

voor niveau 1 fysiek geweld (C: 44% vs. I: 26%) en daderschap van de moeder was significant lager voor niveau 1 seksueel geweld (C: 18% vs. I: 3%). Multilevel logistische regressie-analyses toonden 24 maanden na de geboorte een significant verschil in het voordeel van de interventiegroep voor slachtofferschap van psychologisch en fysiek geweld en daderschap van fysiek geweld. In de eerste 2 levensjaren van het kind is de prevalentie van het aantal AMK-

meldingen significant lager in de interventiegroep (C: 18% vs. I: 10%).

Conclusie

Een programma dat is gebaseerd op huisbezoeken door getrainde Voorzorgverpleegkundigen resulteert in minder slachtofferschap en daderschap bij partnergeweld van hoogrisicovrouwen in vergelijking met de gebruikelijke zorg. Ook het aantal AMK-meldingen is lager.

¹ EMGO+ Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Department of Public and Occupational Health, Amsterdam; ² VU University Medical Center, Department of Epidemiology and Biostatistics, Amsterdam; ³ De Bascule, Academic Center for Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam

Informatie: j.mejdoubi@vumc.nl

JGZ-richtlijn *Te vroeg en/of 'small for gestational age' (SGA) geboren kinderen*

S.M. van der Pal,¹ N. Heerdink,¹ M. Kamphuis,^{1,2} M. Pols³ en P. Verloove-Vanhorick¹

Achtergrond en doelstelling

Te vroeg geboren kinderen (jaarlijks circa 7,7% van de levendgeborenen in Nederland) en kinderen met een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (*small for gestational age*; SGA) verdienen optimale (na)zorg. Van SGA is sprake bij een geboortegewicht < -2 SD. Bij vroeggeboorte wordt onderscheid gemaakt tussen zeer te vroeg/SGA-geboren kinderen (< 32 weken zwangerschapsduur) en matig te vroeg geboren kinderen (32-37 weken zwangerschapsduur). De impact van het krijgen van een te vroeg/SGA-geboren kind op ouders en familie is aanzienlijk. Bij al deze kinderen is er kans op nadelige gevolgen van de vroeggeboorte in vergelijking met

kinderen die rond de uitgerekenede datum geboren zijn, dus ook bij de groep matig te vroeg geboren kinderen. Deze groep wordt echter minder intensief gevolgd door het ziekenhuis. Focusgroepen met professionals en ouders signaleren de volgende knelpunten in de (na)zorg: 1) de vaak gedeelde (na)zorg door kinderartsen, JGZ en andere professionals voor de zeer te vroeg geboren kinderen en 2) mogelijke (later ontstane) gezondheidsproblemen in de groep matig te vroeg geboren kinderen, die na thuiskomst voornamelijk door de JGZ gezien worden.

Methode

De JGZ-richtlijn *Te vroeg en/of 'small for gestational age' (SGA) geboren kinderen* is ontwikkeld door een landelijke multidisciplinaire werkgroep. Aanbevelingen voor de zorg zijn geformuleerd op basis van bewijslast en conclusies uit bestaande onderzoeksliteratuur, in combinatie met praktijkgerichte consensus. De richtlijn is in een landelijke

commentaarronde voorgelegd aan professionals. De praktijktest vond plaats in Amsterdam (2 ziekenhuizen en 6 omliggende JGZ-teams). De richtlijn wordt eind 2013 landelijk geïmplementeerd.

Resultaten

De belangrijkste aanbevelingen zijn: 1) het tijdig en volledig overdragen van gegevens tussen ziekenhuis en JGZ, 2) het aanwijzen van een case-manager per kind die de zorg coördineert en 3) het corrigeren van de testleeftijd voor de mate van vroeggeboorte (of het gebruik van speciale curven en normen voor vroeggeboren kinderen) bij het beoordelen van groei en ontwikkeling.

¹ TNO Child Health, Leiden; ² Stichting Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West Zoetermeer; ³ Orde van Medisch Specialisten, Utrecht

Informatie: sylvia.vanderpal@tno.nl

Resultaten van een implementatieonderzoek naar de methodiek 'Eén gezin, één plan'

N.M. Pannebakker, M. Kamphuis en P.I. Kocken¹

Achtergrond en doelstelling

Er is een nieuwe veelbelovende methodiek voor zorgcoördinatie, 'Eén gezin, één plan' (1G1P). 1G1P is gebaseerd op de 'Wrap around care methode'. Doel van 1G1P is de kwaliteit van het leven van het gezin, en

dus van de kinderen, te verhogen door het bieden van integrale zorg met een multidisciplinair team, dat bestaat uit de jeugdgezondheidszorg (JGZ), (jeugd)hulpverleners, het gezin zelf en het sociale netwerk van het gezin. Alle zorgcoördinatio-

ren werken volgens dezelfde methode, maar onderscheiden zich onder andere in beschikbare tijd voor het gezin, specifieke expertise rond het coördineren van zorg en de complexiteit van de doelgroep. Hierbij scoort algemene zorgcoördinatie steeds laag, gevolgd door gemengd en specialistisch. Dit onderzoek geeft inzicht in de kernelementen van 1G1P en in hoeverre de doelen ten aanzien daarvan behaald zijn.

