

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon
tijdens het eerste levensjaar
van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!**

Cécile Guérin¹
Mathieu Roelants¹
Nancy Devogelaer¹
Prof. dr. Karla Van Leeuwen²
Prof. dr. Annemie Desoete³
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers¹



In samenwerking met Kind 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

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

Publicatie nr. 2011/19
SWVG-Rapport 28

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon tijdens de eerste levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!

Promotoren: Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Prof. dr. Karla Van Leeuwen,
Prof. dr. Annemie Desoete

Onderzoekers: Cécile Guérin, Mathieu Roelants, Nancy Devogelaer

Lay-out: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

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.

¹ Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven

² Onderzoeksgroep Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

³ Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, UGent



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
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 Klinische en Levenslooppsychologie

KHKempen

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

Rapport 28

Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!

Onderzoekers: Cécile Guérin¹, Mathieu Roelants¹, Nancy Devogelaer¹

Promotoren: Karel Hoppenbrouwers¹, Karla Van Leeuwen², Annemie Desoete³

¹ Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven

² Onderzoeksgroep Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

³ Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, UGent

Samenvatting

In dit rapport wordt verslag uitgebracht van een aantal aspecten van het sociaal-demografisch profiel op de **leeftijd van 12 maanden**, en de gezondheid en het voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar van een cohorte kinderen, geboren in 9 regio's van Kind en Gezin verspreid over de verschillende Vlaamse provincies en het Brussels Gewest. De meeste gegevens in dit rapport zijn afkomstig van een schriftelijke bevraging van ouders op het ogenblik dat hun kind ongeveer 12 maanden oud is. We beschikken over een **bestand met 1226 records** (*'respondenten 12 maanden'*), wat overeenstemt met 40,6% van de deelnemers van JOnG!-cohort-0 jaar.

Het **profiel van de JOnG!-respondenten** op de leeftijd van 12 maanden is erg vergelijkbaar met dat van de Vlaamse geboortecohorte op het vlak van de *geslachtsverdeling* van de kinderen (51% jongens).

Mede door de non-respons in de opeenvolgende metingen valt een toenemende ondervertegenwoordiging op van respondenten van niet-Belgische *nationaliteit* in de steekproef (9% van de moeders had een niet-Belgische nationaliteit bij haar eigen geboorte, in vergelijking met 12,5% bij de respondenten op 2 maanden, en 16,9% voor de volledige JOnG!-cohort). Echter bij analyse van bijkomende *herkomstindicatoren* (zoals geboorteland van ouders en grootouders), blijkt bij de respondenten op 12 maanden toch nog bijna 1 op 5 kinderen minstens één ouder of grootouder van niet-Belgische origine te hebben.

De JOnG!-respondenten die enig kind zijn van een alleenstaande ouder lopen het grootste *armoederisiko*. Eén op drie hiervan leeft onder de armoedegrens, en bij twee-ouder gezinnen met twee kinderen is dit voor 11% van de kinderen het geval. Hoge

cijfers die erg gelijklopen met officiële rapportering hieromtrent voor het Vlaamse gewest.

Aspecten van de **gezondheid** in het eerste levensjaar en tijdens de voorbije maand werden bevraagd.

Dat kinderen in de loop van het eerste levensjaar vooral *luchtwegproblemen* kennen (bovenste en onderste luchtwegen) wordt in de JOnG!-bevraging bevestigd. Voor de helft van de respondenten wordt minstens 1 gezondheidsprobleem gemeld, in meerderheid ter hoogte van neus-keel-oor en onderste luchtwegen.

Het gerapporteerde *medicatiegebruik* kent een gelijkaardig profiel, met opnieuw gebruik tijdens de voorbije maand door de helft van de kinderen, en overwegend anti-allergische en anti-infectieuze geneesmiddelen.

Zoals reeds eerder gemeld in de internationale wetenschappelijke literatuur, geeft *opvang* van het kind buiten het eigen gezin op jonge leeftijd aanleiding tot significant meer pathologie van de luchtwegen. Op basis van dezelfde literatuur kan echter verwacht worden dat dit op kleuterleeftijd, in vergelijking met kinderen die op jonge leeftijd niet opgevangen werden, voor minder gezondheidsproblemen zorgt.

Prematuur geboren kinderen worden tijdens het eerste levensjaar significant vaker geconfronteerd met problemen van het maagdarmsstelsel dan hun à terme geboren leeftijdsgenoten, een verschil dat gradueel toeneemt per week dat het kind vroeger geboren is.

De ongewilde blootstelling aan *tabaksrook* die tijdens de zwangerschap en de eerste weken na de bevalling voor respectievelijk 16,6% en 14,2% werd gemeld, blijkt volgens rapportering van de ouders op de leeftijd van 12 maanden licht gedaald tot 10,6%.

In het eerste levensjaar wordt voor 5,5% van de respondenten (significant meer bij jongens dan bij meisjes) een *ongeval* gerapporteerd. Zoals verwacht betreft het in deze leeftijdsfase in overgrote meerderheid thuisongevallen.

Ook het **voedingspatroon** tijdens het eerste levensjaar werd in beeld gebracht.

Opmerkelijk is dat zowel de proportie kinderen die met *borstvoeding* is gestart, als de proportie die op 3 en 6 maanden nog exclusief borstvoeding, of borstvoeding in combinatie met andere voeding krijgt, in belangrijke mate gestegen is sinds een eerdere meting die in 2002 in het kader van een bevolkingsonderzoek werd uitgevoerd. Ongeveer 7 op 10 kinderen krijgt kort na de geboorte exclusief borstvoeding. Een proportie die met de leeftijd progressief afneemt tot bijna 4 op 10 op 3 maanden en 1 op 10 op 6 maanden. Borstvoeding in combinatie met een andere voeding wordt op de leeftijd van 6 maanden nog voor een derde van de kinderen gemeld.

Op de leeftijd van 12 maanden blijkt bovendien 95% van de kinderen een geschikte *melkvoeding* te krijgen, en ook de grote meerderheid eet dagelijks *fruit, groenten en brood*. Anderzijds worden toch bij een kleine minderheid van de kinderen belangrijke *voedingsfouten* (in vergelijking met de Vlaamse aanbevelingen) gerapporteerd. Met name het regelmatig eten van (kinder)koeken en het gebruiken van gezoete dranken zijn de frequentst gemelde afwijkingen van de aanbeveling.

Volgens de JOnG!-rapportering wordt *vitamine D* bij 8,5% van de éénjarigen dagelijks toegediend, en bij 5,2% één of meerdere malen per week. Bovendien krijgt 3,1% van de kinderen dagelijks een *ander vitaminsupplement*, en gebeurt dit bij nog eens 1,6% op minder frequente basis.

Tot slot geeft de JOnG!-bevraging op 12 maanden ook een beeld van de gerapporteerde prevalentie van *voedingsovergevoeligheid* (onder meer koemelkallergie en lactose-intolerantie) bij jonge kinderen. Met een percentage van 7,4% situeert deze prevalentie zich in de buurt van wat hierover in de internationale literatuur is terug te vinden.

Naar aanleiding van deze gerapporteerde cijfers over de gezondheid en het voedingspatroon van kinderen tijdens het eerste levensjaar worden **conclusies en aanbevelingen** geformuleerd.

Inhoud

INLEIDING	13
HOOFDSTUK 1 Methoden en respons van de bevraging op de leeftijd van 12 maanden	15
1 De opzet van de bevraging	15
2 Statische analyse van de gegevens en presentatie van de resultaten	15
3 Respons van de bevraging op de leeftijd van 12 maanden	16
HOOFDSTUK 2 Sociaal-demografisch profiel van de JOnG!-deelnemers en -respondenten op de leeftijd van 12 maanden	19
1 Geslacht van het kind, en leeftijd op het ogenblik van de bevraging	19
2 Nationaliteit, geboorteland en herkomst van ouders	20
3 Taal van de ingevulde vragenlijsten	27
4 Gezinsituatie waarin het kind opgroeit	27
5 Sociaal-economische situatie waarin het kind opgroeit	29
HOOFDSTUK 3 Gezondheidsproblemen in het eerste levensjaar	31
1 Gezondheidsproblemen sinds vorige bevraging	31
1.1 Prevalentie van gerapporteerde gezondheidsproblemen volgens type probleem en geslacht	31
1.2 Voorkomen van gezondheidsproblemen in relatie tot opvang buiten het gezin	32
2 Ziekenhuisopname en chirurgische ingreep sinds vorige bevraging	33
3 Medicatie op voorschrift in de voorbije maand	33
4 Voorkomen van gezondheidsproblemen bij prematuur geboren kinderen	34
4.1 Respons bij prematuur geboren kinderen	34
4.2 Gerapporteerde gezondheidsproblemen bij prematuur geboren kinderen in het eerste levensjaar	36
5 Blootstelling aan tabaksrook binnenhuis en/of in de wagen in de voorbije maand	36
6 Ongevallen in de voorbije maand en sinds de vorige bevraging	38
HOOFDSTUK 4 Voeding in het eerste levensjaar	41
1 Borstvoeding	41
1.1 Prevalentiecijfers van exclusief borstvoeding en van borstvoeding gecombineerd met andere voeding	41
1.2 Factoren die een invloed hebben op het starten en stopzetten van exclusief borstvoeding	43

2	Andere melkvoedingen	45
3	Andere voedingsmiddelen	46
4	Nachtelijke voeding	49
5	Voedingsmiddelen vermeden om medische redenen	51
6	Vegetarische en veganistische voedingspatroon	55
HOOFDSTUK 5 Bespreking		57
1	Het sociaal-demografisch profiel van de respondenten op 12 maanden	57
2	Aspecten van de gezondheid en de veiligheid in het eerste levensjaar	59
3	Voedingspatroon van kinderen tijdens het eerste levensjaar	62
Hoofdstuk 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN		67
1	Armoede in jonge gezinnen is een realiteit	67
2	Medicatiegebruik op jonge leeftijd in beeld	67
3	Een nieuwe generatie prematuren dient zich aan	68
4	Eén op tien blootgesteld aan tabaksrook	68
5	Vlaamse voedingsaanbevelingen van jonge kinderen: op de goede weg	69
REFERENTIES		71
BIJLAGEN		75

Lijst met tabellen

Tabel 1	Respons van de twee eerste vragenlijsten (respectievelijk op de leeftijd van 2 maanden en 12 maanden) bij de JOnG!-deelnemers	17
Tabel 2	JOnG! – cohorte 0-jarigen: aantal kinderen die behoren tot de regiopopulatie en tot de doelgroep, overzicht van de participatiegraad (deelnemers, aantal en %) per regio, en respons van de bevraging op 12 maanden (respondenten, aantal en %) per regio	17
Tabel 3	Personen, in hun relatie tot het deelnemende kind, die de vragenlijst 12 maanden hebben ingevuld	18
Tabel 4	Geslachtsverdeling van deelnemers en respondenten (Ikaros)	19
Tabel 5	Nationaliteit van moeder en kind bij deelnemers en respondenten op de twee eerste vragenlijsten (respectievelijk op de leeftijd van 2 maanden en 12 maanden) (Ikaros)	20
Tabel 6	Frequentieverdeling van het geboorteland van ouders en grootouders, volgens WHO-regio's (vragenlijst 12 maanden)	21
Tabel 7	Herkomst van ouders (eerste generatie) geoperationaliseerd aan de hand van hun geboorteland (vragenlijst 12 maanden), de nationaliteit van beide ouders bij de geboorte van hun kind en de nationaliteit van de moeder bij eigen geboorte (Ikaros)	23
Tabel 8	Transgenerationale herkomst van ouders, geoperationaliseerd aan de hand van hun geboorteland, huidige nationaliteit, alsook de nationaliteit van de moeder bij eigen geboorte en het geboorteland van de grootouders (Ikaros en vragenlijst 12 maanden)	25
Tabel 9	JOnG!-cohorte 0-jarigen: Herkomst van ouders (eerste generatie), uitgedrukt als één of beide ouders van buitenlandse herkomst, per regio van geboorte van het kind bij deelnemers en respondenten op de twee eerste vragenlijsten (respectievelijk op de leeftijd van 2 maanden en 12 maanden) (Ikaros)	26
Tabel 10	Taalvoorkeur bij deelnemers (Ikaros) en taal van de ingevulde vragenlijsten bij respondenten (vragenlijst 2 maanden en vragenlijst 12 maanden)	27
Tabel 11	Kenmerken van de gezinssituatie waarin het kind opgroeit (vragenlijst 2 maanden en vragenlijst 12 maanden)	28
Tabel 12	Netto maandelijks gezinsinkomen van de JOnG!-respondenten (vragenlijst 2 maanden en vragenlijst 12 maanden)	29
Tabel 13	Overzicht van netto maandelijks gezinsinkomen van de JOnG!-respondenten (vergelijking tussen vragenlijst 2 maanden en vragenlijst 12 maanden)	29
Tabel 14	Frequentieverdeling (%) van het maandelijks netto gezinsinkomen van JOnG!-respondenten volgens het aantal gezinsleden (vragenlijsten 12 maanden)	30
Tabel 15	Overzicht van door ouders gerapporteerde gezondheidsproblemen in het eerste levensjaar van hun kind	31

Tabel 16	Overzicht van vaak voorkomende gezondheidsproblemen en aantal getroffen stelsels tijdens het eerste levensjaar	32
Tabel 17	Medicatiegebruik bij JOnG!-respondenten in vergelijking met gegevens uit de gezondheidsenquêtes 2004 en 2008 bij kinderen in het eerste en tweede levensjaar	34
Tabel 18	Frequentie van voorkomen van prematuriteit bij deelnemers en bij respondenten (vragenlijst 2 maanden, vragenlijst 12 maanden en beide vragenlijsten) (gegevens uit Ikaros)	35
Tabel 19	Frequentie van voorkomen van prematuriteit bij deelnemers en bij respondenten (vragenlijst 2 maanden, vragenlijst 12 maanden en beide vragenlijsten), volgens de ernst van de prematuriteit (gegevens uit Ikaros)	35
Tabel 20	Overzicht van blootstelling van JOnG!-respondenten aan tabaksrook binnenshuis en/of in de wagen in de voorbije maand (vragenlijst 12 maanden)	37
Tabel 21	Voorkomen van ongevallen sinds de vorige bevraging bij JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden)	38
Tabel 22	Voorkomen van ongevallen bij JOnG!-respondenten in vergelijking met resultaten uit bevolkingsonderzoek uitgevoerd door Kind en Gezin in 1999-2000	39
Tabel 23	Overzicht van de leeftijd waarop moeders stopten met exclusief borstvoeding en met borstvoeding in combinatie met andere voeding (aantal en percentages, vragenlijst 12 maanden)	41
Tabel 24	Invloed van indicatoren (socio-demografische en gezondheidsgerelateerde gedrag van de moeder) op het starten met borstvoeding en langdurige borstvoeding bij à terme, niet-dysmature eenlingen uit de geboortecohorte JOnG! (Ikaros en vragenlijst 2 maanden): multiële ordinale logistische regressie (proportional odds model)	44
Tabel 25	Overzicht van frequentie van inname van bepaalde melkvoedingen bij éénjarige JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden)	46
Tabel 26	Overzicht van frequentie van inname van bepaalde voedingsmiddelen bij éénjarige JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden)	47
Tabel 27	Frequentie van nachtelijke voeding bij éénjarige JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden)	50
Tabel 28	Overzicht van voedingsmiddelen die ouders bij hun éénjarige kind om medische redenen mijden (vragenlijst 12 maanden)	52
Tabel 29	Prevalentie van lactose-intolerantie bij volwassenen volgens geografische streken en bevolkingsgroepen (in dalende volgorde)	54
Tabel 30	Overzicht van vegetarisch en veganistisch voedingspatroon bij ouders van éénjarige respondenten (vragenlijst 12 maanden)	56
Tabel 31	Overzicht van vegetarisch en veganistisch voedingspatroon bij ouders en bij hun éénjarige kind (op basis van oudersrapportage in de JOnG!-geboortecohorte)	56

Tabel 32	Vergelijking van aspecten van het sociaal-demografisch profiel en de perinatale gezondheid van JOnG!-deelnemers en JOnG!-respondenten met die van kinderen van de volledige Vlaamse geboortecohorte zoals geregistreerd door Kind en Gezin en het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie	58
Tabel 33	Proportie van kinderen die exclusief borstvoeding of borstvoeding in combinatie met andere voeding kregen op de leeftijd van 6 dagen, 3, 6 en 12 maanden. Vergelijking tussen de JOnG!-studie (Ikaros-gegevens en vragenlijst 12 maanden) en het 'Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen' uitgevoerd door Kind en Gezin in 2002	63
Tabel 34	Frequentie van consumptie van fruit, groenten en brood bij éénjarigen. Vergelijking tussen de JOnG!-studie (vragenlijst 12 maanden) en het 'Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen' uitgevoerd door Kind en Gezin in 2002	64

Lijst met figuren

Figuur 1	Frequentieverdeling van de ingevulde vragenlijsten 12 maanden (%) volgens leeftijd van het kind (in weken)	19
Figuur 2	Proportie van de respondenten die borstvoeding kreeg naar de duur van borstvoeding (in volle maanden), enerzijds voor exclusief borstvoeding en anderzijds voor borstvoeding al dan niet in combinatie met andere voeding (vragenlijst 12 maanden)	42
Figuur 3	Gemiddelde leeftijd bij het stoppen van nachtvoeding naargelang het geboortegewicht van het kind (vragenlijst 12 maanden)	51

INLEIDING

De studie JOnG! is een onderzoek naar ontwikkeling, opvoeding, gezondheid, gedrag, en zorgnood en -gebruik bij 0-, 6-, en 12-jarigen en hun gezinnen, en is onderdeel van het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) (www.steunpuntwvg.be).

