

Wiegendoodpeilingen naar verzorgingsfactoren in Nederland en Noordrijn-Westfalen

M.P. L'Hoir,¹ M. Vennemann,² K.G.M. Oudshoorn,³ B.E. van Sleuwen,¹ A.C. Engelberts⁴ en M.M. Boere-Boonekamp^{1,3}

Achtergrond en doelstelling

In Nederland overlijden sinds 2004 jaarlijks minder dan 20 baby's onder het beeld van wiegendood. In 2010 was in ons land de incidentie (17 miljoen inwoners) 8,25 per 100.000 levend geboren. In Noordrijn-Westfalen (18 miljoen inwoners) was de incidentie 24,24 per 100.000 levend geboren in 2011. Om de aan wiegendood gerelateerde verzorgingsfactoren te meten, zijn in de periode 2009-2011 in Duitsland en Nederland 2 vergelijkbare peilingen verricht.

Methoden

De peiling in Nederland betrof 1860 ouders van kinderen in de leeftijd 0-11 maanden. De resultaten zijn

vergeleken met een eerdere Nederlandse peiling uit 2005 en met de Duitse peiling, die is afgenomen bij 872 ouders van pasgeborenen en 652 ouders van een baby van ongeveer 3 maanden oud.

Resultaten

In Nederland slaapt meer dan 80% van de zuigelingen 's nachts op de rug, 2,5% slaapt in buikligging en 4,1% in zijligging (de overigen slapen in wisselende ligging, bijna 3% soms ook in buikligging). Dekbedgebruik is afgenomen van 4,8% in 2005 naar 2,5% in 2011 ($p < 0,001$). Baby's van 3-4 maanden slapen in minder dan 2% van de gevallen bij de ouders in bed en in 24% van de gevallen in de slaapkamer van de ouders. Ongeveer 10% van de zuigelingen wordt ingebakerd. Roken door de ouder(s) is afgenomen van 35,8% in 2005 naar 23,7% in 2011 ($p < 0,001$). In 2005 krijgt 29,4% van de baby's borstvoeding, in 2011 23,2% van de baby's ($p < 0,001$). Meer dan de helft van de ouders geeft hun kind een fopspeen. In Noordrijn-Westfalen slaapt 1%

van de baby's vlak na de geboorte op de buik, 9% op de zij en 87% alleen in rugligging. Van de baby's van 3 maanden oud wordt 11% gewoonlijk in buikligging te slapen gelegd. 81% van de ouders is van plan om hun baby na de geboorte in een slaapzak te slapen te leggen; na 3 maanden is dit 85% en gebruikt 1,7% van de ouders een dekbed.

Conclusie

Het is nodig om voortgaande aandacht te besteden aan risico- en beschermende factoren voor wiegendood. In Duitsland is bij de preventie aandacht nodig voor het afraden van buikligging.

1 TNO Child Health, Leiden; 2 Institute of Legal Medicine, Universiteit van Münster, Duitsland; 3 Health Technology and Services Research, Universiteit Twente, Enschede; 4 Orbis Medical Center, Sittard

Informatie: monique.lhoir@tno.nl

Het effect van VoorZorg op partnergeweld en kindermishandeling

J. Mejdoubi,¹ S. van den Heijkant,¹ F. van Leerdam,¹ M.W. Heymans,² A. Crijnen³ en R.A. HiraSing¹

Achtergrond en doelstelling

Effectieve huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling in gezinnen die huiselijk geweld en/of kindermishandeling ervaren zijn schaars. VoorZorg is de vertaling en culturele aanpassing van het *Nurse Family Partnership* uit de Verenigde Staten van Amerika, een huisbezoekprogramma voor getrainde verpleegkundigen. Het doel van VoorZorg is primaire preventie van kindermishandeling. In dit onderzoek is het effect van

VoorZorg vergeleken met gebruikelijke zorg ten aanzien van slachtoferschap en ouderschap van partnergeweld en het aantal meldingen bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) door hoogrisicovrouwen.

Methode

Een aselecte steekproef van 460 laagopgeleide hoogrisicovrouwen jonger dan 26 jaar, die zwanger waren van hun eerste kind is gerandomiseerd in een controlegroep ($n = 223$) en een interventiegroep ($n = 237$). De controlegroep (C) ontving de gebruikelijke zorg, de interventiegroep (I) ontving daarnaast huisbezoeken door getrainde VoorZorgverpleegkundigen vanaf de zwangerschap totdat het kind 2 jaar was. Partnergeweld is gemeten met de Conflict Tactics Scale op 2 gradaties

van geweld (niveau 1 en 2). Gegevens over kindermishandeling zijn verkregen vanuit het AMK.

