

Abstracts EUSUHM-congres 2019

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2019

Samenhang tussen financiële problemen van ouders met psychosociale problemen bij kinderen

M. Boelens¹, D. A. Windhorst¹, H. Raat¹,
G. M. Schouten², W. Jansen^{1,2}

¹ Afdeling maatschappelijke gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, Nederland

² Gemeente Rotterdam, Rotterdam, Nederland

Contact: m.boelens1@erasmusmc.nl

Achtergrond en doelstelling: Ongeveer 10 % van de kinderen en adolescenten ervaart psychosociale problemen. Verschillende onderzoeken vonden een samenhang tussen socio-economische factoren en psychosociale problematiek. Het verband tussen financiële problemen van ouders en het risico op psychosociale problematiek bij kinderen is minder onderzocht. Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen financiële problemen van ouders en het risico op psychosociale problemen bij kinderen van 4–12 jaar oud.

Methoden: Dit onderzoek maakt gebruik van cross-sectionele survey-data van de *Gezondheidsmonitor Kinderen GGD Rotterdam-Rijnmond*. Deze survey is in 2018 afgenomen bij 5010 ouders van kinderen van 4–12 jaar oud in Rotterdam. De ouders is gevraagd of ze financiële problemen hebben ervaren in de voorafgaande twaalf maanden. Vervolgens is gevraagd of ze zich bepaalde uitgaven voor hun kinderen niet konden veroorloven (bijvoorbeeld een vakantie of lidmaatschap van een sportclub). Ouders hebben ook de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ingevuld over de psychosociale gezondheid van hun kind. Daarnaast werden sociaal-demografische kenmerken verzameld. Vervolgens is gekeken of financiële problemen samenhangen met de totaalscore op de SDQ (als continue en dichotome maat) door middel van multivariate lineaire en logistische regressieanalyses, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en thuissituatie.

Resultaten: Na exclusie van 57 ouders met ontbrekende gegevens over financiële problemen en 24 ouders met ontbrekende gegevens over de SDQ-score bestaat de onderzoekspopulatie uit 4929 ouders met een kind van 4–12 jaar oud. Van de ouders ervaart 15,3 % financiële problemen en bij 19,4 % van de kinderen is er een hoge score op psychosociale problemen. De

gemiddelde leeftijd van de kinderen is 7,5 jaar (standaarddeviatie (SD) 2,3) en 51,5 % bestaat uit jongens. Van de kinderen woont 74,6 % in een gezin met twee ouders en 51,3 % van de ouders is hoger opgeleid. Kinderen van ouders met financiële problemen hebben een hogere totaalscore op de SDQ (B=0,10; 95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,08–1,22) dan kinderen van ouders zonder financiële problemen. Kinderen van ouders met financiële problemen hebben een hoger risico op psychosociale problematiek (oddsratio 2,41; 95 %-BI 1,91–3,02) in vergelijking met kinderen van ouders zonder financiële problemen.

Conclusie: De resultaten van dit onderzoek wijzen op een mogelijke samenhang tussen de financiële problemen van ouders en het risico op psychosociale problemen bij kinderen. Kinderen van ouders met financiële problemen hebben in dit onderzoek een significant hoger risico op psychosociale problemen. Dit is belangrijk om mee te nemen bij het ontwikkelen van interventies gericht op het verminderen van psychosociale problemen bij kinderen.

Het verband tussen stuitligging tijdens de zwangerschap en heupdysplasie: een case-control onderzoek

M. M. Boere-Boonekamp¹, E. Vrugteveen²,
A. A. J. Konijnendijk³

¹ Vakgroep Health Technology and Services Research, Technical Medical Centre, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

² Masteropleiding Health Sciences, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

³ Vakgroep Biomedical Signals and Systems, Technical Medical Centre, Universiteit Twente, Enschede, Nederland
 Contact: m.m.boere-boonekamp@utwente.nl

Achtergrond en doelstelling: Heupdysplasie (*developmental dysplasia of the hip*, DDH) omvat een spectrum van aandoeningen van de zich ontwikkelende babyheup. Gemeenschappelijke kenmerken zijn de ontoereikende vorm van het acetabulum (de heupkom) en de abnormale relatie tussen de femurkop en het acetabulum. Vrouwelijk geslacht, positieve familieanamnese en stuitligging tijdens de zwangerschap en/of

bevalling zijn bekende risicofactoren voor DDH. Vanwege het gebruik van verschillende definities in de wetenschappelijke literatuur is de exacte relatie tussen stuitligging en DDH echter niet duidelijk. Dit onderzoek richtte zich in meer detail op het verband tussen stuitligging en DDH, rekening houdend met de (combinatie van) duur en moment(en) van de stuitligging.

Methoden: In een *case-control* onderzoeksopzet werden in totaal 161 kinderen met DDH (cases) en 193 gezonde kinderen (controles) geïnccludeerd, allen jonger dan drie jaar. Ouders van cases werden via de Nederlandse patiëntenvereniging (Vereniging Afwijkende Heupontwikkeling) geworven via e-mailberichten aan de leden en berichten op publieke en private Facebook-pagina's van de patiëntenvereniging. Ouders van controles werden geworven via het sociale netwerk van de ouders van de cases. Gegevensverzameling vond plaats met behulp van een digitale zelfrapportagevragenlijst. De gemeenten variabelen betroffen achtergrondvariabelen, aanwezigheid van heupdysplasie, risicofactoren, aard van de bevalling en ligging van het kind tijdens de zwangerschap en bij de geboorte. Ouders namen gegevens over de ligging vanaf de 31e zwangerschapsweek over van de zwangerschapskaart met daarop het verslag van de verloskundige of baseerden antwoorden op hun eigen herinnering. Er werden ruwe oddsratio's (OR) berekend met 95 %-betrouwbaarheidsintervallen (BI).

Resultaten: 'Stuitligging tijdens een of meer zwangerschapscontroles' was significant geassocieerd met DDH (OR 2,0; 95 %-BI 1,3-3,1). 'Stuitligging in de laatste zwangerschapsweek' bleek een belangrijke risicofactor voor DDH (OR 3,6; 95 %-BI 2,1-6,2). De sterkte van het verband met DDH nam toe met de duur van de stuitligging (5-8 weken: OR 2,9; 95 %-BI 1,5-5,5; 9-12 weken: OR 3,7; 95 %-BI 1,8-7,7). De variabele 'stuitligging bij alle zwangerschapscontroles' was het sterkst geassocieerd met DDH (OR 4,5; 95 %-BI 2,2-9,0).

Conclusie: Een stuitligging gedurende meer dan vijf weken tijdens de zwangerschap of tijdens de laatste zwangerschapsweek gaat gepaard met sterk verhoogde risico's voor DDH, vergelijkbaar met het verhoogde risico voor meisjes en voor kinderen met een positieve familieanamnese.

Samen met ouders krachten en zorgbehoeften in kaart brengen en samen beslissen: een effectonderzoek naar een innovatieve methodiek tijdens reguliere JGZ-contactmomenten

M. C. A. Bontje¹, R. W. de Ronde², E. M. Dubbeldeman², M. Kamphuis^{3,4}, R. Reis², M. R. Crone²

¹ GGD Hollands Midden, Publieke zorg voor de Jeugd, Leiden, Nederland

² Leids Universitair Medisch Centrum, Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden, Nederland

³ Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West, Zoetermeer, Nederland

⁴ Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling, Utrecht, Nederland

Contact: mbontje@ggdhm.nl

Achtergrond en doelstelling: Ouders hebben vaak vragen of zorgen over hun kind. Deze zorgen van ouders worden niet altijd herkend door de jeugdgezondheidszorg (JGZ)-professional. Anderzijds zijn niet alle ouders het eens met de door de JGZ-professional gesignaleerde zorgen.

Signaleren en het met ouders eens worden over de krachten van en zorgen over een kind en zijn gezin zijn belangrijke stappen bij het vaststellen van zorgbehoeften binnen de preventieve JGZ. In 2013 is een nieuwe methodiek - GIZ (Gezamenlijk

Inschatten van Zorgbehoeften) - ontwikkeld om professionals te ondersteunen bij het actief betrekken van ouders en jeugdigen bij het gezamenlijk vaststellen van hun sterke kanten, zorgen en ondersteuningsbehoeften. Het actief betrekken van ouders kent vele voordelen: zo wordt de expertise van de ouders over het unieke kind en gezin erkend, en kan de ondersteuning goed worden afgestemd op hun persoonlijke wensen en voorkeuren. Dit onderzoek vergelijkt JGZ-consulten waarin de GIZ-methodiek gebruikt wordt met consulten waarin de methodiek niet gebruikt wordt.

Methoden: Een niet-gerandomiseerde gecontroleerde steekproef van 734 ouders van kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar die de JGZ bezochten voor reguliere preventieve gezondheidsonderzoeken, waarbij hun JGZ-professional een vragenlijst invulde na het JGZ-consult. Van de 734 deelnemers kregen 525 deelnemers de interventie met de GIZ-methodiek en 209 deelnemers een consult zonder de GIZ (*care as usual*). Uitkomstmaten waren: het percentage ouders dat aangeeft dat hun zorgen besproken zijn, het percentage ouder-JGZ-professional-overeenstemming over zorgen, het percentage ouder-JGZ-professional-overeenstemming over vervolgacties, en het percentage ouders dat tevreden is over het gesprek en hun deelname aan de besluitvorming. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn multivariate regressieanalyses uitgevoerd.

Resultaten: JGZ-professionals signaleerden vaker zorgen over de ontwikkeling van het kind, de opvoeding of de gezins- en omgevingsomstandigheden dan ouders: 49,7 % versus 29,2 %. In de GIZ-groep werden de zorgen van ouders, vooral ten aanzien van opvoeding en gezins- en omgevingsomstandigheden, vaker besproken wanneer ouders daar ook behoefte aan hadden. Ouders in de GIZ-groep hadden na het consult minder zorgen dan ouders in de vergelijkingsgroep: 26,5 % versus 35,9 %. Ouders en JGZ-professionals waren het met de GIZ vaker eens over de vraag of er zorgen waren over de ontwikkeling van het kind dan zonder GIZ (oddsratio (OR) 1,67; 95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,06-2,63). Ouder en JGZ-professional waren het twee keer zo vaak eens of er wel of geen advies gegeven was (55 % versus 25 %). Ouders in de GIZ-groep waren vaker tevreden over het gesprek (OR 2,00; 95 %-BI 1,24-3,24).

Conclusie: De JGZ-professional heeft een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren van zorgbehoeften bij kinderen en ouders, het bekrachtigen van gezinnen, het bieden van advies en desgewenst toeleiden naar passende ondersteuning. Het gebruik van de GIZ-methodiek binnen de preventieve JGZ lijkt positieve effecten te hebben op de mate waarin zorgbehoeften van ouders besproken worden, op de mate waarin ouder en JGZ-professional het eens zijn over de zorgen, op het geboden advies en de mate waarin ouders tevreden zijn over het gesprek. Kortom, de GIZ-methodiek kan een goede bijdrage leveren aan de gezamenlijke besluitvorming van ouders en JGZ-professionals.

Ontwikkeling en haalbaarheid van een zorgpad met e-consulten in de jeugdgezondheidszorg

A. R. Brunekreeft, I. I. E. Staal

GGD Zeeland, Goes, Nederland

Contact: arina.brunekreeft@ggdzeeland.nl

Achtergrond en doelstelling: De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft als doel bij te dragen aan het gezond en veilig opgroeien van jeugdigen. JGZ-professionals realiseren dit doel door voorlichting te geven, vroegtijdig te signaleren, in te zetten op preventie en normaliseren, en waar nodig aanvullende hulp te bieden. Het valide en betrouwbaar beoordelen van het risico op opvoed- en opgroei problemen is daarbij belangrijk. Onderzoek heeft laten zien dat wanneer de jeugdverpleegkundige

werkt met het brede gestructureerde vraaggesprek SPARK (Signaleren van Problemen en Analyseren van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen) deze in dialoog met ouders komt tot een valide en betrouwbare risico-inschatting. Zo'n risico-inschatting maakt het mogelijk om zorg zo in te richten dat deze past bij de behoefte en de mate van risico van het kind en het gezin. Zorgpaden hebben de potentie om de inrichting van de zorg te verbeteren en behoeften van cliënten centraal te stellen. Het doel van dit project was het ontwikkelen van een zorgpad met e-consulten voor kinderen met een laag risico op de SPARK én voor ouders met wie tijdens gesprekken is bepaald dat digitaal volgen geschikt voor hen zou zijn, en deze e-consulten te testen op haalbaarheid in de dagelijkse JGZ-praktijk.

Methoden: Dit onderzoek heeft een longitudinaal, observationeel ontwerp. De ontwikkeling van het zorgpad met e-consulten was een iteratief proces, waarbij ouders, professionals en onderzoekers zijn betrokken. Jeugdverpleegkundigen gebruikten de SPARK tijdens het contactmoment op de leeftijd van 18 maanden. Gezinnen waarbij sprake was van een laag risico en waarbij een e-consult voor ouders als een passend vervolg werd ingeschat, werden uitgenodigd voor het e-consult. Deze uitnodiging ontvingen ouders wanneer hun peuter 24 maanden was. Een consultatiebureaubezoek bij 30 maanden werd gebruikt om te beoordelen of het kind een veilige en gezonde ontwikkeling had doorgemaakt en of de keuze voor een e-consult terecht was. Het gebruikersoordeel van ouders en professionals werd geëvalueerd met behulp van een online vragenlijst en aanvullende focusgroepen.

Resultaten: Een in de praktijk toepasbaar zorgpad met e-consulten is ontwikkeld. Binnen de beschikbare projecttijd hebben 74 ouders gebruikgemaakt van het e-consult, van wie er 62 bij 30 maanden het consultatiebureau hebben bezocht. Ouders waren zeer tevreden over het e-consult, terwijl JGZ-professionals juist niet tevreden waren. Alle 62 gecheckte kinderen op de leeftijd van 30 maanden hadden volgens de jeugdarts een veilige en gezonde ontwikkeling doorgemaakt. Eén casus leidde tot discussie over de selectie voor het zorgpad met e-consulten.

Conclusie: Het zorgpad met e-consulten getest in de JGZ-praktijk geeft ouders handvatten om de ontwikkeling van hun kind en de opvoeding objectief te beoordelen. Ouders waren zeer tevreden over het e-consult. Dit motiveerde professionals om door te gaan met e-consulten, ondanks hun eigen negatief gekleurde ervaringen. Het maken van een valide en betrouwbare risico-inschatting, zoals met de SPARK gebeurt, is belangrijk voor de selectie en toeleiding naar en brede implementatie van het zorgpad met e-consulten. Bovendien is het wachten op de resultaten van een vervolgonderzoek op dit haalbaarheidsonderzoek, waarin het e-consult via een gerandomiseerde trial wordt vergeleken met een regulier consultatiebureaubezoek.

Ondersteuning/Dankwoord: dit onderzoek werd mogelijk door een subsidie van ZonMw (Grant Number 736200009).

Het bepalen van de draaglast en draagkracht van ouders met jonge kinderen vanuit het perspectief van de ouder: deelonderzoek SPARK-project

J. C. R. de Ru¹, I. I. E. Staal²

¹ Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, UMC Utrecht, Nederland

² GGD Zeeland, Goes, Nederland

Contact: j.c.r.deru@umcutrecht.nl

Achtergrond en doelstelling: Een van de hoofddoelen van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is om vroegtijdig ontwikkelings- en opvoedingsproblematiek te signaleren in gezinnen

met jonge kinderen. Onderzoek laat zien dat het brede gestructureerde vraaggesprek SPARK (Signaleren van Problemen en Analyseren van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen) effectief, betrouwbaar en valide is, en bruikbaar is in de dagelijkse JGZ-praktijk. Meer kennis is echter gewenst over de wijze waarop ouders zelf hun draagkracht en draaglast definiëren en inschatten, en hoe de SPARK en bijbehorende vervolgacties daar aan bijdragen. Dit deelonderzoek richt zich op het eerste deel van de vraag, waarna een korte vragenlijst zal worden ontwikkeld om de draagkracht en draaglast vanuit het perspectief van de ouder te kunnen meten, zodat het tweede deel van de vraag in het overkoepelende SPARK-onderzoek beantwoord kan worden.

