

genomics bieden een solide basis voor het ontwerpen van een gestandaardiseerd meetinstrument voor de familieanamnese in de JGZ.

1 *Vakgroep Sociale Geneeskunde, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI)* en 2 *Vakgroep Health, Ethics and Society, School for Oncology and Developmental Biology (GROW)*, beide *Faculty of Health,*

Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht; 3 *Centre for Society and the Life Sciences (CSG), Nijmegen*

Informatie:
e.syurina@maastrichtuniversity.nl

De familieanamnese bij psychosociale problemen in de jeugdgezondheidszorg. Wordt deze gebruikt? Casus Zuid-Nederland

**E.V. Syurina,¹ K. Hens,^{2,3}
W. Dondorp² en F.J.M. Feron¹**

Achtergrond en doelstelling

Aandoeningen die veel voorkomen, hebben vaak een sterke genetische achtergrond, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek. Dat geldt ook voor psychosociale problemen. Door de *American Academy of Pediatrics* (AAP) wordt dan ook aanbevolen om familieanamnestische informatie te benutten in de dagelijkse praktijk van de eerstelijnsgezondheidszorg. Wij onderzochten in welke mate de familieanamnese gebruikt wordt in de praktijk van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) wanneer een indicatie voor de geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz) is gesteld.

Methode

Wij maakten gebruik van data uit de sociaal-medische JGZ-dossiers

van kinderen voor wie een indicatie is gesteld voor hulpverlening in de jeugd-ggz. Aan de hand van de dossierregistraties is bij een JGZ-dienst in het Zuiden van Nederland informatie verzameld over de familieanamnese aan de hand van 15 criteria (o.a. beschikbaarheid, update, tijdstip van afname, inhoud, uitgebreidheid).

Resultaten

De dossiergegevens van 474 kinderen (31,5% meisjes) zijn geanalyseerd met SPSS. Van 88,3% van deze kinderen is een bij de geboorte afgenomen familieanamnese beschikbaar. In de helft van de gevallen is deze informatie bijgewerkt als het kind 5-6 jaar was. Meestal blijft de familieanamnese beperkt tot eerste- en tweedegraads familieleden, en is alleen gevraagd naar formele diagnoses. De leeftijd waarop bij familieleden een diagnose was gesteld, ontbreekt in vrijwel alle dossiers. Een onbelaste familieanamnese is zelden als zodanig geregistreerd: uit ontbrekende gegevens is immers geen blanco familieanamnese af te

leiden. Gegevens over de familieanamnese zijn overigens vaker terug te vinden in de specialistenbrieven dan in de verwijsbrieven.

Conclusie

Het belang van de familieanamnese staat niet ter discussie in de JGZ, maar uit ons onderzoek blijkt dat er sprake is van onderregistratie. Tevens blijkt dat de internationale aanbevelingen van de AAP meestal niet worden gevolgd, in het bijzonder waar het gaat om registreren en bijwerken van de familieanamnese.

1 *Vakgroep Sociale Geneeskunde, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI)* en 2 *Vakgroep Health, Ethics and Society, School for Oncology and Developmental Biology (GROW)*, beide *Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht*; 3 *Centre for Society and the Life Sciences (CSG), Nijmegen*

Informatie:
e.syurina@maastrichtuniversity.nl

Kinderen met cerebrale parese op school: barrières en kansen

**I. Van Trimpont,¹ F. De Boeck,²
P. De Cock,¹ K. Pétry³ en
K. Hoppenbrouwers¹**

Achtergrond en doelstelling

Een toenemende proportie kinderen met een chronische aandoening groeien op tot volwassenen, en willen schoollopen in het gewoon

onderwijs. Kinderen met cerebrale parese (CP) kennen functionele en andere beperkingen die de onderwijsparticipatie in belangrijke mate kunnen belemmeren. Doelstellingen zijn het evalueren van de huidige praktijk in scholen van het gewoon onderwijs in Vlaanderen in het omgaan met kinderen met cerebrale parese (CP).

Methode

Een ziektespecifieke vragenlijst is ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek om de impact van kindkenmerken (leerproblemen, functiebeperkingen, schoolabsenteïsme), klasfactoren (attitude van medeleerlingen), ondersteuning van de Specifieke Onderwijsbehoeften (SO) en schoolfactoren (toegankelijkheid en veiligheid van gebouwen), op schoolparticipatie van kinderen met

CP te evalueren. Bijkomend werden vragen gesteld over de informatiestromen, samenwerking tussen de verschillende actoren en de rol van schoolgezondheidsdiensten. Uit een klinische databank van kinderen met CP die op raadpleging komen in het Universitair Ziekenhuis van Leuven zijn 237 kinderen (3-17 jaar) geselecteerd voor contactname. Na geïnformeerde toestemming van ouders en geïnformeerde instemming van jongeren (> 12 jaar of ouder) kregen 66 scholen en schoolgezondheidsdiensten een vragenlijst.

