

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**JOnG!**

**THEORETISCHE ACHTERGRONDEN,  
ONDERZOEKSOPZET EN VERLOOP  
VAN HET EERSTE MEETMOMENT**

Promotoren:

Prof. dr. Hans Grietens  
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers  
Prof. dr. Annemie Desoete  
Prof. dr. Roeljan Wiersema  
Prof. dr. Karla Van Leeuwen



**IN OPDRACHT VAN DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN**

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22  
E-mail: [swvg@med.kuleuven.be](mailto:swvg@med.kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>  
Publicatie nr. 2010/02  
SWVG-Rapport 11

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Titel rapport: JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment  
Promotoren: Prof. dr. Hans Grietens, Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Prof. dr. Annemie Desoete, Prof. dr. Roeljan Wiersema, Prof. dr. Karla Van Leeuwen

Administratieve ondersteuning: Lieve Van Cauwenberghe

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



## **Promotoren en Partners van het Steunpunt**

### **K.U.Leuven**

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG  
Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek  
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht  
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

### **UGent**

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde  
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg  
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen  
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

### **VUBrussel**

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

### **KHKempen**

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

# **Inhoud**

|   |            |
|---|------------|
| <b>INLEIDING</b>  | <b>5</b>   |
| <b>HOOFDSTUK 1 Situering van het onderzoek JOnG!</b>                        | <b>7</b>   |
| 1. JOnG!, een longitudinaal epidemiologisch onderzoek                       | 7          |
| 2. Uitgangspunten   | 8          |
| 3. Doelstellingen   | 9          |
| 4. Het onderzoeksteam van JOnG!   | 9          |
| 5. Opvolging door de overheid   | 10         |
| <b>Hoofdstuk 2 Het theoretische kader van JOnG!</b>                         | <b>13</b>  |
| 1. Voorbereidende literatuurstudie  | 13         |
| 2. Variabelen en hun operationalisering                                     | 17         |
| <b>Hoofdstuk 3 De onderzoeksopzet van JOnG!</b>                             | <b>45</b>  |
| 1. Methode van onderzoek  | 45         |
| 2. Beschrijving van de steekproef en respons                                | 54         |
| 3. Besluit  | 57         |
| <b>Referenties</b>  | <b>59</b>  |
| <b>BIJLAGEN</b>   | <b>81</b>  |
| <b>Bijlage 1 Literatuurstudie – 28 grootschalige longitudinale studies</b>  | <b>83</b>  |
| <b>Bijlage 2 Overzicht dataverzameling voor de 3 cohorten, meetmoment 1</b> | <b>95</b>  |
| <b>Bijlage 3 Folders en toestemmingsformulieren</b>                         | <b>107</b> |
| <b>Bijlage 4 Handleiding en schema voor verpleegkundigen JOnG!</b>          | <b>123</b> |

## **Lijst met tabellen**

|         |   |    |
|---------|---|----|
| Tabel 1 | Aantal kinderen van de cohorte 0-jarigen die behoren tot de regiopopulatie, de doelgroep, en de participatiegraad | 54 |
| Tabel 2 | Aantal 6-jarigen die behoren tot de regio, en participatiegraad   | 55 |
| Tabel 3 | Aantal kinderen die behoren tot de cohorte en doelgroep, en participatiegraad                                     | 56 |

## **Lijst met figuren**

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Figuur 1 | Sociaal-ecologisch model voor gezondheid en ontwikkeling van Lynch, aangepast door Nicholson en Rempel (Nicholson en Rempel, 2004, p88) | 14 |
| Figuur 2 | Model schematische voorstelling van longitudinale cohortenstudie  | 15 |
| Figuur 3 | Voorbeeld van schematische voorstelling van longitudinale cohortenstudie  | 15 |
| Figuur 4 | Model dataverzameling onderzoek JOnG!   | 16 |
| Figuur 5 | Design onderzoek JOnG!  | 47 |
| Figuur 6 | Chronologisch overzicht van dataverzameling bij de cohorten 0-jarigen   | 49 |
| Figuur 7 | Chronologisch overzicht van dataverzameling bij de cohorten 6- en 12-jarigen  | 52 |

## INLEIDING

JOnG!, een onderzoek naar ontwikkeling, opvoeding, gezondheid en gedrag bij 0-, 6-, en 12-jarigen en hun gezin, is een onderdeel van het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG). Dit steunpunt, een consortium dat deskundigen uit de K.U.Leuven, UGent, VUB en de Katholieke Hogeschool Kempen verenigt, is opgericht om de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin met wetenschappelijk onderzoek te ondersteunen bij het voeren van een slagkrachtig, vernieuwend, efficiënt en integraal beleid rond (de problemen van) welzijn, volksgezondheid en gezin. Het steunpunt realiseert dit door een gecoördineerde en multidisciplinaire wetenschappelijke benadering die toelaat de complexiteit van de huidige welzijns-, gezondheids- en gezinsproblemen ten gronde te begrijpen, te analyseren en aan te pakken.

JOnG! wordt gerealiseerd door een kernteam van experts in een interdisciplinair samenwerkingsverband tussen de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Gent. Hierbij kan een beroep gedaan worden op een structureel netwerk van externe consultants werkzaam bij voornoemde universiteiten en de Vrije Universiteit Brussel. JOnG! wordt bij het opzet, de uitvoering en de opvolging van het onderzoek ook ondersteund door de Centrale Steunpuntwerking.

Als onderdeel van het SWVG-programma 'Kencijfers en monitoring – Jeugd en Gezin' heeft JOnG! als eerste doelstelling kencijfers over (problemen inzake de) gezondheid, gedrag, ontwikkeling en opvoeding van kinderen en jongeren te verzamelen en hun evolutie op lange termijn op te volgen. Een tweede doelstelling bestaat erin de zorgbehoefte, het zorggebruik en de zorgtrajecten van kinderen, jongeren en hun gezin gerelateerd aan voornoemde levensdomeinen in kaart te brengen. Daartoe wordt een longitudinaal onderzoek opgezet bij een cohorte 0-jarigen, 6-jarigen en 12-jarigen en worden bestaande databanken ontsloten. Hierbij wordt de ontwikkeling van kinderen en jongeren op verschillende domeinen zo breed mogelijk bekeken, en het samenspel van medische, psychologische en pedagogische aspecten van ontwikkeling systematisch opgevolgd, ontwikkelingspaden van kinderen en jongeren – en de verschillen daarin – inzichtelijk gemaakt. Bovendien worden zorg- en hulpverleningstrajecten in het algemeen en van specifieke doelgroepen in kaart gebracht. Het longitudinaal onderzoek wordt, evenals de andere studies van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, uitgevoerd in negen Vlaamse regio's. Daarnaast worden ook verdiepende onderzoeken in de drie leeftijdscohortes opgezet. Dit maakt het mogelijk te focussen op specifieke doelgroepen en hun behoeften inzake welzijn- en gezondheidszorg.

Met JOnG! is er voor het eerst in Vlaanderen en Brussel een zo groots opgezet onderzoek naar de combinatie van gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding van baby's, kinderen en jongeren en hun gezinnen. Zo biedt JOnG! de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een zeer duidelijk en genuanceerd beeld van de nieuwe generatie kinderen en jongeren en hun gezinnen, waarbij ook het perspectief van jongeren zelf aan bod komt. Door het gebruik van gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten – uitgebreid beschreven in dit rapport - is het ook mogelijk de resultaten van dit interdisciplinair epidemiologisch longitudinaal onderzoek te situeren in

een internationaal perspectief. Dit samenhangend geheel van wetenschappelijk onderzoek maakt het mogelijk voor Vlaanderen vernieuwende kennis en inzichten te genereren teneinde het beleid via beleidsaanbevelingen te ondersteunen met oog op een kwaliteitsvol welzijns- en zorgbeleid.

JOnG! is een omvangrijk wetenschappelijk onderzoek dat een sterk theoretisch kader en een coherent onderzoeksopzet vereist. Dit introductierapport heeft als doelstelling transparantie te verschaffen in de theoretische achtergronden en het onderzoeksopzet. Het rapport bestaat uit vier hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk situeert de opdracht, de uitgangspunten, de doelstellingen van JOnG, evenals de opvolging door de overheid en het onderzoeksteam. Het tweede hoofdstuk schetst het theoretisch kader van waaruit JOnG! werd opgezet en staat kort stil bij de literatuurstudie waarop dit kader is gebaseerd. Hoofdstuk drie beschrijft de opzet van de empirische studies en een analyse van de respons van de eerste bevraging.

# HOOFDSTUK 1

## Situering van het onderzoek JOnG!

### 1. JOnG!, een longitudinaal epidemiologisch onderzoek

Een onderzoek als JOnG!, een longitudinaal epidemiologisch onderzoek naar de ontwikkeling, opvoeding, gezondheid en gedrag bij kinderen, jongeren en hun gezin en hun zorgtrajecten is nieuw voor Vlaanderen. Het merendeel van het onderzoek in Vlaanderen rond deze thema's bestaat uit prevalentiestudies. In tegenstelling tot het buitenland (o.a. Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Canada, Australië en Nederland), werd in Vlaanderen nauwelijks longitudinaal epidemiologisch onderzoek naar gezondheids-, ontwikkelings-, gedrags- en/of opvoedingsproblemen bij kinderen opgezet.

De nood aan longitudinaal epidemiologisch onderzoek over deze (combinatie van) domeinen is nochtans groot en dit om meerdere redenen. Vooreerst vanuit wetenschappelijk standpunt. Epidemiologisch onderzoek biedt naast mogelijkheden tot het verzamelen van prevalentie- en incidentiegegevens ook de gelegenheid om evoluties in bevolkingsgroepen te bestuderen en (dis-)continuïteiten in de ontwikkeling van risico's en problemen na te gaan. Daarnaast kan in kaart worden gebracht of, wanneer en waar mensen hulp zoeken bij problemen en welke trajecten ze afleggen in de hulpverlening. Dit soort onderzoek leert ons iets over de aanwezigheid, omvang en intensiteit van problemen op een bepaald moment in de tijd of over een bepaalde periode. De klassieke incidentie- en prevalentiestudies in de geneeskunde en de gedragswetenschappen zijn hier voorbeelden van. Omwille van het longitudinale karakter kan in deze studies ook worden nagegaan hoe problemen zich ontwikkelen over de tijd heen, bijvoorbeeld of hun ontwikkeling continu dan wel discontinu verloopt, hoe risicofactoren in kind, gezin en omgeving met elkaar verbonden zijn en de ontwikkeling beïnvloeden, welke protectieve factoren in deze domeinen aanwezig zijn en hoe deze de ontwikkeling ten gunste beïnvloeden.

Longitudinaal epidemiologisch onderzoek over deze combinatie van domeinen heeft een zeer grote beleidsrelevantie. Prevalentie- en incidentiecijfers laten het beleid toe de omvang van problemen op het domein van gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding goed in te schatten. Wanneer bevolkingsgroepen in epidemiologisch onderzoek longitudinaal worden opgevolgd en dit wordt gekoppeld aan de studie van hun zorgbehoeften en -gebruik, laat dit het beleid toe een zicht te krijgen op de instroom in de welzijns- en gezondheidszorg en op de trajecten die kinderen en gezinnen er doorlopen. Dergelijke kennis kan de welzijns- en gezondheidszorg transparanter maken en het beleid helpen ze op een meer efficiënte manier te organiseren en te budgetteren in de toekomst.

## 2. Uitgangspunten

Bij de opstart van JOnG! werden volgende uitgangspunten in acht genomen:

- JOnG! *maakt deel uit van het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Dit betekent dat het JOnG!-onderzoek zich inschrijft in de algemene opdracht van het SWVG en dat bij de uitvoering van het onderzoek en de rapportering van de onderzoeksresultaten deze opdracht centraal staat. Het impliceert ook dat JOnG! rekening houdt met de focus van het steunpunt op lokaal beleid en de meerjarenstudies uitvoert in negen regio's in Vlaanderen, die volgens welbepaalde criteria werden geselecteerd (cf. Hoofdstuk 3).
- JOnG! is een *algemeen bevolkingsonderzoek*. De respondenten uit de drie cohorten werden gerecruteerd uit de bevolking van de in het steunpunt betrokken regio's. De onderzoeksresultaten zullen op de eerste plaats betrekking hebben op gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding van kinderen en jongeren uit deze regio's en de zorg die hen wordt verstrekt. Men kan JOnG! aldus typeren als een *regionale algemene epidemiologische studie*. Onder bepaalde voorwaarden, bijvoorbeeld wanneer het demografische en socio-economische profiel van de deelnemende gezinnen voldoende overeenstemt met dat van de algemene bevolking uit dezelfde leeftijdscohorten, zijn onderzoeksresultaten generaliseerbaar voor de Vlaamse bevolking. Hoewel JOnG! geen specifieke of klinisch-epidemiologische studie is die enkel risicogroepen of groepen waarin bepaalde problemen werden geïdentificeerd volgt, wordt ook aandacht besteed aan de rekrutering van maatschappelijk kwetsbare kinderen en gezinnen (MKK) en aan de identificatie van kinderen die zorg (KZ) gebruiken. Het eerste aandachtspunt ziet men onder andere bij de keuze van de regio's en de uitwerking van de dataverzamelingsprocedures (cf. Hoofdstuk 3). Het tweede aandachtspunt werd expliciet geoperationaliseerd in de bevragingen. In alle cohorten wordt gepeild naar zorgbehoeften en -gebruik van ouders én de kinderen.
- JOnG! is een *multidisciplinaire en interuniversitaire* studie. Het multidisciplinaire karakter van JOnG! krijgt vorm door de samenwerking tussen experts en onderzoekers uit de disciplines jeugdgezondheidszorg, klinische psychologie en gezins- en orthopedagogiek. De aanwezigheid van deze drie disciplines garandeert dat de genoemde domeinen voldoende aan bod komen vanuit een multidisciplinair perspectief. Dit schept een unieke gelegenheid om de verbindingen tussen de domeinen te bestuderen. Deze synergie én de samenwerking tussen drie Vlaamse universiteiten (Katholieke Universiteit Leuven, Universiteit Gent, Vrije Universiteit Brussel) maakt JOnG! tot een unieke studie in Vlaanderen.
- JOnG! is, gezien de opdracht, een *beleidsgericht onderzoek*. De onderzoeksdoelstellingen en -vragen worden geïnitieerd door het beleid. De onderzoekers willen het beleid inzake welzijn, volksgezondheid en gezin ondersteunen door kennis en inzicht te verwerven over de gezondheid, opvoeding, gedrag en ontwikkeling van kinderen en de zorgbehoefte, -gebruik en -trajecten van kinderen en gezinnen in Vlaanderen. Het beleid is nauw betrokken bij de opzet en uitvoering van het onderzoek.



- Hoewel JOnG! in eerste instantie een beleidsgericht onderzoek is, werd het *ingebed in de lopende onderzoekslijnen van de verschillende betrokken promotoren*. Dit maakt het mogelijk dat de promotoren ten volle hun expertise in JOnG! kunnen inbrengen en zorgt voor kruisbestuiving met andere lopende onderzoeken in de betreffende centra. Deze inbedding uit zich in de thema's van de doctoraten van de op JOnG! tewerkgestelde bursalen en in de manier waarop aan de domeinen gezondheid, ontwikkeling, gedrag, opvoeding en zorg wordt gestalte gegeven, met name in de variabelen waarop wordt gefocust en de operationalisering van deze variabelen in de onderzoeksprotocollen (bv. de meetinstrumenten en -procedures die worden gekozen).

### **3. Doelstellingen**

Op basis van de informatie van *alle respondenten* is het de bedoeling om

1. gezondheid, gedrag, ontwikkeling en opvoeding van kinderen in de geselecteerde regio's in kaart te brengen en zicht te geven op de incidentie en prevalentie van gezondheids-, gedrags-, ontwikkelings- en opvoedingsproblemen;
2. via longitudinale opvolging de evolutie, groei en ontwikkeling van de kinderen in beeld te brengen;
3. de behoefte aan en het gebruik van zorg doorheen de ontwikkeling in kaart te brengen en zorgtrajecten te inventariseren. Er wordt tevens getracht om mogelijkheden van vroegtijdige opsporing van stoornissen en problemen aan te tonen.

Verder wil het onderzoek

4. zicht krijgen op de evolutie van gezondheid, gedrag, ontwikkeling en opvoeding van kinderen die in risicosituaties opgroeien;
5. via longitudinale opvolging de evoluties, groei en ontwikkeling van kinderen in risicosituaties volgen;
6. problemen en noden van deze kwetsbare kinderen en gezinnen in kaart brengen;
7. nagaan welke van deze kinderen en hun gezinnen instromen in de zorg, hoe hun zorgtrajecten eruit zien en hoe ze de zorg percipiëren.

### **4. Het onderzoeksteam van JOnG!**

Het onderzoek wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van orthopedagogen, artsen en psychologen.

Promotoren vanuit verschillende onderzoeksgroepen van de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Gent leiden het onderzoek:

- Prof. dr. Hans Grietens (coördinator; K.U. Leuven, Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek) (tot 1 september 2010)

- Prof. dr. Karla Van Leeuwen (K.U. Leuven, Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek) (vanaf 1 september 2010)
- Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers (K.U. Leuven, Dienst Jeugdgezondheidszorg)
- Prof. dr. Herbert Roeyers (UGent, Vakgroep Experimenteel-klinische en Gezondheidspsychologie) (tot 1 juli 2009)
- Prof. dr. Roeljan Wiersema en prof. dr. Annemie Desoete (UGent, Vakgroep Experimenteel-klinische en Gezondheidspsychologie) (vanaf 1 oktober 2009).

Zij worden bijgestaan door wetenschappelijke medewerkers vanuit de drie onderzoeksgroepen.

Kernteam:

- Dr. Cécile Guérin,
- Mevr. Kristien Lacluyse (tot 31 augustus 2009),
- Mevr. Sofie Rousseau (vanaf 1 september 2009),
- Mevr. Ann Winnen (tot 1 juli 2009),
- Mevr. Sara Van der Straeten (vanaf 1 september 2009).

Andere medewerkers (deeltijds of voltijds verbonden aan JOnG! en bezoldigd via andere financiële middelen dan het steunpunt): Mevr. Imke Baetens, Mevr. Annelies Ceulemans, Dr. Nancy Devogelaer, Mevr. Hilde Dierckx, Dr. Ciska Pieters, dhr. Mathieu Roelants, Mevr. Valerie Van Cauwenberghe, Mevr. Femke Van Schoonlandt, Dr. Inge Van Trimpont.

Naast de promotoren maken volgende onderzoekers deel uit van de *expertengroep*:

- Prof. dr. Patricia Bijttebier (K.U. Leuven, Onderzoeksgroep Psychodiagnostiek en Psychopathologie)
- Dr. Kris Bogaerts (K.U. Leuven, Leuvens Biostatistiek en Statistische Bioinformatica Centrum)
- Prof. dr. Paul De Cock (K.U. Leuven, Dienst Jeugdgezondheidszorg)
- Prof. dr. Emmanuel Lesaffre (K.U. Leuven, Leuvens Biostatistiek en Statistische Bioinformatica Centrum)
- Prof. dr. Johan Vanderfaeillie (VUB, Vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie)
- Prof. dr. Karla Van Leeuwen (K.U. Leuven, Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek) (sinds 1 oktober 2009 en vanaf 1 september 2010 promotor)

Tot slot zetten alle betrokken onderzoeksgroepen op continue basis masterstudenten (in het kader van masterproeven en onderzoeksstages) en gediplomeerden in. JOnG! wordt bij de realisatie van het onderzoek ondersteund door de Centrale Steunpuntwerking, maar zet omwille van de omvang van het onderzoek ook extra personeel ter administratieve en logistieke ondersteuning in.

## 5. Opmvolging door de overheid

De SWVG-stuurgroep agendeert de stand van zaken van JOnG! op haar vergaderingen en volgt nauwgezet het onderzoek op. Verder wordt aan de opdrachtgever op regelmatige basis gerapporteerd over de voortgang van het onderzoek op de beleidsplatforms die het

steunpunt organiseert. Op beleidsplatforms is het onderzoeksopzet diverse malen voorgesteld en waar nodig, in samenspraak met de betrokken verantwoordelijken bijgestuurd.

In het bijzonder wordt de studie van de cohorte 0-jarigen van zeer dichtbij door verantwoordelijken van Kind & Gezin en het Kenniscentrum WVG opgevolgd. Op regelmatige basis wordt overlegd en samengewerkt over inhoudelijke, administratieve en logistieke aspecten van het onderzoek. Deze stuurgroep bestaat uit volgende leden:

- Mevr. Bea Buysse (Kind & Gezin)
- Dr. Martine Debyser (Kind & Gezin) tot 30 juni 2008
- Mevr. Benedikte Van den Bruel (Kind & Gezin)
- Prof. dr. Bea Van den Bergh (Kenniscentrum WVG)

Voor de studie van de cohorten van 6- en 12-jarigen werd actieve samenwerking gezocht met de verantwoordelijken van de verschillende CLB-koepels. Het onderzoek bij de 6- en 12-jarigen wordt gesteund door de InternettenSamenwerkingsCel (ISC), die Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) van de verschillende netten vertegenwoordigt.



## Hoofdstuk 2

### Het theoretische kader van JOnG!

In dit hoofdstuk wordt het theoretische kader van de JOnG!-studie besproken. In punt 1. komt de voorbereidende literatuurstudie aan bod. Deze studie had een grote invloed op de afbakening van de onderzoeksthema's binnen JOnG!. Punt 2. biedt een overzicht van deze thema's, de achterliggende variabelen en hun operationalisering.

#### 1. Voorbereidende literatuurstudie

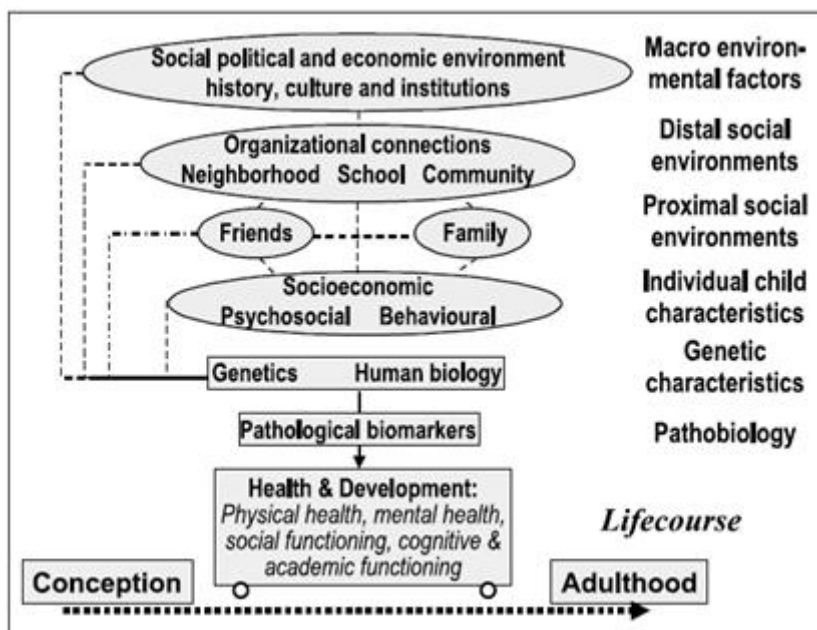
Tijdens de voorbereidingsfase van de JOnG!-studie in 2007-2008 werd een grondig literatuuronderzoek verricht naar longitudinale cohortenstudies in andere landen. Bedoeling was om een inventaris van buitenlandse ervaringen op te maken en hieruit inspiratie te putten bij het bepalen van de inhoud en methodologie van ons eigen onderzoek. Na een systematische literatuursearch (trefwoord: birth cohort) via LibrisourcePlus (Databases PubMed, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Library, Web of Science) werden 28 grootschalige longitudinale studies weerhouden op basis van volgende criteria:

- Studiedesign: prospectief longitudinaal onderzoek
- Interessegebied: integratief onderzoek, met focus op minstens twee brede domeinen
- Studieomvang: relatief grootschalige steekproef (minstens 1000 deelnemers)
- Opvolging van de kinderen: start op zeer jonge leeftijd (tijdens het eerste levensjaar) met een duur van minimum 3 jaar.

Bijlage 1 bevat een overzicht van deze studies en hun respectievelijke kenmerken, met name: land/regio, rekruteringsperiode, eigenschappen en grootte van de steekproef, voornaamste interessegebieden van het onderzoek, aantal metingen, leeftijd bij eerste meting en follow-up, dataverzameling (beknopt overzicht) en registratievormen (bv. vragenlijsten, interviews, thuisobservaties, specifieke metingen zoals biologische stalen of milieumetingen, enz.), en ten slotte enkele literatuurreferenties en informatiebronnen per studie. Gezien de vaak uitgebreide en intensieve dataverzameling in dergelijke grootschalige onderzoeken was het niet mogelijk om een volledig overzicht te bieden van de gebruikte instrumenten. Doorgaans kan deze informatie wel teruggevonden worden op de website of in de artikels waarnaar gerefereerd wordt.

Nicholson en Rempel (2004) - die zelf ook een systematische review van longitudinale cohortenstudies in Australië en Nieuw-Zeeland voor de periode 1975-2002 verrichtten - bevelen aan om de dataverzameling in dergelijke studies te baseren op '*clearly explicitated, broadly based ecological models*', gezien de complexiteit van de factoren die

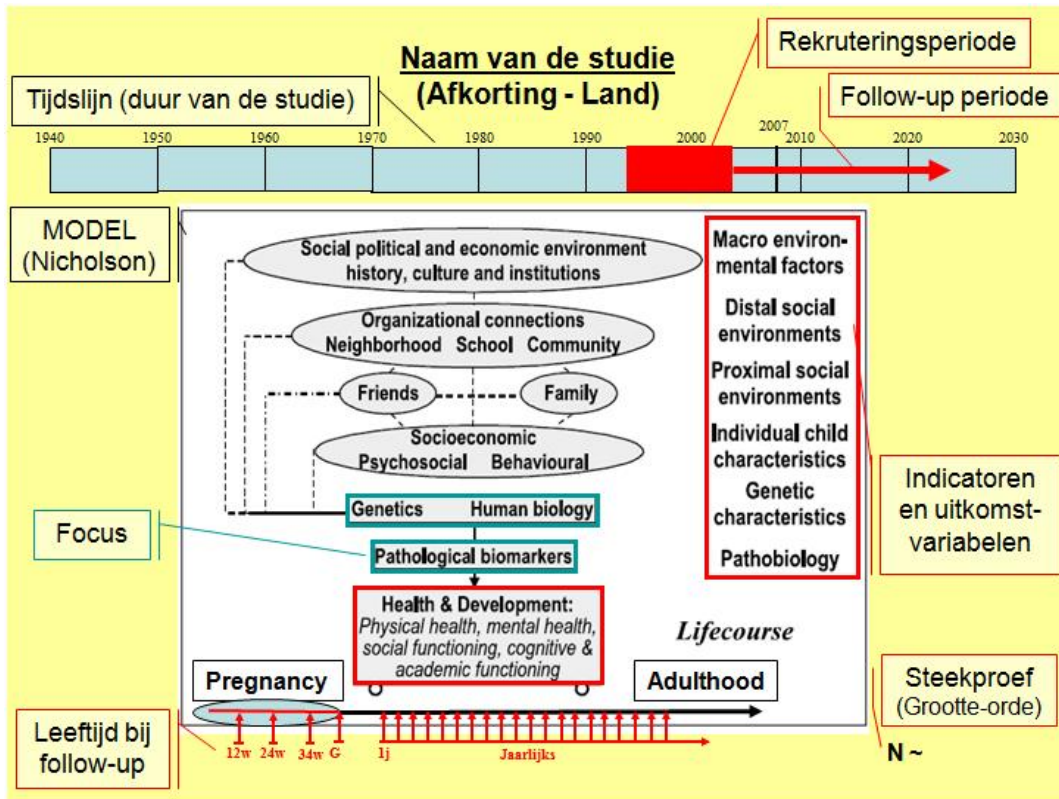
een invloed kunnen hebben op de gezondheid en ontwikkeling van kinderen<sup>1</sup>. Voor hun analyse kozen deze auteurs het socio-ecologische model van Lynch (cf. Figuur 1).



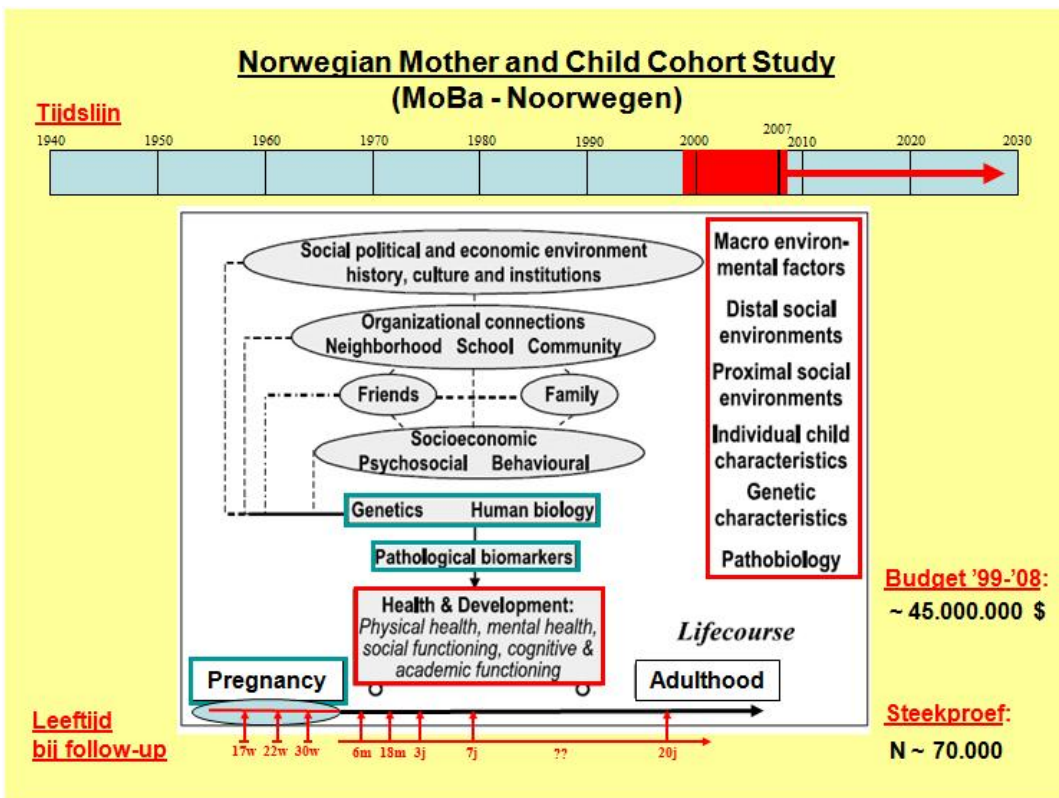
Figuur 1 Sociaal-ecologisch model voor gezondheid en ontwikkeling van Lynch, aangepast door Nicholson en Rempel (Nicholson en Rempel, 2004, p88)

Naar analogie met de analyse van Nicholson en Rempel werden de 28 weerhouden cohortenstudies onder de loep genomen en in het model van Lynch geplaatst. Deze schematische voorstelling werd aangevuld met tijdslijnen die de duur van het onderzoek, het aantal en de timing van de follow-up metingen weergeven (cf. model in Figuur 2, en voorbeeld van toepassing op een van de studies - de Norwegian Mother and Child Cohort Study - in Figuur 3). Zodoende werd duidelijk op welke onderzoeksdomeinen/niveaus elk onderzoek zich toespitst en waar mogelijke leemtes liggen.

<sup>1</sup> Binnen JOnG! wordt een risicofactor gedefinieerd als een kenmerk van kinderen, ouders, een omstandigheid of een gebeurtenis waarvan in goed opgezet onderzoek duidelijk is geworden dat er een verband bestaat met latere minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten van welke aard dan ook. Het gaat hierbij steeds om factoren die een zekere voorspellende waarde hebben ten opzichte van het probleem. Naast risicofactoren worden binnen JOnG! ook beschermende (of protectieve) factoren onderzocht. Deze factoren bestaan eigenlijk alleen in de context van risicofactoren. Van een beschermende factor spreekt men indien deze de relatie tussen een risicofactor en de verwachte problemen in de ontwikkeling modificeert. Protectieve factoren mogen niet verward worden met ontwikkelingsbevorderende factoren (Hermanns et al., 2005).



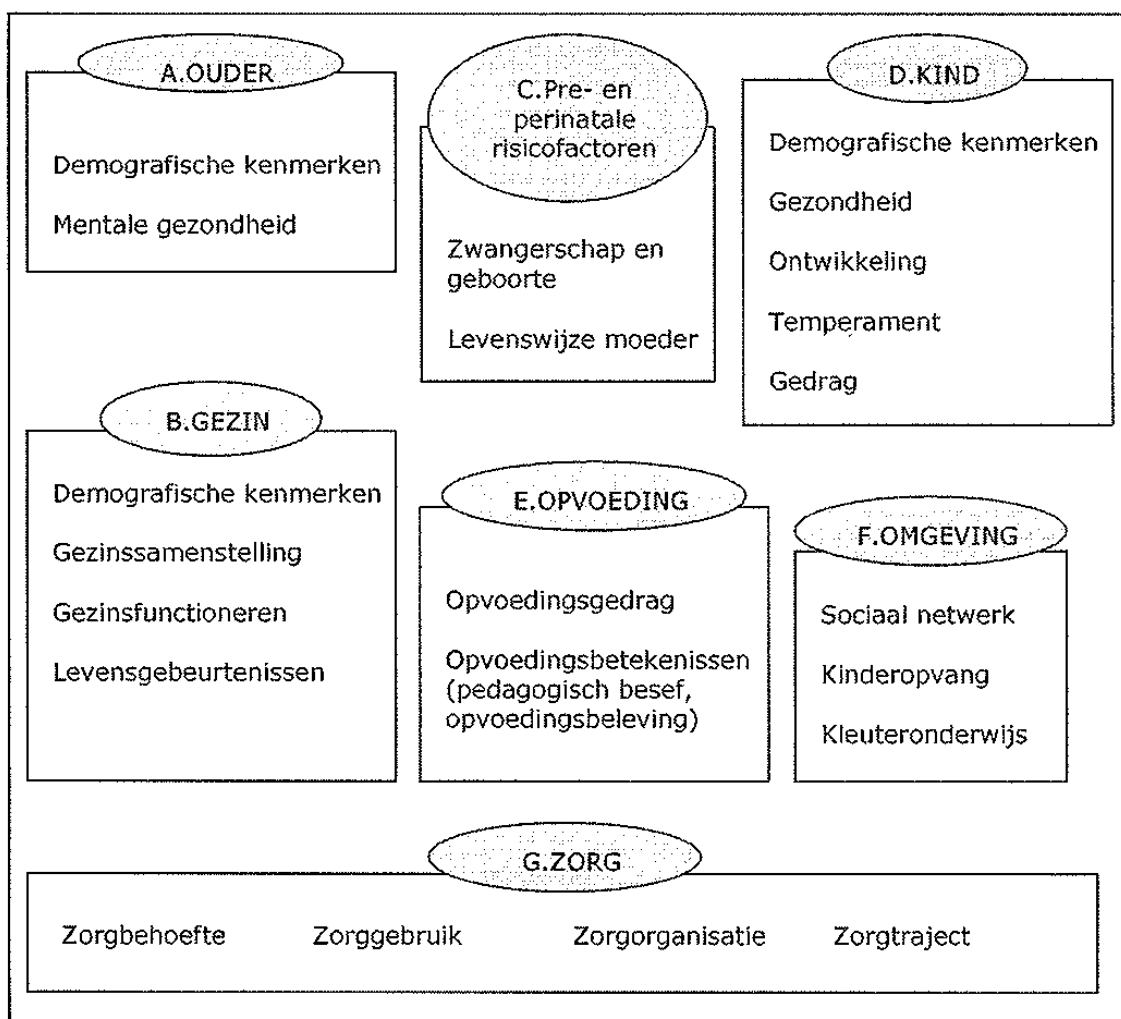
Figuur 2 Model schematische voorstelling van longitudinale cohortenstudie



Figuur 3 Voorbeeld van schematische voorstelling van longitudinale cohortenstudie

Ten slotte werd een overzicht gemaakt van specifieke aandachtspunten en valkuilen bij het opzetten van een longitudinaal cohortenonderzoek, en van kritische bedenkingen en aanknopingspunten voor toekomstige studies, die door sommige auteurs aangereikt worden (bv. Eskenazi et al., 2005; Nicholson & Rempel, 2004; Wake, 2004).

De resultaten van deze literatuurstudie werden aan de expertengroep van JOnG! voorgelegd. Naar aanleiding van deze bespreking - en met het model van Lynch als inspiratiebron - werd vervolgens een model voor dataverzameling voor het onderzoek JOnG! ontwikkeld. Het door Lynch voorgestelde domein 'individuele kindkenmerken' werd opgesplitst in 'kind' en 'pre- en perinatale risicofactoren'. 'Onmiddellijke familiale en sociale omgeving' werd 'ouder', 'gezin' en 'opvoeding'. 'Bredere sociale en economische kenmerken van de buurt of maatschappij' kregen een plaats onder 'omgeving' (Lynch, 2000). Tot slot voegden we het domein 'zorg' toe (zie Figuur 4).



Figuur 4 Model dataverzameling onderzoek JOnG!



## **2. Variabelen en hun operationalisering**

In wat volgt worden de verschillende domeinen uit het 'model longitudinale dataverzameling JOnG!' (cf. Figuur 4) besproken. Per domein komen ten eerste de onderliggende variabelen aan bod die binnen JOnG! bestudeerd worden. Verder wordt opgelijst hoe de variabelen zijn gemeten. Algemeen kunnen we stellen dat in de mate van het mogelijke werd getracht om de gekozen variabelen te meten aan de hand van betrouwbare, valide en geijkte instrumenten. Wanneer dit niet mogelijk was, werden door de onderzoekers zelf schalen geconstrueerd. De keuze van instrumenten en de constructie van de nieuwe schalen werden uitvoerig door de onderzoekers besproken op interne overlegmomenten. Alleen wanneer consensus werd bereikt, werd een instrument opgenomen in de vragenlijst. Indien beschikbaar, worden aan het meetinstrument enkele basisreferenties toegevoegd.

In bijlage 2 wordt een gedetailleerd overzicht van de dataverzameling en de gebruikte meetinstrumenten, op de verschillende meetmomenten toegevoegd.

### **2.1. Ouder**

#### **2.1.1. Demografische kenmerken**

We bevragen van beide ouders de indicatoren 'leeftijd', 'beroep', en 'hoogst behaalde diploma'.

#### **2.1.2. Mentale gezondheid**

Wetenschappelijk onderzoek toonde meermaals het effect van een psychiatrische problematiek bij de ouder op het functioneren van het kind aan (Clark e.a., 1997; Doreleijers, 1995; Hill & Muka, 1996). Onderzoek naar de invloed van depressie, drugsmisbruik en antisociale persoonlijkheidsstoornis kent hierbij de grootste omvang. Opvoeding kan een belangrijke mediërende functie hebben (Dekovic, 2003; Dodge & Pettit, 2003; Reid, 1993; Reid & Eddy, 1997).

*JOnG! brengt de mentale gezondheid van de ouder in kaart via:*

- General Health Questionnaire (GHQ-12)

De GHQ is wereldwijd het meest gebruikte screeningsinstrument voor het psychisch welbevinden van volwassenen. JOnG! gebruikt de Nederlandse vertaling van Koeter en Ormel (1991). Het instrument peilt naar de aanwezigheid van niet-psychotische psychiatrische aandoeningen, met name emotionele stoornissen als angst en depressie. De vragenlijst is niet bedoeld om een specifieke diagnose te stellen.

## **2.2. Gezin**

### **2.2.1. Demografische kenmerken**

We bevragen het gezinsinkomen en nemen - enkel in de cohorte van de 0-jarigen - de IKAROS-indicatoren van maatschappelijke kwetsbaarheid op, zoals deze door Kind en Gezin in haar consultatiebureaus worden toegepast. IKAROS staat hier voor het elektronisch registratiesysteem van Kind en Gezin.

### **2.2.2. Gezinssamenstelling en samenwoningsverband**

Onderzoek toont aan dat gezinssamenstelling/samenwoningsverband de gedrags- en emotionele ontwikkeling van kinderen beïnvloedt (Bianchi, & Robinson, 1997; Downey, 1995). Deze blijken een grote invloed te hebben op de mogelijkheid tot interactie tussen ouder en kind, de kwaliteit van de opvoedingsprocessen en de relatie tussen ouder en kind (Murray-Harvey & Slee, 1998). Ook de samenhang tussen gezinssamenstelling/samenwoningsverband en levensgebeurtenissen kan als mediërende factor voor de ontwikkeling van het kind gezien worden.

*Gezinssamenstelling en samenwoningsverband worden bevroegd door middel van door de onderzoekers opgestelde vragen.*

### **2.2.3. Gezinsfunctioneren**

Zowel op basis van wetenschappelijk onderzoek als praktijkervaring, wordt aangenomen dat factoren in het functioneren van het gezin een aanzienlijke rol spelen bij het ontstaan en het verloop van emotionele en gedragsproblemen. Opvoeding heeft hierin een belangrijke mediërende invloed (Dumas & Wahler, 1985; Hetherington & Martin, 1986; Koot, 1997; Patterson, 1986; Patterson et al., 1992; Wells & Rankin, 1988).