Methode

In een crosssectionele studie zijn in een digitale vragenlijst aan 201 hulpverleners en hun teamleiders (respons 62%) vragen gesteld over de implementatie en output van 1G1P aan de hand van indicatoren aanzien van de 3 kernelementen van 1G1P: 1) betrekken van het gezin

en diens sociale netwerk, 2) samenwerken met de hulpverleners betrokken bij het gezin en 3) voorwaardenscheppend en doelgericht werken. Gevraagd is naar de mate waarin de implementatie en output zijn gerealiseerd.

Resultaten

De implementatie van het kernelement 'betrekken van het gezin en diens sociale netwerk' is het minst vaak gerealiseerd. Het kernelement 'voorwaardenscheppend en doelgericht werken' het vaakst. Ten aanzien van de output van 1G1P lukt het respondenten die gemengde zorgcoördinatie aanbieden vaker om bij de gezinnen de 3 kernelementen in de praktijk te brengen, dan respondenten die specialistische of algemene zorgcoördinatie aanbieden.

Conclusie

Het betrekken van het gezin en diens sociale netwerk komt het minst goed tot stand. Het aanbieden van specialistische en algemene zorgcoördinatie lijkt het meest succesvol. In een vervolgmeting wordt het proces van de implementatie van de 1G1P-methode verder gevolgd en wordt nagegaan wat de determinanten zijn die invloed hebben op de implementatie van 1G1P.

1 TNO Child Health, Leiden en Academische Werkplaats Publieke Gezondheid - jeugd, Noordelijk Zuid-Holland, Samen voor de jeugd

Informatie: noortje.pannebakker@tno.nl

Mentale gezondheid bij begaafde kinderen en jongeren

C. Pieters,¹ K. Verschueren,² T. Kieboom,³ M. Roelants,¹ K. Van Leeuwen,⁴ A. Desoete⁵ en K. Hoppenbrouwers¹

Achtergrond en doelstelling

Zorgverleners werkzaam in de jeugdgezondheidszorg worden regelmatig geconfronteerd met vragen over het welbevinden van kinderen en jongeren met hoogbegaafdheid. Omwille van tegenstrijdige resultaten in de literatuur over dit onderwerp enerzijds en een schaarste aan epidemiologische data anderzijds, is er op heden in Vlaanderen geen consensus over eventueel specifieke zorgbehoeften van deze groep. Doelstelling van deze studie is het in kaart brengen en vergelijken van mentale gezondheid bij Vlaamse kinderen en adolescenten met en zonder signalen van hoge begaafdheid en mentale gezondheid onderzoeken in relatie tot cognitieve vaardigheden.

Methoden

Er werd gebruik gemaakt van data uit oudervragenlijsten bij 1401 7-jarigen en 936 13-jarigen van het multidisciplinair cohortonderzoek JOnG!, en uit eenzelfde bevraging bij ouders van 201 cliënten van een expertisecentrum in hoogbegaafdheidsproblematiek. Deze vragenlijsten bevatten onder andere de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), vragen over signalen van hoge begaafdheid en over de sociodemografische achtergrond. Cognitieve vaardigheden werden op een uniforme manier gemeten tijdens een face-to-facecontact bij een groep van kinderen/adolescenten met en een groep van kinderen/adolescenten zonder signalen van een hoge begaafdheid ($n = 286$ volledige testpakketten, waarvan 84 cliënten van het eerder genoemde expertisecentrum). Intelligentiescores op schaal-, subschaal- en factorniveau van de *Wechsler Intelligence Scale for Children-III* (WISC-III) werden geanalyseerd in relatie tot de gegevens in de schriftelijke bevraging.

Resultaten

Voor alle SDQ-subschalen werd een significant hogere proportie van problematische scores gezien bij de cliënten van het expertisecentrum vergeleken met de respondenten van de JOnG!-cohorten (bijvoorbeeld 15% versus < 4% op de hogere-orderschalen 'Totale Moeilijkheden'). Jongens met een IQ in de hoogbegaafde zone vertoonden significant minder problematische scores op de SDQ-subschaal 'Hyperactiviteit/Onoplettendheid' en meisjes met een IQ in de hoogbegaafde zone vertoonden significant meer problematische scores op de SDQ-subschaal 'Problemen met leeftijdgenoten'.

Conclusie

Er worden verschillen in mentale gezondheid opgemerkt tussen groepen kinderen en jongeren met en zonder signalen of tekenen van hoge begaafdheid. De aard en grootte van deze verschillen hangt af van de criteria die gebruikt worden om hoge begaafdheid te definiëren. Verder onderzoek is nodig om na te