**Algemeen**

In een leerboek over Volksgezondheid en Gezondheidszorg mag men een kritische benadering van de situatie in Nederland verwachten. Tot nu toe was dat bij andere in het boek behandelde onderwerpen het geval. In het hoofdstuk over de JGZ is evenwel veeleer sprake van een wervende tekst van een belangenvereniging dan van een wetenschappelijke benadering van het werkveld. Zeker waar Nederland in Europa nu als laatste weet vast te houden aan deze ongefundeerde en door misvattingen omtrent het wezen van de sociale geneeskunde gekenmerkte benadering van Jeugdgezondheidszorg — vooroplopen met ontwikkelingen kan positief zijn; achterlopen is dat zelden — zou enige kritische reflectie op zijn plaats zijn. Ik verwacht uiteraard niet dat de schrijvers ook de voor de JGZ negatief uitvallende onderzoeken in het hoofdstuk vermelden — deze zijn tenslotte ook in de literatuuroverzichten van de beroepsgroep onvindbaar maar conclusies als ‘*De uitdaging voor de toekomst is het blijven geven van deze zorg en het uitbreiden van het aanbod, met bewezen effectieve activiteiten.*' is zo volstrekt in tegenspraak met de realiteit en te verwachten ontwikkelingen dat deze in een wetenschappelijke publicatie niet thuishoren en dienen te worden geschrapt. Ook de opmerking tegen *relatief lage kosten* in diezelfde *Conclusie* is wellicht afgezet tegen het totale budget van de volksgezondheid terecht, maar op zijn minst tendentieus te noemen wanneer vergeleken met de andere uitgaven voor de preventieve gezondheidszorg: 50% van het GGD-budget wordt besteed aan JGZ voor 4-19 jarigen met activiteiten die tot op de dag van vandaag nagenoeg zonder uitzondering nog wetenschappelijk dienen te worden onderbouwd, ineffectief zijn en/of door (internationaal) onderzoek negatief worden beoordeeld.

In veel gevallen wordt door de wijze van presenteren de indruk gewekt als zou het de JGZ aan wetenschappelijke onderbouwing niet ontbreken. Enkele voorbeelden daarvan heb ik hieronder aangegeven maar het is onmogelijk hierin volledig te zijn. Alleen al om deze reden zou een grondige herziening van de tekst noodzakelijk zijn.

Tot slot is het verwijzen naar ongepubliceerde en daarom op waarde niet te beoordelen artikelen uitermate onplezierig. Daarnaast is het wellicht te overwegen ter afwisseling ook werk van andere auteurs op te nemen.

Hierna zal ik meer in detail ingaan op de tekst.

**Paragraaf 5.2.1**

*'In 1900 was de levensverwachting van net geboren Nederlandse jongens en meisjes 52 jaar; in 2001 was dit 75,5 jaar voor jongens en 80,6 jaar voor meisjes RIVM 2002] Internationaal behoren Nederlandse kinderen daarmee tot de meest gezonde.*' Dit is onjuist: een levensverwachting wordt uiteraard beïnvloed door de gezondheid gedurende de jeugd maar op zijn minst in gelijke mate door het gedrag en de gezondheidsvoorzieningen op latere leeftijd.

In deze paragraaf zou bij de 15-24 jarigen iets gezegd kunnen worden over het feit dat door afwezigheid van sterfte aan andere oorzaken de sterfte aan suïcide en 'moord en doodslag' relatief groot is.

**Paragraaf 5.2.2**

*De gezondheid van de Nederlandse jeugd wordt goeddeels bepaald door dezelfde determinanten als de gezondheid van de volwassen Nederlandse bevolking*. Dit is onjuist: de gezondheid van de jeugd (zoals de schrijvers ook in 5.2.1 aangeven) is uitermate goed, en juist grotendeels **onafhankelijk** van de determinanten die op latere leeftijd zo'n grote rol (gaan) spelen. Het is bijna uitsluitend de gezondheid op latere leeftijd die wordt beïnvloed door determinanten in de jeugd.

*Dat betekent ook dat kinderen met een sociaaleconomische achterstand veelal meer gezondheidsproblemen hebben dan andere kinderen.* Onderzoek laat zien dat de waarheid aanzienlijk ingewikkelder ligt dan hier wordt gesuggereerd: met name in de adolescentenperiode lijkt er juist **geen** sprake te zijn van een SES- gradiënt in gezondheid en gezondheidsbeleving.