Hoewel geen enkele theorie erin slaagt om deze beïnvloedende factoren volledig te omvatten, bestaat er een groeiende consensus over de essentiële dimensies van gezinsfunctioneren (Fisher, 1976). Een model dat dicht bij deze consensus aansluit, is het procesmodel van gezinsfunctioneren (Steinhauer, Santa-Barbara, & Skinner, 1984).

*JOnG! meet gezinsfunctioneren via:*

- Vragenlijst GezinsProblemen (VGP) - subschalen steun en communicatie, betrokkenheid, geborgenheid en partnerrelatie

De VGP werd opgesteld naar het procesmodel van gezinsfunctioneren (Steinhauer, Santa-Barbara, & Skinner, 1984). De vragenlijst is geconstrueerd naar aanleiding van de vaststelling dat geen enkel van de bestaande vragenlijsten voldoende aan de kwaliteitseisen voldeed (Koot, 1997).

Uit het gedeelte 'Gezin' („in hoeverre vormen de beschreven situaties een probleem in het gezin?") wordt binnen JOnG! de subschaal 'steun en communicatie' gebruikt. Het gedeelte 'Opvoeding' werd weggelaten, aangezien dit elders bevraagd wordt.

Uit het gedeelte 'Gezinsleden' („in hoeverre is een bepaald gedrag van toepassing op 'sommigen in ons gezin'") worden de subschalen 'betrokkenheid' en 'geborgenheid' bevraagd.

Het gedeelte 'Partner' wordt volledig meegenomen.

Het gedeelte 'Kinderen' (bekendheid met de kinderen in het gezin, waargenomen eigen pedagogische competentie, opvoedingsbelasting en relatie met de kinderen) wordt niet bevraagd, aangezien de inhoud sterk aansluit bij variabelen die door andere instrumenten geoperationaliseerd worden.

#### **2.2.4. Levensgebeurtenissen**

De samenhang tussen levensgebeurtenissen en een scala aan somatische, psychosomatische, psychologische en psychiatrische problemen, is in onderzoek al meermaals bevestigd (voor overzichten zie Cohen, 1988; Coyne & Downey, 1991; Kessler et al., 1985). Ook bij kinderen en adolescenten wordt deze samenhang gevonden, al is de literatuur hierover minder uitgebreid (voor overzichten zie Berden, 1992; Compas, 1987; Friedman & Chase-Landsdale, 2002; Johnson, 1986; Rutter & Sanberg, 1992).

*JOnG! bevraagt levensgebeurtenissen aan de hand van:*

- Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG) – selectie van items

De VMG is het enige Nederlandstalige instrument dat door kinderen meegemaakte gebeurtenissen bevraagt. Er werd door de onderzoekers een selectie gemaakt van items. Bij deze selectie werd rekening gehouden met de leeftijd van het kind. Items over meegemaakte gebeurtenissen die elders in de vragenlijst al werden bevraagd, werden geschrapt (Veerman et al., 1993).

#### **2.3. Pre- en perinatale risicofactoren**

In de literatuur zijn tientallen pre- en perinatale risicofactoren beschreven. Een aantal van deze factoren - zoals ongewenste zwangerschap; roken of drinken van alcohol tijdens de zwangerschap; geboortecomplicaties - zijn specifiek voor de pre- en perinatale periode. Deze pre- en perinatale risicofactoren situeren zich op twee grote dimensies, namelijk 'zwangerschap en geboorte' en 'levenswijze moeder' (Appleyard, Egeland, Dulmen, & Sroufe, 2005; Asscher & Paulussen- Hoogenboom, 2005; Fattal-Valevski et al., 2009; Heinonen et al., 2008; Sameroff & Fiese, 2000; Shonkoff et al., 2009).

### 2.3.1. Zwangerschap en geboorte

In de literatuur wordt gesteld dat allerlei zwangerschaps- en geboortefactoren en complicaties een belangrijke invloed uitoefenen op de latere ontwikkeling van het kind. Onder meer volgende factoren blijken een rol te spelen (Fattal-Valevski et al., 2009; Heinonen et al., 2008; Raine et al., 1995; Shonkoff et al., 2009):

- Intra-uteriene infectie (CMV, toxoplasmose ...)
- Tweeling- of meerlingzwangerschap
- Intra-uteriene groeiretardatie
- Prematuriteit en/of dysmaturiteit
- Perinatale hypoxie
- Congenitale afwijkingen
- Laag geboortegewicht

*Zwangerschaps- en geboorte- factoren worden binnen JOnG! in kaart gebracht door middel van:*

- Gegevens over duur van de zwangerschap, gewichtstoename en levenswijze van de moeder tijdens zwangerschap (inname van foliumzuur, blootstelling aan stress en schadelijke stoffen), bijzonderheden of verwickelingen tijdens de zwangerschap en bij de geboorte (meerlingen, toestand van de baby bij de geboorte, verblijf in NICU-dienst ...), plaats van de geboorte, duur van het verblijf in de kraamkliniek, biometrische gegevens bij de geboorte (gewicht, lengte en hoofdomtrek), aangeboren afwijkingen bij het kind.

Kinderen geboren na vruchtbaarheidsproblemen in het algemeen, en na toepassing van in vitro fertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI) en aanverwante technieken in het bijzonder, vormen een omvangrijke subgroep van de bevolking in Vlaanderen (geraamde prevalentie van 5-10%) (Cammu et al., 2009). De vraag rijst of deze kinderen blootgesteld worden aan grotere gezondheidsrisico's dan kinderen die geboren worden na een natuurlijke zwangerschap, ofwel gerelateerd aan de onderliggende fertiliteitproblemen van de ouders dan wel ten gevolge van de toegepaste reproductieve technieken zelf (Romundstad et al., 2008). Internationaal onderzoek geeft hierover geen uitsluitsel, mede omdat het belangrijke tekortkomingen kent (te kleine steekproef, geen controlegroep, te beperkte focus, te korte follow-up), waardoor conclusies niet betrouwbaar te trekken zijn, zeker wat betreft de langetermijneffecten op de gezondheid, de ontwikkeling en het algemeen welzijn van de betreffende kinderen (Middelburg et al., 2008).

*JOnG! bevraagt verminderde vruchtbaarheid en vruchtbaarheidsbehandeling door middel van:*

- Door de onderzoekers opgestelde vragen over het zwanger worden (verminderde vruchtbaarheid bij moeder/vader, vruchtbaarheidsprobleem of -behandelingen, "time to pregnancy"...).
- Bij de verdiepingsgroep (cf. hoofdstuk 3, § 1.1.3.) voert de arts een semi-gestructureerd interview met de ouders om eventuele

vruchtbaarheidsproblemen en -behandelingen beter te documenteren (gedetailleerde vraagstelling naar miskraam, buitenbaarmoederlijke zwangerschap en third party reproduction).

### **2.3.2. Levenswijze moeder**

Uit de literatuur blijkt dat blootstelling tijdens de zwangerschap aan exogene factoren of chemische agentia (zoals tabaksrook, alcohol, drugs, medicatie, angst, depressie, stress ...) gerelateerd is met problematische groei-, gezondheids- en ontwikkelingstrajecten van het kind (Fattal-Valevski et al., 2009; Heinonen et al., 2008; Shonkoff et al., 2009).

*De levenswijze van de moeder tijdens de zwangerschap wordt binnen JOnG! bevroegd door middel van:*

- Door de onderzoekers opgestelde vragen over de levenswijze van de moeder tijdens de zwangerschap (inname van foliumzuur, blootstelling aan stress en schadelijke stoffen).

## **2.4. Kind**

### **2.4.1. Demografische kenmerken**

Demografische kenmerken op kindniveau betreffen de variabelen 'geslacht', 'plaats in de kinderrij' en 'biologisch versus niet-biologisch' kind.

### **2.4.2. Gezondheid**

Binnen JOnG! wordt de gezondheid bevroegd aan de hand van enkele centrale componenten op het vlak van voeding, groei, gezondheidsproblemen en gezondheidsgelateerde leefstijl.

### **2.4.3. Voeding**

Meerdere internationale rapporten tonen aan dat een onevenwichtige voeding samen met een inactieve levensstijl verantwoordelijk zijn voor een belangrijk deel van de mortaliteit en morbiditeit in de Westerse landen (WHO, 2003). Gezond eten is het hele leven lang van belang, maar de invloed van het voedingspatroon is waarschijnlijk het meest cruciaal tijdens de eerste levensjaren. De nutritionele inname op jonge leeftijd is niet alleen gecorreleerd met de groei, de ontwikkeling en ziekten die rechtstreeks verband houden met de voeding zelf (door tekort, toxiciteit ...), maar ook met risicofactoren voor

chronische aandoeningen zoals zwaarlijvigheid, verhoogde cholesterolspiegel, hypertensie enz. Hiernaast blijkt uit talrijke studies dat bepaalde voedingsstoffen en -middelen (o.a. fruit en groenten) een belangrijke rol kunnen spelen in de preventie van chronische ziekten zoals cardiovasculaire aandoeningen, bepaalde vormen van kanker, enz.

Naast het klassieke concept van 'Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheid' voor de inname van vitamines, vetten en andere voedingsstoffen, worden nu ook 'Food-Based Dietary Guidelines' internationaal gehanteerd waarbij de principes van goede voeding in termen van voedingsmiddelen (in plaats van nutriënten) uitgedrukt worden.

Volgens recent onderzoek in Vlaanderen stemt het huidige voedingspatroon van kleuters slechts in zeer geringe mate overeen met deze richtlijnen (Huybrechts et al., 2008). De meest opvallende afwijkingen zijn: (1) een te lage gemiddelde dagelijkse inname van de meeste voedingscategorieën (met name dranken, groenten, fruit en melk) en (2) een te hoge inname van energierijke maar weinig voedzame voedingsmiddelen zoals snacks en gesuikerde dranken, terwijl deze in het kader van een gezonde voeding net afgeraden worden.

Met het onderzoek *JOnG!* wordt beoogd om het voedingspatroon bij zeer jonge kinderen in Vlaanderen in kaart te brengen. De bedoeling is om na te gaan of dezelfde voedingsfouten, die bij Vlaamse kleuters vastgesteld werden ook reeds op peuterleeftijd aanwezig zijn.

Qua meetinstrumenten werd aansluiting gezocht met een andere lopende studie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met name de POP-studie (onderzoek naar Preventie van Overgewicht bij Peuters en jonge kinderen). In deze interventiestudie wordt het voedingspatroon van jonge kinderen gedocumenteerd door middel van schriftelijke bevraging van ouders. De vragen peilen naar voeding (o.a. frequentie van inname van enkele belangrijke voedingscategorieën zoals groenten en fruit, frisdrank, water enz.), beweging, attitudes en opvoeding. In het kader van *JOnG!* wordt vergelijkbare (maar minder gedetailleerde) informatie verzameld.

*Voeding wordt binnen JOnG! gedocumenteerd aan de hand van:*

- Selectie van vragen uit de gevalideerde 'food frequency questionnaire' (FFQ) voor kleuters.
- Door de onderzoekers opgestelde vragen - aangepast aan de leeftijd van het kind - over borst- en flesvoeding, de maaltijden en het eten thuis.
- Via IKAROS (elektronisch registratiesysteem van Kind en Gezin): type van startvoeding (borstvoeding, flesvoeding, gemengd of onbekend), duur van de periode van exclusieve borstvoeding.

#### **2.4.4. Groei**

Groei, gedefinieerd als een geheel van lichamelijke veranderingen met de leeftijd (onder meer geëvalueerd aan de hand van de meting van de schedelomtrek, de lengte en het gewicht, en de evaluatie van puberteitskenmerken) is een zeer belangrijke en gevoelige

indicator van de gezondheid van een kind en van de globale gezondheid van een hele bevolking. Een afwijkend groeipatroon of een onevenwicht tussen groei en maturatie is niet alleen een signaal van een onderliggende ziekte of psychosociaal dysfunctioneren, maar kan ook een voorspellende factor of zelfs een determinant zijn voor latere gezondheidsrisico's of ziekten (Shonkoff et al., 2009).

Om die redenen vormt de beoordeling van de groei (onder de vorm van regelmatige meting van lengte/gestalte en schedelomtrek) van zuigelingen en jonge kinderen een belangrijk instrument in de vroegtijdige detectie van groeistoornissen. Sinds de ontwikkeling van de eerste representatieve Vlaamse groeicurven kunnen deze meetwaarden vergeleken worden met die van een referentiepopulatie van dezelfde leeftijd en geslacht (Roelants et al., 2009). Bij het gebruik van deze referentiecurven ontbreken vooralsnog betrouwbare criteria voor de selectie van kinderen met verhoogd risico op een groeistoornis of andere onderliggende pathologie.

In het kader van JOnG! wordt beoogd de groei (lengte/gestalte en schedelomtrek) van jonge kinderen (0-3j) longitudinaal te beoordelen in functie van de signalering van afwijkende groeipatronen en de vroegdetectie van groei- en gezondheidsproblemen, en de beslissingscriteria hiervoor te definiëren. In tweede orde gaat in dit onderzoek speciale aandacht naar de groeipatronen van schedelomtrek in hun relatie tot andere parameters van gezondheid en ontwikkeling (neurologisch, motorisch en/of cognitief). Profielen die gepaard gaan met verhoogd risico op een afwijkend groeipatroon zullen geïdentificeerd worden.

*Groei wordt binnen JOnG! gedocumenteerd aan de hand van:*

- Longitudinale registratie van biometrische gegevens (gewicht, lengte, hoofdomtrek) van het kind vanaf de geboorte (via IKAROS: elektronisch registratiesysteem van Kind & Gezin)
- Door de onderzoekers opgestelde vragen over erfelijke parameters van groei en puberteit bij de biologische ouders: zowel biometrische (lengte, gewicht, hoofdomtrek) als pubertaire gegevens (menarche moeder, late puberteit vader)
- Bij de verdiepingsgroep (cf. hoofdstuk 3, § 1.1.3.) voert de arts een controlemeting uit van de hoofdomtrek bij het kind en de aanwezige ouder(s)
- Gegevens van risico- en beschermende factoren worden gehaald uit IKAROS en de opeenvolgende schriftelijke bevestigingen (cf. supra).

#### **2.4.5. Gezondheidsproblemen**

Gezondheidsproblemen (zowel acute, chronische, als deze gerelateerd aan een handicap) hebben invloed op het functioneren van kinderen/jongeren en hun omgeving. De aanwezigheid ervan kan een storende werking hebben op de normale groei en ontwikkeling van een kind, zowel fysiek, sociaal als psychisch. Medische behandeling en andere vormen van zorg en verzorging eisen aandacht, energie en tijd van kind en ouders. Spelen, leren en vrijetijdsbesteding kunnen hierdoor in het gedrang komen. Deze

beperkingen, alsook gevoelens van onzekerheid, bezorgdheid en angst ten aanzien van ziekte en toekomst, kunnen een belemmerende invloed hebben op de psychische en sociale ontwikkeling van het kind, met een verhoogd risico op psychosociale aanpassingsproblemen tot gevolg (Elich, 2001; Van Trimpont & Petry, 2010; Van Trimpont & Hoppenbrouwers, 2010; Van Trimpont, Abrahams & Hoppenbrouwers, 2010)

Kencijfers met betrekking tot acute en chronische aandoeningen (lichamelijk en/of psychisch) en gegevens over hun impact op de groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren zijn schaars in Vlaanderen. Ook het onderzoek naar beschermende en bedreigende factoren die de nood aan zorg en het zorggebruik van deze kinderen/jongeren bepalen, is beperkt.

*Gezondheidsproblemen worden binnen JOnG! in kaart gebracht aan de hand van:*

- Door de onderzoekers opgestelde vragen over gezondheidsproblemen en klachten, en frequentie van voorkomen (maag, darmen, NKO, luchtwegen, huid, andere)
- Vragen over operaties, verblijf in het ziekenhuis, geneesmiddelen op voorschrift
- Vragen over ongevallen (gebaseerd op eerdere studie uitgevoerd door Kind & Gezin) (Buysse, Mares, & Speltinckx, 2003).

### **2.4.6. Gezondheidsgerelateerde leefstijl**

Op het vlak van gezondheidsgerelateerde leefstijl gaat onze interesse in de eerste plaats uit naar blootstelling aan tabaksrook. In de loop van het voorbije decennium werden tal van uitgebreide wetenschappelijke reviews gepubliceerd die een overzicht geven van de gekende gezondheidseffecten van gedwongen blootstelling aan tabaksrook bij kinderen (Hofhuis, 2003; U.S. Dept. of Health and Human Services, 2006). In de cohorte 0-jarigen van JOnG! wensen wij deze relatie te onderzoeken, onze bevindingen te vergelijken met de resultaten van internationaal onderzoek, en specifieke aandacht te besteden aan de zorgnood en het zorggebruik die mogelijk gerelateerd kunnen worden aan blootstelling aan tabaksrook voor de geboorte en/of op jonge leeftijd.

Recent wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat slechthorendheid ten gevolge van lawaai blootstelling fors toeneemt. Naast de beroepsbevolking lopen ook en vooral de jongeren een ernstig risico op het ontwikkelen van lawaaischade door de intensieve blootstelling aan luide recreatieve activiteiten (discotheken, festivals, gebruik van mp3-spelers ...) vanaf zéér jonge leeftijd. Naast de medische gevolgen (zoals lawaaislechthorendheid en oorsuizen) worden de financiële en sociale gevolgen van lawaaischade momenteel nog te vaak onderschat. Op dit ogenblik is er echter een gebrek aan grootschalige epidemiologische data over de omvang van dit probleem, meer specifiek op het vlak van prevalentie van lawaaischade naar leeftijd en attitudebepaling ten overstaan van de problematiek. In het kader van JOnG! wordt in de eerste plaats beoogd om attitudes en gedragsfactoren met verhoogd risico op lawaaischade bij jongeren in Vlaanderen in kaart te brengen (Biaassoni, 2005; Geeraerts, 2008; Serra, 2005).



Een aantal andere gezondheidsgerelateerde leefstijlfactoren, zoals de mate van fysieke activiteit, vrijetijdsbesteding, gebruik van alcohol en drugs, piercings en tatoeages, seksuele ervaringen, enz. worden bevraagd om hun samenhang met problematieken die eventueel zorg vereisen, zoals onder meer obesitas, gedragsproblemen, psychische en emotionele problemen, in kaart te brengen.

*Gezondheidsgerelateerde leefstijl wordt binnen JOnG! gedocumenteerd aan de hand van:*

- Uitslag op de neonatale gehoortest (via IKAROS: elektronisch registratiesysteem van Kind & Gezin)
- Vragenlijst over recreatieve lawaaiblootstelling (Gebaseerd op een vragenlijst opgesteld door Hannah Keppler (lopend doctoraatsonderzoek, UGent, promotor B. Vinck).
- Vragenlijst over attitudes ten opzichte van effect van lawaai en gehoorbescherming (gebaseerd op een selectie van vragen uit de 'Youth Attitude to Noise Scale') (Olsen, 2004).
- Door de onderzoekers opgestelde vragen over blootstelling aan roken (binnenshuis, in de wagen), vragen over beweging en lievelingsactiviteiten, gebruik van alcohol en drugs, piercings en tatoeages, seksuele ervaringen.

#### **2.4.7. Ontwikkeling**

Ontwikkeling wordt gekenmerkt door een grote inter- en intra-individuele variabiliteit. Het ene kind loopt en zit wat sneller, het andere praat vroeger, nog een ander is vlug sociaal vaardig. Ook binnen één kind (intra-individueel) ontwikkelen de domeinen niet altijd harmonisch. Nu eens maakt de motoriek grote sprongen, dan zijn kinderen meer bezig met taal, enz. Toch zijn verschillen soms dermate groot dat ze zorg en opvolging behoeven vanuit hun verstoorde ontwikkeling.

Vroegtijdige identificatie van ontwikkelingsproblemen is cruciaal voor het welzijn van kinderen en hun familie (Council on Children With Disabilities, 2006). 'Ontwikkelingsprobleem' is een complex begrip. Het betreft in feite een brede waaier van mogelijke problemen in de verschillende ontwikkelingsdomeinen, namelijk grove motoriek, fijne motoriek, cognitie en adaptatie, communicatie en socio-emotionele ontwikkeling. Het kan gaan om een ontwikkelingsstoornis, een retardatie in de ontwikkeling van bij het begin of een stilstand, vertraging, achteruitgang die optreedt gedurende de ontwikkeling.

Vroegtijdige detectie van ontwikkelingsproblemen is nodig om interventie op jonge leeftijd te kunnen aanbieden wanneer de ontwikkeling van de hersenen nog gekarakteriseerd wordt door een hoge graad van plasticiteit (Heineman et al., 2008). In dit kader is de term 'vroegtijdig' niet precies te definiëren en hangt dit af van de aard van de stoornis en het acceptatieproces bij de ouders. Bij uitstel van onderzoek en begeleiding van kinderen met een ontwikkelingsprobleem tot het moment waarop problemen evident worden, zijn vaak intensievere interventies noodzakelijk voor verbetering of herstel van functies. Later ontdekken kan ertoe leiden dat een kind niet tijdig in het meest gepaste zorg- en schooltraject komt, dat secundaire gedrags- en

opvoedingsproblemen ontstaan en dat eventueel genetische advisering aan ouders niet kan plaats vinden. Het uiteindelijk te behalen niveau van ontwikkeling kan lager zijn, met een afname van de kans op volwaardige integratie in de maatschappij en minder kans op een volledige ontplooiing. De invloed op het gezinsfunctioneren kan groot zijn (Laurent de Angulo et al., 2005).

Binnen JOnG! willen we daarom inzoomen op een aantal zorggerelateerde domeinen, met name de motorische ontwikkeling, de sociaal communicatieve ontwikkeling met inbegrip van de ontwikkeling van het zelfconcept, het vroege leren (prodromen voor rekenen, lezen en spellen), de verdeelde en volgehouden aandacht en het temperament. Momenteel zijn hier vrijwel geen longitudinale studies over beschikbaar waardoor er voor Vlaanderen geen zicht is op de zorgnoden en het zorggebruik van risicokinderen die uitvallen op deze ontwikkelingsgerelateerde domeinen.

De heterogeniteit op het vlak van predictieve validiteit van de huidige beschikbare onderzoekstechnieken wijst op de nood aan meer accuraat beschreven methodes die rekening houden met het variabele en dynamische aspect van ontwikkeling (Hadders-Algra, 2004).

### **2.4.8. Motorische ontwikkeling**

Motorische ontwikkeling is een complex proces dat aanvangt bij de geboorte. Het betreft een evolutie van bewegen in totaalpatronen onder invloed van reflexbewegingen naar onafhankelijk gedissocieerde bewegingen van romp en ledematen. Sommige van deze ontwikkelingen worden soms ook wel mijlpalen genoemd, denk bijvoorbeeld aan de eerste stapjes van een kind. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen fijne motoriek (of handmotoriek), grove (of corporele) motoriek en praxie (wanneer beweging een handeling wordt).

Er wordt gesuggereerd dat de motorische ontwikkeling een belangrijke parameter zou zijn voor de algemene ontwikkeling van het kind, zo zouden motorische vaardigheden een belangrijke voorwaarde zijn voor het leren of verwerven van andere ontwikkelingsdomeinen zoals perceptuele en cognitieve vaardigheden (Bushnell & Boudreau, 1993).

Problemen op het vlak van motoriek kunnen het kind hinderen in zijn functioneren op diverse vlakken: autonomie en zelfbeleving van het kind lijden hieronder, het kind raakt gefrustreerd, zijn 'leren' wordt erdoor bemoeilijkt, hij kan niet mee in het spel ...

Een specifiek probleem dat binnen JOnG! bestudeerd wordt is het 'developmental coördination disorder (DCD)' of de coördinatieontwikkelingsstoornis. In Vlaanderen werd er tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar deze problematiek.

*Motorische ontwikkeling wordt binnen JOnG! in kaart gebracht aan de hand van:*

- Ages and Stages Questionnaire (ASQ):

Deze vragenlijst bevat screeners voor vijf gebieden: communicatie, grove motoriek, fijne motoriek, probleemoplossend gedrag, persoonlijke sociale

vaardigheden. Wanneer het kind een score behaalt kleiner of gelijk aan deze cut-off score dan is dit een indicatie voor verdere opvolging. De ASQ werd ook in tal van andere studies gebruikt (Bricker & Squires, 1999; Klamer et al., 2005; Zubrick et al., 2007).

- Ontwikkelingsonderzoek dat volgende onderdelen bevat:
  - *Fijne motoriek*: onderzoek door een arts a.d.h.v. Erhardt Developmental Prehension Assessment (revised) (EDPA-R; Erhardt, 1994).  
Subschaal: 'Cognitief gestuurde primaire willekeurige bewegingen'.
  - *Grove motoriek*: onderzoek door een arts a.d.h.v. Alberta Infant Motor Scale (AIMS; Piper, et al., 1992).
  - *Neurologische tekens*: onderzoek door een arts a.d.h.v. Infant Motor Screen (IMS) by Nickel (Nickel & Gallenstein, 1989).
  - *Incidentele observaties* a.d.h.v. een gestandaardiseerd registratie-instrument (o.a. alarmsymptomen)
  - Door de onderzoekers opgestelde *bevraging over houdingen* van het kind (rug-, buik- of zijligging...) en voorkeurshoudingen
- 'Developmental Coordination Disorder' wordt bij ouders van 6- en 12-jarigen en bij 12-jarigen zelf nagegaan via vragen die naar volgende DSM-IV-TR criteria peilen:
  - Criterion A. Dagelijkse activiteiten die motorische coördinatie vereisen, worden duidelijk slechter verricht dan men op grond van chronologische leeftijd en gemeten intelligentie zou verwachten;
  - Criterion B. De stoornis beschreven in criterium A interfereert significant met schoolse activiteiten of activiteiten in het dagelijkse leven;
  - Criterion C. De stoornis is niet toe te schrijven aan een algemene medische aandoening (bv. cerebrale parese) en valt ook niet binnen de criteria voor een pervasieve ontwikkelingsstoornis;
  - Criterion D. Als er sprake is van een mentale retardatie, zijn de motorische moeilijkheden ernstiger dan de moeilijkheden die doorgaans met mentale retardatie geassocieerd worden.

Deze criteria worden ook door andere onderzoekers i.v.m. DCD gehanteerd (Barnett & Henderson, 2005; Geuze et al., 2001; Smits-Engelsman et al., 2006; Van Waelvelde et al., 2006; Wilson & McKenzie, 1998).

Vragen die aan bod komen zijn bijvoorbeeld: "Heeft uw kind een diagnose motorische coördinatiestoornis?", "Heeft uw kind moeilijkheden met LO (lichamelijke opvoeding)", "Heeft uw kind aangeboren afwijkingen? Zo ja, welke en specificeer".

#### **2.4.9. Sociaal-communicatieve ontwikkeling en prosociaal gedrag**

Sociaal-communicatieve ontwikkeling en prosociaal gedrag zijn van groot belang voor de ontwikkeling van gezonde gedragspatronen en interesses. Kinderen die hierop uitvallen vertonen een ernstige verstoring in het functioneren op verschillende belangrijke

domeinen en vormen een heuse uitdaging voor de gezinsleden en het bredere netwerk rond de persoon (Velazquez et al., 2002). Binnen JOnG! willen we daarom deze parameters meenemen om de ontwikkelingspatronen en zorgbehoefte in kaart te brengen. Bij 0-jarigen houdt dit uiteraard andere klemtonen in dan bij 6- en 12-jarigen. Hoe ouder kinderen worden hoe meer gedifferentieerde eisen aan de ontwikkeling gesteld kunnen worden.

Er werd zowel bij de 0-, als bij de 6- en 12 jarigen geopteerd om vroege indicatoren van een verstoorde en/of vertraagde sociaal-communicatieve ontwikkeling en pro sociaal gedrag te detecteren met behulp van een aantal internationaal toonaangevende instrumenten die goede psychometrische eigenschappen bezitten en die op de Vlaamse populatie toegepast kunnen worden om zo normatieve data te verzamelen en te kunnen vergelijken met andere landen.

*JOnG! gaat vroege indicatoren van een verstoorde en/of vertraagde sociaal-communicatieve ontwikkeling en pro sociaal gedrag na aan de hand van:*

- Ages and Stages Questionnaire (ASQ; Bricker & Squires, 1999) (cf. supra)
- First Year Inventory (FYI)

De FYI wordt gebruikt als maat voor pro sociaal gedrag. De FYI meet de *Sociale Communicatie* (Social Orienting and Receptive Communication, Social Affective Engagement, Imitation, Expressive Communication) en de *Sensori-Regulatorische vaardigheden* (Sensory Processing, Regulatory Patterns, Reactivity en Repetitive Behavior) van jonge kinderen. Ook dit instrument werd in tal van andere toonaangevende studies gebruikt (Reznick et al., 2006; Reznick et al., 2007; Watson et al., 2007).

- Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat)

Ook de M-Chat (Robins et al., 1999) meet pro sociaal gedrag. Deze screener wordt meegenomen als maat om kinderen met een risico op autisme te detecteren. Dit instrument werd ook in verscheidene andere studies gebruikt (e.g., Kleinman et al., 2008; Robins, 2008).

- Still-face paradigma

Binnen het still-face onderzoek wordt in een eerste episode van één minuut de moeder gevraagd met haar kind te communiceren zoals zij dit gewend is te doen. Na deze periode reageert de moeder 2 minuten niet meer op haar kind. Zij kijkt naar haar kind maar zegt niets meer, raakt het niet meer aan en kijkt neutraal. Dit laat de onderzoeker toe om zeer goed te zien hoe het kind reageert wanneer de moeder iets doet wat hij/zij niet gewend is van haar. Wanneer de 2 minuten om zijn, wordt door de mama opnieuw zoals gewoonlijk omgegaan met het kind (Tronick et al., 1978).

- Early Social Communication Scales (ESCS)

De ESCS betreft een op video opgenomen gestructureerde observatie die individuele verschillen in non-verbale communicatiemogelijkheden nagaat (Mundy et al., 2003). Binnen dit onderzoek wordt slechts een deel van de ESCS afgenomen. Enkel items rond "Joint Attention" worden gebruikt. Volgende taakjes komen binnen de aangepaste versie aan bod: "Object Spectacle Task", "Book Presentation Task", "Gaze Following Task" en "Plastic Jar Task". Dit instrument werd ook in ander onderzoek gebruikt, bv. Venezia et al. (2004) en Sheinkopf et al. (2004).

#### **2.4.10. Zelfbeeld**

Binnen het onderzoek naar zelfbeeld wordt een verschillende terminologie gehanteerd. De meest gebruikte termen die verwijzen naar de beleving van het zelf zijn 'zelfconcept' en 'zelfwaardering'. Susan Harter (1998), een van de belangrijkste auteurs binnen het onderzoek rond zelfbeeld, beschrijft het zelfconcept als een tweeledige term. Enerzijds bevat dit zelfconcept een verzameling van beoordelingen over het eigen functioneren op specifieke domeinen zoals het sociale, het schoolse, het sportieve ... Anderzijds bevat het een geheel van evaluaties over zichzelf als persoon. Deze twee onderdelen worden respectievelijk domeinspecifieke en globale zelfwaardering genoemd. Belangrijk om op te merken is dat deze globale zelfwaardering slechts voor een deel voorspeld kan worden door de zelfwaardering op basis van de verschillende domeinen. DuBois en Flay (2004) vonden evidentie voor het gegeven dat een lage zelfwaardering een grote negatieve invloed heeft op verschillende domeinen van het functioneren, met name op emotioneel, sociaal en schools vlak. Onderzoek van het zelfbeeld vindt niet alleen plaats wanneer men een internaliserende problematiek vermoedt, maar ook bij onderzoek naar leer- en opvoedingsproblemen kan de beleving van het zelf bevestigd worden. De wijze waarop kinderen hun situatie en zichzelf waarnemen en interpreteren, bepaalt immers hun gedrag en hun motieven voor gedragsverandering (Pintrich & Schunk, 2002). Net zoals oudere kinderen en adolescenten van zichzelf een concept vormen, zijn ook jongere kinderen hiertoe in staat. De aard van dit zelfconcept is dan wel enigszins verschillend van dat van oudere kinderen (Harter, 1990; Harter, 1998; Verschueren, 2004).

*Binnen JOnG! wordt zelfbeeld in kaart gebracht aan de hand van:*

- Vragen die peilen naar risicosignalen van problemen i.v.m. het sociale en gedragsmatige zelfconcept (Gadeyne, Ghesquière, & Onghena, 2004).

Empirische evidentie suggereert dat hoe vroeger we kwetsbare jonge kinderen kunnen herkennen, hoe beter we latere leerproblemen (rekenen en lezen, spellen) en spraak-/en taalontwikkelingsproblemen (STOS) kunnen voorkomen (Coleman, Buysse, & Neitzel, 2006; Gersten, Jordan, & Flojo, 2005; Pasnak, Cooke, & Hendricks, 2006). Immers, als prodromen en kerntekorten de sleutelcomponenten kunnen zijn van remediëringsprogramma's, zullen kinderen niet verder achterop geraken.

*JOnG! gaat prodromen op het vlak van rekenproblemen, in navolging van Xu (2003), na aan de hand van:*

- Getaldiscriminatietaken/hoeveelheid-vergelijkingstaken volgens het habituatie-paradigma als maat voor de 'sensitiviteit voor aantallen'.

Er wordt naar kleine hoeveelheden binnen de subitizeer-range (tot 3) gekeken en naar grotere hoeveelheden buiten de subitizeer-range. Volgens het habituatieparadigma zien kinderen in een habituatiefase een bepaald aantal items (i.c. stippen) tot ze 14 trials hebben gehad of een vooraf bepaald habituatiecriterium bereikt hebben. In de testfase vervolgens zien kinderen afwisselend hetzelfde en een nieuw aantal items. Er wordt gekeken of kinderen in de testfase langer kijken naar het nieuwe aantal items. De onafhankelijke variabele is dus kijktijd. Er werd gebruik gemaakt van het programma Habit om de taak te genereren. Tijdens de taakafname werden de oogbewegingen van de kinderen geregistreerd via een eye-trackingsysteem (Tobii T60) met het bijhorende softwareprogramma Tobii Studio. Getaldiscriminatietaken volgens habituatie-paradigma worden in heel wat studies gebruikt (Xu & Spelke, 2000; Xu et al., 2005). Voor een overzicht van literatuur i.v.m. subitizeren verwijzen we o.m. naar Desoete et al. (2009).

*Problemen op het vlak van taal- en spraakontwikkeling worden binnen JOnG! nagegaan aan de hand van:*

- Nederlandse Communicatieve Development Inventory (NCDI)

De NCDI (Zink, & Lejaegere, 2003) is een oudervragenlijst naar woordenschatbegrip en woordenschatproductie. Deze vragenlijst werd ook in ander onderzoek gebruikt, vb. Zink en Lejaegere (2002) en Koster et al. (2005).

#### **2.4.11. Leerproblemen/leerstoornissen**

Verder wordt ook nagegaan of er volgens de ouders/kinderen signalen zijn van leerproblemen/leerstoornissen (dyslexie/dyscalculie). We spreken van een leerstoornis als voldaan is aan het criterium van de 'achterstand' (ernstige achterstand op school), 'didactische resistentie' (hulp leidde er niet toe dat de achterstand ingehaald werd; gebrek aan Respons To Instruction RTI (Fuchs et al., 2007)) en aan het 'mild exclusiecriterium' (er zijn geen andere factoren die de achterstand verklaren). Deze criteria worden internationaal gehanteerd (Geary, 2004). Het zorggebruik en de schoolloopbaan van al deze kinderen zal in kaart gebracht worden.

*Signalen van leerproblemen/leerstoornissen worden binnen JOnG! bevroegd aan de hand van:*

- vragen die peilen naar de evaluatie van schoolse resultaten en -moeilijkheden (bij 6- en 12-jarigen) en via de vraag naar beleving van de schoolsituatie (bij 12-jarigen).

#### **2.4.12. Temperament<sup>2</sup>**

Hoe we omgaan met dagelijkse situaties en de manier waarop we reageren op prikkels uit onze omgeving wordt in sterke mate bepaald door ons temperament. Temperament wordt door Mary Rothbart en collega's (Rothbart & Bates, 2006, p. 100) gedefinieerd als "*constitutioneel bepaalde individuele verschillen in reactiviteit en zelfregulatie zoals men kan observeren op het vlak van affect, activiteit en aandacht*". De term *constitutioneel* verwijst hierbij naar de relatief duurzame biologische basis van het organisme die in de loop van de tijd wordt beïnvloed door erfelijkheid, rijping en ervaring. *Reactiviteit* wordt omschreven als "het ontstaan, de intensiteit en de duur van emotionele, motorische en aandachtsreacties" (Rothbart & Bates, 2006, p. 100) en lijkt op die aspecten van temperament te slaan die relatief automatisch verlopen. Deze reactieve component van temperament is al vroeg in de ontwikkeling observeerbaar en tijdens de eerste levensmaanden is het kind grotendeels overgeleverd aan deze reactieve temperamentprocessen. De term *zelfregulatie* wordt gebruikt om te verwijzen naar de processen die de reactiviteit reguleren. Tegen het einde van het eerste levensjaar worden de initieel reactieve vormen van regulatie steeds vaker bijgestaan door een meer bewuste vorm van zelfregulatie (Derryberry & Rothbart, 1997) en kunnen kinderen het eigen gedrag steeds beter op een bewuste, intentionele manier reguleren. In 1989 introduceerde Rothbart de term 'Effortful Control' (EC) om deze zelfregulerende temperamentprocessen aan te duiden. EC kan het best gedefinieerd worden als "*het vermogen om een dominante respons te onderdrukken in het voordeel van een subdominante respons*" (Rothbart & Bates, 1998, p. 137). EC omvat twee componenten, een gedragscomponent (het vermogen om gedrag te inhiberen of te activeren naargelang de situationele eisen; respectievelijk inhibitorische en activatiecontrole) en een aandachtscomponent (het vermogen om de aandacht te focussen of te verplaatsen indien nodig; aandachtscontrole) (Rothbart, 1989). EC is met andere woorden het vermogen om gedrag en aandacht op een vrijwillige manier te reguleren.

Dit vermogen om gedrag en aandacht op een vrijwillige manier te reguleren ontwikkelt zich tussen de leeftijd van zes en twaalf maanden en blijft zich daarna steeds verder ontwikkelen (zie bijvoorbeeld Murphy, Eisenberg, Fabes, Shepard, & Guthrie, 1999).

---

<sup>2</sup> Gebaseerd op: Samyn, V., Roeyers, H., Verté, S., & Veirman, E. (2008). Onderzoek naar individuele verschillen in Effortful Control bij kinderen met ADHD en kinderen met een Autismspectrumstoornis. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 3/4, 132-142.

Hoewel bijna alle kinderen in de loop van de eerste vijf levensjaren een sterke toename kennen in hun vermogen tot EC, bestaan er grote individuele verschillen in EC. Deze verschillen worden veroorzaakt door zowel biologische factoren (bv. erfelijkheid) als omgevingsinvloeden (bv. prenatale zorg; Eisenberg, 2005). Het vermogen tot EC is een belangrijke mijlpaal in de ontwikkeling en draagt in sterke mate bij tot het ontstaan van gewenste gedragspatronen in de kindertijd. Daarnaast blijkt EC ook betrokken te zijn bij de positieve emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling van het kind (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2000). In voorgaand onderzoek werd het vermogen tot EC onder meer gelinkt aan prosociaal gedrag, empathisch reageren, sociale competentie, gewetensvorming en het vermogen om zich aan te passen aan veranderingen in de omgeving (zie bijvoorbeeld Eisenberg et al., 2000).

We weten dus dat EC in sterke mate gerelateerd is aan een aantal positieve aspecten in de ontwikkeling. Daarnaast blijken individuele verschillen in EC ook een rol te spelen bij het ontstaan en voortbestaan van internaliserende en externaliserende problemen (zie bv. Dennis & Brotman, 2003; Eisenberg et al., 2005; Muris & Ollendick, 2005). Binnen temperamentonderzoek wordt verondersteld dat kwetsbaarheid voor psychopathologie onder meer gekarakteriseerd wordt door lage niveaus van EC (zie bv. Lonigan & Phillips, 2001; Muris & Ollendick, 2005). Verschillende studies tonen inderdaad aan dat kinderen met emotionele problemen of gedragsproblemen lagere niveaus van EC vertonen dan kinderen zonder psychologische problemen (zie bv. Bijttebier, Verstraeten, Claes, & Vasey, 2007; Lonigan & Phillips, 2001). De laatste jaren wordt ook steeds vaker aandacht besteed aan de potentiële rol van temperamentfactoren bij ontwikkelingsstoornissen. Recent onderzoek suggereert dat ook kinderen met ADHD en kinderen met een autismespectrumstoornis gekarakteriseerd worden door lagere niveaus van EC in vergelijking met hun leeftijdsgenoten (zie bv. Martel & Nigg, 2006; Konstantareas & Stewart, 2006). Ondanks de toenemende aandacht voor de rol van temperamentfactoren in de ontwikkeling van het kind, zijn er echter nog heel wat onduidelijkheden over de specifieke rol die deze factoren spelen bij het ontstaan en voortbestaan van psychopathologie in het algemeen en ontwikkelingsstoornissen in het bijzonder. Bovendien zijn niet alle instrumenten die gebruikt worden om deze temperamentfactoren na te gaan, gevalideerd voor Vlaanderen. In eerste instantie is het dan ook van belang dat de constructvaliditeit van deze vragenlijsten nagegaan wordt binnen een Vlaamse populatie. In tweede instantie zal de potentiële rol van EC bij het ontstaan en voortbestaan van ADHD verder uitgeklaard worden.

