilitator (**schaamte(D)**) (Radez, et al., 2021). De professional kan mogelijke drempels wegnemen door uit te leggen hoe dat werkt, hoe er met vertrouwelijkheid en privacy wordt omgegaan, wat de jongere wel en niet kan verwachten en de jongeren steunen in zijn vervolgstap.

De sociale omgeving en familie hebben een belangrijke rol bij het hulp vragen en verkrijgen van hulp. (Radez, et al., 2021) Jongeren worden daarom in de vragenlijst ook uitgenodigd het gesprek te gebruiken voor advies hoe om te gaan met iemand uit hun omgeving waar ze zich zorgen over maken (zie vragenlijst) (**invloed peers(G)**). Bij de ontwikkeling van GLCE gaven ouders aan dat zij vooraf hun zorgen wilden kunnen doorgeven. (Meuwissen, Schuiling, & Eshuis, 2019) Daarom worden ouders en mentoren hier expliciet toe uitgenodigd én verzocht deze zorgen met de jongere te bespreken. Op die manier kunnen zij de jongere steunen hun zorgen te delen. Ook kunnen zij zelf contact zoeken met de JGZ-professional als zij advies nodig hebben hoe zelf om te gaan met de problematiek van hun kind/leerling.

Het verstrekken van zorg binnen de schoolomgeving helpt de systematische en structurele barrière voor professioneel advies te verminderen, en de interventie breed toegankelijk te maken (**toegankelijke zorg (E)**). Hierdoor worden ook de logistieke factoren opgelost (Radez, et al., 2021). Door het model van uitvoering aan te passen aan het onderwijsniveau en het vervolgtraject aan te passen aan de problematiek wordt recht gedaan aan gezondheidsverschillen tussen jongeren. (Van Steijn, de Winter, & Reijneveld, 2014). Hierdoor wordt voorkomen dat de interventie leidt tot grotere **gezondheidsverschillen(C)** en wordt de maatschappelijke meerwaarde vergroot.

Subdoel 7 Het schoolgezondheidsbeleid

De professionele samenwerking tussen JGZ en School is veelbelovend, omdat de JGZ school op basis van de informatie uit de onderzoeken adviseren over prioritering, activiteiten en strategieën van het **schoolgezondheidsbeleid** (Blokstra, Pieter, Opten, & Bemelmans, 2017) ; Het nabespreken van het beeld uit alle consulten tezamen met de gegevens uit de gezondheidsrapportage, geeft school inzicht in wat er speelt onder jongeren. School kan deze informatie gebruiken voor hun schoolgezondheidsbeleid.

Schoolbeleid is belangrijk omdat er lesprogramma's gegeven kunnen worden die gericht zijn op kennis en gedrag rondom leefstijl of sociale normen (Van Steijn, de Winter, & Reijneveld, 2014). Voor leefstijlthema's is een collectieve aanpak vaak effectiever dan individuele gesprekken met leerlingen die nog in de fase van voorbeschouwing en overpeinzing zitten (Kremers, de Vries, & Meijer, 2019).

Schoolbeleid is ook belangrijk door de invloed op de fysieke en sociale omgeving van de leerlingen. Lessen over gezonde voeding hebben aangetoond de consumptie van groenten en fruit te vergroten (Medeiros, et al., 2022) En de makkelijke beschikbaarheid van gezonde producten in de schoolkantine bevordert de consumptie daarvan, zeker als

ongezonde opties minder makkelijk beschikbaar zijn (Veenstra, 2019; Jansen, Kremer, van der Wal, & van Ophem, 2020).

Onderzoek heeft aangetoond dat lesprogramma's over mentale gezondheid en stigma positief effect hebben op **kennis**, het onderlinge contact hierover en op de bereidheid om hulp te zoeken (M. Lanfredia, 2019).. **(peers(G))** (Radez, et al., 2021). Door te werken volgens de Gezonde School Aanpak, wordt gestimuleerd dat de keuzes worden verankerd binnen het schoolbeleid (School, 2023).

