

US

UXA

B 70
(2)

TNO-rapport
95.039

Onderzoek naar het effect van droog- bedtraining in de jeugdgezondheidszorg

TNO Preventie en Gezondheid
Divisie Collectieve Preventie

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 18 18 18
Fax 071 17 63 82

auteur(s):
L.F. Bolk-Bennink
R.A. Hirasing

datum:
juni 1995

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek

15 SEP 1995

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden
Stamboeknummer

13347

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, 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 onderzoeks-
opdrachten aan TNO, dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1995 TNO



CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bolk-Bennink, L.F.

Onderzoek naar het effect van droogbedtraining in de
jeugdgezondheidszorg / auteurs: L.F. Bolk-Bennink, R.A.
Hirasing. - Leiden : TNO Preventie en Gezondheid, Divisie
Collectieve Preventie
TNO-rapport PG 95.039. - Met lit.opg.
ISBN 90-6743-385-3
Trefw.: bedplassen ; kinderen.

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 34,65 (incl. BTW) op postbankrekeningnr.
99.889 ten name van het TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 95.039.

INHOUD	pagina
SAMENVATTING	i
1. INLEIDING	1
1.1 Vraagstelling	2
1.2 Begeleidingscommissie	3
1.3 Financiering	3
2. DROOG-BEDTRAINING	4
2.1 Literatuuroverzicht	4
2.2 Droog-bedtraining	7
2.3 Droog-bedtraining in groepsverband	11
2.4 Aanbevelingen begeleidingscommissie	15
3. METHODEN	19
3.1 Onderzoekspopulaties	19
3.1.1 Deelnemers droog-bedtraining	19
3.1.2 Controlegroep negenjarigen	19
3.1.3 GGD'en	20
3.2 Procedure	20
3.2.1 Droog-bedtraining	20
3.2.2 Controlegroep negenjarigen	21
3.2.3 Procedure GGD'en	22
3.3 Vragenlijsten	22
3.3.1 Droog-bedtraining	22
3.3.2 Controlegroep negenjarigen	24
3.3.3 GGD'en	24
3.4 Operationalisatie van de variabelen	24

	pagina
4. RESULTATEN	29
4.1 Resultaten droog-bedtraining	29
4.1.1 Algemeen	29
4.1.2 Kenmerken van de enuresis	30
4.1.3 Resultaat droog-bedtraining	36
4.1.4 Verschillen tussen de kinderen waarbij de training wel/geen succes heeft gehad	44
4.2 Resultaten controlegroep negenjarigen	46
4.2.1 Algemeen	46
4.2.2 Resultaten nameting	47
4.3 Resultaten GGD'en	53
5. DISCUSSIE	55
5.1 Bespreking van de resultaten	55
5.1.1 Droog-bedtraining	55
5.1.2 Controlegroep negenjarigen	58
5.1.3 Beperkingen van het onderzoek	60
5.2 Conclusies en aanbevelingen	61
LITERATUUR	65
BIJLAGEN	69

SAMENVATTING

Enuresis Nocturna (bedplassen) is een veelvoorkomend probleem. Het verwerven van de (nachtelijke) zindelijkheid is voor een kind één van de grote mijlpalen in de ontwikkeling. Het levert belangrijke bijdrage aan het zelfvertrouwen. Gezien het met de leeftijd toenemen van de emotionele belasting door het bedplassen en de ernst van de beperkingen in het sociale verkeer is het van belang dat kinderen tijdig hulp krijgen bij het leren droog slapen. Hiervoor zijn verschillende behandel- of begeleidingsmogelijkheden voorhanden zoals: opnemen, blaastraining, kalendermethode, plaswekker, geneesmiddelen. Tegenwoordig wordt op beperkte schaal voor kinderen vanaf tenminste 7 jaar waarbij gangbare therapieën geen succes hadden, de cursus droog-bedtraining aangeboden. De droog-bedtrainingen worden gegeven volgens de *mediatie*-methode dat wil zeggen dat het kind door middel van begeleiding van de ouder als mediator wordt 'behandeld'. De ouders ontvangen tijdens de cursus instructies en leren een aantal vaardigheden om het gedrag van hun kind op een *andere* manier te beïnvloeden dan zij voorheen deden. De training is gebaseerd op gedragstherapeutische uitgangspunten. Er wordt van uitgegaan dat door middel van belonen van het gewenste gedrag en het negeren van het ongewenste gedrag, het doelgedrag (droog slapen) wordt aangeleerd. De droog-bedtraining werd tot nu toe meestal in de tweedelijns gezondheidszorg (ziekenhuis of Riagg) uitgevoerd, maar sedert kort ook bij enkele afdelingen Jeugdgezondheidszorg van de GGD'en.

Met dit onderzoek naar de droog-bedtraining in de Jeugdgezondheidszorg wordt nagegaan wat het effect is van de training; in hoeverre deze methode naar andere GGD'en uitgebreid kan worden en welke kinderen voor deze cursus in aanmerking komen.

Aan het onderzoek namen 91 kinderen en hun ouders deel. Van 86 kinderen zijn ook nametingen bekend. Gebleken is dat met de DBT zeer positieve resultaten zijn te bereiken. 69 Kinderen (80%) werden droog. 14 Kinderen (16%) behaalden het continencriterium (minimaal 14 achtereenvolgende droge nachten) niet. Van 3 kinderen zijn geen resultaten bekend. De gemiddelde succesnelheid bedroeg 6,9 weken. 80% van de kinderen was binnen twee maanden droog, 14 kinderen (20%) deden er langer over. Na zes maanden was 70% van de kinderen waarvan de resultaten bekend zijn (nog steeds) droog of sterk verbeterd.

Gedragsproblemen van de kinderen, gemeten met de CBCL-vragenlijst van Achenbach, zijn voor de gehele groep na de training significant gedaald. Dit is in overeenstemming met de hypothese dat gedragsproblemen vaker een *gevolg* dan een oorzaak zijn van het bedplassen (Messer, 1979; Baller, 1975). Van de kinderen die bij de voormeting een *verhoogde* CBCL-score hadden werd 79% ook *droog* en 50% had bij de nameting een score in de normale range. Hieruit kan geconcludeerd

worden, dat kinderen met gedragsproblemen die in hun bed plassen, niet eerst voor de gedragsproblemen behandeld hoeven te worden. Met de DBT kan bedplassen met succes worden begeleid, wat weer een gunstige invloed heeft op de gedragsproblemen.

De *evaluatie* (door de ouders) van de DBT is zéér positief. De kinderen vonden sommige onderdelen van de DBT vervelend, met name de positieve oefeningen werden door hen slecht gewaardeerd. Het positieve resultaat stond vanzelfsprekend voorop.

Bij de vergelijking van de groep kinderen die géén succes had met de DBT (geen 14 achtereenvolgende droge nachten) met de groep die wel succes had kwamen enkele significante verschillen naar voren.

De 'geen succes' groep gebruikte meer geneesmiddelen en bezocht vaker een specialist. Dit zou kunnen wijzen op een 'medicaliserende' instelling van de ouders ten aanzien van het bedplassen. Opvallend is dat deze groep een significant lagere CBCL-score had. De ouders vonden dat hun kind geen gedragsproblemen had. Tevens kwam naar voren dat minder dan de helft van de 'geen succes' groep de plaswekker op de voorgeschreven wijze had gebruikt! Opvallend was ook dat 43% van deze groep de plaswekker al eens eerder had gebruikt en slechts 19% in de 'succes' groep. Hieruit blijkt weer dat goede begeleiding en motivatie bij (hernieuwd) plaswekker gebruik onontbeerlijk is. Wellicht zou een deel van de 'succes' groep dat de plaswekker nog niet eerder had gebruikt ook met alleen plaswekkertraining droog hebben kunnen worden. De begeleidingscommissie adviseert dan ook om eerst de plaswekkertraining te proberen. Als dit niet voldoende blijkt kan DBT volgen. Echter sommige kinderen in dit onderzoek waren al 10 jaar en zo gemotiveerd om droog te worden dat men hen een eventuele extra faalervaring wilde besparen en meteen aan de DBT liet meedoen. Een laatste verschil is dat de kinderen in de 'geen succes' groep op één na allemaal ontevreden waren over de training. Hieruit blijkt ook weer hoe belangrijk het is dat kinderen zelf gemotiveerd zijn en blijven voor en gedurende de training. Een logisch gevolg van het feit dat ouders eigenlijk weinig op hebben met een bepaalde therapie is dat zij hun kind daarin beïnvloeden. Het is daarom te overwegen om met deze kinderen een gesprek te hebben alvorens weer nieuwe adviezen te geven. Zolang deze kinderen zelf niet gemotiveerd zijn om droog te slapen, heeft geen enkele begeleiding zin. Indien blijkt dat deze kinderen wel gemotiveerd zijn, kan groepsbegeleiding zonder ouders een oplossing zijn.

Daar het effect van de droog-bedtraining uitgedrukt in het percentage kinderen dat na de cursus droog slaapt zonder vergelijking met de normale werkwijze in de Jeugdgezondheidszorg weinig zegt, is besloten als "controle"groep te nemen de negenjarige kinderen uit het eveneens door TNO verrichte onderzoek naar bedplassen in de Westelijke Mijnstreek. Uit dit onderzoek blijkt dat één jaar na de gebruikelijke advisering door de jeugdarts tijdens het periodiek gezondheidsonderzoek

op de leeftijd van 9 jaar nog steeds 65% in bed plast is schrijnend te noemen, vooral als we weten dat met een DBT 80% van hen binnen 2 maanden droog zou kunnen zijn. Veel ouders uit het onderzoek in de Westelijke Mijnstreek wisten geen oplossing voor het bedplassen en kwamen niet verder dan opnemen of afwachten tot het vanzelf overging. Slechts 21% van de kinderen had het advies gekregen de plaswekker te gebruiken. Om de advisering en begeleiding van enuresis nocturna te verbeteren is in het kader van dit project een Handleiding enuresis nocturna geschreven waarin is opgenomen een richtsnoer voor diagnose en begeleiding.

De GGD'en zijn zeer geïnteresseerd in het opnemen van de DBT in het takenpakket. TNO-PG ontwikkelde daarom samen met de Leidse Hoge school een module enuresis nocturna voor artsen en verpleegkundigen en anderen belangstellenden. Hierin is ook een training voor het geven van een cursus DBT opgenomen. Langzamerhand zal de DBT op deze wijze worden geïmplementeerd in de Jeugdgezondheidszorg. Het is van belang dat wordt voortgegaan op de ingeslagen weg. De prevalentie van enuresis nocturna, de ernst van het probleem voor ouders en kind en het effect en de efficiëntie van de DBT rechtvaardigen het opnemen van de training in het takenpakket van de Jeugdgezondheidszorg. Als de begeleiding van kinderen met enuresis nocturna op deze manier vorm krijgt, kan ieder kind leren om baas te zijn over zijn eigen blaas!

Schema voor de praktijk

SELECTIECRITERIA VOOR DEELNAME AAN DE DROOG-BEDTRAINING

- * Kind komt voor Periodiek of gericht Gezondheids Onderzoek.
- * Vraag: Heb je de afgelopen 4 weken in bed (of luier) geplast?
 - Zo ja: Neem anamneselijst I en II af.
 - Indien problemen ook Achenbachlijst.
 - Verricht lichamelijk onderzoek en urine onderzoek (Zie Handleiding Enuresis Nocturna, 1995)
- * Ga na wat tot nu toe aan het bedplassen is gedaan en wat de motivatie van het kind is om droog te worden. Adviseer volgens het richtsnoer (Handleiding Enuresis Nocturna, 1995).
- * Komt het kind in aanmerking voor een droog-bedtraining:
 - doelgroep:*
 - Het kind is ten minste 7 jaar oud
 - Andere methoden inclusief plaswekker hadden geen resultaat
 - Ouder en kind zijn gemotiveerd
 - contra-indicaties:*
 - Er is een lichamelijke oorzaak voor het bedplassen
 - Er zijn relatieproblemen tussen ouders of tussen ouder en kind
 - Er zijn cultuurproblemen
 - Ouders kunnen de Nederlandse taal niet lezen, spreken of schrijven
 - Het kind heeft ernstige psychische-of gedragsproblemen (eventueel wel deelname in overleg met Riagg)
 - Er vinden op korte termijn grote veranderingen plaats in het gezin
- * Verwijs kind voor droog-bedtraining
- * Er is een coördinator voor de intakes en de zorg voor de groepssamenstelling
- * Let op kinderen die 'medicaliserend' bezig zijn geweest (specialistenbezoek, geneesmiddelengebruik) neem nog een keer de motivatie en het belang van de training door.
- * Start twee weken voor aanvang van de training met het maken van een base-line.
- * Droog-bedtraining in 5 bijeenkomsten
 - Zorg voor telefonische bereikbaarheid van één van de trainers.
- * Bij blijvende terugval zo nodig herhaling van droog-bedtraining

1. INLEIDING

Enuresis nocturna (bedplassen) komt veelvuldig voor bij kinderen tussen zes en twaalf jaar. Vaak gaat het bedplassen vanzelf over. Het wachten op het spontaan droog worden kan echter lang duren. Soms zo lang, dat er problemen door ontstaan voor het kind (en ouder).

Het verwerven van zindelijkheid is voor het kind één van de grote mijlpalen in de ontwikkeling. Het levert een belangrijke bijdrage aan het zelfvertrouwen. De meeste kinderen willen net als hun vriend(innet)jes gewoon droog slapen. Ook ouders willen graag dat hun kind droog slaapt en brengen het bedplassen regelmatig onder de aandacht van de jeugd- en/of huisarts. De begeleiding van kinderen met enuresis nocturna laat nog wel eens te wensen over. Soms strekken de adviezen niet verder dan 'laat het kind minder drinken' of 's avonds opnemen' (Hirasing & Creemers, 1994). Plaswekkergebruik wordt nog veel te weinig gestimuleerd. Om kinderen volgens de regels der kunst te begeleiden en dus eerder droog te laten slapen hebben wij een handleiding geschreven. Deze handleiding maakt deel uit van dit door de Stichting Kinderpostzegels gesubsidieerd project. Vanwege de belangstelling voor en de vraag bekendheid te geven aan goede begeleidingsmethoden is deze handleiding afzonderlijk door Bohn/Stafleu en van Loghum uitgebracht (Hirasing & Bolk, 1995). Prevalentie, achtergronden, oorzaken, een overzicht van de diverse behandel/begeleidingsmethoden evenals een richtsnoer voor diagnose en begeleiding van enuresis nocturna staan beschreven in de handleiding. In dit verslag komen voornoemde aspecten dus niet meer aan de orde. Voor kinderen bij wie de in de handleiding beschreven methoden als opnemen, kalenderen, plaswekkertraining en blaastraining geen resultaten hadden is de droog-bedtraining een goede methode. Dit deel van het rapport geeft een beschrijving van de droog-bedtraining en aanbevelingen van de begeleidingscommissie om de droog-bedtraining in de jeugdgezondheidszorg optimaal te laten verlopen.

De droog-bedtraining werd tot nu toe meestal in de tweedelijns gezondheidszorg (ziekenhuis of Riagg) uitgevoerd, maar sedert kort ook bij enkele GGD'en (droog-bedtraining in groepsverband). De eerste ervaringen met deze droog-bedtraining in groepsverband zijn gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Hirasing & Reus, 1991). In totaal werden zes cursussen geëvalueerd, die gevolgd werden door de ouders van 36 kinderen in de leeftijd van 6-14 jaar. 86% van de kinderen werd droog, 52% binnen één maand en 81% binnen twee maanden.

Reacties op deze publikatie, in bovenstaand tijdschrift en in een dagblad (Het Nieuwsblad, 1991), varieerden van hoopvolle, om hulp-smekende brieven van ouders van bedplassende kinderen (Bijlage I) tot kritische vragen van artsen (Messer & De Jong, 1991): "deze methode is organisa-

torisch ingewikkeld en tijdsintensief; een vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit en de bedrijfseconomische aspecten van de droog-bedtraining en de plaswekker zou zeer gewenst zijn". Naar de plaswekker en de individugerichte, veelal intramuraal uitgevoerde droog-bedtraining is al veel onderzoek verricht (zie § 2.1). Resultaten van droog-bedtrainingen, die extra-muraal zijn uitgevoerd, zijn nauwelijks beschreven. Omdat steeds meer het idee begint te ontstaan dat de droog-bedtraining thuishoort in het (preventieve) takenpakket van de Jeugdgezondheidszorg is het van belang, ook gezien voornoemde reacties, dit onderzoek naar de droog-bedtraining in de Jeugdgezondheidszorg uit te breiden naar een grotere groep.

De twee GGD'en (GGD West-Holland en GGD Amstelland-de Meerlanden) die momenteel een droog-bedtraining in groepsverband verzorgen waren bereid aan dit onderzoek mee te werken. Met een onderzoek naar het effect van de droog-bedtraining in de Jeugdgezondheidszorg kan nagegaan worden in hoeverre deze methode naar andere GGD'en uitgebreid kan worden en welke kinderen voor deze cursus in aanmerking komen. Tot slot is hiertoe een enquête gehouden onder alle GGD'en in Nederland naar mogelijkheden tot en interesse in het uitvoeren van een droog-bedtraining.

1.1 Vraagstelling

De vraagstellingen van het onderzoek luiden:

1. wat is het resultaat van de droog-bedtraining zoals deze uitgevoerd wordt in de Jeugdgezondheidszorg. Hoeveel procent van de kinderen is na afloop van de cursus "droog" en bij hoeveel kinderen is er sprake van verbetering/verslechtering;
 - 1a. zijn er verschillen te ontdekken op enuresis-, lichamelijk- en gedragsgebied bij de groep kinderen waarbij de training succes blijkt te hebben in vergelijking met de groep kinderen waarbij de training geen succes heeft? Zo ja, zijn deze verschillen van invloed op de resultaten van de droog-bedtraining?
 - 1b. Hoe ervaren ouders en kinderen een DBT ?
2. Daar het effect van de droog-bedtraining uitgedrukt in het percentage kinderen dat na de cursus droog slaapt zonder vergelijking met de normale werkwijze in de Jeugdgezondheidszorg weinig zegt, is besloten als "controle"groep te nemen de negenjarige kinderen uit het eveneens door TNO verrichte onderzoek naar bedplassen in de Westelijke Mijnstreek. De vraagstelling hierbij:

hoeveel kinderen slapen 1 jaar na de gebruikelijke advisering door de Jeugdgezondheidszorg droog?

3. bestaat er bij de GGD belangstelling om de DBT in hun takenpakket op te nemen?

1.2 Begeleidingscommissie

Ten behoeve van dit onderzoek werd op advies van de subsidiegever een begeleidingscommissie ingesteld.

De begeleidingscommissie bestond uit:

M. de Bueger, sociaal verpleegkundige, GGD West Holland.

L. van Ginneken-Noordman, Opleiding voor Sociaal Verpleegkundigen in de GGD, Leidse Hogeschool.

A. Groenenberg, directeur GGD Leiden.

P. Starre-Musters, jeugdpreventiewerker, Riagg Haagrand.

H. Reus, jeugdarts, GGD Amstelland-de Meerlanden.

1.3 Financiering

De ontwikkeling van de Handleiding Enuresis Nocturna (zie § 1.1) alsmede dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door subsidie van de Stichting Kinderpostzegels Nederland.

2. DROOG-BEDTRAINING

De droog-bedtraining (DBT) bestaat uit het gebruik van de plaswekker, waaraan een groot aantal instructies en voorschriften toegevoegd zijn. Heel in het kort wordt ingegaan op het ontstaan en de werking van de plaswekker alvorens over te gaan tot een beknopt literatuur overzicht van de DBT. Vervolgens wordt beschreven wat de DBT inhoudt (§ 2.2) en op welke wijze zij momenteel extra-muraal (in groepsverband) gestalte krijgt (§ 2.3). In § 2.4 volgen de adviezen van de begeleidingscommissie ten aanzien van het te volgen protocol van de droog-bedtraining.

2.1 Literatuuroverzicht

De oudste voorloper van de *plaswekker* zoals die nu nog gebruikt wordt, is die van Nigeriaanse medicijnmannen die 's nachts een pad aan de penis van een jongen vastbonden. Als de jongen begon te plassen, dan begon de pad te kwaken en zo werd de jongen ongeveer op dezelfde manier gewekt als nu met de plaswekker.

Het wekapparaat werd bij toeval ontdekt door een Duitse kinderarts (Pfaundler) in 1904, die om doorliggen te voorkomen een manier zocht waarop de zusters op tijd gewaarschuwd zouden worden als het kind zijn bed nat maakte. Hij verbond het kind aan een soort wekapparaat en ontdekte dat de kinderen vanzelf leerden te stoppen met plassen als de bel was gegaan en later ook 's nachts droog werden.

Vroeger waren het vooral artsen die zich bezig hielden met enuresis, maar sinds 1938 houden ook de psychologen zich er mee bezig, toen Mowrer en Mowrer (1938) de plaswekker gingen toepassen en in het kader plaatsten van de *klassieke conditionering*.

Zij stelden dat wanneer het kind wakker wordt gemaakt (Unconditioned Stimulus (UCS)) door een mechanisch hulpmiddel, net op het moment dat hij/zij begint te urineren er op den duur een associatie tot stand komt tussen: volle blaas (Conditioned Stimulus (CS)), het wakker worden (Unconditioned Respons (UCR)) en de samentrekking van de blaasspier (Conditioned Respons (CR)). Het geconditioneerde aantrekken van de blaasspier als respons op een volle blaas voorkomt dat het kind urineert. Op den duur zal het kind dan de hele nacht in staat zijn om de urine op te houden. Door Mowrer & Mowrer wordt het gebruik van de plaswekker met een aantal bijbehorende voorschriften 'Standaard conditionering' genoemd.

Lovibond (1964) verklaarde de werking van de plaswekker op basis van het *operante leerparadigma*, als een vorm van vermijdingsleren. Het belgeluid moet volgens hem opgevat worden als een bestraffer van urinelozing. Het gewenste gedrag wordt door negatieve bekrachtiging aangeleerd. Er zijn nog veel meer pogingen gedaan om de precieze werking van de wekker te kunnen verklaren (oa.: Jones, 1960; Azrin e.a., 1974; Messer, 1979; Bosch, 1988; Van Londen, 1989). Helemaal komt men daar niet uit. Leertheoretisch blijft onverklaard hoe het uiteindelijke doelgedrag, de sphinctercontractie bereikt wordt zonder dat het kind wakker wordt. Het wakker worden gaat volgens de Mowrers vooraf aan het beheersen van de sluitspiere. En als Lovibond stelt dat het niet noodzakelijk is om wakker te worden, hoe wordt dan de aversieve werking van de bel verklaard? Het meest doorslaggevende argument om de wekker toch te blijven gebruiken is en blijft de effectiviteit ervan (Bosch, 1988).

Doleys (1977) heeft een inventarisatie gemaakt van studies waarin het wekapparaat wordt gebruikt. Het succespercentage varieert van 50-90% en is gemiddeld 72%. De terugval is 13-69% en is gemiddeld 33%. De behandeling duurt 36-113 dagen en is gemiddeld 63 dagen.

De droog-bedtraining (DBT) is een uitbreiding van de Standaard conditionering (zie § 2.2. en verder). In 1973 ontwikkelden Azrin, Sneed & Foxx deze methode oorspronkelijk voor het zindelijk maken van zwakzinnigen. Vanwege het grote succes werd de training aangepast voor kinderen. De training is gebaseerd op het operant-conditioneringsmodel, dat van het principe uitgaat dat operant gedrag bepaald wordt door de gevolgen die het heeft. De kinderen zijn niet zoals bij de standaard conditionering passief, maar krijgen een actieve rol. Ze krijgen zelf de verantwoordelijkheid over hun toiletgedrag.

Aanvankelijk werd de training in het ziekenhuis uitgevoerd maar al snel ging een therapeut naar de vertrouwde omgeving van het kind toe en werden tijdens de "intensieve nacht" (zie verder) de kinderen thuis begeleid. De vervoltraining werd door de ouders zelf gedaan.

Azrin, Sneed & Foxx (1974) claimden zelf bij een groep van 24 kinderen een succespercentage van 100%. Er zijn veel studies gedaan naar de effectiviteit van de DBT. maar 100% succes heeft nooit iemand kunnen repliceren (Doleys e.a., 1977; Griffiths, 1982; Breit, 1984).

Omdat de droog-bedtraining tamelijk intensief is voor ouder en kind en voor de trainer zeer tijdrovend, zijn er veel onderzoeken gedaan met vereenvoudigde vormen van de training. Vooral Azrin en Bollard hebben, ieder omringd door een groep collega's, veel nader onderzoek verricht (zie verder).

Bollard en Woodroffe (1977) brachten veranderingen aan door thuis de training door de ouders zelf te laten uitvoeren en het gebruik van de plaswekker te variëren. De training door de ouders bleek zeer effectief maar het weglaten van de plaswekker leverde minder gunstige resultaten op.

Zij geven ook aan waarom de wekker wel effect heeft:

- de wekker signaleert onmiddellijk dat er geplast wordt, zodat meteen geoefend kan worden.
Het leerprincipe werkt zo krachtiger;
- er worden meer incidenten per nacht gesignaleerd, zodat er ook meer kansen zijn voorbetrachting;
- door snellere resultaten blijft men beter gemotiveerd.

Azrin & Thienes (1978) stelden dat het operante gedeelte van de training veel belangrijker was dan de plaswekker. Kinderen leren veel meer van de sociale consequenties van het bedplassen. Ze probeerden de training te veraangename door ten eerste weer de plaswekker weg te laten. Volgens hen bracht deze alleen maar overlast (het hele gezin werd wakker, het apparaat was vaak stuk).