Resultaten

Bij 32 weken zwangerschapsduur rapporteren vrouwen in de interventiegroep significant minder vaak slachtoffer te zijn van niveau 2 psychologisch geweld (C: 56% vs. I: 39%), niveau 1 lichamelijk geweld (C: 58% vs. I: 40%), niveau 2 (C: 31% vs. I: 20%) en niveau 1 seksueel geweld (C: 16% vs. I: 8%). Daarnaast rapporteren vrouwen in de interventiegroep significant minder vaak geweld te gebruiken: niveau 2 psychologisch geweld (C: 60% vs. I: 46%), niveau 1 fysiek geweld (C: 65% vs. I: 52%), en niveau 1 letsel (C: 27% vs. I: 17%). 24 maanden na de geboorte was slachtofferschap van de moeder significant lager in de interventiegroep

voor niveau 1 fysiek geweld (C: 44% vs. I: 26%) en daderschap van de moeder was significant lager voor niveau 1 seksueel geweld (C: 18% vs. I: 3%). Multilevel logistische regressie-analyses toonden 24 maanden na de geboorte een significant verschil in het voordeel van de interventiegroep voor slachtofferschap van psychologisch en fysiek geweld en daderschap van fysiek geweld. In de eerste 2 levensjaren van het kind is de prevalentie van het aantal AMK-

meldingen significant lager in de interventiegroep (C: 18% vs. I: 10%).

Conclusie

Een programma dat is gebaseerd op huisbezoeken door getrainde Voorzorgverpleegkundigen resulteert in minder slachtofferschap en daderschap bij partnergeweld van hoogrisicovrouwen in vergelijking met de gebruikelijke zorg. Ook het aantal AMK-meldingen is lager.

¹ EMGO+ Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Department of Public and Occupational Health, Amsterdam; ² VU University Medical Center, Department of Epidemiology and Biostatistics, Amsterdam; ³ De Bascule, Academic Center for Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam

Informatie: j.mejdoubi@vumc.nl

JGZ-richtlijn *Te vroeg en/of 'small for gestational age' (SGA) geboren kinderen*

S.M. van der Pal,¹ N. Heerdink,¹ M. Kamphuis,^{1,2} M. Pols³ en P. Verloove-Vanhorick¹

Achtergrond en doelstelling

Te vroeg geboren kinderen (jaarlijks circa 7,7% van de levendgeborenen in Nederland) en kinderen met een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (*small for gestational age*; SGA) verdienen optimale (na)zorg. Van SGA is sprake bij een geboortegewicht < -2 SD. Bij vroeggeboorte wordt onderscheid gemaakt tussen zeer te vroeg/SGA-geboren kinderen (< 32 weken zwangerschapsduur) en matig te vroeg geboren kinderen (32-37 weken zwangerschapsduur). De impact van het krijgen van een te vroeg/SGA-geboren kind op ouders en familie is aanzienlijk. Bij al deze kinderen is er kans op nadelige gevolgen van de vroeggeboorte in vergelijking met

kinderen die rond de uitgerekenede datum geboren zijn, dus ook bij de groep matig te vroeg geboren kinderen. Deze groep wordt echter minder intensief gevolgd door het ziekenhuis. Focusgroepen met professionals en ouders signaleren de volgende knelpunten in de (na)zorg: 1) de vaak gedeelde (na)zorg door kinderartsen, JGZ en andere professionals voor de zeer te vroeg geboren kinderen en 2) mogelijke (later ontstane) gezondheidsproblemen in de groep matig te vroeg geboren kinderen, die na thuiskomst voornamelijk door de JGZ gezien worden.

Methode

De JGZ-richtlijn *Te vroeg en/of 'small for gestational age' (SGA) geboren kinderen* is ontwikkeld door een landelijke multidisciplinaire werkgroep. Aanbevelingen voor de zorg zijn geformuleerd op basis van bewijslast en conclusies uit bestaande onderzoeksliteratuur, in combinatie met praktijkgerichte consensus. De richtlijn is in een landelijke

commentaarronde voorgelegd aan professionals. De praktijktest vond plaats in Amsterdam (2 ziekenhuizen en 6 omliggende JGZ-teams). De richtlijn wordt eind 2013 landelijk geïmplementeerd.

Resultaten

De belangrijkste aanbevelingen zijn: 1) het tijdig en volledig overdragen van gegevens tussen ziekenhuis en JGZ, 2) het aanwijzen van een case-manager per kind die de zorg coördineert en 3) het corrigeren van de testleeftijd voor de mate van vroeggeboorte (of het gebruik van speciale curven en normen voor vroeggeboren kinderen) bij het beoordelen van groei en ontwikkeling.

¹ TNO Child Health, Leiden; ² Stichting Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West Zoetermeer; ³ Orde van Medisch Specialisten, Utrecht

Informatie: sylvia.vanderpal@tno.nl

Resultaten van een implementatieonderzoek naar de methodiek 'Eén gezin, één plan'

N.M. Pannebakker, M. Kamphuis en P.I. Kocken¹

Achtergrond en doelstelling

Er is een nieuwe veelbelovende methodiek voor zorgcoördinatie, 'Eén gezin, één plan' (1G1P). 1G1P is gebaseerd op de 'Wrap around care methode'. Doel van 1G1P is de kwaliteit van het leven van het gezin, en

dus van de kinderen, te verhogen door het bieden van integrale zorg met een multidisciplinair team, dat bestaat uit de jeugdgezondheidszorg (JGZ), (jeugd)hulpverleners, het gezin zelf en het sociale netwerk van het gezin. Alle zorgcoördinatio-