

A photograph of a woman with long blonde hair and a purple scarf standing behind a swing set. Two young girls, both wearing pink winter coats, are sitting on the swings. The girl in the foreground is looking towards the camera, while the girl behind her is looking to the side. The background shows a residential building and a green fence.

Investeren in opvoeden en opgroeien loont!

Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg



VERDONCK
KLOOSTER &
ASSOCIATES

In opdracht van

actiz
organisatie van zorgondernemers



Investeren in opvoeden en opgroeien loont!

Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg draagt bij aan de vernieuwing van zorg en wil integraal onderdeel zijn van dit nieuwe jeugdstelsel. De jeugdgezondheidszorg heeft een vertrouwd gezicht voor ouders, jeugd, scholen en gemeenten, met bijvoorbeeld Centra voor Jeugd en Gezin en de consultatiebureaus.

Voorwoord

De zorg voor jeugd is in beweging. Alle betrokken partijen streven naar een nieuw jeugdstelsel met meer preventie en vroege hulp, versterking van eigen kracht van jeugdigen en ouders, minder medicalisering en gespecialiseerde zorg en een integrale aanpak met zorg-op-maat. De jeugdgezondheidszorg draagt bij aan de vernieuwing van zorg en wil integraal onderdeel zijn van dit nieuwe jeugdstelsel. De jeugdgezondheidszorg heeft een vertrouwd gezicht voor ouders, jeugd, scholen en gemeenten, met bijvoorbeeld Centra voor Jeugd en Gezin en de consultatiebureaus. Gezinnen met jonge kinderen worden vanaf het allereerste begin preventief ondersteund, niet alleen met de monitoring van groei en ontwikkeling, maar ook via noodzakelijke screenings, vaccinaties en steun bij de opvoeding. Achter de bekende en betrouwbare ‘winkelpui’ van de jeugdgezondheidszorg heeft zich de afgelopen jaren in relatieve stilte een modernisering voltrokken, in samenspraak met ouders, jeugd en betrokken partijen, waardoor beter wordt ingespeeld op de problemen van vandaag. En waarbij de effectiviteit en efficiëntie net zo belangrijk zijn geworden als de vragen van ouders, jeugd, scholen en gemeenten.

In 2012 heeft ActiZ een spraakmakend rapport uitgegeven: ‘Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg’, geschreven door Paul Dam. De hoofdconclusie uit dat rapport was dat iedere euro die wordt geïnvesteerd in de jeugdgezondheidszorg dubbel en dwars wordt terugverdiend. Er stonden ook aanbevelingen in voor verbeteringen in het nieuwe jeugdstelsel door vernieuwingen in de jeugdgezondheidszorg. De nu voorliggende studie ‘Investeren in opvoeden en opgroeien loont!’ is een noodzakelijk vervolg op het rapport van vorig jaar. Deze studie analyseert aan de hand van zes voorbeelden van moderne zorg voor de jeugd wat de persoonlijke, maatschappelijke en economische opbrengsten van jeugdgezondheidszorg kunnen zijn op enkele probleemgebieden van vandaag de dag. Meer dan in het vorige rapport wordt ingegaan op nieuwe jeugdgezondheidszorgactiviteiten en op de uitgangspunten van het nieuwe jeugdstelsel: zeer vroege preventie van problematiek, directe preventieve hulp bij beginnende problematiek, en systematisch georganiseerde groepsgerichte preventie bij specifieke problemen.

De analyse in deze studie laat zien dat de jeugdgezondheidszorg gebruik maakt van nieuwe, effectieve en efficiënte methodieken die aansluiten op de behoeften en noden van gezinnen, scholen en gemeenten. En dat goed georganiseerde brede implementatie van effectieve werkwijzen kan bijdragen aan het verwezenlijken van maatschappelijke én economische doelen. Kortom, er is werk aan de winkel voor zorgontwikkelaars en zorgaanbieders, professionals en gemeenten, samen met ouders en jeugd.

prof. dr. Hein Raat

*Bijzonder hoogleraar Jeugdgezondheidszorg aan het Erasmus MC,
afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg*

Deze studie laat zien dat investeringen in effectieve preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek een economisch rendabel alternatief kunnen bieden.

Samenvatting

Gemeenten, professionals en gezinnen staan voor de immense opgave de zorg voor de jeugd beter en goedkoper in te richten. Steeds meer gespecialiseerde zorg voor de jeugd brengt niet de gewenste resultaten bij de aanpak van de huidige jeugdproblematiek in ons land. Die zorg komt vaak laat en is duur. Deze studie laat zien dat investeringen in effectieve preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek een economisch rendabel alternatief kunnen bieden. Aan de hand van zes voorbeelden wordt duidelijk dat de jeugdgezondheidszorg op drie manieren kosteneffectief kan bijdragen aan goede zorg voor de jeugd:

1. zeer vroegtijdige preventie van opvoed- en opgroei-problematiek;
2. effectieve preventieve interventies bij beginnende problematiek;
3. duurzaam kosteneffectief preventief jeugdbeleid (zowel collectief als doelgroepgericht).

In deze publicatie illustreren we dit met een aantal Nederlandse voorbeelden van effectieve preventieve programma's:

- VoorZorg laat zien dat een vroegtijdige begeleiding van aanstaande moeders in risicovolle omstandigheden een economisch rendement oplevert van 20 procent.
- Ziekteverzuim op school en schooluitval zijn doeltreffend te verminderen met sociaal-medische advisering van zieke leerlingen. Het programma M@ZL levert een vijfvoud op van wat deze interventie kost.
- Met kortdurende videohometraining zijn gezinnen met een huilbaby of andere problemen niet alleen effectief te helpen, de baten zijn ook nog eens het drievoudige van de kosten.
- Een van de eerste experimenten met lichtere en eerdere hulp in het kader van de transitie van de zorg voor jeugd, CJG4kracht uit Apeldoorn, levert een substantiële besparing aan zorgkosten op. Plus grote tevredenheid onder de geholpen gezinnen.
- De preventie van gedrags- en opvoedproblemen door middel van Triple P leidt op langere termijn tot een vermindering van maatschappelijke uitval als gevolg van mishandeling in de jeugd en een vermindering van zorgkosten. Dit geeft een positief resultaat van 400 euro per kind.
- Door Dik en Dun, een behandelprogramma voor kinderen met obesitas en hun ouders, levert zelfs het vijftigvoudige op van wat het kost.

Deze programma's en aanpakken illustreren de mogelijkheden voor gemeenten om met de inzet van de jeugdgezondheidszorg en haar partners de zorg voor kinderen en gezinnen eerder, sneller, effectiever en daardoor beter te realiseren. Daarmee kunnen zij op termijn goedkoper uit zijn: elke geïnvesteerde euro levert namelijk een meervoud op aan maatschappelijke baten. Investeren in de preventieve aanpak van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problemen loont!

Inhoudsopgave

| | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | Voorwoord | 3 |
| | Samenvatting | 5 |
| Hoofdstuk 1 | Inleiding | 8 |
| Hoofdstuk 2 | De huidige problematiek rond de zorg voor jeugd | 10 |
| Hoofdstuk 3 | Investeren in preventie loont | 12 |
| | 3.1 Zeer vroegtijdige preventie: VoorZorg | |
| | 3.2 Effectieve preventieve interventies bij beginnende problematiek: M@ZL, Videohometraining en CJG4kracht | |
| | 3.3 Duurzaam kosteneffectief preventief jeugdbeleid | |
| | 3.3.1 Een klein verschil bij een grote groep: Triple P | |
| | 3.3.2 Een groot verschil bij een kleine groep: Door Dik en Dun | |
| Hoofdstuk 4 | Preventie in de zorg voor de jeugd: kansen voor gemeenten | 22 |
| | 4.1 Rendementen van een preventieve aanpak | |
| | 4.2 Preventie: kansen voor gemeenten | |
| | 4.3 De rol van de JGZ in een preventief ingericht jeugdstelsel | |
| Bijlagen | Bijlage 1: Werkwijze onderzoek | 26 |
| | Bijlage 2: Geraadpleegde literatuur | 27 |

1. Inleiding

Met de transitie van het jeugdstelsel krijgen de gemeenten de regie over alle zorg voor jeugdigen. Het wettelijke kader daarvoor is de Jeugdwet en de met het advies van commissie De Winter¹ aangepaste Wet publieke gezondheid. Beide wetten vullen elkaar aan.

Intussen staan de beschikbare financiële middelen voor gemeenten onder zware druk, terwijl de vraag naar gespecialiseerde vormen van zorg voor jeugd de laatste tien jaar alleen maar toeneemt². Versterking van preventie biedt een uitweg om deze negatieve ‘zorgspiraal’ te doorbreken. Door vroeg met preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek te beginnen, kan veel gewonnen worden. Hoe eerder, hoe beter. Inzetten op preventie biedt gemeenten en voorzieningen voor jeugdgezondheidszorg, welzijn, onderwijs, jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-VG (verstandelijk gehandicapten) kansen om samen met ouders, opvoeders en jeugdigen de megaoperatie van de transitie van de jeugdzorg tot een succes te maken. Dat vraagt van gemeenten om visie en overtuiging, maar ook om inzicht in wat de preventie kost. En vooral ook wat het oplevert.

In de eerder verschenen studie ‘Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg’ is aangetoond welke meerwaarde de jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft op het vlak van de fysieke gezondheid³. Elke geïnvesteerde euro in de JGZ levert tenminste 11 euro op en zorgt ervoor dat elke Nederlander een jaar langer gezond leeft. In de nu voorliggende publicatie wordt uit de doeken gedaan wat de JGZ voor de gemeente kan betekenen. Daarbij gaat het om de taken die de JGZ uitvoert in nauwe samenwerking met haar lokale partners in zorg, welzijn en onderwijs, en wel in de preventie van gedragsproblemen (pesten, depressie, overlast), opvoedproblemen (regeloverschrijdend gedrag, stelen, kindermishandeling) en psychosomatische problematiek (overgewicht, verslaving). We beschrijven enkele voorbeelden van effectieve preventieprogramma’s. Daarbij geven we aan wat deze de samenleving kosten en vooral ook wat ze opleveren.

1 Commissie Evaluatie basistakenpakket JGZ, 2013.

2 Hermanns, 2009; SCP, 2011; Nji, 2012.

3 Dam, 2012.

Wat doet de jeugdgezondheidszorg?