Zij trainden de kinderen 's avonds in plaats van 's nachts. Tevens voegden ze een blaastraining toe aan de DBT. Zij claimden resultaten die even goed waren als de DBT met plaswekker (100% succes). Deze resultaten zijn door anderen nooit gerepliceerd.

Andere methoden waren gericht om tijdsinvestering van de trainers terug te brengen. Azrin e.a. (1979) nodigden ouder(s) en kind uit op kantoor voor een anderhalf uur durende instructie.

Tevens ontwierpen zij een handleiding ter ondersteuning van de procedure of als alternatief voor de mondelinge instructie indien deze onmogelijk zou zijn, dit bleek echter lang niet zulke goede resultaten op te leveren (Azrin e.a., 1980).

Naar aanleiding van al deze onderzoeken en de belangstelling die ontstond voor de DBT hebben Bollard en Nettelbeck (1982) een componenten-analyse gedaan om na te gaan welke componenten het meest van invloed zijn op het resultaat van de DBT. Over het algemeen vonden ze dat hoe meer elementen er aan de plaswekker werden toegevoegd, hoe beter het resultaat was. De meest effectieve component bij de plaswekker bleek het wekschema ("intensieve nacht") te zijn.

Om de training economisch voordeliger te maken werd geprobeerd om met kleine groepjes ouders te werken. Het resultaat was dat de training evenveel succes had als de individuele begeleiding en ook nog het voordeel had dat de ouders veel steun aan elkaar hadden (Bollard, Nettelbeck & Roxbee, 1982).

Uit de literatuur blijkt wel dat Azrin c.s. veel meer succes claimden dan anderen. Precieze cijfers (succespercentages) zijn hier niet vermeld omdat de onderzoeken niet goed vergelijkbaar zijn, men

gaat bijvoorbeeld uit van verschillende definities van succes, terugval e.d. (Butler, 1991) en van verschillende populaties. Azrin werkte met een via advertenties verworven populatie, met een zeer intensief programma en bij relatief zeer jonge kinderen, al vanaf 3 jaar (gemiddeld 7 jaar). Terwijl de groep rond Bollard bijvoorbeeld meer werkten met klinische populaties en met oudere kinderen. Ook de methode waarmee werd gewerkt was niet altijd dezelfde.

Samenvattend valt te zeggen dat het succespercentage van de droog-bedtraining varieert van 75-90% met een geringe terugval (Hirasing & De Jong, 1992).

2.2 Droog-bedtraining

De kinderen werden tot voor kort meestal in de tweede lijn (ziekenhuis of Riagg) behandeld. Sinds 1987 bestaat op kleine schaal de mogelijkheid voor ouders om in groepsverband onder begeleiding van de afdeling Jeugd-gezondheidszorg van enkele GGD'en deze training onder de knie te krijgen en het zelf thuis uit te voeren (zie § 2.3). In deze paragraaf volgt eerst een algemene beschrijving van de DBT.

De training bestaat uit drie fasen :

- fase 1 *Intensieve training* gedurende één nacht. In deze nacht wordt elk uur geoefend met de wekker.
- fase 2 *Vervolgtraining*. Deze begint de tweede nacht en kan één tot drie maanden duren, tot het kind veertien opeenvolgende nachten droog is. Er wordt gewerkt met wekkertherapie, verschoningsoefeningen, positieve oefeningen en motivators.
- fase 3 *Kind is droog*; wat te doen bij ongelukjes.

Bij deze methode wordt gebruik gemaakt :

- van de plaswekker.
- positieve oefeningen: de gewoonte van in en uit bed gaan en naar de wc gaan leren.
- motivators: beloningen voor gewenst gedrag (zie hiervoor ook Handleiding enuresis nocturna, 1995).
- verschoningsoefeningen: kind verschoont zichzelf en het bed.

procedure:

FASE I Intensieve nacht

Intensieve nacht op vrijdag of zaterdag zodat ouder en kind de volgende dag kunnen uitslapen.

A. Een uur voor bedtijd

- Kind wordt (nogmaals) geïnformeerd over alle stappen in de procedure:
 - Wat te doen bij bedtijd (B)
 - Wat na ieder uur (C)
 - Wat te doen bij een ongelukje (D)
 - 's Ochtends (E)
- Kind krijgt een glas drinken naar keuze
- Plaswekker en broekje klaarleggen
- Positieve oefening (20x) doen:
 - a. Kind doet broekje aan en schakelt de plaswekker in
 - b. Kind gaat in bed liggen
 - c. Kind telt tot 50 met gesloten ogen (kinderen onder de 9 jaar tot 20).
 - d. Ouder zet de wekker even aan. Kind zet de wekker als hij afgaat uit, staat op, doet het broekje uit
 - e. Gaat naar de wc en probeert te plassen
 - f. Terug naar bed en opnieuw beginnen met stap a t/m f.

B. Bedtijd

Kind mag nog wat drinken, gaat naar bed en de ouder vertelt nog een keer wat er die nacht gaat gebeuren. Plaswekker wordt aangezet, kind gaat slapen.

Eén van de ouders blijft de gehele nacht op om te helpen.

C. Ieder uur na bedtijd

- Kind zo zachtjes mogelijk wekken
- Ouder doet licht aan en het kind gaat naar de wc.
- Bij de wc vragen of het kind de plas nog een uur op kan houden:
 - Zo ja, geef een complimentje voor de goede blaascontrole. Kind gaat weer naar bed.
 - Zo nee, vraag of het kind de plas nog enkele minuten op kan houden, geef daar een complimentje voor en geef nog een complimentje voor het op de wc plassen.
- Terug bij het bed voelt het kind of de lakens droog zijn en vertelt de ouder wat het voelt.

- Als de lakens droog zijn een complimentje geven en aanmoedigen het komende uur ook droog te blijven.
- Als de lakens nat zijn, is dat een ongelukje (zie D).
- Laat het kind nog even de instructies voor het komende uur herhalen (wakker worden, broekje uitdoen, naar de wc gaan, proberen te plassen, terug naar bed, broekje aandoen en weer verder slapen).
- Broekje aan doen, plaswekker inschakelen en weer gaan slapen.

D. Ongelukje, de wekker gaat af

- Geef het kind de gelegenheid om zelf de wekker uit te zetten. Lukt dit niet binnen 1 à 2 minuten help dan daarbij. Zorg wel dat het kind zelf de wekker afzet.
- Als het kind wakker is vertel dan op neutrale toon dat het geplast heeft.
- Stuur het kind naar de wc om verder te plassen.
- Verschoningsoefening
 - a. Kind doet schone pyjama aan.
 - b. Kind haalt natte lakens van bed, pakt natte pyjama en brengt ze naar de wasmand.
 - c. Kind pakt schone lakens en maakt (evt. met hulp) het bed op.
 - d. Ouder maakt plaswekker weer gereed.
 - e. Kind doet 20 positieve oefeningen.
 - f. Kind mag drinken zoveel het wil en kan weer gaan slapen.
- Als het kind 's nachts een ongelukje heeft, moet het **altijd de volgende avond** voor het naar bed gaan de **positieve oefeningen** doen.

E. 's ochtends

De training eindigt om 6 uur 's ochtends. Laat het kind uitslapen. Als het wakker wordt uitgebreid aandacht geven en de nadruk leggen op de dingen die goed gegaan zijn. Als een motivator is afgesproken direct geven. Geef in de loop van de dag nog minstens 5x een compliment.

FASE II Vervolgtraining

De volgende nachten:

A. Voor het slapen gaan

- De eerste avond beginnen met 20 positieve oefeningen. De nachten daarna alleen indien er de voorgaande nacht een ongelukje is geweest.

- Kind vertellen dat het fijn is als het droog blijft en duidelijk maken dat na een ongelukje positieve oefeningen en verschoningsoefeningen nodig zijn.
- B. 's Nachts wakker maken als het kind dat gewend was
- Ouder wekt het kind zo zachtjes mogelijk rond de tijd dat hij/zij naar bed gaat en stuurt het kind naar de wc.
 - Na iedere droge nacht wekt de ouder het kind een half uur vroeger. Hier wordt mee gestopt als het tijdstip aangekomen is waarop nog een uur ligt tussen het wakken en het naar bed gaan.
- C. Tijdens een ongelukje
- Plast het kind 's nachts in bed, dan hetzelfde doen als bij punt D van de intensieve nacht. Het kind wakker maken, naar de wc sturen, verschoningsoefening doen en 20 positieve oefeningen.
 - Er op letten dat het kind **de volgende avond** voor het slapen gaan ook 20 positieve oefeningen doet.
- D. Na een droge nacht
- Ouders vertellen het kind hoe blij ze zijn dat het nog droog is. Gedurende de dag tenminste 5 maal herhalen. Ook andere mensen in de omgeving van het kind aanmoedigen om het kind te prijzen voor het droog blijven.

FASE III Het kind is droog

Als het kind 14 nachten achter elkaar droog is geweest, is de training klaar.

Dit betekent dat:

- De plaswekker niet meer gebruikt wordt
- De ouders doorgaan met complimentjes geven
- Bij een ongelukje worden weer verschoningsoefeningen en positieve oefeningen (zonder wekker) gedaan.
- Als er binnen een week 2x een ongelukje voorkomt, dan moet fase II (vervolgtraining) opnieuw gedaan worden totdat er weer 14 droge nachten zijn.

Voordelen: Het grootste voordeel van de droog-bedtraining in vergelijking met het gebruik van alleen de plaswekker is de tijdwinst. Met de droog-bedtraining worden kinderen veel sneller droog.

Nadelen: De droog-bedtraining is een zeer intensieve methode, vraagt veel inzet en doorzettingsvermogen van ouder en kind. Indien de training geen succes heeft, zal een kind na zoveel inzet erg teleurgesteld zijn. Als de training in een ziekenhuis plaatsvindt is dit zeer ingrijpend voor een kind. In de thuissituatie is er weer kans op terugval. Economisch gezien is dit een dure methode.

Succespercentage:

Het succespercentage van de droog-bedtraining varieert van 75-90% met een geringe terugval. (Hirasing & De Jong, 1992). Azrin - de uitvinder van de droog-bedtraining- claimde zelf een succespercentage van 100%, maar dit onderzoek heeft nooit iemand kunnen repliceren.

Het percentage terugvallers is ongeveer hetzelfde als bij de plaswekkertraining (Bollard, 1982). Hierbij dient men zich te realiseren dat het gaat om een groep 'hardnekkige' bedplassers, waarbij andere methoden geen resultaat hadden.

2.3 Droog-bedtraining in groepsverband

In 1984 ontwikkelde A. van Londen voor Nederland de droog-bedtraining ook gebaseerd op de Dry bed training van Azrin, Sneed & Foxx (1974) en voerde hem zelf een tijd uit bij een Riagg.

Zoals eerder vermeld, werd deze training al wel klinisch uitgevoerd (en later bij een Riagg), maar vanwege de bezwaren die dit met zich mee brengt (hoge kosten, hoge 'drempel', ingrijpend voor de kinderen om opgenomen te worden in het ziekenhuis) begint langzamerhand het idee te ontstaan dat de droog-bedtraining thuis hoort in het (preventieve) takenpakket van de Jeugdgezondheidszorg binnen de GGD. Sinds ongeveer 1987 wordt in Nederland bij enkele GGD'en gewerkt met een DBT in groepsverband voornamelijk aan de hand van de Handleiding voor ouders en de Handleiding voor trainers (van Londen, 1984). De resultaten van deze trainingen zijn zeer bemoedigend te noemen: Hirasing & Reus (1991) evalueerden de resultaten van zes cursussen (36 kinderen) en vinden een succespercentage van 86%. Doordat er ook kinderen terugvallen is het resultaat na zes maanden 75%. Van Latum (1993) vindt bij een groep van 20 kinderen een resultaat van 90%, over terugval is niets bekend. Voor de duidelijkheid volgt nu eerst een beschrijving van de wijze waarop de DBT in groepsverband extramuraal gegeven werd.

Doelgroep:

- het kind is ten minste 7 jaar oud
- andere methoden (inclusief plaswekker) hadden geen resultaat

- ouder en kind zijn gemotiveerd

Methode:

De droog-bedtraining in groepsverband is een cursus volgens de *mediatie* methode, dat wil zeggen dat het kind door begeleiding van de ouder wordt 'behandeld'. De ouders ontvangen de instructies en leren een aantal vaardigheden om het gedrag van hun kind op een *andere* manier te beïnvloeden dan zij voorheen deden. De training is gebaseerd op gedragstherapeutische uitgangspunten, er wordt van uitgegaan dat door belonen van het gewenste gedrag en het negeren van het ongewenste gedrag, het doelgedrag wordt aangeleerd.

Er is, in een groep, mogelijkheid voor identificatie met andere ouders. Het fenomeen vicarious learning (het voorbeeld nemen aan anderen) speelt een grote rol en ook het onderling geven van positieve feedback is van belang. Het heeft zeer veel voordelen (ook economisch gezien) om in groepsverband te trainen (Bosch, 1990).

De *intake* wordt momenteel gedaan door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Deze krijgen aanmeldingen via Periodiek Geneeskundig Onderzoek van schoolkinderen, via huis- of kinder-artsen, Riagg of via mond-op-mond reclame en werving. De trainers kunnen schoolartsen, school/jeugdverpleegkundigen of psychologen zijn. Het aantal deelnemende ouders (één ouder per kind) is vijf tot tien.

Er zijn totaal zes bijeenkomsten, vijf wekelijkse bijeenkomsten met daaropvolgend na 4 tot 6 weken een afsluitende bijeenkomst.

De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- oorzaken en betekenis voor ouder en kind van het bedplassen
- leren registreren
- gedragsanalyse maken
- toepassen van motivatietechnieken
- leren omgaan met complimenten en kritiek
- actief luisteren, positieve aandacht geven
- oefenen met de plaswekker
- voorbereiding op de intensieve nacht
- nabespreking, uitwisselen van ervaringen
- evaluatie

Bijeenkomst 1:

Tijdens de eerste bijeenkomst wordt de basis gelegd voor een goede groepssfeer. Er wordt aandacht besteed aan de achterliggende oorzaken van enuresis en de betekenis voor ouder en kind. De trainers geven een overzicht van de cursus. Het maken van een base-line (zie handleiding) wordt uitgelegd zodat de ouders de rest van de cursus kunnen registreren hoe vaak het gewenste gedrag (het 's nachts droog zijn) zich voordoet.

Bijeenkomst 2:

In deze bijeenkomst wordt besproken waarom het bedplassen is blijven bestaan. Enuresis wordt beschouwd als een *gewoonte*, te vergelijken met een gewoonte als roken of nagelbijten. Een gewoonte wordt gezien als aangeleerd gedrag, dat dus ook weer af te leren moet zijn. Dit aangeleerde gedrag wordt bepaald en in stand gehouden door de gevolgen van dat gedrag. Om gedrag te veranderen moeten stapsgewijs de gevolgen van dat gedrag aangepakt worden. Door het maken van een *gedragsanalyse* wordt inzicht gegeven in de gevolgen van het bedplassen op korte en lange termijn. Een gedragsanalyse kan er als volgt uitzien:

situatie	gedrag	gevolg
- waar is het - wie zijn er bij - omstandigheden - wanneer	- zo concreet mogelijk omschrijven	- onmiddellijk na het gedrag - lange termijn gevolg

Voor het bedplassen geldt dan:

Situatie: Het vindt plaats in bed, als het kind slaapt. Er is niemand bij.

Ongeveer om twee uur.

Gedrag: Het kind plast in bed.

Gevolgen: korte termijn: kan lekker doorslapen

hoeft niet in het donker uit bed

het bed is nat

hoeft niet zelf het bed te verschonen

moeder is aardig

Gevolgen: lange termijn:
 vriendjes niet in de slaapkamer uitnodigen
 niet uit logeren willen
 geen schoolkampen
 weinig zelfvertrouwen

Het blijkt dan dat de onmiddellijke gevolgen van het bedplassen overwegend positief zijn. Positieve gevolgen (beloningen) zorgen ervoor dat het gedrag in stand blijft. Dat de gevolgen op lange termijn negatief zijn is niet voldoende om het gedrag te doen veranderen. Door het juiste gebruik van 'motivators' leren ouders om stapsgewijs het gewenste gedrag van het kind aantrekkelijk te maken. De positieve gevolgen van de korte termijn worden zo mogelijk voorkomen en het droog blijven of kleinere stapjes in de goede richting, worden beloond. Het gebruik van verschillende soorten motivators wordt besproken.

Bijeenkomst 3:

In de derde bijeenkomst wordt aandacht geschonken aan de manier waarop ouders elke stap in de goede richting kunnen stimuleren door het geven van complimenten en positieve aandacht. Ook het geven van kritiek, negatieve aandacht en het 'actief luisteren' komen aan de orde. Vervolgens kan geoefend worden hoe de droog-bedtraining thuis bij het kind geïntroduceerd zal gaan worden.

Bijeenkomst 4:

In de vierde bijeenkomst hebben alle ouders de plaswekker die ze inmiddels besteld hebben, meegebracht en wordt de gehele procedure van de intensieve nacht en de vervolgtraining (zie § 2.2) doorgenomen. Na deze bijeenkomst beginnen alle ouders met de eigenlijke training. Aanbevolen wordt om de 'intensieve nacht' op een vrijdag of zaterdag te doen, zodat ouder en kind kunnen uitslapen.

Bijeenkomst 5:

De vijfde bijeenkomst wordt gevuld met het uitwisselen van ervaringen die tijdens de intensieve nacht en vervolgnachten zijn opgedaan. Eventuele problemen worden besproken en zonodig bijgestuurd.

Bijeenkomst 6:

De laatste bijeenkomst vindt plaats in overleg met de ouders vier tot zes weken later.

Wanneer de kinderen veertien achtereenvolgende nachten droog zijn geweest, kan van een succes gesproken worden. Dan wordt de vervoltraining gestopt en de wekker teruggestuurd.

De trainers dienen te waarschuwen voor een al te groot enthousiasme omdat er zich nog wel een terugval voor kan doen. Er wordt instructie meegegeven wat te doen bij terugval of een ongelukje.

Voordelen:

Naast de voordelen die ook voor de individuele DBT gelden (tijdwinst, veel sneller droog) geldt voor het werken in een groep dat er mogelijkheid is voor identificatie met andere ouders. Het fenomeen vicarious learning (het voorbeeld nemen aan anderen) speelt een grote rol. Ook het onderling geven van positieve feedback is van belang. Het heeft economisch gezien ook voordelen om met groepen te werken. In tegenstelling tot de klinische droog-bedtraining is deze training goedkoper.

Nadelen:

De droog-bedtraining is een zeer intensieve methode, vraagt veel inzet en doorzettingsvermogen van ouder en kind. Indien de training geen succes heeft, kan een kind na zoveel inzet erg teleurgesteld zijn.

Succespercentage:

De resultaten van deze trainingen zijn zeer bemoedigend te noemen:

Hirasing en Reus (1991) evalueerden de resultaten van zes cursussen (36 kinderen) en vinden een succespercentage van 86%. Doordat er ook kinderen terugvallen is het resultaat na zes maanden 75%. Vier tot zes jaar na de training sliep 83% van alle kinderen (nog steeds) droog en bij 17% was een sterke verbetering waar te nemen (Hirasing & Reus, 1994). Van Latum (1993) vindt bij een groep van 20 kinderen een resultaat van 90%, over terugval is in dit onderzoek niets bekend.

2.4 Aanbevelingen begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie, waarvan enkele leden al jarenlang ervaring hebben opgedaan met het geven van een DBT, doet ten aanzien van de droog-bedtraining de volgende aanbevelingen.

Als leidraad wordt gebruik gemaakt van de handleiding voor trainers (Van Londen, 1984). Deze handleiding is door de begeleidingscommissie op verschillende punten aangepast voor het gebruik in de Jeugdgezondheidszorg.

Criteria voor deelname zijn omschreven:

Doelgroep:

- het kind is ten minste 7 jaar oud
- andere methoden (inclusief plaswekker *) hadden geen resultaat
- ouder en kind zijn gemotiveerd

* *Plaswekkergebruik:* Voor de al eerder omschreven doelgroep wordt van belang gevonden dat de kinderen alvorens deel te nemen aan de DBT eerst al eens de plaswekker gebruikt hebben. Soms is dit eenvoudige hulpmiddel al voldoende om een kind droog te leren slapen. Goede plaswekker begeleiding is dan noodzakelijk. Uitzonderingen moeten echter mogelijk blijven, bijvoorbeeld als het kind dat zich aanmeldt al wat ouder is, erg veel haast heeft en zeer gemotiveerd is om snel droog te worden. Of voor ouders die erg aarzelen ten aanzien van het zelfstandig gebruik van de plaswekker.

Contra-indicaties: Er moet afgezien worden van deelname aan de DBT als

- er een lichamelijke oorzaak voor enuresis aanwezig is (richtsnoer volgen, zie Handleiding enuresis nocturna, 1995);
- er relatieproblemen tussen ouders of tussen ouder en kind zijn;
- er cultuurproblemen zijn;
- ouders de Nederlandse taal niet kunnen lezen, spreken of schrijven;
- het kind ernstige psychische-of gedragsproblemen heeft (eventueel wel deelname in overleg met het Riagg);
- er op korte termijn grote veranderingen plaatsvinden in het gezin (verhuizing, geboorte).

Anamnese en diagnose

Het afnemen van de anamnese en het stellen van de diagnose wordt gedaan door de jeugd-(huis-/kinder-)arts. Belangrijk is dat hierbij het richtsnoer wordt gevolgd (Hirasing e.a., 1994)!

Droog-bedtraining

Intake

De intake wordt gedaan door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Deze krijgen aanmeldingen via Periodiek Geneeskundig Onderzoek van schoolkinderen, via huis-of kinderartsen, Riagg of via mond-op-mond reclame en werving. Belangrijk is dat één centraal persoon toezicht houdt op de intakes in verband met de groepssamenstelling.

Trainers

De trainers kunnen schoolartsen, school/jeugdverpleegkundigen, preventiewerkers of psychologen zijn. Combinaties zijn ook mogelijk.

Protocol

Ten aanzien van het protocol van de DBT doet de begeleidingscommissie de volgende aanbevelingen.

Het aantal deelnemende ouders (één ouder per kind) is vijf tot tien. Het is van belang voor aanvang van de training een base-line periode in te bouwen (zie Handleiding enuresis nocturna, 1995). Het kind mag dan geen luiers meer dragen en niet meer worden opgenomen. Zodoende wordt (ook voor ouder en kind) een beter inzicht verkregen in de frequentie van het bedplassen voor en de verbeteringen tijdens en na de training.

In de praktijk blijkt dat ouders een cursus van zes weken te lang vinden. Na intensief overleg en op grond van ervaringen beveelt de commissie aan vijf bijeenkomsten te organiseren in plaats van zes. Eerst twee keer een (wekelijkse) bijeenkomst, waarin de drie eerder genoemde bijeenkomsten worden samengevoegd.

In de *eerste* bijeenkomst wordt daartoe alvast een begin gemaakt met uitleg over 'de gedragsanalyse' (zie bijeenkomst 2, § 2.2). Ouders kunnen dit dan thuis nog een keer rustig doornemen voordat er in bijeenkomst 2 verder op ingegaan wordt.

In de *tweede* bijeenkomst wordt dan de gedragsanalyse nog slechts kort besproken. Daarna wordt verder gegaan met de motivators, positieve en negatieve aandacht, complimenten en kritiek, actief luisteren en wordt uitleg aan de kinderen geoefend.

Al in de *derde* bijeenkomst wordt de plaswekker geïntroduceerd. Omdat de positieve oefeningen voor de kinderen erg vervelend blijken te zijn, wordt in de praktijk deze oefening als volgt aangepast: In plaats van tot 50 te tellen wordt gezellig een spelletje gedaan. De ouder zet dan 20x onopvallend de wekker aan, waarop het kind als de wekker afgaat de instructies uitvoert (opstaan,

wekker afzetten, broekje uitdoen, naar de wc gaan enz.). Geadviseerd wordt welke wekker het meest geschikt is. Een van de uitvoerders van de training dient telefonisch (vragensprekkuur) bereikbaar te blijven voor vragen van de ouders.

In de *vierde* bijeenkomst volgt de evaluatie van de intensieve nacht en in de *vijfde* bijeenkomst (vier tot zes weken later) worden de ervaringen tot dan toe uitgewisseld.

3. METHODEN

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek beschreven, de populatie (§ 3.1.), de procedure (§ 3.2) en de vragenlijsten (§ 3.3). Het onderzoek naar het effect van de DBT staat voorop. Als 'controlegroep' wordt de groepsaanduiding 'negenjarigen' gebruikt. Tenslotte wordt de enquête bij de GGD'en beschreven.

3.1 Onderzoekspopulaties

3.1.1 Deelnemers droog-bedtraining

De doelgroep waren de deelnemers aan de droog-bedtraining. Vanaf april 1991 tot mei 1994 zijn jaarlijks volgens voornoemd protocol één of twee cursussen gegeven in GGD West Holland en in de GGD Amstelland-de Meerlanden. In totaal betrof het 91 bedplassende kinderen. Van de cursisten hebben 55 (60%) in GGD Amstelland-de Meerlanden en 36 (40%) in GGD West Holland de droog-bedtraining gevolgd. De populatie kinderen bestond uit 73 jongens (80%) en 17 meisjes (19%). Van een kind was geen sexe ingevuld op de vragenlijst. De leeftijd van de kinderen varieerde van 6 tot 15 jaar. De gemiddelde leeftijd was 9,3 jaar. Alle cursisten hebben de voormeting ingevuld (respons is 100%). Van 86 cursisten (95%) zijn de nametingen bekend.

