

Inhoud

Radicalisering in de JGZ – hoe hiermee om te gaan?	1
Digitale ontwikkelingen en diversiteit – 7 vragen aan dr. Twitter	5
Het EUSUHM-Congres 2015 in Tallinn – een impressie	7
Literatuur bij <i>Diversiteit samenleving vraagt om bijzondere competenties van jeugdartsen</i> (pag.4 en 5 JA!35)	9
Achtergronden bij <i>Parent2Parent: ouders steunen elkaar</i> (pag.9 en 10 JA!35)	10
Achtergronden en literatuur bij <i>Rol JGZ in seksuele ontwikkeling jongeren met migrantenachtergrond</i> (pag.20-23 JA!35)	11
Literatuur bij <i>De ABCD-studie: onderzoek naar gezondheidsverschillen</i> (pag. 32-35 in JA!35)	14
Colofon	15

Radicalering in de JGZ – hoe hiermee om te gaan?

In JA!35 gaan Thea Driessen en Pam de Vos in op de vraag hoe jeugdartsen kunnen omgaan met culturele diversiteit. In dit artikel gaan ze dieper in op een aspect van diversiteit dat in onze samenleving gevoelig ligt: radicalisering. Enkele casussen hierover laten zien hoe moeizaam de hulpverlening hiermee omgaat. En net als bij andere vormen van diversiteit vereist de omgang met radicalisering een open houding.

Auteurs: Thea Driessen en Pam de Vos

Het aantal Jihadgangers vanuit Nederland stijgt nog steeds. Het percentage meiden en moeders met kinderen dat via Turkije de grens oversteekt naar IS-gebied groeit. Ouders van radicaliserende jongeren hebben onvoldoende kennis van de uitdagingen waarvoor pubers en adolescenten zich geplaatst

zien. Polarisatie¹ en radicalisering zijn in de Nederlandse samenleving hot items. Er is dan ook veel voorlichtingsmateriaal

¹ Het proces waarbij tegenstellingen tussen bevolkingsgroepen zodanig worden verscherpt dat deze tegenover elkaar komen te staan.

hierover voorhanden.² Hoe komt dat in het werk van de jeugdarts naar voren? Hier volgen enkele voorbeelden en diverse dilemma's.

Polarisatie en radicalisering zijn in de Nederlandse samenleving hot items

U ziet op het consultatiebureau een moeder zich steeds traditioneler islamitisch kleden. Nu vertelt haar buurvrouw dat het gezin plannen heeft om naar Syrië te vertrekken en vraagt of het CB dat kan voorkomen. Wat doet u?

Een ander voorbeeld: een middelbare school maakt zich zorgen dat een aantal leerlingen zich isoleert en radicaliseert en vraagt wat u als jeugdarts kunt betekenen.

Hoe om te gaan met radicalisering van jongeren die u in uw praktijk tegenkomt, of met geruchten en berichten over

² De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) onderhouden kennisdossiers over radicalisering, met daarin veel aandacht voor signalering en preventie. Het NJI heeft concrete antwoorden voor instellingen uit onderwijs, jeugdzorg en welzijn hoe om te gaan met radicalisering.

<http://www.vng.nl/onderwerpenindex/veiligheid/nieuws/aanpak-radicalisering-meld-u-aan-voor-online-netwerk>;

<http://www.vng.nl/onderwerpenindex/veiligheid/aanpak-radicalisering>;

<http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossiers/Radicalisering> en <http://www.nji.nl/nl/Publicaties/Polarisatie-en-radicalisering-bij-jongeren.html>. Bij vragen kan de jeugdarts advies inwinnen via de stafarts en/of de aandachtsfunctionaris kindermishandeling binnen de eigen organisatie, en via <http://medischcontact.artsennet.nl/Home.htm>.

zulke jongeren?³ Wat te doen met jongeren die zich aangetrokken voelen tot de 'zuivere' Islam zoals in de tijd van de Profeet Mohammed en die jongeren onder hen, die door IS naar Syrië worden gelokt?

