

TNO-rapport
PG/JGD/99.35

Embargo
tot 8 oktober 1999

Peilingen in de jeugdgezondheidszorg PGO-Peiling 1997/1998

*Melkvoeding en huilgedrag van zuigelingen
Psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen*

Datum

Oktober 1999

Auteurs

E. Brugman
S.A. Reijneveld
M.E. den Hollander-Gijsman
R.J.F. Burgmeijer
J.J. Radder

Dit rapport is mede mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)



TNO Preventie en Gezondheid

Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 48,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/JGD/99.35

ISBN-nummer

90-6743-608-9

Omslagontwerp

J. van der Plas

© 1999 TNO

Het kwaliteitssysteem van TNO Preventie en Gezondheid voldoet aan ISO 9001.
Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting en beschouwing	7
Aanbevelingen	24
1 Inleiding	29
1.1 Doel en opzet van de Peilingen jeugdgezondheidszorg	29
1.2 Selectie van onderwerpen voor de peiling.....	30
1.3 Onderwerpen in de PGO-Peiling 1997/1998.....	30
1.4 Opzet van dit rapport.....	31
2 Melkvoeding van zuigelingen	33
2.1 Vraagstellingen en definities	33
2.2 Actuele voeding en voeding bij de geboorte	33
2.3 Aspecten met betrekking tot besluitvorming rondom melkvoeding.....	34
2.4 Borstvoeding in relatie tot enkele achtergrondkenmerken	37
3 Huilgedrag van zuigelingen.....	41
3.1 Vraagstellingen en definities	41
3.2 Huilgedrag van het kind volgens de ouders.....	42
3.3 Acties en hulpzoekgedrag van de ouders vanwege het huilgedrag van hun kind.....	45
4 Psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen	54
4.1 Vraagstellingen en definities	54
4.2 Psychosociale gezondheid van 1-4 jarigen.....	56
4.2.1 Aard en omvang van de problematiek volgens de JGZ	57
4.2.2 Acties JGZ bij signalering van problematiek	59
4.2.3 Aard en omvang problematiek volgens CBCL/2-3	62
4.2.4 Samenhang oordeel JGZ en CBCL/2-3	63
4.3 Psychosociale gezondheid van 5-6 jarigen.....	65
4.3.1 Aard en omvang problematiek volgens JGZ	65
4.3.2 Acties JGZ bij signalering van problematiek	68
4.3.3 Aard en omvang problematiek volgens CBCL/4-18	71

4.3.4	Samenhang oordeel JGZ en CBCL/4-18	72
4.3.5	LSPPK	74
4.4	Psychosociale gezondheid van 7-12 jarigen	76
4.4.1	Aard en omvang problematiek volgens JGZ	77
4.4.2	Acties JGZ bij signalering van problematiek	80
4.4.3	Aard en omvang problematiek volgens CBCL/4-18	83
4.4.4	Samenhang oordeel JGZ en CBCL/4-18	84
4.5	Psychosociale gezondheid van 13-15 jarigen	86
4.5.1	Aard en omvang problematiek volgens JGZ	87
4.5.2	Acties JGZ bij signalering van problematiek	90
4.5.3	Aard en omvang problematiek volgens CBCL/4-18	93
4.5.4	Samenhang oordeel JGZ en CBCL/4-18	94
4.5.5	Aard en omvang problematiek volgens de YSR	96
4.5.6	Samenhang oordeel JGZ en YSR	97
4.5.7	KIVPA	99
4.5.8	Samenhang KIVPA en oordeel JGZ	103
4.6	Achtergrondkenmerken	104
5	Referenties	111
Bijlage A	Methode	117
Bijlage B	Respons	135
Bijlage C	Afkortingen en terminologie	147
Bijlage D	Onderwerpen, gepeild in de PGO-Peilingen 1991 – 1998	151
Bijlage E	Wetenschappelijke publicaties	155
Bijlage F	Leden begeleidingscommissie PGO-Peiling 1997/1998	161
Bijlage G	Expertmeeting over de rol van de JGZ bij psychosociale problemen	165

Samenvatting en beschouwing

Achtergrond

Een gericht gezondheidsbeleid van de overheid dient gebaseerd te zijn op inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking en in de factoren die daarop van invloed zijn. De PGO-Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) zijn een goede methode om op landelijke schaal dergelijke informatie over de gezondheidstoestand van kinderen te krijgen. Deze Peilingen worden sinds 1991 jaarlijks uitgevoerd door TNO-PG in samenwerking met afdelingen Jeugdgezondheidszorg van GGD'en (4-19 jaar) en sinds 1996 ook met thuiszorgorganisaties (0-4 jaar).

De Peilingen JGZ hebben een drieledig doel:

- Inzicht verschaffen in de gezondheidstoestand van de jeugd in Nederland met het oog op ontwikkelen en bijstellen van jeugdgezondheidszorgbeleid.
- Verschaffen van een landelijke referentie voor regionale gegevens met het oog op ontwikkelen en bijstellen van lokaal en regionaal jeugdgezondheidszorgbeleid.
- Het in beeld brengen van trends in de gezondheidstoestand van de jeugd en de determinanten daarvan met het oog op het evalueren van preventieprogramma's.

De gegevensverzameling van de PGO-Peilingen is gekoppeld aan de preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO), uitgevoerd door thuiszorgorganisaties en GGD'en. Deze hebben tot doel om de gezondheid van kinderen te beschermen, te bevorderen en gezondheidsproblemen vroegtijdig op te sporen. Hiertoe worden zuigelingen en peuters per leeftijdscategorie, en kinderen van het basis- en voortgezet onderwijs per groep of klas (met hun ouders), uitgenodigd voor een PGO. Tijdens dit PGO wordt voorlichting gegeven, vindt eventueel advisering of verwijzing plaats, of wordt een eerste vervolgactie afgesproken (overleg / melding derden, revisie). PGO's worden uitgevoerd door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

Na afloop van het PGO vindt er veelal een nabespreking plaats met de leerkracht. Deze nabespreking kan aanleiding geven tot een vervolgactie (nieuwe uitnodiging, huisbezoek, revisie). In het kader van de vervolgactie kan als nog verwijzing plaats vinden. De frequentie van het PGO kan per organisatie verschillen. Bij oudere kinderen en bij kinderen die het speciaal onderwijs bezoeken, vindt onderzoek op

indicatie plaats; dit is de reden dat de bevindingen van de PGO-Peilingen zich beperken tot de leeftijdsgroep 0-15 jaar en tot het regulier onderwijs.

De gegevensverzameling van de Peilingen vindt plaats met behulp van een vragenlijst die tijdens het PGO door jeugdartsen of verpleegkundigen wordt ingevuld. Daarnaast zijn ook vragenlijsten door ouders of jongeren zelf ingevuld en ingeleverd bij het PGO. Voorafgaand aan iedere Peiling worden de JGZ-medewerkers geïnstrueerd over het uitvoeren van het onderzoek en het invullen van de vragenlijsten door TNO-PG. De verzamelde gegevens worden centraal verwerkt door TNO-PG.

De onderwerpen variëren per peiling. De huidige PGO-Peiling, gehouden in het schooljaar 1997/1998, had als onderwerpen melkvoeding en huilgedrag van zuigelingen, en psychosociale gezondheid van kinderen en jeugdigen.

De resultaten van de PGO-Peiling 1997/1998 zijn gebaseerd op gegevens over 10.054 kinderen in de leeftijd van 0-15 jaar (tabel S.1). Deze gegevens werden verzameld door 16 thuiszorgorganisaties en 19 GGD'en. Vier procent van de ouders van uitgenodigde 0-4 jarigen werkte niet mee aan het onderzoek en 10% van de (ouders van) uitgenodigde kinderen van 5-15 jaar. Alle kinderen hebben maar één keer meegedaan aan het onderzoek.

Tabel S.1 Aantal kinderen die aan de PGO-Peiling 1997/1998 hebben meegewerkt

	n
zuigelingen van 1, 3 en 6 maanden	3.345
1-4 jarigen	2.229
5-6 jarigen (groep 2 basisonderwijs)	1.419
7-12 jarigen (groep 4 en 7/8 basisonderwijs)	1.621
13-15 jarigen (klas 2 voortgezet onderwijs)	1.440

De peilpopulatie is (na weging naar regio en leeftijd) representatief voor alle Nederlandse kinderen naar geslacht, regio en leeftijdsverdeling binnen de regio's, en komt daarmee redelijk overeen wat betreft het onderwijsniveau van leerlingen op het voortgezet onderwijs, stedelijkheid en aantal kinderen in het gezin. Allochtone kinderen zijn relatief ondervertegenwoordigd in de peilpopulatie, met name in de groep 0-3 jarigen. De peiling is alleen uitgevoerd bij kinderen op het reguliere basis- en voortgezet onderwijs.

De resultaten van de PGO-Peiling 1997/1998 worden hieronder samengevat. Deze resultaten vormen de basis voor meer diepgaande analyses die later zullen worden gepubliceerd.

Melkvoeding van zuigelingen

Samenvatting

Tijdens en na afloop van het PGO vulde de jeugdarts of -verpleegkundige een vragenlijst in over de melkvoeding van het kind. Uit de resultaten blijkt dat 77% van de moeders na de geboorte begon met het geven van borstvoeding. Eén maand daarna was dit percentage meer dan gehalveerd. De beslissing om borstvoeding te gaan geven ligt meestal bij de moeder zelf (89%). De belangrijkste reden om borstvoeding te geven is de gezondheid van het kind. Daarnaast spelen emotionele/relatieve overwegingen een rol. Uit de analyse van de achtergrondkenmerken komt naar voren dat een aantal groepen kinderen minder vaak borstvoeding krijgen. Dit betreft kinderen geboren na een kunst- en/of stuitbevalling, eerste kinderen, kinderen van laag opgeleide ouders, kinderen uit de regio Zuid en kinderen die deels verblijven buiten het gezin.

Beschouwing

De invloed van het Baby Friendly Hospital Initiative op de borstvoedingscijfers
In elke leeftijdsgroep bleken de borstvoedingspercentages te zijn gestegen ten opzichte van 1996/1997 (4^e Landelijke Groeistudie) (tabel S.2).

Tabel S.2 Percentage uitsluitend met moedermelk gevoede zuigelingen bij de geboorte en op de leeftijden van 1, 3 en 6 maanden, 1996/1997 en 1997/1998

Peiling	Geboorte	0 maanden	1 maand	3 maanden	6 maanden
1996/1997 ¹	70%	42%	31%	17%	-
1997/1998	77%	50%	46%	21%	12%

¹ Bron 1996/1997: Burgmeijer, 1998b.

De gestegen percentages zijn mogelijk een gevolg van de inspanningen van de Stichting Zorg voor Borstvoeding, die in Nederland het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) van de WHO en UNICEF coördineert (WHO, 1998). Dat een

dergelijke veronderstelling niet irreëel is, mag worden afgeleid uit het feit dat in de werkgebieden van organisaties die volgens de criteria van het BFHI zijn gecertificeerd de borstvoedingspercentages boven die van de omliggende regio's zijn gestegen, zoals in de regio Friesland Zuidwest (Baan, 1998). Soortgelijke bevindingen zijn gevonden in Den Haag (Thuiszorg Den Haag, 1996).

Er staan 40 instellingen op de nominatie om het BFHI-certificaat in de komende jaren te behalen. Een stijging van het geven van borstvoeding met 5% levert een directe kostenbesparing voor de gezondheidszorg op van naar schatting 0,5 tot 2,6 miljoen gulden per jaar. Bij een stijging met 10% komt de besparing uit tussen de 1 en 5,7 miljoen gulden (Holterman & Nout, 1998).

De bevordering van borstvoeding heeft in 1999 een extra krachtige impuls vanuit de overheid gekregen door de publicatie van het IGZ-Bulletin "Voeding van zuigelingen en peuters; Uitgangspunten voor de voedingsadvisering voor kinderen van 0-4 jaar" (Studiegroep Voeding 0-4-jarigen, 1999). In dit bulletin stelt de Hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid, dat het voedingsbeleid voor zuigelingen en peuters in lijn is gebracht met het door de WHO en UNICEF uitgedragen internationale voedingsbeleid voor zuigelingen en jonge kinderen. In het kader van de bespreking van de nota "Nederland goed gevoed" (Tweede Kamer, 1998a) zijn vragen gesteld door leden van de Tweede Kamer over het beleid van de overheid ten aanzien van de bevordering van borstvoeding. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in haar antwoord meermalen aangegeven, dat zij besluitvorming daaromtrent mede zal laten afhangen van de uitkomsten van de huidige Peiling JGZ 1997/1998 (Tweede Kamer, 1998b).

Het verschil tussen het hoge percentage moeders dat met borstvoeding start (77%) en het lage percentage moeders dat nog borstvoeding geeft als hun kind drie maanden oud is (21%) wordt in Nederland geweten aan het feit dat veel vrouwen weer gaan werken (Van Zaal, 1995). In die situatie zouden zij onvoldoende gelegenheid krijgen voor het geven van borstvoeding. Uit de resultaten van de Peiling JGZ 1997/1998 bleek echter dat de sterke daling van het borstvoedingspercentage reeds inzette in de eerste levensmaand. Dit werd ook reeds in de peiling 1996/1997 gesignaleerd (Burgmeijer, 1998a). Over het algemeen is (weer) gaan werken van de moeder in de eerste maand en soms nog in de tweede maand na de geboorte van het kind nog niet aan de orde. Er moeten in die periode dus andere oorzaken zijn dan het weer gaan werken om de afname te kunnen verklaren. De hoger dan gemiddelde borstvoedingspercentages in de werkgebieden van BFHI-gecertificeerde instellingen maken het aannemelijk dat de verklaring gezocht moet worden in het gebrek aan effectieve instructie, ondersteuning en

begeleiding. Later, zo rond de derde maand, blijkt het weer gaan werken wel een belangrijke reden om te stoppen met het geven borstvoeding. Dit wordt in het huidige onderzoek bevestigd. Kennelijk levert de combinatie werk en borstvoeding geven te veel problemen op. Strikte naleving van de huidige wet- en regelgeving omtrent de mogelijkheden om werk en borstvoeding te combineren zou een eerste stap in de goede richting zijn.

De invloed van professionals op de keuze van de melkvoeding

De invloed van professionals in de gezondheidszorg op de beslissing van vrouwen om borstvoeding te gaan geven, lijkt verwaarloosbaar. Vrouwen nemen die beslissing zelf, voornamelijk op grond van de wetenschap dat borstvoeding de beste voeding voor hun kind is. Kort na de geboorte blijkt het doorgaan met het geven van borstvoeding echter op problemen te stuiten. Deskundige begeleiding en ondersteuning lijken te helpen. Het is dan ook aan te bevelen zo veel mogelijk energie te steken in de deskundigheidsbevordering van professionals die regelmatig contact hebben met de jonge moeders (verloskundigen, kraamverzorgenden, verpleegkundigen, zowel intra- als extramuraal). Aangezien uit het huidige onderzoek ook bleek dat vrouwen die thuis bevallen vaker borstvoeding geven, zou de meeste winst behaald kunnen worden door een beleid dat zowel de thuisbevalling bevordert als de deskundigheid van de professionals die daarbij zijn betrokken wordt vergroot (verloskundige, huisarts, kraamzorg, OKZ).

De resultaten van deze peiling geven verder aan dat het niet zinvol is om energie te steken in het overtuigen van vrouwen van de voordelen van borstvoeding. De meeste vrouwen maken de keus voor borstvoeding vanwege de gunstige effecten op de gezondheid van hun kind. Het feit dat borstvoeding goedkoper is dan kunstvoeding blijkt in de Nederlandse situatie geen argument te zijn om voor borstvoeding te kiezen.

Overige invloeden

Dat een kunst- of stuitbevalling de kans op het krijgen van borstvoeding voor een kind verlaagt, is aannemelijk, maar het maakt kennelijk niet uit of het kind wel of niet opgenomen is geweest. Een ziekenhuisopname op zich lijkt de kans op het krijgen van borstvoeding niet significant te verkleinen.

Enigszins verrassend was de bevinding dat de kans op het krijgen van borstvoeding toenam als het kind meer dan twee oudere broertjes en/of zusjes had. Het is dus kennelijk niet zo dat een groot gezin een belemmering vormde voor de moeder om borstvoeding te geven. Het omgekeerde bleek het geval. In hoeverre hier sprake is

van een 'leereffect' blijft een open vraag, omdat in de peiling niet gevraagd is naar eerdere ervaringen met het geven van borstvoeding.

Dat zuigelingen van hoog opgeleide ouders vaker borstvoeding krijgen dan zuigelingen van laag opgeleide ouders, was uit de literatuur reeds bekend. Ook in dit onderzoek werd dat wederom bevestigd: een kind van een vader met een universitaire opleiding heeft drie maal zo veel kans om borstvoeding te krijgen dan een kind van een vader met uitsluitend lagere school. Ook het feit dat in Zuid-Nederland het minste borstvoeding wordt gegeven was reeds bekend en werd in dit onderzoek opnieuw bevestigd. Een kind dat in het westen van het land wordt geboren maakt de meeste kans op het krijgen van borstvoeding. Dat kinderen die buiten gezinsverband worden opgevangen minder kans hebben om borstvoeding te krijgen, ligt voor de hand.

Huilgedrag van zuigelingen

Samenvatting

Tijdens en na afloop van het PGO vulde de jeugdarts of -verpleegkundige een vragenlijst in over het huilgedrag van het kind; daarnaast vulden ouders voorafgaand aan het PGO een vragenlijst in over acties die zij ondernamen bij huilen van hun kind. De resultaten laten zien dat zuigelingen in de leeftijd van ongeveer 1 tot 6 maanden veel huilen. Dertien procent van deze zuigelingen huilde volgens de ouders op minstens één dag in de voorafgaande week meer dan drie uur. Voor zuigelingen van ongeveer 1 maand oud was dit percentage 24. In de laatstgenoemde leeftijdsgroep maakte 15% van de ouders zich zorgen over het huilgedrag van hun kind. Oudere zuigelingen huilden relatief minder en hun ouders maken zich dan ook minder zorgen over het huilgedrag. Een specifieke risicogroep wat betreft huilen vormden kinderen met een laag geboortegewicht; zij huilen meer dan leeftijdsgenootjes met een normaal geboortegewicht.

Ouders ondernamen diverse activiteiten om het huilen van hun kind te verminderen, zoals het kind mee dragen, een fopspeen geven en in bed nemen. Vrijwel elke ouder (99% ooit; in de voorafgaande week 90%) ondernam dergelijke activiteiten, waaronder soms ook activiteiten die bedreigend kunnen zijn voor de gezondheid van het kind. Een voorbeeld van een mogelijk bedreigende actie is het kind op de buik te slapen leggen vanwege het huilen. Negen procent van de ouders van zuigelingen van ongeveer 1 tot 6 maanden oud deed dit in de voorafgaande week. Daarnaast zochten

veel ouders (27%) professionele hulp vanwege het huilgedrag van hun kind, met name bij het consultatiebureau (22%), en in mindere mate bij de huisarts (5%) en de kinderarts (2%). Ouders van oudere zuigelingen, lager opgeleide ouders en ouders van niet-Nederlandse etniciteit hebben in de voorgaande week relatief minder vaak een activiteit ondernomen om het huilen van hun kind tegen te gaan, ouders die wonen in matig en sterk verstedelijkte (postcode)gebieden juist vaker.

Beschouwing

Bij de interpretatie van bovenstaande resultaten moet met een aantal zaken rekening worden gehouden. Ten eerste zijn kinderen van niet-Nederlandse etniciteit ondervetegenwoordigd in de onderzoeksgroep, vergeleken met de Nederlandse bevolking (zie bijlage B). De ouders van kinderen van niet-Nederlandse etniciteit in deze peiling ondernamen echter relatief minder vaak activiteiten om het huilen van hun kind te verminderen. De schatting van het percentage ouders dat minstens één activiteit ondernam zal daardoor feitelijk iets te hoog zijn. Onderzoek bij zuigelingen in Amsterdam laat zien dat de acties die ouders ondernemen om het huilen van hun kind te verminderen soms ook verschillen naar etniciteit (Van der Wal et al., 1998). De resultaten van deze PGO-Peiling 1997/1998 laten overigens geen verschillen zien naar etniciteit wat betreft de mate waarin zuigelingen huilen.

Ten tweede doen ook een aantal huisartsen consultatiebureaus. Voorstelbaar is dat sommige ouders in dat geval de huisarts ook noemen als geraadpleegde deskundige terwijl dit gebeurde tijdens een consultatiebureau. De rol van de huisarts zou daardoor worden overschat, die van het CB-team onderschat. Waarschijnlijk zal dit echter slechts zelden zijn gebeurd omdat in de vragenlijst gesproken werd van het CB-team, waarvan de huisarts in zo'n geval deel uitmaakt. Verder is het deel van de consultatiebureaus dat wordt gedaan door een huisarts relatief klein (en dalend) (Burgmeijer et al., 1997b). Als er in deze peiling een overschatting is van de rol van de huisarts als hulpverlener bij huilen van het kind, dan zal de omvang daarvan dus zeer beperkt zijn.

Ten derde is in deze peiling gevraagd naar de ervaring door ouders van het huilen van hun kind. Dit geldt ook voor het aantal uren dat een kind huult. Soms worden in onderzoek ook andere methoden gehanteerd om te bepalen hoeveel een kind huult, bijvoorbeeld via dagboeken of via bandopnamen. Dit kan leiden tot andere prevalenties van huilgedrag (Lucassen, 1999). Onderzoek naar de mate waarin hierdoor ook verschillen optreden naar achtergrondkenmerken is niet beschikbaar.

In deze PGO-Peiling is niet gevraagd naar medisch vastgestelde oorzaken van het huilen van kinderen. De belangrijkste reden daarvoor was dat deze gegevens beter op andere wijze kunnen worden verzameld, bijvoorbeeld via follow-up van huilbaby's. Eerder Amsterdams onderzoek liet zien dat hiernaar vragen in een systeem van Peilingen leidt tot weinig bruikbare informatie (Van der Wal et al., 1998).

De informatie over de effectiviteit van verschillende activiteiten om het huilen tegen te gaan is afkomstig van de ouders. Via een peiling is het niet mogelijk objectieve informatie daarover te krijgen. Daarvoor is onderzoek nodig waarbij de effecten van deze activiteiten worden vergeleken in een gerandomiseerde en geblindeerde opzet (zie bijvoorbeeld Bouter & Van Dongen, 1995). Recent zijn wel enkele samenvattingen gepubliceerd van de resultaten van dergelijk onderzoek (o.a. Lucassen, 1999). De resultaten daarvan laten zien dat nog veel onbekend is wat betreft de mogelijkheden voor ouders om via hun gedrag het huilen te beïnvloeden. Verder onderzoek hiernaar, bijvoorbeeld naar het effect van wiegen en dragen van het kind, lijkt gewenst.

Psychosociale gezondheid 1-15 jarigen

Samenvatting

Tijdens en na afloop van het PGO vulde de jeugdarts of -verpleegkundige een vragenlijst in over de psychosociale gezondheid van het kind, aan de hand van antwoorden van ouder en/of (oudere) kinderen zelf. Daarnaast vulden ouders en/of (oudere) kinderen voorafgaand aan het PGO een vragenlijst in.

Prevalentie van psychosociale problemen volgens de JGZ: aard en omvang
Jeugdartsen en -verpleegkundigen constateerden bij één op de vijf kinderen psychosociale problemen tijdens het PGO: variërend van 9% van de 1-4 jarigen tot 25% van de 5-15 jarigen. In de meeste gevallen betrof het lichte of matige problemen en bij ten hoogste 3% was er volgens de JGZ sprake van zware problematiek. Onder 5-6 jarigen signaleerde de JGZ significant vaker psychosociale problemen bij jongens dan bij meisjes (zie tabel S.3).

Tabel S.3 *Percentage jongens en meisjes waarbij de jeugdarts- of verpleegkundige psychosociale problemen signaleerde tijdens het PGO*

	1-4 jaar	5-6 jaar ¹	7-12 jaar	13-15 jaar
Jongens	10%	29%	29%	20%
Meisjes	9%	21%	24%	25%

¹ Verschil tussen jongens en meisjes statistisch significant.

Ongeveer 4 van de 5 kinderen waarbij de JGZ psychosociale problemen signaleerde, was op dat moment *niet* daarvoor onder behandeling. Van alle kinderen was 1 - 2% onder behandeling bij de jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming) voor psychosociale problemen ten tijde van het onderzoek. Zo'n 2 - 5% was (ook) onder behandeling voor psychosociale problemen elders (huisarts, kinderarts, gezinsverzorging). In de jongste groepen (1-4 en 5-6 jarigen) waren jongens beduidend vaker onder behandeling dan meisjes.

Bij peuters en leerlingen op de basisschool waren ouders de belangrijkste informatiebron voor de vermoedens van psychosociale problemen van de jeugdarts of -verpleegkundige. Op het voortgezet onderwijs baseerde de jeugdarts of -verpleegkundige zijn of haar oordeel meestal op signalen van de leerling zelf. Somatische indicatoren speelde een rol bij 5 - 16% van de kinderen. Wat betreft de informatie uit het JGZ-systeem (dossier, eerdere info JGZ-collega en eerdere contacten met kind/ouders) valt op dat dit met name bij de 1-4 jarigen als belangrijke informatiebron wordt geregistreerd. Andere bronnen, zoals school, speelden ten tijde van het PGO slechts een beperkte rol bij alle leeftijdsgroepen.

Ongeveer de helft van de kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen had meerdere problemen tegelijkertijd. Dit gold even vaak voor jongens als voor meisjes. De aard van de gesignaleerde problemen volgens de jeugdarts of -verpleegkundige varieerde per leeftijdsgroep (tabel S.4). De belangrijkste groep psychosociale problemen bij 1-4 jarigen betrof *problemen thuis* (gezinsproblemen, hechtingsproblematiek, e.d.). Daarnaast signaleerde de JGZ bij 1-4 jarigen vaak *externaliserende problemen* (agressief, druk gedrag, e.d.), evenals bij 5-6 jarigen. Bij 5-15 jarigen is de belangrijkste groep gesignaleerde problemen *internaliserende problemen* (onzeker, angstig, depressief, e.d.). Daarnaast kwamen bij deze kinderen ook *schoolproblemen* (aandachtsproblemen, leerproblemen, e.d.) vaak voor volgens de JGZ. Bij 7-12 jarigen signaleerde de JGZ vaak *problemen in de sociale omgang met leeftijdgenoten* (wordt gepest, weinig vrienden, e.d.), terwijl dit bij 13-15 jarigen

vooral problemen met het eigen lichaam waren zoals psychosomatiek en onvrede met het uiterlijk.

Tabel S.4 Belangrijkste probleemgebieden die zijn aangegeven door de jeugdarts of -verpleegkundige bij kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen tijdens het PGO¹

1-4 jarigen	5-6 jarigen	7-12 jarigen	13-15 jarigen
Problemen thuis 54%	Internaliserende pr. 44%	Internaliserende pr. 43%	Internaliserende pr. 41%
Externaliserende pr. 46%	Externaliserende pr. 36%	Schoolproblemen 34%	Pr. met lichaam 39%
Overig 27%	Schoolproblemen 31%	Pr. sociale omgang 25%	Schoolproblemen 34%
Internaliserende pr. 25%	Problemen thuis 28%		Problemen thuis 31%

¹ pr. = problemen.

Bij 1 - 2 % van de kinderen signaleerde de JGZ enige vorm van *mishandeling* (geestelijk of lichamelijk). Sommige problemen kwamen relatief vaker voor bij jongens dan bij meisjes. Dit betrof externaliserende problemen (meer bij jongens van 1-4, 5-6 en 7-12 jaar), problemen in de sociale omgang (meer bij jongens van 1-4 jaar) en schoolproblemen (meer bij jongens van 5-6 jaar). Bij meisjes van 5-6 jaar kwamen internaliserende problemen vaker voor dan bij jongens in die leeftijd.

Acties van de JGZ bij signalering van problematiek

Bij de meeste kinderen waar de JGZ psychosociale problemen signaleerde tijdens het PGO en die (nog) niet onder behandeling waren, werd enige vorm van actie ondernomen (76 - 92%). In alle leeftijdsgroepen was de meest voorkomende activiteit van de JGZ het geven van geruststelling of advies aan ouders en/of kind (tabel S.5). Bij de 1-4 jarigen gevolgd door een verwijzing naar andere hulpverleners of instanties en bij de 5-15 jarigen gevolgd door overleg / melding derden.

Tabel S.5 Acties JGZ bij kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen die niet onder behandeling zijn

1-4 jarigen	5-6 jarigen	7-12 jarigen	13-15 jarigen
gerustst./advies 74%	gerustst./advies 75%	gerustst./advies 59%	gerustst./advies 64%
verwijzing 36%	overleg/melding 34%	overleg/melding 45%	overleg/melding 50%
revisie 23%	verwijzing 22%	verwijzing 17%	revisie 24%
overleg/melding 14%	revisie 20%	revisie 13%	verwijzing 19%

Indien de jeugdarts of –verpleegkundige de psychosociale problemen bij het kind als ‘zwaar’ categoriseerde, was er vaker sprake van een uitnodiging voor een herhalingsgesprek (revisie), overleg met of melding bij derden, of een verwijzing naar een andere hulpverlener. Geruststelling of advies werd vaker aan kinderen met ‘lichte’ problematiek gegeven, behalve bij 13-15 jarigen. De acties van de JGZ verschilden nauwelijks tussen jongens en meisjes. Alleen bij 7-12 jarigen werden (ouders van) meisjes vaker gerustgesteld of geadviseerd dan (ouders van) jongens. Bij jongens in deze leeftijdsgroep werd relatief vaker geen enkele actie ondernomen.

Bij alle leeftijdsgroepen werd vaak doorverwezen naar de JGZ; door de jeugdverpleegkundige naar de jeugdarts (eventueel met verzoek om te verwijzen naar de 2^e lijn), of door de jeugdarts naar de jeugdverpleegkundige met een verzoek om een huisbezoek (tabel S.6). Bij de 5-15 jarigen werd het meest doorverwezen naar 'andere hulpverleners of instanties'. Bij de verwijzing waren nauwelijks verschillen tussen jongens en meisjes.

Tabel S.6 Belangrijkste hulpverleners of instanties waarnaar de jeugdarts of -verpleegkundige verwees bij kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen tijdens het PGO^{1,2}

1-4 jarigen	5-6 jarigen	7-12 jarigen	13-15 jarigen
JGZ 55%	andere hulpverlener 31%	andere hulpverlener 18%	andere hulpverlener 34%
huisarts 17%	opvoedingsond. 21%	JGZ 17%	JGZ 28%
opvoedingsond. 17%	JGZ 12%	RIAGG 15%	huisarts 22%
(ortho-)pedagoog 14%	huisarts 12%	psycholoog 14%	RIAGG 20%
VTO-team 14%		opvoedingsond. 14%	
kinderarts 12%		huisarts 13%	

¹ opvoedingsond. = opvoedingsondersteuningsaanbod.

² Overige hulpverleners waarnaar werd gevraagd in de vragenlijst, maar waar minder dan 10% van de kinderen met problemen werd verwezen: (kinder)psychiater, andere medische specialist, psycholoog, gespecialiseerde gezinsverzorging, AMW, SPD, RT, logopedist, BVA, bureau jeugdzorg.

Achtergrondkenmerken van kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen¹

Na correctie voor andere achtergrondkenmerken, signaleerde de JGZ relatief weinig psychosociale problemen bij 1-4 jarigen en relatief veel problemen bij 5-6 en 7-9 jarigen, jongens, kinderen van laag opgeleide ouders, kinderen uit een één-

¹ Uitgesloten zijn alle kinderen die reeds onder behandeling waren voor psychosociale problemen bij de jeugdzorg.

oudergezin, kinderen woonachtig in de regio's Oost en West en in (zeer) sterk stedelijk gebied. Een verwijzing naar een andere vorm van hulpverlening vond vaker plaats bij kinderen van laag opgeleide ouders, kinderen uit een één-oudergezin, kinderen woonachtig in de regio Oost en kinderen woonachtig in verstedelijkt gebied (gecorrigeerd voor overige achtergrondkenmerken).

Samenhang oordeel JGZ en CBCL

De Child Behavior Checklist (CBCL) is ingevuld door ouders van 1-15 jarigen en in een gesloten enveloppe ingeleverd bij het PGO. In totaal had 6 – 9 % van de onderzochte kinderen een verhoogde score op de CBCL-vragenlijst (zie tabel S.7), duidend op gedrags- en/of emotionele problemen; verschillen tussen jongens en meisjes waren er daarbij niet. Van de kinderen met een verhoogde CBCL-score was ten tijde van het PGO gemiddeld 85% niet onder behandeling voor psychosociale problemen. De jeugdarts of –verpleegkundige signaleerde psychosociale problemen bij de helft tot tweederde van de schoolgaande kinderen met een verhoogde score op de CBCL, en bij ongeveer 20% van de overige kinderen (zonder verhoogde CBCL score). Bij de 1-4 jarigen waren deze cijfers veel lager, respectievelijk 30% en 7%. Bij de helft tot tweederde van de schoolgaande kinderen met een verhoogde CBCL-score werd enige vorm van actie ondernomen door de JGZ (advies, revisie, overleg, verwijzing); van de schoolgaande kinderen met een niet verhoogde CBCL-score was dit 16-18%.

Tabel S.7 Kerncijfers samenhang oordeel JGZ en CBCL

	1-4 jarigen	5-6 jarigen	7-12 jarigen	13-15 jarigen
Verhoogde score op CBCL, waarvan:	6%	8%	9%	9%
- niet onder behandeling	85%	79%	89%	86%
- psychosociale problemen volgens JGZ ^{1,2}	30%	67%	53%	49%
- enige vorm van actie door JGZ ²	25%	64%	47%	49%

¹ De jeugdarts of –verpleegkundige had geen inzicht in de antwoorden van de ouders op de CBCL.