3.1.2 Controlegroep negenjarigen

Tot de controlegroep behoorden alle schoolkinderen woonachtig in de regio Westelijke Mijnstreek (Geleen en Sittard en omgeving) en geboren in 1983 en dus ten tijde van de start van het onderzoek in 1992 negen jaar oud. Hiervan kwamen 1569 kinderen voor het Periodiek Gezondheids Onderzoek. Bij 33 kinderen geboren in 1983 werd een toelatingsonderzoek voor het speciaal onderwijs verricht, waarbij navraag over het bedplassen werd gedaan. De overige leerlingen op het speciaal onderwijs geboren in 1983 kwamen niet in aanmerking voor een gezondheidsonderzoek vanwege een afwijkend onderzoeksschema voor deze populatie. Navraag over enuresis nocturna bij deze kinderen (totaal 50) werd gedaan bij de vaccinatie. Zodoende bestond de onderzoekspopulatie

in totaal uit 1652 leerlingen; 843 jongens en 809 meisjes. Bij alle schoolgaande kinderen geboren in 1983 werd in 1992 op deze wijze navraag gedaan. De nonresponse was 0%. Buiten het onderzoek vielen 15 kinderen die op een internaat of op een revalidatiecentrum verbleven.

Uit deze populatie werd een controlegroep gevormd. Deze bestond uiteindelijk uit 80 bedplassende kinderen. Van deze groep vulden 66 ouders het ouderformulier in. Na 1 jaar werden 64 van de 66 ouders telefonisch bereikt. De response van deze nameting is dan ook 97%.

3.1.3 GGD'en

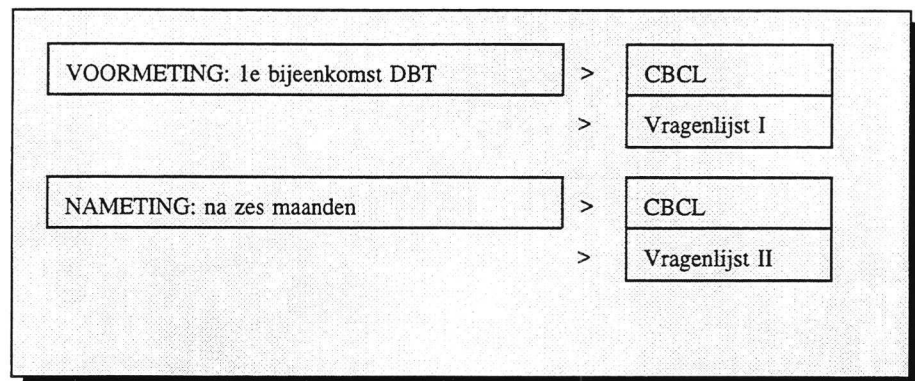
Aan alle GGD'en in Nederland werd in 1994 een vragenlijst gestuurd om te peilen of er belangstelling bestaat voor het opnemen van de droog-bedtraining in het takenpakket van de GGD. In totaal kregen 60 GGD'en enquêteformulieren voor jeugdartsen en sociaal verpleegkundigen. De response van de GGD'en bedroeg 45 (75%). 34 maal werd door de artsen geantwoord (57%) en 33 maal door de verpleegkundigen (55%). Soms betrof dit artsen en verpleegkundigen uit eenzelfde GGD.

3.2 Procedure

3.2.1 Droog-bedtraining

Het onderzoek naar het effect van de droog-bedtraining werd uitgevoerd door de daartoe geïnstrueerde medewerkers van de GGD Amstelland-de Meerlanden en de GGD West Holland. De droog-bedtraining werd gegeven volgens de handleiding van Van Londen (Handleiding voor trainers, 1984 en Handleiding voor ouders, 1984). De (ouders van) kinderen van de basisscholen uit de regio van GGD Amstelland-de Meerlanden en de regio van GGD West Holland werden geselecteerd door de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen tijdens het Periodiek Gezondheids Onderzoek en gerichte onderzoeken of kwamen op verzoek van de ouders in aanmerking voor begeleiding. Selectie vond plaats op grond van de anamnese waarbij gebruik werd gemaakt van anamneselijst I. Per cursus deden vijf tot tien ouders mee. Er kwam één ouder per bedplassend kind, in de meeste gevallen was dit de moeder.

Bij aanvang van de cursus (dit is de voormeting) en zes maanden na de cursus (nameting) vulden de ouders twee vragenlijsten in.



Op de eerste bijeenkomst kregen de ouders twee vragenlijsten mee naar huis, die zij in de tweede bijeenkomst weer inleverden. Eén vragenlijst had betrekking op eventuele gedragsproblemen van het kind (CBCL, zie § 3.3) en de andere vragenlijst op het bedplassen van het kind (Vragenlijst I). Zes maanden na (het begin van) de training kregen de ouders twee vragenlijsten thuis gestuurd met het verzoek deze ingevuld te retourneren. Eén vragenlijst betrof weer de eventuele gedragsproblemen (CBCL) en de tweede was een evaluatie van de DBT (Vragenlijst II).

3.2.2 Controlegroep negenjarigen

Er werden twee metingen verricht. De eerste meting (*0-meting*) in 1992 en een tweede meting 1 jaar later (*nameting*.) Bij de 0-meting werd aan alle kinderen naast de gebruikelijke vragen behorend bij het Periodiek Gezondheids Onderzoek (PGO) de volgende vraag gesteld: "Heeft Jan/Marie de afgelopen 4 weken in bed geplast?" Indien de ouder of het kind deze vraag met ja beantwoordde (ook al ging het om slechts 1 maal) werd de artsenvragenlijst door de schoolarts ingevuld tijdens het PGO. Voorts verrichtte de schoolarts een lichamelijk onderzoek en zo mogelijk een urine onderzoek. De schoolartsen werden vooraf geïnstrueerd over de uitvoering van het onderzoek. Aan het eind van het PGO kregen de ouders een envelop mee met daarin een uitgebreide folder over bedplassen, een toelichting op het onderzoek, de oudervragenlijst een gedragsvragenlijst en een portvrije antwoordenvolp. De resultaten van deze 0-meting (kenmerken van enuresis nocturna bij 9-jarigen) worden niet in dit verslag besproken. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar Hirasing & Creemers (1994).

Bij de *tweede meting (nameting)* na 1 jaar, werden alle ouders van de kinderen met enuresis nocturna opgebeld en werd een telefonisch interview afgenomen. Tevens werd na het interview de toegestuurde CBCL-vragenlijst ingevuld geretourneerd.

3.2.3 Procedure GGD'en

Aan 60 GGD'en werd een vragenlijstje toegestuurd. Met bijgevoegde antwoordenvolp kon men deze lijsten ingevuld retour zenden.

3.3 Vragenlijsten

3.3.1 Droog-bedtraining

Bij dit onderzoek werden drie verschillende vragenlijsten gebruikt. De vragenlijsten zelf zijn afgedrukt in bijlage II t/m IV.

1. *Child Behaviour Checklist (CBCL)**, ontwikkeld door Achenbach in Amerika en in het Nederlands bewerkt en in het Nederlands vertaald door Verhulst (1982). Dit is een gedrags-vragenlijst voor kinderen van 4-16 jaar, waarin aangekruist kan worden indien het kind problemen heeft op school of thuis. De ouders vulden deze vragenlijst tweemaal in, éénmaal bij aanvang van de training en vervolgens zes maanden na het begin van de training.

* *CBCL (Child behavior checklist)* Achenbach, 1988, versie 89/1 (Bijlage II).

De CBCL registreert vaardigheden, gedrags- en emotionele problemen op kinderleeftijd. De lijst is genormeerd voor steekproeven uit de algemene bevolking en voor kinderen aangemeld bij de GGZ-instellingen. De CBCL levert scores op voor het algemene niveau van vaardigheid en problemen evenals scores voor specifieke syndromen. De vragenlijst bestaat uit 20 competentie-of vaardigheidsvragen (betreffende sporten, hobbies, contacten met volwassenen en leeftijdsgenoten en schoolfunctioneren) en 118 vragen over gedragsproblemen en/of emotionele problemen van kinderen zoals agressief of teruggetrokken gedrag, psychosomatische klachten en problemen met leeftijdsgenoten. In dit onderzoek wordt alleen van het laatste (afzonderlijk te gebruiken) deel van de vragenlijst gebruik gemaakt.

Het instrument is geschikt voor gebruik zowel in de klinische praktijk als voor research doeleinden. Aangezien de ouders de vragenlijst invullen (in 15 à 20 minuten) is dit instrument eenvoudig te gebruiken met een minimum aan tijdsinvestering van de kant van de diagnosticus of researcher. In diverse onderzoeken met deze Nederlandse versie werden de goede betrouwbaarheid en validiteit van de CBCL zoals door Achenbach vermeld, bevestigd (Achenbach & Lewis, 1971; Verhulst & Althaus, 1988; Verhulst, Koot & Berden, 1990). Vergelijkingen van Amerikaanse en Nederlandse normpopulaties lieten opvallend weinig verschillen zien en toonden de generaliseerbaarheid van de oorspronkelijke normgegevens naar de Nederlandse bevolking aan.

Benadrukt wordt dat de CBCL een instrument is om een gestandaardiseerde beschrijving weer te geven van het probleemgedrag van het kind zoals door *ouders* wordt gerapporteerd. Het is *niet* bedoeld als instrument om een rechtstreekse klinische diagnose uit af te leiden of om direct het behandelbeleid op te baseren.

2. *Vragenlijst I* opgesteld door het NIPG-TNO, 1991 (Bijlage III).

Vragenlijst I is gericht op het verkrijgen van algemene gegevens omtrent het bedplassen voor aanvang van de training:

- kenmerken van de enuresis: hoe vaak, hoe veel, hoe lang komt het bedplassen voor; Wat is reeds gedaan om van het bedplassen af te komen. Zijn er andere vormen van enuresis of encopresis in het spel;
- lichamelijke kenmerken: het opsporen van lichamelijke factoren die samenhangen met het bedplassen. Is er pijn bij het plassen, bloed in de urine, blaasontstekingen. Zijn er blaas/-nier-onderzoeken gedaan;
- psychische/sociale kenmerken: leidt het bedplassen tot ongemakken (problemen) bij ouders en kind, wordt het kind wel eens gestraft voor het bedplassen;

Bij deze vragenlijst is ook een bijlage die door de schoolarts dient te worden ingevuld. Het betreft aanvullende gegevens omtrent de bloeddruk en groei van het bedplassende kind en resultaten van een urineonderzoekje, dat heeft plaatsgevonden voordat de cursus van start ging.

3. *Vragenlijst II* opgesteld door het NIPG-TNO, 1991 (Bijlage IV).

Vragenlijst II wordt zes maanden na de eerste bijeenkomst afgenomen en is gericht op het verkrijgen van gegevens over de resultaten van - en de ervaringen met - de cursus:

- Resultaten: Is het kind droog, is er verbetering/verslechtering.

Hoe lang duurde het voor het kind droog werd. Is er sprake van terugval, zijn er nog wel eens ongelukjes. Hoe lang is de plaswekker gebruikt.

- Evaluatie: Hoe hebben ouder en kind de cursus ervaren. Voelden de ouders zich op hun gemak in de groep. Hebben ze iets geleerd van de andere groepsleden.

3.3.2 Controlegroep negenjarigen

Bij dit onderzoek werden vier verschillende vragenlijsten gebruikt (zie Bijlage V).

1. De *artsenvragenlijst*, ontwikkeld in samenwerking met de artsen van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD Westelijke Mijnstreek, omvatte o.a. vragen over de frequentie van bedplassen, een aantal kenmerken, de voorgeschiedenis en wat tot nog toe aan het bedplassen was gedaan.
2. De *oudervragenlijst* bevatte onder andere vragen over bezorgdheid en straffen, over bezoek aan huisarts en de adviezen die zij kregen.
3. *Child Behaviour Checklist (CBCL)* (zie § 3.3.1). De ouders vulden deze vragenlijst tweemaal in, éénmaal na het PGO (0-meting) en éénmaal 1 jaar later (nameting).
4. Een telefonische vragenlijst over de toestand van het bedplassen na 1 jaar (Bijlage VI).

3.3.3 GGD'en

De vragenlijst toegestuurd aan zowel artsen als verpleegkundigen van de GGD'en is bijgevoegd in Bijlage VIIa en b.

Deze lijst betreft vragen over belangstelling voor het opnemen van de droog-bedtraining in het takenpakket. Tevens wordt gevraagd naar belangstelling voor bijscholing ten aanzien van enuresis nocturna en het uitvoeren van een cursus droog-bedtraining.

3.4 Operationalisatie van de variabelen

Definities:

Om vergelijking mogelijk te maken tussen verschillende onderzoeken is het van belang dat dezelfde definities gehanteerd worden. De meest gangbare en ook door TNO-PG (tot 1994: NIPG-TNO) gehanteerde definities worden hier genoemd:

- * Succes: van succes wordt gesproken als het kind 14 achtereenvolgende nachten droogslaapt.
- * Blijvend succes: na zes maanden nog geen terugval.
- * Continentiecriterium: aaneengesloten periode van 14 droge nachten.
- * Terugval: van terugval is sprake wanneer er meer dan twee natte nachten in twee weken voorkomen, na een droge periode.
- * Ongelukjes: van ongelukjes is sprake als er incidenteel een natte nacht voorkomt; hoogstens twee per twee weken, na een droge periode.

Enuresis kenmerken

Kenmerken omtrent het bedplassen zelf werden vastgesteld door de vragen in de vragenlijst over: frequentie van het bedplassen voor de training, komt enuresis in de familie voor (broertjes, zusjes of ouders), is er sprake van enuresis diurna, enuresis somnambulans, primaire- of secundaire enuresis, worden er nog luiers gebruikt, welke therapieën zijn al geprobeerd en bij welke instanties heeft men om advies voor de enuresis gevraagd?

Lichamelijke kenmerken

Om vast te stellen of er sprake is van lichamelijke factoren die een rol kunnen spelen bij de enuresis werden een aantal aspecten door de schoolarts gemeten: groei van het kind, bloeddruk, urine onderzoek naar albumen, glucose en nitriet. Andere aspecten (frequentie van het urineren overdag, persen of pijn bij het plassen, nadruppelen, encopresis) werden in de vragenlijst door de ouders ingevuld.

Gedragskenmerken

Tweemaal (in een voor- en nameting) werd de CBCL-vragenlijst ingevuld door de ouders, waarmee een indruk verkregen werd omtrent de mate van probleemgedrag bij het kind.

Een aantal vragen in Vragenlijst I onderzoeken de mate waarin de ouders aangaven *bezorgd* te zijn over het bedplassen, of zij hun kind *straffen* en of het bedplassen *een probleem* voor hen was of voor het kind zelf.

De scores van de CBCL vragenlijst werden met een daartoe speciaal ontwikkeld computer-programma gescoord (zie Bijlage VIII voor een voorbeeldscoring).

Voor zover het meetniveau van de variabelen dit toelaat, zal getoetst worden met een t-toets of een chi-kwadraat toets. In de meeste gevallen wordt tweezijdig getoetst (omdat de richting van de gevonden verschillen van te voren niet bekend is) met een significantieniveau van 10%.

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de verschillende onderzoeken beschreven. Allereerst de resultaten van de droog-bedtraining (§ 4.1). In § 4.2 wordt o.a. beschreven hoeveel 'negenjarigen' na 1 jaar droog sliepen. In § 4.3 volgt een verslag van de enquête aan de GGD'en.

4.1 Resultaten droog-bedtraining

4.1.1 Algemeen

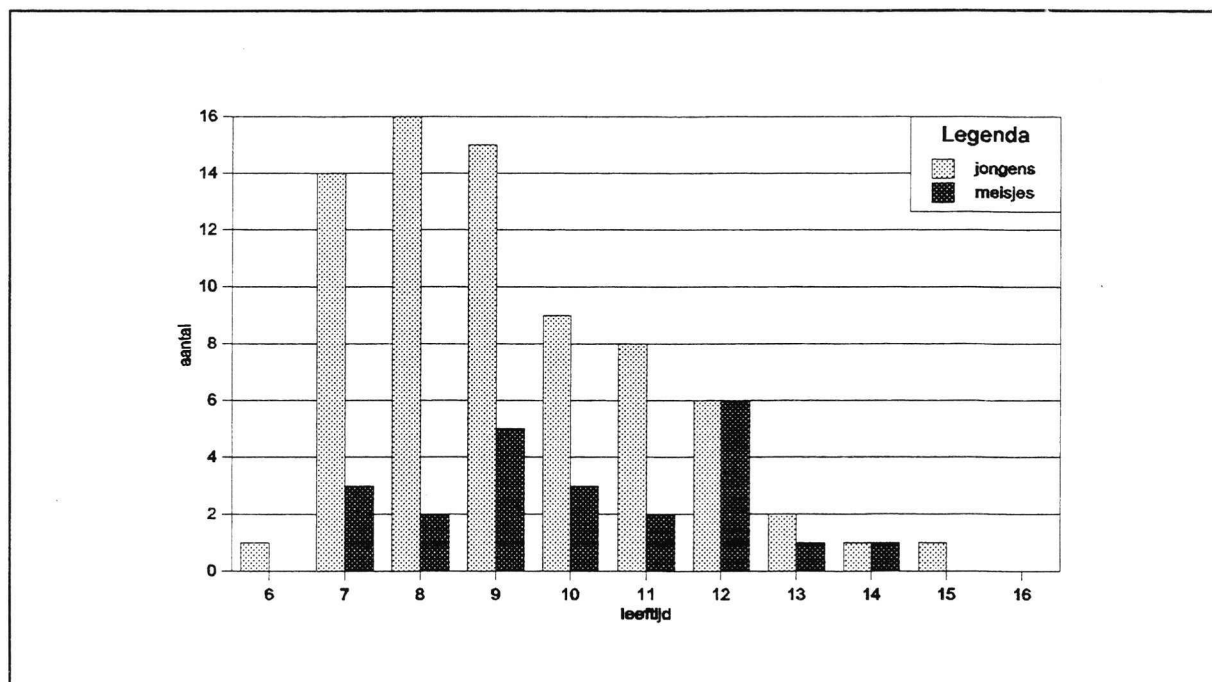
Alle ouders die de droog-bedtraining volgden hebben vragenlijst I, vragenlijst II en een CBCL voor-en nameting ontvangen. Alle cursisten (n=91) hebben de voormeting ingevuld. Van 86 cursisten (95%) zijn de nametingen bekend.

Van de cursisten hebben er 55 (60%) bij GGD Amstelland-de Meerlanden en 36 (40%) bij GGD West Holland de droog- bedtraining gevolgd. De populatie kinderen bestond uit 73 jongens (80%) en 17 meisjes (19%) (van één kind was het geslacht niet vermeld op de voormeting, tevens is van dit kind de nameting niet ontvangen).

De leeftijd van de kinderen varieerde van 6 tot 15 jaar met een gemiddelde van 9,3 jaar. Meisjes zijn gemiddeld bijna drie maanden ouder dan de jongens, dit verschil is echter niet significant (figuur 1).

In de volgende paragraaf wordt eerst voor de gehele groep bekeken welke enuresis-, lichamelijke- en gedragskenmerken mogelijk een rol spelen bij het (blijven voortbestaan van) het bedplassen (§ 4.1.2). Daarna wordt het resultaat van de DBT beschreven en wordt aandacht geschonken aan de evaluatie van de training door de ouders en de kinderen (§ 4.1.3). In § 4.1.4 wordt op basis van de in § 4.1.2 gevonden kenmerken, nagegaan of er verschillen zijn te vinden tussen de groep kinderen waarbij de training succes had en de groep kinderen waarbij de training geen succes had.

Figuur 1 Leeftijdsverdeling (n=91)



4.1.2 Kenmerken van de enuresis

Gevraagd werd naar de frequentie van het bedplassen, primaire/secundaire enuresis, kenmerken van het plassen overdag, familiair voorkomen en eventuele methoden/therapieën die al gevolgd waren door ouder en kind om van het bedplassen af te komen.

Frequentie bedplassen per week vóór de training

De frequentie per week waarmee deze kinderen voor aanvang van de training in bed plasten staat vermeld in tabel 1.

Gemiddeld per week werd door deze groep 5.4 keer in bed geplast (voor de berekening van dit gemiddelde is bij de categorieën 2-3x en 4-5x resp. 2,5 en 4,5 gerekend). 67 kinderen (74%) plasten méér dan drie keer per week in bed, waarvan 46 kinderen (51%) zelfs dagelijks! Hieruit blijkt, zoals verwacht, dat de groep kinderen die de droog-bedtraining kreeg, een groep was die zeer frequent in bed plaste.

Tabel 1 Frequentie bedplassen per week vóór de training (n=91)

aantal keren per week	aantal kinderen	%
1	4	4
2-3	18	20
4-5	13	14
6	8	9
dagelijks	46	51
onbekend	2	2

Hoe vaak *per nacht* geplast werd was lang niet altijd bekend bij de ouders, wat ook niet verwonderlijk is omdat een groot aantal (38) kinderen (42%) een *luier* droeg 's nachts. 45 kinderen droegen geen luier en van 8 kinderen is het antwoord niet bekend op deze vraag.

Van 81 kinderen (89%) was 's nachts het hele bed en/of de luier nat (van 9 kinderen niet bekend).

Van slechts één kind was enkel de pyjama 's nachts nat. De *hoeveelheid* urine die 's nachts geproduceerd werd was dus niet gering.

Enuresis somnambulans kwam bij deze groep niet voor.

Primaire/Secundaire enuresis

Volgens de DSM-III-R (1989) criteria is sprake van secundaire enuresis als het kind een droge periode van ten minste één jaar heeft gehad. Uitgaande van deze definitie waren er in dit onderzoek 2 (2%) secundaire bedplassers. Als we uitgaan van een droge periode van minimaal 6 maanden, waren er in deze populatie 77 kinderen (85%) met *primaire* en 9 kinderen (10%) met *secundaire* enuresis. Hiervan waren 7 kinderen wel eens een periode van 6 tot 12 maanden droog geweest. (Drie kinderen waren ooit een onbekende periode droog geweest.) De leeftijden waarop kinderen een droge periode hadden varieerde van 3 tot 11 jaar (vijf kinderen op de leeftijd van 3 jaar, drie op de leeftijd van 4 jaar, de anderen op de leeftijden 6, 8, 9 en 11 jaar).

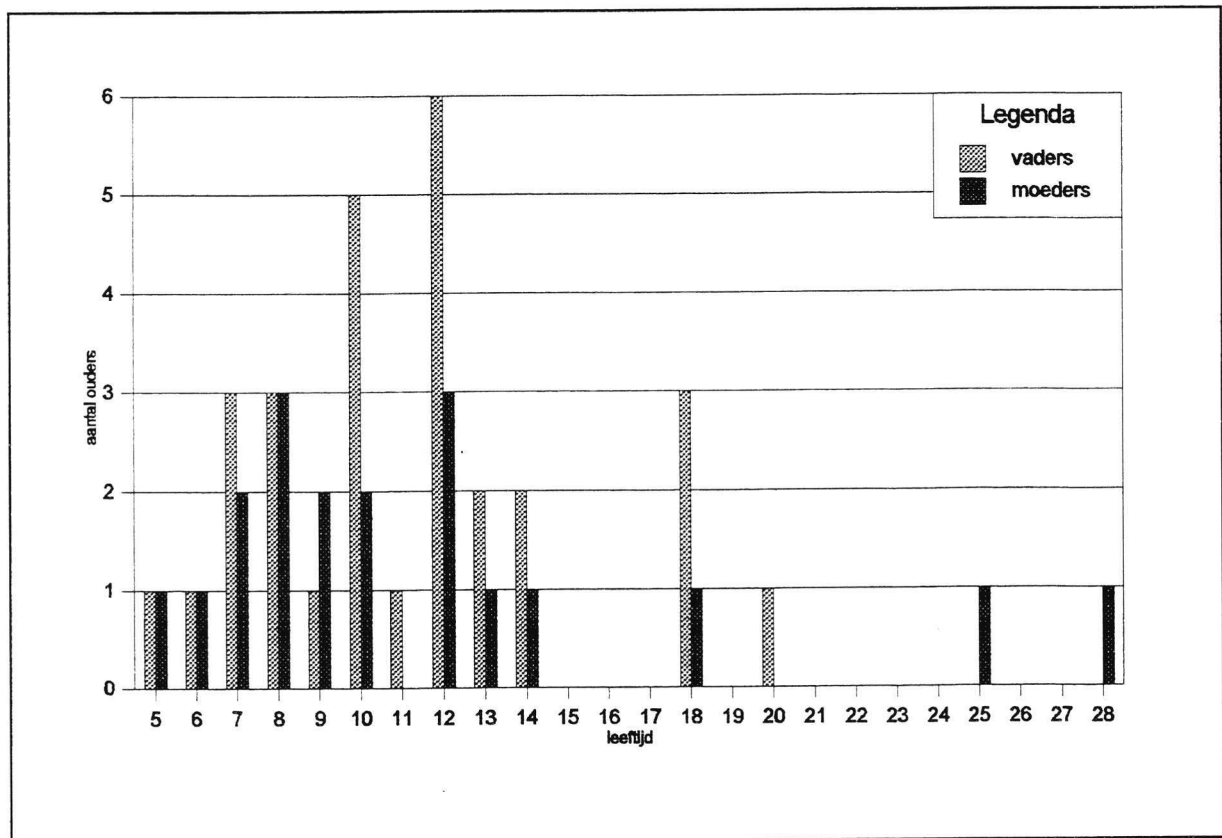
Voorts gaven de ouders van twee kinderen een droge periode van korter dan 6 maanden aan. Dit valt echter buiten de definitie van secundaire enuresis nocturna.