4. Onderzoek

1011 Het gezondheidsonderzoek GLCE is ontwikkeld in 2012 en in de loop van de jaren is naar diverse aspecten onderzoek gedaan. De belangrijkste bevindingen worden hier vermeld.

Bereik

Door de klassikale aanpak is het bereik hoog. In de bovenbouw vult meer dan 90% van de jongeren de vragenlijst in. Op het VMBO wordt meer dan 90% gezien voor een consult en in de bovenbouw van HAVO/VWO wordt gemiddeld 25% van de jongeren uitgenodigd voor een consult (Meuwissen, Schuiling, & Eshuis, Wat vragen jongeren aan de jeugdgezondheidszorg?, 2019). Dit bereik wordt continu gemonitord door de verschillende JGZ-organisaties. Gemiddeld wordt bij klassikale afname 80-90% van de leerlingen bereikt met de vragenlijst. Deze percentages komen overeen met de cijfers uit de landelijke evaluatiestudie (van den Toren, et al., 2019). Bij thuisafname tijdens de coronapandemie zakte dit percentage tot 40-55%.

Uit analyse blijkt dat kwetsbare groepen zoals meiden en jongeren met een niet-westerse achtergrond vaker gebruik maakten van de mogelijkheid zelf vragen te stellen (Meuwissen, Schuiling, & Eshuis, Wat vragen jongeren aan de jeugdgezondheidszorg?, 2019)

Waardering

Tijdens de pilot in 2013 zijn 100 leerlingen uit klas 4 geïnterviewd. Jongeren waardeerden het onderzoek. 65% vond het nuttig voor zichzelf en 95% vonden het nuttig voor leerlingen met zorgen (Zelle en Meuwissen, 2014). In 2018 zijn 87 leerlingen uit klas 2 geënquêteerd over het thema voeding en gewicht. Het hele onderzoek werd met een 8.4 beoordeeld. In 2020 zijn procesevaluaties uitgevoerd onder 363 tweedeklassers (van Laar, 2020) en 498 vierdeklassers in regio Utrecht: Via een vragenlijst beoordeelden de leerlingen het gezondheidsonderzoek positief: 97,1% van de tweedeklassers en 92,2% van de vierdeklassers gaf de interventie een voldoende, met een gemiddeld rapportcijfer van respectievelijk een 7,6 en een 7,2. 62,7-75% van de leerlingen vond het onderzoek nuttig voor zichzelf en 86,4-88,8% vond het nuttig voor anderen (van Laar, 2020; Paalman, 2020). Dit onderzoek is herhaald in de coronatijd onder 357 tweedeklassers en 510 vierdeklassers: De waardering voor het gezondheidsonderzoek was vergelijkbaar. Jongeren ervaarden meer privacy bij het thuis invullen van de vragenlijst. Voor het consult verkiezen jongeren een face-to-face consult op school boven een online consult (Zieleman, 2021; Zhou, 2021). Bij thuisafname daalde het bereik naar 50-60%.

In regio Utrecht is de interventie in 2021 door 31 schoolzorgcoördinatoren beoordeeld door middel van een vragenlijst. Vier vijfde (92,1%) van de scholen is tevreden met de input van de GGD bij het opstellen van het schoolgezondheidsbeleid en heeft behoefte aan inzichten vanuit gezondheidsonderzoeken (van de Poll, 2021).