De praktijk: moslima naar IS-gebied

Rondvraag in Nederland leert dat een aantal GGD'en in de Randstad weliswaar op de hoogte wordt gesteld van situaties waarin jongeren radicaliseren, maar nauwelijks inhoudelijk bij de casuïstiek betrokken wordt.⁴ Zo waren er verleden jaar signalen van drie radicaliserende pubermeisjes in de laatste twee leerjaren van een VMBO. Binnen enkele weken constateerden leerkrachten een opvallende gedragsverandering. Meiden die eerst open in contact waren, werden plotseling contact mijdend en droegen hoofddoek en lang gewaad. De school schakelde de wijkagent in en een wijkregisseur besprak de casus anoniem in het CJG-overleg. Via de wijkagent bleek dat de meisjes op Facebook contact onderhielden met een moslima in Syrië, die hen stimuleerde af te reizen naar IS-gebied. Vanuit het CJG werd hulpverlening ingeschakeld. De gesprekken met de betrokken families zouden goed verlopen. De privacy van de kinderen stond echter voorop, zo ook de goede naam

³ Bij radicalisering gaat het om extreem gedrag, waarbij een kleine groep probeert een bepaalde ideologie met gebruikmaking van geweld door te voeren. Die ideologie heeft nationalistische, racistische, politieke (van extreem links tot ultra rechts) en/of religieuze motieven als basis. In dit artikel wordt alleen gesproken over radicalisering bij moslimjongeren en/of bekeerlingen, die aangetrokken worden door het gedachtegoed van de Islamitische Staat (IS).

⁴ Een oproep op de Facebookpagina van de AJN-ABC-Raad leverde een handvol casussen op.

van de school en van de gemeente zelf. Hierdoor werd er niet open naar de reguliere hulpverleners gecommuniceerd.

Een half jaar later haalden dezelfde meiden alsnog het landelijke nieuws, door daadwerkelijk af te reizen naar Turkije. Doordat de ouders hen direct als vermist opgaven, beletten de Turkse autoriteiten hen de doorreis naar Syrië. Eenmaal terug in Nederland werd de Raad voor de Kinderbescherming ingeschakeld. Eén puber werd tijdelijk uit huis geplaatst, de overige twee kregen gezinsbegeleiding van Bureau Jeugdzorg. Illustratief in deze casus is het gebrek aan samenwerking binnen de hulpverleningsketen. Er vond in deze casus geen melding in de Verwijsindex Risicjongeren plaats. Bovendien was er geen sprake van coördinatie in de zorg of reguliere hulp aan het gezinssysteem.

Het belang van het kind prevaleert boven privacy-protocollen

Achteraf bepleit de betrokken jeugdarts het belang van goed doorvragen naar namen en feiten, een open communicatie, het consequent monitoren van de zorg en het naar zich toetrekken van de hulpverlening. De auteurs van dit artikel onderschrijven dat het belang van het kind prevaleert boven privacyprotocollen waarmee zorgprofessionals te maken hebben. In een andere, voor de betreffende jeugdarts anoniem gebleven casus, treedt de jeugdarts op als een tussenschakel, door een radicaliserende jongere via de zorgcoördinator door te verwijzen naar een deskundige recher-

cheur. Deze jeugdarts geeft aan geen behoefte aan bijscholing te hebben. Zij wil graag weten bij wie ze met dergelijke casuïstiek terecht kan.

Jongere met radicaal gedachtengoed

In een derde casus kent een jeugdverpleegkundige een jongen binnen het voortgezet onderwijs, die is afgereisd naar Syrië. In het dossier zag ze, dat ze een paar jaar geleden uitgebreid met hem had gesproken tijdens het reguliere contactmoment in het tweede leerjaar, ook over het geloof. Ze vond toen dat hij radicale ideeën had. Ook organiseerde hij tijdens de pauzes bijeenkomsten met andere islamitische jongens. Deze zorg deelde ze met de zorgcoördinator, die hem al goed in beeld had. De jaren daarna is hij in beeld gebleven, onder andere via het Zorg Advies Team. Dit heeft blijkbaar niet kunnen voorkomen dat hij is afgereisd.

