



# Middelbare scholieren met verhoogd ziekteverzuim en depressieve klachten op het spreekuur bij de jeugdarts

A. Donders-Verhagen · E. de Boer · Y. T. M. Vanneste

Published online: 14 april 2021

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2021

**Samenvatting** *Inleiding:* Geïndiceerde preventie bij leerlingen met depressieve klachten kan depressie en suïcidaliteit voorkomen. Onderzocht werd hoe vaak depressieve klachten voorkomen bij jongeren met verhoogd ziekteverzuim op het voortgezet onderwijs en of er een verband is met leeftijd, sekse of onderwijsniveau. De resultaten werden vergeleken met een normpopulatie van Nederlandse jongeren van dezelfde leeftijd.

*Methode:* Beschrijvend onderzoek onder jongeren in de regio GGD Hart voor Brabant die in de periode van 1 april 2019 tot 1 april 2020 een eerste ziekteverzuimgesprek bij de jeugdarts hadden. Depressieve klachten werden gemeten met de CDI-2 (Children's Depression Inventory, versie 2).

*Resultaten:* In de onderzoekspopulatie ( $n=186$ ) werd bij 33,9% van de leerlingen een verhoogde score op de CDI-2 gevonden (jongens 17,1%; meisjes 44,0%). Er was een significante samenhang tussen CDI-2-score en leeftijd: hoe hoger de leeftijd van jongens en meisjes, des te vaker een verhoogde CDI-2-score. Bij meisjes gold ook hoe hoger het onderwijsniveau, des te vaker een verhoogde score op de CDI-2. Meisjes (13 tot 16 jaar) hadden significant vaker een verhoogde CDI-2-score dan meisjes uit de normpopulatie (40,7% versus 20,0%). Bij jongens van 13 tot 16 jaar werd geen significant verschil gevonden ten opzichte van de normpopulatie (15,3% versus 10,0%).

*Conclusie:* Jongeren met een verhoogd ziekteverzuim hebben meer dan gemiddeld depressieve klachten. Het is aan te bevelen om op het ziekteverzuimspreekuur de CDI-2 laagdrempelig in te zetten. Hierdoor kan

betere vroegsignalering plaatsvinden, wat de ontwikkeling van een depressie en suïcidaliteit mogelijk kan voorkomen.

**Trefwoorden** jongeren · ziekteverzuim · depressieve klachten · CDI-2 · jeugdgezondheidszorg

## Inleiding

In de media wordt de laatste jaren veel gesproken over een toename van depressieve klachten en suïcidaliteit bij jongeren. Jongeren lijken meer dan vroeger te maken te hebben met stress en moeite te hebben met de vele prikkels in de omgeving. Maar zijn ze daadwerkelijk somberder en zelfs 'depressief'? Nog steeds beoordeelt 80% van de leerlingen op het voortgezet onderwijs (vo) zijn of haar gezondheid als goed tot uitstekend [1].

Er is een gebrek aan gegevens over de prevalentie van depressieve klachten onder jongeren in Nederland. De Richtlijn Depressie van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) uit 2016 presenteert prevalentiecijfers voor depressieve klachten: onder de 13 jaar 2,8% en voor 13- tot 18-jarigen 5,6% (5,9% voor meisjes en 4,6% voor jongens) [2]. Deze cijfers komen voort uit 26 onderzoeken waarbij ten minste een semigestructureerd psychiatrisch interview was afgenomen. Als jongeren een zelfrapportage lijst invullen is de prevalentie van depressieve klachten hoger, namelijk 20–50% [3]. Wat betreft suïcidaliteit zijn de cijfers harder. De afgelopen tien jaar is er in Nederland sprake van een stijging van het aantal zelfdodingen onder de jeugd (10 tot 25 jaar): in 2009 ging het om 108 gevallen, in 2019 om 159 [4].