Methoden: Drie focusgroepen met ouders van verschillende achtergronden zijn georganiseerd. Op basis van literatuuronderzoek werd een topic-lijst opgesteld als gespreks-ondersteuning. Alle bijeenkomsten werden getranscribeerd en met thematische analyse werden overkoepelende thema's vastgesteld door een werkgroep, die bestond uit vertegenwoordiging van ouders, wetenschap en praktijk. Een korte zelfrapportagevragenlijst, genaamd Balansmeter, werd opgesteld en uitgetest met een *think aloud*-procedure. Ouders werden hierbij gevraagd tijdens het invullen van de vragenlijst hardop te denken om te toetsen of de vragen juist geïnterpreteerd werden en of aanvullende vragen nodig waren. Met de resultaten van deze procedure werd de Balansmeter aangepast en daarna opgenomen in het overkoepelende SPARK-onderzoek.

Resultaten: Vijf thema's kwamen uit de focusgroepen naar voren: ervaring met opvoeden, steun, relatie en overeenstemming met partner, complicerende familiefactoren en aanpassingsvermogen. De eerste versie van de Balansmeter bestond uit drie vragen over de ervaren balans tussen draagkracht en draaglast van ouders. De *think aloud*-procedure maakte duidelijk dat het nodig was om inleidende vragen over de gevonden thema's toe te voegen, zodat ouders eerst nadenken over verschillende aspecten van opvoeden en het ouderschap, om ze toe te leiden naar de drie vragen over de balans die ze binnen het ouderschap al dan niet ervaren. Het eindresultaat van acht vragen vergt 2 minuten om in te vullen. Binnen het overkoepelende SPARK-project zal de Balansmeter in drie verschillende cohorten op drie meetmomenten worden afgenomen en zal deze bij afronding in totaal rond 4000 keer zijn ingevuld.

Conclusie: In dit onderzoek is het perspectief van ouders op hun eigen draagkracht en draaglast in kaart gebracht en vertaald naar een compacte zelfrapportagevragenlijst, de Balansmeter. De data die worden verzameld in het overkoepelende SPARK-project zullen meer inzicht geven in de wijze waarop ouders hun eigen draagkracht en draaglast beoordelen, en hoe de evaluatie zich verhoudt tot de SPARK en de vervolgacties die naar aanleiding van de SPARK worden ingezet. In de Nederlandse JGZ maken alle professionals een inschatting van de draagkracht en draaglast van ouders of verzorgers. Meer inzicht in de manier waarop ouders zelf naar hun draagkracht en draaglast kijken, zal bijdragen aan een betere aansluiting tussen ouders en professionals, en zal deze zorg ook beter laten aansluiten indien een vervolg gewenst is.

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek werd mogelijk door een subsidie van ZonMw (Grant Number 729300101).

Beoordeling van de hoofdomtrek bij baby's van Hindoestaanse en Nederlandse afkomst in Nederland: de WHO-groeistandaard versus lokale etnisch-specifieke groeireferenties

J. A. de Wilde, A. L. van de Ridder, B. J. C. Middelkoop

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland
Contact: j.a.de_wilde@lumc.nl

Achtergrond en doelstelling: De groei van kinderen wordt in veel landen structureel gemonitord met groeicurven (referenties) om mogelijke gezondheidsbedreigingen vroegtijdig op te sporen. De groeistandaard van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt in veel landen als normatieve groeireferentie gebruikt. Deze beschrijft hoe kinderen zouden moeten groeien, onafhankelijk van hun etnische herkomst. Er is echter kritiek op de 'WHO-standaard', vooral wat betreft de hoofdomtrek. Zo hebben kinderen van Aziatische herkomst gemiddeld een veel kleinere hoofdomtrek dan kinderen van Europese herkomst, wat kan leiden tot misclassificaties. Vanwege deze variatie tussen groepen is het de vraag of de hoofdomtrek-naar-leef-tijdcurve van de WHO kinderen van Hindoestaanse herkomst (=Zuid-Aziatische, onder andere India, Pakistan) voldoende representeert. Het doel van dit onderzoek is dan ook om de mogelijke misclassificatie van de hoofdomtrek door de WHO-groeistandaard in vergelijking met de lokale (uit Nederland afkomstige) etnisch-specifieke hoofdomtrek-naar-leef-tijdreferentie te onderzoeken bij kinderen van Nederlandse en Hindoestaanse herkomst.

Methoden: Het onderzoek werd uitgevoerd op basis van 52.172 routinematige metingen van de hoofdomtrek binnen de JGZ, die afkomstig waren van 1076 Surinaams-Hindoestaanse (voorouders waren uit India of Pakistan afkomstig en zijn naar Suriname gemigreerd), 205 Zuid-Aziatische (ouders afkomstig uit Pakistan of India) en 7814 Nederlandse kinderen in de leeftijd van 1-14 maanden. Inclusiecriteria waren: à term geboren en eenlingzwangerschap. (Surinaams-)Hindoestaanse hoofdomtrek-naar-leef-tijdreferenties werden geconstrueerd met de *state-of-the-art*-LMS-methode. Standaarddeviatiescores (SDS) en prevalentiecijfers van microcefalie (SDS < -2 SD) en macrocefalie (SDS > +2 SD) werden berekend met de WHO-groeistandaard en etnisch-specifieke (Hindoestaanse en Nederlandse) referenties. Op basis hiervan kan in het algemeen een prevalentie van 2,3 % voor zowel micro- als macrocefalie worden verwacht.

Resultaten: Op basis van de WHO-groeistandaard hadden Surinaams-Hindoestaanse kinderen de laagste gemiddelde SDS (-0,42; 95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) -0,48 - -0,35), terwijl kinderen van Zuid-Aziatische afkomst vlakbij het gemiddelde van de WHO-groeistandaard zaten (0,08; 95 %-BI -0,09-0,26) en Nederlandse kinderen de hoogste SDS hadden (+0,42; 95 %-BI 0,39-0,45). De linksverschuiving van de normale curve bij Surinaams-Hindoestaanse baby's resulteerde in een zeer lage macrocefalieprevalentie (≤ 1 %), samen met relatief hoge microcefaliecijfers (tot 5,1 %). Omgekeerd kwam macrocefalie bij kinderen van Nederlandse afkomst zeer veel voor (tot 8,1 %), terwijl het percentage microcefalie erg laag was (< 1 %). Etnisch-specifieke criteria leidden tot de verwachte of zelfs een lagere prevalentie bij kinderen van Surinaams-Hindoestaanse en Nederlandse afkomst, maar bij kinderen van Zuid-Aziatische afkomst was de hoofdomtrek ongeveer 0,5 SD naar rechts verschoven, met als resultaat een onwaarschijnlijk hoog macrocefaliecijfer (tot 11,1 %).

Conclusie: Het gebruik van één universele groeistandaard zoals die van de WHO voor de beoordeling van de hoofdom-

trek leidt in Nederland tot misclassificaties van de hoofdomtrek bij zowel kinderen van Surinaams-Hindoestaanse als kinderen van Nederlandse afkomst. Etnisch-specifieke referenties zijn voor deze kinderen beter voor de beoordeling van de hoofdomtrek, terwijl voor kinderen van Zuid-Aziatische herkomst de WHO-groeistandaard geschikter is. De grote verschillen in hoofdomtrek tussen de verschillende subpopulaties van Zuid-Aziatische herkomst moeten verder onderzocht worden.

Kinderen met een taalontwikkelingsstoornis hebben vaak ook een achterstand in de motorische ontwikkeling

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

¹ Child Health, TNO, Leiden, Nederland

² Willem-Alexander kinderziekenhuis, LUMC, Leiden, Nederland

Contact: babettediepeveen@hotmail.com

Achtergrond en doelstelling: Een achterblijvende of gestoorde taalontwikkeling zonder duidelijke oorzaak, ook wel TOS (taalontwikkelingsstoornis) genoemd, wordt beschouwd als een geïsoleerde ontwikkelingsstoornis. TOS is met een in de literatuur veel genoemde prevalentie van 7 % waarschijnlijk de meest voorkomende ontwikkelingsstoornis. Dit onderzoek keek of TOS altijd een geïsoleerde ontwikkelingsstoornis is die alleen de taalontwikkeling betreft, of dat kinderen met TOS ook vaker een achterstand hebben in de motorische ontwikkeling dan kinderen zonder TOS.

Methoden: We gebruikten data uit een eerder onderzoek waarin gegevens waren verzameld uit de jeugdgezondheidszorgdossiers van kinderen met en zonder TOS. Dit onderzoek had een *nested case-control* ontwerp. Cases waren kinderen (4-11 jaar oud) geplaatst op een school voor speciaal onderwijs (cluster 2) met een bevestigde diagnose TOS. Deze kinderen werden gematched met kinderen op het reguliere basisonderwijs als controles. Van beide groepen werden de resultaten op de fijn- en grofmotorische kenmerken op de leeftijden tussen de 15 en 36 maanden van het Van Wiechen-instrument (motorische mijlpalen) verzameld. McNemar-tests werden gebruikt om de verschillen in het behalen van de motorische mijlpalen op de leeftijdsnorm tussen de cases en de controlekinderen te analyseren.

Resultaten: Van elke groep waren van 253 kinderen de gegevens beschikbaar. Bij vier van zes fijnmotorische mijlpalen was er een significant verschil tussen de kinderen met TOS en die uit de controlegroep: *stapelt 2 blokjes* op 18 maanden (73,0 % versus 90,5 %, $p=0,019$), *stapelt 3 blokjes* bij 24 maanden (88,8 % versus 96,7 %, $p=0,012$), en bij 36 maanden *bouwt vrachtauto na* (60,6 % versus 89,0 %, $p<0,001$) en *plaatst 3 vormen in stooft* (91,1 % versus 96,9 %, $p=0,035$). Bij drie van de zeven grofmotorische mijlpalen was er een significant verschil tussen de kinderen met TOS en die uit de controlegroep: op 18 maanden *loopt los/loopt goed los/loopt soepel* op 18 maanden (84,8 % versus 94,9 %, $p=0,006$) en *gooit bal zonder om te vallen* (70,3 % versus 93,7 %, $p=0,001$) en *fietst (op driewieler)* op 36 maanden (74,4 % versus 86,5 %, $p=0,013$).

Conclusie: Meer kinderen met TOS zijn laat in het bereiken van motorische mijlpalen in vergelijking met kinderen zonder TOS, vooral wat betreft de fijne motoriek. De vraag is of TOS kan worden gezien als een 'geïsoleerde' ontwikkelingsstoornis die niet geassocieerd is met andere ontwikkelingsproblematiek. In het diagnostische proces bij een vermoeden van TOS hoort daarom, behalve onderzoek naar taalvaardigheden, een breed onderzoek op alle ontwikkelingsgebieden.

Factoren die samenhangen met de opvoedcompetentiebeleving van moeders met kinderen in de leeftijd van 0–7 jaar

Y. Fang¹, D. Windhorst¹, I. N. Fierloos¹, W. Jansen^{1,2}, H. Raat¹

¹ Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Rotterdam, Nederland

² Afdeling Jeugd en Onderwijs, Gemeente Rotterdam, Rotterdam, Nederland
Contact: y.fang@erasmusmc.nl

Achtergrond en doelstelling: Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat opvoedcompetentiebeleving samenhangt met positief opvoedgedrag en een positieve ontwikkeling van het kind. De uitkomsten van onderzoeken naar determinanten van opvoedcompetentiebeleving zijn echter inconsistent. Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke factoren samenhangen met de opvoedcompetentiebeleving van moeders met kinderen in de leeftijd van 0–7 jaar.

Methoden: Wij voerden een cross-sectioneel onderzoek uit met de voorlopige baselinedata van een prospectief cohortonderzoek (www.cikeo.nl). Op uitnodiging van een consultatiebureau vulden in totaal 860 ouders van een kind in de leeftijd van 0–7 jaar een vragenlijst in. Meervoudige lineaire regressieanalyses werden gebruikt om te achterhalen welke ouderfactoren (opleidingsniveau, werkstatus, migratieachtergrond), sociaal-contextuele factoren (gezinssamenstelling, inkomen, migratieachtergrond, ervaren sociale steun, algemeen functioneren van het gezin) en kindfactoren (geslacht, leeftijd, emotionele en gedragsproblemen) samenhangen met opvoedcompetentiebeleving. Opvoedcompetentiebeleving werd gemeten met de Parenting Sense of Competence (PSOC)-schaal. Het algemeen functioneren van het gezin, de ervaren sociale steun, emotionele en gedragsproblemen van het kind werden gemeten met respectievelijk de Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), de General Family Functioning Scale van het Family Assessment Device (GD-FAD) en de Child Behavior Checklist (CBCL).

Resultaten: Er werd geen verband gevonden tussen ouderkenmerken (leeftijd, opleidingsniveau, werkstatus en migratieachtergrond) en de opvoedcompetentiebeleving van moeders ($p > 0,05$). Van de sociaal-contextuele factoren hingen een hogere score op inkomen, meer ervaren sociale steun en een beter algemeen functioneren van het gezin samen met een hogere opvoedcompetentiebeleving (respectievelijk: β 1,44; 95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,11–2,76; β 1,48; 95 %-BI 0,65–2,31; β 3,53; 95 %-BI 2,56–4,50). Er werden geen significante verbanden gevonden tussen de kenmerken van het kind en de opvoedcompetentiebeleving van moeders, met uitzondering van de CBCL-score. Moeders van kinderen met een hogere CBCL-score rapporteerden een lagere score op opvoedcompetentiebeleving (β -0,14; 95 %-BI -0,17 – -0,10).

Conclusie: Een hogere opvoedcompetentiebeleving van moeders hangt samen met meer ervaren sociale steun, een beter algemeen functioneren van het gezin, een hoger inkomen en minder emotionele en gedragsproblemen van het kind. Longitudinaal onderzoek is nodig om de richting van dit verband te onderzoeken.

Factoren die samenhangen met de mate waarin ouders van kinderen in de leeftijd van 0–7 jaar sociale steun ervaren

I. N. Fierloos, D. Windhorst, Y. Fang, W. Jansen, H. Raat

Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Rotterdam, Nederland

Contact: i.fierloos@erasmusmc.nl

Achtergrond en doelstelling: Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ouders die veel sociale steun ervaren veerkrachtiger omgaan met stressvolle situaties. Zij hebben meer vertrouwen in hun opvoedvaardigheden, vertonen vaker positief opvoedgedrag en bieden hun kinderen meer steun. Dit kan de eigen effectiviteit en de sociale vaardigheden van kinderen bevorderen, wat positief bijdraagt aan hun gezondheid en welzijn. Ondanks consensus over de positieve uitkomsten van sociale steun is er weinig bekend over de kenmerken van ouders die weinig sociale steun ervaren. Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke sociaal-demografische en gezondheidsfactoren verband houden met ervaren sociale steun. Dit kan bijdragen aan een betere identificatie van groepen ouders die baat kunnen hebben bij interventies die inspelen op het verhogen van de ervaren sociale steun.