Vader wil naar IS-gebied

Een laatste casus: een stafarts JGZ wordt gebeld door een gemeente ambtenaar. Deze had via het Openbaar Ministerie een signaal doorgekregen over een vader met mogelijke plannen om af te reizen naar Raqqa. In een regio-overstijgend veiligheidsoverleg tussen het OM en diverse andere partijen (er nam geen vertegenwoordiging van de GGD deel aan dit overleg) wordt gezocht naar mensen die een 'ingang' hebben in diens netwerk, met als doel vertrek uit Nederland te voorkomen. Drie minderjarige kinderen wonen bij de voormalige partner. Aan JGZ de vraag of er bijzonderheden bekend zijn over de ex-vrouw en kinderen.⁵ De jeugdarts van het gezin

⁵ In het kinddossier werd alleen de scheiding vermeld.

geeft aan door onbekendheid met dit soort vragen een aantal dilemma's te ervaren: misschien ervaart de moeder zelf zorgen, maar is het wel toegestaan om — in het kader van privacyoverwegingen jegens vader — het signaal openlijk te benoemen naar moeder en de kinderen toe? Stel de jeugdarts verspreekt zich over de opsporingsactiviteiten, die nog geheim moeten blijven? Hoe om te gaan met het verstrekken van informatie aan Justitie, wat in strijd is met het beroepsgeheim?

Uit de casussen blijkt, dat jeugdartsen verschillend denken over hoe te handelen bij polarisatie en radicalisering.

De jeugdarts moet de handen ineenslaan met ouders, school, de wijkwerker, geestelijk verzorger enzovoort.

De één prefereert het de hulpverlening naar zich toe te trekken, de ander is — uit onbekendheid met de materie — bang fouten te maken. Wat vooral duidelijk moge zijn, is dat signalen sneller moeten worden (h)erkend en serieus moeten worden genomen en dat privacyprotocollen niet als een belemmering ervaren hoeven te worden. Ook is duidelijk dat de jeugdarts de handen ineen moet slaan met ouders, school, de wijkwerker, geestelijk verzorger enzovoort. 'Naast een gezamenlijke pedagogische aanpak moet er besef zijn dat respect en ruimte voor de identiteitsvorming van de geradicaliseerde, méér vruchten oplevert dan een repressieve

aanpak. De jeugdarts kan advies inwinnen, via de stafarts en/of de aandachtsfunctionaris kindermishandeling binnen de eigen organisatie⁶. Voor meer kennis en informatie over hoe te handelen verwijzen we verder naar de dossiers over radicalisering van de VNG en de NJI.

Radicalisering niet onderkend

Op 30 april vond in Aristo Zalencentrum Eindhoven de landelijke studiedag 'Werken met niet-westerse jeugd en hun gezinnen' plaats. Onder de deelnemers bevonden zich GGD-medewerkers, welzijnswerkers en onderwijzend personeel. Cultuurmodellen van Geert Hofstede en de opvoedingsonderzoeken onder migrantengezinnen in Nederland aan de hand van Trees Pels werden aangehaald. Over radicalisering geen woord. Een congresgangster uit Lelystad vertelde in de wandelgangen dat er bij hen op het voortgezet onderwijs geen problemen zijn met radicalisering, maar dat er wel opvallend veel moslimmeiden worstelen met het geloof. 'Ze hebben niet eens door dat ze radicaliseren', verzuchtte een Marokkaanse geestelijk verzorgster uit Den Bosch in een één-op-ééngesprek met één van de auteurs. Preventie, spiegelen en confrontatie door de meest dichtbij professional zijn dan ook de sleutelwoorden om het ontluikende radicaliseringsproces een halt toe te roepen.

Over de auteurs

Thea Driessen is Arabist & Turkoloog, snaroloog@gmail.com; Pam de Vos is KNMG-arts, p.de.vos@ggdhvb.nl

⁶ Een derde mogelijkheid is <http://medischcontact.artsennet.nl/Home.htm>

Digitale ontwikkelingen in de JGZ en diversiteit -

7 vragen aan dr. Twitter

Auteurs: Els Jonker, John Luteijs

1. Welke globale ontwikkelingen verwacht je de komende vijf jaar die voor de JGZ van belang zijn?

E-Health zal een toename van de digitalisering en een bredere diversiteit van ons aanbod gaan betekenen. Dit betreft zowel contacten (online begeleiding, e-consult, opvoedingsondersteuning), als informatievoorziening en voorlichting. Ook zal door de toename van de digitalisering gezond gedrag bevorderd kunnen worden op basis van Big Data. De JGZ-



klant pakt meer de eigen verantwoordelijkheid voor diens gezondheid.