² Uitgesloten zijn kinderen die reeds onder behandeling waren voor psychosociale problemen bij de jeugdzorg.

De aard van de problemen die de JGZ relatief vaak wel of niet signaleerde, op basis van de CBCL, varieerde per leeftijdsgroep (zie tabel S.8).

Tabel S.8 Aard van de problemen die JGZ relatief vaak wel (+) of niet (-) signaleerde, op basis van de CBCL¹

1-4 jarigen	5-6 jarigen	7-12 jarigen	13-15 jarigen
Oppositieel +	Angstig/Depressief +	Lichamelijke klachten -	Angstig/Depressief +
Internaliseren -	Seksproblemen -		Agressief Gedrag +

¹ Overige CBCL-schalen niet vermeld in de tabel, 1-4 jarigen: Teruggetrokken/Depressief, Agressief Gedrag, Angstig gedrag, Hyperactief gedrag, Slaapproblemen, Lichamelijke problemen, Externaliseren; 5-15 jarigen: Aandachtsproblemen, Teruggetrokken, Sociale Problemen, Denkproblemen, Delinquent gedrag, Internaliseren, Externaliseren.

Samenhang oordeel JGZ en YSR

De Youth Self Report (YSR) is ingevuld door leerlingen van 13-15 jaar en in een gesloten enveloppe ingeleverd bij het PGO. In totaal had 12% van de leerlingen een verhoogde score op de YSR-vragenlijst, duidend op gedrags- en/of emotionele problemen; meisjes vaker (15%) dan jongens (9%) (zie tabel S.9). Van deze groep was 89% niet onder behandeling voor psychosociale problemen ten tijde van het PGO. De jeugdarts of -verpleegkundige signaleerde psychosociale problemen bij bijna de helft van de leerlingen met een verhoogde score op de YSR, vergeleken met 18% van de overige kinderen. Bij leerlingen met een verhoogde YSR-score werd drie keer vaker enige vorm van actie ondernomen door de JGZ dan bij leerlingen zonder verhoogde score. In volgorde van belangrijkheid waren deze acties: advies/geruststelling, overleg/melding derden, revisie en directe verwijzing.

Tabel S.9 Kerncijfers samenhang oordeel JGZ en YSR

	13-15 jarigen
Verhoogde score op YSR, waarvan:	12%
- niet onder behandeling	89%
- psychosociale problemen volgens JGZ ^{1,2}	46%
- enige vorm van actie door JGZ ²	46%

¹ De jeugdarts of -verpleegkundige had geen inzicht in de antwoorden van de leerlingen op de YSR.

² Uitgesloten zijn leerlingen die reeds onder behandeling waren voor psychosociale problemen bij de jeugdzorg.

Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters (LSPPK)

De LSPPK werd ingevuld door de ouders van 5-6 jarigen voorafgaand aan het PGO, en tijdens het PGO besproken met de jeugdarts of -verpleegkundige. Ruim de helft

van de ouders van kleuters (55%) maakte zich zorgen over tenminste één van de negen items van de LSPPK. Nadat de items zijn besproken met de jeugdarts of -verpleegkundige is dit percentage gedaald naar 39%. De JGZ slaagt er met name slecht in om zorgen van ouders over hoe het met het kind op school gaat weg te nemen. De jeugdarts of -verpleegkundige maakte zich over 29% van de kleuters zorgen over tenminste één van de items. Zowel ouders als de jeugdarts of -verpleegkundige maakten zich vaker zorgen over jongens dan over meisjes.

Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale Problematiek Adolescenten (KIVPA)

De KIVPA is voorafgaande aan het PGO ingevuld door leerlingen van 13-15 jaar (dus niet klassikaal) en in een gesloten enveloppe ingeleverd bij het PGO. De antwoorden op de KIVPA waren dus niet bekend bij de jeugdarts of -verpleegkundige. Een vijfde van de leerlingen van het voortgezet onderwijs had een verhoogde score op de KIVPA, meisjes veel vaker (26%) dan jongens (14%). Bij 47% van de leerlingen met een verhoogde KIVPA-score signaleerde de JGZ psychosociale problemen, bij 15% van de overige kinderen.

Beschouwing

Jeugdartsen en -verpleegkundigen signaleren bij één op de vijf kinderen tijdens het PGO één of meerdere psychosociale problemen. Het merendeel van deze kinderen was hiervoor niet onder behandeling. Waarschijnlijk is de prevalentie van door de JGZ tijdens een PGO te signaleren psychosociale problematiek onder *alle* Nederlandse kinderen nog iets hoger. Kinderen van het speciaal basis- en voortgezet onderwijs ontbraken immers in de peilpopulatie en aannemelijk is dat onder hen relatief veel problemen voorkomen; het betreft echter een relatief kleine groep. Daarnaast waren allochtone kinderen ondervertegenwoordigd in de peilpopulatie, en ook bij hen lijken relatief wat meer problemen voor te komen (Bengi-Arslan et al., 1997; Kok et al., 1994; Vollebergh & Huiberts, 1996). Wat betreft andere relevante achtergrondkenmerken is de peilpopulatie representatief voor de Nederlandse jeugd.

De door de JGZ gesignaleerde problemen zijn enkel gebaseerd op informatie die is verkregen voor en tijdens het PGO. Na afloop van het PGO vinden soms vervolgacties plaats die het beeld van een kind verder completeren, zoals nabesprekingen met school en overleg met ouders en andere betrokkenen. Dit kan er toe leiden dat het oordeel van de JGZ nog wijzigt. Bijvoorbeeld kindermishandeling zal dan mogelijk als nog worden gesignaleerd bij een aantal kinderen. Hetzelfde kan gesteld worden voor het percentage verwijzingen: een aantal kinderen zal in het vervolgtraject, bijvoorbeeld na revisie of na overleg met school, als nog verwezen worden naar andere hulpverleners of instanties. Binnen de JGZ bestaat geen

standaardprocedure voor het signaleren van psychosociale problemen en het beleid bij gesignaleerde problemen. Via een dergelijke procedure zou de opsporing van psychosociale problemen en het beleid daarbij kunnen worden geoptimaliseerd.

De JGZ signaleerde relatief weinig psychosociale problemen bij 1-4 jarigen. De oorzaak hiervan kan met dit onderzoek niet worden nagegaan. Een mogelijk verklaring is een verschil in werkwijze tussen de JGZ 0-4 jaar en de JGZ 4-19 jaar, of de grote belangstelling die er in de afgelopen jaren was voor psychosociale problemen binnen de JGZ 4-19 jaar. Uitingen hiervan waren een groot aantal activiteiten en projecten van GGD'en op dit terrein, een toegenomen aandacht voor dit onderwerp in de opleiding en bijscholing voor jeugdartsen, de ontwikkeling van enkele vragenlijsten c.q. gespreksleidraden voor vroege signalering van psychosociale problemen en een door de LVGGD georganiseerde conferentie over psychosociale problematiek bij jeugdigen. Echter, ook binnen de JGZ 0-4 jaar was de afgelopen jaren aandacht voor aan psychosociale problemen gerelateerde onderwerpen, bijvoorbeeld rond opvoedingsondersteuning. Een andere verklaring vormt eenvoudig dat een ongunstige psychosociale ontwikkeling van kinderen veelal pas leidt tot door de JGZ gesignaleerde problemen op het moment dat een kind naar school gaat en een eigen sociaal netwerk krijgt.

Uit ander onderzoek is bekend dat het oordeel van de leerkracht over het voorkomen van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen een sterke relatie heeft met later disfunctioneren (Verhulst et al., 1994). De resultaten van deze PGO-Peiling lieten zien dat de leerkracht maar een beperkte rol speelde als informatiebron voor vermoedens van psychosociale problemen door de jeugdarts of -verpleegkundige. Het JGZ systeem (dossier, eerdere contacten met kind/ouders, collega's) zijn wat dit betreft belangrijker. Mogelijk is de rol van de leraar op het moment van het PGO nog beperkt doordat overleg met school vaak pas na het PGO plaats vindt. Bij leerlingen van het voortgezet onderwijs is ook de rol van ouders als informatiebron beperkt. Een voor de hand liggende verklaring hiervoor is dat zij meestal niet meer mee gaan naar het PGO.

Wat betreft de aard van de door de JGZ gesignaleerde problemen laten de resultaten van deze peiling zien dat er een sterke samenhang is met de leeftijd van het kind. Bij de jonge kinderen staan externaliserende problemen op de voorgrond zoals druk gedrag. Bij oudere kinderen en adolescenten worden internaliserende problemen (zoals onzeker, angstig, depressief) en schoolproblemen (zoals leer- of aandachtsproblemen) vaker genoemd. Vrijwel zeker hangt dit samen met een verandering in het soort problemen dat kinderen hebben naar mate zij ouder worden.

Wat betreft het handelen van de JGZ bij gesignaleerde psychosociale problemen lieten de resultaten zien dat de belangrijkste activiteit van de JGZ het geven van geruststelling en advies was, gevolgd door overleg met derden bij de 5-15 jarigen. Verwijzen van kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen kwam minder voor, relatief het meest bij 1-4 jarigen. In dit geval betrof het echter vooral verwijzingen naar het eigen JGZ systeem. Kennelijk blijven de meeste kinderen met psychosociale problemen op zijn minst voorlopig in het JGZ circuit. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ten eerste kan het een relatief licht probleem zijn dat met enkele adviezen en dergelijke kan worden opgelost. Een aanwijzing hiervoor is het feit dat bij zwaardere problematiek relatief vaker werd verwezen. Andere verklaringen kunnen zijn dat de verdere strategie voor het betreffende kind nog moet worden uitgezet, dan wel dat ouders en/of kind een verwijzing (nog) niet accepteren. De JGZ benadert tijdens PGO's immers actief een doelgroep, zonder dat er een hulpvraag hoeft te zijn. Een laatste verklaring kan zijn dat niet wordt verwezen vanwege wachtlijsten bij andere hulpverleners.

Wat betreft verwijzingen door de JGZ valt op dat in de categorie 5-15 jarigen in de eerste plaats naar 'andere hulpverleners of instanties' verwezen werd. Nadere analyses moeten uitwijzen welke hulpverleners dit betreft. Duidelijk is in ieder geval dat de JGZ naar een breed scala van hulpverleners verwijst naast de reguliere GGZ en medische hulpverleningskanalen. Dat slechts een paar procent van de kinderen met gesignaleerde problemen verwezen werd naar de Bureaus Jeugdzorg is logisch omdat deze ten tijde van de peiling (schooljaar 1997/1998) grotendeels nog niet functioneerden.

De JGZ signaleerde in deze peiling vaker psychosociale problemen bij kinderen met bepaalde achtergrondkenmerken, zoals bijvoorbeeld kinderen van laag opgeleide ouders, uit een één-oudergezin of woonachtig in stedelijk gebied. Hetzelfde geldt voor de mate waarin kinderen met gesignaleerde problemen werden verwezen. Nadere analyses moeten uitwijzen of dit gerelateerd is aan de aard en ernst van de problematiek van deze kinderen, en of de aanwezigheid van andere risicofactoren hiervoor een verklaring biedt.

Het oordeel van de JGZ over de aanwezigheid van psychosociale problemen kwam in dit onderzoek zeker niet steeds overeen met de score op de CBCL- en YSR-vragenlijst. Dit kan echter ook niet worden verwacht. De CBCL meet gedrags- en emotionele problemen bij kinderen zoals gepercipieerd door de ouders, de YSR meet dezelfde problemen zoals gepercipieerd door de jongere zelf. De JGZ kijkt veelal ook naar risicofactoren voor de psychosociale ontwikkeling van een kind, en spreekt vaak ook van een psychosociaal probleem als een dergelijke risicofactor

aanwezig is. In deze peiling is de JGZ gevraagd om in het geval van alleen risicofactoren niet te spreken van een psychosociaal probleem. Voorstelbaar is echter dat de aanwezigheid van deze factoren het oordeel van een JGZ medewerker toch kleurde. Daarnaast gebruikt de JGZ informatie uit verschillende bronnen, terwijl CBCL en YSR alleen het beeld geven van respectievelijk de ouder en de jongere. Uit ander onderzoek is bekend dat de overeenstemming tussen verschillende beoordelaars laag is (Achenbach et al., 1987). Ondanks deze conceptuele verschillen zijn de CBCL en YSR gebruikt omdat dit in Nederland de meest valide en betrouwbare vragenlijsten zijn voor het meten dergelijke problemen.

De LSPPK en KIVPA zijn, in tegenstelling tot de CBCL en de YSR, specifiek ontwikkeld binnen en door de Nederlandse JGZ. De LSPPK is vooral bedoeld als gespreksleidraad tijdens het PGO en ook de KIVPA kan direct tijdens het PGO worden toegepast, hoewel deze ook klassikaal kan worden afgenomen. Het is onbekend hoe de resultaten van beide instrumenten zich verhouden tot die van de CBCL en de YSR. Nadere analyses moeten dit uitwijzen. Opvallend is dat onder leerlingen van het voortgezet onderwijs, meisjes vaker dan jongens op zowel de YSR als de KIVPA een verhoogde score hadden (terwijl ze niet vaker verwezen werden). Verklaringen hiervoor kunnen zijn dat meisjes makkelijker dergelijke problemen rapporteren op een vragenlijst of dat zij daadwerkelijk meer problemen hebben, bijvoorbeeld internaliserende, die niet worden herkend door de JGZ. Ook hiernaar zijn nadere analyses nodig.

Aanbevelingen

De resultaten van de PGO-Peiling 1997/1998 leiden tot een aantal aanbevelingen die hieronder worden weergegeven. Wat betreft psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen zijn deze mede gebaseerd op de resultaten van een expertmeeting over dit onderwerp (zie bijlage G).

Melkvoeding bij zuigelingen

1. Voortzetting van het Baby Friendly Hospital Initiative van WHO / UNICEF is gewenst.
2. Niet het kiezen voor en het beginnen met borstvoeding blijkt het probleem, maar het ermee doorgaan. Prioriteit daarom moet worden gegeven aan bevordering van de deskundigheid van professionals in de gezondheidszorg die na de bevalling contact met de moeders hebben.
3. Werkhervatting blijkt een belangrijke reden te zijn voor moeders om de borstvoeding te staken. Het beleid dient er daarom op gericht te zijn vrouwen beter in staat te stellen borstvoeding en werk te combineren.
4. Prioriteit moet gegeven worden aan de bevordering van borstvoeding bij moeders met een lage opleiding en moeders met eerste kinderen. Niet onwaarschijnlijk is dat juist in die groep ook de meeste kinderen voorkomen met een verhoogde kans op morbiditeit.
5. In het verleden (periode 1992 – 1996) is gebleken dat in een betrekkelijk korte periode, waarin geen peilingen plaats vonden, de borstvoedingspercentages ongemerkt sterk kunnen dalen (Burgmeijer, 1998b). Het effect van de inspanningen om de borstvoedingspercentages te doen stijgen moet daarom gemeten worden met (voorlopig jaarlijkse) landelijk representatieve peilingen.

Huilgedrag van zuigelingen

1. Huilen is een veel voorkomend probleem bij zuigelingen waaraan een aanzienlijk deel van de ouders iets probeert te doen. Op dit moment is onvoldoende bekend welke strategieën effectief zijn om het huilen te

verminderen. Verder onderzoek hiernaar is gewenst, met name naar strategieën die ouders zelf kunnen uitvoeren.

2. Een deel van de activiteiten van ouders om het huilen van hun kind te verminderen is mogelijk bedreigend voor het kind. Dit kan erop wijzen dat de voorlichting over mogelijke risico's van deze activiteiten moet worden verbeterd. Speciale aandacht moet daarbij worden besteed aan ouders van kinderen waarvan bekend is dat deze veel huilen, zoals kinderen met een laag geboortegewicht.
3. Het consultatiebureau is een belangrijke vraagbaak voor ouders wat betreft het huilgedrag van hun kind. Nagegaan moet worden of deze functie verder moet worden uitgebouwd, bijvoorbeeld door deskundigheidsbevordering.
4. Niet-Nederlandse en laag opgeleide ouders ondernemen relatief weinig acties om het huilen van hun kind te verminderen en zoeken ook minder vaak professionele hulp terwijl er geen aanwijzingen zijn dat hun kinderen minder huilen. Nagegaan moet worden of de toegankelijkheid van de zorg voor deze groep verbetering behoeft en zo ja, hoe deze kan worden verbeterd.

Psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen

1. De JGZ signaleert bij een belangrijk deel van de kinderen psychosociale problematiek en onderneemt bij het merendeel enige vorm van actie. De JGZ lijkt daarmee een wezenlijke functie te vervullen in het vroeg signaleren van - en in het kortdurend interveniëren bij kinderen met psychosociale problemen die daarvoor nog niet onder behandeling zijn. Een deel van de kinderen met ernstige gedrags- en/of emotionele problemen wordt echter gemist, met name bij de 0-4 jarigen. Aanbevolen wordt om te onderzoeken welke instrumenten en methodieken het signaleren en begeleiden van psychosociale problemen bij kinderen door de JGZ kunnen verbeteren. Ook dient hieraan in de scholing van artsen en verpleegkundigen werkzaam in de JGZ meer aandacht besteed te worden. Afstemming tussen thuiszorgorganisaties (JGZ 0-4) en GGD'en (JGZ 4-19) is daarbij wenselijk.
2. Er lijkt behoefte in het JGZ-veld te zijn aan een gestandaardiseerde procedure voor het signaleren van psychosociale problemen. Het is gewenst om te komen tot een dergelijke procedure.

3. Nagegaan moet worden of er in het veld ook behoefte is aan een stappenplan voor de kortdurende behandeling en verwijzing van kinderen met psychosociale problemen. Tevens zal bezien moeten worden of en welke financiële middelen hiervoor beschikbaar zijn.
4. De JGZ moet haar rol op het gebied van psychosociale problemen verhelderen in verband met de positionering van de JGZ. Elementen daarbij zijn de rol van de JGZ bij het opsporen en kortdurend behandelen van kinderen met problemen en haar functie als vangnet voor kinderen met problemen die nergens anders terecht kunnen. Ook de positie van de JGZ ten opzichte van de Bureaus jeugdzorg, scholen, en GGZ-veld is hierbij van betekenis. Belangrijk bij deze rolverheldering is eenheid in begrippenkader. Globaal kan daarbij het begrip psychosociale problematiek zoals gehanteerd binnen de JGZ worden uitgesplitst in de volgende onderdelen: gedragsproblemen, emotionele problemen, leerproblemen en/of schoolproblemen en daarnaast risicofactoren voor de ontwikkeling van psychosociale problemen.
5. Allochtone kinderen hebben mogelijk meer psychosociale problemen dan autochtone kinderen. De groep kinderen die betrokken is in het huidige onderzoek omvat echter relatief weinig allochtone kinderen. Nader onderzoek is wenselijk bij grotere groepen allochtone kinderen, zodat de aard en omvang van psychosociale problemen bij deze kinderen beter vastgesteld kan worden en ook een onderscheid gemaakt kan worden tussen bijvoorbeeld Turkse en Marokkaanse kinderen.
6. De peiling is alleen uitgevoerd bij leerlingen van het reguliere basis- en voortgezet onderwijs. Naar verwachting zullen leerlingen in het speciaal onderwijs meer psychosociale problemen hebben en worden er meer acties vanuit de JGZ gevraagd. Het is gewenst om op niet al te lange termijn ook binnen deze groep onderzoek te doen naar het voorkomen van psychosociale problematiek.
7. De JGZ signaleert bij een deel van de kinderen psychosociale problemen terwijl deze kinderen geen problemen hebben volgens de in dit onderzoek gehanteerde vragenlijsten (CBCL, YSR, KIVPA). Nagegaan moet worden wat de aard en de ernst van de problematiek van deze groep kinderen is.
8. De belangrijkste activiteit van de JGZ bij gesignaleerde psychosociale problematiek is het geven van geruststelling en advies. Nader onderzoek is nodig naar de effectiviteit van deze adviezen.

9. Nadere analyses zijn wenselijk naar de samenhang van de in dit onderzoek betrokken korte vragenlijsten (KIVPA en LSPPK) en de volgens de CBCL vastgestelde gedrags- en emotionele problemen bij het kind en andere kenmerken van kind en gezin.

1 Inleiding

1.1 Doel en opzet van de Peilingen jeugdgezondheidszorg

Deze paragraaf is een korte inleiding op doel en opzet van de Peilingen jeugdgezondheidszorg (JGZ). Voor een uitgebreidere inleiding wordt verwezen naar Spee-van der Wekke (1998) en de eerder verschenen rapporten (Brugman et al., 1995; Spee-van der Wekke et al., 1994a, 1994b, 1996).

De Peilingen JGZ hebben een driedelig doel:

- Inzicht verschaffen in de gezondheidstoestand van de jeugd in Nederland met het oog op ontwikkelen en bijstellen van jeugdgezondheidszorgbeleid.
- Verschaffen van een landelijke referentie voor regionale gegevens met het oog op ontwikkelen en bijstellen van lokaal en regionaal jeugdgezondheidszorgbeleid.
- Het in beeld brengen van trends in de gezondheidstoestand van de jeugd en de determinanten daarvan met het oog op het evalueren van preventieprogramma's.

De Peilingen JGZ zijn opgezet als een jaarlijkse peiling van de gezondheidstoestand van de jeugd en van de factoren die daarop van invloed zijn. Daarbij wordt gebruik gemaakt van het in Nederland bestaande systeem van jeugdgezondheidszorg, zoals dat wordt uitgevoerd door thuiszorgorganisaties (0-4 jaar) en GGD'en (4-19 jaar). Het in beide sectoren gehanteerde systeem van preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO) leent zich bij uitstek voor het uitvoeren van een peiling. Naast deze aan het PGO gekoppelde vorm van peiling, bestaat ook de zogenaamde klassikale peiling. Beide vormen hebben hun eigen indicaties en zijn aanvullend (Meulmeester & Hemgreen, 1992). Het voorliggende rapport betreft uitsluitend PGO-Peilingen.

Van wezenlijk belang voor het welslagen van de PGO-Peilingen is het draagvlak in het veld en bij de overheid. Mede om dit te garanderen is een begeleidingscommissie ingesteld (zie bijlage F), waarin vertegenwoordigd zijn: de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD), het Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg (LC-OKZ), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG), de Landelijke Vereniging Sociaal

Verpleegkundigen in GGD'en (LVSV-GGD), de Vereniging van Verpleegkundigen in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (VVVM), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG).

1.2 Selectie van onderwerpen voor de peiling

Een PGO-Peiling omvat naast een aantal vaste achtergrondkenmerken een aantal variabele onderwerpen. Variabele onderwerpen kunnen na een aantal jaren terugkomen in de peiling. Op deze wijze kunnen trends in beeld worden gebracht. De selectie van variabele onderwerpen gebeurt aan de hand van een aantal criteria, namelijk:

- Het onderwerp moet *maatschappelijk relevant* zijn. Dat wil zeggen dat het een maatschappelijk erkend gezondheids(zorg)probleem betreft dat de gezondheid van de jeugd ongunstig beïnvloedt of waarvan dat in ieder geval kan worden verondersteld.
- Het onderwerp moet *wetenschappelijk relevant* zijn. Dat wil zeggen dat er een wetenschappelijke vraagstelling aan ten grondslag moet liggen, die toetsbaar is.
- Het onderwerp moet *praktisch relevant* zijn. Dat wil zeggen dat de resultaten relevant zijn voor de praktijk van de JGZ en/of beleidsmatige consequenties voor de JGZ moeten hebben.
- Het onderwerp moet *praktisch uitvoerbaar* zijn. Dat wil zeggen dat het onderwerp zich moet lenen om in het kader van het PGO onderzocht te worden.

Een overzicht van de onderwerpen uit alle PGO-Peilingen sinds 1991 is opgenomen in bijlage D.

1.3 Onderwerpen in de PGO-Peiling 1997/1998

Psychosociale gezondheid is het centrale thema van de onderhavige peiling. Voor de jongste leeftijdsgroep (zuigelingen) is gezocht naar een aanverwant thema, namelijk "huiltgedrag". Daarnaast is er voor gekozen om het onderwerp "melkvoeding van zuigelingen" in deze peiling op te nemen, omdat uit de resultaten van de PGO-Peiling 1996/1997 (Vierde Landelijke Groeistudie) bleek dat het percentage kinderen dat borstvoeding kreeg ten opzichte van het vorige meetpunt (1992) drastisch was gedaald (Burgmeijer, 1998a).

De vraagstelling bij het onderwerp psychosociale gezondheid betrof globaal het in kaart brengen van psychosociale problematiek zoals gesignaleerd door de JGZ (prevalenties in de diverse leeftijdsgroepen), omdat hierover geen landelijke gegevens bekend zijn. In het verlengde daarvan ligt de vraagstelling in welke mate en op welke wijze de JGZ op psychosociale problematiek inspeelt.

De vraagstellingen over (problematisch) huilgedrag betroffen de frequentie en duur daarvan. Gevraagd werd tevens hoe ouders het huilgedrag van hun kind hadden ervaren en op welke manier(en) zij geprobeerd hadden het huilen van hun kind te doen verminderen (eigen interventies en hulpzoekgedrag).

Wat de vraagstelling bij het onderwerp melkvoeding betreft, ging het in de eerste plaats om het actualiseren van de borstvoedingspercentages. Een tweede vraagstelling betrof het in kaart brengen van zaken die een rol spelen bij vrouwen om voor een bepaalde melkvoeding te kiezen of van voeding te veranderen.

Een nadere uitwerking van de vraagstellingen is aan het begin van de desbetreffende hoofdstukken opgenomen. Daarheen wordt ook verwezen voor de op het desbetreffende onderwerp van toepassing zijnde definities.

1.4 Opzet van dit rapport

Dit rapport is bedoeld als een eerste overzicht van de resultaten van de PGO-Peiling 1997/1998. Alleen de belangrijkste uitkomsten worden gepresenteerd. Deze resultaten zullen de basis vormen voor meer diepgaandere analyses en beschrijvingen die in de loop der tijd in de vorm van wetenschappelijke artikelen zullen verschijnen.

De opzet van het rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt de melkvoeding van zuigelingen beschreven. Hoofdstuk 3 is gewijd aan huilgedrag van zuigelingen. Vervolgens komt in hoofdstuk 4 de psychosociale gezondheid aan bod, paragraafsgewijs ingedeeld naar leeftijdsgroep. Een samenvatting, beschouwing en aanbevelingen wat betreft alle onderwerpen staat al voor deze inleiding. Deze verschaffen een snel inzicht in de belangrijkste resultaten van de PGO-Peiling 1997/1998.

Om de leesbaarheid van het rapport te bevorderen is besloten om een aantal zaken die voorheen deel uitmaakten van het inleidend hoofdstuk thans in bijlagen op te nemen, zoals de opzet en de methode van deze peiling (bijlage A) en gegevens over

de respons en de representativiteit (bijlage B). Dit rapport wordt gecompleteerd met een lijst van afkortingen (bijlage C), een overzicht van de tot op heden verschenen publicaties (bijlage E) en een kort verslag van een expertmeeting over psychosociale problematiek (bijlage G).

2 Melkvoeding van zuigelingen

2.1 Vraagstellingen en definities

Onder *melkvoeding* wordt verstaan moedermelk, fabrieksmatig bereide melkvoedingen en zelf gemaakte melkvoeding. Het gaat alleen om melkvoedingen die bedoeld zijn om gedronken te worden. Melk die wordt gebruikt voor het maken van pap, vla en dergelijke, alsmede drinkyoghurt en andere zuivelproducten vallen niet onder de definitie.

Verder wordt in dit hoofdstuk onderscheid gemaakt in borstvoeding, kunstvoeding en gemengde voeding. *Borstvoeding* is uitsluitend moedermelk, hetzij direct uit de borst gedronken, dan wel afgekolfd. *Kunstvoeding* is elke andere melkvoeding dan borstvoeding. Van *gemengde voeding* wordt gesproken als een kind zowel borstvoeding als kunstvoeding krijgt, ongeacht de verhouding.

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de actuele melkvoeding van zuigelingen op het moment van het PGO, aan aspecten van de besluitvorming ten aanzien van de keus voor borstvoeding en de introductie van kunstvoeding. Vervolgens wordt het geven van borstvoeding beschouwd tegen de achtergrond van een aantal achtergrondvariabelen.

Het accent in dit hoofdstuk ligt op borstvoeding. Tenzij anders vermeld, is in de analyses steeds borstvoeding afgezet tegen andere voedingen (gemengde voeding + kunstvoeding).

2.2 Actuele voeding en voeding bij de geboorte

De TNO-vragenlijst Melkvoeding is afgenomen bij 3.345 zuigelingen die tot één van de drie leeftijdsgroepen (1, 3 of 6 maanden) behoorden, toen zij aan het PGO hebben deelgenomen. Daarvan kreeg 27% uitsluitend borstvoeding, 11% gemengde voeding 62% uitsluitend kunstvoeding. De verdeling naar voedingssoort per leeftijdsgroep is weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Percentages diverse soorten melkvoeding op het moment van het PGO, naar leeftijdsgroep (n= 3.345)

Soort voeding	1 maand	3 maanden	6 maanden
Borstvoeding	48	21	12
Gemengde voeding	10	16	8
Kunstvoeding	42	63	80

Van 8 kinderen was de voeding niet bekend. Van de overige 3.337 zuigelingen was van 3.326 zuigelingen bekend welke voeding zij direct na de geboorte hadden gekregen. Het bleek dat 2.556 moeders gestart waren met borstvoeding (77%).

Bij stijgende leeftijd nam het percentage uitsluitend met moedermelk gevoede zuigelingen af van 77% bij de geboorte tot iets minder dan 12% op de leeftijd van zes maanden. Vanzelfsprekend ging dat gepaard met een stijgend percentage zuigelingen dat uitsluitend kunstvoeding kreeg (tabel 2.1). De borstvoedingspercentages volgens de definitie van het CBS (= borstvoeding + gemengde voeding) kwamen uit op 77, 58, 37 en 20 bij respectievelijk de geboorte en op 1, 3 en 6 maanden.

2.3 Aspecten met betrekking tot besluitvorming rondom melkvoeding

Besluit om met borstvoeding te starten

Van de vrouwen die besloten hadden om met borstvoeding te starten bleek 70% dit besluit te hebben genomen vóór de zwangerschap, 27% tijdens de zwangerschap en 3% na de bevalling. Bijna 98% van de vrouwen die het voornemen hadden om borstvoeding te gaan geven, bleken ook daadwerkelijk daarmee te zijn gestart.

89% van de vrouwen gaf aan dat zij zich niet in belangrijke mate door anderen hadden laten beïnvloeden bij hun keuze om borstvoeding te gaan geven (tabel 2.2). Bij de overige 11% was dat wel het geval geweest. Daarbij bleken vooral familie, vrienden en de partner een rol te hebben gespeeld. Van de professionals in de gezondheidszorg werd alleen de verloskundige meermaals genoemd (1%).

Tabel 2.2 *Belangrijkste adviseurs bij het kiezen voor borstvoeding als initiële voeding (n = 2.577)*

	%n
Geen (eigen initiatief)	89
Familie / vrienden	3
Partner	2
Tijdschriften / radio / TV	1
Verloskundige	1
Overigen (14 diverse)	4

Op de vraag wat het belangrijkste motief was geweest om borstvoeding te gaan geven, hebben 2.388 vrouwen één geldig antwoord gegeven. Aangezien het om het *doorslaggevende* motief ging, zijn vrouwen uitgesloten die meer dan één antwoord hadden gegeven. In tabel 2.3 zijn de redenen opgenomen die het meest werden genoemd. Het bevorderen van de gezondheid van het kind scoorde met 71% het hoogst, op afstand gevolgd door emotionele/relatieve overwegingen met 23%. Praktische motieven speelden met 4% een veel minder belangrijke rol. Economische motieven bleken nauwelijks van belang (1%).

Tabel 2.3 *Belangrijkste motieven waarop moeders besloten om borstvoeding te gaan geven (n = 2.388)*

	%n
Motieven m.b.t. de gezondheid van het kind	
Gezonder dan kunstvoeding	55
Voorkómen van allergie	8
Natuurlijke voeding	5
Vóorkomen van afweerstoffen in moedermelk	3
Overige	0
Emotionele / relationele motieven	
Beter contact tussen moeder en kind	21
'Dat hoort zo'	1
Nieuwsgierigheid	1
Prettig / gezellig/ rustgevend	1
Overige	0
Praktische motieven (makkelijker dan kunstvoeding)	4
Economische motieven (goedkoper dan kunstvoeding)	1
Overige motieven	1

Besluit om kunstvoeding te introduceren

Op het moment van het PGO kregen 903 van de 3.337 zuigelingen uitsluitend moedermelk. Dat betekent, dat bij 2.434 zuigelingen op enig moment kunstvoeding was geïntroduceerd, hetzij als gedeeltelijke, hetzij als volledige vervanging van moedermelk. Van 1.581 van deze kinderen was bekend op welke leeftijd dit was gebeurd (tabel 2.4). In de tweede, derde en vierde levensweek daalde het percentage met telkens ongeveer 13%. Dat resulteerde erin dat in de eerste levensmaand het aantal uitsluitend met moedermelk gevoede kinderen werd gehalveerd.