Het is de doelstelling van het SWVG-programma "Kencijfers en monitoring – Jeugd en Gezin" (ook studie JOnG! genoemd) om gegevens te verzamelen over (problemen inzake de) gezondheid, gedrag, ontwikkeling en opvoeding van kinderen en jongeren, en hun zorgbehoefte, zorggebruik en de zorgtrajecten gerelateerd aan voornoemde levensdomeinen in kaart te brengen. Daartoe werd longitudinaal onderzoek opgezet bij cohorten van respectievelijk 0-jarigen, 6-jarigen en 12-jarigen. Voor een uitgebreide beschrijving van de theoretische achtergronden, het onderzoeksopzet en het verloop van het eerste meetmoment van deze cohortestudies, verwijzen we naar het betreffende onderzoeksrapport (Grietens *et al.*, 2010) (www.steunpuntwvg.be/jong).

Het voorliggende rapport heeft betrekking op de cohorte 0-jarigen, en bespreekt gegevens uit de tweede bevraging van ouders, dit is op het ogenblik dat hun kind ongeveer 12 maanden oud is. Het rapport bevat informatie over het sociaal-demografisch profiel van deze JOnG!-steekproef op de leeftijd van 1 jaar, en een selectie van beschrijvende gegevens over hun gezondheid en voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar.

Waar mogelijk worden de JOnG!-cijfers, aan de hand van jaarrapporten of andere officiële gegevensbronnen, vergeleken met die van de Vlaamse/Belgische cohorten van dezelfde geboortejaren.

Andere reeds gepubliceerde SWVG Rapporten en Feiten & Cijfers met betrekking tot de gezondheid, ontwikkeling, opvoeding, gedrag en/of zorg van de verschillende cohorten zijn te vinden op de website van het steunpunt (www.steunpuntwvg.be/jong).

Leuven, januari 2012

Het studie-team JOnG!

HOOFDSTUK 1

Methoden en respons van de bevraging op de leeftijd van 12 maanden

1 De opzet van de bevraging

Voor een uitgebreide beschrijving van de opzet, steekproeftrekking en respons tijdens het eerste meetmoment van de cohorte 0-jarigen in de studie JOnG!, verwijzen we naar twee documenten, met name het rapport "Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment van de studie JOnG!" (Grietens *et al.*, 2010), en het rapport "Sociaal-demografisch profiel, perinatale gezondheid en de gezondheid tijdens de eerste levensweken van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!" (Guérin *et al.*, 2011).

2 Statistische analyse van de gegevens en presentatie van de resultaten

Voor de statistische verwerking werd gebruik gemaakt van het programma SPSS Statistics 17.0.

Prevalenties worden weergegeven aan de hand van valide frequenties (frequenties berekend op de volledige groep, uitgezonderd diegenen die de vraag niet invulden).

Bij variabelen met een dichotoom karakter (zoals vragen naar het al dan niet voorkomen van gezondheidsproblemen, ongevallen, ziekenhuisopnames, geneesmiddelengebruik gedurende een bepaalde periode, enz.) werd de invloed van sociaal-demografische determinanten bestudeerd met behulp van chi-kwadraattoetsen en logistische regressies. Een p -waarde $< 0,05$ werd beschouwd als statistisch significant.

Het verband tussen de frequentie van voorkomen van gezondheidsproblemen bij het kind (ordinale schalen) en de duur van opvang enerzijds en de mate van prematuriteit anderzijds (ratioscalen), werd met behulp van enkelvoudige lineaire regressies bestudeerd.

Voor de analyses met betrekking tot de duur van borstvoeding werd als volgt gewerkt: op basis van de Ikaros-registratie – aangevuld waar mogelijk met gegevens uit de vragenlijst 12 maanden - werden de deelnemers ingedeeld in drie groepen volgens de duur van exclusieve borstvoeding, met name: (1) kinderen die nooit borstvoeding kregen (groep 'nooit borstvoeding'); (2) kinderen die kort na de geboorte borstvoeding kregen maar op de leeftijd van 3 maanden niet meer exclusief borstvoeding kregen (groep 'vroegtijdig gestopt'); en (3) kinderen die op de leeftijd van 3 maanden nog steeds exclusief borstvoeding kregen (groep 'borstvoeding op 3 maanden'). De resultaten worden weergegeven als het percentage zuigelingen dat tot een van deze drie groepen behoort naargelang een aantal potentieel beïnvloedende factoren. De statistische significantie van een eventueel verband tussen deze factoren en borstvoeding werd geschat d.m.v. ordinale logistische regressie (proportional odds model). De interpretatie

van het proportional odds model is vergelijkbaar met dat van gewone logistische regressie, met dien verstande dat de gerapporteerde coëfficiënten en odds ratio's in deze analyse van toepassing zijn voor zowel de vergelijking "Nooit borstvoeding/Borstvoeding" (groep 1 versus groep 2 en 3) als voor de vergelijking "Nooit borstvoeding of kortdurende borstvoeding/Borstvoeding op 3 maanden" (groepen 1 en 2 versus groep 3). Een odds ratio die significant groter is dan 1 wijst dus op een hogere kans (hogere prevalentie) om te starten met borstvoeding, en een hogere kans om ten minstens 3 maanden borstvoeding te geven.

3 Respons van de bevraging op de leeftijd van 12 maanden

Van alle kinderen die op een oneven datum tussen 1 mei 2008 en 30 april 2009 geboren zijn, en waarvan de moeder op het ogenblik van geboorte woonachtig was in een van 9 regio's (8 regio's in Vlaanderen en 1 in Brussel, volgens de regio-omschrijving van Kind en Gezin), werd van 3017 kinderen (58,4% van de doelgroep) toestemming voor deelname aan de studie JOnG! ontvangen. Een uitgebreide toelichting bij de regioselectie is beschikbaar in de nota 'De selectie van de SWVG onderzoeksregio's' (Hermans *et al.*, 2008) (<http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>).

In dit rapport worden deze 3017 kinderen "*deelnemers*" genoemd. Het zijn kinderen waarvan de ouders een toestemming tot deelname hebben getekend, en van wie minstens gegevens uit het elektronisch kinddossier van Kind en Gezin (toen Ikaros, nu Mirage genaamd) beschikbaar zijn.

Bij de startbevraging (door de ouders ingevuld op het ogenblik dat de kinderen gemiddeld 6 weken oud waren, verder "vragenlijst 2 maanden" genoemd), ontvingen we van 2106 deelnemers een ingevulde vragenlijst, wat overeenstemt met een respons van 69,8% van de deelnemers, en 40,8% van de doelgroep. Het zijn kinderen waarvan de ouders een toestemming tot deelname hebben getekend, en van wie niet alleen Ikaros-gegevens maar ook een ingevulde vragenlijst van de eerste bevragingronde (startvragenlijst) beschikbaar zijn.

Voor de bevraging op de leeftijd van 12 maanden (waaruit voor dit rapport geput wordt, verder "vragenlijst 12 maanden" genoemd) beschikken we - na datacleaning - over een bestand met 1226 records (hetzij 40,6% van de deelnemers). Deze kinderen worden in de context van dit rapport verder "*respondenten*" genoemd. De werkelijke respons op deze bevraging ligt hoger (n=1320, 43,7% van de deelnemers), maar omwille van moeilijkheden bij het online invullen van de bevraging (onder meer onderbreking van netwerkverbinding vooraleer datatransfer gebeurde, en ontbreken van identificatiegegevens) zijn de gegevens van 94 vragenlijsten onbruikbaar. Om die reden werd de mogelijkheid om de vragenlijst online in te vullen na een viertal maanden stopgezet.

Tabel 1 geeft een overzicht van de respons op de twee eerste vragenlijsten bij de JOnG!-geboortecohorte. Voor bijna 4 op 10 van de deelnemers werden beide vragenlijsten ingevuld; bij een derde van de groep beschikken we over slechts één meetmoment in het eerste levensjaar, met name enkel de startvragenlijst (32%) of enkel de vragenlijst 12 maanden (3%). Voor de resterende deelnemers (27%) werd geen van beide

vragenlijsten ingevuld. Van alle deelnemers zijn echter de Ikaros-data van Kind en Gezin beschikbaar. Net zoals bij de startbevraging is de respons op de vragenlijst 12 maanden het laagst in de regio's Antwerpen, Brussel en Gent, terwijl de beste responsrate in de regio's Geel, Ieper en Tielt-Winge werd bekomen (Tabel 2).

Tabel 1 Respons van de twee eerste vragenlijsten (respectievelijk op de leeftijd van 2 maanden en 12 maanden) bij de JOnG!-deelnemers

Ingevulde vragenlijst(en)	Deelnemers (N=3017)	
	Aantal	Percentage
Beide vragenlijsten beschikbaar	1137	37,7
Enkel startbevraging beschikbaar	969	32,1
Enkel vragenlijst 12 maanden beschikbaar	89	2,9
Geen ingevulde vragenlijst	822	27,2
Totaal	3017	100,0

Tabel 2 JOnG! – cohorte 0-jarigen: aantal kinderen die behoren tot de regiopopulatie en tot de doelgroep, overzicht van de participatiegraad (deelnemers, aantal en %) per regio, en respons van de bevraging op 12 maanden (respondenten, aantal en %) per regio

	Populatie	Doelgroep ¹	Deelnemers		Respondenten 12m		
	Aantal	Aantal	Aantal	Percentage ²	Aantal	Percentage ³ (Percentage ²)	
Regio Kind en Gezin							
<i>Antwerpen</i>							
Antwerpen-Noord 1	1097	570	168	29,5	44	26,2	(7,7)
Geel	1222	617	416	67,4	217	52,2	(35,2)
<i>Limburg</i>							
Genk	1208	607	315	51,9	125	39,7	(20,6)
<i>Oost Vlaanderen</i>							
Gent 1	1099	560	342	61,1	114	33,3	(20,4)
Oudenaarde	1113	573	366	63,9	146	39,9	(25,5)
<i>Vlaams Brabant</i>							
Tielt-Winge	1117	577	405	70,2	176	43,5	(30,5)
<i>West Vlaanderen</i>							
Ieper	953	483	320	66,2	152	47,5	(31,5)
Oostende	1405	703	553	78,7	208	37,6	(29,6)
<i>Brussels hoofdstedelijk gewest</i>							
Brussel-Noord 1 ⁴	919	471	132	28,0	44	33,3	(9,3)
Totaal	10133	5161	3017	58,4	1226	40,6	(23,8)

¹ Alle kinderen geboren op een oneven datum in de periode 1 mei 2008 – 30 april 2009

² Percentage berekend op de doelgroep in de regio

³ Percentage berekend op het aantal deelnemers in de regio

⁴ Voor de regio Brussel-Noord 1 is de populatie beperkt tot de kinderen waarvoor er na het ontslag uit de materniteit ten minste één contact (huisbezoek, gehoortest, consult) is geweest

Zoals gevraagd bij de voorafgaande instructies, werden deze vragenlijsten in hoofdzaak ingevuld door de moeder (97,4%), en in veel mindere mate door de vader (2,4%) van het kind (Tabel 3).

Tabel 3 Personen, in hun relatie tot het deelnemende kind, die de vragenlijst 12 maanden hebben ingevuld

Vragenlijst ingevuld door:	Respondenten (N=1226)*	
	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>
Moeder	1123	97,4
Biologische vader	28	2,4
Partner van moeder, stiefouder	1	0,1
Adoptieouder, pleegouder	1	0,1

* Voor 73 van de 1226 respondenten werd deze informatie niet geregistreerd

HOOFDSTUK 2

Sociaal-demografisch profiel van de JOnG!-deelnemers en -respondenten op de leeftijd van 12 maanden

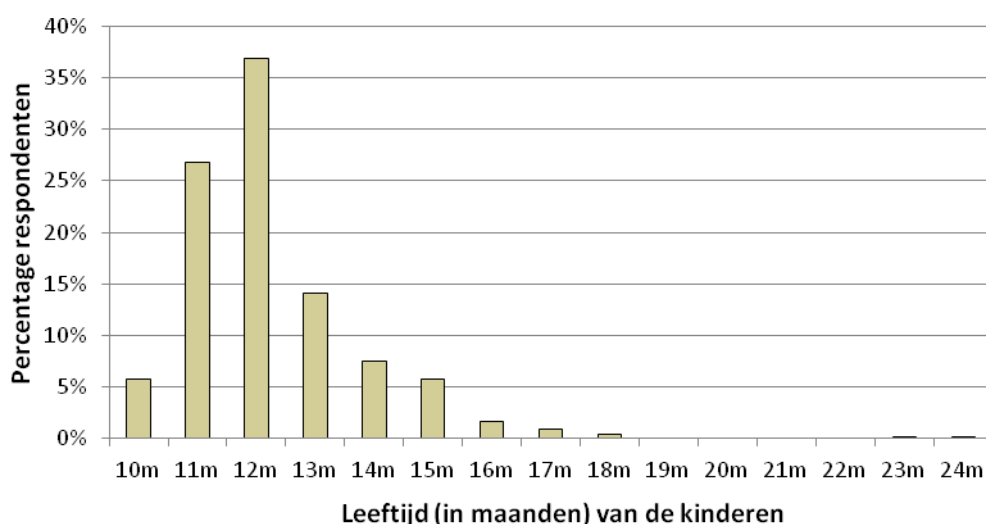
1 Geslacht van het kind, en leeftijd op het ogenblik van de bevraging

Volgens registratie in de Ikarosdatabank benadert de geslachtsverdeling in de JOnG!-steekproef, zowel voor deelnemers als respondenten op de vragenlijst 12 maanden, sterk die van de Vlaamse geboortecohorten in dezelfde periode (Tabel 4). Het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) maakt voor de Vlaamse geboortecohorten melding van respectievelijk 51,4% jongens en 48,6% meisjes in 2008 en 51,5% jongens en 48,5% meisjes in 2009 (Cammu et al., 2009, Cammu et al., 2010).

Tabel 4 Geslachtsverdeling van deelnemers en respondenten (Ikaros)

Geslacht van het kind	Respondenten (N=1226)		Deelnemers (N=3017)	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Jongen	627	51,1	1543	51,1
Meisje	599	48,9	1474	48,9
Totaal	1226	100,0	3017	100,0

De leeftijdsverdeling van de kinderen op het ogenblik dat de 'vragenlijst 12 maanden' werd ingevuld, wordt in Figuur 1 in detail weergegeven.



Figuur 1 Frequentieverdeling van de ingevulde vragenlijsten 12 maanden (%) volgens leeftijd van het kind (in weken) ($n=1010$; in 216 vragenlijsten werd deze vraag niet beantwoord)

De overgrote meerderheid van de vragenlijsten (91%) werd ingevuld bij kinderen tussen de leeftijd van 10 en 14 maanden (mediaan: 12,2 maanden; gemiddelde ($\pm SD$): 12,7 ($\pm 1,5$) maanden; Min-Max: 10,4-24 maanden). Op twee uitzonderingen na waren de kinderen niet ouder dan 18 maanden (Figuur 1).

