

Abstracts EUSUHM-congres 2015

Published online: 22 July 2015
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Effectiviteit van een interventie voor de aanpak van ziekteverzuim van vmbo-leerlingen door inzet van jeugdartsen

Y.T.M. Vanneste^{1,2,3}, J.J.P. Mathijssen²,
L.A.M. van de Goor², C.M.C. Rots-de Vries^{1,2},
F.M. Feron³

¹GGD West-Brabant, Tilburg, Nederland

²Tranzo, Universiteit Tilburg, Tilburg, Nederland

³Vakgroep Sociale Geneeskunde, CAPHRI, Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

e-mail: y.vanneste@ggdwestbrabant.nl

Achtergrond en doelstelling: Zowel de gezondheid als het schoolverzuim van leerlingen beïnvloedt hun schoolprestaties en hun uiteindelijke opleidingsniveau. Het opleidingsniveau op volwassen leeftijd is gerelateerd aan gezondheid. Deze wederzijdse afhankelijkheid maakt dat schoolverzuim een probleem is voor de publieke gezondheid. Bij schoolziekteverzuim van leerlingen komen de risicofactoren gezondheid en schoolverzuim samen. Aandacht voor leerlingen met schoolziekteverzuim kan zowel hun gezondheid als onderwijskansen verbeteren, en daarmee bijdragen aan het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In Nederland is de interventie M@ZL (Medische Advisering van de Ziekgemelde Leerling) ontwikkeld om schoolziekteverzuim van vmbo-leerlingen (voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs) aan te pakken. Scholen werken hierin nauw samen met jeugdartsen. Aan de hand van criteria voor verzuimomvang (elke vierde ziekmelding in 3 maanden tijd of elke zevende aaneengesloten schooldag ziek gemeld) worden leerlingen en hun ouders uitgenodigd voor een consult bij de jeugdarts. Het doel van het consult is het optimaliseren van zorg en niet het controleren van de afwezigheid van de leerling. De jeugdarts analyseert de achterliggende problematiek en maakt samen met leerlingen, ouders, school en behandelaars (indien van toepassing) een plan van aanpak. Hierin staat beschreven welke zorg, begeleiding en aanpassingen op school nodig zijn, waardoor de leerling weer zo

goed mogelijk kan deelnemen aan het lesprogramma. De scholen en jeugdartsen monitoren het plan, waarin eveneens de onderling gemaakte afspraken staan. Het doel van de huidige studie is het onderzoeken van de effectiviteit van deze interventie op de verzuimomvang.

Methode: Het onderzoek had een quasi-experimentele opzet met een interventie- en een controlegroep. De leerlingen uit de interventiegroep kregen, bij een verzuimomvang die voldeed aan een van de M@ZL-criteria, een consult bij de jeugdarts in het kader van de interventie M@ZL aangeboden. De data van de controleleerlingen werden retrospectief verzameld. Deze leerlingen hadden op een school gezeten waar M@ZL niet was geïmplementeerd en hadden bij verhoogd ziekteverzuim *care as usual* ontvangen. Met behulp van multilevel analyse werden verschillen in de omvang van het ziekteverzuim van de vmbo-leerlingen bestudeerd, 3 en 12 maanden na uitnodiging voor het consult (interventiegroep), dan wel na meting van verhoogd verzuim (controlegroep).

Resultaten: In de interventiegroep (493 leerlingen) daalde de omvang van het ziekteverzuim van 8,5 naar 5,7 (na 3 maanden) en 4,9 (na 12 maanden) dagen ziekgemeld in 12 schoolweken. Het aantal ziekmeldingen liep terug van 3,9 naar 2,5 (na 3 maanden) en 2,2 (na 12 maanden) keren in 12 schoolweken. In de controlegroep (445 leerlingen) daalde het aantal dagen per 12 schoolweken aanvankelijk van 10,4 naar 9 dagen, waarna een toename werd gemeten van 9 naar 9,3 dagen. Het aantal ziekmeldingen nam aanvankelijk af van 4,4 naar 3,4 keren, waarna een stijging werd gemeten naar 3,7 keren. Het aantal verzuimdagen per ziekmelding bleef in beide groepen ongeveer gelijk.

Conclusie: De interventie lijkt effectief in het terugdringen van ziekteverzuim van vmbo-leerlingen. Het systematisch signaleren en verwijzen van leerlingen met verhoogd ziekteverzuim en de gepersonaliseerde aanpak vanuit zorg zijn effectiever dan *care as usual*. Omdat de ziekteduur per ziekmelding ongeveer gelijk blijft, kan gesteld worden dat de effectiviteit wordt veroorzaakt door een afname in het aantal ziekmeldingen.

Gezamenlijk beslissen door de Jeugdgezondheidszorg en ouders/jongeren bij het vaststellen van behoefte aan ondersteuning

M.C.A. Bontje, N.A. Leeuwenburgh, M.R. Crône

Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden en Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland
e-mail: mbontje@ggdhm.nl

Achtergrond en doelstelling: De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een belangrijke rol in het signaleren van problemen van kinderen. Desalniettemin worden niet alle kinderen met problemen geïdentificeerd, waardoor passende hulp ontbreekt. Huidige taxatiemethodieken zijn vooral gefocust op problemen en risico's en minder op de sterke kanten, ontwikkel- en zorgbehoeften. De methodieken zijn gebaseerd op eenrichtingsverkeer: JGZ-professionals verzamelen informatie bij ouders/jongeren, bijvoorbeeld middels vragenlijsten, analyseren de informatie en beslissen over wat nodig is voor een gezonde en veilige ontwikkeling. Voor een goede taxatie is het echter ook nodig dat zorgbehoeften van het kind, de ouders en de omgeving van het kind in samenhang bekeken worden. Actieve deelname van jongeren/ouders aan de taxatie is hierin cruciaal: jongeren/ouders bespreken hun zorgbehoeften immers niet automatisch tijdens een JGZ-contact, zij zijn het niet altijd eens met de problemen die de JGZ signaleert en waardoor zij onder andere minder gemotiveerd zijn om actie te ondernemen. Een grotere participatie van de doelgroep in het taxatieproces kan deze mismatch tussen behoeften van jongeren en gezinnen en de geboden ondersteuning terugdringen. De kracht van gezinnen en het eigen netwerk worden hierdoor meer benut.

De Academische Werkplaats Jeugd Noordelijk Zuid-Holland en pedagogische praktijk Childrearing Matters hebben op basis van literatuurstudie en gesprekken met het veld, de ouders en de jongeren een methodiek ontwikkeld voor het gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften. Deze methodiek beoogt de kwaliteit van de taxatie te verbeteren, de zelfsturing van ouders en jongeren te vergroten en de samenwerking met cliënten en zorgverleners te verbeteren. De methodiek is toepasbaar in een preventieve setting, zoals de JGZ, maar ook in gemeentelijke jeugdteams die hulp bieden aan gezinnen met aanvullende en complexe zorgbehoeften. Wij onderzochten de toepasbaarheid van deze methodiek in de JGZ.

Methodie: De methodiek Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften (GIZ) omvat 2 schema's aan de hand waarvan met ouders/jongeren de ontwikkel- en zorgbehoeften kunnen worden besproken ten aanzien van het kind, de opvoeding en de omgeving. De aard en ernst van de sterke kanten en behoeften van een kind/gezin worden gezamenlijk in kaart gebracht. Op basis daarvan kan passende ondersteuning ingezet worden vanuit het (in)formele netwerk. De GIZ-methodiek is uitgetest onder ouders en jongeren, tijdens preventieve gezondheids-onderzoeken. Na ieder contact vulden ouders ($n=236$), jongeren ($n=261$) en JGZ-professionals (0 tot 12 jaar: $n=379$; 12+ : $n=255$) een evaluatievragenlijst in. Met de JGZ-professionals zijn interviews gehouden over hun ervaringen.

Resultaten: De GIZ-methodiek is in bijna ieder contact gebruikt. Het percentage professionals, ouders/jongeren dat tevreden was over verloop, inhoud of resultaat van het gesprek

lag tussen de 87% en 99%. Betrokkenen waardeerden de participatie in de taxatie, de transparantie over de beoordelingskaders en de aandacht voor zaken die goed gaan. Een meerderheid van de ouders (68%) en jongeren (67%) gaf aan een grote bijdrage te hebben gehad in de taxatie. Een meerderheid van de professionals, ouders en jongeren rapporteerde consensus bereikt te hebben over de behoeften aan ondersteuning.

Conclusie: De GIZ-methodiek betreft jongeren en ouders positief en actief bij het vaststellen van de zorgbehoeften en het toeleiden naar passende zorg. De methodiek past goed in de vernieuwde vraaggerichte uitvoeringspraktijk van de JGZ. Verdere verspreiding is gestart, waarbij de effectiviteit nader onderzocht wordt.

Opsporing van gehoorverlies bij schoolgaande kinderen met een geautomatiseerde spraak-inruis test: een praktijkevaluatie in centra voor leerlingenbegeleiding

K. Van Hoeck¹, S. Denys², C. Guérin¹, M. Hofmann², H. Luts², K. Hoppenbrouwers³, A. van Wieringen², J. Wouters²

¹Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, België

²Onderzoeksgroep Experimentele Otorinolaryngologie, Katholieke Universiteit Leuven, België

³Omgeving en Gezondheid, Dienst Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven, België
e-mail: katelijne.vanhoeck@vuwj.be

Achtergrond en doelstelling: Systematische opsporing van gehoorstoornissen bij kinderen en jongeren is een onderdeel van de preventieve consulten die in Vlaanderen door de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) worden georganiseerd. Vanwege de toenemende blootstelling van jongeren aan lawaai en luide muziek, en het gehoorverlies dat hiervan het gevolg kan zijn, is in de nieuwe Standaard 'Gehoor' de tijdige detectie van gehoorverlies door blootstelling aan lawaai als kerndoelstelling voor 10- en 14-jarigen opgenomen. Met het oog hierop wordt de *Speech-In-Noise* (SPIN) test aanbevolen. Deze snelle en geautomatiseerde test is specifiek voor dit doel ontworpen. Via een hoofdtelefoon krijgt de leerling korte reeksen van 3 cijfers in een achtergrondruis te horen, die hij vervolgens op een tablet moet intikken. Uit validatieonderzoek is gebleken dat deze test betrouwbare resultaten oplevert en beter geschikt is voor het gebruik in een screeningscontext dan de klassieke toonaudiometrie.