Methoden: Verbanden tussen sociaal-demografische factoren, gezondheidsfactoren en ervaren sociale steun werden onderzocht met voorlopige baselinedata van het prospectieve cohortonderzoek CIKEO (www.cikeo.nl). Op uitnodiging van twee regionale consultatiebureaus vulden 860 ouders van kinderen in de leeftijd van 0–7 jaar een vragenlijst in (93 % moeders; gemiddelde leeftijd 34 jaar, standaarddeviatie (SD) 5 jaar). Ervaren sociale steun werd gemeten met de Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). De volgende sociaal-demografische factoren werden meegenomen in de analyses: leeftijd van de ouder, opleidingsniveau, werkstatus, migratieachtergrond, gezinssamenstelling en een scheiding of verhuizing in de afgelopen twaalf maanden. Daarnaast werd gekeken naar verbanden tussen de mentale gezondheid van de ouder en ervaren sociale steun. Mentale gezondheid werd gemeten met de Brief Symptom Inventory (BSI-18). Om te onderzoeken welke sociaal-demografische en gezondheidsfactoren verband houden met ervaren sociale steun werden meervoudige lineaire regressieanalyses gebruikt.

Resultaten: Ouders in de onderzoekspopulatie ervaren een hoge mate van sociale steun (MSPSS-score $M = 5,95$; SD 0,82). Een hoger opleidingsniveau was geassocieerd met een hogere mate van ervaren sociale steun (B 0,13; 95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,04–0,21). Werkloosheid (B -0,65; 95 %-BI -0,99 – -0,31), psychische problemen (B -0,47; 95 %-BI -0,65 – -0,28), een fulltime baan (B -0,23; 95 %-BI -0,42 – -0,03) en het hebben van een migratieachtergrond (B -0,19; 95 %-BI -0,38 – -0,01) hingen samen met een lagere mate van ervaren sociale steun. Deze factoren verklaarden samen ongeveer 10 % van de variantie. Er werden geen verbanden gevonden tussen de leeftijd van de ouder, de gezinssamenstelling, een scheiding, een verhuizing en de ervaren sociale steun ($p > 0,05$).

Conclusie: Werkloosheid, psychische problemen, een fulltimebaan, een migratieachtergrond en een lager opleidingsniveau kunnen samenhangen met een lagere mate van ervaren sociale steun. Er is longitudinaal onderzoek nodig om meer inzicht te krijgen in factoren die de mate bepalen waarin ouders sociale steun ervaren. Deze kennis kan bijdragen aan een optimale inzet van sociale steun ter bevordering van de gezondheid en het welzijn van ouder en kind.

Determinanten gedurende de eerste duizend dagen van het leven voor slaapproblemen op schoolleeftijd

M. Harskamp¹, R. Kool¹, M. Chinapaw²,
L. van Houtum³, L. Belmon², A. Huss⁴, T. Vrijkotte¹

¹ Amsterdam UMC – locatie UvA, Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam, Nederland

² Amsterdam UMC – locatie VUmc, Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam, Nederland

³ GGD Amsterdam, Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie (EGZ), Amsterdam, Nederland

⁴ Universiteit Utrecht, Institute for Risk Assessment Sciences, Utrecht, Nederland

Contact: w.m.harskampvanginkel@amsterdamumc.nl

Achtergrond en doelstelling: De grondlegging voor een goede ontwikkeling en gezondheid begint in de eerste duizend dagen van het leven; van preconceptie tot de leeftijd van 2 jaar. Voldoende en goede slaap is belangrijk voor de ontwikkeling van kinderen. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar slaapproblemen bij kinderen en mogelijke determinanten hiervan tijdens de zwangerschap en de eerste twee levensjaren. Het doel van dit exploratieve onderzoek is om factoren tijdens deze periode te identificeren die samenhangen met slaapproblemen op 7- tot 8-jarige leeftijd.

Methoden: We gebruikten data van het Amsterdam Born Children and their Development-cohortonderzoek (ABCD, $n=2746$). Slaapproblemen op de leeftijd van 7-8 jaar werden door de moeder gerapporteerd in de Child Sleep Habits Questionnaire (CSHQ). Deze screenende vragenlijst bestaat uit 33 vragen en op elke vraag zijn 3 antwoorden mogelijk (meestal 5-7 keer per week), soms (2-4 keer per week) en bijna nooit (0-1 keer per week). Een hogere score duidt op meer slaapproblemen. We testten multivariabele associaties tussen de mogelijke determinanten enerzijds en slaapproblemen als continue uitkomstmaat anderzijds.

Resultaten: De gemiddelde CSHQ-somscore was 41,3 (spreiding 33-85). Een hogere BMI (body mass index) van de moeder vóór de zwangerschap hing samen met meer slaapproblemen bij haar kind op de leeftijd van 7-8 jaar (β 0,12; 95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,05-0,18). Kinderen van moeders met angstklachten tijdens de zwangerschap (β 0,06; 95 %-BI 0,03-0,09) en de zuigelingenperiode (β 0,04; 95 %-BI 0,00-0,07) hadden meer slaapproblemen. Het drinken van een of meer glazen alcohol per dag rond een zwangerschapsduur van 14 weken hing samen met meer dan 2 punten verhoging van de slaapprobleemscore (β 2,55; 95 %-BI 0,21-4,89) en het roken van ≥ 1 sigaret per dag rond deze zwangerschapsduur hing samen met een 1 punt hogere score (β 1,07; 95 %-BI 0,10-2,03). Kinderen die in het eerste levensjaar een grotere BMI-toename hadden in vergelijking met leeftijdgenoten hadden minder slaapproblemen (β -0,32; 95 %-BI -0,60 - -0,04).

Conclusie: We identificeerden verschillende determinanten tijdens de zwangerschap en zuigelingenleeftijd die samenhangen met slaapproblemen op de schoolleeftijd. We moedigen verder onderzoek naar deze en andere determinanten aan om resultaten te repliceren en om onderliggende mechanismen te identificeren.

Expertise aan de voorkant: ontwikkeling en evaluatie van een Consultatie- en Adviesteam Jeugd-ggz in de regio

M. H. H. Hoogsteder¹, S. Vandebussche¹,
M. Zwaanswijk²

¹ Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC – locatie VUmc, Amsterdam, Nederland

² Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Utrecht, Nederland

Contact: m.hoogsteder@vumc.nl

Achtergrond en doelstelling: Wereldwijd ervaart 10 tot 20 % van de kinderen en adolescenten psychosociale of psychische problemen, in Nederland tussen de 11 % en 28 %. Velen van hen worden niet door de huisarts of jeugdarts gezien of als zodanig herkend. Hierdoor ontvangen zij vaak niet de hulp die ze nodig hebben. Sinds de Jeugdwet (2015) hebben gemeenten de verantwoordelijkheid voor signalering en behandeling van psychische problemen, inclusief de financiering. Acht gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek hebben in dit kader een Consultatie- en Adviesteam Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg (ggz) opgericht, kortweg CenA-team. Dit team bestaat uit twee jeugdartsen en een klinisch psycholoog kind en jeugd. Het team is opgericht ter ondersteuning van huisartsen en gemeentelijke jeugdconsulenten bij vragen en verwijzingen op het gebied van psychische en psychosociale problemen. We beschrijven de ontwikkeling van dit team, de taken, de werkwijze en het bereik.

Methoden: Het onderzoek omvatte een procesevaluatie aan de hand van (beleids)documenten en interviews, een tevredenheidsonderzoek via (online) focusgroepen met huisartsen, jeugdconsulenten en andere professionals, ouders en kinderen, en een evaluatie aan de hand van registratiegegevens van het CenA-team over de periode 2015-2017. Thematische analyses zijn met coderingen in Atlas.Ti uitgevoerd en statistische analyses met SPSS.

Resultaten: Van 2015 tot 2017 zijn 706 jeugdigen aangemeld bij het CenA-team (48 % man, 38 % vrouw, 14 % onbekend; gemiddelde leeftijd 10,6 jaar (0-20, standaarddeviatie (SD) 4,3). De meest voorkomende klachten volgens de Internationale Classification of Primary Care (ICPC) zijn 'andere psychische klachten/stoornissen' (P22, P23, P29; 42 %), prikkelbaar of boos gedrag (P04; 14 %), angst- en spanningsklachten (P01, P74; 10 %), overactiviteit (P21; 8 %) en somberheid/depressie (P03, P76; 6 %). In 2017 werden significant meer kinderen aangemeld met 'andere psychische klachten/stoornissen' dan in voorafgaande jaren ($p < 0,010$).

Het CenA-team werd ingezet door huisartsen (48 %), gemeentelijke jeugdconsulenten (20 %), de jeugdgezondheidszorg (JGZ; 11 %), Praktijkondersteuners Huisarts ggz (5 %) en andere verwijzers (16 %). Zij schakelden het team vooral in voor consultatie (56 %) en vraagverheldering (37 %), en nauwelijks voor kortdurende begeleiding (1 %). Het team gaf de verwijzers adviezen voor verwijzing of behandeling (63 %), verwees kinderen zelf (18 %) of gaf een kortdurende behandeling (5 %). De (adviezen voor) verwijzingen betroffen de gespecialiseerde ggz (16 %), het voorveld (15 %), de basis-ggz (8 %), de jeugdhulpverlening (4 %) of andere instanties (18 %).

Sinds 2016 heeft het CenA-team er taken bij gekregen: advisering over vrijstelling van de leerplicht, over inkoop en contractbeheer, en beoordeling van aanvragen voor extra behandeling in basis- en specialistische ggz.

Professionals en ouders zijn positief en tevreden over de expertise van het team. Ouders en jeugdigen worden snel en goed geholpen, en respectvol en deskundig behandeld. Verbeterepunten zijn: taken en randvoorwaarden zijn minimaal gedo-

cumenteed, procesbeschrijvingen en duidelijke werkafspraken ontbreken, de bereikbaarheid van het team kan beter en er zijn privacyrisico's blootgelegd.

Conclusie: Het CenA-team heeft zich ontwikkeld tot een expertteam rondom huisartsen en jeugdconsulenten, en functioneert als verbinder in de regio tussen gemeenten, JGZ, de eerste lijn en gespecialiseerde zorg. De samenstelling van het team, de expertise en hun onafhankelijke positie lijken belangrijke succesfactoren.

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit de Academische Werkplaats Jeugd en Gezondheid en gefinancierd door ZonMw. We bedanken alle medewerkers van het CenA-team en de Regio.

Veranderende context: myopie door dichtbij werken en niet spelen

V. Iyer

Child Health, TNO, Leiden, Nederland
Contact: vasanthi@ajnjougdartsen.nl

Achtergrond en doelstelling: Het gebruik van mobiele telefoons en tablets is een belangrijk onderdeel van onze dagelijkse activiteiten in het huidige digitale tijdperk (dichtbij werken). Kinderen gaan slechter zien doordat ze minder buiten zijn. De prevalentie van myopie (bijziendheid/verminderd zien van verre objecten) is wereldwijd toegenomen. Bijna 50 % van de Europese jeugd is myoop. Myopie leidt tot een forse financiële belasting voor de maatschappij vanwege het steeds toenemend aantal noodzakelijke brilcorrecties. Verergering van myopie heeft vooral te maken met verandering in leefstijl en gedrag. Hoge myopie vergroot het risico op maculopathie, glaucoom en andere myopiegerelateerde complicaties die later in het leven kunnen leiden tot blindheid. Vanwege deze ontwikkelingen stelden professionals van verschillende disciplines - die zich richten op het verminderen van de gevolgen van de veranderende leefstijl voor de visus en de algemene gezondheid - zich de volgende vraag: hoe kunnen wij bijdragen aan de bewustwording van jeugd voor de gevolgen van onze dagelijkse (digitale) activiteiten op de gezondheid?

Methoden: Er werd kennis verzameld over de gezondheidsgevolgen van digitaal mediagebruik (door jeugdigen) bij professionals van verschillende organisaties. De informatie werd gedeeld via e-mail, Google Drive en ook tijdens een kick-off-bijeenkomst in juni 2018. De workshop werd begeleid door een 'facilitator' en evaluatie volgde in november 2018.

Resultaten: Er werd een factsheet gemaakt, gebaseerd op evidence-based kennis over de gezondheidsgevolgen van overmatig digitaal mediagebruik. Deze werd gepubliceerd in het najaar van 2018. Tevens werd een standpuntdocument opgesteld door jeugdartsen, kinderartsen en jeugdverpleegkundigen. Hierin staan suggesties en adviezen voor professionals over schermgebruik door de jeugd. Het stimuleren van buitenactiviteiten was een oplossing die werd gedragen door alle deelnemers.

Conclusie: Meerdere contextuele factoren van het huidige digitale tijdperk hebben invloed op de gezondheid van individuen en gemeenschappen. Schermgebruik zal blijven en het is erg belangrijk dat beleidsmaatregelen worden genomen om te anticiperen op leefstijlveranderingen bij de jeugd. Een multisectoriële samenwerking is mogelijk wanneer er een gevoel van urgentie is wat betreft leefstijlverandering en het om een gezamenlijk thema gaat. (Publieke) gezondheidsprofessionals kunnen hierin de 'lead' nemen.

Een gestructureerd vraaggesprek met de ouder(s) van een 3-jarige kleuter tijdens een systematisch kleuterconsult: een opportuniteit voor de CLB-verpleegkundige in Vlaanderen

A. Keymeulen¹, I. Staal², M. Roelants³, M. Bulcke¹, K. Hoppenbrouwers³, C. Vandermeulen³

¹Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Leuven, België

²GGD Zeeland, Goes, Nederland

³Centrum omgeving en gezondheid, Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven, Leuven, België

Contact: ann.keymeulen@vwwj.be

Achtergrond en doelstelling: Sinds de invoering (september 2018) van een nieuw decreet op leerlingenbegeleiding in Vlaanderen nodigen de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) ouders uit voor het systematische contact van hun driejarige kleuter (36 maanden). Dit kleuterconsult wordt georganiseerd binnen een universeel aanbod voor alle leerlingen en kan zelfstandig uitgevoerd worden door een CLB-verpleegkundige. Dit contactmoment biedt de CLB-verpleegkundige de kans om met de ouder(s) in gesprek te treden, de ontwikkeling van hun kind en de eigen opvoedvaardigheden in kaart te brengen met de bijhorende risico- en beschermende factoren, hen te versterken in hun opvoedtaken, gedrag te normaliseren, en vragen, zorgen of behoeften te detecteren. Dit maakt vroegtijdige interventie mogelijk, indien de ouder dit wenst. Een effectief en efficiënt gesprek kan het beste op een uniforme en wetenschappelijk onderbouwde wijze worden uitgevoerd. Voor jeugdverpleegkundigen was in Nederland reeds een gespreksleidraad met een brede scope (SPARK, 'Signaleren van Problemen en Analyseren van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen') ontwikkeld en gevalideerd voor de leeftijden van 18 maanden en 5 jaar (60 maanden). De SPARK werd voor toepassing in Vlaanderen gekozen omdat deze enerzijds een gestructureerde, valide en betrouwbare methode is gebleken en ze anderzijds ouders versterkt in hun rol, vroegsignalering verbetert en verschillen in uitkomsten verkleint tussen verpleegkundigen bij het voeren van gesprekken met ouders. In dit onderzoek werd nagegaan of gebruik van de SPARK-36 haalbaar is binnen de context van een kleuterconsult met ouders.

Methoden: In overleg met de Nederlandse ontwikkelaars werden de SPARK-18 en de SPARK-60 als basis gebruikt voor het te ontwikkelen instrument. Er werd een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd met twintig CLB-verpleegkundigen. Voorafgaand werd in januari 2019 een nulmeting uitgevoerd naar de huidige manier van werken (zonder instrument) binnen een controlegroep van tweehonderd kinderen en hun ouder(s). Nadien werden de verpleegkundigen door de Nederlandse ontwikkelaar getraind (februari tot juni 2019) om het instrument te gebruiken binnen een interventiegroep van ongeveer zeshonderd kinderen en hun ouder(s). Het haalbaarheidsonderzoek omvat een mix van kwalitatieve en kwantitatieve dataverzameling.