Tabel 2.4 *Leeftijd in weken waarop bij borstgevoede kinderen kunstvoeding werd geïntroduceerd (n = 1.581)*

Leeftijd in weken	%n
0	2
1	14
2	13
3	13
4	8
5 t/m 8	22
9 t/m 13	19
14 t/m 17	5
18 t/m 21	2
22 t/m 26	2

2.4 Borstvoeding in relatie tot enkele achtergrondkenmerken

In tabel 2.5 zijn de percentages van de drie vormen van melkvoeding weergegeven in relatie tot achtergrondkenmerken die ook in de andere hoofdstukken in beschouwing zijn genomen en die een statistisch significant verschil lieten zien tussen de groep kinderen die borstvoeding kreeg en de groep kinderen die dat niet kreeg. Er werd statistisch significant meer borstvoeding gegeven als het kind:

- tot een jongere leeftijdsgroep behoorde
- via een spontane partus was geboren
- één of meer oudere broers en/of zusjes had
- een vader had met een hoge opleiding
- in de regio West woonde
- niet buiten het gezin werd opgevangen.

Jongens en meisjes kregen in gelijke mate borstvoeding. In opvoedingssituaties die anders zijn dan een gezin bestaande uit twee biologische ouders en hun kind(eren), werd minder borstvoeding gegeven, maar het verschil was niet significant. In de meest verstedelijkte gebieden werd het meeste borstvoeding gegeven, in de sterk verstedelijkte gebieden het minste. De verschillen waren echter statistisch niet significant.

Tabel 2.5 Achtergrondkenmerken in relatie tot het krijgen van borstvoeding (n = 3.342)^{1,2}

	BV	GV	KV
	%n	%n	%n
Leeftijdsgroep	****		
1 maand	46	10	44
3 maanden	21	14	65
6 maanden	12	8	80
Type bevalling	***		
normaal	28	11	61
kunst- en/of stuitbevalling	22	44	34
Aantal oudere kinderen in gezin	***		
geen	24	10	66
1	27	11	62
2 of meer	33	14	53
Schoolopleiding vader	****		
(geen) lagere school	18	13	69
VBO/MAVO	21	9	70
HAVO/VWO/MBO	27	10	63
HBO/Universiteit	33	15	52
Regio	*		
Noord	26	9	65
Oost	28	11	61
Zuid	23	11	66
West	29	12	59
Verblijf buiten het gezin	****		
niet	32	11	57
wel	11	12	77

¹ Significante verschillen naar achtergrondkenmerken zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat-toets):
* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001; ****p<0,00001.

² BV = borstvoeding, GV = gemengde voeding, KV = kunstvoeding.

Het achtergrondkenmerk 'ethniciteit' (hier gedefinieerd als de zogenaamde beperkte definitie) is niet in de analyse meegenomen. Ten eerste omdat de aantallen wat

betreft sommige etnische groepen zeer klein waren (bijvoorbeeld 7 kinderen van Surinaamse afkomst en 5 kinderen van Antilliaanse afkomst). Ten tweede omdat reeds uit de literatuur bekend is dat er grote verschillen bestaan in borstvoedingspercentages tussen de diverse allochtone groeperingen. Deze verschillen zouden verloren gaan als in deze peiling alle allochtonen als één groep werden beschouwd.

Gezien het specifieke onderwerp van dit hoofdstuk is ook nagegaan of er verschillen waren in het geven van borstvoeding in relatie tot enkele achtergrondkenmerken, die in de andere hoofdstukken niet zijn meegenomen. Het gaat hier dan vooral om de achtergrondkenmerken die samenhangen met zwangerschap, bevalling en de neonatale periode.

Daarbij bleek dat in geen van de leeftijdsgroepen een statistisch verband bestond tussen het krijgen van borstvoeding en de zwangerschapsduur. Daarbij is uitgegaan van twee categorieën: zwangerschappen die ofwel minstens 37 weken dan wel korter dan 37 weken hadden geduurd. Vrouwen die thuis waren bevallen gaven wel vaker borstvoeding dan vrouwen die in het ziekenhuis waren bevallen, maar de verschillen waren statistisch niet significant.

Na herindeling van de geboortegewichten in twee categorieën, waarbij de grens werd gelegd bij 2.500 gram, bleken geen statistisch significante verschillen te bestaan wat betreft het krijgen van borstvoeding. Kinderen die opgenomen waren geweest op een kinderafdeling kregen minder vaak borstvoeding dan kinderen die geen opname achter de rug hadden, maar ook deze verschillen bleken statistisch niet significant.

In een logistische regressieanalyse is vervolgens nagegaan in hoeverre het geven van borstvoeding samenhangt met de achtergrondkenmerken zoals hiervoor genoemd (tabel 2.6). De kinderen die gemengde en kunstvoeding kregen zijn hierbij samengevoegd tot één groep. In deze analyse blijkt het geven van borstvoeding samen te hangen met dezelfde achtergrondkenmerken als in tabel 2.5 genoemd. Na correctie voor de overige geselecteerde achtergrondkenmerken blijft deze samenhang bestaan.

Tabel 2.6 Odds ratio's (95% betrouwbaarheidsinterval) voor het krijgen van uitsluitend borstvoeding naar diverse achtergrondkenmerken (n= 3.345)¹

	n	Ruwe OR (95% BI)	Gecorr. OR (95% BI)
Leeftijdsgroep			
1 maand ²	1.086	1,00	1,00
3 maanden	1.044	0,30 (0,25 – 0,37)	0,31 (0,25 – 0,37)
6 maanden	1.081	0,15 (0,12 – 0,19)	0,15 (0,12 – 0,19)
Type bevalling			
normaal ²	2.421	1,00	1,00
kunst- en/of stuitbevalling	790	0,73 (0,61 – 0,89)	0,75 (0,61 – 0,92)
Aantal oudere kinderen in gezin			
geen ²	1.625	1,00	1,00
1	1.124	0,65 (0,51 – 0,81)	1,10 (0,91 – 1,33)
2 of meer	462	0,76 (0,60 – 0,96)	1,59 (1,24 – 2,03)
Schoolopleiding vader			
(geen) lagere school	86	0,44 (0,25 – 0,76)	0,35 (0,19 – 0,62)
VBO/MAVO	957	0,53 (0,43 – 0,65)	0,50 (0,40 – 0,62)
HAVO/VWO/MBO	1.229	0,72 (0,60 – 0,86)	0,65 (0,53 – 0,80)
HBO/Universiteit ²	916	1,00	1,00
Regio			
Noord	629	1,18 (0,94 – 1,48)	1,36 (1,06 – 1,74)
Oost	876	1,32 (1,07 – 1,62)	1,56 (1,24 – 2,05)
Zuid ²	1.003	1,00	1,00
West	703	1,37 (1,10 – 1,69)	1,56 (1,23 – 1,98)
Verblijf buiten het gezin			
niet ²	2.398	1,00	1,00
wel	813	0,26 (0,20 – 0,33)	0,45 (0,35 – 0,59)

¹ Niet alle frequenties tellen op tot 3.345, omdat het desbetreffende gegeven bij sommige kinderen ontbrak.

² Referentiecategorie.

3 Huilgedrag van zuigelingen

3.1 Vraagstellingen en definities

Huilen is een normaal verschijnsel bij kinderen; het is een belangrijk communicatiemiddel voor hen met de buitenwereld. Onderzoek laat zien dat vanaf de geboorte het huilen van kinderen geleidelijk toeneemt tot ongeveer zes weken (Lucassen, 1999). Daarna neemt dit huilen geleidelijk weer af. Bepalen in hoeverre een kind abnormaal veel huilt is moeilijk, met name ook vanwege de samenhang tussen leeftijd en huilgedrag. Een veel gehanteerde grens is die van Wessel et al. (1954): minstens drie uur huilen op meer dan drie dagen per week gedurende de afgelopen drie weken. Deze grens is arbitrair, bovendien hanteren verschillende onderzoekers licht verschillende formuleringen hiervan waardoor uitkomsten moeilijk vergelijkbaar zijn (Lucassen, 1999). Een ander criterium om te bepalen of een kind veel huilt is hoe de ouders het huilen ervaren. Representatief onderzoek over de situatie in heel Nederland wat dit betreft ontbreekt.

Een kind dat veel huilt vormt vaak een grote belasting voor de ouders. Uit onderzoek in Amsterdam is bekend dat ouders als hun kind veel huilt soms acties ondernemen die bedreigend kunnen zijn voor de gezondheid van het kind (Van der Wal et al., 1998). Daarnaast zoeken veel ouders hulp bij zorgverleners. Overbelasting vanwege het huilen van hun kind en onrust over de oorzaak ervan speelt daarbij waarschijnlijk een belangrijke rol. Representatief onderzoek in heel Nederland over de acties die ouders ondernemen en de hulp die zij zoeken ontbreekt.

Bovenstaande leidde tot de volgende vragen:

- Wat is het huilgedrag van Nederlandse zuigelingen van 1, 3 en 6 maanden en hoe ervaren ouders dit huilgedrag?
- Welke acties ondernemen ouders vanwege het huilen van hun kind (eigen interventies en hulpzoekgedrag)?

Om deze vragen te beantwoorden zijn gegevens verzameld via een vragenlijst die door een JGZ medewerker tijdens het PGO werd ingevuld en via een vragenlijst die voorafgaand daaraan door de ouders werd ingevuld. Voor een exacte beschrijving van de methodiek wordt verwezen naar bijlage A.

In totaal werkten 3.345 ouders van zuigelingen mee aan de peiling, vrijwel gelijk gespreid over de leeftijdsgroepen 1, 3 en 6 maanden; deze leeftijdsgroepen worden verder kortweg aangeduid als 'leeftijd' (van het kind). Dit hoofdstuk beschrijft de gegevens over het huilgedrag van deze zuigelingen.

3.2 Huilgedrag van het kind volgens de ouders

De ouders beantwoordden een aantal vragen over het huilgedrag van hun zuigeling. Deze vragen gingen over de frequentie waarmee hun kind huilde, over hun mening over dit huilgedrag en over de mate waarin zij hun kind konden troosten als het huilde.

Ten eerste werd ouders gevraagd hoeveel uur per dag hun kind huilde in de voorafgaande week (zeven dagen), en op hoeveel dagen van de week hun kind meer dan 3 uur huilde (tabel 3.1). Indien dit laatste tijdens meer dan de helft van de voorafgaande week het geval was (dus op minstens vier dagen), werd ook gevraagd naar het huilgedrag van het kind tijdens de voorafgaande drie weken. Uit de antwoorden blijkt dat zuigelingen gemiddeld ruim een uur per dag huilden. Dertien procent huilde meer dan 3 uur op minstens één dag in de voorafgaande week en bijna 5% op meer dan de helft van de dagen in de voorafgaande week. Voor 2% van de zuigelingen was dit zo gedurende de voorafgaande drie weken.

Tabel 3.1 Huilgedrag van zuigelingen volgens de ouders, naar leeftijd van het kind¹

Huilgedrag in voorafgaande week	Jongens	Meisjes	Totaal
Alle zuigelingen (n)	1.700	1.645	3.345
- aantal uren huilen/dag (gem., SD) ²	1,1 (1,2)	1,1 (1,5)	1,1 (1,3)
- minstens 1 dag meer dan 3 uur (%n)	13	13	13
- idem, meer dan 3 dagen (%n)	5	5	5
- idem, in voorafgaande 3 weken (%n)	2	3	2
Eén maand (n)	579	549	1.128
- aantal uren huilen/dag (gem., SD) ²	1,5 (1,5)	1,5 (1,4)	1,5 (1,5)
- minstens 1 dag meer dan 3 uur (%n)	27	21	24
- idem, meer dan 3 dagen (%n)	9	9	9
- idem, in voorafgaande 3 weken (%n)	3	4	4
Drie maanden	556	534	1.090
- aantal uren huilen/dag (gem., SD) ²	1,0 (1,1)	1,0 (1,3)	1,0 (1,2)
- minstens 1 dag meer dan 3 uur (%n)	10	12	11
- idem, meer dan 3 dagen (%n)	3	5	4
- idem, in voorafgaande 3 weken (%n)	1	3	2
Zes maanden	565	562	1.127
- aantal uren huilen/dag (gem., SD) ²	0,7 (0,8)	0,8 (1,5)	0,7 (1,2)
- minstens 1 dag meer dan 3 uur (%n)	3	6	4
- idem, meer dan 3 dagen (%n)	1	1	1
- idem, in voorafgaande 3 weken (%n)	1	0	0

¹ Van 6 kinderen ontbreken deze gegevens.² gem. = gemiddelde; SD = standaard deviatie.

De verschillen tussen jongens en meisjes in huilgedrag zijn niet significant. Wel huilen oudere zuigelingen minder: gemiddeld 1,5 uur per dag als ze één maand oud zijn tegen 0,7 uur als ze zes maanden oud zijn ($p < 0,0001$) (tabel 3.1).

Ten tweede is ouders gevraagd naar hun beleving van het huilgedrag van hun kind (tabel 3.2). Zeven procent van de ouders vond hun kind moeilijk troostbaar, 12% vond dat het veel hilde. Ruim 2/3 van de ouders van een kind dat (volgens henzelf) veel hilde, maakte zich daar soms of vaak zorgen over. Alle percentages dalen als het kind ouder wordt, evenals bij gerapporteerd huilgedrag. De verschillen naar geslacht van het kind zijn niet significant.

Tabel 3.2 *Beleving door ouders van het huilgedrag van hun kind, naar leeftijd van het kind¹*

Beleving van huilgedrag door ouders	Jongens	Meisjes	Totaal
Alle zuigelingen (n)	1.700	1.645	3.345
- kind is moeilijk troostbaar (%n)	7	7	7
- kind huilt veel (%n)	12	12	12
- ouders maken zich nu soms zorgen (%n)	9	9	9
Eén maand (n)	579	549	1.128
- kind is moeilijk troostbaar (%n)	10	8	9
- kind huilt veel (%n)	18	18	18
- ouders maken zich nu soms zorgen (%n)	15	15	15
Drie maanden (n)	556	534	1.090
- kind is moeilijk troostbaar (%n)	7	8	8
- kind huilt veel (%n)	10	10	10
- ouders maken zich nu soms zorgen (%n)	6	7	7
Zes maanden (n)	565	562	1.127
- kind is moeilijk troostbaar (%n)	3	5	4
- kind huilt veel (%n)	8	8	8
- ouders maken zich nu soms zorgen (%n)	4	5	5

¹ Van 25 kinderen ontbreken één of meer gegevens.

De samenhang tussen het aantal uren dat een kind huilde en de mate waarin ouders vinden dat hun kind veel huilde is sterk. Bij kinderen die gedurende minstens drie weken meer dan drie uur per dag huilen op meer dan drie dagen per week, vond 76,5% van de ouders dat hun kind veel huilde. Voor de overige kinderen is dit percentage 10,5.

Achtergrondkenmerken

De mate waarin kinderen in de voorafgaande week op minstens één dag meer dan 3 uur huilden hangt sterk samen met hun leeftijd (tabel 3.1). In een logistische regressieanalyse is nagegaan in hoeverre dit huilgedrag ook samenhangt met andere

achtergrondkenmerken². Hieruit blijkt dat naast leeftijdsgroep alleen geboortegewicht significant samenhangt met meer dan 3 uur huilen op minstens één dag in de voorafgaande week (tabel 3.3). Bij kinderen met een geboortegewicht onder de 2500 gram is het percentage kinderen waarvoor dit het geval is 18 tegen 13 bij de overige kinderen.

Tabel 3.3 Odds ratio's (95% betrouwbaarheidsinterval) voor meer dan 3 uur huilen op minstens één dag in de voorafgaande week, naar leeftijd en geboortegewicht (n=3.243)¹

	n	Ruwe OR (95% BI)	Gecorrigeerde OR (95% BI)
Leeftijdsgroep			
1 maand ²	1.094	1,00	1,00
3 maanden	1.056	0,34 (0,27 - 0,43)	0,33 (0,26 - 0,42)
6 maanden	1.093	0,13 (0,09 - 0,18)	0,12 (0,09 - 0,17)
Geboortegewicht			
2500 gram of meer ²	3.140	1,00	1,00
< 2500 gram	139	1,35 (0,86 - 2,12)	1,85 (1,14 - 3,00)

¹ Van 102 kinderen ontbreekt minstens één gegeven.

² Referentiecategorie.

3.3 Acties en hulpzoekgedrag van de ouders vanwege het huilgedrag van hun kind

Ouders is ook gevraagd naar de acties die zij ondernamen vanwege het huilgedrag van hun kind en naar de hulpverleners die zij hiervoor raadpleegden. Dit gebeurde door middel van een vragenlijst die de ouders voorafgaand aan het PGO invulden. Deze vragenlijst werd niet ingezien door de arts of verpleegkundige.

² De volgende achtergrondkenmerken zijn in de analyse betrokken: geslacht, leeftijdsgroep, etniciteit, schoolopleiding ouders, opvoedingssituatie, regio, urbanisatiegraad, zwangerschapsduur, geboortegewicht, wijze van beëindiging bevalling, opname na geboorte, rangorde van kind en verblijf buiten gezin.

Acties van de ouders

Vrijwel alle ouders hebben ooit wel eens activiteiten ondernomen om het huilen van hun kind te verminderen, gemiddeld betrof dit 6,4 acties (tabel 3.4). De meest voorkomende acties zijn het kind meedragen, een fopspeen geven, in bed nemen en door laten huilen. Meedragen en in bed nemen vond meer dan 90% van de ouders 'soms' of 'vaak' werkzaam. Evenzeer werkzaam achtten zij het laten sabbelen van hun kind op een vinger, wiegen, het kind meenemen in de wandelwagen en in de auto, en het geven van een pijnstillers. Deze acties werden echter door minder ouders ooit ondernomen dan de eerstgenoemde acties. Verschillen in aantal acties naar leeftijd en geslacht van het kind zijn niet significant.

Vrijwel elke actie werd vaker geprobeerd door de ouders van kinderen die (volgens de ouders) ooit veel huilden en gemiddeld probeerden deze ouders ook meer verschillende acties (7,8 tegen 5,5 voor ouders waarvan het kind nooit veel huilde, $p < 0,0001$). Ouders van kinderen die veel huilden vonden ook vrijwel alle acties minder werkzaam dan de overige ouders, maar de verschillen zijn meestal klein.

Een aantal acties kan worden beschouwd als ongewenst in de zin dat ze volgens de literatuur niet werken en mogelijk schadelijk zijn voor de gezondheid van het kind (Van der Wal et al., 1998). De betreffende acties zijn in tabel 3.4 gemarkeerd. Een aantal ervan is door relatief veel ouders ondernomen.

Tabel 3.4 Acties die ouders ooit ondernamen ter vermindering van het huilen van hun kind¹; ouders waarvan het kind ooit veel huilde (de laatste kolommen) zijn inbegrepen bij 'alle ouders' (de eerdere kolommen)

Actie	Alle ouders (n=3.345)		Ouders waarvan kind ooit veel huilde (n=1.377)	
	Actie ooit ondernomen % n	acht actie (soms) werkzaam ² % n	Actie ooit ondernomen ³ % n	acht actie (soms) werkzaam ² % n
Kind in eigen bed nemen	63	96	74	**** 95
Kind meedragen	96	99	98	**** 99
Kind in wandelwagen ⁴	30	96	42	**** 94
Kind door laten huilen @	58	66	66	**** 58
Kind mee in auto ⁵	6	97	11	**** 97
Kind boos toespreken @	19	23	28	**** 19
Muziek opzetten	48	78	58	**** 74
Kind wiegen	37	93	45	**** 91
Fopspeen geven	86	87	91	**** 86
Hand tegen mond van kind houden @	1	71	2	**** 65
Kind in bad doen	18	85	27	**** 82
Kind masseren	39	82	50	**** 78
Kind tik geven @	1	27	2	*** 17
Kind met zuigfles te slapen leggen @	2	93	3	**** 90
Kind door elkaar schudden @	2	21	4	**** 20
Kind stevig in doeken wikkelen @	4	74	7	**** 67
Kind op de buik laten slapen ⁶ @	19	87	25	**** 85
Kind kalmeringsmiddel geven @	1	50	1	**** 48
Kind laxemiddel geven @	3	66	5	**** 73
Kind pijnstillers geven @	9	98	11	**** 96
Voeding van kind wijzigen:	35	86	55	**** 85
-borstvoeding staken ⁷ @	12		20	
-borstvoeding deels staken ⁷ @	9		12	
-veranderen type kunstvoeding ⁷	16		28	
Kind laten sabbelen op vinger	70	95	77	**** 95
Minstens één actie	99		100	***
Aantal verschillende acties (gem., SD) ⁸	6,4 (2,7)		7,8 (2,6)	****

¹ Van 100 kinderen ontbreken de gegevens.

² Als percentage van het aantal ouders in de vorige kolom.

³ Significante verschillen tussen ouders waarvan kind ooit veel huilde (n=1.377) en ouders waarvoor dit niet zo was (n=1.968) zijn gemarkeerd: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

⁴ 65 ouders hadden niet de beschikking over een kindwagen en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

⁵ 216 ouders hadden niet de beschikking over een auto en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

⁶ 313 kinderen sliepen al altijd op de buik en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

⁷ Sommige ouders probeerden meerdere wijzigingen van voeding.

⁸ SD = standaard deviatie.

@ Actie die ongewenst is, bijvoorbeeld op de buik te slapen leggen (risico voor wiegendood); tik geven (risico voor mishandeling); slapen met zuigfles (cariës); borstvoeding staken en kind in doeken wikkelen (rem van motorische ontwikkeling).

Wat betreft relatief veel gebruikte acties is ouders ook gevraagd of zij deze ondernamen in de voorafgaande week (tabel 3.5). Negentig procent van de ouders van zuigelingen blijkt ook in de voorafgaande week een actie te hebben ondernomen om het huilen van hun kind te verminderen. De meest voorkomende acties zijn ook in dit geval het kind dragen of een fopspeen geven. Vrijwel alle ouders (98%) die zelf vinden dat hun kind nu veel huilt, hebben minstens één actie ondernomen. Gemiddeld ondernamen zij 5,2 verschillende acties tegen 3,3 voor de overige ouders ($p < 0,0001$).

Alle ouders ondernamen gemiddeld 3,5 verschillende acties in de voorafgaande week. Ze ondernamen gemiddeld wat meer verschillende acties bij jongens dan bij meisjes (3,7 tegen 3,4, $p < 0,0001$). Verder ondernamen zij gemiddeld minder verschillende acties naarmate het kind ouder werd (bij één, drie en zes maanden gemiddeld 4,8, 3,4 en 2,4, $p < 0,0001$). De mate waarin ouders minder acties ondernamen bij oudere kinderen verschilde niet naar geslacht van het kind, het verschil in gemiddelde tussen jongens en meisjes blijft steeds ongeveer 0,3.

Tabel 3.5 Acties van ouders in de voorafgaande week ter vermindering van het huilen van hun kind; ouders waarvan het kind nu veel huilt (de laatste kolommen) zijn inbegrepen bij 'alle ouders' (de eerdere kolommen)^{1,2}

Actie		Alle ouders	Ouders waarvan kind
		(n=3.345) % n	nu veel huilt (n=405) % n
Kind in eigen bed nemen	***	29	51
Kind meedragen	**	81	95
Kind in wandelwagen ³	****	11	23
Kind door laten huilen @	**	37	54
Kind mee in auto ⁴	****	2	6
Kind boos toespreken @	****	9	16
Muziek opzetten	****	27	44
Kind wiegen	**	21	28
Fopspeen geven	**	69	85
Kind in bad doen	****	5	11
Kind masseren	***	23	42
Kind met zuigfles te slapen leggen @		2	2
Kind stevig in doeken wikkelen @	**	2	5
Kind op de buik laten slapen ⁵ @	**	9	18
Kind laten sabbelen op vinger		32	50
Minstens één actie		90	98
Aantal verschillende acties (gem.; SD) ⁶	****	3,5 (2,2)	5,2 (2,4)

¹ Van 100 kinderen ontbreken de gegevens.

² Significante verschillen tussen ouders waarvan kind nu veel huilt en ouders waarvoor dit niet zo is zijn gemarkeerd: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

³ 65 ouders hadden niet de beschikking over een kinderwagen en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

⁴ 216 ouders hadden niet de beschikking over een auto en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

⁵ 313 kinderen sliepen al altijd op de buik en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

⁶ SD = standaard deviatie.

@ Actie die ongewenst is, zie verder bij tabel 3.4.

Achtergrondkenmerken

In een logistische regressieanalyse is nagegaan in hoeverre de mate waarin ouders in de voorafgaande week minstens één actie ondernamen ter vermindering van het huilen van hun kind samenhangt met verschillende achtergrondkenmerken³. Hieruit blijkt dat het ondernemen van minstens één actie door de ouders samenhangt met de leeftijd van het kind, het opleidingsniveau van de vader, de etniciteit van het kind en de stedelijkheid van (de postcode van) het woonadres. In tabel 3.6 wordt weergegeven welk percentage ouders in de verschillende categorieën van deze kenmerken in de voorafgaande week minstens één actie ondernam. In tabel 3.7 worden odds ratio's gepresenteerd.

³ De volgende achtergrondkenmerken zijn in de analyse betrokken: geslacht, leeftijdsgroep, etniciteit, schoolopleiding ouders, opvoedingssituatie, regio, urbanisatiegraad, zwangerschapsduur, geboortegewicht, wijze van beëindiging bevalling, opname na geboorte, rangorde van kind en verblijf buiten gezin.

Tabel 3.6 Voórkomen van minstens één actie van de ouders ter vermindering van het huilen van het kind in de voorafgaande week, naar een aantal achtergrondkenmerken (n=3.243)^{1,2}

	n	Minstens één actie %n
Leeftijdsgroep		
1 maand	1.094	98
3 maanden	1.056	95
6 maanden	1.093	86
Schoolopleiding vader		
(geen) lagere school	84	89
VBO/MAVO	931	91
HAVO/VWO/MBO	1.226	93
HBO/Universiteit ²	901	95
onbekend	20	81
Etniciteit		
Nederlands	3.060	93
niet-Nederlands	102	88
Urbanisatiegraad		
zeer sterk stedelijk	88	91
sterk stedelijk	704	94
matig stedelijk	660	94
weinig stedelijk	1.036	93
niet stedelijk	674	91

¹ Van 86 kinderen ontbreekt minstens één gegeven; de kenmerken zijn gekozen op grond van het significantieniveau van hun samenhang met minstens één actie in het multiple logistische regressiemodel model (zie tabel 3.7).

² Significante verschillen naar achtergrondkenmerken zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

Tabel 3.7 Odds ratio's (95% betrouwbaarheidsinterval) voor minstens één actie van de ouders ter vermindering van het huilen van het kind in de voorafgaande week, naar enkele achtergrondkenmerken (n=3.243)¹

	n	ruwe OR (95% BI)	gecorrigeerde OR (95% BI)
Leeftijdsgroep			
1 maand ²	1.094	1,00	1,00
3 maanden	1.056	0,36 (0,22 - 0,60)	0,36 (0,22 - 0,61)
6 maanden	1.093	0,11 (0,07 - 0,17)	0,11 (0,07 - 0,17)
Schoolopleiding vader			
(geen) lagere school	84	0,57 (0,27 - 1,20)	0,64 (0,29 - 1,43)
VBO/MAVO	931	0,63 (0,44 - 0,88)	0,70 (0,48 - 1,00)
HAVO/VWO/MBO	1.226	0,84 (0,60 - 1,18)	0,84 (0,59 - 1,21)
HBO/Universiteit ²	901	1,00	1,00
onbekend	20	0,20 (0,07 - 0,56)	0,25 (0,08 - 0,77)
Etniciteit			
Nederlands ²	3.060	1,00	1,00
niet-Nederlands	102	0,54 (0,31 - 0,97)	0,48 (0,25 - 0,94)
Urbanisatiegraad			
zeer sterk stedelijk	88	1,12 (0,52 - 2,42)	1,16 (0,52 - 2,57)
sterk stedelijk	704	1,56 (1,06 - 2,29)	1,74 (1,15 - 2,62)
matig stedelijk	660	1,69 (1,13 - 2,53)	1,87 (1,23 - 2,85)
weinig stedelijk	1.036	1,22 (0,88 - 1,70)	1,21 (0,85 - 1,71)
niet stedelijk ²	674	1,00	1,00

¹ Van 86 kinderen ontbreekt minstens één gegeven.

² Referentiecategorie.

Hulpzoekgedrag

Ouders raadpleegden met name het CB-team vanwege het huilgedrag van hun kind. Op ruime afstand waren vervolgens de huisarts en de kinderarts belangrijke hulpverleners hierbij. Daarnaast noemden ouders de kraamzorg vaak als hulpverlener (tabel 3.8).

Van alle ouders raadpleegde 27% minstens één hulpverlener vanwege het huilgedrag van hun kind. Dit percentage verschilt nauwelijks naar geslacht van het kind, maar

wel naar leeftijd. Ouders van zuigelingen van drie of zes maanden hebben vaker minstens één hulpverlener geraadpleegd dan ouders van zuigelingen van één maand (respectievelijk 29, 30 en 23%, $p < 0,001$).

Tabel 3.8 *Mate waarin ouders verschillende hulpverleners raadpleegden over het huilen van hun kind (n=3.345)¹*

Hulpverlener	% n	Hulpverlener	% n
Huisarts	5	Gezinsverzorging	0
Kinderarts	2	Opvoedingsondersteuningsaanbod	0
(Kinder)psychiater	-	Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	0
Andere medische specialist	0	Sociaal Pedagogische Dienst (SPD)	-
Psycholoog	-	Remedial teacher (RT)	-
(Ortho-)pedagoog	-	(School-)logopedist	-
RIAGG	0	Bureau Vertrouwensarts (BVA)	-
CB-team	22	Bureau jeugdzorg	1
Psycholoog thuiszorg	0	VTO-team	0
Pedagoog thuiszorg	0	Anders ²	5
		Meerdere hulpverleners ³	7

¹ Ouders konden meerdere hulpverleners noemen; over 8 ouders ontbreken deze gegevens.

² Dit betreft o.a. kraamzorg (2%), verloskundige (1%) en wijkverpleging (1%).

³ Ook inbegrepen in de voorafgaande percentages.

4 Psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen

4.1 Vraagstellingen en definities

Psychosociale problemen vormen een containerbegrip voor een groot aantal verschillende problemen, zoals depressie, mishandeling, ADHD, agressief gedrag, bedplassen, gokken, spijbelen en eetstoornissen. Naast risicofactoren voor de ontwikkeling van psychosociale problemen kunnen globaal de volgende deelgebieden onderscheiden worden:

- gedragsproblemen
- emotionele problemen
- leerproblemen / schoolproblemen

Het begrip *psychosociale problemen* zoals gehanteerd in dit rapport duidt op kinderen met problemen op de drie genoemde deelgebieden. Kinderen met louter risicofactoren wat betreft de ontwikkeling van psychosociale problemen, bijvoorbeeld met ouders met psychiatrische problematiek, zijn hiervan uitgesloten.

Resultaten uit verscheidene regionale onderzoeken laten zien dat de JGZ bij ongeveer 1 op de 4 à 5 schoolgaande kinderen en jongeren psychosociale problemen signaleert (Kok et al., 1994; Kousemaker, 1996; Vogels, 1992; De Wijs et al., 1997). Een deel van deze kinderen heeft een ernstige psychische stoornis die leidt tot aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren. De beschikbare kennis over het voorkomen van psychosociale problemen bij peuters is beperkt. In de provincie Zuid-Holland vond men bij 8% van de 2-3 jarigen ernstige gedrags- en emotionele problemen (Koot & Verhulst, 1991). Hoewel soms gedacht wordt dat psychosociale problemen van kinderen en adolescenten vanzelf weer overgaan, blijken gedrags- en emotionele problemen vaak voort te duren tot in de volwassenheid (Ferdinand & Verhulst, 1996; Pine et al., 1998; Verhulst & Van der Ende, 1995).

Psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen komen dus veel voor en leiden tot zowel persoonlijk leed als mogelijk ook tot maatschappelijke problemen. De JGZ heeft een belangrijke taak op het gebied van de preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren. Dit heeft er ondermeer toe geleid dat onlangs twee nieuwe korte vragenlijsten zijn ontwikkeld ter ondersteuning van de vroege opsporing van psychosociale problemen bij kleuters en adolescenten (LSPPK en KIVPA, zie bijlage A voor toelichting). Landelijk representatief onderzoek naar de

mate waarin de JGZ psychosociale problemen signaleert en naar de activiteiten die zij daarbij onderneemt, ontbreekt echter tot op heden.

Bovenstaande heeft geleid tot de volgende vraagstellingen:

- Wat is de aard, omvang en ernst van psychosociale problematiek bij kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 15 jaar, zoals die wordt gesignaleerd door de jeugdarts of -verpleegkundige tijdens een regulier PGO? In welke relatie staat dit tot eventueel reeds in gang gezette zorg?
- Welke acties worden vanuit de JGZ ondernomen naar aanleiding van de gesignaleerde problematiek⁴? Hoe verhouden deze activiteiten zich tot eventueel al in gang gezette zorg en tot de ernst van de gesignaleerde problematiek?
- Wat is de prevalentie van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen, zoals gemeten met binnen de GGZ vaak gehanteerde, valide vragenlijsten (CBCL, YSR)? In welke relatie staat dit tot eventueel reeds in gang gezette zorg?
- Welke relatie bestaat tussen het oordeel en de (voorgenomen) acties van de JGZ enerzijds en de CBCL- en YSR-score anderzijds⁵?
- Wat zijn de eerste landelijke resultaten van twee binnen de JGZ ontwikkelde korte vragenlijsten (LSPPK en KIVPA) ter ondersteuning van opsporing van psychosociale problematiek bij respectievelijk kleuters en adolescenten?
- In welke relatie staat de gesignaleerde problematiek tot een aantal achtergrondkenmerken van het kind en het gezin? Worden kinderen met bepaalde achtergrondkenmerken vaker verwezen door de JGZ?

