

professionals te verbeteren. In dit pilotonderzoek is de opbrengst bepaald van het CDR in Oost-Nederland en Noordrijn-Westfalen (Duitsland).

Methode

De doelgroep bestaat uit kinderen die in het pilotgebied woonden en overleden zijn tussen de leeftijd van 29 dagen en 2 jaar. Hiermee wordt aangesloten bij de perinatale audits, die de doodgeboortes en sterfgevallen tot en met 28 dagen evalueren. Het overlijden van een kind wordt gesignaleerd door professionals die voorafgaand aan of rond het overlijden bij het kind betrokken waren. Vervolgens worden na toestemming van ouders gegevens verzameld door de CDR-coördinator. Een regionaal CDR-team analyseert systematisch

het overlijden van elk kind volgens de procedure die in Engeland voor CDR wordt gehanteerd.

Resultaten

Sinds 2011 zijn er 31 overleden kinderen gesignaleerd, waarvan 19 zijn gereviewed. In 6 gevallen gaven ouders geen toestemming voor nader onderzoek. De reviews hebben risicofactoren voor wiegendood en aspecten in de rouwverwerking geïdentificeerd, zoals uitgestelde rouw en verschillen in het rouwproces tussen ouders. De ondersteuning voor ouders bleek niet altijd voldoende te zijn geweest. Terugrapportage over de resultaten van post-mortemdiagnostiek als er meerdere medisch professionals bij het kind betrokken waren, bleek geen standaardprocedure.

Conclusies

De inclusie van casuïstiek blijkt met name in Oost-Nederland moeizaam te verlopen, aangezien de CDR-methodiek niet in wetgeving is verankerd, zoals het geval is bij de wettelijk vastgelegde Nader Onderzoek DoodsOorzaken (NODO) procedure bij plotseling en onverklaard overlijden van een minderjarige. Daarnaast is de toestemming van ouders nodig om het overlijden van hun kind te analyseren. Ondanks het kleine aantal casussen heeft het CDR-team factoren geïdentificeerd die kunnen worden vertaald naar aanbevelingen voor preventie.

1 *Universiteit Twente, Enschede;*
2 *TNO, Leiden;* 3 *Universiteit Münster, Duitsland*

Informatie: s.gijzen@utwente.nl

Inzicht in de culturele competentie van jeugdartsen en hun leerbehoeften op dit gebied

A.J.M. Hermans,¹
M.C. Seeleman,² K. Stronks² en
M.I. Essink-Bot²

Achtergrond en doelstelling

In Nederland komen bepaalde gezondheidsproblemen meer voor bij kinderen met een niet-Nederlandse achtergrond. Deze kinderen ontvangen ook niet altijd de meest aangewezen zorg, zo blijkt uit onderzoek. Cultureel competente zorg wordt beschouwd als strategie voor het tegengaan van etnische gezondheidsverschillen. Culturele competentie wordt gedefinieerd als de integratie van kennis, vaardigheden en attitudes die nodig is om zorg van hoge kwaliteit te kunnen bieden aan een etnisch diverse groep ouders en kinderen. Wij onderzochten de mate waarin jeugdartsen cultureel competent zijn en inventariseerden hun leerbehoeften op dit terrein. Met de resul-

taten kunnen we lacunes identificeren op het gebied van cultureel competente zorg in de opleiding tot jeugdarts. Het resultaat biedt aangrijpingspunten voor de ontwikkeling van effectieve programma's voor deskundigheidsbevordering.

Methode

Er is een web-based self-assessmentinstrument ontwikkeld voor culturele competentie in de domeinen: 1) kennis van epidemiologie en van processen die de gezondheid en zorg van migrantenkinderen kunnen beïnvloeden, en kennis over het gebruik van professionele tolken, 2) consultvoering: exploreren van cliëntperspectief en sociale context, omgaan met lage gezondheidsvaardigheden en de inzet van tolken en 3) het vermogen tot reflectie. In aanvulling daarop is gevraagd naar een beoordeling van de eigen culturele competentie en naar leerbehoeften op het gebied van culturele competentie. Dit laatste is gedaan met een vragenlijst die is gebaseerd op het CANMEDS-compe-

tentieprofiel van jeugdartsen.

Resultaten

In totaal hebben 91 jeugdartsen (respons 56%) deelgenomen aan het onderzoek. De scores op de domeinen 'Kennis' en 'Consultvoering' zijn laag tot gemiddeld. De zelfgescoorde culturele competentie is gemiddeld; het vermogen tot reflectie is gemiddeld tot hoog. De leerbehoefte blijkt hoog tot zeer hoog op alle thema's.

Conclusie

Met dit self-assessmentinstrument is de culturele competentie van jeugdartsen in kaart gebracht en lacunes in het curriculum zijn geïdentificeerd. De focus voor verbetering van het curriculum en voor de deskundigheidsbevordering van jeugdartsen ligt op het gebied van kennis en op het kunnen herkennen en exploreren van zorgbehoeften van ouders en kinderen, het in kaart kunnen brengen van hun sociale context en de inzet van professionele tolken bij een taalbarrière.

