



Abstracts EUSUHM-congres 2017

Online publieert: 11 September 2017
© Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V. 2017

Referentiecurves voor kniehoogte van kinderen met cerebrale parese in Vlaanderen

H. Allemon¹, F. Geeraerts², P. Prinzie³,
J. De Schepper⁴, M. Roelants⁵, E. Ortibus⁶¹Masteropleiding Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven, Leuven, België²Dominiek-Savio Instituut, Gits, België³Pedagogische Wetenschappen, Erasmus Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland⁴Pediatrie-Endocrinologie, UZ Brussel, Brussel, België⁵Omgeving en Gezondheid, Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven, Leuven, België⁶Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen, UZ Leuven, Leuven, België

Contact: heidelinde.allemon@student.kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Het opvolgen van de lineaire groei is belangrijk bij kinderen met cerebrale parese (CP), maar het meten van de lengte wordt bemoeilijkt door onder andere flexiecontracturen, scoliose, onwillekeurige motoriek, het onvermogen om recht te staan en een beperkt cognitief vermogen. Eerdere studies hebben aangetoond dat de kniehoogte een betrouwbaar en praktisch alternatief is voor het bepalen van de lengte bij kinderen met CP. Kinderen met CP zijn over het algemeen echter kleiner dan de norm en conditie-specifieke curven zijn slechts beperkt beschikbaar.

Het doel van deze studie is de ontwikkeling van referentiecurves voor kniehoogte bij Vlaamse kinderen en jong volwassenen met CP, waarbij rekening wordt gehouden met het geslacht, de leeftijd en het Gross Motor Function Classification System (GMFCS) niveau. Met de GMFCS wordt de ernst van de cerebrale parese beschreven naar functionele mogelijkheden van de persoon op het gebied van zichzelf verplaatsen. De indeling gebeurt in vijf niveaus (I tot V) op basis van informatie over het spontaan bewegen en activiteiten gerelateerd aan de leeftijd, waarbij niveau V overeenstemt met de grootste beperkingen.

Methode: Een multicentrische gemengd longitudinale studie van de kniehoogte bij 204 jongens en 128 meisjes met CP. De kniehoogte werd gemeten op drie tijdstippen met een interval van 6 maanden. Het type CP en GMFCS-niveau werden overgenomen uit de medische dossiers, achtergrondinformatie

werd verkregen via een vragenlijst voor de ouders. Groeicurven werden geschat door middel van de LMS-methode en het GAMLSS-pakket in R. Met deze methode wordt de referentiecurve samengevat aan de hand van de scheefheid (L), de mediaan (M) en de variatiecoëfficiënt (S).

Resultaten: In totaal werden bij 332 kinderen en jong volwassenen 799 kniemetingen uitgevoerd tussen 1,8–21,3 jaar (gemiddeld $12,5 \pm 4,7$ jaar). Het aantal metingen volgens GMFCS-niveau bedraagt: 111 (I), 228 (II), 125 (III), 147 (IV), en 188 (V). Wanneer de lichaamslengte wordt geschat aan de hand van de kniehoogte zijn kinderen met CP beduidend kleiner (gemiddelde z-score -4,2) en meer heterogeen (z-score SD 1,9) dan ‘gezonde’ (niet-CP) kinderen. Bovendien bleek uit een vooronderzoek dat dergelijke schattingen een relatief grote predictiefout hebben. Een analyse van de kniehoogte naar leeftijd toonde een normale verdeling en een min of meer constante variatiecoëfficiënt (jongens 83%; meisjes 8,1%). Een analyse van de z-scores toont echter ook een duidelijke en quasi lineaire gradiënt van de kniehoogte naargelang het GMFCS niveau. Op basis van deze informatie werden GMFCS-specifieke referentiecurven geschat, met een normale verdeling van de kniehoogte naar leeftijd, een gemeenschappelijke constante variatiecoëfficiënt (jongens 6,9%; meisjes 6,7%) en een mediaan die varieert naargelang de leeftijd en het GMFCS-niveau. De gemiddelde kniehoogte evolueert van ongeveer 20 cm op de leeftijd van 2 jaar tot 54 cm bij jongens en 49 cm bij meisjes op de leeftijd van 20 jaar. Het verschil tussen de mediaan van kinderen met opeenvolgende GMFCS scores bedraagt 3,2–4,5% (0,8–2,1 cm) naargelang de leeftijd bij jongens, en 2,5–3,6% (0,6–1,5 cm) bij meisjes.

Conclusie: De voorgestelde referentiecurves voor kniehoogte bieden een kader om de lineaire groei bij kinderen met CP te evalueren. Wij raden aan om deze referentiecurves te gebruiken voor het beoordeling van de groei van kinderen met CP in Vlaanderen.



Screenen voor amblyogene risicofactoren: ervaringen en resultaten 4 jaar na de introductie van het screeningsprogramma op de leeftijd van 12 en 14 maanden in Vlaanderen

K. Boelaert¹, A. Lameir¹, E. Deguffroy¹

¹Kind en Gezin, Brussel, België
Contact: kristel.boelaert@kindengezin.be

Achtergrond en doelstelling: Sinds 2013 krijgen alle kinderen die naar het consultatiebureau van Kind en Gezin komen op de leeftijd van 12 en 24 maanden een automatische refractietest (Plusoptix autorefractie) aangeboden. Met deze screeningstest is het de bedoeling oogafwijkingen, die kunnen leiden tot amblyopie, vroegtijdig op te sporen. De risicofactoren die opgespoord worden zijn hypermetropie, myopie, astigmatisme, anisometropie en pupildiameter afwijkingen (anisokorie). Door correctie van deze amblyogene factoren kan het ontstaan van amblyopie voorkomen worden.

Methode: De data van alle uitgevoerde screeningstests in de periode 2013–2016 en de resultaten van de verwijzingen werden verzameld en geanalyseerd naar doelbereik, verwijspercentage en reden van verwijzing.

Resultaten: Sinds het begin van de screening in 2013 tot 2016 werden 498.000 tests uitgevoerd. Het doelbereik steeg van 68% voor kinderen geboren in 2011 naar 84% voor kinderen geboren in 2013. Dit betekent dat de ogen van 84% van de kinderen in Vlaanderen geboren in 2013 minstens 1 maal getest zijn op amblyogene risicofactoren voor de leeftijd van 30 maanden.

Op basis van de criteria voor verwijzing (tab. 1) werd 7,9% van de kinderen getest op 12–15 maanden (geboortecohorte 2014), en 6,7% van kinderen getest op 24–30 maanden

(geboortecohorte 2013), verwezen voor verdere diagnostiek (tab. 2).

Risico voor astigmatisme was de belangrijkste reden voor verwijzing in beide leeftijdsgroepen (tab. 3). Voor slechts 30% van de verwijzingen werd een rapport van de follow-up onderzoeken bij de oogarts ontvangen. Analyse van deze rapporten toont dat in 71% amblyogene defecten bevestigd werden. Actieve behandeling werd gestart in 50% van de gevallen.

Conclusie: Het screeningsprogramma naar amblyogene defecten dat in 2013 startte op de consultatiebureaus van Kind en Gezin slaagt erin om meer dan 80% van alle kinderen te bereiken. Om te bepalen of het hoofddoel is bereikt, namelijk de incidentie van amblyopie verminderen, moeten de gegevens van dit programma en de gegevens van de visusscreening op schoolleeftijd gecombineerd en geanalyseerd worden. Op die manier kan nagegaan worden of de vroege behandeling van de risicofactoren resulteert in een vermindering van de incidentie van amblyopie.

Contraceptie voor vrouwelijke universiteitsstudenten

R. De Roy¹

¹Studentengezondheidscentrum, KU Leuven, Leuven, België
Contact: rikka.deroy@kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: De ontwikkeling en beschikbaarheid van nieuwere of verbeterde contraceptiva in de 21^e eeuw plaatst ons en onze patiënten voor uitdagende keuzes en nieuwe prioriteiten. Patiënten hebben nood aan begeleiding om een geïnformeerde keuze te maken, rekening houdende met veiligheid, betrouwbaarheid, comfort en kostprijs. Artsen dienen te beschikken over maximale kennis en vaardigheden

Tabel 1 Criteria voor verwijzing na test met Plusoptix, volgens leeftijd van testafname en op te sporen amblyogene risicofactor

Leeftijd in maanden	Anisometropie	Astigmatisme Tot okt '15	Myopie		Hypermetropie	Anisokorie
			Tot okt '15	Na okt '15		
5–23	≥1,5D	≥2,0D	≥3,0D	≥4,0D	≥4,0D	>1,0
23–50	≥1,5D	≥2,0D	≥2,5D	≥4,0D	≥4,0D	>1,0

Tabel 2 Proporties van verwijzing na test met Plusoptix, voor beide testmomenten apart, voor respectievelijk de geboortecohorte 2014 en 2013

	Test op 12–15 maanden °2014		Test op 24–30 maanden °2013	
	Pass	Refer	Pass	Refer
Som:	50.955	92,1 %	4.381	7,9 %
			43.789	93,3 %
			3.135	6,7 %

^a Kinderen woonachtig in Vlaams Gewest op 31–12-2016, en kinderen overleden voor de leeftijd van 36 maand niet meegeteld.

Tabel 3 Proporties verwijzing na test met Plusoptix, volgens meetmoment en amblyogene risicofactor^a

	Test op 12-15 maanden °2014	Test op 24-30 maanden °2013
Astigmatisme	36,0 %	43,3 %
Anisometropie	14,3 %	18,2 %
Hypermetropie	6,8 %	8,8 %
Myopie	1,4 %	1,7 %
Anisokorie	0,8 %	1,3 %

^a Kinderen woonachtig in Vlaams Gewest op 31–12-2016, en kinderen overleden voor de leeftijd van 36 maand niet meegeteld.

betreffende alle mogelijke alternatieven en moeten grondig de kennis, bezorgdheden en verwachtingen van hun patiënten beoordelen, om samen de beste keuze te maken.

Methode: Het betreft een literatuuronderzoek van enerzijds evidence-based informatie in verband met veiligheid, betrouwbaarheid en nevenwerkingen van verschillende contraceptiva en anderzijds van doorslaggevende patiëntenvoorkeuren.

Resultaten: Reeds langer bestaande kennis over veiligheid van hormonale contraceptie wordt overtuigend bevestigd in recent en lopend onderzoek, terwijl subjectieve nevenwerkingen moeilijker te bewijzen blijken en onderwerp voor discussie blijven. Voor gezonde vrouwen zonder risicofactoren blijft hormonale contraceptie een uitstekende keuze, waarbij de precieze methode vooral bepaald wordt door persoonlijke voorkeuren als kostprijs, zichtbaarheid, cycluscontrole en therapietrouw. We stellen een verschuiving vast van de traditionele combinatiepil naar omkeerbare middellange- of lange-termijnmethoden onder controle van de gebruikster of de arts.

Conclusie: Een rijk gamma van verschillende contraceptiemethoden is een aanwinst voor de moderne gezondheidszorg. Dit vereist echter grondige kennis bij de zorgverstreker voor wat betreft verschillende methoden en patiëntenvoorkeuren, alsook bijzondere vaardigheden om een specifieke methode te demonstreren of toe te passen.

Primaire taalontwikkelingsstoornissen zijn geassocieerd met risicofactoren van moeder en gezin

F. B. Diepeveen¹, P. van Dommelen¹,
A. M. Oudsluys-Murphy², P. H. Verkerk¹

¹Child Health, TNO, Leiden, Nederland

²Willem-Alexander kinderziekenhuis, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland
Contact: babettediepeveen@hotmail.com

Achtergrond en doelstelling: Met in de literatuur genoemde prevalenties van 2 tot 12% is een taalontwikkelingsstoornis (TOS) één van de meest voorkomende ontwikkelingsstoornissen. De literatuur over risicofactoren samenhangend met TOS is echter beperkt en inconsistent. Deze studie had als doel deze risicofactoren te identificeren.

Methode: Wij gebruikten gegevens uit de PreT studie (= studie naar Predictie model voor Taalontwikkelingsstoornissen). Bij deze nested case-control studie waren de cases leerlingen van een Speciaal Onderwijs school cluster 2 (=school voor kinderen met Ernstige Spraaktaal Moeilijkheden). Vanwege de strenge en uitgebreide onderzoeksprocedure voor plaatsing op deze scholen konden wij ervan uitgaan dat kinderen op deze scholen voldeden aan de internationaal gebruikte criteria voor TOS. Cases werden op leeftijd en geslacht gematcht met controle kinderen die op het regulier basisonderwijs zaten in dezelfde regio. Van alle kinderen in deze studiepopulatie werden het Jeugdgezondheidszorg (JGZ) dossier opgezocht en de perinatale gegevens, zoals over zwangerschap, geboorte, APGAR-score, en gegevens over moeder en gezin verzameld. Bijzonder aan deze studie was dat de gebruikte gegevens uit het JGZ-dossier waren vastgelegd direct na de geboorte en voor de diagnose TOS bekend was.

Resultaten: Van 253 paren kinderen met en zonder TOS konden de gegevens worden gebruikt en geanalyseerd. Hieruit bleek dat kinderen met TOS jongere moeders hadden dan de kinderen uit de controlegroep (gemiddelde leeftijd 30 jaar 9 maand versus gemiddelde leeftijd 31 jaar 9 maand) ($p=0,02$). Kinderen met TOS kregen minder vaak borstvoeding direct na de geboorte (55% versus 71%) ($p=0,0007$) en waren minder

vaak de eerstgeborenen binnen een gezin (33% versus 46%) ($p=0,002$). Bij geen van de andere onderzochte risicofactoren werd een statistisch significant verschil gevonden tussen de twee groepen.

Conclusie: Er werd een relatie gevonden tussen TOS en de leeftijd van de moeder, het krijgen van borstvoeding direct na de geboorte en plaats in de kinderrij. Helaas beschikten we niet over betrouwbare gegevens over de sociaaleconomische status. Dit kan de uitkomsten hebben beïnvloed. Perinatale risicofactoren lijken niet duidelijk geassocieerd te zijn met TOS [1].

Literatuur

1. Diepeveen FB, van Dommelen P, Oudsluys-Murphy AM, Verkerk PH. Specific language impairment is associated with maternal and family factors. *Child Care Health Dev.* 2017;43,3: 401-5. doi.wiley.com/10.1111/cch.12451

Afspraakherinnering in de consultatiebureaus van Kind en Gezin: SMS-herinnering als best practice voor kwetsbare ouders

R. Eggermont¹

¹Kind en Gezin, Brussel, België

Contact: rita.eggermont@kindengezin.be

Achtergrond en doelstelling: Vruchteloze afspraken zijn een welbekend probleem dat een hypotheek legt op de efficiëntie en kostprijs van onze jeugdgezondheidszorg diensten. Dit heeft ook gevolgen voor de inhoudelijke doelstellingen zoals het bereik en de tijdigheid van screeningtests, vaccinaties of een minder adequate opvolging van groei en ontwikkeling. Wij onderzochten in hoeverre het zenden van reminders effect heeft op het doelgroep bereik.