Doelstellingen van het onderzoek zijn: (1) de eventuele verfijning van de leeftijdspecifieke verwijsriteria van de SPIN-test met het oog op een gebalanceerde sensitiviteit en specificiteit van de test, en (2) het in kaart brengen van de knelpunten en bevorderende factoren bij de praktische organisatie van de implementatie van de SPIN-test in de CLB.

Methodie: Sinds september 2014 werken 11 CLB's mee aan de SPIN-praktijktoets. Alle 10- en 14-jarige leerlingen die het leeftijdspecifieke criterium niet haalden (resp. $-7,2$ en $-8,5$ dB *signal-to-noise ratio*, SNR) werden doorverwezen naar een neus-keel-oorarts voor verder onderzoek. Vervolgonderzoek waarin SPIN-resultaten worden vergeleken met de resultaten van een standaard audiometrisch onderzoek door een audioloog is nog lopende. Intrasubject test-hertestbetrouwbaarheid

wordt uitgedrukt als de standaarddeviatie (SD) van het verschil tussen beide metingen. SD-waarden kleiner dan 1 dB worden als zeer goed beschouwd.

Bij het kwalitatief onderzoek naar de praktische en organisatorische aspecten van het gebruik van de SPIN-test in de CLB zijn de ervaringen van de medewerkers via een semigestructureerd interview verzameld (met name ervaringen met de logistieke organisatie, toelichting van de test aan de leerlingen, testverloop, vervolgtraject, ondersteuning door het projectteam etc.).

Resultaten: Tussen september 2014 en maart 2015 werden 6500 leerlingen getest. Respectievelijk 4,1% (137/3304) en 3,7% (117/3196) van de 10- en 14-jarigen werden verwezen. Gemiddelde drempels voor spraakgehoor (*speech reception thresholds*, SRT) bedroegen respectievelijk -9,8 (SD=0,9) en -10,6 (SD=0,7) dB SNR. Verder blijkt dat de intrasubject test-hertestbetrouwbaarheid in beide groepen zeer goed is (~0,5 dB) en dat de gemiddelde testduur met de leeftijd vermindert (resp. 6 min 49 s en 5 min 46 s). Na een zekere opstartperiode blijkt de tevredenheid van de deelnemende centra hoog te zijn en wordt de SPIN-test ook positief ervaren door de leerlingen. Aan de hand van deze gebruikerservaringen wordt een draaiboek voor de implementatie van de nieuwe richtlijnen opgesteld, waarin goede praktijkvoorbeelden en adviezen worden geformuleerd met het oog op het optimaliseren van een sluitend implementatieplan.

Conclusie: Deze praktijktoets toont aan dat de toepassing van de SPIN-test bij schoolgaande kinderen in het CLB praktisch haalbaar is. Aan de hand van de resultaten van controleaudiogrammen na verwijzing zullen de afkapwaarden zo nodig verfijnd worden, met het oog op een volledige implementatie van dit screeningsprogramma in Vlaanderen.

Deze studie is uitgevoerd met de steun van de Vlaamse Gemeenschap.

VoorZorg, een effectieve vroege interventie bij hoogrisico jonge (zwangere) vrouwen

E. Struijf¹, S.C. van den Heijkant², J. Mejdoubi³, M.W. Heymans⁴, A. Crijnen⁵, R.A. HiraSing⁶

¹GGD Hollands-Noorden, Alkmaar, Nederland

²Institute for Health and Care Research, VU-EMGO, Amsterdam, Nederland

³Kennisinstituut voor emancipatie en vrouwengeschiedenis, Atria, Amsterdam, Nederland

⁴Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland

⁵De Waag, Centrum voor Ambulante Forensische Psychiatrie, Amsterdam, Nederland

⁶Institute for Health and Care Research, Voorheen VU-EMGO, Amsterdam, Nederland
e-mail: estruijf@ggdhollandsnoorden.nl

Achtergrond en doelstelling: Kindermishandeling, zeker als dit al in de vroegste jeugd start, heeft ernstige en levenslange consequenties voor de lichamelijke, emotionele en sociale ontwikkeling van een mens. Een consortium van samenwerkende organisaties (uitvoeringsorganisaties, kenniscentrum, onderzoek, overheid) heeft in 2003 het Amerikaanse Nurse Family Partnership (NFP) programma overgenomen en aangepast aan de Nederlandse situatie. Deze Nederlandse versie is VoorZorg genoemd. VoorZorg is een programma voor vroege verpleeg-

kundige interventie en ondersteuning van (zeer) hoogrisico jonge vrouwen, vanaf vroeg in de zwangerschap tot het kind 2 jaar wordt. Potentiële VoorZorgcliënten worden gevonden via onder meer verloskundige zorg, leerlingbegeleiders en jeugdzorgwerkers. Kenmerken zijn: jonger dan 25 jaar, voor het eerst een kind willen baren en opvoeden, maximaal 28 weken zwanger, lage opleiding, met daarbij een scala van zwaardere problemen, zoals huiselijk geweld, weinig of geen sociaal netwerk, weinig of geen steun van familie, zelf een verleden met geweld en verwaarlozing. De selectie na aanmelding geschiedt in een tweetrapsprocedure, waarbij de VoorZorgverpleegkundigen, aan de hand van een uitgebreide intake, samen met de klant de keuze voor wel of geen deelname maken.

Het programma bestaat uit 40 tot 60 gestructureerde huisbezoeken, waarbij de situatie van het gezin op dat moment en de vragen die daar leven, centraal staan, evenals de domeinen gezondheid en ontwikkeling (van moeder en kind), de rol als moeder en relaties met partner, vrienden en familie, en het gebruik van gemeenschapsvoorzieningen. De VoorZorgverpleegkundige gaat een professionele hechting met de moeder aan, fungeert als voorbeeld en klankbord en ondersteunt de eigen oplossingen van de cliënt.

Methode: Na de start van VoorZorg is een randomized controlled trial uitgevoerd bij 460 kwetsbare vrouwen die geïncludeerd waren voor VoorZorg, waarbij gerandomiseerd werd voor programmadeelname of controlegroep, rekeninghoudend met woongebied en etniciteit. De programmagroep ($n=237$) ontving het VoorZorgprogramma, de controlegroep ($n=233$) gebruikelijke zorg.

Resultaten: Van de 460 geïncludeerde vrouwen had 98% 4 of meer risicofactoren; 76% was alleenstaand, 74% leefde in armoede, 68% had te maken met geweld in het heden of het verleden, 19% leed aan een depressie en 25% had middelenmisbruik.

Bij de programmagroep was het roken significant verminderd (het aantal vrouwen dat rookte en het aantal sigaretten dat gerookt werd) ten opzichte van de controlegroep. In tegenstelling tot de controlegroep rookte de programmagroep niet waar de baby bij was. In de programmagroep geven significant meer vrouwen nog borstvoeding als het kind 6 maanden oud is (14% ten opzichte van 6% bij de controlegroep). Huiselijk geweld nam bij de programmagroep af, zowel tijdens de zwangerschap als daarna. Kindermishandeling werd ten aanzien van de programmagroep significant minder vaak gemeld bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (11% bij de programmagroep, 19% bij de controlegroep).

Het Kosteneffectiviteitsonderzoek laat een financieel positief effect zien van 20%.

Conclusie: VoorZorg verbetert de gezondheid, leefstijl en ontwikkelingskansen van hoogrisicomoeders en hun kinderen, en vermindert huiselijk geweld en kindermishandeling. Daarom is VoorZorg een goede en aan te bevelen investering in het jeugd(gezondheidszorg) beleid. Vanaf 2015 is het Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg gestart met een landelijke uitrol van VoorZorg.

Mogelijke oorzaken van mentale problemen bij intellectueel begaafde kinderen en jongeren

C. Pieters¹, K. Verschueren², M. Roelants¹,
K. van Leeuwen³, A. Desoete⁴, K. Hoppenbrouwers¹

¹Omgeving en Gezondheid, Jeugdgezondheidszorg,
Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België

²Schoolpsychologie en Ontwikkelingspsychologie van Kind en
Adolescent, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België

³Gezins- en Orthopedagogie, Katholieke Universiteit Leuven,
Leuven, België

⁴Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie,
Universiteit Gent, Gent, België

e-mail: ciska.pieters@med.kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Ouders en deskundigen maken zich vaak zorgen over de mentale gezondheid van hoogbegaafde kinderen en jongeren. In internationale literatuur wordt gewezen op een verband tussen mentale problemen enerzijds, en verschillende aspecten van begaafdheid (waaronder hoge intelligentie), een gebrekkige afstemming van onderwijsaanbod op onderwijsnoden, de aanwezigheid van andere diagnoses (*dual labeling*), en het label hoogbegaafdheid op zich anderzijds.

Deze studie heeft tot doel te onderzoeken wat het verband is tussen verschillende aspecten van intellectuele begaafdheid en problemen met geestelijke gezondheid bij Vlaamse kinderen en jongeren.

Methode: Er is gebruikgemaakt van vragenlijsten, die waren ingevuld door ouders van 1891 kinderen (geboortjaar 2002) en 1499 jongeren (geboortjaar 1996) van het cohortonderzoek JOnG!, alsook door ouders van 232 cliënten van een expertisecentrum in hoogbegaafdheidsproblematiek. Deze vragenlijst bevat instrumenten die welbevinden peilen (met de *Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ) en bevraagt tevens de sociodemografische achtergrond en eventueel bestaande diagnoses van emotionele, gedrags- of ontwikkelingsstoornissen (o.a. aandachts- en concentratiestoornissen (ADHD), autismespectrumstoornissen en depressie), alsook het label hoogbegaafdheid. Daarnaast is tijdens de onderzoeksperiode intelligentie gemeten met de Wechsler Intelligence Scale for Children-III (WISC-III), waarvan de resultaten in een verdiepingsgroep van 290 deelnemers geanalyseerd werden in relatie tot de score voor totaal IQ.