*Binnen JOnG! wordt temperament bevraagd aan de hand van:*

- Rothbart temperamentvragenlijsten (meer specifiek: IBQ-R, ECBQ, CBQ, TMCQ en EATQ-R)

Deze vragenlijsten zijn op dit moment (internationaal) de meest gebruikte vragenlijsten om temperamentfactoren na te gaan. De verschillende versies van deze vragenlijsten zijn aangepast aan de leeftijd van het kind (Ellis & Rothbart, 2001; Gartstein & Rothbart, 2003; Putnam, Gartstein, & Rothbart, 2006; Simonds & Rothbart, 2004).



## 2.5. Opvoeding

Binnen JOnG! wordt opvoeding bevraagd aan de hand van enkele centrale componenten op niveau van gedrag, betekenissen en relatie.

### 2.5.1. Opvoedingsgedrag

Hoewel ouders zeer uiteenlopende gedragingen stellen in de opvoeding, wordt in de literatuur (o.a. Lange et al., 1998; Maccoby & Martin, 1983; Steinberg et al., 1992; Ten Haaf, 1993) gesteld dat de meeste gedragingen te groeperen zijn onder de dimensies 'ondersteuning' (gedrag waarmee een ouder een kind warmte, acceptatie en begrip toont) en 'controle' (de manier waarop een ouder invloed probeert uit te oefenen op het gedrag van een kind). Binnen de controle-dimensie wordt verder onderscheid gemaakt tussen gedragscontrole en psychologische controle (Barber, 2005; Schaefer, 1965; Steinberg, 1990).

Het belang van de invloed van deze gedragingen op het kind werd reeds meerdere malen beklemtoond (o.a. Barber, 2005; Capaldi & Patterson, 1989; Deater-Deckard, et al., 1998; Farrington, 1995; Loeber, 1990; Patterson et al., 1992; Rubin & Burgess, 2002).

*JOnG! brengt opvoedingsgedrag in kaart aan de hand van:*

- Schaal Ouderlijk Gedrag – verkorte versie (SOG-25)

Via specifieke gedragingen, die een ouder in het klimaat van zijn eigen opvoedingsstijl uitdrukt, worden de dimensies 'ondersteuning' en 'gedragscontrole' in kaart gebracht. De SOG is gebaseerd op de sociale interactietheorie (e.g. Capaldi & Patterson, 1989; Patterson, Reid, & Dishion, 1992) en werd opgesteld naar aanleiding van een aantal tekortkomingen in bestaande instrumenten die opvoeding in kaart brengen (Van Leeuwen & Vermulst, 2004).

De dimensie 'positief opvoedingsgedrag' (~ ondersteuning) onderscheidt de subschalen 'positief ouderlijk gedrag' en 'regels'. Onder de dimensie 'negatieve controle' (~ controle) komen de subschalen 'straffen' en 'hard straffen' aan bod.

- Psychologische controle schaal (PCS)

De Psychologische Controle Schaal bevat 8 items die werden ontleend uit de 'psychological control scale', een vragenlijst die frequent gebruikt wordt om psychologische controle in kaart te brengen (Barber, 2005). Deze unidimensionele schaal bevat items rond 'invalidatie van gevoelens', 'beperken van verbale expressie', 'persoonlijke aanval' en 'onthouden van liefde' en werd vertaald door Kuppens et. al (2009).

### **2.5.2. Opvoedingsbetekenissen**

Aan de hand van de noties 'pedagogisch besef', 'opvoedingsstress' en 'draagkracht' wordt nagegaan hoe ouders denken over de opvoeding en hoe ze deze beleven.

Pedagogisch besef heeft betrekking op hoe ouders betekenis geven aan het gedrag van hun kind en hoe zij hun eigen handelen hiernaar richten en vorm geven. Pedagogisch besef verwijst in de kern naar een cognitief aspect in de opvoedingsrelatie (het betekenis geven aan), maar omvat ook een belevingsaspect (in het hebben van, zorgen voor en zien ontwikkelen van een kind) en een gedragsaspect (sensitiviteit voor de noden van een kind) (Baartman, 1996).

Uit onderzoek blijkt dat pedagogisch besef een significante voorspeller is van opvoedingsgedrag (o.a. Dekovic et al., 1991; Dekovic & Gerris, 1992) en een mediërende functie heeft in de relatie tussen sociale klasse en opvoedingsgedrag (Gerris et al., 1997). Er werd ook een verband aangetoond tussen onvoldoende pedagogisch besef en kindermishandeling (Baartman, 1996; Grietens et al., 2001; Newberger & Cook, 1983).

*JOnG! brengt pedagogisch besef in kaart aan de hand van:*

- Adult Adolescent Parenting Inventory (AAPI)

Uit de twee meest frequent gebruikte instrumenten voor het in kaart brengen van pedagogisch besef, werd de AAPI gekozen omwille van het beperkte aantal items. In de AAPI worden volgende dimensies onderscheiden: 'ongepaste verwachtingen van kinderen', 'ouderlijk tekort aan empathie', 'sterk geloof in het gebruik van fysieke straffen', 'omkeren van kind- en ouderrollen', 'het onderdrukken van de kracht en onafhankelijkheid van kinderen' (Connors et al., 2006).

Opvoedingsstress wordt gedefinieerd als een specifieke vorm van stress die ervaren wordt door de ouder en voortvloeit uit de eisen ('demands') van het ouder zijn (Abidin, 1990).

De mate van opvoedingsstress heeft een impact op het gedrag van de ouder in interactie met het kind en op de kwaliteit van de opvoedingsrelatie (o.a. Crnic et al., 2005; McKay & Pickens, 1996; Rodgers, 1998). Daarnaast kan opvoedingsstress ook een weerslag hebben op het psychische welzijn van de ouder, op de kwaliteit van de partnerrelatie, en op het gedrag van het kind (o.a. Crnic et al., 2005).

*In JOnG! wordt opvoedingsstress in kaart gebracht aan de hand van:*

- Perceptions Of Parenting Inventory (POPI)

De POPI is het enige instrument dat opvoedingsstress in kaart brengt bij ouders met kinderen van alle leeftijden. Het oorspronkelijk Engelstalige instrument werd via een 'translation/back-translation'-procedure vertaald.

In de POPI worden volgende dimensies onderscheiden: 'verrijking' en 'continuïteit' (positieve aspecten ouderschap), 'isolatie', 'kost' en 'toewijding' (negatieve aspecten ouderschap) en 'steun'. De totaalscore geeft weer of de ouder het ouderschap al dan niet als positief percipieert (Lawson, 2004).

- Nijmeegse vragenlijst voor de opvoedingssituatie (NVOS) - subschalen 'aankunnen', 'problemen hebben' en 'kind is belasting'.

In deze vragenlijst maken vier subschalen, namelijk 'aankunnen', 'problemen hebben', 'kind is belasting' en 'anders willen' deel uit van de factor 'subjectieve gezinsbelasting'. Aangezien het niet haalbaar was om alle subschalen in het onderzoek op te nemen, werden de subschalen die inhoudelijk het beste bij de factor aansluiten weerhouden. De vragenlijst wordt idealiter gebruikt bij ouders van kinderen van ongeveer 4 tot 12 jaar (Wels & Robbroeckx, 1996).

### **2.5.3. Draagkracht**

Draagkracht verwijst naar het gevoel van 'de opvoeding aan te kunnen', dat ouders al dan niet hebben. Wanneer de balans tussen draaglast of opvoedingsstress en draagkracht verstoord is, ontstaan er problemen (Kijlstra et al., 2005).

Een verhoogde draagkracht wordt geassocieerd met een verhoogde kwaliteit van de opvoedingsrelatie (Tucker et al., 1998). Daarnaast werd ook een invloed op opvoedingsgedrag vastgesteld. Hoe hoger de gerapporteerde draagkracht, hoe sensitiever, warmer (Teti & Gelfand, 1991) en responsiever (Stifter & Bono, 1998) de ouder zal zijn. Lage subjectieve draagkracht vertoont samenhang met het gebruik van coërcieve disciplineringstechnieken (Bugental & Cortez, 1988; Sanders & Woolley, 2005).

*Binnen JOnG! wordt draagkracht in kaart gebracht via:*

- Parenting Task Checklist (PTC)

De ouders wordt gevraagd te rapporteren over het gevoel om bepaalde opvoedingssituaties en gedragingen van het kind aan te kunnen. Deze taakspecifieke draagkracht voorspelt de kwaliteit van de opvoeding beter dan een globale of generale meting (Bandura, 1997). Er bestaan geen andere instrumenten die taakspecifieke draagkracht meten (Sanders & Woolley, 2005).

De vragenlijst bestaat uit twee subschalen, namelijk 'doeltreffendheid met probleemgedrag' en 'doeltreffendheid in situaties'.

De Nederlandse vertaling werd ontleend uit ander onderzoek (van den Berg et al., 2009).

#### **2.5.4. Opvoedingsrelatie**

Naast opvoedingsgedrag en -betekenis, kan ook de opvoedingsrelatie beschouwd worden als een dimensie van het opvoeden, die de ontwikkeling van een kind beïnvloedt (Cummings & Cummings, 2002). Binnen JOnG! wordt 'gehechtheid' als kenmerk van de opvoedingsrelatie onderzocht. Gehechtheid verwijst naar de affectieve band tussen ouder en kind, niet naar specifieke oudergedragingen of opvoedingsstijlen (Ainsworth, 1969; Sroufe & Waters, 1977).

Bepaalde oudergedragingen kunnen wel de kans op een veilige gehechtheid verhogen, wanneer ze het vertrouwen van het kind in de beschikbaarheid van de ouder als veilige basis versterken (Waters & Cummings, 2000). In onderzoek is meermaals het belang aangetoond van ouderlijke warmte, sensitiviteit en responsiviteit voor de ontwikkeling van een veilige hechting (o.a. Ainsworth et al., 1978; De Wolff & van IJzendoorn, 1997; Waters & Cummings, 2000). De invloed van controle als opvoedingsdimensie op de ontwikkeling van gehechtheid is onderbelicht gebleven (Cummings & Cummings, 2002).

Ook kenmerken van de ruimere gezinsomgeving, zoals levensgebeurtenissen en partnerrelatie, blijken belangrijke voorspellers te zijn van hechting (Cummings & Cummings, 2002).

Gehechtheid blijkt een zekere stabiliteit te vertonen (Belsky et al., 1996), maar kan wijzigen onder invloed van veranderingen in de (opvoedings)context die het bestaande gevoel van emotionele veiligheid uitdagen (bv. veranderingen in SES, echtscheiding, verlies van een ouder ...). Vooral in risicopopulaties werd een significant minder stabiele gehechtheid gevonden, in vergelijking met modale inkomensgezinnen, zelfs over korte tijdsperiodes (Waters et al., 2000). In het algemeen kon het onderzoek naar de continuïteit en discontinuïteit van gehechtheid van kindertijd tot in de adolescentie geen eenduidige resultaten opleveren (Hamilton, 2000; Lewis et al., 2000; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2004). In elk geval heeft onderzoek aangetoond dat de gehechtheidsrelatie niet enkel belangrijk is voor ouders van jonge kinderen, maar ook voor ouders van oudere kinderen, voor adolescenten en voor volwassenen (o.a. Allen & Land, 1999; Greenberg et al., 1997; Hesse, 1999).

Ainsworth stelt dat er drie stijlen van hechting kunnen worden onderscheiden, namelijk veilig, vermijdend en angstig. Binnen JOnG! werd ervoor gekozen om gehechtheid op een meer dimensionele manier te benaderen. De dimensies 'vertrouwen', 'angst' en 'vermijden' worden in kaart gebracht (Ainsworth, 1978).

*Binnen JOnG! wordt de gehechtheid bevraagd via:*

- Attachment Q-sort (12m-48m)

De Attachment Q-sort is een methodiek die via observatie van het gedrag van het kind, de hechting van het kind in kaart brengt. Binnen JOnG! is ervoor gekozen om de ouder over het gedrag van het kind te laten rapporteren.

Naast 'de strange situation procedure', is de attachment Q-sort de enige methode om de hechting van een jong kind in kaart te brengen. Gezien het grotere leeftijdsbereik en het minder tijdsintensieve karakter van zowel afname

als verwerking, is er binnen JOnG! voor de Q-sort methodiek gekozen (Van IJzendoorn, 2004).

- The People In My Life (PIML) - subschaal 'vertrouwen' & The experiences in Close Relationships Scale Revised

Er werd geen enkel zelfrapportage-instrument gevonden dat de drie dimensies van het concept gehechtheid (zoals door ons geoperationaliseerd) in kaart brengt. Er is gekozen om twee frequent gebruikte instrumenten, waarvan zowel Nederlandstalige ouderversies als kindversies voorhanden zijn, te combineren (Ridenour, Greenberg, & Cook, 2006; Brenning et al., 2009).

## **2.6. Omgeving**

### **2.6.1. Sociaal netwerk**

De invloed van informele steun op de ontwikkeling van het kind is in het verleden meermaals onderzocht. Er zijn onder andere verbanden gevonden tussen sociale steun en opvoeding (Fram, 2003), (postnataal) welbevinden van moeder (Bailey et al., 1994; Hopkins & Campbell, 2008), gezinsfunctioneren (Darlington & Miller, 2000), kindermishandeling (Beeman, 1997), fysiek welbevinden (Reifman et al., 1990) en hulpzoekgedrag (Rickwood & Braithwaite, 1994; Saunders et al., 1994).

*Binnen JOnG! wordt sociaal netwerk bevraagd aan de hand van:*

- Door de onderzoekers opgestelde vragen

Algemeen wordt aangenomen dat het sociale netwerk op drie verschillende vlakken een bron van steun kan betekenen, namelijk op praktisch, emotioneel en informatief vlak. Daarbovenop kan men van verschillende personen sociale steun ontvangen (D'Abbs, 1991; Tracy, 1990; Wellman & Wortley, 1990). Zowel de kwantiteit van het netwerk als de kwaliteit van de ontvangen steun spelen een rol (Miller & Darlington, 2002). Men kan verwachten dat vooral de subjectieve gevoelens van de respondenten zelf een rol spelen, in de plaats van een objectieve inschatting door de onderzoekers (Binzer & Eiseman, 1998). Daarom bevragen we 'hoe tevreden mensen zijn over informele hulp' en 'of ze het gevoel hebben dat ze op voldoende personen een beroep kunnen doen'.

### **2.6.2. Kinderopvang**

De Vlaamse overheid levert belangrijke inspanningen om voldoende en kwaliteitsvolle opvang te voorzien voor jonge kinderen. In het jaar 2008 waren meer dan 110.000 opvangplaatsen beschikbaar voor kinderen tot 3 jaar, erkend (en gesubsidieerd) door of

met attest van toezicht van Kind & Gezin. In totaal hebben in die periode meer dan 160.000 kinderen (0-3 jaar) in mindere of meerdere mate gebruik gemaakt van de aangeboden opvang (Kind & Gezin, 2008).

De bevindingen van onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek over de impact van regelmatige kinderopvang op de ontwikkeling en het gedrag van jonge kinderen, zijn niet eensluidend. Eerder dan de kinderopvang op zich, en de duur en frequentie van gebruik ervan, blijkt vooral de kwaliteit bepalend te zijn voor eventuele positieve of negatieve effecten op het kind. Goede kinderopvang zou de ouderlijke zorg kunnen aanvullen, onder meer wat sociale interactie en taalvaardigheid betreft. Slechte kinderopvang zou op zijn beurt gepaard kunnen gaan met fysieke, emotionele en hechtingsrisico's (Belsky, 2006; NICHD, 2005; Owen, 2003).

Het databestand JOnG! laat toe om een beschrijvende vergelijking op te maken van het profiel van kinderen die van kinderopvang (in de verschillende vormen) gebruik maken, in vergelijking met kinderen zonder kinderopvang, en dit voor parameters die onder meer verband houden met kind-, ouder-, gezins-, opvoedings- en omgevingsfactoren.

*Binnen JOnG! wordt het gebruik van kinderopvang bevraagd via:*

- Vragen over type, frequentie en startleeftijd van kinderopvang (vragenlijsten 12, 24 en 36 maanden)
- Naam en adres van kinderdagverblijf waar kinderopvang plaatsvindt (vragenlijsten 12, 24 en 36 maanden)
- Kwaliteitskenmerken van erkende (en gesubsidieerde) kinderdagverblijven zoals beschikbaar in erkennings- en inspectiegegevens van Kind & Gezin

### **2.6.3. Onderwijs**

Na het kinderdagverblijf is de school de eerste leefomgeving waarin het kind progressief zelfstandig leert functioneren zonder de onmiddellijke aanwezigheid van de ouders. Tussen de leeftijd van 2 jaar 6 maand en 18 jaar verwerven kinderen/jongeren essentiële instrumentele vaardigheden (de vaardigheid om te lezen, spellen, rekenen en adequaat met taal om te gaan en zich te oriënteren in tijd en ruimte) evenals de vaardigheden om te leren studeren, sociaal-emotioneel te functioneren en zich te integreren in de leefgemeenschap van de school.

Er wordt formeel onderscheid gemaakt tussen de drie onderwijsnetten. Verder zijn er traditioneel drie onderwijsniveaus: het basisonderwijs, het secundair onderwijs en het hoger onderwijs. Op het niveau van het basis- en het secundair onderwijs is er ook het buitengewoon onderwijs.

Het basisonderwijs omvat zowel het kleuter- als het lager onderwijs. Hoewel ze, structureel gezien, los van elkaar staan, tracht men tussen beide een vloeiende overgang te realiseren. Vooral de jongste tijd wint de *continuïteitsgedachte* meer en meer veld. Het kleuteronderwijs wordt verstrekt aan kinderen van 2,5 tot 6 jaar. Het kleuteronderwijs is facultatief, maar wordt toch door de overgrote meerderheid van de kleuters gevolgd (95% voor 5-jarigen, en meer dan 90 % voor de jongere leeftijdsgroepen). Het

kleuterschoolprogramma of activiteitenplan legt de nadruk op de ontplooiing van de hele persoonlijkheid (zie Ontwikkelingsdoelen). Het lager onderwijs is bedoeld voor kinderen van 6 tot 12 jaar. Het buitengewoon onderwijs is erop gericht een aanbod te realiseren dat aangepast is aan de opvoedings- en onderwijsbehoeften van leerlingen met een beperking. Ze hebben tijdelijk of permanent speciale hulp nodig. De structuur van het buitengewoon onderwijs bestaat momenteel nog uit acht types, aangepast aan de aard van de beperkingen van de leerlingen:

- type 1: voor leerlingen met lichte mentale handicap (niet voor kleuteronderwijs);
- type 2: voor leerlingen met matige of ernstige mentale handicap;
- type 3: voor leerlingen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen;
- type 4: voor leerlingen met een fysieke handicap;
- type 5: voor (langdurig) zieke leerlingen;
- type 6: voor leerlingen met een visuele handicap;
- type 7: voor leerlingen met een auditieve handicap;
- type 8: voor leerlingen met ernstige leerstoornissen (niet voor kleuter- en secundair onderwijs).

Op het niveau van het buitengewoon secundair onderwijs worden ook vier opleidingsvormen georganiseerd die voldoen aan welbepaalde doelstellingen:

- opleidingsvorm 1: een sociale vorming geven met het oog op integratie in een beschermend leefmilieu;
- opleidingsvorm 2: een algemene en sociale vorming geven met het oog op integratie in een beschermend leef- en werkmilieu;
- opleidingsvorm 3: een sociale en beroepsvorming geven met het oog op integratie in een gewoon leef- en werkmilieu;
- opleidingsvorm 4: een voorbereiding geven op een studie in het hoger onderwijs en op de integratie in het actieve leven.

Momenteel zijn er plannen om het onderwijs te herordenen in vier clusters.

Daarnaast wordt momenteel veel werk gemaakt van het inclusief onderwijs en van het geïntegreerd onderwijs (GON). In het GON worden kinderen of jongeren met een handicap opgevangen in de gewone school met de hulp van deskundigen uit het buitengewoon onderwijs.

Bij kinderen met speciale onderwijsbehoeftes verloopt het leerproces minder evident wat betreft de cognitieve, gedrags- en belevingscomponent (Beemster, Van Gils, & Wolsing, 2000; Dowker, 2005). De laatste jaren is er een grote stijging van het aantal kinderen uit deze groep dat buitengewoon onderwijs volgt (Desoete, Roeyers, & De Clercq, 2004; Hellinckx & Ghesquière, 1999; Mardulier, 2001). Dit veroorzaakt bij ouders vaak gevoelens van onzekerheid, verwarring, teleurstelling, ambivalentie tussen aanvaarden en afwijzen en gefrustreerde toekomstverwachtingen (Jaegers, 2006). Wanneer het

databestand JOnG! zal voltooid zijn, zullen we nagaan of het mogelijk is een beschrijvende vergelijking op te maken van het profiel van kinderen en ouders in het buitengewoon onderwijs (in de verschillende vormen) in vergelijking met kinderen die het reguliere onderwijs blijven volgen.

Uit onderzoek weten we dat de betrokkenheid van ouders bij het onderwijs, de opstelling en uitvoering van handelingsplannen, de communicatie met zorgverleners buiten de school, de afstemming tussen de ontwikkeling binnen de school en de opvoeding thuis, het evalueren van de vooruitgang en het samen zoeken naar oplossingen om zo tot een gemeenschappelijk draagvlak te komen een van de determinanten vormt voor een succesvol of falend onderwijsleerproces (Van Leeuwen, 2007; Woltjer & Janssens, 2006). Bovendien lijkt de schoolloopbaan van kinderen nauw samen te hangen met hun gevoelsleven en zelfbeeld. Kinderen die zich veilig en geaccepteerd weten, zorgen voor minder druk op de ouders en een betere toewijzing van zorg (Jaegers, 2006). Toch zijn er weinig grootschalige studies bekend die dit meer verfijnd onderzoeken. In Nederland geven leerkrachten alvast aan dat 25% van de leerlingen in het basisonderwijs extra zorg behoeft (Jagers, 2006). Een analyse van de ondersteuningsbehoefte en het gebruik van zorg van kinderen en ouders (ook in Vlaanderen) is dus zeer aangewezen.

Gezondheidsproblemen (acute of chronische, met betrekking tot lichamelijke of geestelijke gezondheid) kunnen de integratie in de school en de participatie aan het onderwijsleerproces aanzienlijk bemoeilijken (Van Trimpont & Petry, 2010; Van Trimpont & Hoppenbrouwers, 2010; Van Trimpont, Abrahams & Hoppenbrouwers, 2010). In de studie JOnG! wordt de participatie aan het onderwijsleerproces en de schoolloopbaan van kinderen en jongeren vergeleken volgens het al dan niet aanwezig zijn van gezondheidsproblemen. Determinanten voor een succesvol of falend onderwijsleerproces worden opgezocht en geanalyseerd.

De mogelijke relatie tussen het cognitief (en creatief) functioneren van kinderen en adolescenten (en in het bijzonder van hoogbegaafde kinderen/jongeren) en een verhoogd risico op onwelbevinden (zoals depressie of suïcidegedachten) is nog controversieel. Het beschikbare wetenschappelijk onderzoek ter zake brengt hierover geen uitsluitsel, mede door methodologische beperkingen van de meeste studies en een gebrek aan consensus over de te hanteren definities. In de studie JOnG!, aangevuld met een onderzoek bij jongeren die in begeleiding zijn in het Centrum voor Begaafdheidsonderzoek (Antwerpen), wordt longitudinaal epidemiologisch onderzoek verricht bij 6- en 12-jarige kinderen en jongeren over hun welbevinden in relatie tot hun vaardigheden (cognitief en/of creatief) en hun schools functioneren. Speciale aandacht gaat hierbij naar beschermende en bedreigende factoren voor het welbevinden van kinderen en jongeren met opvallende cognitieve en/of creatieve vaardigheden (Pieters, 2009).

*Binnen JOnG! wordt de participatie aan het onderwijsleerproces en de schoolloopbaan onderzocht via:*

- Bevraging van tevredenheid over schoolresultaten, eventuele schoolmoeilijkheden, leren, leervoorsprong en/of achterstand (opeenvolgende bevragingen bij 6- en 12-jarigen);



- Koppeling met leerlingendatabank van het departement onderwijs, en met LARS (databank van geregistreerde gegevens van het CLB), waarbij wordt gepoogd zicht te krijgen op de schoolloopbaan en eventuele schoolafwezigheden.

## **2.7. Zorg**

### **2.7.1. Uitgangspunten en probleemstelling**

Diverse onderzoeken bevestigen de kloof tussen de zorgnoden van kinderen en jongeren en de toegankelijkheid van het zorgaanbod voor deze doelgroep.

Kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen of ander probleemgedrag vinden doorgaans niet op eigen initiatief de weg naar de zorg. Zij zijn hiervoor afhankelijk van zowel informele zorgverstrekkers - met name familie of omgeving - als van niet-gespecialiseerde formele zorgverstrekkers (Stiffman, 2004).

Een eerste probleem dat in de literatuur rond zorg vaak aangehaald wordt, is het ondergebruik van zorg, vooral van geestelijke gezondheidszorg (Warfield & Gulley, 2006). Zo werd bijvoorbeeld meermaals vastgesteld dat slechts een minderheid van de kinderen en jongeren met emotionele en/of gedragsproblemen herkend wordt en gespecialiseerde zorg ontvangt (Glascoe, 2000; Flisher et al., 1997; McCue Horwitz et al., 2003; Stiffman, 2001 & 2004; Verhulst & Van der Ende, 1997; Zwaanswijk, 2007).

Hoewel deze onbeantwoorde nood ook bij volwassenen voorkomt, tonen volgende redenen aan waarom dit vooral bij kinderen en jongeren de aandacht verdient.

- Ten eerste blijkt dat de kloof tussen nood en gebruik in geestelijke gezondheidszorg van alle leeftijdsgroepen het grootst is bij de jongsten (California Mental Health Planning Council, 2003; Nelson & Park, 2006).
- Ten tweede wordt het ontstaansmoment van steeds meer ernstige stoornissen vroeger gelegd (Pihlakoski et al., 2004; Tomlin & Viehweg, 2003; Weiss & St. Jonn Seed, 2002). Tevens ziet men voor emotionele en gedragsstoornissen een even hoge prevalentie bij kleuters als bij oudere kinderen (Barbarin, 2007). Zodoende stijgt dus het belang van interventies op jongere leeftijd.

Een tweede aandachtspunt vormt de optimalisatie van de verwijzingen en kwalitatieve verbetering van het zorggebruik, omwille van hun maatschappelijke impact.

Vroegtijdige detectie van stoornissen en de mogelijkheid van vroeginterventie voorkomt de ontwikkeling van zwaardere problemen op latere leeftijd. Studies tonen aan dat het niet vroeg detecteren van de noden bij jongeren meestal een negatief effect heeft op de geestelijke gezondheid in de volwassenheid (Sourander et al., 2005; Wang et al., 2005). Dit komt deels doordat belangrijke eigen sterktes van het kind en gezin (sociale vaardigheden, probleem oplossen, coping) die tijdens een normale ontwikkeling in de jeugd worden verworven, door een verstoorde vroege ontwikkeling onvoldoende aanwezig zijn om aan latere problemen het hoofd te kunnen bieden (Wang et al., 2005).

Het belang van deze copingvaardigheden lijkt ook ondersteund te worden door inzichten dat zelfs als kinderen na behandeling geen tekenen meer tonen van de specifieke stoornis waarvoor ze behandeld werden, ze op latere leeftijd wel kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van andere vormen van psychopathologie en psychosociale problemen (Last et al., 1996; Offord & Bennett, 1994).

Preventief ingrijpen is veelal meer kortdurend dan latere zorg die dikwijls langdurig is (Rizzo, 2007). Niet behandelde emotionele en/of gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren zijn een extra kost voor het gezinssysteem en de maatschappij (Burns, 1995).

Het versterken van de natuurlijke copingstrategieën van het kind en zijn gezin, het verhogen van het huidige zorggebruik bij kinderen met gedrags- of emotionele problemen alsook het optimaliseren van het zorgtraject en de effectiviteit van de hulpverlening kunnen op die manier op lange termijn bijdragen tot het verhogen van de mentale gezondheid van de algemene bevolking (Stephens & Joubert, 2001).

### **2.7.2. Ecologisch model en begrippen**

Gezien het belang van vroeginterventie om de levenskwaliteit van kinderen te verhogen maar ook om escalatie van de problemen tot aandoeningen in de volwassenheid te vermijden, worden binnen JOnG! de mogelijkheden tot optimalisatie van het zorggebruik onderzocht. Het zorggebruik wordt binnen JOnG! benaderd vanuit een ecologisch model, waarbij de verschillende levensdomeinen (het kind, de ouders, het gezin, de opvoeding, de omgeving) van het kind en hun invloed op het zoeken en verkrijgen van de juiste hulp (zorgbehoefte, zorggebruik, zorgtraject) worden belicht.

Het zoeken en het verkrijgen van de juiste hulp, wordt via volgende begrippen in kaart gebracht:

#### *1. Zorgbehoefte*

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen objectieve en subjectieve nood aan zorg:

- Objectief: stoornis of aandoening vastgesteld aan de hand van symptomen, waar al dan niet reeds een diagnose voor gegeven is, met inbegrip van omschreven risicogroepen.
- Subjectief: bezorgdheid om bepaalde gedragingen van het kind bij de ouders, het niet aankunnen van bepaalde klachten, herkenning van een zorgnood bij het kind.

Analyse van het hulpzoekgedrag en het beslissingsproces omtrent de uiteindelijke contactname met een deskundige of dienst:

- De eerste stap in dit proces is het besef bij de ouders of de jongere zelf van de aanwezigheid van specifieke problemen.
- De erkenning dat deze problemen ernstig genoeg zijn om hulp in te roepen is de tweede stap, die leidt tot het formuleren van een hulpvraag (Zwaanswijk e.a., 2007).

## *2. Zorggebruik*

Er dient een onderscheid gemaakt tussen het gebruik maken van:

- Informele hulp via het sociaal netwerk.
- Professionele zorg: hetzij niet-gespecialiseerde, hetzij gespecialiseerde zorg (Stiffman, 2004).

Ook de identificatie van de zorgnood is een essentieel gegeven. Heeft de hulpverlener die men geconsulteerd heeft het probleem herkend en begrepen en heeft deze dezelfde visie op het probleem en de hulpverlening als de hulpvrager?

## *3. Zorgtraject*

Hiermee wordt het verloop van de tijdslijn bedoeld, waarin onder andere onderscheiden kunnen worden:

- periode vooraleer men hulp heeft gezocht;
- periode tussen aanmelding en start behandeling;
- periode van op een wachtlijst te staan;
- doorverwijzing;
- combinaties van twee of meerdere vormen van zorg.

### **2.7.3. Determinanten van het hulpzoekproces en het zorggebruik**

Vele studies richtten zich op een beperkte selectie van fasen in het hulpzoekproces en het zorgtraject, bijvoorbeeld het herkennen van de problemen door de ouders of door de hulpverlener of doorverwijzen door de hulpverlener (Arcia et al., 2004; Brannan et al., 2003; Brown et al., 2007; Cornelius et al., 2001; Ellingson et al., 2004; Farmer et al., 2003; Flisher et al., 1997; Forrest et al., 2006; Gaskin et al., 2008; Kataoka et al., 2002; Nelson & Park, 2006; Pihlakoski et al., 2004; Power et al., 2005; Raviv et al., 2009; Shanley et al., 2007; Zimmerman, 2005).

Een beperkter aantal studies heeft zowel aanbods- als hulpvragerfactoren in een predictief model bestudeerd (Bunger et al., 2009; Stiffman et al., 2001; Stiffman et al., 2004; Zwaanswijk, 2003; Zwaanswijk et al., 2005).

Als determinanten van het hulpzoekproces en het zorggebruik komen in de literatuur vooral volgende hulpvrager-kenmerken naar voren: sociodemografische factoren van het kind en gezin (geslacht van het kind, grootte van het gezin, socio-economische status), aandoeningsfactoren (type stoornis en tijd sinds ontstaan ervan, comorbiditeit), gezondheid van ouders (mentale stoornissen), sociale ondersteuning, perceptie van hulpverlening (stigma, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, betaalbaarheid) en coping self-efficacy.

Aan de zijde van de hulpverlener zijn er echter ook variabelen die het zorggebruik kunnen beïnvloeden zoals de herkenning van het probleem, perceptie van omgeving van de cliënt, mate van belasting van hulpverlener, perceptie van eigen taken, kennis van

'resources' en mogelijkheden voor doorverwijzingen. Deze komen niet aan bod in de studie van JOnG!.

*Binnen JOnG! worden de zorgbehoeften, het zorggebruik en de zorgtrajecten onderzocht aan de hand van door de onderzoekers opgestelde vragen (gebaseerd op uitgebreide literatuurstudie).*

## Hoofdstuk 3

### De onderzoeksofzet van JOnG!

Dit hoofdstuk gaat over de onderzoeksofzet van JOnG! We schetsen de methode van onderzoek (1) en beschrijven de steekproef en respons (2).

#### 3. Methode van onderzoek

##### 3.1. Studieopzet

###### 3.1.1. Design

Er wordt gebruik gemaakt van een *gemengd longitudinaal design*, waarbij drie cohorten gevolgd worden over een periode van 3 jaar<sup>3</sup>. Het betreft een cohorte van 0-jarigen, 6-jarigen en 12-jarigen.

De *steekproeftrekking* gebeurde in twee fasen, waarbij uitgegaan werd van een 'conditional random sampling plan'. In de eerste fase werden over de verschillende programma's en onderzoeklijnen van het SWVG heen *negen regio's* geselecteerd. Deze negen geselecteerde regio's volgen de regio-omschrijving die Kind & Gezin voor haar consultatiebureaus toepast. Elke regio vertegenwoordigt een geboortecohorte van ongeveer 1000 kinderen. Bij de selectie werd rekening gehouden met de principes diversiteit (sociaal economische kenmerken), stedelijkheid en provinciale spreiding. Met betrekking tot de eerste twee principes werden zowel gemiddelde als eerder uitzonderlijke regio's opgenomen<sup>4</sup>.

Volgende regio's werden geselecteerd voor inclusie in het onderzoek:

- |                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| ▪ West-Vlaanderen                | Ieper, Oostende         |
| ▪ Oost-Vlaanderen                | Gent 1, Oudenaarde      |
| ▪ Antwerpen                      | Antwerpen-Noord 1, Geel |
| ▪ Limburg                        | Genk                    |
| ▪ Vlaams-Brabant                 | Tielt-Winge             |
| ▪ Brussels Hoofdstedelijk Gewest | Brussel-Noord 1         |

---

<sup>3</sup> De voorziene onderzoeksperiode 2007-2011 wordt als volgt ingedeeld:  
2007-2008: voorbereiding van de opstart van het onderzoek  
2008-2009: meetmoment 1  
2009-2010: meetmoment 2  
2010-2011: meetmoment 3

<sup>4</sup> Een uitgebreide toelichting bij de regioselectie is beschikbaar in de nota 'De selectie van de SWVG onderzoeksregio's' (<http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

In een tweede fase werden, specifiek voor JOnG!, *drie cohorten* geselecteerd voor verder onderzoek. Voor de 6- en 12-jarigen werd de volledige cohorte geselecteerd. Voor de 0-jarigen werd ongeveer de helft van de cohorte geselecteerd (cf. selectie).

### **3.1.2. Selectie van kinderen voor de basissteekproeven**

- 1. Cohorte 0-jarigen: alle pasgeborenen wonende in een van de geselecteerde regio's geboren op een oneven datum tussen 1 mei 2008 en 30 april 2009.*

Om de omvang van de steekproef te beperken is geopteerd om slechts ongeveer de helft van de kinderen uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek (de volledige cohorte werd op basis van cijfers van Kind & Gezin geraamd op 10.000). Om toch kinderen van alle geboortemaanden in het onderzoek te betrekken zijn, als eenvoudig, eenduidig toepasbaar criterium voor toevalselectie, alle kinderen geboren op een oneven dag gerekruteerd. De rekrutering gebeurde individueel via de regioverpleegkundigen van Kind & Gezin.

In de regio Brussel zijn enkel 'Vlaamse kinderen' in het onderzoek betrokken. Deze voorwaarde werd geoperationaliseerd aan de hand van het criterium 'gebruik maken van Kind & Gezin' (en niet van de Waalse tegenhanger 'Office de la Naissance et de l'Enfance').

- 2. Cohorten 6- en 12-jarigen: alle kinderen en jongeren wonende in één van de geselecteerde regio's én geboren in 2002 (6-jarigen) of in 1996 (12-jarigen).*

Aangezien jongeren en hun ouders uitsluitend schriftelijk werden uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek (in tegenstelling tot de 0-jarigen waar de verpleegkundige van Kind & Gezin het onderzoek mondeling kon toelichten, cf. supra), kon op basis van response-rates van (inter)nationaal onderzoek met een vergelijkbare rekruteringsprocedure, een respons verwacht worden die ver beneden de 50% ligt. Om toch een voldoende grote steekproef samen te kunnen stellen, is daarom besloten de volledige cohorten 6- en 12-jarigen - elk geschat op ongeveer 10.000 kinderen - aan te schrijven. De steekproef werd getrokken uit het Vlaamse Personenregister, op basis van een machtiging van Vaccinnet.

Voor de regio Brussel werd vooropgesteld om de selectie van Vlaamse 6- en 12-jarigen te operationaliseren als 'kinderen uit de regio die Nederlandstalig onderwijs volgen'. Deze informatie kon echter via geen enkele databank bekomen worden. Als gevolg daarvan zijn er geen kinderen uit regio Brussel-Noord gerekruteerd. Ter compensatie is de Kind & Gezin regio 'Gent 1' (die verhoudingsgewijs in de steekproef ondervertegenwoordigd was) uitgebreid tot de hele geografische regio Gent (Kind & Gezin regio's Gent 1, 2 en 3).

In de cohorte 6-jarigen zijn de kinderen gerekruteerd via hun ouders. Enkel de ouders zijn bevroegd. In de cohorte 12-jarigen zijn zowel de ouders als de jongeren gerekruteerd en afzonderlijk bevroegd.

**8 of 9 regio's?**

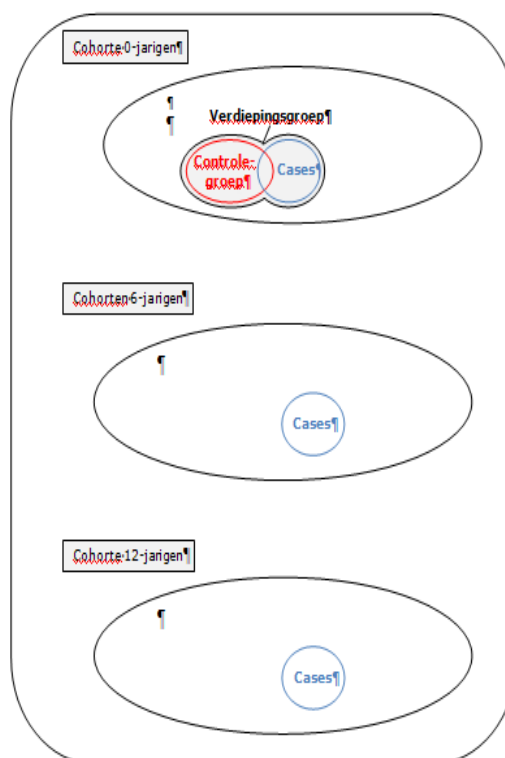
De cohorte 0-jarigen werd gerekruteerd in 9 regio's, waarvan 8 in het Vlaams Gewest en 1 in het Brussels Hoofdstedelijk gewest. De cohorten 6- en 12-jarigen werden uitsluitend gerekruteerd in de 8 regio's in het Vlaams Gewest, maar met uitbreiding van de regio Gent.

**3.1.3. Selectie van kinderen voor de verdiepingsonderzoeken**

Uit de drie cohorten worden kinderen geselecteerd voor een *verdiepingsonderzoek*. Deze groep kinderen bestaat uit zogenaamde 'cases' (kinderen/gezinnen met een bepaalde kwetsbaarheid, bv. prematuriteit, handicap, problematische opvoedingssituatie). In de cohorte 0-jarigen wordt bijkomend op een aselechte manier een controlegroep getrokken uit de volledige steekproef. Voor deze cohorte is het dus mogelijk dat een kind dat werd geselecteerd voor de controlegroep, ook deel uitmaakt van de groep met verhoogde kwetsbaarheid. Deze aselechte trekking omvatte ongeveer 10% van de volledige steekproef.

In het kader van het verdiepingsonderzoek worden de kinderen intensiever opgevolgd (bv. meer frequente bevraging, face-to-face contacten, uitgebreide ontwikkelingsonderzoeken, zorgtrajecten in kaart brengen door middel van interviews, enz.).

Figuur 5 toont een schematische weergave van de onderzoeksofzet.



Figuur 5 Design onderzoek JOnG!

### **3.1.4. Gegevensbronnen**

Vertrekkende van het hoger beschreven socio-ecologisch model (cf. Figuur 4), wordt informatie over het kind, de ouder, het gezin en de omgeving verzameld met behulp van bestaande databanken (Kruispuntbank, IKAROS ...), bijkomende vragenlijsten en contactmomenten (cf. Hoofdstuk 2).

Het verdiepingsonderzoek heeft tot doel extra gegevens te verzamelen aan de hand van bijkomende schriftelijke bevestigingen van de ouders en contactmomenten (individueel onderzoek van het kind en/of een interview met de moeder). Met de extra vragenlijsten worden enerzijds een aantal belangrijke topics uit de basisvragenlijsten hernomen, om zo de evoluties in deze aspecten beter op te volgen, en anderzijds een aantal nieuwe relevante topics toegevoegd.