De JGZ heeft als taak om door middel van vroegsignalering de ontwikkeling van een depressie, het zogenaamde *growing into deficit*, te helpen doorbreken [5]. Depressieve klachten op jonge leeftijd zijn een ri-

A. Donders-Verhagen (✉) · E. de Boer  
GGD Hart voor Brabant, 's-Hertogenbosch, Nederland  
a.donders@ggdhvb.nl

Dr. Y. T. M. Vanneste  
NCJ, Utrecht, Nederland



sicofactor voor de ontwikkeling van een depressie en suïcidaliteit. Het doorbreken van deze ontwikkeling levert gezondheidswinst op voor de jeugdige zelf en voor de maatschappij [6].

Scholen in de regio Hart voor Brabant signaleren en verwijzen ziekgemelde leerlingen conform een ziekteverzuimprotocol door naar de jeugdarts [7, 8]. Ziekteverzuim op het vo kan worden gezien als een signaal van onwelbevinden, en depressieve klachten kunnen daar een onderdeel van zijn [9]. Daarom wordt in gesprekken met de jeugdarts conform de richtlijnen van de JGZ aandacht besteed aan de signalering van depressieve klachten [2, 10, 11]. Deze richtlijn adviseert om instrumenten te gebruiken voor de opsporing van psychosociale problemen in het algemeen (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ; Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten, KIVPA) en voor depressieve klachten in het bijzonder (Children's Depression Inventory, CDI-2; Centre of Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D). Het advies is deze instrumenten op indicatie in te zetten bij leerlingen met ziekteverzuim.

De CDI-2 is een zelfrapportagelijst voor kinderen van 8 tot 21 jaar en stelt vast of er sprake is van een depressieve stemming en wat de ernst hiervan is. Na signalering kan verwijzing naar de jeugdzorg of geestelijke gezondheidszorg (ggz) plaatsvinden. Ook kunnen preventieprogramma's als 'Grip op je Dip' gericht ingezet worden om depressieve gevoelens te verminderen (deelnemers van de online groepsbijeenkomsten 'Grip op je Dip' laten na zeven bijeenkomsten een significante daling in scores op de CES-D zien) [12].

Onderzocht werd of leerlingen die conform een ziekteverzuimprotocol door de jeugdarts worden gezien, terecht kunnen worden beschouwd als een risicogroep voor depressieve klachten. De vraagstelling was: hoe vaak komen depressieve klachten, gemeten met de CDI-2, voor bij leerlingen op het voorgezet onderwijs die vanwege verhoogd ziekteverzuim op een eerste ziekteverzuimgesprek bij de jeugdarts komen? En is er een verband tussen het wel/niet hebben van een verhoogde score op de CDI-2 (hoogscorder zijn) en leeftijd, sekse of onderwijsniveau? Verschillen de percentages hoogscorders in de onderzoeksgroep van die in de normpopulatie, die bestaat uit een steekproef van alle jongeren van 13 tot 16 jaar in Nederland [13]?

## Methode

### Opzet

Dit onderzoek is een beschrijvend kwantitatief onderzoek. Het meet de score op de CDI-2 van leerlingen met een verhoogd ziekteverzuim op het vo die voor een eerste gesprek op het ziekteverzuimspreekuur van

de jeugdarts komen, en vergelijkt de resultaten met die van de normpopulatie van dezelfde leeftijd [13].

### Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit leerlingen uit de regio's 's-Hertogenbosch, de Meierij en Brabant Noordoost (Oss en Uden/Veghel) die in de periode van 1 april 2019 tot 1 april 2020 voor een eerste ziekteverzuimgesprek bij het ziekteverzuimspreekuur van de jeugdarts verschenen. De gebruikte criteria voor het aanmelden voor een ziekteverzuimgesprek bij de jeugdarts voor leerlingen op het vo in de regio's 's-Hertogenbosch en de Meierij waren afkomstig uit het Ziekteverzuimprotocol Samenwerkingsverband vo de Meierij (in een periode van twee maanden ten minste driemaal één dag ziek gemeld, onduidelijk ziekteverzuim van meer dan tien schooldagen achtereen, in een periode van één maand meer dan vier dagen ziek gemeld, of opvallend ziekteverzuim bij specifieke vakken of anderszins [7]) en voor de regio Brabant Noordoost uit het Draaiboek 'Schoolwege- raars/thuiszitters' (drie keer in drie maanden afwezig na ziekmelding, ziekteverzuim van acht schooldagen of meer aaneengesloten en opvallend verzuim anderszins [8]). Beide ziekteverzuimprotocollen zijn gebaseerd op de methodiek M@ZL (Medische Advise- ring van de Ziekgemelde Leerling) [9].