Methode: Om het aantal *no show* contacten te verminderen werd in het Geïntegreerd elektronisch kinddossier van Kind en Gezin ingebouwd dat ouders voorafgaand aan een afspraak volgens een vooraf ingesteld tijdschema een e-mail én SMS-herinnering kregen. Onder druk van besparingen moest de SMS-herinnering beperkt worden en werd gekozen voor de consulten met het grootste tussenliggend tijdsinterval (namelijk de consulten bij 24 en 30 maanden) én met het laagste doelgroep bereik, in de hoop voor die contacten een maximaal effect te bereiken.

Resultaten: Sinds de introductie van de afspraakherinnering in april 2012 steeg het doelgroepbereik voor het consult van 30 maanden van 37,6% tot 60,1% en voor kansarme gezinnen van 28,5% naar 44,6%. In beide doelgroepen werd het consult bij 8 weken het contact met het hoogste bereik, terwijl van tevoren het consult bij 16 weken het hoogste bereik had (tab. 1). In dit 8 weken consult wordt gestart met de vaccinaties, wat een impact had op de inhoudelijke doelstelling om meer kinderen tijdig te laten starten met hun vaccinaties.

Bij evaluatie bleek dat nogal wat kansarme gezinnen niet over internet beschikken of geen e-mail gebruiken. Voor deze groep bestaat al langer de vraag om voor alle contacten een SMS-herinnering te kunnen sturen daar de meeste ouders wel over een telefoon beschikken.

Conclusie: Door het zenden van reminders voor consulten kan het bereik van de doelgroep worden verhoogd. Sinds juni 2015 is het mogelijk voor ouders om zelf online een afspraak te maken of te wijzigen. Vanaf september 2017 wordt de bijhorende APP voor smartphone in productie genomen. Ouders die een online account hebben krijgen hun afspraakherinneringen nu via de APP en kunnen hun afspraken opslaan in hun persoon-

Tabel 1 Evolutie van het doelgroep bereik in consultatiebureaus van Kind en Gezin tussen de start van e-mail en/of SMS-herinnering (13/02/2012) en 31/12/2016, volgens leeftijd van contact, voor de totale populatie en voor kansarme gezinnen apart

Vlaams Gewest		Totale populatie		Kansarme gezinnen		Evolutie	
		29/02/2012 Start reminders 13/04/12	31/12/16	29/02/12	31/12/16	Totale populatie (2012–2016)	Kansarmen (2012–2016)
Email herinnering	Cons 1 maand	60,4%	70,1%	53,5%	64,9%	9,7%	11,4%
	Cons 2 maand	79,2%	83,8%	77,7%	80,8%	4,6%	3,1%
	Cons 3 maand	75,4%	80,7%	71,1%	74,9%	5,3%	3,7%
	Cons 4 maand	80,4%	82,5%	79,3%	78,0%	2,1%	-1,3%
	Cons 6 maand	74,0%	76,2%	68,3%	68,0%	2,2%	-0,2%
	Cons 9 maand	70,9%	76,1%	61,3%	67,0%	5,2%	5,7%
	Cons 12 maand	76,4%	82,0%	73,9%	79,3%	5,6%	5,4%
	Cons 15 maand	75,0%	81,8%	73,0%	79,4%	6,8%	6,4%
SMS	Cons 24 maand	54,9%	74,0%	45,8%	61,9%	19,1%	16,1%
	Cons 30 maand	37,6%	60,1%	28,5%	44,6%	22,5%	16,1%
Doelbereikverval (max-min)		42,8%	23,7%	49,2%	36,2%		

lijke agenda. Hierbij komt het grootste deel van het SMS-budget dat voorzien was voor de herinneringen aan de gehele populatie vrij en kan dit nu gebruikt worden voor SMS-herinneringen aan dat deel van de populatie dat niet beschikt over, of geen gebruik maakt van, internet.

Het preventieve gezondheidsonderzoek voor eerstejaars universiteitsstudenten

S. De Grooff¹

¹Studentengezondheidscentrum, KU Leuven, Leuven, België
Contact: suzanne.degrooff@kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Het eerstejaarsonderzoek is een preventief onderzoek van universiteitsstudenten dat al enkele decennia wordt georganiseerd door de Katholieke Universiteit Leuven. Dit onderzoek omvat controle van de vaccinaties, een uitgebreide psychologische screening en een kort klinisch onderzoek (hart, longen, neus-keel-oor en borst/testisonderzoek). De proportie eerstejaarsstudenten die ingaat op deze uitnodiging daalde van nagenoeg 100% in de jaren '80 van vorige eeuw, tot 45% vorig jaar. Alhoewel dit onderzoek kosteloos is, wordt een grote groep studenten dus niet (langer) bereikt. Daarom wilden we onderzoeken hoe dit kan verbeterd worden.

In het onderzoek werd gepeild naar de mening van studenten over het eerstejaarsonderzoek. We trachtten eerst in kaart te brengen waarom studenten niet ingaan op de uitnodiging. Vervolgens onderzochten we hoe we het eerstejaarsonderzoek kunnen aanpassen om de participatiegraad te verhogen.

Methode: Het onderzoek werd gevoerd aan de hand van twee kwantitatieve vragenlijsten, respectievelijk voor studenten die deelnamen aan het eerstejaarsonderzoek en studenten die niet wensten deel te nemen.

Resultaten: In totaal werden 300 vragenlijsten verzameld, gelijk verdeeld over beide groepen (deelnemers versus niet-deelnemers aan het eerstejaarsonderzoek). Uit de resultaten blijkt dat alle bevroegde studenten zeer tevreden zijn over het idee van het eerstejaarsonderzoek op zich, maar een persoonlijke check-up niet altijd noodzakelijk vinden.

Conclusie: Het voorstel om het eerstejaarsonderzoek aan te passen tot een meer toegankelijke vorm wordt door de meeste studenten goed onthaald.

Impact van de oogscreening op peuterleeftijd op de visusscreening bij kleuters: een analyse aan de hand van elektronisch geregistreerde CLB-data in Vlaanderen sinds 2011

C. Guérin¹, K. Van Hoeck¹, M. De Keyser¹, K. Hoppenbrouwers^{1,2}

¹Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Leuven, België

²Omgeving en Gezondheid, Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven, Leuven België
Contact: cecile.guerin@vwwj.be

Achtergrond en doelstelling: Sinds de implementatie van de standaard Visus in Vlaanderen (2003) sporen de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) amblyopie en amblyogene factoren systematisch op bij alle kinderen vanaf de start van hun schoolloopbaan. Sinds 2010 werd een geautomatiseerde oogscreening (Eye Screener van PlusoptiX) op voorschoolse leeftijd (12 en 24 maanden) progressief geïmplementeerd door Kind en Gezin. Doel van het onderzoek is na te gaan of deze vroegtijdige oogscreening geleid heeft tot een grotere proportie kinderen met een gekende oogafwijking, wanneer zij zich op de leeftijd van 3 jaar aanbieden voor het eerste CLB-onderzoek.

Methode: De data met betrekking tot de gezichtsscherpte (beschikbaar in het elektronisch leerlingendossier) van de vrijwel volledige geboortecohorten voor de periode 2011–2016 werden geanalyseerd. Het voornaamste uitgangspunt was het in kaart brengen van evoluties in de tijd sinds de implementatie van de oogscreening op voorschoolse leeftijd, met speciale aandacht voor de proporties 3-jarigen met een gekende oogafwijking en/of een visuele correctie (inclusief afgeplakt oog).

Resultaten: Bij 3-jarigen (eerste kleuterklas) is er tussen 2011 en 2016 bij het CLB-onderzoek een opvallende progressieve stijging te noteren, enerzijds van de proportie kinderen met een bevestigde oogafwijking (van 2,8% naar 4,4%), en

anderzijds van kinderen die op dat ogenblik reeds een visuele correctie hebben gekregen (van 1,9% naar 3,7%). Overeenkomstig hiermee daalt in dezelfde periode de proportie kinderen bij wie een oogafwijking voor het eerst werd opgespoord naar aanleiding van de CLB-visusscreening op de leeftijd van 3 jaar (van 3,5% naar 3,0%), net als de proportie kinderen die voor het eerst een bril kregen tussen de leeftijd van 3 en 4 jaar (van 2,8% naar 2,7%) (dat wil zeggen tussen het eerste en tweede CLB-consult).

Globaal genomen zijn de proporties 4-jarigen (registratiegegevens van CLB-onderzoek in de tweede kleuterklas voor de periode 2011-2016) met een bevestigde oogafwijking gestegen van 6,3% naar 7,4%, en met een visuele correctie van 4,7% naar 6,4%.

Conclusie: Sinds de implementatie van de vroegtijdige oogscreening op de leeftijd van 12 en 24 maanden is de proportie van 3-jarigen die reeds een visuele correctie heeft op het tijdstip van het eerste CLB-onderzoek op 5 jaar tijd verdubbeld. Hierbij aansluitend wordt een relatieve daling vastgesteld van de proportie kleuters bij wie in eerste CLB-onderzoek voor het eerst een oogafwijking wordt gevonden.

De relatief kleinere bijdrage van het CLB bij de opsporing van leerlingen met amblyopie en amblyogene factoren bij de start van hun schoolloopbaan sluit dus nauw aan bij de invoering van de oogscreening op voorschoolse leeftijd. De systematische en uniforme elektronische registratie van CLB-data maakt de impact van vroegtijdige oogscreening op voorschoolse leeftijd in Vlaanderen voor het eerst zichtbaar op populatieniveau. De geplande elektronische dataoverdracht tussen Kind en Gezin en CLB zal het in de toekomst mogelijk maken om fijnere analyses uit te voeren en verschillen tussen de groepen van al dan niet gescreende kinderen in kaart te brengen.

Ondersteuning/Dankwoord: Deze studie is uitgevoerd met de steun van de Vlaamse Gemeenschap.

Preliminare resultaten op populatieniveau van het nieuwe gehoorscreeningsprogramma met een geautomatiseerde spraak-in-ruis test (SPIN-test) in de CLB in Vlaanderen

C. Guérin¹, K. Van Hoeck¹, S. Denys², A. Van Wieringen², J. Wouters², M. De Keyser¹, K. Hoppenbrouwers³

¹Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Leuven, België

²Onderzoeksgroep Experimentele ORL, KU Leuven, Leuven, België

³Omgeving en Gezondheid, Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven, Leuven, België
Contact: cecile.guerin@vwwj.be

Achtergrond en doelstelling: Volgens de nieuwe richtlijnen voor gehoorscreening in de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) in Vlaanderen wordt een gehooronderzoek met een nieuwe test, de zogenaamde SPIN (*speech-in-noise*)-test, systematisch afgenomen bij alle leerlingen van het 5e leerjaar van het lager onderwijs (10-jarigen) en het 3e jaar van het secundair onderwijs (14-jarigen). Dit onderzoek is gericht op de vroegtijdige detectie van lawaaischade, en bestaat uit een geautomatiseerde en erg gebruiksvriendelijke zelftest op tablet die het spraak-verstaan in rumoer onderzoekt. In deze bijdrage worden de eerste resultaten op populatieniveau sinds de implementatie van dit nieuwe screeningsprogramma in Vlaanderen (2016) voorgesteld.

Methode: Op basis van de elektronisch geregistreerde data van het schooljaar 2016-2017 werden bij twee leeftijdscohor-

ten (van 10- en 14-jarigen) de participatiegraad, de proportie van leerlingen met een onbetrouwbaar testresultaat en de verwijspercentages bepaald. De leeftijdsspecifieke criteria voor verwijzing ('Fail' op de test) werden vastgelegd op $\leq -6,5$ dB Signal-to-Noise Ratio (SNR) (10-jarigen) en $\leq -8,3$ dB SNR (14-jarigen).

Resultaten: Voor de periode van 1/10/2016 tot 30/6/2017 werden 132.999 gehoormetingen geregistreerd bij 69.019 10-jarigen en 63.980 14-jarigen. Er werd een hoge intra-subject betrouwbaarheid van 0,6 dB gevonden. Bij respectievelijk 4,5 en 1,9% van de leerlingen kon geen betrouwbaar screeningsresultaat bekomen worden, vermoedelijk door een tekort aan aandacht of het niet verstaan van de instructies. Bij toepassing van de hogervermelde verwijscriteria (de onbetrouwbare resultaten niet meegerekend) werden respectievelijk 2,5% en 4,2% van de leerlingen doorverwezen naar een neus-keel-oor-specialist voor verder onderzoek.

Conclusie: Bij de oudere leeftijdsgroep wordt een opvallend hoger verwijspercentage vastgesteld. Of dit het gevolg is van een stijging van de prevalentie van lawaai-geïnduceerd gehoorverlies met de leeftijd (samen met de toenemende blootstelling aan lawaai) zal verder moeten aangetoond worden. Longitudinale analyses van elektronische geregistreerde testuitslagen zullen de opvolging van het gehoor met de leeftijd op individueel niveau mogelijk maken, alsook van evoluties van het gehoor van jongeren op populatieniveau.

Ondersteuning/Dankwoord: Deze studie is uitgevoerd met de steun van de Vlaamse Gemeenschap.

GroeiApp-berichten, een innovatieve manier van preventieve voorlichting aan ouders met jonge kinderen?

B. I. Huisden-Nijdam¹, C. Verhagen¹, J. H. Jansen¹, A. Kesler-Koppe¹

¹GGD Amsterdam, Nederland

Contact: bhuisden@ggd.amsterdam.nl

Achtergrond en doelstelling: De modernisering en flexibilisering van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (JGZ) vraagt om nieuwe manieren van preventieve voorlichting. De GGD Amsterdam gebruikt de GroeiApp om ouders voorlichting op maat te geven. In deze studie onderzoeken wij het gebruik van de GroeiApp en de kennis en het gedrag over JGZ-onderwerpen bij ouders die de GroeiApp wel en niet gebruiken.

Methode: In een dwarsdoorsnede onderzoek (oktober-december 2015) vulden 799 ouders uit Amsterdam-Amstelland, voorafgaande aan het 11 maanden consult van hun kind, een vragenlijst in over het gebruik van de GroeiApp en over kennis en gedrag met betrekking tot gebitsverzorging, vitamine D, traphekjes, wiegendood en spraak-taalstimulering.

Resultaten: Van de respondenten gebruikt 27% de GroeiApp; hiervan leest 73% de informatieve berichten en daarvan vindt 46% dat de berichten bijdragen aan het maken van gezonde keuzes voor hun kind. GroeiApp-gebruikers hebben vaker dan niet-gebruikers voldoende kennis over gebitsverzorging (58% versus 43%), vitamine D (88% versus 78%), wiegendood (72% versus 60%) en traphekjes (96% versus 89%). Wanneer rekening wordt gehouden met achtergrondkenmerken worden verschillen tussen GroeiApp-gebruikers en niet-gebruikers kleiner maar blijven significant, behalve voor wiegendood. Ook voor het gewenste gedrag vonden we hogere percentages onder GroeiApp-gebruikers. Verschillen tussen GroeiApp-gebruikers en niet-gebruikers voor het 'dagelijks tanden poetsen met fluoride' (83% versus 62%) en 'dagelijks vitamine D gebruik' (83% versus 72%) bleven ook na correctie voor achtergrondkenmerken significant.