De vragenlijsten zijn samengesteld uit de in Hoofdstuk 2 beschreven instrumenten. De selectie van onderzoeksvariabelen en meetinstrumenten gebeurde in functie van het beantwoorden van de onderzoeksvragen en in aansluiting met de (inter)nationale onderzoeksliteratuur. De inhoud van de vragenbundels wordt telkens afgestemd op de leeftijd van het kind/de jongere. Tegelijkertijd wordt geopteerd voor maximale afstemming tussen de cohorten, bijvoorbeeld inzake de topics zorgbehoefte en zorggebruik. Indien nodig werden bestaande instrumenten naar het Nederlands vertaald.

## **3.2. Onderzoeksprocedures**

### **3.2.1. Cohorte 0-jarigen**

#### *Informatie en rekrutering*

De informatie- en toestemmingsprocedure voor deelname aan het onderzoek gebeurde in samenwerking met de regioteams van Kind & Gezin in de geselecteerde regio's.

Tijdens het eerste huisbezoek (binnen de twee weken na de geboorte) informeerde de regioverpleegkundige de ouders over het onderzoek en bezorgde hen een folder en toestemmingsformulier<sup>5</sup> (zie bijlage 3A). De eigenlijke toestemming werd afgerond bij een volgend contact. Het ondertekende toestemmingsformulier werd door Kind & Gezin aan het steunpunt overgemaakt en in een databank geregistreerd. Ouders die nog twijfelden of ze al dan niet wilden deelnemen, werden 12 weken na de geboorte nogmaals schriftelijk uitgenodigd om hun toestemming te geven.

De rekrutering is beperkt tot de zuigelingen geboren op een oneven dag tussen 1 mei 2008 en 29 april 2009. De feitelijke rekruteringsperiode werd afgesloten wanneer de laatste baby's - geboren eind april 2009 - de leeftijd van 3 maanden bereikten (leeftijdsgrens voor inschrijving aan het onderzoek).

---

<sup>5</sup> Alle documenten (folder, toestemmingsformulier, vragenbundel) waren beschikbaar in vier verschillende talen (Nederlands, Frans, Engels, Turks).



Om de rekrutering over de verschillende regio's te *standaardiseren* is voorafgaand aan het onderzoek een informatiesessie georganiseerd voor elk van de negen regioteams (artsen, verpleegkundigen, gezinsondersteuners, medewerkers databeheer) waarin de opzet, de doelstellingen en de informatie- en toestemmingsprocedure werden toegelicht. Voor de verpleegkundigen werd ter ondersteuning ook een handleiding en werkschema ontwikkeld (zie bijlage 4). Per regio werd een verantwoordelijke voor de opvolging van het onderzoek aangesteld. In de loop van de rekruteringsperiode werden de regioteams via e-mail en nieuwsbrieven op de hoogte gehouden over de voortgang van de inclusie, eventuele knelpunten en aandachtspunten en andere belangrijke gebeurtenissen in het JOnG!-onderzoek. Tijdens de rekruteringsperiode werden de regio's regelmatig bezocht door een of meerdere leden van het onderzoeksteam.

### Dataverzameling

Figuur 6 toont een chronologisch overzicht van de dataverzameling, zowel bij de basissteekproef als bij de verdiepingsgroep van de cohorte 0-jarigen.



Figuur 6 Chronologisch overzicht van dataverzameling bij de cohorten 0-jarigen

#### A. Bestaande databanken

In eerste instantie wordt gebruik gemaakt van de IKAROS-databank van Kind & Gezin (in de loop van 2010 wordt dit de Mirage-databank). Gedurende de eerste 3 levensjaren registreert Kind en Gezin in deze databank alle informatie in het kader van het postnatale 'bezoek aan bed' (in de materniteit), de huisbezoeken en de contacten op het consultatiebureau. Met de toestemming van de ouders krijgt het Steunpunt toegang tot sommige gegevens van het elektronisch verpleegkundig dossier van Kind & Gezin, met name een aantal demografische kenmerken van het kind en het gezin, gegevens over de zwangerschap, de geboorte en de gezondheid van het kind (biometrische gegevens, neonatale gehoorscreening, verwijzingen door de CB-arts ...), risicofactoren voor verhoogde kwetsbaarheid (zoals kansarmoedecriteria, problematische opvoedingssituatie ...), enz. In een latere fase wordt dit uitgebreid naar de databank van de Centra voor Leerlingenbegeleiding en de kruispuntbank sociale zekerheid (deze aanvraag is in voorbereiding).

### B. Vragenlijsten

Er is een algemene bevraging van alle deelnemers voorzien bij de geboorte, en op de leeftijden van 12, 24 en 28 maanden. De eerste vragenbundel (startvragenlijst kort na de geboorte) werd samen met een gefrankeerde retouromslag door de regioverpleegkundige van Kind & Gezin aan de ouders overhandigd na het ondertekenen van het toestemmingsformulier. Er werd hen gevraagd om de ingevulde vragenbundel zo snel mogelijk naar het steunpunt terug te sturen. Er werden herinneringsbrieven gestuurd aan diegenen van wie rond de leeftijd van 4,5 maanden nog geen ingevulde vragenlijst was ontvangen. De vragenlijsten op 12, 24 en 28 maanden worden samen met een gefrankeerde retouromslag verzonden naar alle deelnemers. Ook hier volgt een herinneringsbrief wanneer de vragenlijst niet binnen de 2 maanden was teruggestuurd.

Alle vragenlijsten zijn beschikbaar in het Nederlands, Engels, Frans en Turks. Bij twijfel vroeg de regioverpleegkundige van Kind & Gezin aan de ouders naar hun taalkeuze voor de startvragenlijst. Anderstalige documenten kunnen ook eenvoudig worden aangevraagd (per post, telefonisch of per e-mail).

Ouders konden voor vragen bij het invullen van de enquêtes terecht bij het 1700-nummer van de Vlaamse overheid. De medewerkers van deze dienst werd een script over het JOnG!-onderzoek bezorgd om hen te helpen vragen te beantwoorden. De medewerkers konden vragen van respondenten doorsturen naar de JOnG!-medewerkers per e-mail.

*Startbevraging middels interview:* Indien de regioverpleegkundige meende dat ouders ondersteuning nodig hadden bij het invullen van de vragenlijst, kon zij aan het onderzoeksteam vragen om een interviewer aan huis te sturen. Dit gebeurde enkel mits toestemming van de ouders.

### C. Verdiepingsonderzoek

Ouders van kinderen die geselecteerd werden voor intensievere opvolging ('controlegroep' en/of 'cases') werden eerst aangeschreven (met begeleidende folder en toestemmingsformulier, cf. bijlage 3B), en enkele dagen later telefonisch gecontacteerd. In geval van toestemming om deel te nemen aan het verdiepingsonderzoek, werd een afspraak met het onderzoeksteam vastgelegd. Enkele dagen voor het feitelijke onderzoek, kregen de ouders een vragenbundel die ze ingevuld dienden mee te brengen (cf. bijlage 3B).

- Extra schriftelijke bevraging van de ouders

Deze bijkomende vragenlijsten zijn gepland op de leeftijd van 8 maanden en 18 maanden. Samen met de bevragingen die jaarlijks gebeuren bij de volledige studiecohorte (kort na inclusie en op de leeftijd van 12, 24 en 28 maanden), resulteert dit in een 4 à 6-maandelijkse gegevensverzameling.

- Persoonlijk contact met de onderzoekers

De contacten met de ouders en het kind vinden plaats in consultatiebureaus van Kind & Gezin in de verschillende regio's en worden uitgevoerd door een multidisciplinair onderzoeksteam (arts, psycholoog, orthopedagoog).

Het verdiepingscontact op de leeftijd van 8 maanden omvat een interview met de moeder en een uitgebreid ontwikkelingsonderzoek van het kind. Met dit onderzoek worden gegevens verzameld die men onmogelijk via een vragenlijst kan verkrijgen. Het nagaan van deze gegevens veronderstelt immers een interactie tussen kind, ouder en onderzoeker, al dan niet ondersteund door specifiek onderzoeksmateriaal.

Een tweede contactonderzoek is gepland op de leeftijd van 24 maanden. Hierbij zal specifiek aandacht worden besteed aan het domein zorg (zorgbehoefte, zorggebruik en zorgtraject).

### **3.2.2. Cohorte 6- en 12-jarigen**

#### *Informatie en rekrutering*

De ouders van de 6- en 12-jarige kinderen en jongeren die in aanmerking kwamen voor het onderzoek kregen per post een brief, een folder, een toestemmingsformulier, een eerste vragenbundel en een gefrankeerde retouromslag. Aan de 12-jarigen zelf werd eveneens toestemming gevraagd voor deelname (op het toestemmingsformulier van de ouders) en er werden een afzonderlijke brief, folder, vragenbundel en gefrankeerde retouromslag voor de jongere zelf toegevoegd. De eerste vragenlijst (op 6 respectievelijk 12 jaar) werd in maart 2009 verzonden naar alle 6- en 12-jarigen van de acht regio's (zonder regio Brussel)<sup>6</sup>, en in augustus 2009 naar de bijkomende steekproef in Gent.

Alle relevante documenten (brief, folder, toestemmingsformulier, vragenbundel) zijn beschikbaar in het Nederlands, Engels, Frans en Turks. Anderstalige documenten konden eenvoudig worden aangevraagd per post (door een optie op het toestemmingsformulier aan te kruisen), telefonisch of per e-mail. De documenten kunnen in de bijlagen geraadpleegd worden (brief, folder en toestemmingsformulier: zie bijlage 3C en 3D).

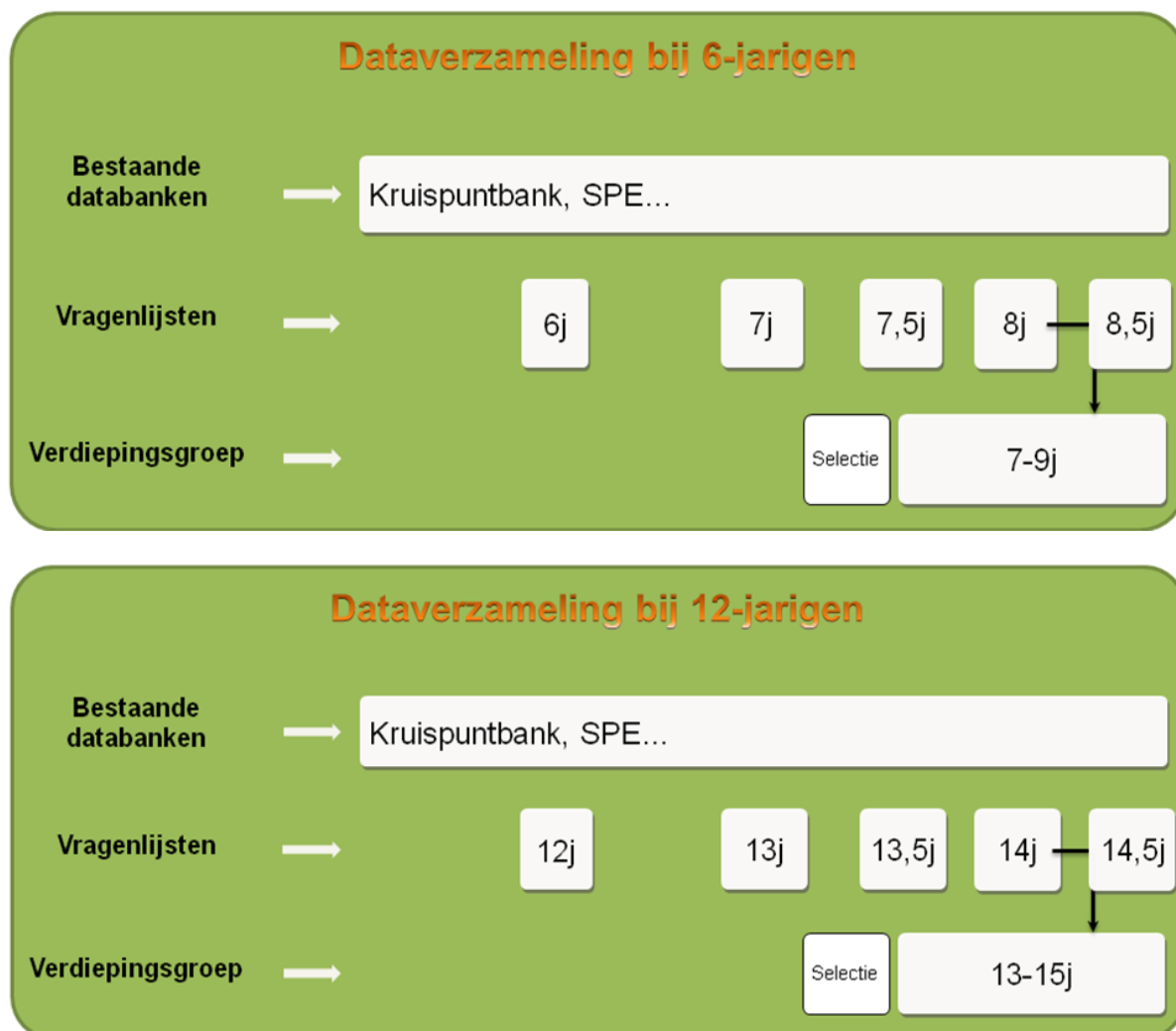
Tien weken na de eerste zending kregen alle ouders die nog niet hadden geantwoord (toestemming of weigering), een herinneringsbrief. Bij verlies van documenten konden nieuwe exemplaren per brief, telefonisch of per e-mail bij de onderzoekers aangevraagd worden.

Ouders of jongeren konden voor vragen bij het invullen van de enquêtes terecht bij het 1700 nummer van de Vlaamse overheid. De medewerkers van deze dienst werd een script over het JOnG!-onderzoek bezorgd om hen te helpen vragen te beantwoorden. De medewerkers konden vragen van respondenten doorsturen naar de JOnG!-medewerkers per e-mail.

---

<sup>6</sup> Aangezien de gegevens van kinderen uit regio Brussel niet beschikbaar waren, werden deze kinderen en hun ouders in deze fase van het onderzoek niet bevraagd.

Figuur 7 toont een chronologisch overzicht van de dataverzameling bij de basissteekproef van de 6- en de 12-jarigen.



Figuur 7 Chronologisch overzicht van dataverzameling bij de cohorten 6- en 12-jarigen

### Dataverzameling

#### Bestaande databanken

Het Steunpunt vraagt aan de ouders de principiële toegang tot sommige gegevens van het elektronisch dossier van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (deze aanvraag is in voorbereiding). In een latere fase wordt dit uitgebreid naar de databank van de Kruispuntbank sociale zekerheid (deze aanvraag is in voorbereiding). Hierdoor zal informatie kunnen worden verkregen van de databank van het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Deze is relevant om trajecten van kinderen en gezinnen in de gezondheidszorg na te gaan, evenals het medicatiegebruik.

In tegenstelling tot de cohorte 0-jarigen - waar aan de ouders toestemming werd gevraagd tot deelname aan het volledige onderzoek (externe databanken en eigen bevraging) - werd in de cohorten 6- en 12-jarigen aan de ouders afzonderlijke

toestemming gevraagd voor het raadplegen van gegevens uit externe databanken (zie toestemmingsformulieren in bijlage 3). Voor bepaalde deelnemers zal er dus wel een vragenlijst voorhanden zijn maar kunnen we geen beroep doen op externe gegevensbronnen, en omgekeerd.

#### A. Vragenlijsten

Er zijn een aantal algemene bevragingen (gericht aan alle deelnemers) voorzien. Na de startbevraging die bij de rekrutering plaatsvond, zijn er nog verschillende opvolgbevragingen gepland, initieel met een interval van 12 maanden na de eerste bevraging (respectievelijk op de leeftijd van 7 en 13 jaar), en daarna om de 6 maanden voor de ouders en om de 12 maanden voor de jongeren van de cohorte 12-jarigen. Alle algemene bevragingen worden per post verstuurd.

Voor de jongeren wordt telkens een vragenlijst specifiek voor hen ontwikkeld.

#### B. Verdiepingsonderzoek

Bij de 6- en 12-jarigengroepen wordt een verdiepingsonderzoek gepland bij kinderen met een, volgens informatie uit de startbevraging, bepaalde kwetsbaarheid (verder cases genoemd) en bij een controlegroep. De eerste cases worden geselecteerd op de leeftijd van 7 respectievelijk 13 jaar.

De inhoud van het verdiepingsonderzoek zal bestaan uit een algemeen gedeelte gemeenschappelijk voor alle deelnemers aan het verdiepingsonderzoek, waaronder het domein zorg (zorgbehoefte, zorggebruik en zorgtraject), en een case-specifiek gedeelte dat inhoudelijk wordt afgestemd op de reden voor case-selectie.

### **3.3. Ethische commissie, informed consent en privacy**

Voor elke deelnemend kind werd door ten minste één ouder (of wettelijke voogd) schriftelijke toestemming verkregen voor deelname aan het onderzoek en/of het raadplegen van externe databanken. Het onderzoeksprotocol met bijhorende vragenlijsten, ouderbrieven en informatie- en toestemmingsformulieren werd ter goedkeuring voorgelegd aan de ethische commissie van de K.U. Leuven (als centrale ethische commissie), met een aanvullend advies vanwege de ethische commissie van de UGent (als lokale ethische commissie). Voor het verzamelen, verwerken en analyseren van gezondheids- en persoonsgegevens geselecteerd uit de databank van Kind & Gezin of verzameld via bijkomende bevragingen en voor de koppeling van de verschillende datasets, werd goedkeuring van de commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer gevraagd (dossiernummer [VT005006891](#)).

## 4. Beschrijving van de steekproef en respons

### 4.1. Cohorte 0-jarigen

In de periode 1 mei 2008 - 30 april 2009 registreerde Kind en Gezin in de negen regio's samen 10133 geboorten (5230 jongens en 4903 meisjes), waarvan 9214 in de acht regio's van het Vlaams Gewest en 919 in het Brussels Gewest (regio Brussel Noord 1). De acht Vlaamse regio's vertegenwoordigen daarmee ongeveer 13% van de 70.182 levend geboren die in 2008 in het Vlaams Gewest werden geregistreerd (Statistisch Jaarverslag Kind en Gezin, 2008). De feitelijke doelgroep waarbinnen werd gerekruteerd is beperkt tot de 5161 kinderen die op een oneven dag werden geboren (zie hoger, steekproef). Tabel 1 geeft een gedetailleerd overzicht van de volledige cohorte en steekproef in elk van de negen regio's.

Tabel 1 Aantal kinderen van de cohorte 0-jarigen die behoren tot de regiopopulatie, de doelgroep, en de participatiegraad

| Regio Kind en Gezin                   | regiocode | populatie     | doelgroep <sup>1</sup> | deelnemers    |                               |
|---------------------------------------|-----------|---------------|------------------------|---------------|-------------------------------|
|                                       |           | <i>aantal</i> | <i>aantal</i>          | <i>aantal</i> | <i>percentage<sup>2</sup></i> |
| <i>Antwerpen</i>                      |           |               |                        |               |                               |
| Antwerpen Noord 1                     | ANN1      | 1097          | 570                    | 167           | 29.3                          |
| Geel                                  | GEEL      | 1222          | 617                    | 417           | 67.6                          |
| <i>Brussels hoofdstedelijk gewest</i> |           |               |                        |               |                               |
| Brussel Noord <sup>3</sup>            | BRUN      | 919           | 471                    | 132           | 28.0                          |
| <i>Limburg</i>                        |           |               |                        |               |                               |
| Genk                                  | GENK      | 1208          | 607                    | 315           | 51.9                          |
| <i>Vlaams Brabant</i>                 |           |               |                        |               |                               |
| Tielt-Winge                           | TIWI      | 1117          | 577                    | 404           | 70.0                          |
| <i>Oost Vlaanderen</i>                |           |               |                        |               |                               |
| Gent 1                                | GEN1      | 1099          | 560                    | 342           | 61.1                          |
| Oudenaarde                            | OUDE      | 1113          | 573                    | 367           | 64.0                          |
| <i>West Vlaanderen</i>                |           |               |                        |               |                               |
| Ieper                                 | IEPE      | 953           | 483                    | 320           | 66.2                          |
| Oostende                              | OOST      | 1405          | 703                    | 553           | 78.7                          |
| <b>Totaal</b>                         |           | <b>10133</b>  | <b>5161</b>            | <b>3017</b>   | <b>58.4</b>                   |

<sup>1</sup> alle kinderen geboren op een oneven datum; <sup>2</sup> percentage berekend op de doelgroep; <sup>3</sup> Voor de regio Brussel Noord is de populatie beperkt tot de kinderen waarvoor er na het ontslag uit de materniteit ten minste één contact (huisbezoek, gehoortest, consult) is geweest.

De globale participatiegraad bedraagt 58.4% voor alle regio's samen, maar ligt beduidend lager in de regio's Brussel Noord 1 en Antwerpen Noord (tabel 1). Voor de acht regio's van het Vlaams Gewest ( $n= 2885$  deelnemers) samen bedraagt de participatiegraad 61.5%.

In de geselecteerde regio's werden tijdens de rekruteringsperiode 55 overlijdens geregistreerd, waarvan 28 in de doelgroep, en twee kinderen die daadwerkelijk werden gerekruteerd. In de meeste gevallen betrof het perinataal overlijden (26 op de dag van de geboorte en 12 tijdens de eerste levensweek). Deze kinderen zijn ook opgenomen in hoger vermelde aantallen van de populatie en/of doelgroep.

#### 4.2. Cohorte 6- en 12-jarigen

In maart 2009 werden alle ouders van 6-jarige ( $n= 8457$ ) en 12-jarige kinderen ( $n= 9066$ ) uit de acht Vlaamse regio's uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. In augustus 2009 werd Kind en Gezin regio Gent 1 uitgebreid tot de gehele geografische regio Gent om het verlies van de regio Brussel voor deze cohorten te compenseren (zie hoofdstuk 3, 1), en werden bijkomend 1381 6-jarigen en 795 12-jarigen aangeschreven. De populatie 6-jarigen waaruit werd gerekruteerd komt daarmee op 9838 (4970 jongens en 4868 meisjes), wat ongeveer 15% bedraagt van alle Vlaamse 6-jarigen in 2008 (FOD Economie, algemene directie statistiek en economische informatie, 2009).

In deze cohorte werden alle kinderen uit de regio uitgenodigd, en is de doelgroep dus gelijk aan de regiopopulatie. Tabel 2 geeft een gedetailleerd overzicht per regio van de volledige cohorte 6-jarigen en de deelnemers aan het onderzoek in de acht Vlaamse regio's.

Tabel 2 Aantal 6-jarigen die behoren tot de regio, en participatiegraad

| Regio Kind en Gezin                   | regiocode | populatie /<br>doelgroep <sup>1</sup> |               | deelnemers    |                                |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|---------------|---------------|--------------------------------|
|                                       |           | <i>aantal</i>                         | <i>aantal</i> | <i>aantal</i> | <i>percentage</i> <sup>2</sup> |
| <i>Antwerpen</i>                      |           |                                       |               |               |                                |
| Antwerpen Noord 1                     | ANN1      | 1167                                  | 129           |               | 11.1                           |
| Geel                                  | GEEL      | 1110                                  | 321           |               | 28.9                           |
| <i>Brussels hoofdstedelijk gewest</i> |           |                                       |               |               |                                |
| Brussel Noord <sup>3</sup>            | -         | -                                     | -             |               | -                              |
| <i>Limburg</i>                        |           |                                       |               |               |                                |
| Genk                                  | GENK      | 1187                                  | 227           |               | 19.1                           |
| <i>Vlaams Brabant</i>                 |           |                                       |               |               |                                |
| Tielt-Winge                           | TIWI      | 1093                                  | 249           |               | 22.8                           |
| <i>Oost Vlaanderen</i>                |           |                                       |               |               |                                |

## Hoofdstuk 3

|                        |      |             |             |             |
|------------------------|------|-------------|-------------|-------------|
| Gent 1                 | GEN1 | 2142        | 308         | 14.4        |
| Oudenaarde             | OUDE | 958         | 184         | 19.2        |
| <i>West Vlaanderen</i> |      |             |             |             |
| Ieper                  | IEPE | 911         | 203         | 22.3        |
| Oostende               | OOST | 1270        | 270         | 21.3        |
| <b>Totaal</b>          |      | <b>9838</b> | <b>1891</b> | <b>19.2</b> |

<sup>1</sup> in de cohorte 6-jarigen werden alle 6-jarigen uit de regio uitgenodigd; <sup>2</sup> percentage berekend op de doelgroep; <sup>3</sup> In de regio Brussel Noord kon de populatie noch doelgroep worden afgebakend, en werden geen 6-jarigen gerekruteerd.

In de cohorten 6- en 12-jarigen werd afzonderlijk toestemming gevraagd voor actieve deelname aan het onderzoek (vragenlijsten, verdiepingsonderzoek) en passieve deelname (gebruik van bestaande gegevensbronnen). De aantallen in tabel 2 hebben betrekking op alle 6-jarigen waarvan de ouders op een of andere manier aan het onderzoek willen meewerken (actief of passief). Van de 1891 deelnemers gaven er 1284 ook toestemming voor het opvragen van externe gegevens.

In de cohorte 12-jarigen werd de extra bevraging in regio Gent om praktische reden beperkt tot 795 van de 1370 beschikbare adressen. De doelgroep ( $n = 1581$ ) is daarmee niet volledig gelijk aan de regiopopulatie ( $n = 2156$ ), maar het verschil is voor alle regio's samen verwaarloosbaar. De populatie 12-jarigen waaruit werd gerekruteerd vertegenwoordigt met 9861 jongeren (5380 jongens en 5056 meisjes) ongeveer 14% van alle Vlaamse 12-jarigen in 2008 (FOD Economie - Afdeling Statistiek). Tabel 3 geeft een gedetailleerd overzicht per regio van de volledige cohorte 12-jarigen en de deelnemers aan het onderzoek in de acht Vlaamse regio's. Van de 1499 deelnemers gaven 907 ouders ook de toestemming tot het opvragen van bestaande externe gegevens.

Tabel 3 Aantal 12-jarigen die behoren tot de regio, en participatiegraad

| Regio Kind en Gezin                   | regiocode | populatie / deelnemers |               |                               |
|---------------------------------------|-----------|------------------------|---------------|-------------------------------|
|                                       |           | doelgroep <sup>1</sup> |               |                               |
|                                       |           | <i>aantal</i>          | <i>aantal</i> | <i>percentage<sup>2</sup></i> |
| <i>Antwerpen</i>                      |           |                        |               |                               |
| Antwerpen Noord 1                     | ANN1      | 999                    | 64            | 6.4                           |
| Geel                                  | GEEL      | 1196                   | 215           | 18.0                          |
| <i>Brussels hoofdstedelijk gewest</i> |           |                        |               |                               |
| Brussel Noord <sup>3</sup>            | -         | -                      | -             | -                             |
| <i>Limburg</i>                        |           |                        |               |                               |
| Genk                                  | GENK      | 1231                   | 175           | 14.2                          |
| <i>Vlaams Brabant</i>                 |           |                        |               |                               |
| Tielt-Winge                           | TIWI      | 1182                   | 231           | 19.5                          |



|                        |      |                   |             |             |
|------------------------|------|-------------------|-------------|-------------|
| <i>Oost Vlaanderen</i> |      |                   |             |             |
| Gent 1                 | GEN1 | 1581 <sup>4</sup> | 193         | 12.2        |
| Oudenaarde             | OUDE | 1128              | 152         | 13.5        |
| <i>West Vlaanderen</i> |      |                   |             |             |
| Ieper                  | IEPE | 1036              | 199         | 19.2        |
| Oostende               | OOST | 1508              | 270         | 17.9        |
| <b>Totaal</b>          |      | <b>9861</b>       | <b>1499</b> | <b>15.2</b> |

<sup>1</sup> alle kinderen geboren op een oneven datum; <sup>2</sup> percentage berekend op de doelgroep; <sup>3</sup> In de regio Brussel Noord kon de populatie noch doelgroep worden afgebakend, en werden geen 12-jarigen gerekruteerd; <sup>4</sup> aantal aangeschreven jongeren (op een totaal van 2156 adressen).

## 5. Besluit

### 5.1. JOnG! is een extensieve studie

Een **groot aantal (ouders van) kinderen en jongeren** in 9 regio's in Vlaanderen werden in 2008 respectievelijk 2009 aangesproken om deel te nemen aan JOnG! Ruim 3.000 ouders van nuljarigen (april 2008 - mei 2009), bijna 2.000 ouders van 6-jarigen (geboortjaar 2002), ongeveer 1.500 ouders van 12-jarigen en evenveel 12-jarigen (geboortjaar 1996) namen deel aan de eerste bevragingronde. Deze omvangrijke en diverse groep van ongeveer 6.500 gezinnen wordt 1 of 2 keer per jaar aangeschreven met het oog op het in kaart brengen en opvolgen van de ontwikkeling, opvoeding, gezondheid en gedrag bij 0-, 6-, 12-jarigen en hun gezin.

Het onderzoek omvat **een brede waaier aan thema's** met betrekking tot de zorg en het welzijn van kinderen en gezinnen welke rechtstreeks relevant zijn voor zowel de praktijk als het beleid van het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin. Dit is uniek: er zijn weinig voorbeelden in de internationale literatuur te vinden van studies die gezondheid, ontwikkeling, gedrag én opvoeding van kinderen en jongeren in hun combinatie bestuderen. Dat ook 'zorg' als centraal thema en rode draad op een uniforme wijze in de verschillende cohortes is bevraagd, vergroot het unieke karakter van deze studie.

De combinatie van deze aspecten met een **longitudinaal onderzoeksofzet** en, waar mogelijk, het gebruik en de koppeling van informatie uit andere (administratieve) gegevensbronnen biedt veel mogelijkheden. Zo wordt, met respect voor de privacy van de respondenten, een koppeling nagestreefd tussen de gegevens uit de ouderrapportages en informatie uit externe databanken (bv. IMA). Hiermee beogen de onderzoekers een aanzienlijke verbreding van het onderzoek vermits die extra gegevens een toets toelaten van vele voor het Vlaamse zorg- en welzijnsbeleid interessante onderzoekshypothesen. (bv. de relatie tussen medicatiegebruik en perceptie van lichamelijke klachten bij kinderen; bv. de impact van gezondheidsproblemen en medicatiegebruik bij moeders

vóór, tijdens en na de zwangerschap op de gezondheid, groei en ontwikkeling van hun kinderen.)

In de cohorte van de 12-jarigen kunnen de gegevens van de ouders naast die van de kinderen worden gelegd. De zelfrapportage door bijna 1.500 12-jarigen over hun beleven van gezondheid, ontwikkeling, gedrag, opvoeding en (behoefte aan) zorg is een meerwaarde voor de overheid. Het gebeurt niet zo vaak dat deze leeftijdsgroep de gelegenheid krijgt op zulke grote schaal hierover haar stem te laten horen. Zo kunnen gelijkenissen en verschillen in de perceptie van kinderen en ouders in de beleving van opvoeding, ontwikkeling, gezondheid, gedrag en zorgbehoefte worden bestudeerd. De kennis en inzichten die dit oplevert moet het mogelijk maken concrete aanbevelingen te formuleren over het omgaan met problemen op de verschillende onderzochte levensdomeinen en het realiseren van een zorg- en welzijnsaanbod dat rekening houdt met het perspectief van jongeren en ouders.

### **5.2. JOnG! is een *intensieve* studie.**

Naast het basisonderzoek bij de drie cohortes wordt **verdiepend onderzoek** opgezet in zowel de cohorte van 0-jarigen, 6-jarigen als 12-jarigen. Hier wordt de informatie uit de basissteekproeven voor de verschillende domeinen (inclusief 'zorg') aangevuld, verdiept en gethematiseerd. De toevoeging van 'cases' in deze groepen geeft het onderzoek bovendien een klinische relevantie. De opvolging van zorgtrajecten in de verdiepingsgroepen is voor het beleid zeer belangrijk, in het bijzonder omdat in deze studies wordt gepeild naar hoe ouders van kinderen en jongeren en jongeren zelf zorg ervaren en wat die zorg voor hen oplevert. Door dit mee te nemen in het longitudinale onderzoeksopzet kunnen evoluties zichtbaar gemaakt worden. Dit zijn parameters die ons kunnen helpen om te begrijpen wat goede zorg voor verschillende doelgroepen met een specifieke problematiek en/of zorgbehoefte kan betekenen. Via de extra zorgvragenlijsten wil JOnG! ook kennis en inzicht verwerven in hoe een kwaliteitsvol zorgaanbod er kan uitzien.

### **5.3. JOnG! is een *synergische* studie.**

Een netwerk van experts in verschillende disciplines van verschillende universiteiten werken intensief samen gedurende meerdere jaren. Ze leren van elkaars kennis en expertise, ondervinden waar hun perspectieven verschillen en gelijken, en krijgen zo een betere kijk op gezondheids- en welzijnsproblemen en op het zorgvraagstuk. Deze intensieve samenwerking zal op de korte termijn nieuwe ideeën, hypothesen en initiatieven voor wetenschappelijk onderzoek opleveren, die het beleid in de gezondheids- en welzijnszorg ten goede zullen komen.

## Referenties

- Abidin, R.R. (1990). *Parenting stress index (PSI) manual (3rd ed.)*. Charlottesville, VA: Pediatric psychology press.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Allen, J.P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319-335). New York: Guilford.
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M.H.M., & Sroufe, L.A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. [\*Journal of Child Psychology and Psychiatry\*](#), 46, 235-245.
- Arcia, E., Fernández, M.C., Jàquez M., Castillo, H., & Ruiz, M. (2004). Modes of entry into services for young children with disruptive behaviors. *Qualitative Health Research*, 14, 1211-1226
- Asscher, J.J., & Paulussen-Hoogeboom, M.C. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26, 56-69.
- Baartman, H.E.M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Utrecht: SWP.
- Bailey, D., Wolfe, D.M., & Wolfe, C.R. (1994). With a little help from our friends: Social support as a source of well-being and of coping with stress. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 21, 127-152.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the Exercise of Control*. Freeman: New York.
- Barbarin O.A. (2007). Mental health screening of preschool children: Validity and reliability of ABLE. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 402-418.
- Barber, B.K., Stolz, H.E., Olsen, J.E., & Maughan, S.L. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70, 1-13.

- Barnett, A.L., & Henderson, S.E. (2005). Assessment of handwriting in children with developmental coordination disorder. In D. Sugden & M.Chambers (Eds.), *Children with developmental coordination disorder* (pp.168-188). London: Whurr.
- Barnett, A.L., & Henderson, S.E. (2005). Models of intervention: towards an eco-developmental approach. In: Sugden, D.A. & Chambers, M. (eds.). *Children with developmental coordination disorders*. London & Philadelphia: Whurr Publishers.
- Beeman, S. (1997). Reconceptualizing social support and its relationship to child neglect. *Social Service Review*, 71, 421-440.
- Beemster, J., van Gils, J., & Wolsing, J. (2000). *Een goed begin... Het begeleidingsplan voor beginnende leraren, invalkrachten, herintreders, doorstarters in het primair onderwijs*. Samsom: Alphen aan den Rijn.
- Belsky, J. (1996). Parent, infant, and social-contextual antecedents of father-son attachment security. *Developmental Psychology*, 32, 905-913.
- Belsky, J. (2006). Early child care and early child development: Major findings of the NICHD study of early child care. *European Journal of Developmental Psychology*, 3, 95-110.
- Berden, G.F.M.G. (1992). *De ontwikkeling en toepassing van een levensgebeurtenissenvragenlijst en van een levensgebeurtenisseninterview*. Rotterdam: Universiteitsdrukkerij Erasmus (dissertatie).
- Berding, J., & Pols, W. (2006). *Schoolpedagogiek. Opvoeding en onderwijs in de basisschool*. Noordhoff-Wolters: Groningen.
- Bianchi, S.M., & Robinson, J. (1997). What did you do today? Children's use of time, family composition, and the acquisition of social capital. *Journal of Marriage and Family*, 59, 332-344.
- Biassoni, E.C., Serra, M.R., Richtert, U., Joekes, S., Yacci, M.R., Carignani, J.A., Abraham, S., Minoldo, G., & Franco, G. (2005). Recreational noise exposure and its effects on the hearing of adolescents. Part II: development of hearing disorders. *International Journal of Audiology*, 44, 74-85.
- Bijttebier, P., Verstraeten, K., Claes, L., & Vasey, M.W. (2007). *Reactive and self-regulatory aspects of temperament in adolescence: Relations to substance use and antisocial behavior*. Poster presented at the 13<sup>th</sup> scientific meeting of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, London, England.

- Binzer, M., & Eisemann, M. (1998). Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 288–295.
- Brannan, A.M., Heflinger, C.A., & Foster, E.M. (2003). The role of caregiver strain and other family variables in determining children's use of mental health services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11, 77-91.
- Brenning, K., Braet, C., Soenens, B., & Bosmans, G. (2009). *Attachment anxiety and avoidance in middle childhood and early adolescence: The development of a child version of the Experiences in Close Relationships Scale-Revised*. Manuscript submitted for publication.
- Bricker, D., & Squires J. (1999) Ages and Stages Questionnaire (ASQ). *Nederlandse vertaling*: Van Baar, A., Van Bakel, H., & Hunnius, S.(1999). Paul H. Brookes Publishing Co: Baltimore, Maryland.
- Brown, J.D., Riley, A.W., & Wissow, L.S.. (2007). Identification of Youth Psychosocial Problems During Pediatric Primary Care Visits. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*, 34, 269-281.
- Bugental, D.B., & Cortez, V. (1988) Physiological reactivity to responsive and unresponsive children – as modified by perceived control. *Child Development*, 59, 686-693.
- Bunger, A.C., Stiffman, A.R., Foster, K.A., & Shi, P. (2009). Child Welfare Workers' Connectivity to Resources and Youth's Receipt of Services. *Advances in Social Work*, 10, 19-38.
- Burns, B.J. (1995). Children's Mental Health Service Use across Service Sectors. *Health affairs*, 14, 47-159.
- Bushnell, E.W., & Boudreau, J.P. (1993). Motor development and the mind: The potential role of motor abilities as a determinant of aspects of perceptual development. *Child Development*, 64, 1005-1021.
- Buysse, B., Mares, L., & Speltincx, E. (2003). *Ongevalincidentie bij kinderen tussen 0 en 3 jaar, analyse van de omstandigheden waarin de ongevallen plaatsvonden en hun medische consequenties*. Kind en Gezin, Brussel.
- California Mental Health Planning Council (2003). Unmet Need for Public Mental Health Services. *California Mental Health Master Plan*, 13-34
- Cammu, H., Martens, G., Martens, E., De Coen, K., & Defoort, P. (2009). *Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2008*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

- Capaldi, D.M., & Patterson, G.R. (1989). *Psychometric properties of fourteen latent constructs from the Oregon Youth Study*. New York: Springer-Verlag.
- Clark, D.B., Moss, H.B., Kirisci, L., Mezzich, A.C., Miles, R., & Ott, P. (1997). Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 495-502.
- Cohen, L.H. (1988). *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues*. Newbury Park: Sage-publications.
- Coleman, M.R., Buysse, V., & Neitzel, J. (2006). *Recognition and response. An early intervening system for young children at-risk for learning disabilities. Research synthesis and recommendations*. UNIC FPG Child Development Institute.
- Compas, B.E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychological Review*, 7, 275-302.
- Conners, N.A., Whiteside-Mansell, L., Deere, D., Ledet, T., & Edwards, M.C. (2006). Measuring the potential for child maltreatment: the reliability and validity of the adult adolescent parenting inventory-2. *Child Abuse and Neglect*, 30, 39-53.
- Cornelius, J.R., Pringle, J., Jernigan, J., Kirisci, L., & Clark, D.B. (2001) Correlates of mental health service utilisation and unmet need among a sample of male adolescents. *Addictive Behaviors*, 26, 11-19.
- Council on Children With Disabilities (2006). Section on Developmental Behavioral Pediatrics; Bright Futures Steering Committee; Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee; Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118, 405-20.
- Coyne, J.C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Crnic, K.A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117-132.
- Cummings, E.M., & Cummings, J.S. (2002). Parenting and attachment. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Vol 5* (pp. 35-58). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- D'Abbs, P. (1991). *Who Helps? Support networks and social policy in Australia*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.

- Darlington, Y., & Miller, J. (2000). Support received by families with dependent children: The importance of receiving adequate support. *Journal of Family Studies, 6*, 65-77.
- De Wolff, M.S., & van Ijzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571-591.
- Deater-deckard, K., Dodge, K.A., Bates, J.E., & Pettit, G.S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology, 10*, 469-493.
- Dekovic, M., & Gerris, J.R.M. (1992). Parental reasoning complexity, social class, and childrearing behaviors. *Journal of Marriage and the Family, 54*, 675-685.
- Dekovic, M., Gerris, J.R.M., & Janssens, J.M.A.M. (1991). Parental cognitions, parental behavior, and the child's understanding of the parent-child relationship. *Merrill Palmer Quarterly, 37*, 523-541.
- Dekovic, M., Janssens, J.M.A.M., & Van As, N.M.C. (2003). Family predictors of antisocial behavior in adolescence. *Family Process, 42*, 223-235.
- Dennis, T.A., & Brotman, L.M. (2003). Effortful control, attention, and aggressive behavior in preschoolers at risk for conduct problems. *Annals New York Academy of Sciences, 1008*, 252-255.
- Derryberry, D., & Rothbart, M.K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology, 9*, 633-652.
- Desoete, A., Ceulemans, A., Roeyers, H., & Huylebroeck, A. (2009). Subitizing or counting as possible screening variables for learning disabilities in mathematics education or learning. *Educational Research Review, 4*, 55-66.
- Desoete, A., Roeyers, H., & De Clercq, A. (2004). Children with mathematics learning disabilities in Belgium. *Journal of Learning Disabilities, 37*, 50-61.
- Dodge, K.A., & Pettit, G.S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental psychology, 39*, 349-371.
- Doreleijers, T.A.H. (1995). *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de universiteit Utrecht.
- Dowker, A. (2005). *Individual differences in arithmetic. Implications for psychology, neuroscience and education*. Hove, UK: Psychology Press.
- Downey, D.B. (1995). When bigger is not better: Family size, parental resources, and children's educational performance. *Journal of Educational Research, 60*, 746-761.