Enuresis Nocturna in de familie

Bij 4 kinderen (4%) kwam enuresis nocturna ook voor bij een broertje of zusje. Bij 47 kinderen (52%) waren de ouders ook laat droog; bij 43 kinderen (47%) één van de ouders (1,5 keer vaker vader dan moeder), bij 4 kinderen (4%) zelfs twee ouders.

De leeftijd waarop de ouders van deze 47 kinderen droog waren geworden varieerde van 5 jaar tot 28 jaar.

Figuur 2 Leeftijd waarop ouders van 47 kinderen droog werden



Vaders waren *gemiddeld* met 9,7 jaar droog en moeders met 11,6 jaar.

Enuresis diurna

Tien kinderen hadden soms last van enuresis diurna, waarvan negen alleen tijdens het (intensief) spelen. Een kind had *váák* overdag een natte broek. De kinderen plasten gemiddeld 1 à 2 keer per dag in hun broek en bij twee kinderen werd ook hun kleding steeds nat.

Therapieën

De verschillende therapieën die door de respondenten zijn uitgeprobeerd alvorens over te gaan tot de droog-bedtraining staan vermeld in tabel 2.

Het opnemen en het minder drinken scoren het hoogst. Bijna een kwart van de kinderen gebruikte eerder de plaswekker of kreeg geneesmiddelen. Genoemde geneesmiddelen zijn: Tryptizol (1x),

Tofranil (1x), Minrin (6x), middelen om minder vast te slapen en homeopathische middelen zoals Incon complex. Blaastraining werd bij 18 kinderen gedaan, 15 kinderen deden een zelfbedachte therapie, die meestal bestond uit het bijhouden van een kalender of het op een of andere manier belonen van het kind. Bij 14 kinderen werden alternatieve methoden geprobeerd: Johannes-olie op de buik smeren, voetzoolmassage, acupunctuur, antroposofische druppels, iriscopist. Slechts 13 kinderen (14%) volgden één therapie, de meeste respondenten volgden meerdere therapieën: 62 kinderen (68%) volgden 2-3 therapieën; 16 kinderen (18%) volgden 4-8 therapieën.

Tabel 2 Overzicht therapieën (n=91)

Soort therapie	aantal kinderen	%
Opnemen	79	87
Minder drinken	62	68
Geneesmiddelen	22	24
Plaswekker	22	24
Blaastraining	18	20
Anders	15	17
Alternatieve geneeswijzen	14	15

Geraadpleegde instanties (n=83)

Huisarts: voor 59 kinderen (65%) werd de huisarts geraadpleegd.

Een of meer van de volgende instanties werden bezocht:

GGD: met 22 kinderen (24%) werd de GGD bezocht.

Specialist: 22 kinderen (24%) bezochten een specialist (kinderarts of uroloog).

Overigen: andere instanties die werden geraadpleegd waren *Kruisvereniging*, *psycholoog*(3%).

Geen: 52 respondenten (57%) meldden dat er geen enkele instantie werd geraadpleegd, hierbij werd de huisarts niet als 'instantie' gezien.

Lichamelijke kenmerken

In vragenlijst I werden een aantal vragen gesteld die kunnen wijzen op een lichamelijke (organische) oorzaak voor het bedplassen (tabel 3).

Tabel 3 Lichamelijke kenmerken van het plassen (overdag)

kenmerk	aantal kinderen	%
frequent urineren overdag (>7x)	13	15
persen bij het plassen	1	1
abnormale straal tijdens plassen	-	0
soms pijn bij het plassen	2	2
hurken om plas op te houden	3	4
soms last van nadruppelen	31	38

Uit de tabel blijkt dat het overgrote deel van de kinderen met enuresis nocturna géén abnormale kenmerken hadden wat betreft pijn, persen, abnormale straal tijdens het plassen (overdag). Er waren 13 kinderen die overdag meer dan 7 keer plasten en 31 kinderen hadden soms last van nadruppelen.

Encopresis

Van encopresis hadden 2 kinderen (2%) soms last . De rest van de kinderen was zindelijk voor ontlasting en had een regelmatige (meestal dagelijks) stoelgang.

Medische gegevens (n=83)

Door de schoolarts zijn voor dit onderzoek enkele medische aspecten onderzocht die zouden kunnen wijzen op een eventuele lichamelijke (organische) oorzaak voor het bedplassen.

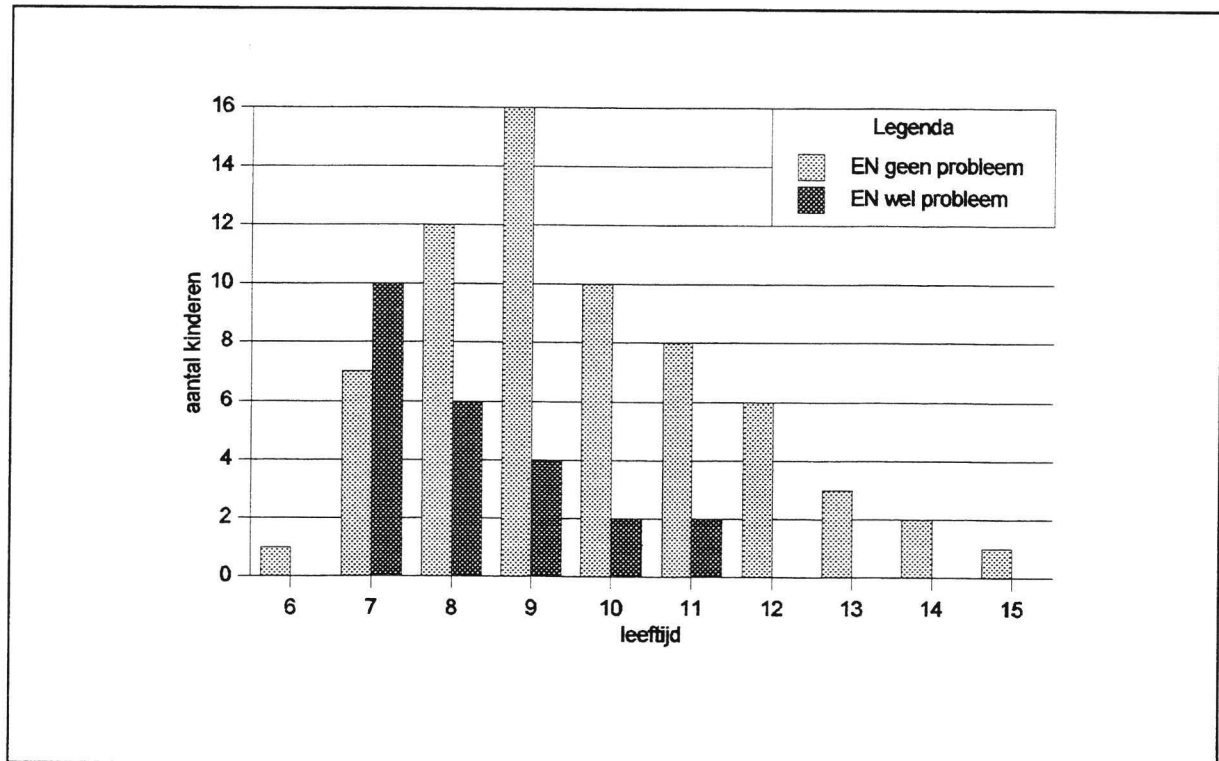
Er zijn zes kinderen (7%) uit de populatie die wel eens een blaasontsteking hebben gehad. Bij één kind was nitriet in de urine gevonden, verder werd bij geen enkel kind een andere afwijking geconstateerd (gecontroleerd zijn: groei, bloeddruk, kleur van de urine, bloed, albumine, glucose in de urine). Van de kinderen die de specialist bezochten ondergingen er 18 een blaas-nier onderzoek. Bij één kind werd een dubbele nier geconstateerd, bij de overigen werden geen afwijkingen gevonden.

Gedragsskenmerken

Enuresis als probleem

Op de vraag of de enuresis een *probleem* is voor ouders en kind antwoordden: 47 ouders (53%) en 64 kinderen (73%) dat enuresis soms of vaak een probleem was. Kinderen vonden de enuresis dus vaker een probleem dan ouders, maar dit verschil is niet significant. Met het toenemen van de leeftijd van de kinderen vonden steeds meer kinderen dat de enuresis een probleem voor ze was (figuur 3).

Figuur 3 Leeftijd waarop kinderen Enuresis nocturna (EN) (g)een probleem vinden (n=91)



De groep kinderen die aangaf het bedplassen een probleem te vinden is significant ouder (gemiddeld 9,7 jaar) dan de groep die het bedplassen geen probleem zei te vinden (gemiddeld 8,2 jaar); ($t(88)=-3.43$; $p<.001$). Deze kinderen hadden echter géén significant hogere CBCL-score!

Zorgen maken

Zich *zorgen maken* over de enuresis van hun kind kwam voor bij 52 ouders (56%), waarvan 48 ouders aangaven dit soms te doen en vier ouders vaak.

Straffen

Straffen van het kind komt *nooit* voor, zeiden 76 ouders (84%). Slechts 7 ouders (8%) gaven aan hun kind wel eens te straffen (8 ouders hebben deze vraag niet beantwoord).

CBCL-gegevens / voormeting

De CBCL-score verdeeld in de groepen zoals beschreven in § 3.4, staat in tabel 4 vermeld.

Tabel 4 Voormeting CBCL (n=88)

Indeling	aantal kinderen	%
klinische groep	20	23
borderline groep	8	9
normale groep	60	68

Uit de tabel blijkt dat bij 60 kinderen (68%) de CBCL-score normaal was. 20 Kinderen (23%) behoorden tot de zgn. klinische groep, zij lijken sterk op kinderen die worden aangemeld voor hulpverlening. Bij deze kinderen is sprake van emotionele-en gedragsproblemen. Acht kinderen behoorden tot de borderline groep. Van 3 respondenten is geen voormeting bekend.

De gemiddelde CBCL-score van de voormeting was: 50,2 (range: 31 - 76, Sd: 9.9). Er was géén significant verschil tussen de CBCL-score van jongens en meisjes.

Vergelijken we deze score met de score van de Nederlandse normgroep (Verhulst, 1990) die omgerekend 52,2 bedraagt (zie Bijlage IX), dan kunnen we vaststellen dat deze scores niet significant verschilden. Met andere woorden deze groep bedplassende kinderen had geen statistisch significant hogere CBCL-score / niet meer problemen dan de kinderen van de normgroep.

Vergelijken we deze scores met de scores van de controlegroep '9-jarigen' (jongens én meisjes samen) dan komen we tot dezelfde conclusie. Met andere woorden de groep bedplassende kinderen die zich aanmeldde voor een droog-bedtraining had gemiddeld geen significant hogere CBCL-score dan de 'negenjarigen' (Van Loo, 1994).

Het percentage kinderen in de klinische groep (tabel 4) van 23% wijkt echter wel significant af van het verwachte percentage van 10% ($X^2=14,98$ $p< 0,001$).

4.1.3 Resultaat droog-bedtraining

Het resultaat van de DBT wordt ingedeeld in *succes* (resultaat op *korte* termijn = het continenticriterium is bereikt en *blijvend succes* (resultaat op *langere* termijn = de verbeteringsgraad na zes maanden).

Succes

Continenticriterium bereikt

Als maat voor succes van de training werd in de vragenlijst de vraag opgenomen: 'Bent u met de plaswekker gestopt omdat uw kind droog sliep?'

☐ neen;

☐ ja, mijn kind sliep dagen droog toen ik stopte met de plaswekker.

Hiermee kon tevens vastgesteld worden of het continenticriterium behaald was. Van 5 respondenten was helemaal geen nameting ontvangen. Van de 86 kinderen waarvan wel een nameting bekend was zijn de resultaten als volgt: van 66 kinderen (77%) werd aangegeven dat zij gestopt waren met de plaswekker toen zij het continenticriterium behaald hadden. Drie kinderen (3,5%) hadden de plaswekker helemaal niet gebruikt maar hebben wel het criterium van 2 weken droog bereikt. Van 14 (16%) kinderen werd aangegeven dat het continenticriterium niet gehaald was. (Van 3 kinderen (4%) was geen antwoord op deze vraag gegeven omdat zij bijvoorbeeld de plaswekker helemaal niet gebruikt hadden.)

Resumerend (tabel 5): De eerste resultaten na de droog-bedtraining waren als volgt:

Tabel 5 Continenticriterium bereikt

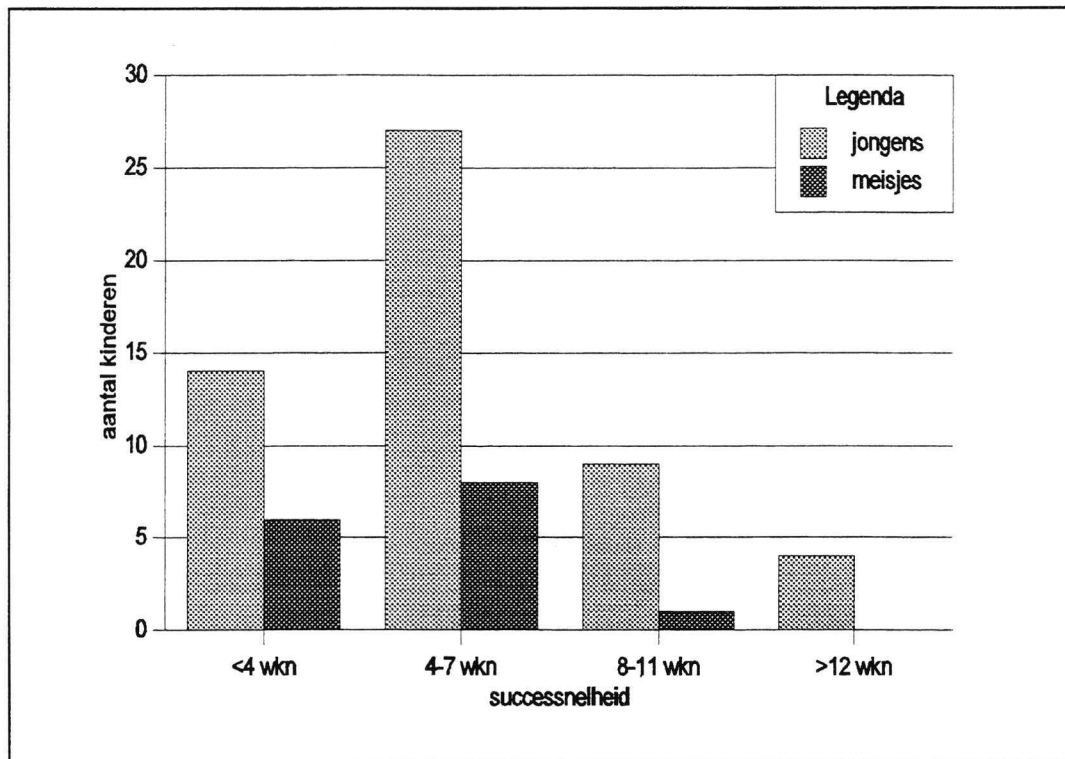
continenticriterium	aantal kinderen	%
bereikt	69	80
niet bereikt	14	16
onbekend	3	4

Er is géén verband ($p > .10$) tussen het aantal gevolgde therapieën en het bereiken van het continenticriterium.

Successnelheid

De successnelheid varieerde van 2 weken (= meteen droog en continenticriterium bereikt) tot 24 weken (figuur 4). De gemiddelde successnelheid was 6.9 weken (Sd.= 3.7 weken). Dit is *inclusief* het continenticriterium, *de kinderen zijn dan al 2 weken droog*.

Figuur 4 Successnelheid naar geslacht (n=69)



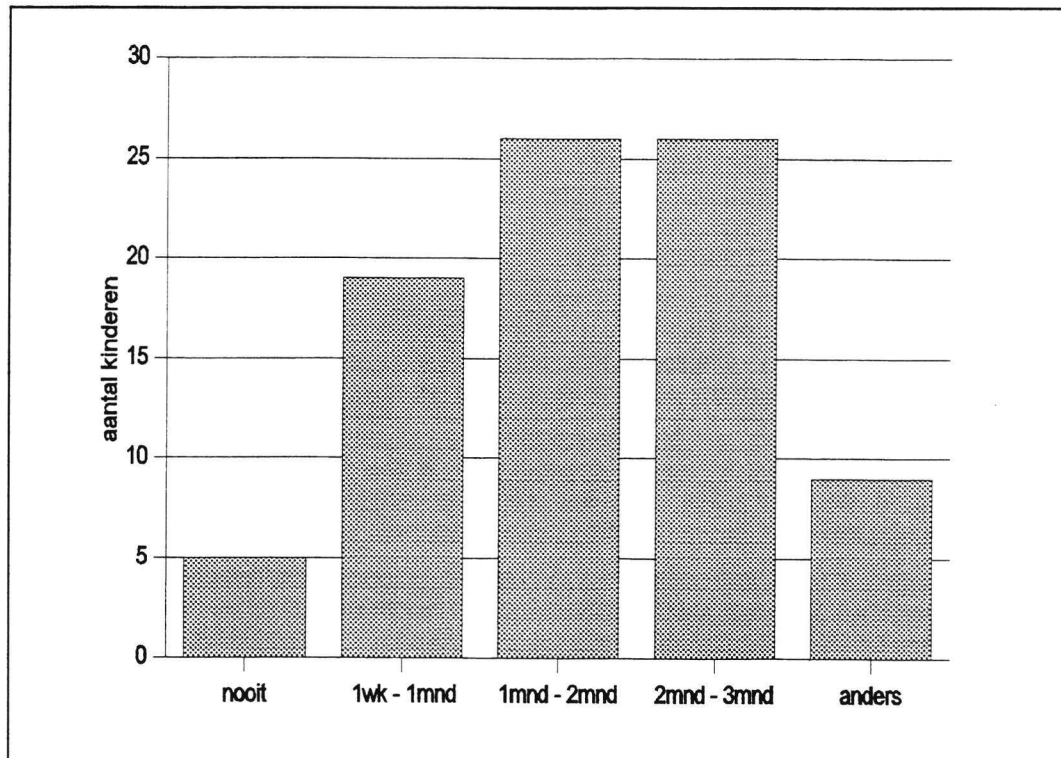
Uit de figuur blijkt dat 20 kinderen (29%) binnen 1 maand het continencriterium bereikt hebben; 35 kinderen (51%) in 1 à 2 maanden. Het blijkt dus dat bij 80% van de kinderen die droog zijn geworden, dit binnen 2 maanden gelukt is. 10 kinderen bereikten het continencriterium tussen de 2e en de 3e maand. Bij vier kinderen duurde het nog wat langer. Van 14 kinderen is bekend dat zij het continencriterium niet bereikt hadden en van acht kinderen was geen successnelheid bekend.

Interessant om te vermelden is nog dat de gemiddelde successnelheid bij jongens 7,4 weken bedroeg en bij meisjes 5,1 weken. Meisjes waren in deze groep significant sneller droog dan jongens ($t(67)=2.16; p<.05$)

Het plaswekkergebruik

Vijf kinderen (6%) gebruikten nóóit de plaswekker en drie daarvan hadden wel succes! 19 kinderen (22%) gebruikten de plaswekker 1 week tot 1 maand; 26 kinderen (31%) 1 tot 2 maanden en 26 kinderen (31%) 2 tot 3 maanden, 9 kinderen (10%) gebruikten de plaswekker op andere (zie § 5.3.1) dan de voorgeschreven manier (figuur 5).

Figuur 5 Duur plaswekker gebruik (n=85)



Blijvend succes

Terugval

Van de 69 kinderen die droog geworden zijn, hebben 16 kinderen (23%) een terugval gehad. Bij 9 kinderen was deze terugval blijvend, ze plasten weer meer dan 1x per week in bed. Drie kinderen zijn weer droog geworden voor de laatste meting na zes maanden; vier kinderen plasten af en toe 1 keer. Van deze laatste kinderen is niet duidelijk of zij weer 1 maal per week plasten of dat deze als ongelukjes gerekend kunnen worden. In ieder geval trad bij deze vier kinderen een verbetering op van meer dan 80%. Gemiddeld kregen deze kinderen na 7,5 week terugval, maar de spreiding is erg groot.

Ongelukjes

Nadat het continencriterium bereikt was, hadden 48 respondenten (70%) nog wel eens een ongelukje (de 16 terugvallers zijn hier meegerekend); 20 kinderen (29%) hadden nooit meer in bed geplast.

Resultaten na 6 maanden

Op de vraag die zes maanden na aanvang van de training gesteld werd: 'Heeft het kind de afgelopen vier weken *droog* geslapen?', antwoordden 56 respondenten (65%) 'ja' (waarvan één kind alleen droog sliep als zij bij moeder in bed sliep). Eén kind, die verder niet wordt meegeteld bij de positieve resultaten, omdat het niet droog is geworden door de training, sliep alleen droog met Minrin. Van één kind is geen antwoord op deze vraag bekend. Na zes maanden waren de resultaten als volgt:

Tabel 6 Frequentie bedplassen vòòr en 6 maanden na aanvang van de training

aantal keren per week	voormeting	nameting
0	-	56 (62%)
1	4 (4%)	11 (12%)
2-3	18 (20%)	9 (10%)
4-5	13 (14%)	3 (3%)
6	8 (9%)	1 (1%)
7	46 (51%)	4 (4%)
onbekend	2 (2%)	7 (8%)

De frequentie van het bedplassen was niet van invloed op het droog worden. Door de hele groep werd voor aanvang van de training gemiddeld 5,4x per week in bed geplast. Zes maanden na aanvang van de training was dit gedaald tot *gemiddeld* 0,96 keer per week. De groep die na zes maanden nog in bed plaste, was bij de voormeting gemiddeld 5,8 keer per week nat en na zes maanden nog 3,3 keer (zie § 4.2.6).

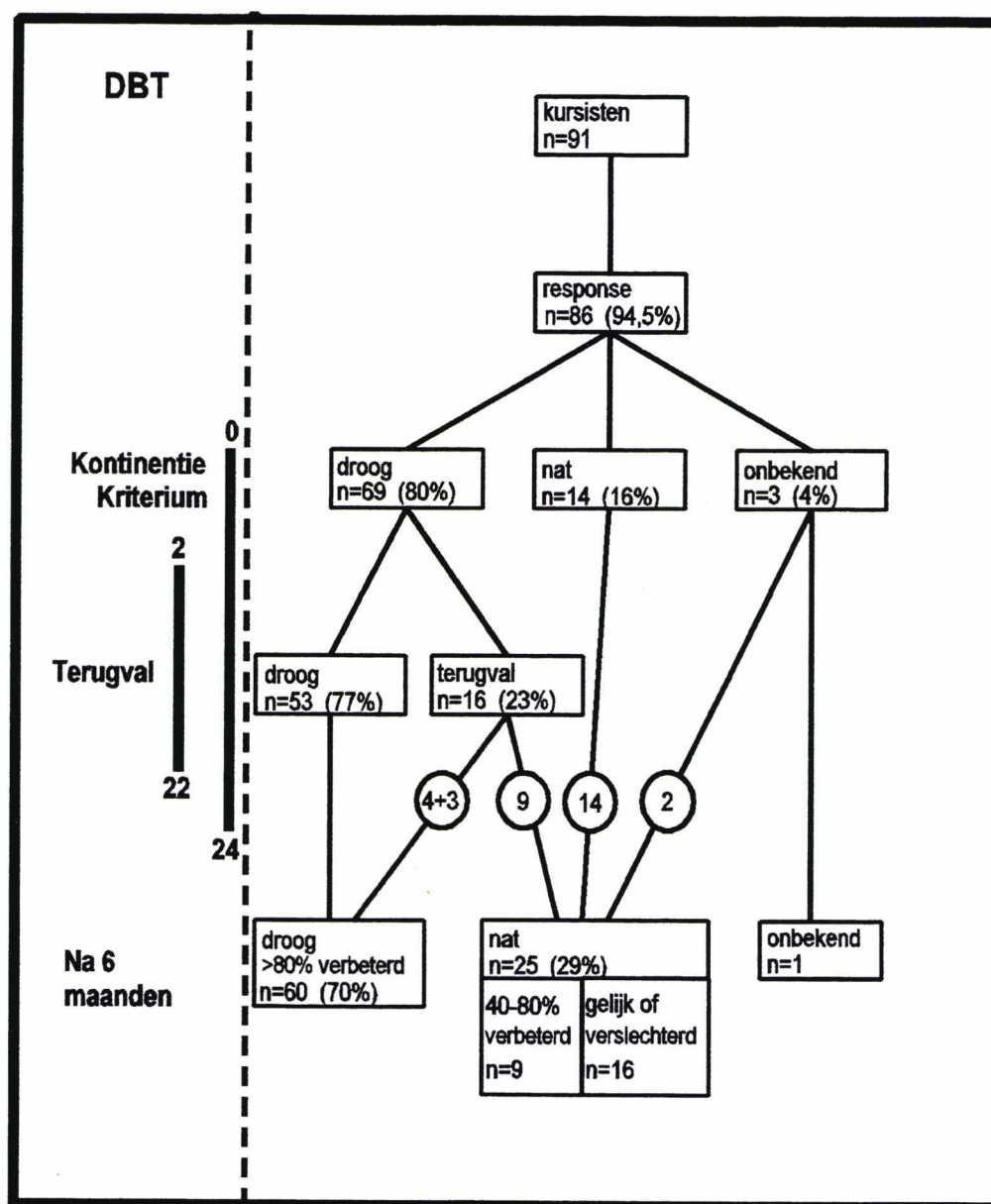
De *verbeteringsgraad* na zes maanden, berekend volgens de formule vermeld in § 3.4, is weer-gegeven in tabel 7.