2. Kijkend naar de cliënten van de JGZ, welke groepen kunnen deze ontwikkelingen bijhouden en welke niet?

Praktisch zal iedereen die een mobieltje, tablet of pc kan bedienen er mee aan de slag kunnen. Het kunnen lezen is hetzelfde als bij folders. Dat kunnen bepaalde groepen anderstaligen, laaggeletterden en licht verstandelijk gehandicapten (lvg-

ers) niet. Voor dyslexie en autisme biedt de ict van e-health wel handige hulpmiddelen, bijvoorbeeld met spraak.

3. Jongeren zijn vaak sneller met het adopteren van nieuwe digitale ontwikkelingen dan ouderen/ouders. Wat gaat dat betekenen voor hen en voor de JGZ?

Er wordt regelmatig gedacht aan belemmerende grenzen en andere belevingswerelden bij de introductie van social media en gezondheids-ict. Het is echter eerder een kwestie van 'koudwater-vrees'. Zo ging het ook met de smartphone, slimme auto's en inmiddels ook met de smart-tv. Het komt er gewoon. Mensen ontdekken het, raken eraan gewend en gaan het gebruiken. De jeugd doet dat wat makkelijker en vlotter, ouderen zijn juist meer selectief. Die vragen zich veel meer af: wat heb ik er aan? En gaan daarom kritisch met de nieuwe mogelijkheden om.

4. Ik kan me ook voorstellen dat ouders/jongeren bepaalde digitale ontwikkelingen willen toepassen waar de JGZ nog niet op is voorbereid.

Uit contacten met cliënten- en patiëntenplatforms blijkt dat gebruikers en fabrikanten van e-health elkaar meestal goed kunnen vinden. De fabrikanten/leveranciers hebben de behoeften van

klanten dikwijls veel beter in het vizier dan we verwachten. Zij passen de producten daar interactief opaan. Het zijn vaak de zorg-/ hulpverleners die de boot afhouden. Dit komt, omdat ze niet bekend zijn met de e-healthmogelijkheden en omdat ze bang zijn voor problemen of om fouten te maken. Met andere woorden: de JGZ-klant is nogal eens een stuk verder dan de JGZ-er zelf. Dat vertraagt de implementatie van nieuwe ict-gereedschappen. Er is gelukkig een toenemend besef binnen onze beroepsgroep dat we hier echt iets mee moeten!

5. Sommige digitale ontwikkelingen worden alledaags. Toch zullen sommige groepen daarin niet mee (kunnen) gaan. Wat kan de jeugdarts/ de JGZ daar het beste mee omgaan?

Dat hadden wij altijd al, ook bij andere methoden en interventiegereedschappen. Die bieden we zorg op maat, waardoor de drempel om er mee aan de slag te gaan zo laag mogelijk wordt. En het mooie van de digitale ontwikkelingen op dit moment is dat je – met relatief eenvoudige middelen – maatwerk kunt leveren.

6. Wat kan de jeugdarts doen om de digitale ontwikkelingen bij te houden?

Je moet je er gewoon in verdiepen en aan de klant vragen wat haar/zijn wensen op dit gebied zijn. Vraag je af: Wat past bij ons werkveld en levert dat ook voordelen op? Hierover is veel meer

te lezen in mijn [blogs op de AJN-website!](#)

7. Wat wil je ons verder adviseren?

Ten eerste: We moeten als JGZ oppassen voor uberisation: (kleine) bedrijven die met informatietechnologie bestaande spelers op de markt inhalen. E-health maakt concurrerende verdienmodellen voor organisaties buiten de gezondheidszorg mogelijk. ICT verlaagt de bedrijfskosten aanzienlijk en je koopt de experts daar gewoon op in. De dokter van Apple en Google en het e-consultatiebureau van een slimme entrepreneur loeren op deze grote markt.

Ten tweede: Goedkope virtual reality scoort hoge ogen bij het positief beïnvloeden van gezond gedrag en het verhelpen van kleinere psychische en opvoedingsproblemen. Bijvoorbeeld een angststoornis kan binnen twee maanden verholpen zijn met een kartonnen VR-brilletje en app. Dus laten we als JGZ ook deze ontwikkelingen goed volgen en daar ons voordeel mee doen.