Om deze vragen te beantwoorden zijn gegevens verzameld via een vragenlijst die door een jeugdarts of -verpleegkundige tijdens (en deels vlak na afloop van) het PGO werd ingevuld en via verschillende vragenlijsten die voorafgaand daaraan door de ouder (CBCL en LSPPK) en leerling van het voortgezet onderwijs zelf (YSR en

⁴ Met 'gesignaleerde' problematiek worden psychosociale problemen bedoeld zoals gesignaleerd door de jeugdarts of -verpleegkundige tijdens het PGO.

⁵ Bij deze analyses zijn kinderen die reeds onder behandeling waren bij de GGZ, jeugdhulpverlening of jeugdbescherming, buiten beschouwing gelaten. Alleen al vanwege het feit dat de kinderen bij deze hulpverleners onder behandeling zijn, zullen ze meestal als problematisch worden geïdentificeerd door de JGZ. Hetzelfde geldt voor analyses naar de samenhang met de KIVPA.

KIVPA) werd ingevuld. De jeugdarts of -verpleegkundige had geen inzage in de CBCL, YSR en KIVPA, maar wel in de LSPPK. Voor een exacte beschrijving van de methodiek en de vragenlijsten wordt verwezen naar bijlage A.

Belangrijk voor de interpretatie van de gegevens in dit hoofdstuk is dat de CBCL en de YSR zich geheel richten op gedrags- en emotionele problemen van het kind. De JGZ kijkt daarnaast ook naar andere kenmerken van het kind. Daardoor kan worden verwacht dat een kind dat volgens de JGZ een psychosociaal probleem heeft, dat niet altijd heeft volgens de CBCL of YSR.

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen over de psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen, paragraafsgewijs ingedeeld naar leeftijdsgroep (1-4, 5-6, 7-12 en 13-15 jaar)⁶. De slot paragraaf gaat in op de resultaten voor de gehele groep 1-15 jarigen in relatie tot hun achtergrondkenmerken. Aan het begin van iedere paragraaf wordt de exacte leeftijdsverdeling, de opzet van de subparagrafen en de aantallen kinderen (respons) vermeld.

4.2 Psychosociale gezondheid van 1-4 jarigen

Deze paragraaf beschrijft de gegevens van kinderen van één (19%), twee (29%), drie (48%) en vier (4%) jaar oud. Eerst worden de bevindingen van de jeugdartsen en -verpleegkundigen gerapporteerd (4.2.1 en 4.2.2), daarna volgt een beschrijving van de resultaten van de CBCL/2-3 (4.2.3), waarna in 4.2.4 beide bevindingen aan elkaar gerelateerd worden.

In totaal hebben 2.229 ouders van 1-4 jarigen meegewerkt aan de peiling. Hiervan hebben 2.066 ouders (93%) de CBCL volledig ingevuld.

⁶ Om de leesbaarheid te bevorderen zijn de bevindingen van een aantal PGO-momenten samengevoegd: resultaten van peuters van ± 2 jaar en van ± 3 jaar en 9 maanden zijn gezamenlijk beschreven in paragraaf 4.2 (1-4 jarigen); resultaten van groep 4 en groep 7/8 van het basisonderwijs zijn gezamenlijk beschreven in paragraaf 4.4 (7-12 jarigen). In paragraaf 4.6 ('achtergrondkenmerken') worden de leeftijdsgroepen wel afzonderlijk behandeld.

4.2.1 Aard en omvang van de problematiek volgens de JGZ

Jeugdartsen- en verpleegkundigen signaleerden psychosociale problemen bij 9% van de 1-4 jarigen, waarvan 1% in de categorie 'zware problematiek' (tabel 4.1). Bij jongens constateerden zij evenveel problematiek als bij meisjes.

Tabel 4.1 Prevalentie van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 1-4 jarigen^{1,2}

	Jongens (n=1.108)	Meisjes (n=1.121)	Totaal (n=2.229)
Psychosociale problemen volgens JGZ	%n	%n	%n
Nee	90	91	91
Ja			
- licht	5	4	5
- matig	4	4	4
- zwaar	1	1	1

¹ Van 2 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Bij 19% van de 1-4 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen vormden deze volgens de jeugdarts of -verpleegkundige voornamelijk een probleem voor het kind zelf, bij eenderde primair voor de ouder(s) en bij de helft voor zowel kind als ouder. In de meeste gevallen gaf de ouder het probleem aan, vaak in combinatie met non-verbale signalen van het kind (tabel 4.2). Ook werd regelmatig informatie ontleend aan eerdere contacten met kind en ouders.

Tabel 4.2 Bron van informatie voor JGZ-medewerker over 1-4 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen (n=209)¹

	%n		%n
Verbale signalen kind	17	Eerdere info peuterspeelzaalleid(st)er	2
Non-verbale signalen kind	50	Eerdere info JGZ-collega	3
Somatische indicatoren kind	9	Eerdere contacten met kind/ouders	35
Ouder geeft probleem aan	77	Andere bron	2
JGZ-dossier	19		

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere informatiebronnen aangeven.

Tabel 4.3 toont een overzicht van de aard van de gesignaleerde problemen. De psychosociale problemen van ruim de helft van de 1-4 jarigen zijn door de jeugdarts of -verpleegkundige beoordeeld als Problemen thuis. Daarnaast kwamen Externaliserende problemen en Internaliserende problemen relatief veel voor. Van de Overige problemen werden met name Slaapproblemen en Problemen in de spraak/taalontwikkeling genoemd. Problemen in de sociale omgang met leeftijdgenoten en Externaliserende problemen werden vaker bij jongens dan bij meisjes geconstateerd.

Tabel 4.3 Aard van de problematiek volgens de JGZ bij 1-4 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen^{1,2}

Soort probleem	Jongens	Meisjes	Totaal
	(n=108) %n	(n=101) %n	(n=209) %n
Problemen thuis (o.a. gezinsproblemen, conflicten met ouders, hechtingsproblematiek)	53	55	54
Schoolproblemen ³ (o.a. aandachtsproblemen, leerproblemen, spijbelen)	6	9	8
Problemen in sociale omgang met leeftijdgenoten * (o.a. legt moeilijk contact, wordt gepest, weinig vrienden)	14	7	11
Problemen in persoonlijk functioneren: internaliserend (o.a. onzeker, angstig, depressief, teruggetrokken)	25	26	25
Problemen in persoonlijk functioneren: * externaliserend (o.a. agressief, druk gedrag, koppig)	54	38	46
Problemen met eigen lichaam (o.a. eetproblemen, onvrede uiterlijk, psychosomatiek)	7	15	11
Mishandeling (o.a. verwaarlozing, seksueel misbruik)	2	2	2
Overig (o.a. problemen met slapen, spraak, seksualiteit, trauma)	28	26	27

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere probleemgebieden aangeven.

² Significante verschillen naar geslacht zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; ****p<0,0001.

³ Bij deze leeftijdsgroep (1-4 jaar) gaat het enkel om concentratie- en aandachtsproblemen.

Bij ruim de helft van de kinderen met psychosociale problemen signaleerde de JGZ meer dan één probleem (56%). De probleemgebieden die het meest samen voorkwamen zijn: Externaliserende problemen met Problemen thuis en Internaliserende problemen met Problemen thuis. Jongens en meisjes hadden even vaak meerdere problemen tegelijk.

Drie procent van alle 1-4 jarigen was ten tijde van het onderzoek onder behandeling of controle voor psychosociale problemen bij één of meerdere hulpverleners, jongens (4%) vaker dan meisjes (2%)($p < 0,01$). Van de kinderen bij wie psychosociale problemen werden geconstateerd tijdens het PGO, was 21% op dat moment onder behandeling of controle bij de jeugdzorg of elders, vergeleken met 1% van de kinderen waarbij geen psychosociale problemen werden geconstateerd ($p < 0,0001$)(tabel 4.4).

Tabel 4.4 Prevalentie van onder behandeling zijn voor psychosociale problemen bij 1-4 jarigen, in relatie tot het voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ^{1,2}

	Psychosociale problemen volgens JGZ		Totaal
	Nee (n=2.020) %n	Ja (n=209) %n	(n=2.229) %n
Behandeling			
Geen	99	79	97
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	0	8	1
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	1	14	2

¹ Van 9 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

4.2.2 Acties JGZ bij signalering van problematiek

Bij 84% van de 1-4 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen die niet onder behandeling waren, ondernam de jeugdarts of -verpleegkundige actie (tabel 4.5). De voornaamste activiteit bij deze groep was het geven van geruststelling of advies aan de ouders. Bij ruim een derde vond een verwijzing plaats naar een andere hulpverlener of instantie. Kinderen die reeds onder behandeling waren bij de jeugdzorg of elders, zijn vaker verwezen dan kinderen die niet onder behandeling

waren. Er zijn geen significante verschillen tussen jongens en meisjes in de acties die de JGZ ondernam bij gesignaleerde problematiek.

Tabel 4.5 Actie(s) JGZ bij 1-4 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen, in relatie tot het al onder behandeling zijn voor psychosociale problemen^{1,2,3}

	Behandeling			Totaal
	Geen (n=163) %n	Jeugdzorg (n=16) %n	Elders (n=28) %n	(n=207) %n
Actie JGZ				
Geruststelling/advies ouders/kind	74	53	61	70
Uitnodiging herhalingsgesprek	23	25	25	24
Overleg/melding derden	14	38	19	16
Verwijzing naar andere hulpverlener(s) ****	36	69	71	44
<i>Enige vorm van actie</i>	<i>84</i>	<i>94</i>	<i>86</i>	<i>85</i>

¹ Van 2 kinderen ontbreken gegevens.

² De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

³ Significante verschillen naar het onder behandeling zijn, zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

Indien de arts of verpleegkundige de psychosociale problemen bij het kind als 'zwaar' categoriseerde, was er vaker sprake van een uitnodiging voor een herhalingsgesprek (revisie), overleg met derden en een verwijzing naar andere hulpverleners (tabel 4.6). Ouders van 1-4 jarigen met 'lichte' psychosociale problemen volgens de JGZ zijn vaker gerustgesteld of kregen een inhoudelijk advies. Alle kinderen met 'zware' problematiek waarbij de JGZ geen actie ondernam (14%), waren reeds onder behandeling voor psychosociale problemen tijdens het onderzoek.

Tabel 4.6 Actie(s) JGZ bij 1-4 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen (n=208), in relatie tot de ernst van de problematiek volgens de JGZ^{1,2,3}

Actie JGZ		Ernst problematiek volgens JGZ		
		Licht (n=100) %n	Matig (n=87) %n	Zwaar (n=21) %n
Geruststelling/advies ouders/kind	**	79	64	62
Uitnodiging herhalingsgesprek	**	17	23	57
Overleg/melding derden	**	10	17	38
Verwijzing naar andere hulpverlener(s) (zie ook tabel 4.7)	****	25	53	81
<i>Enige vorm van actie</i>		82	89	86

¹ Van 1 kind ontbreken de gegevens.

² De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

³ Significante verschillen naar ernst van de problematiek zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

In totaal zijn 89 (ouders van) 1-4 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen verwezen, meestal van de jeugdverpleegkundige naar de jeugdarts (26%) of van de jeugdarts of -verpleegkundige naar een huisbezoek van een jeugdverpleegkundige (29%)(tabel 4.7). Daarnaast werd vaak naar de huisarts en naar een opvoedingsondersteuningsaanbod verwezen. Er waren geen significante verschillen in het verwijspatroon van jongens en meisjes.

Tabel 4.7 Verwijzing (of intentie tot) door JGZ van 1-4 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen, naar aard van de hulpverlener of instantie (n=89)¹

	%n		%n
Jeugdarts	26	Opvoedingsondersteuningsaanbod	17
Jeugdverpleegkundige (huisbezoek)	29	Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	3
Huisarts	17	Sociaal Pedagogische Dienst (SPD)	3
Kinderarts	12	Remedial teacher (RT)	-
(Kinder)psychiater	3	(School-)logopedist	9
Andere medische specialist	2	Bureau Vertrouwensarts (BVA)	-
Psycholoog	7	Bureau jeugdzorg	2
(Ortho-)pedagoog	14	VTO-team	14
RIAGG	8	Andere hulpverlener/instantie	-
Gespecialiseerde gezinsverzorging	2		

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere hulpverleners aangeven.

4.2.3 Aard en omvang problematiek volgens CBCL/2-3

Jongens hadden gemiddeld een hogere score op de schaal Agressief gedrag ($p < 0,0001$), terwijl meisjes hoger scoorden op de schaal Lichamelijke problemen ($p < 0,05$) (bijlage A: toelichting CBCL schalen). In totaal had 6% van de 1-4 jarigen een verhoogde CBCL Totale Probleemscore (tabel 4.8). Het verschil tussen jongens en meisjes was niet significant.

Tabel 4.8 Normale en verhoogde CBCL/2-3 Totale Probleemscore van jongens en meisjes van 1-4 jaar¹

	Jongens (n=1.023)	Meisjes (n=1.043)	Totaal (n=2.066)
Totale Probleemscore CBCL/2-3	%n	%n	%n
Normale score	95	93	94
Verhoogde score	6	7	6

¹ De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Van de kinderen met een verhoogde CBCL score was 15% onder behandeling voor psychosociale problemen bij de jeugdzorg of elders, vergeleken met 2% van de kinderen met een normale score ($p < 0,0001$) (tabel 4.9).

Tabel 4.9 Onder behandeling zijn voor psychosociale problemen van 1-4 jarigen, in relatie tot de CBCL/2-3 Totale Probleemscore^{1,2}

	Totale Probleemscore CBCL/2-3		Totaal (n=2.066) %n
	Normale score (n=1.933) %n	Verhoogde score (n=133) %n	
Behandeling			
Geen	98	85	97
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	1	5	1
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	2	10	2

¹ Van 9 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

4.2.4 Samenhang oordeel JGZ en CBCL/2-3

Nagegaan is vervolgens wat de relatie is tussen het oordeel van de jeugdarts of -verpleegkundige en de CBCL voor 1-4 jarigen die niet onder behandeling waren bij de jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening of jeugdbescherming).

De kans op een verhoogde CBCL score was veel hoger als de JGZ vond dat er sprake was van psychosociale problemen bij het kind. In dat geval had 22% van de kinderen een verhoogde CBCL, tegen 5% als de JGZ geen psychosociale problemen signaleerde. Uitgaande van de CBCL score (tabel 4.10) constateerde de JGZ een psychosociaal probleem bij 30% van de kinderen die nog niet onder behandeling waren maar wel een verhoogde CBCL score hadden.

Tabel 4.10 Voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 1-4 jarigen die niet onder behandeling zijn, in relatie tot de CBCL/2-3 Totale Probleemscore^{1,2}

Psychosociale problemen volgens JGZ	Totale Probleemscore CBCL/2-3				Totaal	
	Normale score (n=1.914)		Verhoogde score (n=125)		(n=2.039)	
	%	n	%	n	%	n
Nee	93	1.784	70	88	92	1.872
Ja						
- licht	4	79	8	10	4	89
- matig	2	43	14	17	3	60
- zwaar	0	8	8	10	1	18

¹ Door de toegepaste weging tellen soms aantallen niet geheel op tot het totaal.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Kinderen met een verhoogde score op de CBCL-schaal Oppositioneel gedrag hadden meer kans om door de JGZ gesignaleerd te worden, terwijl kinderen met een verhoogde score op de CBCL-schaal Internaliseren minder kans hadden.

Van de 1-4 jarigen - die niet onder behandeling waren voor psychosociale problemen - met een verhoogde CBCL score, werd bij een kwart actie ondernomen door de JGZ (tabel 4.11). Bij de resterende groep signaleerde de JGZ meestal geen psychosociaal probleem en ondernam dus ook geen vervolgactie. Van de kinderen met een verhoogde CBCL score werd 15% door de JGZ doorverwezen naar een andere vorm van hulpverlening, vergeleken met 3% van de kinderen met een normale CBCL score.

Tabel 4.11 Actie(s) JGZ bij alle 1-4 jarigen die niet onder behandeling zijn, in relatie tot de CBCL/2-3 Totale Probleemscore^{1,2}

Actie JGZ		Totale Probleemscore CBCL/2-3		Totaal
		Normale score	Verhoogde score	
		(n=1.914)	(n=125)	(n=2.039)
		%n	%n	%n
Geruststelling/advies ouders/kind	****	5	20	6
Uitnodiging herhalingsgesprek	****	2	11	2
Overleg/melding derden	****	1	9	1
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)	****	3	15	3
<i>Enige vorm van actie</i>	****	6	25	7

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

² Significante verschillen zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

4.3 Psychosociale gezondheid van 5-6 jarigen

Deze paragraaf beschrijft de gegevens van kinderen uit groep 2 van het basisonderwijs van vijf (65%) of zes (35%) jaar oud. Eerst worden de bevindingen van de jeugdartsen en -verpleegkundigen gerapporteerd (4.3.1 en 4.3.2), daarna volgt een beschrijving van de resultaten van de CBCL/4-18 (4.3.3), waarna in 4.3.4 beide bevindingen aan elkaar gerelateerd worden. Tot slot worden enkele resultaten van de LSPPK beschreven (4.3.5).

In totaal hebben 1.419 ouders van 5-6 jarigen meegewerkt aan de peiling, waarvan 1.319 ouders de CBCL volledig hebben ingevuld (93%) en 1.394 ouders de LSPPK (98%).

4.3.1 Aard en omvang problematiek volgens JGZ

De jeugdarts of -verpleegkundige signaleerde psychosociale problemen bij 25% van de 5-6 jarigen, vaker bij jongens (29%) dan bij meisjes (21%). Bij 3% was er volgens de JGZ sprake van 'zware' problematiek (tabel 4.12).

Tabel 4.12 Prevalentie van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 5-6 jarigen^{1,2}

	Jongens (n=712)	Meisjes (n=707)	Totaal (n=1.419)
Psychosociale problemen volgens JGZ	%n	%n	%n
Nee	71	79	75
Ja			
- licht	12	11	12
- matig	12	8	10
- zwaar	4	2	3

¹ Van 5 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Bij 32% van de 5-6 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen was het volgens de jeugdarts of -verpleegkundige voornamelijk een probleem voor het kind zelf, bij 26% primair voor de ouder(s) en bij 42% voor zowel kind als ouders. Uit tabel 4.13 blijkt dat meestal de ouder het probleem aangaf, vaak in combinatie met non-verbale signalen van het kind.

Tabel 4.13 Bron van informatie voor JGZ-medewerker over 5-6 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen (n=357)¹

	%n		%n
Verbale signalen kind	17	Eerdere info leerkracht	15
Non-verbale signalen kind	52	Eerdere info JGZ-collega	3
Somatische indicatoren kind	8	Eerdere contacten met kind/ouders	3
Ouder geeft probleem aan	82	Andere bron	1
JGZ-dossier	14		

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere informatiebronnen aangeven.

In tabel 4.14 toont een overzicht van de aard van de gesignaleerde problemen. Volgens de jeugdarts of -verpleegkundige had bijna de helft van de 5-6 jarigen met psychosociale problemen Internaliserende problemen in het persoonlijk functioneren. Daarnaast kwamen Externaliserende problemen, Schoolproblemen en Problemen thuis relatief veel voor. Externaliserende problemen en Schoolproblemen

signaleerde de JGZ vaker bij jongens en Internaliserende problemen vaker bij meisjes.

Tabel 4.14 Aard van de problematiek volgens de JGZ bij 5-6 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen^{1,2}

Soort probleem	Jongens	Meisjes	Totaal
	(n=206) %n	(n=151) %n	(n=357) %n
Problemen thuis (o.a. gezinsproblemen, conflicten met ouders, hechtingsproblematiek)	26	31	28
Schoolproblemen (o.a. aandachtsproblemen, leerproblemen, spijbelen)	** 36	23	31
Problemen in sociale omgang met leeftijdgenoten (o.a. legt moeilijk contact, wordt gepest, weinig vrienden)	11	13	12
Problemen in persoonlijk functioneren: internaliserend (o.a. onzeker, angstig, depressief, teruggetrokken)	* 39	51	44
Problemen in persoonlijk functioneren: externaliserend (o.a. agressief, druk gedrag, koppig)	** 43	28	36
Problemen met eigen lichaam (o.a. eetproblemen, onvrede uiterlijk, psychosomatiek)	10	5	8
Mishandeling (o.a. verwaarlozing, seksueel misbruik)	-	1	1
Overig (o.a. problemen met slapen, spraak, seksualiteit, trauma)	15	9	13

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere probleemgebieden aangeven.

² Significante verschillen naar geslacht zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

Bij de helft van de 5-6 jarigen met psychosociale problemen signaleerde de JGZ meer dan één probleem. De probleemgebieden die het meest samen voorkwamen zijn: Problemen thuis met Schoolproblemen, Problemen thuis met Externaliserende

problemen en Schoolproblemen met Externaliserende problemen. Jongens en meisjes hadden even vaak meerdere problemen tegelijk.

In totaal was 6% van de 5-6 jarigen ten tijde van het onderzoek onder behandeling of controle voor psychosociale problemen bij één of meerdere hulpverleners, jongens (7%) vaker dan meisjes (4%) ($p < 0,01$). Van de kinderen waarbij de JGZ psychosociale problemen constateerde tijdens het PGO, was 21% op dat moment onder behandeling of controle bij de jeugdzorg of elders, vergeleken met 1% van de kinderen waarbij geen psychosociale problemen werden geconstateerd ($P < 0,0001$) (tabel 4.15).

Tabel 4.15 Prevalentie van onder behandeling zijn voor psychosociale problemen bij 5-6 jarigen, in relatie tot het voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ^{1,2}

	Psychosociale problemen volgens JGZ		Totaal
	Nee (n=1.062) %n	Ja (n=357) %n	(n=1.419) %n
Behandeling			
Geen	99	79	94
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	0	6	2
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	1	15	5

¹ Van 7 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

4.3.2 Acties JGZ bij signalering van problematiek

Bij 92% van de 5-6 jarigen met psychosociale problemen die niet onder behandeling waren, ondernam de JGZ één of meerdere acties (tabel 4.16). De voornaamste activiteit van de JGZ bij deze groep was het geven van geruststelling of advies aan de ouders, terwijl bij ruim een vijfde een verwijzing plaats vond naar een andere hulpverlener of instantie. Bij kinderen die al onder behandeling waren bij de jeugdzorg of elders werd minder vaak geruststelling of advies gegeven, maar vaker overlegd met een leerkracht of andere hulpverlener en melding gemaakt bij een vertrouwensarts dan bij kinderen die niet onder behandeling waren. Er zijn geen

significante verschillen tussen jongens en meisjes in de acties die de JGZ ondernam bij gesignaleerde problematiek.

Tabel 4.16 Actie(s) JGZ bij 5-6 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen, in relatie tot het al onder behandeling zijn voor psychosociale problemen^{1,2,3}

		Behandeling			Totaal
		Geen (n=277)	Jeugdzorg (n=20)	Elders (n=53)	(n=350)
Actie JGZ		%n	%n	%n	%n
Geruststelling/advies ouders/kind	****	75	47	42	69
Uitnodiging herhalingsgesprek		20	5	17	19
Overleg/melding derden	**	34	50	55	38
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)		22	25	34	24
<i>Enige vorm van actie</i>	**	92	63	80	89

¹ Van 7 kinderen ontbreken gegevens.

² De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

³ Significante verschillen naar het onder behandeling zijn, zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

Indien de arts of verpleegkundige de psychosociale problemen bij het kind als 'zwaar' categoriseerde, werden ouders en kind vaker uitgenodigd voor een herhalingsgesprek en werd vaker overlegd met derden of een melding gemaakt bij een vertrouwensarts (tabel 4.17). Tevens vond er bij deze groep kinderen vaker een verwijzing plaats naar andere hulpverleners. Ouders van 5-6 jarigen met 'lichte' of 'matige' psychosociale problemen volgens de JGZ zijn vaker gerustgesteld of kregen een inhoudelijk advies. Alle 5-6 jarigen met 'zware' problematiek waarbij de JGZ geen actie ondernam (23%), waren reeds onder behandeling voor psychosociale problemen.

Tabel 4.17 Actie(s) JGZ bij 5-6 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen (n=351), in relatie tot de ernst van de problematiek volgens de JGZ^{1,2,3}

Actie JGZ		Ernst problematiek volgens JGZ		
		Licht (n=166) %n	Matig (n=145) %n	Zwaar (n=40) %n
Geruststelling/advies ouders/kind	*	74	70	50
Uitnodiging herhalingsgesprek	**	13	23	30
Overleg/melding derden	****	27	46	60
Verwijzing naar andere hulpverlener(s) (zie ook tabel 4.18)	****	8	35	53
<i>Enige vorm van actie</i>	*	87	94	77

¹ Van 6 kinderen ontbreken gegevens.

² De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

³ Significante verschillen naar ernst van de problematiek zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets):

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

In totaal zijn 86 (ouders van) 5-6 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen verwezen, meestal naar een opvoedingsondersteuningsaanbod (tabel 4.18). Daarna het meest frequent was een verwijzing naar de huisarts, meestal met een verzoek om door te verwijzen naar een specialist. Er waren geen significante verschillen in het verwijspatroon van jongens en meisjes.

Tabel 4.18 Verwijzing (of intentie tot) door JGZ van 5-6 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen, naar aard van de hulpverlener of instantie (n=86)¹

	%n		%n
Jeugdarts	4	Opvoedingsondersteuningsaanbod	21
Jeugdverpleegkundige (huisbezoek)	8	Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	7
Huisarts	12	Sociaal Pedagogische Dienst (SPD)	2
Kinderarts	2	Remedial teacher (RT)	7
(Kinder)psychiater	-	(School-)logopedist	6
Andere medische specialist	-	Bureau Vertrouwensarts (BVA)	3
Psycholoog	3	Bureau jeugdzorg	1
(Ortho-)pedagoog	4	VTO-team	-
RIAGG	7	Andere hulpverlener/instantie ²	31
Gespecialiseerde gezinsverzorging	1		

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere hulpverleners aangeven.

² Dit betreft o.a. onderwijsbegeleidingsdienst, alternatieve geneeswijzen, diëtiste.

4.3.3 Aard en omvang problematiek volgens CBCL/4-18

Jongens hadden gemiddeld een hogere score op de CBCL-schalen Aandachtsproblemen, Agressief gedrag, Externaliseren ($p < 0,0001$) en Seksproblemen ($p < 0,05$) (bijlage A: toelichting CBCL-schalen). In totaal had 8% van de 5-6 jarigen een verhoogde CBCL Totale Probleemscore (tabel 4.19). Het verschil tussen jongens en meisjes was niet significant.

Tabel 4.19 Normale en verhoogde CBCL/4-18 Totale Probleemscore van jongens en meisjes van 5-6 jaar¹

	Jongens (n=674)	Meisjes (n=645)	Totaal (n=1.319)
Totale Probleemscore CBCL/4-18	%n	%n	%n
Normale score	92	93	92
Verhoogde score	9	7	8

¹ De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Van de kinderen met een verhoogde CBCL score was 21% onder behandeling voor psychosociale problemen bij de jeugdzorg of elders, vergeleken met 4% van de kinderen met een normale score ($p < 0,0001$)(tabel 4.20).

Tabel 4.20 Onder behandeling zijn voor psychosociale problemen van 5-6 jarigen, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore^{1,2}

	Totale Probleemscore CBCL/4-18		Totaal
	Normale score (n=1.217)	Verhoogde score (n=102)	(n=1.319)
Behandeling	%n	%n	%n
Geen	96	79	94
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	1	10	2
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	4	12	4

¹ Van 9 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

4.3.4 Samenhang oordeel JGZ en CBCL/4-18

Nagegaan is vervolgens wat de relatie is tussen het oordeel van de jeugdarts of -verpleegkundige en de CBCL voor 5-6 jarigen die niet onder behandeling waren bij de jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening of jeugdbescherming).

De kans op een verhoogde CBCL score was veel hoger als de JGZ vond dat er sprake was van psychosociale problemen bij het kind. In dat geval had 21% van de kinderen een verhoogde CBCL, tegen 3% als de JGZ geen psychosociale problemen

signaleerde. Uitgaande van de CBCL score (tabel 4.21) constateerde de JGZ een psychosociaal probleem bij 67% van de kinderen die nog niet onder behandeling waren maar wel een verhoogde CBCL score hadden.

Tabel 4.21 Voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 5-6 jarigen die niet onder behandeling zijn bij de jeugdzorg, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore^{1,2,3}

Psychosociale problemen volgens JGZ	Totale Probleemscore CBCL/4-18				Totaal	
	Normale score (n=1.199)		Verhoogde score (n=91)		(n=1.290)	
	%	n	%	n	%	n
Nee	81	961	33	30	77	991
Ja						
- licht	11	125	29	26	12	151
- matig	8	91	30	27	9	118
- zwaar	1	16	9	8	2	24

¹ Van 6 kinderen ontbreken gegevens.

² Door de toegepaste weging tellen soms aantallen niet geheel op tot het totaal.

³ De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Kinderen met een verhoogde score op de CBCL-schaal Angstig/Depressief hadden meer kans om door de JGZ gesignaleerd te worden, terwijl kinderen met een verhoogde score op de CBCL-schaal Seksproblemen minder kans hadden.

Van de 5-6 jarigen - die niet onder behandeling waren voor psychosociale problemen - met een verhoogde CBCL score werd bij 64% actie ondernomen door de JGZ (tabel 4.22). Bij de resterende groep signaleerde de JGZ meestal geen psychosociaal probleem en ondernam dus ook geen vervolgactie. Een vijfde van de kinderen met een verhoogde CBCL score werd door de JGZ doorverwezen naar een andere hulpverlener, vergeleken met 5% van de kinderen met een normale CBCL score.

Tabel 4.22 Actie(s) JGZ bij alle 5-6 jarigen die niet onder behandeling zijn bij de jeugdzorg, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore^{1,2}

		Totale Probleemscore CBCL/4-18		Totaal
		Normale score (n=1.199)	Verhoogde score (n=91)	(n=1.290)
Actie JGZ		%n	%n	%n
Geruststelling/advies ouders/kind	****	14	46	16
Uitnodiging herhalingsgesprek	****	3	20	4
Overleg/melding derden	****	8	19	9
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)	****	5	19	6
<i>Enige vorm van actie</i>	****	18	64	21

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

² Significante verschillen zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

4.3.5 LSPPK

Het eerste deel van de Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters (LSPPK) bestaat uit zorgen van de ouders over verschillende gedrags- en ontwikkelingsaspecten van hun kind (bijlage A: toelichting LSPPK). Uit tabel 4.23 blijkt dat ouders zich met name zorgen maakten over het zelfvertrouwen van hun kind (item 8). Ouders van jongens maakten zich meer zorgen over ontwikkelingsproblemen (item 4 en 5) en het zelfvertrouwen (item 8), dan ouders van meisjes.

Tabel 4.23 Percentage 5-6 jarigen waarover de ouders zich voorafgaande aan het PGO 'een beetje' of 'veel' zorgen maken (LSPPK)¹

Items LSPPK	Jongens	Meisjes	Totaal	
	(n=700)	(n=694)	(n=1.394)	
	%n	%n	%n	
1 Kan uw kind goed spelen met andere kinderen?	10	7	8	
2 Vraagt uw kind regelmatig op een storende manier om aandacht?	19	16	18	
3 Is uw kind regelmatig dwars of koppig?	21	18	19	
4 Hoe gaat het met uw kind op school?	****	18	10	14
5 Heeft uw kind moeilijkheden met spraak of taal?	****	19	10	14
6 Heeft uw kind moeilijkheden met uw afwezigheid?	6	8	7	
7 Is uw kind regelmatig stil of teruggetrokken?	5	3	4	
8 Heeft uw kind voldoende zelfvertrouwen?	*	27	22	25
9 Heeft uw kind last van angsten of is het regelmatig bang?	14	13	13	

¹Significante verschillen naar geslacht zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

Van de ouders maakte 55% zich zorgen over tenminste één item van de LSPPK voorafgaande aan het PGO, vaker over jongens (59%) dan over meisjes (51%)(p<0,01). Na het gesprek met de jeugdarts of -verpleegkundige, is dit percentage gedaald tot 39% (jongens 45%, meisjes 32%; p<0,0001). De ouderlijke zorgen persisteerden het vaakst wat betreft zorgen over hoe het met het kind op school gaat (item 4).

Bij 29% van de 5-6 jarigen had de arts of verpleegkundige na afloop van het PGO (nog) zorgen over tenminste één item van LSPPK. De jeugdarts of -verpleegkundige maakte zich daarbij vaker zorgen over jongens dan over meisjes (tabel 4.24). Er waren geen significante verschillen in het percentage zorgen per item tussen artsen en verpleegkundigen.

Tabel 4.24 *Percentage 5-6 jarigen waarover de jeugdarts of -verpleegkundige zich na een gesprek met de ouders (nog) zorgen over maakt (LSPPK)^{1,2}*

Items LSPPK		Jongens	Meisjes	Totaal	
		(n=700)	(n=694)	(n=1.394)	
		%n	%n	%n	
1	Kan uw kind goed spelen met andere kinderen?	5	4	4	
2	Vraagt uw kind regelmatig op een storende manier om aandacht?	*	12	8	10
3	Is uw kind regelmatig dwars of koppig?	****	11	6	8
4	Hoe gaat het met uw kind op school?	****	14	7	11
5	Heeft uw kind moeilijkheden met spraak of taal?	**	11	6	9
6	Heeft uw kind moeilijkheden met uw afwezigheid?		3	2	2
7	Is uw kind regelmatig stil of teruggetrokken?		2	2	2
8	Heeft uw kind voldoende zelfvertrouwen?	**	15	9	12
9	Heeft uw kind last van angsten of is het regelmatig bang?		6	4	5

¹ Van 68 kinderen ontbreken de gegevens van de JGZ-medewerker.