Validiteit van de vragenlijst

Uit validiteitsonderzoek in Nederland en België blijkt dat de geschatte prevalenties uit GLCE veelal overeenkomen met landelijk gemeten prevalenties. De voorspellende waarden van de vragen was goed, en de vragenlijst bleek een geschikte opmaat voor een consult (Zelle, Cleven, & Meuwissen, 2015; Devriendt, et al., 2019). In België heeft dit geleid tot de acceptatie van GLCE als erkend instrument voor het bevolkingsonderzoek onder adolescenten in Vlaanderen (Vlaams Agenschap Zorg & Gezondheid, 2020). Uit onderzoek

naar het verschil tussen anonieme en niet-anonieme vragenlijsten bleek dat de antwoorden op de meeste items overeenkwamen, maar er enige onderrapportage was op gevoelige onderwerpen als middelengebruik en seksualiteit (ten Hacken & Meuwissen, 2019; Devriendt, Vanlander, Roelants, & Hoppenbrouwers, 2019).

Inhoud van de gezondheidsinformatie

Uit het onderzoek in de pilotfase bleek dat jongeren de gezondheidsinformatie op zich interessant vonden, maar iets te belerend. Na herschrijving is opnieuw onderzocht wat jongeren ervan vonden. Daaruit bleek dat de informatie positief werd ontvangen en door 64,5% van de jongeren gelezen werd. Bijna een kwart (22,7%) meldt aan het denken te zijn gezet. vmbo-leerlingen vaker dan mavo-havo-vwo leerlingen (resp. 35,3% en 20,0%) (van der Wijst, 2015). In 2018 is er één en in 2019 zijn er drie kwalitatieve onderzoeken gedaan naar de inhoud van de gezondheidsinformatie. 81 leerlingen uit klas 2 vulden een vragenlijst in over gewicht (Leemkolk, 2018), 16 leerlingen uit klas 2 zijn bevraagd over het thema voeding en gewicht (Leijenaar, 2019), 12 vierdeklassers over middelengebruik (van Dijk, 2019) en 12 vierdeklassers over seksualiteit (Priester, 2019). Deze onderzoeken bevestigen het belang van deze thema's voor de jongeren en gaven het belang van deze digitale informatie aan. De onderzoeken leverden concrete tips op waarmee de gezondheidsinformatie is verbeterd.

De belangrijkste succes- en faalfactoren

Belangrijkste succes- en faalfactoren uit de verschillende onderzoeken onder adolescenten en praktijkevaluaties onder professionals:

- Voor jongeren is een voorwaarde om de vragenlijst eerlijk te durven invullen dat er voldoende privacy in het klaslokaal is en dat zij weten dat alleen de JGZ-professionals hun antwoorden kunnen inzien.
- Voor jongeren is het zich serieus genomen voelen en voldoende ruimte en tijd ervaren tijdens het gesprek om hun vragen te stellen een succesfactor. De gezondheidsinformatie, de vragen en de stijl moeten aansluiten bij jongeren willen zij zich aangesproken voelen.
- De logistiek moet goed lopen omdat anders jongeren afhaken.
- De overzichtelijke samenvattingskaart is een succesfactor om makkelijk aan te sluiten bij wat er speelt en de gesprekstijd goed te benutten.
- De hybride opzet van het contactmoment is een succesfactor omdat deze zorg op maat mogelijk maakt.
- De schoolgezondheidsrapportages zijn een succesfactor omdat zij inzicht geven in de gezondheid en het welzijn van de hele groep, waardoor collectieve interventies onderbouwd kunnen worden ingezet.
- Het is belangrijk dat de administratieve last beperkt blijft, (bijvoorbeeld automatiseringproces samenvattingskaarten), zodat JGZ-professionals hun tijd zinvol kunnen besteden.
- Goede scholing, professionele samenwerking en intervisie zijn succesfactoren om deze interventie goed te kunnen uitvoeren, aangezien jongeren regelmatig ernstige problemen aangeven.

Aanpassingen

De uitkomsten van de onderzoeken en de ervaringen zijn gebruikt om de interventie door te ontwikkelen.