2 Nationaliteit, geboorteland en herkomst van ouders

Uit de gegevens van Ikaros blijkt dat bijna 17% van de moeders van JOnG!-deelnemers ($N=3017$) bij hun eigen geboorte een niet-Belgische nationaliteit had. Deze proportie was al een stuk lager bij de JOnG!-respondenten op de leeftijd van 2 maanden (12,5%), en is nog lager bij de JOnG!-respondenten op 12 maanden (9,0%). Bij de geboorte van hun kind was dit cijfer in de drie groepen gedaald tot respectievelijk 11,0%, 8,5% en 5,9%, wat er op wijst dat tussen eigen geboorte en de geboorte van hun kind ongeveer 1 op 3 van deze moeders intussen de Belgische nationaliteit heeft aangenomen. Zoals verwacht ligt bij de kinderen zelf de proportie niet-Belgen beduidend lager (Tabel 5).

Tabel 5 Nationaliteit van moeder en kind bij deelnemers en respondenten op de twee eerste vragenlijsten (respectievelijk op de leeftijd van 2 maanden en 12 maanden) (Ikaros)

Nationaliteit	Deelnemers ($N=3017$)*		Respondenten vragenlijst 2m ($N=2106$)		Respondenten vragenlijst 12m ($N=1226$)	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Kind						
Belg	2895	96,0	2042	97,0	1202	98,0
Niet-Belg	122	4,0	64	3,0	24	2,0
Moeder bij geboorte kind						
Belg	2685	89,0	1927	91,5	1154	94,1
Niet-Belg	331	11,0	179	8,5	72	5,9
Moeder bij eigen geboorte						
Belg	2507	83,1	1843	87,5	1116	91,0
Niet-Belg	509	16,9	263	12,5	110	9,0

* Bij één deelnemer is er geen informatie beschikbaar over de nationaliteit van de moeder. Het ontbrekende antwoord werd niet in rekening gebracht voor de berekening van de betreffende percentages

De herkomst van de kinderen van deze JOnG!-cohort-0 werd op de leeftijd van 12 maanden verder gedocumenteerd onder meer aan de hand van bevraging van het geboorteland van beide biologische ouders en dat van hun ouders.

Deze informatie werd vervolgens verder verwerkt volgens een procedure die de Wereldgezondheidsorganisatie toepast om de wereld in te delen in subregio's op basis van gerapporteerde sterftcijfers. Deze sterftcijfers zijn in dit geval een 'proxy' voor de welvaart en gezondheidsrisico's in de betreffende subregio's (WHO, 2001). Deze geografische indeling in subregio's, en een overzicht van de landen per subregio is terug te vinden in bijlage 1 bij dit rapport.

Uit de gegevens van de bevraging op 12 maanden blijkt dat 7,5% van de moeders en 9,6% van de vaders in het buitenland is geboren. Voor beide ouders is hiervan 2 op 3 geboren in een land van de WHO B-, C-, of D-regio's. In 87% van de gezinnen zijn beide ouders in België geboren, en in 8 op 10 gevallen is dit zowel voor beide ouders als de vier grootouders het geval (Tabel 6).

Tabel 6 Frequentieverdeling van het geboorteland van ouders en grootouders, volgens WHO-regio's (vragenlijst 12 maanden)

Geboorteland	Respondenten vragenlijst 12 maanden (N=1226)*	
	Aantal	Percentage
Geboorteland van de moeder		
België	1112	92,5
WHO A-Regio	29	2,4
WHO B-C-D-Regio's	61	5,1
Geboorteland van de vader		
België	1077	90,4
WHO A-Regio	38	3,2
WHO B-C-D-Regio's	76	6,4
Beide ouders geboren in België	1032	87,1
Beide ouders en 4 grootouders geboren in België	962	79,4

* Ontbrekende antwoorden (n=14 tot 41, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Ter vergelijking, volgens de Ikaros-gegevens had bij de respondenten op de 'vragenlijst 12 maanden' 9% van de moeders een andere dan de Belgische nationaliteit bij haar eigen geboorte (Tabel 5).

De Ikaros-data bevatten niet alleen informatie over de nationaliteit van de moeder bij de geboorte van haar kind en die bij haar eigen geboorte (Tabel 5), maar ook over de nationaliteit van de vader bij de geboorte van zijn kind. Onder voorbehoud van een mogelijke wijziging van de nationaliteit van ouders in de loop van het eerste levensjaar van hun kind, worden deze gegevens in onderstaande analyses als enige beschikbare schatting voor de nationaliteit van de ouders op het ogenblik van de bevraging op 12 maanden gebruikt.

Aan de hand van de combinatie van deze nationaliteitsgegevens van de ouders (Ikaros) met de gegevens van het geboorteland van ouders en grootouders uit de bevraging (vragenlijst 12 maanden), werd bij de respondenten een 'proxy' van hun herkomst bepaald. Met name, nieuwe variabelen werden aangemaakt om de herkomst van ouders (eerste generatie) en de transgenerationale herkomst (tot op niveau van de vier grootouders) te definiëren, als zijnde België, een land uit de WHO A-Regio of uit de WHO B-, C-, of D-Regio's.

De **herkomst van de moeder (in casu de vader)** wordt op basis hiervan als volgt ingedeeld:

- *België*: De moeder (i.c. vader) heeft momenteel de Belgische nationaliteit en is geboren in België;
- *WHO A-Regio*: De moeder (i.c. vader) heeft de nationaliteit van een land uit de WHO A-regio en/of is geboren in een land uit de WHO A-regio (dit laatste eventueel in combinatie met Belgische nationaliteit);
- *WHO B-C-D-Regio's*: De moeder (i.c. vader) heeft de nationaliteit van een land uit de WHO B-C-D-regio's en/of is geboren in een land uit de WHO B-C-D-regio's (dit laatste eventueel in combinatie met Belgische nationaliteit of nationaliteit van een land uit de WHO A-regio).

De **herkomst van beide ouders** samen wordt volgens dezelfde categorieën als volgt ingedeeld:

- *België*: Beide ouders zijn van Belgische herkomst (cfr. supra). In geval van alleenstaande ouder: de ouder is van Belgische herkomst;
- *WHO A-regio*: Minstens één ouder heeft een land uit de WHO A-regio als land van herkomst (eventueel in combinatie met de andere ouder van Belgische herkomst). In geval van alleenstaande ouder: de herkomst van de ouder is een land uit de WHO A-regio;
- *WHO B-C-D-regio's*: Minstens één ouder heeft een land uit de WHO B-C-D-regio's als land van herkomst (eventueel in combinatie met de andere ouder van Belgische herkomst of herkomst van een land uit de WHO A-regio). In geval van alleenstaande ouder: de herkomst van de ouder is een land uit de WHO B-C-D-regio's.

Zoals hoger beschreven kan, uit de nationaliteitsgegevens van de ouders (Ikaros) gecombineerd met informatie over het geboorteland van de ouders (vragenlijst 12 maanden), een idee gevormd worden van de herkomst van de JOnG!-respondenten (Tabel 7). Met 90,1% van de moeders en 86,1% van de vaders van Belgische herkomst, heeft 85,5% van de JOnG!-respondenten een Belgische herkomst, en respectievelijk 4,8% en 9,7% een land van oorsprong in de WHO A-regio en WHO B-, C-, of D-regio's.

Tabel 7 Herkomst van ouders (eerste generatie) geoperationaliseerd aan de hand van hun geboorteland (vragenlijst 12 maanden), de nationaliteit van beide ouders bij de geboorte van hun kind en de nationaliteit van de moeder bij eigen geboorte (Ikaros)

Herkomst-indicatoren	Respondenten vragenlijst 12 maanden (N=1226)*
	<i>Percentage</i>
Geboorteland van de moeder	
België	92,5
WHO A-Regio	2,4
WHO B-C-D-Regio's	5,1
Nationaliteit van de moeder bij eigen geboorte	
België	91,0
WHO A-Regio	2,4
WHO B-C-D-Regio's	6,6
Nationaliteit van de moeder bij geboorte van haar kind	
België	94,2
WHO A-Regio	2,4
WHO B-C-D-Regio's	3,4
Herkomst van de moeder	
België	90,1
WHO A-Regio	2,8
WHO B-C-D-Regio's	7,1
Geboorteland van de vader	
België	90,4
WHO A-Regio	3,2
WHO B-C-D-Regio's	6,4
Nationaliteit van de vader bij geboorte van zijn kind	
België	93,2
WHO A-Regio	2,4
WHO B-C-D-Regio's	4,3
Herkomst van de vader	
België	86,1
WHO A-Regio	4,6
WHO B-C-D-Regio's	9,3
Herkomst van ouder(s)	
België	85,5
WHO A-Regio	4,8
WHO B-C-D-Regio's	9,7

* Ontbrekende antwoorden over het geboorteland (n=24 bij moeders en n=35 bij vaders) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Volgens dezelfde indeling wordt de zogenaamde **transgenerationale herkomst van moeder (i.c. vader)** (op basis van herkomst van hun ouders) als volgt ingedeeld:

- *België*: De moeder (i.c. vader) is van Belgische herkomst én België is het geboorteland van de grootouders langs moederszijde (i.c. vaderszijde);
- *WHO A-regio*: De herkomst van de moeder (i.c. vader) is een land uit de WHO A-regio en/of minstens één van de grootouders langs moederszijde (i.c. vaderszijde) is afkomstig uit een land in de WHO A-regio (dit laatste eventueel in combinatie met minstens een van de grootouders van Belgische herkomst);
- *WHO B-C-D-regio's*: De herkomst van de moeder (i.c. vader) is een land uit de WHO B-C-D-regio's en/of minstens één van de grootouders langs moederszijde (i.c. vaderszijde) is afkomstig uit een land in de WHO B-C-D-regio's (dit laatste eventueel in combinatie met minstens een van de grootouders van Belgische herkomst en/of herkomst van een land uit de WHO A-regio).

De **transgenerationale herkomst van (beide) ouders** wordt dan als volgt gedefinieerd:

- *België*: Beide ouders én de grootouders van moeders- en vaderszijde zijn van Belgische herkomst. In geval van alleenstaande ouder: de alleenstaande ouder én zijn/haar ouders zijn van Belgische herkomst;
- *WHO A-Regio*: Minstens één van de ouders heeft een land uit de WHO A-regio als land van herkomst en/of minstens één van de grootouders langs beide zijden is afkomstig uit een land in de WHO A-regio (dit laatste eventueel in combinatie met minstens een van de ouders of grootouders van Belgische herkomst). In geval van alleenstaande ouder: de alleenstaande ouder en/of minstens één van zijn/haar ouders heeft een land uit de WHO A-regio als land van herkomst (dit laatste eventueel in combinatie met de andere grootouder van Belgische herkomst);
- *WHO B-C-D-Regio's*: Minstens één van de ouders heeft een land uit de WHO B-C-D-regio's als land van herkomst en/of minstens één van de grootouders langs beide zijden is afkomstig uit een land in de WHO B-C-D-regio's (dit laatste eventueel in combinatie met minstens een van de ouders of grootouders van Belgische herkomst en/of herkomst van een land uit de WHO A-regio). In geval van alleenstaande ouder: de alleenstaande ouder en/of minstens één van zijn/haar ouders heeft een land uit de WHO B-C-D-regio's als land van herkomst (dit laatste eventueel in combinatie met de andere grootouder van Belgische herkomst of herkomst van een land uit de WHO A-regio).

Wanneer naast het geboorteland en de nationaliteit van de ouders ook het geboorteland van de grootouders in rekening wordt gebracht, krijgen we zicht op de transgenerationale herkomst van de JOnG!-deelnemers (Tabel 8). Het geboorteland van grootouders is minder vaak België dan bij de ouders (respectievelijk 4,7% en 3,5% minder voor de ouders van de moeder en de vader van de JOnG!-respondent). Dit heeft tot gevolg dat ook de transgenerationale herkomst van ouder(s) ongeveer 4% minder Belgisch is dan de herkomst van de ouder(s) waarbij het geboorteland van de grootouders niet in rekening werd gebracht.

Tabel 8 Transgenerationale herkomst van ouders, geoperationaliseerd aan de hand van hun geboorteland, huidige nationaliteit, alsook de nationaliteit van de moeder bij eigen geboorte en het geboorteland van de grootouders (Ikaros en vragenlijst 12 maanden)

Herkomst-indicatoren	Respondenten vragenlijst 12 maanden (N=1226)*
	<i>Percentage</i>
Herkomst van de moeder	
België	90,1
WHO A-Regio	2,8
WHO B-C-D-Regio's	7,1
Geboorteland van ouders van de moeder	
België	87,8
WHO A-Regio	4,4
WHO B-C-D-Regio's	7,8
Transgenerationale herkomst van de moeder	
België	86,8
WHO A-Regio	4,4
WHO B-C-D-Regio's	8,8
Herkomst van de vader	
België	86,1
WHO A-Regio	4,6
WHO B-C-D-Regio's	9,3
Geboorteland van ouders van de vader	
België	86,9
WHO A-Regio	5,1
WHO B-C-D-Regio's	8,1
Transgenerationale herkomst van de vader	
België	86,3
WHO A-Regio	5,3
WHO B-C-D-Regio's	8,4
Herkomst van ouder(s)	
België	85,5
WHO A-Regio	4,8
WHO B-C-D-Regio's	9,7
Transgenerationale herkomst van ouder(s)	
België	81,2
WHO A-Regio	7,3
WHO B-C-D-Regio's	11,5

* *Ontbrekende antwoorden over het geboorteland van ouders en grootouders (n=24 à 41 naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages*

Er is een opvallend groot verschil in de herkomst van ouders naargelang de regio van geboorte van het kind (chi-kwadraat test: $p < 0,001$). In de regio's Antwerpen en Brussel hebben zes op tien JOnG!-deelnemers een of twee ouders van buitenlandse herkomst. In de regio's Genk en Gent gaat het om respectievelijk 35% en 30% van de deelnemers, terwijl deze groep van kinderen met buitenlandse ouder(s) in de andere regio's beperkt blijft tot 8% à 15% van de deelnemers (Tabel 9). Ook bij de respondenten op 2 maanden en 12 maanden zijn gelijkaardige regionale verschillen in herkomst waar te nemen.

Hoofdstuk 2

Tabel 9 JOnGI-cohorte 0-jarigen: Herkomst van ouders (eerste generatie), uitgedrukt als één of beide ouders van buitenlandse herkomst, per regio van geboorte van het kind bij deelnemers en respondenten op de twee eerste vragenlijsten (respectievelijk op de leeftijd van 2 maanden en 12 maanden) (Ikaros)

Regio Kind & Gezin	Deelnemers (N=3017)*				Respondenten vragenlijst 2m (N=2106)*				Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)*			
	België		WHO A- Regio	WHO B-C- D-Regio	België		WHO A- Regio	WHO B-C- D-Regio	België		WHO A- Regio	WHO B-C- D-Regio
	Aantal	% ⁽¹⁾	% ⁽¹⁾	% ⁽¹⁾	Aantal	% ⁽²⁾	% ⁽²⁾	% ⁽²⁾	Aantal	% ⁽³⁾	% ⁽³⁾	% ⁽³⁾
<i>Antwerpen</i>												
Antwerpen-Noord 1	168	37,1	4,8	58,1	100	49,0	4,0	47,0	44	50,0	4,5	45,5
Geel	416	89,7	3,6	6,7	332	90,7	3,0	6,3	217	92,6	3,7	3,7
<i>Limburg</i>												
Genk	315	65,1	8,6	26,3	205	68,8	10,7	20,5	125	71,2	12,8	16,0
<i>Oost Vlaanderen</i>												
Gent 1	342	70,2	4,4	25,4	236	76,3	4,2	19,5	114	80,7	4,4	14,9
Oudenaarde	366	84,7	1,9	13,4	253	90,9	1,2	7,9	146	94,5	0,7	4,8
<i>Vlaams Brabant</i>												
Tielt-Winge	405	89,1	3,2	7,7	286	90,9	2,8	6,3	176	89,2	4,0	6,8
<i>West Vlaanderen</i>												
Ieper	320	92,2	3,1	4,7	235	93,2	2,1	4,7	152	95,4	2,6	2,0
Oostende	553	87,5	2,0	10,5	381	90,5	2,4	7,1	208	88,9	3,4	7,7
<i>Brussels hoofdstedelijk gewest</i>												
Brussel-Noord 1*	132	39,4	9,1	51,5	78	42,3	10,3	47,4	44	43,2	20,5	36,4
Totaal	3017	79,0	3,9	17,1	2106	83,5	3,8	12,8	1226	85,5	4,8	9,7

⁽¹⁾ Percentage berekend op het aantal deelnemers in de regio.