Resultaten

66 jongeren en hun ouders, 40 scholen en 36 schoolgezondheidsdiensten vulden een vragenlijst in. Respondenten rapporteerden belangrijke schoolvertraging door leerproblemen, functiebeperkingen en afwezigheden op school. Ouders en kinderen bleken over het alg-

meen tevreden over de toegankelijkheid en de veiligheid van schoolgebouwen. 61,5% van de kinderen met CP kon rekenen op ondersteuning van hun specifieke onderwijsbehoeften. Ondersteuning door hun medeleerlingen, leerkrachten en onderwijsbegeleiders zijn ervaren als faciliterend voor hun schools functioneren. Over het algemeen waren de rol en de toegevoegde waarde van schoolgezondheidsprofessionals in het integratieproces niet duidelijk voor de meeste ouders en kinderen. Bovendien blijken informatiestromen tussen alle actoren onvoldoende transparant. Alhoewel kinderen met CP substantiële moeilijkheden ondervinden bij het schoollopen, is hun welbevinden toch goed.

Conclusie

Samenwerking, ondersteuning van de specifieke onderwijsbehoeften op maat, toegankelijkheid en veilig-

heid van schoolgebouwen en het welbevinden van kinderen en jongeren met CP zijn sleutelfactoren voor de succesvolle integratie op school. Er blijft nood aan continuïteit van de ondersteuning van de onderwijsbehoeften doorheen de schoolloopbaan en verduidelijking van de rol van schoolgezondheidsdiensten.

Dit onderzoek is uitgevoerd met de financiële steun van het Steunfonds Marguerite-Marie Delacroix.

1 Departement Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven; 2 Vlaams Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Leuven; 3 Departement Gezins- en Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven

Informatie: inge.van.trimpont@g-o.be

Evidentie voor een sociale bias in het rapporteren van gezondheidsproblemen, behoefte aan hulp en zorggebruik bij jonge kinderen in Vlaanderen

S. Van den Branden,¹
H. Dierckx,¹ C. Guérin,¹
M. Roelants,¹ K. Van Leeuwen,²
A. Desoete³ en K. Hoppenbrouwers¹

Achtergrond en doelstelling

In de internationale literatuur wordt gesteld dat kinderen met een lage socio-economische status over het algemeen een slechtere gezondheidstoestand hebben. Vragenlijsten op basis van zelfrapportage worden vaak gebruikt om de gezondheidstoestand in kaart te brengen, al is hieraan een aantal nadelen verbonden. Deze studie heeft als doel de impact van de socio-economische status op de

gezondheid, de behoefte aan hulp en het zorggebruik na te gaan bij Vlaamse kinderen van 0-2 jaar, zoals gerapporteerd door hun ouders.

Methoden

Er zijn vragenlijstgegevens verzameld op de leeftijd van 2, 12 en 24 maanden in een geboortecohort van 3017 kinderen die deelnamen aan de JOnG!-studie. Het opleidingsniveau van de moeder, gemeten in 3 categorieën, is gebruikt als indicator voor de socio-economische status. Er zijn logistische regressieanalyses uitgevoerd om het effect van socio-economische status op verschillende gezondheidsparameters na te gaan, zoals ongevallen of frequente gezondheidsproblemen. Ook de mate waarin ouders rapporteren zich zorgen te maken, hun behoefte aan hulp en zorggebruik voor het kind zijn onderzocht.

Resultaten

In vergelijking met ouders met een diploma secundair onderwijs, rapporteren hoger opgeleide ouders meer gezondheidsproblemen bij hun kinderen kort na de geboorte ($p < 0,001$) en tijdens de eerste 2 levensjaren ($p < 0,05$). Hoewel ze minder bezorgd zijn over de gezondheidsproblemen van hun kind, rapporteren deze hoger opgeleide ouders een grotere behoefte aan professionele hulp kort na de geboorte ($p < 0,001$) en maken ze meer gebruik van gezondheidszorg tot de leeftijd van 12 maanden.

Conclusie

Er kan geen sociale gradiënt in gezondheid worden vastgesteld bij jonge kinderen, aangezien hoogopgeleide ouders vaker gezondheidsproblemen rapporteren dan lager opgeleide ouders. Dit kan wijzen op een sociale bias in het invullen van vragenlijsten. Bovendien tonen de