- Er is materiaal ontwikkeld voor de introductie van het onderzoek op school; met veel aandacht voor privacy in de klas en /de toegang tot de digitale gezondheidsinformatie.
- De inhoud van de gezondheidsinformatie is herschreven: korter, krachtiger, op B1-taalniveau en minder belerend en met meer beeldend materiaal;

- Er is een continue doorontwikkeling van de applicatie gericht op de vermindering van de administratieve last voor JGZ-professionals en applicatiebeheerders en het verbeteren van de gebruikerservaring van de jongeren
- De inhoud van de vragenlijst en de formulering van de vragen en gezondheidsinformatie wordt jaarlijks geüpdatet, zodat deze blijven aansluiten bij de thema's die voor jongeren van belang zijn.
- Schoolgezondheidsrapportages worden continue doorontwikkeld om relevant te blijven voor scholen.

5. Samenvatting Werkzame elementen

De werkzame elementen van GLCE zijn:

Inhoudelijke elementen

- Een oplossingsgerichte aanpak waarbij de vragen, zorgen en doelen van de jongeren centraal staan;
- Brede definitie van gezondheid als uitgangspunt, waardoor alle aspecten van gezondheid aan bod komen;
- Laagdrempelige toegang tot betrouwbare en up-to-date gezondheidsinformatie over alle thema's, met gevarieerd aanbod (tekst, testjes, apps, films);
- Laagdrempelige toegankelijkheid tot sociaal medische professional;
- JGZ-professionals, die de attitude en vaardigheden van oplossingsgericht werken beheersen;
- Inzicht per school in de gezondheid en welzijn van de hele groep,
- Uitvoering aanpasbaar aan de problematiek van de doelgroep: intensievere aanpak bij de groepen met minder taal- en gezondheidsvaardigheden, waardoor de maatschappelijke meerwaarde vergroot wordt;
- Samenwerking met scholen rondom individuele leerlingen, waardoor bijgedragen wordt aan passend onderwijs en preventie schooluitval.;
- Samenwerking met scholen rondom hun schoolgezondheidsbeleid waardoor hun activiteiten gericht op het welzijn van de leerlingen onderbouwd en bijgesteld kunnen worden.

Praktische elementen

- Cocreatie met jongeren van proces en inhoud van dit contactmoment en betrekken van jongeren bij de evaluatie en doorontwikkeling, waardoor vorm en inhoud blijven aansluiten;
- Deelname aan landelijk gebruikersoverleg van betrokken JGZ-organisaties, voor gezamenlijke evaluatie en efficiënte doorontwikkeling van de interventie;
- Waarborging van goede introductie van het onderzoek in de klas (door instructie/ondersteuning mentor of aanwezigheid JGZ-professional);
- Waarborging van de privacy van jongeren, door afname van de vragenlijst in toetsopstelling en de veiligheid van het medisch beroepsgeheim;
- Een hybride werkvorm (digitaal en face-to-face) waardoor maximale toegankelijkheid wordt geboden;
- Consulten in het schoolgebouw, zodat de JGZ-professional laagdrempelig toegankelijk is.
- JGZ-professional ingebed in schoolstructuur waardoor samenwerking met directe partners in en rondom school in structuur verankerd is.