Resultaten: De volgorde en inhoud van de domeinen werden gewijzigd naar de ontwikkelingsleeftijd van 3-4 jaar, en waar nodig aangepast aan het Vlaamse taalgebruik en de praktijk van de CLB. Deze aanpassingen voor de SPARK-36 zijn tot stand gekomen op basis van wetenschappelijke literatuur en een interactief en herhaaldelijk proces van voorstellen, testen en feedback formuleren tussen de onderzoekers en een werkgroep bestaande uit de oorspronkelijke ontwikkelaar van de SPARK, Nederlandse en Vlaamse JGZ-professionals met ervaring met het gebruik van de SPARK, en vertegenwoordigers van de toekomstige gebruikers en van de Vlaamse Wetenschappe-

lijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) zelf. De eerste resultaten over de haalbaarheid van gebruik van het instrument binnen de Vlaamse CLB-context en de nulmetingen van de controle- en de interventiegroep worden gepresenteerd op het EUSUHM-congres 2019.

Conclusie: Het onderzoek zal een antwoord geven op de vraag of de SPARK-36 een aanvaardbaar en praktisch haalbaar instrument is voor CLB-verpleegkundigen en ouder(s) van driejarige kleuters om vroegsignalering van opvoed- en ontwikkelproblemen te realiseren.

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door de steun van de Vlaamse overheid.

Informatie inwinnen bij vermoedens van kindermishandeling: ervaringen en voorkeuren van professionals

A. A. J. Konijnendijk¹, M. M. Boere-Boonekamp², M. E. Haasnoot³, A. Need⁴

¹ Vakgroep Biomedical Signals and Systems, Technical Medical Centre, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

² Vakgroep Health Technology and Services Research, Technical Medical Centre, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

³ GGD Twente, afdeling Jeugdgezondheidszorg, Enschede, Nederland

⁴ Vakgroep Bestuurskunde, Institute for Innovation and Governance Studies, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

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

Achtergrond en doelstelling: Professionals die met kinderen werken worden geadviseerd om bij vermoedens van kindermishandeling andere professionals te consulteren die betrokken zijn bij het kind. Ze kunnen op die manier de gezinssituatie goed in kaart brengen en vervolgens een passende beslissing nemen over een aanpak. Bovendien geeft consultatie professionals de mogelijkheid om zorgen over het kind te verifiëren en eventueel een gezamenlijke aanpak af te spreken. Doel van dit onderzoek was om na te gaan hoe professionals in het jeugd domein met deze aanbeveling omgaan.

Methoden: Aan verschillende typen professionals in de middelgrote gemeente Almelo werd gevraagd een enquête in te vullen waarin een fictieve casus over kindermishandeling werd gepresenteerd. Alle 101 organisaties die zorg of diensten bieden aan kinderen tot 4 jaar oud werden uitgenodigd om deel te nemen, waaronder jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisartsenzorg, kinderopvang en kraamzorg. Aan de respondenten werd gevraagd óf zij, als zij in hun praktijk met een dergelijke casus te maken krijgen, een of meer professionals werkzaam bij andere organisaties zouden consulteren, en zo ja, welke organisaties dit zouden zijn. Ook is gevraagd naar ervaringen in de samenwerking met professionals van andere organisaties die ze wel en niet zouden (maar wel willen) consulteren.

Resultaten: Vijfenvijftig van de 78 respondenten (71 %) hadden het voornemen om informatie of advies in te winnen bij een andere organisatie op basis van de casusbeschrijving. Dertien (57 %) van de overige 23 deelnemers verklaarden dat ze eerst andere activiteiten zouden ondernemen alvorens een professional te consulteren die betrokken is bij het kind. In totaal werden tien verschillende typen organisaties genoemd die respondenten bij voorkeur zouden raadplegen. De meest genoemde organisatie was de JGZ. Ondanks de intensieve betrokkenheid van de kraamzorg in de beschreven casus waren weinig professionals van plan om deze te benaderen.

Uit de analyse van ervaringen met consultatie kwamen twaalf factoren naar voren, voornamelijk bevorderende factoren. De drie factoren die het meest als bevorderend werden genoemd, waren de mate van ondersteuning of hulp die de respondent ontvangt, de mate waarin de respondent verwacht dat de professional van de andere organisatie actie zal ondernemen en de manier waarop de respondent wordt bejegend. Belemmeringen werden gevonden met betrekking tot alle twaalf factoren, waaronder toegankelijkheid, kwaliteit van gedeelde informatie, verwachte consequenties voor het gezin en omgaan met de privacy van cliënten.

Conclusie: Dit onderzoek toont aan dat de meeste professionals bij een vermoeden van kindermishandeling van plan zijn om andere professionals te benaderen voor consultatie. De JGZ werd vaak genoemd als consultatiepartner. Toch zou die positie versterkt kunnen worden, gezien de expertise van de JGZ-professionals op het gebied van vroegsignalering en preventie, de beschikbare informatie over het kind en positieve ervaringen van respondenten met het raadplegen van deze organisatie. Kraamzorgorganisaties wordt aanbevolen zichzelf beter te positioneren als een waardevolle bron van informatie over de gezinssituatie wanneer jonge zuigelingen betrokken zijn bij een situatie van vermoedelijke kindermishandeling. Structureel overleg tussen professionals die met dezelfde kinderen werken kan leiden tot betere samenwerking wanneer er zorgen ontstaan over de veiligheid van een specifiek kind.

De ziekenhuis-CJG'er als verbindingsprofessional tussen de kindergeneeskunde en het jeugddomein (JIVES)

S. Kuiper¹, E. J. M. Veldkamp², S. A. de Man², H. Bankers³, D. Verzeijl⁴, L. Sprangers³, M. M. W. Arts⁴, J. A. M. M. van Achterberg², B. S. K. Harzing², A. C. J. C. Rijkers¹, J. van Engelen⁵, S. W. H. Zandvoort³, J. J. P. Mathijssen⁶, L. A. M. van de Goor⁷

¹ Team Onderzoek, GGD West-Brabant, Breda, Nederland

² Afdeling Kindergeneeskunde, Amphia Ziekenhuis, Breda, Nederland

³ Team Jeugdgezondheidszorg, GGD West-Brabant, Breda, Nederland

⁴ Jeugd en Gezin, Careyn, Breda, Nederland

⁵ Afdeling Onderwijs en Jeugd, Gemeente Breda, Breda, Nederland

⁶ Tranzo, Academische Werkplaats Jeugd, Universiteit Tilburg, Tilburg, Nederland

⁷ Tranzo, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, Universiteit Tilburg, Tilburg, Nederland

Contact: s.kuiper@ggdwestbrabant.nl

Achtergrond en doelstelling: Sinds de transitie van de jeugdzorg is het aantal polikliniekconsulten van kinderen met psychosociale problematiek toegenomen. Het ontbreekt kinderartsen aan tijd en specifieke kennis om deze problematiek op te pakken. Daarnaast weten ze niet altijd naar welke instanties het beste verwezen kan worden. Om kinderen sneller en effectief te kunnen helpen zijn de kinderartsen van het Bredase Amphia Ziekenhuis een integrale samenwerking aangegaan met de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Dit heeft ertoe geleid dat jeugdverpleegkundigen, werkzaam voor het CJG (ziekenhuis-CJG'ers), zijn ingezet als verbindingsprofessional tussen het medische en het sociale domein. Uiteindelijk doel van deze samenwerking is dat kinderen met psychosociale problematiek sneller de best passende zorg krijgen, dat kinderen/gezinnen tevreden zijn met de

geboden zorg en dat er een betere verbinding ontstaat tussen het medische en het sociale domein. De vraagstelling van dit onderzoek was: hoe ervaren ziekenhuis-CJG'ers de integrale werkwijze?

Methoden: In een gerandomiseerde gecontroleerde trial wordt een nieuwe vorm van integrale samenwerking geëvalueerd. In een procesevaluatie met ziekenhuis-CJG'ers en kinderartsen wordt de werkwijze geëvalueerd.

Kinderen met (bijkomende) psychosociale problematiek die tussen 2017 en 2019 de polikliniek Kindergeneeskunde bezoeken worden gerandomiseerd naar een interventie- of controlegroep. Kinderen met ernstige psychiatrische problematiek of (complexe) medische problematiek waarvoor acute zorg geïnitieerd moet worden en medische behandeling geen uitstel vraagt, zijn uitgesloten.

Kinderen uit de interventiegroep worden direct verwezen naar de ziekenhuis-CJG'er. Deze legt snel contact met het kind/gezin en brengt een huisbezoek, zodat zij snel de gehele situatie kan overzien. Tijdens het huisbezoek verduidelijkt ze samen met het kind/gezin de hulpvraag. Vervolgens geeft ze advies, gaat ze zelf met het kind/gezin aan de slag of verwijst ze naar de best passende hulpverlenende instantie. Zes weken nadat het kind/gezin zelf verder kan of is doorverwezen neemt de ziekenhuis-CJG'er contact op om de (tevredenheid over de) ontvangen hulp te monitoren. Kinderen uit de controlegroep ontvangen *care as usual*. Deze kinderen worden terugverwezen naar bijvoorbeeld de huisarts. De ouders van deze kinderen moeten zelf contact opnemen met de hulpverlenende instantie waarnaar hun kind is verwezen.

Resultaten: Uit een procesevaluatie met de ziekenhuis-CJG'ers over de integrale werkwijze komt naar voren dat zij een toegevoegde waarde van hun rol zien in het verduidelijken van de hulpvraag van kinderen/het gezin. Doordat zij op huisbezoek gaan overzien zij wat een kind/gezin nodig heeft om verder te kunnen. Daarnaast - overstijgend - signaleren zij of bepaalde problematiek vaker voorkomt, met als doel hier met de betrokken instanties over in gesprek te gaan. Ten slotte geven ze, vanuit hun rol als jeugdverpleegkundige met zowel medische kennis als kennis van het sociale domein, adviezen aan jeugdverpleegkundigen die niet werkzaam zijn voor het CJG en CJG'ers die geen jeugdverpleegkundige achtergrond hebben. Op deze wijze fungeren zij als verbinder tussen het medische en het sociale domein.

Conclusie: De inzet van ziekenhuis-CJG'ers als verbinderprofessional tussen het medische en het sociale domein versterkt de verbinding en samenwerking tussen de Kindergeneeskunde, de JGZ en het CJG. Op deze wijze wordt de zorg voor jeugd met psychosociale problematiek verbeterd.

'Gewoon goed tjappen.' Kansen voor gezondheidspromotie volgens jongeren uit Amsterdam-Noord en -Zuidoost

E. Lems¹, F. Hilverda¹, C. Pittens¹, J. Broerse¹, C. Dedding²

¹ Vrije Universiteit Amsterdam, Athena Instituut, Amsterdam, Nederland

² Amsterdam UMC – locatie VUmc, Metamedica, Amsterdam, Nederland

Contact: e.lems@vu.nl

Achtergrond en doelstelling: In veel landen is het afgelopen decennium de prevalentie van overgewicht en obesitas onder jongeren sterk toegenomen. In Nederland vormen vooral jongeren die opgroeien in een achterstandswijk, met een lage sociaaleconomische positie (SEP), een risicogroep. In Amster-

dam heeft 29 % van deze jongeren overgewicht of obesitas, terwijl dit voor jongeren met een hoge SEP slechts 14 % is. Jongeren met een lage SEP zijn moeilijk te bereiken voor interventies, onder andere omdat deze niet aansluiten bij hun leefwereld. Kennis ontbreekt over de manier waarop jongeren met een lage SEP gemotiveerd kunnen worden om gezond(er) te leven.

Dit onderzoek had ten doel om inzicht te krijgen in manieren om gezondheidspromotie beter te laten aansluiten bij de leefwereld van jongeren met een lage SEP op het voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo) of praktijkonderwijs, door hen te bevragen op beleving en behoeften op het gebied van gezondheid en gezondheidspromotie, en samen met hen interventies te ontwikkelen voor leeftijdgenoten.

Methoden: In twee achterstandswijken in Amsterdam is kwalitatief en participatief (actie)onderzoek uitgevoerd (2015-2018) met jongeren (12-18 jaar) op het vmbo of praktijkonderwijs. Meiden ($n=26$) maakten gedurende drie maanden een tijdschrift en twee video's voor leeftijdgenoten in wekelijkse creatieve bijeenkomsten. Jongens ($n=63$) namen deel aan twaalf interviews, drie focusgroepen, participatieve observaties en zes cocreatiebijeenkomsten om ideeën voor gezondheidspromotie te ontwikkelen.

Resultaten: Samen (junkfood) eten op straat of in de snackbar is een belangrijk onderdeel van het dagelijkse sociale leven van jongeren uit dit onderzoek. Gezellig samen eten is voor meiden vaak nog belangrijker dan hun wens om er aantrekkelijk (slank met *curves*) uit te zien. Jongens benadrukken dat veel eten ('tjappen'), vooral veel vlees, bijdraagt aan hun mannelijke identiteit. Naast een jongerencultuur waarin ongezond de norm is, maken complexe familieomstandigheden, armoede en het leven in een achterstandswijk met een groot aanbod van goedkoop, ongezond eten het moeilijk om gezonde keuzen te maken. De huidige gezondheidspromotie sluit niet aan bij het leven van jongeren uit dit onderzoek. Het door de jongeren ontwikkelde gezondheidspromotiemateriaal laat zien dat passend/motiverend voorlichtingsmateriaal visueel aantrekkelijk is, humor en praktische tips bevat en niet alleen gaat over gezondheid. Voorlichters zijn bij voorkeur inspirerende rolmodellen (uit de buurt) en moeten vooral niet belerend zijn. Jongeren staan open voor gezondheidspromotie verpakt als leuke activiteiten. Vooral koken was populair bij meiden en jongens. Jongeren vinden het belangrijk dat goedkoop, lekker en gezond(er) eten beschikbaar is op school en in hun buurt, zonder dat ongezonde producten verboden zijn.

Conclusie: Het onderzoek en het met jongeren gecreëerde gezondheidspromotiemateriaal heeft geleid tot meer inzicht in het leven van jongeren uit Amsterdam-Noord en -Zuidoost en de manier waarop gezondheidspromotie daar beter op kan aansluiten. De sociale en fysieke omgeving van jongeren maken het moeilijk gezonde keuzen te maken, maar toch zien jongeren kansen voor gezondheidspromotie. Zij geven aan open te staan voor gezondheidsboodschappen als die bij hun belevingswereld passen en direct voordeel opleveren. Om interventies beter te laten aansluiten is het nodig om participatiemogelijkheden te creëren. Het is daarvoor belangrijk dat professionals zich flexibel opstellen en jongeren als experts aanspreken.

De relatie tussen mobiliteit in het opleidingsniveau van de moeder en overgewicht en obesitas bij kinderen: het Generation R-onderzoek

L. Lin¹, J. Yang-Huang^{1,2}, S. Santos², A. van Grieken¹, H. Raat¹

¹ Department of Public Health, Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam, Nederland

² The Generation R Study Group, Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam, Nederland
Contact: h.raat@erasmusmc.nl

Achtergrond en doelstelling: Hoewel het opleidingsniveau van de moeder sterk geassocieerd is met overgewicht/obesitas bij kinderen, is er weinig bekend over het effect van mobiliteit in het opleidingsniveau van moeders op overgewicht/obesitas van het kind. Ons onderzoek had als doel om de relatie tussen het opleidingsniveau van de moeder, de mobiliteit hiervan en overgewicht/obesitas bij kinderen van 10 jaar te onderzoeken.