Conclusie: Kennis en preventief gedrag van ouders die de GroeiApp gebruiken voldoen vaker aan JGZ-richtlijnen dan kennis en preventief gedrag van ouders die de GroeiApp niet gebruiken. Lacunes in kennis en gedrag onder beide groepen ouders onderstrepen het belang van verder onderzoek om de voorlichting aan ouders te verbeteren. De rol van de GroeiApp in relatie tot het verbeteren van de voorlichting dient verder onderzocht te worden.

De aandachtfunctionaris kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg

A. A. J. Konijnendijk¹, M. M. Boere-Boonekamp¹,
A. H. Kaya¹, M. E. Haasnoot², A. Need³

¹ Vakgroep Health Technology and Services Research, Institute of Innovation and Governance Studies, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

² Afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Twente, Enschede, Nederland

³ Afdeling Public Administration, Institute of Innovation and Governance Studies, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

Contact: a.a.j.konijnendijk@utwente.nl

Achtergrond en doelstelling: Sinds de implementatie van de richtlijn Kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in 2010 beschikken vrijwel alle JGZ-organisaties in Nederland over één of meerdere aandachtfunctionarissen kindermishandeling. De richtlijn adviseert namelijk dat JGZ-professionals bij een vermoeden van kindermishandeling een deskundige collega, oftewel aandachtfunctionaris, consulteren over óf en hoe te handelen. Het doel van dit onderzoek was om na te gaan of JGZ-professionals deze richtlijnaanbeveling opvolgen en of er een verband bestaat tussen de mate van consultatie van de aandachtfunctionaris en de mate van uitvoeren van zes andere richtlijnaanbevelingen.

Methode: Er vond een dwarsdoorsnedeonderzoek plaats onder JGZ-professionals van 17 JGZ-organisaties verspreid over het land in de periode mei en juni 2013. In totaal werden 1058 JGZ-professionals uitgenodigd om deel te nemen. De vragenlijst bevatte vragen over de mate waarin zij de aandachtfunctionaris hadden geconsulteerd in de afgelopen 12 maanden, en over kenmerken van de aandachtfunctionaris, de professional en de organisatiecontext. Er werden bivariate en multivariate analyses uitgevoerd.

Resultaten: De vragenlijsten van 154 professionals werden bruikbaar voor analyse (respons 14,6%). Bijna de helft van de respondenten (46,8%) gaf aan de aandachtfunctionaris (bijna) altijd geconsulteerd te hebben wanneer zij kindermishandeling vermoedden. Professionals die minder geneigd waren de aandachtfunctionaris te vergeten ($p=0,001$), die beter wisten wat consultatie van de aandachtfunctionaris inhoudt ($p=0,002$), die een positievere houding en opvatting hadden over de aandachtfunctionaris ($p=0,011$), en meer gevoelig waren voor het gedrag ($p=0,001$) en de verwachtingen/meningen van hun collega's over consultatie ($p=0,025$), raadpleegden de aandachtfunctionaris vaker bij een vermoeden van kindermishandeling. Verder werd een positief verband gevonden tussen de mate van consultatie van de aandachtfunctionaris en twee van de zes andere richtlijnaanbevelingen, namelijk consultatie van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK; thans Veilig Thuis), en het na inzet van hulp of een melding bij het AMK monitoren hoe de hulpverlening verloopt.

Conclusie: Dit onderzoek stelde vast dat de aandachtfunctionaris kindermishandeling in de periode 2012-2013 niet altijd werd geconsulteerd door JGZ-professionals bij een vermoeden

van kindermishandeling. Het niet consulteren lijkt vooral te worden verklaard door kenmerken van de JGZ-professional zelf. Om consultatie van de aandachtfunctionaris te stimuleren moet de focus liggen op: het vergroten van de bekendheid van de aandachtfunctionaris bij de JGZ-professionals; het vergroten van de sociale invloed, bijvoorbeeld door de inzet van ambassadeurs die de aandachtfunctionaris positief uitdragen; en het voorkomen dat professionals de aandachtfunctionaris vergeten, bijvoorbeeld door het gebruik van reminders in het digitaal dossier.

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek vond plaats binnen de Academische Werkplaats Jeugd Twente en werd gefinancierd door ZonMw.

Peiling Veilig Slapen: de prevalentie van risicofactoren voor wiegedood in Nederland in 2017

A. A. J. Konijnendijk¹, M. M. Boere-Boonekamp¹,
A. C. Engelberts², M. P. L'Hoir³

¹ Vakgroep Health Technology and Services Research, Institute of Innovation and Governance Studies, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

² Zuyderland Medical Centre, Sittard, Nederland

³ GGD Noord- en Oost-Gelderland, Warnsveld, Nederland
Contact: a.a.j.konijnendijk@utwente.nl

Achtergrond en doelstelling: In Nederland overleden sinds 2011 per jaar 10-15 zuigelingen plotseling en onverwacht zonder dat een verklaring voor het overlijden werd gevonden (wiegedood, of SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*) in de *International Classification of Diseases* (ICD-10)). Deze lage incidentie kan ertoe leiden dat de aandacht voor dit onderwerp afneemt en ouders zich minder bewust zijn van gedrag waarvan bekend is dat het het risico op wiegedood verhoogt, zoals 'niet op de rug te slapen leggen' en 'samen met hun zuigeling in het ouderlijk bed slapen'. Daarnaast zien we in de loop van de tijd nieuwe potentieel risicovolle gedragingen ontstaan, zoals het gebruik van een stabilisatiekussen of slaapwikkeltje in bed. Het doel van dit onderzoek was om de prevalentie van risicofactoren voor wiegedood vast te stellen bij ouders in Nederland.

Methode: Er vond een dwarsdoorsnede-onderzoek plaats onder ouders van kinderen van 0 tot 12 maanden in de periode februari tot en met mei 2017. In totaal werden 9000 flyers verspreid met een uitnodiging om een online vragenlijst in te vullen onder ouders die 139 consultatiebureaus (CB) bezochten verspreid over het land. De vragenlijst bevatte 52 vragen. Om de deelname van ouders met een lage sociaaleconomische status (SES) te verhogen, namen onderzoeksassistenten op 21 CB-locaties in lage SES wijken vragenlijsten af.

Resultaten: We presenteren hier de voorlopige resultaten, verzameld in de periode februari tot en met april 2017, over het gedrag van ouders rond slaaphouding en slaapplek. Er werden 920 volledig ingevulde en bruikbare vragenlijsten ontvangen. De respondentengroep bleek representatief voor de Nederlandse populatie voor wat betreft geslacht en rangorde van het kind en opleidingsniveau van de ouders; ouders met een migratieachtergrond waren echter ondervertegenwoordigd (moeders: 15% in de steekproef versus 30% landelijk; vaders: 16% in de steekproef versus 26% landelijk). Van de respondenten gaf 74,8% (95%-BI: 72,0-77,6%) aan de richtlijnadvies met betrekking tot de slaaphouding, namelijk altijd op de rug te slapen leggen, na te leven. Dit percentage verschilde niet significant tussen verschillende leeftijdsgroepen (range: 69,5% tot 83,4%). In totaal noemden 218 ouders 21 redenen voor het niet opvolgen van de adviezen over slaaphouding, met als top

3: beter slapen van de zuigeling, voorkeurshouding, en reflux. Verder gaf 95,9% (95%-BI: 94,6%-96,9%) aan het advies op te volgen om niet samen met hun zuigeling in het ouderlijk bed te slapen. Ook hier verschilde het percentage niet significant tussen leeftijdsgroepen (range: 94,8% tot 97,7%). Voor het samen slapen in het ouderlijk bed werden door 37 ouders in totaal 14 redenen genoemd, met als top 3: gemak borstvoeding, beter slapen van de zuigeling, en beter slapen van de ouder.

Conclusie: De uitkomsten van deze peiling geven aanwijzingen voor de risicofactoren waarop de preventie van wiegendood zich in Nederland moet richten. De uitkomsten maken het verder mogelijk preventiestrategieën te kiezen die aansluiten bij de beweegredenen van ouders om af te wijken van richtlijnadviezen.

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek werd gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Evaluatie van de ketenaanpak overgewicht bij kinderen in 's-Hertogenbosch; studie-design

S. A. A. de Laat^{1,2}, M. A. M. Jacobs^{2,3}, E. G. van Mil⁴, L. A. M. Goor²

¹Jeugdgezondheidszorg, GGD Hart voor Brabant, Nederland

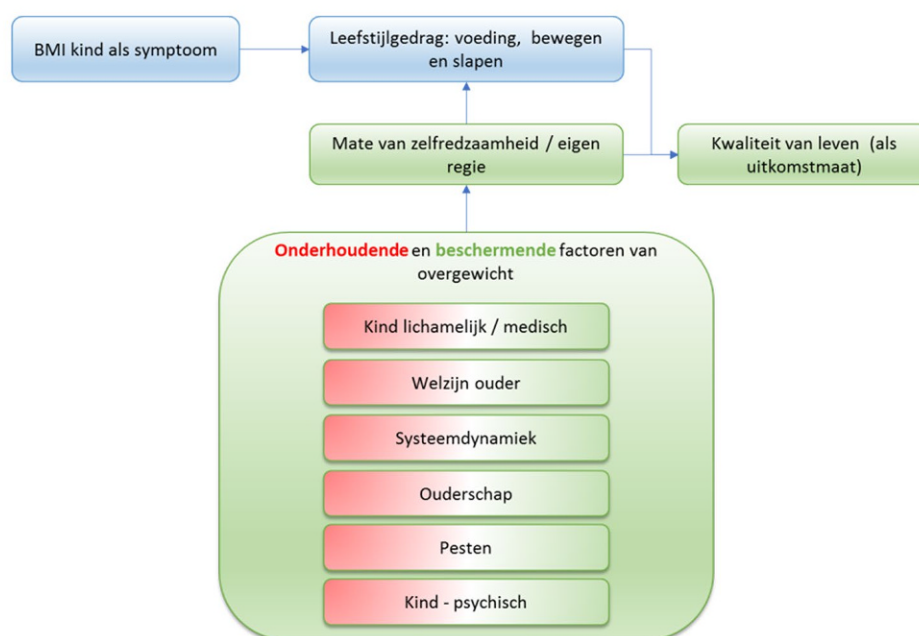
²Tranzo, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University, Nederland

³Team onderzoek, GGD Hart voor Brabant, Nederland

⁴Kindergeneeskunde, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Nederland
Contact: s.de.laat@ggdhvb.nl

Achtergrond en doelstelling: De zorg voor kinderen met overgewicht is niet zo goed op elkaar afgestemd. In 's-Hertogenbosch is een vernieuwende preventieve ketenaanpak voor kinderen met overgewicht ontwikkeld (zie figuur 1) en deze wordt geïmplementeerd in drie wijken. Deze nieuwe aanpak benadrukt het versterken van de zelfredzaamheid van het gezin en is gebaseerd op *stepped and matched care* principes. Jeugdverpleegkundigen spelen een centrale rol in het lokale, multidisciplinaire netwerk. Zij nemen een brede anamnese af,

Figuur 1 Vernieuwde visie op aanpak overgewicht kinderen, gebaseerd op het boek 'Obesitas en overgewicht bij kinderen, verder kijken dan de kilo's.' van [1]



waarbij verder wordt gekeken dan de kilo's en onderhoudende en beschermende factoren van overgewicht worden besproken. Samen met ouders wordt een plan van aanpak opgesteld. In een promotieonderzoek evalueren we de implementatie, het proces en de effectiviteit van de ketenaanpak, waarbij specifiek wordt gekeken naar de centraal verbindende rol van de jeugdverpleegkundige.

Methodes: De implementatie van de ketenaanpak overgewicht bij kinderen wordt geëvalueerd door middel van interviews met professionals en ouders van 4- tot 12-jarige kinderen met overgewicht die deelnemen in de ketenaanpak. Met de interviews achterhalen we in hoeverre de essentiële aspecten van de nieuwe aanpak door de jeugdverpleegkundigen worden toegepast. Ook kijken we welke factoren (zoals bijvoorbeeld kennis en ervaring van de professional) hierop van invloed zijn. Daarnaast evalueren we de effectiviteit van de ketenaanpak. Gedurende één jaar begeleiding door de jeugdgezondheidszorg (JGZ) worden 120 kinderen met overgewicht in 's-Hertogenbosch vergeleken met 60 kinderen van buiten 's-Hertogenbosch die de gangbare zorg ontvangen. De ouders van deze kinderen vullen bij de intake, na 3 maanden en na 1 jaar een digitale vragenlijst in. De belangrijkste uitkomstmaten van het effectonderzoek zijn kwaliteit van leven van het kind, BMI-SDS, psychosociale problemen van het kind en zelfredzaamheid van de ouders.

Conclusie: Integrale zorg (een ketenaanpak waarbij zorg goed op elkaar is afgestemd en op elkaar aansluit) bij overgewicht staat hoog op de agenda van veel gemeentes in Nederland. Er wordt verwacht dat de ketenaanpak overgewicht in 's-Hertogenbosch positieve effecten heeft voor kinderen met overgewicht, hun ouders en de professionals. Dit onderzoek geeft inzicht in de implementatie, het proces en de effectiviteit van de ketenaanpak overgewicht en de sleutelrol die de jeugdverpleegkundige in deze ketenaanpak speelt. De resultaten zijn bruikbaar voor andere gemeentes om een succesvolle ketenaanpak te realiseren.

Literatuur

1. Van Mil EG, Struik A. Overgewicht en obesitas bij kinderen. 1e druk. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015.

Het Capaciteitenprofiel: overbrugging tussen beperkingen en participatie van kinderen met speciale zorg

A. F. Ligtenstein-Teuns¹ N. Zijlstra-Remon¹,
A. Meester-Delver²

¹GGD Amsterdam, Nederland

²Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland

Contact: aligtenstein@ggd.amsterdam.nl

Achtergrond en doelstelling: In Nederland is de grond waarop leerlingen al dan niet toegelaten worden tot het speciaal onderwijs niet altijd duidelijk. Ook wanneer ze regulier onderwijs volgen is hun extra zorgbehoefte niet altijd goed in kaart gebracht. Het kan daarom zijn dat kinderen in het regulier onderwijs met een extra zorgbehoefte deze zorg niet, (te) laat of onvoldoende krijgen of dat ze niet de meest passende school voor speciaal onderwijs bezoeken. Wij hebben als doel te onderzoeken of het Capaciteitenprofiel (CAP) [1] keuze voor de juiste school en extra zorg kan ondersteunen.

Methode: Het CAP is een gestandaardiseerde methode, gebaseerd op het ICF-CY, om extra zorg te classificeren bij beperkingen in vijf domeinen van lichamelijke functies: fysieke belastbaarheid, motorisch functioneren, zintuigelijk functioneren, mentaal functioneren (cognitieve mogelijkheden en contactuele eigenschappen) en stem- en spraakfuncties bij kinderen tussen 3 en 18 jaar. De mate van zorg in elk domein is gedefinieerd van 0 (gebruikelijke zorg voor de leeftijd) tot 5 (volledige zorg nodig bij elke activiteit). Het CAP geeft voor het individuele kind een beeld van de zwaarte van de extra zorg in elk van de vijf domeinen apart, dus los van de extra zorg in de

andere domeinen (<http://capconsult.nl>). Het is gebleken, dat het CAP stabiel is in de tijd bij stabiele aandoeningen. Inmiddels is het CAP afgenomen bij 40 kinderen op een school voor speciaal onderwijs en bij 19 kinderen in een team van vroeghulp.