De bijdragen van Dr. Twitter zullen vanaf het volgende JA!-nummer niet meer als rubriek verschijnen. Wel blijft Ulco actief in de JA!-redactie en bovenal zult u zijn nieuwe bijdragen over e-health kunnen vinden op de [website](#) van de AJN.

Het EUSUHM-congres 2015 in Tallinn - een impressie

Auteur: Els Jonker - met dank aan Elisabeth van Unen, Willemien Boland, Eltjo Boon en Jeroen de Wilde voor hun reisverslagen en foto's!

Op 4 en 5 juni 2015 vond het achttiende tweejaarlijkse congres van de European Union of Student and University Medicine and Health plaats in Tallinn, Estland. Hét congres voor de Europese jeugdgezondheidszorg. Nederlands was goed vertegenwoordigd met jeugdartsen (veel AJN'ers) uit diverse regio's.

De JA! neemt u met deze collage mee (terug) naar de stad en het congres. Het volledige congres is terug te lezen op <http://eusuhm.mojbox.com/index.php/documents>. Een heel andere manier om terug te kijken of kennis te maken met het congres zijn de tekeningen waarmee het congres in beeld is gebracht, terug te zien is <https://www.facebook.com/joonmeedia> (posting van 7 juni).



Kinderkoor van Estse tv opent het congres

De Estse congresorganisatie had een gevarieerd programma samengesteld met aandacht voor inhoud én cultuur. Zo was er traditionele Estse muziek tijdens de ontvangstreceptie, opende



Tallinn, Hanzestad, cultureel erfgoed

het meisjeskoor van de Estse TV het congres, zette een jeugdige volksdansgroep en de band van de muziekschool van Tallinn het congresdiner luister bij en sloten drie jonge percussionisten het congres op de twee dag af.

Het thema 'Psychosociaal welbevinden van kinderen en jongeren, een gedeelde verantwoordelijkheid' kwam aan bod in plenaire lezingen, workshops en poster-presentaties. De Nederlandstalige jeugdgezondheidszorg gaf nadrukkelijk acte de presence: het augustusnummer van het *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* is geheel samengesteld met de abstracts van de Nederlandse en Vlaamse inbreng!

Het was een prachtig congres om mee te maken, om kennis te nemen van hoe jeugdgezondheidszorg elders georganiseerd is, om geïnspireerd te worden door verschillen en overeenkomsten, om internationale ervaring en contacten

op te doen. Tallinn gemist? Het eerstvolgende EUSUHM-congres vindt in 2017 in Leuven plaats met als centraal thema 'Research in youth health care'.



Tallinn-Oude Stad



Op stap met je collega's in Tallinn



Muurtekening tijdens het congres



EUSUHM-vicevoorzitter Henrique Sachse overhandigt de prijs voor de beste posterpresentatie aan Wike Lijs



De EUSUHM-taart ter afsluiting van het congresdiner

Literatuur bij

Diversiteit samenleving vraagt om bijzondere competenties van jeugdartsen

(pag.4 en 5 JA!35)

Literatuurlijst

1. Proefschrift Conny Seeleman: *Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in healthcare?* <http://dare.uva.nl/record/468191>.
2. Conny Seeleman, Jessie Hermans, Majda Lamkaddem, Jeanine Suurmond, Karien Stronks, Marie-Louise Essink-Bot. A students survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum. *BMC Medical Education* 2014, 14: 216
<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/216>
3. Emma Paternotte, Joanne PI Fokkema, Karsten A van Loon, Sandra van Dulmen, and Fedde Scheele. Cultural diversity: blind spot in medical curriculum documents, a document analysis
BMC Medical Education 2014, 14:176 doi:10.1186/1472-6920-14-176
4. Davis H, Melzer L. Working with parents in partnerships. In: *Early Support* 2007, 2-28
5. Trivette CM, Dunst DJ, Hambry DW. Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent-Child Interactions and Child Development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2010, 30 (1) 3-19
6. Légaré F et.al. Barriers and facilitators to implementing shared decision making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and counseling* 2008, 73, 526-535
7. Joseph-Williams , Elwyn G, Edwards A. Knowledge is nog power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitator to shared decision making. *Patient Education and Counseling*. 2010, 80, 94-99
8. Faber M, Harmsen M, Burg van der S, Weijden van der T. *Gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement*. IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare. 2013

Achtergronden bij *Parent2Parent: ouders steunen elkaar* (pag.9 en 10 JA!35)

Auteur Corine van Rijswijk is werkzaam bij BOSK.