Al meer dan een eeuw staat de JGZ voor preventieve gezondheidszorg voor alle kinderen. Vanuit een integrale benadering van de psychische, sociale, fysieke en cognitieve aspecten van de gezondheid, volgt de JGZ de ontwikkeling van de jeugd, doet onderzoek, vaccineert, voert screenings uit, signaleert, is vraagbaak, informeert, geeft voorlichting en adviseert. Zo kan de JGZ kinderen en hun ouders vroegtijdig ondersteunen met laagdrempelige zorg op maat, versterken, hulp inroepen of verwijzen. Een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van kinderen en hun ouders is daarbij het uitgangspunt. De JGZ bevindt zich met haar preventieve taak aan de voorkant van de zorgketen en is een betrouwbare en deskundige partner in de totale zorg voor jeugd.

JGZ heeft alle kinderen in beeld

De JGZ is overal in Nederland aanwezig. Zij is laagdrempelig en ziet kinderen en ouders regelmatig, in totaal vijftien tot twintig keer gedurende de periode van baby tot adolescent. In totaal gaat het om 3,8 miljoen kinderen en jongeren: ruim 95 procent van de kinderen van 0 tot en met 4 en rond de 85 procent van de jeugd tot 19 jaar. De JGZ volgt de ontwikkeling en gezondheid van het opgroeiende kind en geeft goed onderbouwde adviezen aan ouders en kind. De gegevens leveren ook informatie op voor lokaal en landelijk beleid.

JGZ signaleert behoeften tijdig

De JGZ onderneemt bijtijds actie. Vaak is een advies of instructie door de JGZ genoeg, in andere gevallen wordt specifieke deskundigheid erbij gehaald of vindt verwijzing plaats.

JGZ bewaakt gezondheid en voorkomt ziekten.

Vaccinatie voorkomt sterfgevallen, beperkingen en problemen door infectieziekten. Screening via onder andere de hielprik en regelmatige controles helpen bij tijdige opsporing van aandoeningen.

JGZ versterkt de eigen kracht van ouders en jongeren met voorlichting, advies, instructie en begeleiding

De JGZ geeft bijvoorbeeld voorlichting over voeding, bewegen, seksualiteit, alcohol, drugs en roken. Ouders krijgen advies over zaken als vitamine D en instructie bij het geven van borstvoeding, ontwikkelingsfase van het kind en hoe ouders om kunnen gaan met het gedrag wat daar bij hoort.

JGZ signaleert en onderneemt actie in de omgeving

De JGZ signaleert als er problemen dreigen in de gezinssituatie of in de omgeving van het kind. Ook signaleert de JGZ gezondheidsachterstanden in de wijk.

De JGZ werkt samen met anderen

JGZ-professionals spelen een belangrijke rol in diverse netwerken rond kinderen en jongeren die (extra) aandacht nodig hebben. In het kader van de nieuwe jeugdwet en de decentralisering van de jeugdzorg zal de samenwerking nog belangrijker worden.

2. De huidige problematiek rond de zorg voor jeugd

De Nederlandse jeugd doet het prima, ook wereldwijd gezien. Wel zijn er belangrijke veranderingen gaande, en ook een paar zorgelijke ontwikkelingen.

Wat gaat nog altijd goed?

- Nederland behoort tot de landen met een bevolking met de grootste lengte, de hoogste levensverwachting en de minste wiegendood. Ook kent ons land relatief weinig tienerzwangerschappen¹.
- Nederlandse jongeren behoren tot de gelukkigste van Europa. De jeugd doet het goed als het gaat om eten, drinken en roken. Wel neemt het extreme gebruik van drank toe: vergeleken met hun Europese leeftijdgenoten drinken Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar vaak alcohol. Alleen scholieren in Oostenrijk drinken nog vaker. Comazuipen vertoont eveneens een sterke stijging².
- We kennen goed benutte, goed gewaardeerde en succesvolle basisvoorzieningen voor alle kinderen, zoals het consultatiebureau, peuterspeelzalen en kinderopvang en de basisscholen vanaf 4 jaar. Het gemiddelde onderwijsniveau is goed tot zeer goed. Nederland heeft steeds meer hoger opgeleiden³.

Wat is er aan het veranderen?

- Na 160 jaar is een einde gekomen aan de toename in lengtegroei bij kinderen van Nederlandse afkomst. Het lijkt erop dat het positieve effect van welvaart op de lengte wordt vervangen door een negatief effect op het gewicht⁴.
- De arbeidsparticipatie van ouders verschuift. Waar in 2002 nog 68 procent van beide ouders van de tweeoudergezinnen werkte, is dat percentage in 2011 gestegen naar 77 procent⁵.
- Het aantal kinderen dat in armoede leeft, is sinds 2009 weer aan het toenemen. Circa 327.000 kinderen (één op de tien) leefden in 2010 onder de armoedegrens. Van hen was 3,8 procent al gedurende drie jaar arm⁶.
- 5 tot 15 procent van alle peuters en kleuters heeft problemen met hun taal en/of spraak. Door de toenemende aandacht voor taalontwikkelingsstoornissen is dit de afgelopen jaren steeds duidelijker geworden. Bij de groep meertalige kinderen komen taalachterstanden in het Nederlands op jonge leeftijd nog frequenter voor⁷.

1 Van Keulen, 2012; CBS, 2012, NJI, 2012.

2 CBS, 2012; Vollebergh, 2012; Verdurmen, 2011; Hibell c.s., 2007.

3 CBS, 2011a.

4 Van Keulen, 2012; CBS, 2012.

5 CBS, 2010.

6 CBS, 2011b.

7 Van Keulen, 2012

Wat gaat minder goed?

- Er dienen zich andere problemen aan: suïcide, depressie, huiselijk geweld en kindermishandeling nemen toe en/of worden zichtbaarder. Dat geldt ook voor de problematiek voor kinderen als gevolg van scheiding¹.
- De vraag naar hulp van de gespecialiseerde jeugdzorg en de zorg in het speciaal onderwijs groeit per jaar met ruwweg 10 procent². In totaal gaat het om 3,1 miljard euro. Omgerekend komt dat gemiddeld neer op ongeveer 870 euro per jeugdige³. Dat is niet te verklaren uit een toename van problemen. Wel is de signalering van problematiek verbeterd. De stijging lijkt het gevolg van het gebrek aan preventie en eerstelijns hulp, de versnippering en het 'doorschuifmechanisme' in de sector⁴.
- Het aantal kinderen met een diagnose is de laatste jaren enorm toegenomen (bijvoorbeeld ADHD of PDD-NOS), terwijl de discussie toeneemt over de mate waarin het hier om 'echte' problemen gaat of om variaties op het normale. Onderzoekers constateren dat regelmatig sprake is van een discrepantie tussen de problemen van de ouders en de zorg die vervolgens wordt geïndiceerd; ouders dikken soms als het ware de problemen aan om hulp te kunnen krijgen, omdat het lichte – en waarschijnlijk beter passende – aanbod ontbreekt⁵.
- De zorg voor jeugdigen is ernstig versnipperd. Zo heeft elke gemeente te maken met minstens 35 verschillende, regionale samenwerkingsverbanden. Elk beleidsthema of programma van het jeugdbeleid kent zijn eigen regionale samenwerkingsstructuur⁶.

Te laat en te duur

De Nederlandse situatie met betrekking tot de jeugd is enigszins paradoxaal. Over de hele linie gaat het nog altijd goed met de jeugd, maar tegelijkertijd rijzen de kosten van de jeugdzorg de pan uit. Dat komt vooral door een al jarenlang toenemende groei van het gebruik van de gespecialiseerde jeugdzorg⁷. De aard van de problematiek van jeugdigen verschuift en psychosomatische, pedagogische en sociaal-maatschappelijke problemen treden steeds meer op de voorgrond. Deze verschuivende problematiek wordt vooral aangepakt met de inzet van steeds meer gespecialiseerde zorg op het moment dat de problemen manifest worden. Problemen zijn er echter niet plotseling, maar ontstaan meestal op jonge leeftijd. Een aanpak met gespecialiseerde jeugdzorg komt in veel gevallen te laat en is mede daarom te duur, terwijl uit de cijfers blijkt dat we er intussen geen noemenswaardige resultaten mee boeken in de afname van de totale problematiek. Investeren in preventie op jonge leeftijd is goedkoper en vaak effectiever, maar gebeurt nu nog onvoldoende. De vraag is: kan een preventieve aanpak vanuit gemeenten meer opleveren?

1 Van Keulen, 2012; Vollebergh, 2012; NJI, 2012; CBS, 2011b; CBS, 2010.
2 VWS, 2011; NJI, 2012.
3 Van Yperen & van Woudenberg, 2011
4 NJI, 2012.
5 Bot c.s. (2013)
6 VNG 2011.
7 Bot e.a., 2013.

3. Investeren in preventie loont

‘Hoe eerder aanpakken, hoe beter!’ Het is een veel gehoorde uitspraak als het gaat om de aanpak van problemen als schooluitval, gedragsproblemen of taalachterstanden. Als Tremblay (2006) voor agressief gedrag aantoonde dat latere agressie op straat en in het openbaar al in de eerste 24 maanden thuis en in de kinderopvang begint, is iedereen het met hem eens als hij letterlijk zegt: ‘Why not start at the beginning?’ Zoals dat ook gebeurt bij de aanpak van infectieziekten, waarvan de preventie meteen na de geboorte start. Zo’n vroegtijdige preventieve aanpak loont. Weliswaar is het complete preventieresultaat nu nog niet te schetsen, maar er zijn zeer duidelijke aanwijzingen dat preventie van pedagogische en psychosociale problemen winst oplevert, op voorwaarde dat gemeenten de JGZ robuust faciliteren en dat de JGZ en andere voorzieningen de beschikbare (kosten)effectieve programma’s voldoende en gepast gebruiken¹. We laten dat in dit hoofdstuk zien vanuit drie perspectieven:

1. zeer vroegtijdige preventie;
2. effectieve preventieve interventies bij beginnende problematiek;
3. duurzaam kosteneffectief jeugdbeleid.

Er is in het buitenland meer kosteneffectiviteitsonderzoek voorhanden, met een positief resultaat. We illustreren het betoog met voorbeelden van zes van de in ons land beschikbare effectieve preventieve programma’s: VoorZorg, M@zl, videohometraining, CJG4kracht, Triple P en Door Dik en Dun. De berekening van de kosteneffectiviteit is gebaseerd op Nederlands effectonderzoek naar deze programma’s.