⁽²⁾ Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 2 maanden in de regio.

⁽³⁾ Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 12 maanden in de regio.

* Ontbrekende antwoorden werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages: bij één deelnemer (uit regio Oostende) is er geen enkele informatie beschikbaar over de herkomst van de ouders

3 Taal van de ingevulde vragenlijsten

Bij inschrijving in de studie konden ouders tussen vier mogelijk talen kiezen, met name Nederlands, Frans, Engels of Turks. In totaal had 7,3% van de deelnemers de voorkeur gegeven aan anderstalige documenten. Bij de startbevraging werden echter proportioneel minder anderstalige dan Nederlandstalige vragenbundels ingevuld. Bij de tweede bevraging wordt dit verschil nog opvallend groter: waar de respons voor Nederlandstalige deelnemers 42,2% bedraagt, daalt die voor Franstalige, Engelstalige en Turkse deelnemers tot respectievelijk 20,7%, 24,1% en 15,9% (Tabel 10).

Tabel 10 Taalvoorkeur bij deelnemers (Ikaros) en taal van de ingevulde vragenlijsten bij respondenten (vragenlijst 2 maanden en vragenlijst 12 maanden)

Taalvoorkeur	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)			Respondenten Vragenlijst 2m (N=2106)			Deelnemers (N=3017)	
	Aantal	Percentage ¹ (Percentage ²)		Aantal	Percentage ¹ (Percentage ²)		Aantal	Percentage ¹
Nederlands	1182	96,4 (42,2)		1990	94,5 (71,1)		2798	92,7
Frans	19	1,5 (20,7)		50	2,4 (54,3)		92	3,1
Engels	14	1,1 (24,1)		36	1,7 (62,1)		58	1,9
Turks	11	0,9 (15,9)		30	1,4 (43,5)		69	2,3

¹ Percentage berekend op het totaal aantal deelnemers

² Percentage berekend op het aantal deelnemers met identieke taalvoorkeur

4 Gezinsituatie waarin het kind opgroeit

Bij de eerste bevraging groeide 96,9% van de respondenten op in een twee-ouder gezin. Bij de vragenlijst op 12 maanden is deze groep proportioneel iets kleiner geworden (93%) (Tabel 11).

Bij respondenten waarvan relevante informatie uit beide vragenlijsten beschikbaar is, is de proportie van twee-ouder gezinnen gedaald van 97,7% bij de startvragenlijst naar 93,8% bij de eerste verjaardag van het kind (ongewijzigde situatie in 93,4% van de gezinnen en evolutie van een alleenstaande ouder naar een twee-ouder gezin in 0,5% van de gevallen). Ter vergelijking, op basis van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen die jaarlijks (stand van zaken op 1 januari) door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI) wordt bezorgd aan de Studiedienst van de Vlaamse Regering (SVR), bedroeg de proportie kinderen onder 3 jaar die in 2008 in een of andere vorm van twee-ouder gezin opgroeiden in totaal 83% (Lodewijckx, 2010). Het is niet onverwacht dat de proportie JOnG!-respondenten die op de leeftijd van eerste verjaardag in een twee-ouder gezin opgroeit nog hoger ligt dan het algemene cijfer voor de leeftijdsgroep 0 tot 3 jaar.

Via de bevraging 12 maanden werd de gezinssamenstelling gedetailleerder dan voorheen in kaart gebracht (geboortejaar en relatie tot het kind van de verschillende gezinsleden). Hieruit blijkt dat in 5,7% van de gezinnen, ouder(s) en kind(eren) met één of meerdere grootouders onder één dak samenwonen (ofwel wonen grootouders bij het gezin in, ofwel vice versa). Bij 2,9% van de gezinnen woont iemand anders (al dan niet in familiaal verband) in.

Globaal genomen is de gezinssamenstelling op tien maanden tijd weinig veranderd. Op de leeftijd van één jaar groeien onze respondenten nog steeds overwegend op in gezinnen met 1, 2 of 3 kinderen (gemiddelde ($\pm SD$): 1,7 ($\pm 0,9$) kinderen; Min-Max: 1-7 kinderen). Dit weerspiegelt zich ook in het aantal personen dat deel uitmaakt van het gezin. In 9 op 10 gevallen gaat het om 3 tot 5 personen (gemiddelde ($\pm SD$): 3,7 ($\pm 1,1$) personen; Min-Max: 2-10 personen) (Tabel 11).

Tabel 11 Kenmerken van de gezinssituatie waarin het kind opgroeit (vragenlijst 2 maanden en vragenlijst 12 maanden)

Gezinsindicatoren	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)	Respondenten vragenlijst 2m (N=2106)**
	Percentage*	Percentage*
Samenwoningsverband van het gezin		
Twee-ouder gezin	93,0	96,9
Alleenstaande ouder	7,0	2,3
Andere	0,0	0,8
Aantal kinderen in dit gezin (inclusief dit kind)		
1	52,2	47,3
2	33,3	36,6
3	11,0	11,8
4	2,3	2,6
5	0,4	0,8
≥6	0,8	0,8
Aantal personen in dit gezin (kinderen + ouders + grootouders + ...)		
2	4,6	1,8
3	43,5	44,0
4	33,8	35,0
5	12,3	12,1
≥6	5,8	7,0

* Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst

** Ontbrekende antwoorden (n=7 tot n=50, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

5 Sociaal-economische situatie waarin het kind opgroeit

In deze tweede bevraging (op 12 maanden) vermeldt 19% van de respondenten dat het globale netto gezinsinkomen (alle inkomsten uit betaald werk en sociale uitkeringen samengeteld) sinds de startbevraging gewijzigd is. Voor een analyse van deze inkomenswijzigingen werden de gegevens uit de startvragenlijst (2 maanden) gekoppeld aan die uit de vragenlijst 12 maanden. Op basis van dezelfde indeling in inkomensschijven blijkt dat de verdeling van de respondenten ongeveer identiek is (met een lichte verschuiving naar een iets hogere inkomenscategorie) (Tabel 12).

Tabel 12 Netto maandelijks gezinsinkomen van de JOnG!-respondenten (vragenlijst 2 maanden en vragenlijst 12 maanden)

Netto maandelijks gezinsinkomen	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)*	Respondenten vragenlijst 2m (N=2106)**
	Percentage	Percentage
< 900 euro	0,9	1,3
901 – 1500 euro	5,9	7,5
1501 – 2000 euro	8,2	7,9
2001 - 2500 euro	13,7	13,7
2501 – 3000 euro	27,4	27,3
> 3000 euro	43,9	42,2

* Uitgezonderd niet beantwoord (n=169); "Wil inkomen niet meedelen (n=149); en "Weet niet" (n=15)

** Uitgezonderd niet beantwoord (n=41); "Wil inkomen niet meedelen (n=272); en "Weet niet" (n=7)

Wanneer we echter nagaan hoe het gerapporteerde netto maandinkomen per gezin tussen de twee meetmomenten evolueerde, zien we dat 90,3% van de respondenten op beide vragenlijsten zich in dezelfde inkomenscategorie bevindt, terwijl 5,5% naar een lagere inkomensschijf is gedaald en 4,2% het financieel beter stelt dan het jaar voordien (informatie beschikbaar voor 854 gezinnen) (Tabel 13).

Tabel 13 Overzicht van netto maandelijks gezinsinkomen van de JOnG!-respondenten (vergelijking tussen vragenlijst 2 maanden en vragenlijst 12 maanden, n=854*)

Gezinsinkomen	Vragenlijst 12 m						Totaal
	<900 €	901-1500 €	1501-2000 €	2001-2500 €	2501-3000 €	>3000 €	
Vragenlijst 2m	%	%	%	%	%	%	%
< 900 €	0,5	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8
901-1500 €	0,0	4,3	0,7	0,2	0,0	0,1	5,4
1501-2000 €	0,1	0,5	5,9	0,2	0,1	0,0	6,8
2001-2500 €	0,1	0,2	0,6	11,4	0,5	0,1	12,9
2501-3000 €	0,2	0,2	0,7	0,7	26,2	1,9	30,0
> 3000 €	0,0	0,0	0,1	0,5	1,5	42,0	44,1
Totaal	0,9	5,5	8,0	13,1	28,3	44,1	100,0

* Percentages berekend op n=854 (totaal aantal kinderen waarvoor de vraag m.b.t. het gezinsinkomen in beide vragenlijsten werd beantwoord)

Op basis van een enquête in 2009, waarbij in het Vlaamse gewest 4101 huishoudens met kinderen werden bevraagd, werd in het Europese zogenaamde EU-SILC rapport (*Statistics on Income and Living Conditions*) het armoederisico bij alleenstaande ouders met minstens één afhankelijk kind geraamd op 22,3%. Daarentegen, bij gezinnen met twee ouders en één of twee afhankelijke kinderen blijft dit risico beperkt tot respectievelijk 3,8% en 3,6%, terwijl vanaf drie afhankelijke kinderen het risico opnieuw toeneemt tot 10,8% (SILC, 2009).

In de EU-SILC rapportering wordt de armoededrempel gelijk gesteld aan 60% van het mediaan beschikbaar inkomen op individueel niveau. In het jaar 2009 (inkomen 2008) stemde dit overeen met 966 euro per maand (zijnde 60% van 19.313 €/jaar). Een tweede volwassene of een kind van 14 jaar of ouder in hetzelfde gezin wordt bij de berekening van het armoederisico voor de helft meegerekend (factor 0,5), terwijl voor kinderen jonger dan 14 jaar een factor 0,3 in acht wordt genomen. Dit betekent dat de armoedegrens voor een modaal gezin van twee ouders en twee kinderen in 2009 op 2.029 euro/maand (zijnde 966 € * 2,1) en voor een alleenstaande ouder met één afhankelijk kind op 1.256 euro/maand (zijnde 966 € * 1,3) wordt geraamd.

Alhoewel een directe vergelijking van het gerapporteerde netto gezinsinkomen bij JOnG!-respondenten met deze SILC-indicatoren voor huishoudens met kinderen van het Vlaamse gewest niet mogelijk is, is het duidelijk dat ook in de JOnG!-studie het risico op armoede reëel is bij een alleenstaande ouder met één of meer afhankelijke kinderen. Van de 25 alleenstaande ouders met één kind (d.w.z. gezinnen met twee gezinsleden) bij de JOnG!-respondenten op 12 maanden, rapporteert 36,0% met een netto maandelijks budget van ≤ 1.500 euro te moeten rondkomen. Aangenomen mag worden dat een deel hiervan zich onder de hogervermelde armoedegrens van 1.256 euro zal bevinden. Wanneer wij in de JOnG!-studie gezinnen met vier gezinsleden ($n=302$) gelijkstellen met een modaal gezin met twee ouders en twee kinderen, blijkt 11,2% hiervan over een maandbudget van ≤ 2000 euro te beschikken, wat overeenstemt met de door SILC gehanteerde armoedegrens van 2.029 euro/maand voor dit type van huishouden (Tabel 14).

Tabel 14 Frequentieverdeling (%) van het maandelijks netto gezinsinkomen van JOnG!-respondenten volgens het aantal gezinsleden (vragenlijsten 12 maanden, $n=893$)*

Aantal gezinsleden	Maandelijks netto gezinsinkomen												
	< 900 €		901-1500 €		1501-2000 €		2001-2500 €		2501-3000 €		> 3000 €		Totaal
2	0	(0,0)	9	(36,0)	8	(32,0)	3	(12,0)	3	(12,0)	2	(8,0)	25 (100)
3	4	(1,0)	18	(4,4)	32	(7,9)	59	(14,6)	124	(30,6)	168	(41,5)	405 (100)
4	1	(0,3)	14	(4,6)	19	(6,3)	33	(10,9)	89	(29,5)	146	(48,3)	302 (100)
5	3	(2,8)	6	(5,7)	10	(9,4)	18	(17,0)	16	(15,1)	53	(50,0)	106 (100)
>5	0	(0,0)	6	(10,9)	4	(7,3)	9	(16,4)	13	(23,6)	23	(41,8)	55 (100)
Totaal	8	(0,9)	53	(5,9)	73	(8,2)	122	(13,7)	245	(27,4)	392	(43,9)	893 (100)

* Van 333 van de 1226 respondenten zijn gegevens over gezinsinkomen niet beschikbaar

HOOFDSTUK 3

Gezondheidsproblemen in het eerste levensjaar

1 Gezondheidsproblemen sinds vorige bevraging

Om de frequentie en de aard van gezondheidsproblemen bij de JOnG!-deelnemers tijdens het eerste levensjaar in kaart te brengen, werd aan ouders gevraagd hoe vaak hun kind sinds de vorige bevraging (dit bestrijkt een tijdsinterval van gemiddeld ongeveer 10 maanden) last had gehad van volgende gezondheidsproblemen of -klachten:

- Maagproblemen (bijv. teruggeven, overgeven...);
- Darmproblemen (bijv. krampen, diarree, verstopping, ...);
- Neus-, keel- of oorproblemen (bijv. neusverkoudheid, keelontsteking, oorontsteking...);
- Problemen met de luchtwegen (bijv. hoesten, moeilijk ademen, piepende ademhaling, luchtwegeninfectie...);
- Problemen met de huid (bijv. uitslag, eczeem...);
- Andere gezondheidsproblemen of -klachten (met open velden om te specificeren).

Hierbij konden ouders telkens kiezen tussen 5 antwoordmogelijkheden, met name 'nooit', 'af en toe', 'regelmatig', 'vaak' of 'altijd'.

1.1 Prevalentie van gerapporteerde gezondheidsproblemen volgens type probleem en geslacht

Tabel 15 geeft een overzicht van de frequentie van gezondheidsproblemen en -klachten per stelsel. Vooral de hoge prevalentie van neus-keel-oor (NKO)-problemen en luchtwegenproblemen valt hier op: respectievelijk één op drie en één op vier kinderen heeft er minstens regelmatig last van gehad in het eerste levensjaar.

Tabel 15 Overzicht van door ouders gerapporteerde gezondheidsproblemen in het eerste levensjaar van hun kind

Gezondheidsproblemen	Respondenten vragenlijst 12 maanden (N=1226)*				
	Nooit %	Af en toe %	Regelmatig %	Vaak %	Altijd %
Maag	52,4	36,0	6,5	4,3	0,8
Darm	42,0	50,2	5,2	2,4	0,3
Neus-keel-oor	14,1	52,7	20,9	11,2	1,1
Luchtwegen	24,3	48,6	15,7	9,6	1,8
Huid	55,3	30,6	8,2	3,5	2,4
Andere	78,8	12,1	2,8	1,9	4,4

* Ontbrekende antwoorden (n=10 tot 42, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor jongens worden statistisch significant vaker NKO- en luchtwegenproblemen gerapporteerd, en ze worden ook meer getroffen door vaak voorkomende klachten in twee of meerdere stelsels (36,3% tegen 19,8% bij meisjes, chi kwadraat test: $p < 0,001$) (Tabel 16).

Tabel 16 Overzicht van vaak voorkomende gezondheidsproblemen en aantal getroffen stelsels tijdens het eerste levensjaar

Regelmatig of meer last van gezondheidsproblemen	Respondenten vragenlijst 12 maanden (N=1226)†		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
Maag	13,1	10,1	11,6
Darm	8,4	7,4	7,9
Neus-keel-oor **	36,6	29,5	33,2
Luchtwegen ***	33,7	20,3	27,1
Huid °	15,9	12,3	14,1
Andere °	11,2	6,9	9,0
Aantal stelsels met vaak voorkomende klachten***	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
0	38,2	55,9	46,6
1	25,6	25,2	25,4
2	25,6	14,4	19,9
3	6,5	3,2	4,8
4	3,6	1,9	2,7
≥5	0,6	0,3	0,5

† Ontbrekende antwoorden (n=10 tot 42, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil tussen jongens en meisjes: chi-kwadraat test: ° $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

1.2 Voorkomen van gezondheidsproblemen in relatie tot opvang buiten het gezin

Ten behoeve van onderstaande analyse werd opvang gedefinieerd als elke vorm van opvang buiten het eigen gezin, met name (grote of kleine) kinderdagverblijven, onthaalouders, grootouders, andere familieleden of vrienden.