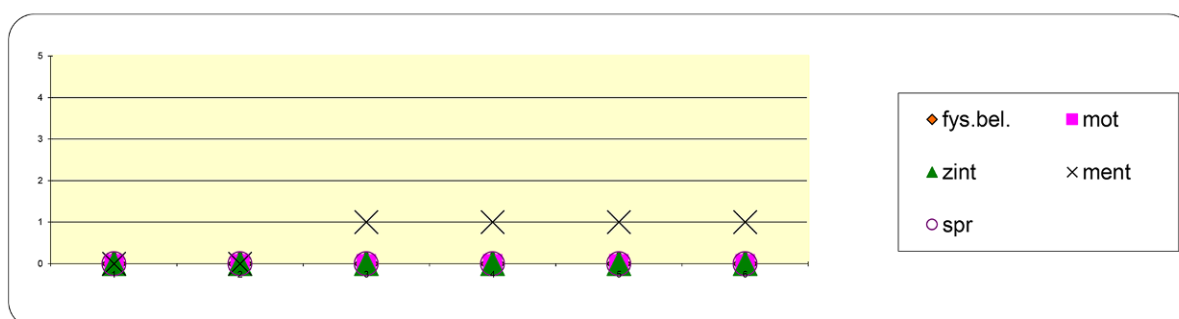
Resultaten: Bij de 40 onderzochte kinderen op de school voor speciaal onderwijs waarbij een CAP was vastgesteld, bleek in alle domeinen bij een waarde van drie of meer een indicatie te zijn gegeven voor speciaal onderwijs. Stem en spraak zijn in dit algoritme niet meegenomen. Verdere validatie van dit algoritme is momenteel onderwerp van onderzoek.

In de groep van 19 kinderen in het vroeghulpteam kregen 6 kinderen advies Basis Onderwijs (BAO) en 13 kinderen advies Kinder Dag Centrum (KDC). De figuren 1 en 2 tonen het CAP in de respectieve groepen. Bij 2 van de 6 kinderen met advies BAO was geen sprake van functiestoornissen; bij hen werd de ontwikkelingsachterstand veroorzaakt door omgevingsfactoren (fig. 1). Bij de 13 kinderen met advies KDC waren de mentale functies bij 2 nog onvoldoende in kaart gebracht. Duidelijk wordt dat kinderen die het advies KDC krijgen in veel gevallen, behalve een ernstige mentale functiestoornis, ook functiestoornissen hebben in de andere domeinen (fig. 2).

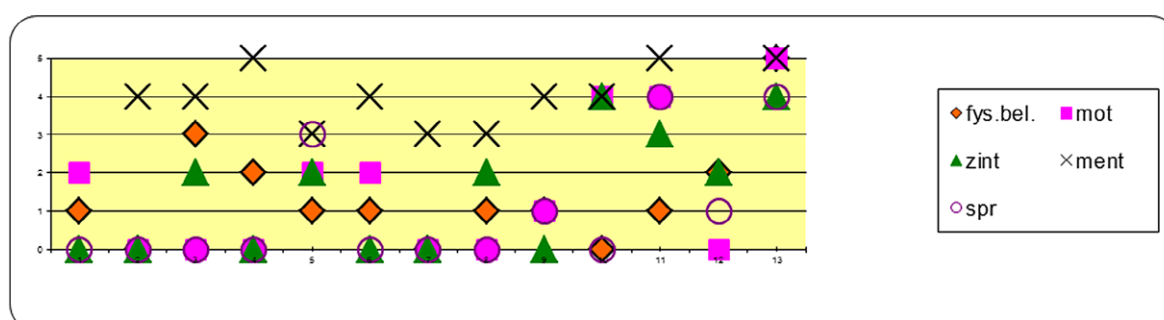
Conclusie: Deze pilotstudie laat zien, dat het CAP waardevol kan zijn bij de onderbouwing van de keuze Basis Onderwijs of speciaal onderwijs of Kinder Dag Centrum (KDC). Verder onderzoek in verschillende regio's en verschillende types onderwijs wordt aanbevolen en uitgevoerd.

Literatuur

1. Meester-Delver A. Het Capaciteitenprofiel, toekomstverwachtingen voor kinderen met een beperking inschatten en communiceren. Assen: Koninklijke van Gorcum B.V.; 2014.



Figuur 1 Het CAP van de 6 kinderen met advies BAO; op de Y-as de mate van zorg (0–5) in elk domein, op de X-as elk kind (n); *fys.bel.* fysieke belastbaarheid; *mot* motorisch functioneren; *zint* zintuigelijk functioneren; *ment* mentaal functioneren; *spr* stem- en spraakfuncties



Figuur 2 Het CAP van de 13 kinderen met advies KDC; op de Y-as de mate van zorg (0–5) in elk domein, op de X-as elk kind (n); *fys.bel.* fysieke belastbaarheid; *mot* motorisch functioneren; *zint* zintuigelijk functioneren; *ment* mentaal functioneren; *spr* stem- en spraakfuncties

Migratiestatus en gezondheid en gedrag bij kinderen die school lopen in Brussel

E. Méroc¹, T. Lebacqz¹, N. Moreau¹, M. Dujeu¹, C. Pedroni¹, I. Godin¹, K. Castetbon¹

¹Université Libre de Bruxelles, Brussel, België
Contact: estelle.meroc@ulb.ac.be

Achtergrond en doelstelling: De adolescentie is een kwetsbare periode in de identiteitsontwikkeling. Jonge immigranten worden in deze levensfase geconfronteerd met specifieke uitdagingen die op langere termijn impact kunnen hebben op hun gezondheid. De doelstellingen van ons onderzoek zijn: 1) indicatoren van gezondheid bij adolescenten met een verschillende migratieachtergrond vergelijken, 2) het verband tussen migratie en overgewicht analyseren, met inachtnaam van sociaal-demografische kenmerken en gezondheidsgerelateerde gedragsfactoren.

Methode: De studie is gebaseerd op data van de Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) survey, die in 2014 in Franstalig België werd afgenomen. De steekproef bestond uit 2872 adolescenten van het vijfde leerjaar lager onderwijs (10-jarigen) tot het laatste jaar van het secundair onderwijs (18-jarigen) in Brusselse scholen. Verbanden tussen gezondheidsindicatoren en migratiestatus werden geanalyseerd aan de hand van logistische regressie modellen.

Resultaten: De respondenten in de steekproef bestonden uit 19% jongeren zonder migratieachtergrond, 23% eerste generatie migranten, en respectievelijk 36% en 22% tweede generatie migranten waarvan twee ouders of slechts één ouder in het buitenland geboren zijn. Voor sommige aspecten van de leefstijl bij adolescenten, zoals eetgewoonten en risicogedrag, werden specifieke verschillen volgens de migratiestatus gevonden. Dit was echter niet het geval voor de beoordeling van de eigen gezondheid, de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, tevredenheid met de school, en relaties met leeftijdsgenoten en familie. Verder werd gevonden dat jonge migranten, ongeacht tot welke generatie zij behoren, een hoger risico hebben voor overgewicht (OR=1,93, 95% BI 1,37-2,73). Dit effect wordt, naast de leefstijl, deels verklaard door de sociaal-demografische status van de jongeren.

Conclusie: In deze studie werden gezondheidsverschillen gevonden tussen adolescenten volgens hun migratieachtergrond. Deze bevinding toont het belang van maatwerk bij het opzetten van gezondheidsinterventies, opdat tieners met het grootste risico worden bereikt en hierdoor ongelijkheid in gezondheid verminderd wordt.

Gezondheidscheck helpt jongeren hun vragen en problemen te delen

L. E. Meuwissen¹, D. H. Eshuis¹, D. J. Schuiling¹, N. E. H. M. de Jong¹, C. Geuzendam¹

¹GGD Gelderland Midden, Arnhem, Nederland
Contact: liesbethmeuwissen@yahoo.com

Achtergrond en doelstelling: Veel adolescenten hebben vragen over hun gezondheid waarvoor zij geen hulp vragen. In 2014 heeft GGD Gelderland Midden een gezondheidsonderzoek geïntroduceerd, genaamd: 'Gezond leven?, check het even!', voor alle 15- en 16-jarige adolescenten in hun werkgebied. Vorm en inhoud zijn ontwikkeld in samenwerking met jongeren en er is gekozen voor een oplossingsgerichte benadering. Het doel is de lichamelijke en psychische gezondheid en het welzijn van jongeren te verbeteren.

Als onderdeel van het gezondheidsonderzoek vullen adolescenten op school 'de Check' in. Dit is een digitale, oplossingsgerichte vragenlijst (56 vragen). Zij kunnen in 'de Check' voor ieder onderwerp aangeven of zij daarover digitaal informatie willen ontvangen of een consult bij de jeugdarts (JA) of jeugdverpleegkundige (JV) willen. Na invulling ontvangen de jongeren algemene en persoonlijke digitale feedback, inclusief verwijzing naar relevante websites. Afhankelijk van het onderwijsniveau wordt een selectie van of worden alle jongeren uitgenodigd voor een consult bij de JV of JA. Daarnaast worden jongeren altijd uitgenodigd bij zeer zorgwekkende signalen of op verzoek van school of ouders. Deze studie evalueert de prevalentie van de problemen die gerapporteerd worden.

Methode: Descriptieve studie: In het schooljaar 2014/2015 hebben 6375 (96%) van de 6672 uitgenodigde adolescenten (gemiddelde leeftijd 15,4 jaar; 50% jongen; 12% niet westerse immigrant) 'de Check' ingevuld over hun lichamelijke en geestelijke gezondheid, middelengebruik en welzijn, en aangegeven welke vragen zij hebben. De prevalenties van de problemen zijn vergeleken met bekende prevalenties, en de verschillen in prevalenties van problemen en vragen zijn bestudeerd voor onderwijsniveau, geslacht en etnische achtergrond.

Resultaten: Adolescenten met lagere onderwijsniveaus en adolescenten met een niet-westerse achtergrond rapporteerden vaker sociale problemen en problemen met hun lichamelijke gezondheid. Meisjes uit alle groepen rapporteerden, vergeleken met jongens, statistisch significant vaker psychologische problemen, zoals eetproblemen (37% vs. 20%), tekenen van angst of depressie (27% vs. 9%) en ongewenste intimiteiten (10% vs. 4%). Jongens rapporteerden significant vaker alcohol- en drugsgebruik. De prevalenties gemeten in de studie corresponderen met bekende prevalenties. Van de jongeren met een niet-westerse migratie-achtergrond vroeg 29% een consult aan, van de westerse migranten 24%, en van de jongeren van Nederlandse komaf 20%.

Conclusie: De oplossingsgerichte preventieve gezondheidscheck is een veelbelovende strategie om 15- en 16-jarige adolescenten te benaderen. Het bereik is goed en 'de Check' lijkt betrouwbaar te worden ingevuld. Een hoog percentage van de jongeren stelt een vraag. Doordat jongeren zelf vragen stellen, veranderen zij van passieve klanten die een gezondheidsonderzoek ondergaan in actieve participanten die er zelf iets uit willen halen.

'De Check' stelt de JGZ-professionals in staat met jongeren in gesprek te gaan over hun problemen en vragen, en om jongeren in de knel te identificeren. De resultaten worden op groepsniveau met scholen en gemeenten gedeeld, om hen inzicht te geven in de gezondheid en problemen van hun populatie, en om hen te inspireren tot preventieve activiteiten gericht op de problemen waar jongeren mee kampen.

Wat willen adolescenten van ons? Analyse van het soort vragen dat adolescenten stellen bij de gezondheidscheck voor 15- en 16-jarigen

L. E. Meuwissen¹, D. H. Eshuis¹, D. J. Schuiling¹, N. E. H. M. de Jong¹, C. Geuzendam¹

¹GGD Gelderland-Midden, Arnhem, Nederland
Contact: liesbethmeuwissen@yahoo.com

Achtergrond en doelstelling: Sinds 2014 nodigt GGD Gelderland-Midden alle 15- en 16-jarige adolescenten uit voor een preventief gezondheidsonderzoek. De methode is samen met adolescenten ontwikkeld en gebruikt een oplossingsgerichte benadering. Adolescenten vullen 'de Check' in: een digitale oplossingsgerichte vragenlijst over hun lichamelijke en gees-



telijk gezondheid, welzijn, middelengebruik en vragen. Zij kunnen informatie opvragen via internet en/of een persoonlijk consult bij de jeugdarts (JA) of jeugdverpleegkundige (JV). Iedereen krijgt persoonlijke digitale feedback. Bij de lagere onderwijsniveaus worden vervolgens alle jongeren uitgenodigd voor een consult; bij de hogere alleen een selectie. Deze studie evalueert de variatie in vragen, gesteld door verschillende groepen adolescenten.

Methode: Descriptieve studie: in 2015/2016 hebben 7050 (93,5%) van de 7544 uitgenodigde adolescenten 'de Check' ingevuld. De gemiddelde leeftijd is 15,1 jaar (99,4% 14 t/m 17 jaar) en 50,8% betreft jongens. De achtergrond is als volgt: 83,3% Nederlands; 4,7% westerse migratie-achtergrond, 12,0% niet-westerse migratie-achtergrond. Het schoolniveau 36,3% vmbo (voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs), 63,7% vmbo-t (vmbo-theoretische leerweg), havo (hoger algemeen voortgezet onderwijs), vwo (voorbereidend wetenschappelijk onderwijs). De Check heeft 56 vragen, met vier extra vragen voor de hogere niveaus om een consult/informatie aan te vragen.

De vragen die jongeren stelden, werden vergeleken voor gender, leeftijd, onderwijsniveau en etnische achtergrond. Verschillen werden getest met een chi-kwadraat toets en logistische regressie analyse.

Resultaten: Van alle adolescenten stelde 27% minstens één vraag: 3/4 van hen wilde een consult, 4/10 informatie via internet (tabel 1). Logistische regressie laat zien dat meisjes en adolescenten met een niet-westerse achtergrond vaker een vraag stelden: meisjes Odds Ratio (OR) 1,68, 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,51-1,87; niet-westerse achtergrond OR 1,81, 95% BI: 1,56-2,11. Dit patroon was identiek voor 'verzoek om internetinformatie' en 'verzoek om consult'. Het enige verschil was dat adolescenten met een hoger opleidingsniveau vaker informatie via internet opvroegen (OR 1,25, 95% BI: 1,06-1,48). In tab. 1 is te zien welke jongeren vragen stelden en over welke onderwerpen jongeren informatie opvroegen. In het jaar 2014/2015 was een vergelijkbaar patroon te zien (niet getoond).