6. Aangehaalde literatuur

- Berg, I., & de Jong, P. (2004). *De kracht van oplossingen*. Amsterdam: Pearson.
- Beumer-Peeters, C. (2018). *Mission Possible: Kids's skills voor jongeren*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Blokstra, A., Pieter, R., Opten, R., & Bemelmans, W. (2017, april). Samenwerking tussen JGZ en het voortgezet onderwijs: tips en trucs uit de praktijk. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg* | Uitgave 3/2017.
- Boer, M., Van Dorsselaer, S., de Looze, M., de Roos, S., Brons, H., Van den Eijnden, R., Vollebergh, W. S. (2022). *HBSC 2021 Gezond en Welzijn van Jongeren in Nederland*. Utrecht: HBSC.
- Bond, C., Kevin, W., Symes, H. N., Green, W., & Lorraine, a. (2013, 7). Practitioner Review: The effectiveness of solutionfocused brief therapy with children and families: a systematic and critical evaluation of the literature from 1990–2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. pp 707–723.
- Brown, L. (2018). The impact of shame on help-seeking behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Psychology* 42(3), pp. 215-225.
- CBS. (2022, 3 4). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken, 2014-2021 (Gewijzigd op: 4 maart 2022)*. Opgehaald van Statline: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005ned/table?fromstatweb>
- CBS. (2023, 6 1). *Kwart 18- tot 25-jarigen te zwaar (1-6-2023)*. Opgehaald van CBS Centraal bureau voor statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/22/kwart-18-tot-25-jarigen-te-zwaar>
- CBS. (2023, 7 12). *Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht, Gewijzigd op: 12-7-2023*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de statistiek: StatLine - Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht (cbs.nl)
- Ceelen, T. (2011, januari 20). Aanleg voor geluk beïnvloedt gedrag. *JeugdenCo* (5), pp. 4-5.
- de Winter, M., Reijneveld, S., & Brugman, E. (2019). Zorgmijding onder kwetsbare jongeren: factoren die meespelen. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde* 87(2), pp. 68-75.
- Devriendt, A. V. (2020). *'Gezond Leven? Check het even!' in Vlaanderen*. Leuven: KU Leuven.
- Devriendt, A., Vanlander, A., Roelants, M., & Hoppenbrouwers, K. (2019). *Rapport van het onderzoek naar de haalbaarheid en validiteit van de toepassing van een Vlaamse versie van de online vragenlijst 'Gezond Leven? Check het Even!' bij Vlaamse jongeren van het derde jaar van het secundair onderwijs via het CLB*. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg/Katholieke Universiteit Leuven.
- Dunnink, G. (2009). *Advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar*. Bilthoven: RIVM.
- Franklin, C., & Hai, A. H. (2021, jun 21). Solution-Focused Brief Therapy for Substance Use: A Review of the Literature. *Health Soc Work*(46(2)), pp. 103-114. doi: doi: 10.1093/hsw/hlab002.
- Graaf, H., Borne, M. d., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25e; seksuele gezondheid van jongeren in Nederland in 2017*. Utrecht: Rutgers/Soa Aids Nederland. Opgehaald van <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2021/09/Onderzoeksboek-Seks-onder-je-25e-2017.pdf>
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010, 10). Percieved barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. Opgehaald van <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/113>
- Heerwaarde, Y. (2013). *De JGZ in beeld bij adolescenten: samen bouwen aan gezondheid en gezond gedrag voor duurzame participatie van jongeren, handreiking*. Utrecht.: NCJ Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg.