² Significante verschillen naar geslacht zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

De psychometrische eigenschappen van de LSPPK en de laatste 'open' vraag (item 10) zullen pas in een later stadium geanalyseerd en gepubliceerd worden. Dit geldt ook voor de relatie tussen de LSPPK en de CBCL.

4.4 Psychosociale gezondheid van 7-12 jarigen

Deze paragraaf beschrijft de gegevens van leerlingen van groep 4 en 7/8 van het basisonderwijs. Eerst worden bevindingen van de jeugdartsen en -verpleegkundigen gerapporteerd (4.4.1 en 4.4.2). Daarna volgt een beschrijving van de resultaten van de CBCL/4-18 (4.4.3). Tenslotte worden beide bevindingen in 4.4.4 aan elkaar gerelateerd.

In totaal hebben 1.621 leerlingen van groep 4 en 7/8 van het basisonderwijs meegewerkt aan de peiling, waarvan 1.531 de CBCL volledig hebben ingevuld (95%). De leerlingen variëren in leeftijd van 6 tot en met 13 jaar (tabel 4.25). In het vervolg van de paragraaf zal gesproken worden over 7-12 jarigen.

Tabel 4.25 Leeftijdsverdeling leerlingen van groep 4 en 7/8 van het basisonderwijs (n=1.621)¹

	%
6 jaar	2
7 jaar	27
8 jaar	18
9 jaar	1
10 jaar	24
11 jaar	21
12 jaar	6
13 jaar	1

¹ Van 6 kinderen ontbreken gegevens.

4.4.1 Aard en omvang problematiek volgens JGZ

De jeugdarts of -verpleegkundige signaleerde psychosociale problemen bij 27% van de 7-12 jarigen (tabel 4.26). Er zijn geen significante verschillen gevonden in voorkomen en ernst van psychosociale problemen tussen jongens en meisjes. Bij 2% van de leerlingen was er volgens de JGZ sprake van 'zware' problematiek.

Tabel 4.26 Prevalentie van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 7-12 jarigen^{1,2}

	Jongens (n=773)	Meisjes (n=848)	Totaal (n=1.621)
Psychosociale problemen volgens JGZ	%n	%n	%n
Nee	71	76	73
Ja			
- licht	18	15	16
- matig	9	8	8
- zwaar	3	2	2

¹ Van 7 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Bij 58% van de leerlingen met gesignaleerde psychosociale problemen was het volgens de jeugdarts of -verpleegkundige voornamelijk een probleem voor het kind zelf, bij 13% primair voor de ouder(s) en bij 29% voor zowel kind als ouders. Uit tabel 4.27 blijkt dat ouders de voornaamste bron van informatie zijn geweest voor de JGZ binnen deze leeftijdsgroep.

Tabel 4.27 Bron van informatie voor JGZ-medewerker over 7-12 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen (n=436)¹

	%n		%n
Verbale signalen kind	39	Eerdere info leerkracht, mentor	9
Non-verbale signalen kind	46	Eerdere info JGZ-collega	2
Somatische indicatoren kind	5	Eerdere contacten met kind/ouders	5
Ouder geeft probleem aan	70	Andere bron	3
JGZ-dossier	16		

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere informatiebronnen aangeven.

In tabel 4.28 staat een overzicht van de aard van de problematiek vermeld. De problemen die het vaakst door de JGZ zijn gesignaleerd onder leerlingen in groep 4 en groep 7/8 zijn: Internaliserende problemen, Schoolproblemen en Problemen in sociale omgang. Externaliserende problemen werden significant vaker bij jongens

gesignaleerd dan bij meisjes (23% versus 9%, $p < 0,0001$). Bij de overige soorten problemen zijn geen verschillen gevonden tussen jongens en meisjes.

Tabel 4.28 Aard van de problematiek volgens de JGZ bij 7-12 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen¹

Soort probleem	Totaal (n=436) %n
Problemen thuis (o.a. gezinsproblemen, conflicten met ouders, hechtingsproblematiek)	22
Schoolproblemen (o.a. aandachtsproblemen, leerproblemen, spijbelen)	34
Problemen in sociale omgang met leeftijdgenoten (o.a. legt moeilijk contact, wordt gepest, weinig vrienden)	25
Problemen in persoonlijk functioneren: internaliserend (o.a. onzeker, angstig, depressief, teruggetrokken)	43
Problemen in persoonlijk functioneren: externaliserend (o.a. agressief, druk gedrag, koppig)	16
Problemen met eigen lichaam (o.a. eetproblemen, onvrede uiterlijk, psychosomatiek)	16
Mishandeling (o.a. verwaarlozing, seksueel misbruik)	2
Overig (o.a. problemen met slapen, spraak, seksualiteit, trauma)	9

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere problemen aangeven.

Bij bijna de helft van de 7-12 jarigen met psychosociale problemen signaleerde de JGZ meer dan één probleem (46%). De probleemgebieden die het meest samen voorkwamen zijn: Schoolproblemen met Problemen in sociale omgang, Schoolproblemen met Internaliserende problemen en Problemen in sociale omgang met Internaliserende problemen. Jongens en meisjes hadden even vaak meerdere problemen tegelijk.

In totaal was 4% van de 7-12 jarigen ten tijde van het onderzoek onder behandeling of controle voor psychosociale problemen bij één of meerdere hulpverleners, evenveel jongens als meisjes. Van de leerlingen waarbij de JGZ psychosociale problemen constateerde tijdens het PGO, was 12% op dat moment onder behandeling of controle bij de jeugdzorg of elders, vergeleken met 1% van de

leerlingen waarbij geen psychosociale problemen werden geconstateerd ($p < 0,0001$) (tabel 4.29).

Tabel 4.29 Prevalentie van onder behandeling zijn voor psychosociale problemen bij 7-12 jarigen, in relatie tot het voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ^{1,2}

Behandeling	Psychosociale problemen volgens JGZ		Totaal
	Nee	Ja	
	(n=1.185)	(n=436)	(n=1.621)
	%n	%n	%n
Geen	99	88	96
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	0	5	2
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	1	7	3

¹ Van 16 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

4.4.2 Acties JGZ bij signalering van problematiek

Bij 76% van de 7-12 jarigen waarbij psychosociale problemen werden gesignaleerd tijdens het PGO en die niet onder behandeling waren, ondernam de jeugdarts of -verpleegkundige actie (tabel 4.30). De meest voorkomende activiteit was het geven van geruststelling of advies. Bij 17% van deze groep werd er doorverwezen naar een andere hulpverlener of hulpverleningsinstantie. Als de leerling niet onder behandeling was, werd er vaker geruststelling of advies gegeven. Bij meisjes met gesignaleerde psychosociale problemen werd vaker een actie ondernomen dan bij jongens (81% versus 70%, $p < 0,05$), met name inhoudelijk advies.

Tabel 4.30 Actie(s) JGZ bij 7-12 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen, in relatie tot het al onder behandeling zijn voor psychosociale problemen^{1,2,3}

		Behandeling			Totaal
		Geen (n=376)	Jeugdzorg (n=21)	Elders (n=30)	(n=427)
Actie JGZ		%n	%n	%n	%n
Geruststelling/advies ouders/kind	****	59	18	37	55
Uitnodiging herhalingsgesprek		13	-	13	13
Overleg/melding derden		45	29	40	44
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)		17	14	37	18
<i>Enige vorm van actie</i>	**	76	52	69	74

¹ Van 9 kinderen ontbreken gegevens.

² De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

³ Significante verschillen naar het onder behandeling zijn, zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

Indien de arts of verpleegkundige de psychosociale problemen bij het kind als 'zwaar' categoriseerde, werd er vaker overlegd met derden, werd er vaker doorverwezen naar andere hulpverleners en werd er minder vaak advies gegeven (tabel 4.31). Als er sprake was van 'lichte' problematiek werden ouders minder vaak uitgenodigd voor een herhalingsgesprek en werd er vaker geen actie ondernomen. Alle leerlingen van 7-12 jaar met 'zware' problematiek waarbij de JGZ geen actie ondernam (15%), waren al onder behandeling voor psychosociale problemen ten tijde van het onderzoek.

Tabel 4.31 Actie(s) JGZ bij 7-12 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen (n=429), in relatie tot de ernst van de problematiek volgens de JGZ^{1,2,3}

Actie JGZ		Ernst problematiek volgens JGZ		
		Licht (n=262) %n	Matig (n=133) %n	Zwaar (n=34) %n
Geruststelling/advies ouders/kind	**	55	64	29
Uitnodiging herhalingsgesprek	*	8	20	21
Overleg/melding derden	**	37	53	69
Verwijzing naar andere hulpverlener(s) (zie ook tabel 4.32)	****	6	32	53
<i>Enige vorm van actie</i>	*	68	86	85

¹ Van 7 kinderen ontbreken gegevens.

² De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

³ Significante verschillen naar ernst van de problematiek zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets):
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

In totaal zijn 79 leerlingen doorverwezen, meestal naar het RIAGG, een psycholoog of een vorm van opvoedingsondersteuning (tabel 4.32). Er is een significant verschil tussen jongens en meisjes wat betreft verwijzing naar het RIAGG (p<0,05). Van de doorverwezen jongens werd 7% naar het RIAGG verwezen, van de meisjes 26%; dit betreft echter kleine aantallen (3 jongens en 9 meisjes).

Tabel 4.32 Verwijzing (of intentie tot) door JGZ van 7-12 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen, naar aard van de hulpverlener of instantie (n=79)¹

	%n		% n
Jeugdarts	13	Opvoedingsondersteuningsaanbod	14
Jeugdverpleegkundige (huisbezoek)	4	Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	5
Huisarts	13	Sociaal Pedagogische Dienst (SPD)	1
Kinderarts	1	Remedial teacher (RT)	1
(Kinder)psychiater	3	(School-)logopedist	3
Andere medische specialist	4	Bureau Vertrouwensarts (BVA)	1
Psycholoog	14	Bureau jeugdzorg	3
(Ortho-)pedagoog	3	VTO-team	-
RIAGG	15	Andere hulpverlener/instantie ²	18
Gespecialiseerde gezinsverzorging	-		

¹ De JGZ-medewerker kon naar meerdere hulpverleners(instanties) verwijzen.

² Dit betreft o.a. onderwijsbegeleidingsdienst, alternatieve geneeswijzen, diëtiste.

4.4.3 Aard en omvang problematiek volgens CBCL/4-18

Jongens hadden gemiddeld een hogere score op de CBCL-schalen Aandachtsproblemen, Delinquent gedrag, Agressief gedrag ($p < 0,0001$) en Sociale problemen ($p < 0,05$). Meisjes hadden gemiddeld een hogere score op de CBCL-schaal Lichamelijke klachten ($p < 0,01$) (bijlage A: toelichting CBCL-schalen). In totaal had 9% van de leerlingen een verhoogde CBCL Totale Probleemscore (tabel 4.33). Het verschil tussen jongens en meisjes was niet significant.

Tabel 4.33 Normale en verhoogde CBCL/4-18 Totale Probleemscore van jongens en meisjes van 7-12 jaar

Totale Probleemscore CBCL/4-18	Jongens	Meisjes	Totaal
	(n=732)	(n=799)	(n=1.531)
	%n	%n	%n
Normale score	91	90	91
Verhoogde score	9	10	9

Van de leerlingen met een verhoogde CBCL score was 11% onder behandeling voor psychosociale problemen bij de jeugdzorg of elders, vergeleken met 4% van de leerlingen met een normale score ($p < 0,0001$) (tabel 4.34).

Tabel 4.34 Onder behandeling zijn voor psychosociale problemen van 7-12 jarigen, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore^{1,2}

Behandeling	Totale Probleemscore CBCL/4-18		Totaal
	Normale score (n=1.388)	Verhoogde score (n=143)	(n=1.531)
	%n	%n	%n
Geen	96	89	96
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	1	9	2
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	3	2	3

¹ Van 16 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

4.4.4 Samenhang oordeel JGZ en CBCL/4-18

Nagegaan is vervolgens wat de relatie is tussen het oordeel van de jeugdarts of -verpleegkundige en de CBCL voor kinderen die niet onder behandeling waren bij de jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening of jeugdbescherming).

De kans op een verhoogde CBCL score was veel hoger als de JGZ vond dat er sprake was van psychosociale problemen bij het kind. In dat geval had 17% van de kinderen een verhoogde CBCL score, tegen 5% als de JGZ geen psychosociale

problemen signaleerde. Uitgaande van de CBCL score (tabel 4.35) constateerde de JGZ een psychosociaal probleem bij 53% van de leerlingen die nog niet onder behandeling waren maar wel een verhoogde CBCL score hadden.

Tabel 4.35 Voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 7-12 jarigen die niet onder behandeling zijn bij de jeugdzorg, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore^{1,2,3}

Psychosociale problemen volgens JGZ	Totale Probleemscore CBCL/4-18				Totaal	
	Normale score (n=1.367)		Verhoogde score (n=126)		(n=1.493)	
	%	n	%	n	%	n
Nee	77	1.055	47	59	75	1.114
Ja						
- licht	16	212	18	23	16	235
- matig	6	83	28	35	8	118
- zwaar	1	13	7	9	2	22

¹ Van 4 kinderen ontbreken gegevens.

² Door de toegepaste weging tellen soms aantallen niet geheel op tot het totaal.

³ De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Leerlingen van 7-12 jaar met een verhoogde score op de CBCL-schaal Lichamelijke klachten hadden minder kans om door de JGZ gesignaleerd te worden.

Van de 7-12 jarigen - die niet onder behandeling waren voor psychosociale problemen - met een verhoogde CBCL score werd bij 47% actie ondernomen door de JGZ (tabel 4.36). Bij de resterende groep signaleerde de JGZ meestal geen psychosociaal probleem en ondernam dus ook geen vervolgactie. Bij 18% van de leerlingen met een verhoogde CBCL score werd er door de jeugdarts of -verpleegkundige doorverwezen naar een andere hulpverlener, vergeleken met 3% van de leerlingen met een normale score.

Tabel 4.36 Actie(s) JGZ bij alle 7-12 jarigen die niet onder behandeling zijn in de jeugdzorg, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore^{1,2}

Actie JGZ		Totale Probleemscore CBCL/4-18		Totaal
		Normale score (n=1.367) %n	Verhoogde score (n=126) %n	(n=1.493) %n
Geruststelling/advies ouders/kind	****	12	38	14
Uitnodiging herhalingsgesprek	**	3	9	3
Overleg/melding derden	****	9	33	11
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)	****	3	18	5
<i>Enige vorm van actie</i>	****	16	47	19

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

² Significante verschillen zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

4.5 Psychosociale gezondheid van 13-15 jarigen

Deze paragraaf beschrijft de gegevens van leerlingen van het voorgezet onderwijs. Eerst worden bevindingen van de jeugdartsen en -verpleegkundigen gerapporteerd (4.5.1 en 4.5.2). Daarna volgen beschrijvingen van de resultaten van achtereenvolgens de CBCL/4-18 (4.5.3 en 4.5.4), de YSR (4.5.5 en 4.5.6) en de KIVPA (4.5.7 en 4.5.8). Voor de drie instrumenten geldt dat eerst de bevindingen worden gerapporteerd, waarna die bevindingen vergeleken worden met het oordeel van de JGZ.

In totaal hebben 1.440 13-15 jarigen meegewerkt aan de peiling, waarvan 1.322 de CBCL volledig hebben ingevuld (92%), 1.337 de YSR (93%) en 1.329 de KIVPA (92%). De leerlingen variëren in leeftijd van 11 tot en met 16 jaar (tabel 4.37). In het vervolg van de paragraaf zal gesproken worden over 13-15 jarigen.

Tabel 4.37 Leeftijdsverdeling leerlingen voortgezet onderwijs (n=1.440)¹

	%n
11 jaar	0,1
12 jaar	8
13 jaar	53
14 jaar	34
15 jaar	5
16 jaar	0,4

¹ Van 1 kind ontbreken gegevens.

4.5.1 Aard en omvang problematiek volgens JGZ

De jeugdarts of -verpleegkundige signaleerde psychosociale problemen bij 23% van de leerlingen van het voortgezet onderwijs (tabel 4.38). Er zijn geen significante verschillen gevonden in voorkomen en ernst van psychosociale problemen tussen jongens en meisjes. Bij 3% van de leerlingen was er volgens de JGZ sprake van 'zware' problematiek.

Tabel 4.38 Prevalentie van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 13-15 jarigen^{1,2}

	Jongens (n=708)	Meisjes (n=732)	Totaal (n=1.440)
Psychosociale problemen volgens JGZ	%n	%n	%n
Nee	80	75	77
Ja			
- licht	11	11	11
- matig	8	11	9
- zwaar	2	4	3

¹ Van 9 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Bij 69% van de leerlingen met gesignaleerde psychosociale problemen was het volgens de jeugdarts of -verpleegkundige voornamelijk een probleem voor het kind zelf, bij 4% primair voor de ouder(s) en bij 27% voor zowel kind als ouders. Uit tabel 4.39 blijkt dat verbale en non-verbale signalen van de leerlingen de voornaamste bron van informatie zijn geweest voor de JGZ binnen deze leeftijdsgroep.

Tabel 4.39 Bron van informatie voor JGZ-medewerker over 13-15 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen (n=337)¹

	%n		%n
Verbale signalen kind	83	Eerdere info leerkracht, mentor	9
Non-verbale signalen kind	47	Eerdere info JGZ-collega	4
Somatische indicatoren kind	16	Eerdere contacten met kind/ouders	5
Ouder geeft probleem aan	15	Andere bron	2
JGZ-dossier	22		

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere informatiebronnen aangeven.

In tabel 4.40 staat een overzicht van de aard van de problematiek vermeld. De problemen die het vaakst door de JGZ zijn gesignaleerd onder 13-15 jarigen zijn: Internaliserende problemen, Problemen met eigen lichaam, Schoolproblemen en Problemen thuis. Er zijn geen verschillen gevonden tussen jongens en meisjes in het voorkomen van de verschillende soorten problemen volgens de JGZ.

Tabel 4.40 Aard van de problematiek volgens de JGZ bij 13-15 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen¹

Soort probleem	Totaal (n=337) %n
Problemen thuis (o.a. gezinsproblemen, conflicten met ouders, hechtingsproblematiek)	31
Schoolproblemen (o.a. aandachtsproblemen, leerproblemen, spijbelen)	34
Problemen in sociale omgang met leeftijdgenoten (o.a. legt moeilijk contact, wordt gepest, weinig vrienden)	23
Problemen in persoonlijk functioneren: internaliserend (o.a. onzeker, angstig, depressief, teruggetrokken)	41
Problemen in persoonlijk functioneren: externaliserend (o.a. agressief, druk gedrag, koppig)	10
Problemen met eigen lichaam (o.a. eetproblemen, onvrede uiterlijk, psychosomatiek)	39
Mishandeling (o.a. verwaarlozing, seksueel misbruik)	2
Overig (o.a. problemen met slapen, spraak, seksualiteit, trauma)	18

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere problemen aangeven.

Bij 62% van de 13-15 jarigen met psychosociale problemen signaleerde de JGZ meer dan één probleem. De probleemgebieden die het meest samen voorkwamen zijn: Problemen met eigen lichaam met Internaliserende problemen, Problemen thuis met Schoolproblemen, en Problemen thuis met Problemen met eigen lichaam. Jongens en meisjes hadden even vaak meerdere problemen tegelijk.

In totaal was 4% van de leerlingen ten tijde van het onderzoek onder behandeling of controle voor psychosociale problemen bij één of meerdere hulpverleners, evenveel jongens als meisjes. Van de leerlingen waarbij de JGZ psychosociale problemen constateerde tijdens het PGO, was 14% op dat moment onder behandeling of controle bij de jeugdzorg of elders, vergeleken met 1% van de leerlingen waarbij geen psychosociale problemen werden geconstateerd ($p < 0,0001$) (tabel 4.41).

Tabel 4.41 Prevalentie van onder behandeling zijn voor psychosociale problemen bij 13-15 jarigen, in relatie tot het voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ^{1,2}

Behandeling	Psychosociale problemen volgens JGZ		Totaal
	Nee (n=1.103) %n	Ja (n=337) %n	(n=1.440) %n
Geen	99	86	96
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	1	9	2
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	1	6	2

¹ Van 19 kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

4.5.2 Acties JGZ bij signalering van problematiek

Bij 90% van de 13-15 jarigen waarbij psychosociale problemen werden geconstateerd tijdens het PGO en die niet onder behandeling waren, ondernam de jeugdarts of -verpleegkundige actie (tabel 4.42). De meest voorkomende activiteit was het geven van geruststelling of advies. Bij 19% werd er doorverwezen naar een andere hulpverlener of hulpverleningsinstantie. Als de leerling in behandeling was bij de jeugdzorg werd hij/zij minder vaak gerustgesteld en werd er vaker overlegd met derden. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen jongens en meisjes in de acties die de JGZ ondernam bij gesignaleerde problematiek.

Tabel 4.42 Actie(s) JGZ bij 13-15 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen, in relatie tot het al onder behandeling zijn voor psychosociale problemen^{1,2,3}

	Behandeling			Totaal
	Geen (n=280)	Jeugdzorg (n=28)	Elders (n=18)	(n=326)
Actie JGZ	%n	%n	%n	%n
Geruststelling/advies ouders/kind	** 64	32	61	61
Uitnodiging herhalingsgesprek	24	29	28	25
Overleg/melding derden	* 50	75	67	53
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)	19	32	28	21
<i>Enige vorm van actie</i>	<i>90</i>	<i>89</i>	<i>94</i>	<i>90</i>

¹ Van 11 kinderen ontbreken gegevens.

² De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

³ Significante verschillen naar het onder behandeling zijn, zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets):
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

Indien de arts of verpleegkundige de psychosociale problemen bij het kind als 'zwaar' categoriseerde, werden alle typen acties vaker ondernomen (tabel 4.43).

Tabel 4.43 Actie(s) JGZ bij 13-15 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen (n=328), in relatie tot de ernst van de problematiek volgens de JGZ^{1,2,3}

Actie JGZ		Ernst problematiek volgens JGZ		
		Licht (n=152) %n	Matig (n=133) %n	Zwaar (n=43) %n
Geruststelling/advies ouders/kind	*	66	52	70
Uitnodiging herhalingsgesprek	****	13	36	40
Overleg/melding derden	****	29	75	81
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)	****	7	29	49
(zie ook tabel 4.44)				
<i>Enige vorm van actie</i>		83	95	100

¹ Van 9 kinderen ontbreken gegevens.

² De JGZ medewerker kon meerdere actie aangeven.

³ Significante verschillen naar ernst van de problematiek zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets):

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

In totaal zijn 71 leerlingen doorverwezen, meestal naar een huisarts, een jeugdarts of het RIAGG (tabel 4.44). Er is een significant verschil tussen jongens en meisjes wat betreft verwijzing naar het RIAGG (p<0,05). Van de doorverwezen jongens werd 36% naar het RIAGG verwezen, van de meisjes 11%; dit betreft echter kleine aantallen (9 jongens en 5 meisjes).

Tabel 4.44 Verwijzing (of intentie tot) door JGZ van 13-15 jarigen met gesignaleerde psychosociale problemen, naar aard van de hulpverlener of instantie (n=71)¹

	%n		%n
Jeugdarts	21	Opvoedingsondersteuningsaanbod	-
Jeugdverpleegkundige (huisbezoek)	7	Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	9
Huisarts	22	Sociaal Pedagogische Dienst (SPD)	-
Kinderarts	1	Remedial teacher (RT)	1
(Kinder)psychiater	1	(School-)logopedist	-
Andere medische specialist	3	Bureau Vertrouwensarts (BVA)	-
Psycholoog	4	Bureau jeugdzorg	3
(Ortho-)pedagoog	1	VTO-team	-
RIAGG	20	Andere hulpverlener/instantie ²	34
Gespecialiseerde gezinsverzorging	-		

¹ De JGZ-medewerker kon naar meerdere hulpverleners(instanties) verwijzen.

² Dit betreft o.a. onderwijsbegeleidingsdienst, alternatieve geneeswijzen, diëtiste.

4.5.3 Aard en omvang problematiek volgens CBCL/4-18

Jongens hadden gemiddeld een hogere score op de schalen Sociale problemen ($p < 0,01$), Aandachtsproblemen ($p < 0,0001$), Agressief gedrag ($p < 0,01$) en Externaliseren ($p < 0,05$). Meisjes hadden gemiddeld een hogere score op de schalen Lichamelijke problemen ($p < 0,0001$), Angstig/Depressief ($p < 0,0001$) en Internaliseren ($p < 0,0001$) (bijlage A: toelichting CBCL-schalen). In totaal had 9% van de leerlingen een verhoogde CBCL Totale Probleemscore (tabel 4.45). Het verschil tussen jongens en meisjes was niet significant.

Tabel 4.45 Normale en een verhoogde CBCL/4-18 Totale Probleemscore van jongens en meisjes van 13-15 jaar

Totale Probleemscore CBCL/4-18	Jongens (n=644)	Meisjes (n=678)	Totaal (n=1.322)
	%n	%n	%n
Normale score	92	89	91
Verhoogde score	8	11	9

Van de leerlingen met een verhoogde CBCL score was 14% onder behandeling voor psychosociale problemen bij de jeugdzorg of elders, vergeleken met 3% van de leerlingen met een normale score ($p < 0,0001$) (tabel 4.46).

Tabel 4.46 Onder behandeling zijn voor psychosociale problemen van 13-15 jarigen, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore¹

	Totale Probleemscore CBCL/4-18		Totaal (n=1.322)
	Normale score (n=1.201)	Verhoogde score (n=121)	%n
Behandeling	%n	%n	%n
Geen	97	86	96
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	1	10	2
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	2	4	2

¹ Van 14 kinderen ontbreken gegevens.

4.5.4 Samenhang oordeel JGZ en CBCL/4-18

Nagegaan is vervolgens wat de relatie is tussen het oordeel van de jeugdarts of -verpleegkundige en de CBCL voor leerlingen die niet onder behandeling waren bij de jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening of jeugdbescherming).

De kans op een verhoogde CBCL score was veel hoger als de JGZ vond dat er sprake was van psychosociale problemen bij het kind. In dat geval had 20% van de kinderen een verhoogde CBCL score, tegen 5% als de JGZ geen psychosociale

problemen signaleerde. Uitgaande van de CBCL score (tabel 4.47) constateerde de JGZ een psychosociaal probleem bij 49% van de leerlingen die nog niet onder behandeling waren maar wel een verhoogde CBCL score hadden.

Tabel 4.47 Voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 13-15 jarigen die niet onder behandeling zijn bij de jeugdzorg, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore^{1,2,3}

Psychosociale problemen volgens JGZ	Totale Probleemscore op CBCL/4-18				Totaal	
	Normale score (n=1.177)		Verhoogde score (n=106)		(n=1.283)	
	%	n	%	n	%	n
Nee	82	961	51	54	79	1.015
Ja						
- licht	11	125	17	18	11	143
- matig	6	71	24	25	8	96
- zwaar	1	15	9	9	2	24

¹ Van 5 kinderen ontbreken gegevens.

² Door de toegepaste weging tellen soms aantallen niet geheel op tot het totaal.

³ De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

Leerlingen met een verhoogde score op de CBCL-schalen Angstig/Depressief en Agressief gedrag hadden meer kans om door de JGZ gesignaleerd te worden.

Van de 13-15 jarigen - die niet onder behandeling waren voor psychosociale problemen - met een verhoogde CBCL score werd bij 49% actie ondernomen door de JGZ (tabel 4.48). Bij de resterende groep signaleerde de JGZ meestal geen psychosociale problemen en ondernam dus ook geen vervolgactie. Bij 14% van de leerlingen met een verhoogde CBCL score werd er door de jeugdarts of -verpleegkundige doorverwezen naar een andere hulpverlener, vergeleken met 3% van de leerlingen met een normale CBCL score.

Tabel 4.48 Actie(s) JGZ bij alle 13-15 jarigen die niet onder behandeling zijn in de jeugdzorg, in relatie tot de CBCL/4-18 Totale Probleemscore^{1,2}

Actie JGZ		Totale Probleemscore CBCL/4-18		Totaal
		Normale score	Verhoogde score	
		(n=1.177)	(n=106)	(n=1.283)
		%n	%n	%n
Geruststelling/advies ouders/kind	****	11	39	14
Uitnodiging herhalingsgesprek	****	4	18	5
Overleg/melding derden	****	8	38	10
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)	****	3	14	4
<i>Enige vorm van actie</i>	****	16	49	18

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

² Significante verschillen zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

4.5.5 Aard en omvang problematiek volgens de YSR

Meisjes hebben gemiddeld een hogere score op de schalen Teruggetrokken (p<0,01), Lichamelijke klachten, Angstig/Depressief, Denkproblemen, Aandachtsproblemen (p<0,0001) en Internaliseren (p<0,0001). Op de overige schalen (Sociale problemen, Delinquent Gedrag, Agressief Gedrag en Externaliseren) zijn de verschillen tussen jongens en meisjes niet significant (bijlage A: toelichting YSR-schalen). In totaal had 12% van de leerlingen een verhoogde YSR Totale Probleemscore (tabel 4.49), meisjes vaker dan jongens (p<0,01).

Tabel 4.49 Normale en verhoogde YSR Totale Probleemscore van jongens en meisjes van 13-15 jaar

	Jongens (n=650)	Meisjes (n=687)	Totaal (n=1.337)
Totale Probleemscore YSR	%n	%n	%n
Normale score	91	85	88
Verhoogde score	9	15	12

Van de 13-15 jarigen met een verhoogde YSR score was 11% onder behandeling bij de jeugdzorg of elders voor psychosociale problemen, vergeleken met 3% van de leerlingen met een normale score ($p < 0,0001$) (tabel 4.50).

Tabel 4.50 *Onder behandeling zijn voor psychosociale problemen van 13-15 jarigen, in relatie tot de YSR Totale Probleemscore¹*

Behandeling	Totale Probleemscore YSR		Totaal (n=1.337) %n
	Normale score (n=1.174) %n	Verhoogde score (n=163) %n	
Geen	97	89	96
Jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming)	1	6	2
Elders (o.a. huisarts, kinderarts, gezinsverzorging)	2	5	2

¹ Van 13 kinderen ontbreken gegevens.

4.5.6 Samenhang oordeel JGZ en YSR

Nagegaan is vervolgens wat de relatie is tussen het oordeel van de jeugdarts of -verpleegkundige en de YSR voor leerlingen die niet onder behandeling waren bij de jeugdzorg (GGZ, jeugdhulpverlening of jeugdbescherming).

De kans op een verhoogde YSR score was veel hoger als de JGZ vond dat er sprake was van psychosociale problemen bij het kind. In dat geval had 20% van de kinderen een verhoogde YSR score, tegen 5% als de JGZ geen psychosociale problemen signaleerde. Uitgaande van de YSR score (tabel 4.51) constateerde de JGZ een psychosociaal probleem bij 46% van de leerlingen die nog niet onder behandeling waren maar wel een verhoogde YSR score hadden.

Tabel 4.51 Voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 13-15 jarigen die niet onder behandeling zijn bij de jeugdzorg, in relatie tot de YSR Totale Probleemscore^{1,2}

Psychosociale problemen volgens JGZ	Totale Probleemscore op YSR				Totaal	
	Normale score (n=1.152)		Verhoogde score (n=146)		(n=1.298)	
	%	n	%	n	%	n
Nee	82	945	54	78	79	1.023
Ja						
- licht	10	112	20	29	11	141
- matig	7	80	17	24	8	104
- zwaar	1	11	9	13	2	24

¹ Van 6 kinderen ontbreken gegevens.

² Door de toegepaste weging tellen soms aantallen niet geheel op tot het totaal.

Bij 46% van de leerlingen die niet onder behandeling waren voor psychosociale problemen, met een verhoogde YSR score werd door de JGZ een actie ondernomen (tabel 4.52). Bij de resterende groep signaleerde de JGZ meestal geen psychosociaal probleem en ondernam dus ook geen vervolgactie. Bij 12% van de leerlingen met een verhoogde YSR score werd door de jeugdarts of -verpleegkundige doorverwezen naar een andere hulpverlener, vergeleken met 3% van de leerlingen met een normale YSR score.

Tabel 4.52 Actie(s) JGZ bij alle 13-15 jarigen die niet onder behandeling zijn in de jeugdzorg, in relatie tot de YSR Totale Probleemscore^{1,2}

		Totale Probleemscore YSR		Totaal (n=1.298) %n
		Normale score (n=1.152) %n	Verhoogde score (n=146) %n	
Actie JGZ				
Geruststelling/advies ouders/kind	****	10	40	14
Uitnodiging herhalingsgesprek	****	4	15	5
Overleg/melding derden	****	8	29	10
Verwijzing naar andere hulpverlener(s)	****	3	12	4
<i>Enige vorm van actie</i>	****	15	46	19

¹ De JGZ-medewerker kon meerdere acties aangeven.

² Significante verschillen zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

4.5.7 KIVPA

De KIVPA is voorafgaand aan het PGO, door de leerlingen zelf ingevuld en bestaat uit drie delen:

- Acht indicatieve vragen GGD Regio Stedendriehoek (deel 1)
- Psychosomatische schaal van Van der Linden en Dijkman (deel 2)
- Zelfanalyse-schaal (deel 3)

Zie voor een toelichting bijlage A.