Methoden: We analyseerden gegevens van 4169 kinderen uit het Generation R-onderzoek. Het opleidingsniveau van de moeder werd gemeten met vragenlijsten tijdens de zwangerschap en toen het kind 6 jaar was, en gecategoriseerd in laag, midden en hoog. Voor mobiliteit van het opleidingsniveau van de moeder werd onderscheid gemaakt tussen opwaartse mobiliteit, statisch-laag, statisch-midden en statisch-hoog. Gewicht en lengte van kinderen werden gemeten op 10-jarige leeftijd (gemiddelde leeftijd: $9,8 \pm 0,3$ jaar) en overgewicht/obesitas werd gedefinieerd met behulp van de afkapwaarden van de International Obesity Task Force. Gegeneraliseerde lineaire modellen werden toegepast om de associatie (oddsratio's, OR) te bekijken tussen opwaartse mobiliteit, statisch-laag, statisch-midden en statisch-hoog (referentie) opleidingsniveau van de moeder enerzijds, en overgewicht/obesitas van het kind anderzijds. We corrigeerden voor potentieel versturende factoren (dat wil zeggen de leeftijd van het kind, het geslacht, het geboortegewicht, de etnische achtergrond van de moeder en de leeftijd van de moeder).

Resultaten: Van de geanalyseerde kinderen hadden er 706 een moeder met een laag opleidingsniveau op het moment van de zwangerschap. Van alle moeders liet 12,8 % opwaartse mobiliteit met betrekking tot hun opleidingsniveau zien tussen het moment van de zwangerschap en het tijdstip waarop hun kind 6 jaar is, terwijl respectievelijk 10,2 %, 24,1 % en 52,8 % een statisch-laag, statisch-midden en statisch-hoog opleidingsniveau hadden. De prevalentie van overgewicht/obesitas bij kinderen op 10-jarige leeftijd was respectievelijk 24,4 %, 33,3 %, 21,0 % en 10,2 % voor bovengenoemde categorieën van opleidingsniveau van de moeder ($p < 0,05$). In vergelijking met een hoog opleidingsniveau van de moeder tijdens de zwangerschap, hingen lage en middelmatige opleidingsniveaus op hetzelfde tijdstip samen met hogere risico's op overgewicht/obesitas (OR=3,02; 95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) 2,40-3,80); OR=1,97; 95 %-BI 1,61-2,42). In vergelijking met een statisch-hoog opleidingsniveau hingen opwaartse mobiliteit, en een statisch-midden en statisch-laag opleidingsniveau samen met hogere risico's van overgewicht/obesitas (OR=2,28; 95 %-BI 1,76-2,95; OR=1,96; 95 %-BI 1,57-2,43); OR=3,29; 95 %-BI: 2,53-4,27).

Conclusies: Kinderen van wie de moeder een statisch-laag opleidingsniveau had tussen het moment van de zwangerschap en het tijdstip waarop hun kind 6 jaar was lopen het hoogste risico op overgewicht/obesitas op de leeftijd van 10 jaar.

Het meemaken van een stressvolle levensgebeurtenis vóór de leeftijd van 2 jaar hangt samen met psychosociale gezondheid op 3-jarige leeftijd: een longitudinaal onderzoek

J. Luo¹, A. van Grieken¹, E. M. B. Horrevorts¹, I. Kruijzinga², C. L. Mieloo³, R. Bannink⁴, H. Raat¹

¹ Erasmus Medisch Centrum, Afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg, Rotterdam, Nederland

² Yulius, Yulius Geestelijke Gezondheid, Barendrecht, Nederland

³ Gemeente Rotterdam, Rotterdam, Nederland

⁴ Centrum Jeugd en Gezin Rijnmond, Rotterdam, Nederland
Contact: h.raat@erasmusmc.nl

Achtergrond en doelstelling: Stressvolle levensgebeurtenissen op jonge leeftijd kunnen mogelijk het risico op psychosociale problemen verhogen, maar het wetenschappelijke bewijs hiervoor is tot nu toe beperkt. In dit onderzoek is de samenhang tussen het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen vóór de leeftijd van 2 jaar en de psychosociale gezondheid van kinderen op 3-jarige leeftijd geëvalueerd.

Methoden: Het onderzoek maakt gebruik van de longitudinale gegevens verzameld in een steekproef van ouders met kinderen ($n=1540$). Met een vragenlijst werd bij ouders gepeild naar het voorkomen van twaalf mogelijke stressvolle levensgebeurtenissen bij hun kind vóór de leeftijd van 2 jaar. Deze stressvolle levensgebeurtenissen behoren tot de domeinen 'ouder-kindrelatie', 'ouders die spanningen op werk of thuis ervaren', 'gezondheid' en 'huisvesting'. De psychosociale gezondheid van kinderen, waaronder psychosociale, emotionele en gedragsproblemen, werd op de leeftijd van 3 jaar beoordeeld aan de hand van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Logistische regressiemodellen zijn gebruikt om de samenhang tussen de vier domeinen van stressvolle levensgebeurtenissen en de psychosociale gezondheidsstatus van kinderen te evalueren.

Resultaten: Van de 1540 deelnemende kinderen hadden 272 (17,7 %) psychosociale problemen, en respectievelijk 38,5 % en 10,7 % van hen hadden 1 of 2 en > 3 stressvolle levensgebeurtenissen meegemaakt. Vergeleken met kinderen zonder stressvolle levensgebeurtenissen in de twee eerste levensjaren hadden kinderen met 1-2 of > 3 stressvolle levensgebeurtenissen een hogere oddsratio (OR) voor het risico op psychosociale problemen op de leeftijd van 3 jaar, respectievelijk 1,55 (95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,12-2,15) en 2,46 (95 %-BI 1,56-3,87). In vergelijking met kinderen zonder stressvolle levensgebeurtenissen in de twee eerste levensjaren hadden kinderen die in die periode stressvolle gebeurtenissen in het ouder-kindrelatiedomein hadden meegemaakt een hoger risico op psychosociale, emotionele en gedragsproblemen (OR=3,29; 95 %-BI 1,11-9,73; OR=6,70; 95 %-BI 1,97-22,79, OR=4,13; 95 %-BI 1,22-14,00), terwijl kinderen met ouders die spanningen op het werk of thuis hadden meegemaakt alleen een hoger risico hadden op emotionele problemen (OR=2,77; 95 %-BI 1,41-5,43). Kinderen die stressvolle levensgebeurtenissen in het gezondheidsdomein hadden meegemaakt, hadden een hoger risico op totale psychosociale problemen en gedragsproblemen dan kinderen die dergelijke levensgebeurtenissen niet hadden meegemaakt (OR=1,65; 95 %-BI 1,01-2,69, OR=2,23; 95 %-BI 1,18-4,20).

Conclusie: Het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen vóór de leeftijd van 2 jaar is geassocieerd met de psychosociale gezondheid van 3-jarigen.

Ziekteverzuim bij basisschoolleerlingen, hoe zorgelijk is het?

E. K. Pijl^{1,2}, Y. T. M. Vanneste³, J. J. P. Mathijssen⁴,
A. de Rijk², F. J. M. Feron²

¹GGD West-Brabant, Breda, Nederland

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

³Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Utrecht, Nederland

⁴Academische werkplaats Jeugd, Tranzo, Tilburg University, Tilburg, Nederland

Contact: e.pijl@ggdwestbrabant.nl

Achtergrond en doelstelling: Schoolverzuim en de achterliggende oorzaken kunnen zowel de leerontwikkeling als de psychosociale ontwikkeling van een kind negatief beïnvloeden. Daarom is schoolverzuim een belangrijk thema in de publieke gezondheidszorg. In het voortgezet onderwijs is ziekteverzuim de meest voorkomende vorm van schoolverzuim. Er is echter weinig bekend over verzuim in het primaire onderwijs. Dit onderzoek exploreert de prevalentie van schoolverzuim van basisschoolleerlingen. Wanneer de omvang van het ziekteverzuim zo groot is dat het meer dan negen dagen of meer dan vier ziekmeldingen betreft, wordt dat geclassificeerd als zorgwekkend ziekteverzuim. In geval van leerlingen met zorgwekkend ziekteverzuim wordt vervolgens de relatie tussen het verzuim en leerling- en schoolkenmerken onderzocht.

Methoden: Er werden acht reguliere basisscholen en zes scholen voor speciaal basisonderwijs in de regio West-Brabant geïncludeerd. Scholen voor speciaal basisonderwijs geven regulier onderwijs aan kinderen met leerproblemen, opvoedingsmoeilijkheden of gedragsproblemen. Bij alle scholen zijn de gegevens over de omvang van het schoolverzuim en de leerlingkenmerken verzameld uit de schoolverzuimregistratie van het schooljaar 2015–2016. Schoolverzuim is voor het onderzoek verdeeld in vijf typen: ziekteverzuim, artsbezoek, ander geoorloofd verzuim, te laat komen en ander ongeoorloofd verzuim. Schoolkenmerken zijn verzameld uit de schoolgids en uit publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau, het Centraal Bureau voor de Statistiek en de Dienst Uitvoering Onderwijs. Er werd gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek en regressieanalyse.

Resultaten: In totaal zaten er 2216 leerlingen op de acht reguliere basisscholen en 1000 leerlingen op de scholen voor speciaal basisonderwijs. Van hen was respectievelijk 85 % en 79 % ten minste één keer afwezig in het schooljaar 2015–2016. Ziekteverzuim was de meest voorkomende soort verzuim: respectievelijk 75 % en 71 % van alle leerlingen was ten minste één keer ziek in het betreffende schooljaar. Zorgwekkend ziekteverzuim kwam voor bij 13 % van de leerlingen op reguliere scholen en bij 23 % op speciale basisonderwijsscholen. Op reguliere scholen vertoonden meer meisjes en jongere kinderen zorgwekkend ziekteverzuim. Op de scholen voor speciaal basisonderwijs was er geen relatie tussen zorgwekkend ziekteverzuim en leerling- of schoolkenmerken. Van de leerlingen met zorgwekkend ziekteverzuim op de reguliere scholen had 51 % ook een ander type van schoolverzuim. Op de scholen voor speciaal basisonderwijs gold dit voor 70 % van de leerlingen met zorgwekkend ziekteverzuim.

Conclusie: Ziekteverzuim is de meest voorkomende soort schoolverzuim op het basisonderwijs, ongeveer drie van de vier leerlingen wordt ten minste één keer per jaar ziekgemeld. Zorgwekkend ziekteverzuim komt voor bij 13 % van de leerlingen op reguliere scholen en bij bijna twee keer zo veel leerlingen op

scholen voor speciaal basisonderwijs. Meer dan de helft van de leerlingen met zorgwekkend ziekteverzuim mist ook onderwijstijd door ander verzuim.

Zijn BMI-z-scores geschikt om het gewicht op te volgen bij schoolgaande kinderen en jongeren met obesitas?

M. Roelants¹, C. Guerin¹, P. Júliusson²,
C. Vandermeulen¹

¹ Omgeving en Gezondheid (Jeugdgezondheidszorg), Departement Maatschappelijk Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven – Universiteit Leuven, Leuven, België

² Departement Klinische Wetenschap, Universiteit van Bergen, Bergen, Noorwegen

Contact: mathieu.roelants@kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: Lengte, gewicht en body mass index (BMI, gewicht/lengte²) worden gewoonlijk omgerekend naar z-scores (standaarddeviatiescores) om een kind op de groeicurve te positioneren. Een verandering in z-score geeft aan of een kind naar boven of naar beneden afbuigt ten opzichte van de groeicurve. Onderzoek bij kinderen en jongeren met extreme obesitas heeft echter aangetoond dat BMI-z-scores de gewichtsstatus niet altijd correct weergeven, en zelfs misleidend zijn wanneer ze gebruikt worden om verandering in de gewichtsstatus gedurende het behandeltraject op te volgen. Voor de start van de puberteit kunnen z-scores immers afnemen terwijl de gewichtsstatus niet wijzigt, en bij adolescenten kunnen z-scores toenemen wanneer hun gewichtsstatus in feite stabiel is of zelfs verbeterd. De omvang van dit probleem in de algemene (school)bevolking is niet onderzocht, vooral omdat er een voldoende grote steekproef van kinderen met ernstige obesitas beschikbaar moet zijn. Wij hebben dit ondervangen door een retrospectieve analyse van z-scores uit te voeren in een bestaande longitudinale dataset van meer dan 1 miljoen schoolkinderen in Vlaanderen.

Methoden: Antropometrische data werden geëxtraheerd uit 4,2 miljoen geregistreerde contacten van 1,26 miljoen schoolgaande kinderen en jongeren (3 tot 18 jaar) die tussen 1991 en 2009 werden gemeten door de huidige Centra voor Leerlingenbegeleiding en vroegere centra voor Medisch Schooltoezicht. Lengte, gewicht en BMI werden omgerekend naar z-scores aan de hand van de lokale groeicurve. Contacten met ontbrekende lengte, gewicht, geslacht of leeftijd werden uit de databank verwijderd, alsook metingen met een absolute z-score groter dan 5 (1,4 % in het totaal). Overgewicht en obesitas werden gedefinieerd volgens de criteria van de International Obesity Task Force (IOTF).

Resultaten: De globale prevalentie van overgewicht inclusief obesitas was 14,1 %, maar steeg tijdens de registratieperiode geleidelijk van 7 % in 1991 tot 16 % in 2009. De globale prevalentie van obesitas was 3,4 % en steeg tijdens de registratieperiode van 1,3 tot 4 %. In 0,8 % van de registraties werd ernstige obesitas (het equivalent van een BMI >35 kg/m²) opgemerkt. De analyse van longitudinale veranderingen in z-scores bevestigt de trends die eerder al werden beschreven bij kinderen en jongeren in residentiële zorg voor de behandeling van extreme obesitas: voor de puberteit nemen de z-scores over het algemeen af, en vanaf de puberteit blijven ze stabiel of nemen ze toe. Alternatieve maten voor de gewichtsstatus, zoals de BMI uitgedrukt als een percentage van de afkapwaarde voor overgewicht (%IOTF25), zijn minder getroffen door dit probleem.

Conclusie: BMI-z-scores zijn niet geschikt om longitudinale veranderingen in de gewichtsstatus van individuele kinderen

en jongeren met (ernstige) obesitas op te volgen. Voor de puberteit zijn z-scores misleidend omdat ze de indruk kunnen wekken dat de gewichtstatus verbetert, ook als dit niet het geval is. Een maat als de %IOTF25 is een mogelijk alternatief, dat ook een duidelijk doel vooropstelt voor behandelprogramma's.

Verbetering van de gezondheid van kinderen die opgroeien in armoede: een participatieve benadering en effectiviteitsonderzoek

M. Rouwette¹, B.M. Braun¹, A.M. Altena¹, M. Jacobs¹, M.M. Boere-Boonekamp², R.M.E. Haasnoot³

¹ Lectoraat Social Work, Saxion, Enschede, Nederland

² Health Technology and Services Research, Universiteit Twente, Enschede, Nederland

³ JGZ, GGD Twente, Enschede, Nederland

Contact: a.m.altena@saxion.nl

Achtergrond en doelstelling: In 2015 groeiden in Nederland 323.000 kinderen op in een gezin met een laag inkomen. Voor sommige van deze gezinnen resulteert dit lage inkomen in problemen in het dagelijks functioneren. Onderzoek laat zien dat kinderen die opgroeien in gezinnen met een laag inkomen vaker het gevoel hebben buitengesloten te worden. Zij hebben een verminderde lichamelijke gezondheid en presteren minder goed op school in vergelijking met kinderen die opgroeien in een gezin met voldoende inkomen. Tot nu toe richten veel maatregelen zich op het bieden van financiële ondersteuning en subsidies voor deze gezinnen of op het vergroten van de mogelijkheden om financiële ondersteuning te krijgen.