De BOSK, vereniging van mensen met een lichamelijke handicap.

Bij de BOSK vinden ouders van een kind met een lichamelijke handicap (h)erkenning, informatie, ondersteuning en advies. De BOSK geeft betrouwbare en toegankelijke informatie over cerebrale parese, spina bifida, schisis en meer- of minder-voudig complexe handicaps, zowel medisch als praktisch. Van nieuwe therapieën tot handige hulpmiddelen. Op de website staat informatie waar ouders, maar ook professionals, veel aan hebben.

Via www.bosk.nl, de digitale nieuwsbrief en BOSK Magazine blijven ouders van kinderen met een lichamelijke handicap op de hoogte van alles wat er rond de handicap van hun kind speelt. Leden

kunnen elkaar ontmoeten tijdens de tweejaarlijkse familiedag en andere bijeenkomsten. De BOSK organiseert ieder jaar landelijke dagen die ook voor professionals interessant zijn: ontmoeting met de doelgroep, actuele ontwikkelingen, nieuwe behandelingen en onderzoek. De BOSK werkt intensief samen met verschillende onderzoeksprogramma's van revalidatiecentra en universiteiten. Op basis van de ervaringskennis die wij verzamelen is de BOSK de stem van veel mensen met een handicap. Met en voor hen spreekt de BOSK met beleidsmakers, zorgverleners, bedrijven en verzekeraars. Aanmelden kan via <https://www.bosk.nl/bosk/steunde-bosk/word-lid/>

Achtergronden en literatuur bij *Rol JGZ in seksuele ontwikkeling jongeren met migrantenachtergrond* (pag. 20-23 JA!35)

Belangrijke vindplaatsen informatie

[Rutgers, kenniscentrum seksualiteit](http://www.rutgers.nl) : www.rutgers.nl

[Seksuele gezondheid en gedrag | Rutgers](http://www.seksindepraktijk.nl/)

<http://www.seksindepraktijk.nl/>. Website van Rutgers, die zorgprofessionals versterkt in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. Met speciale aandacht voor JGZ.

Via Seksindepraktijk.nl zijn materialen en trainingen te bekijken in de webshop van Rutgers ([//shop.rutgers.nl](http://shop.rutgers.nl)).

Bijvoorbeeld:

- Brochure 'De seksuele ontwikkeling van kinderen (0-18 jaar) en wat ouders kunnen doen'
- Training 'Bespreekbaar maken van seksualiteit in allochtone groepen'
- Training 'Aan de slag met de richtlijn seksuele gezondheid 0-12 jaar'
- Training 'Aan de slag met de richtlijn seksuele gezondheid 12-19 jaar'

[Omgaan met verschillen – 9 tips](http://www.seksindepraktijk.nl/bespreken/seksualiteit-proactief-bespreken/omgaan-met-verschillen): www.seksindepraktijk.nl/bespreken/seksualiteit-proactief-bespreken/omgaan-met-verschillen

Lespakketten

- De lesbrieff Seksuele Diversiteit is te downloaden van de website Langlevedeliefde.nl.
- Welkom op School, mentormethode en lessen relaties en seksualiteit voor nieuwkomers. Te bestellen of te downloaden op www.pharos.nl [Docentenboek](#), [leerlingenboek](#). Ook via de [cloud](#) (OneDrive) te downloaden.

[Opgroeien met liefde. Handleiding voor het begeleiden van ouders bij de seksuele opvoeding](#)

[Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen](http://www.pharos.nl) www.pharos.nl

Informatie over het terugdringen van gezondheidsverschillen door de zorg beter te laten aansluiten op mensen met een lage SES of migratieachtergrond.