Tijdens het eerste levensjaar komen **neus-keel-oor- en luchtwegenproblemen** statistisch significant meer voor bij kinderen die naar een opvang gaan. Er wordt een lineair verband gevonden tussen het aantal halve dagen per week dat het kind opgevangen wordt en de frequentie van voorkomen van NKO-klachten: wanneer de NKO-klachten op een schaal van 1 (nooit) tot 5 (altijd) uitgedrukt wordt, bedraagt de gemiddelde score bij kinderen die niet naar een opvang gaan 2,1 en neemt deze score voor NKO-klachten met 0,045 punt toe per halve dag dat het kind per week naar de opvang gaat (95% BI: 0,032 - 0,058, $p < 0,001$). Een vergelijkbaar lineaire correlatie wordt vastgesteld tussen duur van de opvang en luchtwegenproblemen: terwijl de

gemiddelde score bij kinderen die niet naar een opvang gaan 1,9 bedraagt, neemt deze gemiddelde score voor luchtwegenklachten met 0,039 punt toe per halve dag dat het kind per week naar de opvang gaat (95% BI: 0,025 - 0,053, $p < 0,001$). In beide gevallen blijft de relatie bestaan na correctie voor geslacht, prematuriteit, dysmaturiteit, herkomst van ouders, gezinsinkomen per maand en het aantal gezinsleden.

Op andere vlakken (**maagdarmstelsel, huid en andere stelsels**) werden geen statistisch significante verschillen gevonden in de frequentie van gerapporteerde gezondheidsproblemen tussen de kinderen die al dan niet naar een opvang gaan.

2 Ziekenhuisopname en chirurgische ingreep sinds vorige bevraging

Volgens de ouderrapportage werden 227 kinderen (18,7% van de respondenten) in het ziekenhuis opgenomen sinds de eerste bevraging. In 42 gevallen ging het om een ziekenhuisopname van korte duur (maximum één dag) terwijl er voor de resterende 185 kinderen (15,3% van de respondenten) sprake is van een ziekenhuisopname van 2 dagen of meer. De gemiddelde duur van verblijf in het ziekenhuis is 5,6 dagen met een mediane duur van 4 dagen.

Jongens werden vaker in het ziekenhuis opgenomen tijdens hun eerste levensjaar (25,5% tegen 15,8% van de meisjes, chi-kwadraat test: $p = 0,01$). Voor wat de duur van de opname betreft is er echter geen statistisch significant verschil tussen jongens en meisjes.

Ter vergelijking, op basis van de gegevens van de gezondheidsenquête 2008 werd in het Vlaamse Gewest de proportie kinderen tussen 0 en 1 jaar met één of meer ziekenhuisopnames met overnachting in een periode van 12 maanden op 30,6% geschat, weliswaar met een breed betrouwbaarheidsinterval (95% BI: 18,0-43,2) omwille van de kleine steekproef voor deze leeftijdsgroep ($n = 71$). In het tweede levensjaar ging het om 15,4% (95% BI: 5,2-25,5; $n = 72$) (Health Interview Survey, Belgium, 2008).

Eenzestig kinderen (dit is 5% van de JOnG!-respondenten) ondergingen een (of meerdere) operatie(s) sinds de vorige bevraging. Het betreft iets meer jongens dan meisjes (6,1% tegen 3,9%) maar dit verschil is niet statistisch significant (chi-kwadraat test: $p = 0,07$). In drie op vier gevallen gaat het om een chirurgische ingreep in het NKO-stelsel (plaatsen van trommelvliesbuisjes, wegnemen van neuspoliepen...).

3 Medicatie op voorschrift in de voorbije maand

Het geneesmiddelengebruik rond de leeftijd van één jaar ligt verassend hoog: 53% van de respondenten geeft aan dat het kind medicatie op voorschrift in de loop van de voorbije maand kreeg. Ook op dat vlak scoren jongens hoger dan meisjes (56,8% tegen 48,9% bij meisjes, chi-kwadraat test: $p < 0,01$).

De vijf meest vermelde klassen van geneesmiddelen zijn:

- Medicatie voor de luchtwegen, al dan niet anti-allergisch (onder meer inhalaticorticoiden, anticholinergica, beta2-mimetica, mucolytica) (in 44,8% van de gevallen);
- Antibiotica (24,1%);
- Neus- en oordruppels (13,6%);
- Antipyretica, antalgica en niet-steroïde anti-inflammatoire middelen (3%);
- Andere anti-allergische geneesmiddelen (onder meer antihistaminica, orale corticosteroiden) (2,8%).

Deze cijfers liggen aanzienlijk hoger dan de reeds hoge cijfers gerapporteerd in de gezondheidsenquêtes van 2004 en 2008. Met name, bij respectievelijk 25,9% en 23,8% van de kinderen onder de leeftijd van 1 jaar en bij 26,9% en 11,0% van de kinderen tussen 1 en 2 jaar werd het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen in de loop van de voorbije 2 weken gerapporteerd; het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen in de voorbije twee weken bedroeg respectievelijk 25,7% en 20,6% bij kinderen onder de leeftijd van 1 jaar, en 27,3% en 21,3% bij kinderen tussen 1 en 2 jaar (Health Interview Survey 2004-2008). We beschikken in deze gezondheidsenquêtes echter niet over cijfers van medicatiegebruik in de voorbije maand, waardoor een directe vergelijking met de JOnG!-cijfers niet mogelijk is (Tabel 17).

Tabel 17 Medicatiegebruik bij JOnG!-respondenten in vergelijking met gegevens uit de gezondheidsenquêtes 2004 en 2008 bij kinderen in het eerste en tweede levensjaar

Type van geneesmiddelen	JOnG!-respondenten		Gezondheidsenquête 2004		Gezondheidsenquête 2008	
	Medicatiegebruik in de voorbije MAAND		Medicatiegebruik in de voorbije 2 WEKEN		Medicatiegebruik in de voorbije 2 WEKEN	
	12 maanden (N=1226)* % (95% BI)		0 tot 1 jaar (n=59) % (95% BI)	1 tot 2 jaar (n=66) % (95% BI)	0 tot 1 jaar (n=72) % (95% BI)	1 tot 2 jaar (n=72) % (95% BI)
Voorgeschreven	53,0	(49,8-56,1)	25,9 (12,9-38,9)	26,9 (14,1-39,6)	23,8 (13,4-34,1)	11,0 (4,3-17,7)
Jongens	56,8	(53,8-59,9)	18,5 (5,9-31,2)	22,5 (7,6-37,3)	31,7 (16,0-47,4)	12,0 (1,5-22,4)
Meisjes	48,9	(45,8-52,0)	32,4 (11,6-53,1)	32,0 (10,9-53,0)	17,3 (4,9-29,7)	10,3 (1,7-17,7)
Niet voorgeschreven	-		25,7 (12,7-38,7)	27,3 (14,1-40,5)	20,6 (8,5-32,6)	21,3 (9,3-33,4)

Ontbrekende antwoorden (n=14) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

4 Voorkomen van gezondheidsproblemen bij prematuur geboren kinderen

4.1 Respons bij prematuur geboren kinderen

Bij de groep respondenten op de vragenlijst 12 maanden zijn de prematuren (<37 weken zwangerschapsduur) redelijk goed vertegenwoordigd (5,1% tegen 5,4% bij de startvragenlijst en 6,1% bij de volledige groep van deelnemers). Van 1137 kinderen waarvan beide ingevulde vragenlijsten beschikbaar zijn, is 5% prematuur (Tabel 18).

Tabel 18 Frequentie van voorkomen van prematuriteit bij deelnemers en bij respondenten (vragenlijst 2 maanden, vragenlijst 12 maanden en beide vragenlijsten) (gegevens uit Ikaros)

Prematuriteit	Deelnemers (N=3017)		Respondenten vragenlijst 2m (N=2106)		Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)		Respondenten beide vragenlijsten (N=1137)	
	Aantal	Percent ¹	Aantal	Percent ²	Aantal	Percent ³	Aantal	Percent ⁴
Prematuur (<37w)	185	6,1	114	5,4	63	5,1	57	5,0
Niet prematuur (≥37w)	2832	93,9	1992	94,6	1163	94,9	1080	95,0

¹ Percentage berekend op het aantal deelnemers

² Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 2m

³ Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 12m

⁴ Percentage berekend op het aantal respondenten op beide vragenlijsten

Wanneer echter de ernst van de prematuriteit in rekening wordt gebracht, is de groep van zwaar prematuur geboren kinderen (met een zwangerschapsduur korter dan 32 weken) ondervertegenwoordigd: voor slechts 1 van de in totaal 18 zwaar premature JOnG!-deelnemers werd de vragenlijst 12 maanden ingevuld (Tabel 19). Vermits het risico voor gezondheidsproblemen in deze groep groter is dan gemiddeld op deze leeftijd, is hun beperkte vertegenwoordiging bij de respondenten 12 maanden niet zonder belang voor interpretatie van de hieronder beschreven gezondheidsproblemen bij prematuur geboren kinderen. Het betreft dus in de JOnG!-analyse, op 1 kind na, licht premature kinderen (zwangerschapsduur tussen 32 weken en 36 weken + 6 dagen).

Tabel 19 Frequentie van voorkomen van prematuriteit bij deelnemers en bij respondenten (vragenlijst 2 maanden, vragenlijst 12 maanden en beide vragenlijsten), volgens de ernst van de prematuriteit (gegevens uit Ikaros)

Prematuriteit	Deelnemers (N=3017)		Respondenten vragenlijst 2m (N=2106)		Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)		Respondenten beide vragenlijsten (N=1137)	
	Aantal	Percent ¹	Aantal	Percent ²	Aantal	Percent ³	Aantal	Percent ⁴
<32w zwaar prematuur	18	0,6	7	0,3	1	0,1	1	0,1
32w – 36w licht prematuur	167	5,5	107	5,1	62	5,1	56	4,9
≥37w niet prematuur	2832	93,9	1992	94,6	1163	94,9	1080	95,0

¹ Percentage berekend op het aantal deelnemers

² Percentage berekend op het aantal respondenten op de startvragenlijst

³ Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 12m

⁴ Percentage berekend op het aantal respondenten op beide vragenlijsten

4.2 Gerapporteerde gezondheidsproblemen bij prematuur geboren kinderen in het eerste levensjaar

Tijdens het eerste levensjaar komen **maagklachten** meer voor bij premature kinderen dan bij hun à terme geboren leeftijdsgenoten. Bij 23% van de prematuur geboren respondenten rapporteert de moeder op de leeftijd van 12 maanden dat haar kind het voorbije jaar regelmatig, vaak of altijd last van een maagprobleem heeft gehad, tegen slechts 11% bij niet-premaatuur geboren kinderen ($OR=2,5$; $p<0,01$). De mate van prematuriteit is lineair gecorreleerd met de frequentie van voorkomen van maagproblemen: wanneer deze op een schaal van 1 (nooit) tot 5 (altijd) uitgedrukt wordt, bedraagt de gemiddelde score bij à terme geboren kinderen 1,6 en neemt deze gemiddelde score voor maagproblemen met 0,052 punt toe per week dat het kind te vroeg geboren is (95% BI : 0,019 - 0,086, $p<0,01$). Deze relatie blijft bestaan na correctie voor dysmaturiteit (gedefinieerd als geboortegewicht gecorrigeerd voor zwangerschapsduur $<-2 SDS^1$).

Er wordt geen statistisch significant verband gevonden tussen het algemeen voorkomen van maagklachten in het eerste levensjaar en een laag geboortegewicht (gedefinieerd als $<2500g$). Maar frequent voorkomende maagklachten - waarvan het kind 'regelmatig', 'vaak' of 'altijd' last heeft (gehad) - komen wel statistisch significant meer voor bij de groep van kinderen met een laag geboortegewicht ($OR=2,1$; $p<0,05$).

Op andere vlakken (**neus-keel-oor, luchtwegen, darmen, huid en andere stelsels**) is er geen statistisch significant verschil in de frequentie van gerapporteerde gezondheidsproblemen tussen de groepen van prematuur en à terme geboren kinderen.

Er is een trend voor frequentere **ziekenhuisopname** bij prematuren dan bij à terme geboren kinderen (minstens één opname sinds de eerste bevraging bij respectievelijk 27% en 18% van de kinderen), maar gezien de kleine steekproef is dit verschil statistisch niet significant ($p=0,08$). De frequentie van **chirurgische ingrepen** en het gebruik van **medicatie op voorschrift** in de voorbije maand is niet significant verschillend in beide groepen.

5 Blootstelling aan tabaksrook binnenshuis en/of in de wagen in de voorbije maand

Op de vraag of er in de voorbije maand binnenshuis en/of in de wagen werd gerookt in het bijzijn van het kind, antwoordt 10,6% van de respondenten positief (7,9% binnenshuis, 0,7% in de wagen, en 2% op beide plaatsen) (Tabel 20). Met binnenshuis wordt bedoeld 'zowel in eigen woning als elders, zoals bij opvang, op bezoek, co-ouderschap, enz.'. Bij de groep kinderen die binnenshuis aan tabaksrook worden blootgesteld, gaat het in 6 op 10 (58,2%) gevallen om een gemiddelde blootstelling van minder dan 1 sigaret per dag, in 1 op 4 (27,2%) om 1 à 5 sigaretten per dag en in 14,6% om meer dan 5 sigaretten per dag. De graad van blootstelling aan tabaksrook in de wagen volgt een gelijkaardige verdeling, weliswaar op een lager niveau (respectievelijk 63 %, 37% en 0% voor dezelfde categorieën) (Tabel 20).

¹ SDS = standaarddeviatiescore

Tabel 20 Overzicht van blootstelling van JOnG!-respondenten aan tabaksrook binnenshuis en/of in de wagen in de voorbije maand (vragenlijst 12 maanden)

Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)*		
Blootstelling van het kind aan tabaksrook?	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>
Noch binnenshuis noch in de wagen	1091	89,4
Enkel binnenshuis	97	7,9
Enkel in de wagen	8	0,7
Zowel binnenshuis als in de wagen	25	2,0
(n=122)*		
Mate van blootstelling aan tabaksrook binnenshuis	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>
< 1 sigaret/week	34	33,0
1 à 6 sigaretten/week	26	25,2
1 sigaret/dag	4	3,9
2 à 5 sigaretten/dag	24	23,3
6 à 10 sigaretten/dag	7	6,8
11 à 20 sigaretten/dag	5	4,9
> 20 sigaretten/dag	3	2,9
(n=33)*		
Mate van blootstelling aan tabaksrook in de wagen	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>
< 1 sigaret/week	8	29,6
1 à 6 sigaretten/week	9	33,3
1 sigaret/dag	7	25,9
2 à 5 sigaretten/dag	3	11,1
> 5 sigaretten/dag	0	0,0

* Ontbrekende antwoorden (n=4 à 9, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

In vergelijking met de gegevens verzameld in de bevraging op 2 maanden zien we dat de proportie van gezinnen waar binnenshuis gerookt wordt, een licht dalende trend volgt: zo bleek uit de bevraging op 2 maanden dat 16,6% en 14,2% van de kinderen respectievelijk tijdens en na de zwangerschap blootgesteld werden aan tabak, door een moeder die rookte of zelf blootgesteld werd aan tabaksrook in haar omgeving (Hoppenbrouwers *et al.*, 2011). Rond de leeftijd van één jaar blijkt nu dat er in één op tien gezinnen binnenshuis gerookt wordt in aanwezigheid van het kind. Mogelijks ontbreekt hierbij een groep kinderen die toch ook – maar in mindere mate – aan tabaksrook blootgesteld worden, met name wanneer men binnenshuis rookt maar niet rechtstreeks in het bijzijn van het kind.

