

belang het gebruik van de richtlijn te bevorderen. Implementatiestrategieën moeten zich daarbij richten op het

wegnemen van barrières en versterken van bevorderende factoren.

*1 Universiteit Twente; 2 GGD Twente
Informatie: a.a.j.konijnendijk@utwente.nl*

JGZ-richtlijn Voeding en eetgedrag

C.I. Lanting, N. Heerdink en J.P. van Wouwe¹

Achtergrond en doelstelling

Ouders maken zich vaak zorgen over de voeding en het eetgedrag van hun kind: krijgt het kind voldoende gezonde voeding, hoe om te gaan met eetpatroon en -gedrag en krijgt het kind geen tekorten die gevolgen voor de groei en ontwikkeling kunnen hebben? In opdracht van ZonMw zijn 2 op elkaar aansluitende evidence-based richtlijnen ontwikkeld: een richtlijn *Voeding en Eetgedrag* voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ), vooral gericht op gezonde voeding en begeleiding van ouders, en een richtlijn voor de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) *Signalering van somatische oorzaken van afwijkend voedingsgedrag bij kinderen*, die is gericht op diagnostisering. Er is zorg gedragen voor unifor-

me criteria voor verwijzing en advisering. De criteria voor het verwijzen van kinderen met een ernstig eetprobleem of een eetstoornis naar de GGZ is afgestemd op de kinderen jeugdpsychiatrie.

Methode

De uitgangsvragen voor het systematisch literatuuronderzoek naar bewijs ten behoeve van de evidence-based *JGZ-richtlijn Voeding en eetgedrag* zijn geformuleerd door een multidisciplinaire werkgroep. Bij ontbreken van bewijs is uitgegaan van consensus en best-practice. In de richtlijn is ook het commentaar verwerkt uit een proefimplementatie en een landelijke commentaar-ronde.

Resultaten

Kinderartsen stellen 'alarmsymptomen' op als criteria voor verwijzen, onder andere: onvoldoende groei, symptomatologie van mond en keel, neus en oor, en neurologische symptomen. Kinder- en jeugdpsychiaters

formuleren de symptomen die erop wijzen dat waarschijnlijk sprake is van gestoord eetgedrag, bijvoorbeeld voedselweigering langer dan een maand en het ontstaan van de problemen voor het tweede levensjaar. De belangrijkste aandachtspunten voor de JGZ zijn: 1) richtlijnen voor gezonde voeding en een evenwichtig dieet in overeenstemming met de richtlijnen van de Gezondheidsraad; 2) geleidelijke introductie vanaf de vierde levensmaand van vast voedsel bij borstvoeding of kunstvoeding; 3) een regelmatig eetpatroon van niet meer dan 7 eet- en/of drinkmomenten per dag; 4) advisering voor ouders van kinderen in diverse leeftijden over eetgedrag en eetpatroon, en over het omgaan met lichte eetproblemen; 5) volgens de afgesproken criteria verwijzen naar kinderarts, kinderpsycholoog of kinderpsychiater.

1 TNO, Leiden

Informatie: caren.lanting@tno.nl

Een evidence-based aanpak van koorts bij kinderen jonger dan 3 jaar in de preventieve gezinsondersteuning en kinderopvang in Vlaanderen

M. Laureyns en N. De Ronne¹

Achtergrond en doelstelling

Koorts bij kinderen jonger dan 3 jaar is een symptoom gedefinieerd als stijging van de lichaamstemperatuur boven of gelijk aan 38 °C. Dit is een normale fysiologische respons op het binnenkomen van infectieuze agentia, waarbij exogeen en

endogeen aangemaakte pyrogenen de in de hypothalamus gereguleerde lichaamstemperatuur op een hoger punt zetten. Deze respons is een belangrijk immunologisch verdedigingsmechanisme. Koorts wordt meestal veroorzaakt door een benigne virale infectie, maar het kan een teken zijn van een ernstig verloopende infectie, zoals meningitis, sepsis, pneumonie, enz. Daarom is het belangrijk de kans op ernstig verloopende infecties in te schatten. Gelet op leeftijdsspecifieke infecties, het klinisch beloop en de complicaties ervan, en gelet op de geassocieerde klinische tekenen van discom-

fort of van alarmtekenen moet bij jonge kinderen anders op koorts gereageerd worden dan bij andere leeftijdsgroepen. Doelstelling van deze studie is een wetenschappelijk gefundeerde aanbeveling formuleren opdat herkenning en opvolging van klinische (alarm)tekenen kunnen leiden tot correcte en vooral wetenschappelijk onderbouwde opvolging en aanpak van koorts in de preventieve gezinsondersteuning en kinderopvang.

Methode

Via grondige literatuurstudie wordt

ingegaan op de relatie tussen koorts en infectie, de eventueel predictieve waarde van het verloop van de koorts op de ernst van de infectie en de indicatie voor het toedienen van antipyretica.