Tabel 7 Verbeteringsgraad na zes maanden (n=85)

Verbeteringsgraad	aantal kinderen	%
A: Droog of sterk verbeterd	60	70
B: 40-80% verbeterd	9	10
C: matige of geen verbetering (<40%)	16	19

Resumerend: 60 kinderen waren zes maanden na afloop van de training droog of het bedplassen was sterk verminderd. Hiervan waren 56 kinderen helemaal droog en bij 4 kinderen was het bedplassen 80% verbeterd. 9 Kinderen waren 40 - 80% verbeterd. 16 Kinderen waren heel weinig verbeterd, gelijk gebleven of zelfs achteruit gegaan, één kind van deze 16 kinderen gebruikte Minrin en werd daardoor droog. Voor een totaal beeld van alle resultaten op korte en lange termijn geeft het schema in figuur 6 een duidelijk overzicht.

Figuur 6 Schema resultaten



CBCL-gegevens nameting

Zes maanden na aanvang van de training werden de CBCL-vragenlijsten opnieuw door de ouders ingevuld. Het aantal kinderen in de klinische groep daalde tot 8 (was 20), het aantal kinderen in de borderline groep tot 4 (was 8). Het aantal in de normale groep bedroeg nu 71 kinderen (was 60) bij de voormeting. Deze verschillen zijn significant ($p < .0001$).

De gemiddelde score van de nameting was: 44,5 (range 23 - 73, Sd: 10,5). Ten opzichte van de gemiddelde score (50,2) van de voormeting is dit een significante daling ($t(81)=7.08$; $p < .000$, t-toets voor gepaarde waarnemingen). Resumerend (tabel 8):

Tabel 8 Voor-en nameting CBCL

Indeling	Voormeting (n=88) Aantal kinderen (%)	Nameting (n=83) Aantal kinderen (%)
klinische groep	20 (23%)	8 (9%)
borderline groep	8 (9%)	4 (5%)
normale groep	60 (68%)	71 (86%)

Van de 20 kinderen die bij de voormeting in de *klinische* range scoorden, bereikten 15 kinderen het continuentiecriteria en 1 niet, van vier kinderen is dit onbekend. Van deze 16 kinderen scoorden er bij de nameting 9 in de normale range, 1 in de borderline range en 5 bleven (ondanks dat ze droog zijn) in de klinische range. Het kind dat niet droog is geworden bleef in de klinische range.

Van de 8 kinderen die in de *borderline* range scoorden werden 7 kinderen droog en 1 niet. Vijf kinderen scoorden bij de nameting in de normale range, 1 in de borderline range en 1 in de klinische range. Het kind dat niet droog was geworden bleef ook in de borderline range.

Met andere woorden: van de respondenten die een verhoogde CBCL-score hadden bij de voormeting, is 79% droog geworden en 50% is met de CBCL-score in de normale range beland (vier bleven onbekend).

Evaluatie droog-bedtraining

Ouders beoordeelden de training met: goed (65), intensief (4), goed + intensief (16). Van de ouders beoordeelde 89% de cursus overwegend positief, 4% vond de cursus voornamelijk intensief en 1 ouder (en de vijf waarvan geen nameting bekend was) heeft niet geantwoord. 78 Respondenten hadden *niets* gemist tijdens de cursus. 7 Respondenten hadden wel wat gemist, namelijk: extra begeleiding bij problemen en terugvallen, een groepsgevoel, het belang van de 2 weken na de intensieve nacht was niet benadrukt, een 'echte oplossing', de kinderen bij de cursus.

Slechts drie personen gaven aan zich niet op zijn/haar gemak in de groep te hebben gevoeld. Bij het overgrote deel (96%) was dit wel het geval.

Op de vraag of men iets *geleerd* had van groepsgenoten, antwoordden de meeste respondenten (52) 'een beetje'; 14 respondenten antwoordden 'veel' en 17 respondenten zeiden niets geleerd te hebben van hun groepsgenoten. Wat men het *belangrijkste* vond van de training kon ondergebracht worden in vier categorieën (tabel 9).

Tabel 9 Wat vonden ouders het belangrijkste (n=80)

Omschrijving	aantal respondenten	%
Positief resultaat	19	24
Steun, herkenning van groepsgenoten	21	26
Motivatie hernieuwen om samen met het kind aan een oplossing te werken	21	26
Inzicht, theorie, begeleiding	17	21

Zowel het positieve resultaat (kind is droog), steun en herkenning van groepsgenoten, inzicht krijgen in de achtergronden van enuresis, het krijgen van steun in de vorm van begeleiding als het verkrijgen van hernieuwde motivatie en het samen werken met het kind, kregen ongeveer evenveel positieve antwoorden.

Al met al waren 80 ouders (93%) *tevreden* over de cursus; twee ouders waren op onderdelen tevreden, twee ouders hadden geen mening en twee ouders waren niet tevreden.

Enkele spontane opmerkingen die ouders in de vragenlijst vermeldden waaruit blijkt hoeveel waardering er voor de cursus bestond zijn: "Wat een geweldige cursus!", "Het is een wonder", "Deze cursus moet bekendheid krijgen", "ongelooflijk, het kost veel energie, maar dat is het wel waard". Ook werd nog eens extra de herkenning gewaardeerd: "Mijn kind is niet de enige", "Mijn kind is toch normaal".

De kinderen hadden wat meer verdeelde meningen. Er waren 54 kinderen (63%)(volgens hun ouders) zonder meer positief over de training. Echter 22 kinderen (24%) waren alleen op onderdelen tevreden. Met name de 'positieve oefeningen' werden slecht gewaardeerd. Ook waren er 10 kinderen ontevreden over de training. Van deze kinderen werden er 3 droog.

4.1.4 Verschillen tussen de kinderen waarbij de training wel/geen succes heeft gehad

Nu is vastgesteld welke factoren het bedplassen van deze kinderen kenmerkten en welke resultaten er met de droog-bedtraining behaald zijn, kan in deze paragraaf getoetst worden of er verschillen bestaan (op lichamelijk-, enuresis- en gedragsgebied) tussen de kinderen waarbij de training wel/geen succes heeft gehad. Hiertoe zal een vergelijking gemaakt worden tussen de kinderen die het continencriterium bereikt hebben (groep 'succes') en de kinderen waarbij dat niet gelukt is (groep 'geen succes'). Voor zover het meetniveau van de variabelen dit toelaat zal getoetst worden met een t-toets of een chi-kwadraattoets. De groep 'geen succes' is zo klein dat de power van de toets zeer laag wordt; de verschillen moeten dan zeer groot zijn om ze statistisch aan te kunnen tonen. Voor een gedeelte zal de vergelijking dan ook kwalitatief van aard zijn.

Algemeen

De *leeftijd* van de twee groepen verschilde niet significant: groep 'succes' was gemiddeld 9,2 jaar oud en groep 'geen succes' gemiddeld 10 jaar. In *sexe* was ook geen onderscheid, de groep 'geen succes' bestond op één na alleen uit *jongens*, dit heeft ook geen significante betekenis.

De *plaats* GGD Amstelland-de Meerlanden of GGD West Holland, waar de cursus werd gegeven laat geen verschil in resultaat zien.

Enuretische kenmerken

De groep die niet droog is geworden (groep 'geen succes') plaste gemiddeld voor aanvang van de DBT iets frequenter (5,8x per week) in bed dan de groep 'succes' (5,3x per week). Dit verschil is echter niet significant. Er waren geen verschillen in primaire of secundaire enuresis, enuresis diurna; ook niet in familiair voorkomen. Omdat bij zoveel kinderen enuresis in de familie voorkwam zou verwacht kunnen worden dat deze kinderen minder snel droog zouden worden. Dit is echter niet het geval. In beide groepen 'succes' en 'geen succes' zitten evenveel kinderen die enuresis in de familie hebben.

De methoden die gebruikt zijn om van het bedplassen af te komen geven enkele verschillen te zien. Het totale aantal therapieën dat men heeft gevolgd verschilt niet significant tussen de beide groepen. Minder drinken en opnemen scoorden in beide groepen even hoog. In de groep 'geen succes' had 43% de plaswekker al eens gebruikt, in de groep 'succes' 19% ($p < .10$). Het geneesmiddelengebruik en het specialistbezoek in beide groepen geeft ook een significant verschil te zien. Meer dan de helft van de kinderen in de groep 'geen succes' had geneesmiddelen gebruikt, in de groep 'succes' 17% ($p < .002$). 29% van de kinderen uit de groep 'geen succes' zijn naar een specialist geweest, 10% in de groep 'succes' ($p < .10$).

Lichamelijke kenmerken

Zoals in § 4.2.2 al is geconstateerd, hadden de kinderen weinig lichamelijke afwijkingen. Toch was er bij 6 van de 14 kinderen (43%) uit de groep 'geen succes' die op deze vraag geantwoord hebben een blaas/nier onderzoek verricht, tegenover 13 van de 68 kinderen (19%) uit de groep 'succes'. Dit verschil is significant ($p < .10$).

Gedragskenmerken

De kinderen in beide groepen maakten zich evenveel of weinig zorgen over het bedplassen. Dit gold ook voor de ouders. Ook de kinderen in de groep 'geen succes' werden nooit gestraft volgens de ouders.

De CBCL-scores van de voormeting in de groep 'succes' was gemiddeld 51,2. In de groep 'geen succes' waren de scores bij voormeting echter lager: gemiddeld 44,5. Dit is een significant verschil. Bij de nameting in de gehele groep waren de CBCL-scores significant lager zoals we gezien hebben in § 4.1.3. Worden de beide groepen apart bekeken dan zien we dat in de 'succes-groep' de CBCL-scores significant gedaald zijn ($t(66)=6.75$; $p=.000$) (t-test voor gepaarde waarnemingen). In de groep 'geen succes' waren de CBCL-scores minder gedaald, deze waren echter bij de voormeting al lager.

Tabel 10 CBCL-scores voor-en nameting

	Voormeting	Nameting
gemiddelde CBCL-score groep 'succes'	51,2	44,9
Gemiddelde CBCL-score groep 'geen succes'	44,5	43,0
Gemiddelde score totale groep	50,2	44,5

Resultaat droog-bedtraining

Een belangrijke variabele in het al of niet behalen van een goed resultaat na de droog-bedtraining was het plaswekkergebruik. In § 4.2.3 werd al vastgesteld dat er verschillen geweest zijn in het omgaan met de plaswekker. In groep 'succes' zijn 2 kinderen geweest die nooit de plaswekker gebruikt hebben en toch droog zijn geworden. In zowel de *duur* van het plaswekkergebruik als in het *juiste* gebruik ervan zijn verschillen te vinden ($p < .001$). In groep 'geen succes' gebruikte niemand de plaswekker kort (1 week tot 1 maand). Evenveel respondenten in deze groep hadden de plaswekker lang (1-2 mnd (2x) en 2-3 mnd (4x)) gebruikt als 'anders' gebruikt. Eén respondent (in groep 'geen succes') gaf aan de plaswekker 'met intervallen' gebruikt te hebben, het plaswekker gebruik is hier niet duidelijk. De andere respondent was gestopt met de plaswekker vanwege vakantie en was pas 4 maanden later weer begonnen. Van twee andere respondenten was het plas-

wekker gebruik ondanks dat ze dit zelf wel vonden, niet correct: één kind gebruikte er luiers bij en één kind was Minrin erbij gaan gebruiken en één kind heeft de plaswekker helemaal niet gebruikt. Met andere woorden: minder dan de helft van de kinderen in groep 'geen succes' gebruikte naar eigen zeggen de plaswekker op de voorgeschreven wijze.

Ouders van groep 'succes' en groep 'geen succes' gaven géén verschillend evaluatief oordeel over de training (zie voor het oordeel ook § 4.1.3). Drie ouders van de groep 'geen succes' vonden de training intensief, 1 in de groep 'succes'. De meerderheid in beide groepen vond de cursus goed. Opvallend in de groep 'geen succes' was dat men het belangrijkste van de DBT vond: de herkenning die men vond en de steun die men elkaar gaf ($p < .05$). In de groep 'geen succes' hadden twee ouders geen mening over de DBT en één scoorde 'anders'. Van de kinderen was al vastgesteld dat de meningen meer verdeeld waren. Tussen de beide groepen was een significant verschil in oordeel waar te nemen ($p < .001$). In groep 'geen succes' was meer dan de helft (57%) van de kinderen niet tevreden over de training ($p < .001$).

4.2 Resultaten controlegroep negenjarigen

Om de resultaten van de DBT (waarvan de deelnemers gemiddeld ook negen jaar zijn) te kunnen vergelijken, wordt in deze paragraaf het effect op het bedplassen na 1 jaar reguliere adviezen door artsen werkzaam in de Jeugdgezondheidszorg ten aanzien van het bedplassen bij een populatie negenjarigen beschreven.

4.2.1 Algemeen

De resultaten van de 0-meting werden reeds gepubliceerd in het Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg (Hirasing & Creemers, 1994). Samengevat luiden de resultaten als volgt: In totaal hadden 80 leerlingen (4,8%) de afgelopen 4 weken tenminste éénmaal in hun bed geplast (6,2% van de jongens en 3,5% van de meisjes). Van hen was 70% nooit langer dan 6 maanden droog geweest. Nog een luier om kreeg 18% van deze kinderen. Bij 21% van de jongens en 42% van de meisjes met enuresis nocturna was sprake van een kenmerk (overdag nat, blaasontsteking doorgemaakt, hurken, encopresis) dat kan wijzen op een aandoening van de urinewegen. De meeste ouders gaven aan reeds iets aan het bedplassen te hebben gedaan. De meest ondernomen acties waren 's nachts opnemen en 's avonds minder drinken; slechts 11% had de plaswekker gebruikt. 64% van de ouders

maakte zich zorgen over het bedplassen van hun kind, straffen deed 20% van de ouders soms. Volgens 37 ouders (46%) leidde het bedplassen soms en volgens 4 (6%) ouders altijd tot problemen bij het kind. Het merendeel van de ouders gaf aan ooit naar de huisarts te zijn geweest vanwege het bedplassen van hun kind. De huisartsen adviseerden meestal minder drinken te geven of schreven geneesmiddelen voor.

Uit de gedragsvragenlijst bleek dat kinderen die in bed plasten niet meer (gedrags)-problemen hadden dan een controlegroep. De gemiddelde totale probleemscore was 52,1. Er waren 15 kinderen (23%) die in de klinische range scoorden en 8 (12%) in de borderline range. 42 kinderen (64%) scoren in de normale range.

Nameting

Na één jaar werden 64 van de 66 ouders telefonisch geënquêteerd en naar aanleiding van deze telefonische enquête retourneerde men ook de toegezonden gedragsvragenlijst. De response van deze nameting was 97%.

4.2.2 Resultaten nameting

Het bleek dat 43 kinderen (65%) na 1 jaar nog steeds in hun bed plasten, van twee kinderen is het niet bekend. Van 23 kinderen (35%) werd vermeld dat zij droog geworden zijn, waarvan twee kinderen met opnamen (tabel 11). Er werden geen sexe-verschillen geconstateerd.

Tabel 11 Frequentie bedplassen 0-meting en nameting (n=66)

frequentie	aantal kinderen (percentage) 0-meting	nameting
1-3 x maand	15 (23)	15 (23)
1x week	10 (15)	8 (12)
2-3 x week	14 (21)	8 (12)
4-5 x week	4 (6)	2 (3)
6 x week	4 (6)	1 (2)
dgl's	11 (17)	6 (9)
anders	8 (12)	3 (5)
missing		2 (3)
droog		21 (32)

Doordat 21 kinderen droog zijn geworden is het gemiddeld aantal nachten bedplassen afgenomen van ongeveer 3 maal per week tot ongeveer 1,5 maal per week. Kijken we evenwel alleen naar de groep kinderen die niet droog is geworden dan is het bedplassen in de loop van het jaar gemiddeld niet zoveel afgenomen. Bij de 0-meting was het gemiddeld aantal dagen bedplassen ongeveer 3x per week. Na 1 jaar werd gemiddeld door de nog 'natte' groep ongeveer 2,2 x per week in bed geplast.

De grootste groep kinderen die droog was geworden plaste 1-3x per maand tot 1 x per week in bed ($p < .05$) (tabel 12).

Tabel 12 Verdeling frequentie voormeting naar resultaat

frequentie voormeting	Droog	Nat
1-3xmd/1x wk	13	11
2-5x wk	3	15
6-7xwk	5	10

Bij 9% van de kinderen was de enuresis het laatste jaar toegenomen en bij 35% was sprake van een afname (tabel 13). Zoals eerder vermeld sliep 32% van de kinderen na 1 jaar droog.

Tabel 13 Toe- of afname enuresis

toe/afname	frequentie	procent
droog	21	32
toename	6	9
afname	23	35
hetzelfde	12	18
missing	4	6

Uit de antwoorden, bij de nameting, op de vraag 'heeft uw kind de laatste vier weken in bed geplast' bleek dat er twee kinderen droog waren omdat ze worden opgenomen (tabel 14).

Tabel 14 Droog of nat de laatste vier weken

droog/nat	frequentie	procent
droog	19	29
nat	43	65
droog met opnemen	2	3
missing	2	3

Gevolgte therapie

Bij de 0-meting was al het één en ander aan het bedplassen gedaan. De gevolgde behandelingen in afnemende frequentie waren 1: opnemen, 2: minder drinken, 3: geneesmiddelen, 4: niets, 5: andere therapieën, 6: plaswekker, 7: blaastraining.

Het laatste jaar was men iets anders gaan handelen (tabel 15): 1: opnemen werd nog steeds het meest gedaan, 2: men had de moed opgegeven? en niets meer gedaan, 3: de plaswekker was het laatste jaar meer gebruikt en 4: geneesmiddelen waren het vierde meest gebruikte alternatief. Andere therapieën waren zeer divers van aard. Bijvoorbeeld: het kind zelf de wekker laten zetten en gaan plassen, po in de kamer zetten, luier geven (2x), positief benaderen/ belonen, stimuleren, hondje beloofd, behandeling fysiotherapeut, paranormale genezer, moeder mee op schoolkamp om kind op te nemen, kinesioloog.

Tabel 15 Therapieën

Therapie	frequentie	procent
blaastraining	3	5
minder drinken	7	11
opnemen	29	44
plaswekker	14	21
geneesmiddelen	12	18
anders	12	18
specialist	5	8
niets	15	23

Genoemde geneesmiddelen waren: Minrin (tevens één keer samen met plaswekker en één keer alleen voor vakantie), Tofranil (3x).

Bij de specialist werd twee keer een urineweg infectie geconstateerd en twee maal werd niets gevonden (één uitslag was niet bekend).

Er is geen relatie tussen de gekozen therapie en de frequentie van het bedplassen (tabel 16). Op één punt na: in de groep kinderen die 1-3x per maand in bed plasten zaten de meeste kinderen die 'niets' deden. In de groepen 1-3xwk en 4-7xwk zaten significant minder kinderen die niets deden ($p < .05$).

Tabel 16 Frequentie bedplassen bij 0-meting en gekozen therapie

frequentie	niets	blaas- training	minder drinken	opnemen	plaswekker	medicijn	specialist	andere
1-3x mnd	8			3	1	1		3
1-3x wk	3	1	4	13	6	6	2	6
4-7x wk	2	2	3	9	6	3	3	3
anders	2			4	1	2		

Er was niet één therapie waarmee significant meer kinderen droog zijn geworden (tabel 17).

Tabel 17 Therapie naar resultaat

therapie	droge kinderen	natte kinderen toename EN	natte kinderen afname EN	natte kinde- ren hetzelfde	natte kinderen TOTAAL
niets gedaan	8	1	3	3	7
blaastraining	1		1	1	2
minder drinken	1		2	4	6
opnemen	3	3	16	7	26
plaswekker	4	1	7	2	10
geneesmiddel	3	2	5	2	9
specialist			3	2	5
anders	5	2	2	2	6

Vanzelf droog werden zijn 8 kinderen (12%). Opnemen betekent duidelijk geen oplossing: 16 kinderen plasten dan wel minder in bed als ze werden opgenomen, maar dit kan (meestal) niet gerekend worden onder afname van de enuresis.

Vier kinderen zijn droog geworden door de plaswekker, 7 bereikten een afname van de enuresis. Bij 3 van de 14 kinderen leidde het gebruik van de plaswekker niet tot verbetering. Drie kinderen werden droog na medicijngebruik. Door eigen therapie (anders: zie boven) zijn 5 kinderen droog geworden. Het specialistbezoek had geen effect op het droog worden.

Gedragsvragenlijst

Uit de eerste gedragsvragenlijst bleek dat kinderen die in bed plasten gemiddeld niet meer (gedrags)-problemen hadden dan een controlegroep. De gemiddelde totale problemscore was 52,1. Er waren 15 kinderen (23%) die in de klinische range scoorden en 8 (12%) in de borderline range. 42 kinderen (64%) scoorden in de normale range. Bij de nameting zij er twee ouders die geen gedragsvragenlijst ingevuld hebben. Bij de 0-meting scoort 64% van de kinderen in de normale range, bij de nameting 71%. De scores waren als volgt verdeeld (tabel 18):

Tabel 18 CBCL voormeting en nameting

range	frequentie voor	procent	frequentie na	procent
normaal	42	64	47	71
borderline	8	12	7	11
klinisch	15	23	10	15
missing	1	2	2	3

De gemiddelde totale probleemscorescore was bij de 0-meting: 52,1, de gemiddelde score na-meting: 49,2. Het verschil in scores tussen de voor-en nameting is niet significant.

Er is geen verband tussen de frequentie van het bedplassen en CBCL range waarin de kinderen scoorden bij de voormeting, ook niet bij de nameting (tabel 19). Met andere woorden: kinderen die méér in bed plasten hadden niet meer of minder problemen dan kinderen die weinig in bed plasten.

Tabel 19 Frequentie bedplassen voormeting en de CBCL range voormeting

frequentie	normaal	borderline	klinisch
1-3xmnd	11	1	3
1-3xwk	16	2	6
4-7xwk	9	4	6
anders	6	1	
totaal	42	8	15

Er is geen verband tussen het resultaat na 1 jaar en de range. In beide groepen (nat en droog (droog + opnemen)) zijn kinderen van de klinische naar de normale range verhuisd (tabel 20 en 21).

De natte groep had bij de voor-en nameting gemiddeld een iets hogere CBCL-score, maar deze is niet significant, evenmin bij de nameting.

Bij de droge noch bij de natte groep daalde de CBCL-score bij de nameting significant.

Tabel 20 Resultaat (na 1 jaar) naar CBCL-range 0-meting (n=64)

CBCL-0-meting	Na 1 jaar droog	Na 1 jaar nat	Totaal
normaal	15 (23%)	27 (42%)	42 (66%)
borderline	2 (3%)	6 (9%)	8 (13%)
klinisch	4 (6%)	10 (16%)	14 (22%)

Tabel 21 Resultaat (na 1 jaar) naar CBCL-range nameting (n=63)

CBCL-nameting	Na 1 jaar droog	Na 1 jaar nat	Totaal
normaal	16 (25%)	30 (48%)	46 (73%)
borderline	1 (2%)	6 (10%)	7 (11%)
klinisch	4 (6%)	6 (10%)	10 (16%)

Van de kinderen in de *klinische range* (bij 0-meting n=14) werden vier kinderen droog, van één kind verbeterde de CBCL-score naar borderline. Tien kinderen bleven in bed plassen; bij 5 van hen verbeterde de CBCL-score (3 naar normaal en 2 naar borderline). Van één van de 15 kinderen die bij de 0-meting in de klinische range scoorde ontbreken de gegevens van de nameting.

Van de kinderen in de *borderline range* (bij de 0-meting n=8) werden er twee droog, waarvan 1 met opnemen, één kind scoorde in de normale range en het kind dat opgenomen werd in de klinische. Zes kinderen bleven nat, vier scoorden na één jaar in de normale range, één bleef borderline en één werd klinisch.

Van de kinderen in de *normale range* (n=46) werden er 15 droog, waarvan één met opnemen, ze bleven allen in de normale range. Zesentwintig kinderen bleven nat, 23 bleven in de normale range scoren en drie gingen naar de borderline range.

4.3 Resultaten GGD'en

Aan 60 GGD'en werd een vragenlijst opgestuurd, met vragen aan artsen en sociaal verpleegkundigen over interesse in het geven van een droog-bedtraining in de Jeugdgezondheidszorg, belangstelling voor het volgen van een door TNO-PG en de Leidse Hoge school ontwikkelde module over enuresis nocturna en het geven van een DBT. De response van de GGD'en bedraagt 45 (75%). Van de 'artsen' antwoorden er 34 (57%). Van de sociaal verpleegkundigen antwoorden er 33 (55%).

Uitgaande van de artsenvragenlijst gaven 27 GGD'en (79%) aan de DBT in de setting van de Jeugdgezondheidszorg te kennen. 6 GGD'en niet (18%), enkelen hadden deze vraag niet ingevuld. Ouders en kinderen konden de DBT volgen in 13 regio's (38%) en in 20 (59%) niet. De training werd meestal verzorgd door twee jeugdverpleegkundigen. De droog-bedtraining in de setting van de Jeugdgezondheidszorg werden verzorgd bij de GGD van Midden Brabant, Dordrecht, Zeeland, West Noord Brabant, Midden Holland, West Holland en Amstelland de Meerlanden. In Twente werd individuele training gegeven.