### Procedure

Bij elke leerling die op het ziekteverzuimspreekuur verscheen werd ten behoeve van dit onderzoek de CDI-2 afgenomen, ongeacht het vermoeden van het wel of niet aanwezig zijn van depressieve klachten. Dit kon voorafgaand in de wachtkamer gebeuren of als onderdeel van het consult. Een verhoogde score of een positief antwoord op vraag 8 (het antwoord 'ja' op de vraag 'Ik wil een eind aan mijn leven maken') werd vervolgens tijdens het consult direct beoordeeld en besproken. Bij suïcidaal gedrag werd gehandeld conform de Multidisciplinaire Richtlijn Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag en zo nodig direct doorverwezen [14]. Was de score niet verhoogd en was er geen positief antwoord op vraag 8, dan volgde het reguliere ziekteverzuimgesprek, waarin aandacht is voor alle aspecten die de gezondheid en schoolgang beïnvloeden. De totaalscore werd genoteerd onder het kopje CDI-2, dat standaard ingevoerd is in het contactmoment 'Intake ziekteverzuimgesprek VO' in het elektronisch kinddossier.

### Dataverzameling

Door middel van een geanonimiseerd data-extractieformulier werden de sociaal-demografische gegevens en de totaalscores van de CDI-2 uit het JGZ-dossier gehaald. De sociaal-demografische gegevens betroffen leeftijd, sekse en onderwijsniveau. De CDI-2 bestaat

uit 28 items met een driepuntenschaal, wat een minimale score van 0 en een maximale van 56 oplevert [13]. Vanaf een score van 14 wordt gesproken over hoogscoorder en depressieve klachten. De validiteit van de CDI-2 is uitgebreid onderzocht [13]. Ook de interne consistentie (Cronbach's alfa) van de CDI-2-zelfrapportagelijst voor de algemene Nederlands populatie, opgedeeld naar sekse en leeftijdscategorie, is onderzocht [13]. Voor de totaalscore is deze 0,88. De test-hertestbetrouwbaarheid is 0,60 tussen zes tot twintig weken na de eerste afname. Convergent correleert de CDI-2 met de subschalen van de Youth Self Report (YSR), die ook depressiegerelateerde symptomen meet, en hangt de CDI-2 sterk samen met scores op de Suïcide Risico Taxatielijst (SRT). Tevens komt uit een covariantieanalyse (ANCOVA) naar voren dat jongeren die aan de criteria van een depressieve stoornis voldoen een significant hogere score op de CDI-2 hadden dan jongeren zonder deze diagnose.

### Data-analyse

Ten eerste is er een beschrijving gemaakt van de onderzoeksgroep. De percentages hoogscoorders (score 14 of hoger) per sekse, leeftijdscategorie en onderwijsniveau werden vergeleken en getoetst met een chi-kwadraattoets. Vervolgens werden de resultaten vergeleken met de normpopulatie, dat wil zeggen met de referentiewaarden voor de CDI-2 bij Nederlandse jongeren in dezelfde leeftijdscategorie, zoals beschreven in de handleiding van de CDI-2 [13]. Omdat de normpopulatie uit 13- tot 16-jarigen bestaat werden daarvoor percentages hoogscoorders berekend voor de 13- tot 16-jarigen in de onderzoeksgroep. Deze werden apart voor jongens en meisjes vergeleken en getoetst met de normpopulatie.

De data zijn geanalyseerd met SPSS, versie 24.