- DuBois, D.L., & Flay, B.R. (2004). The healthy pursuit of self-esteem: Comment on and alternative to the Crocker and Park (2004) formulation. *Psychological Bulletin*, *130*, 415-420.
- Dumas, J.E. & Wahler, R.G. (1985). Indiscriminate mothering as a contextual factor in aggressive-oppositional child behavior: "damned if you do and damned if you don't". *Journal of Abnormal Child Psychology*, *13*, 1-18.
- Eisenberg, N. (2005). Temperamental Effortful Control (Self-Regulation). In R.E. Tremblay, R.G. Barr & R.D.V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Retrieved November 12, 2007, from <http://www.child-encyclopedia.com/documents/EisenbergANGxp.pdf>.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Guthrie, I.K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 136-157.
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T.L., Fabes, R.A., Losoya, S., Valiente, C., Reiser, M., Cumberland, A., & Shepard, S.A. (2005). The relations of problem behavior status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity: concurrent relations and prediction of change. *Developmental Psychology*, *41*, 193-211.
- Elich, M., & Sinnema, G. (2001). Chronische ziekte en lichamelijke handicap. In G.A., Bakker (Red.), *Handboek kinderen en adolescenten: problemen en risicosituaties bij kinderen en adolescenten: achtergrond, oorzaak en behandeling* (pp. 1-14). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ellingson, K.D., Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., & Horwitz, S.M. (2004). Parent identification of early emerging child behavior problems. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *158*, 766-772.
- Ellis, L.k., & Rothbart, M.K. (2001). *Revision of the early adolescent temperament questionnaire*. Poster presented at the 2001 biennial meeting of the society for research in child development, Minneapolis, Minnesota.
- Erhardt, R.P. (1994). *Erhardt developmental Prehension Assessment (Revised)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Eskenazi B., Gladstone E.A., Berkowitz G.S., Drew C.H., Faustman E.M., Holland N.T., et al. (2005). Methodologic and logistic issues in conducting longitudinal birth cohort studies: Lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. *Environmental Health Perspectives*, *113*, 1419-1429.



- Farmer, E.M.Z., Burns, B.J., Phillips, S.D., Angold, A., & Costello, J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric Services, 54*, 60-66.
- Farrington, D.P. (1995). Development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology, 360*, 929-964.
- Fattal-Valevski, A., Toledano-Alhadeff, H., Leitner, Y., Geva, R., Eshel, R., & Harel, S. (2009) Growth patterns in children with intrauterine growth retardation and their correlation to neurocognitive development. *Journal of Child Neurology, 24*, 846-851.
- Fisher, L. (1976). Dimensions of family assessment: a critical review. *Journal of Marriage and Family Counseling, 2*, 367-382.
- Flisher, A.J., Kramer, R.A., Grosser, R.C., Alegria, M, Bird, H.R., Bourdon, K.H., Goodman, S.H., Greenwald, S., Horwitz, S.M., Moore, R.E., Narrow, W.E., & Hoven, C.W. (1997). Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. *Psychological Medicine, 27*, 1145-1154.
- Forrest, C.B., Nutting, P.A., von Schrader, S., Rohde, C. & Starfield, B. (2006). Primary care physician specialty referral decision making: patient, physician, and health care system determinants. *Medical Decision Making, 26*, 76-85.
- Fram, M.S. (2003). *Managing to parent: social support, social capital, and parenting practices among welfare-participating mothers with young children*. Madison: Institute for research on poverty.
- Friedman, R.J., & Chase-Landsdale, P.L. (2002). Chronic adversities. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent Psychiatry. Fourth Edition* (pp. 261-276). London: Blackwell Science Ltd.
- FOD Economie, algemene directie statistiek en economische informatie (2009). *Bevolking en huishoudens. Totale en Belgische bevolking op 1.1.2007*. S220.A1N/2007
- Fuchs, L.S., Fuchs, D., Compton, D.L., Bryant, J.D., Hamlett, C.L., & Seethaler, P.M. (2007). Mathematics screening and progress monitoring at first grade: implications for responsiveness to intervention. *Exceptional Children, 73*, 311-330.
- Gadeyne, E., Ghesquière, P., & Onghena, P. (2004). Psychosocial functioning of young children with learning problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 45*, 510-421.
- Garstein, M.A, & Rothbart, M.K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant behavior and development, 26(1)*, 64-86.

- Gaskin, D.J., Kouzis, A., & Richard, P. (2008). Childrens' and adolescents' use of mental health care is a family matter. *Medical Care Research Review*, 65, 748-762.
- Geary, D.C. (2004). Mathematics and learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 37, 4-15.
- Geeraerts, K. (2007-2008). *Standaardiseren van een vragenlijst die peilt naar de attitudes van jongeren omtrent recreatieve lawaai blootstelling. Epidemiologisch onderzoek: Prevalentie van gehoorverlies t.g.v. gebruik van een hoofdtelefoon bij jongeren..* Promotor: Prof. Dr. B. Vinck, Co-promotor: Lic. H. Keppler. Scriptie voorgedragen tot het behalen van de graad van master in de logopedische en audiologische wetenschappen. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.
- Gerris, J.R.M., Dekovic, M., & Janssens, M.A.M. (1997). The relationship between social class and childrearing behaviors: parents' perspective taking and value orientations. *Journal of Marriage and Family*, 59, 834-847.
- Gersten, R., Jordan, N.C., & Flojo, J.E. (2005). Early identification and intervention for students with mathematics difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 293-304.
- Geuze, R.H., Jongmans, M.J., Schoemaker, M.M., & Smits-Engelsman, B.C.M. (2001). Clinical and research diagnostic criteria for developmental coordination disorder: a review and discussion. *Human Movement Science*, 20, 7-47.
- Glascoe, F.P. (2000). Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics in Review*, 21, 272-280.
- Greenberg, M.T., De Klyen, M., Speltz, M.L., & Endriga, M.C. (1997). The role of attachment processes in externalizing psychopathology in young children. In L. Atkinson & K. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 196-222). New York: Guilford.
- Grietens, H., Geeraert, L., Moors, G., Van Assche, V., & Hellinckx, W. (2001). *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak*. Leuven: Acco.
- Hadders-Algra, M. (2004). General movements: a window for early identification of children at high risk for developmental disorders. *Journal of Pediatrics*, 145, S12-18.
- Hamilton, C. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690-694.
- Harter, S. (1990). Developmental differences in the nature of self-representations.: Implications for the understanding, assessment, and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 133-142.

- Harter, S. (1998). The development of self-representations. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology. Vol.3: Social, emotional and personality development* (pp. 553-617); New-York: Wiley.
- Heineman K.R. et al. (2008). Reliability and validity of the Infant Motor Profile. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 275-282.
- Heinonen, K., Raikkonen, K., Pesonen, A.K., Kajantie, E., Andersson, S., Eriksson, J.G. et al. (2008). Prenatal and postnatal growth and cognitive abilities at 56 months of age: a longitudinal study of infants born at term. *Pediatrics*, 121, e1325-e1333.
- Hellinckx, W., & Ghesquiere, P. (1999). *Als leren pijn doet. Opvoeden van kinderen met een leerstoornis*. Leuven: Acco.
- Hermanns, J., Ory, F., & Schrijvers, G. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. *Rapport Invent groep*. Verkregen op 28, januari, 2010 van <http://static.ikregeer.nl/pdf/BLG7899.pdf>
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & R. Philip (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 395-433). New York: Guilford Press.
- Hetherington, E. M., & Martin, B. (1986). Family factors and psychopathology in children. In H. Quay & J. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3rd ed., pp. 332-390). New York: Wiley.
- Hill, S.Y., & Muka, D. (1996). Childhood psychopathology in children from families of alcoholic female probands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 725-733.
- Hofhuis, W., de Jongste, J.C., & Merkus, P.J.F.M.. (2003) Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 1086-1090.
- Hopkins, J., & Campbell, S.B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 57-65.
- Huybrechts, I., Mathys, C., Vereecken, C., Maes, L., Temme, E., Van Oyen, H., De Backer, G., & De Henauw, S. (2008). Food intakes by preschool children in Flanders compared with dietary guidelines. *J. Environ. Res. Public Health*, 5, 243-257.
- Jaegers, W. (2006). *Integrale onderwijszorg. Ontwikkeling naar een regionaal expertisecentrum voor leer-, gedrags- en ontwikkelingsvraagstukken in het primair onderwijs*. Agiel: Utrecht.

- Johnson, J.H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Beverly-Hills: SAGE-publications.
- Kataoka, S.H., Zhang, L., & Wells, K.B. (2002). Unmet need for mental health care among US Children: variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1548-1555.
- Keppler, H. (2008). *Diagnostiek van slechthorendheid ten gevolge van overmatige professionele en recreatieve lawaiblootstelling*. Scriptie voorgedragen tot het behalen van de graad van master in de logopedische en audiologische wetenschappen. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Universiteit Gent, Academiejaar 2007-2008
- Kessler, R.C., Price, R.H., & Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kijlstra, M., Prinsen, B., & Schulpen, T. (2005). *Kwetsbaar jong! Een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties*. Amsterdam: SWP.
- Kind & Gezin. *Statistisch jaarverslag 2008*. Verkregen op 15, december, 2009 van [http://kindengezin.be/Images/Cijfers\\_2008\\_tcm149-65330.pdf](http://kindengezin.be/Images/Cijfers_2008_tcm149-65330.pdf).
- [Klamer, A.](#), [Lando, A.](#), [Pinborg, A.](#), & [Greisen, G.](#) (2005). Ages and Stages Questionnaire used to measure cognitive deficit in children born extremely preterm. *Acta Paediatrica*, 94, 1327-1329.
- Kleinman, J.M., Robins, D.L., Ventola, P.E., Pandey, J., Boorstein, H.C., Esser, E.L., et al. (2008). The modified Checklist for Autism in Toddlers: A follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 827-839.
- Koeter, M.W.J., & Ormel, J. (1991). *General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Konstantareas, M. M., & Stewart, K. (2006). Affect regulation and temperament in children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 143-153.
- Koot, H.M. (1997). *Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis / Academisch Ziekenhuis Rotterdam / Erasmus Universiteit Rotterdam.
- [Koster, C.](#), [Been, P.H.](#), [Krikhaar, E.M.](#), [Zwarts, F.](#), [Diepstra, H.D.](#), & [Van Leeuwen, T.H.](#) (2005). Differences at 17 months: Productive language patterns in infants at familial

- risk for dyslexia and typically developing infants. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 48, 426-438.
- Kuppens, S., Grietens, H., Onghena, P., & Michiels, D. (2009). Measuring parenting dimensions in middle childhood: multitrait-multimethod analysis of child, mother, and father ratings, *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 133-140.
- Lange, A., Blonk, R., & Wiers, R.W. (1998). Assessment: the parent child interaction questionnaire, PACHIQ. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 5, 187-198.
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A.E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Laurent de Angulo, M., Brouwers-de Jong, EA., Bijlsma-Schlösser, JFM., Bulk-Bunschoten, AMW., Pauwels, JH., Steinbuch-Linstra, I. (2005). *Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg*; Koninklijke Van Gorcum.
- Lawson, K. L. (2004). Development and psychometric properties of the perceptions of parenting inventory. *The Journal of Psychology*, 138, 433-455.
- Lewis, M., Feiring, C., & Rosenthal, S. (2000). Attachment over time. *Child Development*, 71, 707-720.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Lonigan, C.J., & Phillips, B.M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60-91). New York: Oxford University Press.
- Lynch, J.W. (2000). Social epidemiology: some observations on the past, present and future. *Australas Epidemiologist*, 7, 7-15.
- Maccoby, E., & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology, Vol. IV: Socialization, personality, and social development* (pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mardulier, T. (2001). Inclusief onderwijs in Vlaanderen : een stand van zaken In R. Kennes (Ed.) *Inclusief beleid voor personen met een handicap. Voorbeelden uit de beleidspraktijk* (pp. 107-131). Acco: Leuven.
- Martel, M.M., & Nigg, J.T. (2006). Child ADHD and personaliy/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1175-1183.

- McCue Horwitz, S., Gary, L.C., Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2003). Do Needs Driver Services Use in Young Children? *Pediatrics*, 112, 1373-1378.
- McKay, J.A., & Pickens, J. (1996). Inventoried and observed stress in parent-child interactions. *Current Psychology*, 15, 223-234.
- Middelburg, K.J., Heineman, M.J., Bos, A.F., & Hadders-Algra, M. (2008). Neuromotor, cognitive, language and behavioural outcome in children born following IVF or ICSI—a systematic review. *Human Reproduction Update*, 14, 219-231.
- Miller, R.J., & Darlington, Y. (2002). Who supports? The providers of social support to dual-parent families caring for young children. *Journal of Community Psychology*, 30, 461-473.
- Mundy, P., Delgado, C., Block, J., Venezia, M., Hogan, A., & Seibert, J. (2003). ESCS. University of Miami.
- Muris, P., & Ollendick, T.H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271-289.
- Murphy, B.C., Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S., & Guthrie, I.K. (1999). Consistency and change in children's emotionality and regulation: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45, 413-444.
- Murray-Harvey, R., & Slee, P.T. (1998). Family stress and school adjustment: predictors across the school years. *Early Child Development and Care*, 145, 133-149.
- Nelson, C.H., & Park, J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science and Medicine*, 62, 2291-2300.
- Newberger, C.M., & Cook, S.L. (1983). Parental Awareness and child abuse: A cognitive developmental analysis of urban and rural samples. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 512-524.
- NICHD Early Child Care Research Network (Eds.). (2005) *Child care and child development*. New York: Guilford Press.
- Nicholson J.M., & Rempel L.A. (2004). Australian and New Zealand birth cohort studies: Breadth, quality and contributions. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40, 87-95.
- Nickel, R.E., & Gallenstein, J.S. (1989). The infant motor screen. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 31, 35-42.
- Offord, D.R., & Bennet, K.J. (1994). Conduct Disorder: long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1069-1078.

- Olsen, S.E., & Erlandsson, S.I. (2004) Youth Attitude to Noise Scale (YANS). In: Olsen, S.E. (2004). *Psychological aspects of adolescents' perceptions and habits in noisy environments*. Unpublished Licentiate dissertation, Goteborg University.
- Owen, M.T. (2003). Child care and its impact on young children (0-2). In R.E. Tremblay, R.G. Barr, & R. DeV. Peters (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development* (pp. 1-6). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Pasnak, R., Cooke, W.D., & Hendricks, C. (2006). Enhancing academic performance by strengthening class-inclusion reasoning. *The Journal of Psychology*, 140, 603-613.
- Patterson, G.R. (1986). Performance Models for Antisocial Boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia
- Peeters, L. (2007). *Scholen zonder oogst? Profileren in de basisschool*. Garant: Antwerpen.
- Pieters, C. (2009). *Hoogbegaafde jongeren en depressie (literatuurstudie en veldonderzoek)*. Masterproef voorgedragen tot het behalen van de graad van master in de jeugdgezondheidszorg (promotoren: Lebeer, J., Kieboom, T.)
- Pihlakoski, L., Aromaa, M., Sourander, A., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2004). Use of and need for professional help for emotional and behavioral problems among preadolescents: a prospective cohort study of 3- to 12-year old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 974-983.
- Pintrich, P.R., & Schunk, D.H. (2002). *Motivation in education (2<sup>nd</sup> ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Piper, M.C., Pinnell, L.E., Darrah, J., Maguire, T., & Byrne, P.J. (1992). Construction and validation of the Alberta infant motor scale (AIMS). *Canadian Journal of Public Health*, 83, 46-50.
- Power, T.J., Eiraldi, R.B., Clarke, A.T., & Mazzuca, L.B. (2005). Improving mental health service utilization for children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 20, 187-205.
- Putnam, S.P., Gartstein, M.A., & Rothbart, M.K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: the early childhood behavior questionnaire. *Infant behavior and development*, 29(3), 386-401.
- Raine, A., Brennan, P., & Mednick, S.A. (1995). Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 50, 775-776.

- Raviv, A., Sharvit, K., Raviv, A., & Rosenblat-Stein, S. (2009). Mothers' and fathers' reluctance to seek psychological help for their children. *Journal of Child and Family Studies, 18*, 151-162.
- Reid, J.B. (1993). Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to development findings. *Journal of Development and Psychopathology, 5*, 243-262.
- Reid, J.B., & Eddy, J.M. (1997). The prevention of antisocial behavior: Some considerations in the search for effective interventions. In D.M. Stoff, J. Breiling, & J.D. Maser (Eds.), *The handbook of antisocial behavior* (pp. 343-356). New York: Wiley.
- Reifman, A., Biernat, M., & Lang, E.L. (1990). Stress, social support, and health in married professional women with small children. *Psychology of Women Quarterly, 15*, 431-445.
- Reznick, J.S., Baranek, G.T., Reavis, S., Watson, L.R., & Crais, E.R. (2006). *First Year Inventory*. University of North Carolina.
- Reznick, J.S., Baranek, G.T., Reavis, S., Watson, L.R., & Crais, E.R. (2007). A parent-report instrument for identifying one-year-olds at risk for an eventual diagnosis of Autism: The First Year Inventory. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 1691-1710.
- Rickwood, D.J., & Braithwaite, V.A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Sciences and Medicine, 39*, 563-572.
- Ridenour, T.A., Greenberg, M.T., & Cook, E.T. (2006). Structure and validity of people in my life: A self-report measure of attachment in late childhood. *Journal of Youth and Adolescence, 35*, 1037-1053.
- Rizzo, C.J., Esposito-Smythers, C., Swenson, L., Birmaher, B., Ryan, N., Strober, M., Chiappetta, L., Valeri, S., Hunt, J., Axelson, D., Leonard, H., & Keller, M. (2007). Factors associated with mental health service utilization among bipolar youth. *Bipolar Disorders, 9*, 839-850.
- Robins, D.L. (2008). Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism, 12*, 537-556.
- Robins, D.L., Fein, D., & Barton, M. (1999). *M-Chat* (Ned. Vertaling Dereu, M., Meerschaut, M., Warreyn, P., & Roeyers, H. (2006) ongepubliceerd manuscript).
- Rodgers, A.Y. (1998). Multiple sources of stress and parenting behavior. *Children and Youth Services Review, 20*, 525-546.



- Roelants, M., Hauspie, R., & Hoppenbrouwers, K. (2009). References for growth and pubertal development from birth to 21 years in Flanders, Belgium. *Annals of Human Biology, 36*, 1-15.
- Romundstad, L.B., Romundstad, P.R., Sunde, A., von Düring, V., Skjærven, R., Gunnell, D., & Vatten, L.J. (2008). Effects of technology or maternal factors on perinatal outcome after assisted fertilisation: a population-based cohort study. *The Lancet, 372*, 737-43.
- Rothbart, M.K. (1989). Temperament and development. In G.A. Kohnstamm, J.E. Bates, & M.K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 187-247). New York: Wiley.
- Rothbart, M.K., & Bates, J.E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, personality development* (pp. 105-176). New York: Wiley.
- Rothbart, M.K., & Bates, J.E. (2006). Temperament. In W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology (6th ed.): Vol 3. Social, emotional, and personality development* (pp. 99-166). New York: Wiley.
- Rubin, K.H., Burgess, K.B., & Hastings, P.D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors, [\*Child Development, 73\*](#), 483-495.
- Rutter, M., & Sandberg, S. (1992). Psychosocial stressors. Concepts, causes and effects. *European Child and Adolescent Psychiatry, 1*, 3-13.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional Regulation: developmental ecology of early intervention. In J.P., Schonkoff, & Meisels, S.J. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention: second edition (pp. 135-160)*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Sanders, M.R., & Woolley, M.L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child: Care, Health & Development, 31*, 65-73.
- Saunders, S.M., Resnick, M.D., Hoberman, H.M., & Blum, R.W. (1994). Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 718-728.
- Schaefer, E.S. (1965). A configurational analysis of childrens reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology, 29*, 552-557.

- Serra M.R., Biassoni E.C., Richter U., Minoldo G., Franco G., Abraham S., Carignani J.A., Joekes S., & Yacci M.R. (2005). Recreational noise exposure and its effects on the hearing of adolescents. Part I: an interdisciplinary long-term study. *International Journal of Audiology*, 44, 65-73.
- Shanley, D.C., Reid, G.J., & Evans, B. (2008). How parents seek help for their children with mental health problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 35, 135-146.
- [Sheinkopf, S.I.](#), Mundy, P., [Claussen, A.H.](#), & [Willoughby, J.](#) 2004. [Infant joint attention skill and preschool behavioral outcomes in at-risk children](#). *Development and Psychopathology*, 16, 273-291.
- Shonkoff, J.P., Boyce, W.T., & McEwen, B.S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Journal of the American Medical Association*, 301, 2252-2259.
- Simonds, J. & Rothbart, M.K. (2004, October). *The temperament in middle childhood questionnaire (TMCQ): A computerized self-report measure of temperament for ages 7-10*. Poster session presented at the occasional temperament conference, Athens, GA.
- Smits-Engelsman, B.C., Bloem-van der Wel, H.E., & Duysens, J. (2006). Children with Developmental Coordination Disorder respond similarly to age-matched controls in both speed and accuracy if goal-directed movements are made across the midline. *Child Care and Health Development*, 32, 703-710.
- Sourander, A., Multimäki, P., Nikolakaros, G., Haavisto, A., Ristkari, T., Helenius, H., Parkkola, K, Piha, J, Tamminen, T., Moilanen, I., Kumpulainen, K., & Almqvist, F. (2005). Childhood Predictors of Psychiatric Disorders among Boys: a Prospective Community-Based Follow-up Study from Age 8 years to Early Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 756-767.
- Sroufe, L.A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184 – 1199.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. In S.S. Feldman, & G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276) Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg, L., Lamborn, S.D., Dornbusch, S.M., & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child development*, 63, 1266-1281.

- Steinhauer, P.D., Santa-Barbara J., & Skinner, H. (1984). The process model of family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry, 29*, 7788.
- Stephens, T., Joubert, N. (2001). The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada, 22*, 1-10.
- Stiffman, A.R., Pescosolido, B., & Cabassa, L.J. (2004). Building a Model to Understand Youth Service Access: the Gateway Provider Model. *Mental Health Services Research, 6*, 189-198.
- Stiffman, A.R., Striley, C., Horvath, V.E., Hadley-Ives, E., Polgar, M., Elze, D., & Pescarino, R. (2001). Organizational Context and Provider Perception as Determinants of Mental Health Service Use. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 28*, 188-204.
- Stifter, C.A., & Bono, M.A. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother-infant attachment. *Child Care, Health and Development, 24*, 339-351.
- Ten Haaf, N. (1993). *Opvoedingsdimensies: convergente en discriminante validiteit*. Katholieke Universiteit Nijmegen, proefschrift.
- Teti, D.M., & Gelfand, D.M. (1991) Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62*, 918-929.
- Tobii Technology Inc., Falls Church, VA, USA, Product description: Tobii T/X Series eye trackers, May 2007.
- Tomlin, A.M., & Viehweg, S.A. (2003). Infant Mental Health: Making a Difference. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*, 617-625.
- Tracy, E.M. (1990). Identifying social support resources of at-risk families. *Social Work, 35*, 252-258.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T.B. (1978). The infants response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17*, 1-13.
- Tucker, S., Gross, D., Fogg, L., Delaney, K., & Lapporte, R. (1998). The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year olds. *Research in Nursing and Health, 21*, 199-210.
- U.S. Dept. of Health and Human Services (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. - [Atlanta, Ga.] : Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

- Van Den Berg, M., Vanderfaeillie, J., & Grietens, H. (2009). *Effectevaluatie spreekuur volgens de methodiek van Triple P en de vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Ijzendoorn, M.H., Vereijken, C.M.J.L., Bakermans-Kranenburg, J., & Riksen-Walraven M. (2004). Assessing attachment security with the attachment Q-Sort: Meta-Analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development, 75*, 1188-1213.
- Van Leeuwen, A. (2007). *Tussen apart en samen. Een exploratief onderzoek vanuit een leerplankundig perspectief*. Integratie van kinderen met speciale onderwijsbehoeftes in het reguliere basisonderwijs. SLO Nationaal expertisecentrum voor leerplanontwikkeling ([www.slo.nl](http://www.slo.nl)).
- Van Leeuwen, K. & Vermulst, A. (2004). Some psychometric properties of the Ghent parental behavior scale, *European Journal of Psychological Assessment, 20*, 283-298.
- Van Trimpont, I., Abrahams, K., & Hoppenbrouwers, K. (2010c) Kinderen met reuma op school. In: *RheumaNet-dossier 1*. Red. Walter Vermeulen, Acco.
- Van Trimpont, I., Abrahams, K., & Hoppenbrouwers, K. (2010) *Kinderen met reuma op school*. In: *RheumaNet-dossier 1*. Red. Walter Vermeulen, Acco.
- Van Trimpont, I., & Hoppenbrouwers, K. (2010) *Onderwijs een recht voor elk kind*. In: *Geef me veerkracht. Over onderwijs aan langdurig zieke kinderen*. Red. Ludo Govaerts, Davidsfonds: Leuven. pp. 112-129.
- Van Trimpont, I., & Petry, K. (2010). Kinderen met een chronische aandoening op school. In: *Geef me veerkracht. Over onderwijs aan langdurig zieke kinderen*. Red. Ludo Govaerts, Davidsfonds: Leuven. pp. 130-147.
- Van Waelvelde, H., De Weerd, W., De Cock, P., Janssens, L., Feys, H., & Smits-Engelsman, B.C.M. (2006). Parametrization of movement execution in children with Developmental Coordination Disorder. *Brain and Cognition, 60*, 20-31.
- Veerman, J.W., ten Brink, L.T., van der Horst, H., & Koedoot, P. (1993). *Vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen. Herziene handleiding*. Amsterdam: Paedologisch instituut, afdeling evaluatief-epidemiologisch onderzoek.
- [Velazquez, H.A.](#), [Cabrera, F.P.](#), [Chaine, S.M.](#), [Caso-Lopez, A.C.](#), & [Torres, N.B.](#), (2002). Risk and proactive factors for aggressive behavior, and its generalization in a sample of Mexican school children. *Salud Mental, 25*, 27-40.
- [Venezia, M.](#), [Messinger, D.S.](#), [Thorp, D.](#), & Mundy, P. (2004). [The development of anticipatory smiling](#). *Infancy, 6*, 397-406.

- Verhulst, F.C., & Van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.
- Verschueren, K. (2004). Het zelfconcept van jonge kinderen. In L. Goossens, D. Hutsebaut, & K. Verschueren (Reds), *Ontwikkeling en levensloop. Liber amicorum Alfons Marcoen* (pp. 95-113). Leuven: Universitaire Pers.Vlaams Verbond van het Katholiek Basisonderwijs (1999). *Wiskundeleerplan*. Brussel: Auteur.
- Wake, M. (2004). Australian childhood longitudinal studies: Exciting yet challenging times. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40, 85-86.
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Warfield, M.E., & Gulley, S. (2006). Unmet need and problems accessing specialty medical and related services among children with special health care needs. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 201-216.
- Waters, E., & Cummings, M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.
- Watson, L.R., Baranek, G.T., Crais, E.R., Reznick, J.S., Dykstra, J., & Perryman, T. (2007). The First Year Inventory: retrospective parent responses to a questionnaire designed to identify one-year-olds at risk for Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 49-61.
- Weinfield, N.S., Whaley, G.J.L., & Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: sequelae of organization and disorganization. *Attachment & Human Development*, 6, 73-96.
- Weiss, S.J., & St. John Seed, M. (2002). Precursors of mental health problems for low birth weight children: the salience of family environment during the first year of life. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 3-27.
- Wellman, B., & Wortley, S. (1990). Different strokes from different folks: Community ties and social support. *American Journal of Sociology*, 96, 558-588.
- Wells, L.E., & Rankin, J.H. (1988). Direct parental controls and delinquency. *Criminology*, 26, 263- 285.

- Wels, P.M.A., & Robbroeckx, L.M.H. (1996). *NVOS, Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie*. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wilson, P. H., & McKenzie, B. E. (1998). Information processing deficits associated with developmental coordination disorder: A meta-analysis of research findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 829-840.
- Woltjer, G., & Janssens, H. (2006). *Hoe ga je om met kinderen op school. Competenties in de praktijk*. Wolters Noordhoff: Groningen.
- World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. WHO Technical Report Series; 916. Geneva 2003.  
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>
- Xu, F. (2003). Numerosity discrimination in infants: Evidence for two systems of representations. *Cognition*, 89, B15-B25.
- Xu, F., & Spelke, E.S. (2000). Large number discrimination in 6-month-old infants. *Cognition*, 74, B1-B11.
- Xu, F., Spelke, E.S., & Goddard, S. (2005). Number sense in human infants. *Developmental Science*, 8, 88-101.
- Zimmerman, F.J. (2005). Social and economic determinants of disparities in professional help-seeking for child mental health problems: Evidence from a national sample. *Health Research and Educational Trust*, 40, 1514-1533.
- Zink, I., & Lejaegere, M. (2002). N-CDI's voor communicatieve ontwikkeling, nieuw instrument voor vroege taalscreening. *Logopedie*, 15, 23-32.
- Zink, I., & Lejaegere, M. (2002). Taalscreening van jonge kinderen door ouder rapportering, N-CDI's: lijsten voor communicatieve ontwikkeling. *Logopedie en Foniatrie*, 6, 170-157.
- Zubrick, S.R., Taylor, C.L., Rice, M.L., & Slegers, D.W. (2007). Late language emergence at 24 months: An epidemiological study of prevalence, predictors, and covariates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 1562-1592.
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., & Verhulst, F.C. (2005). Help-seeking for child psychopathology: Pathways to informal and professional services in The Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1292-1300.

- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., & Verhulst, F.C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 692-700.
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., & Verhulst, F.C. (2007). The different stages and actors involved in the process leading to the use of adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*, 567-582.





**BIJLAGEN**



## **Bijlage 1**

### **Literatuurstudie – 28 grootschalige longitudinale studies**



## Overzicht van longitudinale prospectieve en integratieve cohortenstudies (met steekproef $\geq 1000$ kinderen)

| Land / Regio                | Naam van de studie [afkorting] → Bronnen / Referenties  | Start -Stop [Duur] rekrutering | Steekproef-grootte                                  | Eigenschappen van doelgroep  | Leeftijd bij eerste evaluatie [laatste evaluatie]  | Interessegebieden  | Leeftijd bij follow-up  | Registraties (beknopt)   |
|-----------------------------|---|--------------------------------|---|--|--|--|---|--|
| Nieuw Zeeland, Christchurch | <b>Christchurch Health Development Studies</b> ("CHDS")<br>→ (1;2)  | 1977 [4m]                      | 1 265   | Representatieve geboorte-cohorte   | 4m [21j]   | - Multipele  | - 4m<br>- Jaarlijks van 1j tot 16j<br>- 18j, 21j                                | - interviews: ouders, kind<br>- vragenlijsten: leerkracht<br>- informatie vanuit andere bronnen (o.a. registratiegegevens in ziekenhuis)                                   |
| Nieuw Zeeland, Dunedin      | <b>Dunedin Multidisciplinary Health &amp; Development Study</b> (MHCS)<br><br><a href="http://dunedinstudy.otago.ac.nz/news/childhd.html">http://dunedinstudy.otago.ac.nz/news/childhd.html</a><br><a href="http://en.wikipedia.org/wiki/Dunedin_Longitudinal_Study">http://en.wikipedia.org/wiki/Dunedin_Longitudinal_Study</a><br>→ (1;3;4)                 | 1972-1973 [12m]                | 1 037   | Representatieve geboorte-cohorte   | Geboorte [26j]                                     | - Multipele  | - 2-jaarlijks van 3j tem26j   | - interviews<br>- vragenlijsten<br>- observatie en onderzoek van het kind<br>- Specifieke metingen: testen, bloedstalen...   |
| Australië, Victoria         | <b>Australian Temperament Study</b> (ATP)<br><br><a href="http://www.aifs.gov.au/atp/">http://www.aifs.gov.au/atp/</a><br>→ (1;5;6)   | Dec 1983 [2w]                  | 2 433   | Representatieve gestratificeerde steekproef  | 4-8m [18j- (20j?)]                                 | - Focus op gedragsproblemen en antisociaal gedrag bij jongeren   | - Ongeveer 2-jaarlijks<br>- 20m - 34m - 4j-6j-8j-10j-12j-14j-16j-18j            |  |
| Australië, Brisbane         | <b>Mater-University of Queensland Study of Pregnancy</b> (MUQSP)<br>→ (1;7;8)   | 1981-1986 [5j]                 | 8.556   | Alle zwangerschappen opgevolgd in één ziekenhuis   | Prenataal [21j]                                    | - Multipele<br>- Focus op invloed van sociale, psychologische en obstetrische factoren op zwangerschapuitkomst   | Geboorte – 6m - 5j-14j [21j]  |  |
| Australië, Perth            | <b>Western Australia Pregnancy Cohort</b> (RAINE)<br><br><a href="http://www.rainestudy.org.au/">http://www.rainestudy.org.au/</a><br><a href="http://sklad.cumc.columbia.edu/genetics/imprintscenter/cohorts/cohort_details.php?cohort_id=6">http://sklad.cumc.columbia.edu/genetics/imprintscenter/cohorts/cohort_details.php?cohort_id=6</a><br>→ (1;9;10) | 1989-1992 [3j]                 | 2 860   | - Alle zwangerschappen opgevolgd in één ziekenhuis<br>- Randomisatie voor al dan niet intensieve opvolging via echo-doppler tijdens zwangerschap | Prenataal [10j]                                    | - Multipele<br>- Focus op effect van intensieve opvolging via echo-doppler tijdens zwangerschap op zwangerschapuitkomst op korte en lange termijn  | - Zwangerschap vanaf 16-18w (+/-5 echo-doppler)<br>- 1j, 2j 3j, 4j, 5j, 8j, 10j |  |
| Australië                   | <b>Longitudinal Study of Australian Children</b> ("Growing up in Australia") (LSAC)<br><br><a href="http://www.aifs.gov.au/growingup/participants/participantinfo2004.html">http://www.aifs.gov.au/growingup/participants/participantinfo2004.html</a><br>→ (11-14)   | 2003-2004 [1j]                 | 2 cohorten<br>Pilotstudie=500<br>C1=5000<br>C2=5000 | Representatieve gestratificeerde steekproef (obv postcode)   | 2 cohorten<br>C1: <12m-[8-9j]<br>C2: 4j - [12-13j] | - Multipele<br>- Specifieke beleidsrelevante focus op:<br>- kritische periodes voor aanbod van hulpverlening<br>- individuele, familiale, sociale en omgevingsfactoren en relatie met ontwikkelingstraject | - Ongeveer 2-jaarlijks<br>→ Eigen gevalideerde instrumenten!                    | - interviews: ouders, kind<br>- vragenlijsten: ouders, verzorging, leerkracht, kind<br>- observatie en onderzoek van het kind<br>- specifieke metingen en testen (vb PPVT) |

| Land / Regio                  | Naam van de studie [afkorting] → Bronnen / Referenties  | Start -Stop [Duur] rekrutering | Steekproef-grootte   | Eigenschappen van doelgroep   | Leeftijd bij eerste evaluatie [laatste evaluatie]   | Interessegebieden   | Leeftijd bij follow-up  | Registraties (beknopt)  |
|-------------------------------|---|--------------------------------|--|---|---|---|---|---|
| VS, 10 verschillende locaties | <b>Study of Early Child Care and Youth Development</b> - <i>National Institute of Children Health and Human development</i> (NICHD)<br><a href="http://secc.rti.org/home.cfm">http://secc.rti.org/home.cfm</a><br>→ (15-18) | 1991 [11m]                     | 1.364  | - “Conditionally random sampling” van gezinnen met voldragen, gezonde baby’s<br>- 10 regio’s<br>- Complex onderzoeksdesign en uitgebreide instrumentenlijst!  | 1m [15j]  | - Multipele<br>- Specifieke focus op impact van contextuele factoren<br>- Invloed van kenmerken en ervaringen van zorg voor het kind op ontwikkeling van het kind<br>- Outcomes: sociaal, emotioneel, intelligentie, taalontwikkeling, fysieke gezondheid, gedrag   | - 1m-6m-15m-24m-36m-54m<br>- 2-jaarlijks tot 15j  | - vragenlijsten: ouders, leerkracht, kind<br>- interviews: ouders, leerkracht, kind<br>- observaties thuis en in labo<br>- specifieke metingen thuis en in labo (bijv. intelligentie) |
| VS, 12 universiteiten         | <b>National Collaborative Perinatal Project</b> (NCP)<br>→ (19;20)  | 1959-1965 [6j]                 | 60.000 zwangere vrouwen<br>58.000 kinderen                           | - Alle zwangeren opgevolgd in deelnemende materniteiten   | Prenataal [7-8j]  | - Specifieke focus op impact van ZGS en bevalling op neuro-motorische ontwikkeling<br>- Outcomes<br>Observaties van ontwikkeling (0-1j)<br>Ontwikkelingsstatus (cognitief, gedrag) (4j)<br>Observaties van taal en spraak (3j, 8j)<br>Zwangerschap, foetale, neonatale en latere mortaliteit, prematuriteit, laag geboortegewicht | - Prenataal<br>- Geboorte<br>- 4m, 12m<br>- 3j, 4j, 7j, 8j  |   |
| VS                            | <b>National Children’s Study</b> (NCS)<br><a href="http://www.nationalchildrenstudy.gov">http://www.nationalchildrenstudy.gov</a><br>→ (21-28)  | 2007-2011 [5j]                 | 3 cohorten<br>Doelstelling = >100.000 kinderen                       | - Representatieve steekproef<br>- 105 geografische regio’s<br>- 3 cohorten van volwassen vrouwen (ZGS, ZGS-wens, geen ZGS-wens) en hun toekomstige kind(eren) | Preconceptieel of prenataal [21j]   | - Multipele<br>- Specifieke focus op invloed van (vroegtijdige blootstelling aan) milieu- en omgevingsfactoren<br>- Biologische, chemische, fysieke en psychosociale omgevingsinvloeden<br>- Outcomes: ZWS en geboorte-uitkomsten, ontwikkeling, medische gebeurtenissen  | - Preconceptieel en/of prenataal (x3)<br>- Geboorte<br>- 6m-12m-18m-3j-5j-7j<br>9j-12j-16-20j   | - interview: ouders<br>- vragenlijsten<br>- biologische stalen<br>- fysiek onderzoek<br>- directe metingen: cognitief, fysiek<br>- milieu-metingen                                    |
| VS                            | <b>Early Childhood Longitudinal Study</b><br><a href="http://nces.ed.gov/ecls/">http://nces.ed.gov/ecls/</a><br>→ (29)  | 1998<br>2001                   | 2 cohorten<br>Birth cohort: 14.000<br><br>Kindergarten cohort: 9 700 | - nationaal representatieve geboortecohorte (obv geboortecertificaten)<br><br>- nationaal representatieve steekproef van kleuters, leerkrachten en scholen    | Geboortecohorte: 9m-begin<br>kleuteronderwijs<br><br>Kindergarten cohort: Kleuteronderwijs -8 <sup>th</sup> grade | Multipele<br><br>Geboortecohorte: gezondheid, groei en ontwikkeling, transities, betrokkenheid vader, schoolrijpheid<br><br>Kindergarten cohort: school en prestaties, transities, interactie school, gezin en samenleving  | Geboortecohorte<br>- 9m<br>- 2j<br>- Preschool<br>Kindergarten cohort<br>- kindergarten<br>- 1st grade<br>- 3rd grade<br>- 5th grade<br>- 8th grade | - interview: ouders<br>- vragenlijsten: ouders, leerkracht, schooldirectie<br>- directe metingen: cognitief, fysiek<br>- observatie thuisomgeving                                     |
| VS                            | <b>1979 National Longitudinal Survey of Youth (NLSY79) + NSLY79 Child Survey</b><br><a href="http://www.bls.gov/nls/nlsy79ch.htm">http://www.bls.gov/nls/nlsy79ch.htm</a>   | Dcember 1978                   | 12 686 jonge mannen en vrouwen<br><br>5000-8000 kinderen             | - nationaal representatief<br>- 3 subgroepen<br><br>- nationaal representatieve steekproef van kinderen, opgevolgd vanaf 1986                                 | Jongeren: 14-22j<br><br>Kinderen van de respondenten: leeftijd in 1986 (0-15j)                                    | NLSY79<br>- Labor market experiences, training investments, schooling, military experience, family income, health conditions, geographic residence and environmental characteristics, household composition, marital and fertility histories, child care<br><br>NLSY79 Child Survey<br>-Child demographic and family              | - jaarlijks en 2-jaarlijks  | - interview: ouders, kind<br>- vragenlijsten: ouders, kind (motorische, sociale, emotionele ontwikkeling, gedrag)<br>- metingen: cognitief, fysiek,                                   |

