

de body-mass index (BMI) bij kinderen van 3 tot 15 jaar van Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Hindoestaanse afkomst. Onderdeel hiervan was het bepalen van het longitudinale patroon van de BMI vanaf het 3e jaar bij 13- tot 15-jarige adolescenten met ondergewicht, normaal gewicht en overgewicht.

Methode: Het onderzoek is opgezet als een historische cohortstudie van 7625 kinderen die zijn geboren in de periode 1994 tot 1997, met in totaal 24.376 metingen van de BMI. Deze gegevens zijn geëxtraheerd uit de digitale dossiers van de JGZ van de GGD Haaglanden.

De BMI-standaard deviatiescores (SDS) en BMI-klassen zijn berekend met universele (IOTF) en Hindoestaanse BMI-criteria. De associatie tussen BMI en SDS op verschillende leeftijden werd geanalyseerd met Pearson's correlatiecoëfficiënten en lineaire *mixed models*. Daarnaast zijn de sensitiviteit, de specificiteit en de positief en negatief voorspellende waarde berekend.

Resultaten: De correlatie tussen de BMI-SDS op de leeftijd van 13 tot 15 jaar en de BMI-SDS op jongere leeftijd nam in alle etnische groepen toe van 0,56–0,58 op de leeftijd van 3 tot 4 jaar tot 0,80–0,85 op de leeftijd van 7 tot 10 jaar ($p < 0,001$).

Het *tracking*patroon van Hindoestaanse kinderen verschilde in vergelijking met Nederlandse, Turkse en Marokkaanse kinderen, wanneer universele BMI-criteria werden toegepast. Deze verschillen verdwenen grotendeels na toepassing van etnisch-specifieke BMI-normen. Overgewicht kwam al voor bij 10% van de 3- tot 4-jarige kinderen van Nederlandse afkomst tot meer dan 20% bij de andere etnische groepen; op de leeftijd van 7 tot 10 jaar was de prevalentie 1,5–2 maal hoger. Van de jongeren met overgewicht op 13- tot 15-jarige leeftijd had 27–47% al overgewicht op 3- tot 4-jarige leeftijd. Bij meer dan de helft is overgewicht dus na deze leeftijd ontstaan, meestal op een leeftijd tussen de 5 en 10 jaar. Van de 3- tot 4-jarige kinderen met overgewicht had 55–87% nog steeds overgewicht op 13- tot 15-jarige leeftijd. Dit cijfer was vergelijkbaar in andere leeftijdsgroepen en etnische groepen. Van de 13- tot 15-jarige kinderen met ondergewicht had slechts 25–40% ondergewicht op 3- tot 4-jarige leeftijd. Ook had slechts 7–21% van de kinderen met ondergewicht op de leeftijd van 3 tot 4 jaar nog steeds ondergewicht op oudere leeftijd. Ondergewicht is dus meestal tijdelijk, en de meeste kinderen met ondergewicht tussen 3 en 10 jaar oud hebben een normaal gewicht als 13- tot 15-jarige.

Conclusie: Deze studie vond etnische verschillen in *tracking* van de BMI en de BMI-klasse wanneer deze werden gebaseerd op universele BMI-criteria. Voor Hindoestaanse kinderen verdwenen deze verschillen grotendeels na toepassing van etnisch-specifieke BMI-afkappunten.

Overgewicht komt al veelvuldig voor op 3- tot 4-jarige leeftijd of ontstaat tussen de leeftijd van 5 en 10 jaar. Na die leeftijd veranderde de BMI-klasse nog maar in beperkte mate. In alle etnische groepen was overgewicht op jonge leeftijd al in matige tot hoge mate voorspellend voor overgewicht tijdens de adolescentie. Voor ondergewicht was dit verband er niet.

Richtlijnen in de jeugdgezondheidszorg: geleerde lessen en mogelijkheden voor internationale samenwerking

J.A. Deurloo¹, M. Fleuren¹, K. Van Hoek²,
M. Kamphuis¹, K. Hoppenbrouwers³, P. Verkerk¹

¹TNO Child Health, Leiden, Nederland

²Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, België

³Centrum Omgeving en Gezondheid, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België

e-mail: mascha.kamphuis@tno.nl

Achtergrond en doelstelling: Een richtlijn is een op systematische wijze ontwikkeld document met aanbevelingen en instructies om het besluitvormingsproces van professionals in de gezondheidszorg te ondersteunen. Een richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en een afweging van voor- en nadelen van mogelijke zorgopties, aangevuld met de expertise en ervaring van professionals en cliënten.