Conclusie: Veel adolescenten hebben vragen en problemen over hun gezondheid en welzijn, en zijn geïnteresseerd om steun te ontvangen van de JA of JV. Een hoog percentage jonge-

ren stelt een vraag. De oplossingsgerichte benadering verandert de dynamiek tussen adolescenten en JA/JV door het initiatief bij hen te laten, en daarmee te voorkomen dat ze zich betutteld voelen. De Check slaagt erin ook moeilijk bereikbare groepen te bereiken, zoals jongeren met een niet-westerse achtergrond.

Inschatting van suïciderisico door een statistisch algoritme: een exploratieve studie bij 4580 universitaire eerstejaarsstudenten

P. Mortier¹, G. Kiekens¹, R. P. Auerbach², P. Cuijpers³, J. G. Green⁴, R. C. Kessler⁵, M. K. Nock⁶, A. M. Zaslavsky⁵, K. Demyttenaere¹, R. Bruffaerts¹

¹Onderzoeksgroep Psychiatrie, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven, Leuven, België
²Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston MA, USA; Center for Depression, Anxiety and Stress Research, McLean Hospital, Belmont, MA, USA
³Departement Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Vrije Universiteit Amsterdam, Nederland
⁴School of Education, Boston University, Boston, MA, USA
⁵Harvard Medical School, Department of Health Care Policy, Harvard University, Boston, MA, USA
⁶Department of Psychology, Harvard University, Cambridge, MA, USA
 Contact: philippe.mortier@uzleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Suïcidale gedachten en gedrag (SGG) komen vaak voor bij adolescenten. SGG is ook persistent bij de overgang naar de jongvolwassenheid. Deze overgang omvat voor vele jongeren het aanvangen van hogere studies. Mogelijke preventieve interventies omvatten dan ook risicoscreening voor SGG bij aanvang van het hoger onderwijs.

Methode: Cross-sectionele data uit de *Leuven College Surveys* (Katholieke Universiteit Leuven, België), die deel uitmaken van het *World Mental Health International College Student Project* (WMH-ICS), werden gebruikt. In totaal namen 4580

Tabel 1 Aantal checks (totaal en per subgroep), aantal jongeren met vragen en onderwerpen waarover persoonlijke digitale feedback werd gegeven.

Vragen	totaal aantal N=7050		jongens westers N=3167		jongens niet-westers N=416		meisjes westers N=3038		meisjes niet-westers N=429	
	N	%	%	%	%	%	%			
N jongeren met vragen	1901	27,0	20,4	33,7	30,6	42,7				
voor consult	1442	20,5	16,7	27,6	21,5	34,3				
via internet	762	10,8	6,3	9,9	14,5	18,6				
Categorie										
Lichamelijke gezondheid	398	5,6	3,7	4,8	6,8	12,6				
Ogentest	150	2,1	1,3	5,0	2,0	6,1				
Gehoortest	80	1,1	1,0	1,4	1,2	1,2				
Lengte/gewicht ^a	599	13,4	12,9	24,4	11,6	21,9				
Leefstijl	797	11,3	6,9	14,7	14,0	21,0				
Seksualiteit	468	6,6	4,1	8,2	8,2	12,8				
Andere zorgen	517	7,3	5,0	6,5	9,0	13,3				

^aDeze vraag is alleen gesteld aan de 4471 adolescenten van hogere onderwijsniveaus omdat jongeren van de andere onderwijsniveaus standaard gemeten en gewogen worden tijdens het consult. Percentages zijn daarom berekend over kleinere aantallen.

generatiestudenten (dit zijn universiteitsstudenten die zich voor de eerste keer inschrijven aan de universiteit; gemiddelde leeftijd=18,3 jaar; 56,9% vrouwen) deel aan een web-based zelfrapportage vragenlijst (respons=53,7%) die peilde naar traumatische ervaringen in de kindertijd/adolescentie, *lifetime* mentale stoornissen en stressvolle gebeurtenissen in de afgelopen 12 maanden.

Resultaten: Het voorkomen van SGG in de afgelopen 12 maanden was 6,9% (*standard error* [SE]=0,4). Een multivariaat gekruisvalideerd logistisch regressiemodel op basis van alle risicofactoren (*area under the curve*=0,807) classificeerde 44,8% van alle effectieve gevallen met 12-maanden SGG in de 10% hoogste risicocategorie. De positief predictieve waarde van het model (dit is het aantal gevallen in de 10% hoogste risicocategorie die effectief 12-maanden SGG rapporteerden) was 36,9%. Statistisch significante multivariate predictoren van 12-maanden SGG waren (1) emotioneel misbruik in de kindertijd/adolescentie (*odds ratio* [OR]=1,6 [1,1-2,4]), (2) *lifetime* majeure depressieve stoornis (OR=5,1 [3,5-7,5]), (3) *lifetime* risico op posttraumatische stress stoornis (OR=1,9 [1,3-2,8]) en (4) *lifetime* niet-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag (OR=2,8 [1,9-4,2]).

Conclusie: In afwachting van prospectieve studies suggereren deze exploratieve bevindingen dat het gebruik van een statistisch algoritme in het identificeren van risicofactoren voor SGG op efficiënte wijze hoog-risico gevallen voor SGG kan detecteren. Dit opent mogelijkheden naar tijdige en kostenefficiënte screening voor emotionele problemen en suïcidaliteit bij aanvang van het hoger onderwijs.

Ondersteuning/Dankwoord: De Leuven College Surveys maken deel uit van het WMH-ICS. Voor informatie en publicaties: zie <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>. We bedanken het studentengezondheidscentrum van de KU Leuven voor hun medewerking in het verzamelen van de data voor dit onderzoek.

Inzicht in de aanpak van ziekteverzuim bij primair onderwijs leerlingen – Hoe kan M@ZL worden aangepast?

E. K. Pijl^{1,2}, Y. T. M. Vanneste¹, J. J. P. Mathijssen³, A. de Rijk², F. J. M. Feron²

¹GGD West-Brabant, Breda, Nederland

²Vakgroep Sociale Geneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

³AW Jeugd, Tranzo, Tilburg University, Tilburg, Nederland
Contact: E.Pijl@ggdwestbrabant.nl

Achtergrond en doelstelling: Ziekteverzuim heeft een nadelige invloed op de gezondheid en de onderwijskansen van leerlingen, wat leidt tot een toename van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ziekteverzuim is het meest voorkomende verzuimtype in Nederland. Voor het voortgezet onderwijs is 'M@ZL op het VO' (Medische Advisering Ziekgeïmde Leerling op het voortgezet onderwijs) ontwikkeld om ziekteverzuim aan te pakken en de gezondheid van leerlingen te optimaliseren. M@ZL beschrijft de samenwerking tussen scholen, jeugdartsen, ouders, leerlingen en leerplichtambtenaren. Voor het primair onderwijs bestaat echter nog geen structurele aanpak. Het doel van deze studie is om te exploreren wat de visie is op ziekteverzuim binnen het primair onderwijs, hoe dit aangepakt kan worden en wat daarvoor nodig is volgens ouders, intern begeleiders, schooldirecteuren, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en leerplichtambtenaren. De resultaten zullen inzicht geven in hoe 'M@ZL op het VO' aangepast kan worden voor het primair onderwijs.

Methode: Exploratief kwalitatief onderzoek door middel van vijf focusgroep interviews met 19 deelnemers bestaande uit 3 intern begeleiders, 3 schooldirecteuren, 3 leerplichtambtenaren, een jeugdverpleegkundige, 5 jeugdartsen en 4 ouders. De focusgroepen werden gehouden van maart tot juli 2017 in de regio's West-Brabant en Amsterdam.

Resultaten: *Visie:* De deelnemers aan de focusgroepen voelden zich zeer betrokken bij ziekgemelde leerlingen. Zij maken zich vooral zorgen over de achterliggende problemen bij ziekteverzuim van primair onderwijsleerlingen. Omdat deze jonge leerlingen niet voor zichzelf kunnen opkomen, moet er daarom volgens de deelnemers aandacht zijn voor deze achterliggende problematiek. *Aanpak:* Scholen voeren een heel verschillend beleid in de aanpak van ziekteverzuim. Er is geen eenduidigheid in de signalering van een leerling met veel ziekteverzuim of in de stappen die daarop volgen. De verzuimregistratie is niet altijd op orde en vaak wordt er geen probleemanalyse gemaakt. Ziekteverzuim en achterliggende problemen worden regelmatig niet naar tevredenheid van directeuren en intern begeleiders opgelost, vooral als er ketenpartners bij betrokken zijn. De samenwerking met ketenpartners hangt af van toevalligheden. Het contact tussen leerkracht en ouder wordt door alle deelnemers als cruciaal gezien om ziekteverzuim te bespreken en aan te pakken.

Conclusie: Er is behoefte aan een structurele aanpak waarbij kinderen met ziekteverzuim worden gesignaleerd, een zorgvuldige probleemanalyse wordt gemaakt en daarna een passende oplossing wordt gevonden. Hierbij is de samenwerking tussen school en ketenpartners, met duidelijk omschreven rollen en verantwoordelijkheden, essentieel. De leerkracht hoort hierin, gezien het contact met ouders en leerling, een belangrijke rol te krijgen.

Deze nieuwe inzichten geven handvatten om de huidige werkwijze 'M@ZL op het VO' aan te passen voor het primair onderwijs.

Stress bij studenten aan de KU Leuven: beter voorkomen dan genezen. Een psycho-educatief programma in stresshantering voor studenten

K. Plessers¹, J. Sools¹

¹Studentengezondheidscentrum, KU Leuven, Leuven, België
Contact: kirsten.plessers@kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Aan de universiteit worden studenten geconfronteerd met meerdere ontwikkelingsstaken, zoals identiteitsvorming, het loskomen van thuis, het uitbouwen van een sociaal netwerk, het volbrengen van hun studie. Deze kwetsbare periode veroorzaakt vaak stress en aanpassingsmoeilijkheden.

Door een laagdrempelige training te organiseren, willen we zo veel mogelijk studenten concrete handvatten aanreiken om met stress om te gaan. Uitbreiding van het coping arsenaal van deze jongvolwassenen is belangrijk in de preventie van psychische problemen.

Methode: Om tegemoet te komen aan de gebreken die Jim White zag in de geestelijke gezondheidszorg in Schotland (lange wachtlijsten ten gevolge van de hoge prevalentie van psychische problemen en te grote focus op behandeling in plaats van preventie), ontwikkelde hij een psycho-educatief preventief programma in stresshantering, bedoeld om een groot publiek te bereiken.[1]

In ons centrum hebben we deze stresstraining aangepast en afgestemd op het studentenleven. In een training, bestaande uit zes lessen, geven we studenten uitleg over verschillende stress gerelateerde topics op een heel toegankelijke manier. We

helpen hen ook in het ontwikkelen van coping strategieën om stress-symptomen te hanteren en te voorkomen. Typisch aan dit programma is het vrijblijvende karakter ervan, er wordt geen persoonlijke inbreng verwacht. Studenten krijgen een handboek waarbij ze aangemoedigd worden om zelf aan de slag te gaan.

Resultaten: We startten met deze training in 2004. Sindsdien namen reeds meer dan 1000 studenten deel. Doorgaans geven studenten erg positieve feedback. De training vormt soms ook een opstap naar verdere therapeutische hulp, wat aantoonde dat het een preventieve waarde heeft.

Conclusie: De stresstraining is een erg succesvol programma en vormt een vaste waarde binnen het behandelaanbod van het Studentengezondheidscentrum aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Literatuur

1. White J. Stepping up primary care. *Psychol* 2008;21:844-7.

Visusscreening in de Jeugdgezondheidszorg bij 3- tot 6-jarigen: kan een autorefractie-apparaat verbetering geven?

C. P. B. Van der Ploeg¹, E. Vlasblom¹, I. Eekhout¹, J. van Dijk-van der Poel², H. M. van Minderhout³, M. E. van den Akker-van Marle⁴, C. I. Lanting¹, P. H. Verkerk¹

¹TNO, Leiden, Nederland

²CJG Den Haag, Den Haag, Nederland

³Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag, Nederland

⁴Leiden University Medical Centre, Leiden, Nederland

Contact: Kitty.vanderPloeg@TNO.nl

Achtergrond en doelstelling: De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) tracht door systematisch onderzoek afwijkingen aan het oog en het gezichtsvermogen vroegtijdig op te sporen. Het doel is om blijvende gevolgen van een gestoorde ontwikkeling te voorkómen of zoveel mogelijk te beperken door tijdig behandeling en/of begeleiding in gang te zetten. De huidige visusscreening voor kinderen van 3 tot 6 jaar werkt met leeskaarten (Amsterdamse Plaatjes Kaart (APK) of Landolt-C), waarbij de jongere kinderen plaatjes benoemen en de oudere kinderen aangeven waar de opening van een cirkel zit. JGZ-professionals in Nederland vinden de huidige visusscreening tijdrovend en soms is het moeilijk om betrouwbare resultaten te verkrijgen.

Apparaten waarbij met behulp van fotorefractiescreening de refractie, pupilgrootte en corneareflexen worden gemeten vergen weinig tijd en vereisen minimale medewerking van het kind. Bij deze test wordt het screeningsapparaat op een meter afstand van het kind gehouden en wordt het kind gevraagd naar het apparaat te kijken. Het apparaat maakt ook geluid om de aandacht van het kind te trekken. De meting wordt verricht met infrarood licht.

Het doel van deze studie is vast te stellen of de huidige Nederlandse visusscreening bij kinderen van 3 tot 6 jaar in de JGZ kan worden verbeterd door gebruik te maken van het PlusoptiX autorefractie-apparaat met betrekking tot kosten en screeningsprestaties. Een secundair doel is het optimaliseren van de verwijzingscriteria.

Methoden: We voeren een validatie- en kostenstudie uit bij kinderen van 3 tot 6 jaar in de JGZ van Den Haag, waarin resultaten met het PlusoptiX-apparaat vergeleken worden met traditionele testen volgens de huidige richtlijnen: APK of Landolt-C, eventueel gevolgd door de Vroegtijdige Opsporing Visuele Stoornissen (VOV-onderzoek, i.e. inspectie van oog en pupil, reflexbeeldjes en afdektest, en volgbewegingen). Kinderen

met een verwijzing volgens de huidige screening of volgens de PlusoptiX-test werden verwezen naar een orthoptist voor diagnostische follow-up. Naast de resultaten van de screening en diagnostiek werd de tijd die nodig is voor het uitvoeren van de onderzoeken geregistreerd om de monetaire kosten van beide manieren van screening te berekenen.

Resultaten: Er zijn meer dan 1500 kinderen van 3 tot 6 jaar onderzocht bij JGZ voor deze studie. De JGZ heeft meer dan 300 kinderen verwezen voor diagnostische follow-up.

Conclusies: De eerste ervaringen van de JGZ over het screenen met de PlusoptiX zijn positief, omdat de test makkelijk kan worden uitgevoerd en weinig tijd vergt. Op dit moment analyseren we de resultaten van de traditionele visusscreening en van de screening met de PlusoptiX.

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek wordt verricht dankzij een subsidie van ZonMW (subsidie 531002005). Wij danken Plusoptix GmbH voor het lenen van de PlusoptiX-apparaten, en CordialMedical voor hun financiële bijdrage aan de studie.