Resultaten: Kinderen met het label hoogbegaafdheid bleken in vergelijking met leeftijdgenootjes zonder dit label, op de leeftijd van 7 én 8 jaar significant hogere scores te behalen op de SDQ-schaal 'totale problemen' ($p < 0.001$). Daarnaast rapporteerden ouders van deelnemers met het label hoogbegaafdheid vaak dat bij hun kind ook een diagnose was gesteld van een emotionele, gedrags- of ontwikkelingsstoornis en rapporteerde minder dan de helft van de ouders van deelnemers met het label hoogbegaafdheid specifieke onderwijsaanpassingen (zoals differentiatie of versnelling). Uit het onderzoek in de verdiepingsgroep bleek dat zeer hoge intelligentie op zich niet gerelateerd was aan hogere totale probleemscores wanneer gecorrigeerd werd voor de aanwezigheid van het label hoogbegaafdheid.

Conclusie: Uit de combinatie van de algemene bevraging en het verdiepingsgroeponderzoek bleek dat in deze studie het label hoogbegaafdheid wél, maar een zeer hoog IQ niet gerelateerd was aan een verhoogde score voor mentale problemen.

Een rechtstreeks negatief effect van het toekennen van een label (i.c. hoogbegaafdheid) op de geestelijke gezondheid is niet uit te sluiten, maar vergt verder onderzoek. Daarnaast ondersteunen de studieresultaten hypothesen die elders aangehaald worden als mogelijke oorzaken van het verschil tussen de effecten van label en IQ, namelijk: (1) een overmaat aan 'dual labeling', wat wijst op de mogelijkheid dat het label hoogbegaafdheid vaak wordt toegekend bij problemen (zoals de aanwezigheid van een stoornis), en (2) een gebrek aan onderwijsaanpassingen, waaruit blijkt dat de toekenning van een label hoogbegaafdheid niet steeds leidt tot een geschikt onderwijsaanbod.

Betere herkenning van ontkleurde ontlasting als teken van neonatale cholestase door gebruik van een Ontlastingskleurenkaart

J. Lindeboom¹, A. Kesler², M. Witt¹, H.J. Verkade³,
J.B.F. Hulscher¹

¹Afdeling Kinderchirurgie, Beatrix Kinderziekenhuis,
Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit
Groningen, Groningen, Nederland

²Afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Amsterdam, Nederland

³Afdeling Kinder-MDL, Beatrix Kinderziekenhuis, Universitair
Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen,
Groningen, Nederland

e-mail: akesler@ggd.amsterdam.nl

Achtergrond en doelstelling: Galgangatresie is een vorm van neonatale cholestase waarbij vroege diagnose en vroege operatie (voor de 60e levensdag) een grote gezondheidswinst oplevert. In Nederland ondergaat echter slechts 56% van de kinderen die zijn geboren met galgangatresie, een operatie voor de leeftijd van 60 dagen. Laattijdig opereren betekent dat de lever inmiddels meer beschadigd is, waardoor een levertransplantatie eerder noodzakelijk wordt. Gebrek aan kennis over en herkenning van relevante symptomen, zoals ontkleurde ontlasting, draagt waarschijnlijk bij aan de relatief late diagnose.

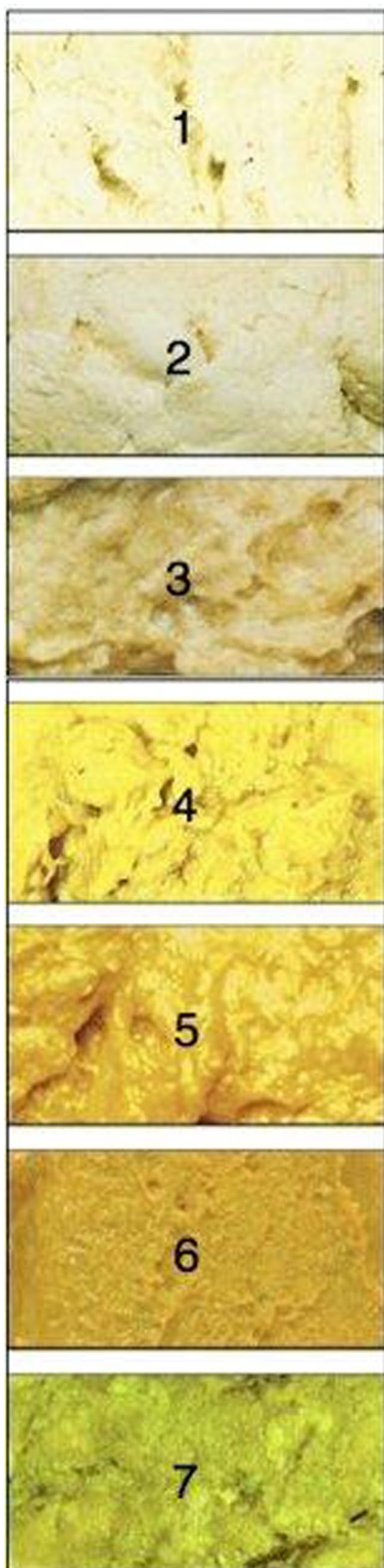
Wij analyseerden of Nederlandse ouders en jeugdartsen ontcleurde ontlasting herkennen en evalueerden het effect van de introductie van de Ontlastingskleurenkaart op de herkenning van ontcleurde ontlasting bij kinderen die verwezen dienen te worden.

Methode: Een pilotstudie werd uitgevoerd onder 100 ouders van pasgeborenen en 33 jeugdartsen. Deelnemers kregen in totaal 10 kleurenfoto's van normale en ontcleurde ontlasting te zien. Zij gaven aan de poepluier 'normaal' of abnormaal/ontcleurd' te vinden en of ze er medische hulp voor zouden zoeken, respectievelijk de patiënt zouden verwijzen voor nadere diagnostiek. Vervolgens scoorden de ouders de foto's aan de hand van de Ontlastingskleurenkaart (zie fig. 1).

Resultaten: Van alle ouders herkende 66% alle foto's van ontcleurde ontlasting; 34% bestempelde ten minste 1 van de 4 foto's van ontcleurde ontlasting als 'normaal'. 49% van de ouders zou medische hulp zoeken voor alle ontcleurde ontlasting en 39% ook bij 'normale' ontlasting. Van de jeugdartsen herkende 61% alle foto's van ontcleurde ontlasting en 55% zou de zuigeling doorverwijzen voor alle ontcleurde ontlasting.

Het gebruik van de kleurenkaart door ouders verbeterde de resultaten: 96% van de ontcleurde ontlasting werd terecht als afwijkend beschouwd.

Figuur 1 Ontlastingskleurenkaart. afbeelding 1 t/m 3: abnormale kleuren, afbeelding 4 t/m 7: normale kleuren.



Conclusie: Noch ouders, noch jeugdartsen herkennen voldoende de ontkleurde ontlasting die een voorbode is van ernstige pathologie. Het gebruik van een Ontlastingskleurenkaart lijkt een effectieve manier om kinderen met verdenking op een vorm van neonatale cholestase, zoals galgangatresie, vroegtijdig op te sporen. De introductie van de Ontlastingskleurenkaart in de landelijke GroeiGids, waarbij ouders samen met jeugdartsen op de leeftijd van 4 weken de kleur van de ontlasting beoordelen, zou een eenvoudige manier zijn om het tijdstip van operatie te kunnen vervroegen en daarmee de prognose te verbeteren. Een pilot van de JGZ van de GGD Amsterdam, samen met het Universitair Medisch Centrum Groningen, wordt binnenkort gestart.

Evaluatie van het gezondheidsonderzoek voor jongeren van 15 tot 16 jaar

L.E. Meuwissen¹, S.G. Zelle²

¹GGD Gelderland-Midden, Arnhem, Nederland

²Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc, Nijmegen, Nederland

e-mail: liesbeth.meuwissen@vggm.nl

Achtergrond en doelstelling: In 2012 heeft het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) geld vrijgemaakt voor de invoering van een preventief gezondheidsonderzoek voor alle jongeren van 15 tot 16 jaar. Het doel is de lichamelijke en psychische gezondheid en het welzijn van jongeren te verbeteren. GGD Gelderland-Midden heeft de vorm en inhoud van dit gezondheidsonderzoek ontwikkeld in samenwerking met jongeren, ouders, zorgcoördinatoren, gemeentelijke beleidsambtenaren en andere betrokkenen. Gekozen is voor een oplossingsgerichte benadering.

Als onderdeel van het gezondheidsonderzoek vullen adolescenten op school de 'gezondheidscheck' in, een digitale vragenlijst (56 vragen) in oplossingsgerichte stijl, waarbij jongeren over alle onderwerpen ook kunnen aangeven of zij vragen of zorgen hebben. Na het invullen van de vragenlijst ontvangen jongeren algemene en persoonlijke digitale feedback, inclusief verwijzing naar relevante websites. Afhankelijk van het onderwijsniveau worden alle jongeren of een aantal van hen uitgenodigd voor een consult bij de jeugdverpleegkundige of jeugdarts.

Scholen en gemeenten ontvangen feedback op geaggregeerd niveau, aangezien sommige problemen beter benaderd kunnen worden via groepsinterventies.

Begin 2014 is dit nieuwe gezondheidsonderzoek getest en geëvalueerd in een pilotstudie op 4 scholen in de regio Gelderland-Midden. In de evaluatie van deze pilotstudie zijn de volgende onderzoeksvragen behandeld: (1) Wat vinden jongeren van de interventie? en (2) Is de 'gezondheidscheck' adequaat en bruikbaar?

Methode: 102 van de 500 deelnemende jongeren zijn geïnterviewd over hun waardering voor dit gezondheidsonderzoek (zowel kwantitatieve als kwalitatieve vragen). De bruikbaarheid en de mate waarin de 'gezondheidscheck' adequaat was, is beoordeeld door de prevalenties uit de gezondheidscheck voor psychologische problemen en middelengebruik te vergelijken met prevalenties uit vergelijkbare onderzoeken en door

de overeenstemming tussen geselecteerde items uit de check en het consult te analyseren.