| Land / Regio | Naam van de studie [afkorting] → Bronnen / Referenties   | Start -Stop [Duur] rekrutering | Steekproef-grootte                                | Eigenschappen van doelgroep   | Leeftijd bij eerste evaluatie [laatste evaluatie] | Interessegebieden   | Leeftijd bij follow-up   | Registraties (beknopt)   |
|--------------|--|--------------------------------|---|---|---|---|--|--|
|              |  |                                |   |   |   | background characteristics, prenatal and child postnatal health history, child health, child home environment, child cognitive development, child motor, social and emotional development, educational experiences, preteen and teen behaviors and attitudes, young adult survey, mother-specific information   |  |  |
| VS           | <b>Child Development Supplement (CDS) to the Panel Study of Income Dynamics (PSID)</b><br><a href="http://psidonline.isr.umich.edu/CDS">http://psidonline.isr.umich.edu/CDS</a>                  | 1997 [1j]                      | 2 394 gezinnen<br>3 563 kinderen in deze gezinnen | - PSID: nationaal representatieve steekproef van gezinnen, met oversampling van gezinnen met lage inkomens<br>- CDS: PSID gezinnen met kinderen 0-12j in 1997 | 0j [21j]  | - Effect van tijdsgebruik, geld, sociale bronnen in gezin, school en buurt, opvoedingspraktijken, kenmerken van opvoeders, siblings en grootouders op cognitieve en gedragsmatige ontwikkeling van kinderen en adolescenten   | 1997 (0-12j)<br>2002/2003 (5-18j)<br>2005 (18-21j)<br>2007 (18-21j)  | - vragenlijsten<br>- metingen: cognitief, gedrag, fysiek, gezondheid<br>- observatie thuisomgeving<br>- dagboek voor de ouders en het kind<br>- schoolgegevens |
| Spanje       | <b>Infancia y Medio Ambiente</b> "Environment and Childhood Research Network" (INMA)<br><a href="http://www.infanciaymedioambiente.org/">http://www.infanciaymedioambiente.org/</a><br>→ (30-32) | 1997-2006 [10j]                | 3 100 zwangeren en kinderen                       | - 6 geboortecohorten (waarvan 3 vroeger opgezet)<br>- Populatie-gebaseerde prospectieve cohortestudie<br>- Zwangere vrouwen & kind                            | Prenataal [4-6j]                                  | - Focus op invloed van (vroegtijdige blootstelling aan) milieu- en omgevingsfactoren  | - Prenataal (12w-20w-32w)<br>- Geboorte<br>- 1j - 4j   | - vragenlijsten<br>- klinische gegevens<br>- metingen : fysiek<br>- milieu-metingen<br>- biologische stalen<br>- echografie                                    |
| UK           | <b>1946 British National Survey of Health and development</b><br><a href="http://www.nshd.mrc.ac.uk/background.html">http://www.nshd.mrc.ac.uk/background.html</a><br>→ (33)                     | 1946 [1w]                      | 5 362 baby's                                      | - Prospectieve nationaal representatieve geboortecohorte<br>- Alle geboortes gedurende 1w in Engeland, Schotland en Wales                                     | Geboorte [53j]                                    | - Meerdere<br>- socio-economische verschillen in groei, ontwikkeling en morbiditeit, en de invloed van zorg en van de socio-economische omstandigheden van het gezin op de gezondheid (2-4j)<br>- groei, gezondheid, onderwijservaringen en invloed van gezins- en omgevingsinvloeden (5-15j)<br>- trajecten van gezondheid en probleemgedrag, invloed van onderwijs op inkomen en tewerkstelling (16-31j)<br>- fysieke en mentale gezondheid en hun trajecten, morbiditeit en mortaliteit (32-53j) | - Geboorte: 8w<br>- 1-4: 2j, 4j<br>- 5-15: 6j, 7j, 8j, 9j, 10j, 11j, 13j, 15j<br>- 16-31: 19j, 20j, 22j, 23j, 25j, 26j, 31j<br>- 32- : 36j, 43j, 53j | - interview<br>- vragenlijsten<br>- metingen: fysiek, cognitief<br>- schoolgegevens  |
| UK           | <b>British birth cohort 1958 = National Child Development Study (NCDS)</b><br><a href="http://www.cls.ioe.ac.uk/">http://www.cls.ioe.ac.uk/</a><br>→ (34)  | 1958 [1w]                      | 17 500 baby's                                     | - Representatieve nationale geboortecohorte<br>- Alle geboortes gedurende 1w in Engeland, Schotland en Wales  | Geboorte [45j]                                    | - Meerdere<br>- Omstandigheden en uitkomsten bij de geboorte, gezondheid, onderwijs, sociale ontwikkeling doorheen kindertijd en adolescentie, inter-generationale relaties in gezondheid, stabiliteit en discontinuïteit en ontwikkeling van ongelijkheden mbt gezondheid, transitie naar  | - Geboorte<br>- 7 j<br>- 11j<br>- 16j<br>- 23j<br>- 33<br>- 44-45 j<br>- 50 j (gepland in 2008)  | - interview: ouders, l<br>- vragenlijst: vroedvrouw, ouders, leerkracht, kind<br>- medisch onderzoek<br>- metingen: cognitief                                  |

| Land / Regio          | Naam van de studie [afkorting] → Bronnen / Referenties   | Start -Stop [Duur] rekrutering | Steekproef-grootte                                    | Eigenschappen van doelgroep   | Leeftijd bij eerste evaluatie [laatste evaluatie] | Interessegebieden  | Leeftijd bij follow-up   | Registraties (beknopt)   |
|-----------------------|--|--------------------------------|---|---|---|--|--|--|
|                       |  |                                |   |   |   | volwassen leven  |  |  |
| UK                    | <b>British birth cohort study 1970</b> (BCS70)<br><a href="http://www.cls.ioe.ac.uk/">http://www.cls.ioe.ac.uk/</a><br>→ (35)  | 1970 [1w]                      | 17 200 baby's   | - Representatieve nationale geboortecohorte<br>- Alle geboortes gedurende 1w in Engeland, Schotland, Wales en Noord-Ierland   | Geboorte [34j]                                    | - Meerdere<br>- Algemeen : gezondheid en medische opvolging, onderwijs, ontwikkeling, sociaal, economisch  | - Geboorte<br>- 5 j<br>- 10 j<br>- 16 j<br>- 21 j (subsample)<br>- 26 j<br>- 30 j<br>- 34 j<br>- 38j (gepland in 2008) | - vragenlijst: voedvrouw, ouders,<br>- interview<br>- metingen: cognitief, schools<br>- schoolgegevens                           |
| UK                    | <b>Millennium cohort study</b> (MCS)<br><a href="http://www.cls.ioe.ac.uk/">http://www.cls.ioe.ac.uk/</a><br>→ (36)  | 2000-2001 [1j]                 | 18 819 kinderen en hun gezin                          | - nationaal representatieve geboortecohorte<br>- alle kinderen geboren in 1 jaar in Engeland, Schotland, Wales en Noord-Ierland<br>- oversampling van achtergestelde gebieden   | 9m [7j]   | - Meerdere<br>- sociale omstandigheden bij geboorte en in de vroege kindertijd, impact van sociale omstandigheden op de gezondheid, oorsprong van sociale uitsluiting, kwaliteit van het gezinsleven, ondersteuning door samenleving,  | - 9m<br>- 3j<br>- 4j<br>- 7j   | - interview: ouders,<br>- vragenlijst: ouders,<br>- metingen: cognitief  |
| Engeland, Southampton | <b>Southampton Women's study</b> (SWS)<br><a href="http://www.mrc.soton.ac.uk/sws/index.asp">http://www.mrc.soton.ac.uk/sws/index.asp</a><br>→ (37)                                  | 1998-2002 [4j, 7m]             | 12 579 niet zwangere vrouwen Mei 2005= 2.567 kinderen | - Vrouwen tussen 20 en 34j via hun huisarts<br>- Vrouwen die zwanger worden, worden opgenomen   | Prenataal [6]                                     | - Meerdere<br>- focus op voeding en lichaamsamenstelling + fysieke activiteit, sociale omstandigheden, levensstijl + gegevens over allergieën, atopie en kinderziekten<br>- invloed van eigen foetale groei, voeding en endocrien profiel van de moeder op de groei van de foetus<br>- invloed van interactie tussen moederlijke en intra-uteriene factoren, en genen en post-natale omgeving van het kind op gewichtstoename, (hoofd)groei, op trajecten van groei en ontwikkeling tijdens kindertijd die leiden tot zwakke volwassen gezondheid, en op ademhaling en astma in de kindertijd en hoeveelheid risicofactoren voor hart-en vaatziekten, type 2 diabetes en osteoporose bij volwassenen | - Prenataal (11w-19w-34w)<br>- Geboorte<br>- 6m-1j-2j-3j-6j-8j<br>- subsample: 4j                                      | - interview: moeders<br>- vragenlijst: moeder<br>- echografie<br>- biologische stalen<br>- metingen: cognitief, fysiek           |
| Engeland, Avon        | <b>Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood</b> ("Children of the 90s") (ALSPAC)<br><a href="http://www.alspac.bris.ac.uk/">http://www.alspac.bris.ac.uk/</a><br>→ (38;39) | 1990-1992 [27m]                | 15.000 kinderen waarvan 10.000 kinderen en hun ouders | - Complex onderzoeksdesign!<br>- Alle zwangere vrouwen in bepaalde regio, met verwachte bevallingsdatum tussen 2 vooraf bepaalde data<br><br>- Focuscohort: at random selectie van kinderen geboren in een bepaalde periode | Prenataal [9j]<br>Plannen voor 11/12j             | - Meerdere<br><br>- Specifieke focus op invloed van (vroegtijdige blootstelling aan) milieu- en omgevingsfactoren<br><br>Omgevingsinvloeden:<br>- psychosociale factoren<br>- kenmerken van opvoedingsstrategieën  | - Prenataal (x7)<br>- Geboorte<br>- zeer frequent!!  | - vragenlijsten: ouder, leerkracht, kind<br>- milieu-metingen<br>- medische gegevens<br>- schoolgegevens<br>- biologische stalen |



| Land / Regio            | Naam van de studie [afkorting] → Bronnen / Referenties   | Start -Stop [Duur] rekrutering   | Steekproef-grootte  | Eigenschappen van doelgroep   | Leeftijd bij eerste evaluatie [laatste evaluatie] | Interessegebieden   | Leeftijd bij follow-up  | Registraties (beknopt)   |
|-------------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|
|                         |  |  |   |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- voeding en levensstijl van het gezin</li> <li>- vervuiling</li> <li>- woonomstandigheden</li> <li>- gezondheidsgedrag van het gezin</li> <li>- medische en tandzorg</li> <li>- types van kinderopvang</li> <li>- onderwijs van het kind</li> </ul> <p>Outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- groei</li> <li>- ontstaan van obesitas</li> <li>- ademhalingsfuncties</li> <li>- trekken die belangrijk zijn voor ziektes die in volwassenheid ontstaan</li> <li>- infecties</li> <li>- motorische en mentale mogelijkheden</li> <li>- onderwijsprestaties</li> <li>- seksuele ontwikkeling</li> <li>- ongevallen en verwondingen</li> <li>- ziektes zoals astma, eczeem en specifieke allergieën</li> <li>- stemming en temperament</li> </ul> |   |  |
| Scotland                | <b>Growing up in Scotland (GUS)</b><br><a href="http://www.growingupinScotland.org.uk/">http://www.growingupinScotland.org.uk/</a><br>→ (40)                                     | 2004/2005<br>2002/2003 [1j]<br><br>Planning nieuwe geboortecohorte in 2009 | Geboortecohorte: 5217<br><br>Kleutercohort : 2859                             | - longitudinaal en cross-sectioneel<br>- 130 regio's in Schotland<br><br>- beleidsondersteunend onderzoek                                   | 0 [6j]  | - Multipele<br>- Focus op vroege jaren<br>- Vooral: kinderopvang, onderwijs, sociaal werk, gezondheid, sociale inclusie   | Geboortecohorte<br>10.5 m, 22.5 m, 34.5 m, 46.5 m<br><br>Kleutercohort<br>34.5 m, 46.5 m, 58.5 m, 70.5 m                                  | - interview met de ouders thuis  |
| Scandinavië, Denemarken | <b>Danish National Birth Cohort (DNBC)</b><br><i>('Better Health for Mother and Child')</i><br><a href="http://www.ssi.dk/sw9314.asp">http://www.ssi.dk/sw9314.asp</a><br>→ (41) | 1996-2002 [6j]   | 101.042 zwangeren<br>96.986 kinderen  | - Representatieve steekproef?<br>- Zwangeren uit het hele land (die de taal genoeg beheersen om telefonisch enquête te kunnen beantwoorden) | Prenataal [20j]                                   | Specifieke focus op:<br>- Neveneffecten van medicaties en infecties tijdens zwangerschap<br>- Invloed van vroegtijdige blootstelling aan milieu en omgevingsfactoren  | - Prenataal (10w-12w-24w-30w)<br>- Geboorte<br>- 6m - 18m- 7j- 11j...?<br>- Jaarlijkse links met nationale databank (→ medische gegevens) | - telefonisch interview<br>- biologische stalen<br>- vragenlijst: moeder<br>- klinisch onderzoek |
| Scandinavië, Noorwegen  | <b>Norwegian mother and child cohort study (MoBa)</b><br><a href="http://www.fhi.no/morogbarn">http://www.fhi.no/morogbarn</a><br>→ (42-44)                                      | 1999-2008 [10j]  | - Doelstelling = 100.000 zwangeren<br>- Eind 2005 = 58.515 zwangeren (waarvan | - Representatieve steekproef?<br>- Alle zwangeren die zich in Noorwegen voor prenatale begeleiding in ziekenhuis aanmelden                  | Prenataal [20j]                                   | - Specifieke focus op invloed van (vroegtijdige blootstelling aan) milieu en omgevingsfactoren  | - Prenataal (17w-22w-30w)<br>- 6m - 18m - 3j - 7j... ??   | - vragenlijsten<br>- biologische stalen  |

| Land / Regio   | Naam van de studie [afkorting] → Bronnen / Referenties  | Start -Stop [Duur] rekrutering | Steekproef-grootte   | Eigenschappen van doelgroep  | Leeftijd bij eerste evaluatie [laatste evaluatie]     | Interessegebieden  | Leeftijd bij follow-up  | Registraties (beknopt)   |
|--|---|--------------------------------|--|--|---|--|---|--|
|  |   |                                | 5.355 voor >1 ZGS)   |  |   |  |   |  |
| Scandinavië, Finland (2 provincies ten zuidwest van Finland) | <b>Finnish Family Competence Study (FFCS)</b><br><a href="http://www.med.utu.fi/kansantervystiede/ffc/en/">http://www.med.utu.fi/kansantervystiede/ffc/en/</a><br>→ (45-47)   | 1985 -1986 [12m]               | 1.443 zwangeren<br>1.287 (eerstgeboren) kinderen                 | - Representatieve steekproef (gestratificeerde en gerandomiseerde cluster)<br>- Nullipare zwangere vrouwen opgevolgd in één ziekenhuis   | Prenataal [15j]                                       | - Multipele<br>- Specifieke focus op gedrag en psychiatrische aspecten   | - Prenataal (10w-28w)<br>- 1à2w na geboorte<br>- 3j - 12j - 15j   | - vragenlijsten  |
| Nederland, Amsterdam   | <b>Amsterdam Born Children and their Development (ABCD)</b><br><a href="http://www.abcd-study.nl/">http://www.abcd-study.nl/</a><br>→ (48)  | 2003-2004 [15m]                | 8266 zwangeren<br>5131 kinderen                                  | Alle Amsterdamse zwangere vrouwen bij eerste ZGS-onderzoek   | Prenataal [20j]                                       | - Multipele<br>- Specifieke focus op leefgewoonten en -omstandigheden tijdens ZGS bij verschillende etnische groepen                                   | -prenataal<br>- geboorte en 1ste levensjaar<br>- 5j<br>- 10j<br>- 15j<br>- 20j                                    | - vragenlijst<br>- biologische stalen<br>- klinische gegevens                                  |
| Nederland, Rotterdam   | <b>Generation R</b><br><a href="http://www.generationr.nl/index.php?option=com_frontpage">http://www.generationr.nl/index.php?option=com_frontpage</a><br>→ (49)  | 2002-2006 [3j9m]               | 9778 zwangeren   | - Alle zwangeren in bepaalde regio   | Prenataal [20j?]                                      | - Specifieke focus op invloed van vroegtijdige blootstelling aan milieu en omgevingsfactoren<br>- Intensieve opvolging tot 4j (CB voor het Jonge kind) | - Prenataal (12w-20w-30w)<br>- Geboorte<br>- 1m-2m-3m-4m-6m-9m-11m-14m-18m-2j- 3j-4j - 1à2x/j tot 20j             | - interview<br>- vragenlijsten<br>- biologische stalen<br>- echografie<br>- medisch onderzoek  |
| Canada, 10 provincies  | <b>The National Longitudinal Survey of Children &amp; Youth (NLSCY)</b><br><a href="http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&amp;SDDS=4450&amp;lang=en&amp;db=IMDB&amp;dbg=f&amp;adm=8&amp;dis=2">http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&amp;SDDS=4450&amp;lang=en&amp;db=IMDB&amp;dbg=f&amp;adm=8&amp;dis=2</a><br>→ (50) (51) | 1994-... [13j...]              | Tot nu toe (Cycli 1 à 6)<br>120.529 gezinnen<br>152.009 kinderen | Prospectief longitudinaal én cross-sectioneel studiedesign<br>- Representatieve steekproef van Canadese populatie<br>- 2-jaarlijkse rekrutering van cohorten (tot nu toe 6 cycli)<br>- Kinderen van geboorte tem 11j<br>- Cave wijziging van studiedesign! | Geboorte [25j]  | - Multipele  | - Geboorte<br>- 2-jaarlijks van 2 tem 25j   | - interview: persoonlijk, telefonisch<br>- vragenlijsten: ouder, leerkracht, directie, kind    |
| Canada,  | <b>The Québec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD / ELDEQ) ("Je suis je serai")</b><br><a href="http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/">http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/</a><br>→ (52;53)  | 1997-1998 [2j]                 | 2.120 kinderen   | Representatieve geboortecohort   | 5m [15j?]   | - Multipele  | - 5m<br>- Jaarlijks follow-up tot 4j<br>- 5j - 6j - 2x/j van 6 tot 8j<br>- Verder?                                | - vragenlijsten: ouders, kind, leerkracht<br>- metingen: cognitief, psychomotorisch en medisch |
| Frankrijk,   | <b>Etude longitudinale française depuis l'enfance - The French Longitudinal Study of Children ("Growing up in France") (ELFE)</b><br><a href="https://www.elfe.ined.fr/">https://www.elfe.ined.fr/</a>  | 2009-? [1j?]                   | Doel = 20.000  | - Representatieve geboortecohort   | [ZGS retrospectief]<br>Geboorte [Volwassene leeftijd] | - Multipele<br>- Specifieke focus op invloed van (vroegtijdige blootstelling aan) milieu- en omgevingsfactoren   | - Zwangerschap (retrospectief?) en geboorte<br>- 6à8w<br>- Jaarlijks tot 11j (en verder tot volwassene leeftijd?) | - interview: moeder<br>- biologische stalen<br>- milieu-metingen                               |

## Referentielijst

- (1) Nicholson JM, Rempel LA. Australian and New Zealand birth cohort studies: Breadth, quality and contributions. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2004;40(3):87-95.
- (2) Fergusson DM, Horwood LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY* 2001;35(3):287-96.
- (3) Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, SILVA PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort - Results from the Dunedin study. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY* 2000;57(10):979-86.
- (4) Silva P. The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study: a 15 year longitudinal study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990;4(1):76-107.
- (5) Australian Institute of Family Studies. Australian Temperament Project: a study of development from infancy to adulthood. 2007. 14-5-2007.  
Ref Type: Generic
- (6) Australian Temperament Project Team. Patterns and precursors of adolescent antisocial behaviour. The first report december 2002. -58p. 2002. Victoria, Crime Prevention Victoria .  
Ref Type: Generic
- (7) Keeping, Western JS, Andersen MJ, Najman JM, Morrison J, Williams GM. A prospective longitudinal study of social, psychological and obstetric factors in pregnancy: response rates and demographic characteristics of the 8556 respondents. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96(3):289-97.
- (8) O'Callaghan M, Quinn PJ, O'Callaghan M, Williams GM, Najman JM, Andersen MJ, et al. The effect of breastfeeding on child development at 5 years: A cohort study. *Journal of Paediatrics & Child Health* 2001 Oct;37(5):465-9.
- (9) Blake, Beilin LJ, Newnham JP, Landau LI, Gurrin LC, Evans SF, et al. Maternal cigarette smoking during pregnancy, low birth weight and subsequent blood pressure in early childhood. *Early Hum Dev* 2000;57(2):137-47.
- (10) Newnham, Stanley FJ, Landau LI, Evans SF, Michael CA. Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;342(8876):887-91.
- (11) Wake M. Australian childhood longitudinal studies: Exciting yet challenging times. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2004;40(3):85-6.
- (12) Growing up in Australia. Australian Institute of Family Studies . 2007.  
Ref Type: Generic
- (13) Soloff C, Lawrence D, Johnstone R. The Longitudinal Study of Australian Children: an Australian Government initiative. Technical paper n°1. Sample design. -45p. 2005.  
Ref Type: Generic
- (14) Soloff C, Milward C, Sanson A. Growing up in Australia - The lonfitudinal study of Australian children. Proposed study design and wave 1 Collection - Discussion papaer n°2. LSAC Consortium Advisory Group and Sampling Design Team, editor. 2003.  
Ref Type: Generic
- (15) National Institute of Children Health and Human Development. The NICHD Study of Early Child Care and Youth development. 2007.  
Ref Type: Generic

- (16) Belsky J, Melhuish E, Barnes J, Leyland AH, Romaniuk H. Effects of Sure Start local programmes on children and families: early findings from a quasi-experimental, cross sectional study. *BMJ Journals Online* 2006.
- (17) Belsky J, Burchinal M, McCartney K, Vandell DL, Clarke-Stewart KA, Owen MT. Are There Long-Term Effects of Early Child Care? *Child Development*, 2007;78(2):681-701.
- (18) Olson LM, Inkelas M, Halfon N, Schuster MA, O'Connor KG, Mistry R. Overview of the Content of Health Supervision for Young Children: Reports From Parents and Pediatricians. *Pediatrics* 2007;113(6):1907-16.
- (19) Hardy JB, Shapiro S, Mellits ED, Skinner EA, Astone NM, Ensminger M, et al. Self-sufficiency at Ages 27 to 33 Years: Factors Present Between Birth and 18 Years That Predict Educational Attainment Among Children Born to Inner-city Families. *Pediatrics* 1997;99(1):80-7.
- (20) Hardy JB. The Collaborative Perinatal Project: Lessons and Legacy. *AEP* 2003;13(5):303-11.
- (21) The National Children's Study Plan. 2004.
- (22) Dietrich KN, Eskenazi B, Schantz S, Yolton K, Rauh VA, Johnson CB, et al. Principles and practices of neurodevelopmental assessment in children: Lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. *Environmental Health Perspectives* 2005;113(10):1437-46.
- (23) Eskenazi B, Gladstone EA, Berkowitz GS, Drew CH, Faustman EM, Holland NT, et al. Methodologic and logistic issues in conducting longitudinal birth cohort studies: Lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. *Environmental Health Perspectives* 2005;113(10):1419-29.
- (24) Fenske RA, Bradman A, Whyatt RM, Wolff MS, Barr DB. Lessons learned for the assessment of children's pesticide exposure: Critical sampling and analytical issues for future studies. *Environmental Health Perspectives* 2005;113(10):1455-62.
- (25) Gilliland F, Avol E, Kinney P, Jerrett M, Dvonch T, Lurmann F, et al. Air pollution exposure assessment for epidemiologic studies of pregnant women and children: Lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. *Environmental Health Perspectives* 2005;113(10):1447-54.
- (26) Kimmel CA, Collman WA, Fields N, Eskenazi B. Lessons learned for the National Children's Study from the National Institute of Environmental Health Sciences/US Environmental Protection Agency Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. *Environmental Health Perspectives* 2005;113(10):1414-8.
- (27) Landrigan PJ, Trasande L, Thorpe LE, Gwynn C, Lioy PL, D'Alton ME, et al. The National Children's Study: A 21-year prospective study of 100 000 American Children. *Pediatrics* 2006;118(5):2173-86.
- (28) The National Children's Study Interagency Coordinating Committee. The National Children's Study of Environmental Effects on Child Health and Development. *Environmental Health Perspectives* 2003;111(4):642-6.
- (29) Mulligan GM, Flanagan KD. Findings From the 2-Year-Old Followup of the Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort (ECLS-B). 2006.
- (30) Fernandez MF, Sunyer J, Grimalt J, Rebagliato M, Ballester F, Ibarluzea J, et al. The Spanish Environment and Childhood Research Network (INMA study). *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 2007 May 22;210(3-4):491-3.

- (31) Ramon R, Ballester F, Rebagliato M, Ribas N, Torrent M, Fernandez M, et al. [The Environment and Childhood Research Network ("INMA" network): study protocol]. *Rev Esp Salud Publica* 2005 Mar;79(2):203-20.
- (32) Ribas-Fito N, Ramon R, Ballester F, Grimalt J, Marco A, Olea N, et al. Child health and the environment: the INMA Spanish Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2006;20(5):403-10.
- (33) Wadsworth M, Kuh D, Richards M, Hardy R. Cohort Profile: The 1946 National Birth Cohort (MRC National Survey of Health and Development). *Int J Epidemiol* 2006 Feb 1935;49-54.
- (34) Power C, Elliott J. Cohort profile: 1958 British birth cohort (National Child Development Study). *Int J Epidemiol* 2006 Feb 1935;34-41.
- (35) Elliott J, Shepherd P. Cohort profile: 1970 British Birth Cohort (BCS70). *Int J Epidemiol* 2006 Aug 1935;836-43.
- (36) Smith K, Joshi H. The Millennium Cohort Study. *Popul Trends* 2002 Spring 107;30-4.
- (37) Inskip HM, Godfrey KM, Robinson SM, Law CM, Barker DJP, Cooper C. Cohort profile: The Southampton Women's Survey. *INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY* 2006;35(1):42-8.
- (38) Golding J, Pembrey M, Jones R. ALSPAC--the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. I. Study methodology. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15(1):74-87.
- (39) Golding J. The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) - study design and collaborative opportunities. *EUROPEAN JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY* 2004;151:U119-U123.
- (40) Anderson S, Bradshaw P, Cunningham-Burley S, Hayes F, Jamieson L, MacGregor A, et al. Growing up in Scotland: Sweep 1 overview report. 2007.
- (41) Olsen J, Melbye M, Olsen SF, Sorensen TIA, Aaby P, Andersen AMN, et al. The Danish National Birth Cohort - its background, structure and aim. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* 2001;29(4):300-7.
- (42) Magnus P, Nystad W, Skjaerven R, Irgens LM, Haug K, Stoltenberg C. Cohort profile: the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Int J Epidemiol* 2006;35(5):1146-50.
- (43) Ronningen KS, Paltiel L, Meltzer HM, Nordhagen R, Lie KK, Hovengen R, et al. The biobank of the Norwegian mother and child cohort Study: A resource for the next 100 years. *EUROPEAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY* 2006;21(8):619-25.
- (44) Seljamo S, Aromaa M, Koivusilta L, Rautava P, Sourander A, Helenius H, et al. Alcohol use in families: A 15-year prospective follow-up study. *Addiction* 2006;101(7):984-92.
- (45) Pihlakoski L, Aromaa M, Sourander A, Rautava P, Helenius H, Sillanpaa M. Use of and need for professional help for emotional and behavioral problems among preadolescents: A prospective cohort study of 3-to 12-year-old children. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY* 2004;43(8):974-83.
- (46) Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS* 2006;93(1-3):87-96.
- (47) Uljas H, Rautava P, Helenius H, Sillanpaa M. Behaviour of Finnish 3-year-old children. I: Effects of sociodemographic factors, mother's health, and pregnancy outcome. *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY* 1999;41(6):412-9.
- (48) van Eijsden M, van der Wal MF, Bonsel GJ. Folic acid knowledge and use in a multi-ethnic pregnancy cohort: the role of language proficiency. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006;113(12):1446-51.

- (49) Hofman A, Moll HA, Verhulst FC, Snijders RFM, Jaddoe VWV, Mackenbach JP, et al. Growth, development and health from early fetal life until young adulthood: the Generation R Study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2004;18(1):61-72.
- (50) Nomaguchi KM. Maternal employment, nonparental care, mother-child interactions, and child outcomes during preschool years. *Journal-of-Marriage -and-Family* 2006;68(5):1341-69.
- (51) Nomaguchi KM, Milkie MA. "Maternal Employment in Childhood and Adults' Retrospective Reports of Parenting Practices": Erratum. *Journal-of-Marriage -and-Family* 2006;68(4).
- (52) Québec Longitudinal Study of Child Development in Québec (ELDEQ 1998-2002). Description and Methodology of the Survey of 5-Month-Old Infants. 2002.
- (53) Québec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD 1998-2002). Survey Description and Methodology - From Birth to 29 Months. 2002.

## **Bijlage 2**

### **Overzicht dataverzameling voor de 3 cohorten, meetmoment 1**





| Luik                              | Domein                   | Interessegebieden | Instrument   | Cohorte 0-jarigen |       |        |                  |      |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------|--|-------------------|-------|--------|------------------|------|--------|--------------------------|------------|------------|
|                                   |                          |                   |  | Basissteekproef   |       |        | Verdiepingsgroep |      |        | 6j                       | 12j        |            |
|                                   |                          |                   |  | Ikaros 0-30m      | VL 0j | VL 12m | VL 8m            | C 8m | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |
| Pre- en perinatale risicofactoren | Zwangerschap en geboorte | Zwangerschap      | Vragen over het zwanger worden (verminderde vruchtbaarheid bij moeder/vader, vruchtbaarheidsprobleem of -behandelingen, "time to pregnancy") |                   | X     |        |                  |      |        |                          |            |            |
|                                   |                          |                   | Gedetailleerde bespreking van vruchtbaarheidsproblemen en -behandelingen met de arts   |                   |       |        |                  | X    |        |                          |            |            |
|                                   |                          |                   | Gewichtstoename tijdens zwangerschap; inname van foliumzuur; blootstelling aan stress en schadelijke stoffen                                 |                   | X     |        |                  |      |        |                          |            |            |
|                                   |                          |                   | Bijzonderheden of verwickelingen   |                   | X     |        |                  |      | X      | X                        |            |            |
|                                   |                          |                   | Duur van de zwangerschap   | X                 | X     |        |                  |      |        |                          |            |            |
|                                   |                          | Geboorte          | Vragen over de geboorte (plaats; duur van het verblijf in de kraamkliniek)   | X                 | X     |        |                  |      |        |                          |            |            |
|                                   |                          |                   | Bijzonderheden of verwickelingen (meerlingen, toestand van de baby bij de geboorte,verblijf in NICU-dienst...)                               | X                 | X     |        |                  |      | X      | X                        |            |            |
|                                   |                          |                   | Aangeboren afwijkingen bij het kind?   | X                 | X     |        |                  |      |        |                          |            |            |
| Kind                              | Algemeen                 | Activiteiten      | Vragen over houdingen van het kind (rug-, buik- of zijligging...) en voorkeurshoudingen  |                   |       |        | X                |      |        |                          |            |            |
|                                   |                          |                   | Vragen over televisie kijken   |                   |       | X      |                  |      | X      |                          |            |            |
|                                   |                          |                   | Vragen over bezigheden, sporten, verenigingen  |                   |       | X      |                  |      | X      | X                        | X          |            |
|                                   |                          | Vrienden          | Vragen over vrienden   |                   |       |        |                  |      | X      | X                        | X          |            |
|                                   |                          |                   | Beleving vriendenkring   |                   |       |        |                  |      |        |                          | X          |            |

| Luik | Domein  | Interessegebieden                  | Instrument   | Cohorte 0-jarigen |       |        |                  |      |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |   |
|------|---|------------------------------------|--|-------------------|-------|--------|------------------|------|--------|--------------------------|------------|------------|---|
|      |   |                                    |  | Basissteekproef   |       |        | Verdiepingsgroep |      |        | 6j                       | 12j        |            |   |
|      |   |                                    |  | Ikaros 0-30m      | VL 0j | VL 12m | VL 8m            | C 8m | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |   |
|      |   | School                             | Evaluatie resultaten, moeilijkheden  |                   |       |        |                  |      |        |                          | X          | X          | X |
|      |   |                                    | Beleving schoolsituatie  |                   |       |        |                  |      |        |                          |            |            | X |
|      | Gezondheid  | Voeding                            | Borst- en flesvoeding  | X                 |       | X      | X                |      | X      |                          |            |            |   |
|      |   |                                    | Vragen over voedingsmiddelen (en frequentie van inname)  |                   |       | X      | X                |      | X      | X                        | X          |            |   |
|      |   |                                    | Vragen over de maaltijden en het eten thuis  |                   |       |        |                  |      |        | X                        | X          |            |   |
|      |   | Groei                              | Biometrische gegevens (gewicht, lengte, hoofdomtrek) van het kind vanaf de geboorte  | X                 |       |        |                  |      |        |                          |            |            |   |
|      |   | Schedelvorm                        | Bevraging ouders schedelvorm: perceptie, ongerustheid, plagio- en brachycefaly assesment scales                            |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |   |
|      |   |                                    | Onderzoek door arts: schedelomtrek, schedelvorm, plagio- en brachycefaly assesment scales, plagiocefalometrie bij subgroep |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |   |
|      |   | Gezondheids-gerelateerde leefstijl | Vragen over blootstelling aan roken (binnenshuis, in de wagen)   |                   |       | X      |                  |      |        |                          |            |            |   |
|      |   |                                    | Vragen over beweging   |                   |       |        |                  |      |        |                          | X          | X          | X |
|      |   |                                    | Vragen over recreatieve lawaai blootstelling   |                   |       |        |                  |      |        |                          | X          | X          | X |
|      |   |                                    | Vragenlijst over attitudes t.o.v. effect van lawaai en gehoorbescherming   |                   |       |        |                  |      |        |                          |            |            | X |
|      | Vragen over gebruik van alcohol&drugs; piercings&tatoeages; seksuele ervaringen |                                    |  |                   |       |        |                  |      |        |                          |            |            | X |

| Luik | Domein               | Interessegebieden   | Instrument                            | Cohorte 0-jarigen |       |        |                  |      |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |
|------|----------------------|---|---------------------------------------|-------------------|-------|--------|------------------|------|--------|--------------------------|------------|------------|
|      |                      |   |                                       | Basissteekproef   |       |        | Verdiepingsgroep |      |        | 6j                       | 12j        |            |
|      |                      |   |                                       | Ikaros 0-30m      | VL 0j | VL 12m | VL 8m            | C 8m | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |
|      | Gezondheidsproblemen | Neonatale gehoortest  | X                                     |                   |       |        |                  |      |        |                          |            |            |
|      |                      | Vragen over ongevallen (uitgebreide bevraging op 12m)   |                                       |                   | X     |        |                  | X    |        |                          |            |            |
|      |                      | Vastgesteld gezondheidsprobleem?  | X                                     | X                 |       |        |                  |      |        |                          |            |            |
|      |                      | Vragen over gezondheidsproblemen en klachten, en frequentie van voorkomen (maag, darmen, NKO, luchtwegen, huid, andere) |                                       |                   | X     | X      |                  | X    | X      | X                        |            |            |
|      |                      | Vragen over operaties, verblijf in het ziekenhuis, geneesmiddelen op voorschrift  |                                       |                   | X     | X      |                  | X    | X      | X                        |            |            |
|      |                      | Lichamelijke klachten   | Somatiekindex (SIK)                   |                   |       |        |                  |      | X      | X                        | X          |            |
|      |                      | Impact van de lichamelijke klachten   |                                       |                   |       |        |                  |      | X      | X                        | X          |            |
|      |                      | Adult responses to children's symptoms (ARCS)<br>Subschalen:<br>- protect<br>- minimize<br>- encourage&monitor          |                                       |                   |       |        |                  |      | X      | X                        | X          |            |
|      |                      | Maandstonen   | Voor meisjes: vragen over maandstonen |                   |       |        |                  |      |        |                          |            | X          |
|      |                      | Vaccinaties   | Toegediende inenting                  | X                 |       |        |                  |      |        |                          |            |            |
|      | Ontwikkeling         | Signalen van ontwikkelingsproblemen   | Vastgesteld ontwikkelingsprobleem?    | X                 | X     |        |                  |      | X      | X                        | X          |            |
|      |                      |   | Ages and Stages Questionnaire (ASQ)   |                   |       | X      | X                |      | X      |                          |            |            |
|      |                      |   | First Year Inventory (FYI)            |                   |       | X      |                  |      |        |                          |            |            |

| Luik | Domein | Interessegebieden                   | Instrument   | Cohorte 0-jarigen |       |        |                  |      |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |
|------|--------|-------------------------------------|--|-------------------|-------|--------|------------------|------|--------|--------------------------|------------|------------|
|      |        |                                     |  | Basissteekproef   |       |        | Verdiepingsgroep |      |        | 6j                       | 12j        |            |
|      |        |                                     |  | Ikaros 0-30m      | VL 0j | VL 12m | VL 8m            | C 8m | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |
|      |        |                                     | Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat)   |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        | Motorische ontwikkeling             | <u>Fijne motoriek</u> : onderzoek door arts Erhardt Developmental Prehension Assessment (revised) (EDPA-R)<br>Subschaal:<br>- 'cognitief gestuurde primaire willekeurige bewegingen' |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        |                                     | <u>Grove motoriek</u> : onderzoek door arts Alberta Infant Motor Scale (AIMS)  |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        | Neurologische tekens                | Onderzoek door arts: Infant Motor Screen (IMS) by Nickel   |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        | Aandacht                            | Visuele oriëntatietoets  |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        |                                     | Visuele habituatietoets  |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        |                                     | Sociale voorkeurstoets   |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        | Sociaal-communicatieve ontwikkeling | Gemodificeerde gaze following taak   |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        |                                     | Still-face paradigma (bij een subgroep)  |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        |                                     | Early social communication scale (ESCS)  |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        | Mentale-communicatieve ontwikkeling | Ordinale schalen voor het bepalen van de psychologische ontwikkeling in de sensorimotorische periode (J. Piaget, by Uzgiris en Hunt)   |                   |       |        |                  |      | X      |                          |            |            |
|      |        | Taal en spraakontwikkeling          | Lijsten voor communicatieve ontwikkeling (N-CDI, Nederlandse Communicative Development Inventory)  |                   |       |        |                  |      |        | X                        |            |            |

| Luik   | Domein   | Interessegebieden  | Instrument | Cohorte 0-jarigen |         |          |                  |          |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |
|--------|--|--|------------|-------------------|---------|----------|------------------|----------|--------|--------------------------|------------|------------|
|        |  |  |            | Basissteekproef   |         |          | Verdiepingsgroep |          |        | 6j                       | 12j        |            |
|        |  |  |            | Ikaros 0-30m      | VL 0j   | VL 12m   | VL 8m            | C 8m     | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |
| Gedrag | Temperament  | Infant Behavior Questionnaire-Revised IBQ-R (aantal items telkens vermeld)   |            | X<br>114          | X<br>37 | X<br>191 |                  |          |        |                          |            |            |
|        |  | Early Childhood Behavior Questionnaire ECBQ (aantal items vermeld)   |            |                   |         |          |                  | X<br>107 |        |                          |            |            |
|        |  | Children's Behavior Questionnaire Short Form (CBQ-SF)  |            |                   |         |          |                  |          | X      |                          |            |            |
|        |  | Temperament in Middle Children Questionnaire (TMCQ)  |            |                   |         |          |                  |          |        |                          |            |            |
|        |  | Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R)  |            |                   |         |          |                  |          |        | X                        | X          |            |
|        | Gedrags- en emotionele problemen   | Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)<br>Subschalen<br>- emotional symptoms<br>- conduct problems<br>- hyperactivity<br>- peer problems<br>- prosocial scale<br>- total difficulties<br>Impact scores |            |                   |         |          |                  |          |        | X                        | X          | X          |
|        |  | Diagnose van een gedrags- of emotionele stoornis?  |            |                   |         |          |                  |          |        | X                        | X          |            |
|        | Vragen die peilen naar signalen van onwelbevinden (lusteloosheid, slapeloosheid, zelfmoordgedachten, zelfverwonding) |  |            |                   |         |          |                  |          |        |                          | X          |            |