Nederland en Vlaanderen hebben een lange traditie van richtlijnontwikkeling in de jeugdgezondheidszorg, met respectievelijk 25 richtlijnen in Nederland (sinds 1997), en 7 in Vlaanderen (sinds 2001). Uit een recente online enquête onder ledenorganisaties van EUSUHM (10 respondenten) blijkt in twee derde van de betrokken landen gewerkt te worden volgens specifiek voor jeugdgezondheidszorg ontwikkelde richtlijnen. Hierbij zijn visus, gehoor, groei, puberteitsontwikkeling, gewicht, mondgezondheid en vaccinatie de meest genoemde thema's.

Doel van de workshop was om kennis en ervaringen uit te wisselen over het proces van ontwikkeling en implementatie van richtlijnen jeugdgezondheidszorg in de betrokken Europese landen en de mogelijkheden van grensoverschrijdende samenwerking (binnen de context van EUSUHM) te onderzoeken.

Methode: Na een korte introductie onder meer over de resultaten van de eerder vermelde enquête, werd het volledige traject van richtlijnontwikkeling, -implementatie en -evaluatie doorlopen aan de hand van een praktijkvoorbeeld (richtlijn visusscreening in Vlaanderen). Aan de hand van 10 stellingen met bijbehorende achtergrondinformatie werd over diverse thema's gediscussieerd, onder andere het ontwikkelproces, het innovatieraamwerk van Paulussen en Fleuren, en het Meetinstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) om determinanten van implementatie te identificeren.

Resultaten: Tien landen waren vertegenwoordigd in de workshop, namelijk Finland, Kroatië, Litouwen, Macedonië, Nederland, Oostenrijk, Rusland, Slovenië, Vlaanderen en Zweden. Uit de bespreking bleek tussen deze landen een grote diversiteit te bestaan in het hebben van richtlijnen en de procedure van richtlijnontwikkeling en implementatie. Diverse beleids- en organisatorische aspecten spelen een rol bij de verschillen tussen de landen. Tijdens de workshop werden genoemd: de opdrachtgever van de richtlijnontwikkeling, de wijze van organisatie van de jeugdgezondheidszorg, hoe richtlijnen zijn ingebed in regelgeving en/of kwaliteitscontrole, en of er een elektronisch registratiesysteem is dat de richtlijn ondersteunt. Ook de financiering van de ontwikkeling en de implementatie worden gezien als een belangrijke bepalende factor voor het slagen van het correct gebruik van richtlijnen.

Uit de discussie bleek grote interesse en bereidheid te bestaan tot samenwerken, onder meer door generieke delen van een richtlijn (bijvoorbeeld de wetenschappelijke onderbouwing) te delen, en elkaar te inspireren bij het formuleren van concrete aanbevelingen en instructies. Deze laatste zijn *de facto* ingebed in de lokale organisatie van de gezondheidszorg, en daarom onvermijdelijk in mindere of meerdere mate verschillend tussen landen onderling. De taal kan echter ook een barrière vormen.

Conclusie: In een eerste stap wordt op de vernieuwde EUSUHM-website (www.eusuhm.org) voorzien in ruimte voor een zogenaamde *Guideline corner*, waarin ledenorganisaties alle relevante informatie met betrekking tot hun richtlijnen kunnen posten (documenten, samenvattingen, links naar websites waar de richtlijnen op staan). Tevens is de optie besproken een forum op te zetten, met vraag en antwoord tussen de leden. Gehoopt wordt dat dit delen van informatie aanleiding geeft tot samenwerking bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen. EUSUHM wil de samenwerking rond richtlijnen graag faciliteren.

Kinderrechten en Participatie in het onderwijs. Een brug tussen school en jeugd(gezondheids)zorg

W.J.G. Lijs-Spek

Adviseur Stichting KinderrechtenNU, Delft, Nederland
e-mail: lijs@kinderrechten.nu