Resultaten: Een groot deel (88,4%) van de doelgroep is bereikt. De ervaring van de jongeren met het contactmoment is over het algemeen positief: 67% van de jongeren vindt het contactmoment nuttig voor zichzelf en 95% vindt het nuttig voor anderen. Het oordeel over het consult viel in de categorie 'best' (score 8,0 op 10). De helft van de jongeren heeft de digitale feedback gelezen. Slechts 27,3% vond het advies interessant.

Jongeren geven hun gezondheid gemiddeld een 7,7. Meer dan de helft (54,4%) rapporteert een chronische ziekte of gedragsprobleem te hebben, en 21% gebruikt hiervoor medicijnen. Meisjes hebben vaker dan jongens psychische klachten, zoals eetproblemen (38,4 vs. 16,0%) en depressieve gevoelens (29,5 vs. 8,8%). Veel adolescenten (25%) vragen om een consult met de verpleegkundige of arts en 11% vraagt informatie via internet.

De prevalenties van psychologische problemen en middeleengebruik die zijn gemeten tijdens de interventie, waren vergelijkbaar met de prevalenties uit andere studies. De overeenstemming tussen de check en het consult was voor de geselecteerde items goed.

Conclusie: Het gezondheidsonderzoek is een veelbelovende strategie om 15- tot 16-jarige adolescenten te benaderen. Het bereik is goed en de oplossingsgerichte 'gezondheidscheck' geeft jongeren vertrouwen om hun problemen te delen. Het gezondheidsonderzoek geeft jeugdgezondheidswerkers de mogelijkheid om vragen te beantwoorden, advies op maat te geven en adolescenten in de knel te identificeren. De onderzoeksresultaten hebben geleid tot herziening van de feedbackinformatie en herformulering van enkele vragen. In 2014/2015 wordt dit gezondheidsonderzoek uitgerold over de regio Gelderland-Midden. Aanvullend onderzoek is nodig om de impact op gezondheid en welzijn van adolescenten te analyseren.

GroeiGids, GroeiApp en internet, een totaalconcept van preventieve voorlichting voor ouders

A. Kesler, M.E. Wellner, J.H. Jansen

Afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Amsterdam, Amsterdam, Nederland
e-mail: akesler@ggd.amsterdam.nl

Achtergrond en doelstelling: Veel JGZ-organisaties zijn bezig met de modernisering en flexibilisering van het basispakket JGZ om zo beter aan te sluiten bij maatschappelijke ontwikkelingen in de zorg voor jeugd. De flexibilisering vereist een nieuwe aanpak van voorlichting. Ouders gaan steeds meer zelf op zoek naar antwoorden op hun vragen. Dit gebeurt steeds vaker via internet.

De GroeiGids is een serie van 7 boekjes, die (aanstaande) ouders informatie biedt over de ontwikkeling, gezondheid en opvoeding van hun kind in de verschillende levensfasen.

Via gemeentelijke websites is gevalideerde opvoed- en opgroei-informatie aanwezig. Deze informatie is voor iedere gemeente beschikbaar en wordt door Stichting Opvoeden.nl beheerd. Deze landelijke content is ook de directe bron voor de GroeiGids.

Twee jaar geleden is de GroeiApp gelanceerd. In de GroeiApp kunnen ouders de ontwikkeling van hun kind bijhouden. Sinds kort verstuurt de GroeiApp pushberichten. Deze bevatten voorlichting op maat, omdat ze op leeftijd van het (ongeboren) kind, op thema of op postcode verstuurd worden. De GroeiApp, de GroeiGids én de landelijke content vormen één pakket.

Methode: Een tevredenheidsonderzoek is verricht onder 300 ouders van pasgeboren kinderen. Gevraagd is hoeveel procent van de boekjes ze gelezen hebben, welke waardering zij de GroeiGids geven en of zij de GroeiApp gebruiken. Via Stichting Opvoeden zijn onderzoeken verricht naar het gebruik van de landelijke content. In een onderzoek door de Jeugdzaak, 'Onderzoek naar de vragen van ouders' is onder 300 ouders (100 per leeftijdsfase) gevraagd naar een top 5 van vragen van ouders in de levensfase baby, peuter en basisschoolkind.

Resultaten: 42% van de ouders had het hele boekje lezen. Bij GroeiGids Borstvoeding en Kraam lag dit op 38 en 34%. De waardering was het hoogste voor GroeiGids Kraam, namelijk 7,9. Voor het boekje Zwanger en Borstvoeding werd een 7,7 gegeven. 17% had de GroeiApp gedownload. 40% zei vaker dan eenmaal per week op internet te zoeken naar antwoorden op gezondheidsvragen. Van alle ouders maakte 26% hierbij gebruik van de gevalideerde content van opvoeden.nl.

De top 5-onderwerpen voor de fase Baby was: 'starten met vaste voeding', 'slapen', 'kwaaltjes', 'groei' en 'hoe vaak te voeden'. Voor de peuterfase stonden de onderwerpen 'zindelijkheid', 'peutergedrag', 'straffen', 'voeding' en 'spelen' in de top 5. De top 5 bij basisschoolkinderen was 'geld', 'lastig gedrag', 'weerbaarheid', 'regels' en 'mediagebruik'.

Conclusie: De GroeiGids en de GroeiApp ontwikkelen zich steeds verder en proberen aan te sluiten op de informatiebehoefte van moderne ouders. Op basis van de top 5 van onderwerpen is de inhoud van de landelijke content aangepast. Om een profiel te krijgen van de gebruiker van de GroeiApp wordt in een nog lopend onderzoek via de website een enquête afgenomen onder gebruikers. Hoe ziet de gebruiker van de GroeiApp eruit en welke functies van de App worden met name gebruikt?

Een langer durend onderzoek is het onderzoek naar de invloed van pushberichten. Vertonen ouders die pushberichten ontvangen vaker het gewenste gedrag volgens de richtlijnen JGZ dan ouders die geen pushberichten ontvangen? De resultaten van beide onderzoeken worden in de loop van 2015 en 2016 verwacht.

Etnische verschillen in BMI tussen Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Hindoestaanse kinderen van 3 tot en met 15 jaar

J.A. de Wilde^{1,2,3}, B.J. Middelkoop^{3,4}, P.H. Verkerk²

¹Productgroep Jeugdgezondheidszorg, GGD Haaglanden, Den Haag, Nederland

²Afdeling Child Health, TNO, Leiden, Nederland

³Afdeling public health en eerstelijns geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland

⁴Afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden, Den Haag, Nederland
e-mail: jeroen.dewilde@denhaag.nl

Achtergrond en doelstelling: Het doel van deze studie was het bepalen van de mate van *tracking* (behouden van de relatieve positie, stabiliteit over de tijd van een variabele) van

de body-mass index (BMI) bij kinderen van 3 tot 15 jaar van Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Hindoestaanse afkomst. Onderdeel hiervan was het bepalen van het longitudinale patroon van de BMI vanaf het 3e jaar bij 13- tot 15-jarige adolescenten met ondergewicht, normaal gewicht en overgewicht.

Methode: Het onderzoek is opgezet als een historische cohortstudie van 7625 kinderen die zijn geboren in de periode 1994 tot 1997, met in totaal 24.376 metingen van de BMI. Deze gegevens zijn geëxtraheerd uit de digitale dossiers van de JGZ van de GGD Haaglanden.

De BMI-standaard deviatiescores (SDS) en BMI-klassen zijn berekend met universele (IOTF) en Hindoestaanse BMI-criteria. De associatie tussen BMI en SDS op verschillende leeftijden werd geanalyseerd met Pearson's correlatiecoëfficiënten en lineaire *mixed models*. Daarnaast zijn de sensitiviteit, de specificiteit en de positief en negatief voorspellende waarde berekend.

Resultaten: De correlatie tussen de BMI-SDS op de leeftijd van 13 tot 15 jaar en de BMI-SDS op jongere leeftijd nam in alle etnische groepen toe van 0,56–0,58 op de leeftijd van 3 tot 4 jaar tot 0,80–0,85 op de leeftijd van 7 tot 10 jaar ($p < 0,001$).

Het *tracking*patroon van Hindoestaanse kinderen verschilde in vergelijking met Nederlandse, Turkse en Marokkaanse kinderen, wanneer universele BMI-criteria werden toegepast. Deze verschillen verdwenen grotendeels na toepassing van etnisch-specifieke BMI-normen. Overgewicht kwam al voor bij 10% van de 3- tot 4-jarige kinderen van Nederlandse afkomst tot meer dan 20% bij de andere etnische groepen; op de leeftijd van 7 tot 10 jaar was de prevalentie 1,5–2 maal hoger. Van de jongeren met overgewicht op 13- tot 15-jarige leeftijd had 27–47% al overgewicht op 3- tot 4-jarige leeftijd. Bij meer dan de helft is overgewicht dus na deze leeftijd ontstaan, meestal op een leeftijd tussen de 5 en 10 jaar. Van de 3- tot 4-jarige kinderen met overgewicht had 55–87% nog steeds overgewicht op 13- tot 15-jarige leeftijd. Dit cijfer was vergelijkbaar in andere leeftijds-groepen en etnische groepen. Van de 13- tot 15-jarige kinderen met ondergewicht had slechts 25–40% ondergewicht op 3- tot 4-jarige leeftijd. Ook had slechts 7–21% van de kinderen met ondergewicht op de leeftijd van 3 tot 4 jaar nog steeds ondergewicht op oudere leeftijd. Ondergewicht is dus meestal tijdelijk, en de meeste kinderen met ondergewicht tussen 3 en 10 jaar oud hebben een normaal gewicht als 13- tot 15-jarige.

Conclusie: Deze studie vond etnische verschillen in *tracking* van de BMI en de BMI-klasse wanneer deze werden gebaseerd op universele BMI-criteria. Voor Hindoestaanse kinderen verdwenen deze verschillen grotendeels na toepassing van etnisch-specifieke BMI-afkappunten.

Overgewicht komt al veelvuldig voor op 3- tot 4-jarige leeftijd of ontstaat tussen de leeftijd van 5 en 10 jaar. Na die leeftijd veranderde de BMI-klasse nog maar in beperkte mate. In alle etnische groepen was overgewicht op jonge leeftijd al in matige tot hoge mate voorspellend voor overgewicht tijdens de adolescentie. Voor ondergewicht was dit verband er niet.