Op de website www.Pharos.nl vindt u materialen en trainingen zoals

- Training cultuursensitieve gespreksvoering in de JGZ
- Training op maat rond de thema's cultuursensitiviteit en beperkte gezondheidsvaardigheden
- Introductietraining Welkom Op School

Sites voor allochtone jongeren

www.sense.info

www.geentaboes.hababam.nl (Turkse jeugd)

www.geentaboes.marokkonl Marokkaanse jeugd)

www.loversex.kitatin.com (Antilliaanse jeugd)

Referenties

1. Richtlijn: JGZ-richtlijn Seksuele ontwikkeling:
<https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=2&rlpag=369>
2. Tuk, B. en Neef, de, M. (2015). Mentormethode en lessen relaties en seksualiteit voor nieuwkomers. Utrecht: Pharos.
3. Graaf de, H (2013). Van alle leeftijden. De seksuele levensloop van conceptie tot overlijden. Utrecht: RutgersWPF
4. Graaf, de, H. (2010). Parenting and adolescents' sexual health. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
5. Bussemaker, J. (2009). Beleidsbrief seksuele gezondheid .
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2009/11/27/seksuele-gezondheid>
6. Goenee, M. & Wijsen, C. (2015). Factsheet landelijke abortus Registratie 2013. Utrecht: Rutgers WPF
7. Picavet, C. & Vlucht, van der, I. (2014). Factsheet tienerzwangerschappen in Nederland. Utrecht: Rutgers WPF.
8. Goosen S, Uitenbroek D, Wijsen C, Stronks K. Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: analysis of national surveillance data. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63:528-33. In: A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees (2014)
9. Engelhart, D., Graaf, H., de, Poelman J., Tuk, B. (2007). Het is vies als twee jongens met elkaar vrijen. In: Engelhart, D (2007). *Meer kennis van feiten; vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos.
10. Broek van den, A., Kleijnen, E., Keuzenkamp S.(2010.) Voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid. In: Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten. *Verdiepingsstudie Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. PDF downloaden: <http://goo.gl/u3OoQ4>

11. Neef, de, M., Dijk, van, L. (2010). 'Het is anders gelopen dan we allebei voor ogen hadden. Ik heb twee keer seks met 'm gehad en twee keer was 't ook raak, was ik zwanger'. *Achtergronden van inadequaate anticonceptiegebruik bij jongeren*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
12. Vanwesenbeeck, I., Zessen, van, G., Ingham, R., Jaramazovic, E., & Stevens, D. (1999). Factors and processes in heterosexual competence and risk: an integrated review of the evidence. *Psychology and Health*, 14, 25-50.
13. Cense, M. (2012) Andere cultuur, andere grens? Jongeren en seksueel grensoverschrijdend gedrag. In: *Kind & Adolescent*. (Jaargang 33(2012, nr. 4; pagina 264-27.
14. Blom, C. Vlucht, van der, I., Neef, de, M. *Handreiking Gezonde Gemeente - Seksuele Gezondheid*. (zie www.loketgezondleven.nl)
15. Graaf, de, Kruijer, H., Acker, van, J. *Seks onder je 25^{ste}. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*
16. Ohlrichs, Y., Hoek, vanden, K. (2014). Seks is sociaal gedrag. In Leusink, P., Ramakers, M. (2014). *Seksuele Gezondheid. Probleem-georiënteerd denken en handelen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
17. Neef, de, M. , Haastrecht, P. (2009). *Is jouw project 100% genderproof? Checklist voor ontwikkelaars en uitvoerders van seksuele gezondheidsprojecten*. Utrecht, Rutgers Nisso Groep.
18. Wolffers I., Kwaak, van der, A., Beelen, van N. Redactie (2013). *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg*. Baarn: Uitgeverij Coutinho.
19. Okur, P, Van der Knaap, L.M & Bogaerts, S. (2015). Ethnic differences in help-seeking behavior following child sexual abuse: A multi-method design. *Culture, Health & Sexuality* (in press).
20. Leusink, P., Ramakers M., redactie (2014). *Seksuele gezondheid. Probleem-georiënteerd denken en handelen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
21. Lee, L., Mouthaan, M. (2007). Ouders en de seksuele opvoeding van kinderen. Marokkaanse en Turkse moeders aan het woord. In: *Tijdschrift voor Seksuologie* 2007; 31: 3-10.