3.1 Zeer vroegtijdige preventie

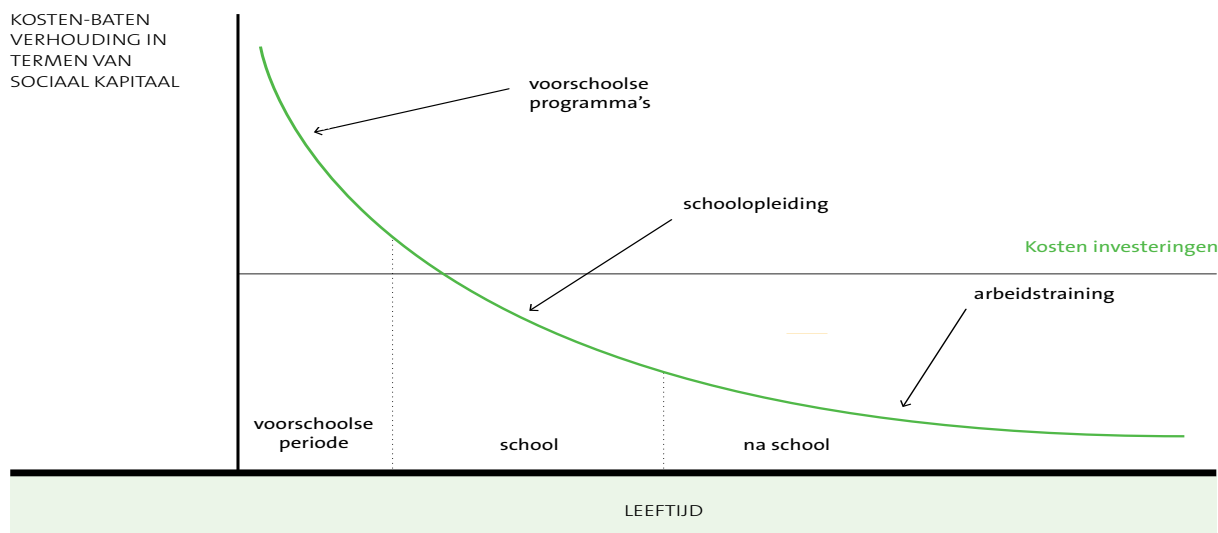
Wereldwijd bestaat een redelijke consensus over de noodzaak van vroegtijdig ingrijpen boven interventies op latere leeftijd². Het rendement van vroegtijdige investeringen in het opvoeden en opgroeien is groter dan dat van latere investeringen (zie figuur 1)³.

1 Van Yperen, 2013.

2 Hermanns c.s., 2005; Aos c.s., 2004; SAMHSA, 2007; Lilley, 2007; McGroder & Hyra, 2009; Melhuish c.s., 2010.

3 Carneiro & Heckman, 2003.

Figuur 1 Rendement van vroege investeringen in opvoeden en opgroeien.



Toelichting: preventieve programma's in de voorschoolse periode (de horizontale lijn) leveren meer op qua kosten-batenverhouding (de verticale lijn) dan programma's in de schoolleeftijd of in de periode na de schoolloopbaan. Ze resulteren in meer 'sociaal kapitaal', ofwel de hulpmiddelen die in een gemeenschap aanwezig zijn om de gezins- en sociale organisatie vorm te geven,.

Zeer vroegtijdig ingrijpen kan op verschillende manieren. Denk aan preventieve huisbezoeken (soms al voorafgaand aan de geboorte) aan hoogrisicogezinnen, om zowel het opgroeien van het kind als de opvoeding door de ouders te begeleiden. Of denk aan toeleiding naar en stimulering van voor- en vroegschoolse educatie als vorm van vroegtijdige taalontwikkeling. Andere manieren: ouders van meet af aan goed 'leren opvoeden' of gedragsproblemen van peuters al op het consultatiebureau/CJG aanpakken. Van dergelijke preventieve ingrepen is in internationaal onderzoek een breed spectrum aan gezondheids-, sociale en economische effecten aangetoond¹ op verschillende gebieden. Zeer vroegtijdig ingrijpen leidt tot:

- minder kosten in het speciaal onderwijs en de schoolbegeleiding;
- minder criminaliteit met lagere uitgaven voor politie en justitie;
- minder herstelkosten van schade (materieel en immaterieel) voor burgers door jeugdcriminaliteit;
- lagere medische kosten voor de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling en een afname van mishandeling en verwaarlozing;
- minder uitkeringen voor invaliditeit en werkloosheid;
- meer inkomen door hogere arbeidsparticipatie;
- hogere opleidingsgraad;
- hogere kwaliteit van leven.

¹ NIHCE, 2012; Sylva c.s., 2010; Siraj-Blatchford, 2010; Nores & Barnett, 2010; Prinz, 2009; SAMHSA, 2007; Foster c.s., 2007; Tremblay, 2006; Hermanns, 2005; Nores c.s., 2005; Aos c.s., 2004/2006; Hosman, Jané-Llopis & Saxena, 2004.

Het nog beperkt uitgevoerde Nederlandse onderzoek naar kosteneffectiviteit¹ bevestigt bovengenoemde resultaten. Hieronder beschrijven we als voorbeeld het programma VoorZorg, gebaseerd op het Amerikaanse programma 'Nurse Family partnership'.

Voorbeeld: VoorZorg

Wat is het?

VoorZorg ondersteunt aanstaande (tiener)moeders die te maken hebben met problemen als armoede, (seksueel) geweld, geringe sociale steun en drugs- of alcoholmisbruik. Onder begeleiding van een jeugdverpleegkundige volgen zij een programma van tweeënhalf jaar met gezondheidsbevordering, leefstijl- en opvoedingsondersteuning. Gedurende veertig tot zestig huisbezoeken – vanaf de derde maand van de zwangerschap tot het kind twee jaar wordt – werken de verpleegkundigen met de deelnemsters (en eventueel de sociale omgeving) onder meer aan de gezondheid van de moeder en het (aanstaande) kind, de levensloopontwikkeling van de moeder en haar rol als opvoeder. Risicofactoren worden aangepakt voordat ze leiden tot een neergaande spiraal in de (toekomstige) opvoeding. De jonge moeders leren vaardigheden die ook bij volgende kinderen van pas komen. Ook leren ze hun sociale netwerk beter te benutten en gebruik te maken van voorzieningen als kinderopvang, schuldsanering en eventueel psychiatrische hulp. Er zijn veertig jeugdverpleegkundigen geschoold in Voorzorg en die werken in dertig gemeenten.

Wat zijn de resultaten?

Onderzoek in de Verenigde Staten laat positieve resultaten zien², zoals minder kindermishandeling, minder ongelukken en minder arrestaties en veroordelingen bij de kinderen (gemeten tot hun 15e jaar). Ook zien we minder vroeggeboorten en een hoger geboortegewicht van baby's. Meer moeders kunnen in hun eigen levensonderhoud voorzien en er zijn minder gedragsproblemen door alcohol- of drugsgebruik van de moeders. De kosten voor het programma worden binnen vijftien jaar viervoudig terugverdiend. Het is mogelijk met deze interventie de overdraagbaarheid van problemen tussen generaties te doorbreken.

Ook in Nederland zijn de resultaten positief³. VoorZorg-moeders hebben minder vaak een uitkering, zijn assertief en er is minder vaak sprake van huiselijk geweld. Er is minder vaak sprake van kindermishandeling; het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling ontvangt minder meldingen. VoorZorg blijkt de juiste doelgroep te bereiken. Zowel de deelnemende vrouwen als de jeugdverpleegkundigen ervaren het programma als positief en nuttig.

Zie ook www.voorzorg.info.

Wat is de maatschappelijke opbrengst?

Voorzorg is een intensief programma. Toch wegen de baten van het programma ruim op tegen de uitvoeringskosten. Op grond van Amerikaans onderzoek beveelt de Wereldgezondheidsorganisatie WHO het programma als kosteneffectief aan. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse, gebaseerd op Nederlands onderzoek, toont een resultaat van ruim 2.300 euro per kind (bij uitvoeringskosten van 12.500 euro per kind), ofwel een rendement van circa 20 procent.

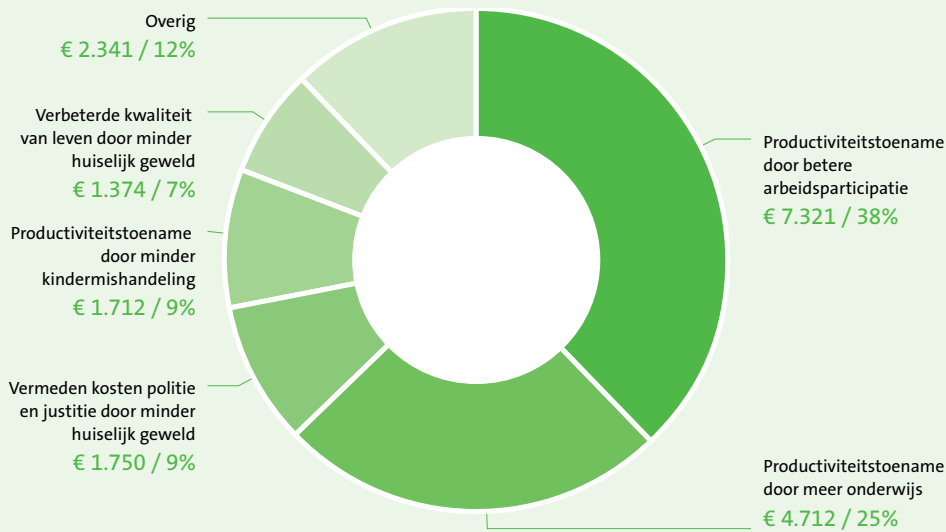
Kader gaat verder op pagina 15 >>

1 Doorten en Rouw, 2006; Posthumus, 2009; Verwey Jonker Instituut, 2012.

2 Kitzman c.s., 1997; Olds c.s., 1997; Anda c.s., 2010; Aos c.s., 2004; Doorten en Rouw, 2006; Olds, 2001; Olds c.s., 2010; Kitzman c.s., 2010.

3 Mejdoubi c.s., 2011; Meerding, 2006.

Figuur 2 Batige effecten van het programma VoorZorg¹.



De vijf genoemde bijdragen in de cirkel vormen 88 procent van de totale baten. De overige opbrengsten bestaan onder meer uit vermeden kosten van jeugdcriminaliteit, verbeterde levensverwachting door minder roken, vermeden zorgkosten op lange termijn vanwege kindermishandeling en vermeden kosten van speciaal onderwijs en justitiële jeugdzorg.