Deze tekst over het opgroeiende jonge kind ademt een tikje de 'goeie oude tijd' toen moeder nog thuis voor de opvoeding zorgde en eenoudergezinnen een uitzondering waren. Met de huidige situatie waar kinderdagverblijven, peuterspeelzalen door tweeverdiener-situaties een steeds grotere rol spelen en eenoudergezinnen geen bijzonderheid meer zijn is aanpassing van deze tekst gewenst. Ook het vermelden van de discussie over de al dan niet gunstig uitwerking van dagverblijven en dergelijke op de ontwikkeling van het kind zou hier op zijn plaats zijn. Overigens wordt hier ook te weinig aandacht besteed aan de vele andere moderne ontwikkelingen op het gebied van de opvoeding en gezondheid van het jonge kind. Borstvoeding is vooral van invloed indien langer gegeven dan 3 maanden; dit moet duidelijker in de tekst worden vermeld.

Ten onrechte wordt de indruk gewekt als zou de relatie sigarettenrook en SIDS onweerlegbaar zijn — dat is (in ieder geval tot nog toe) niet het geval. Een omissie is het ontbreken van een opmerking over het feit dat de laatste tijd sterfte door SIDS weer is toegenomen. Dit is dan bovendien in tegenspraak met het verderop vermelde gegeven dat het percentage zuigelingen dat aan rook wordt blootgesteld inmiddels is gehalveerd. *Deze percentages zijn overigens hoger dan enkele jaren geleden, waarschijnlijk door gerichte voorlichting aan ouders.* Dit type speculaties (zie ook een vergelijkbare opmerking over rookgedrag in de volgende alinea) horen niet in een wetenschappelijke verhandeling thuis. Ik begrijp in dit kader ook niet de verwijzing naar het nog ongepubliceerde artikel van Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, Hirasing RA. Parental education about passive smoking in infancy ***DOES*** (mijn accentuering) work. Eur J Public Health 2003; 13 (in press).

*Vanaf globaal de overgangsperiode tussen het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs (rond het 12e jaar) gaan bij jongeren ook vergelijkbare problemen in gezondheidsgedrag spelen als bij volwassenen. Ze gaan experimenteren met ....* Dit is een achterhaalde beschrijving van de werkelijkheid. Uit recente enquêtes blijkt dat al in de laatste groepen van het basisonderwijs uitgebreid wordt geëxperimenteerd. Daarnaast is het onjuist experimenteren op één lijn te stellen met 'problemen in gezondheidsgedrag'. Dat is overigens ook mijn algemene kritiek op de teneur van deze paragraaf: veel gezondheid-beïnvloedend gedrag in de jeugd wordt in de volwassenheid niet voortgezet — positief is dan het afnemen van het drugsgebruik, negatief de afname van deelname aan sport. *Seksualiteit wordt belangrijk* is niet bepaald een 'gezondheidsprobleem'.

**Paragraaf 5.3.1**

Hoewel het de opzet van CB's kan zijn een laagdrempelige voorziening te vormen is dat in tegenspraak met de nagenoeg volledig aanbod-gestuurde werkwijze.

Hoger opgeleide ouders (en vooral degenen met meer dan een kind) gaan hoofdzakelijk naar het CB voor de vaccinaties en dat is iets anders dan 'gebruik maken van de JGZ'. Ik mis een uitleg/verantwoording omtrent het aantal contactmomenten. De verwijzing naar een 'expertgroep' wekt ten onrechte de indruk dat van een wetenschappelijke onderbouwing van het aantal contactmomenten sprake zou zijn. Hetzelfde geldt voor de daaropvolgende alinea over de 4-19 jarigen zorg.