### Ethische aspecten

Het onderzoek is onder het dossiernummer 2018-4990 beoordeeld door de METC als niet WMO-plichtig. Bij jongeren onder de leeftijd van 16 jaar werd aan zowel de jongere als de ouder toestemming gevraagd voor gebruik van de geanonimiseerde gegevens ten behoeve van onderzoek. Bij jongeren van 16 jaar en ouder werd dit aan de jongere zelf gevraagd. Met betrekking tot het gebruik van data en anonimisering is geheel conform de gedragscode gezondheidsonderzoek gewerkt [15].

### Resultaten

In totaal bezochten tijdens de onderzoeksperiode 688 leerlingen het ziekteverzuimspreekuur voor een eerste gesprek met de jeugdarts. Bij 186 leerlingen (27%) werd toestemming verkregen om de CDI-2 af te nemen en de gegevens voor onderzoek te gebruiken. Bij 501 leerlingen werd geen CDI-2 afgenomen en niets

gevraagd. Slechts één leerling gaf aan de CDI-2 liever niet in te vullen.

De onderzoekspopulatie van 186 leerlingen bestond uit 70 jongens en 116 meisjes. De jongens waren gemiddeld 15,1 jaar oud (sd 1,57), de meisjes 15,5 jaar (sd 1,62). De leerlingen waren gelijkmatig verdeeld over de onderwijsniveaus (praktijkonderwijs-voortgezet middelbaar beroepsonderwijs (vmbo) tegenover vmbo-t/hoger algemeen voortgezet onderwijs (havo) en havo/voortgezet wetenschappelijk onderwijs (vwo)).

### Scores op de CDI-2

Bij 63 van de 186 leerlingen (33,9%) werd een verhoogde score ( $\geq 14$ ) op de CDI-2 gevonden (zie tab. 1). Dit betrof 12 jongens (17,1%) en 51 meisjes (44,0%) ( $p < 0,001$ ). Bij de oudere leeftijdsgroep (17 jaar en ouder) is sprake van een significant hoger percentage hoogscoorders: 54,8% tegenover 25,9% bij de 12- tot 14-jarigen ( $p < 0,05$ ). Tussen de onderwijsniveaus is geen significant verschil te zien. Als dit apart voor jongens en meisjes bekeken wordt, is echter te zien dat meisjes op vmbo-t/havo/vwo significant vaker hoogscoorder zijn (54%), dan meisjes op praktijkonderwijs en vmbo (32%) ( $p < 0,05$ ).

### Vergelijking met de normpopulatie (13 tot 16 jaar)

Het percentage hoogscoorders op de CDI-2 bij (alleen) de groep 13- tot 16-jarige jongens in de onderzoekspopulatie (15,3%; 95%-BI: 6,1–24,5) verschilde niet significant van dat in de normpopulatie van 13- tot 16-jarige jongens (10,0%; 95%-BI: 4,5–15,5). Bij (alleen) de groep 13- tot 16-jarige meisjes waren er wel significant meer hoogscoorders (40,7%; 95%-BI: 30,3–51,1) vergeleken met de normpopulatie (20,0%; 95%-BI: 16,6–23,4) (zie tab. 2).

### Beschouwing

Onderzocht werd of leerlingen op het vo die vanwege verhoogd ziekteverzuim voor een eerste gesprek door de jeugdarts werden gezien, terecht kunnen worden beschouwd als een risicogroep voor het hebben van depressieve klachten. Depressieve klachten werden gemeten met de CDI-2. In de onderzoeksperiode werd de CDI-2 bij 186 leerlingen afgenomen tijdens het eerste ziekteverzuimgesprek bij de jeugdarts. Bij deze leerlingen bleek in 33,9% van de gevallen sprake van depressieve klachten. Hoe hoger de leeftijd van jongens en meisjes en hoe hoger het onderwijsniveau van meisjes, des te vaker een verhoogde CDI-2-score. Meisjes van 13 tot 16 jaar hadden twee keer zo vaak een verhoogde CDI-2-score als meisjes van dezelfde leeftijd in de normpopulatie (40,7% versus 20,0%); voor jongens werd geen verschil gevonden.