3.2 Effectieve preventieve interventies bij beginnende problematiek

Tijdens het Jaarcongres Jeugdgezondheidszorg 'Kansen door verandering' in december 2012, stelde hoogleraar Tom van Yperen van het Nederlands Jeugdinstituut het kort en bondig: 'Preventie werkt.' Hij doelde daarmee op de preventieve aanpak van beginnende problemen met het opvoeden en opgroeien. Voor de onderbouwing van zijn stelling voerde hij circa veertig bronnen op. Van Yperen bouwde daarmee voort op Amerikaans onderzoek naar de kosteneffectiviteit van vroegtijdige preventieve interventies², dat uit een review van 3.500 evaluatiestudies zeven kosteneffectieve programma's voor opvoedingsondersteuning identificeerde. Voor zover bekend worden vijf daarvan ook in Nederland toegepast³. De boodschap is duidelijk: het is mogelijk om beginnende psychosociale, pedagogische en psychosomatische problemen aan te pakken. De JGZ heeft verschillende effectieve interventies tot haar beschikking. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn ruim zeventig theoretisch goed onderbouwde interventies opgenomen. Sommige daarvan krijgen in buitenlands onderzoek het predicaat effectief. Voor veel problemen rond opgroeien en opvoeden is een goed preventieprogramma beschikbaar, variërend van het hiervoor al beschreven VoorZorg tot diverse programma's op het terrein van leefstijlthema's of middelengebruik. Ook zijn er interventies gericht op het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling en het voorkomen van ziekteverzuim op school. Dit laatste thema komt aan de orde in het hieronder beschreven M@ZL, een interventie voor het vmbo.

1 Bedragen in duizenden euro (bij invoering van VoorZorg in geheel Nederland), percentages als deel van de totale baten. De onderbouwing van de berekening is op te vragen bij de onderzoekers.

2 AOS c.s., 2004.

3 L'Hoir c.s., 2012.

Voorbeeld: M@ZL – sociaal-medische advisering van ziekgemelde leerlingen

Wat is het?

M@ZL staat voor ‘medische advisering ziekgemelde leerling’. Doel van de interventie is het terugdringen van ziekteverzuim en voortijdig schoolverlaten op het vmbo. Jongeren die langdurig en/of veelvuldig verzuimen, blijken een risicogroep te zijn voor voortijdig schoolverlaten. Maar liefst 30 procent van deze risicoleerlingen verlaat het vmbo zonder diploma. In M@ZL werken school, JGZ en Leerplichtzaken intensief samen: de school signaleert, de jeugdarts adviseert, de leerplichtambtenaar handhaaft. Aan de hand van vaste criteria voor ziekteverzuim wordt de leerling door de school aangemeld bij de jeugdarts. Deze roept de leerling met zijn/haar ouders op voor een consult. De jeugdarts ‘vertaalt’ de besproken problemen naar mogelijkheden en beperkingen en stelt indien nodig een re-integratieplan op. Werken leerling en/of ouder(s) niet mee, dan wordt de leerplichtambtenaar ingeschakeld. Dat gebeurt ook bij het aanhouden van het verzuim. De leerplichtambtenaar legt zo nodig een sanctie op, maar kan ook aankloppen bij de jeugdarts voor een sociaal-medisch advies.

Wat zijn de resultaten?

Er zijn geen (inter)nationale studies voorhanden naar het effect van ziekteverzuim-begeleiding van leerlingen door de jeugdgezondheidszorg. In de regio West-Brabant is onderzoek gedaan naar M@ZL. Daaruit blijkt onder meer dat de begeleiding bij ongeveer tweederde van de leerlingen succes heeft. Er is sprake van een meetbare afname van het ziekteverzuim met 1,1 dag per leerling per schooljaar. Volgens de onderzoekers draagt M@ZL bij aan het voorkomen van voortijdig schoolverlaten. Ook blijkt de methodiek overdraagbaar en implementeerbaar.

Zie ook www.ggdwestbrabant.nl.

Wat is de maatschappelijke opbrengst?

M@ZL levert potentieel een duidelijke maatschappelijke opbrengst op. De leerlingen die door M@ZL weer deelnemen aan de lessen, zullen daar later voordeel van hebben. Een jaar meer onderwijs volgen leidt gemiddeld tot een 7 procent¹ hoger inkomen, waarmee we de belangrijkste bijdrage aan de totale baten van M@ZL te pakken hebben. Een andere opbrengst is het voorkomen van voortijdig schoolverlaten. Bij leerlingen met een ‘verzuimgeschiedenis’ is de kans daarop immers twee keer zo groot als bij jongeren zonder frequent verzuim². De overige baten bestaan onder andere uit vermeden uitvoeringskosten en uitkeringen voor de bijstand en Wajong. Onder de streep levert M@ZL het vijfvoudige op van wat het programma kost: tegenover een investering van 17 euro per leerling staat een gemiddelde opbrengst van 82 euro.

Onderzoekers stellen dat bij beginnende problematiek vroegtijdige interventies in alle gevallen te prefereren zijn. De kosteneffectiviteit is hoger naarmate de programma's zich op gezinnen met jongere kinderen richten, bijvoorbeeld via oudertrainingen³, huisbezoeken, vaardigheidstrainingen, voorlichting en advisering. Dergelijke interventies dragen bij aan minder criminaliteit en kindermishandeling, aan de beperking van de kosten van de gespecialiseerde jeugdzorg en een hogere opleidingsgraad. Ook hier wordt VoorZorg genoemd, maar ook programma's als Home Start, Triple P⁴ en programma's op school of in de kinderopvang (bijvoorbeeld Instapje, Kanjertraining en Levensvaardigheden). Zeer kansrijk is ook de hieronder uitgewerkte interventie Kortdurende videohometraining.

1 Card, 1999; Krueger, 2001; Oreopoulos.

2 Hartkamp, 2005.

3 NICHE, 2012; Barlow c.s., 2006.

4 Foster, 2007; Posthumus, 2009; Verweij Jonker Instituut, 2012.

Voorbeeld: Kortdurende videohometraining

Wat is het?

Kortdurende videohometraining (K-VHT) vanuit de jeugdgezondheidszorg is bedoeld voor ouders van kinderen van 0 tot 4 jaar met opvoedings- of hechtingsproblemen. De interventie verbetert de interactie tussen ouder en kind, vergroot de opvoedingsvaardigheden van de ouder en voorkomt zo sociaal-emotionele ontwikkelingsproblemen bij het kind. De trainer maakt korte video-opnames van een dagelijks verzorgingsmoment, bijvoorbeeld tijdens het eten, spelen of wassen. Samen kijken trainer en ouders vervolgens met name naar wat goed gaat in de interactie. Ouders leren sensitiever te reageren op het kind en hun zoon of dochter zo te ondersteunen bij de ontwikkeling. De videohometrainer komt maximaal drie keer filmen en drie keer terugkijken, gevolgd door een follow-up van één keer filmen en één keer terugkijken.

Wat zijn de resultaten?

Er is veel Nederlands en buitenlands onderzoek dat de effecten van kortdurende videohometraining aantoonst¹. Een video-opname maakt de ouders duidelijk hoeveel signalen hun kind geeft, die zij eerder in de dagelijkse omgang niet herkenden. Kortere programma's zijn effectiever dan langere en de effecten zijn groter wanneer naar specifiek gedrag wordt gekeken, zoals 'slecht luisteren' of 'steeds regels overtreden'. Kinderen van moeders die sensitiever reageren, bleken zich veiliger te hechten. Ook leek de videohometraining gedragsproblemen in de peuterleeftijd te voorkomen. En er zijn bewijzen gevonden dat de interventie de hechting van geadopteerde baby's verbetert.

Zie ook www.aitnl.org.

Wat is de maatschappelijke opbrengst?

Een belangrijk effect van kortdurende videohometraining bij huilbaby's is de verbeterde perceptie bij moeders van het excessief huilgedrag van hun baby. Doordat zij het huilen beter begrijpen, komt kindermishandeling (bijvoorbeeld smoren, schudden en slaan) minder vaak voor. De kosten-batenanalyse van deze interventie (mede gebaseerd op de maatschappelijke kosten die kindermishandeling met zich meebrengt²) toont een positief resultaat van 185 euro per deelnemend kind; de maatschappelijke baten bedragen het drievoudige van de kosten. Dit resultaat komt voor ongeveer de helft voort uit de verbeterde onderwijsdeelname en het positieve inkomenseffect daarvan op latere leeftijd (kinderen die slachtoffer zijn geweest van kindermishandeling volgen gemiddeld één jaar minder onderwijs³). Een ander deel van de opbrengst zit in vermeden schade door (jeugd) criminaliteit. De overige baten bestaan onder andere uit vermeden kosten voor medische zorg op lange termijn, speciaal onderwijs en justitiële jeugdzorg.

De laatste jaren zijn veel positieve ervaringen opgedaan met 'wraparound care', een concept dat door pedagoog Jo Hermanns vanuit de Verenigde Staten in Nederland is geïntroduceerd⁴. In deze aanpak staat de eigen kracht van het gezin centraal. Het uitgangspunt is dat hulp zich zoveel mogelijk in en om het gezin heen formeert ('wrap around'), zodat gezinnen niet steeds worden doorverwezen. Doel is dat gezinnen (weer) greep krijgen op hun eigen leven en zelf de verantwoordelijkheid nemen voor het veranderingsproces. De resultaten van experimenten met deze aanpak zijn hoopgevend⁵. Deze vroegtijdige hulp is in het gezin zelf georganiseerd, waarbij meerdere zorgverleners naar behoefte worden ingeschakeld onder regie van het gezin zelf. De aanpak maakt ook gebruik van bewezen effectieve interventies. Zo zijn preventieve

1 Fukkink, 2007; Klein Velderman, 2005; Mesman c.s., 2008; Juffer, Bakermans-Kranenburg en Van IJzendoorn, 2005.

2 Meerding, 2006.

3 Perez en Widom, 1994.

4 Hermanns, 2007; Hermanns, 2009; Schamhart & Colijn, 2012

5 Hermanns & Sleeboom, 2007; Schamhart & Colijn, 2012; Blom & Prinsen, 2012.

huisbezoeken kosteneffectief voor risicogezinnen, mits de daarbij ingezette effectieve programma's betrouwbaar en compleet worden uitgevoerd. De kosteneffectiviteit is groter naarmate de huisbezoeken intensiever zijn¹, waarbij 'korter' tegelijk effectiever én goedkoper kan zijn². Een interessant experiment met wrap around care heeft tussen september 2011 tot juli 2012 in Apeldoorn plaatsgevonden. Dat gebeurde in het kader van de voorbereidingen op de transitie van de zorg voor jeugd in Gelderland.

Voorbeeld: CJG4kracht, een experiment in de transitie van de jeugdzorg

Wat is het?