In het huidige project wordt een andere benadering gekozen. Een interventie is ontwikkeld, *Gezonde kinderen in krappe tijden*, om de gezondheid van kinderen die in armoede opgroeien te vergroten door ouders te leren hun eigen capaciteiten te benutten. Dit gebeurt door te werken aan kortetermijndoelen die gerelateerd zijn aan de (positieve) gezondheid van kinderen. De ontwikkeling van de interventie gebeurde via een participatieve benadering. Gezinnen die in armoede leven en professionals die met deze gezinnen werken, werden continu betrokken bij het ontwikkelproces door hen uit te nodigen feedback te geven, bijvoorbeeld in de vorm van focusgroepen. De interventie bestaat uit vijf groepsbijeenkomsten (voor zes tot tien ouders) waarin de domeinen van positieve gezondheid leidend zijn. De bijeenkomsten worden begeleid door een professional en een ervaringsdeskundige op het gebied van armoede.

Methoden: Gedurende de interventie heeft een procesevaluatie plaatsgevonden om in kaart te brengen hoe de ouders, professionals en ervaringsdeskundigen de interventie hebben ervaren. Daarnaast wordt een effectiviteitsonderzoek uitgevoerd naar veranderingen in de gezondheid van kinderen, de empowerment van ouders, sociale uitsluiting en materiële deprivatie. Gebruikte meetinstrumenten zijn bijvoorbeeld de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), de Empowerment-vragenlijst (EMPO) en een vragenlijst om de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven van kinderen in kaart te brengen (KINDL). Het effectiviteitsonderzoek bestaat uit drie meetmomenten (voorafgaand aan, direct na en drie maanden na de interventie). Resultaten van de interventiegroep worden vergeleken met die van een controlegroep van ouders die *care as usual* ontvangen.

Resultaten: De eerste ervaringen van de ouders, professionals en ervaringsdeskundigen met de groepsbijeenkomsten van de interventie zijn veelbelovend. Zo waarden de deelnemers de dynamiek in de groep, de verbondenheid, het delen van (praktische) informatie en uitwisselen van ervaringen. De combinatie van het bespreken van vaste thema's over gezondheid en

de vrije ruimte om zelf invulling te geven aan de bijeenkomsten naar gelang de behoeften ervaren de ouders als positief. Een goede 'klik' tussen professional en ervaringsdeskundige vinden beiden belangrijk. De resultaten van het effectiviteitsonderzoek zijn begin 2020 beschikbaar.

Conclusie: De participatieve benadering is heel waardevol gebleken bij het ontwikkelen van de interventie en het afstemmen ervan op de behoeften en wensen van de gezinnen die in armoede leven. Ook zijn de eerste ervaringen van de ouders, professionals en ervaringsdeskundigen positief als het gaat om het volgen en begeleiden van de interventie.

Middelengebruik bij Vlaamse studenten hoger onderwijs

M. Sisk¹, J. Van Damme², A. Thienpondt³, J. Rosiers⁴, S. De Bruyn⁵, V. Soyez⁶, G. Van Hal⁷, B. Deforche⁸

¹ Studentengezondheidscentrum KU Leuven, Leuven, België

² Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, Schaarbeek, België

³ Maatschappelijke Gezondheidskunde, Universiteit Gent, Gent, België

⁴ Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, Schaarbeek, België

⁵ Onderzoeksgroep Cello, departement Sociologie, Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

⁶ Vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

⁷ Onderzoeksgroep Sociale Epidemiologie en Gezondheidsbeleid, Universiteit Antwerpen, Wilrijk, België

⁸ Maatschappelijke Gezondheidskunde, Universiteit Gent, Gent, België

Contact: maura.sisk@kuleuven.be

Achtergrond en doelstelling: De Vlaamse Associaties van universiteiten en hogescholen slaan de handen om de vier jaar ineen om een grootschalige bevraging betreffende middelengebruik (alcohol, tabak, drugs, stimulerende en kalmerende medicatie) te houden bij hun studenten. Het is een instrument om middelengebruik bij studenten binnen hun context van het studeren te begrijpen, dat een basis kan vormen voor het ontwikkelen van sensibiliseringsprogramma's.

Methoden: Voor het onderzoek werd gebruikgemaakt van een gestructureerde vragenlijst, bestaande uit elf hoofdthema's (roken, alcohol, medicatie, drugs, negatieve gevolgen van middelengebruik, gokken en gamen, algemene en geestelijke gezondheid, sociaal leven, vrijetijdsbesteding, informatiekanaalen en alcohol- en drugstema's in de universiteit/hogeschool). De vragenlijst werd in maart 2017 online gestuurd naar 264.834 studenten van de deelnemende instellingen.

Resultaten: De vragenlijst werd ingevuld door 36.041 studenten en na exclusie van de instellingen waar de responsgraad lager was dan 5 %, kwam deze neer op 15,9 %.

De studententijd is een periode waarin alcoholgebruik prominent aanwezig is. Veel studenten gaan gelukkig op een verantwoorde manier om met alcohol. Toch blijkt 51,3 % een verhoogd risico te vertonen voor problematisch alcoholgebruik (met gevolgen voor de gezondheid, het gedrag en het dagelijks functioneren). Drinkpatronen als bingedrinken (in korte tijd veel drinken) en indrinken (alcohol drinken als voorbereiding op een samenkomst om daar al dan niet verder te drinken) worden vermeld door respectievelijk 10,9 % en 14,8 % van de studenten.

Studenten komen gemakkelijk in contact met cannabis en 42,8 % van de studenten heeft al eens cannabis gebruikt. Van

de gebruikers ondervond 24,8 % eerder negatieve gevolgen na cannabisgebruik.

Tijdens de examenperiodes wordt er door 7,6 % van de studenten kalmerende of slaapmedicatie gebruikt. Het oneigenlijk gebruik van stimulerende medicatie (zonder medische indicatie) wordt bij 4 % van de studenten gezien.

Studenten hebben de indruk dat ze onvoldoende geïnformeerd zijn door de instellingen wat betreft de drugs- en alcoholthematiek. Ze hebben geen idee wat precies de regelgeving is en welke kanalen binnen de onderwijsinstelling ze kunnen raadplegen. Wanneer er zich een probleem met alcohol of andere drugs voordoet, verkiezen ze eerder om bij *peers* te rade te gaan.

Conclusie: Studenten experimenteren met middelen als alcohol en drugs, met soms een negatieve weerslag op hun dagelijks functioneren en hun fysiek en mentaal welzijn als gevolg. Om studenten op een positieve manier te bereiken, is het noodzakelijk om sensibiliseringsprogramma's te ontwikkelen waarbij in de eerste plaats studenten zelf betrokken worden. Een intensieve samenwerking tussen student, onderwijsinstelling en de stad kan resulteren in meer verantwoord gebruik.

Voor verder lezen: zie de publicatie, 'In Hogere Sferen?', volume 4, Van Damme et al. (<https://www.vad.be/assets/in-hogere-sferen-volume-4-eeen-onderzoek-naar-het-midde-engebruik-bij-vlaamse-studenten>).

Psycat: een efficiënte en valide test voor de opsporing van psychosociale problemen bij kinderen

M. H. C. Theunissen, M. Klein Velderman, I. Eekhout

Child Health, TNO, Leiden, Nederland
Contact: meinou.theunissen@tno.nl

Achtergrond en doelstelling: Jeugdgezondheidszorg (JGZ)-organisaties in Nederland gebruiken vaak korte (ouder) vragenlijsten voor de opsporing van psychosociale problemen bij kinderen. De psychometrische eigenschappen van deze vragenlijsten zijn vaak niet voldoende om een goed onderscheid te maken tussen kinderen met en kinderen zonder psychosociale problemen. Het doel was om na te gaan of een korte *computerized adaptive test* (CAT), genaamd Psycat, een efficiënte en valide test is voor de opsporing van psychosociale problemen. De Psycat is veelbelovend in het overbruggen van de nadelen van bestaande vragenlijsten.

Methoden: Data waren afkomstig van ouders van Nederlandse kinderen in de leeftijd van 7 tot en met 12 jaar die uitgenodigd waren voor een routine contactmoment bij de JGZ. De dataset bevat 205 items om psychosociale problemen te meten ($n=2041$, respons 84 %). In een random deelsteekproef ($n=1650$) is nagegaan welke items geschikt waren voor een itemresponstheorie (IRT)-model. De geschikte items zijn gebruikt om de itemparameters voor de Psycat te berekenen en om een afkappunt te definiëren voor de resulterende *latent score*. In de resterende deelsteekproef ($n=391$) zijn de validiteit en efficiëntie van de Psycat vastgesteld met behulp van simulatieonderzoek. Een klinische score op de Child Behavior Checklist (CBCL) diende als criterium.

Resultaten: Het aantal items dat nodig blijkt om psychosociale problemen te signaleren is laag (mediaan: 14). De validiteit van de CAT is goed, de sensitiviteit van de *overall* schaal met CBCL als criterium is 0,75 en de specificiteit is 0,92. De sensitiviteit en specificiteit voor de subschalen Internaliserende problemen (0,92 en 0,92), Externaliserende problemen (0,96 en 0,91) en Hyperactiviteit (0,88 en 0,90) zijn vergelijkbaar of zelfs hoger.

Conclusie: De Psycat is een efficiënt en valide instrument voor de signalering van psychosociale problemen bij kinderen. In het najaar van 2019 wordt een pilotonderzoek uitgevoerd naar het gebruik van de Psycat als standaardinstrument voor routine contactmomenten in de JGZ. Momenteel wordt de Psycat uitgebreid naar ouders van kinderen in de leeftijd van 2 tot en met 4 jaar.

Professionele zorgen vanuit de jeugdgezondheidszorg betreffende psychosociale problemen bij basisschoolkinderen – ontwikkeling van een predictiemodel

A. W. van den Berg¹, N. R. Koning¹, F. L. Buchner¹, N. A. Leeuwenburgh², D. J. A. van Dijk-van Dijk², M. E. Numans¹, M. R. Crone¹

¹ Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland.

² GGD Hollands Midden, Leiden, Nederland
Contact: n.r.koning@lumc.nl

Achtergrond en doelstelling: Psychosociale problemen (PSP) komen veel voor bij kinderen, met een toenemende prevalentie op de basisschool. Bekend is dat PSP kunnen leiden tot onder andere een cognitieve ontwikkelingsachterstand op kinderleeftijd, slechtere schoolprestaties en een verhoogde kans op een psychische diagnose als volwassene. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) en huisartsen vullen elkaar aan in de eerstelijnszorg voor kinderen: de jeugdarts monitort preventief de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling, de huisarts ziet vooral zieke kinderen. Hoewel zij samen de kinderen geregeld zien, wordt de helft van de kinderen met PSP niet door hen herkend. Professionele zorgen van de JGZ over PSP (Z-PSP) kunnen een eerste signaal zijn dat er sprake is van PSP bij een kind. Een predictiemodel gebaseerd op het digitaal dossier JGZ voor Z-PSP kan mogelijk helpen bij het beter herkennen van PSP bij kinderen; een dergelijk model is nog niet ontwikkeld. De vraagstelling van dit onderzoek was: welke factoren, bekend bij de JGZ voor de start op de basisschool, voorspellen een eerste signaal vanuit de JGZ over psychosociale problemen in groep 2 (leeftijd 5-6 jaar)?

Methoden: Populatiegebaseerd cohortonderzoek met gegevens uit het digitale dossier JGZ (regio Zuid-Holland Noord). Alle kinderen met een regulier contactmoment voor de start van de basisschool (3-4 jaar) en in groep 2 (5-6 jaar) werden geïncludeerd, behalve als zij op 3-4-jarige leeftijd al Z-PSP hadden. De uitkomst (Z-PSP) was gebaseerd op extra zorggebruik met indicatie PSP en/of een registratie over afwijkend psychosociaal functioneren, bepaald tijdens een contactmoment in groep 2. Mogelijke voorspellers werden gebaseerd op de literatuur en waren gerelateerd aan het kind, de ouders/het gezin en omgevingsfactoren. Logistische regressieanalyse werd gebruikt om de predictiemodellen op te stellen en tienvoudige crossvalidatie om de modellen intern te valideren.

Resultaten: Van de 10.147 kinderen met een regulier contactmoment voor de start van de basisschool én toen ze in groep 2 zaten hadden 3628 kinderen (36 %) een Z-PSP in groep 2. Van deze kinderen had 70 % de uitkomst alleen vanwege afwijkend psychosociaal functioneren, 8 % alleen vanwege extra zorg en 22 % vanwege beide. Paramedische verwijzing, overige verwijzing (onder andere naar het maatschappelijk werk), eerdere psychische ziekten in de familieanamnese, risicofactoren van ouders (onder andere werkloosheid, weinig steun uit het netwerk), *life-events*, omgevingsstressoren en een belemmerende balans volgens het model van Bakker waren voorspellers voor Z-PSP. Voor de subanalyse met extra zorg als uitkomst waren

eerdere psychische ziekte in de familieanamnese, risicofactoren van ouders en een belemmerende balans sterkere voorspellers; paramedische verwijzing was geen voorspeller meer. Meisjes en kinderen met chronisch zieke ouders hadden juist een lagere kans op zowel Z-PSP als extra zorg; bij omgevingsstressoren gold dit alleen voor extra zorg. Het onderscheidend vermogen van beide predictiemodellen was laag (*receiver operating characteristic* 0,56 voor Z-PSP en 0,55 voor extra zorg).

Conclusie: De huidige modellen zijn gezien het lage onderscheidend vermogen nog onvoldoende geschikt als signaleringsinstrument voor Z-PSP. Koppeling van voorspellers binnen de JGZ aan belangrijke voorspellers vanuit de huisarts zou het model mogelijk kunnen versterken. In de toekomst willen we daarom de JGZ-data combineren met huisartsendata en onderzoeken of gecombineerde informatie het vroegtijdig herkennen van PSP bij kinderen kan verbeteren.

Wenselijkheid van neonatale screening naar de ziekte van Duchenne en de ziekte van Pompe in Vlaanderen

A. Van den Sande¹, T. Vanacoleyen²,
W. Vanderstraeten³, H. Theeten⁴, F. Eyskens⁵,
P. Claes⁶

¹ Vakgroep Kindergeneeskunde, Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

² Vakgroep Huisartseneeskunde, Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

³ Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

⁴ Vaccin en Infectieziekten Instituut (VAXINFECTIO), Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

⁵ Centrum Antwerpen voor Bevolkingsonderzoek naar Aangeboren Aandoeningen (CBAA), Antwerpen, België

⁶ Spierziekten Vlaanderen vzw, Hasselt, België

Contact: annelies.vandensande@student.uantwerpen.be

Achtergrond en doelstelling: De neonatale hielprikscreening of guthrietest wordt in België sinds 1968 gebruikt om elf metabole ziekten op te sporen. Onlangs werd ook mucoviscidose opgenomen in de screening. Twee andere ziekten die mogelijk in aanmerking komen voor screening zijn de ziekten van Duchenne en die van Pompe. Deze ziekten tasten de neuromusculaire functie aan en veroorzaken vroegtijdig overlijden.

Hoewel het technisch mogelijk is om voor deze ziekten te screenen, zijn er voor- en nadelen, en wordt er niet aan alle screeningscriteria van Wilson en Jungner voldaan. Een van deze screeningscriteria, namelijk de wenselijkheid van screening bij de bevolking, werd nog niet onderzocht bij de Vlaamse bevolking. Wij onderzochten deze wenselijkheid bij ouders en patiënten, en de opinie van neurologen die betrokken zijn bij de behandeling van de ziekten.

Methoden: Op de materniteitsafdeling van drie ziekenhuizen en de wachtzalen van Kind & Gezin in Vlaanderen werden ouders van gezonde zuigelingen (< 12 maanden oud) gevraagd om een vragenlijst in te vullen over de screening voor de ziekte van Duchenne of de ziekte van Pompe. De resultaten werden geanalyseerd door middel van inferentiële statistiek in SPSS Statistics 24. Gelijkaardige enquêtes werden verzonden naar (ouders van) patiënten met de ziekte van Duchenne of de ziekte van Pompe in België. De desbetreffende resultaten werden geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. Semi-structureerde interviews werden afgenomen bij neurologen van drie Vlaamse Neuromusculaire referentiecentra.