Richtlijnen in de jeugdgezondheidszorg: geleerde lessen en mogelijkheden voor internationale samenwerking

J.A. Deurloo¹, M. Fleuren¹, K. Van Hoek², M. Kamphuis¹, K. Hoppenbrouwers³, P. Verkerk¹

¹TNO Child Health, Leiden, Nederland

²Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, België

³Centrum Omgeving en Gezondheid, Katholieke Universiteit Leuven, België

e-mail: mascha.kamphuis@tno.nl

Achtergrond en doelstelling: Een richtlijn is een op systematische wijze ontwikkeld document met aanbevelingen en instructies om het besluitvormingsproces van professionals in de gezondheidszorg te ondersteunen. Een richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en een afweging van voor- en nadelen van mogelijke zorgopties, aangevuld met de expertise en ervaring van professionals en cliënten.

Nederland en Vlaanderen hebben een lange traditie van richtlijnontwikkeling in de jeugdgezondheidszorg, met respectievelijk 25 richtlijnen in Nederland (sinds 1997), en 7 in Vlaanderen (sinds 2001). Uit een recente online enquête onder ledenorganisaties van EUSUHM (10 respondenten) blijkt in twee derde van de betrokken landen gewerkt te worden volgens specifiek voor jeugdgezondheidszorg ontwikkelde richtlijnen. Hierbij zijn visus, gehoor, groei, puberteitsontwikkeling, gewicht, mondgezondheid en vaccinatie de meest genoemde thema's.

Doel van de workshop was om kennis en ervaringen uit te wisselen over het proces van ontwikkeling en implementatie van richtlijnen jeugdgezondheidszorg in de betrokken Europese landen en de mogelijkheden van grensoverschrijdende samenwerking (binnen de context van EUSUHM) te onderzoeken.

Methode: Na een korte introductie onder meer over de resultaten van de eerder vermelde enquête, werd het volledige traject van richtlijnontwikkeling, -implementatie en -evaluatie doorlopen aan de hand van een praktijkvoorbeeld (richtlijn visusscreening in Vlaanderen). Aan de hand van 10 stellingen met bijbehorende achtergrondinformatie werd over diverse thema's gediscussieerd, onder andere het ontwikkelproces, het innovatieraamwerk van Paulussen en Fleuren, en het Meetinstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) om determinanten van implementatie te identificeren.

Resultaten: Tien landen waren vertegenwoordigd in de workshop, namelijk Finland, Kroatië, Litouwen, Macedonië, Nederland, Oostenrijk, Rusland, Slovenië, Vlaanderen en Zweden. Uit de bespreking bleek tussen deze landen een grote diversiteit te bestaan in het hebben van richtlijnen en de procedure van richtlijnontwikkeling en implementatie. Diverse beleids- en organisatorische aspecten spelen een rol bij de verschillen tussen de landen. Tijdens de workshop werden genoemd: de opdrachtgever van de richtlijnontwikkeling, de wijze van organisatie van de jeugdgezondheidszorg, hoe richtlijnen zijn ingebed in regelgeving en/of kwaliteitscontrole, en of er een elektronisch registratiesysteem is dat de richtlijn ondersteunt. Ook de financiering van de ontwikkeling en de implementatie worden gezien als een belangrijke bepalende factor voor het slagen van het correct gebruik van richtlijnen.

Uit de discussie bleek grote interesse en bereidheid te bestaan tot samenwerken, onder meer door generieke delen van een richtlijn (bijvoorbeeld de wetenschappelijke onderbouwing) te delen, en elkaar te inspireren bij het formuleren van concrete aanbevelingen en instructies. Deze laatste zijn *de facto* ingebed in de lokale organisatie van de gezondheidszorg, en daarom onvermijdelijk in mindere of meerdere mate verschillend tussen landen onderling. De taal kan echter ook een barrière vormen.

Conclusie: In een eerste stap wordt op de vernieuwde EUSUHM-website (www.eusuhm.org) voorzien in ruimte voor een zogenaamde *Guideline corner*, waarin ledenorganisaties alle relevante informatie met betrekking tot hun richtlijnen kunnen posten (documenten, samenvattingen, links naar websites waar de richtlijnen op staan). Tevens is de optie besproken een forum op te zetten, met vraag en antwoord tussen de leden. Gehoopt wordt dat dit delen van informatie aanleiding geeft tot samenwerking bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen. EUSUHM wil de samenwerking rond richtlijnen graag faciliteren.

Kinderrechten en Participatie in het onderwijs. Een brug tussen school en jeugd(gezondheids)zorg

W.J.G. Lijs-Spek

Adviseur Stichting KinderrechtenNU, Delft, Nederland
e-mail: lijs@kinderrechten.nu

Achtergrond en doelstelling: KinderrechtenNU (KRNU) heeft een methodiek ontwikkeld voor implementatie van kindparticipatie en kinderrechten in het onderwijs. De methodiek is gebaseerd op het Verdrag van de Rechten van het Kind (VRK). KRNU heeft samen met kinderen het Kinderrechtenverdrag vertaald in de KR-checklist. KRNU heeft ook een Kinderrechtenkaartspel ontwikkeld met vragen over uiteenlopende onderwerpen en aansprekende afbeeldingen (www.kinderrechtenu.nl). Onder begeleiding van leerkrachten of intern begeleiders op scholen worden de KR-checklist en het kaartspel in kleine groepen leerlingen besproken. Hierdoor wordt veiligheid gecreëerd en kunnen de kinderen vrijuit praten. Het gesprek gaat over het leven van de kinderen en de kinderrechten: 'Wat is nodig om op te groeien? Hoe gaan we met elkaar om? Hoe zorgen we voor elkaar?' Door de KRNU-methodiek krijgen alle kinderen in de leeftijd van 9 tot 13 jaar de mogelijkheid om deze vragen te beantwoorden. Ze worden gestimuleerd en ondersteund om hun eigen sociale omgeving in kaart te brengen en krijgen daardoor een beter inzicht in hun sociale netwerk. Door het spelen van het KR-kaartspel leren kinderen (en leerkrachten) elkaar beter kennen, waardoor ze elkaar beter kunnen begrijpen. Het Kinderprotocol Meldcode 'Zoek een volwassene die je vertrouwt, die naar je luistert en die je helpt' leert kinderen tot wie zij zich kunnen wenden om hulp te zoeken voor zichzelf of voor een ander. Doordat de KRNU-methodiek de drempel om over problemen te praten verlaagt, kunnen signalen van bijvoorbeeld kindermishandeling, huiselijk geweld of pesten vroegtijdig ontdekt en besproken worden. Bij vermoedens van problemen zal de vertrouwenspersoon het

kind en zijn gezin adviseren. Afhankelijk van de aard van het probleem kan de jeugdgezondheidszorg worden geraadpleegd.

Om de implementatie van 'Kinderrechten en Participatie in het onderwijs' (KR&P) te onderzoeken, is in 2013 een pilotstudie in Den Haag en omstreken uitgevoerd (M. Müller en M.P. L'Hoir, TNO)

Methodie: De methodiek is bij 9 scholen (en 1 jeugdzorgorganisatie) geïntroduceerd, door in de klas het Kinderrechtenverdrag te bespreken en in kleinere groepen het spel te spelen. Er zijn vragenlijsten voor leerkrachten en leerlingen gebruikt en interviews met volwassenen gehouden. Het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) is gebruikt om kansen en belemmeringen van de KR&P-methodiek in het onderwijs te meten (Fleuren et al., 2012).

Resultaat en conclusie: Van 23% (13) van de leerkrachten en van 20% (236) van de leerlingen zijn ingevulde vragenlijsten ontvangen. Kinderen (82%) evalueerden de introductie van het Verdrag in de klas positief, educatief en plezierig. Een groot aantal kinderen (85%) vond het kaartspel leerzaam. Bijna alle leerkrachten antwoordden dat zij graag met de methodiek willen werken, die zij als effectief, relevant en bruikbaar voor de kinderen beoordeelden. Naar hun mening kan tijdgebrek een belemmering zijn voor het gebruik ervan. De volwassenen stelden voor om in de toekomst de KR&P-methodiek in de scholen te introduceren in de 'Week van de Rechten van het Kind', rond 20 november. Door de jaarlijks terugkerende aandacht wordt de methodiek een vast onderdeel van het schoolcurriculum.

Noot: De poster Children's Rights and Children's Participation won de derde prijs op het congres.

The Youth Nurse matters!

M. Bulcke¹, B. Bakker-Camu²,
M. van Kuppevelt²

¹Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Leuven, België

²Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Utrecht, Nederland
e-mail: monica.bulcke@g-o.be

Achtergrond en doelstelling: Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is een maatschappelijke opdracht in alle Europese landen. Jeugdverpleegkundigen leveren, in samenwerking met ouders en andere JGZ-partners, een proactieve en preventieve bijdrage aan het bevorderen van de optimale groei, gezondheid en ontwikkeling van kinderen en jongeren.

Het welbevinden van de jeugdige staat daarbij centraal. Jeugdverpleegkundigen richten zich specifiek op 'gezonde' kinderen en jongeren en de interactie met hun leefwereld. Gezondheid wordt hier opgevat als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Daarbij is specifieke aandacht voor ontzorgen, normaliseren en stimuleren van zelfmanagement. Multidisciplinaire samenwerking, zowel binnen het eigen JGZ-team als binnen de verschillende settings waarin kinderen/jongeren zich bevinden, is een voorwaarde.

De jeugdverpleegkundige werkt vanuit een verpleegkundige basis binnen het eigen deskundigheidsexpertsgebied: de jeugdgezondheidszorg. Hierbij legt de jeugdverpleegkundige

op basis van klinisch redeneren de verpleegkundige zorg vast, gericht op het handhaven of (opnieuw) verwerven van zelfmanagement van de cliënt en de naasten van de cliënt.