CJG4kracht biedt ambulante hulp thuis voor gezinnen met kinderen in de leeftijd van 0 tot 23 jaar met vragen op meerdere levensgebieden, waaronder problemen met het opvoeden en opgroeien van de kinderen³. Professionals uit elf verschillende instellingen in en rond Apeldoorn hebben hun krachten gebundeld onder leiding van de orthopedagoog van de JGZ. Sleutelwoorden in CJG4kracht: durven vertrouwen op eigen kunnen. De hulp vindt zo veel mogelijk plaats met inzet van het sociale netwerk van het gezin. Vanuit een gezamenlijk geformuleerd CJG4kracht-gezinsplan voert het gezin de regie over zijn eigen hulp, met ondersteuning van een generalistisch werkende gezinsbegeleider⁴. Het CJG4kracht-gezinsplan is voor het gezin een middel om voortdurend scherp te blijven op de na te streven doelen en voor de ambulante begeleiders een hulpmiddel om samen te werken met gezinnen waarbij meerdere instanties betrokken zijn. CJG4kracht maakt gebruik van de principes van wraparound care, waarbij het gezin letterlijk en figuurlijk centraal staat.

Wat zijn de resultaten?

Met het experiment wilde de gemeente Apeldoorn bekijken hoe zij gezinnen meer generalistisch en oplossingsgericht kan begeleiden, zo snel en kort als mogelijk en zo lang als nodig. Die opzet lijkt geslaagd. Er zijn veel minder overdrachtsmomenten en er is binnen zeven tot tien dagen iemand beschikbaar om samen met een gezin de problemen aan te pakken. Gemiddeld duurt een traject ongeveer vier maanden. Bij de jeugdzorg 'oude stijl' zou een gezin dan nog altijd op de wachtlijst staan. De deelnemende gezinnen gaven de hulp het gemiddelde rapportcijfer 8.6 en de ambulante begeleider zelfs gemiddeld een 8.9. De hulp past beter doordat ze vraaggestuurd is en niet aanbodgestuurd.

In CJG4kracht is ervaring opgedaan met een slagvaardig expertiseteam voor zorgtoewijzing, de eerste stap naar ontschotting van hulp. Veertien ambulante begeleiders werken vanuit elf instellingen samen in één team. Daardoor vindt kruisbestuiving en kennisvermeerdering plaats, die direct ten goede komt aan gezinnen. De pilot is het begin geweest van een cultuuromslag naar meer generalistisch werken. De Apeldoornse ervaringen bevestigen eerdere resultaten van deze vorm van gerichte gezinsbegeleiding⁵.

Zie ook www.cjgapeldoorn.nl.

Wat is de maatschappelijke opbrengst?

Als we de opbrengsten van CJG4kracht omrekenen naar kosten van het jeugdstelsel, zit de besparing met name in de lichtere hulp. Er wordt minder zorg verleend door Bureau Jeugdzorg en meer door basisvoorzieningen (het CJG en diens partners). Bovendien maken gezinnen deels hun eigen plan voor zorg, die vervolgens eerder begint en korter duurt dan voorheen. De besparing bedraagt circa 460 euro per aanvraag om ambulante zorg (voorheen aangevraagd bij Bureau Jeugdzorg).

1 Dalziel & Segal, 2012; Sweet & Appelbaum, 2004.

2 Bakermans c.s., 2003; Fukkink, 2007; Joachim c.s. 2010.

3 Blom & Prinsen, 2012.

4 Van der Zijden & Diephuis, 2011.

5 Schamhart & Colijn, 2012; van Yperen, 2012; Hermanns & Sleeboom, 2007.

3.3 Duurzaam kosteneffectief preventief jeugdbeleid

Er zijn in grote lijnen twee strategieën om kosteneffectief (preventief) jeugdbeleid te realiseren: jeugdbeleid dat een kleine verbetering bij een grote groep mensen bewerkstelligt en jeugdbeleid dat een grote verbetering voor een kleine groep teweegbrengt¹.

3.3.1 Een klein verschil bij een grote groep.

In de eerste beleidsstrategie worden vroegtijdig preventieve programma's en activiteiten ingezet die door hun bereik netto een groot rendement behalen², het zogenoemde kudde-effect. Hier hebben we het over collectieve preventie, ofwel een public health-benadering van problemen met opvoeden en opgroeien. De inzet van de JGZ is daarvan het bekendste voorbeeld. Hieronder beschrijven we Triple P, een collectief preventieprogramma gericht op gedrags- en opvoedproblemen.

Voorbeeld: Triple P

Wat is het?

Triple P ('drie keer P') staat voor 'Positief Pedagogisch Programma'. Het is opvoedingsondersteuning voor alle ouders met kinderen van 0 tot 16 jaar, dat ook in de JGZ wordt toegepast. Triple P voorkomt emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door ouders een positieve opvoedstijl aan te leren, bijvoorbeeld met het bieden van een veilige en stimulerende omgeving en het hanteren van 'een aansprekende discipline'. Het programma past in de hele keten, van opvoedingsondersteuning door het CJG tot en met gespecialiseerde jeugdzorg. Triple P bestaat uit vijf niveaus, waarvan de JGZ met haar partners de eerste drie voor haar rekening neemt: algemene voorlichting, individuele voorlichtingsgesprekken over ontwikkeling en gedrag van het kind, en gericht advies bij specifieke zorgen van ouders op dat terrein. De twee laatste niveaus van Triple P krijgen verderop in de keten een plek: training in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen en gezinsinterventies bij grotere (gezins)problemen. Triple P wordt inmiddels in 195 gemeenten aangeboden.

Wat zijn de resultaten?

Effectstudies wijzen uit dat Triple P gedragsproblemen bij kinderen vermindert. Dat gebeurt zowel in gezinnen met ernstiger problemen (zoals depressie bij een ouder) als bij lichtere gedragsproblematiek van kinderen³. Ouders ontwikkelen een positievere opvoedingsstijl, zijn meer tevreden over de opvoeding en hebben meer zelfvertrouwen. Dergelijke resultaten sluiten goed aan bij de huidige eigen kracht-benadering van de JGZ. Amerikaans onderzoek toont aan dat kindermishandeling afneemt met 25 tot 35 procent. Ook zijn er minder uithuisplaatsingen en ziekenhuisopnames⁴. Wereldgezondheidsorganisatie WHO beveelt Triple P aan voor de preventie van gedragsproblemen bij kinderen.

Zie ook www.triplep-nederland.nl.

Kader gaat verder op pagina 20 >>

1 Het Britse beleidsprogramma 'Every Child Matters', geïntroduceerd door de voormalige regering Blair, werkt ook met deze twee strategieën (Allen, 2011; AOs, 2004/2006).

2 Vos & Carter, 2012; Dam, 2012; Allen, 2011; Foster c.s., 2007.

3 De Graaf c.s., 2008; De Graaf c.s., 2009; Sanders, 2008; Sanders, Dadds & Turner, 2003; Nicholson & Sanders, 1999.

4 Foster c.s., 2007; Prinz, 2009.

>> *Vervolg kader pagina 19*

Wat is de maatschappelijke opbrengst?

Een doorrekening van bereik en effecten van Triple P¹ naar het verschijnsel kindermishandeling, leidt tot een positief effect op de maatschappelijke kosten. De eerste drie niveaus van Triple P bouwen op elkaar voort, waarbij de intensiteit van de interventie toeneemt. Bij de berekening van de opbrengst van Triple P niveau 3 nemen we het effect van de drie eerste niveaus samen. Triple P niveau 3 bereikt jaarlijks 0,3 procent van alle kinderen jonger dan 18 jaar², waarbij we aannemen dat bij ruim de helft van deze groep sprake is van enige vorm van kindermishandeling³. Uit de kosten-batenanalyse volgt een positief resultaat van ruim 400 euro voor elk kind dat bereikt wordt met Triple P niveau 3, overeenkomend met een rendement van 70 procent. Dat komt vooral door een verwachte toename van hun latere productiviteit (slachtoffers van kindermishandeling volgen gemiddeld één jaar minder onderwijs) en vermeden schade door criminaliteit (kindermishandeling leidt soms tot latere criminaliteit door het slachtoffer⁴). De overige baten bestaan onder andere uit vermeden kosten voor medische zorg op lange termijn, speciaal onderwijs en justitiële jeugdzorg.

3.3.2 Een groot verschil bij een kleine groep

De tweede beleidsstrategie is het vroegtijdig inzetten van preventie bij een kleine, specifieke doelgroep, voor wie de interventie een groot verschil kan maken⁵. Het gaat om doelgerichte programma's voor lokaal relevante problemen⁶, bedoeld voor een duidelijk afgebakende risicogroep⁷. Als het gaat om preventie van beginnende opvoed- en gezinsproblemen valt (naast het eerder beschreven VoorZorg) onder meer te denken aan programma's als Moeders Informeren Moeders (MIM), Home-Start of Stevig Ouderschap. Boekstart en Boekenpret zijn programma's die de lees- en taalvaardigheid bevorderen en taalachterstand helpen voorkomen. De JGZ voert op veel plekken dit soort programma's uit, maar dat gebeurt lang niet overal. Een uitbreiding ervan zou het gat tussen preventieve hulp en zwaardere jeugdhulp kunnen helpen dichten. Als 'specialist in het gewone opvoeden en opgroeien' heeft de JGZ overigens niet alleen een rol in de uitvoering van preventie. Vanuit haar toeleidende en signalerende taak kan de JGZ ook andere passende interventies inzetten. Bijvoorbeeld als het gaat om de tijdige aanpak van overgewicht. Hieronder beschrijven we het programma 'Door Dik en Dun'.

1 Graaf c.s. (2009).

2 Verhaar c.s., 2006; SO&T, 2011.

3 WODC, 2012; Zeijl c.s., 2005.

4 Meerding, 2006.

5 Allen, 2011.

6 Ince, 2011; Uitermark c.s., 2012.

7 Welsh, Sullivan & Olds, 2010.

Voorbeeld: Door Dik en Dun

Wat is het?

Het programma 'Door Dik en Dun' is bedoeld voor kinderen van 6-12 jaar. Het is een behandelprogramma voor kinderen en hun ouders¹. De JGZ signaleert kinderen die mogelijk voor het programma in aanmerking komen, motiveert de ouders en deze kinderen en leidt ze desgewenst toe naar de diëtist, orthopedagoog of psycholoog, sportinstructeur van de sportschool en fysiotherapeut. Deze professionals vormen samen het behandelteam. In wisselende samenstellingen leren zij in groepsbijeenkomsten kinderen en ouders hoe ze hun gedrag kunnen veranderen wat betreft sporten en eten. De behandelfase duurt vier maanden, waarna gezinnen die dat nodig hebben begeleiding kunnen krijgen om het gezondere gedrag vol te houden. Om de kinderen extra steun te bieden, worden ook eventuele broers en zussen nauw bij het programma betrokken.

Wat zijn de resultaten?