Uit tabel 4.53 blijkt dat 20% van de 13-15 jarigen een score boven de indicatiegrens had, meisjes vaker dan jongens. Ook hadden meisjes op de drie afzonderlijke delen van de KIVPA een hogere (meer indicatieve) score dan jongens. Het percentage jongens en meisjes met minimaal één indicatief antwoord op alle items van de KIVPA verschilt niet significant. Met een 'indicatief antwoord' wordt bedoeld de antwoordcategorie van een vraag die mogelijk duidt op aanwezige psychosociale problemen.

Tabel 4.53 *Overzicht scores schalen KIVPA (tussen haakjes: range)¹*

Schalen KIVPA		Jongens (n=650)	Meisjes (n=679)	Totaal (n=1.329)
Gemiddelde score op deel 1 (0-8)	****	0,89	1,23	1,07
Gemiddelde score op deel 2 (0-18)	****	3,76	5,14	4,47
Gemiddelde score op deel 3 (0-14)	****	2,20	2,84	2,53
Gemiddelde score op totaalschaal (0-21)	****	3,24	4,37	3,82
Percentage met minimaal één indicatief antwoord		85%	88%	86%
Percentage met score boven indicatiegrens op totaalschaal	****	14%	26%	20%

¹ Significante verschillen naar geslacht zijn gemarkeerd (t-toets of Chi-kwadraat): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

In tabel 4.54 staat weergegeven hoeveel procent van de leerlingen een indicatief antwoord heeft gegeven op de items van deel 1 van de KIVPA. Op drie items gaven meisjes significant vaker een indicatief antwoord dan jongens. Ruim de helft van de leerlingen geeft op tenminste één van de items een indicatief antwoord, meisjes vaker dan jongens.

Tabel 4.54 Percentage 13-15 jarigen dat een indicatief antwoord gaf op de acht indicatieve vragen GGD Regio Stedendriehoek (deel 1 KIVPA)¹

Items KIVPA		Jongens	Meisjes	Totaal
		(n=650)	(n=679)	(n=1.329)
		%n	%n	%n
Vindt eigen gezondheid matig of slecht		11	13	12
Thuisituatie (vindt het thuis niet zo leuk)	****	2	7	5
Kan niet goed praten met ouders	*	18	24	21
Maakt zich enigszins / veel zorgen over de toekomst		33	35	34
Vindt dat hij / zij niet genoeg vriend(inn)en heeft		13	14	14
Is niet tevreden met zijn / haar uiterlijk	****	9	24	17
Heeft een seksuele ervaring tegen zin in gehad		2	3	2
Gebruikt slaap- / kalmeringsmiddelen		2	3	2
<i>Op tenminste één vraag een indicatief antwoord</i>	**	51	60	56

¹ Significante verschillen naar geslacht zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

In tabel 4.55 staat weergegeven hoeveel procent van de leerlingen een indicatief antwoord heeft gegeven op de items van deel 2 van de KIVPA. Op vier items gaven meisjes significant vaker een indicatief antwoord dan jongens. Eenderde van de leerlingen gaf op tenminste één van de items een indicatief antwoord, meisjes vaker dan jongens.

Tabel 4.55 Percentage 13-15 jarigen dat een indicatief antwoord gaf op de vragen van de psychosomatische schaal van Van der Linden en Dijkman (deel 2 KIVPA)¹

Items KIVPA	Jongens	Meisjes	Totaal
	(n=650)	(n=679)	(n=1.329)
Lusteloosheid	3	3	3
Moeheid	3	4	3
Hoofdpijn, door spanning	3	6	5
Geen trek in eten	****	5	11
Moeite om in slaap te vallen	13	15	14
Gevoelige huid	**	7	11
Pijn in buik	****	2	8
Gespannen spieren	2	2	2
Erg huilen, zonder veel aanleiding	**	1	3
Op tenminste één vraag een indicatief antwoord	****	28	38

¹ Significante verschillen naar geslacht zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

In tabel 4.56 staat weergegeven hoeveel procent van de leerlingen een indicatief antwoord heeft gegeven op de items van deel 3 van de KIVPA. Op negen items gaven meisjes significant vaker een indicatief antwoord dan jongens. Jongens gaven op twee items vaker een indicatief antwoord dan meisjes; dit betreft de items 'driftig / agressief' en 'niet spontaan'. Meisjes gaven ook op de zelfanalyseschaal vaker tenminste op één item een indicatief antwoord dan jongens.

Tabel 4.56 Percentage 13-15 jarigen dat een indicatief antwoord gaf op de zelfanalyseschaal (deel 3 KIVPA)¹

Items KIVPA		Jongens	Meisjes	Totaal
		(n=650)	(n=679)	(n=1.329)
		%n	%n	%n
Niet tevreden	****	3	8	5
Opstandig / ongehoorzaam		32	33	32
Onzeker	****	18	41	30
Tobber	****	27	40	34
Niet zelfstandig		6	7	6
Driftig / agressief	*	23	17	20
Gespannen / zenuwachtig	**	28	37	32
Niet gelukkig	**	1	3	2
Gesloten / teruggetrokken	**	15	20	18
Eenzaam	****	9	15	12
Verlegen / schuchter	**	32	40	36
Niet spontaan	****	12	7	9
Somber / depressief	**	11	17	14
Niet ambitieus / creatief		4	2	3
<i>Op tenminste één vraag een indicatief antwoord</i>	*	75	81	78

¹ Significante verschillen naar geslacht zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat): * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

4.5.8 Samenhang KIVPA en oordeel JGZ

Nagegaan is wat de relatie is tussen het oordeel van de jeugdarts en -verpleegkundige en de KIVPA Totaalscore van leerlingen, die niet onder behandeling waren bij de jeugdzorg. De kans op een verhoogde KIVPA score was hoger als de JGZ vond dat er sprake was van psychosociale problemen bij het kind. In dat geval had 43% van de leerlingen een verhoogde KIVPA score, tegen 13% als

de JGZ geen psychosociale problemen signaleerde. Uitgaande van de KIVPA score (tabel 4.57) signaleerde de JGZ een psychosociaal probleem bij 47% van de leerlingen die nog niet onder behandeling waren maar wel een verhoogde KIVPA score hadden.

Tabel 4.57 Voorkomen van psychosociale problemen volgens de JGZ bij 13-15 jarigen die niet onder behandeling zijn bij de jeugdzorg, in relatie tot de KIVPA Totaalscore^{1,2,3}

Psychosociale problemen volgens JGZ	Totaalscore KIVPA				Totaal	
	Normale score (n=1.041)		Verhoogde score (n=250)		(n=1.291)	
	%	n	%	n	%	n
Nee	85	883	53	132	79	1.015
Ja						
- licht	9	90	22	53	11	143
- matig	6	58	18	45	8	103
- zwaar	1	8	7	17	2	25

¹ Van 5 kinderen ontbreken gegevens.

² Door de toegepaste weging tellen soms aantallen niet geheel op tot het totaal.

³ De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

De psychometrische eigenschappen van de KIVPA zullen in een later stadium geanalyseerd en gepubliceerd worden. Dit geldt ook voor de relatie tussen de drie instrumenten (KIVPA, CBCL, YSR) onderling.

4.6 Achtergrondkenmerken

De vier voorafgaande paragrafen gaven gedetailleerd de gegevens weer over de psychosociale gezondheid van de onderscheiden leeftijdsgroepen. Deze slot paragraaf beschrijft de resultaten van de gehele groep 1-15 jarigen (n=6.709), in relatie tot ook andere achtergrondkenmerken dan alleen leeftijd.

In totaal identificeerde de JGZ bij 20% van alle 1-15 jarigen psychosociale problemen tijdens het PGO (tabel 4.58). Dit percentage is iets lager (18%) als de kinderen worden uitgesloten die ten tijde van het PGO reeds onder behandeling waren bij de jeugdzorg. Vijf procent van alle kinderen - die niet onder behandeling

waren bij de jeugdzorg - is door de JGZ verwezen naar een vorm van hulpverlening voor nadere diagnostiek of behandeling.

Tabel 4.58 Prevalentie van psychosociale problemen volgens de JGZ en verwijzing van kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen, naar een aantal standaard achtergrondkenmerken^{1,2,3}

	n	Psychosociaal probleem volgens JGZ		Verwijzing door de JGZ
		Totaal (n=6.709) %n	Excl. onder behandeling bij jeugdzorg (n=6.613) %n	Excl. onder behandeling bij jeugdzorg (n=6.613) %n
Geslacht		*	*	
jongens	3.301	21	19	5
meisjes	3.408	19	17	4
Leeftijd		****	****	*
1-2 jaar	1.083	7	8	4
3-4 jaar	1.145	11	11	4
5-6 jaar	1.419	25	25	6
7-9 jaar	780	31	26	7
10-12 jaar	841	23	20	4
13-15 jaar	1.440	23	21	5
Onderwijsniveau		****	****	**
basisonderwijs	3.035	26	24	5
VBO(-MAVO)	485	29	27	7
MAVO(-HAVO)	253	14	12	2
HAVO-VWO	690	23	19	4
Etniciteit		****	****	****
Nederlands	6.262	19	18	4
Turks/Marokkaans	170	28	25	14
Surinaams/Antilliaans	92	23	23	6
anders	178	33	29	8

		****	****	****
Schoolopleiding vader				
(geen) lagere school	277	33	29	12
VBO/MAVO	2.308	22	21	5
HAVO/VWO/MBO	2.076	18	16	4
HBO/Universiteit	1.783	17	15	4
onbekend	264	23	23	5
Opvoedingssituatie		****	****	****
2 biologische ouders	5.922	19	17	4
1 biologische ouder + partner	194	28	23	7
1 biologische ouder	455	32	31	10
anders	136	29	26	8
Regio		****	****	****
Noord	1.717	17	17	3
Oost	1.284	20	18	6
Zuid	1.668	17	15	4
West	3.039	23	23	5
Urbanisatiegraad		****	****	****
niet stedelijk	1.862	18	17	3
weinig stedelijk	1.484	16	14	4
matig stedelijk	1.256	19	17	5
sterk stedelijk	1.402	22	21	6
zeer sterk stedelijk	670	33	33	9

¹ Van een aantal kinderen ontbreken gegevens.

² De genoemde percentages tellen vanwege afronding niet altijd op tot 100%.

³ Significante verschillen naar achtergrondkenmerken zijn gemarkeerd (Chi-kwadraat toets):
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.

In tabel 4.59 staan de resultaten beschreven van logistische regressieanalyses, met de identificatie van psychosociale problematiek door de JGZ als afhankelijke variabele en de achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijdsgroep, etcetera) als onafhankelijke variabelen. Uit de ruwe (on gecorrigeerde) odds ratio's blijkt dat de JGZ vaker psychosociale problemen identificeerde bij jongens dan bij meisjes. Vergeleken met 13-15 jarigen signaleerde de JGZ minder vaak problemen bij 1-4 jarigen en vaker bij 5-9 jarigen. Turkse en Marokkaanse kinderen en kinderen met een andere niet-

Nederlandse etniciteit hadden een grotere kans op psychosociale problemen volgens de JGZ dan Nederlandse kinderen. Kinderen van vaders met een laag (of onbekend) opleidingsniveau hadden volgens de JGZ vaker psychosociale problemen dan kinderen van vaders met een HBO- of universitaire opleiding. Bij kinderen die woonachtig waren bij beide biologische ouders werd minder vaak problematiek gesignaleerd dan bij kinderen in andere opvoedingssituaties. Vergeleken met kinderen uit de regio Zuid, werd er meer problematiek gesignaleerd bij kinderen uit de regio's Oost en West. Kinderen wonend in sterk of zeer sterk stedelijk gebied hadden een grotere kans op psychosociale problemen volgens de JGZ dan kinderen uit niet stedelijk gebied.

Na correctie voor de bijdrage van de overige achtergrondkenmerken is alleen etniciteit niet meer significant gerelateerd aan de identificatie van psychosociale problemen volgens de JGZ (laatste kolom tabel 4.59).

Tabel 4.59 Ruwe en gecorrigeerde odds ratio's [99% betrouwbaarheidsintervallen (BI)] voor de prevalentie van psychosociale problemen volgens de JGZ bij kinderen van 1-15 jaar die niet onder behandeling zijn bij de jeugdzorg, naar achtergrondkenmerken (n=6.613)^{1,2}

	n	Ruwe OR [99% BI]	Gecorrigeerde OR [99% BI]
Geslacht			
jongens	3.268	1,14 [1,01 - 1,29]	1,15 [1,01 - 1,31]
meisjes ³	3.342	1,00	1,00
Leeftijd			
1-2 jaar	1.079	0,32 (0,24 - 0,41)	0,35 (0,27 - 0,46)
3-4 jaar	1.133	0,47 (0,37 - 0,59)	0,51 (0,40 - 0,65)
5-6 jaar	1.396	1,27 (1,07 - 1,52)	1,27 (1,06 - 1,54)
7-9 jaar	763	1,38 (1,12 - 1,70)	1,37 (1,10 - 1,70)
10-12 jaar	831	0,96 (0,78 - 1,19)	1,00 (0,80 - 1,26)
13-15 jaar ³	1.408	1,00	1,00

Etniciteit			n.s.
Nederlands ³	6.202	1,00	
Turks/Marokkaans	149	1,54 [1,06 - 2,25]	
Surinaams/Antilliaans	82	1,41 [0,84 - 2,36]	
anders	172	1,86 [1,33 - 2,61]	
Schoolopleiding vader			
(geen) lagere school	264	2,26 [1,68 - 3,04]	1,92 [1,39 - 2,65]
VBO/MAVO	2.285	1,46 [1,24 - 1,72]	1,43 [1,21 - 1,70]
HAVO/VWO/MBO	2.034	1,06 [0,89 - 1,26]	1,12 [0,94 - 1,35]
HBO/Universiteit ³	1.768	1,00	1,00
onbekend	259	1,65 [1,20 - 2,27]	1,44 [1,02 - 2,03]
Opvoedingssituatie			
2 biologische ouders ³	5.855	1,00	1,00
1 biologische ouder + partner	188	1,51 [1,07 - 2,13]	1,13 [0,79 - 1,62]
1 biologische ouder	434	2,23 [1,80 - 2,76]	1,71 [1,36 - 2,14]
anders	133	1,70 [1,14 - 2,52]	1,39 [0,92 - 2,11]
Regio			
Noord	1.578	1,16 [0,96 - 1,40]	1,02 [0,83 - 1,24]
Oost	1.300	1,25 [1,03 - 1,52]	1,23 [1,00 - 1,51]
Zuid ³	1.727	1,00	1,00
West	2.005	1,68 [1,42 - 1,99]	1,28 [1,07 - 1,54]
Urbanisatiegraad			
niet stedelijk ³	1.822	1,00	1,00
weinig stedelijk	1.672	0,84 [0,70 - 1,01]	0,98 [0,81 - 1,18]
matig stedelijk	1.281	1,05 [0,87 - 1,27]	1,14 [0,94 - 1,39]
sterk stedelijk	1.309	1,29 [1,08 - 1,55]	1,38 [1,14 - 1,67]
zeer sterk stedelijk	485	2,42 [1,93 - 3,04]	1,96 [1,53 - 2,51]

¹ Van een aantal kinderen ontbreken gegevens.² n.s. = niet significant.³ = referentiegroep.

Vervolgens zijn vergelijkbare analyses gedaan met als afhankelijke variabele de verwijzing van de jeugdarts of -verpleegkundige naar een andere vorm van hulpverlening bij gesignaleerde psychosociale problematiek. De resultaten van deze analyses staan beschreven in tabel 4.60.

Uit de ruwe odds ratio's blijkt dat kinderen van 7-9 jaar met psychosociale problemen vaker zijn verwezen dan 13-15 jarigen. Turkse/Marokkaanse kinderen en kinderen van andere niet-Nederlandse etniciteit werden vaker verwezen dan Nederlandse kinderen en kinderen van laag opgeleide vaders vaker dan die van hoog opgeleide vaders. Kinderen die wonen bij slechts èèn van beide biologische ouders (met of zonder partner) zijn vaker verwezen dan kinderen die wonen bij beide biologische ouders. Vergeleken met de regio Zuid, vonden er vaker verwijzingen plaats in de regio Oost en West. Tenslotte werden kinderen uit matig en (zeer) sterk stedelijk gebied vaker verwezen dan kinderen uit niet stedelijk gebied.

Na correctie voor de bijdrage van overige achtergrondkenmerken bleken leeftijd en etniciteit niet langer gerelateerd te zijn aan het verwijsgedrag van de jeugdarts of -verpleegkundige (laatste kolom tabel 4.60).

Tabel 4.60 Ruwe en gecorrigeerde odds ratio's [99% betrouwbaarheidsintervallen (BI)] voor een verwijzing bij gesignaleerde psychosociale problemen volgens de JGZ bij kinderen van 1-15 jaar die niet onder behandeling zijn bij de jeugdzorg, naar achtergrondkenmerken (n=6.613)^{1,2}

	n	Ruwe OR [99% BI]	Gecorrigeerde OR [99% BI]
Geslacht			n.s.
jongens	3.268	1,25 (0,99 - 1,58)	
meisjes ³	3.343	1,00	
Leeftijd			n.s.
1-2 jaar	1.080	0,80 (0,53 - 1,20)	
3-4 jaar	1.133	0,82 (0,55 - 1,22)	
5-6 jaar	1.396	1,26 (0,90 - 1,78)	
7-9 jaar	763	1,50 (1,02 - 2,19)	
10-12 jaar	831	0,88 (0,57 - 1,36)	
13-15 jaar ³	1.408	1,00	

Etniciteit			n.s.
Nederlands ³	6.203	1,00	
Turks/Marokkaans	149	3,68 (2,28 - 5,93)	
Surinaams/Antilliaans	82	1,46 (0,58 - 3,63)	
anders	172	1,99 (1,13 - 3,48)	
Schoolopleiding vader			
(geen) lagere school	264	3,50 (2,25 - 5,45)	2,32 (1,42 - 3,79)
VBO/MAVO	2.285	1,43 (1,06 - 1,94)	1,35 (0,99 - 1,85)
HAVO/VWOMBO	2.035	0,92 (0,65 - 1,29)	0,92 (0,65 - 1,30)
HBO/Universiteit ³	1.768	1,00	1,00
onbekend	259	1,34 (0,73 - 2,47)	1,14 (0,60 - 2,18)
Opvoedingssituatie			
2 biologische ouders ³	5.856	1,00	1,00
1 biologische ouder + partner	188	1,90 (1,09 - 3,32)	1,75 (0,98 - 3,13)
1 biologische ouder	434	2,60 (1,85 - 3,65)	2,18 (1,52 - 3,12)
anders	133	1,92 (0,99 - 3,70)	1,68 (0,85 - 3,34)
Regio			
Noord	1.578	0,89 (0,61 - 1,29)	0,83 (0,56 - 1,22)
Oost	1.301	1,70 (1,21 - 2,37)	1,63 (1,15 - 2,31)
Zuid ³	1.727	1,00	1,00
West	2.055	1,43 (1,04 - 1,96)	1,16 (0,83 - 1,63)
Urbanisatiegraad			
niet stedelijk ³	485	1,00	1,00
weinig stedelijk	1.309	1,11 (0,77 - 1,61)	1,14 (0,78 - 1,65)
matig stedelijk	1.281	1,57 (1,09 - 2,26)	1,46 (1,00 - 2,12)
sterk stedelijk	1.672	1,98 (1,40 - 2,80)	1,72 (1,20 - 2,47)
zeer sterk stedelijk	1.822	2,81 (1,86 - 4,25)	2,21 (1,41 - 3,49)

¹ Van een aantal kinderen ontbreken gegevens.

² n.s.= niet significant.

³ = referentiegroep.

5 Referenties

Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin* 1987;101(2):213-32.

Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991a.

Achenbach TM. Manual for the Youth Self Report and 1991 Profiles. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991b.

Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1992.

Baan G. De Friese borstvoedingscijfers. Nieuwsbrief No. 5 van de Beleidsgroep "Zorg voor borstvoeding in Friesland". Sneek, 5 september 1998.

Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Ende J van der, Erol N. Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1997;32:477-84.

Bos CA, Ede J van, Maarsingh EJ, Lako CJ. De ontwikkeling van de KIVPA: de Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten. *Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg* 1998;30(4):56-61.

Bouchier CAM, Vries-Lequin I de, Rover CM de, Aben DJM, Kroesbergen HT, Visée WF. Psychosociale problematiek bij kleuters. Resultaten van een pilot-studie onder 10 GGD'en naar de bruikbaarheid van de Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters. Utrecht: LVGGD Vakgroep Epidemiologie, 1996.

Bouter LM, Dongen MCJM van. Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke J, Beuker RJ, Radder JJ. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg; PGO-Peiling 1993/1994. Leiden: TNO-PG, 1995. Publ.nr. 95.061.

Brugman E, Reijneveld SA, Burgmeijer RJF, Radder JJ. Peiling Jeugdgezondheidszorg 1997 / 1998. Draaiboek voor GGD'en (4-15 jarigen). Leiden: TNO-PG, 1997.

Burgmeijer RJF, Brugman E, Reijneveld SA, Radder JJ. Peiling Jeugdgezondheidszorg 1997 / 1998. Draaiboek voor thuiszorgorganisaties (0-4 jarigen). Leiden: TNO-PG, 1997a.

Burgmeijer RJF, Geenhuizen YM van, Filedt Kok-weimar T, Jager AM de. Opgang naar volwassenheid: evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996. Leiden / Maarssen: TNO-PG / KPMG, 1997b.

Burgmeijer RJF. Groei van borstgevoede kinderen. In: Wit JM, red. De vierde landelijke groeistudie (1997). Presentatie van nieuwe groeidiagrammen. Leiden: Boerhaave Commissie, 1998a.

Burgmeijer RJF. Borstvoeding in Nederland 1850-heden. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1998b;30:33-7.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Kerncijfers vierpositie postcodegebieden, 1995 (diskette). Voorburg/Heerlen: CBS, 1997.

CBS. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1998. 's-Gravenhage: SDU/Uitgeverij, 1998a.

CBS. Leeftijdsofbouw per gemeente, 1 januari 1998. CBS Maandstatistiek van de bevolking 1998b;7:27-35.

CBS. Eerste generatie allochtonen (beperkte definitie) naar geboorteland, leeftijd, geslacht en burgerlijke staat, 1 januari 1998. CBS Maandstatistiek van de bevolking 1998c;11:29-30.

CBS. Tweede generatie allochtonen (beperkte definitie) naar geboorteland van de moeder, leeftijd, geslacht en burgerlijke staat, 1 januari 1998. CBS Maandstatistiek van de bevolking 1998d;11:31.

CBS. Eerste generatie allochtonen (beperkte definitie) naar geboorteland, geslacht en leeftijd in de vier grote gemeenten, 1 januari 1998. CBS Maandstatistiek van de bevolking 1998e;11:42-43.

CBS. Tweede generatie allochtonen (beperkte definitie) naar geboorteland van de moeder, geslacht en leeftijd in de vier grote gemeenten, 1 januari 1998. CBS Maandstatistiek van de bevolking 1998f;11:44.

Ede J van. Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale problematiek Adolescenten: Handleiding voor het gebruik. Leeuwarden: GGD Friesland, 1998.

Ferdinand RF, Verhulst FC. Verband tussen emotionele en gedragsproblemen bij 13-16-jarigen en problemen 8 jaar later. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140(24):1272-6.

Holterman M, Nout SM. The economic benefit of breast feeding in the Netherlands. Report on the savings of health care costs associated with breast feeding due to the protective effect of breast feeding on illnesses of the child and the mother. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998.

Kok C, Wezel P van, Maarsingh EJ, Vogels T, Lako CJ. Signaleren van psychosociale problematiek bij adolescenten. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:363-8.

Koot HM. Problem behavior in Dutch preschoolers. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.

Koot HM, Oord EJ van den, Verhulst FC, Boomsma DI. Behavioral and emotional problems in young preschoolers: cross-cultural testing of the validity of the Child Behavior Checklist/2-3. Journal of Abnormal Child Psychology 1997;25(3):183-96.

Kousemaker NPJ. Zoeken, vinden, zorgen delen. De ontwikkeling van een praktijkparadigma voor onderkenning en pedagogische preventie van psychosociale problematiek in de Jeugdgezondheidszorg. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1996.

Linden FL van der, Dijkman TA. Jong zijn en volwassen worden in Nederland: een onderzoek naar het psychosociaal functioneren in alledaagse situaties van Nederlandse jongeren in de leeftijd van 12 tot 21 jaar. Nijmegen: Hoogveld Instituut, 1989.

- Lucassen P. Infantile colic in primary care: occurrence, causes, treatments. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 1999.
- Meulmeester JF, Herngreen WP. Landelijke peilingen jeugdgezondheidszorg (Interne notitie Beleidsgroep Peilingen JGZ) Leiden: NIPG-TNO, 1992.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 1998;55:56-64.
- Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Herngreen WP, Vogels AGC, Radder JJ, Schalk-van der Weide Y. Peilingen in de jeugdgezondheidszorg; PGO-Peiling 1991/1992. Leiden: TNO-PG, 1994a. Publ.nr. 94.019.
- Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP, Schalk-van der Weide Y. Peilingen in de jeugdgezondheidszorg; PGO-Peiling 1992/1993. Leiden: TNO-PG, 1994b. Publ.nr. 94.091.
- Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ, Hirasig RA, Verloove-Vanhorick SP. Peilingen in de jeugdgezondheidszorg; PGO-Peiling 1994/1995; Speciaal Onderwijs. Leiden: TNO-PG, 1996. Publ.nr. 96.075.
- Spee-van der Wekke, J. The Child Health Monitoring System in the Netherlands. Peilingen jeugdgezondheidszorg. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, 1998.
- Studiegroep Voeding 0-4 jarigen. Voeding van zuigelingen en peuters: uitgangspunten voor de voedingsadvisering voor kinderen van 0-4 jaar. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid / Voedingscentrum, 1999.
- Thuiszorg Den Haag. Haagse baby's aan de borst; een onderzoek naar hoeveel en hoe lang kinderen in Den Haag borstvoeding krijgen. Den Haag: Thuiszorg Den Haag, 1996.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1998-1999, 26 229, nrs. 1-2 Nederland: Goed gevoed? Nota gezondheid en voeding. Den Haag: Sdu uitgevers, 1998a.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1998-1999. Antwoorden van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de Staatssecretarius van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, op vragen van de Tweede Kamerfracties

op schriftelijke vragen 26299. Den Haag: Ministerie van VWS, brief van 24 december 1998b.

Verhulst FC, Akkerhuis GW, Althaus M. Mental health in Dutch children: (I) a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1985a;323:1-108.

Verhulst FC, Berden GFMG, Sanders-Woudstra JAR. Mental health in Dutch children: (II) the prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1985b;324:1-45.

Verhulst FC, Koot KM, Ende J van der. Differential predictive value of parents' and teachers' reports of children's problem behaviors: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1994;22(5):531-45.

Verhulst FC, Ende Van der J. The eight-year stability of problem behavior in an epidemiologic sample. *Pediatr Res* 1995;38(4):612-7.

Verhulst FC, Ende J van der, Koot HM. Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/ Academisch Ziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.

Verhulst FC, Ende J van der, Koot HM. Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR). Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/ Academisch Ziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

Vogels T. Psychosociale problemen bij tweedeklassers in het voortgezet onderwijs in Oostelijk Zuid-Limburg. Een samenvatting ten behoeve van de scholen in de regio. Leiden: NIPG-TNO, 1992.

Vollebergh W, Huiberts A. Welbevinden en etnische identiteit bij allochtone jongeren. *Ped T* 1996;21(4/5):357-72.

Vries-Lequin I de, Kroesbergen HT. De ontwikkeling van een landelijke signaleringshulp voor psychosociale problemen bij kleuters. *Tijdschrift voor de jeugdgezondheidszorg* 1997;29(1):5-7.

Wal MF van der, Boom DC van den, Pauw-Plomp H, Jonge GA de. Mothers' report of infant crying and soothing in a multicultural population. *Arch Dis Childhood* 1998;79:312-7.

Wal MF van der. Etnische ongelijkheid in gezondheid bij kinderen. Proefschrift Universiteit Utrecht, 1997.

Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 1954;14:421-34.

Wezel PMM van, Ittersum-van de Heuvel ME, Maarsingh EJ. Psychosociale problemen bij schoolgaande adolescenten geregistreerd door de jeugdarts. Resultaten van het preventief gezondheidsonderzoek en het spreekuur op scholen in de regio Oost-Veluwe. Onderzoeksrapport II. Apeldoorn: GGD Oost-Veluwe, 1993a.

Wezel PPM van, Maarsingh EJ. Psychosociale problemen aangegeven door schoolgaande adolescenten: resultaten van een enquête onder leerlingen van scholen in de regio Oost-Veluwe. Apeldoorn: GGD Oost-Veluwe, 1993b.

WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO, Family and Productive Health, Division of Child Health and Development, 1998.

Wijs JPM de, Kroesbergen HT, Bruijn AJM de, Gunning-Schepers LJ, Ingleby JD. Preventie van psychosociale problematiek in de jeugdgezondheidszorg (II). Prevalenties van psychosociale problematiek bij 5- en 6- jarigen in het stadsgewest Breda. *T Soc Gezondheidsz* 1997a;75:300-4.

Zaal MAE van. Borstvoeding natuurlijk ook met werken. Leiden: TNO-PG, 1995. Scriptie cursus JGZ 1994-1996.

Bijlage A Methode

Opzet van de peiling

De werkwijze van de PGO-Peiling 1997/1998 komt in grote lijnen overeen met peilingen vóór 1996/1997 (Spee-van der Wekke et al., 1994a, 1994b; Brugman et al., 1995). Dit houdt in dat de gegevens verzameld zijn door jeugdartsen en -verpleegkundigen, die tijdens de reguliere PGO's van de JGZ de vragenlijst van TNO-PG invulden. Ook zijn extra gegevens verzameld bij ouders en (oudere) kinderen zelf, middels vragenlijsten die werden meegestuurd met de uitnodiging voor het PGO. In een beperkt pilotonderzoek is de werkwijze en tijdsinvestering nagegaan.

Alle medewerkers aan de peiling zijn voor de start van het onderzoek (najaar 1997) geïnstrueerd, tijdens regionale instructiebijeenkomsten van TNO-PG. Na een inleiding over het doel en de uitvoering van de Peilingen JGZ volgde een uitgebreide bespreking van de vragenlijst en het bijbehorende draaiboek, dat de beslisriteria voor de verschillende vragen omvatte (Brugman et al., 1997; Burgmeijer et al., 1997a). Doel van de bijeenkomsten was standaardisering van de gegevensverzameling en -registratie. De instructiebijeenkomsten leidden daarnaast tot een aantal wijzigingen in en aanvullingen op het draaiboek. Elke medewerker kreeg een draaiboek, om dit tijdens de peiling te kunnen raadplegen.

De gegevens van de peiling zijn verzameld van oktober 1997 tot en met juni 1998. Tijdens deze periode kon elke organisatie, mede aan de hand van het eigen oproepschema, zelf bepalen wanneer de gegevens werden verzameld. Benadrukt is dat TNO-PG bij twijfel of vragen kon worden geraadpleegd. Verder heeft TNO-PG in deze periode drie nieuwsbrieven gestuurd aan alle medewerkers, om hen te informeren over de voortgang van het onderzoek en feedback te geven op hun werkwijze.

De Peilingen JGZ zijn goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van TNO-PG (MEC-TNO), onder de voorwaarde dat TNO ouders en jongeren hiervoor schriftelijk toestemming vraagt. Voor de huidige peiling is per leeftijdsgroep een toestemmingsbrief geschreven voor ouders (of verzorgers). Leerlingen van groep 7/8 van het basisonderwijs en leerlingen van het voortgezet onderwijs kregen ook zelf een brief. In de toestemmingsbrief is tevens uitgelegd dat het onderzoek geheel anoniem was. Iedere organisatie was vrij daarnaast een eigen uitnodiging te maken. TNO-PG adviseerde om daarin ouders te vragen mee te komen naar het onderzoek om vragen te kunnen beantwoorden.

Steekproef van organisaties

Voor de PGO-Peiling 1997/1998 is Nederland verdeeld in de volgende regio's, waaruit gestratificeerde steekproeven van GGD'en zijn getrokken:

- Noord: provincies Groningen, Friesland, Drenthe
- Oost: provincies Gelderland, Overijssel, Flevoland
- Zuid: provincies Zeeland, Noord-Brabant, Limburg
- West: provincies Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht

Deze indeling is ook gebruikt in de PGO-Peiling 1996/1997, maar wijkt af van eerdere peilingen. Vanwege fusies was het bij de oorspronkelijke regio-indeling niet meer mogelijk binnen iedere regio voldoende GGD'en te selecteren voor de steekproef. Bovendien is de huidige indeling duidelijker en herkenbaarder dan de vorige (Noord-Oost, Noord-West, Midden en Zuid).

Conform eerdere peilingen zijn binnen elke regio vier GGD'en geselecteerd, twee in plattelandsgebieden (ten hoogste 25% van de gemeenten heeft hier 25.000 inwoners of meer) en twee in verstedelijkt gebied (tenminste 25% van de gemeenten heeft hier 25.000 inwoners of meer). Selectie van GGD'en vond plaats op basis van twee criteria:

1. deelname aan eerdere reguliere PGO-Peilingen
2. planning van tenminste drie verschillende leeftijdsgroepen voor periodiek onderzoek in het komende schooljaar

Daarnaast zijn de GGD'en van tenminste drie van de grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven) gevraagd om mee te werken. De steekproef van thuiszorgorganisaties is - voor zover mogelijk - gekoppeld aan die van de GGD'en. De respons van de organisaties is apart beschreven in bijlage B.