In de overige zes regio's waar men terecht kan voor een DBT, werd de DBT aangeboden in het ziekenhuis in Waterland, Wilhelmina Kinderziekenhuis (Utrecht), Thuiszorg (Drente), Particulier (Veluwe), Rotterdam door Gordon Stichting, Noord-Kennemerland door een psycholoog en is in voorbereiding in Zuid Kennemerland.

22 GGD'en (65%) hadden belangstelling om de DBT via de Jeugdgezondheidszorg aan te bieden, 6 GGD'en (nog) niet (18%). 6 wisten het nog niet.

Men verwachtte deskundigheid te verkrijgen door: scholing (module enuresis), interne scholing, (psycholoog) / werkgroepen. Anderen waren van mening dat de deskundigheid al in huis was door jarenlange ervaring op dit gebied.

16 GGD'en (47%) gaven aan 'geen' en 16 GGD'en (47%) 'wel' interesse te hebben in een module over enuresis nocturna. De meesten wilden 1 arts en 1 verpleegkundige laten bijscholen en sommigen wilden twee verpleegkundigen laten bijscholen. In totaal hadden 69 verpleegkundigen (uit 15 GGD'en) belangstelling voor de module.

Bij de GGD'en waar geen interesse bestond voor het gaan geven van een DBT of het volgen van bijscholing daartoe, was dit vaak het gevolg van tijd- of geldgebrek, of het had geen prioriteit. Soms bestonden al eigen initiatieven tot bijscholing. Soms was alleen interesse in de Handleiding enuresis nocturna.

Op grond van bovenstaande resultaten hebben TNO-PG en de Leidse Hogeschool, opleiding voor sociaal verpleegkundigen in de GGD, een onderwijsmodule ontwikkeld (zie Bijlage X). De eerste twee cursussen zijn inmiddels gegeven aan een groep van 25 personen, bestaande uit verpleegkundigen, artsen en 1 psycholoog. De evaluatie van de cursus door hen was goed (Bijlage XI).

5. DISCUSSIE

De droog-bedtraining in de Jeugdgezondheidszorg is sinds enkele jaren een nieuwe mogelijkheid om kinderen met enuresis nocturna te helpen met droog worden. De DBT kenmerkt zich doordat ze snel resultaat geeft, intensief is en kort duurt. Hirasing & Reus (1991) publiceerden de eerste (positieve) resultaten van de DBT. In dit verslag is een protocol opgenomen waarmee de droog-bedtraining in de Jeugdgezondheidszorg optimaal kan verlopen. Tevens is onderzoek gedaan bij een grote groep kinderen, naar de resultaten van de DBT in de Jeugdgezondheidszorg. De resultaten van deze groep kinderen worden vergeleken met het resultaat van een jaar lang 'reguliere adviezen' aan een a-selecte groep 9-jarige kinderen die in bed plasten. Ten slotte is bij alle GGD'en gepolst of er belangstelling bestaat voor het opnemen van de DBT in het takenpakket.

5.1 Bespreking van de resultaten

5.1.1 *Droog-bedtraining*

De 91 kinderen die deelnamen aan de DBT varieerden in leeftijd van zes tot vijftien jaar (gemiddeld 9,3). De modale deelnemer aan de DBT was 9 jaar. Op deze leeftijd komt bedplassen nog erg veel voor [Bij 9% van de jongens (Verhulst, 1985); (5%, De Jonge, 1969) en bij 5% van de meisjes (Verhulst, 1985; De Jonge, 1969)]. De kinderen die deelnamen aan de DBT betrof een geselecteerde groep en kenmerkten zich door zéér frequent bedplassen (gemiddeld 5,4x per week). Zij plasten frequenter in bed dan de controlegroep van 9-jarige bedplassende kinderen (gemiddeld 3 x per week; Hirasing & Creemers, 1994). Bijna de helft van de kinderen (42%) droeg 's nachts een luier. De meeste respondenten (86%) volgden al eerder twee of meer verschillende therapieën om van het bedplassen af te komen. Opnemen en minder drinken geven aan het kind werden het meest toegepast. Bijna een kwart van de kinderen had de plaswekker al eens geprobeerd of geneesmiddelen gebruikt. Meer dan de helft van de kinderen (n=59) bezocht voor het bedplassen de huisarts. Aangezien driekwart van de kinderen de plaswekker niet eerder had gebruikt, is hier nog een belangrijke voorlichtingstaak voor de huisarts en jeugdarts weggelegd.

In overeenstemming met de literatuur werden geen lichamelijke afwijkingen gevonden bij de kinderen die nog in bed plasten (Scott, 1973; Steele, 1992; MacKeith, 1968; Baller, 1975; Reitelman, 1992). Het familiair voorkomen van enuresis (52%) werd ook in deze populatie

bevestigd (Baller, 1975; Hallgren, 1957; Järvelin e.a., 1991). Het vroeger in bedplassen van vader en/of moeder was niet van invloed op het resultaat van de droog-bedtraining.

Door een aantal hulpverleners wordt enuresis nocturna gezien als een gevolg van emotionele- of gedragsproblemen. Daarom is, met behulp van de Child Behaviour Checklist (Achenbach) onderzocht, in welke mate deze problemen voorkomen. Uit ons onderzoek bleek dat de gemiddelde CBCL-score bij de voormeting (50,2) niet significant verschilt van de Nederlandse normgroep (52,2). Met andere woorden deze groep bedplassende kinderen had gemiddeld niet meer gedrags- of emotionele problemen vergeleken met de Nederlandse normgroep. Echter, significant meer kinderen (23%) bevonden zich in de klinische groep dan te verwachten was (10%). Dit komt omdat kinderen die de DBT volgden bestond uit een groep met een hoge CBCL-score en een groep met een lage score.

Kinderen gaven aan dat ze de enuresis wel een probleem vonden, maar dit uit zich blijkbaar niet altijd in (door de CBCL gemeten) probleemgedrag! Op zevenjarige leeftijd zei meer dan de helft van de kinderen dat het bedplassen géén probleem voor hen was. Met het toenemen van de leeftijd gaven relatief steeds méér kinderen te kennen dat zij de enuresis wel een probleem vinden.

Ouders geven minder vaak dan de kinderen te kennen dat zij de enuresis een probleem vonden. Wel gaven ouders aan (56%) zich zorgen te maken over het bedplassen van hun kind. Straffen deed maar 8% van de ouders!?

Resultaten van de DBT

De resultaten van de DBT zijn zeer gunstig te noemen: 69 kinderen (80%) werden droog. Er waren 14 kinderen (16%) die het continencriterium (minimaal 14 achtereenvolgende droge nachten) niet behaalden. Van drie kinderen zijn geen resultaten bekend. De gemiddelde successnelheid bedroeg 6,9 weken. Bij jongens duurde dit significant langer (7,4 weken) dan bij meisjes (5,1 weken). 80% van de kinderen was binnen twee maanden droog, veertien kinderen (20%) deden er langer over. Na een periode variërend van 2 tot 22 weken was er bij 16 kinderen sprake van een (tijdelijke) terugval. In de literatuur is ook beschreven dat de DBT snel succes te zien geeft, maar dat er steeds sprake blijft van een terugval (Azrin, 1974; Bollard & Nettelbeck, 1982; Van Londen, 1984; Hirasing & Reus, 1991; Hirasing & De Jong, 1992). Bij 9 kinderen was deze terugval blijvend, bij 7 kinderen trad ook weer verbetering op, zij werden droog of bijna droog.

De droog-bedtraining in groepsverband blijkt ook in dit onderzoek een geschikte methode om aan te bieden aan kinderen vanaf 7 à 8 jaar met enuresis nocturna.

Wat betreft de *gedragsproblemen* van de kinderen na de DBT, is het interessant te concluderen dat voor de gehele groep, de gemiddelde CBCL-score na de training significant is gedaald.

Van de kinderen die bij de voormeting een *verhoogde* CBCL-score hadden (in de borderline of klinische range) werd 79% ook *droog* en 50% had bij de nameting een score in de normale range. Dit zou het vermoeden dat gedragsproblemen vaker een *gevolg* dan een oorzaak zijn van het bedplassen (Messer, 1979; Baller, 1975) kunnen bevestigen. Tevens kan geconcludeerd worden, dat kinderen met gedragsproblemen die in hun bed plassen, niet eerst onder behandeling gesteld behoeven te worden voor de gedragsproblemen. Met de DBT kan bedplassen met succes worden begeleid, wat weer een gunstige invloed blijkt te hebben op de gedragsproblemen.

De *evaluatie* (door de ouders) van de DBT was zéér positief. Dat is in tegenspraak met Messer & De Jong (1991) die stellen dat de training organisatorisch te ingewikkeld en te tijdsintensief is. De training werd op verschillende punten gewaardeerd: steun, herkenning van lotgenoten, motivatie, samenwerking met het kind. Het positieve resultaat stond vanzelfsprekend voorop.

De kinderen echter, waren lang niet allemaal tevreden: vooral de positieve oefeningen werd door 24% van de kinderen slecht gewaardeerd!

Getracht is na te gaan of er verschillen te vinden zijn tussen de groep kinderen waarbij de training wel/geen succes had. Bij het beantwoorden van deze vraag is uitgegaan van het al dan niet bereiken van het continencriterium. De groep kinderen waarbij de training géén succes had, dus degenen die nooit ten minste twee weken droog geweest zijn, verschilt op de meest voor de hand liggende aspecten *niet* van de groep die wel succes had. De groep is niet significant ouder; plast bij de voormeting niet vaker/ minder vaak per week in bed; er is geen significant sexe verschil; de plaats waar de cursus gegeven werd maakt ook geen verschil.

Nadat de twee groepen op alle onderdelen vergeleken waren, bleken er enkele significante verschillen te zijn.

Ten *eerste* een verschil in geraadpleegde instanties en de aard van de therapieën. De 'geen succes' groep had niet meer therapieën geprobeerd dan de 'succes' groep, maar wel andere. De groep die géén succes had gebruikte significant meer geneesmiddelen en had vaker de specialist bezocht. Meer dan de helft van de kinderen in de 'geen succes groep' gebruikte geneesmiddelen en 43% had de specialist bezocht. Dit zou kunnen betekenen dat de (ouders van) kinderen in deze groep op een medicaliserende wijze met de enuresis omgaan en dus bij voorbaat al geen hoge dunk (meer) hebben van gedragstherapeutisch georiënteerde oplossingen. Onvoldoende kennis van of grote weerstanden tegen leertheoretische uitgangspunten kunnen leiden tot mislukken van gedragsprogramma's (Bosch, 1990; Oudshoorn, 1992). In tegenspraak hiermee is dat in de 'geen succes groep' 43% de plaswekker al eens had gebruikt (tegenover 19% in de 'succes groep'), dit is een significant verschil. Het gebruik van de plaswekker voor deelname aan de DBT wordt door de

begeleidingscommissie geadviseerd. Indien de kinderen aan deze voorwaarde voldaan hebben is het belangrijk de kinderen goed te motiveren om de plaswekker in de DBT nogmaals te gaan gebruiken (zij hebben immers al een of meerdere faal-ervaringen met de plaswekker achter de rug).

Een *tweede* verschil vinden we op het gebied van de gedragsproblemen. Kinderen in de 'geen succes' groep hadden een significant *lagere* CBCL-score dan de andere groep. De ouders gaven hun kind zelfs een extreem lage score. Dit gevonden verschil zou kunnen aansluiten bij voornoemde conclusie dat de ouders op medicaliserende wijze met de enuresis omgaan: "Mijn kind heeft geen problemen, het plast alleen in bed en ik moet daar een pil voor hebben".

Een *derde* verschil tussen de twee groepen dat hierbij aansluit, ligt in het feit dat minder dan de helft van de kinderen in de 'geen succes' groep de plaswekker tijdens de training op voorgeschreven wijze had gebruikt! De andere respondenten hebben maar wat "aangerommeld" door de wekker met intervallen te gebruiken, luiers of medicijnen erbij te gebruiken of even te stoppen voor vakantie. Dit kan ook inhouden dat het bedplassen geen probleem voor het kind zelf is, waardoor het kind zelf niet gemotiveerd is om droog te worden. Of er is gewoonweg weerstand tegen het gebruik van de plaswekker.

Een *laatste* verschil is dat de kinderen in de 'geen succes' groep op één na allemaal ontevreden waren over de training. Hieruit blijkt ook weer hoe belangrijk het is dat kinderen zelf gemotiveerd zijn en blijven voor en gedurende de training. Een logisch gevolg van het feit dat ouders eigenlijk weinig op hebben met een bepaalde therapie is dat zij hun kind daarin beïnvloeden. Het is daarom te overwegen om met deze kinderen een gesprek te hebben alvorens weer nieuwe adviezen te geven. Zolang deze kinderen zelf niet gemotiveerd zijn om droog te slapen, heeft geen enkele begeleiding zin. Indien blijkt dat deze kinderen wel gemotiveerd zijn, kan groepsbegeleiding zonder ouders een oplossing zijn.

5.1.2 Controlegroep negenjarigen

Aan slechts 15 van de 1667 9-jarigen in de Westelijke Mijnstreek werd niet gevraagd of zij in de afgelopen 4 weken in bed hadden geplast. Zodoende is van 99% van deze niet geselecteerde populatie 9-jarigen de prevalentie van enuresis nocturna bekend evenals een aantal kenmerken hiervan (Hirasing & Creemers, 1994). 80 kinderen (4,2%) hadden de afgelopen 4 weken minimaal 1 maal in bed geplast: 6,2% van de jongens en 3,5% van de meisjes.

Als de groep bedpassende kinderen na een jaar weer benaderd wordt (de kinderen zijn inmiddels 10 jaar!), blijkt dat 64% van de kinderen nog een of meerdere keren per week 's nachts nat is. 29% van de kinderen is droog geworden, bij 35% was de enuresis afgenomen. Bij 18% van de kinderen was de toestand hetzelfde gebleven en bij 9% was sprake van een toename van het bedplassen.

Van 12% van de kinderen gaven de ouders aan dat ze spontaan droog zijn geworden. Dit komt overeen met de literatuur (de Jonge, 1969). Het grootste deel van deze kinderen plaste minder dan 1x per week in bed. De overige kinderen hadden allerlei therapieën geprobeerd: opnemen, plaswekker, geneesmiddelen, belonen, een specialist bezocht of eigen mogelijkheden benut. Er waren ook nog steeds kinderen die opgenomen werden of een luier aan kregen. 23% van de ouders had niets meer ondernomen om het kind droog te laten slapen. Had men de moed opgegeven? Men kreeg kennelijk geen goede adviezen. We kunnen niet genoeg het belang van goede advisering en begeleiding benadrukken!

Veel meer kinderen dan bij de voormeting (21%) zijn de plaswekker gaan gebruiken. 20% van hen werd droog en bij 50% nam de enuresis af. Het resultaat is evenwel minder dan in de literatuur is vermeld. Dit kan zijn veroorzaakt doordat de advisering en begeleiding niet altijd even goed is geweest. Uit de interviews met de ouders bleek dat men soms te weinig informatie had over het juiste gebruik van (goed functionerende) plaswekkers. Ook bij het gebruik van de plaswekker zijn goede adviezen onontbeerlijk.

Met een "eigen" therapie werden ook nog 8% van de kinderen droog en bij 3% verminderde de frequentie van het bedplassen. De meeste oplossingen worden gezocht in het leren aan het kind om eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het bedplassen te dragen; het kind positief benaderen, stimuleren, een beloning in het vooruitzicht stellen en kleine stapjes voorwaarts te belonen. Uit het succes van dergelijke benaderingen blijkt weer eens hoe belangrijk het is dat ouders het kind stimuleren en samen aan een oplossing werken.

Met geneesmiddelengebruik werden ook drie kinderen droog. Niet bekend is echter of de geneesmiddelen al gestaakt waren.

Door een aantal hulpverleners wordt enuresis nocturna gezien als een gevolg van emotionele- of gedragsproblemen. Daarom is, met behulp van de Child Behaviour Checklist (Achenbach) onderzocht, in welke mate deze problemen voorkomen. Uit ons onderzoek is gebleken dat bij kinderen met enuresis uit de Gewestelijke Mijnstreek (gemiddelde totale probleemscore (52,1) in de normale range zat. Er kwamen wel meer kinderen in de klinische range dan de verwachte 10% maar de gemiddelde score wijkt niet af. Hiermee worden eerdere onderzoeken niet bevestigd (Hallgren,

1957; Rutter, 1973; Shaffer, 1973). Tevens bleek geen verschil te zijn in de mate van gedragsproblemen tussen jongens en meisjes met enuresis nocturna of tussen primaire en secundaire enuretici (Van Loo, 1994). Kinderen die frequent in bed plassen scoren niet anders dan kinderen die dit minder frequent doen. Bij de controlegroep 9-jarigen scoorde precies eenzelfde percentage kinderen in de klinische range als de 'DBT-groep'. Er blijkt geen verband te zijn tussen de hoogte van de probleemscore en de mate van droog worden of nat blijven. Met deze bevindingen moet de mythe de wereld uit zijn dat enuretische kinderen probleemkinderen zijn. Kinderen vinden enuresis wel een probleem, maar dit uit zich niet in (door de CBCL te meten) probleemgedrag. Mogelijk krijgen kinderen wel meer (gedrags)problemen naarmate ze ouder worden en nog steeds in bed plassen.

5.1.3 Beperkingen van het onderzoek

Doordat de 'geen succes' groep maar zo klein is, moeten de conclusies met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden! Bij het vaststellen van de verschillen tussen de kinderen waarbij de training wel/geen succes had, is uitgegaan van het continenciecriterium, omdat dit het best te controleren meetpunt in de vragenlijst was. (Het is aan te bevelen om bij dit punt ook een vraag op te nemen over de frequentie van het bedplassen.) Bij het invullen in de vragenlijst van ongelukjes, terugval, "is uw kind droog", zijn veel tegenstrijdige antwoorden gegeven door de respondenten. Ongeveer een derde van de respondenten wist niet goed het verschil tussen ongelukjes en terugval. Om een duidelijker meetpunt na zes maanden te verkrijgen is een zorgvuldiger vraagstelling in de vragenlijst gewenst. Sommige vragen in vragenlijst I en II dienen ook helderder gesteld te worden. Op vragen als: Straft u uw kind weleens is de kans op het antwoord "nee" heel groot. Terwijl als er gevraagd wordt: Op welke manier straft u uw kind weleens met enkele alternatieven erbij, is de kans op een sociaal wenselijk antwoord kleiner. De vragen over de evaluatie van de training zouden meer uitgesplitst moeten worden naar onderdelen van de training.

Het is misschien zinvol om voor de kinderen zelf een vragenlijst te ontwerpen, zodat een beter inzicht verkregen wordt omtrent de meningen van de kinderen. Voor een betere meting van het uiteindelijke resultaat zouden ouders het advies dienen te krijgen, een maand voor aanvang van de DBT een baseline bij te houden. Bovendien moet veel nadrukkelijker aan de orde worden gesteld dat het luiergebruik en het opnemen gestaakt moeten worden tijdens de training. Allereerst is het voor de kinderen belangrijk om vast te wennen aan het dragen van eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het bedplassen. Voor ouders en onderzoekers is van belang te weten hoeveel

verbetering er optreedt. In dit onderzoek kwamen gevallen voor waarin resultaat bij voor- en nameting hetzelfde bleef, maar ouders schreven er dan bij: 'voor ons is het bedplassen enorm afgenomen want bij de voormeting namen we hem of haar nog steeds op en nu plast hij of zij nog maar een keer per week zonder opnemen.

De CBCL-vragenlijst is een genormeerd en gevalideerd instrument. Toch is het mogelijk dat dit instrument, indien het gebruikt wordt voor een dergelijke populatie waarvan één duidelijk probleem bekend is, beïnvloed wordt door het halo-effect bij de ouders. Dat wil zeggen dat men op een bevooroordeelde manier geneigd is om veel aspecten van het waargenomen gedrag toe te schrijven aan één enkel probleem. Bij het invullen van de CBCL-nameting is dit zichtbaar: de scores gaan dan zo drastisch omlaag alsof de respondenten aangeven: als dit ene probleem van de baan is, is al het andere niet meer belangrijk. Het zou goed zijn om ook iemand (leerkracht) die niet op de hoogte is van de enuresis een dergelijke vragenlijst te laten invullen. Aan de andere kant is het zo dat de training ook veel impact kan hebben op andere (dan enuresis) terreinen. Ouders geven spontaan aan dat hun kind zelfverzekerder is geworden of meer gevoel voor eigenwaarde heeft gekregen.

Het succespercentage zou misschien lager uitgevallen zijn indien iedereen van te voren de plaswekker al eens had gebruikt. Deze aanbeveling van de begeleidingscommissie is ten tijde van het onderzoek onvoldoende nageleefd. Wellicht zal dit ook nooit zo stringent gebeuren, want als een kind van 11 jaar wanhopig bij de schoolarts komt om een oplossing voor het bedplassen, dan moet elke onnodige extra faalervaring (door bijvoorbeeld verkeerd plaswekkergebruik) worden voorkomen.

Allochtone kinderen hebben niet aan dit onderzoek deelgenomen. Daarvoor is een apart onderzoek noodzakelijk. Op dit gebied is al veel onderzoek verricht door Hopstaken, e.a. (1993), Van der Most-van Spijk e.a. (1993); Van der Most-van Spijk, e.a. (1994),

5.2 Conclusies en aanbevelingen

Uit het onderzoek bij de controlegroep 9-jarigen bleek dat nog te weinig actie wordt ondernomen ten aanzien van het bedplassen. Veel ouders weten niets anders te doen dan hun kind 's avonds op te nemen of men blijft gewoon afwachten. Slechts 21% paste de plaswekker toe. 65% van de totale

groep bedplassende 9-jarigen is op 10-jarige leeftijd nog nat. Dit terwijl met de droog-bedtraining 80% van de kinderen binnen twee maanden droog was. Zes maanden na de training was 72% nog droog. Het is van belang dat wordt voortgegaan op de ingeslagen weg om de voorlichting van enuresis nocturna drastisch te verbeteren. TNO-PG ontwikkelde een handleiding waarin alle mogelijke behandelingen/begeleidingsmogelijkheden voor enuresis nocturna systematisch worden beschreven.

De voorlichting omtrent afzien van luiergebruik en het geven van eigen verantwoordelijkheid aan het kind ten aanzien van het bedplassen en het geven van goede plaswekkerbegeleiding zou bij alle hulpverleners bekend moeten zijn. Doorverwijzen naar een specialist dient slechts te gebeuren indien daar een duidelijke indicatie voor is.

Voordat begonnen wordt met een DBT zouden ouders het advies dienen te krijgen het luiergebruik en het opnemen achterwege te laten (hoe lastig dit ook is) en een goede baseline te maken.

Aan dit onderzoek werkten kinderen mee die misschien ook wel met een plaswekker droog hadden kunnen worden (er deden relatief veel 7-jarige kinderen mee en ook één 6-jarig kind) en voor jonge kinderen die niet droog zijn geworden betekent dat misschien ten onrechte een enorme extra faalervaring. De DBT moet dus (ook economisch gezien) voorbehouden blijven aan een selecte groep bedplassende kinderen.

Voorwaarden zijn: kinderen zijn ten minste 7 à 8 jaar oud, ouder en kind zijn gemotiveerd, andere methoden (inclusief plaswekker) hadden geen resultaat, ontbreken van een organische oorzaak voor de enuresis, afwezigheid van relatieproblemen tussen ouders of tussen ouder en kind, er zijn geen grote veranderingen in het vooruitzicht voor het kind, er zijn geen cultuur- of taalproblemen. Kinderen met gedragsproblemen kunnen wel deelnemen, mits op één terrein tegelijk gewerkt wordt. Indien een kind in behandeling is bij een psycholoog of psychiater dient de DBT in overleg plaats te vinden.

Kinderen die in bed plassen mogen niet meer bestempeld worden als 'lastige probleemkinderen', maar samen met de ouders moet een serieus behandelplan worden opgesteld, volgens het richtsnoer enuresis nocturna (zie Handleiding enuresis nocturna, 1995). Dit is mogelijk omdat meer dan de helft van de ouders de huisarts raadpleegt vanwege het bedplassen van hun kind en bijna alle kinderen onder de zorg van de schoolarts vallen. Tussen huisarts en schoolarts dienen regionaal afspraken gemaakt te worden over begeleiding en behandeling van kinderen met enuresis nocturna. Door een gericht en actiever beleid te voeren waarbij na de leeftijd van 8 jaar de plaswekker een centrale plaats inneemt in de behandeling en geneesmiddelen bij bijzondere situaties, kan niet alleen de bezorgdheid bij ouders afnemen maar kan in de toekomst ook de prevalentie bij kinderen ouder dan 8 jaar nog verder dalen.

De prevalentie van enuresis nocturna, de ernst van het probleem voor ouders en kind en het effect en de efficiëntie van de DBT rechtvaardigen het opnemen van deze training in het takenpakket van de Jeugdgezondheidszorg. De GGD'en zijn zeer belangstellend ten aanzien van het opnemen van de DBT in het takenpakket. TNO-PG en de Leidse Hogeschool, opleiding voor sociaal verpleegkundigen in de GGD, zijn inmiddels van start gegaan met het verzorgen van een module enuresis, waardoor artsen en verpleegkundigen worden (bij)geschoold op enuresisgebied en leren een DBT te geven.