¹ Netherlands School of Public and Occupational Health, Amsterdam;
² Afdeling Sociale geneeskunde,

Academisch Medisch Centrum,
Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

Informatie: j.hermans@nspoh.nl

Preventie, diagnostiek en behandeling van koemelkallergie, onderdeel van de JGZ-richtlijn Voedselovergevoeligheid

J.E. Kist-van Holthe,¹ B.J. Vlieg-Boerstra,^{2,3} A.M.W. Bulk-Bunschoten,¹ C.L. Wensing-Souren,¹ A.B. Sprikkelman,² C.M.F. Kneepkens,¹ T. Kuijpers,⁴ M.L.A. de Kroon¹ en R.A. HiraSing¹

Achtergrond en doelstelling

De prevalentie van koemelkallergie is 2-3%. De meeste kinderen met koemelkallergie worden binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) gediagnosticeerd. Dit project richtte zich op de ontwikkeling van een richtlijn voor preventie, diagnostiek en behandeling van koemelkallergie.

Methoden

Op grond van een knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd. Voor het beantwoorden van deze vragen zijn internationale richtlijnen bestudeerd, aangevuld met systematisch literatuuronderzoek. De methodologische kwaliteit van de gevonden studies is beoor-

deeld met behulp van GRADE. Hieruit zijn aanbevelingen geformuleerd die vervolgens in de praktijk zijn getest. De aanbevelingen over diagnostiek van koemelkallergie in de JGZ-richtlijn zijn onderdeel van de richtlijn *Diagnostiek van koemelkallergie bij kinderen in Nederland* (2012) van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

Resultaten

Borstvoeding is de beste voeding voor kinderen. Het is echter niet aangetoond dat borstvoeding koemelkallergie kan voorkomen. Hydrolysaten ter preventie van koemelkallergie en ter vervanging van borstvoeding worden niet aanbevolen. De stand van zaken van de huidige kennis is dat de leeftijd van 4-6 maanden een optimale periode is waarin tolerantie ontstaat voor voedingsmiddelen (bijvoorbeeld pinda's en vis). Kinderen met koemelkallergie hebben een breed scala aan klachten, meestal van het maag-darmkanaal en de huid. De diagnose koemelkallergie wordt bij voorkeur gesteld door een dubbelblinde placebogecontroleerde voed-

selprovocatie. Provocaties bij kinderen met een hoog risico op symptomen van anafylaxie, astma etc. moeten worden verwezen naar de huisarts of kinderarts. Laagrisicoprovocaties met koemelk kunnen in de JGZ plaatsvinden. Kinderen met koemelkallergie krijgen exclusieve borstvoeding en/of intensief gehydrolyseerde kunstvoeding. Bij laagrisicokinderen kan vanaf de leeftijd van 9-12 maanden (en daarna zo nodig elke 6 maanden) met een open provocatietest op het consultatiebureau of herintroductie thuis worden bekeken of het kind nog allergisch is.

Conclusie

De richtlijn geeft adviezen om koemelkallergie veilig en op uniforme wijze in de JGZ te diagnosticeren en behandelen.

¹ Vrije Universiteit medisch centrum/EMGO*, Amsterdam; ² Emma Kinderziekenhuis, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; ³ Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam; ⁴ CBO, Utrecht

Informatie: j.kist@vumc.nl

Effecten van het lesprogramma 'Levensvaardigheden' op gezondheid en gedrag van leerlingen van het voortgezet onderwijs

P. Kocken,¹ F. Pannebakker,¹ M. Fekkes,¹ R. Kuiper¹, C. Gravesteyn² en R. Diekstra²

Achtergrond en doelstelling

Veel Nederlandse jongeren tussen de

11 en 17 jaar hebben ernstige gedragsproblemen, zoals depressie of agressie. Het lesprogramma 'Levensvaardigheden' is ontwikkeld door Diekstra en Gravesteyn ter preventie van gedragsproblemen bij scholieren van de tweede tot vierde klas van het voortgezet onderwijs van alle schoolniveaus. De 17 basislessen in het eerste jaar gaan onder andere over het adequaat leren herkennen van gebeurtenissen en gedragingen en omgaan met gedachten, gevoelens

en gedragingen aan de hand van voorbeelden uit het dagelijks leven van jongeren, zoals genotmiddelengebruik en conflicten tussen leerlingen. In het tweede jaar wordt daarop in 3 vervolgmodes voortgebouwd aan de hand van de onderwerpen 'omgaan met agressie', 'omgaan met ernstige emotionele problemen' en 'jezelf leren presenteren'. In deze studie zijn de effectiviteit en uitvoering van 'Levensvaardigheden' geëvalueerd.