Er zaten meer meisjes dan jongens in de onderzoeksgroep. Dit kan erop duiden dat meer meisjes

**Tabel 1** Frequentieverdeling van scores op de CDI-2 naar sekse, leeftijd en onderwijsniveau, bij middelbare scholieren ( $n=168$ , 12–21 jaar) die gedurende een kalenderjaar door de jeugdarts gezien zijn voor een eerste ziekteverzuimgesprek

| kenmerk                      | CDI-score < 14<br>$n=123$ |       | CDI-score $\geq 14$<br>$n=63$ |       | $p$ -waarde      |
|------------------------------|---------------------------|-------|-------------------------------|-------|------------------|
| sekses                       |                           |       |                               |       |                  |
| jongens                      | 58                        | 82,9% | 12                            | 17,1% | < 0,001          |
| meisjes                      | 65                        | 56,0% | 51                            | 44,0% |                  |
| leeftijd                     |                           |       |                               |       |                  |
| 12–14 jaar                   | 60                        | 74,1% | 21                            | 25,9% | < 0,05           |
| 15–16 jaar                   | 49                        | 66,2% | 25                            | 33,8% |                  |
| 17 jaar en ouder             | 14                        | 45,2% | 17                            | 54,8% |                  |
| onderwijsniveau <sup>a</sup> |                           |       |                               |       |                  |
| praktijkonderwijs en vmbo    | 58                        | 70,7% | 24                            | 29,3% | niet significant |
| vmbo-t/havo/vwo              | 48                        | 60,8% | 31                            | 39,2% |                  |
| jongens:                     |                           |       |                               |       |                  |
| praktijkonderwijs en vmbo    | 24                        | 75,0% | 8                             | 25,0% | niet significant |
| vmbo-t/havo/vwo              | 25                        | 85,7% | 4                             | 13,8% |                  |
| meisjes:                     |                           |       |                               |       |                  |
| praktijkonderwijs en vmbo    | 34                        | 68,0% | 16                            | 32,0% | < 0,05           |
| vmbo-t/havo/vwo              | 23                        | 46,0% | 27                            | 54,0% |                  |

<sup>a</sup> Het totaal telt op tot 161 in plaats van 168 vanwege 7 foutief geregistreerde onderwijsniveaus. Die waren in het JGZ-dossier nog gekoppeld aan een basisschool.

**Tabel 2** Percentage hoogscoorders (CDI-2  $\geq 14$ ) bij de 13- tot 16-jarigen in de onderzoekspopulatie en de 13- tot 16-jarigen in de normpopulatie met 95%-betrouwbaarheidsinterval

|         | onderzoekspopulatie<br>(13–16 jaar) |              | normpopulatie (13–16 jaar) |              |
|---------|-------------------------------------|--------------|----------------------------|--------------|
|         | %                                   | 95%-BI       | %                          | 95%-BI       |
| jongens | 15,3%                               | (6,1–24,5%)  | 10,0%                      | (4,5–15,5%)  |
| meisjes | 40,7%                               | (30,3–51,1%) | 20,0%                      | (16,6–23,4%) |

dan jongens verhoogd ziekteverzuim hebben, wat ook professionals in de praktijk ervaren. Uit onderzoek blijkt dat de symptomatologie en de presentatie van depressieve klachten bij jongens in de leeftijdscategorie die hier onderzocht is, anders zijn [16]. Jongens komen vaker met klachten als anhedonie en somberheid, en vermoeidheid in de ochtend [17]. Dit zal mogelijk eerder leiden tot te laat komen of spijbelen (ongeoorloofd schoolverzuim), dan tot ziekteverzuim (geoorloofd schoolverzuim). Theoretisch gezien zouden jongens met depressieve klachten zich dus vaker in een andere groep bevinden, namelijk jongeren met ongeoorloofd schoolverzuim.

### Jongens en meisjes

Significant meer meisjes dan jongens blijken hoog te scoren op de CDI-2. Het is bekend vanuit de normtabelle dat jongens in het algemeen lager op de CDI-2

scoren dan meisjes [13]. De handleiding van de CDI-2 suggereert ook dat het wellicht beter is om voor jongens een andere, lagere afkapwaarde te gebruiken dan voor meisjes [13]. Dit is nog niet onderzocht. In dit onderzoek is voor dezelfde grenswaarde gekozen omdat dit de gebruikelijke werkwijze voor screening is binnen de GGD Hart voor Brabant. Dit kan verklaren waarom er in ons onderzoek weinig jongens als hoogscoorder aangemerkt werden.