Evaluatie van de gewichtsstatus op de leeftijd van 24 maanden aan de hand van de Body Mass Index

M. Roelants¹, D. Vancoppenolle², N. De Ronne², K. Hoppenbrouwers¹

¹Omgeving en Gezondheid, Dienst Jeugd Gezondheidszorg, KU Leuven, Leuven, België

²Kind en Gezin, Brussel, België

Contact: mathieu.roelants@kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Gelet op de 'obesitas epidemie' die de meeste westerse landen treft is systematische monitoring van de gewichtsstatus op het niveau van de populatie nuttig om vroegtijdig eventuele stijgende (of dalende) trends te herkennen. Een vaak gebruikte indicator voor de gewichtsstatus vanaf de leeftijd van 24 maanden is de Body Mass Index (BMI) kg/m². De BMI is een aantrekkelijke indicator omdat deze kan berekend worden aan de hand van informatie die reeds in het (elektronische) kind-dossier aanwezig is, met name lengte en gewicht. Belangrijke voorwaarden voor de interpretatie en generaliseerbaarheid van de resultaten zijn de samenstelling van de steekproef, en de criteria die gebruikt worden om de gewichtsstatus te beoordelen. Momenteel zijn er voor deze leeftijdsgroep twee internationale referentiekaders gangbaar, met name de groeistandaarden van de World Health Organisation (WHO) en de BMI referentie van de International Obesity Task Force (IOTF).

Het doel van deze studie is de evaluatie van het monitoren van de gewichtsstatus aan de hand van de BMI zoals gemeten tijdens het preventief consult op de leeftijd van 24 maanden, en vergelijken van de BMI criteria van de WGO en IOTF.

Methode: Deze analyse is gebaseerd op geanonimiseerde gegevens van 146.522 kinderen, geboren in 2011 en 2012 in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk gewest, die in het elektronische dossier van Kind en Gezin (Mirage) werden geregistreerd. Het betreft sociaaleconomische indicatoren, gegevens rond zwangerschap en geboorte, en voeding tijdens de eerste levensmaanden. Van de kinderen die het consult op de leeftijd van 24 maanden (23-26 maanden) bijwoonden werden ook de lengte en het gewicht geëxtraheerd.

Resultaten: Ongeveer 2/3 van alle kinderen ($n=98.947$) woonde het consult bij dat op de leeftijd van 24 maanden wordt aangeboden. Het sociaal-demografische profiel van deze groep is vergelijkbaar met dat van de volledige populatie en kleine verschillen zijn vaak te herleiden tot een kleiner aantal ontbrekende waarden in de groep die het consult bijwoonde dan in

de volledige steekproef, of tot de regionale respons, die in Brussel en de randgemeenten van Brussel lager ligt omdat ouders ook gebruik kunnen maken van de diensten van de Franstalige tegenhanger van Kind en Gezin, het Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Naargelang het gebruikte referentiekader (IOTF, WHO) verschillen de prevalentiecijfers aanzienlijk, waardoor deze niet rechtstreeks vergelijkbaar zijn. De IOTF criteria voor overgewicht en obesitas zijn vastgesteld aan de hand van een objectief (niet arbitrair) criterium en garanderen continuïteit met oudere leeftijdsgroepen en vergelijkbaarheid met andere populaties, waar dit criterium vaker wordt gebruikt. Volgens de IOTF heeft 7,6% (7,4–7,8%) overgewicht, waaronder 1,0% (0,96–1,1%) obesitas. In vergelijking met andere Europese landen zijn deze cijfers eerder aan de lage kant. Een analyse van het voorkomen van overgewicht naargelang sociaal-demografische kenmerken bevestigt trends die ook in andere populaties werden vastgesteld. Kleine verschuivingen in de samenstelling van de onderzoeksgroep hebben echter een beperkt effect op de gerapporteerde prevalentie. Voor ondergewicht maakt de WHO gebruik van de conventionele afkappa-waarde -2 SD. Deze benadering lijkt - naar analogie met een kleine lengte - meer relevant in deze verder gezonde populatie. Volgens dit criterium heeft 1,2% (1,1–1,3%) van de Vlaamse kinderen op 24 maanden een relatief laag gewicht, wat beduidend lager is dan de nominaal verwachte prevalentie van 2,3%.

Conclusie: Data van de reguliere consulten op de leeftijd van 24 maanden zijn bruikbaar om onder- en overgewicht te monitoren in de populatie.

Welke rol speelt groepsimmunitet in het beslissingsproces bij ouders om hun kinderen (niet) te laten vaccineren? Rationeel handelen versus altruïsme?

N. Sannen¹, F. Verelst², H. Theeten³

¹Vrij CLB Kempen, Mol, België

²Centrum voor Gezondheidseconomie en Infectieziekten (CHERMID), Vaccin- en Infectieziekten Instituut (VAXINFECTIO), Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

³Centrum voor de Evaluatie van Vaccinatie (CEV), Vaccin- en Infectieziekten Instituut (VAXINFECTIO), Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België
Contact: nikesannen@vclb-kempen.be

Achtergrond en doelstelling: Het doel van vaccineren is het voorkomen van ziekten, niet alleen voor de gevaccineerde zelf maar ook voor de omgeving. Voor dit laatste is het behalen van een bepaalde vaccinatiegraad, om zo groepsimmunitet te bereiken, zeer belangrijk. Ondanks de hoge vaccinatiegraad in Vlaanderen, staan ouders meer kritisch tegenover vaccinaties. Dit kan groepsimmunitet in gevaar brengen. Groepsimmunitet is een begrip dat gekend is in de medische sector als argument om te vaccineren, maar er zijn nog weinig gegevens over hoe goed dit begrip gekend is bij ouders in Vlaanderen en in welke mate het een rol speelt bij het beslissingsproces.

Methode: Aan de hand van een literatuurstudie werd de nodige achtergrondinformatie verzameld over de rol van groepsimmunitet in het beslissingsproces bij ouders om hun kind te vaccineren. Verder was dit de aanzet tot het ontwikkelen van een vragenlijst. Volgende topics komen aan bod in de vragenlijst: 1) demografische gegevens, 2) vaccinatie-gerelateerde vragen, 3) vragen met betrekking tot groepsimmunisatie. De vragenlijst werd opgesteld voor ouders van kinderen in de tweede kleuterklas (5-jarigen) en het zesde leerjaar (11-jarigen) van scholen die samenwerken met het Vrij Centrum voor leerlingenbegeleiding (VCLB) Kempen-vestiging Mol.

Resultaten: In totaal werden 268 ingevulde vragenlijsten verzameld en verwerkt, wat neerkomt op een respons van 57,6%. Slechts 26,5% van de ouders geeft aan de term groepsimmunitet/groepsbescherming te kennen (GI-kenners). Daarentegen herkent 61% van de ouders het concept groepsimmunitet, namelijk op basis van de stelling 'Er is een kans dat een klasgenootje van mijn kind bijvoorbeeld mazelen krijgt, indien ik mijn kind niet laat vaccineren' (GI-steuners). Ouders met een universitaire diploma of diploma hoger onderwijs zijn vaker GI-kenners en GI-steuners. Er is geen significant verschil in kennis van groepsimmunitet tussen vaccinatie-wijfelaars en ouders die niet twifelen om hun kind te laten vaccineren (25,6% vs. 25,8%).

De meerderheid van de ouders (81,0%) geeft aan dat het vaccineren van hun kind belangrijk is voor de gezondheid van anderen uit de omgeving. Ouders van 5-jarige kleuters, zowel GI-kenners als GI-steuners, zetten het beschermen van anderen vaker op een hogere plaats als reden om hun kind te vaccineren dan ouders van 11-jarige kinderen. Minder dan de helft van de ouders (41,0%) is meer geneigd om zijn kind te laten vaccineren wanneer een klasgenootje zich niet kan laten vaccineren wegens medische redenen. GI-kenners zijn iets vaker geneigd dit te doen dan niet GI-kenners, maar dit verschil is niet statistisch significant (43,5% vs. 41,0%). Deze neiging verschilt echter wel significant tussen GI-steuners en niet GI-steuners (50,6% vs. 27,5%, Chi-kwadraattoets $p < 0,001$).

Conclusie: De meeste ouders kennen de term groepsimmunitet niet. Er is geen verschil in kennis van groepsimmunitet tussen vaccinatie-wijfelaars en niet-twijfelaars. De meerderheid van de ouders vindt het vaccineren van hun kind belangrijk voor de gezondheid van anderen. GI-kenners en GI-steuners zetten het beschermen van anderen vaker op een hogere plaats als reden om hun kind te vaccineren. De meerderheid van de ouders laat echter de beslissing om hun kind te vaccineren niet afhangen van de omgeving. Wel zijn GI-steuners meer geneigd om hiermee rekening te houden.

De Child Suicide Review, een nieuwe aanpak in Nederland

O. L. Sijperda¹

¹GGD Noord en Oost Gelderland, Warnsveld, Nederland
Contact: onno@sijperda.com

Achtergrond en doelstelling: Er is zeer weinig bekend over de kenmerken en omstandigheden van suicides bij kinderen en adolescenten in Nederland. Behalve informatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn er geen wetenschappelijke gegevens beschikbaar.

In 2010 signaleerden forensische artsen van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) IJsselland een mogelijke toename van suicides bij adolescenten. Dit leidde tot contacten met de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam en tot de vorming van een multidisciplinair team bestaande uit professionals uit de medische en psychologische disciplines. Een eerste stap was het bestuderen van beschikbare dossiergegevens van forensische artsen (607) en jeugdgezondheidszorg (123) om relevante informatie te vinden over suicides bij jongeren, bij 25 GGD-en en bij de Forensisch Artsen Rotterdam-Rijnmond (FARR). Deze dossiers betroffen jongeren van 10 tot 23 jaar die overleden tussen 1996 en 2012. De resultaten waren niet bemoedigend. Veel dossiers waren onvindbaar. De dossiers die gevonden werden, waren vaak onvolledig, niet eenduidig ingevuld en het handschrift was vaak onleesbaar. De conclusie was dat met de huidige beschikbare informatie we weinig aanwijzingen voor preventie hebben op het gebied van suicide bij jongeren.

Vervolgens ontwikkelden we een nieuwe procedure, de Child Suicide Review (CSR), om toekomstig onderzoek mogelijk te maken, om betere nazorg en preventieve maatregelen te kunnen realiseren.

Methode: In november 2014 is gestart met een pilot in twee regionale GGD-en, Zwolle en Apeldoorn/Warnsveld. De CSR werkwijze is afgeleid van de Engelse Child Death Review en de Psychologische Autopsie (België, Finland) en lijkt ook sterk op die van de Werkgroep Wiegendood. Achtereenvolgens zijn er de volgende stappen:

- lijkschouw forensisch arts en politie;
- polsen nabestaanden voor 'intensieve nazorg';
- calamiteitenplan school en directe omgeving;
- standaard interviews met ouders, school, huisarts, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en andere;
- chronologisch verslag en CSR bespreking met referenten;
- eerste conclusie en adviezen;
- afsluitende CSR-Expertvergadering.

Resultaten/Conclusie: Tot nu toe zijn vijftien suïcide gevallen gemeld, waarvan zeven in de regio Noord en Oost Gelderland. Als gevolg van de beschreven aanpak na suïcide-incidenten zijn in twee gemeenten in Noord en Oost Gelderland verdere activiteiten ontwikkeld. In één gemeente, waar vijf suïcides in ruim een jaar tijd waren, is met de hulp van een moeder van een overleden jongen een taskforce groep ingesteld. Deze probeert beter beleid te realiseren op het gebied van Jeugd-GGZ en Jeugdzorg en betere voorlichting te geven aan de jongeren. In een andere gemeente waren twee gevallen in een jaar, met directe gevolgen voor de betrokken peergroep. Deze reageerde met ernstige depressieve en suïcidale gedachten en samen met de GGZ ontwikkelden we een groepsaanpak.

Binnen de GGD zijn we momenteel bezig om met een zogenaamde 'Werkgroep Veerkracht' een meer sluitend beleid rond sociaal-emotionele problemen van jongeren te ontwikkelen, waarbij meerdere afdelingen van de GGD betrokken zijn, zoals JGZ, Forensische Geneeskunde, Beleid en Gezondheidsvoorlichting.

Vroegsignalering van opvoed- en opgroei-problemen bij jonge kinderen in dialoog met ouders: ontwikkeling, resultaten en implementatie van de SPARK

I. I. E. Staal^{1,3}, M. Deschoemaeker², H. F. van Stel³

¹GGD Zeeland, Goes, Nederland

²Kind en Gezin, Rumbek, België

³Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, UMC Utrecht, Utrecht, Nederland
Contact: ingrid.staal@ggdzeeland.nl

Achtergrond en doelstelling: In de meeste landen is vroegsignalering van opvoed- en/of ontwikkelingsproblemen een belangrijk onderdeel van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Om deze vroegsignalering op de leeftijd van 18 maanden te verbeteren, ontwikkelden wij een gestructureerd interview met 16 deelgebieden die zorgen van ouders en hun behoefte aan steun/zorg meten, genaamd: Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen (SPARK, in het Engels: *Structured Problem Analysis of Raising Kids*). Hierbij wordt het perspectief en de ervaring van ouder(s) gecombineerd met de expertise van de JGZ-professional om zo tot de juiste vervolgstapen en een onderbouwde risico-inschatting voor het gezin te komen.

Methode: De SPARK is in de dagelijkse praktijk getest op haalbaarheid ($n=1140$), inter-beoordelaar betrouwbaarheid,

constructvaliditeit, onderscheidend vermogen, voorspellende waarde, en het gebruikersoordeel van zowel ouders als jeugdverpleegkundigen ($n=2012$). Daarnaast vergeleken we een huisbezoek met gebruik van de SPARK ($n=2243$) met een bezoek aan het consultatiebureau, hetzij met gebruik van de SPARK ($n=2238$) dan wel zonder ($n=2200$). De proefimplementatie in Vlaanderen is kwalitatief bestudeerd.

Resultaten: De inter-beoordelaar betrouwbaarheid was goed tot uitstekend (SPARK domeinen: tussen 0,61 en 1,0; overall risico-inschatting: 0,92). Constructvaliditeit was acceptabel, onderscheidend vermogen goed. De overall risico-inschatting van de SPARK bleek de sterkste voorspeller voor een toekomstige melding bij Advies en Meldpunt Kindermishandeling (nu Veilig Thuis) en/of Bureau Jeugdzorg in de 1,5 jaar na het afnemen van de SPARK (odds ratio van hoog risico versus laag risico: 16,3).

Met gebruik van de SPARK tijdens het huisbezoek werden significant meer kinderen met een hoog risico gevonden in vergelijking met een bezoek aan het consultatiebureau (3,7% vs. 2,6%), en minder kinderen met een verhoogd risico (19,1% vs. 20,7%) ($p=0,028$). Professionals in de 'care-as-usual' groep (consultatiebureau zonder SPARK) vonden minder kinderen met hoog (1,2% vs. 2,6%) of verhoogd risico (14,5% vs. 20,7%) dan professionals die op het consultatiebureau werkten met de SPARK ($p=0,002$).