- Heerwaarde, Y., & Winnubst. (2012). *Het vertrouwen krijgen van jongeren. Handelingsperspectief voor het aangaan van de dialoog met jongeren*. 2012. Utrecht: NCJ Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg.
- Hofstede, M., Nederhof, E., & de Graaf, I. (2019). Over het herkennen en motiveren van klant, klager en bezoeker. *Gedrag en Organisatie* 32(3), pp. 214-228.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P., & Knottnerus, J. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a. *BMJ Open*, pp. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091.
- Ince, D., Kalthoff, H., & Nikken, P. (2020). *Opgroeien en opvoeden. Normale uitdagingen voor kinderen, jongeren en hun ouders*. . Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Jansen, L., Kremer, S., van der Wal, M., & van Ophem, J. (2020). Stimulering van gezonde voedselkeuzes op school: een praktijkgericht onderzoek naar de effectiviteit van nudging en marketing. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 98(3), pp. 105-113.
- Jolles, J. (2017). *Het tienerbrein: Over de adolescent tussen biologie en omgeving*. . Amsterdam: Amsterdam University Press B.V.
- Kleinjan, M., Pieper, I., Stevens, G., Van de Klundert, N., Rombouts, M., Boer, M., & Lammers, J. (2020). *Geluk onder druk? Onderzoek naar het mentaal welbevinden van jongeren in Nederland*. Den Haag: Unicef.
- Klooster, E., Hendrix, L., & Kulkens, M. (2012). *Gezond? Dat is als je je goed voelt*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).
- Kremers, S., de Vries, H., & Meijer, S. (2019). Gezonde schoolomgevingen en gezondheidsbevordering: welke factoren zijn belangrijk voor succesvolle implementatie? . *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 97(1), pp. 5-15.
- Lalonde. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Department of Health and Welfare .
- Leemkolk, I. v. (2018). *The experience of adolescents with the GGDrU health check in the second grade of secondary educations reagarding body weight*. Utrecht: UMC, Universiteit van Utrecht.
- Leijenaar, B. (2019). *Evaluatieonderzoek 'Jouw GGD-check'*. Utrecht: Hogeschool Utrecht/GGDrU.
- M.Lanfredia, A. M. (2019, september 27). Effects of education and social contact on mental health-related stigma. *Psychiatry Research* 281 (2019) 112581, 281, pp. 1-9. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112581>
- Medeiros, G., Azevedo, K., Garcia, D., Oliveira Segundo, V., Mata, Á., Fernandes, A., . . . al., e. (2022). Effect of School-Based Food and Nutrition Education Interventions on the Food Consumption of Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* , 19. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph191710522>
- Meuwissen, L., Schuiling, C., & Eshuis, D. (2019). Wat vragen jongeren aan de jeugdgezondheidszorg? *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* (163).
- NJI. (2023, 5 25). *Cijfers over voortijdig schoolverlaten (bijgewerkt 25-5-2023)*]. Opgehaald van Nederlands Jeugdinstituut (nji.nl): <https://www.nji.nl/cijfers/voortijdig-schoolverlaten>
- Paalman, M. (2020). *Wat vinden vierdeklassers van het gezondheidsonderzoek JouwGGDcheck?* Utrecht: Universiteit Utrecht & GGDrU.
- Priester, W. (2019). *"Gezond leven? Check je seksualiteit even!"*. Utrecht: Hogeschool Utrecht/GGDrU.
- Prochaska, J. &. (1983). Stages and processess of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3), pp. 390-395.
- Radez, J., Readron, T., Creswell, C., P.J., L., Evodka-Burton, G., & P., W. (2021, 30). Why do children and adolewscents (not) seek and access professional help for their mental helahht problemns? A systematic review of quantiative and qualitative studies. *European Child & Adoslecent Psychiatry*, pp. 183-211.