6 Ongevallen in de voorbije maand en sinds de vorige bevraging

In deze bevraging werd specifiek aandacht besteed aan het voorkomen van ongeval(len) bij het kind. Hieruit blijkt dat 67 (5,5%) van de respondenten een ongeval heeft gehad sinds de startbevraging (afgenomen op gemiddelde leeftijd van 6,3 weken). In circa 1 op 3 gevallen heeft het ongeval in de voorbije maand plaatsgevonden, dit is rond de eerste verjaardag van het kind. Aan de hand van de invuldatum van de vragenlijst kon berekend worden dat 31 ongevallen zich nog voor de leeftijd van 1 jaar voordeden en 12 na de eerste verjaardag (deze informatie ontbreekt voor de 24 resterende kinderen die een ongeluk hadden). Jongens zijn statistisch significant vaker betrokken bij een ongeval dan meisjes ($OR= 1,8$; chi-kwadraat test: $p<0,05$) (Tabel 21).

In bijna 8 op tien gevallen ging het om een thuisongeval en in een op tien gevallen om een verkeersongeval. Meisjes hebben verhoudingsgewijs meer thuisongevallen (in 9 op 10 van de gevallen), terwijl jongens vaker buitenhuis (met name in het verkeer of op andere locaties zoals speelplaats, opvang enz.) gewond raken (Fisher's exact test: $p<0,05$) (Tabel 21).

Tabel 21 Voorkomen van ongevallen sinds de vorige bevraging bij JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden)

Respondenten vragenlijst 12 maanden (N=1226)‡			
Ongeval sinds vorige bevraging? *	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
Ja	6,9	4,0	5,5
Nee	93,1	96,0	94,5

Subgroep van JOnG!-respondenten betrokken bij ongeval sinds de vorige bevraging (n=67)‡			
Type van ongeval	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
Thuisongeval	71,4	91,7	78,8
Verkeersongeval	11,9	8,3	10,6
Andere*	16,7	0,0	10,6

‡ Ontbrekende antwoorden ($n=1$ tot 5 , naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

* Onder de rubriek 'Andere' worden ongevallen vermeld die op andere locaties plaatsvonden zoals bij opvang, op de speelplaats enz.

Voor verschil tussen jongens en meisjes: Fisher's Exact Test: ° $p<0,1$; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Er werd geen statistisch significante correlatie gevonden tussen het voorkomen van een ongeval bij JOnG!-respondenten en het gezinstype (twee-ouder gezin versus alleenstaande ouder), noch met de leeftijd van de moeder, het aantal kinderen of de rangorde van het kind in het gezin. Met andere socio-economische indicatoren, zoals opleiding en herkomst van moeder en vader en het netto maandelijkse gezinsinkomen, konden evenmin statistisch significante verbanden met het voorkomen van een ongeval aangetoond worden.

Met uitzondering van de lagere algemene incidentie van ongevallen bij de JOnG!-respondenten liggen de resultaten in de lijn van de bevindingen van het bevolkingsonderzoek uitgevoerd door Kind en Gezin in 1999 en 2000 (Kind en Gezin, 2003). Uit dit bevolkingsonderzoek blijkt dat het risico op een ongeval in de loop van de drie eerste levensjaren stijgt met de leeftijd, met een incidentie van medisch behandelde ongevallen van 13% in het eerste levensjaar tegen respectievelijk 22% en 25% in het tweede en derde levensjaar. Er werd toen ook een statistisch significant hogere incidentie gevonden bij jongens dan bij meisjes ($OR = 1,16$; $p < 0,01$), maar geen duidelijk verband met het gezinstype noch de rangorde van het kind.

In geval het ongeluk in de voorbije maand heeft plaatsgevonden (wat het geval is bij 21 van de 67 gerapporteerde ongelukken in JOnG!), werd aan ouders gevraagd om meer gedetailleerde informatie over de omstandigheden en de gevolgen van het ongeval te verschaffen. Onderstaande tabel geeft de frequentieverdeling weer van de ongevallen naar de locatie waar het ongeval zich voordeed. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de locatie waar ongevallen met jonge kinderen het vaakst gebeuren, sterk leeftijdgebonden is: op de plaats waar de kinderen het merendeel van hun tijd doorbrengen is de kans op het voorkomen van een ongeval vanzelfsprekend groter. In die zin – en rekening houdend met het verschil in leeftijdsrange tussen beide onderzoeken – komt de proportionele verdeling van de ongevallen op de verschillende locaties in JOnG! vrij goed overeen met de cijfers van het bevolkingsonderzoek 1999-2000 van Kind en Gezin (Tabel 22).

Tabel 22 Voorkomen van ongevallen bij JOnG!-respondenten in vergelijking met resultaten uit bevolkingsonderzoek uitgevoerd door Kind en Gezin in 1999-2000

Plaats van het ongeval	Respondenten vragenlijst 12 maanden (N=1226)	Bevolkingsonderzoek Kind en Gezin 1999-2000* (N=5520)
	Subgroep van éénjarigen met een ongeval in de voorbije maand (n=21) ‡ %	Subgroep van 0-tot 3-jarigen met een ongeval in de 2 voorbije jaren (n=1063) ‡ %
In of om eigen woning	52,4	62,7
In of om andere woning	33,3	14,8
In de kinderopvang	4,8	5,7
Op de openbare weg	4,8	4,7
Elders (incl. school)	4,8	12,0
Totaal	100,0	100,0

‡ Percentage berekend op het aantal kinderen betrokken bij een ongeval

* Bron: Kind en Gezin, 2003

HOOFDSTUK 4

Voeding in het eerste levensjaar

1 Borstvoeding

1.1 Prevalentiecijfers van exclusief borstvoeding en van borstvoeding gecombineerd met andere voeding

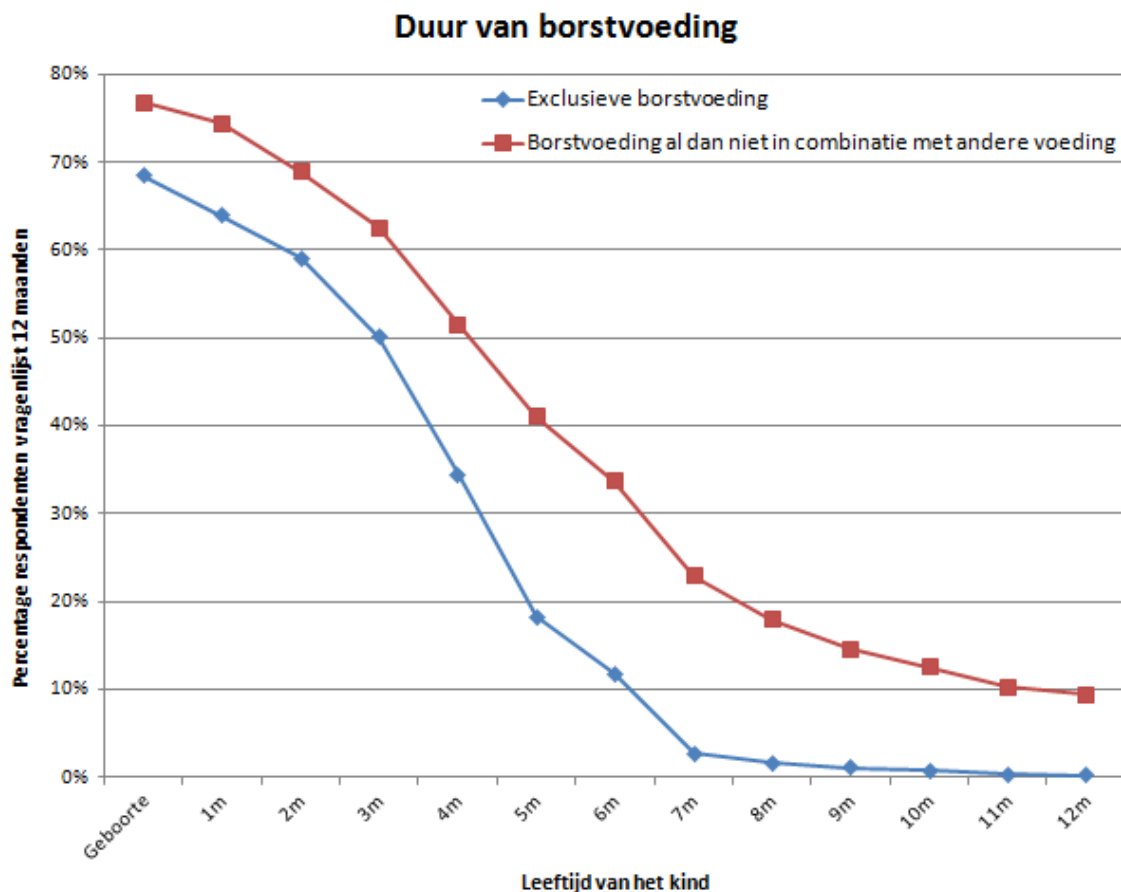
Borstvoeding wordt gezien als de beste voeding voor de gezondheid en ontwikkeling van moeder en kind. De WHO en UNICEF adviseren dan ook om kinderen tot de leeftijd van 6 maanden uitsluitend borstvoeding te geven en borstvoeding daarna tot 2 jaar als melkvoeding door te geven (WHO/UNICEF, 2003). In een voorgaand rapport werd de duur van exclusief borstvoeding bij de hele JOnG!-cohort tot de leeftijd van 3 maanden op basis van Ikaros-gegevens gedocumenteerd (Guérin *et al.*, 2011).

Tabel 23 Overzicht van de leeftijd waarop moeders stopten met exclusief borstvoeding en met borstvoeding in combinatie met andere voeding (aantal en percentages, vragenlijst 12 maanden)

Stopleeftijd	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)			
	Exclusief borstvoeding		Borstvoeding al dan niet in combinatie met andere voeding	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Niet gestart	387	31,6	285	23,2
<2 weken	15	1,2	11	0,9
2 weken tot <1 maand	40	3,3	18	1,5
1 tot <1,5 maand	53	4,3	57	4,6
1,5 tot <2 maand	7	0,6	10	0,8
2 tot <2,5 maand	102	8,3	71	5,8
2,5 tot <3 maand	8	0,7	7	0,6
3 tot <3,5 maand	182	14,8	124	10,1
3,5 tot <4 maand	9	0,7	11	0,9
4 tot <4,5 maand	192	15,7	121	9,9
4,5 tot <5 maand	7	0,6	8	0,7
5 tot <5,5 maand	78	6,4	84	6,9
5,5 tot <6 maand	2	0,2	6	0,5
6 tot <7 maand	111	9,1	132	10,3
7 tot <8 maand	13	1,1	61	5,5
8 tot <9 maand	6	0,5	41	3,3
9 tot <10 maand	5	0,4	25	2,0
10 tot <11 maand	4	0,3	28	2,3
11 tot <12 maand	2	0,2	10	0,8
Nog niet gestopt op 12m	3	0,1	116	9,5
Totaal	1226	100	1226	100

In de bevraging 12 maanden werd aan moeders gevraagd of ze ooit exclusief borstvoeding en/of borstvoeding in combinatie met andere voeding aan hun kind hadden gegeven, en zo ja tot welke leeftijd. Tabel 23 geeft een overzicht van deze gegevens.

Op basis van deze gegevens kon de proportie van de respondenten die borstvoeding kreeg naargelang de leeftijd berekend worden. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen exclusief borstvoeding enerzijds en borstvoeding in combinatie met andere voeding anderzijds (Figuur 2).



Figuur 2 Proportie van de respondenten die borstvoeding kreeg naar de duur van borstvoeding (in volle maanden), enerzijds voor exclusief borstvoeding en anderzijds voor borstvoeding al dan niet in combinatie met andere voeding (vragenlijst 12 maanden, N=1226)

Aan de hand van de Ikaros-gegevens stelden we vast dat 69,6% van de JOnG!-deelnemers (N=3017) op dag 6 na de geboorte uitsluitend borstvoeding kregen. Op de leeftijd van 3 maanden was deze prevalentie tot 38,2% gedaald (Guérin *et al.*, 2011). Uit de bevraging op 12 maanden (N=1226) blijkt nu dat de proportie van exclusief borstvoeding bij onze respondenten verder daalde tot respectievelijk 34,5%, 18,3% en 11,7% op de leeftijd van 4, 5 en 6 maanden. Bij onze studiepopulatie werden de WHO-aanbevelingen dus slechts bij 1 op 10 kinderen gevolgd.

Anderzijds blijken, volgens rapportering van de ouders, 2 op 3 (62,6%) kinderen op de leeftijd van 3 maanden en 1 op 3 (33,7%) op de leeftijd van 6 maanden nog borstvoeding te krijgen in combinatie met andere voeding. De prevalentie van

borstvoeding daalt verder met het ouder worden van de kinderen. Op hun eerste verjaardag wordt nog 1 op 10 (9,5%) van de deelnemers borstgevoed in combinatie met andere voeding (Figuur 2).

1.2 Factoren die een invloed hebben op het starten en stopzetten van exclusief borstvoeding

Voor een uitgebreide analyse en bespreking van de factoren (demografisch, sociaal-economisch, perinataal, en gezondheidsgerelateerd gedrag van de moeder) die een invloed hebben op de initiatie van borstvoeding en de leeftijd waarop wordt gestopt met exclusief borstvoeding bij deze JOnG!-cohort, verwijzen we naar het werk van Anoek Op den Kamp (Op den Kamp, 2011). De methodiek van analyse is in detail beschreven in hoofdstuk 1 (§2) van dit rapport. De voornaamste bevindingen worden hieronder samengevat.

In een eerste fase van de analyse, die gebeurd is op basis van de Ikarosgegevens van alle JOnG!-deelnemers ($N=3017$), werd de invloed van meerlingenzwangerschap, prematuriteit en dysmaturiteit op borstvoeding bestudeerd. Dit leidde tot de volgende bevindingen:

- De kans op het starten met borstvoeding is beduidend lager als het kind deel is van een *tweeling* (25,8% versus 41,1% bij eenlingen). Eens met borstvoeding begonnen, is de kans bij de tweelingen ook groter om te stoppen vóór de leeftijd van 3 maanden ($p<0,001$);
- *Zwangerschapsduur*: bij à terme geboren kinderen wordt significant vaker gestart met borstvoeding dan bij licht prematuren (met zwangerschapsduur van 32 tot 36 weken + 6 dagen), met name bij respectievelijk 74,4% en 66,3%. À terme geboren kinderen krijgen ook significant vaker exclusief borstvoeding op de leeftijd van drie maanden (37,3% tegen 30,7% bij licht prematuren; $p<0,05$). Bij extreem prematuren (zwangerschapsduur <32 weken) zien we dat maar 63,2% met borstvoeding start, maar ook dat 42,1% nog steeds exclusief borstvoeding kreeg op drie maanden. Gezien het kleine aantal extreem prematuren in deze studie, zijn deze verschillen met à terme geboren kinderen echter niet statistisch significant;
- Voor het *geboortegewicht* zien we een vergelijkbare tendens als bij zwangerschapsduur: bij 61,1% van de dysmatuur geboren kinderen wordt met borstvoeding gestart versus 74,3% bij niet-dysmaturen. Op de leeftijd van drie maanden is de trend vergelijkbaar (exclusief borstvoeding bij 22,1% versus 37,4%; $p<0,01$).

Vervolgens werd voor de analyse van beïnvloedende factoren enkel gebruik gemaakt van de gegevens bij à terme, niet-dysmature eenlingen van wie een startvragenlijst beschikbaar was (waaruit informatie over de bestudeerde determinanten werd gehaald, $n=1908$). Dit is gebeurd om de eventuele invloed van de factoren 'meerlingenzwangerschap', 'prematuriteit' en 'dysmaturiteit' op de initiatie en de duur van exclusief borstvoeding uit te sluiten. Via ordinale logistische regressie (proportional odds model) werd in eerste instantie een analyse gemaakt van alle factoren afzonderlijk (met name geslacht van het kind, pariteit, opleidingsniveau van de moeder, werksituatie,

gezinsinkomen, kansarmoede, nationaliteit van de moeder bij haar eigen geboorte, wijze van uitdrijving, overbrenging van het kind naar een andere afdeling, leeftijd van de moeder bij de geboorte, gewicht van moeder bij de startbevraging, roken voor-tijdens-na de zwangerschap). Vervolgens werd een model opgesteld met alle relevante factoren door middel van multiële ordinale regressie (proportional odds model, met backward selection).