De jeugdverpleegkundige onderscheidt zich enerzijds van de beroepsgroep door de doelgroep 'gezonde kinderen' en anderzijds door de aard van het werk. De jeugdverpleegkundige richt zich zowel op de collectieve als op de individuele preventie. Het monitoren van de ontwikkeling van kinderen en jongeren (alle kinderen in beeld), het bieden van preventieve en lichte ondersteuning gericht op normaliseren voordat problemen uitgroeien of escaleren, alsook de toeleiding naar de specialistische hulp, vereisen specifieke aanvullende competenties.

Methode: In 2014 zijn de vereiste competenties beschreven voor verpleegkundigen die werkzaam zijn bij Kind en Gezin en de Centra voor Leerlingenbegeleiding in Vlaanderen en de Jeugdgezondheidszorg in Nederland. Zowel voor het profiel van de jeugdverpleegkundige in Vlaanderen als voor het expertisegebied van de jeugdverpleegkundige in Nederland is de CanMEDS-systematiek gehanteerd voor de ordening van competenties (zoals deze oorspronkelijk zijn ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada). Beide profielen beschrijven de aanvullende competenties die nodig zijn voor de praktijk in een brede waaier van werkomgevingen binnen de jeugdgezondheidszorg.

In een workshop met professionals van meerdere Europese landen werd gesproken over taken en verantwoordelijkheden en de daarbij horende competenties. Doel was om een aanzet te geven om krachten te bundelen en kennis en ervaring te delen.

Resultaten: Er is verscheidenheid in de organisatie van de jeugdgezondheidszorg, in de opleiding tot jeugdverpleegkundige en in beroepsorganisaties, maar er bestaat ook gelijkenis. Er blijkt een groot verschil in inzet van jeugdverpleegkundigen. Van zeer beperkt tot gespecialiseerd. Jeugdverpleegkundigen werken autonoom en waar nodig samen met de arts en/of andere professionals. Een internationale samenwerking (7 landen) gericht op het verbeteren van kwaliteit en effectiviteit gaat van start. Het definiëren van een gemeenschappelijke basis voor de jeugdverpleegkundige in Europa en uitwisseling inzake competentieontwikkeling en kwaliteitsmeting zitten in de pijplijn.

Conclusie: Ondanks de internationale verschillen vertoont de inhoud van de functie veel overeenkomsten in de betrokken landen. De profielen kunnen een stimulans en ondersteuning bieden voor opleiding en praktijk en voor professionalisering en positionering van de jeugdverpleegkundige.

Jeugdgezondheidszorg in Nederland: effectief en uniek. Tijd voor uitwisseling!

M. Kamphuis^{1,2,3}

¹Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, Utrecht, Nederland

²JGZ Zuid-Holland West, Zoetermeer, Nederland

³TNO Child Health, Leiden, Nederland

e-mail: mascha.kamphuis@tno.nl

Achtergrond en doelstelling: Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Nederland bestaat al meer dan honderd jaar. Het is een uniek systeem van waaruit alle kinderen van 0-18 jaar gratis preven-

tieve zorg krijgen aangeboden. De kinderen worden gezien door specifiek opgeleide jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen samen met (dokters)assistenten. De verschillende Europese JGZ-systemen zijn in 2009 onderzocht door Wieske en collega's. In de workshop zijn de systemen van de diverse landen opnieuw onder de loep genomen.

Methode: Er is gestart met vijf presentaties. Allereerst is ingegaan op een online enquête die recentelijk onder ledenorganisaties van EUSUHM was uitgezet over het JGZ-systeem. Tevens is het Nederlandse systeem toegelicht. Vervolgens hebben drie Finse sprekers de rol toegelicht van de jeugdarts zoals deze werkzaam is op scholen in Finland. Een spreker uit Rusland sloot af met een toelichting op hun model van *health care units* op Russische scholen. Vervolgens was er ruimte voor discussie.

Resultaten: Er waren 10 reacties op de enquête: Estland, Slovenië, Spanje, Zwitserland, Hongarije, Kroatië, Finland, Vlaanderen, Duitsland en Nederland. In de helft van de landen bleek de JGZ op nationaal niveau gefinancierd te worden, in de andere landen op regionaal niveau. Meest ingezette disciplines waren ofwel alleen artsen (vaak kinderarts en huisarts), ofwel een team van gespecialiseerde jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. In meerdere landen is de arts zowel verantwoordelijk voor de preventieve als voor de curatieve zorg voor de jeugd tot 18 jaar. Vanaf het 18e jaar ontvangt de adolescent in alle landen de huisartsenzorg.

Zorg start veelal vanaf de schoolleeftijd (5-7 jaar). De zorg die wordt geboden voor kinderen van 0 tot 4-5 jaar, kwam nauwelijks aan de orde. In veel landen bestaat een duidelijk onderscheid tussen *school health care* en *child and maternity health care*. Op het EUSUHM-congres zijn veelal professionals vanuit de *school health* aanwezig.

De discussie over taakdelegatie en afbakening van taken van arts en verpleegkundige bleek in meerdere landen gevoerd te worden. Onder andere vanuit België en Finland werd de behoefte geuit aan een beschrijving van taken die tot de competentie van de jeugdarts of jeugdverpleegkundige behoren. In Slovenië en Finland is vaccineren voorbehouden aan artsen, terwijl in Estland het altijd de verpleegkundige is die vaccineert. In Finland ligt het wettelijk vast dat artsen alle 6- tot 14-jarige kinderen zien op drie vaste momenten. De doktersassistent, zoals Nederland deze kent, was in geen van de aanwezige landen bekend.

Er was veel belangstelling voor de kosteneffectiviteitsstudies ten aanzien van de JGZ, die over 2012 en 2013 zijn uitgevoerd door Actiz en de Nederlandse en Gemeentelijke Gezondheidsdienst-Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GGD-GHOR).

Conclusie: Dat de organisatie en systematiek van de JGZ-organisaties binnen de Europese landen van elkaar verschillen, was al bekend. Deze verschillen zijn in deze workshop nader uitgediept. Recentelijk is het *Models of Child Health Appraised* (MOCHA) project gestart, waar ook Nederland aan meewerkt (TNO, Leiden; Universiteit Twente, Enschede; Universitair Medisch Centrum Groningen; Universiteit Maastricht). In dit project zal specifiek ingezoomd worden op de systemen van 30 EU/EEA-landen, om te komen tot aanbevelingen voor het meest optimale systeem van de JGZ.

Met dank aan dr. Paul Kocken (TNO).

Onderzoek naar zorg voor kinderen met psychosociale problemen: academische werkplaats

P.L. Kocken

TNO Child Health, Leiden, Nederland
e-mail: paul.kocken@tno.nl

Achtergrond en doelstelling: In Nederland vindt een transformatie plaats van de zorg die wordt geboden door gezondheidszorg-, onderwijs- en welzijnsorganisaties aan kinderen met een risico op psychosociale of opvoedproblemen. Het doel is onder meer het verbeteren van de toegang tot preventieve interventies, van de signalering van gezondheidsrisico's en van de zorgcoördinatie voor multiprobleemgezinnen. Het is belangrijk om deze transformatie te onderbouwen met wetenschappelijk onderzoek. Gemeenten, wetenschap, onderwijs en de zorgpraktijk, waaronder jeugdgezondheidszorgorganisaties, werken in de regio Noordelijk Zuid-Holland samen in de Academische Werkplaats Samen voor de Jeugd (AWJ) om tot een goede integrale en samenhangende zorg voor de jeugd te komen.

Methoden: De projecten zijn gericht op de zorg voor jeugd, maar ook op de domeinen thuis, de school en de buurt. Het betreft zowel onderzoeksprojecten als methodiekontwikkelingsprojecten. Er wordt gebruikgemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, waaronder kwalitatieve interviews met ouders en jongeren van diverse etnische achtergronden, *surveys* bij professionals en interviews bij een cohort van ouders met opvoedproblemen of multiproblematiek.

Resultaten: De projecten kunnen worden ingedeeld in vier thema's:

- Samen opleten. Een innovatieve methodiek voor het gezamenlijk inschatten van zorgbehoeften (GIZ) is ontwikkeld en onderzocht. De GIZ-methodiek is een goed onderbouwde risicotaxatiemethodiek waarmee een professional de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften snel in kaart brengt, samen met ouders, jongeren en andere professionals. Voor gebruik in de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg zijn overzichtelijke schema's en een training voor professionals beschikbaar om gestructureerd een motiverend gesprek te kunnen voeren.
- Samen opvoeden. Een onderzoek naar de vraag hoe de toegang tot preventieve interventies voor jeugdigen en gezinnen met verschillende etnische achtergronden kan worden verbeterd. Op basis van het onderzoek wordt een module ontwikkeld die aanvullend is op een cursus opvoedondersteuning (Triple P), bestaande uit een gespreksleidraad voor een kennismakingsgesprek met ouders voorafgaand aan het opvoedprogramma, een training 'leeftijdgepast opvoeden' voor professionals, en een sessie 'omgaan met stress en coping' voor ouders.
- Samen optreden. Een onderzoek naar de methode 1 Gezin 1 Plan (1G1P). In 1G1P zijn een multidisciplinair team, de familie en het kind samen verantwoordelijk voor het hulpverleningsproces aan multiprobleemgezinnen. Uit interviews met multiprobleemgezinnen blijkt dat ouders die de minste sociale steun van vrienden en familie ervaren, geen gebruik maken van zorg voor hun kind. Uit een survey onder

professionals blijkt dat de mate waarin zij het gezin en de omgeving betrekken bij de hulpverlening afhankelijk is van de attitude die professionals hebben ten aanzien van de principes van 1G1P.

- Samen opleiden: Een actieve verspreiding en implementatie van de resultaten van het programma in het zorgveld.

Conclusie: De projecten van de werkplaats geven onderbouwing aan de (preventieve) zorg voor kinderen en gezinnen. Daarbij ligt de focus op het stimuleren van de eigen regie van gezinnen en steun die wordt gegeven door de sociale omgeving van het gezin. Voor het creëren van draagvlak is het nodig om regelmatig onderzoeksresultaten terug te koppelen naar beleid en zorgpraktijk. Ondersteuning door de AWJ bij de implementatie van onderzoeksresultaten maakt de werkplaats een waardevolle partner in de transformatie van de zorg.