- Rijksoverheid. (2021). *Besluit Publieke Gezondheid*. Opgehaald van Overheid.nl - Wettenbank: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024708/2021-01-01>
- RIVM. (2022, 5 24). *StatLine - Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021; regio (Gewijzigd op: 24 mei 2022)*. Opgehaald van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50092NED/table?ts=1653398979958>
- Roeden, J. M., Maaskant, M. A., & Curfs, L. M. (2014; , apr). Processes and effects of solution-focused brief therapy in people with intellectual disabilities: a controlled study. *J Intellect Disabil Res*, *58(4)*, pp. 307-320. doi:doi: 10.1111/jir.12038.
- Römkens, R., Kok, G., & Peters, L. (2020). Adolescenten en de ggz: knelpunten en kansen voor zorg op maat. *Tijdschrift voor Psychiatrie* *62(9)*, pp. 658-666.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* (*55*), pp. 68-78.
- School, G. (2023). *Aan de slag met het stappenplan van Gezonde School in het voortgezet onderwijs*. Opgehaald van <https://www.gezondeschool.nl/voortgezet-onderwijs/aan-slag-met-gezonde-school>
- Sijtsema, J., Rambaran, J., & Orobio de Castro, B. (2018). De rol van schoolfactoren in de ontwikkeling van externaliserend probleemgedrag bij jongeren. *Pedagogische Studiën* *95(4)*, pp. 231-247.
- Solmi, M., Radua, J. R., Olivola, M., Croce, E., & Soardo, L. (2022). *Molecular Psychiatry* (*27*), pp. 281-295.
- Staveren, R. (2015). *Patiëntgericht communiceren, gids voor de medische praktijk*. Utrecht: De tijdsstroom.
- ten Hacken, M., & Meuwissen, L. (2019). *Evaluatieonderzoek 'Gezondheidscheck' Onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de gezondheidscheck*. Nijmegen: Academische Werkplaats AMPHI.
- van de Poll, D. (2021). *Praktijkadvies*. Utrecht: GGDrU.
- van den Beemt, A., Akkerman, S., & Simons, P. (2019). Docenten als rolmodellen: rolmodelgedrag en de ontwikkeling van persoonlijk meesterschap. *Tijdschrift voor Lerarenopleiders* *40(1)*, pp. 29-40.
- van den Toren, S., van Grieken, A., Bon-Martens, M., Monshouwer, K., van de Goor, L., & Raat, H. (2019). *Evalueren van het extra contactmoment voor adolescenten*. Rotterdam & Utrecht : Erasmus MC, Trimbos-instituut .
- van der Wijst, A. (2015). *De waardering van jongeren van de digitale feedback*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- van Dijk, S. (2019). *Digitale feedback middelengebruik*. Utrecht: Hogeschool Utrecht/GGDrU.
- van Duijvenvoorde, A. C., & Crone, E. (2018). Hersenontwikkeling in de adolescentie: een neurowetenschappelijk perspectief op ontwikkelingspsychologie. *Kind en Arts in de Praktijk* *17(2)*, pp. 54-60.
- van Laar, D. (2020). *Ervaringen met het gezondheidsonderzoek JouwGGDcheck van jongeren uit klas 2*. Utrecht: Universiteit Utrecht & GGDrU.
- Van Leijenhorst, L. (2010). *Why teens take risks: a neurocognitive analysis of developmental changes and individual differences in decision-making under risk*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Van Steijn, L., de Winter, A., & Reijneveld, S. (2014). *Stabiliteit en verandering van psychosociale gezondheid bij adolescenten en mogelijkheden voor interventies. Bouwstenen voor het Extra Contactmoment Adolescenten*. Groningen: Universitair Medisch Centrum/Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Vliet, L. (2018, Mei). (On)gezond Eten.
- Veenstra, J. (2019). Keuzemogelijkheden en gezonde voedselkeuze: de rol van keuzearchitectuur. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* *97(3)*, pp. 98-105.
- Vlaams Agenschap Zorg & Gezondheid. (2020). *Besluit voorstel bevolkingsonderzoek 'Gezond Leven? Check 't even!'*.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2022). *Gedragswiel*. Opgehaald van Gezond Leven: <https://storage.googleapis.com/gezondlevene-learning/e-brochure-maak-kennis->

- met-het-
gedragswiel/content/index.html#/lessons/IMr5nOsLayPoksq3zZGAaCGh936mi0uZ
- Vries, d. S., & Prüst, H. (2017). *Methodebeschrijving-oplossingsgericht-werken-in-sociaal-werk*. Databank Effectieve sociale interventies. Utrecht: Movisie. Opgeroepen op 6 2018, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-03/Methodebeschrijving-oplossingsgericht-werken-in-sociaal-werk.pdf>
- World Health Organisation. (2012, maart 10). Making health services adolescent friendly.
- Zelle, S., & Meuwissen, L. (2014). *Het extra JGZ contactmoment in het voortgezet onderwijs - Evaluatie van de VGGM pilot (deel I): ervaringen van leerlingen*. Nijmegen: AMPHI Academische werkplaats Radboud Universiteit Nijmegen. Opgehaald van <https://academischewerkplaatsamphi.nl/wp-content/uploads/2019/01/2014-AMPHI-Eindverslag-JGZ-VGGM-Deel-1-ervaringen.pdf>
- Zelle, S., Cleven, I., & Meuwissen, L. (2015). *Het extra JGZ contactmoment in het voortgezet onderwijs (deel II): resultaten van de VGGM Pilot en eerste inzicht in validiteit van de gebruikte vragenlijst*. Nijmegen: Academische Werkplaats AMPHI.
- Zhou, C. (2021). *Ervaringen van vierdeklassers met het GGD gezondheidsonderzoek "Gezond leven? Check het even!"*. Utrecht: Universiteit Utrecht/GGDru.
- Zieleman, A. (2021). *De ervaring van Utrechtse tweeklassers met het gezondheidsonderzoek tijdens COVID-19*. Utrecht: Universiteit Utrecht/GGDru.