Ter ondersteuning van het werken met de SPARK zijn een trainingstraject, e-learning en handleiding ontwikkeld. Vanaf de ontwikkeling van het instrument werken alle jeugdverpleegkundigen bij de GGD Zeeland met de SPARK. Daarnaast is de werkwijze ook geïmplementeerd bij verschillende JGZ-organisaties in Nederland en heeft er een pilot met het gebruik van de SPARK in Vlaanderen (België) plaatsgevonden. Met een kleine kwalitatieve studie in de regio Roeselare is de implementatie en haalbaarheid van de SPARK bestudeerd. De vijf jeugdverpleegkundigen van Roeselare bleken de SPARK snel te kunnen toepassen in hun dagelijkse praktijk, na een verkorte training door de SPARK ontwikkelaars. De jeugdverpleegkundigen in Vlaanderen koppelden dezelfde ervaringen terug als hun Nederlandse collega's: het vragen naar door ouders ervaren zorgen en zorgbehoefte levert professionals aanvullende informatie op en leidt tot een gezamenlijke beslissing die beter past bij de zorgbehoefte van ouders en de mate van risico voor het kind. Alle 23 ouders uit deze Vlaamse pilot vonden het huisbezoek op de leeftijd van 18 maanden met de SPARK zinvol.

Conclusie: Vroegsignalering van opvoed- en/of ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen verbetert door gebruik van de SPARK.

Vroegsignalering van opvoed- en opgroei-problemen bij jonge kinderen in dialoog met ouders: doorontwikkeling van de SPARK methode

I. I. E. Staal^{1,2}, A. van Driessche¹, J. C. R. de Ru², H. F. van Stel²

¹GGD Zeeland, Goes, Nederland

²Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, UMC Utrecht, Utrecht, Nederland
Contact: ingrid.staal@ggdzeeland.nl

Achtergrond en doelstelling: Transitie momenten zijn belangrijke overgangsmomenten in het leven van kinderen en ouders. Goed afsluiten van de voorgaande fase is belangrijk om de overstap naar de volgende fase te kunnen maken. Tevens is het een goed moment om vooruit te blikken en te bespreken wat nodig is voor de volgende fase. Met de SPARK op de leeftijd van 18 maanden (SPARK18) wordt op valide en betrouwbare wijze invulling gegeven aan het evaluatiemoment voor de overgang van zuigeling naar peuter. Voor de inrichting van meerdere

transitiemomenten gedurende de levensloop van een kind is behoefte aan een valide en betrouwbare methode voor andere leeftijden. Daarom wordt de SPARK doorontwikkeld naar andere leeftijden en uitgebreid met onderzoek naar de draagkracht en draaglast vanuit het perspectief van ouders.

Methode: Op basis van de eerder ontwikkelde en uitgebreid geteste SPARK18 wordt in nauwe samenwerking met JGZ-professionals een SPARK ontwikkeld voor gebruik tijdens een prenataal huisbezoek (preSPARK) en het periodiek gezondheids-onderzoek op de leeftijd van 5 jaar (SPARK60).

Voor een prenataal huisbezoek worden zwangeren doorverwezen vanuit de verloskundig zorgverlener naar jeugdverpleegkundigen van 16 teams bij drie verschillende JGZ-organisaties in Nederland. De jeugdverpleegkundige voert het prenatale huisbezoek met de preSPARK uit. De preSPARK is in de dagelijkse praktijk getest op haalbaarheid. Hierop volgend worden constructvaliditeit, onderscheidend vermogen, inter-beoordeelaar betrouwbaarheid en het gebruikersoordeel van aanstaande ouders, verloskundige zorgverleners en jeugdverpleegkundigen getest.

Voor het meten van draagkracht en draaglast vanuit het perspectief van ouders zal een korte vragenlijst worden ontwikkeld (*Parent Reported Outcome Measure*, PROM) op basis van focusgroepen met ouders. Bij een prospectieve cross-sectionele studie zal deze PROM op drie meetmomenten naast de SPARK worden ingezet: prenataal, 18 maanden en 5 jaar. Om de impact van de SPARK op de draagkracht en draaglast van ouders te onderzoeken zal 6 maanden na afname van de SPARK bij de drie cohorten de nieuw ontwikkelde PROM nogmaals worden ingezet.

Resultaten: De preSPARK bestaat uit 12 domeinen. In de haalbaarheidsfase zijn 64 prenatale huisbezoeken uitgevoerd door 21 jeugdverpleegkundigen. Zij rapporteerden dat de preSPARK hen structuur bood voor de uitvoering van het huisbezoek en ze meer informatie verkregen uit de prenatale huisbezoeken door het gebruik van de preSPARK, met name op de domeinen 'samenvatting periode voor de zwangerschap', 'beleving zwangerschap', 'sociale contacten en informele steun' en 'vooruitblik op opvoeden en opgroeien'.

De SPARK60 bestaat uit 16 domeinen. Voor de toepasbaarheid van de SPARK60 binnen het periodiek gezondheidsonderzoek op de leeftijd van 5 jaar is afstemming gezocht met de ontwikkelaars van de nieuwe richtlijn motoriek. Een eerste conceptversie van de SPARK60 is bij 60 consulten uitgetest. Jeugdverpleegkundigen benoemden dezelfde voordelen van het werken met de SPARK60 als bij de preSPARK en de SPARK18, zijnde passend bij de praktijk, biedt structuur en levert meer informatie op.

Conclusie: Met deze studie wordt de SPARK uitgebreid naar een longitudinale methode. Met de nieuwe PROM wordt het mogelijk om te evalueren of het gebruik van de SPARK passend is en bijdraagt aan het evenwicht tussen draagkracht en draaglast zoals ervaren door de ouders, wat eventueel leidt tot verhoogde ouderlijke veerkracht.

VoorZorg en gerelateerde programma's: verdere ondersteuning van kwetsbare gezinnen

E. Struijf¹, S. van den Heijkant²

¹ GGD Hollands Noorden en Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Nederland

² GGD Amsterdam en VU Medisch Centrum, Nederland
Contact: estruijf@ggdhn.nl

Achtergrond en doelstelling: Kindermishandeling en ernstige opvoedingsonmacht in de vroege kinderjaren hebben

ernstige en levenslange consequenties. VoorZorg is een preventieve interventie, gericht op zeer kwetsbare jonge vrouwen en hun kinderen, vanaf vroeg in de zwangerschap tot het kind twee jaar wordt.

Bij de invoering van VoorZorg heeft er een Randomized Controlled Trial (RCT) plaatsgevonden onder 460 vrouwen welke voor VoorZorg in aanmerking kwamen. Via randomisatie kreeg de ene helft VoorZorg aangeboden (programmagroep) en de andere helft de gebruikelijke zorg (controlegroep). De resultaten laten zien dat VoorZorg de gezondheid en leefstijl positief beïnvloedt en huiselijk geweld en kindermishandeling vermindert.

Methoden: Op basis van VoorZorg worden programma's ontwikkeld en onderzocht om de preventieve zorg voor kinderen in achterstandssituaties te versterken. Dit betreft (juli 2017) drie programma's, gebaseerd op (de principes van) VoorZorg.

VoorZorg-Verder: Dit programma wordt ontwikkeld voor gezinnen die een volledig VoorZorgtraject hebben doorlopen. De visie is dat de gezinnen door VoorZorg goed begeleid zijn, maar nog steeds onder de doelgroep zeer kwetsbare gezinnen vallen. In VoorZorg-Verder worden, als het kind de leeftijd van 2 tot 6 jaar heeft, acht gestructureerde huisbezoeken uitgevoerd, conform de principes van VoorZorg, aangepast aan de leeftijd van het kind. De huisbezoeken worden gebracht door de eigen VoorZorgverpleegkundige, die ook tussendoor laagdrempelig bereikt kan worden.

Het programma omvat het ontwikkelen van een draaiboek, het uitvoeren van een pilot en effectonderzoek. Het wordt uitgevoerd door Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Vrije Universiteit Medisch Centrum (VUMC) en Verwey Jonker Instituut. De pilot omvat drie VoorZorg aanbiederorganisaties (GGD Hollands Noorden, GGD Amsterdam en Careyn). Financiering vindt plaats door Fonds Nuts Ohra. De looptijd is van mei 2016 tot september 2019.

VoorZorg in het sociale domein: In dit programma wordt de samenwerking tussen VoorZorg en de gemeenten in het sociale domein onderzocht. VUMC is de trekker van het programma; het wordt uitgevoerd bij GGD Amsterdam, GGD Hart voor Brabant en GGD Hollands Noorden. Financiering vindt plaats door ZonMw en de looptijd is van mei 2017 tot mei 2019.

Serious gaming voor een rookvrije generatie: Co-creatie voor kansarme gezinnen: Dit programma wordt getrokken door Amsterdam Public Health (samenwerking Academisch Medisch Centrum (AMC), VUMC, Vrije Universiteit en Universiteit van Amsterdam (UvA)) en uitgevoerd bij GGD Amsterdam en GGD Hollands Noorden. De looptijd is van januari 2017 tot januari 2018; het programma wordt gefinancierd door Fonds Nuts Ohra.

Resultaten: De resultaten van VoorZorg zijn op het Eusuhm congres van 2015 gepresenteerd. Er lopen drie projecten (inhoud en/of onderzoek) op basis van VoorZorg. Daarnaast zijn de volgende drie projecten op basis van VoorZorg in voorbereiding:

- Een prenataal screeningsmodel om zo effectief mogelijk bestaande preventieve ondersteuningsprogramma's, waaronder VoorZorg in te zetten.
- Een programma à la VoorZorg voor de zeer kwetsbare zwangere vrouwen in gezinnen waar al kinderen geboren zijn.
- Een programma voor de follow-up van de deelnemers in de VoorZorg-RCT voor onderzoek naar lange termijn effecten (8-10 jaar) van VoorZorg.

Conclusie: Een onderbouwd en bewezen effectief programma geeft een stimulans naar ontwikkelingen en onderzoeken welke tot doel hebben de situatie van kansarme kinderen te verbeteren.

Seksueel overdraagbare aandoeningen bij universiteitsstudenten

I. Talboom¹

¹Studentengezondheidscentrum, KU Leuven, Leuven, België
Contact: ive.talboom@kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) komen frequent voor bij universiteitsstudenten. Ondanks vele sensibiliseringacties zijn studenten vaak onwetend en beseffen ze niet welk risico ze nemen bij ieder onveilig seksueel contact. Chlamydia Trachomatis (CT) en Neisseria Gonorrhoe (NG) worden ook overgedragen door onbeschermd oraal en anaal seksueel contact, en verlopen vaak asymptomatisch. Daarenboven wordt er nauwelijks gescreend op extra-genitale plaatsen met continue overdracht als gevolg.

Tijdens elk SOA-consult maken we een risico-inschatting door een uitgebreide seksuele anamnese, waarin onder meer de aard van seksueel contact wordt bevraagd.

Method: In een retrospectief onderzoek bij onze patiënten van de laatste 5 jaren onderzochten we de incidentiecijfers van CT en NG op de verschillende (genitale en extra-genitale) locaties.

Resultaten: Sinds een meer gerichte screening merken we een toename van de incidentie van oropharyngeale en anorectale CT en NG.

Conclusie: Het is zinvol om bij elk SOA-consult de precieze aard van seksueel contact te bevragen om deze extra-genitale, vaak asymptomatische, infecties te kunnen opsporen en behandelen.

Vaccinatiegraad van kinderen in Vlaanderen, over vier EPI-studies uitgevoerd tussen 2005 en 2016

H. Theeten¹, T. Braeckman¹, M. Roelants², S. Blaizot¹, N. Hens¹, K. Maertens¹, K. Hoppenbrouwers^{2,3}, P. Van Damme¹, C. Vandermeulen³

¹Centrum voor de Evaluatie van Vaccinatie, VAXINFECTIO, Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

²Omgeving en gezondheid, Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven, Leuven, België

³Leuvens Universitair Vaccinologie Centrum, KU Leuven, Leuven, België

Contact: heidi.theeten@uantwerpen.be

Achtergrond en doelstelling: De vaccinatiegraadstudie van 2016 peilde voor de vierde keer sinds 2005 naar de vaccinatie-status voor aanbevolen vaccins op peuter- en schoolleeftijd in Vlaanderen.

Method: In cross-sectionele studies met een gelijkaardig design, gebaseerd op de methodiek van het World Health Organisation (WHO) Expanded Programme on Immunisation (EPI), werden ouders van een peuter (18 tot 24 maanden) of van een adolescent (14- tot 16-jarigen) uitgenodigd voor een interview aan huis, om sociaal-demografische gegevens te bevragen en vaccinatiedocumenten in te kijken. Ontbrekende vaccinatiedata werden aangevuld vanuit de databank van het Vlaams online bestel- en registratiesysteem (Vaccinnet) en via de behandelende arts. Via logistische regressie analyse werden risicofactoren voor onvolledige vaccinatie opgespoord.

Resultaten: Voor vaccins die al vóór 2005 deel uitmaakten van het aanbevolen schema voor zuigelingen bleef de vaccinatiegraad voor een volledig schema stabiel over de vier opeenvolgende EPI-metingen, en deze schommelde tussen 93% en 96% (tabel 1). Pneumokokken- en rotavirusvaccins werden nadien aan het programma toegevoegd en bereikten al in 2012 een vergelijkbare vaccinatiegraad die stabiel bleef tot 2016. Bij ado-

Tabel 1 Vaccinatiegraad (%; 95% betrouwbaarheidsinterval) in verschillende leeftijdsgroepen (geboortejaar, leeftijd bij interview, n = aantal bevraagd) in Vlaanderen

Vaccins aanbevolen op zuigelingen-leeftijd	2003 18–24 maanden n = 1349	2006 18–24 maanden n = 915	2010 18–24 maanden n = 874	2014 18–24 maanden n = 746
DTPa-polio (4 dosissen)	92,9 (91,6–94,2)	95,2 (93,6–96,4)	93,0 (91,1–94,5)	93,0 (90,5–95,0)
b (4 dosissen)	92,6 (91,2–94,0)	95,2 (93,6–96,4)	93,1 (91,2–94,6)	93,0 (90,5–95,0)
HBV (volledig schema)	92,2 (90,8–93,7)	95,1 (93,5–96,3)	93,0 (91,1–94,5)	92,9 (90,4–94,9)
PCV (3 dosissen)	Niet aanbevolen	89,1 (86,9–90,9)	96,5 (95,0–97,6)	94,9 (92,9–96,5)
MBR 1	94,0 (92,6–95,3)	96,6 (95,2–97,6)	96,6 (95,1–97,6)	96,2 (94,3–97,6)
MCV (1 dosis)	94,1 (92,8–95,4)	95,6 (94,1–96,8)	93,1 (91,2–94,6)	93,7 (91,5–95,4)
Rotavirus (2 dosissen)	Niet aanbevolen	30,4 (27,5–33,4)	92,2 (90,2–93,8)	89,7 (86,0–92,6)
Vaccins aanbevolen op schoolgaande leeftijd (aanbevolen leeftijd)	1991 (14 jaar) n = 1344	1994 (14 jaar) n = 1319	1998 (14 jaar) n = 1300	2000 (16 jaar) n = 1012
Polio (6 jaar)	Niet bevraagd	90,8 (89,2–92,4)	90,5 (88,7–92,3)	91,9 (90,1–93,7)
DT/DTPa (6 jaar)	Niet bevraagd	91,1 (89,6–92,7)	90,8 (89,0–92,5)	92,8 (91,1–94,5)
MBR 2 (10 jaar)	83,6 (81,4–85,8)	90,6 (89,0–92,2)	92,5 (90,9–94,1)	93,4 (91,8–95,1)
HPV (2 of 3 dosissen bij 12 jaar, meisjes)	Niet aanbevolen	4,1 (2,6–5,7)	83,5 (80,6–86,4)	89,5 (86,5–92,4)
dTap (14 jaar)	Niet bevraagd	Niet bevraagd	Niet bevraagd	87,4 (85,0–89,8)

DTP-polio gecombineerd difterie-tetanus-acellulair pertussis-geïnactiveerd poliomyelitis vaccin; *Hib* H Influenzae b vaccin; *HBV* hepatitis B vaccin; *PCV* geconjugeerd pneumokokken vaccin; *MBR* mazelen-bof-rubella vaccin; *MCV* geconjugeerd meningokokken C vaccin; *HPV* humaan papilloma virus vaccin; *dTap*= difterie-tetanus-acellulair pertussis booster vaccin.

lescenten was de vaccinatiegraad voor boosterdosissen (polio, difterie, tetanus, pertussis) en de tweede dosis van het mazelen-bof-rubella vaccin licht lager (87-93%), maar met een stijgende trend over de jaren. In deze leeftijdsgroep werd kort na invoering een hoge vaccinatiegraad bereikt voor het HPV-vaccin bij meisjes (90% volledig gevaccineerd in 2016). Peuters die niet op consultatiebureau van Kind en Gezin werden gevaccineerd of die van vaccinerende arts veranderden, die in grote gezinnen leefden of een lagere sociaaleconomische status hadden, waren vaker onvolledig gevaccineerd, net als adolescenten die achterstand hadden in hun schoolloopbaan of met een niet-Belgische origine.