Bij de meisjes op het ziekteverzuimspreekuur wordt een verdubbeling van het percentage hoogscoorders gevonden ten opzichte van de normpopulatie. Dit komt overeen met bevindingen uit de Scandinavische, Schotse en Engelse literatuur [18]. Het is bekend dat meisjes in dezelfde leeftijdsgroep als van dit onderzoek zich vanaf 2009 mentaal minder sterk zijn gaan voelen dan jongens [17, 18]. Ze zouden zich meer zorgen om hun uiterlijk maken en meer druk ervaren van school. Ook het Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) onderzoek concludeert in een rapport van 2017–2018 dat jongens over het algemeen tevredener zijn met hun leven en minder klachten ervaren [17]. Het is niet bekend of er sprake is geweest van ondersignalering van depressieve klachten bij jongens vanwege het gebruik van te hoge afkapwaarden of een andere uiting van depressieve klachten door jongens, of dat er bij jongens minder depressieve klachten voorkomen.

### Leeftijd

In dit onderzoek loopt het percentage hoogscoorders per leeftijdsgroep op. Uit de literatuur blijkt dat dit tot 16 jaar inderdaad het geval is. Daarna neemt het percentage hoogscoorders in de normpopulatie juist weer af [13].

### Onderwijsniveau

De percentages CDI-2-hoogscoorders op het praktijkonderwijs en het vmbo vallen voor de meisjes significant lager uit dan de percentages hoogscoorders op het vmbo-t/havo, havo en vwo. Bij de jongens zien we het omgekeerde, hoewel deze bevinding niet significant is. Het zou kunnen wijzen op meer depressieve klachten bij meisjes op de hogere onderwijsniveaus, óf op een andere uiting van depressieve klachten op de verschillende onderwijsniveaus. Eerder onderzoek vond dat lage gezondheidsvaardigheden, veel beeldschermtijd en minder mentale groei positief waren gecorreleerd aan depressieve symptomen bij leerlingen op het vo [19]. Dat zou eerder het omgekeerde suggereren. Wellicht is het zo dat de CDI-2 als instrument meer geschikt is voor de hogere onderwijsniveaus.

### Beperkingen

Een beperking van dit onderzoek is dat het gebaseerd is op 27% van de leerlingen bij wie een eerste ziek-

teverzuimgesprek plaatsvond. De selectie in afname bleek na het analyseren van de lijst van deelnemende scholen collega-afhankelijk en niet leerlingafhankelijk. Slechts een deel van de jeugdartsen gaf gehoor aan de oproep en nam bij alle leerlingen die bij hen op ziekteverzuimgesprek kwamen de CDI-2 af en vroeg toestemming voor deelname aan het onderzoek. Er lijkt geen sprake te zijn van selectiebias op leerlingniveau.

Er is gebruikgemaakt van twee verschillende ziekteverzuimprotocollen binnen de onderzoeksgroep [7, 8]. Aangezien beide protocollen zijn gestoeld op de M@ZL-methodiek en de onderlinge verschillen in inclusiecriteria minimaal zijn, is het niet aannemelijk dat dit de inclusie heeft beïnvloed. Het kan zijn dat verschillende typen scholen, ondanks overeenkomstige protocollen, niet alle leerlingen aanmelden die aan de criteria voldoen. Het hanteren van de criteria voor melden bij de jeugdarts kan bijvoorbeeld beïnvloed worden doordat er een brede ondersteuningsstructuur binnen de school aanwezig is, waardoor de jeugdarts minder vaak wordt ingeschakeld. Dat kan de resultaten van het onderzoek beïnvloed hebben.