| Luik      | Domein | Interessegebieden | Instrument  | Cohorte 0-jarigen |       |        |                  |      |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |
|-----------|--------|-------------------|---|-------------------|-------|--------|------------------|------|--------|--------------------------|------------|------------|
|           |        |                   |   | Basissteekproef   |       |        | Verdiepingsgroep |      |        | 6j                       | 12j        |            |
|           |        |                   |   | Ikaros 0-30m      | VL 0j | VL 12m | VL 8m            | C 8m | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |
| Opvoeding |        | Opvoedingsgedrag  | Schaal voor Ouderlijk Gedrag (SOG-experimentele versie 12m)<br>Subschalen (onder voorbehoud)<br>- Positief ouderlijk gedrag<br>- Zelfstandigheid aanmoedigen<br>- Supervisie/veiligheid bieden<br>- Straffen<br>- Regels stellen/structuur aanbieden<br>- Belonen |                   |       | X      |                  |      |        |                          |            |            |
|           |        |                   | Schaal voor ouderlijk Gedrag (SOG-verkorte versie 6j, 12j)<br>Subschalen<br>- positief opvoedingsgedrag autonomie<br>positief ouderlijk gedrag regels<br>- negatieve controle straffen<br>hard straffen negeren<br>materieel belonen                              |                   |       |        |                  |      |        | X                        | X          | X          |
|           |        |                   | Parenting Tasks Checklist (selectie van items)<br>Subschalen<br>- Doeltreffendheid met probleemgedrag<br>- Doeltreffendheid in situaties  |                   |       | X      |                  |      |        |                          |            |            |
|           |        |                   | Schaal psychologische controle (PCS)  |                   |       |        |                  |      | X      | X                        | X          |            |

| Luik | Domein | Interessegebieden  | Instrument   | Cohorte 0-jarigen |       |        |                  |      |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |
|------|--------|--------------------|--|-------------------|-------|--------|------------------|------|--------|--------------------------|------------|------------|
|      |        |                    |  | Basissteekproef   |       |        | Verdiepingsgroep |      |        | 6j                       | 12j        |            |
|      |        |                    |  | Ikaros 0-30m      | VL 0j | VL 12m | VL 8m            | C 8m | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |
|      |        | Pedagogisch besef  | Adult Adolescent Parenting Inventory (AAPI)<br>Subschalen<br>- Inappropriate parental expectations of child<br>- Lack of empathy toward children's needs<br>- Strong parental belief in the use of corporal punishment<br>- Parent-child role reversal<br>- Oppressing children's power and independence |                   | X     |        |                  |      |        | X                        | X          |            |
|      |        | Opvoedingsbeleving | Perceptions of Parenting Inventory (POPI)<br>Subschalen:<br>- Verrijking<br>- Isolatie<br>- Toewijding<br>- Kost<br>- Continuïteit<br>- Steun  |                   | X     | X      |                  |      |        |                          |            |            |
|      |        |                    | Subschalen uit de schaal Subjectieve gezinsbelasting uit de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS)<br>Subschalen:<br>- Aankunnen<br>- Kind is belasting<br>- Problemen hebben: op 6j; op 12j(o)   |                   |       | X      |                  |      |        | X                        | X          |            |

| Luik            | Domein  | Interessegebieden   | Instrument  | Cohorte 0-jarigen |       |        |                  |      |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |
|-----------------|---|---|---|-------------------|-------|--------|------------------|------|--------|--------------------------|------------|------------|
|                 |   |   |   | Basissteekproef   |       |        | Verdiepingsgroep |      |        | 6j                       | 12j        |            |
|                 |   |   |   | Ikaros 0-30m      | VL 0j | VL 12m | VL 8m            | C 8m | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |
|                 |   | Herinnering ouder eigen opvoeding   | Verkorte versie Egna Minnen av Barndoms Uppfostran (s-EMBU)<br>Subschalen:<br>- Afwijzing<br>- Emotionele warmte<br>- Overbescherming |                   |       |        | X                |      |        |                          |            |            |
| Ouder & Gezin   | Erfelijke parameters van groei en puberteit   | Biometrische en pubertaire gegevens van biologische ouders (o.a. lengte, gewicht, hoofdomtrek, menarche moeder, late puberteit vader) |   | X                 | X     |        |                  |      |        | X                        | X          |            |
|                 |   | Zelfmeting van hoofdomtrek door ouders  |   | X                 | X     |        |                  |      |        | X                        | X          |            |
|                 |   | Controlemeting van hoofdomtrek door arts bij aanwezige ouder(s)   |   |                   |       |        | X                |      |        |                          |            |            |
|                 | Welbevinden ouder   | General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)  |   | X                 | X     |        | X                |      | X      | X                        |            |            |
|                 | Socio-economische kenmerken   | Gezinssamenstelling [uitgebreide versie op 1j], arbeidssituatie, opleidingsniveau, inkomen  |   | X                 | X     |        |                  |      | X      | X                        |            |            |
|                 |   | Kansarmoede-indicatoren   | X   |                   |       |        |                  |      |        |                          |            |            |
|                 |   | Nationaliteit van moeder (en partner), taal moeder-kind, taal dienstverlening   | X   |                   |       |        |                  |      |        |                          |            |            |
| Gezinsproblemen | Subschalen uit de Vragenlijst Gezinsproblemen (VGP)<br>Subschalen<br>- Steun en communicatie<br>- Betrokkenheid<br>- Geborgenheid<br>- Partnerrelatie |   | X   | X                 |       |        |                  | X    | X      |                          |            |            |



| Luik     | Domein                      | Interessegebieden                                 | Instrument  | Cohorte 0-jarigen |       |        |                  |      |        | Cohortes 6 en 12-jarigen |            |            |
|----------|-----------------------------|---|---|-------------------|-------|--------|------------------|------|--------|--------------------------|------------|------------|
|          |                             |   |   | Basissteekproef   |       |        | Verdiepingsgroep |      |        | 6j                       | 12j        |            |
|          |                             |   |   | Ikaros 0-30m      | VL 0j | VL 12m | VL 8m            | C 8m | VL 18m | VL 6j                    | VL 12j (o) | VL 12j (j) |
|          |                             | Meegemaakte levensgebeurtenissen                  | 19 gebeurtenissen die in het leven van het gezin plaats kunnen hebben gevonden  |                   | X     | X      |                  |      |        | X                        | X          |            |
|          |                             | Sociaal netwerk ouder                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen waarop men beroep kan doen voor vrijetijdsbesteding, ondersteuning bij persoonlijke problemen, ondersteuning op praktisch vlak, ondersteuning op vlak van informatie of advies over kind en opvoeding</li> <li>- Totale Grootte sociaal netwerk</li> <li>- Tevredenheid over sociaal netwerk</li> </ul> |                   |       |        | X                |      |        |                          |            |            |
|          |                             | Zorggebruik ouder en andere gezinsleden           | Vragen over het gebruik van hulp van een deskundige door de ouder, de partner of andere kinderen in het gezin (op dit moment)   |                   | X     | X      | X                |      |        | X                        | X          |            |
| Omgeving | Zorgbehoefte en zorggebruik | Zorgbehoefte Zorggebruik                          | Bezorgdheden, behoefte aan hulp, gebruik van hulp [verkorte versie op 0j]   |                   | X     | X      |                  |      |        | X                        | X          |            |
|          |                             | Hulp zoeken vanuit het perspectief van de jongere | Bij wie hulp zoeken: kennis van diensten: belangrijke elementen van het hulpverleningsproces  |                   |       |        |                  |      |        |                          |            |            |
|          |                             | Zorgbehoefte en zorggebruik                       |   |                   |       |        |                  |      |        |                          |            | X          |
|          | Kinderopvang                | Gebruik van kinderopvang                          | Type opvang, frequentie, startleeftijd<br>Naam kinderdagverblijf  | X                 |       | X      | X                |      | X      |                          |            |            |



**Bijlage 3**  
**Folders en toestemmingsformulieren**



# Een eerste kennismaking met



**JOnG!** is een onderzoek naar  
Jeugd  
Ontwikkeling & Opvoeding  
Gezondheid & Gedrag

## Wat is de bedoeling?

**JOnG!** is een grootschalig onderzoek omtrent gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding van baby's en kinderen. We willen een beter beeld krijgen van de nieuwe generatie kinderen in Vlaanderen. Daarom volgen we 3 jaar lang meer dan 10.000 kinderen van verschillende leeftijden op.

Omdat we elk pasgeboren kind evenveel kansen willen geven om deel te nemen, selecteren we kinderen die op een oneven datum geboren zijn. Ook uw baby is uitgekozen om deel te nemen. Als u dat goed vindt, bekijken wij mee met u hoe uw kind groeit, slaapt en eet, loopt en spreekt en hoe het omgaat met alles wat nieuw is... Natuurlijk komen we niet 'echt' meekijken. U kent uw kind immers het beste en kan ons dus beter dan wie ook zeggen hoe het groot wordt. We hopen dat u met ons wil meewerken.

## Wat wordt van u verwacht?

### 1. Vragenbundel invullen:

Enkele weken na de geboorte en nadien elk jaar, in de periode dat uw kind jarig is, krijgt u een vragenbundel. Deze gaat over gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding en is gemakkelijk in te vullen: u kruist aan wat best bij u en uw kind past.

### 2. Toestemming geven:

Als u naar Kind & Gezin of naar de huisarts of kinderarts gaat, wordt er de groei, de gezondheid en de ontwikkeling van uw kind opgevolgd. Deze gegevens worden bijgehouden.

Bij de geboorte van uw kind heeft de arts gegevens over de zwangerschap, de bevalling en de gezondheid van uw kind genoteerd. De mutualiteit heeft zicht op de onderzoeken, behandeling en geneesmiddelen die voor uw kind en de andere gezinsleden werden voorgeschreven. Al deze informatie wordt gebundeld in de Kruispuntbank Sociale Zekerheid. Deze kan ons gegevens ter beschikking stellen, nadat de identificatiegegevens gewist werden. We kunnen dus niet achterhalen welke gegevens bij welke persoon horen.

Deze informatie van Kind & Gezin, de huisarts of kinderarts, en van de Kruispuntbank helpen ons om beter zicht te krijgen op factoren die gezondheid, ontwikkeling en gedrag van kinderen beïnvloeden. Daarom vragen we uw toestemming om deze gegevens op te vragen.

## Wat gebeurt er met uw gegevens en die van uw kind?

**JOnG!** is een grootschalig onderzoek in opdracht van de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het hele onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Gent en aangifte werd gedaan bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Die waakt erover dat de privacy van u en uw kind wordt gerespecteerd. De gegevens die we verzamelen worden alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Uw naam en die van uw kind verschijnen nooit in een rapport of publicatie. We doen ook geen uitspraak over één individueel kind. De onderzoekers van **JOnG!** staan garant voor de vertrouwelijke behandeling van alle informatie.

U hebt als ouder steeds het recht om de gegevens over uw kind in te zien en te corrigeren indien nodig. Hiervoor kan u terecht bij:  
Prof. Karel Hoppenbrouwers,  
Kapucijnenvoer 35, 3000 Leuven.  
E-mail: [Jong@med.kuleuven.be](mailto:Jong@med.kuleuven.be)

Bijkomende informatie is te bekomen bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, Waterloolaan 115, 1000 Brussel.



### En misschien...

Uit alle deelnemers gaan we een kleine groep kinderen selecteren voor een meer diepgaande opvolging. Het is mogelijk dat u op een later tijdstip gevraagd wordt om hieraan mee te werken. In dit geval ontvangt u eerst uitgebreide informatie. U beslist dan geheel vrijblijvend of u ook hieraan wilt meewerken.

### Hebt u nog vragen?

Of wilt u meer over JONG! weten?  
Surf naar [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong) of neem contact op met ons. We helpen u graag verder.

Alvast bedankt,

De onderzoekers,  
Prof. Dr. Hans Grietens  
Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers  
Prof. Dr. Herbert Roeyers  
Kristien Lacluyse  
Cécile Guérin  
Ann Winnen



### STEUNPUNT WELZIEN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Kapucijnenvoer 35  
B-3000 LEUVEN

Tel: 1700  
(maandag tot vrijdag van 9-19 u.)  
E-mail: [Jong@med.kuleuven.be](mailto:Jong@med.kuleuven.be)  
Website: [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong)



In samenwerking met  **Kind & Gezin**  
kind is koning

### STEUNPUNT WELZIEN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Proficiat  
met de geboorte van uw kind!

*Graag presenteren we u een grootschalig  
Vlaams onderzoek dat gestart is in 2008*



JONG! is een onderzoek naar

Jeugd

Ontwikkeling & Opvoeding

Gezondheid & Gedrag

Interesse om mee te doen?

In deze folder leest u waarom, hoe, wanneer...  
en nog veel meer!

### Wat als uw kind deelneemt?

De informatie die u ons geeft over hoe uw kind opgroeit, helpt ons een beter beeld te krijgen van de nieuwe generatie kinderen in Vlaanderen.

Als blijk van waardering voor uw medewerking houden we u op de hoogte van de voortgang en de resultaten van het onderzoek. Deze resultaten gaan niet over individuele kinderen, maar geven steeds zicht op de hele groep. We maken een nieuwsbrief en een website die uitsluitend toegankelijk is voor deelnemers.

Voor alle duidelijkheid, deelname aan deze studie is volledig vrijblijvend, houdt geen enkele verplichting in en kan op elk moment beëindigd worden zonder nadelige gevolgen voor u en uw kind.

### U doet mee: wat is de volgende stap?

Het ingevulde toestemmingsformulier, dat bij deze informatiefolder gevoegd is, geeft u af aan de verpleegkundige van Kind & Gezin. U ontvangt een eerste vragenbundel.

Het ingevulde toestemmingsformulier kan u ook per post terugsturen (bijgevoegde omslag, u hoeft geen postzegel te kleven). U ontvangt de eerste vragenbundel binnenkort thuis.

- Ik bevestig dat ik de folder over het onderzoek **JONG!** heb ontvangen, een antwoord op mijn vragen heb gekregen en de informatie heb begrepen.
- Ik heb begrepen dat deelname aan dit onderzoek volledig vrijblijvend is, geen enkele verplichting inhoudt en op elk moment door mij kan beëindigd worden zonder nadelige gevolgen voor mijn kind.
- Ik heb begrepen dat mijn kind kan deelnemen aan dit onderzoek, ongeacht of het opgevolgd wordt bij Kind & Gezin, een huisarts of kinderarts.
- Ik heb begrepen dat het onderzoeksteam van **JONG!** met mijn toestemming gegevens verzamelt over de gezondheid, groei, ontwikkeling en opvoeding van mijn kind, en over de factoren die daar een invloed op kunnen uitoefenen, zoals beschreven in de informatiefolder.
- Ik heb begrepen dat al deze gegevens in strikte vertrouwelijkheid zullen behandeld worden. De gegevens worden gecodeerd alvorens ze verwerkt worden voor wetenschappelijk onderzoek.
- Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens worden verzameld, verwerkt en gebruikt in de context van het onderzoek **JONG!**.
- Ik weet dat ik steeds het recht heb om de gegevens over mijn kind in te zien en ze te corrigeren indien nodig. Ik weet dat ik bijkomende informatie kan bekomen bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Contactgegevens staan vermeld in de informatiefolder.
- Via onderstaande invulstrook geef ik toestemming voor deelname van mijn kind aan het onderzoek **JONG!**

## TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNAME AAN HET ONDERZOEK

**IN DRUKLETTERS INVULLEN AUB!**

NAAM van het kind: \_\_\_\_\_

VOORNAAM van het kind: \_\_\_\_\_ Geboren op \_\_ / \_\_ / \_\_

NAAM en VOORNAAM van ouder of wettelijke voogd: Mr. Mevr. \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

POSTCODE \_\_\_\_\_ GEMEENTE \_\_\_\_\_

Ik ondergetekende, verklaar me akkoord met de deelname van mijn kind aan het onderzoek **JONG!**. Ik bevestig dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen, en dat ik hiermee akkoord ga.

Datum \_\_ / \_\_ / \_\_

Handtekening

**Voor de dienst:**

Ik ondergetekende, verklaar dat ik aan de hier boven vermelde persoon (ouder of wettelijke voogd van het kind) uitleg heb gegeven over de doelstellingen en uitvoering van het onderzoek. Ik heb alle vragen hieromtrent beantwoord.

Naam Regioteamlid Kind &amp; Gezin \_\_\_\_\_

Datum \_\_ / \_\_ / \_\_

Handtekening

Identificatie N°

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|



## Wat gebeurt er met uw gegevens en die van uw kind?

*JONG!* is een grootschalig onderzoek in opdracht van de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Steven Vanackere. Het hele onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissies van de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Gent en aangifte werd gedaan bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Die waakt erover dat de privacy van u en uw kind wordt gerespecteerd. De gegevens die we verzamelen worden alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Uw naam en die van uw kind verschijnen nooit in een rapport of publicatie. We doen ook geen uitspraken over één individueel kind. De onderzoekers van *JONG!* staan garant voor de vertrouwelijke behandeling van alle informatie.

Bijkomende informatie is te bekomen bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, Waterloolaan 115, 1000 Brussel.

## Heeft u nog vragen?

Of wilt u meer over dit bijkomende luik van het onderzoek *JONG!* weten? Surf naar [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong) of neem contact op met ons. We helpen u graag verder.

## U doet mee: wat is de volgende stap?

Het toestemmingsformulier, dat bij deze informatiefolder gevoegd is, stuurt u ingevuld en per post terug met behulp van bijgevoegde omslag (u hoeft geen postzegel te kleven). Het doordrukformulier (gele kleur) mag u bewaren.

Vervolgens krijgt u een vragenbundel toegestuurd en nemen we telefonisch contact met u op om een afspraak te maken voor een gesprek en een onderzoek van uw kind.

Alvast bedankt,

De onderzoekers,

Prof. Dr. Hans Grietens

Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers

Prof. Dr. Herbert Roeyers

Kristien Lacluyse

Cécile Guérin


Ann Winnen



**STEUNPUNT WELZIJN,  
VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN**

Kapucijnenvoer 35  
B-3000 LEUVEN

Tel: 1700 (gratis nummer,  
maandag tot vrijdag van 9-19 u.)  
E-mail: [Jong@med.kuleuven.be](mailto:Jong@med.kuleuven.be)  
Website: [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong)

In samenwerking met  **Kind & Gezin**  
kind is koning

STEUNPUNT WELZIJN,  
VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Uw kind  
groeit...



wordt groot!

*Herinnert u zich  
dat we uit alle deelnemers  
een kleine groep kinderen selecteren  
voor een meer diepgaande opvolging?*

***Uw kind is uitgekozen.***

U beslist geheel vrijblijvend of u ook aan dit deel van *JONG!* wilt meewerken.



# Net zoals uw kind, groeit **JOnG!** verder...

**JOnG!** is een onderzoek naar  
Jeugd  
Ontwikkeling & Opvoeding  
Gezondheid & Gedrag

## Wat is de bedoeling van deze meer diepgaande opvolging?

- Omdat ALLES wat een invloed kan hebben op de groei, ontwikkeling, opvoeding, gezondheid en gedrag van uw kind ons interesseert...
- Omdat er tijdens de eerste levensjaren van uw kind ZOVEEL gebeurt dat we niet via een jaarlijkse bevraging te weten zullen komen...
- Omdat een contact met u en uw kind ZOVEEL MEER informatie kan opleveren dan een lange vragenlijst...

DAAROM willen we een 500-tal kinderen die aan het baby-onderzoek van **JOnG!** deelnemen van dichterbij opvolgen.

## Wat houdt uw deelname in?

### 1. Tussentijdse bevraging:

Eén keer per jaar vult u een extra vragenlijst in. Deze tussentijdse bevraging plannen we wanneer uw kind ongeveer 8, 18 en 30 maanden oud is. Dankzij de informatie die u ons hierbij zal geven, kunnen we ons een beter beeld vormen van hoe uw kind zich ontwikkelt, welke veranderingen zich voordoen, enz. Zo willen we bijvoorbeeld van dichtbij opvolgen hoe het gedrag en temperament van uw kind evolueren, welke nieuwe dingen het al kan...

De vragenlijst is gemakkelijk om in te vullen: u kruist de antwoorden aan die het best bij u en uw kind passen. De vragenlijst is ongeveer even lang als de vragenlijst die u eerder al voor **JOnG!** heeft ingevuld. Het duurt circa een uurtje om alle vragen te beantwoorden. Een deel van de vragen zult u herkennen, terwijl andere nieuw zijn en beter afgestemd op de leeftijd van uw kind op dat moment.

### 2. Een jaarlijks contact met ons:

Wij nodigen u samen met uw kind uit voor een contact met het onderzoeksteam. Deze contacten organiseren wij in uw buurt; ver hoeft u dus niet te gaan! Het eerste contact zal plaatsvinden wanneer uw kind tussen 4 en 8 maanden oud is. De volgende contacten plannen we rond de leeftijd van 18 en 30 maanden.

Enkele weken op voorhand bellen we u op om een afspraak te maken op een tijdstip dat voor u past. Op deze datum komt u samen met uw kind naar de afgesproken locatie in uw buurt. Dit contact is een unieke gelegenheid om:

- Met u een gesprek aan te gaan over hoe uw gezin eruit ziet, over zorgen of vragen die u mogelijk heeft over uw kind, over hoe tevreden u bent over (medische) zorg en hulpverlening die u gebruikt...
- Uw kind te onderzoeken: samen met u zullen we nieuwsgierig observeren hoe uw kind groeit en zich ontwikkelt, waarvoor het de meeste aandacht heeft en hoe het op deze jonge leeftijd al met u communiceert...

- Ik bevestig dat ik de folder over het bijkomende luik van het onderzoek **JONG!** heb ontvangen en de informatie heb begrepen.
- Ik heb begrepen dat het onderzoeksteam van **JONG!** me zal contacteren om me uit te nodigen voor een gesprek en een onderzoek van mijn kind rond de leeftijd van 4-8, 18 en 30 maanden.
- Ik heb begrepen dat deelname aan dit bijkomende luik van het onderzoek volledig vrijblijvend is en op elk moment door mij kan beëindigd worden zonder nadelige gevolgen voor mijn kind.
- Ik heb begrepen dat het onderzoeksteam van **JONG!** met mijn toestemming gegevens verzamelt over de gezondheid, groei, ontwikkeling en opvoeding van mijn kind, en over de factoren die daar een invloed op kunnen uitoefenen, zoals beschreven in de informatiefolder.
- Ik heb begrepen dat al deze gegevens in strikte vertrouwelijkheid zullen behandeld worden. De gegevens worden gecodeerd alvorens ze verwerkt worden voor wetenschappelijk onderzoek.
- Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens worden verzameld, verwerkt en gebruikt in de context van het onderzoek **JONG!**.
- Via onderstaande invulstrook verklaar ik me akkoord om samen met mijn kind deel te nemen aan dit bijkomende luik van het onderzoek **JONG!**

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNAME  
AAN HET BIJKOMENDE LUIK VAN HET ONDERZOEK



IN DRUKLETTERS INVULLEN AUB!

NAAM van het kind: \_\_\_\_\_

VOORNAAM van het kind: \_\_\_\_\_ geboren op \_\_/\_\_/\_\_\_\_

NAAM en VOORNAAM van ouder of wettelijke voogd: Mr. Mevr \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

POSTCODE \_\_\_\_\_ GEMEENTE \_\_\_\_\_

TELEFOONNUMMER(S) waarop het onderzoeksteam van **JONG!** me kan contacteren: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ik ondergetekende, verklaar me akkoord om samen met mijn kind deel te nemen aan dit bijkomende luik van het onderzoek **JONG!**. Ik bevestig dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen, en dat ik hiermee akkoord ga.

Datum \_\_/\_\_/\_\_

Handtekening

Ik ondergetekende, verklaar me ermee akkoord dat de onderzoekers van **JONG!** contact opnemen met de behandelend arts (huisarts/kinderarts) van mijn kind, in het kader van gegevensverzameling voor het onderzoek **JONG!**

De contactgegevens van mijn huisarts/kinderarts zijn als volgt:

NAAM van de arts: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

POSTCODE \_\_\_\_\_ GEMEENTE \_\_\_\_\_

TELEFOONNUMMER: \_\_\_\_\_



### Wat als uw kind deelneemt?

De informatie die u ons geeft over uw kind, helpt ons een beter beeld te krijgen over het leven van kinderen in Vlaanderen.

We houden u op de hoogte over de resultaten van het onderzoek. Deze resultaten gaan niet over individuele kinderen, maar geven steeds zicht op de hele groep. We maken een nieuwsbrief en een website voor deelnemers. En telkens u een vragenbundel ingevuld terugbezorgt, maakt uw kind **kans op een leuke attentie**.

Voor alle duidelijkheid, deelname aan deze studie is volledig vrijblijvend, houdt geen enkele verplichting in en kan op elk moment beëindigd worden zonder nadelige gevolgen voor u of uw kind.

### U doet mee: wat is de volgende stap?

Bij deze informatiefolder vindt u een toestemmingsformulier en een vragenlijst. Indien u wenst deel te nemen, vult u beide documenten volledig in en stuurt u ze per post terug met behulp van bijgevoegde omslag (u hoeft geen postzegel te kleven). Het doordrukformulier (gele kleur) mag u bewaren.

### En misschien...

Uit alle deelnemers gaan we een kleine groep kinderen selecteren voor een meer diepgaande opvolging. Het is mogelijk dat u op een later tijdstip gevraagd wordt om hieraan mee te werken. In dit geval ontvangt u eerst uitgebreide informatie. U beslist dan geheel vrijblijvend of u ook hieraan wilt meewerken.

### Heeft u nog vragen?

Of wilt u meer over **JONG!** weten? Surf naar [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong) of neem contact op met ons. We helpen u graag verder.

Alvast bedankt,

De onderzoekers,  
Prof. Dr. Hans Grietens Kristien Lacluyse  
Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers Cécile Guérin  
Prof. Dr. Herbert Roeyers Ann Winnen



### STEUNPUNT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Kapucijnenvoer 39  
B-3000 LEUVEN

Tel: 1700 (gratis nummer,  
maandag tot vrijdag van 9-19 u.)

E-mail: [Jong6@med.kuleuven.be](mailto:Jong6@med.kuleuven.be)  
Website: [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong)

Met de steun van de Centra voor Leerlingenbegeleiding



### STEUNPUNT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Heeft u al  
over **JONG!** horen spreken?

*Graag presenteren we u dit grootschalig  
Vlaams onderzoek dat gestart is in 2008*

**Uw 6-jarige zoon of dochter mag deelnemen!**



**JONG!** is een onderzoek naar

Jeugd

Ontwikkeling & Opvoeding

Gezondheid & Gedrag

**FRANCAIS:** version française de cette brochure disponible sur notre site internet

**ENGLISH:** English version of this flyer available on our website

**TÜRKÇE:** türkçe uyarlamasını websitemizde bulabilirsiniz

<http://www.steunpuntwvg.be/jong/>

# Een eerste kennismaking met



Doe mee aan **JONG!**  
en maak kans op  
een leuk cadeau!

## Wat is de bedoeling?

**JONG!** is een grootschalig onderzoek over gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding van kinderen en jongeren in Vlaanderen. We volgen 3 jaar lang meer dan 10.000 kinderen van verschillende leeftijden op. Zo krijgen we een beter beeld van kinderen en jongeren in Vlaanderen.

We kunnen onmogelijk alle 6-jarige kinderen in Vlaanderen volgen. Daarom nodigen we alle kinderen uit die werden geboren in het jaar 2002 en wonen in één van de negen regio's in Vlaanderen of Brussel waar **JONG!** werd opgestart. U bent als ouder onze belangrijkste partner in dit onderzoek. U kent uw zoon of dochter immers het beste en kunt ons beter dan wie ook informeren. We hopen dat u met ons wilt meewerken.

## Wat wordt van u verwacht?

### 1. Vragenbundel invullen:

Wanneer u toestemt om deel te nemen aan **JONG!** wordt u gevraagd om een vragenbundel in te vullen. Nadien ontvangt u elk jaar in dezelfde periode, een nieuwe vragenlijst. De vragen gaan over gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding en zijn gemakkelijk in te vullen door aan te kruisen wat best bij u of uw kind past.

### 2. Toestemming geven:

Wanneer uw kind door het CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding) wordt onderzocht, worden de groei, de gezondheid en de ontwikkeling van uw kind opgevolgd. Ook scholen verzamelen informatie over hun leerlingen. Al deze gegevens worden bijgehouden.

De mutualiteit heeft zicht op de onderzoeken, behandeling en geneesmiddelen die voor uw kind en de andere gezinsleden werden voorgeschreven. Deze informatie wordt bewaard bij alle ziekenfondsen (Intermutualistisch Agentschap) en in de Kruispuntbank Sociale Zekerheid. Deze kunnen ons gegevens ter beschikking stellen, zij het nadat de identificatiegegevens gewist werden. We kunnen dus niet achterhalen welke gegevens bij welke persoon horen.

Al deze informatie helpt ons om beter zicht te krijgen op factoren die gezondheid, ontwikkeling en gedrag van kinderen beïnvloeden. Daarom vragen we uw toestemming om deze gegevens op te vragen.

## Wat gebeurt er met uw gegevens en die van uw kind?

**JONG!** is een grootschalig onderzoek in opdracht van de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het hele onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Gent en aangifte werd gedaan bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Die waakt erover dat de privacy van u en uw kind wordt gerespecteerd. De gegevens die we verzamelen worden alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Uw naam en die van uw kind verschijnen nooit in een rapport of publicatie. We doen ook geen uitspraken over één individueel kind. De onderzoekers van **JONG!** staan garant voor de vertrouwelijke behandeling van alle informatie.

Bijkomende informatie is te bekomen bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, Waterloolaan 115, 1000 Brussel.

- Ik bevestig dat ik de folder over het onderzoek **JONG!** heb ontvangen en de informatie heb begrepen.
- Ik heb begrepen dat deelname aan dit onderzoek volledig vrijblijvend is, geen enkele verplichting inhoudt en op elk moment door mij kan beëindigd worden zonder nadelige gevolgen voor mijn kind.
- Ik heb begrepen dat het onderzoeksteam van **JONG!** met mijn toestemming gegevens verzamelt over de gezondheid, groei, ontwikkeling en opvoeding van mijn kind, en over de factoren die daar een invloed op kunnen uitoefenen, zoals beschreven in de informatiefolder.
- Ik heb begrepen dat al deze gegevens in strikte vertrouwelijkheid zullen behandeld worden. De gegevens worden gecodeerd alvorens ze verwerkt worden voor wetenschappelijk onderzoek.
- Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens worden verzameld, verwerkt en gebruikt in de context van het onderzoek **JONG!**.
- Via onderstaande invulstrook geef ik toestemming voor deelname van mijn 6-jarig kind aan het onderzoek **JONG!**

## TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNAME AAN HET ONDERZOEK



## IN DRUKLETTERS INVULLEN AUB!

NAAM van het kind: \_\_\_\_\_

VOORNAAM van het kind: \_\_\_\_\_ geboren op \_\_/\_\_/2002

NAAM en VOORNAAM van ouder of wettelijke voogd: Mr. Mevr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

POSTCODE \_\_\_\_\_ GEMEENTE \_\_\_\_\_

Ik ondergetekende, verklaar me akkoord met de deelname van mijn 6-jarig kind aan het onderzoek **JONG!**.

- Ik verklaar me akkoord om vragenlijsten in te vullen
- Ik verklaar me akkoord dat er anoniem toegang wordt verleend tot de kruispuntbank voor gegevens van mijn kind en mijn gezin

Ik bevestig dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen, en dat ik hiermee akkoord ga.

Datum \_\_/\_\_/\_\_

Handtekening

**Andere talen / Autre langue / Other language / Başka dillerde :**

- Je préfère remplir le questionnaire en Français
- I prefer to fill in the questionnaire in English
- Ben mümkünse anketi Türkçe olarak doldurmak istiyorum

**Voor de dienst:**

Studienummer:

**B**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|



### Wat als uw zoon/dochter en u deelnemen?

De informatie die u en uw zoon/dochter ons geven, helpt ons een beter beeld te krijgen over het leven van jongeren in Vlaanderen.

We houden jullie op de hoogte over de resultaten van het onderzoek. Deze resultaten gaan niet over individuele jongeren, maar geven steeds zicht op de hele groep. We maken een nieuwsbrief en een website voor deelnemers. En telkens wanneer jullie beide vragenbundels ingevuld terugbezorgen, maakt uw zoon/dochter **kans op een leuke attentie**.

Voor alle duidelijkheid, deelname aan deze studie is volledig vrijblijvend, houdt geen enkele verplichting in en kan op elk moment beëindigd worden zonder nadelige gevolgen voor u of uw zoon/dochter.

### Jullie doen mee: wat is de volgende stap?

Bij deze informatiefolder vindt u een toestemmingsformulier en een vragenlijst. Indien u wenst deel te nemen, vult u beide documenten volledig in en stuurt u ze per post terug met behulp van bijgevoegde omslag (u hoeft geen postzegel te kleven). Het doordrukformulier (gele kleur) mag u bewaren.

### En misschien...

Uit alle deelnemers gaan we een kleine groep jongeren selecteren voor een meer diepgaande opvolging. Het is mogelijk dat u op een later tijdstip gevraagd wordt om hieraan mee te werken. In dit geval ontvangt u eerst uitgebreide informatie. U beslist dan geheel vrijblijvend of u ook hieraan wilt meewerken.

### Heeft u nog vragen?

Of wilt u meer over **JONG!** weten? Surf naar [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong) of neem contact op met ons. We helpen u graag verder.

Alvast bedankt,

De onderzoekers,  
Prof. Dr. Hans Grietens Kristien Lacluyse  
Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers Cécile Guérin  
Prof. Dr. Herbert Roeyers Ann Winnen



### STEUNPUNT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Kapucijnenvoer 39  
B-3000 LEUVEN

Tel: 1700 (gratis nummer, maandag tot vrijdag van 9-19 u.)

E-mail: [Jong12@med.kuleuven.be](mailto:Jong12@med.kuleuven.be)  
Website: [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong)



Met de steun van de Centra voor Leerlingenbegeleiding



### STEUNPUNT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Heeft u al over **JONG!** horen spreken?

*Graag presenteren we u dit grootschalig Vlaams onderzoek dat gestart is in 2008*

**Uw 12-jarige zoon of dochter mag deelnemen!**



**JONG!** is een onderzoek naar

Jeugd

Ontwikkeling & Opvoeding

Gezondheid & Gedrag

**FRANCAIS:** version française de cette brochure disponible sur notre site internet

**ENGLISH:** English version of this flyer available on our website

**TÜRKÇE:** türkçe uyarlamasını websitemizde bulabilirsiniz

<http://www.steunpuntwvg.be/jong/>



# Een eerste kennismaking met



Doe mee aan *JONG!*

en maak kans op

een leuk cadeau!

## Wat is de bedoeling?

*JONG!* is een grootschalig onderzoek over gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding van kinderen en jongeren in Vlaanderen. We volgen 3 jaar lang meer dan 10.000 kinderen van verschillende leeftijden. Zo krijgen we een beter beeld van kinderen en jongeren in Vlaanderen.

We kunnen onmogelijk alle 12-jarige jongeren in Vlaanderen opvolgen. Daarom nodigen we alle jongens en meisjes uit die werden geboren in het jaar 1996 en wonen in één van de negen regio's in Vlaanderen of Brussel waar *JONG!* werd opgestart. U en uw zoon/dochter kunnen ons beter dan wie ook informatie geven en zo zijn jullie meteen onze belangrijkste partners in dit onderzoek. We hopen dat jullie met ons willen meewerken.

## Wat wordt van u en uw zoon/dochter verwacht?

### 1. Vragenbundel invullen:

Wanneer uzelf en uw zoon of dochter toestemmen om deel te nemen aan *JONG!* wordt gevraagd om elk een vragenbundel in te vullen. Nadien ontvangen jullie elk jaar in dezelfde periode een nieuwe vragenlijst. De vragen gaan over gezondheid, ontwikkeling, gedrag en opvoeding en zijn gemakkelijk in te vullen door aan te kruisen wat best bij u of uw zoon/dochter past.

### 2. Toestemming geven:

Wanneer uw zoon/dochter onderzocht wordt door het CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding), worden de groei, de gezondheid en de ontwikkeling van uw zoon/dochter opgevolgd. Ook scholen verzamelen informatie over hun leerlingen. Deze gegevens worden bijgehouden.

De mutualiteit heeft zicht op de onderzoeken, behandeling en geneesmiddelen die voor uw zoon/dochter en de andere gezinsleden werden voorgeschreven. Deze informatie wordt bewaard bij alleziekenfondsen (Intermutualistisch Agentschap) en in de Kruispuntbank Sociale Zekerheid. Deze kunnen ons gegevens ter beschikking stellen, zij het nadat de identificatiegegevens gewist werden. We kunnen dus niet achterhalen welke gegevens bij welke persoon horen.

Al deze informatie helpt ons om beter zicht te krijgen op factoren die gezondheid, ontwikkeling en gedrag van jongeren beïnvloeden. Daarom vragen we uw toestemming en die van uw zoon/dochter om deze gegevens op te vragen.

## Wat gebeurt er met uw gegevens en die van uw zoon of dochter?

*JONG!* is een grootschalig onderzoek in opdracht van de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het hele onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Gent en aangifte werd gedaan bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Die waakt erover dat de privacy van u en uw kind wordt gerespecteerd. De gegevens die we verzamelen worden alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Uw naam en die van uw zoon/dochter verschijnen nooit in een rapport of publicatie. We doen ook geen uitspraken over één individuele jongere. De onderzoekers van *JONG!* staan garant voor de vertrouwelijke behandeling van alle informatie.

Bijkomende informatie is te bekomen bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, Waterloolaan 115, 1000 Brussel.



### Heb je nog vragen?

Het kan best zijn dat je over sommige dingen meer wil weten of dat je iets niet duidelijk vindt.

Surf naar [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong). Je mag ook gerust mailen of bellen naar het gratis nummer 1700, daar zijn we voor!

Kweenieoehardbedankt !!!

#### De proffen,

Prof. Dr. Hans Grietens  
Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers  
Prof. Dr. Herbert Roeyers

#### De onderzoekers,

Kristien Lacluyse  
Cécile Guérin  
Ann Winnen

### Wat doen wij met gegevens over jou en jouw familie?

Wij gaan heel zorgvuldig en vertrouwelijk om met alle gegevens en gebruiken ze enkel voor dit onderzoek.

Jouw naam of die van je ouder(s) zal nooit verschijnen in een rapport of een artikel. We doen nooit uitspraken over jou afzonderlijk, maar altijd over jou en je leeftijdsgenoten als een groep.

### Is JONG! cool?

Het cadeau is dat alvast wel! Je maakt kans om een cadeau te winnen wanneer je ouder(s) en jij de vragenbundel ingevuld terugbezorgen. Ook de website wordt behoorlijk cool en houdt je op de hoogte over het onderzoek en de resultaten.



**STEUNPUNT WELZIJN,  
VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN**

Kapucijnenvoer 39  
B-3000 LEUVEN

Tel: 1700 (gratis nummer,  
maandag tot vrijdag van 9-19 u.)

E-mail: [Jong12@med.kuleuven.be](mailto:Jong12@med.kuleuven.be)  
Website: [www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong)



Met de steun van de Centra voor Leerlingenbegeleiding



STEUNPUNT WELZIJN,  
VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN



**een onderzoek  
naar de JEUGD  
start nu !**

Alweer zo'n  
DOM  
onderzoek  
?

Minder dom  
als er ECHT  
iets mee  
gebeurt !?

Nog minder  
dom als je  
ook een  
cadeau  
kan winnen !



# JONG! start nu ! Jij kan deelnemen !

JONG! is een onderzoek naar

Jeugd

Ontwikkeling & Opvoeding

Gezondheid & Gedrag

## Waarom moet je je kostbare tijd besteden?

- Je vult één keer per jaar een vragenbundel in, en dit drie jaar lang.
- Ook je ouder(s) vullen jaarlijks een vragenbundel in.
- Invullen is makkelijk!
- En je maakt kans op een cadeau !

## Waarom vallen we jou lastig?

- Omdat je geboren bent in het jaar 1996.
- Omdat je woont in één van negen geselecteerde regio's in Vlaanderen en Brussel.
- Omdat informatie die jij en je ouders ons kunnen geven super belangrijk is om een juist beeld te krijgen van de jongeren van vandaag.

## Wat hebben we nog van je nodig?

- Wanneer een CLB-arts je onderzoekt, houdt hij daar gegevens over bij. Ook scholen verzamelen informatie over hun leerlingen.
- De Kruispuntbank Sociale Zekerheid (KSZ) is een centrale computer waarop verzameld wordt wat artsen allemaal voorschrijven aan mensen (vb. onderzoek, behandeling, geneesmiddelen). We zouden dat graag weten van alle deelnemende jongeren en hun ouders. De KSZ kan ons de gegevens bezorgen, maar zonder namen erbij.
- We krijgen deze gegevens alleen maar als jij ook toestemt om aan JONG! deel te nemen.
- Ga je akkoord? Vul het toestemmingsformulier dan in.
- Ook je ouder(s) moeten het toestemmingsformulier invullen. Ze sturen dat samen met hun ingevulde vragenlijst gratis terug naar JONG!.
- Jij stuurt zelf je ingevulde vragenlijst gratis naar JONG! met de tweede bijgevoegde omslag.

**DEEL I: TOESTEMMING VAN OUDER (OF WETTELIJKE VOOGD)**

- Ik bevestig dat ik de folder over het onderzoek **JONG!** heb ontvangen en de informatie heb begrepen.
- Ik heb begrepen dat deelname aan dit onderzoek volledig vrijblijvend is, geen enkele verplichting inhoudt en op elk moment door mij kan beëindigd worden zonder nadelige gevolgen voor mijn zoon/dochter.
- Ik heb begrepen dat het onderzoeksteam van **JONG!** met mijn toestemming gegevens verzamelt over de gezondheid, groei, ontwikkeling en opvoeding van mijn zoon/dochter, en over de factoren die daar een invloed op kunnen uitoefenen, zoals beschreven in de informatiefolder.
- Ik heb begrepen dat al deze gegevens in strikte vertrouwelijkheid zullen behandeld worden. De gegevens worden gecodeerd alvorens ze verwerkt worden voor wetenschappelijk onderzoek.
- Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens worden verzameld, verwerkt en gebruikt in de context van het onderzoek **JONG!**.