Als de begeleiding van kinderen met enuresis nocturna op deze manier vorm krijgt, kan ieder kind leren om *baas* te zijn over zijn *eigen blaas*!

LITERATUUR

Achenbach T, Lewis M. A proposed model for clinical research and its application to encopresis and enuresis. *J Am Acad Child Psychol* 1971;10:535-54.

Azrin B, Azrin NH, et al. Evaluation of a parents manual for training. *Behav Res Ther* 1980;18:358-60.

Azrin NH, Sneed TJ, Foxx RM. Dry Bed Training: rapid elimination of childhood enuresis. *Behav Res Ther* 1974;12:147-56.

Azrin NH, Thienes PM. Rapid elimination of enuresis by intensive learning without a conditioning apparatus. *Behav Ther* 1978;9:342-54.

Azrin NH, Thienes Hontos P, Besalel-Azrin, V. Elimination of enuresis without a conditioning apparatus: An extension by office instruction of the child and parents. *Behav Ther* 1979;10:14-9.

Baller WR. *Bedplassen: oorzaken en behandeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1975.

Bollard J, Nettelbeck T. A component analyses of dry-bed training for treatment for bedwetting. *Behav Res Ther* 1982;20:383-90.

Bollard J, Nettelbeck T, Roxbee, L. Dry-bed training for childhood bedwetting: a comparison of group with individually administered parent instruction. *Behav Res Ther* 1982;20:209-17.

Bollard RJ, Woodroffe, P. The effect of parent-administered dry-bed training on nocturnal enuresis in children. *Behav Res Ther* 1977;15:159-65.

Bosch JD. Functionele incontinentiestoornissen bij kinderen. In: Orlemans JWG, red. *Handboek voor gedragstherapie*, 13.6. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.

Bosch JD. Oudertraining en mediatietherapie. In: Orlemans JWG red. *Handboek voor gedragstherapie*, 13.3. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1990.

Butler RJ. Definitions in research establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Arch-Dis Child* 1991;66:267-71.

Breit M, Kaplan SL, Gauthier B, Weinhold C. The dry-bed method for treatment of enuresis: a failure to duplicate previous reports. *Child Family Behav Ther* 1984;6(3):17-23.

Doleys DM. Behavioral treatments for nocturnal enuresis in children: a review of recent literature. *Psychol Bull* 1977;84:30-54.

Doleys DM, Cimenero AR, Tollison JW, Williams CL, Wells KC. Dry-bed training and retention control training: a comparison. *Behav Ther* 1977;8:541-8.

DSM-III-R. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1989.

- Griffiths P, Meldrum C, McWilliam, R. Dry-bed training in the treatment of nocturnal enuresis in childhood: a research report. *J Child Psychol Psychiatry* 1982;23:485-95.
- Hallgren B. Enuresis: a clinical and genetic study. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1957;114: 32.
- Hirasing RA, Bolk-Bennink L. Handleiding Enuresis Nocturna. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum, 1995.
- Hirasing RA, Creemers HMH. Kenmerken van enuresis nocturna bij negenjarigen. *Tijdschr Jeugdgezondheidszorg* 1994;26:5.
- Hirasing RA, Jong TPVM de. Enuresis nocturna bij kinderen: definities, achtergronden & problemen. *De Papieren Visite* 1992;7:129-31.
- Hirasing RA, Jong TPVM de. Enuresis nocturna bij kinderen: behandelingsmogelijkheden en literatuur. *De Papieren Visite* 1992;8:144-7.
- Hirasing RA, Jong TPVM de, Heyden AJ van der, et al. Richtsnoer 'enuresis nocturna'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:27.
- Hirasing RA, Reus H. Droog-bedtraining bij enuresis nocturna. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:1750-3.
- Hirasing RA, Reus H. Goede lange termijn resultaten van droog-bedtraining bij kinderen met enuresis nocturna. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:27.
- Hopstauen NSM. Hardnekkig bedplassen bij Turkse en Marokkaanse kinderen. *Kind & Adolescent* 1993;14:16-11.
- Järvelin MR, Moilanen I, Kangas P et al. Aetiological and precipitating factors for childhood enuresis. *Acta Paediatr Scand* 1991;80:361-9.
- Jonge GA de. Kinderen met enuresis. Assen: Van Gorcum. Proefschrift, Utrecht, 1969.
- Jones HG. The behavioral treatment of enuresis nocturna. In: Eysenck HJ, ed. *Behavior therapy and the neuroses*. Oxford: Pergamon press, 1960:377-403.
- Latum E van. Op naar een droog bed. Den Haag: Hogere kader opleiding Pedagogiek, 1993. Skriptie
- Londen A van. Droge bed training, handleiding voor ouders. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1984.
- Londen A van. Droge bed training, handleiding voor trainers. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1984.
- Londen A van. Wektraining voor enuresis nocturna bij kinderen. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht, 1989.
- Loo C van. Enuresis nocturna in relatie met gedragsmatige en emotionele problematiek. Doktoraal skriptie Psychologie, Amsterdam, 1994.
- Lovibond SH. Conditioning and enuresis. Oxford: Pergamon press, 1964.

- MacKeith R. A frequent factor in the origins of primary nocturnal enuresis: Anxiety in the third year of life. *Develop Med Child Neurol* 1968;10:465-70.
- Messer AP. Zeer moeilijk eten en moeilijk beïnvloedbaar bedplassen. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, 1979.
- Messer AP, Jong TPVM de. Droog-bedtraining en diagnostiek bij enuresis nocturna. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:1724-5.
- Most-van Spijk MW van der, Hopstaken N. Bedplassen bij Marokkaanse en Turkse kinderen. Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. Utrecht: Anzaad, 1993.
- Most-van Spijk MW van der, e.a. Behandeling van hardnekkige enuresis nocturna bij kinderen van Turkse en Marokkaanse migranten vraagt aandacht voor het gezin. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138:27.
- Most-van Spijk MW van der, Schulpen TWJ, Wolters WHG. Hardnekkig bedplassen bij Turkse en Marokkaanse kinderen. *Kind & Adolescent* 1993;14;1:12-20.
- Mowrer OH, Mowrer WM. Enuresis: a method for its study and treatment. *Am J Orthopsychiatry* 1938;8:436-59.
- Oudshoorn DN. Hardnekkige enuresis nocturna. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht, 1992.
- Reitelman C. Primary nocturnal enuresis: a management perspective in tertiary care practice. *Dial Pediatr Urol* 1992;15:4-5.
- Rutter M, Yule W, Graham P. Enuresis and behavioral deviance: some epidemiological considerations. In: I Kolvin I, MacKeith R, Meadow S, eds. *Clinics in developmental medicine: Bladder control and enuresis*. Londen: SIMP, 1973:137-47.
- Scott JES. A surgeons view of enuresis. In: Kolvin I, MacKeith R, Meadow S, eds. *Bladder control and enuresis*. Londen: SIMP, 1973.
- Shaffer D. The association between enuresis and emotional disorder: a review of literature. In: Kolvin I, MacKeith R, Meadow S. eds. *Bladder control and enuresis*. Londen: SIMP, 1973.
- Steele BT. Nocturnal enuresis: permanent cure symptom relief? *Dial Pediatr Urol* 1992;15: 2-3.
- Verhulst FC, et al. Praktische handleiding voor de CBCL (Child Behaviour Checklist). Assen: Van Gorcum, 1990.
- Verhulst FC, Althaus M. Persistence and change in behavioral/emotional problems reported by parents of children aged 4-14. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:339.
- Verhulst FC, Koot JM, Berden, FMG. Four year follow-up of an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(3):440-8.
- Verhulst FC, Lee JH van der, Akkerhuis GW et al. De prevalentie van enuresis bij kinderen van 4-16 jaar: een epidemiologisch onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985;129(47):2260-3.

BIJLAGEN

BIJLAGE I	Brieven van ouders	71
BIJLAGE II	Gedragsvragenlijst (CBCL)	75
BIJLAGE III	Vragenlijst I	79
BIJLAGE IV	Vragenlijst II	87
BIJLAGE V	Vragenlijsten negenjarigen	91
BIJLAGE VI	Telefonische vragenlijst negenjarigen	99
BIJLAGE VII	Vragenlijst GGD'en	103
BIJLAGE VIII	Voorbeeld scoring CBCL-vragenlijst	107
BIJLAGE IX	Berekening T-score	111
BIJLAGE X	Module Enuresis Begeleiding	115
BIJLAGE XI	Evaluatie module	119

BIJLAGE I

Brieven van Ouders

BIJLAGE I

BRIEVEN VAN OUDERS

Geachte heer Hirasong.

Mijn zoon van 12 jaar plukt nog steeds in zijn bed. Soms 2 of 3 keer per week ook is hij wel eens een week droog.

We hebben al verschillende dingen geprobeert. Hij heeft een half jaar tabletten van de dokter gebruikt.

4 maanden een plaswielken,
'-avonds weinig laten drinken,
'-nachts wakker gemaakt.

nog een paar maanden na een natuur-
genetiser geweest, helaas alles zonder
resultaat.

Volgens de dokter is hij goed gezond.
Is er voor hem nog iets dat hem wel
kan helpen.

In afwachting van Uw bericht, lieven ik:

Graag zou ik informatie ontvangen over de _____
schriftelijk uit te voeren cursus droog-bedtraining.
Mijn zoon van negen jaar oud is drie tot _____
vijf maal per week nat: het gebeurt vrijwel _____
iedere keer kort voordat hij 's ochtends wakker _____
wordt. Er bestaat wel enig verband met het _____
meemaken van spannende dingen, maar meestal _____
is er niets van dien aard aan te wijzen.

Wij zijn in de training geïnteresseerd aangezien onze zoon Hugo van 13 nog circa 5x per week bedplast. Te uwer informatie vermelden wij in het verleden reeds 2x de wekkertraining te hebben beproefd. Voorts heeft Hugo een kuur met Imipramini gedaan. Een lichamelijk onderzoek heeft geen afwijkingen aan het licht gebracht.

Ik ben er erg van onder de indruk.
Ik wil mij graag aanmelden voor de
schriftelijke cursus en zou graag
nadere informatie ontvangen.
Mijn dochtertje is 12 jaar en plast per
nacht meerdere keren in bed.

Mijn zoon van bijna 14 jaar plast nog regelmatig
in bed (ook na diverse behandeling zonder weinig
resultaat), daarom ben ik geïnteresseerd in deze
cursus.

Graag wil ik wat meer informatie hierover en ook
over de oorzaken van het wekkersapparaat ocl.

Wij hebben 3 koontjes van 5, 7 en 9 jaar
die alle drie 's nachts nog in hun bed plassen.

Mijn zoon is 14 jaar en na
vele pogingen nog steeds met
beddenplasje 's nachts.

BIJLAGE II

Gedragsvragenlijst (CBCL)

GEDRAGS-VRAGENLIJST VOOR KINDEREN VAN 4 -18 JAAR Versie 1/92

PROBLEEMSCORES

VIII. Dit is een lijst met beschrijvingen van bepaalde gedragingen en eigenschappen van kinderen. Bij iedere beschrijving die van toepassing is op Uw kind zoals hij/zij **nu** is of ergens **binnen de afgelopen zes maanden** is geweest, wordt U verzocht een cirkeltje te zetten om de ② als de beschrijving **duidelijk of vaak van toepassing** is op Uw kind. Een cirkeltje om de ① als de beschrijving **een beetje of soms van toepassing** is op Uw kind. Als de beschrijving **helemaal niet van toepassing** is op Uw kind, zet dan een cirkeltje om de ③. Beantwoord a.u.b. alle vragen zo goed mogelijk, ook al lijken sommige vragen niet op Uw kind betrekking te hebben.

0 = HELEMAAL NIET VAN TOEPASSING (voor zover U weet)

1 = EEN BEETJE OF SOMS VAN TOEPASSING

2 = DUIDELIJK OF VAAK VAN TOEPASSING

0	1	2	1. Gedraagt zich te jong voor zijn/haar leeftijd.	0	1	2	31. Is bang dat hij/zij iets ondeugends of slechts zou kunnen doen of denken.
0	1	2	2. Allergie (geef aan): _____	0	1	2	32. Vindt dat hij/zij perfect moet zijn.
0	1	2	3. Spreekt veel tegen of maakt veel ruzie.	0	1	2	33. Klaagt erover of heeft het gevoel dat niemand van hem/haar houdt.
0	1	2	4. Astma.	0	1	2	34. Heeft het gevoel dat anderen het op hem/haar gemunt hebben.
0	1	2	5. Gedraagt zich als een kind van het andere geslacht.	0	1	2	35. Voelt zich waardeloos of minderwaardig.
0	1	2	6. Doet ontlasting (poept) buiten de w.c. of in de broek.	0	1	2	36. Krijgt vaak ongelukken en/of verwondingen.
0	1	2	7. Opscheppen, stoer doen.	0	1	2	37. Vecht veel.
0	1	2	8. Kan zich niet concentreren, kan niet lang de aandacht bij iets houden.	0	1	2	38. Wordt veel geplaagd.
0	1	2	9. Kan bepaalde gedachten niet uit zijn/haar hoofd zetten; obsessies (geef aan): _____	0	1	2	39. Gaat om met jongens/meisjes die in moeilijkheden verzeild raken.
0	1	2	10. Kan niet stil zitten, onrustig, of over-actief.	0	1	2	40. Hooft geluiden of stemmen die er niet zijn (geef aan): _____
0	1	2	11. Klampt zich vast aan volwassenen of is te afhankelijk.	0	1	2	41. Impulsief of handelt zonder na te denken.
0	1	2	12. Klaagt over zich eenzaam voelen.	0	1	2	42. Is liever alleen dan met anderen.
0	1	2	13. In de war of wazig denken.	0	1	2	43. Liegen of bedriegen.
0	1	2	14. Huilt veel.	0	1	2	44. Nagelbijten.
0	1	2	15. Wreed voor dieren.	0	1	2	45. Zenuwachtig of gespannen.
0	1	2	16. Wreed, pesterig of gemeen voor anderen.	0	1	2	46. Zenuwachtige bewegingen of trekkingen (geef aan): _____
0	1	2	17. Dagdromen of gaat op in zijn/haar gedachten.	0	1	2	47. Nachmerries.
0	1	2	18. Verwondt zichzelf opzettelijk of doet zelfmoordpogingen.	0	1	2	48. Andere jongens/meisjes mogen hem/haar niet.
0	1	2	19. Eist veel aandacht op.	0	1	2	49. Obstipatie, houdt ontlasting op, last van verstopping.
0	1	2	20. Vernietigt eigen spullen.	0	1	2	50. Is te angstig of te bang.
0	1	2	21. Vernietigt spullen van andere gezinsleden of van anderen.	0	1	2	51. Last van duizeligheid.
0	1	2	22. Is thuis ongehoorzaam.	0	1	2	52. Te veel last van schuldgevoel.
0	1	2	23. Is ongehoorzaam op school.	0	1	2	53. Eet te veel.
0	1	2	24. Eet niet goed.	0	1	2	54. Oververmoeid.
0	1	2	25. Kan niet goed opschieten met andere jongens/meisjes.	0	1	2	55. Te dik.
0	1	2	26. Lijkt zich niet schuldig te voelen na zich misdragen te hebben.	0	1	2	56. Lichamelijke problemen zonder bekende medische oorzaak:
0	1	2	27. Snel jaloers.	0	1	2	a. pijn (geen hoofdpijn)
0	1	2	28. Eet of drinkt dingen die eigenlijk niet eet- of drinkbaar zijn, geen snoep (geef aan): _____	0	1	2	b. hoofdpijn
0	1	2	29. Is bang voor bepaalde dieren, situaties, of plaatsen, uitgezonderd de school (geef aan): _____	0	1	2	c. misselijkheid
0	1	2	30. Is bang om naar school te gaan.	0	1	2	d. oogproblemen (geef aan): _____
				0	1	2	e. huiduitslag of andere huidaandoeningen
				0	1	2	f. maagpijn, buikpijn of buikkrampen
				0	1	2	g. overgeven
				0	1	2	h. andere problemen (geef aan): _____

0 = HELEMAAL NIET VAN TOEPASSING (voor zover U weet)

1 = EEN BEETJE OF SOMS VAN TOEPASSING

2 = DUIDELIJK OF VAAK VAN TOEPASSING

- 0 1 2 57. Valt anderen lichamelijk aan.
 0 1 2 58. Neuspeuteren, pult of trekt veel aan huid of andere lichaamsdelen (geef aan): _____

- 0 1 2 59. Speelt met eigen geslachtsdelen in het openbaar.
 0 1 2 60. Speelt te veel met eigen geslachtsdelen.
- 0 1 2 61. Slechte schoolresultaten.
 0 1 2 62. Onhandig of slechte coördinatie.
- 0 1 2 63. Is liever samen met oudere jongens/meisjes.
 0 1 2 64. Is liever samen met jongere jongens/meisjes.
- 0 1 2 65. Weigert om te praten.
 0 1 2 66. Herhaalt alsmäär bepaalde handelingen, dwanghandelingen (geef aan): _____

- 0 1 2 67. Loopt weg van huis.
 0 1 2 68. Schreeuwt of gilt veel.
- 0 1 2 69. Gesloten, anderen weten niet goed wat er in hem/haar omgaat.
 0 1 2 70. Ziet dingen die er niet zijn (geef aan): _____

- 0 1 2 71. Schaamt of geneert zich gauw.
 0 1 2 72. Brandstichten.
- 0 1 2 73. Sexuele problemen (geef aan welke): _____

- 0 1 2 74. Raar of 'gek' doen om de aandacht te trekken.
- 0 1 2 75. Verlegen of schuchter.
 0 1 2 76. Slaapt minder dan de meeste leeftijdgenoten.
- 0 1 2 77. Slaapt meer dan de meeste leeftijdgenoten overdag en/of 's nachts (geen aan): _____

- 0 1 2 78. Smeert of speelt met de ontlasting.
- 0 1 2 79. Spraakproblemen (geef aan): _____

- 0 1 2 80. Kijkt met een lege of 'wezenloze' blik.
- 0 1 2 81. Steelt van huis.
 0 1 2 82. Steelt buitenshuis.
- 0 1 2 83. Opsparen van dingen die hij/zij niet nodig heeft (geef aan welke): _____

- 0 1 2 84. Vreemd of raar gedrag (geef aan): _____

- 0 1 2 85. Vreemde of rare gedachten (geef aan): _____

- 0 1 2 86. Koppig, stuurs of prikkelbaar.
- 0 1 2 87. Verandert plotseling van stemming.
 0 1 2 88. Mokken, prullen.
- 0 1 2 89. Achterdochtig.
 0 1 2 90. Vloeken, schuttingtaal.
- 0 1 2 91. Praat erover dat hij/zij zichzelf zou willen doden.
 0 1 2 92. Slaapwandelen of hardop praten in de slaap (geef aan): _____

- 0 1 2 93. Praat te veel.
 0 1 2 94. Plaagt veel.
- 0 1 2 95. Driftbuien of snel driftig.
 0 1 2 96. Denkt te veel aan sex.
- 0 1 2 97. Bedreigt andere mensen.
 0 1 2 98. Duimzuigen of zuigen op vingers.
- 0 1 2 99. Is teveel bezig met netjes of schoon zijn.
 0 1 2 100. Slaapproblemen (geef aan): _____

- 0 1 2 101. Spijbelen, schoolverzuim.
 0 1 2 102. Te weinig actief, beweegt zich langzaam, of gebrek aan energie.
- 0 1 2 103. Ongelukkig, verdrietig, gedeprimeerd.
 0 1 2 104. Is erg luidruchtig.
- 0 1 2 105. Gebruikt alcohol of drugs (geef aan): _____

- 0 1 2 106. Vandalisme, vernielen.
- 0 1 2 107. Broekplassen overdag.
 0 1 2 108. Bedplassen.
- 0 1 2 109. Dreinerig, jengelig.
 0 1 2 110. Wil graag van het andere geslacht zijn.
- 0 1 2 111. Teruggetrokken, komt niet tot contact met anderen.
 0 1 2 112. Maakt zich zorgen.
113. Geeft U a.u.b. verder nog aan ieder ander probleem dat hierboven nog niet aan de orde is geweest.
- 0 1 2 _____
 0 1 2 _____
 0 1 2 _____

Wilt U a.u.b. controleren of U bij iedere vraag één cijfer hebt omcirkeld?

Wilt U de vragen waar U zich zorgen over maakt onderstrepen?

BIJLAGE III

Vragenlijst I

VRAGENLIJST I

Initialen:

Geboortedatum:

School:

Geslacht:

☐ jongen☐ meisje

1. Hoe vaak heeft hij/zij in de afgelopen 4 weken gemiddeld per week in bed geplast?
☐ ongeveer 1 maal per week
☐ 2-3 maal per week
☐ 4-5 maal per week
☐ 6 maal per week
☐ dagelijks
2. Is hij/zij ooit minimaal 6 maanden achter elkaar droog geweest?
☐ neen, nooit
☐ ja, gedurende ... maanden op de leeftijd van ... jaar
3. Hoe vaak gaat hij/zij overdag plassen?
☐ minder dan 4 maal per dag
☐ 4-7 maal per dag
☐ 8-10 maal per dag
☐ elk uur of vaker
☐ anders, namelijk:
4. Moet hij/zij persen om te plassen?
☐ neen
☐ ja
5. Is de straal normaal (d.w.z. niet gespleten, kan de plas richten)?
☐ neen,
☐ ja
6. Heeft hij/zij pijn bij plassen?
☐ neen, nooit
☐ ja

7. Gaat hij/zij hurken om de plas op te houden?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, altijd
8. Druppelt hij/zij na het plassen na?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, altijd
9. Is hij/zij overdag ook nat?
- ☐ neen, nooit. Ga door naar vraag 14
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, vaak
- ☐ ja, altijd
10. Sedert wanneer is hij/zij overdag nat?
- ☐ altijd overdag nat geweest
- ☐ sedert
11. Hoe vaak is hij/zij overdag nat?
- ☐ ... maal per dag
12. Hangt het overdag plassen samen met:
- ☐ intensief spelen (spel-enuresis)
- ☐ lachen, giechelen
- ☐ anders, namelijk
13. Hoe nat is hij/zij overdag?
- ☐ alleen onderbroekje
- ☐ onderbroekje en deel kleding
- ☐ helemaal nat
14. Zit er soms bloed in de urine?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, altijd

15. Heeft hij/zij ooit een blaasontsteking gehad?
☐ neen, nooit
☐ ja, ... keer. Zo ja, is deze door een arts
vastgesteld? ☐ neen
☐ ja
16. Hoe vaak is hij/zij behandeld voor een blaasontsteking?
☐ nooit
☐ ... keer
17. Gebruikt hij/zij nog medicijnen vanwege blaasontsteking?
☐ neen
☐ ja, namelijk
18. Heeft hij/zij ooit een blaas/nieronderzoek gehad?
☐ neen, nooit
☐ ja, een
19. Is hij/zij zindelijk voor ontlasting?
☐ neen
☐ ja
20. Gaat hij/zij elke dag naar het toilet om te drukken?
☐ neen, hij/zij heeft ... maal per week ontlasting
☐ ja, elke dag
21. Heeft u ooit voor het bedplassen van uw kind waarvoor u deze formulieren invult
om advies bij een instantie gevraagd?
☐ neen, nooit
☐ ja, bij
22. Bent u voor het bedplassen van uw kind ooit naar de huisarts geweest?
☐ neen, nooit.
☐ ja

23. Wat is tot nu toe aan het bedplassen gedaan? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ niets
 - ☐ blaastraining
 - ☐ 's avonds minder drinken geven
 - ☐ opnemen
 - ☐ plaswekker, op leeftijd van jaar
 - ☐ medicijnen namelijk op de leeftijd van ... jaar
 - ☐ anders, namelijk
 - ☐ bij de specialist geweest
24. Draagt hij/zij 's nachts nog een luier?
- ☐ neen
 - ☐ ja
25. Plast hij/zij alleen in bed of ook tijdens slaapwandelen?
- ☐ alleen in bed
 - ☐ tijdens slaapwandelen in
26. Hoe nat is hij/zij 's nachts?
- ☐ alleen onderbroek
 - ☐ alleen onderbroek en pyjama
 - ☐ alles nat
 - ☐ anders, namelijk
27. Hoe vaak is hij/zij 's nachts nat?
- ☐ 1 maal
 - ☐ 2 maal
 - ☐ vaker
28. Maakt u zich zorgen om het bedplassen van uw kind?
- ☐ neen, nooit
 - ☐ ja, soms
 - ☐ ja, altijd
29. Heeft u uw zoon/dochter weleens gestraft voor het bedplassen?
- ☐ neen, nooit
 - ☐ ja, soms
 - ☐ ja, vaak

30. Leidt het bedplassen tot ongemakken (problemen) bij uw kind?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja vaak, want
31. Leidt het bedplassen tot ongemakken (problemen) bij u als ouder?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja vaak, want
32. Heeft u nog meer kinderen ouder dan 6 jaar?
- ☐ neen
- ☐ ja, ik heb nog kinderen ouder dan 6 jaar
- Zo ja, plassen ze ook nog in bed?
- ☐ nee
- ☐ ja, ... van hen plassen nog in bed
33. Was u, als ouder(s), beiden droog voordat u 6 jaar was?
- ☐ ja
- ☐ neen. Zo neen:
- Pa was droog op de leeftijd van ... jaar
- Ma was droog op de leeftijd van ... jaar