Resultaten: In totaal vulden Vlaamse ouders van gezonde pasgeborenen 377 enquêtes in. Van hen waren 125/148 (84,5 %;

95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) 77,4–89,7 %) voorstander van screening voor de ziekte van Duchenne. Voor de ziekte van Pompe waren 197/224 (88,0 %; 95 %-BI 82,8–91,8 %) voorstander. De (ouders van) patiënten met de ziekte van Duchenne of Pompe vulden in totaal 63 vragenlijsten in, van wie 34/38 (89,5 %) van de (ouders van) patiënten met de ziekte van Duchenne en 24/25 (96,0 %) van de (ouders van) patiënten met de ziekte van Pompe voorstander waren van screening naar de ziekte. Voor de (ouders van) patiënten was de voornaamste reden om te screenen een vroegtijdige diagnose (voor Duchenne) en vroegtijdige behandeling (voor Pompe). De meningen van de neurologen liepen uiteen.

Conclusie: Dit onderzoek toont aan dat neonatale screening voor de ziekten van Duchenne en die van Pompe een groot draagvlak heeft onder ouders van pasgeborenen en onder (ouders van) patiënten in Vlaanderen. De mogelijkheid tot vroegtijdige diagnose en behandeling waren de voornaamste argumenten om voor screening te kiezen.

Schoolverzuim, gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven en algemeen geluk onder jongvolwassenen in de leeftijd van 16–26 jaar

S. J. van den Toren¹, A. van Grieken¹, W. Mulder²,
Y. T. M. Vanneste², M. Lugtenberg¹, M. L. A. de Kroon³,
S. S. Tan¹, H. Raat¹

¹ Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, Nederland

² Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg, Utrecht, Nederland

³ Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Nederland

Contact: s.vandentoren@erasmusmc.nl

Achtergrond en doelstelling: Jongvolwassenen laten een toename zien in risicogedragingen, zoals schoolverzuim, en laten een afname zien in psychische en lichamelijke gezondheid. Onderzoek naar een eventuele samenhang hiertussen zou gezondheidsprofessionals kunnen helpen om deze trends integraal te verbeteren. Wij onderzochten het verband tussen schoolverzuim, gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven en algemeen geluk onder jongvolwassenen in de leeftijd van 16–26 jaar die deelnemen aan het middelbaar beroepsopleidingsonderwijs.

Methoden: Cross-sectionele vragenlijstdata van 676 jongvolwassenen (16–26 jaar) zijn geanalyseerd. Schoolverzuim is gemeten via zelfrapportage van het aantal afwezige dagen door ziekte in de voorafgaande acht weken en het aantal uur spijbelen in de voorafgaande vier weken. Gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven is gemeten met de Short Form 12 (SF-12), waarin een set van twaalf vragen de psychische en lichamelijke kwaliteit van leven subjectief evalueert. Met de antwoorden op deze vragen is een score voor psychische kwaliteit van leven en een score voor lichamelijke kwaliteit van leven berekend. Algemeen geluk is bevraagd aan de hand van een score van 0–10, waarbij 10 de hoogste score voor algemeen geluk aangaf. Lineaire regressieanalyses zijn verricht om het verband tussen schoolverzuim, gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven en algemeen geluk te onderzoeken, waarbij gecontroleerd is voor sociaal-demografische factoren.

Resultaten: De onderzoekspopulatie had een gemiddelde leeftijd van 18,5 jaar (standaarddeviatie (SD)=2,2), van wie 26,1 % een jongen was. Het gemiddelde aantal afwezige dagen door ziekte in de afgelopen acht weken was 5,4 (SD=6,3). Een significant lagere psychische kwaliteit van leven was zichtbaar bij jongvolwassenen die meer dan vier dagen ziek waren in de voorafgaande acht weken (B=-5,1; 95 %-betrouwbaarheidsinterval (BI) -7,9 - -2,2) ten opzichte van jongvolwassenen die

niet ziek waren geweest. Deze lagere psychische kwaliteit van leven was ook zichtbaar bij jongvolwassenen die de voorafgaande 4 weken meer dan 5 uur gespijeld hadden ($B = -4,2$; 95 %-BI $-7,5 - -0,8$) ten opzichte van jongvolwassenen die niet hadden gespijeld. Daarnaast was er ook een significant lagere lichamelijke kwaliteit van leven te onderscheiden voor jongvolwassenen die 1-4 dagen ziek waren ($B = -2,8$; 95 %-BI $-4,8 - -0,7$) en die meer dan vier dagen ziek waren ($B = -6,9$; 95 %-BI $-8,9 - -4,8$) in de voorafgaande acht weken, ten opzichte van jongvolwassenen die niet ziek waren geweest. Een significant hogere lichamelijke kwaliteit van leven was zichtbaar onder jongvolwassenen die aangaven 1-5 uur te hebben gespijeld ($B = 2,9$; 95 %-BI $1,3-4,5$) en meer dan 5 uur te hebben gespijeld ($B = 2,7$; 95 %-BI $0,3-5,1$) in de voorafgaande vier weken, ten opzichte van jongvolwassenen die niet hadden gespijeld. Er is geen samenhang gevonden tussen schoolverzuim en algemeen geluk ($p > 0,05$).

Conclusie: We zagen een verminderde psychische kwaliteit van leven onder jongvolwassenen die geregeld afwezig waren vanwege ziekte of spijbelen. Jongvolwassenen die geregeld afwezig waren vanwege ziekte vertoonden ook een lagere lichamelijke kwaliteit van leven. De bevinding dat spijbelen samenhangt met een hogere lichamelijke kwaliteit van leven moet verder onderzocht worden.

De relatie tussen vroeg-motorische ontwikkeling en cognitieve ontwikkeling op 7-jarige leeftijd in matig-prematuur geboren kinderen

N. H. van Dokkum^{1,2}, S. A. Reijneveld², A. F. Bos¹, M. L. A. de Kroon²

¹ Beatrix Kinderziekenhuis, afdeling Neonatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

² Afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland
Contact: n.h.van.dokkum@umcg.nl

Achtergrond en doelstelling: De vroeg-motorische ontwikkeling van matig-prematuur geboren kinderen hangt mogelijk samen met intelligentie op schoolleeftijd (7 jaar). Een beter inzicht in de relatie tussen deze twee zaken kan professionals helpen om cognitieve problemen tijdig te signaleren. Dit onderzoek had tot doel de relatie te bepalen tussen de vroeg-motorische ontwikkeling (vanaf de geboorte tot en met 5-jarige leeftijd) en de cognitieve ontwikkeling op 7-jarige leeftijd bij matig-prematuur geboren kinderen.

Methoden: In dit onderzoek includeerden we een *subsampling* van matig-prematuur geboren kinderen (zwangerschapsduur 32-36 weken) uit het Pinkeltje-cohort ($n = 248$). Bij deze kinderen is op 7-jarige leeftijd de intelligentie (IQ) en aandacht getest. De vroeg-motorische ontwikkeling tussen de geboorte en 3 jaar en 9 maanden is vastgelegd in het Van Wiechen-Schema, voor zowel de fijne als de grove motoriek. Hierop gebaseerd hebben we leeftijdsscores berekend: wanneer een kind 1 of meer mijlpalen op een specifiek tijdstip niet behaalde, scoorde het kind abnormaal. Op de leeftijd van 4 en 5 jaar werd door ouders de Ages and Stages Questionnaire (ASQ) ingevuld. Van de ASQ gebruikten we de continue scores van de domeinen fijne en grove motoriek. De relaties tussen de motoriekscores en intelligentie en aandacht werden getest met lineaire en conditionele regressieanalyses. In alle analyses werd gecorrigeerd voor zwangerschapsduur, geslacht en sociaaleconomische status.

Resultaten: In de onderzochte groep waren er 137 (55,2 %) jongens, en was de gemiddelde zwangerschapsduur 33 weken.

Het op tijd bereiken van mijlpalen in het domein grove motoriek op de leeftijden 2, 4 en 5 jaar hing samen met een 6 tot 9 punten hoger IQ. In het domein fijne motoriek hingen hogere ASQ-scores op 4- en 5-jarige leeftijd ook samen met een hoger IQ. Het op tijd bereiken van mijlpalen in het domein grove motoriek op de leeftijd van 6 maanden, en 4 en 5 jaar hing samen met betere scores op de verschillende onderzochte aandachtstaken. In het domein fijne motoriek hing het op tijd behalen van mijlpalen op 2, 4 en 5 jaar samen met betere scores op deze aandachtstaken. De conditionele regressieanalyse liet zien dat voor ieder tijdstip het niet op tijd behalen van mijlpalen bijdroeg aan de voorspelling van cognitieve problemen.

Conclusie: De vroeg-motorische ontwikkeling in zowel het domein grove als fijne motoriek hangt samen met de cognitieve ontwikkeling op 7-jarige leeftijd in de groep matig-prematuur geboren kinderen. Professionals moeten zich ervan bewust zijn dat het niet op tijd behalen van ontwikkelingsmijlpalen een van de eerste tekenen kan zijn van cognitieve problemen. Tijdige interventies zouden kunnen bijdragen aan een verbeterde motorische, maar ook cognitieve ontwikkeling.

De vroege ontwikkeling van jongens met Duchenne spierdystrofie

P. van Dommelen¹, O. van Dijk², J. A. de Wilde², P. H. Verkerk¹

¹ Child Health, TNO, Leiden, Nederland

² Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland
Contact: paula.vandommelen@tno.nl

Achtergrond en doelstelling: Duchenne spierdystrofie (Duchenne Muscular Dystrophy, DMD) is een ernstige erfelijke spierziekte, die de spieren aantast en verzwakt. DMD komt voor bij een op de vijfduizend levend geboren jongens. In Nederland worden er jaarlijks ongeveer zeventien jongens met DMD geboren. Bij jongens zonder een familiegeschiedenis wordt DMD gemiddeld genomen gediagnosticeerd op een leeftijd van 4-5 jaar. Het is belangrijk om DMD in de vroege kinderjaren te diagnosticeren. Vertraging in de diagnose kan verschillende nadelige gevolgen hebben voor de patiënt en zijn familie, zoals het belemmeren van goed ouderschap, het onthouden van belangrijke informatie voor gezinsplanning vanwege de erfelijkheid van de ziekte, en van toegang tot therapie en extra voorzorgsmaatregelen bij operaties. Aangezien het vroege beloop van de ziekte vaak wordt bepaald door een ontwikkelingsachterstand, kan het signaleren van deze vertraging bijdragen aan een tijdige diagnose. Het doel van ons onderzoek is om de verschillen in het behalen van ontwikkelingsmijlpalen tussen jongens met DMD en jongens uit de algemene bevolking te onderzoeken.

Methoden: In het 4D-DMD-onderzoek (Detection by Developmental Delay in Dutch boys with Duchenne Muscular Dystrophy) zijn mijlpalen verzameld uit het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg uit alle drie de ontwikkelingsgebieden van het Van Wiechen-onderzoek: 1) grove motoriek, 2) fijne motoriek, adaptatie, persoonlijkheid en sociaal gedrag (afgekort tot fijne motoriek) en 3) communicatie. Aanvullende informatie voor DMD werd via vragenlijsten verkregen. Logistische regressieanalyses zijn uitgevoerd met het behalen van elke mijlpaal als uitkomstmaat en DMD versus geen DMD, en de leeftijd waarop de mijlpaal is afgenomen als onafhankelijke variabelen.

Resultaten: In totaal werden gegevens van 76 jongens met DMD en 12.414 jongens uit een controlegroep zonder DMD, en vragenlijsten van 43 van de 76 ouders van jongens met DMD verzameld. De eerste vertragingen in de ontwikkeling waren zichtbaar bij een leeftijd van 2 à 3 maanden met een lager per-

centage jongens met DMD dat de mijlpalen op het gebied van de fijne en grove motoriek en communicatie behaalde (odds-ratio's gecorrigeerd voor leeftijd (AOR's) varieerden: 2,3-4,0; $p < 0,01$). Tussen de 12 en 36 maanden namen de verschillen in het behalen van mijlpalen met betrekking tot de grove motoriek toe (AOR's varieerden: 10,3-532; $p < 0,001$). Er werden kleinere verschillen gevonden in de mijlpalen op het gebied van fijne motoriek en communicatie tussen de 12 en 48 maanden (AOR's varieerden: 2,5-9,7; $p < 0,01$).

Conclusie: Ons onderzoek vond significante verschillen in het behalen van de ontwikkelingsmijlpalen bij jongens met DMD vergeleken met een controlepopulatie. Deze verschillen waren al vanaf jonge leeftijd waarneembaar en kunnen een rol spelen bij de vroege opsporing van jongens met DMD.

Het stimuleren van water drinken onder zuigelingen van laagopgeleide ouders; een evaluatie van de Waterbox-interventie in de praktijk

A. van Essen¹, L. Vogelzang¹, A. Ronteltap¹, R. J. Renes²

¹ Lectoraat Crossmediale Communicatie in het Publieke Domein, Hogeschool Utrecht, Utrecht, Nederland

² Lectoraat Psychologie voor een Duurzame Stad, Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam, Nederland
Contact: anita.vanessen@hu.nl

Achtergrond en doelstelling: Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben over het algemeen een minder gezonde leefstijl. Het is voor hen niet vanzelfsprekend om zorgprofessionals om advies over dit thema te vragen. Hiervoor gebruiken zij voornamelijk hun eigen (sociale) netwerken. Met de juiste vorm van gezondheidscommunicatie kan de interesse van doelgroepen met een lage SES gewekt worden, wat ze ontvankelijker maakt voor deze informatie. Interventies die via een aantrekkelijke vorm gezondheidsinformatie communiceren noemt men ook wel *entertainment persuasion*. Ze hebben als doel om de doelgroep te entertainen én iets te leren over het gewenste gedrag, zodat deze positieve attitudes en normen ten opzichte van het gedrag ontwikkelt.

Het stimuleren van water drinken in plaats van suikerhoudende dranken is een van de pijlers in het bestrijden van overgewicht. Voor dit doel ontwikkelden drie gemeenten 'de Waterbox', een interventie voor laagopgeleide ouders gebaseerd op de principes van *entertainment persuasion*. Deze interventie introduceert een nieuwe norm: je leert je kind water drinken als het bijvoeding krijgt. De Waterbox is een cadeaubox voor ouders van zuigelingen, met drie verschillende educatieve elementen: een dagindeling met waterdrinkmomenten, een beeldverhaal over het aanleren van water drinken en twee bekers om het gedrag te faciliteren. De Waterbox wordt uitgegeven door jeugdverpleegkundigen op het consultatiebureau (CB) tijdens het zes- of achtmaandenconsult. Doelstelling van dit onderzoek is de evaluatie van de Waterbox op het consultatiebureau en thuis.

Methoden: Aan het onderzoek namen 22 jeugdverpleegkundigen en twaalf laagopgeleide ouders uit drie gemeenten deel. Het onderzoek was opgedeeld in drie fasen: 1) een evaluatieonderzoek met focusgroepen en gebruikersinterviews, 2) een observatieonderzoek op het CB, gecombineerd met gebruikersinterviews, en 3) een dagboekonderzoek gevolgd door huisbezoeken bij de ouders.