7. Praktijkvoorbeeld

Hier is een voorbeeld gegeven uit de praktijk van een jeugdverpleegkundige die een meisje uit 2 VMBO heeft gezien.

Een meisje uit klas 2 VMBO kwam voor een gezondheidsonderzoek. Ze had de online vragenlijst ingevuld, waarop een paar blauwe items (bijzonderheden) te zien waren. Dit waren onder andere stress, MHI5 tussen 45 en 60, een enkele keer suïcide gedachten en lagere cijfers dan verwacht voor haar schoolsituatie, thuissituatie en omgang met leeftijdgenoten. De overige uitkomsten van de vragenlijsten waren niet bijzonder.

Het meisje kwam de spreekkamer binnen, nam plaats en gaf al vrij snel uit zichzelf aan dat ze één vraag verkeerd had ingevuld, namelijk die over suïcidale gedachten. Ze zei dat dat niet speelde en dat ze daar niet over wilde spreken.

De houding van het meisje vertelde de verpleegkundige dat er toch meer speelde. Zeker ook omdat ze op meer items blauw scoorde dan alleen suïcidale gedachten. Het was voor de verpleegkundige niet aannemelijk dat de vraag daadwerkelijk fout was ingevuld. Waar kwamen de andere blauwe items dan vandaan?

Op dat moment heeft de verpleegkundige er eerst voor gekozen het onderwerp van een mogelijk verkeerd antwoord te laten rusten en verder te gaan met een volgend onderwerp, om het meisje op haar gemak te laten voelen. Er volgde een kort gesprek over hoe het gaat op school, hobby's en vrije tijd. De verpleegkundige merkte op dat het meisje meer tot rust kwam; ze lachte meer en oogde meer ontspannen.

Toen is de verpleegkundige teruggekomen op de opmerking over een verkeerd ingevulde vraag. De verpleegkundige benadrukte dat het altijd kan gebeuren dat je een vraag verkeerd invult, maar vroeg ook of dit echt het geval was. De verpleegkundige vroeg of het mogelijk was dat het antwoord op de vraag wellicht toch klopte en of het meisje het hier liever niet over wilde hebben. Dit laatste werd direct door het meisje beaamd, omdat ze niet wilde dat haar ouders ingelicht zouden worden. De verpleegkundige complimenteerde het meisje op haar eerlijkheid en vroeg hoe het voelde dit toch gedeeld te hebben. Het meisje voelde zich opgelucht. Samen bespraken ze wat het meisje zou kunnen helpen en wat haar wellicht beter zou kunnen doen voelen. Het meisje durfde zich steeds verder open te stellen. Uiteindelijk hebben ze samen een goed-voelend plan opgesteld, waar het meisje zich de komende weken op zou richten.

Een paar weken later vond een nieuwe afspraak plaats tussen het meisje en de verpleegkundige. Hier bleek dat het plan haar zo goed had gedaan, dat ze de rust en de moed had gevonden om de situatie te delen met haar ouders. Ze had veel gehad aan de zelfhulpmodules en de websites die de verpleegkundige haar had meegegeven. Het gaat nu goed met haar.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