### Aanbevelingen

Omdat depressieve klachten gemeten met de CDI-2 bij jongeren met verhoogd ziekteverzuim significant meer voorkomen, zouden de jeugdartsen het advies kunnen krijgen om de CDI-2 laagdrempelig in te zetten bij de ziekteverzuimgesprekken met leerlingen van het vo. Dat kunnen ze doen bij verdenking op depressieve klachten en onduidelijke redenen voor het ziekteverzuim. We weten uit onderzoek dat vragenlijsten een waardevolle aanvulling zijn op de klinische blik [20]. Ook kan een ingevulde vragenlijst een doorverwijzing ondersteunen. Verder onderzoek met de CDI-2 zal moeten aantonen of er binnen de groep leerlingen met verhoogd ziekteverzuim een verschil in bruikbaarheid is bij jongens en meisjes. Ook zal verder onderzoek moeten uitwijzen of frequenter gebruik van de CDI-2 leidt tot een betere vroegsignalering van depressieve klachten op het vo.

### Literatuur

1. Stevens GWJM, Dorselaer S van, Boer M, et al. HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. 2018. <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/376901>. Geraadpleegd op: 23 feb 2021.
2. Trimbos-instituut. JGZ-Richtlijn Depressie. 2016. <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/depressie>. Geraadpleegd op: 23 feb 2021.
3. Eriksson C, Madsen K. Workshop: to what extent can we trust our data on trends in mental health among adolescents? Nordic Collaboration on Positive Mental Health. Eur J Public Health. 2020; <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1063>.
4. Centraal Bureau voor de Statistiek. Cijfers aantal zelfdodigen onder de jeugd. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2020.
5. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:359–64.
6. Vanneste YTM, Goor LAM, Feron FJM. Gemiste lessen, gemiste kansen; rol voor de publieke gezondheidszorg bij ziekteverzuim van jongeren. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160:D398.
7. Samenwerkingsverband voortgezet onderwijs De Meierij. Ziekteverzuimprotocol. 's-Hertogenbosch: Samenwerkingsverband VO de Meierij; 2015.
8. GGD Hart voor Brabant, regio Brabant Noordoost. Draaiboek Schoolweigeraars/thuiszitters Deel 1 Preventie, regio Brabant Noordoost. Uden: GGD Hart voor Brabant; 2018.
9. Vanneste YTM, Mathijssen JJP, Goor LAM van de, et al. Extensive medical absenteeism among secondary school students: an observational study on their health condition from a biopsychosocial perspective. *Open J Prev Med*. 2015;5:111–21.
10. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. JGZ-Richtlijn Psychosociale problemen. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2016.
11. Buitelaar JK, Keulen M van, Nauta MH, et al. Multidisciplinaire richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd 2009. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2009.
12. Nederlands Jeugdinstituut. Grip op je dip. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2020.
13. Kovacs M. Handleiding CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren. Amsterdam: Hogrefe; 2011.
14. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Multidisciplinaire Richtlijn Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
15. Federa. De Gedragscode Gezondheidsonderzoek. 2004. <https://www.federa.org/code-goed-gedrag>. Geraadpleegd op: 23 feb 2021.
16. Salk RH, Hyde SJ, Abramson YL. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analysis of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017;143(8):783–822.
17. Inchley J, Currie D. Spotlight on adolescent health and well being. Findings from the 2017–2018 health behaviour in school aged children (HBSC) survey in Europe and Canada international report. band 1. Geneva: WHO; 2020. Key Findings.
18. Walsh N. Exploring the reported worsening of mental wellbeing among adolescent girls in Scotland. Findings from a rapid literature review exploring trends in adolescent wellbeing in Scotland and contributing factors. Edinburgh: Social Research; 2019.
19. Wang J, Yang R, Li D, et al. Association of health literacy and screen time with depressive symptoms among middle school students. *Wei Sheng Yan Jiu*. 2019;48(5):765–71.
20. Lucassen PLBJ, Postma S, Hartman T olde. Ggz-vragenlijsten staan persoonsgerichte zorg in de weg. *Huisarts Wet*. 2017;3:112–4.

**A. Donders-Verhagen**, jeugdarts KNMG

**E. de Boer**, epidemioloog

**Dr. Y.T.M. Vanneste**, beleidsadviseur NCJ