DOOR ARTS IN TE VULLEN

1. Heeft de urine een opvallende kleur?

☐ neen, nooit
☐ ja,

2. Hoe is de bloeddruk?

☐ normaal
☐ verhoogd
☐ onbekend

3. Hoe is de groei?

☐ normaal
☐ buigt af

4. Is er nitriet in de urine?

☐ ja
☐ nee
☐ onbekend

5. Is er albumen in de urine?

☐ ja
☐ nee
☐ onbekend

6. Is er glucose in de urine?

☐ ja
☐ nee
☐ onbekend

BIJLAGE IV

Vragenlijst II

VRAGENLIJST II

1. Hoe vond u als ouder de training (meerdere antwoorden mogelijk)?
 - ☐ slecht
 - ☐ vervelend
 - ☐ overdreven
 - ☐ de moeite waard
 - ☐ geen mening
 - ☐ intensief
 - ☐ goed
2. Zijn er dingen die u in de training gemist heeft?
 - ☐ neen
 - ☐ ja, ik heb gemist
3. Voelde u zich op uw gemak in de groep?
 - ☐ ja
 - ☐ neen
4. Heeft u iets van andere groepsgenoten geleerd?
 - ☐ neen, niets
 - ☐ ja, een beetje
 - ☐ ja, veel
 - ☐ anders
5. Wat vindt u het belangrijkste van de training (kort aangeven)?
.....
6. Was u tevreden over de training?
 - ☐ ja, ik was tevreden
 - ☐ neen, ik was ontevreden over
 - ☐ geen mening
 - ☐ anders, namelijk
7. Hoe vond uw kind de training (meerdere antwoorden mogelijk)?
 - ☐ vervelend
 - ☐ niet leuk
 - ☐ niets aan
 - ☐ leuk
 - ☐ goed
 - ☐ de moeite waard
 - ☐ anders, namelijk:

8. Hoe lang heeft u de plaswekker gebruikt?
- ☐ nooit gebruikt
 - ☐ korter dan 1 week
 - ☐ gedurende 1 week tot 1 maand
 - ☐ gedurende 1 tot 2 maanden
 - ☐ gedurende 2 tot 3 maanden
 - ☐ anders, namelijk
9. Bent u met de plaswekker gestopt omdat uw kind droog sliep?
- ☐ neen
 - ☐ ja, mijn kind sliep dagen droog toen ik stopte met de plaswekker
10. Hoeveel weken na het begin van de DBT (= 1e bijeenkomst) was uw kind gedurende minimaal 14 dagen achtereen droog?
- ☐ mijn kind was ... weken na begin van de DBT gedurende minimaal 14 dagen achtereen droog
 - ☐ mijn kind is nooit meer dan 14 dagen achtereen droog geweest
11. Heeft uw kind nog ongelukjes gehad nadat hij/zij minimaal 14 dagen achtereen droog was?
- ☐ neen
 - ☐ ja
 - ☐ niet van toepassing
12. Is uw kind na het droog worden meer dan twee keer gedurende 2 achtereenvolgende weken nat geweest? (Ook ja invullen als uw kind erna weer droog was)
- ☐ neen
 - ☐ ja, is hij/zij gemiddeld ... keer gedurende twee achtereenvolgende weken nat geweest, na een droge periode van ... weken
 - ☐ niet van toepassing
13. Heeft uw kind de laatste 4 weken droog geslapen?
- ☐ ja
 - ☐ neen, mijn kind was in de laatste 4 weken gemiddeld ... keer per week nat
14. Heeft u nog andere opmerkingen?
- ☐ neen
 - ☐ Ja, namelijk

BIJLAGE V

Vragenlijsten negenjarigen

VRAGENLIJSTEN NEGENJARIGEN

Enuresis vragenlijst. In te vullen door arts.**Initialen kind:****Geboortedatum kind:****Code nr.:****School:****Geslacht:****Nationaliteit:** ☐ Nederlands +
Europa☐ Anders, namelijk:

1. Hoe vaak heeft hij/zij in de afgelopen 4 weken gemiddeld in bed geplast?
☐ 1-3 maal
☐ ongeveer 1 maal per week
☐ 2-3 maal per week
☐ 4-5 maal per week
☐ 6 maal per week
☐ dagelijks
☐ anders, namelijk:
2. Is hij/zij ooit minimaal 6 maanden achter elkaar droog geweest?
☐ neen, nooit
☐ ja, gedurende ... maanden op de leeftijd van ... jaar
3. Hoe vaak gaat hij/zij overdag plassen?
☐ minder dan 4 maal per dag
☐ 4-7 maal per dag
☐ 8-10 maal per dag
☐ elk uur of vaker
☐ anders, namelijk:
4. Moet hij/zij persen om te plassen?
☐ neen
☐ ja
5. Is de straal normaal (d.w.z. niet gespleten, kan de plas richten)?
☐ neen,
☐ ja
6. Heeft hij/zij pijn bij plassen?
☐ neen, nooit
☐ ja

7. Gaat hij/zij hurken om de plas op te houden?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, altijd
8. Druppelt hij/zij na het plassen na?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, altijd
9. Is hij/zij overdag ook nat?
- ☐ neen, nooit. Ga door naar vraag 14
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, vaak
- ☐ ja, altijd
10. Sedert wanneer is hij/zij overdag nat?
- ☐ altijd overdag nat geweest
- ☐ sedert
11. Hoe vaak is hij/zij overdag nat?
- ☐ ... maal per dag
12. Hangt het overdag plassen samen met:
- ☐ intensief spelen (spel-enuresis)
- ☐ lachen, giechelen
- ☐ anders, namelijk
13. Hoe nat is hij/zij overdag?
- ☐ alleen onderbroekje
- ☐ onderbroekje en deel kleding
- ☐ helemaal nat
14. Heeft de urine een opvallende kleur?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja,
15. Zit er soms bloed in de urine?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, altijd

16. Heeft hij/zij ooit een blaasontsteking gehad?
☐ neen, nooit
☐ ja, ... keer. Zo ja, is deze door een arts vastgesteld? ☐ neen
☐ ja
17. Hoe vaak is hij/zij behandeld voor een blaasontsteking?
☐ nooit
☐ ... keer
18. Gebruikt hij/zij nog medicijnen vanwege blaasontsteking?
☐ neen
☐ ja, namelijk
19. Heeft hij/zij ooit een blaas/nieronderzoek gehad?
☐ neen, nooit
☐ ja, een
20. Is hij/zij zindelijk voor ontlasting?
☐ neen
☐ ja
21. Gaat hij/zij elke dag defaeceren?
☐ neen, hij/zij gaat ... maal per week defaeceren
☐ ja, elke dag
22. Wat is tot nu toe aan het bedplassen gedaan? (Meerdere antwoorden mogelijk)
☐ niets
☐ blaastraining
☐ 's avonds minder drinken geven
☐ 's nachts opnemen
☐ plaswekker, op leeftijd van jaar
☐ medicijnen namelijk op de leeftijd van ... jaar
☐ anders, namelijk
23. Draagt hij/zij 's nachts nog een luier?
☐ neen
☐ ja

24. Plast hij/zij alleen in bed of ook tijdens slaapwandelen?
☐ alleen in bed
☐ tijdens slaapwandelen in
25. Hoe nat is hij/zij 's nachts?
☐ alleen onderbroek
☐ alleen onderbroek en pyjama
☐ alles nat
☐ anders, namelijk
26. Hoe vaak is hij/zij 's nachts nat?
☐ 1 maal
☐ 2 maal
☐ vaker
27. Hoe is de bloeddruk?
☐ normaal
☐ verhoogd
28. Hoe is de groei?
☐ normaal
☐ buigt af
29. Is de urine voor dit onderzoek nagekeken?
☐ neen
☐ Ja, uitslag: albumen ☐ neg. ☐ pos.
 glucose ☐ neg. ☐ pos.
 nitriet ☐ neg. ☐ pos.
30. Doen de ouders mee aan het onderzoek?
☐ neen
☐ ja, code nummer:

Indien ouders meedoen aan het onderzoek nog invullen:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

OUDERLIJST code nr.

1. Hoe vaak heeft uw zoon/dochter in de afgelopen 4 weken (gemiddeld) in bed geplast?
☐ 1-3 maal
☐ ongeveer 1 maal per week
☐ 2-3 maal per week
☐ 4-5 maal per week
☐ 6 maal per week
☐ dagelijks
☐ anders, namelijk
2. Is uw kind ooit minimaal 3 maanden achter elkaar elke nacht droog geweest?
☐ neen, nooit
☐ ja, gedurende maanden op de leeftijd van jaar
3. Heeft u nog meer kinderen ouder dan 6 jaar?
☐ neen
☐ ja, ik heb nog kinderen ouder dan 6 jaar
 Zo ja, plassen ze ook nog in bed?
 ☐ nee
 ☐ ja, ... van hen plassen nog in bed
4. Wanneer was u, als ouder(s), droog?
 Pa was droog op de leeftijd van ... jaar
 Ma was droog op de leeftijd van ... jaar
5. Heeft u ooit voor het bedplassen van uw kind waarvoor u deze formulieren invult om advies bij een instantie gevraagd?
☐ neen, nooit
☐ ja, bij
6. Maakt u zich zorgen om het bedplassen van uw kind?
☐ neen, nooit
☐ ja, soms
☐ ja, altijd
7. Heeft u uw zoon/dochter weleens gestraft voor het bedplassen?
☐ neen, nooit
☐ ja, soms
☐ ja, vaak

8. Leidt het bedplassen tot ongemakken (problemen) bij uw kind?
- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja vaak, want
9. Bent u voor het bedplassen van uw kind ooit naar de huisarts geweest?
- ☐ neen, nooit. Ga door naar vraag 13
- ☐ ja
10. Wat was het advies van de huisarts? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ afwachten, niets doen
- ☐ 's avonds minder drinken
- ☐ geen aandacht aan schenken
- ☐ medicijnen slikken, namelijk (naam medicijn)
- ☐ plaswekker
- ☐ blaasoefeningen
- ☐ anders, namelijk
11. Wanneer was de laatste keer dat u vanwege het bedplassen bij de huisarts was?
- ☐ korter dan 3 maanden geleden
- ☐ 3-6 maanden geleden
- ☐ 7-12 maanden geleden
- ☐ langer dan 1 jaar geleden
12. Was u tevreden over het advies/de behandeling van de huisarts?
- ☐ neen, want
- ☐ ja
13. Wat gaat u nu naar aanleiding van het gesprek met de schoolarts aan het bedplassen doen?
- ☐ niets, ik wacht rustig af
- ☐ oefenen van de blaas
- ☐ de natte en droge nachten noteren (kalender methode)
- ☐ belonen als hij/zij droog is
- ☐ ik ga naar de huisarts om
- ☐ medicijnen
- ☐ plaswekker
- ☐ uitleg
- ☐ anders
- ☐ anders, namelijk

BIJLAGE VI

Telefonische vragenlijst negenjarigen

TELEFONISCHE VRAGENLIJST NEGENJARIGEN

1. Codenummer:
2. Datum:
3. Wat heeft u sedert het invullen van de eerste lijst die u van de schoolarts ontving gedaan aan het bedplassen van uw kind?
 - ☐ niets
 - ☐ blaastraining
 - ☐ 's avonds minder drinken geven
 - ☐ 's nachts opnemen
 - ☐ plaswekker, datum:
 - ☐ medicijnen, namelijk;datum:
 - ☐ anders, namelijk:
4. Heeft uw zoon/dochter in de afgelopen 4 weken nog in bed geplast?
 - ☐ neen, mijn kind is nu droog -> ga verder naar vraag 7
 - ☐ ja
5. Hoe vaak heeft uw zoon/dochter in de afgelopen 4 weken (gemiddeld) in bed geplast?
 - ☐ geen enkele maal
 - ☐ 1-3 maal
 - ☐ ongeveer 1 maal per week
 - ☐ 2-3 maal per week
 - ☐ 4-5 maal per week
 - ☐ 6 maal per week
 - ☐ dagelijks
 - ☐ anders, namelijk ...
6. Is het bedplassen van uw kind
 - ☐ toegenomen
 - ☐ afgenomen

Dan vragenlijst afsluiten.

7. Indien uw kind droog is
Sedert wanneer is uw kind droog? Datum:
Indien onbekend
Sedert....maanden. Of hoelang nadat u de eerste lijst had ingevuld werd uw kind droog?
8. Indien uw kind droog is bovendien opsturen:
 - a. gedragsvragenlijst met codenummer en datum
 - b. begeleidende brief
 - c. retourenveloppe

BIJLAGE VII

Vragenlijst GGD'en

VRAGENLIJST GGD'en (lijst voor artsen)

Invulformulier Module Begeleiding van kinderen met enuresis nocturna

Naam GGD:

Hoofd afdeling JGZ:

1. Artsen werkzaam op de afdeling JGZ hebben:

☐ geen interesse in de module☐ wel interesse in de module
..... aantal invullen2. Opmerkingen over de module:
.....
.....

3. Kent u de droogbedtraining in de setting van de Jeugdgezondheidszorg?

☐ neen☐ ja

4. Kunnen ouders/kinderen de droogbedtraining in uw verzorgingsgebied volgen?

☐ neen☐ jaZo ja, wie is verantwoordelijk voor deze training?
.....

5. Heeft u belangstelling de droogbedtraining via de Jeugdgezondheidszorg aan te bieden?

☐ neen☐ ja

Zo ja, Hoe denkt u aan de deskundigheid hiervoor te komen?

Door

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Dit formulier s.v.p. vóór 15 september in bijgesloten portvrije enveloppe versturen naar:

TNO Preventie en Gezondheid

Antwoordnummer 10080

2300 VB LEIDEN

VRAGENLIJST GGD'en (lijst voor verpleegkundigen)

Invulformulier Module Begeleiding van kinderen met enuresis nocturna

Naam GGD:

Naam contactpersoon:

1. Sociaal verpleegkundigen werkzaam op de afdeling JGZ hebben:

☐ geen interesse in de module☐ wel interesse in de module

..... aantal invullen

2. Opmerkingen over de module:

.....

.....

3. Kent u de droogbedtraining in de setting van de Jeugdgezondheidszorg?

☐ neen☐ ja

4. Kunnen ouders/kinderen de droogbedtraining in uw verzorgingsgebied volgen?

☐ neen☐ ja

Zo ja, wie is verantwoordelijk voor deze training?

.....

5. Heeft u belangstelling de droogbedtraining via de Jeugdgezondheidszorg aan te bieden?

☐ neen☐ ja

Zo ja, Hoe denkt u aan de deskundigheid hiervoor te komen?

Door

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Dit formulier s.v.p. vóór 15 september in bijgesloten portvrije enveloppe versturen naar:

Leidse Hogeschool, Opleiding SVG

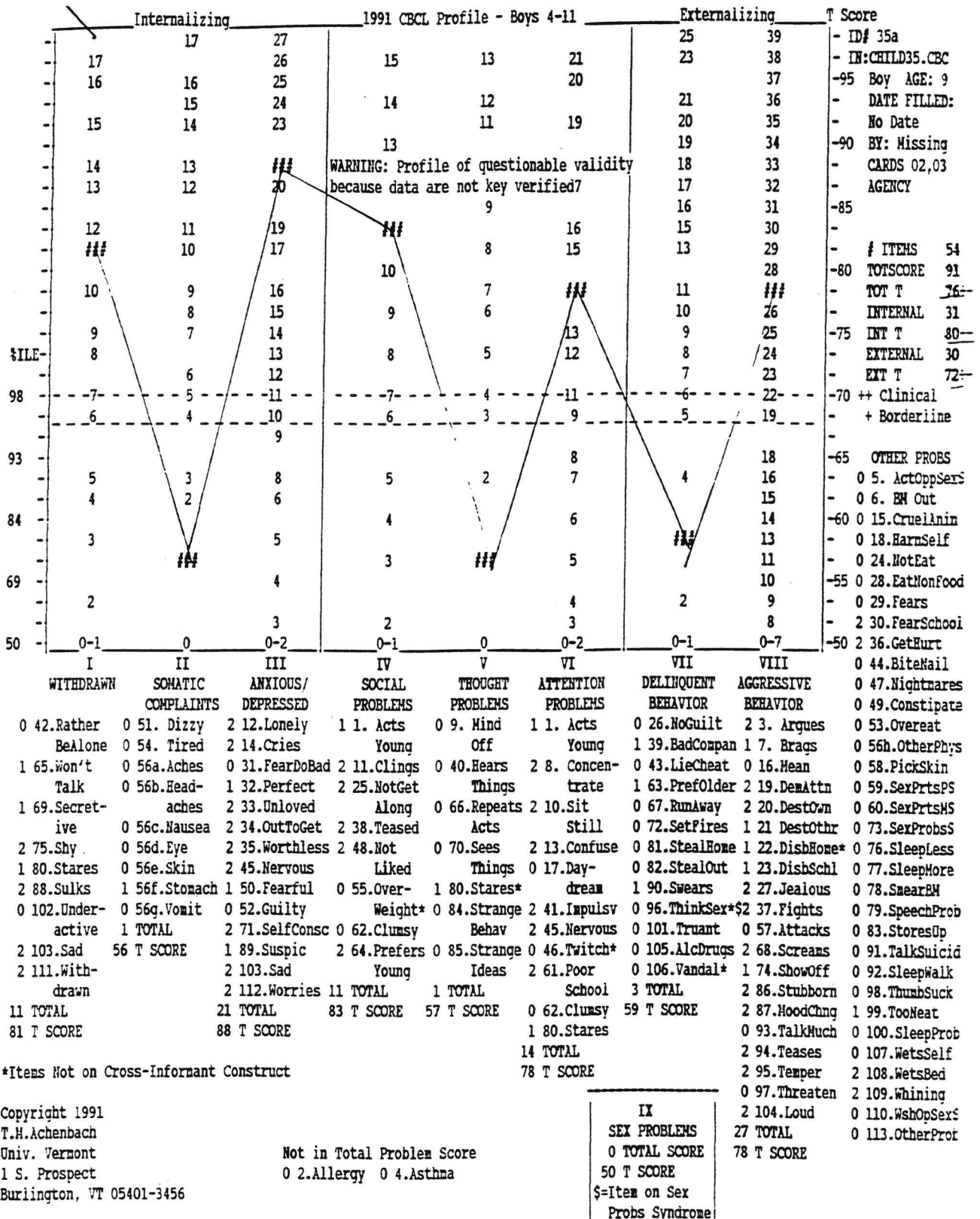
Antwoordnummer 10413

2300 WB LEIDEN

BIJLAGE VIII

Voorbeeld scoring CBCL-vragenlijst

VOORBEELD SCORING CBCL-VRAGENLIJST



Dit is een voorbeeld van een kind met een hoge problemscore in de zogenaamde Klinische range.

BIJLAGE IX

Berekening T-score

BEREKENING T-SCORE

De CBCL gegevens kunnen worden vergeleken met een Nederlandse normgroep. Voor deze normsteekproef (Verhulst, 1990) geldt een *ruwe* Totale Probleemscore van 20,45. Vanwege nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot de oorspronkelijke Amerikaanse versie van de CBCL wordt momenteel in Nederland ook gewerkt aan nieuwe normeringen (Koot & Verhulst, 1992).

De ruwe totale probleemscore van de normgroep = 20,45.

Maken we een grove vergelijking over alle leeftijden en geslachtsgroepen is deze score omgerekend in T-waarden: gemiddeld ± 52.2 .

$$M = 50,2$$

$$S = 9,9$$

$$\text{Geschatte variantie} = S/\sqrt{N-1} = 9,9/\sqrt{88-1} = 1,06$$

$$t = 50,2 - 52,2/1,06 = -1,8$$

De kritieke waarde bij een significantieniveau van 5% (tweezijdig) is 1,98. Dat wil zeggen dat H_0 (enuretische kinderen hebben evenveel problemen als niet-enuretische kinderen) niet wordt verworpen.

Deze groep enuretische kinderen heeft dus niet meer gedragsproblemen dan de normgroep.

BIJLAGE X

Module Enuresis begeleiding

MODULE ENURESIS BEGELEIDING



TNO Preventie en Gezondheid

MODULE ENURESIS BEGELEIDING

ACHTERGROND INFORMATIE:

Bedplassen is geen ziekte en gaat op den lange duur bijna altijd spontaan over. Maar daarop wachten kan tot ernstige verstoringen leiden. Werkers in de gezondheidszorg krijgen dagelijks vragen hierover van ouders en kinderen. Goede begeleiding en advisering is dan heel belangrijk. De behoefte aan deskundigheidsbevordering op dit gebied blijkt bij hulpverleners groot te zijn. Om deze reden hebben het TNO Preventie en Gezondheid en de Leidse Hogeschool besloten de tweedaagse module Enuresis Begeleiding te ontwikkelen.

De moduleleiding is in handen van mevr. L. van Ginneken (Leidse Hogeschool, Opleiding voor Sociaal Verpleegkundigen in de GGD) en dhr. R. Hirasing (TNO PG).

De betrokken docenten zijn:

Dhr. R. Hirasing, kinderarts/jeugdarts, TNO PG

Dhr. A. van Londen, psycholoog, Rijks Universiteit Utrecht

Dhr. H. Reus, jeugdarts, GGD Amstelland-de Meerlanden

Mevr. L. van Ginneken, sociaal verpleegkundige, docent Leidse Hogeschool (SVG)

GLOBALE INHOUD:

De eerste dag wordt aandacht besteed aan nieuwe inzichten van enuresis nocturna, het afnemen van de anamnese, het informeren en adviseren van ouders en kinderen omtrent enuresis en het bieden van mogelijke begeleidingsmethoden.

De tweede dag is in z'n geheel gericht op het begeleiden van ouders in groepsverband omtrent de droogbedtraining.

Als uitgangspunten worden de nieuw ontwikkelde "Handleiding Enuresis Nocturna" van R. Hirasing en L. Bolk-Bennink gebruikt evenals de trainershandleiding "s Nachts Droog" van A. van Londen.

DOELSTELLING:

De cursisten kunnen na afloop van de module

- de etiologie en nieuwe inzichten van enuresis nocturna benoemen/reproducen
- de betekenis van enuresis nocturna voor het kind en de ouders benoemen
- de anamneselijst toepassen om te selecteren wie verwezen moet worden
- de diverse begeleidingsmethoden benoemen en weten voor wie die bestemd zijn en wanneer
- een behandelplan opstellen
- ouders in groepsverband begeleiden en instrueren omtrent de droogbedtraining.

DOELGROEP:

Hulpverleners die te maken hebben met de begeleiding van ouders en kinderen met bedplasproblemen zoals (jeugd)verpleegkundigen, (jeugd)artsen, huisartsen, psychologen en pedagogen.

ONDERWIJSVORM:

De module is praktisch gericht. Er wordt zoveel mogelijk met casuïstiek gewerkt. De begeleidingsmethoden worden geoefend.

TIJD en PLAATS:

De eerst volgende module vindt plaats op 12 en 13 oktober 1995 in het gebouw van de Leidse Hogeschool, Endegeesterwatering 2, 2333 CG Leiden.

KOSTEN:

fl. 495/- inclusief verplichte literatuur, koffie, thee, lunches.

GROEPSGROOTTE:

Maximaal 25 deelnemers.

AANMELDING:

Voor nadere informatie en aanmelding kunt u contact opnemen met :
Leidse Hogeschool
Kwaliteitscentrum Gezondheidszorg
t.a.v. Hennemieke Hazelhoff, secretariaat
Endegeesterwatering 2
2333 CG Leiden
tel: 071-188428

BIJLAGE XI

Evaluatie module

EVALUATIE MODULE

EVALUATIE FORMULIER MODULE ENURESIS BEGELEIDING

Naam docent: Dhr. R. Hirasing / Dhr. H. Reus

Datum: januari en maart 1995

Kruis aan wat van toepassing is:

	volledig eens			volledig oneens	
	5	4	3	2	1
<u>Mbt. de inhoud</u>					
De hoeveelheid theorie was voldoende	31x	13x			
De leerstof was niet te moeilijk en niet te makkelijk	32x	10x	1x		1x
De leerstof is praktisch goed bruikbaar	34x	10x			
De inhoud van de les was goed ge-structureerd	28x	13x	3x		
<u>Mbt. de presentatie</u>					
De presentatie was goed	34x	9x	1x		
Het werkmateriaal was goed gekozen	27x	14x	3x		
Het aantal oefeningen was voldoende	21x	16x	5x	2x	
Er was voldoende gelegenheid voor discussie	30x	12x	2x		
<u>De dag</u>					
heeft volledig aan mijn verwachtingen voldaan	29x	14x	1x		

Ingevuld door: 38 verpleegkundigen
5 artsen
1 psycholoog

EVALUATIE FORMULIER MODULE ENURESIS BEGELEIDING

Naam docent: Dhr. A. van Londen / Mw. L. van Ginneken

Datum: januari en maart 1995

Kruis aan wat van toepassing is:

	volledig eens			volledig oneens	
	5	4	3	2	1
<u>Mbt. de inhoud</u>					
De hoeveelheid theorie was voldoende	34x	9x	1x		
De leerstof was niet te moeilijk en niet te makkelijk	2x	10x	2x		
De leerstof is praktisch goed bruikbaar	39x	4x	1x		
De inhoud van de les was goed gestructureerd	36x	6x	2x		
<u>Mbt. de presentatie</u>					
De presentatie was goed	37x	7x			
Het werkmateriaal was goed gekozen	35x	8x	1x		
Het aantal oefeningen was voldoende	38x	4x	2x		
Er was voldoende gelegenheid voor discussie	36x	7x	1x		
<u>De dag</u>					
Heeft volledig aan mijn verwachtingen voldaan	33x	10x			

Ingevuld door: 38 verpleegkundigen
 5 artsen
 1 psycholoog

Reprografie:	TNO-PG
Projectnummer:	5826