Conclusie: In Vlaanderen is de vaccinatiegraad voor aanbevolen vaccins hoog. Karakteristieken van onvolledig of niet gevaccineerde kinderen zijn de voorbije 10 jaar gelijkaardig gebleven wat wijst op een nood aan nieuwe strategieën om deze doelgroep te bereiken.

Ondersteuning/Dankwoord: Deze studie is uitgevoerd met de steun van de Vlaamse Gemeenschap.

Onderzoek naar het vertrouwen van ouders in vaccinaties voor hun kinderen

C. Vandermeulen¹, M. Roelants², T. Braeckman³, K. Maertens³, P. Van Damme³, K. Hoppenbrouwers^{1,2}, H. Theeten³

¹Leuvens Universitair Vaccinologie Centrum, KU Leuven, Leuven, België

²Omgeving en gezondheid, Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven, Leuven België

³Centrum voor de Evaluatie van Vaccinatie, VAXINFECTIO, Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België
Contact: Corinne.vandermeulen@uzleuven.be

Achtergrond en doelstellingen: Vaccinatieprogramma's zijn het slachtoffer geworden van hun eigen succes. Jonge ouders kennen de ziekten en hun complicaties niet meer waartegen gevaccineerd wordt en richten hun aandacht meer op (vermeende) nevenwerkingen van vaccinatie. Dit heeft in veel landen geleid tot een verminderd vertrouwen in de gunstige effecten van vaccinatie. Hierdoor is er een groeiende groep van ouders die twijfelen aan vaccinatie en ook vaccinaties voor hun kinderen uitstellen en soms weigeren. Door een daling van de vaccinatiegraad wordt de groepsimmunitet ondermijnd waardoor landen terug geconfronteerd worden met epidemieën van vaccineerbare infectieziekten, zoals mazelen.

In deze studie hebben we het wantrouwen/vertrouwen van ouders van pasgeboren kinderen, peuters en adolescenten bevraagd in Vlaanderen.

Methode: De door de World Health Organisation (WHO) ontwikkelde vragenlijst om vertrouwen in vaccinatie (*vaccine hesitancy*) te meten werd opgenomen in de vragenlijst van de Vlaamse vaccinatiegraadstudie van 2016. Aan ouders werd gevraagd om 10 tot 12 uitspraken over vaccins en vaccinaties te beoordelen op een vijf-punts Likert schaal. De gegevens werden gedichotomiseerd voor statistische analyse (akkoord of niet akkoord).

Resultaten: Ondanks de observatie dat bijna 40% van de ouders van pasgeborenen ($n=481$), jonge kinderen ($n=746$) en adolescenten ($n=1012$) een bezorgdheid hebben over mogelijke ernstige nevenwerkingen na vaccinatie, is meer dan 90% toch akkoord met de uitspraken dat vaccins belangrijk, nuttig en doeltreffend zijn voor hun kinderen en de maatschappij (fig. 1).

Conclusie: Bezorgdheden over de veiligheid van vaccinatie van ouders staan het vertrouwen in vaccinatie niet in de weg.

Desondanks moeten de bezorgdheden van ouders toch proactief aangepakt worden om dit vertrouwen verder te ondersteunen.

Ondersteuning/Dankwoord: Deze studie is uitgevoerd met de steun van de Vlaamse Gemeenschap.

Belgische studie naar nasofaryngeaal dragerschap van *S. pneumoniae* in gezonde kinderen in kinderdagverblijven en in kinderen met acute middenoorontsteking

I. Wouters¹, S. Desmet², L. Van Heirstraeten¹, K. Standaert², C. Lammens¹, J. Verhaegen², H. Goossens¹, P. Van Damme¹, S. Malhotra-Kumar¹, H. Theeten¹

¹Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

²Universitair Ziekenhuis Leuven, Leuven, België

Contact: ine.wouters@uantwerpen.be

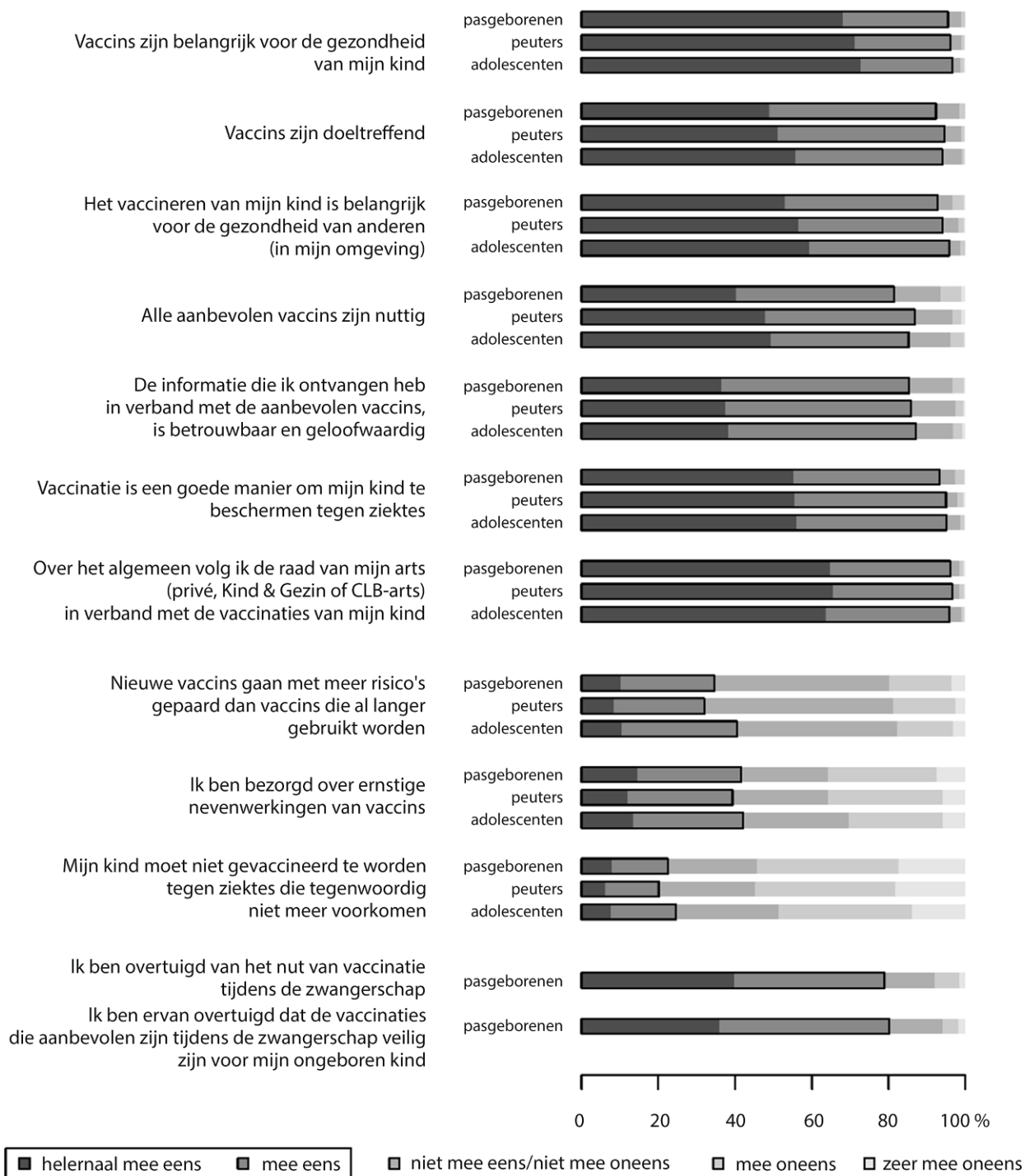
Achtergrond en doelstelling: Het Belgische vaccinatieprogramma voor pneumokokken wijzigde sinds 2007 van het gebruik van een 7-valent (PCV7) naar een 13-valent (PCV13) en zeer recent naar een 10-valent vaccin (2015-2016). Een 3-jaar durende nasofaryngeale dragerschapstudie (2016-2018) bij kinderen tussen 6 en 30 maanden laat toe de impact van deze wijziging op circulerende serotypes van pneumokokken te evalueren.

Methode: Voor de basismeting in jaar 1 (januari-juni 2016) werden gezonde kinderen in kinderdagverblijven (KDV, $n=85$) benaderd, alsook kinderen met een acute middenoorontsteking (AMO) op consultatie bij een van de deelnemende artsen ($n=12$). Er werd een vragenlijst en een enkele nasofaryngeale wisser afgenomen. Vervolgens werden *S. pneumoniae* in cultuur gebracht, gescreend voor antimicrobiële resistentie en via Quellung reactie werd het serotype bepaald. Pneumokokken DNA werd gekwantificeerd via Taqman real-time PCR (= *polymerase chain reaction*).

Resultaten: In de studiepopulatie was het dragerschap van pneumokokken hoog (KDV: 462/760; 60,8%; AMO: 27/39; 69,2%), ook al kreeg >94% van de geïncludeerde kinderen ≥ 2 PCV vaccinaties. De prevalentie van PCV13 serotypes was laag, met 19F (KDV: 2,8%; AMO: 3,8%) en 14 (KDV: 0,9%; AMO: 3,8%) als meest voorkomende serotypes. De prevalentie van serotypes 3, 6A en 19A (enkel aanwezig in PCV13) was in beide populaties minder dan 0,5%. 23B (14,0%) en 23A (10,6%) waren de meest voorkomende niet-PCV serotypes in KDV, en 11A (15,4%) in AMO. Pneumokokken DNA-lading was niet gerelateerd aan vaccin serotype, maar wel significant hoger in kinderen met verkoudheidssymptomen.

Conclusie: Voor de basismeting in 2016 was dragerschap van PCV13 serotypes in gezonde kinderen in België zeldzaam. Verdere surveillance zal aantonen of deze situatie behouden blijft onder de recente wijziging in het pneumokokken vaccinatieprogramma; in jaar 2 werden meer dan 900 KDV en 100 AMO stalen afgenomen (oktober 2016-mei 2017).

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek werd uitgevoerd met de steun van het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen.



Figuur 1 Houding van ouders van pasgeboren baby's, peuters en adolescenten tegenover vaccinatie

Post-up onderzoek: Effectiviteit van screening op postpartum depressie in de jeugdgezondheidszorg

A. I. van der Zee-van der Berg¹,
M. M. Boere-Boonekamp¹,
C. G. M. Groothuis-Oudshoorn¹,
M. E. Haasnoot-Smallegange², S. A. Reijneveld³

¹Universiteit Twente, Enschede, Nederland

²GGD Twente, Enschede, Nederland

³Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

Contact: a.i.vandenberg@utwente.nl

Achtergrond en doelstelling: Postpartum depressie (PPD) is een frequent voorkomend gezondheidsprobleem bij vrouwen na de bevalling (periode prevalentie 7,1%). Screening in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) kan de vroege opsporing verbeteren, het herstel van de moeder bevorderen en daarmee de effecten van PPD op de ontwikkeling van de kinderen van de moeders verminderen. De Post-Up studie onderzocht de effecten van screening op PPD in de JGZ, in vergelijking met de gebruikelijke zorg 'care as usual' (CAU), op uitkomsten op moeder- en kindniveau.

Methoden: In een prospectief, vergelijkend onderzoek werden moeders in de interventieregio, tijdens hun bezoek aan het consultatiebureau 1, 3 en 6 maanden postpartum,

gescreend op PPD met de Edinburgh *Postnatal Depression Scale* (EPDS) ($n=1843$) en vergeleken met moeders die CAU kregen ($n=1246$). Metingen vonden plaats 1 maand (basismetring), 9 maanden (MINI Internationaal Neuropsychiatrisch Interview) en 12 maanden (*State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), *Short Form Health Survey* (SF-12), *Self-Efficacy in the Nurturing Role* (SENR) en de *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional* (ASQ-SE)) na de bevalling.

Resultaten: Bij de meting 9 maanden na de bevalling bleken significant minder moeders in de interventieregio ernstig depressief vergeleken met het CAU-gebied: 0,6% versus 2,5% (adjusted odds ratio (aOR) 0,28, 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,12-0,63; Cohen's d 0,70). Voor milde en ernstige depressie samen waren de prevalentiecijfers 3,0% versus 8,4% (aOR 0,40, 95%-BI 0,27-0,58; Cohen's d 0,51). Voor de meeste secundaire uitkomsten op moederniveau (opvoedingsvaardigheden, symptomen van angst, psychische kwaliteit van leven) werden effecten met een kleine effectgrootte gemeten, variërend van 0,23 tot 0,27. Op kindniveau was het effect op de sociaalemotionele ontwikkeling verwaarloosbaar.

Conclusie: Screening op PPD in de JGZ moet, gezien de positieve effecten op de psychische gezondheid van de moeder, serieus worden overwogen. Nader onderzoek is nodig naar de effecten van optimale behandeling van moeders met PPD en follow-up onderzoek naar de gevolgen voor de kinderen van deze moeders.

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek vond plaats binnen de Academische Werkplaats Jeugd Twente en werd gefinancierd door ZonMw.