Uit effectonderzoek² komen duidelijke resultaten naar voren. Acht maanden na de behandeling heeft nog maar 30 procent van de kinderen obesitas, terwijl dat tijdens de voormeting nog 70 procent was. Van de deelnemende kinderen valt 66 procent na acht maanden in de categorie overgewicht (dus minder ernstig dan obesitas), terwijl 4 procent een normaal gewicht heeft bereikt. De kinderen ontbijten gemiddeld vaker en scoren ook beter op de consumptie van groente, zoete drankjes en tussendoortjes. Ook bewegen ze volgens hun ouders meer. Zowel de ouders als de kinderen vinden het programma leuk en leerzaam. Vooral de sportlessen worden door de kinderen hoog gewaardeerd. Ouders geven aan meer persoonlijk advies rond voeding te willen en meer diepgang bij het behandelen van bepaalde problemen in de groepsbijeenkomsten. Blijkbaar is er bij ouders behoefte aan meer individuele aandacht.

Zie ook www.doordikendun.com.

Wat is de maatschappelijke opbrengst?

De maatschappelijke opbrengst van Door Dik en Dun is maar liefst een vijftigvoud van de uitvoeringskosten. Per kind kost de uitvoering 1.050 euro (inclusief de kosten van psycholoog, diëtist, sportinstructeur en fysiotherapeut). Het resultaat bedraagt circa 55.000 euro per kind. Verreweg de grootste bijdrage aan dit rendement (75 procent van de totale baten) is het aantal gewonnen gezonde levensjaren. Een persoon met obesitas heeft gemiddeld vijf gezonde levensjaren minder dan een gemiddelde inwoner van Nederland³. Gezonde levensjaren uitgedrukt in QALY's zijn gewaardeerd tegen € 20.000 per jaar⁴. De overige baten bestaan onder andere uit toegenomen productiviteit en lagere zorgkosten.

Zoals bij meer preventieve interventies (zoals de eerder beschreven programma's) liggen de opbrengsten van Door Dik en Dun vooral buiten het domein van de zorg voor jeugd, terwijl de kosten juist in de JGZ en/of de overige jeugdzorg worden gemaakt.

1 Hendriks c.s., 2013.

2 De Lijster-Van Kampen c.s., 2010.

3 Hoeymans c.s., 2010.

4 van Baal c.s., 2006.

4. Preventie in de zorg voor de jeugd: kansen voor gemeenten

4.1 Rendementen van een preventieve aanpak

Kan een preventieve aanpak door de gemeenten meer opleveren? Ja dat kan. Wanneer gemeenten bij alle grote jeugdproblemen in hun gemeente altijd eerst zouden kiezen voor inzetten van preventieve aanpakken – individueel en collectief – leidt dat op termijn tot een rendabeler zorgsysteem, waarbij geleidelijk de instroom vanuit basisvoorzieningen naar de (gespecialiseerde) zorg voor jeugd kan worden ingedamd¹. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zouden dat samen met (school)maatschappelijk werkers, pedagogen en psychologen heel goed en efficiënt voor hun rekening kunnen nemen, in samenwerking met het onderwijs, de peuterspeelzalen, de kinderopvang en de huisarts. Een collectieve aanpak geeft gezondheidswinst aan een grote groep, met een uitwaaiend effect in de omgeving van het gezin, zoals is aangetoond in analyses van de effecten van voorschoolse educatie op geletterdheid².

Een preventieve aanpak van de zorg voor de jeugd zou vergelijkbaar zijn met de organisatie van de basiszorg, zoals die door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2012 is bepleit in het advies 'Regie aan de poort'. Het idee daarbij is dat multidisciplinaire basiszorgteams op wijkniveau met huisartsenzorg, verpleegkundige zorg en maatschappelijk werk de kern vormen. Deze basiszorgteams moeten burgers faciliteren om zelf hun problemen aan te pakken waar dit kan, en bieden integrale en gecoördineerde hulp in een vroeg stadium. Hiermee voorkomen zij een onnodig beroep op zware zorg, aldus de RVZ³.

We plaatsen overigens wel meteen enkele kanttekeningen⁴ bij het potentiële rendement van een op een vergelijkbare leest geschoeid preventief ingericht jeugdstelsel. Op de eerste plaats: preventie is kosteneffectief⁵, maar altijd op langere termijn. Op korte termijn mogen we dus niet te hoge verwachtingen aan deze preventieve aanpak koppelen. Een langjarige inspanning, structurele investeringen en veel aandacht voor implementatie zijn nodig om de potentiële resultaten te realiseren. De schattingen gaan van zes tot twintig jaar⁶. In Denemarken, dat een vergelijkbare transitie van de jeugdzorg doormaakte als Nederland nu ingaat, stegen de eerste jaren zowel de kosten als het aantal kinderen dat zorg nodig had. Na vijf jaar was er voor het eerst een omslag te zien naar meer preventie, meer lichte vormen van ondersteuning en minder uitgaven⁷. Een tweede kanttekening: het bereiken van resultaten op individueel en populatieniveau vereist een lange adem. Duurzaam preventief beleid – inclusief het werk van de preventieve jeugdgezondheidszorg – impliceert in sommige gevallen voortdurende ondersteuning ('stut en steun') van kinderen en ouders om effecten te behouden en terugval

1 Carneiro & Heckman, 2003; Hermanns c.s., 2005; Tremblay, 2006; Foster, 2007; Melhuish, 2011; Vink, 2012.

2 Melhuish (2011) in navolging van Barnett (2011).

3 'Regie aan de poort: de basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving', RVZ, 7 december 2012.

4 In navolging van Lilley (2007) en Van Yperen (2011).

5 OESO, 2009; WHO, 2008; World Bank, 2007.

6 Melhuish, 2011; Foster, 2007.

7 Vink, 2012.

te voorkomen¹. Op de derde plaats is het aantal beschikbare studies naar kosteneffectiviteit beperkt, zowel internationaal als in ons land. Dat heeft onder meer te maken met de complexiteit van dergelijke studies en met wetenschappelijke vraagstukken van meetbaarheid van de effecten van preventie. We moeten de generaliseerbaarheid van uitkomsten van studies op dit terrein daarom met een uiterst kritisch oog blijven beschouwen².

4.2 Preventie: kansen voor gemeenten

Ondanks de kanttekeningen in de vorige paragraaf, durven we de stelling aan dat de transitie van de zorg voor jeugd veel kansen biedt om de instroom in gespecialiseerde zorg te verminderen, juist door te investeren in preventieve hulp. Deze hulp is dichterbij, sneller, korter en efficiënter georganiseerd. Het voorbeeld van CJG4kracht laat dat goed zien: met vroege, generalistische hulpverlening thuis zijn veel gezinnen 'beter af', hetgeen bijdraagt aan de inperking van de toestroom naar de meer gespecialiseerde zorg. De jeugdgezondheidszorg kan een betekenisvolle rol vervullen om de problemen van jeugdigen en ouders/opvoeders te voorkomen, te verminderen of op zijn minst beheersbaar te houden. Deze stellingname baseren we op de volgende bevindingen:

1. Vroeg = beter

Voorboden van crimineel en agressief gedrag zijn (vaak) al op jonge leeftijd zichtbaar: thuis, op het consultatiebureau, op de peuterspeelzaal, op school. Begin de zorg voor jeugd daarom bij het begin: in het gezin met jonge kinderen. Problemen aanpakken als ze zich manifesteren is te laat en te duur. Door vroeg te investeren neemt de participatie van jongeren aan de maatschappij toe, terwijl overlast en criminaliteit afneemt.

Deze aanpak is overigens niet alleen succesvol waar het gaat om de preventie van opvoedproblemen, maar is ook kansrijk bij psychosomatische problemen (bijvoorbeeld overgewicht) waarbij lichamelijke gezondheidsproblemen hand in hand gaan met een ongezonde leefstijl en vaak ook met opvoedkundige en psychosociale problemen (grenzeloosheid, verslaving, gewoontevorming).

2. Eerder = goedkoper

Goed leren opvoeden met preventieve huisbezoeken is bewezen succesvol en geeft economische winst. Investeren in preventie van opvoedproblemen, psychosomatische en psychosociale problemen levert een veelvoud aan economisch-maatschappelijke baten op, zoals in deze publicatie met zes voorbeelden (VoorZorg, M@ZL, videohometraining, CJG4kracht, Triple P, Door Dik en Dun) is aangetoond. Het rendement van preventie voor individu en samenleving is onmiskenbaar: elke geïnvesteerde euro in de preventieve programma's waarvoor in dit document de kosten-batenanalyse is gepresenteerd, levert een rendement van tenminste 20 procent op. Niet altijd meteen, op de middellange of langere termijn zeker wel.

3. Duurzaam = effectiever

Op basis van het voorgaande hebben gemeenten voldoende redenen om bij de transitie van de zorg voor jeugd allereerst structureel en vasthoudend te investeren in de preventie van pedagogische en psychosociale problemen, om daarna in te zetten op effectieve gespecialiseerde zorg voor jeugd. Duurzaam, integraal en kosteneffectief jeugdbeleid investeert in de opbouw van goede preventie en verbindt deze met eerstelijnszorg én gespecialiseerde zorg. Soms al na één jaar investeren in preventie en vroegtijdige (lichte) zorg (vergelijk CJG4kracht), maar meestal na vier tot vijf jaar (vergelijk de transitie in Denemarken), begint de afname van de instroom naar de gespecialiseerde zorg voor jeugd zichtbaar te worden. Structurele vermindering van deze instroom vraagt een duurzaam beleid over minstens zes tot twintig jaar.

1 AOS, 2004; Heckman, 2003.

2 Uitermark, Gielen & Ham, 2012; Lynn, 2012.

4.3 De JGZ: vertrouwde partner voor ouders én gemeenten

Preventie kan niet zonder JGZ

De hierboven geschetste maatschappelijke opbrengsten zijn alleen te realiseren met de inzet van de JGZ. De jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en pedagogen van de JGZ genieten van oudsher het vertrouwen van opvoeders en kinderen. Samen met het onderwijs, de huisarts, de peuterspeelzalen en de kinderopvang is de JGZ in staat om op termijn de toestroom naar de gespecialiseerde jeugdzorg in te dammen. Niet alleen de genoemde programma's maar ook de functie van de JGZ (consultatiebureau) zelf en haar infrastructuur draagt hier aan bij. In duurzaam beleid treedt de JGZ op als uitvoerder van specifieke programma's of als toeleider, door kinderen en ouders heel gericht te verwijzen naar specialistische zorg. Ook ondersteunt de JGZ andere voorzieningen (zoals scholen en de kinderopvang) bij de uitvoering van programma's, bijvoorbeeld als het gaat om pesten in het kader van schoolgezondheidsbeleid of het pedagogisch beleid van de school of de kinderopvang.