Selectie van kinderen bij thuiszorgorganisaties

Het onderzoek bij thuiszorgorganisaties vond plaats bij drie leeftijdsgroepen zuigelingen (\pm 1 maand, 3 en 6 maanden) en bij twee leeftijdsgroepen peuters (\pm 2 jaar en 3 jaar en 9 maanden). Iedere organisatie werd gevraagd 375 kinderen te onderzoeken voor de peiling (75 kinderen per leeftijdsgroep). Alle kinderen die het consultatiebureau bezochten en in de genoemde leeftijdsgroep pasten, kwamen in aanmerking om in de peiling te worden opgenomen, ook kinderen met handicaps of chronische ziekten. Op geen enkele wijze mochten kinderen bij voorbaat worden uitgesloten. Dit gold echter niet als er op een bepaalde dag een consultatiebureau werd gehouden voor bijvoorbeeld ouders met opvoedingsproblemen. Deze kinderen

werden uitgesloten voor deelname aan de peiling. Elk kind kon maar één keer in de peiling worden opgenomen (eenzelfde kind kon niet op meerdere leeftijdsmomenten worden onderzocht).

Plattelandsdiensten selecteerden consultatiebureaus in woonkernen met minder dan 20.000 inwoners en stadsdiensten in woonkernen met 20.000 inwoners of meer. Alle thuiszorgorganisaties werd aanbevolen om ± drie à vier consultatiebureaus de gegevens te laten verzamelen op locaties met werkgebieden met uiteenlopende sociaal economische status (SES). Afgeraden werd om een leeftijdsgroep op slechts één locatie te onderzoeken, aangezien dit de kans op selectie zou verhogen.

Hoewel iedere thuiszorgorganisatie vrij was om de te onderzoeken kinderen in te plannen in het eigen werkschema, moest dit wel op aselechte wijze gebeuren. Bijvoorbeeld door ieder 1^e, 3^e, 5^e etcetera, kind uit het bestand te lichten en uit te nodigen om aan het onderzoek deel te nemen. De gekozen leeftijdsgroepen betroffen de kalenderleeftijd van het kind op het moment van het PGO (dus niet de oproepleeftijd). De toegestane marge per leeftijdsgroep staat in onderstaande tabel weergegeven (zie voor de respons van ouders bijlage B).

Tabel A.1 Toegestane leeftijds marges per leeftijdsgroep

Aangegeven kalenderleeftijd	Toegestane minimumleeftijd	Toegestane maximumleeftijd
Zuigelingen		
1 maand (4 weken)	3 weken	5 weken
3 maanden (13 weken)	11 weken	15 weken
6 maanden (26 weken)	5 maanden (22 weken)	7 maanden (30 weken)
Peuters		
2 jaar en 0 maanden	1 jaar en 10 maanden	2 jaar en 2 maanden
3 jaar en 9 maanden	3 jaar en 6 maanden	4 jaar en 0 maanden

Selectie van kinderen bij GGD'en

GGD'en deden onderzoek bij kinderen uit de groepen 2, 4 en 7/8 van het basisonderwijs en klas 2 van het voortgezet onderwijs, of uit groepen die hier het dichtst bij lagen. Per GGD werden er maximaal 300 kinderen onderzocht voor de peiling, verdeeld over de vier leeftijdsgroepen (±75 kinderen per groep). Een groep of klas is geheel in de peiling opgenomen. De selectie van scholen werd aan de GGD zelf overgelaten met onderstaande instructie.

Plattelandsdiensten moesten scholen selecteren in woonkernen met minder dan 20.000 inwoners en stadsdiensten in woonkernen met 20.000 inwoners of meer. Bij het basisonderwijs selecteerden plattelandsdiensten scholen van verschillende denominaties, en stadsdiensten scholen uit wijken van verschillende sociaal-economische status. Bij het voorgezet onderwijs werd GGD'en gevraagd onderscheid te maken tussen verschillende onderwijsniveaus, waarbij het verschil bij voorkeur zo groot mogelijk was (tenminste één klas VBO/MAVO en tenminste één klas HAVO/VWO), en daarnaast met name bij het VBO te streven naar een gelijke verdeling van jongens en meisjes. De peiling vond alleen plaats in het reguliere onderwijs en niet in het speciaal onderwijs (zie voor de respons van ouders en kinderen bijlage B).

Niet-Nederlandse kinderen

Kinderen van niet-Nederlandse herkomst konden gewoon meedoen aan de peiling. Alle door TNO-PG opgestelde informatiebrieven waren in het Turks, Arabisch en Engels vertaald. Daarnaast waren Turkse, Arabische en Engelse vertalingen van de vragenlijst CBCL/4-18 en een Engelse vertaling van de vragenlijst CBCL/2-3 en de YSR beschikbaar. GGD'en werd aangeraden om geen scholen en klassen te kiezen waar meer dan de helft van de leerlingen uit allochtonen bestond.

Afnamesituatie

In tabel A.2 wordt per leeftijdsgroep een overzicht gegeven van de diverse vragenlijsten die zijn ingevuld vòòr, tijdens en direct na afloop van het PGO.

Tabel A.2 Overzicht van gehanteerde vragenlijsten per leeftijdsgroep

Leeftijdsgroep	Ouder(s) (vòòr PGO)	Kind (vòòr PGO)	Arts / Verpleegkundige (tijdens/na afloop van PGO)
1, 3 en 6 mnd (zuigelingen)	Vragenlijst Huilgedrag	-	TNO-vragenlijst (Melkvoeding + Huilgedrag)
2 en 3 jaar + 9 mnd (peuters)	CBCL/2-3	-	TNO-vragenlijst (Inschatting Psychosociale Gezondheid JGZ)
5-6 jarigen (groep 2)	CBCL/4-18	-	TNO-vragenlijst (Inschatting Psychosociale Gezondheid JGZ)
	LSPPK (ouderdeel)		LSPPK (artsdeel)
7-9 jarigen (groep 4)	CBCL/4-18	-	TNO-vragenlijst (Inschatting Psychosociale Gezondheid JGZ)
10-12 jarigen (groep 7/8)	CBCL/4-18	YSR	TNO-vragenlijst (Inschatting Psychosociale Gezondheid JGZ)
13-15 jarigen (klas 2)	CBCL/4-18	YSR KIVPA	TNO-vragenlijst (Inschatting Psychosociale Gezondheid JGZ)
Alle leeftijdsgroepen			TNO-vragenlijst (Non-respons)

Vragenlijsten voor ouders of kinderen

De vragenlijsten voor de ouders en kinderen zelf (Vragenlijst Huilgedrag, CBCL/2-3, CBCL/4-18, LSPPK, YSR, KIVPA) zijn met de uitnodiging voor het PGO en de begeleidende brief van TNO-PG meegestuurd of meegegeven. De vragenlijsten zijn thuis of net voorafgaand aan het PGO individueel ingevuld (dus niet klassikaal). De Vragenlijst Huilgedrag moest maximaal één dag voor het bezoek aan het consultatiebureau worden ingevuld. Uitsluitend de LSPPK werd door de jeugdarts of -verpleegkundige ingezien tijdens het PGO, alle overige vragenlijsten zijn in een gesloten envelop door de ouders of leerlingen ingeleverd bij het PGO.

Vragenlijst voor jeugdarts of -verpleegkundige

Tijdens het PGO vulde de jeugdarts of -verpleegkundige de TNO-vragenlijst in aan de hand van antwoorden van ouders of (oudere) kinderen zelf. Voor kinderen vanaf 2 jaar en ouder is direct na afloop van het PGO het laatste deel van de TNO-vragenlijst ingevuld (onderdeel 'Inschatting Psychosociale Gezondheid door JGZ'). De doktersassistent(e) kon eventueel enkele achtergrondgegevens uit het dossier

overnemen (geboortedatum, geslacht, postcode, datum PGO). Bij groep 2 is benadrukt dat de LSPPK (artsdeel) en de TNO-vragenlijst onderdeel 'Inschatting Psychosociale Gezondheid door JGZ' door dezelfde persoon (arts of verpleegkundige) moest worden ingevuld.

Kinderen die niet op het PGO verschenen, zijn op de voor de organisatie gebruikelijke manier nogmaals uitgenodigd (bijvoorbeeld schriftelijk of telefonisch rappel). Wanneer een kind niet was verschenen en ook niet meer werd gerappelleerd, of wanneer het kind (of de ouders) weigerden mee te werken aan de peiling is het onderdeel 'Non-respons' ingevuld en de eerste paar vragen van het onderdeel 'Achtergrondgegevens' (geslacht, geboortedatum, PGO-datum, postcode).

TNO-vragenlijst: Achtergrondgegevens

Dit onderdeel van de TNO-vragenlijst bestaat uit de standaard achtergrondkenmerken die in iedere peiling zijn nagevraagd (geslacht, leeftijd, onderwijsniveau, etniciteit, schoolopleiding ouders, regio en urbanisatiegraad). Daarnaast is de opvoedingssituatie van het kind uitgebreider nagevraagd dan in voorafgaande peilingen. De regio-indeling is op andere wijze gedefinieerd dan in voorafgaande peilingen (zie 'steekproef van organisaties'). De definities van de kenmerken etniciteit en urbanisatiegraad zijn aangepast aan nieuwe standaarden. De achtergrondkenmerken worden hieronder kort beschreven.

- De *leeftijd* van het kind is de exacte leeftijd op de dag van het onderzoek, gebaseerd op de PGO-datum en de geboortedatum. Voor de analyses zijn maximaal negen leeftijdsgroepen onderscheiden, namelijk 1, 3 en 6 maanden (zuigelingen), 1-jarigen, 3-jarigen, 5-6 jarigen (groep 2), 7-9 jarigen (groep 4), 10-12 jarigen (groep 7 of 8) en 13-15 jarigen (klas 2).
- De schooltypen waaruit de peilpopulatie vanaf vijf jaar en ouder afkomstig is, zijn in vier *onderwijsniveaus* ingedeeld. Naast het basisonderwijs worden er drie niveaus binnen het voortgezet onderwijs onderscheiden; VBO(-MAVO), MAVO(-HAVO) en HAVO-VWO. De VBO/MAVO-brugklas is aan de groep VBO(-MAVO) toegevoegd, de algemene brugklas en de MAVO/HAVO(VWO)-brugklas aan de groep MAVO(-HAVO), en de HAVO/VWO-brugklas aan de groep HAVO-VWO.
- De *eticiteit* van de kinderen is bepaald op basis van het geboorteland van het kind en de beide biologische ouders. Eerste generatie allochtonen zijn

kinderen die zelf niet in Nederland zijn geboren en waarvan één van beide ouders niet in Nederland is geboren. Ze zijn gerubriceerd naar het geboorteland van het kind. Tweede generatie allochtonen zijn kinderen die zelf in Nederland zijn geboren en waarvan beide ouders in het buitenland zijn geboren. Ze zijn gerubriceerd naar het geboorteland van de moeder. Deze twee generaties zijn samengevoegd in de tabellen, en gecategoriseerd in 'Turks/Marokkaans', 'Surinaams/Antilliaans' en 'anders'. De overige kinderen zijn ingedeeld als 'Nederlands'.

Voor de schoolopleiding van de ouders en de opvoedingssituatie is uitgegaan van de gegevens van de ouder(s) en/of anderen die de ouderrol vervullen in het gezin waartoe het kind behoort.

- Als indicatie voor de sociaal-economische status van het kind is de hoogst voltooide *schoolopleiding* van de vader gebruikt. Voorwaarde was dat er een diploma moest zijn behaald van de betreffende opleiding. Als de opleiding van de vader ontbrak, onbekend was of als 'anders' geclassificeerd, is uitgegaan van de schoolopleiding van de moeder. De schoolopleiding is als volgt ingedeeld: (geen) lagere school, VBO/MAVO, HAVO/VWO/MBO, HBO/Universiteit en onbekend.
- De *opvoedingssituatie* is als volgt gedefinieerd: twee-oudergezin met beide biologische ouders, twee-oudergezin met één biologische ouder en zijn of haar partner, één-oudergezin (biologische ouder) en andere opvoedingssituaties. Van een twee-oudergezin was sprake indien het kind voor meer dan de helft van de tijd verbleef bij twee ouderfiguren van verschillend geslacht die op hetzelfde adres woonden (niet noodzakelijk officieel). Bij een één-oudergezin werd het kind door een biologische ouder voor meer dan de helft van de tijd verzorgd.
- Voor de *regio-indeling* is dezelfde indeling gebruikt als die bij de selectie van organisaties (Noord, Oost, Zuid, West).
- Voor de bepaling van de *urbanisatiegraad* van de woonplaats is uitgegaan van de vier cijfers van de postcode. De indeling is gebaseerd op de kerncijfers postcodegebieden van het CBS (1997) met de volgende indeling: niet stedelijk (< 500 adressen per km²), weinig stedelijk (500 – 1.000 adressen per km²), matig stedelijk (1.000 – 1.500 adressen per km²), sterk stedelijk (1.500 – 2.500 adressen per km²), en zeer sterk stedelijk (> 2.500 adressen per km²).

De hierna volgende achtergrondkenmerken zijn alleen betrokken bij de analyses over melkvoeding en huilgedrag van zuigelingen.

- De *zwangerschapsduur* is gebaseerd op het aantal voltooide weken. Het *geboortegewicht* van het kind is in grammen nauwkeurig overgenomen uit het JGZ-dossier. De wijze waarop de *bevalling* is beëindigd is nagegaan. Tevens is nagegaan of er sprake was van een *opname na geboorte* van het kind (eerste zes maanden) op de kinderafdeling of de afdeling neonatologie. De *rangorde* van het kind in het gezin is gebaseerd op het aantal broers en zussen die ten tijde van het PGO voor meer dan 50% van de tijd op hetzelfde adres als het kind verbleven. Adoptie- en halfbroers of -zussen telden ook mee, evenals pleegkinderen. *Verblijf buiten het gezin* is gebaseerd op het aantal uren per week dat het kind buiten het gezin verblijft, ongeacht de formele status van de peuterspeelzaal, crèche of het gastgezin, en ongeacht of de gastouder naar het woonadres van het kind kwam of visa versa.

TNO-vragenlijst: Melkvoeding

De vragen over melkvoeding hadden zowel betrekking op de actuele voeding van het kind ten tijde van het PGO als op de voedingsgeschiedenis sinds de geboorte. Om de trend in de Nederlandse borstvoedingscijfers te kunnen volgen, sloot een deel van de vragen aan bij de vragen die waren gesteld in de Vierde Landelijke Groeistudie (Burgmeijer, 1998a).

De vragen in de Peiling JGZ 1997/1998 waren uitgebreider dan in de groeistudie. Gevraagd is wanneer vrouwen het besluit hadden genomen om borstvoeding te gaan geven, wat de voornaamste reden was voor dat besluit en wie de belangrijkste adviseur was geweest bij die keuze. Ook werd gevraagd bij welke leeftijd van het kind en waarom kunstvoeding werd geïntroduceerd en wie daarbij de belangrijkste adviseur was geweest.

TNO-vragenlijst: Huilgedrag

De vragen over huilgedrag hadden betrekking op het feitelijk huilgedrag van het kind en op de wijze waarop de ouders dit huilgedrag ervoeren. De vragen zijn afgeleid van een lijst die eerder werd gebruikt door GG&GD Amsterdam (Van der Wal, 1997). Tijdens het PGO werd ouders gevraagd of hun kind in de voorafgaande week wel eens meer dan drie uur had gehuild op een dag, en zo ja op hoeveel dagen

in de afgelopen week dit het geval was. Als dit meer dan drie dagen betrof, dan werd hen ook gevraagd gedurende hoeveel aaneengesloten weken dit zo was.

Daarna volgden vragen over het aantal uur per dag dat hun kind in de voorafgaande week huilde (afgerond op kwartieren), over de mate waarin ze hun kind konden troosten als het huilde en in hoeverre zij zich zorgen maakten over het huilgedrag van hun kind. Tot slot werd hen gevraagd of hun kind in het verleden ooit veel had gehuild, als dat op het moment van het PGO niet (meer) het geval was, en of zij ooit een hulpverlener hadden geraadpleegd vanwege het huilgedrag van hun kind.

TNO-vragenlijst: Inschatting Psychosociale Gezondheid JGZ

De vragen uit dit onderdeel van de TNO-vragenlijst hadden tot doel inzicht te geven in de signalering van psychosociale problemen door de JGZ en de acties die zij daarbij onderneemt. De vragen zijn mede gebaseerd op het Project Adolescentenzorg uitgevoerd in de regio Oost-Veluwe (Van Wezel et al., 1993a) en worden hieronder kort toegelicht.

Tijdens het PGO is door de jeugdarts of -verpleegkundige gevraagd of het kind - vanwege psychosociale problemen - ten tijde van het PGO nog *in behandeling* of onder controle was bij één of meerdere hulpverleners. De medewerker kon hierbij meerdere hulpverleners aangeven. Wanneer de periode tussen de laatste behandeling en een volgende controle of tussen twee opeenvolgende controles langer was dan 12 maanden, werd dit als 'niet in behandeling' beschouwd. Kinderen onder behandeling bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdhulpverlening of jeugdbescherming, zijn ingedeeld bij de groep 'jeugdzorg'. Kinderen niet onder behandeling bij de jeugdzorg, maar wel bij een andere vorm van hulpverlening (zoals huisarts, kinderarts, gezinsverzorging, opvoedingsondersteuningsaanbod) zijn ingedeeld bij de groep 'elders'.

Na afloop van het PGO gaf de arts of verpleegkundige aan of hij of zij vermoedde dat er een *psychosociaal probleem* bij het kind aanwezig was. Het ging daarbij om een probleem dat naar aanleiding van het huidige PGO werd vermoed of vastgesteld. Dat kon een probleem zijn dat al langer bestond, maar nog steeds actueel was, of een probleem dat tijdens het PGO voor het eerst werd onderkend.

De *ernst van de problematiek* kon de medewerker vervolgens beoordelen als licht, matig of zwaar. In het draaiboek werden hiervoor richtlijnen gegeven. Bij jongere kinderen kon het voorkomen dat met name de ouder(s) een probleem hadden met het gedrag van hun kind en het kind er zelf geen last van ondervond. Daarom is ook

gevraagd voor wie het voornamelijk een probleem was. Daarnaast is geregistreerd op grond van welke bevindingen of signalen de arts of verpleegkundige het bestaan van psychosociale problemen vermoedde (*informatiebron*). Als er een psychosociaal probleem geconstateerd werd, is de jeugdarts of -verpleegkundige gevraagd de aard van de problematiek aan te geven met maximaal vijf probleemcodes. De vragenlijst bevatte een classificatieschema van probleemgebieden met bijbehorende probleemcodes. NB. Kinderen waarbij de jeugdarts of -verpleegkundige louter een risicofactor signaleerde en geen andere gedrags-, emotionele- of leerproblemen bij het kind zelf, zijn ingedeeld bij de groep 'geen psychosociaal probleem'. Bijvoorbeeld kinderen waarvan de JGZ-medewerker bij de aard van de problematiek alleen had aangegeven 'psychiatrische problematiek ouders'.

Vervolgens is geregistreerd welke acties de arts of verpleegkundige ondernam, bij vermoede of gesignaleerde problematiek. Voorwaarde om van een verwijzing te spreken was dat er informatie over de problematiek van het kind mondeling of schriftelijk werd overgedragen aan een andere hulpverlener. Bij een verwijzing is tevens gevraagd naar welke hulpverlener(s) of instantie(s) dit was. Tot slot is ingevuld wie de vragenlijst had ingevuld (arts of verpleegkundige).

TNO-vragenlijst: Non-respons

Naast een aantal achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd, postcode, geboorteland van kind en beide biologische ouders) is gevraagd naar de reden van non-respons. Voor 1-15 jarigen is tevens geregistreerd of er aanwijzingen in het dossier waren voor het bestaan van psychosociale problemen tijdens het vorige reguliere PGO en of er ooit contact is geweest met één of meerdere hulpverleners voor vermoede of geconstateerde psychosociale problematiek

Vragenlijst Huilgedrag

De vragenlijst Huilgedrag is ingevuld door de ouders, voorafgaand aan het contact met de arts of verpleegkundige. De lijst bevatte vragen over de acties die ouders hebben ondernomen om het huilen van hun kind te verminderen. Ze is gebaseerd op een vragenlijst van de GG&GD Amsterdam die is gebruikt in een onderzoek naar huilgedrag onder zuigelingen in Amsterdam (Van der Wal, 1997).

De vragenlijst heeft betrekking op een groot aantal activiteiten die ouders kunnen ondernemen om het huilen van hun kind te verminderen. Per activiteit is ouders gevraagd of zij die activiteit ooit hadden ondernomen, en of zij dat één of meerdere keren hadden gedaan in de voorafgaande week. Vervolgens werd hen gevraagd of

het huilen daardoor niet, soms of meestal wel/altijd verminderde. Wat betreft activiteiten waarvan bekend was dat relatief weinig ouders die ondernemen, werd alleen gevraagd of zij die activiteit ooit hadden ondernomen.

CBCL/2-3

De Child Behavior Checklist/2-3 (CBCL/2-3) is een van oorsprong Amerikaanse vragenlijst die door ouders of verzorgers van peuters wordt ingevuld (Achenbach, 1992). De CBCL/2-3 is in het Nederlands vertaald. De psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie zijn goed en vergelijkbaar met die van de Amerikaanse (Koot, 1993; Koot et al., 1997). De CBCL/2-3 meet gedrags- en emotionele problemen van peuters, zoals gepercipieerd door de ouders. De vragenlijst bestaat uit 99 probleemitems, waarbij de ouder op een drie-puntsschaal moet aangeven of het item 'helemaal niet van toepassing', 'een beetje of soms van toepassing', of 'duidelijk of vaak van toepassing' is op het gedrag van hun kind op het moment van invullen of in de afgelopen twee maanden.

Een Totale Probleemscore is berekend door alle scores te sommeren. Tevens zijn zeven syndroomschalen voor probleemgedrag onderscheiden (Oppositioneel gedrag, Teruggetrokken/Depressief, Agressief gedrag, Angstig gedrag, Hyperactief gedrag, Slaapproblemen, Lichamelijke problemen) en twee zogenaamde 'brede-band schalen' (Internaliseren en Externaliseren). Internaliseren is een somming van de schalen Teruggetrokken/Depressief en Angstig. Externaliseren is een somming van de schalen Oppositioneel, Agressief en Overactief gedrag. De schaalscores per kind zijn vervolgens gedichotomiseerd als 'normaal' of 'verhoogd'. Voor een exacte uitleg over de berekening van de schalen wordt verwezen naar Koot et al. (1993, 1997). De gehanteerde afkappunten voor de berekening van de dichotome variabelen zijn bepaald in overleg met de auteurs van de Nederlandse versie van de CBCL/2-3 (Koot, schriftelijke mededeling).

CBCL/4-18

De Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL/4-18) is een van oorsprong Amerikaanse vragenlijst die door ouders (of verzorgers) van 4-18 jarigen wordt ingevuld (Achenbach, 1991a). De Nederlandse vertaling is valide en betrouwbaar bevonden (Verhulst et al., 1985a,b). De CBCL/4-18 meet gedrags- en emotionele problemen van kinderen, zoals gepercipieerd door de ouders. De vragenlijst bestaat uit 20 competentie-items en 120 probleemitems. Voor dit rapport zijn alleen de probleemitems gebruikt. De ouders wordt gevraagd om op een drie-puntsschaal het gedrag van hun kind te scoren, zoals dat op het moment van invullen is of in de afgelopen zes maanden is geweest (Verhulst et al., 1996). Antwoordmogelijkheden zijn 'helemaal niet van toepassing', 'een beetje of soms van toepassing' en 'duidelijk of vaak van toepassing'.

Een Totale Probleemscore is berekend door de probleemitems te sommeren. Daarnaast zijn negen syndroomschalen (Teruggetrokken, Lichamelijke klachten, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Delinquent Gedrag, Agressief Gedrag, Seksproblemen (alleen voor 4-11 jaar)) en twee zogenaamde 'brede-band schalen' (Internaliseren en Externaliseren) geconstrueerd. Internaliseren is een somming van de schalen Teruggetrokken, Lichamelijke klachten en Angstig/Depressief. Externaliseren is een somming van de schalen Delinquent Gedrag en Agressief Gedrag. De schaalscores per kind zijn vervolgens gedichotomiseerd als 'normaal' of 'verhoogd'. Voor een exacte uitleg over de berekening van de schalen en de dichotome variabelen wordt verwezen naar de richtlijnen van de handleiding voor de CBCL/4-18 (Verhulst et al., 1996).

YSR

De Youth Self Report (YSR) is een eveneens een van oorsprong Amerikaanse vragenlijst, ontworpen om door jeugdigen van 11-18 jaar zelf ingevuld te worden (Achenbach, 1991b). De YSR is vrijwel identiek aan de CBCL/4-18, alleen geformuleerd in de 'ik-vorm'. De YSR is eveneens in het Nederlands vertaald en de goede betrouwbaarheid en validiteit zijn gedocumenteerd (Verhulst et al., 1997). De YSR meet gedrags- en emotionele problemen van jongeren. De vragenlijst bestaat uit 17 vaardigheids- of competentievragen en 119 probleemitems. Voor dit rapport zijn alleen de probleemitems gebruikt. De jongeren wordt gevraagd om op een drie-puntsschaal het probleem te scoren zoals dat op het moment van invullen of binnen de afgelopen 6 maanden is geweest (Verhulst et al., 1997). Antwoordmogelijkheden

zijn 'helemaal niet van toepassing', 'een beetje of soms van toepassing' en 'duidelijk of vaak van toepassing'.

Een Totale Probleemscore is berekend door de probleemitems te sommeren, behalve een aantal sociaal wenselijke items. Daarnaast zijn negen syndroomschalen (Teruggetrokken, Lichamelijke klachten, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Delinquent Gedrag, Agressief Gedrag, Zelfdestructief/Identiteitsproblemen) en twee zogenaamde 'brede-band schalen' (Internaliseren en Externaliseren) geconstrueerd. Internaliseren is een somming van de schalen Teruggetrokken, Lichamelijke klachten en Angstig/Depressief. Externaliseren is een somming van de schalen Delinquent Gedrag en Agressief Gedrag. De schaalscores per kind zijn vervolgens gedichotomiseerd als 'normaal' of 'verhoogd'. Voor een exacte uitleg over de berekening van de schalen en de dichotome variabelen wordt verwezen naar de richtlijnen van de handleiding voor de YSR (Verhulst et al., 1997).

LSPPK

De Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters (LSPPK) is een korte vragenlijst die dient als hulpmiddel voor het signaleren van psychosociale problemen bij kleuters tijdens een regulier PGO. Daarnaast heeft het instrument tot doel inzicht te verschaffen in de zorgen van ouders over psychosociale problemen van hun kind en in de mening van jeugdartsen hierover. De vragenlijst is ontwikkeld door een landelijke werkgroep van de Vakgroep Epidemiologie van de LVGGD (Bouchier et al., 1996; De Vries-Lequin & Kroesbergen, 1997).

De LSPPK bestaat uit negen items over gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen van het kind en één open vraag. Ouders van kleuters geven vòòr het PGO bij ieder item aan in hoeverre zij zich zorgen hierover maken. Na afloop van het gesprek tussen de arts (of verpleegkundige) en de ouder(s) over ieder item van de LSPPK tijdens het PGO, geeft de arts aan in hoeverre hij of zij en de ouder van mening blijven dat er reden is tot zorg over dat gedragsaspect van het kind. Antwoordmogelijkheden hierbij zijn 1) beiden geen reden voor zorg, 2) ouder wel zorgen, arts niet, 3) ouder geen zorgen, arts wel en 4) beiden wel reden voor zorg. Wegens overlap met delen uit de TNO-vragenlijst is de LSPPK aangepast ten opzichte van de originele versie met toestemming van de werkgroep LSPPK. De laatste kolom uit de oorspronkelijke vragenlijst, waarin de arts aangeeft welke actie hij of zij zal ondernemen, is komen te vervallen. Dit onderdeel kwam al aan de orde bij de TNO-vragenlijst 'Inschatting Psychosociale Gezondheid JGZ'.

KIVPA

De Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale Problematiek Adolescenten (KIVPA) is een instrument voor het vroegtijdig opsporen van mogelijke psychosociale problemen bij schoolgaande jongeren van 13-18 jaar en beoogt het bevorderen van tijdige inzet van begeleiding en hulpverlening (Bos et al., 1998). De vragenlijst is ontwikkeld door een landelijke werkgroep GGD-epidemiologen van de Vakgroep Epidemiologie van de LVGGD, aangevuld met deskundigen op het terrein van JGZ, psychologie en beleid.

De KIVPA bestaat uit drie onderdelen; 1) acht vragen die in een eerder onderzoek het meest indicatief bleken voor psychosociale problematiek (Van Wezel en Maarsingh, 1993b), 2) de psychosomatische schaal van Van der Linden en Dijkman (1989) (9 vragen) en 3) een nieuw ontwikkelde zelfanalyseschaal (14 vragen). Over deze drie onderdelen kan een Totaalscore berekend worden met een bereik van 0 tot 21 punten. Door vergelijking van de scores van een groep leerlingen van het Voortgezet Onderwijs met een groep jongeren die een intake hadden bij de RIAGG is als indicatiegrens gekozen voor een Totaalscore van zes. Dit betekent dat bij een leerling met een Totaalscore van zes of hoger mogelijk sprake is van psychosociale problematiek. Voor een exacte beschrijving van de vragenlijst en berekening van de Totaalscore wordt verwezen naar de handleiding voor het gebruik van de KIVPA (Van Ede, 1998).

Analyse

Frequenties zijn afgerond op hele procenten, waardoor de som van frequenties groter of kleiner dan 100% kan klein zijn (99 of 101%). Een verschil tussen twee frequenties is getoetst met de Chi-kwadraat toets. Bij te lage aantallen is gebruik gemaakt van Fisher's Exact toets. Verschillen in continue uitkomsten zijn getoetst met t-toets of F-toets. Een p-waarde kleiner dan 0,05 is als statistisch significant beschouwd. Alleen statistisch significante verschillen zijn vermeld in de tekst.

In hoofdstukken 2, 3 en 4 zijn logistische regressieanalyses toegepast om te onderzoeken welke onafhankelijke variabelen (achtergrondkenmerken) significant gerelateerd waren aan een afhankelijke variabele (bijv. het voorkomen van psychosociale problematiek volgens de JGZ in paragraaf 4.6), nadat er gecorrigeerd was voor de bijdrage van de overige kenmerken. Een p-waarde kleiner dan 0,05 werd als statistisch significant beschouwd. De resultaten van de logistische regressieanalyses zijn uitgedrukt in odds ratio's (OR) met bijbehorende 95%

betrouwbaarheidsintervallen (BI) ten opzichte van de referentiegroep (OR=1). Zowel de ruwe als de gecorrigeerde odds ratio's zijn vermeld.

Voor de gegevensverwerking is gebruik gemaakt van het statistisch (software)programma SPSS. Alle frequenties vermeld in de tabellen en tekst zijn gewogen naar regio en leeftijdsverdeling binnen de regio's (zie bijlage B 'landelijke representativiteit en weging'). Alle toetsen, odds ratio's en betrouwbaarheidsintervallen zijn gebaseerd op de ruwe, ongewogen data.

Bijlage B Respons

Respons thuiszorgorganisaties en GGD'en

Van de 19 thuiszorgorganisaties uit de oorspronkelijke steekproef hebben er acht niet aan de PGO-Peiling 1997/1998 meegewerkt. Vijf thuiszorgorganisaties zijn bereid gevonden om deze te vervangen. In de uiteindelijke steekproef ontbrak één thuiszorgorganisatie uit de regio Noord en twee uit de grote steden.

Negen van de 19 GGD'en uit de oorspronkelijke steekproef hebben niet meegewerkt aan de huidige peiling. Er zijn negen nieuwe GGD'en bereid gevonden om deze te vervangen, waarvan twee extra in de regio West aangezien veel GGD'en in deze regio minder dan vier PGO's deden. In de definitieve steekproef ontbrak één GGD uit de regio Zuid en één uit de grote steden. Vergeleken met voorafgaande peilingen zijn er in de huidige peiling meer GGD'en die minder dan vier PGO-groepen hebben onderzocht (in totaal 12). Deze verandering is een gevolg van het gewijzigde beleid van GGD'en.

Organisaties waren niet in staat om mee te werken aan de peiling vanwege onvoldoende menskracht of door veranderingen in de werkwijze van de JGZ (fusies, reorganisaties). De PGO-Peiling 1997/1998 is uiteindelijk uitgevoerd door 16 van de in totaal 65 thuiszorgorganisaties en 19 van de 51 GGD'en.

Respons ouders en kinderen (0-4 jarigen)

Volgens de oorspronkelijke steekproef moesten thuiszorgorganisaties 6.000 zuigelingen en peuters onderzoeken (16 organisaties x 5 leeftijdsgroepen x 75 kinderen). In het kader van de PGO-Peiling 1997/1998 hebben 16 thuiszorgorganisaties 6.121 ouders van zuigelingen of peuters uitgenodigd voor een PGO, waarvan er 5.874 hebben meegewerkt aan de peiling (respons 96%)(tabel B.1). Een deel van deze groep viel echter buiten de opgegeven leeftijdsrange voor de peiling en zijn bij de analyses voor dit rapport buiten beschouwing gebleven (n=300).

Van alle ouders van zuigelingen die gevraagd zijn om mee te werken aan de peiling, is 92% naar het PGO gekomen en de arts of verpleegkundige heeft de TNO-vragenlijst bij deze groep kunnen afnemen. Een klein deel van de ouders had de Vragenlijst Huilgedrag niet (volledig) ingevuld (2%). Van de ouders van peuters heeft 89% meegewerkt aan het PGO-deel, maar heeft 5% de CBCL/2-3 niet (volledig) ingevuld.