Achtergrond en doelstelling: KinderrechtenNU (KRNU) heeft een methodiek ontwikkeld voor implementatie van kinderopparticipatie en kinderrechten in het onderwijs. De methodiek is gebaseerd op het Verdrag van de Rechten van het Kind (VRK). KRNU heeft samen met kinderen het Kinderrechtenverdrag vertaald in de KR-checklist. KRNU heeft ook een Kinderrechtenkaartspel ontwikkeld met vragen over uiteenlopende onderwerpen en aansprekende afbeeldingen (www.kinderrechtennu.nl). Onder begeleiding van leerkrachten of intern begeleiders op scholen worden de KR-checklist en het kaartspel in kleine groepen leerlingen besproken. Hierdoor wordt veiligheid gecreëerd en kunnen de kinderen vrijuit praten. Het gesprek gaat over het leven van de kinderen en de kinderrechten: 'Wat is nodig om op te groeien? Hoe gaan we met elkaar om? Hoe zorgen we voor elkaar?' Door de KRNU-methodiek krijgen alle kinderen in de leeftijd van 9 tot 13 jaar de mogelijkheid om deze vragen te beantwoorden. Ze worden gestimuleerd en ondersteund om hun eigen sociale omgeving in kaart te brengen en krijgen daardoor een beter inzicht in hun sociale netwerk. Door het spelen van het KR-kaartspel leren kinderen (en leerkrachten) elkaar beter kennen, waardoor ze elkaar beter kunnen begrijpen. Het Kinderprotocol Meldcode 'Zoek een volwassene die je vertrouwt, die naar je luistert en die je helpt' leert kinderen tot wie zij zich kunnen wenden om hulp te zoeken voor zichzelf of voor een ander. Doordat de KRNU-methodiek de drempel om over problemen te praten verlaagt, kunnen signalen van bijvoorbeeld kindermishandeling, huiselijk geweld of pesten vroegtijdig ontdekt en besproken worden. Bij vermoedens van problemen zal de vertrouwenspersoon het

kind en zijn gezin adviseren. Afhankelijk van de aard van het probleem kan de jeugdgezondheidszorg worden geraadpleegd.

Om de implementatie van 'Kinderrechten en Participatie in het onderwijs' (KR&P) te onderzoeken, is in 2013 een pilotstudie in Den Haag en omstreken uitgevoerd (M. Müller en M.P. L'Hoir, TNO)

Methodie: De methodiek is bij 9 scholen (en 1 jeugdzorgorganisatie) geïntroduceerd, door in de klas het Kinderrechtenverdrag te bespreken en in kleinere groepen het spel te spelen. Er zijn vragenlijsten voor leerkrachten en leerlingen gebruikt en interviews met volwassenen gehouden. Het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) is gebruikt om kansen en belemmeringen van de KR&P-methodiek in het onderwijs te meten (Fleuren et al., 2012).

Resultaat en conclusie: Van 23% (13) van de leerkrachten en van 20% (236) van de leerlingen zijn ingevulde vragenlijsten ontvangen. Kinderen (82%) evalueerden de introductie van het Verdrag in de klas positief, educatief en plezierig. Een groot aantal kinderen (85%) vond het kaartspel leerzaam. Bijna alle leerkrachten antwoordden dat zij graag met de methodiek willen werken, die zij als effectief, relevant en bruikbaar voor de kinderen beoordeelden. Naar hun mening kan tijdgebrek een belemmering zijn voor het gebruik ervan. De volwassenen stelden voor om in de toekomst de KR&P-methodiek in de scholen te introduceren in de 'Week van de Rechten van het Kind', rond 20 november. Door de jaarlijks terugkerende aandacht wordt de methodiek een vast onderdeel van het schoolcurriculum.

Noot: De poster Children's Rights and Children's Participation won de derde prijs op het congres.

The Youth Nurse matters!

M. Bulcke¹, B. Bakker-Camu²,
M. van Kuppevelt²

¹Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Leuven, België

²Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Utrecht, Nederland
e-mail: monica.bulcke@g-o.be

Achtergrond en doelstelling: Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is een maatschappelijke opdracht in alle Europese landen. Jeugdverpleegkundigen leveren, in samenwerking met ouders en andere JGZ-partners, een proactieve en preventieve bijdrage aan het bevorderen van de optimale groei, gezondheid en ontwikkeling van kinderen en jongeren.

Het welbevinden van de jeugdige staat daarbij centraal. Jeugdverpleegkundigen richten zich specifiek op 'gezonde' kinderen en jongeren en de interactie met hun leefwereld. Gezondheid wordt hier opgevat als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Daarbij is specifieke aandacht voor ontzorgen, normaliseren en stimuleren van zelfmanagement. Multidisciplinaire samenwerking, zowel binnen het eigen JGZ-team als binnen de verschillende settings waarin kinderen/jongeren zich bevinden, is een voorwaarde.

De jeugdverpleegkundige werkt vanuit een verpleegkundige basis binnen het eigen deskundigheidsexpertisegebied: de jeugdgezondheidszorg. Hierbij legt de jeugdverpleegkundige