Resultaten

Bij kinderen tussen 0 en 3 maanden moet nazicht door een arts gebeuren zodra deze kinderen een temperatuur van ≥ 38 °C hebben, tussen 3 en 6 maanden bij temperatuur van ≥ 39 °C, beide gevolgd door nauwgezette opvolging. Vanaf 6 maanden

oud zijn de hoogte en de duur van de koorts weinig voorspellend om de ernst van een infectie in te schatten. Een stijging van de lichaamstemperatuur moet niet behandeld worden, omdat de signaalfunctie helpt bij het stellen van een diagnose. Enkel bij uitgesproken tekenen van discomfort zal koortswerende medicatie gegeven worden. Er wordt gekozen voor orale toediening gedoseerd naargelang het lichaamsgewicht. Toediening van koortswerende medicatie kan een aanval van koortsstuipen niet vermijden.

Conclusie

Bovenstaande aanbevelingen zijn verwerkt in een implementatiedossier voor de consultatiebureaus en de diensten van kinderopvang.

Het wetenschappelijk dossier is te downloaden via: <http://www.kindengezin.be/img/Dossier-koorts-091015.pdf>.

1 *Kind en Gezin, Brussel*

Informatie: marleen.laureyns@kindengezin.be

Stimuleren van de invoering van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

F.J.M. van Leerdam, J. Timmer, M. Kleijn-Varkevisser, M.M. Prins, R.J. Boumans en J.K. van Wijngaarden¹

Achtergrond en doelstelling

Huiselijk geweld en kindermishandeling vormen een ernstig en veelvoorkomend probleem. De gezondheidszorg is verantwoordelijk voor het signaleren, rapporteren en organiseren van zorg bij deze problemen. Gezondheidszorgmedewerkers in Nederland zijn volgens hun eigen richtlijnen verplicht om meldcodes tegen huiselijk geweld en kindermishandeling te gebruiken, om daarmee de veiligheid van kinderen en volwassenen te vergroten. Aanvullend is per 1 juli 2013 de *Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* in werking getreden. Recente onderzoeken en media suggereren dat niet iedereen in Nederland werkt volgens deze richtlijnen. Wij onderzochten de mate van invoering van en scholing over de meldcode huiselijk geweld en/of kindermishandeling.

Methode

In 2012 kregen 15 sectoren in de gezondheidszorg (abortusklinieken,

asielzoekerscentra, fysiotherapeuten, geestelijke gezondheidszorginstellingen, gehandicaptenzorginstellingen, GGD'en, huisartsenposten, logopedisten, oefentherapeuten, particuliere klinieken, revalidatieinstellingen, tandartsen, thuiszorginstellingen, verloskundigen, verpleeg- en verzorgingshuisinstellingen) via een digitale vragenlijst de volgende vragen voorgelegd: 1) Gebruikt u een meldcode huiselijk geweld en/of kindermishandeling? 2) Bevat uw meldcode de juiste stappen? 3) Biedt u scholing aan voor uw medewerkers? Vervolgens bezocht de inspectie willekeurig 73 organisaties voor validatie van de vragenlijst.

Resultaten

De respons over het hele onderzoek is 91,5% (3084 instellingen). Het gebruik van de meldcodes verschilt sterk (9-100%). Het gezondheidscentrum asielzoekers scoort het hoogst met 100% voor beide meldcodes, gevolgd door de geestelijke gezondheidszorg (ggz) met 94% voor de 'Meldcode kindermishandeling' en 72% voor de 'Meldcode huiselijk geweld' en de gemeenschappelijke gezondheidsdiensten (ggd'en) met 90% voor de 'Meldcode huiselijk geweld'. In de meeste sectoren is de meldcode bij minder dan de helft van de instellingen ingevoerd. De 'Meldcode kindermishandeling' is

over het algemeen beter geïmplementeerd dan de 'Meldcode huiselijk geweld'. Van de medewerkers ontvangt 22-68% scholing over kindermishandeling en 15-96% over huiselijk geweld. De meeste sectoren zijn van plan de meldcode(s) nog in 2012 of in 2013 te gaan invoeren. Uitzondering hierop zijn de sectoren fysiotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten, particuliere klinieken en tandartsen. Het merendeel van de instellingen binnen deze sectoren weet nog niet wanneer zij de meldcodes gaan invoeren.

Conclusies

De mate van invoering van de Meldcode huiselijk geweld en/of kindermishandeling bij instellingen in de gezondheidszorgsector in de onderzoeksperiode varieert per sector van 9-100% en scholing over deze onderwerpen is onvoldoende. De inspectie verwacht van alle organisaties in Nederland dat ze 2013 gebruiken om eventuele achterstanden in de implementatie van de meldcode in te lopen. Bij onvoldoende resultaat in 2014 zal de inspectie handhavend optreden.

1 *Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland*

Informatie: f.v.leerdam@igz.nl