Als met 'contactmoment' het aloude PGO wordt bedoeld dan staat het vierde contactmoment nog ter discussie (en wordt zelfs in het schema 'Aanbevolen leeftijdsmomenten....' niet meer genoemd) en is uit kostenoverwegingen komen te vervallen — iets wat overigens als indicatie kan dienen voor de hardheid van de onderbouwing van aard en frequentie van de contactmomenten.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat er landelijk bij de GGD'en nog verre van consensus bestaat over de door de Expertgroep voorgestelde werkwijze. Enige woorden over de verschillen die landelijk zijn ontstaan, de redenen daarvoor en de uitwerkingen die dat heeft of kan hebben op de toekomstige werkwijzen zou in ieder geval in een wetenschappelijke verhandeling en zeker een leerboek niet misstaan. Overigens is er bij de Expertgroep sprake van aanbevelingen; hier wordt de indruk gewekt als zouden het (al) wettelijke verplichtingen gelden.

*Ook de deelname aan deze preventieve zorg is hoog*. Maar niet evenredig verdeeld: door de wijze van aanbieden (schoolgericht, maar ook door een verminderde neiging van leerlingen die een VMBO opleiding volgen, nog afgezien van het nagenoeg onzichtbaar zijn van de JGZ op MBO-scholen) is hier sprake van een duidelijke SES-gradiënt die zeker zal leiden tot een toename van SEGV. Ook hier mist dus weer de kritische reflectie op eigen handelen.

Ik mis in de opsomming van aanwezige disciplines de psychologen en (ortho)pedagogen die zeker bij GGD'en die zich wel meer richten op de collectieve vorm van JGZ een steeds belangrijker plaats hebben gekregen.

**Paragraaf 5.3.2**

*Monitoring en signalering - het periodiek bepalen van de gezondheidstoestand*

*Deze groep activiteiten vormt een belangrijk onderdeel van de contacten die artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg hebben met kinderen*. Hiermee wordt de indruk gewekt als zou de JGZ in hoge mate gebruik maken van geautomatiseerde en uitwisselbare gegevensbestanden op basis waarvan moeiteloos gegevens over de gezondheidstoestand van de jeugd zijn af te leiden. Dit is geenszins het geval. Een woord over de jarenlange automatiseringsperikelen (maar ook de recente positieve ontwikkelingen op dit gebied) zou hier dan ook op zijn plaats zijn.

*Daarnaast gaat de jeugdgezondheidszorg na in hoeverre de ontwikkeling van kinderen op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein naar behoren verloopt*. Het is een hardnekkig misverstand bij de JGZ dat men door middel van 3 (of 4) contactmomenten in meer dan 14 jaar op individuele basis het verloop van de ontwikkeling op al deze terreinen kan beoordelen. Daarnaast ontbreken hiertoe de geschikte instrumenten en onderzoeksmethoden of zijn althans niet bij de JGZ in gebruik.

*Bij stoornissen in deze ontwikkeling kan daardoor tijdig worden ingegrepen* doet vermoeden dat er effectieve methoden zijn om stoornissen op al deze terreinen te voorkomen of te verminderen met vroegtijdig ingrijpen. Dit is uiteraard een onjuiste premisse en geeft een uitermate geflatteerd en onterecht beeld van de effectiviteit van de JGZ.

*Dit programma is erop gericht een aantal ziekten uit te roeien*. Afgezien van het feit dat men er slechts bij hoge uitzondering in slaagt een ziekte uit te roeien, is dit ook feitelijk onjuist en niet het doel van het vaccinatieprogramma.

*De effectiviteit van de meeste van de bovengenoemde activiteiten is bewezen*. Dit is op zijn zachtst gezegd volstrekt onjuist met name waar het gaat om de 4-19 jarigen zorg en gaat voorbij aan zelfs de eigen publicaties op dit terrein. Dit type onwaarheden horen niet in een leerboek thuis. In tabel 2 staat overigens een ander overzicht dan in de VWS publicatie waarnaar wordt verwezen (Tabel 161 blz. 126). Wanneer het gaat om effectiviteit is de bewijsvoering vaak alleen in de 0-4 jarigen zorg voorhanden. Zeker de effectiviteit van de in tabel 2 genoemde voorlichting over leefstijl is volstrekt uit de lucht gegrepen, terwijl de auteurs ook zelf aangeven dat bijvoorbeeld voorlichting over borstvoeding mogelijk van invloed is geweest. Om dezelfde redenen dient de zin *Basis voor deze minimum set zijn de beschikbare middelen en de beschikbare kennis over effectiviteit.* als onwaar, wetenschappelijk onhoudbaar en dus niet thuishorend in een leerboek te worden gekwalificeerd.