Resultaten: Het evaluatieonderzoek liet zien dat de Waterbox nog niet voldoende acceptabel, bruikbaar en aantrekkelijk was om in beide contexten (op het CB en bij ouders thuis)

te worden geïmplementeerd. Een deel van de inhoud bleek omstreden, bijvoorbeeld het gebruik van een (tuit)beker. Het observatieonderzoek liet zien dat de jeugdverpleegkundigen de Waterbox op verschillende manieren behandelden. Bijvoorbeeld als startpunt van een gesprek of juist niet. Uit het dagboekonderzoek en de huisbezoeken bleek dat de ouders de Waterbox verschillend gebruikten. De box werd over het algemeen positief ontvangen, en ouders hadden een positieve attitude ten opzichte van het aanleren van water drinken bij hun zuigeling. Het introduceren van de nieuwe norm, aanleren van water drinken, bleek bij ouders samen te hangen met verschillende gedragsfactoren. Een belemmerende factor was bijvoorbeeld de bestaande sociale norm bij ouders om suikerhoudende dranken te drinken. Ook een negatieve ervaring met het aanleren van water drinken werkte belemmerend voor het creëren van de nieuwe norm. Stimulerende factoren waren bijvoorbeeld hoge motivatie van de ouders en het vermogen om dagelijkse momenten te kunnen inplannen.

Conclusie: Dit onderzoek levert nieuwe inzichten op over: 1) de noodzakelijke aanpassingen om de bruikbaarheid van de Waterbox te verhogen voor laagopgeleide ouders en jeugdverpleegkundigen, en 2) de belemmerende en stimulerende gedragsfactoren voor de implementatie van interventies om water drinken door zuigelingen van laagopgeleide ouders te stimuleren.

Haalbaarheid en validiteit van de Gezondheidscheck in de centra voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen

A. Vanlander¹, A. Devriendt¹, K. Hoppenbrouwers^{1,2}, M. Roelants²

¹ Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Leuven, België

² Centrum Omgeving en Gezondheid, Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven, Leuven, België
Contact: anouk.vanlander@vwwj.be

Achtergrond en doelstelling: Om de eigen kracht van jongeren ten aanzien van hun gezondheid te versterken heeft de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Gelderland-Midden, die ook verantwoordelijk is voor het aanbod Jeugdgezondheidszorg in deze regio, de zogenaamde Gezondheidscheck ontwikkeld. Dit is een online vragenlijst met elektronische feedback op maat van de antwoorden van de jongere, eventueel gevolgd door een consult met een jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Jongeren worden op deze manier gestimuleerd om te reflecteren over de eigen gezondheid en leefstijl, en worden uitgenodigd om hun vragen te stellen en zorgen te delen, zodat ze advies op maat kunnen krijgen. Wij onderzochten de haalbaarheid en validiteit van deze 'Gezondheidscheck' in de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB), die onder andere verantwoordelijk zijn voor het aanbod jeugdgezondheidszorg in Vlaanderen.

Methoden: De Nederlandse Gezondheidscheck werd in eerste instantie aangepast aan het Vlaamse taalgebruik en aan de gezondheidsboodschappen die in de context van de Vlaamse gezondheids promotie gangbaar zijn. Vervolgens werd het aangepaste instrument in een interventieonderzoek getest in vijf CLB. De haalbaarheid en validiteit werden geëvalueerd met gebruik van kwantitatieve en kwalitatieve methoden, zoals focusgroepen met CLB-werkers, interviews met jongeren, registratie van het tijdsgebruik en van de inhoud van de gesprekken met jongeren, en de analyse van de antwoorden van de jongeren op de online vragenlijst en van het gebruik van de elektronische feedback. In totaal hebben tussen januari en december 2018 1881 jongeren van het derde jaar van het secundair onder-

wijs (14- en 15-jarigen) de online vragenlijst ingevuld, van wie er 58 nadien persoonlijk werden geïnterviewd over hun ervaringen met het instrument.

Resultaten: De inhoud van de online vragenlijst, alsook de elektronische feedback en het gesprek met een JGZ-professional werden door de jongeren hoog gewaardeerd (op een schaal van 0 tot 10 werden hiervoor respectievelijk scores van 8,4, 8,8 en 9,4 toegekend). Een op drie jongeren maakte ook gebruik van de mogelijkheid om vragen te stellen (10,7 % vroeg bijkomende online informatie en 37,1 % vroeg informatie via het consult) en 31,1 % maakte melding van verontrustende signalen via de online vragenlijst. Voor bijna de helft (47,2 %) van de jongeren was op basis van hun antwoorden in de online bevraging geen gesprek noodzakelijk tijdens het consult. Bij controle hiervan tijdens het consult bij 144 jongeren van deze groep bleek dit bij slechts 7 hiervan niet te kloppen (er was toch behoefte aan een gesprek) (negatieve voorspellende waarde van 95,1 %). De positieve voorspellende waarde van de items in de online vragenlijst varieerde tussen 63,6 % en 92,7 % wat de vraag voor bijkomende informatie tijdens het consult betrof, en tussen 43,7 % en 100 % voor de aanwezigheid van verontrustende signalen.

Conclusie: De Vlaamse versie van de Gezondheidscheck is een handig instrument om de eigen kracht van jongeren ten aanzien van hun gezondheid te versterken, en wordt door hen erg gewaardeerd. De vergelijking van de uitkomsten van de Gezondheidscheck met die van het persoonlijk contact nadien tijdens het consult geven een eerste indicatie van de validiteit ervan.

Ondersteuning/Dankwoord: Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door de steun van de Vlaamse overheid.

Ingrijpende ervaringen (ACE) en kwaliteit van leven bij basisschoolleerlingen van groepen 7/8

R. M. Vink¹

¹ Child Health, TNO, Leiden, Nederland
Contact: remy.vink@tno.nl

Achtergrond en doelstelling: ACE's (Adverse Childhood Experiences) of ingrijpende jeugdervaringen zijn bijvoorbeeld kindermishandeling, scheiding, opgroeien bij een ouder met psychische problemen, verslaving, zelfmoord(poging) of geweld in huis. Groot baanbrekend onderzoek in de Verenigde Staten toonde verbanden aan tussen dergelijke ervaringen en het voorkomen van risicogedrag en lichamelijke aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en COPD later in het leven. De onderzoekers gebruikten in hun onderzoek de ACE-Questionnaire, een vragenlijst met tien items over de genoemde ervaringen voor het 18e levensjaar. De vragenlijst is in diverse talen vertaald en wordt veelvuldig in vergelijkbare onderzoeken gebruikt. Dit is echter vrijwel altijd onder volwassenen, bij wie het risico op herinneringsbias speelt. In onderzoeken waarin de ACE-Questionnaire wel is uitgezet onder jeugdigen, betreft het adolescenten (vanaf 14 jaar) of uitvraging via de ouders. Voor de Augeo Jongeren Taskforce en TNO was dit aanleiding om het voorkomen van ACE's *direct* aan kinderen zelf te vragen, aan kinderen van 11/12 jaar in de transitie van het basis- naar het voortgezet onderwijs, en dit in verband te brengen met hun kwaliteit van leven.

Methoden: Voor dit onderzoek is de Kidscreen-10 gebruikt en samengevoegd met de voor dit project ontwikkelde kindvriendelijke versie van de Nederlandse ACE-Questionnaire, die ook bij eerder onderzoek is gebruikt. De vragenlijst is anoniem ingevuld in de klas, door 644 kinderen in de groepen 7/8 van 23 reguliere basisscholen, verspreid over Nederland en representatief wat betreft opleidingsniveau van de ouders en etniciteit.

Resultaten: Analyses lieten zien dat 45,3 % van de kinderen een of meer van de tien ACE's had ervaren. ACE's kwamen vaak samen voor. Een vorm van kindermishandeling werd gerapporteerd door 26,4 % van de kinderen; dit betreft prevalentie 'ooit in het leven'. Hoe meer ACE's waren ervaren, des te lager de score op kwaliteit van leven was ($p < 0,001$). Dit verband is het sterkst voor de ACE kindermishandeling.

Conclusie: De resultaten ondersteunen het belang van vroeger preventie en interventie in zowel het basis- als het voortgezet onderwijs. Leerkrachten kunnen hierin een belangrijke rol spelen door signalen te herkennen en met kinderen en ouders bespreekbaar te maken. Training van traumasensitiviteit bij leerkrachten/docenten is nodig.

Voor verder lezen, zie: <https://repository.tudelft.nl/view/tno/uuid:641d3e67-38e3-45f5-ad8e-47894d82a4be>.

Is het mogelijk om overgewicht op 10- tot 12-jarige leeftijd te voorspellen aan de hand van factoren tijdens de zwangerschap en het eerste levensjaar van het kind?

M. A. van Goor¹, J. M. van Dongen², T. G. M. Vrijkotte¹

¹ Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC – locatie AMC, Amsterdam, Nederland

² Afdeling Gezondheidswetenschappen, VU, Amsterdam, Nederland

Contact: m.a.vangoor@amc.uva.nl

Achtergrond en doelstelling: Sinds enkele decennia is overgewicht onder volwassenen een zorgwekkend probleem. Ook overgewicht bij kinderen is de afgelopen jaren een steeds grotere zorg binnen de volksgezondheid in Nederland. Om de prevalentie van overgewicht op volwassen leeftijd te verlagen is het belangrijk dat de prioriteit komt te liggen bij het voorkomen van overgewicht tijdens de jeugd. Dit kan worden bewerkstelligd door gerichte preventie en adequate follow-up, beginnend bij jonge kinderen met een hoog risico op overgewicht. Het doel van dit onderzoek was om significante factoren tijdens de zwangerschap en het eerste levensjaar van een kind te detecteren met een model waarmee overgewicht op de leeftijd van 10 tot 12 jaar wordt voorspeld. Hiernaast bekijkt dit onderzoek of stratificeren naar etniciteit (wel-/niet-westers) de accuraatheid van het model verbetert, en of er verschillen in voorspellers zijn.

Methoden: Het predictiemodel is ontwikkeld aan de hand van de data van het Amsterdam Born Child Development (ABCD)-onderzoek, een multi-etnisch, prospectief en longitudinaal geboortecohortonderzoek. De zeventien mogelijke voorspellers, gebruikt in het model, zijn verkregen tijdens de zwangerschap of de eerste twaalf maanden van het kind. Gebaseerd op de WHO-afkapwaarden werd voor de uitkomstmaat, BMI (body mass index) op 10- tot 12-jarige leeftijd, de indeling overgewicht en normaal gewicht (inclusief ondergewicht) gebruikt. Ontbrekende data werden geïmputeerd. Aan de hand van multiple logistische regressieanalyse, gebruikmakend van een backward-selectieprocedure met een p -waarde van $>0,10$, werden de verschillende predictiemodellen (niet gestratificeerd/wel gestratificeerd) geconstrueerd. De kwaliteit van de modellen werd beoordeeld aan de hand van de Area Under the Curve (AUC), de pseudo R^2 en de Hosmer en Lemeshow-test. Interne validatie heeft plaatsgevonden aan de hand van *resampling*-technieken.

Resultaten: De prevalentie van overgewicht op de leeftijd van 10 tot 12 jaar was 27,9 % ($n=2179$, WHO-afkapwaarden). Het uiteindelijke model bevatte twaalf significante voorspellers (etniciteit, opleidingsniveau van de moeder, leeftijd van de moeder, BMI van de moeder voor de zwangerschap, BMI van

de vader, wel/niet diabetes moeder, roken tijdens de zwangerschap of daarna in huis, geslacht, geboortegewicht, wel of niet naar het kinderdagverblijf en verandering in gewicht-voorspelling tijdens de eerste zes maanden) met een AUC van 0,75, een Hosmer en Lemeshow-test van 0,03 en een pseudo R^2 van 0,22 gebaseerd op 7810 kinderen. Specificiteit en sensitiviteit van het model waren respectievelijk 67,7 % en 70,0 %, met een positieve voorspellende waarde van 52,1 % en een negatieve voorspellende waarde van 48,7 %. Stratificatie van het model naar etniciteit liet een lagere kwaliteit in voorspellend vermogen zien. Het uiteindelijke model is omgezet naar een risicocalculator waarmee individuele kansen op overgewicht kunnen worden berekend.

Conclusie: Het risico op overgewicht op 10- tot 12-jarige leeftijd kan met voldoende accuraatheid worden voorspeld aan de hand van gemakkelijk verkrijgbare voorspellers tijdens de zwangerschap en het eerste levensjaar van het kind. Na externe validatie zou een risicocalculator in de hedendaagse praktijk gebruikt kunnen worden om op tijd hoogrisicogroepen te detecteren, zodat voorlichting en preventieprogramma's gericht kunnen worden ingezet.

Opvattingen van stakeholders over eerstelijnszorgsystemen voor jeugdigen in de EU: het MOCHA-project

E. Vlasblom¹, G. P. A. de Lijster¹, S. A. Reijneveld², P. L. Kocken¹

¹ Child Health, TNO, Leiden, Nederland

² Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Sociale Geneeskunde, Nederland

Contact: paul.kocken@tno.nl

Achtergrond en doelstelling: Het Europese H2020-project *Models of Child Health Appraised* (MOCHA)-project heeft modellen van eerstelijnszorgsystemen voor jeugdigen, inclusief jeugdgezondheidszorg (JGZ), van alle dertig EU/EER-landen (Europese Unie/Europese Economische Ruimte; <http://www.childhealthservicemodels.eu/>) geclassificeerd en beoordeeld. Het doel van dit project is het vinden van optimale componenten van de eerstelijnszorg. Zo zijn onder meer onderzocht de gezondheidsopbrengsten, de kosten, het arbeidspotentieel en elektronische registraties van de eerstelijnszorg. De opvattingen van stakeholders over toekomstscenario's van de zorgsystemen voor jeugdigen zijn verzameld en geanalyseerd. Onderzocht is hoe mogelijke veranderingen in de eerstelijnszorg kunnen worden bereikt.

Methoden: Tachtig stakeholders uit 22 EU-landen hebben een online vragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst betreft drie toekomstscenario's over potentieel optimale componenten van de eerstelijnszorg. De respondenten zijn beleidsmakers, verpleegkundigen, kinderartsen, huisartsen, onderzoekers en vertegenwoordigers van ouders en jongeren. Scenario 1 omvat een gespecialiseerde preventieve gezondheidszorgvoorziening voor de vaccinatie van mazelen bij zuigelingen. Scenario 2 betreft zorg in multidisciplinaire teams voor kinderen met astma en kinderen met complexe zorgbehoeften, zoals bij hersentrauma. Bij scenario 3 gaat het om vroege identificatie van psychische stoornissen bij adolescenten. Vervolgens zijn er over elk scenario online focusgroepsinterviews gehouden met dertien experts uit acht EU-landen. Deze experts zijn geworven onder de respondenten van de online vragenlijst.

Resultaten: De stakeholders hebben aangegeven dat er behoefte is aan verbeteringen in de eerstelijnszorg voor jeugdigen. De respondenten van de vragenlijst en de focusgroepen zijn het eens over voorkeuren voor het bereiken van optimale

zorg in de verschillende scenario's. De volgende componenten van de eerstelijnszorg hebben volgens de stakeholders de hoogste prioriteit: 1) openbare toegang tot informatie over vaccinatie, 2) open toegang tot en vertrouwelijkheid van consulten met adolescenten (tenzij ouders toestemming moeten geven voor behandeling), 3) coördinatie en continuïteit van zorg, 4) continuïteit van informatie over de gezondheidstoestand van jeugdigen door gebruik te maken van elektronische medische dossiers, en 5) het vergroten van het aanbod aan trainingen voor professionals. Transparante beleidsvorming en verhoging van (financiële) middelen zullen de systeemveranderingen ten goede komen. Stakeholders zien de organisatie van het huidige zorgstelsel als de belangrijkste belemmering voor de implementatie van de optimale scenario's.

Conclusie: De stakeholders wijzen op de noodzaak van verbeteringen in de eerstelijnszorg voor jeugdigen in de EU-landen, inclusief de JGZ. Zij hebben consensus bereikt over drie mogelijke verbeterscenario's. Ze zien ook belemmeringen voor de implementatie van de gewenste componenten van het zorgsysteem.