Literatuur bij

De ABCD-studie: onderzoek naar gezondheidsverschillen

(pag. 32-35 in JA!35)

Literatuur

1. Sevil M. Een (on)gezond leven, t'is maar net waar je wieg staat. *Algemeen Dagblad*. 3 januari 2015. Pagina 21.
2. Van der Wal MF, Uitenbroek DG, van Buuren S. Geboortegewicht van Amsterdamse kinderen naar etnische afkomst [Birth weights of Amsterdam born children according to ethnic origin]. *TSG* 2000;78:15-20.
3. Van Eijsden M, Vrijkotte TG, Gemke RJ, van der Wal MF (2011). Cohort profile: the Amsterdam Born Children and their Development (ABCD) study. *International journal of epidemiology*. 40 (5):1176-1186.
4. Van Eijsden M, van der Wal MF, Bonsel GJ. (2006). Folic acid knowledge and use in a multi-ethnic pregnancy cohort: the role of language proficiency. *BJOG*. 113:1446-1451.
5. De Hoog MLA, van Eijsden M, Stronks K, Gemke RJB, Vrijkotte TGM (2011). *British Journal of Nutrition*. 106(10):1592-601.
6. Van Eijsden M, Meijers CM, Jansen JE, de Kroon ML, Vrijkotte TG. (2015). Cultural variation in early feeding pattern and maternal perceptions of infant growth. *Br J Nutr*. Jul 13:1-8.
7. De Hoog MLA, van Eijsden M, Stronks K, Gemke RJB, Vrijkotte TGM (2011). Overweight at age two years in a multi-ethnic cohort (ABCD study): the role of prenatal factors, birth outcomes and postnatal factors. *BMC Public Health*. 11:611.
8. De Hoog MLA, Stronks K, van Eijsden M, Gemke RJB, Vrijkotte TGM (2012). Ethnic differences in maternal underestimation of offspring's weight: the ABCD study. *International Journal of Obesity*. 36(1):53-60.
9. De Hoog MLA, van Eijsden M, Stronks K, Gemke RJB, Vrijkotte TGM (2012). Ethnic differences in cardiometabolic risk profile at age 5-6 years: the ABCD study. *PLoS ONE*. 7(8):e43667.

10. Van den Berg G, van Eijsden M, Vrijkotte TGM, Gemke RBJ (2012). Educational inequalities in perinatal outcomes; the mediating effect of smoking and environmental tobacco exposure. *PLoS ONE*. 7(5):e37002.
11. Van der Berg G, van Eijsden M, Galindo-Garre F, Vrijkotte TGM, Gemke RBJ (2013). Smoking overrules many other risk factors for small for gestational age birth in less educated mothers. *Early Human Development*. 89: 497-501.
12. Van der Berg G, van Eijsden M, Galindo-Garre F, Vrijkotte TGM, Gemke RBJ (2013). Low maternal education is associated with increased growth velocity in the first year of life and in early childhood. *European Journal of Pediatrics*. June 22.
13. Van der Berg G, van Eijsden M, Galindo-Garre F, Vrijkotte TGM, Gemke RBJ (2013). Is maternal educational level associated with carbohydrate and fibre intake in 5-6-year-old children? Hoofdstuk 9 in Proefschrift: *Socioeconomic inequalities in cardiovascular risk factors in young children*.
14. Hrudey EJ, Kunst AE, Stronks K, Vrijkotte TGM (2015). Do neighbourhood characteristics in Amsterdam influence adiposity in preschool age? *International journal of environmental research and public health*. 12:5561-5580.
15. Van der Berg G van Eijsden M, Galindo-Garre F, Vrijkotte TGM, Gemke RBJ (2013). Socioeconomic inequalities in body composition at age 5-6 explained by pre- and postnatal factors. Hoofdstuk 6 in Proefschrift: *Socioeconomic inequalities in cardiovascular risk factors in young children*.

Colofon

De JA!-Plus is de digitale bijlage bij de JA!
Deze JA!-Plus hoort bij de JA!35, najaar 2015

KERNREDACTIE: Wike Lijs (voorzitter), Els Jonker (hoofdredacteur), Rianne Paalman (secretaris)

REDACTIERAAD: Sigrid Hendriks, Jorien Kuijk, Ulco Schuurmans (Dr. Twitter), Elle Struijf.

ONDERSTEUNING: LuteijsCommunicatie

SECRETARIAAT JA!: ja@artsenijgz.nl