

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

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

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

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

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

R. M. Vink<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Child Health, TNO, Leiden, Nederland  
Contact: remy.vink@tno.nl

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

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

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

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

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

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

M. A. van Goor<sup>1</sup>, J. M. van Dongen<sup>2</sup>, T. G. M. Vrijkotte<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC – locatie AMC, Amsterdam, Nederland

<sup>2</sup> Afdeling Gezondheidswetenschappen, VU, Amsterdam, Nederland

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

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

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

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