De jeugdgezondheidszorg beter in positie

**F.J.M. van Leerdam, J. Timmer,
V.M.M.M. Pachen, J.K. van Wijngaarden**

Inspectie voor de gezondheidszorg, Utrecht, Nederland
e-mail: f.vanleerdam@igz.nl

Achtergrond en doelstelling: Een hoge kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is van belang voor het gezond en veilig opgroeien van de jeugd in Nederland. Daarom heeft de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) een toezichtonderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van zorg van de JGZ.

Methoden: In 2013 zijn alle JGZ-organisaties in Nederland verzocht een online kwalitatieve vragenlijst in te vullen met vragen over diverse belangrijke onderwerpen. Dit betrof de onderwerpen: bereik (inclusief bereik bijzondere groepen), richtlijn contactmomenten, psychosociale en opvoedproblemen, kindermishandeling, overgewicht en monitoren van zorg. Daarnaast zijn bij alle onderwerpen vragen gesteld hoe JGZ-organisaties zicht hebben op de eigen kwaliteit van zorg in het algemeen en op deze onderwerpen specifiek. In totaal kon op 16 subscores voldoende of onvoldoende gescoord worden. Vervolgens zijn bij 10 JGZ-organisaties verificatiebezoeken afgelegd, bij 5 at random en bij 5 risicogericht na het invullen van de vragenlijst.

De kwaliteit van de JGZ is onderzocht tegen het licht van wet- en regelgeving en professionele richtlijnen en veldnormen.

Resultaten: Alle 49 JGZ-organisaties vulden de vragenlijst in. De intra- en interorganisatiescores varieerden fors (0-13 subscores onvoldoende van de 16 te behalen subscores). Slechts 1 organisatie scoorde voldoende op alle onderwerpen.

Op sommige onderwerpen scoorde meer dan 40% van de organisaties onvoldoende. Dit betrof 'bereik bijzondere groepen kinderen' (90%), 'monitoren trends kindermishandeling (43%)' en 'monitoren van trends psychosociale en opvoedproblemen (41%)'. Dertig (61%) van de JGZ-organisaties weken af van de 'richtlijn contactmomenten', 11 (22%) daarvan zonder toestemming van de IGZ.

Van de JGZ-organisaties konden 36 (73%) de IGZ niet overtuigen dat ze goed zicht hadden op hun eigen kwaliteit van zorg.

Conclusie: In het algemeen levert de JGZ goede zorg. Desalniettemin zijn verbeteringen noodzakelijk. Het verkrijgen van

(nationaal) geaggregeerde gegevens heeft verbetering nodig. Daarmee kan de JGZ beter gebruikmaken van haar preventieve en adviserende rol. Voor het structureel afwijken van richtlijnen moet de JGZ toestemming aan de IGZ vragen. De variatie in het zicht op de eigen kwaliteit van zorg is groot en behoeft verbetering.

JGZ organisaties moeten binnen respectievelijk 3 of 6 maanden (afhankelijk van de norm) aan de IGZ laten zien te voldoen aan de landelijk afgesproken normen. Zo niet, dan zal de IGZ hierop handhaven. In 2016 heeft de IGZ gepland bij alle JGZ-organisaties na te gaan of de praktijk overeenstemt met hetgeen de organisaties aan de inspectie hebben gemeld.

'Competenties in ontwikkeling': het ontwerp van een geïntegreerde leeromgeving gebaseerd op het concept 'Levensecht leren'

C. Guérin¹, E. Ortibus², A. Roex³,
G. Clarebout⁴, K. Hoppenbrouwers¹

¹Centrum Omgeving en Gezondheid, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België

²Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen, Leuven, België

³Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België

⁴Dienst Onderwijsondersteuning Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België
e-mail: karel.hoppenbrouwers@med.kuleuven.be

Achtergrond en doelstellingen: De vroege onderkenning van ontwikkelingsstoornissen is een belangrijke doelstelling van de preventieve consulten bij jonge kinderen. Om jeugdartsen voor te bereiden op de complexe praktijk van een consultatiebureau wordt, in het kader van hun opleiding, een leeromgeving gecreëerd waarin zij op een geïntegreerde manier de kennis, attitudes en vaardigheden verwerven om de ontwikkeling van zuigelingen en jonge kinderen te beoordelen.

Doelstelling van deze studie was om, in overeenstemming met het 'Vier Componenten-Instructional Design'-model (4C/ID) een leeromgeving te ontwerpen die studenten confronteert met authentieke problemen (leertaken), waarbij ze op geïntegreerde wijze een consult met jonge kinderen en hun ouders leren voeren. Tevens werd de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van deze leeromgeving geëvalueerd.

Methode: Vertrekkend vanuit de dagelijkse activiteiten van professionals in de jeugdgezondheidszorg zijn in eerste instantie aanvangcompetenties, leerdoelen en bijhorende leerresultaten en -inhouden geformuleerd. Vervolgens is de inhoud van de leermodules gedefinieerd, en de manier waarop het online traject bij contactonderwijs aansluit. De leertaken zijn gerangschikt volgens oplopende moeilijkheidsgraad en een afnemende mate van ondersteuning van de student bij het vervullen van de opdrachten.

Zes online modules zijn ontwikkeld met het leerplatform Sekoia®, met grote aandacht voor beeldmateriaal, waarin de variabiliteit van de normale ontwikkeling en subtiele signalen van mogelijke ontwikkelingsproblemen worden getoond. Aansluitend bij de leertaken zijn ondersteunend materiaal, procedurele informatie en/of deeltaakoefeningen aangeboden.

Om zicht te krijgen op de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid kregen de studenten het verzoek een online vragenlijst in te vullen, die het gebruik van het leerplatform (18 items) peilt, de opbouw en de inhoud ervan (18 items), evenals het ervaren leereffect (4 items).

Resultaten: Tijdens het academiejaar 2014-2015 werden de volgende thema's in de vorm van online modules in het bestaande programma van de masteropleiding Jeugdgezondheidszorg geïntegreerd: (1) embryonale ontwikkeling, (2) risico- en beschermende factoren voor ontwikkeling, (3) vroege onderkenning van ontwikkelingsstoornissen, (4) systematische observatie van primitieve reflexen, posturale reacties, tonus, houdingen, grof- en fijnmotorische ontwikkeling, en de keuze van de meest gepaste instrumenten voor deze observaties, en (5) het Van WiechenOnderzoek.

14 van de 15 ingeschreven studenten hebben de online vragenlijst ingevuld. De meerwaarde van online studiemateriaal komt vooral naar voor als het om oefeningen gaat: 69% vindt online oefenen prettiger dan op papier. Anderzijds las 84% liever op papier dan online. Alle studenten gaven aan met dit programma veel geleerd te hebben over de ontwikkeling van jonge kinderen en waren hier tevreden over. Twee van de drie studenten gaven aan beter voorbereid naar de contactmomenten te komen. Over de verdieping van de materie in deze contactmomenten (bespreking van casussen, gelegenheid om vragen te stellen) waren studenten minder tevreden. Afstemming tussen online en contactonderwijs vonden zij extra aandacht verdienen.

Conclusie: Het onderzoek toont aan dat studenten het online leerplatform, met toepassing van het 4C/ID-model, een geschikte leeromgeving vinden om de relevante competenties in de JGZ op een geïntegreerde manier te verwerven. In een volgende fase wordt het leertraject aangevuld met meer online modules en wordt het leerproces meer in detail geëvalueerd.

Deze studie is uitgevoerd met de steun van de Katholieke Universiteit Leuven.

Toepassing van de richtlijn voor visusscreening in CLB in Vlaanderen: een analyse aan de hand van registratie sinds 2005

C. Guérin¹, K. Van Hoeck¹, M. De Keyser¹,
K. Hoppenbrouwers²

¹Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Leuven, België

²Omgeving en Gezondheid, Dienst Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België
e-mail: cecile.guerin@vwwj.be

Achtergrond en doelstelling: In 2003 werd de standaard voor de opsporing van visuele stoornissen bij schoolgaande kinderen (kortweg standaard Visus) formeel aanvaard door de Vlaamse minister bevoegd voor Gezondheid, en sindsdien in alle centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) in Vlaanderen geïmplementeerd. Deze richtlijn heeft als kerndoelstellingen de vroegtijdige detectie van amblyopie en kleurzinstoornissen. Voor de evaluatie van de gezichtsscherpte bij kinderen tot de leeftijd van 8 jaar wordt aanbevolen gebruik te maken van een

logaritmische visustest met *crowded* effect (de 'Kay 3m Crowding Book' of de 'Keeler LogMAR 3m Crowded Test').

In 2005 is was de implementatie van de standaard voltooid, waarop is gestart met de elektronische registratie van visusresultaten. Op deze data zijn uitgebreide analyses uitgevoerd om afwijkende gezichtsscherpte bij 3- en 4-jarigen (in Vlaanderen de eerste en tweede kleuterklas) in kaart te brengen, en om te evalueren in welke mate de aanbevolen leeftijdspecifieke richtlijnen werden toegepast door CLB.

Methode: Geanalyseerd zijn de data over de gezichtscherpte van alle kinderen die in de jaren 2005–2008 en 2010–2013 op het CLB zijn onderzocht. Het voornaamste uitgangspunt was het in kaart brengen van ontwikkelingen in de tijd, met speciale aandacht voor de toegepaste werkwijze (o.a. het gebruikte testmateriaal) en de verwijzingspercentages.

Resultaten: In beide registratieperioden werden de aanbevolen werkwijzen in zeer hoge mate toegepast, waarbij meer dan 99% van de 3- en 4-jarigen werden getest met een van de twee logaritmische *crowded* visustests zoals aanbevolen door de Standaard Visus.

Op de leeftijd van 3 jaar werden voor de perioden 2005–2008 en 2010–2013 respectievelijk 7,1% en 7,7% van de geteste kinderen rechtstreeks doorverwezen wegens afwijkende gezichtscherpte, terwijl respectievelijk 2,4% en 1,1% van de kinderen 3 à 6 maanden na een eerste onbetrouwbare visusafname werden hertest. Op de leeftijd van 4 jaar bedroegen deze cijfers respectievelijk 8,4% en 8,3% (verwijzingen) en 0,5% en 0,4% (hertesten).