**IN DRUKLETTERS INVULLEN AUB!**NAAM en VOORNAAM van ouder of wettelijke voogd: Mr. Mevr \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

POSTCODE \_\_\_\_\_ GEMEENTE \_\_\_\_\_

Ik ondergetekende, verklaar me akkoord met de deelname van mijn 12-jarige zoon/dochter aan het onderzoek **JONG!**.

- Ik verklaar me akkoord om vragenlijsten in te vullen*
- Ik verklaar me akkoord dat er anoniem toegang wordt verleend tot de kruispuntbank voor gegevens van mijn kind en mijn gezin*

Ik bevestig dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen, en dat ik hiermee akkoord ga.

Datum \_\_/\_\_/\_\_

Handtekening

**Andere talen / Autre langue / Other language / Başka dillerde :**

- Je préfère remplir le questionnaire en Français
- I prefer to fill in the questionnaire in English
- Ben мүmkүнse anketi Türkçe olarak doldurmak istiyorum

**DEEL II: TOESTEMMING VAN DE JONGERE ZELF**

NAAM van de jongere: \_\_\_\_\_

VOORNAAM van de jongere: \_\_\_\_\_ geboren op \_\_/\_\_/1996

Ik ondergetekende, verklaar dat ik aan het onderzoek **JONG!** wens deel te nemen. Ik bevestig dat ik de informatiefolder heb gelezen en begrepen, en dat ik hiermee akkoord ga.

Datum \_\_/\_\_/\_\_

Handtekening

**Voor de dienst:**

Studienummer:

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| C |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

## **Bijlage 4**

### **Handleiding en schema voor verpleegkundigen JOnG!**

**Handleiding voor regioteamleden Kind & Gezin**

**De instaprocedure**

**Beslisboom**





*JONG! is een onderzoek naar  
Jeugd  
Ontwikkeling & Opvoeding  
Gezondheid & Gedrag*

## HANDLEIDING VOOR REGIOTEAMLEDEN KIND & GEZIN

# UPDATE

### Onderzoekers

Prof. Dr. Hans Grietens  
Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers  
Prof. Dr. Herbert Roeyers

Kristien Lacluyse  
Cécile Guérin  
Ann Winnen

**In samenwerking met Kind & Gezin**





Beste regioteamlid,

Jij en je collega's van 9 regio's van Kind & Gezin doen mee aan de studie **JONG!** Wij, de onderzoekers van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, zien in jou een onmisbare partner. Wij willen je dan ook oprecht bedanken voor je engagement en vertrouwen in ons en ons onderzoek.

In wat volgt, geven we toelichting bij de belangrijkste aspecten van het onderzoek (WAT, WAAROM, WIE, HOE en WANNEER) en we leggen uit waarom dat zo is. We verduidelijken hoe de 'instaprocedure' in praktijk zal verlopen. We hebben daarbij geprobeerd om zoveel mogelijk rekening te houden met en aan te sluiten bij de manier waarop je nu al werkt.

Vind je ouders niet meteen bereid om deel te nemen? Hebben ouders nog vragen over het onderzoek? De rubrieken '10 goede redenen om mee te doen!' en 'Vaak gestelde vragen' helpen je verder op weg.

De handleiding die nu voor je ligt, heeft als doel om je te informeren over het onderzoek **JONG!** en om je te ondersteunen wanneer je ouders informeert en gegevens registreert. Belangrijk om weten is dat het hele onderzoek staat of valt bij de '**INSTAPPROCEDURE**'. Dit bepaalt immers of we de groep kinderen kunnen bereiken die door ons werd geselecteerd.

Het is van belang dat we:

- 1/ Ouders **motiveren** om toe te stemmen voor het onderzoek
- 2/ **Basisgegevens** zo correct en volledig mogelijk **registreren** in Ikaros (doorlopende activiteit)
- 3/ **Enkele bijkomende gegevens** specifiek voor dit onderzoek **registreren** in de provinciale flap
- 4/ Ouders een **eerste vragenbundel** geven in ruil voor het ingevulde toestemmingsformulier.

En hiervoor rekenen we op jouw medewerking!

Als regioteamlid van Kind & Gezin ben je uiteraard vertrouwd met het registratiesysteem Ikaros en heb je veel ervaring in het werken met ouders. Jij weet, beter dan wie ook, hoe je het gesprek aangaat met ouders, hoe je ze kan ondersteunen in de zorg voor hun kindje en hoe je ze best informeert en motiveert. We hebben er het volste vertrouwen in dat jij ouders warm kan maken voor **JONG!**

Dankjewel!

Kristien, Cécile en Ann  
Hans, Karel en Herbert

## INHOUD

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Beschrijving van het onderzoek</b>       | <b>p 3</b>  |
| Wat?  | p 3         |
| Waarom?                                     | p 3         |
| Wie?  | p 4         |
| Hoe (en wanneer)?                           | p 4         |
| <br>  |             |
| <b>De instaprocedure... in 5 stappen!</b>   | <b>p 5</b>  |
| <br>  |             |
| <b>Het invullen van de provinciale flap</b> | <b>p 12</b> |
| <br>  |             |
| <b>10 goede redenen om mee te doen!</b>     | <b>p 14</b> |
| <br>  |             |
| <b>Vaak gestelde vragen</b>                 | <b>p 15</b> |
| <br>  |             |
| <b>Contacteer ons!</b>                      | <b>p 17</b> |

### ***HULPMIDDELEN***

#### In bijlage:

- Overzicht van de instaprocedure (geplastificeerde kaart recto-verso)

#### Op intranet:

- Korte teksten in Frans, Engels, Duits ter ondersteuning bij het toelichten van het onderzoek aan anderstalige gezinnen
- Toelichting ivm het aanvragen van Franse documenten: in Frans en Arabisch
- Een vertaling van de folder in Arabisch en Russisch die bezorgd kan worden aan gezinnen
- Een korte tekst over vertrouwelijkheid
- Andere documenten:
  - Handleiding voor RTL
  - Powerpoint-presentatie regionale infosessies (update)

## BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEK

### Wat?

**JOnG!** is een groot onderzoek naar:

1. GEZONDHEID, ONTWIKKELING, GEDRAG en OPVOEDING van kinderen en jongeren
2. De behoefte aan en het gebruik van ZORG voor kinderen en jongeren

In het kader van dit onderzoek zullen we meer dan 10.000 kinderen van verschillende leeftijdsgroepen opvolgen en dit drie jaar lang. Voor de opvolging van pasgeboren kindjes, die ongeveer de helft zullen uitmaken van de totale groep (d.w.z. maximaal 5000) zullen we samenwerken met jou en je collega's van Kind & Gezin.

Jouw rol is van doorslaggevend belang bij de '**INSTAPPROCEDURE**'. Deze procedure wordt verder duidelijk toegelicht in vijf stappen. Van elk pasgeboren kindje zullen gegevens verzameld worden over een aantal centrale aspecten van gezondheid, gedrag, ontwikkeling en opvoeding (bijv. lengte, gewicht, temperament, verwachtingen van ouders...) en zorgbehoeften en zorggebruik (bijv. vragen over opvoeding, consultaties bij de huisarts...).

### Waarom?

We willen een duidelijk beeld schetsen van de GEZONDHEID, ONTWIKKELING, GEDRAG en OPVOEDING van een nieuwe generatie kinderen en jongeren. Meer specifiek gaan we:

- De ontwikkeling van kinderen zo breed mogelijk in kaart brengen
- Het samenspel tussen verschillende domeinen (met name medisch, psychologisch en pedagogisch) systematisch opvolgen
- Ontwikkelingspaden van kinderen inzichtelijk maken
- Zorg- en hulpverleningstrajecten in kaart brengen

De gegevens die we in het kader van dit onderzoek zullen verzamelen, moeten toelaten om antwoorden te formuleren op een aantal vragen zoals:

- Hoe evolueren (kwetsbare) kinderen en gezinnen?
- Wat is de impact van hulpverlening op deze kinderen en gezinnen?
- Wat zijn de bedreigende en beschermende factoren die een invloed uitoefenen op deze evoluties?

Deze vragen zijn interessant vanuit wetenschappelijk oogpunt, en bovendien bijzonder relevant voor de praktijk binnen en buiten Kind & Gezin.



## Wie?

We zijn op zoek gegaan naar een studieopzet dat ons het best in staat stelt om goed onderbouwde antwoorden te formuleren op de eerder vermelde vragen. Na afweging van aspecten als wetenschappelijke minimumvereisten en praktische haalbaarheid, is duidelijk geworden dat dataverzameling bij **5000 pasgeboren kindjes** ons de meeste slaagkansen biedt.

In de eerste plaats hebben we **9 regio's van Kind & Gezin** geselecteerd op basis van uiteenlopende criteria: geografische spreiding, aantal geboorten in kansarme gezinnen, werkloosheidsgraad... Gegeven dat er gemiddeld meer dan 1000 geboortes zijn per regio per jaar, kunnen we volstaan met ongeveer de helft van alle geboortes in die regio's. Daarom werd gezocht naar een criterium om op een zuiver toevallige manier één op de twee kinderen te selecteren. De geboortedatum is zo'n toevallig criterium, omdat niemand hier enige invloed op heeft. Uiteindelijk werd beslist om **kinderen geboren op een oneven dag** te selecteren voor dit onderzoek. Zodoende is de werklast voor de betrokken regioteamleden verdeeld over een heel jaar.

Om vertekening van de onderzoeksresultaten te voorkomen – en om betekenisvolle uitspraken te kunnen doen over gezondheid, ontwikkeling, gedrag, opvoeding en zorg - is het van belang dat de **uitval van geselecteerde kinderen zo beperkt mogelijk** blijft. We rekenen dus sterk op jouw overtuigingskracht! **Jij kan ouders goed informeren en hen motiveren tot deelname aan het onderzoek.** Hierbij mag de vrije keuze van ouders echter nooit in het gedrang komen.

## Hoe (en wanneer)?

Naar aanleiding van elk contact bij Kind & Gezin willen we de in Ikaros beschikbare informatie over de deelnemende kinderen verzamelen, zoals bijvoorbeeld gegevens over de zwangerschap en de bevalling, medische gegevens (lengte, gewicht, vaccinaties, en dergelijke). Je registreert deze gegevens in ieder geval al **in Ikaros** in het kader van de normale werking van Kind & Gezin. Om die reden vragen we je enkel om wat extra aandacht en om zo volledig en nauwkeurig mogelijk te werk te gaan en te registreren bij **alle contacten** (zowel op huisbezoek als op consultatie). Naast deze doorlopende registratie vragen we ook een **inspanning om enkele bijkomende gegevens te registreren bij de instaprocedure** (zie volgend hoofdstuk).

Gezondheid, ontwikkeling, gedrag, opvoeding en zorg worden verder bevraagd in een vragenlijst voor de ouders. De vragen zijn gemakkelijk en snel te beantwoorden door telkens een cijfer te omcirkelen of een antwoord aan te kruisen. **Voor de verdeling van de eerste vragenbundel** doen we beroep op jouw bereidwilligheid. Ouders ontvangen deze vragenlijst **in ruil voor het ingevulde toestemmingsformulier bij één van de eerste contacten** (eerste of tweede huisbezoek, of het contact voor afname van de Algo-test). De daarop volgende vragenlijsten worden per post aan de ouders bezorgd (telkens in de periode waarin het kindje jarig is). Ouders vullen de vragenlijst in en zenden hem terug naar het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin door middel van een bijgevoegde en geadresseerde omslag (port betaald door bestemming).

## DE INSTAPPROCEDURE... IN 5 STAPPEN!

### INLEIDING

Deze **indeling in 5 stappen** is bedoeld om de instaprocedure te kunnen opsplitsen en verdelen **over 2 contactmomenten. In de provinciale flap in Ikaros registreer je steeds de stand van zaken** (zie richtlijnen hieronder). Zodoende kan jij (of een collega) de procedure bij het volgende contact hernemen daar waar je bij het vorige contact gebleven was.

Hoe ver je geraakt bij het eerste contact zal echter afhangen van de individuele situatie.

- **Bij het eerste huisbezoek probeer je minstens de drie eerste stappen te doorlopen. Registreer alvast de status van stap 3 en stap 4.** Indien mogelijk (vb. ouders stemmen onmiddellijk in) kan je natuurlijk ook meteen verder gaan.
- **Bij het tweede contact (Algo-test, huisbezoek...) raadpleeg je de provinciale flap om na te gaan welke stap bij het eerste contact werd bereikt.** Aan de hand hiervan kan je de draad weer oppakken en de instaprocedure hopelijk **afwerken**.

Zie ook het overzicht van instaprocedure in bijlage (geplastificeerde kaart).

### STAP 1: INCLUSIECRITERIA

- **Actie: Ga na of het kind in aanmerking komt voor het onderzoek.** Hiervoor moeten TWEE voorwaarden vervuld zijn:
  - a. **Geboortedatum** op een oneven dag tussen 1 mei 2008 en 30 april 2009
  - b. **Woonplaats** bij de geboorte in jouw regio (zie lijst hieronder):

| <u>Provincies</u>              | <u>9 deelnemende regio's K&amp;G</u> |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| West-Vlaanderen                | Ieper<br>Oostende                    |
| Oost-Vlaanderen                | Gent 1<br>Oudenaarde                 |
| Antwerpen                      | Antwerpen-Noord 1<br>Geel            |
| Limburg                        | Genk                                 |
| Vlaams-Brabant                 | Tielt-Winge                          |
| Brussels Hoofdstedelijk Gewest | Brussel-Noord                        |

- **Het kind voldoet aan geen of slechts 1 van beide voorwaarden: STOP!**
- **Het kind voldoet aan beide voorwaarden: ga naar stap 2**

**Twee- of meerlingen** die aan de inclusiecriteria voldoen, kunnen in principe **beide** deelnemen aan het onderzoek (i.v.m. vragenbundel: zie verder bij stap 5)

! Een handig hulpmiddel kan zijn om de **statuslijst nieuw regio-woonplaats** uit te printen en hierop de kinderen die in aanmerking komen duidelijk zichtbaar aan te duiden.

- **Vervolg:**

Bij Stap 1 hoort geen specifieke registratie in de provinciale flap.

## **STAP 2: IKAROSREGISTRATIE**

- **Actie: Registreer de gegevens in Ikaros.** Voor het onderzoek is een aantal gegevens uit het "Kinddossier" van groot belang. Dit is o.a. het geval voor de volgende rubrieken:

- a. 'Identificatiegegevens'

- b. 'Bevallingsgegevens'

- c. 'Medische gegevens'

- d. 'Gegevens van de wettelijke moeder'

- e. 'Zorgverleningstoestand': vink **ALLE relevante kansarmoede-criteria** aan (niet stoppen bij 3 criteria!).

- **Aandachtspunten:**

- Tracht zo **volledig** en zo **nauwkeurig** mogelijk tewerk te gaan.

- Vergeet niet dat het hier gaat om een **doorlopend aandachtspunt**. Kinderen die aan het onderzoek deelnemen, verdienen extra aandacht op vlak van registratie van persoonlijke gegevens (vb. vaccinaties, hoofdomtrek, verwijzing...) en uitgevoerde activiteiten (aantal huisbezoeken en consulten...).

- **In geval van sterfte, registreer** dit aub zorgvuldig in Ikaros en breng het onderzoeksteam op de hoogte via **e-mail!** ([Jong@med.kuleuven.be](mailto:Jong@med.kuleuven.be)) We willen absoluut vermijden dat deze ouders een vragenlijst of herinneringsbrief ontvangen.

- **Vervolg:**

Bij Stap 2 hoort geen specifieke registratie in de provinciale flap van Ikaros.

## **STAP 3: INFORMATIE EN MOTIVATIE**

- **Actie: Geef een informatiefolder over JOnG!, toestemmingformulier en omslag (port betaald door bestemming) aan de ouders (ook illegalen) en stel het onderzoek voor** (folder en toestemmingsformulier beschikbaar in 3 talen: Nederlands, Engels en Turks. Voor Franstalige gezinnen, zie aandachtspunt op volgende pagina).

**Voor een maximale participatiegraad rekenen we op jouw talent en ervaring!** Ouders motiveren om aan deze studie mee te werken, zal - naargelang hun persoonlijkheid en de context - meer of minder tijd en energie van de regioteamleden vragen. Om de hieruit voortvloeiende werklast te beperken, werd daarom gekozen om niet alle pasgeborenen maar slechts een deel hiervan op te volgen (zie inclusiecriteria onder stap 1). Daarom is het bijzonder belangrijk om de kinderen die tot de streekproef behoren maximaal in de studie op te nemen. **De doelstelling is dus: ouders goed informeren en hen motiveren tot deelname aan het onderzoek.**

Bij de voorstelling van de studie is het cruciaal om goed gedoseerde en gedifferentieerde informatie aan te bieden, die het best aan de behoefte van de ouders beantwoordt. Aan jou om te beslissen welke vorm het gesprek aanneemt, welke argumenten je al dan niet aanreikt, en hoever je in de uitleg wilt gaan. Om je alvast op weg te zetten, voegen we twee instrumenten toe op het einde van de handleiding:

- **"10 goede redenen om mee te doen"**: een overzicht van mogelijke tips en argumenten (zie p 14)
- **"Vaak gestelde vragen"** en een antwoord hierop (zie p 15)

Naar aanleiding van dit gesprek: **nodig de ouders uit om de folder door te nemen tegen het daaropvolgende geplande contact** (Algo-test, volgend huisbezoek...). Vermeld tevens dat ze dan een antwoord op al hun vragen mogen verwachten, en dat het – bij interesse - de bedoeling is om het getekende toestemmingsformulier op dat ogenblik aan jou (of je collega) te overhandigen.

- **Aandachtspunten:**

- Geef tijdens het eerste huisbezoek **een folder, een toestemmingsformulier en een omslag port betaald door bestemming** aan de ouders. Dit wil zeggen dat je deze documenten in de verschillende talen op zak moet hebben.
- Ouders die dit wensen, kunnen het **toestemmingsformulier reeds ondertekenen tijdens het eerste huisbezoek**. In dit geval, ga verder naar stap 4. Dit betekent dat je best steeds ook **een vragenbundel** in de verschillende talen bij hebt om meteen af te geven in ruil voor het ingevulde toestemmingsformulier.
- **Ouders die verder GEEN gebruik willen maken van het aanbod van K&G** ontvangen eveneens een informatiefolder, toestemmingsformulier en omslag bij het eerste contact. Om deel te nemen aan het onderzoek verzenden ze het **toestemmingsformulier rechtstreeks naar het Steunpunt** met de bijgevoegde omslag (port betaald door bestemming). Het Steunpunt bezorgt hen een eerste vragenbundel per post.

- **Voor Franstalige gezinnen geldt een aparte regeling:** je registreert in de provinciale flap dat de ouders Frans spreken en door het Steunpunt gecontacteerd mogen worden. Het Steunpunt bezorgt rechtstreeks de documentatie aan de ouders via de post (informatiefolder, toestemmingsformulier en vragenbundel).  
Let wel: stel eerst de expliciete vraag aan de ouders of je hun adres aan het Steunpunt mag doorgeven. (voor registratie, zie rubriek 'Vervolg' onder stap 3 en stap 4).
- Bij het informeren van anderstalige ouders, kan je gebruik maken van korte **teksten in Frans, Engels, Duits of Arabisch** en van de **vertalingen van de folder in Arabisch en Russisch**.
- **Vervolg:**  
Registreer de huidige status van Stap 3 'Informatie' in de provinciale flap (**'JOnG! Volgende stap invullen'** - keuzelijst met volgende mogelijkheden):
  - Ja
  - Nee
  - Nee, akkoord aanvraag Franstalige documenten

#### **STAP 4: TOESTEMMING VOOR DEELNAME**

- **Actie: Ga na of ouders de folder over JOnG! hebben gelezen. Gaan de ouders AKKOORD om deel te nemen aan dit onderzoek? Laat ze het toestemmingsformulier lezen en ondertekenen. Onderteken ook zelf het exemplaar. Bewaar het origineel voor verzending naar het Steunpunt en bezorg de doorslag aan de ouders (zie verder onder stap 5).**

Belangrijk is dat het formulier volledig en leesbaar (bij voorkeur in drukletters) ingevuld is, en volgende informatie bevat:

- a. Naam, voornaam en geboortedatum van het kind
  - b. Naam, voornaam en adres van de ouder
  - c. Datum
  - d. Handtekening van de ouder
  - e. Je eigen naam en handtekening
- **Aandachtspunten:**
    - **Hebben de ouders vragen of twijfels? Zijn ze (nog) niet bereid om deel te nemen?** Probeer de achterliggende reden(en) te achterhalen en een open dialoog met hen aan te gaan. "Vaak gestelde vragen" (p 15) en "10 goede redenen om mee te doen" (p 14) kunnen je verder helpen.

- **Informeert in ieder geval ouders:**
  - dat medewerking aan deze studie volledig op vrijwillige basis gebeurt
  - dat ze op elk moment kunnen stoppen met het onderzoek
  
- **Vragen stellen** kan nog steeds bij volgende contacten met K&G (en ook rechtstreeks aan het onderzoeksteam via telefoon en website: cf. contactgegevens vermeld op de folder). Moest men toch nog later van mening veranderen, **kan inclusie van het kind in de studie tot de leeftijd van 3 maanden (13 weken 6 dagen).**
  
- **Vervolg:**

Registreer de huidige status van Stap 4 'Toestemming' in de provinciale flap (**'JONG! Volgende stap invullen'** - keuzelijst met volgende mogelijkheden):

  - Ja
  - Nee, expliciete weigering
  - Nee, afwachtende houding
  - Nee, contact maar niet besproken
  - Nee, geen tweede contact
  - Nee, buiten de regio
  - Nee, aanvraag Franstalige documenten (enkel bij Franstalige gezinnen die hiervoor hun expliciete akkoord hebben gegeven)

## **STAP 5: INSCHRIJVING & VRAGENBUNDEL**

- **Actie: In ruil voor het ingevulde en getekende toestemmingsformulier overhandig je een eerste vragenbundel aan de ouders** (beschikbaar in 3 talen: Nederlands, Engels, Turks; voor Franstalige gezinnen, zie aandachtspunt onder Stap 3).

**Noteer onmiddellijk het identificatienummer van de vragenbundel op het toestemmingsformulier.**

**De toestemmingsformulieren** bezorg je aan de contactpersoon van jouw regio, die deze **op het einde van elke maand** naar het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin verzendt met behulp van de voorziende omslag (port betaald door bestemming).

Een aantal allochtone/kansarme gezinnen zal echter **hulp nodig hebben bij het invullen van de vragenlijst**. In dit geval zal het Steunpunt contact opnemen met deze gezinnen en indien mogelijk een interviewer op huisbezoek sturen.

**Wanneer je deze ondersteuning nodig acht:**

- Vraag aan ouders of ze hiermee instemmen
- Bij akkoord registreer je Vragenbundel ja, **'Face-to-face enquête'** in de provinciale flap (onder stap 5).

- **Aandachtspunten:**

- Om te voorkomen dat kinderen per vergissing als deelnemers worden geregistreerd - en hun ouders vragenlijsten opgestuurd krijgen terwijl ze hiervoor geen toestemming hebben gegeven - zullen **controles op de toestemmingsformulieren** uitgevoerd worden. Het is daarom belangrijk dat je het identificatienummer op het toestemmingsformulier noteert.
- **Bij face-to-face enquête:** informatie over de taal waarin dit huisbezoek dient te gebeuren, zullen wij afleiden uit de Ikaros-registraties '**taal moeder-kind**' en '**taal dienstverlening**'. Vergeet deze velden aub niet in te vullen!
- Een face-to-face enquête kan ook op een later ogenblik nog aangevraagd worden, hetzij door jezelf via de provinciale flap, hetzij door de ouders via de Vlaamse infolijn.
- **Twee- of meerlingen:** indien het invullen van meer dan 1 vragenlijst niet haalbaar lijkt, geef dan de voorkeur aan het laten invullen van een vragenlijst voor het oudste kind.

De deelname van het kind aan het onderzoek is nu een feit!

**Samen met de ouders overloop je de inhoud van de omslag en de instructies:** deze bevat een uitgebreide vragenlijst (invultijd ± 1 uur) met een begeleidend schrijven; Aan de ouders wordt gevraagd om de vragenlijst **binnen de 2 weken** gratis per post terug te sturen naar het Steunpunt.

De **sticker "Ik doe mee aan JOnG!"** is bedoeld om **vooraan op de kaft van het kindboekje te plakken**. Het is belangrijk ouders te stimuleren hun kindboekje goed in te vullen, omdat het een hulp kan zijn bij het invullen van de vragenlijst.

- **Vervolg:**

Registreer de huidige status van Stap 5 'Vragenbundel' in de provinciale flap ('**JOnG! Volgende stap invullen**' - keuzelijst met volgende mogelijkheden):

- Ja
- Ja, face-to-face enquête
- Nee

**In geval van deelname aan het onderzoek, denk er a.u.b. aan om:**

- Het **identificatienummer** van de eerste vragenbundel **op het toestemmingsformulier te noteren**
- **De toestemmingsformulieren** te bundelen en op het einde van elke maand **naar het Steunpunt terug te sturen** (opdracht **regionale contactpersoon**).
- **Bij elk huisbezoek en consult, de gegevens in Ikaros zo nauwkeurig mogelijk te registreren** (vb. kansarmoedecriteria aanvullen of actualiseren, doorverwijzingen n.a.v. een consult zorgvuldig registreren, nieuw adres noteren...)
- **Bij Franstalige gezinnen:** 1/Vraag eerst de expliciete toestemming van de ouders vooraleer Franstalige documenten aan het Steunpunt aan te vragen; 2/ Registreer de aanvraag in de provinciale flap.
- **Bij allochtone/kansarme gezinnen die hulp nodig hebben bij het invullen van de vragenlijst:** 1/ Vraag toestemming aan ouders om een interviewer op huisbezoek te sturen; 2/ Bij akkoord registreer je vragenbundel ja, 'face-to-face enquête' in de provinciale flap; 3/ Vergeet aub niet om de velden 'taal moeder-kind' en 'taal dienstverlening' in te vullen.



## HET INVULLEN VAN DE PROVINCIALE FLAP

- **Na het 1<sup>e</sup> huisbezoek: registreer zowel stap 3 (informatie) als stap 4 (toestemming).** Op die manier kan je bij een volgend contact het gemakkelijkst de draad weer oppikken.
- Toelichting bij de **velden in de provinciale flap**

| <b>STAP 3: Informatie</b> |  |   |
|---------------------------|--|---|
| 3.1                       | Informatie ja  | Je hebt ouders geïnformeerd   |
| 3.2                       | Informatie nee   | Om één of andere reden was het niet mogelijk ouders te informeren tijdens dit huisbezoek.   |
| 3.3                       | Informatie nee – akkoord aanvraag Franstalige documenten | De ouders spreken Frans; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ je hebt het onderzoek kort voorgesteld</li> <li>▪ je hebt toestemming gevraagd voor het doorgeven van hun adres aan het Steunpunt</li> </ul> [! Registreer ook 4.7] |

| <b>STAP 4: Toestemming</b> |   |  |
|----------------------------|---|--|
| 4.1                        | Toestemming ja  | Je hebt samen met ouders <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ het identificatienummer genoteerd op het formulier</li> <li>▪ het formulier ingevuld en ondertekend.</li> </ul> [! Bezorg het origineel aan de contactpersoon in jouw regio] |
| 4.2                        | Toestemming nee – expliciete weigering                      | Ouders hebben beslist NIET te willen deelnemen.  |
| 4.3                        | Toestemming nee – afwachtende houding                       | Ouders willen nog even nadenken alvorens te beslissen.   |
| 4.4                        | Toestemming nee – niet besproken                            | Om één of andere reden is het niet gelukt om de toestemming te bespreken tijdens dit huisbezoek/contact.   |
| 4.5                        | Toestemming nee – geen tweede contact                       | Je kon geen toestemming verkrijgen, omdat er om één of andere reden geen 2de contact plaats had.   |
| 4.6                        | Toestemming nee – buiten de regio                           | Je kon geen toestemming verkrijgen omdat het gezin: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verhuisd is naar een gemeente buiten jouw regio</li> <li>▪ een bezoekplaats heeft buiten jouw regio.</li> </ul>                                   |
| 4.7                        | Toestemming nee – aanvraag Franstalig toestemmingsformulier | De ouders spreken Frans; Franstalige documenten, waaronder een toestemmingsformulier, zijn aangevraagd (cf. 3.3)   |

| <b>STAP 5: Inschrijving &amp; vragenbundel</b> |  |   |
|--|--|---|
| 5.1  | Vragenbundel ja                        | In ruil voor het ingevulde toestemmingsformulier heb je een vragenbundel bezorgd.   |
| 5.2  | Vragenbundel ja – face-to-face enquête | In ruil voor het ingevulde toestemmingsformulier heb je een vragenbundel bezorgd<br>EN je meent dat deze ouders hulp nodig hebben bij het invullen van de vragenlijst |
| 5.3  | Vragenbundel nee                       | Je hebt om één of andere reden geen vragenbundel bezorgd aan de ouders (hoewel ze wel toegestemd hebben)  |

## 10 GOEDE REDENEN OM MEE TE DOEN

### ***JonG!* Een groot en trendy gebeuren!**

1. In de regio waarin jij woont, worden alle baby's die geboren zijn op een oneven dag geselecteerd om mee te doen.
2. In totaal zullen meer dan 5.000 pasgeborenen, 3.000 6-jarigen en 3.000 12-jarigen verspreid over heel Vlaanderen aan ***JonG!*** deelnemen.
3. Misschien heb je al over ***JonG!*** horen vertellen? Aan de schoolpoort, door burens of vrienden?
4. Misschien ken je zelfs andere ouders die met hun baby ook aan ***JonG!*** meedoen?

### ***JonG!* Een unieke studie van maatschappelijk belang!**

5. Je krijgt de kans om deel te nemen aan een grootschalig wetenschappelijk onderzoek waar nog vaak naar zal worden verwezen. Je mag best fier zijn dat je aan ***JonG!*** meewerkt!
6. In Vlaanderen werd nooit eerder zo'n omvangrijke groep kinderen gevolgd, waarbij het kind en zijn ontwikkeling in al zijn aspecten in kaart gebracht wordt.
7. ***JonG!*** is een studie uitgevoerd in opdracht van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (minister Vanackere). Het onderzoeksteam is samengesteld uit leden van verschillende Vlaamse universiteiten en hogescholen. De resultaten zijn bedoeld om de minister en zijn beleid te ondersteunen.

### ***JonG!* Leuk en interessant!**

8. Deelnemen aan ***JonG!*** is een gelegenheid voor ouders om wat langer stil te staan bij hoe je kind groeit, zich ontwikkelt, reageert op de wereld om zich heen...
9. Je krijgt toegang tot een speciale website, uitsluitend toegankelijk voor deelnemers aan ***JonG!*** Je ontvangt nieuwsbrieven en wordt op de hoogte gehouden van de voortgang en de resultaten van het onderzoek. Deze resultaten zullen nooit over individuele kinderen gaan, maar steeds zicht geven op de hele groep.
10. Ga maar eens een kijkje nemen op de website van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin ([www.Steunpuntwvg.be/jong](http://www.Steunpuntwvg.be/jong)). Daar vind je nog meer informatie over ***JonG!*** en over het Steunpunt.

## VAAK GESTELDE VRAGEN

In de folder vind je alvast een antwoord op een reeks basisvragen die ouders zich allicht over **JonG!** zullen stellen, met name:

- ◆ 'Wat is de bedoeling?'
- ◆ 'Wie doet er nog mee?'
- ◆ 'Wat wordt van mij verwacht?'
- ◆ 'Wat gebeurt er met mijn gegevens?'
- ◆ 'Wat heb ik eraan als mijn kind deelneemt aan **JonG!?**'
- ◆ 'Ik doe mee! Wat is de volgende stap?'
- ◆ 'Wat als ik weiger deel te nemen?'
- ◆ 'Wat als ik verhuis?'

Als aanvulling hierbij vind je hieronder nog een aantal **vaak gestelde vragen en een antwoord hierop**.

- ◆ 'Waarvoor staat de afkorting van **Jong!?**'

*JonG! is een onderzoek naar*

*Jeugd*

*Ontwikkeling & Opvoeding*

*Gezondheid & Gedrag*

- Bedoeling is om een grote groep kinderen en hun ontwikkeling in al zijn aspecten in kaart te brengen
  - Zie ook paragrafen 'Wat' en 'Waarom' op pagina 3 (doelstellingen van het onderzoek)
- ◆ 'Waarom is net mijn kindje uitgekozen voor dit onderzoek?'
  - In deze regio worden alle baby's die geboren zijn op een oneven dag geselecteerd om mee te doen
  - De selectie gebeurt op toevallige wijze. Het is dus zeker niet omdat er iets 'mis' is met jou of je kind.
  - Zie ook paragraaf 'Wie' op pagina 4 (inclusiecriteria en onderliggende redenen bij de steekproeftrekking)

- ◆ **'Wat als ik niet (meer) naar het consultatiebureau van Kind & Gezin ga?'**
  - Er zullen dan minder gegevens verzameld worden, maar de opvolging gaat door
  - Indien je akkoord gaat, zal het Steunpunt gegevens bij je huisarts of kinderarts opvragen
  
- ◆ **'Wat als ik een vraag niet weet (of wens) te beantwoorden?'**
  - Laat de vraag dan open of kruis het vakje [weet niet/niet van toepassing] aan
  
- ◆ **'Wat als ik een vragenlijst niet beantwoord?'**
  - Na ongeveer anderhalve maand zal het Steunpunt jou een herinnering sturen (via post of e-mail)
  - Het is belangrijk dat je de vragenlijsten invult, anders ontbreken er gegevens wat jammer zou zijn voor het onderzoek
  
- ◆ **'Wat als ik hiermee wil stoppen?'**
  - We vinden dat jammer maar respecteren je keuze
  - Deelname aan deze studie houdt geen enkele verplichting in en kan op elk moment beëindigd worden
  
- ◆ **Wat als ik later nog vragen heb in verband met deze studie?'**
  - Bij vragen of problemen kan je rechtstreeks contact nemen met het Steunpunt
    - Telefonisch (gratis): 1700 (Vlaamse infolijn; van maandag tot vrijdag, 9u tot 20u)
    - Per e-mail: [Jong@med.kuleuven.be](mailto:Jong@med.kuleuven.be)

## CONTACTEER ONS...

Heb je zelf nog vragen bij het onderzoek? Is er iets niet helemaal duidelijk? Ondervind je problemen in de praktijk? Met al je vragen kan je bij ons terecht. Wij helpen je graag verder!

- **In elke regio** werd **voor dit onderzoek** een **contactpersoon** aangeduid die in contact staat met het onderzoeksteam. Meld vragen, problemen, ervaringen aan de contactpersoon, die vervolgens de onderzoekers hierover kan informeren.
  - Voor problemen i.v.m. de registratie in Ikaros en in de provinciale flap contacteer je best de **Pikaros-verantwoordelijke** in jouw regio of de **medewerkers databeheer**.
  - Problemen m.b.t. het uitvoeren van jouw taken in het kader van dit onderzoek meld je uiteraard aan je **teamverantwoordelijke**.
- o E-mail: [Jong@med.kuleuven.be](mailto:Jong@med.kuleuven.be)
  - o Gratis telefoonnummer: 1700 (Vlaamse infolijn; van maandag tot vrijdag, 9u tot 19u)
  - o Adres: **JOnG!**  
Steunpunt WVG  
Kapucijnenvoer 35  
B-3000 Leuven
  - o Website: [www.Steunpuntwvg.be/jong](http://www.Steunpuntwvg.be/jong)

### Administratieve medewerker

Sabine Van den Bossche

### Onderzoekers

Prof. Dr. Hans Grietens

Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers

Prof. Dr. Herbert Roeyers

Kristien Lacluyse

Cécile Guérin

Ann Winnen

# JONG! De instaprocedure

*JONG! is een onderzoek naar  
Jeugd  
Ontwikkeling & Opvoeding  
Gezondheid & Gedrag*

**Stap 1:**  
**INCLUSIECRITERIA**  
Komt het kind in  
aanmerking voor  
het onderzoek?

**Stap 2:**  
**IKAROSREGISTRATIE**  
Basisgegevens in  
Ikaros inbrengen

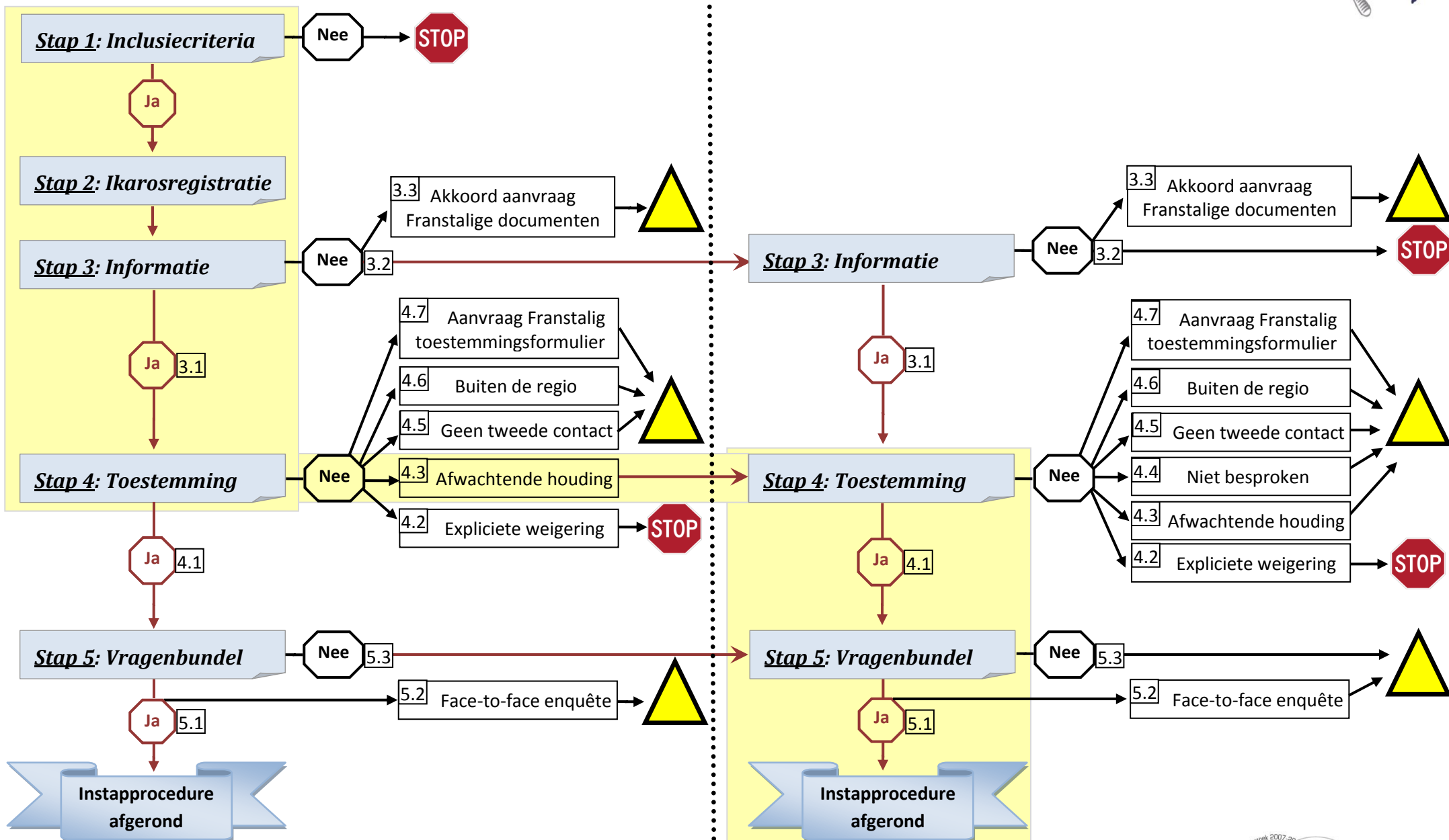
**Stap 3:**  
**INFORMATIE & MOTIVATIE**  
Geef een informatiefolder  
(+ toestemmingsformulier  
en omslag) aan de ouders,  
stel het onderzoek voor en  
beantwoord hun vragen \*

**Stap 4:**  
**TOESTEMMING VOOR  
DEELNAME**  
Neem het ingevulde  
toestemmingsformulier  
in ontvangst

**Stap 5:**  
**INSCHRIJVING &  
VRAGENBUNDEL**  
Bezorg de eerste  
vragenbundel aan de  
ouders. Noteer het  
identificatienummer op  
toestemmingsformulier!  
Zo nodig, vraag een  
face-to-face enquête aan

**Stap 4 bis:**  
**INSCHRIJVING PER POST**  
Invoer door Cel Databeheer

**\*Ouders die verder GEEN gebruik willen maken van het aanbod van K&G** ontvangen een informatiefolder, toestemmingsformulier en omslag bij het eerste contact. Om deel te nemen aan het onderzoek verzenden ze het toestemmingsformulier rechtstreeks naar het Steunpunt met de bijgevoegde omslag (port betaald door bestemming). Het Steunpunt bezorgt hen een eerste vragenbundel per post (cf. stap 4 bis).



**LEGENDA:**

- Standaard instaprocedure**
- Het Steunpunt neemt de instaprocedure over (eventueel in samenwerking met de provinciale of centrale diensten van Kind & Gezin)
- 4.1 Nummertjes verwijzen naar registratiecodes in provinciale flap