Veel effectieve interventies beschikbaar

Voor bijna elk vraagstuk is wel een effectieve aanpak beschikbaar die de JGZ op het lokale gemeentelijke niveau kan uitvoeren. Een paar voorbeelden:

- Preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen : Triple P (JGZ 0- 16 jaar)
- Preventie van opvoedproblematiek en kindermishandeling: VoorZorg (JGZ tijdens zwangerschap en babyleeftijd).
- Vroege aanpak depressie en preventie hechtingsproblematiek: de Ouder-baby-interventie (JGZ in babyleeftijd).
- Preventie van hechtings- en opvoedproblematiek: Video-feedback Positive Parenting (JGZ in baby- en peuterleeftijd).
- Letselpreventie: Vallen ook 'n sport (JGZ in schoolleeftijd).
- Aanpak van pesten: PRIMA-methode (JGZ in schoolleeftijd).
- Stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling: Programma Alternatieve Denkstrategieën (JGZ in schoolleeftijd).
- Versterken van sociale vaardigheden en oplossingsgericht gedrag: Taakspel en Levensvaardigheden (JGZ in schoolleeftijd).
- Preventie en tijdige aanpak overgewicht: Door dik en dun (JGZ in schoolleeftijd).
- Drankmisbruik voorkomen: Preventie Alcoholgebruik Scholieren (JGZ in schoolleeftijd).
- Rookpreventie: Rookvrij opgroeien van 0-4 jaar (JGZ in babyleeftijd) en Actie Tegengif (puberleeftijd op school).
- Preventie ziekteverzuim op school: M@ZL (JGZ in vmbo-schoolleeftijd).

Een vertrouwde plek voor ouders en kind

Door het volgen van de ontwikkeling van elk kind ziet de JGZ heel goed wat er gebeurt met vrijwel alle kinderen. Die functie kan verder verbeterd worden door de inzet van bewezen effectieve instrumenten voor de signalering van specifieke problemen. Maar het is misschien nog wel belangrijker dat de JGZ voorziet in een behoefte bij ouders en opvoeders naar een luisterend oor, een steunende schouder of een bemoedigend woord. Het is niet zonder reden dat ouders de huisarts, de leerkracht en de jeugdarts en de jeugdverpleegkundige noemen als de professionals bij wie ze aankloppen met hun vragen en problemen rond opvoeden en opgroeien¹.

Bij degenen die ze vertrouwen, verwachten ouders een professionele, luisterende houding in een gelijkwaardige samenwerking met heldere en eenduidige adviezen op maat, die ouders in hun rol positief bekrachtigen en niet tot problematisering en registratie leidt².

Veel ouders hebben vragen of zijn onzeker over de opvoeding. Dat geldt voor alle fasen van de ontwikkeling van hun kind en met name in de overgangperiodes. De top 20 van meest gestelde vragen is voor bijna alle ouders dezelfde. De JGZ voorziet in een stevige en kwalitatief sterke basisvoorziening, die de basis vormt voor vroegtijdige preventieve hulp op een voor ouders vertrouwde en nabije plek.

1 Speetjens, 2009.

2 L'Hoir c.s.d., 2012; SCP, 2011.

Bijlage 1:

Werkwijze onderzoek

Om voor dit rapport de kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek te onderbouwen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Daarbij lag de nadruk op Nederlands onderzoek naar toepassingen van preventie in (of met medewerking van) de jeugdgezondheidszorg. De volgende databases zijn geraadpleegd: de Databank Jeugdinterventies, Databank Nederlands Onderzoek Jeugd en Opvoeding, Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden, GGD Kennisnet, Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, National Children Bureau UK, Consultative Group on Early Childhood Care and Development. Tevens is gebruik gemaakt van een eerdere search in het kader van de richtlijn opvoedingsondersteuning in Medline (Pubmed), de Cochrane Library, Embase, Psychinfo, Narcis, Picarta en CINAHL. De literatuursearch richtte zich op de periode 2001 tot en met 2012. De voorbeelden van kosteneffectieve aanpakken (interventie/programma/werkwijze) zijn geselecteerd op grond van beschikbaar Nederlands effectonderzoek en beschikbare resultaten en inzichten in de kosten en opbrengsten. Daarbij zijn we geïnspireerd door good practices uit het buitenland, die onder meer door de WHO en de OESO worden genoemd.

Werkwijze per interventie

Voor ieder van de voorbeelden is een maatschappelijke kosten-batenanalyse opgesteld, waarvan de uitkomsten en een korte duiding van de uitkomsten in deze publicatie opgenomen zijn. De analyses (met berekeningen) zijn opvraagbaar bij Paul Dam van Verdonck, Klooster & Associates (zie het colofon voor de contactgegevens). De maatschappelijke kosten-batenanalyses knopen aan bij bestaand effectonderzoek naar en evaluaties van de genoemde interventies, programma's en werkwijzen. Daarnaast zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Kosten en opbrengsten zijn gerelateerd aan invoering van het programma in geheel Nederland.
- Levensverwachting en kwaliteit van leven is in QALY's meegerekend à € 20.000 per gezond levensjaar.
- Alle genoemde bedragen zijn netto contante waarden in prijzen van 2012.
- Er is gerekend met een disconto van 5,5 procent op alle kosten en opbrengsten¹.

De volgende termen worden gehanteerd:

- opbrengst: totaal aan maatschappelijke baten;
- kosten: totale uitvoeringskosten voor het programma;
- resultaat: verschil tussen kosten en opbrengsten;
- rendement: resultaat uitgedrukt als percentage van de kosten.

De auteurs merken op dat systematische monitoring van resultaten, effecten, kosten en baten en kosteneffectiviteitsonderzoek in Nederland nog in de kinderschoenen staat.

Eerste concepten van deze tekst zijn van commentaar voorzien door Tom van Yperen, Annemiek van Woudenberg en Henk Dries. De begeleiding van deze publicatie was in handen van Inge Steinbuch en Jacqueline de Vries (ActiZ) en Guus Krähe en Trudi Peters (GGD Nederland).

¹ Zoals voorgeschreven door de minister van Financiën en medegedeeld aan de Tweede Kamer. Zie Kamerstukken II 2010/2011, 29 352, nr. 5.

Bijlage 2:

Geraadpleegde literatuur

- Allen, G. (2011). *Early intervention: smart investment, massive savings*. London: The Cabinet Office.
- Anda, R.F., Butchart, A., Felitti, V.J., Brown, D.W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal on Preventive Medicine*, jrg. 39, (1):93-8.
- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M. & Pennucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). *Evidenced-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Baal, P.H.M. van, c.s. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Bilthoven: RIVM.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., IJzendoorn, M.H. van, Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, Volume 129(2), p. 195-215.
- Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2006). *Individual and groupbased parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect*. Cochrane Collaboration.
- Barnett, W. S. (2011). Effectiveness of early educational intervention. *Science*, 333, 975-978.
- Berg, M. van den & Schoenmaker, C.G. (2010). *Effecten van preventie*. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 'Van gezond naar beter'. Bilthoven: RIVM.
- Blom, S. & Prinsen, B. (2012). *Ambulante hulp vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin. Methodiekbeschrijving CJG4kracht*. Apeldoorn: CJG Apeldoorn.
- Bot, S. (red.), Roos, S. de, e.a. (2013). *Terecht in de jeugdzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Card, D. (1999). *The Causal Effect of Schooling on Earnings*, in O. Ashenfelter en D. Card, red., *Handbook of Labor Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- Carneiro, P. & Heckman, J.J. (2003). *Human capital policy* (No. IZA DP No. 821). Bonn: Institute for the study of labor.
- CBS. (2010). *Arbeidsparticipatie ouderparen met minderjarige kinderen 2002-2009*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS. (2011a). *Jaarboek onderwijs in cijfers 2011*. Den Haag / Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS. (2011b). *Armoede signalement*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2012). *Landelijke Jeugdmonitor. Jaarrapport 2012*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Dalziel, K. & Segal, L. (2012). Home visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost-effectiveness of 33 programmes. *Archives of Disease in Childhood*, nr. 97 (9), p. 787-798.
- Dam, P. (2012). *Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: ActiZ.
- Databank Effectieve Jeugdinterventies. (2013). Utrecht: www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Doorten, I. en Rouw, R. (2006). *Opbrengsten van sociale investeringen*. Amsterdam / Den Haag: SWP / RMO.

- Hibell, B., Guttormsson, A., Ahlström, S. c.s. (2007). *The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Foster, E.M., Prinz, R., Sanders, M. & Shapiro, C.J. (2007). *The costs of a public health structure for delivering parenting and family support. Children and Youth Services Review*. Chapel Hill: University of South Carolina.
- Fukkink, R. (2007). *Video-feedback in breedbeeld-perspectief; een meta-analyse van de effecten van video-feedback in gezinsprogramma's*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut Universiteit van Amsterdam.
- Graaf, I. de, Onrust, S. & Speetjens, P. (2009). *De effectiviteit van Triple P*. Utrecht: Trimbos instituut.
- De Graaf, I. de, Onrust, S., Haverman, M. & Janssens, J. (2009). Helping families improve: an evaluation of two primary care approaches to parenting support in the Netherlands. *Infant and Child Development*, vol. 18, issue 6, p. 481 – 501.
- Graaf, I. de, Speetjens, P.A.M., Wolff, M.S. de, Smit, H.F.E. (2008). Effectiveness of the Positive Parenting Program Triple P on behaviour problems in children: meta-analysis of randomized trials. *Behavior Modification*, nr. 32, p. 714-735.
- Graaf, I. de, Speetjens, P.A.M., Wolff, M.S. de, Smit, H.F.E. (2008). Effectiveness of the Positive Parenting Program Triple P on parenting: a meta-analysis of randomized trials. *Family Relations*, jrg. 57 (5), p.553-566.
- Gravesteyn, C., Diekstra, R.F.W, Wilde, E.J. de, & Koren, E. (2004a). Effecten van 'Levensvaardigheden'. Een vaardigheidsprogramma voor adolescenten. In: *Kind en adolescent*, 25, 227-290.
- Gravesteyn, J.C. & Diekstra, R.F.W. (2004b). *Waardig en vaardig in het leven. Hoe jongeren sociaal en emotioneel uit te rusten voor de volwassenheid*. Lisse: Harcourt Assessment BV.
- Groot, I., Hoop, T. de et al. (2007). *De kosten van criminaliteit*. Amsterdam: SEO.
- Hartkamp, J.P. (2005). *Monitor voortijdig schoolverlaten Rotterdam 2005: 4e - metingschooljaar 2003/2004*. Amsterdam: Desan Research Solutions.
- Hendriks, D., Hofmeijer, I., Terstegge, F., Wezel, B. van (2013). *Door Dik en Dun*. Den Haag: Stichting Right Step.
- Hermans, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hermans, J. (2009). Het wraparound care model en de vraag naar nieuwe jeugdzorgprofessionals. In J. Gerris, & R. Engels, *Professionele kwaliteit in jeugdzorg en jeugdzorgonderzoek* (pp. 85-98). Assen: van Gorcum.
- Hermans, J & Sleetboom, I. (2007). *Lokaal Intensieve Pedagogische Thuishulp. Eindrapportage*. Gemeente Capelle aan den IJssel.
- Hermans, J. (2007). Wraparound care . *Jeugdbeleid*, jrg. 1, nr.3 (september).Hermans, J. (2007). Jeugdbeleid op locatie. *Jeugdbeleid*, jrg. 1, nr.3, p. 163-166.
- Hermans, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Hulp bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Julius Centrum.
- Hoeymans, N., Melse, J.M. & Schoemaker, C.G. (red., 2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- Ince, D. (2011). *Wat werkt in opvoedingsondersteuning?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Joachim, S., Sanders, M. & Turner, K. (2010). Reducing preschoolers' disruptive behavior in public with a brief parent discussion group. *Child Psychiatry & Human Development*, Volume 41, Issue 1, p. 47-60.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & IJzendoorn, M.H. van (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-274.
- Keulen, M. van (2012). *JGZ: een gigantisch effect voor een prikkie*. Lisse: AJN.
- Kitzman, H., Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr, et al. (1997) Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA*, 278(8):644-52.
- Kitzman, H.J., Olds, D.L., Cole, R.E. c.s. (2010). Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Children. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*,164(5), p. 412-418.