In beide leeftijdsgroepen is er bovendien een opvallende (en progressieve) stijging van het aantal geregistreerde bekende oogafwijkingen tussen 2005 en 2013, namelijk van 0,5% naar 3,1% bij 3-jarigen en van 1,7% naar 7,0% bij 4-jarigen. In de periode 2010–2013 had gemiddeld 2,0% van de 3-jarigen en 5,3% van de 4-jarigen een visuele correctie op het tijdstip van het onderzoek (geen data beschikbaar voor de periode 2005–2008).

Conclusie: De implementatie van de richtlijn is geslaagd en de verwijzingspercentages voor afwijkende gezichtsscherpte liggen in de lijn van de verwachte cijfers (opvolginformatie na verwijzing is niet voor alle kinderen beschikbaar). De stijging van de proportie leerlingen met bevestigde oogafwijkingen tussen 2005 en 2013 kan verschillende verklaringen hebben, zoals een verbeterde opsporing van visuele stoornissen of een betere registratie van bekende oogafwijkingen door het CLB.

Deze studie is uitgevoerd met de steun van de Vlaamse Gemeenschap.

Middelengebruik en leefgewoonten bij studenten van de Katholieke Universiteit Leuven (België)

M. Sisk

Studentengezondheidscentrum Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België
e-mail: maura.sisk@dsv.kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Het in kaart brengen van middelengebruik bij studenten is belangrijk, omdat het gebruik van alcohol, drugs en medicatie een invloed kan hebben op de ontwikkeling en het functioneren van de student. Middelengebruik kan ook in verband gebracht worden met bepaalde leefgewoonten bij studenten. Zicht op middelengebruik en leefgewoonten creëert dan ook de mogelijkheid om als onderwijsinstelling accuraat in te spelen op, soms onzichtbare, problemen die kunnen ontstaan in een studentenpopulatie ten gevolge van middelengebruik.

Methode: Een gestructureerde vragenlijst bestaande uit 122 vragen werd in april 2013 elektronisch verstuurd naar 13.806 studenten uit alle richtingen van een Nederlandstalige bachelor- of masteropleiding aan de Katholieke Universiteit Leuven (KULeuven). Er was een respons van 34,6% ($n=4777$, leeftijd 18–24 jaar), met een oververtegenwoordiging van vrouwelijke studenten (67,6% vs. 56,1% in de volledige studentenpopulatie).

De vragenlijst betrof enerzijds het gebruik van alcohol, tabak, drugs en medicatie. Anderzijds kwamen mentaal welzijn en leefgewoonten (sport, slaappatronen, internetgebruik, sociale activiteiten) aan bod. Tot slot waren er nog enkele vragen rond het sociaal netwerk van de student en de hulpverlening.

In de studie is ook nagegaan of er verbanden zijn tussen mentaal welzijn, auditscore en roken, en enkele andere variabelen.

Resultaten: Van alle genotsmiddelen is het gebruik van alcohol onder studenten het meest aanwezig: 48,2% van de jongens en 46,4% van de meisjes vertonen risicokenmerken van problematisch alcoholgebruik (positieve AUDIT-score), en 67,2% van de jongens en 50,7% van de meisjes hebben al eens aan bingedrinken gedaan.

Het gebruik van harddrugs is minimaal onder studenten, maar 42,5% van de jongens en 25,6% van de meisjes hebben wel ooit geëxperimenteerd met cannabis. Ongeveer een derde heeft ooit tabak gerookt en 8,5% van de studenten rookte op het moment van de enquête; 6,2% van de studenten gebruikte ooit stimulerende middelen, waarvan 2,7% dit gebruikte zonder medische indicatie.

Zowel pijnstillers als kalmerings- of slaapmedicatie werden meer door meisjes dan door jongens genomen. Ruim een derde van de respondenten (38%) gaf aan psychische ongemakken te hebben (*General Health Questionnaire*).

Studenten besteden veel tijd aan het bijwonen van de lessen (96,0% wekelijks tot dagelijks) en individueel studeren (94,4% wekelijks tot dagelijks), maar maken ook nog voldoende tijd om te sporten (72,6% minstens wekelijks) en vrienden te bezoeken (91,1% minstens wekelijks).

Studenten gebruiken internet voornamelijk voor hun studie, sociale netwerkvorming, het volgen van de actualiteit, films kijken of muziek luisteren, en in mindere mate voor gaming. Slechts 1,3% van de studenten brengt minder dan 1 uur per dag op het internet door. 8,4% van de studenten vertoont kenmerken van compulsief internetgebruik.

Meer dan 90% van de respondenten zou met vrienden praten over een probleem van alcohol- of ander middelengebruik. Slechts de helft zou dit probleem bespreken met de ouders, broers of zussen of de huisarts. Ongeveer een derde zou eventueel naar een psycholoog gaan.

Conclusie: De resultaten van de enquête betreffende middelengebruik en leefgewoonten kunnen een basis zijn voor het gerichter organiseren en verder verfijnen van informatie- en sensibiliseringscampagnes, (vroeg)detectie en hulpverlening. Studenten zelf betrekken bij deze opdracht lijkt een interessante

piste te zijn. In de toekomst zullen op regelmatige basis nieuwe enquêtes rond middelengebruik georganiseerd worden.

Moeten we kinderen met overgewicht of obesitas uitsluiten van referentiesteekproeven die de groei van kinderen beschrijven? Data uit België en Noorwegen tonen dat dit weinig uitmaakt

**M. Roelants¹, B. Brannsether²,
H. Kristiansen³, R. Bjerknes⁴,
K. Hoppenbrouwers¹, P.B. Júliusson^{4,5}**

¹Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en eerstelijnszorg, Katholieke Universiteit Leuven – Universiteit Leuven, Leuven, België

²Department of Pediatrics, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

³Department of Pediatrics, District General Hospital of Førde, Førde, Norway

⁴Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway

⁵Department of Pediatrics, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

e-mail: mathieu.roelants@med.kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Groeireferentiecuren zijn gewoonlijk gebaseerd op een steekproef van kinderen die representatief zijn voor de doelgroep en vrij zijn van gekende of vermeende aandoeningen die de groei beïnvloeden. Kinderen met overgewicht of obesitas hebben vaak ook een grotere gestalte, vooral tijdens de puberteit. Dit wordt nochtans gewoonlijk niet beschouwd als een exclusiecriteria. Omdat referentiesteekproeven de laatste decennia steeds meer kinderen bevatten die overgewicht hebben of obees zijn, dringt zich de vraag op in welke mate deze toegenomen prevalentie invloed heeft op de referentiecuren voor de lengte.

Methode: Gegevens van twee cross-sectionele steekproeven van kinderen en jongeren tussen 2 en 18 jaar in België ($n=12.252$) en Noorwegen ($n=6159$) zijn geanalyseerd. De lengte is omgezet naar standaarddeviatiescores (SDS) en vergeleken met de gewichtsstatus van de deelnemers volgens de normen van de *International Obesity Task Force* (IOTF).

Kinderen zijn gegroepeerd naargelang hun leeftijd in groepen van 2-5, 6-8, 9-11, 12-15 en 16-18 jaar. Gegevens van jongens en meisjes zijn samengenomen, aangezien de resultaten niet significant verschilden. Referentiecuren voor lengte naar leeftijd zijn geschat in de totale groep (de huidige landelijke referentiecure), alsook na uitsluiting van kinderen met overgewicht of obesitas. Naast de rechtstreekse vergelijking van deze curven werd ook het percentage onder of boven de grenswaarden ± 2 SD vergeleken.

Resultaten: De prevalentie van overgewicht (inclusief obesitas) en obesitas was respectievelijk 13,0% en 2,8% in de Belgi-

sche steekproef, en 13,8% en 2,3% in de Noorse steekproef. In vergelijking met de gangbare landelijke referentiecure waren kinderen met overgewicht of obesitas gemiddeld respectievelijk 0,1-0,5 SD en 0,2-0,7 SD groter voor en tijdens de puberteit, maar niet na de leeftijd van 15 jaar. Kinderen zonder overgewicht waren maximaal 0,1 SD kleiner dan de referentiecure. Op de referentiecure voor lengte naar leeftijd had de exclusie van kinderen met overgewicht of obesitas slechts een beperkte invloed: onder de 5 jaar en boven de 15 jaar was er geen noemenswaardig effect op het 50e percentiel, en voor de tussenliggende leeftijden nam het verschil geleidelijk aan toe tot 0,5 à 1 cm rond de leeftijd van 8-10 jaar. Dit effect was kleiner voor de -2 SD-curve en groter voor de $+2$ SD-curve. Het effect was meer uitgesproken bij uitsluiting van alle kinderen met overgewicht (inclusief obesitas) dan bij uitsluiting van kinderen met obesitas alleen, omdat in het eerste geval het een groter aantal kinderen betrof. Analoog hieraan was er een kleine stijging van het totaal aantal kinderen met een lengte groter dan $+2$ SD van 0,5-1,2% wanneer de referentiecure zonder overgewicht werd gebruikt.

Conclusie: Hoewel is bevestigd dat kinderen met overgewicht en obesitas een grotere gestalte hebben voor en tijdens de puberteit, heeft hun aanwezigheid in Belgische en Noorse referentiesteekproeven slechts een beperkt effect op de lengte naar leeftijdscurve. Dit besluit geldt vermoedelijk ook voor andere populaties met een vergelijkbare prevalentie van overgewicht en obesitas, maar de invloed op de lengtecurve zal toenemen naarmate ook de prevalentie toeneemt.

To screen or not to screen for adolescent idiopathic scoliosis?

J.A. Deurloo¹, P.H. Verkerk²

¹TNO Child Health, Leiden; tevens: GGD Hollands Noorden, Alkmaar

²TNO Child Health, Leiden
e-mail: jacqueline.deurloo@tno.nl

Tool for early identification of Specific language Impairment

**F.B. Diepeveen¹, E. Dusseldorp²,
E.C. Carmiggelt³, N. Uilenburg⁴,
P.H. Verkerk¹**

¹TNO, afdeling Child Health, Leiden

²TNO afdeling Life Style, Leiden

³NCJ, Utrecht

⁴NSDSK, Amsterdam

e-mail: babette.diepeveen@tno.nl