Samengevat kunnen we stellen dat de kans op het starten van borstvoeding en op exclusief borstvoeding op de leeftijd van drie maanden hoger is bij hoog opgeleide moeders ($OR=2,12$; $p<0,001$) en bij moeders die niet de Belgische nationaliteit hadden bij hun geboorte ($OR 2, 53$; $p<0,001$). De kans op borstvoeding ligt daarentegen lager bij eerstgeborenen, moeders met overgewicht en moeders die rookten na de zwangerschap (Tabel 24).

Tabel 24 Invloed van indicatoren (socio-demografische en gezondheidsgerelateerde gedrag van de moeder) op het starten met borstvoeding en langdurige borstvoeding bij à terme, niet-dysmature eenlingen uit de geboortecohorte JOnG! (Ikaros en vragenlijst 2 maanden): multiële ordinale logistische regressie (proportional odds model)

Socio-demografische indicatoren	Respondenten vragenlijst 2 maanden (à terme, niet-dysmature eenlingen) (n=1908)	
	Odds Ratio (OR)	95% BI
Pariteit		
Eerste kind	REF	REF
Volgend kind	1,11*	1,00 - 1,23
Opleidingsniveau moeder		
Laag	0,96	0,68 - 1,35
Gemiddeld	REF	REF
Hoog	2,12***	1,71 - 2,63
Ander	1,12	0,53 - 2,35
Werk situatie van moeder		
Betaald werk	REF	REF
Geen betaald werk	1,24	0,93 - 1,66
Andere	1,61*	1,07 - 2,47
Nationaliteit van moeder bij eigen geboorte		
Belgisch	REF	REF
Niet Belgisch	2,53***	1,85 - 3,50
Gewicht van moeder bij de startbevraging		
Geen overgewicht	REF	REF
Overgewicht	0,88	0,71 - 1,39
Obesitas	0,67*	0,32 - 0,59
Roken bij moeder		
Nee	REF	REF
Voor of tijdens de zwangerschap	1,05	0,79 - 1,39
Na de zwangerschap	0,44***	0,32 - 0,59

REF: referentiecategorie; OR (95%BI): odds ratio (95% betrouwbaarheidsinterval)

Multiële ordinale logistische regressie (proportional odds model) met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep: ° $p<0,1$; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

2 Andere melkvoedingen

Naast de rapportering over borstvoeding werd aan de moeder ook gevraagd om aan te geven of haar kind andere soorten van melkvoeding in de voorbije week had gekregen.

Op de vraag "hoe vaak heeft uw kind in de voorbije week de vermelde melkvoedingen gedronken?" konden ouders telkens tussen 6 antwoordmogelijkheden kiezen: "(vrijwel) nooit", "minder dan 1 keer per dag", "1 keer per dag", "2 à 3 keer per dag", "meer dan 3 keer per dag" en "weet niet". Voor de analyse en voorstelling van deze gegevens werden de antwoordcategorieën tot de 3 volgende groepen teruggebracht: "nooit tot minder dan 1 keer per dag", "1 à 3 keer per dag" en "meer dan 3 keer per dag". In tabel 25 wordt de frequentie van inname van de verschillende melkvoedingen weergegeven.

De interpretatie van deze gegevens is niet eenvoudig, omdat de leeftijd waarop deze bevraging plaatsvond een transitieperiode is voor het voedingspatroon van jonge kinderen. Toch kunnen de Vlaamse aanbevelingen voor borst- en kunstvoeding van deze leeftijdsgroep hiervoor als referentie gebruikt worden.

Vlaamse aanbevelingen voor borstvoeding en kunstvoeding van kinderen tijdens de eerste 12 à 18 levensmaanden

Bronnen: Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde, 2010; VIGeZ, 2010; Kind en Gezin, 2010a

- Kunstvoeding op basis van koemelk is aanbevolen tot de leeftijd van 12 à 18 maanden;
- "Startvoeding" is aangewezen van 0 tot 4 à 6 maanden. Vanaf 4 à 6 maanden tot 12 à 18 maanden is een "opvolgvoeding" aangewezen;
- Gepasteuriseerde volle koemelk mag geïntroduceerd worden vanaf de leeftijd van 12 à 18 maanden. Goede diversificatie is noodzakelijk;
- Halfvolle melk is niet aanbevolen vóór de leeftijd van 4 jaar;
- Magere melk is steeds ongeschikt voor jonge kinderen;
- De samenstelling van gewone sojadranken is niet aangepast aan de behoeften van kinderen jonger dan 2 jaar. Er bestaan wel melkvoedingen op basis van soja-eiwitten die geschikt zijn voor baby's;
- Vanaf 1 jaar mag het kind groeimelk in plaats van volle melk drinken. Bij een evenwichtige en gevarieerde voeding is groeimelk echter overbodig: deze is immers verrijkt met mineralen, vitamines en essentiële vetzuren. Meestal heeft ze een smaakje en bevat ze suiker. Het is belangrijk dat het kindje hierdoor de originele melksmaak niet verleert. Bij slechte eters kan groeimelk wel een hulp zijn;
- Andere soorten melk of melkbereiding - zoals babeurre, karnemelk, maïzenapap, geitenmelk, paardenmelk of plantaardige 'melken' (notenmelk, rijstmelk enz.) - zijn geen volwaardige vervanging voor koemelk. Ze bevatten niet de juiste voedingsstoffen om een kind jonger dan 4 jaar goed te laten groeien en ontwikkelen.

In vergelijking met deze aanbevelingen valt alleszins op dat in de groep van JOnG!-respondenten 6 op 10 kinderen op de leeftijd van 12 maanden nog dagelijks opvolgmelk krijgen, en respectievelijk 28% en 21% al (gedeeltelijk) overgeschakeld is naar groeimelk of volle melk (Tabel 25). Uit meer diepgaande analyse van deze gegevens blijkt verder dat iets meer dan de helft van de kinderen (53%) minstens twee keer per dag volle melk of groeimelk drinkt, en dat 94,8% van de kinderen minstens 2 maal per dag een geschikte melkvoeding (zijnde borstvoeding, opvolgmelk, groeimelk en/of volle melk) krijgt.

Een niet verwaarloosbare subgroep stelt het echter minder goed: 3,4% van de kinderen krijgt - tegen de aanbevelingen in - minstens dagelijks halfvolle of magere melk en 2,5% een andere soort melk of melkbereiding (zoals babeurre, karnemelk, maïzenapap, geitenmelk, paardenmelk...) die evenmin geschikt zijn voor éénjarige kinderen. Ten slotte wordt de melk bij 1 op 5 kinderen minstens éénmaal per dag ingedikt met extra meel, een koekje of een ander indikkingsmiddel.

Tabel 25 Overzicht van frequentie van inname van bepaalde melkvoedingen bij éénjarige JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden)

Frequentie van inname van melkvoedingen	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)*		
	Nooit tot <1 keer/dag Percentage	1 à 3 keer/dag Percentage	>3 keer/dag Percentage
Borstvoeding of afgekolfde moedermelk	91,7	4,6	3,8
Zuigelingenvoeding type 'opvolgmelk' (soja type inbegrepen)	37,0	60,9	2,0
Sojadranken (bijv. Alpro soja drink)	97,2	2,8	0,0
Groeimelk	71,0	28,0	1,0
Volle melk	78,0	20,8	1,2
Halfvolle of magere melk	96,6	3,0	0,4
Andere soort melk of melkbereiding (bijv. babeurre, karnemelk, maïzenapap, geitenmelk, paardenmelk...)	97,4	2,2	0,3
Indikkingsmiddel, extra meel of koekje bij de fles	78,3	21,2	0,6

* Ontbrekende waarden (n= 89 tot 169, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

3 Andere voedingsmiddelen

Naast de consumptie van melkvoeding werd in deze bevraging ook gepeild naar de frequentie van inname van enkele belangrijke categorieën van voedingsmiddelen, met name: fruit, groenten, water, fruitsap, gezoete melkdranken, andere gezoete en niet gezoete dranken, soep, platte kaas (al dan niet op basis van volle melk), brood, kinderkoeken, andere soorten koeken, en tenslotte vitamine D en andere vitaminesupplementen. Hiervoor werd gebruikt gemaakt van een zogenaamde 'Food

Frequency Questionnaire' die in Vlaanderen werd ontwikkeld en gevalideerd, en vervolgens gebruikt om het voedingspatroon bij jonge Vlaamse kinderen in kaart te brengen (Huybrechts *et al.*, 2008).

Op de vraag "Hoe vaak heeft uw kind de vermelde voedingsmiddelen in de voorbije week gegeten of gedronken?" konden ouders telkens tussen 7 antwoordmogelijkheden kiezen met name "(vrijwel) nooit", "minder dan 1 dag per week", "1 dag per week", "2-4 dagen per week", "5 à 6 dagen per week", "elke dag" en "weet niet". Voor de analyse en voorstelling van deze gegevens werden de antwoordcategorieën tot de 3 volgende groepen teruggebracht: "nooit tot minder dan 1 dag per week", "1 tot 6 dagen per week" en "dagelijks (één of meerdere malen)". Tabel 26 geeft een overzicht van de frequentie van inname voor de verschillende bestudeerde voedingsmiddelen bij éénjarige respondenten.

Tabel 26 Overzicht van frequentie van inname van bepaalde voedingsmiddelen bij éénjarige JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden)

Frequentie van inname van voedingsmiddelen	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)*		
	Nooit tot <1 dag/week Percentage	1 tot 6 dagen/week Percentage	Dagelijks (één of meerdere malen) Percentage
Water	5,0	11,1	83,9
Vruchtensap (bijv. sinaasappelsap)	65,2	26,3	8,5
Gezoete melkdranken (bijv. chocolademelk, Fristi...)	91,8	6,7	1,5
Andere gezoete dranken (bijv. water met siroop of roosvicee, frisdrank...)	83,6	10,9	5,4
Andere niet gezoete dranken (bijv. kruidenthee...)	88,6	8,6	2,8
Fruit / fruitpap	3,3	16,4	80,3
Groenten / groentenpap	1,5	6,9	91,7
Soep	35,1	53,4	11,4
Platte kaas / yoghurt o.b.v. volle melk	53,9	37,9	8,2
Platte kaas / yoghurt o.b.v. halfvolle of magere melk	76,7	19,1	4,2
Brood	2,1	20,9	76,9
Droge kinderkoeken (bijv. Bambix, Vitabis...)	13,4	58,0	28,6
Andere koeken (bijv. prince, speculaas, sprits...)	85,5	13,2	1,4
Vitamine D supplement	86,3	5,2	8,5
Andere vitaminesupplementen	95,3	1,6	3,1

* Ontbrekende waarden (n=14 tot 85, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Zoals eerder vermeld is de leeftijd waarop deze bevraging plaatsvond een overgangperiode voor het voedingspatroon van jonge kinderen. Voor de beoordeling van het gebruik van de in tabel 26 vermelde voedingsmiddelen kunnen de Vlaamse aanbevelingen voor kinderen tussen 1 en 3 jaar als referentie gelden.

Vlaamse voedingsaanbevelingen voor kinderen van 1 tot 3 jaar

Bronnen: Hoge Gezondheidsraad, 2009; Kind en Gezin, 2010a; NICE, 2004; VIGeZ, 2010; Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde, 2004ab

Algemeen:

- Een kind van 12 maanden mag bijna alles eten en kan met het gezin mee-eten maar zijn voeding moet evenwichtig en gevarieerd blijven. Er zijn nog enkele specifieke behoeften voor zijn leeftijd, met name voldoende vet, calcium en ijzer en niet te veel eiwitten. Bij kinderen tussen 1 en 3 jaar dient de procentuele verdeling van de energie uit koolhydraten, vetten en eiwitten zich als volgt te verhouden: 50% uit koolhydraten, 35 à 40% uit vetten en 10 à 15% uit eiwitten.

Dranken:

- Melk niet als dorstlesser maar als voedingsmiddel beschouwen;
- Voorkeur geven aan mineraalarm en niet-bruisend water, lichte ongezoete kruidenthee, vers ongezoete vruchten -of groentesap, soep en bouillon;
- De hoeveelheid vruchten- of groentesap tot maximum 1 beker/glas per dag beperken;
- Frisdrank (ook 'light' frisdrank) beperken tot speciale gelegenheden;
- 'Light' dranken, gezoet met kunstmatige zoetmiddelen, zijn niet geschikt voor jonge kinderen.

Fruit en groenten:

- Aanbevolen wordt om het kind dagelijks 50 à 100g bereide of rauwe groenten en 1 à 2 stukken fruit (100 à 200g) te laten eten;
- Gezien de diverse samenstelling is variëren tussen donkere bladgroenten, groene en gele groenten belangrijk.

Tussendoortjes:

- Eetmomenten duidelijk afbakenen;
- Geen snoep tussen de maaltijden;
- Tussendoortjes beperken en energierijke tussendoortjes vermijden;
- Voorkeur geven aan gezonde snacks zoals fruit, yoghurt, stukjes rauwe groenten, een sneetje brood, een rijstwafel, een kinderkoekje...

Vitamine D:

- Bij kinderen die kunstvoeding (startvoeding, opvolgvoeding, groeimelk) krijgen, moet geen supplement van vitamine D gegeven worden;
- Bij borstgevoede kinderen wordt aanbevolen om vitamine D-supplement (400 IU) dagelijks toe te dienen vanaf de tweede levensmaand tot de leeftijd van 1 à 2 jaar, of tot er met kunstvoeding (gemiddeld 500 ml daags) gestart wordt;
- Bij risicogroepen (weinig blootstelling aan direct zonlicht, onvoldoende inname van kunstvoeding, macrobiotische of veganistische voedingsgewoonten) wordt aanbevolen om 400 IU/d vitamine D toe te dienen zolang het risico van tekorten bestaat. Verder onderzoek is nodig om tot een consensus te komen over de optimale termijn van toediening;
- Bij negroïde huidtypes en bij ex-prematuren wordt een hogere dosis vitamine D aanbevolen, met name 600 IU per dag, ook als er kunstvoeding gegeven wordt, en dit tot het risico van deficiëntie verdwenen is.

Voedingssupplementen:

- De toediening van voedingssupplementen en zogenaamde 'multivitaminepreparaten' wordt afgeraden, in het algemeen bij volwassenen en kinderen, en meer in het bijzonder onder de leeftijd van 4 jaar (behalve op medisch advies in specifieke situaties). Dergelijke supplementen zijn vrij verkrijgbaar maar de samenstelling ervan is niet gestandaardiseerd, en sommige vitamines en mineralen (zoals ijzer, vitamine A en D, zink...) kunnen giftig worden wanneer ze in te grote hoeveelheid ingenomen worden. Het lichaam heeft geen overvloed aan vitamines nodig en een gezonde en gevarieerde voeding volstaat meestal om de behoefte te dekken.

Volgens de rapportage van ouders in de JOnG!-studie eten 8 op 10 éénjarigen elke dag fruit en 9 op 10 elke dag groenten. Drie kwart van de kinderen eet dagelijks brood en 1 op 5 doet dat op een minder frequente basis. Slechts 13,4% van de kinderen eet (vrijwel) nooit kinderkoeken terwijl 58% het 1 à 6 keer per week doet en 28,6% dagelijks. Andere koeken worden op deze jonge leeftijd veel minder vaak gegeten (14,6%).

Gezoete melkdranken type chocolademelk of Fristi worden door 1,5% van de éénjarigen dagelijks gedronken en ook nog door 6,7% één of meerdere malen per week. De consumptie van andere gezoete dranken - zoals water met siroop of roosvicee en frisdrank - ligt nog een stuk hoger: 5,4% van de kinderen nemen ze dagelijks in en 10,9% één of meerdere malen per week.

Vitamine D wordt bij 8.5% van de kinderen dagelijks toegediend, en bij 5,2% één of meerdere malen per week. Bij slechts 19,6% van deze kinderen die minstens éénmaal per week een vitamine D supplement innemen (en bij 20,8% van de kinderen die het dagelijks krijgen) kan een duidelijk risicofactor voor tekort aan vitamine D geïdentificeerd zoals in de aanbevelingen opgenomen, met name prematuriteit, vermoeden van donkere huid (op basis van herkomst van ouders), onvoldoende inname van kunstvoeding of uitsluitend vegetarische of veganistische voedingswijze bij de ouder(s). Deze risicofactoren worden evenwel gevonden bij 15% van de kinderen die geen vitamine D toegediend krijgen. Hiernaast geeft 3.1% van de respondenten dagelijks een ander vitaminesupplement aan het kind, en 1,6% op een iets minder frequente basis.