Tabel B.1 Respons 0-4 jarigen (thuiszorgorganisaties), naar leeftijdsgroep¹

	0-jarigen (n=3.623)		1-4 jarigen (n=2.498)		Totaal (n=6.121)	
	n	%	n	%	n	%
Respons						
PGO	3.345	92	2.229	89	5.574	91
PGO + Vragenlijst Huilgedrag	3.259	90	n.v.t.	-		
PGO + CBCL/2-3	n.v.t.	-	2.087	84		
Respons, maar leeftijd buiten de opgegeven marge ²	156	4	144	6	300	5
Non-respons ³	122	3	125	5	247	4

¹ Door de toegepaste weging (zie bijlage B) kunnen deze aantallen iets verschillen van de vermelde (gewogen) aantallen bij de resultaten in de afzonderlijke hoofdstukken.

² Deze groep is voor de analyses in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

³ Inclusief 44 kinderen van wie alleen Vragenlijst Huilgedrag of de CBCL/2-3 is ontvangen, en waarvan geen PGO-gegevens beschikbaar zijn.

Respons ouders en kinderen (5-15 jarigen)

Volgens de oorspronkelijke steekproef moesten GGD'en 4.500 kinderen onderzoeken voor de peiling (19 organisaties x gem. 3 leeftijdsgroepen x 75 kinderen). De 19 deelnemende GGD'en hebben 4.970 ouders/kinderen uitgenodigd voor een PGO in het kader van de PGO-Peiling 1997/1998, waarvan er 4.480 daadwerkelijk aan de peiling hebben meegewerkt (tabel B.2). De respons bedraagt derhalve 90% en de non-respons 10%.

Binnen iedere leeftijdsgroep had een klein deel de ouder- of kindvragenlijst niet (volledig) ingevuld. Bijvoorbeeld, 91% van de benaderde ouders van 5-6 jarigen heeft meegewerkt aan het PGO-deel, maar 6% heeft de CBCL/4-18 niet (volledig) ingevuld en 3% de LSPPK niet.

Tabel B.2 Respons 5-15 jarigen (GGD'en), naar leeftijdsgroep¹

Respons	5-6 jaar (n=1.557)		7-9 jaar (n=865)		10-12 jaar (n=944)		13-15 jaar (n=1.604)		Totaal (n=4.970)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	PGO	1.419	91	780	90	841	89	1.440	90	4.480
PGO + CBCL/4-18	1.317	85	732	85	802	85	1.320	82		
PGO + LSPPK	1.393	88	n.v.t.	-	n.v.t.	-	n.v.t.	-		
PGO + YSR	n.v.t.	-	n.v.t.	-	785	83	1.335	83		
PGO + KIVPA	n.v.t.	-	n.v.t.	-	n.v.t.	-	1.357	85		
Non-respons ²	138	9	85	10	103	11	164		490	10

¹ Door de toegepaste weging (zie bijlage B) kunnen deze aantallen iets verschillen van de vermelde (gewogen) aantallen bij de resultaten in de afzonderlijke hoofdstukken.

² Inclusief 21 kinderen van wie alleen de ouder- of kindvragenlijst is ontvangen, en waarvan geen PGO-gegevens beschikbaar zijn.

De resultaten gepresenteerd in dit rapport zijn gebaseerd op de aantallen ouders/kinderen die aan de peiling hebben meegewerkt en waarvan dus de TNO-vragenlijst door de arts of verpleegkundige tijdens het PGO is ingevuld (cursief weergegeven in tabel B.1 en B.2). In de paragrafen waar resultaten van de ouder- of kindvragenlijsten worden beschreven (Vragenlijst Huilgedrag, CBCL, YSR, LSPPK, KIVPA), zijn de gegevens gebaseerd op de groep waarover zowel de PGO-gegevens als de gegevens van de betreffende vragenlijst beschikbaar zijn.

Non-respons

De non-respons was in het algemeen laag, 4% bij de 0-4 jarigen en 10% bij de 5-15 jarigen. De meest voorkomende reden om niet mee te werken aan de peiling was dat men geen belangstelling had voor het onderzoek (tabel B.3). In totaal weigerde 1,7% van de uitgenodigde ouders van 0-4 jarigen en 6,0% van de uitgenodigde (ouders van) 5-15 jarigen aan de peiling deel te nemen.

Tabel B.3 Redenen voor non-respons

	0-4 jarigen (n=203) %	5-15 jarigen (n=469) %
Verhuizing/kind van school af	4	8
Ziekte/ongeval ouders/kind	8	3
Geen belangstelling/weigering	52	64
Leeftijd buiten de opgegeven marge	5	-
Andere reden	14	19
Onbekend	17	7

Non-respons was hoger bij ouders van peuters dan bij ouders van zuigelingen, en bij kinderen van niet-Nederlandse afkomst hoger dan bij Nederlandse kinderen. Bij de 5-15 jarigen was de non-respons iets hoger bij jongens dan bij meisjes en relatief laag bij kinderen afkomstig uit de regio Zuid en bij kinderen woonachtig in niet-stedelijk gebied. Voor 1-15 jarigen waarbij het JGZ-dossier aanwijzingen bevatte dat er sprake was van psychosociale problemen tijdens het vorige reguliere PGO, was de non-respons hoger dan bij kinderen waarvoor het dossier geen aanwijzingen bevatte. Hetzelfde geldt voor 1-15 jarigen die ooit in contact zijn geweest met een hulpverlener voor psychosociale problemen.

Landelijke representativiteit en weging

Om een landelijk beeld van de gezondheidstoestand van de jeugd te verkrijgen is het noodzakelijk dat de verzamelde gegevens representatief zijn voor de Nederlandse bevolking. Hiervoor is een aantal vergelijkingen gemaakt met landelijke gegevens zoals die beschikbaar zijn bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bij de opzet van de peiling is gestreefd naar een landelijk goed gespreide steekproef. Hiertoe is bij de steekproeftrekking rekening gehouden met de regio (noord, oost, zuid en west), urbanisatiegraad en met de leeftijdsverdeling per regio. Van de organisaties in de vijf grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht en Eindhoven), heeft één thuiszorgorganisatie en twee GGD'en aan de peiling meegewerkt.

Uit een vergelijking van de peilpopulatie (responsgroep 0-15 jarigen, n=10.054) met de landelijke bevolking, bleek dat in de peilpopulatie kinderen uit de regio Noord oververtegenwoordigd en uit de regio West ondervertegenwoordigd waren. Hiervoor

is gecorrigeerd door de peilpopulatie te wegen naar regio en leeftijdsverdeling binnen de regio's. Vervolgens zijn er vergelijkingen gemaakt tussen de (gewogen) peilpopulatie en de landelijke populatie naar een aantal relevante achtergrondkenmerken.

Geslachtverdeling

De geslachtsverdeling van de peilpopulatie komt na weging overeen met die in de gehele bevolking van 0-3 en 4-15 jaar (CBS, 1998a).

Regioverdeling

De regioverdeling van de peilpopulatie komt na weging uiteraard exact overeen met die van de gehele bevolking van 0-4, 5-9 en 10-14 jaar (CBS, 1998b).

Stedelijkheid

Er bestaat na de weging een verschil in de verdeling in stedelijkheid tussen de peilpopulatie en de gehele bevolking van 0-14 jaar. Het percentage kinderen uit 'zeer sterk stedelijk gebied' is in de peilpopulatie lager (7,6%) dan in de gehele bevolking (14,5%)(CBS, 1997). Dit wordt veroorzaakt door de lage deelname aan de peiling van organisaties uit de grote steden.

Etniciteit

Het percentage 0-15 jarige allochtone kinderen in de peilpopulatie is veel lager dan in de hele bevolking. Het aandeel 1^e en 2^e generatie allochtonen in de (gewogen) peilpopulatie is 5,4%, vergeleken met 13,5% in de landelijke bevolking van 0-14 jaar (CBS, 1998c, 1998d). Het percentage 4-15 jarige allochtonen kinderen in de peilpopulatie (7,6%) benaderd het percentage allochtonen 0-15 jarigen in de landelijke bevolking exclusief de grote steden (9,1%)(CBS, 1998b, 1998e, 1998f). Bij de 0-3 jarigen is dat niet het geval (3,7%).

Type huishouden

Het percentage kinderen dat woonachtig is in een één-oudergezin is in de peilpopulatie lager dan in de landelijke bevolking (5% versus 14%)(CBS, gegevens rechtstreeks ontvangen). Vanwege een definitieverschil is het verschil echter niet exact te bepalen. In de gegevens van het CBS valt een waarschijnlijk groot aantal samenwonende paren met één of meer kinderen in de categorie één-oudergezin. Dit

gaat dan om paren waarvan niet beide ouders biologisch ouder van de kinderen zijn. Als de niet-biologische ouder het kind niet officieel heeft erkend, staat het gezin bij het CBS als één-oudergezin bekend. Bij de peiling valt het paar echter in de categorie 'samenwonend paar'.

Aantal kinderen in gezin

De verdeling van het aantal kinderen in het gezin waarin het kind verblijft is in de peilpopulatie nagenoeg gelijk aan die in de gehele bevolking van 0-14 jaar (CBS, gegevens rechtstreeks ontvangen). In de peilpopulatie is het percentage kinderen zonder broers/zussen iets hoger dan landelijk gezien. Dit is echter conform verwachting omdat er relatief veel 0-4 jarigen in de peilpopulatie zitten vergeleken met de leeftijdsverdeling van de gehele bevolking.

Hoogst voltooide opleiding ouders

Wat betreft hoogst voltooide opleiding van de ouders kon alleen een vergelijking gemaakt worden tussen de ouders van de kinderen in de peilpopulatie en de landelijke beroepsbevolking van 25 tot en met 44 jaar (CBS, 1998a). Hieruit bleek dat de ouders van de kinderen in de peilpopulatie in vergelijking met de landelijke bevolking vaker VBO/MAVO (peiling: 37%, CBS: 21%) en minder vaak HAVO/VWO/MBO (peiling: 36%, CBS: 45%) als hoogst voltooide opleiding hadden. Het is echter niet mogelijk om te bepalen in hoeverre er sprake is van een echt verschil, omdat de twee vergeleken groepen niet geheel overeenkomen. De landelijke gegevens zijn namelijk niet opgesplitst naar mensen met en mensen zonder kinderen.

Inkomensbron gezin

Het percentage kinderen dat woonachtig is in een gezin zonder inkomen uit arbeid is in de peilpopulatie lager dan in de landelijke bevolking (peiling: 4%, CBS: 11%)(CBS, gegevens rechtstreeks ontvangen). Deze vergelijking is echter niet zuiver door het bij 'type huishouden' genoemde definitieverschil.

Onderwijsniveau van klas 2 voortgezet onderwijs.

De verdeling van het onderwijsniveau van de groep 13-15 jarigen is van de peilpopulatie nagenoeg gelijk aan die van de gehele bevolking van 13-15 jaar (CBS, gegevens rechtstreeks ontvangen).

Conclusie

Na weging naar regio en leeftijd is de peilpopulatie representatief voor de Nederlandse bevolking naar geslacht, regio en leeftijdsverdeling binnen de regio's. Daarnaast is er weinig verschil tussen de peilpopulatie en de landelijke bevolking wat betreft het aantal kinderen in het gezin, het onderwijsniveau van klas 2 van het voortgezet onderwijs en de mate van stedelijkheid. Er zijn wel verschillen gevonden tussen de peilpopulatie en de landelijke populatie wat betreft het type huishouden, de hoogst voltooide opleiding van de ouders en de inkomensbron van het gezin. Bij alle drie is echter sprake van een definitieverschil tussen de peiling en het CBS. Omdat de gevonden verschillen niet erg groot zijn en voor een deel veroorzaakt wordt door het definitieverschil, worden ze als niet ernstig beschouwd. Wat betreft etniciteit, is het percentage allochtonen in de groep 0-3 jarigen aanzienlijk lager dan in de landelijke bevolking.

Vergelijking met voorafgaande PGO-Peilingen

De huidige peiling kan alleen vergeleken worden met de peilingen bij 4-15 jarigen in het reguliere onderwijs in 1991/1992 (Spee-van der Wekke et al., 1994a), 1992/1993 (Spee-van der Wekke et al., 1994b) en 1993/1994 (Brugman et al., 1995). De PGO-Peiling 1994/1995 is gehouden in het speciaal onderwijs en aan de PGO-Peiling 1995/1996 is de Vierde Landelijke Groeistudie gekoppeld, waardoor de steekproef anders was dan in 'gewone' peiljaren. Een peiling onder 0-4 jarigen is nooit eerder op deze wijze gehouden. Vergelijking met deze groep is daardoor niet mogelijk.

Vergeleken met de eerste drie PGO-Peilingen is de respons in de huidige peiling lager (respectievelijk 95%, 96%, 97% en 90%). Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het onderwerp van deze peiling, psychosociale problemen. Bij de voorafgaande peilingen weigerde slechts één procent van de uitgenodigde kinderen om aan het onderzoek deel te nemen, tegenover 6% in de huidige peiling.

In tabel B.4 wordt een vergelijking gegeven van de achtergrondkenmerken van de vier PGO-Peilingen. Als gevolg van veranderingen in de steekproef van deelnemende GGD'en en de weging van de huidige peiling, zijn er verschuivingen opgetreden in de verdeling naar regio en gemeentegrootte. Deze twee achtergrondkenmerken worden daarom niet weergegeven in de tabel.

De geslachtsverdeling en de verdeling naar etniciteit is in alle peilpopulaties nagenoeg gelijk. De veranderde werkwijze van GGD'en (minder PGO's) is zichtbaar in de verdeling naar leeftijdsgroepen in de verschillende peilingen. De

PGO's in groep 4 (7-9 jarigen) en in groep 7/8 (10-12 jarigen) vallen het vaakst uit waardoor er in de latere peilingen meer kinderen uit de jongste en de oudste leeftijdsgroepen zitten. De huidige peiling bevat iets minder kinderen uit het basisonderwijs en meer uit het HAVO-VWO dan in voorafgaande peilingen. Vergeleken met de eerste PGO-Peiling (1991/1992) zijn er in de laatste drie peilingen iets meer kinderen van hoog opgeleide ouders en relatief iets minder kinderen van laag opgeleide ouders.

Tabel B.4 *Vergelijking achterkenmerken huidige peilpopulatie voor 5-15 jarigen met eerdere peilingen in het reguliere onderwijs*

	PGO-Peiling 1991/1992 (n=5.347)	PGO-Peiling 1992/1993 (n=5.515)	PGO-Peiling 1993/1994 (n=4.450)	PGO-Peiling 1997/1998 (n=4.480)
	%	%	%	%
Geslacht				
jongens	51	51	51	49
meisjes	49	49	49	51
Leeftijdsgroep				
5-6 jaar	27	28	30	35
7-9 jaar	24	22	21	17
10-12 jaar	23	25	21	18
13-15 jaar	26	25	28	31
Onderwijsniveau				
basionderwijs	73	74	71	67
algemene brugklas	-	-	3	-
VBO(-MAVO)	11	9	11	11
MAVO(-HAVO)	9	8	7	7
HAVO-VWO	7	9	9	15
Etniciteit (volgens oude definitie)¹				
Nederlands	89	89	88	89
Surinaams/Antilliaans	2	2	3	3
Turks/Marokkaans	4	4	4	3
anders	4	5	5	5
onbekend	1	1	0	0
Schoolopleiding vader				
(geen) lagere school	12	9	8	5
VBO/MAVO	42	40	42	37
HAVO/VWO/MBO	21	22	23	28
HBO/Universiteit	18	20	20	25
onbekend	7	9	8	5

¹ Etniciteit is in eerdere peilingen afgeleid van het land van herkomst van de vader. Wanneer het land van herkomst van de vader ontbrak of onbekend was is uitgegaan van het land van herkomst van de moeder. In dit rapport is verder een andere etniciteit-definitie gehanteerd, gebaseerd op het geboorteland van het kind zelf en beide biologische ouders (zie bijlage A).

Bijlage C Afkortingen en terminologie

Afkortingen

AMW	algemeen maatschappelijk werk
BI	betrouwbaarheidsinterval
BVA	Bureau Vertrouwensarts (<i>tegenwoordig AMK; Advies- en Meldpunt Kindermishandeling</i>)
CBCL	Child Behavior Checklist
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
IGZ	inspectie voor de gezondheidszorg
JGZ	jeugdgezondheidszorg
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale problematiek Adolescenten
LC-OKZ	Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg
LSPPK	Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters
LVGGD	Landelijke Vereniging voor GGD'en
LVSJ-GGD	Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen in GGD-en
NVJG	Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg
OKZ	Ouder- en Kindzorg
OR	odds ratio
PGO	preventief gezondheidsonderzoek <i>In de praktijk wordt de afkorting ook vaak gebruikt voor periodiek geneeskundig onderzoek (in tegenstelling tot periodiek verpleegkundig onderzoek). In dit rapport wordt echter de voorkeur gegeven aan de term preventief gezondheidsonderzoek, waarbij in het midden wordt gelaten of dit door een arts of een verpleegkundige wordt uitgevoerd</i>
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RT	remedial teacher
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
TNO-PG	TNO Preventie en Gezondheid
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTO	Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen
VVVM	Vereniging van Verpleegkundigen in de Maatschappelijke Gezondheidszorg
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
YSR	Youth Self Report

Terminologie

Aan de termen jeugdarts, jeugdverpleegkundige, schoolarts, consultatiebureau-arts, OKZ-verpleegkundige worden in de praktijk diverse betekenissen toegekend. In dit rapport wordt aan deze termen de volgende inhoud toegekend en wordt verder alleen gesproken van jeugdarts of -verpleegkundige.

Jeugdarts	een arts die ingeschreven is in het register van sociaal geneeskundigen (tak jeugdgezondheidszorg)
Jeugdverpleegkundige	een verpleegkundige die werkzaam is in de dienst jeugdgezondheidszorg van een GGD (ongeacht vervolgopleiding of specialisatie)
Schoolarts	een arts die werkzaam is in de dienst jeugdgezondheidszorg van een GGD (de vervolgopleiding of specialisatie wordt buiten beschouwing gelaten)
Consultatiebureau-arts	een arts die werkzaam is op consultatiebureaus voor zuigelingen en/of peuters (de vervolgopleiding of specialisatie wordt buiten beschouwing gelaten)
OKZ-verpleegkundige	een verpleegkundige die werkzaam is op een consultatiebureau voor zuigelingen en/of peuters (ongeacht vervolgopleiding of specialisatie)

**Bijlage D Onderwerpen, gepeild in de PGO-Peilingen
1991 – 1998**

Tabel D.1 Vaste onderwerpen, gepeild in de Peilingen JGZ 1991 - 1998

schooljaar	gegevens populatie			onderwerpen
	n	leeftijd	aard	
1991/1992	5.352	4 - 15	leerlingen regulier onderwijs	Achtergrondgegevens* Biometrie Morbiditeit Medicijngebruik Oordeel gezondheid
1992/1993	5.515	4 - 15	leerlingen regulier onderwijs	Achtergrondgegevens* Biometrie Morbiditeit Medicijngebruik Oordeel gezondheid
1993/1994	4.277	4 - 15	leerlingen regulier onderwijs	Achtergrondgegevens* Biometrie Morbiditeit Medicijngebruik Oordeel gezondheid
1994/1995	2.630	4 - 15	leerlingen speciaal onderwijs	Achtergrondgegevens* Biometrie Morbiditeit Medicijngebruik Oordeel gezondheid
1996/1997	14.507	0 - 21	Nederlandse kinderen	Achtergrondgegevens*
	2.904	0 - 21	Turkse kinderen	Achtergrondgegevens *
	2.855	0 - 21	Marokkaanse kinderen	Achtergrondgegevens *
1997/1998	9.954	0 - 15	consultatiebureaukinderen + leerlingen regulier onderwijs	Achtergrondgegevens*

*Achtergrondgegevens zijn: geslacht, leeftijd, onderwijsniveau, gemeentegrootte, etniciteit, opleiding ouders, regio.

Tabel D.2 Variabele onderwerpen, gepeild in de PGO-Peilingen 1991 - 1998

schooljaar	gegevens populatie			onderwerpen
	n	leeftijd	aard	
1991/1992	5.352	4 - 15	leerlingen regulier onderwijs	Gehoorstormissen Walkmangebruik Visus Ongevallen Psychosociale aspecten van Gezondheid Zwemvaardigheid Luchtwegklachten
1992/1993	5.515	4 - 15	leerlingen regulier onderwijs	Sporten Televisie kijken Enuresis Lichamelijke beperkingen
1993/1994	4.277	4 - 15	leerlingen regulier onderwijs	Voedingsgewoonten Voedselallergie Lijngedrag Hoofdluis
1994/1995	2.630	4 - 15	leerlingen speciaal onderwijs	Amblyopie Gehoorstormissen Enuresis Lichamelijke beperkingen Zwemvaardigheid
1996/1997	14.507	0 - 21	Nederlandse kinderen	Biometrie (4de land. groeistudie) Jeugdpuistjes Melkvoeding
	2.904	0 - 21	Turkse kinderen	Biometrie (4de land. groeistudie) Jeugdpuistjes Melkvoeding
	2.855	0 - 21	Marokkaanse kinderen	Biometrie (4de land. groeistudie) Jeugdpuistjes Melkvoeding
1997/1998	9.954	0 - 15	consultatiebureau kinderen + leerlingen regulier onderwijs	Psychosociale gezondheid Huilgedrag (alleen zuigelingen) Melkvoeding (alleen zuigelingen)

Bijlage E Wetenschappelijke publicaties

Gepubliceerd

Beuker RJ, Burgmeijer RJF, Meulmeester JF, Wit JM, Spee-Wekke A van der, Brugman E. Fourth national growth study: revision of the national growth reference curves in The Netherlands. Essop 1996. Milaan, 7 - 10 november 1996, 237 (Abstract).

Beuker RJ, Burgmeijer RJF, Meulmeester JF, Wit JM, Spee-Wekke van der A, Brugman E. secular change in height of dutch children: Revision of the national growth reference curves urgently needed. *Int J Sports Med.* 1997;18(suppl. 3)246.

Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke A, Beuker RJ. Breakfast skipping in children and adolescents in the Netherlands. Essop 1996. Milaan, 7 - 10 november 1996, 172 (Abstract).

Brugman E, Mulders YM, Burgmeijer RJF. Peilingen van de gezondheid van 0-24 jarigen. 75 jaar TSG, jubileumcongres 1997, 29 (Abstract).

Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke J, Beuker RJ, Radder JJ. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg. PGO-Peiling 1993/1994. Leiden: TNO-PG, 1995. Publ.nr. 95.061.

Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke, Beuker RJ, Zaadstra BM, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP. Dieting, weight and health in adolescents in the Netherlands. *Int J Obesity* 1997;21:54-60.

Brugman E, Beuker R. Reactie op Resistentie-vrije therapie tegen hoofdluis. Ingezonden brief. *Infectieziekten Bulletin* 1997;8(5):103-4.

Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke A, Beuker RJ, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP. Prevalence of self-reported food hypersensitivity among school children in The Netherlands. *Eur J Clin Nutr* 1998;52:577-81.

Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke A, Verloove-Vanhorick SP. Breakfast-skipping in children and young adolescents in The Netherlands. *Eur J Public Health* 1998;8:325-8.

Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke A, Beuker RJ, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP. Prevalence of food hypersensitivity among school children in the Netherlands. *Eur J Clin Nutr* 1998; 52:577-81.

Burgmeijer RJF. Borstvoeding in Nederland, 1850 tot heden. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 1998;30:33-7.

Burgmeijer RJF. Groei van borstgevoede kinderen. In: Wit JM, red. *De Vierde Landelijke Groeistudie (1997)*; presentatie nieuwe groeidiagrammen. Leiden: Boerhaave Commissie, 1998: 37-54.

Burgmeijer RJF, Fredriks AM, Buuren S van, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Groeidiagrammen 1997: handleiding bij het meten en wegen van kinderen en het invullen van groeidiagrammen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

Burgmeijer RJF, Wieringen JC van. Secular changes of growth in the Netherlands. In: Bodszar BE, Susanne C, eds. *Secular Growth Changes in Europe*. Budapest: Eötvös University Press, 1998:233-262.

Buuren S van, Beuker RJ, Brand R, Burgmeijer RJF. Determination of sample size for sexual maturation measurements in the fourth Dutch nationwide growth study by Bayesian logistic regression (abstract). *Proceedings of the Eighth International Congress of Auxology 1997*. Philadelphia: Department of Anthropology University of Pennsylvania, 1997.

Buuren S van, Fredriks AM. Methoden voor het objectiveren van groeiafbuiging. In: Wit JM (red). *De Vierde Landelijke Groeistudie (1997)*: presentatie nieuwe groeidiagrammen. Leiden: Boerhaave Commissie, 1998:91-101.

Buuren S van, Fredriks AM, Verkerk PH. Consensus 'Diagnostiek kleine lichaamslengte bij kinderen' (ingezonden brief). *NTvG* 1999;143:1585-6.

Fredriks AM, Buuren S van, Burgmeijer RJF, Verloove-Vanhorick, Wit JM. Nederlandse groeidiagrammen 1997 in historisch perspectief. In: Wit JM, red. *De Vierde Landelijke Groeistudie (1997)*: presentatie nieuwe groeidiagrammen. Leiden: Boerhaave Commissie, 1998: 1-13.

Fredriks AM, Buuren S van, Keijzers M, Wit JM. De target height als hulpmiddel bij het opsporen van groeistoornissen. In: Wit JM, red. De Vierde Landelijke Groeistudie (1997): presentatie nieuwe groeidiagrammen. Leiden: Boerhaave Commissie, 1998: 79-90.

Hauspie RC, Vercauteren M. Seculaire groeiverschuivingen in internationaal perspectief. In: Wit JM, red. De Vierde Landelijke Groeistudie (1997): presentatie nieuwe groeidiagrammen. Leiden: Boerhaave Commissie, 1998.

Meulmeester JF, Spee-van der Wekke J. Peiling luchtwegproblematiek schoolverzuim en medicijngebruik in Nederland. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994; 72(4): middenkatern 49 (abstract).

Meulmeester JF. Peilingen jeugdgezondheidszorg: gezondheid in perspectief. Ledenbulletin NVJG 1995;8(4):14-6.

Ouden AL den, Drikkoningen CEM, Spee-van der Wekke J, Sigmond-de Bruin EM, Verloove-Vanhorick SP. Gevolgen van vroeggeboorte: veel medisch consumptie en lichamelijke beperkingen: enquête onder ouders van 10-jarigen. Ned T Geneesk 1998;142(3):138-42.

Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Herngreen WP, Vogels AGC, Radder JJ, Schalk-van der Weide Y. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg. PGO-Peiling 1991/1992. Leiden: TNO-PG, 1994. Publ.nr. 94.019.

Spee-van der Wekke J, JF Meulmeester JF, Herngreen WP, Vogels ACG, Radder JJ, Schalk-van der Weide Y. Jedes fünfte Schulkind im Jahr eine Woche krank. TNO Nachrichten, Mai 1994, nr. 5.

Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Herngreen WP, Vogels ACG, Radder JJ, Schalk-van der Weide Y. Peilingen Jeugdgezondheidszorg. TNO Magazine 1994 (3) 31.

Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP, Schalk-van der Weide Y. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg. PGO-Peiling 1992/1993. Leiden: TNO-PG, 1994.

Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Schalk-van der Weide Y. Respiratory symptoms in schoolchildren in the Netherlands. *Pediatr Res* 1994; 36:52A (Abstract).

Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ, Hirasing RA, Verloove-Vanhorick SP. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg. PGO-Peiling 1994/1995 Speciaal Onderwijs. Leiden: TNO-PG, 1996. Publ.nr. 96.075.

Spee-van der Wekke J, Hirasing RA, Meulmeester JF, Radder JJ. Childhood nocturnal enuresis in The Netherlands. *Pediatric Urol* 1998;51:1022-6.

Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ. Gezondheidsverschillen tussen leerlingen in het reguliere en het speciale onderwijs. *T Orthopedagogiek*, 1998;37:87-96.

Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP. School absence and treatment in school children with respiratory symptoms in The Netherlands: data from the Child Health Monitoring System. *J Epidemiol en Community Health*, 1998;52:359-63.

Spee-van der Wekke J. The Child Health Monitoring System in the Netherlands. Peilingen Jeugdgezondheidszorg. Proefschrift. Rijksuniversiteit Leiden, 1998.

Wit JM, Fredriks AM. Weergave van groeidiagrammen en gebruik in kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg. In: Wit JM, red. *De Vierde Landelijke Groeistudie (1997): presentatie nieuwe groeidiagrammen*. Leiden: Boerhaave Commissie, 1998: 69-76.

Geaccepteerd voor publicatie

Fredriks AM, Buuren S van, Burgmeijer RFJ, Meulmeester JF, Beuker RJ, Brugman E, Roede MJ, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Continuing positive secular growth change in the Netherlands 1955-1997. Geaccepteerd door *Paediatric Research*.

Fredriks AM, Buuren S van, Verloove-Vanhorick SP. Being overweight, a growing problem in the Netherlands. Geaccepteerd door *Archives of Disease in Childhood*.

Spee-van der Wekke J, Ouden AL den, Meulmeester JF, Radder JJ. Self-reported physical disabilities in children in the Netherlands. Geaccepteerd door *Disability and Rehabilitation* (1999).

Bijlage F

**Leden begeleidingscommissie PGO-Peiling
1997/1998**

IGZ	Mw A. Ambler-Huiskes Dhr. F. Kok
LC-OKZ	Dhr. F.M.J. Alkema (tot 01-09-98) Dhr. R.E. Juttman (plaatsvervanger) Mw. J. Lim-Feijen
LVGGD	Dhr. J.A.M. van Eijck
LVSV-GGD	Mw. P. van Woerkom
NSPH	Mw. J.F. Meulmeester
NVJG	Mw. H. Pauw-Plomp Dhr. H. Talma
TNO-PG	Mw. E. Brugman Dhr. R.J.F. Burgmeijer Mw. A.M. Fredriks Dhr. R.A. Hirasing Mw. M.E. den Hollander-Gijsman Dhr. J.J. Radder Dhr. S.A. Reijneveld Dhr. H.P. Verbrugge Mw. S.P. Verloove-Vanhorick
VNG	Mw. Y.C. van Westering
VVVM	Mw. A. Willems
VWS	Dhr. H.C.M. Zoomers

Adviseurs

Dhr. F.C. Verhulst	Academisch Ziekenhuis Rotterdam Sophia Kinderziekenhuis, Afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie
Dhr. A.G.C. Vogels	TNO-PG
Mw. M.B. Swagerman	TNO-PG
Dhr. F.I.M. Pijpers	TNO-PG
Dhr. M. Fekkes	TNO-PG

Bijlage G **Expertmeeting over de rol van de JGZ bij
psychosociale problemen**

Expertmeeting over de rol van de JGZ bij psychosociale problemen

De aanbevelingen wat betreft psychosociale problemen bij kinderen en jongeren zijn mede gebaseerd op een expertmeeting over dit onderwerp. Deze bijlage beschrijft het doel en de opzet van deze expertmeeting.

Doel van deze expertmeeting was het verkrijgen van advies van deskundigen over de vraagstukken rond psychosociale problemen bij jongeren die als eerste moeten worden opgelost en over de rol die de jeugdgezondheidszorg (JGZ) hierbij kan spelen. De resultaten van de Peiling JGZ 1997/1998 vormden daarvoor de basis. De deskundigen was gevraagd zich te richten op de rol die de JGZ zou moeten vervullen bij primaire en secundaire preventie van psychosociale problemen in relatie tot:

- de wetenschappelijke kennis hierover, en
- de praktische mogelijkheden van andere organisaties die hierbij betrokken zijn (o.a. scholen, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en geestelijke gezondheidszorg).

Deelnemers aan de expertmeeting waren werkzaam binnen de JGZ of binnen (andere) instanties die relevant zijn voor de preventie en behandeling van psychosociale problematiek bij kinderen en jongeren, of waren betrokken bij onderzoek, informatievoorziening en opleiding op dit terrein. Dit betrof de volgende velden en organisaties: JGZ 0-4 jaar; JGZ 4-19 jaar; Huisartsgeneeskunde; Kinder-geneeskunde en -psychiatrie; Pedagogiek en ontwikkelingspsychologie; Onderwijs; Jeugdhulpverlening; Jeugdbescherming; Geestelijke gezondheidszorg; VWS, directie Gezondheidsbeleid en directie Jeugdbeleid en Jeugdhulpverlening; IGZ; NVJG; gemeenten; en NSPH. In totaal namen 35 personen deel aan de expertmeeting.

De *opzet* van de expertmeeting was verder als volgt. Vooraf ontvingen de deelnemers informatie over het doel en de opzet van de bijeenkomst en over de voorlopige resultaten van de PGO-Peiling 1997/1998. Tijdens de bijeenkomsten werden de deelnemers eerst geïnformeerd over de werkwijze van de JGZ en de methodiek van de Peilingen JGZ, en werden de belangrijkste resultaten van de PGO-Peiling 1997/1998 wat betreft psychosociale problemen voor hen samengevat. Vervolgens discussieerden zij in drie subgroepen rond de thema's 'Opsporen en signaleren', 'Primaire preventie' en 'Secundaire preventie en interventies'. De conclusies uit deze subgroepen werd tot slot plenair besproken, waarbij het accent lag op mogelijkheden voor oplossing van geconstateerde knelpunten. De resultaten van deze bespreking zijn verwerkt in de aanbevelingen zoals gegeven in dit rapport.