- Klein Velderman, M. (2005). *The Leiden VIPP and VIPP-R study. Evaluation of a short-term preventive attachment-based intervention in infancy*. Proefschrift Universiteit Leiden. Leiden: Mostert & Van Onderen.
- Kocken, P., Fekkes, M., Gravensteijn, J.C., Kuiper, R.M., Pannebakker, F.D., Peters, L.W.H. & Zwaag, E. van der (2011). *Eindverslag Evaluation of the Life Skills curriculum intended for Dutch secondary school students*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Krueger, A.B., en M. Lindahl (2001). *Education for growth: why and for whom?*, *Journal of Economic Literature*. Volume 29, issue 4, p. 1101 – 1136.
- L'Hoir, M., Prinsen, B. e.a. (2012). *Concept-richtlijn opvoedingsondersteuning*. Leiden/Utrecht: TNO / Nederlands Jeugdinstituut.
- Lijster-Van Kampen, G.P.A. de, Gomez-Tromp, M. & Kocken, P.L. (2010). *Evaluatie Door Dik en Dun*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Lilley, S. (2007). *Cost benefit analysis of interventions with parents: literature review*. London: Department for Children, Schools and Families.
- Lynn, K. (2012). Toward standardization of benefit-cost analysis of early childhood interventions. *Journal of Benefit-Cost Analysis*. Volume 3, Issue 1, p. 2152 – 2212.
- McGroder, S. & Hyra, A. (2009). *Developmental and Economic Effects of Parenting Programs for Expectant Parents and Parents of Preschool-age Children*. Washington: Partnership for America's Economic Success.
- Mejdoubi, J., Coeverden, S.C.C.M. van, Struijff, E., Crijnen, A., Leerdam, F.J.M. van & Hirasig, R.A. (2011). De VoorZorginterventie vermindert het roken bij hoogrisico zwangeren. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 89;3:48.
- Meerding, J.W. (2005). *De maatschappelijke kosten van kindermishandeling*. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum, afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg.
- Meerding, J.W. (2006). Primaire preventie van kindermishandeling. In: Doorten, I. en Rouw, R. *Opbrengsten van sociale investeringen*. Amsterdam / Den Haag: SWP / RMO.
- Melhuish, E. (2011) Preschool Matters. *Science*, vol. 333, p. 299-300.
- Melhuish, E., Belsky, J. & Barnes, J. (2010). Evaluation and value of Sure Start. *Archives of Disease in Childhood*, 95, 159-161.
- Mesman, J., Stolk, M.N., Zeijl, J. van, Alink, L.R.A., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M.J.(2008). Extending the video-feedback intervention to sensitive discipline: The early prevention of antisocial behavior. In F. Juffer, M.J. Bakermans-Kranenburg, & M.H. van IJzendoorn (Red.), *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ministerie van VWS. (2012). *Concept-jeugdwet*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS & Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2012). Voortgangsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS & Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2011). Stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nicholson, J.M. & Sanders, M.R. (1999). Randomized controlled trail of behavioral family intervention for the treatment of child behavior problems in stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage*, vol 30, 1-23.
- NIHCE. (2012). *Social and emotional wellbeing: early years*. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence 2012.
- NJi. (2012a). *Databank cijfers over jeugd en opvoeding*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- NJi. (2012b). *Databank effectieve interventies Jeugd*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Nores, M., & Barnett, S. (2010). Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young. *Economics of Education Review*, 29, 271-282.
- Nores, M., Belfield, C.R., Barnett, S. & Schweinhart, L. (2005). Updating the Economic Impacts of the High/Scope Perry Preschool Program. *Educational evaluation and policy analysis*, vol. 27, no. 3, p. 245-261.
- OECD (2009). *Doing Better for Children*. www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doing-better-for-children_9789264059344-en
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R. Jr., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*.1997;278(8):637-43.

- Olds, D., Hill, P.L., Mihalic, S.F. & O'Brien, R. (2001). *Nurse-Family Partnership*. Institute of Behavioral Science, Regents of University of Colorado.
- Olds, D.L., Kitzman, H.J., Cole, R.E., Hanks, C.A., c.s. (2010). Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Maternal Life Course and Government Spending. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, 164(5), p.419-424.
- Oreopoulos, P. (2003). *Do dropouts drop out too soon? International evidence from changes in school leaving laws*, NBER Working Paper 10155.
- Perez, C.M. & Widom, C.S. (1994). Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse and Neglect*, jrg. 18, nr.8, p.617-33.
- Posthumus, J.A. (2009). *Preventive effects and cost-effectiveness of the Incredible Years program for parents of pre-schoolers with aggressive behavior*. Utrecht: UMC Utrecht.
- Prinz, R. et al (2009). Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial. *Prevention Sciences*, DOI 10.1007/s11121-009-0123-3. Springer
- RVZ. (2012). *Regie aan de poort*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Sanders M.R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*; 22(4):506-17.
- Sanders, M.R., Dadds, C.M. & Turner, K.M.T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P- Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting research and practice monograph*, 1, 1-21.
- Schamhart, R & Colijn, J. (2012). *Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Schnabel, P., Boutellier, H., Engbersen, G., Yperen, T. van [et al.]. (2012) *Wat werkt nu werkelijk? Politiek en praktijk van sociale interventies*. Amsterdam: Van Gennep.
- Siraj-Blatchford, I. & Siraj-Blatchford, J. (2010). *Improving children's attainment through a better quality of family based support for early learning*. London: University of London, Institute of Education.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2011). *Jeugdzorg in groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van van de jeugdzorg*. Den Haag.
- SO&T. (2011). *Positief Opvoeden volgens Triple P - Resultaten van de implementatie in Amsterdam*. Amsterdam: SO&T.
- Speetjens, P., Linden, D. van der, & Goossens, F. (2009). *Kennis over opvoeden: de vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Sweet, M. & Appelbaum, M. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analysis review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, jrg. 75, nr. 5, p. 1435-1456.
- Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I. and Taggart, B., (Eds) (2010). *Early Childhood Matters: Evidence from the Effective Pre-school and Primary Education Project*. London: Routledge.
- Tremblay, R.E. (2006). Prevention of youth violence. Why not start at the beginning? *Journal of Abnormal Child Psychology*, jrg. 34, p. 481-487.
- Uitermark, J., Gielen, A.J. & Ham, M. (red.) (2012). *Wat werkt nu werkelijk? Politiek en praktijk van sociale interventies*. Amsterdam: Van Gennep.
- Verdurmen, T. e.a. (2011). *Jeugd en riskant gedrag; peilstation scholierenonderzoek*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Verhaar, K., Dijk, M. van & Westering, Y. van (2006). *Investeren in JONG*. Den Haag: SGBO.
- Verwey Jonker Instituut. (2012). *Kosten en baten van preventie en repressie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vink, C. (2012). *Verslag studiebezoek Denemarken. Transitie en transformatie jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- VNG (2011). *Factsheet Samenwerkingsverbanden Jeugd*. Den Haag: VNG
- Vollebergh, W. (2012). HBSC. Utrecht: rijksuniversiteit Utrecht.
- Vos, T. & Carter, D. (2012). *Cost-effectiveness of prevention in the general population*. Brisbane: University of Queensland / Deakin University.
- Welsh, B., Sullivan, C. & Olds, D. (2010). When early crime prevention goes to scale: A new look at the evidence. *Science*, Volume 11, Issue 2 , p. 115-125.

- WHO (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organisation
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
- Winter, M. de (red.) (2013), *Een stevig fundament. Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg*. Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ.
- WODC (2012). *Literatuurscan oorzaken geweld tegen kinderen en jongeren in afhankelijkheidsrelaties*. Den Haag: WODC.
- World Bank (2007). *Early child development: from measurement to action*. Washington DC: World Bank.
- Yperen, T. van (2013). Gemeenten moeten zich realiseren dat kiezen voor een goedkoop aanbod dat onvoldoende effectief blijkt te zijn, in feite duurkoop is. In: Bakker, K., Kooijman, H. & Prakken, J. *Om het kind. Visies op een ander jeugdstelsel*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van (2012). Do's and don'ts in de jeugdzorg. In: Uitermark, J.,c.s.- red.) *Wat werkt nu werkelijk? Politiek en praktijk van sociale interventies*, p. 66-84. Amsterdam: Van Gennep.
- Yperen, T.A. van & Woudenberg, A. van (2011). *Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van (2011). *Verbetering telt. Werken met prestatie-indicatoren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Zijden, Q. van der & Diephuis, K. (2011). *Handleiding gezinsplan, samenwerken volgens de principes van 1 gezin, 1 plan*. Hoogmade: Partners in jeugdbeleid.

Colofon

Auteurs

Paul Dam, Verdonck, Klooster & Associates
Bert Prinsen, de Opvoedzaak

Eindredactie

Marc van Bijsterveldt

Vormgeving

Cascade - visuele communicatie

Druk

Libertas

Publicatie in opdracht van ActiZ en GGD Nederland

Utrecht, juli 2013

© Verdonck, Klooster & Associates / de Opvoedzaak

Verdonck, Klooster & Associates

Postbus 7360
2701 AJ Zoetermeer
Baron de Coubertinlaan 1
2719 EN Zoetermeer
(079) 368 10 00
Info@vka.nl
www.vka.nl



VERDONCK
KLOOSTER &
ASSOCIATES

In opdracht van

actiz
organisatie van zorgondernemers