4 Nachtelijke voeding

Op de leeftijd van 12 maanden krijgt 12,5% van de JOnG!-respondenten nog regelmatig een nachtelijke voeding, maar in één op vier van deze gevallen gebeurt dit zelden (maximum één nacht per week) (Tabel 27).

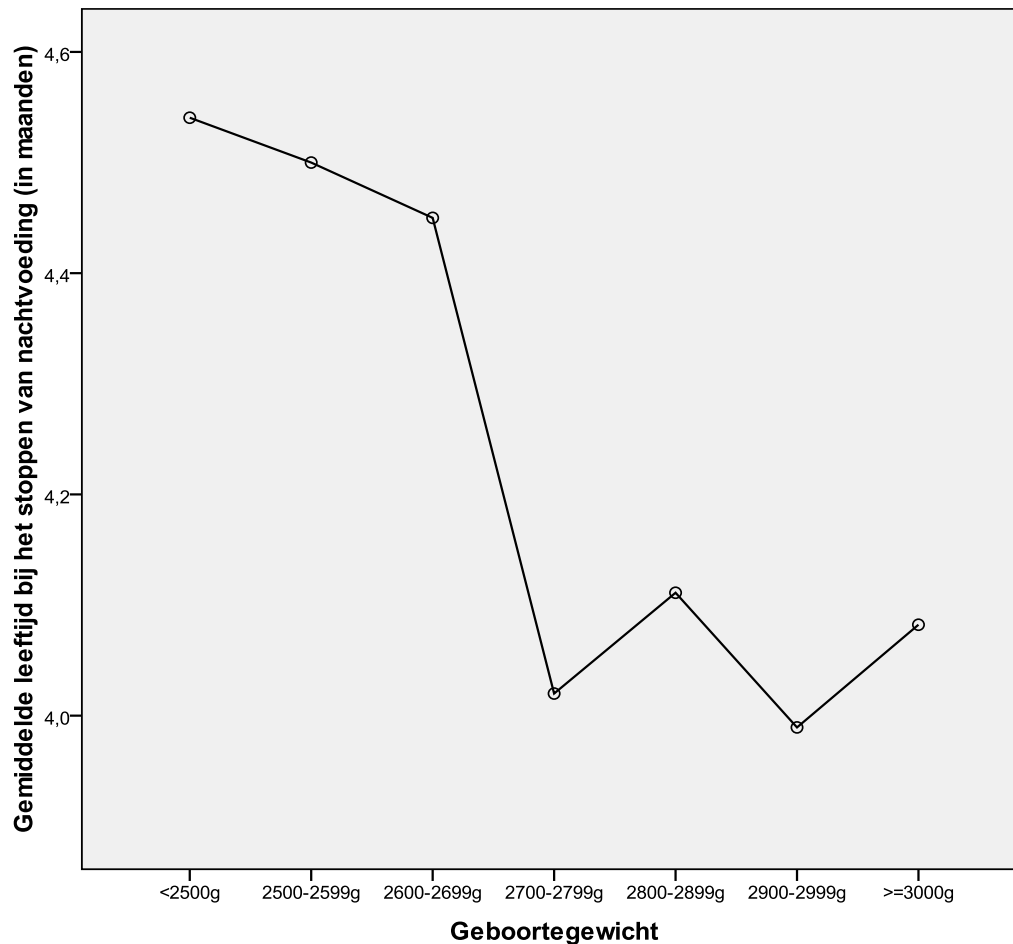
Tabel 27 Frequentie van nachtelijke voeding bij éénjarige JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden)

Regelmatig nachtvoeding?	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)*	
	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>
Nee	1064	87,5
Ja	152	12,5

Zo ja, aantal nachtelijke voeding in de voorbije week?	(n=152)*	
	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>
Geen	4	2,7
1 nacht	34	22,8
2 tot 4 nachten	50	33,6
5 tot 7 nachten	61	40,9

* *Ontbrekende antwoorden (n=3 à 10, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages*

De proportie kinderen die rond hun eerste verjaardag nog nachtelijke voeding krijgt, ligt niet hoger bij prematuren dan bij hun à terme geboren leeftijdgenoten (12% in beide groepen). Moeders vermelden dat ze er gemiddeld rond de leeftijd van 4 maanden ($SD=2,5$ maanden) mee gestopt zijn. Te vroeg geboren baby's kregen wel iets langer een voeding 's nachts, maar in onze groep van respondenten, waarin zwaar prematuur geboren kinderen ondervetegenwoordigd zijn, is het verschil statistisch niet significant. Toch wordt een zeker effect van het geboortegewicht op de duur van nachtvoeding gevonden: op basis van de frequentieverdeling blijkt er een duidelijke trendbreuk te zijn tussen kinderen met een geboortegewicht onder en boven 2,7 kg (met een stop van de nachtvoeding op de gemiddelde leeftijd van respectievelijk 4,4 en 4,1 maanden) (Figuur 3).



Figuur 3 Gemiddelde leeftijd bij het stoppen van nachtvoeding naargelang het geboortegewicht van het kind (vragenlijst 12 maanden, $N=1226$)

Echter, de factor die de duur van nachtvoeding bij baby's het meest beïnvloedt, blijkt het type van voeding te zijn. Kinderen die uitsluitend borstvoeding op de leeftijd van 3 maanden kregen, werden gemiddeld vijf à zes weken langer tijdens de nacht gevoed dan kinderen met kunst- of gemengde voeding (nachtvoeding gestopt op de gemiddelde leeftijd van respectievelijk 4,8 en 3,5 maanden; $p<0,001$).

5 Voedingsmiddelen vermeden om medische redenen

Op de vraag of ze bij hun kind bepaalde voedingsmiddelen om medische redenen moeten mijden, antwoordt 7,4% van de respondenten positief. De door ouders gerapporteerde meest vermeden voedingsmiddelen zijn koemelk(-eiwit) bij 4,2% van de deelnemers, fruit (2,3%), ei (0,7%), lactose (0,5%) en gluten (0,2%). Diverse andere voedingsmiddelen worden bijvoorbeeld ook vermeden omwille van hun constiperend effect.

In tabel 28 wordt een overzicht van deze gegevens getoond, samen met enkele referentiecijfers over de prevalentie van voedselovergevoeligheid voor de respectievelijke

voedingsmiddelen bij jonge kinderen. Voor duiding van deze cijfers verwijzen we naar onderstaande bespreking.

Tabel 28 Overzicht van voedingsmiddelen die ouders bij hun éénjarige kind om medische redenen mijden (vragenlijst 12 maanden)

Bepaalde voedingsmiddelen vermeden om medische redenen?	Respondenten vragenlijst 12m (N=1226)*		Referentiecijfers m.b.t. voedselovergevoeligheid bij jonge kinderen**
	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>	<i>Geschatte prevalentie</i>
Nee	1131	92,6	
Ja	91	7,4	5-6%
Zo ja, welke type van voedingsmiddel(en)?	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>	
Koemelk(-eiwit)	52	4,2	2-3%
Fruit	28	2,3	? [tot 30% bij volw.]
Ei	8	0,7	1-2%
Lactose	6	0,5	? [tot 6% bij 4-jarigen]
Gluten	3	0,2	0,3%
Andere	26	2,1	

* Ontbrekende antwoorden (n=4) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

** Bronnen: cf. onderstaande bespreking

Voedselovergevoeligheid

Klassiek wordt een onderscheid gemaakt tussen twee types van voedselovergevoeligheid, met name voedselallergie en voedselintolerantie (CIRIHA, 2011).

- Bij voedselallergie - of immunologische voedselovergevoeligheid - is er sprake van een abnormale reactie van het immuunsysteem. Het afweersysteem, dat ons tegen een aanval of invasie van schadelijke lichaamsvreemde stoffen verdedigt, beschouwt een bepaald voedingsmiddel in dit geval om een onverklaarbare reden als een vijandige substantie. Algemeen wordt aangenomen dat de prevalentie van alle voedselallergieën in Europa rond de 4,7% bedraagt bij kinderen en rond de 3,2% bij volwassenen (Moneret-Vautrin & Morisset, 2005);
- Voedselintolerantie is een ander type overgevoeligheid waarbij het immuunsysteem geen rol speelt. De reactie wordt veroorzaakt door de slechte verteerbaarheid of opname van een specifieke voedingsstof in het lichaam. Het gaat meestal om een genetisch voorbeschikte anomalie (vb. lactose- of glutenintolerantie).

In een Engelse longitudinale cohortstudie bij 969 kinderen van 1 tot 3 jaar oud in de periode 2001-2002, vond men op basis van een grondige studie van de klinische voorgeschiedenis en orale provocatietesten een voedselovergevoeligheid bij 5 tot 6% van de kinderen. De 3 meest verantwoordelijke voedingsmiddelen waren melk, eieren en pinda's (Venter *et al.*, 2008).

De gemelde prevalenties van voedselovergevoeligheid bij de JOnG!-respondenten op de leeftijd van 12 maanden liggen over het algemeen in de lijn van de prevalentiecijfers gevonden in de literatuur (zie onderstaand literatuuroverzicht in tekstkader). De

vergelijking moet echter met de nodige voorzichtigheid gebeuren, vermits het bij de JOnG!-groep gaat om zelfrapportering door de moeder: mogelijks zijn sommige gerapporteerde gevallen niet op een medische diagnose maar eerder op een vermoeden gebaseerd.

In de JOnG!-studie rapporteren moeders van premature kinderen iets vaker bepaalde voedingsmiddelen bij hun kind te moeten mijden omwille van medische redenen (12,7% bij prematuren versus 7,1% bij a term geboren kinderen) maar het verschil is niet statistisch significant ($p=0,1$). Er is geen verschil naar het type van gemeden voedingsmiddelen tussen beide groepen.

Bondig literatuuroverzicht van de prevalentie van de verschillende types van voedselallergie en voedselintolerantie bij jonge kinderen

Koemelkallergie of koemelkeiwitallergie:

Dit is een voedselallergie waarbij er sprake is van een ongewenste reactie op eiwitten uit koemelk door een abnormale reactie van het immuunsysteem van het lichaam. Koemelkallergie komt vooral bij zuigelingen veel voor. Dit komt omdat hun maag-darmstelsel nog niet volgroeid is. Daardoor kunnen onvolledig verteerde koemelkeiwitten in het bloed terechtkomen. Bij sommige kinderen gaat het lichaam antistoffen tegen deze eiwitten produceren. Dit kan leiden tot allergische reacties zoals eczeem, darmkramp, overgeven en luchtwegklachten. Hoe de koemelkeiwitallergie tot uiting komt, kan echter variëren en geen enkel symptoom is hiervoor specifiek (De Greef *et al.*, 2011). In een uitgebreide literatuurstudie blijkt dat de incidentie van koemelkeiwitallergie bij jonge kinderen ongeveer 2 tot 3% bedraagt in Westerse landen (Host, 2002). Iets meer dan de helft van de kinderen met koemelkallergie zijn rond hun eerste verjaardag weer in staat om koemelk te verdragen. De meeste andere kinderen groeien over hun koemelkallergie heen voordat ze vier à vijf jaar oud zijn.

Ei-allergie:

Hierover worden zeer uiteenlopende prevalentiecijfers in de literatuur gevonden. Deze grote verscheidenheid zou te wijten zijn aan het concept of de methode van de studies en/of aan verschillen tussen bevolkingsgroepen (Rona *et al.*, 2007). Naast koemelkeiwit blijken ei-allergenen toch een van de meest frequente oorzaken van allergische reacties bij kinderen te zijn. Ei-allergie treft 1 à 2% van de kinderen in de voorschoolse periode en neemt af met de leeftijd (Allen, Campbell & Kemp, 2007; Kemp, 2007; Moneret-Vautrin & Morisset, 2005).

Lactose-intolerantie:

Dit is geen allergie maar het onvermogen de melksuiker lactose te verteren, waardoor darmklachten ontstaan. Het is dankzij het enzym 'lactase' (dat ter hoogte van de dunne darm vrij komt) dat de mens in staat is om lactose in glucose en galactose te splitsen, die vervolgens in het bloed kunnen opgenomen worden. Normaal gezien produceren baby's voldoende lactase om de lactose in melk te kunnen verteren. Maar het vermogen dit enzym aan te maken neemt in principe geleidelijk af met het ouder worden, zodat de meeste mensenrassen op volwassen leeftijd lactose-intolerant worden (of slechts kleinere hoeveelheden lactose kunnen consumeren zonder darmklachten). Deze zogenaamde 'primaire lactase deficiëntie' treft 70% van de wereldpopulatie (cf. Tabel 29), maar de prevalentie en de leeftijd waarop ze zich manifesteert is etnisch bepaald: in Peru worden 30 à 55% van de kinderen lactose-intolerant vóór het vierde levensjaar, terwijl dit voor Noord-Europeanen en Chinezen respectievelijk 6% en 30% is (Heyman, 2006; Vesa,

Marteau & Korpela, 2000).

Bij zuigelingen kan lactose-intolerantie het gevolg zijn van een aangeboren defect waardoor het enzym 'lactase' niet aangemaakt wordt: congenitale lactase deficiëntie is echter een zeer zeldzame aandoening. Bij jonge kinderen is lactose-intolerantie meestal een tijdelijk probleem dat ontstaat bij een letsel van het dunne darmslijmvlies door bepaalde aandoeningen zoals gastroenteritis, darmparasieten, virussen (bv. rotavirus), schimmels (bv. candida albicans). Éénmaal de infectie genezen is en het dunne darmslijmvlies hersteld, hervat de productie van lactase en is het kind opnieuw in staat om lactose in te nemen zonder darmklachten.

Tabel 29 Prevalentie van lactose-intolerantie bij volwassenen volgens geografische streken en bevolkingsgroepen (in dalende volgorde)

Bevolkingsgroep (geografische regio)	Prevalentie van lactose-intolerantie
1. Aziaten (Oost-Azië)	90-100%
2. Autochtonen (Noord-Amerika)	80-100%
3. Aziaten (Centraal Azië)	80%
4. Afro-Amerikanen (Noord-Amerika)	75%
5. Afrikanen (Afrika)	70-90%
6. Indiërs (Zuid-Indië)	70%
7. Fransen (Zuid-Frankrijk)	65%
8. Ashkenazi-Joden (Noord-Amerika)	60-80%
9. Balkanezen (Balkanlanden)	55%
10. Latino's (Noord-Amerika)	51%
11. Indiërs (Noord-Indië)	30%
12. Engelsen (Noord-Amerika)	21%
13. Italianen (Italië)	20-70%
14. Fransen (Noord-Frankrijk)	17%
15. Finnen (Finland)	17%
16. Oostenrijkers (Oostenrijk)	15-20%
17. Duitsers (Duitsland)	15%
18. Engelsen (U.K.)	5-15%

Bron: <http://www.cirha.org/nl/allergie-lait-intolerance-lactose/prevalence/pagina-2.html>

Fructose-malabsorptie:

Dit is de meest voorkomende vorm van fructose-intolerantie. Het fenomeen dat zich hierbij voordoet is vergelijkbaar met lactose-intolerantie: door een tekort aan een speciaal transporteiwit wordt fructose (of vruchtensuiker) niet (volledig) door de dunne darm opgenomen. De overtollige fructose komt vervolgens in de dikke darm terecht, waar hij door de aanwezige darmflora snel wordt gefermenteerd. Hierbij ontstaan zuren en gassen, die voor buikpijn, krampen, winderigheid en zelfs diarree zorgen. Deze vorm van fructose-intolerantie komt vrij vaak voor: in Midden-Europa lijdt 30% van de bevolking aan deze aandoening. Maar net zoals bij lactose-intolerantie hebben de meeste van deze mensen geen enkel probleem bij het eten van kleine hoeveelheden fruit. Fructosemalabsorptie doet zich echter vaak samen met lactose-intolerantie voor.

Er bestaat ook een erfelijke vorm van fructose-intolerantie, waarbij het lichaam het benodigde enzym om fructose af te breken in de lever mist. In tegenstelling tot de gewone fructose-intolerantie gaat het hier om een zeldzame en potentieel zeer gevaarlijke congenitale aandoening. In de literatuur wordt de incidentie ervan geschat op 2 à 8 op 1000 (Food-Info.net, Wageningen University, The Netherlands. www.food-info.net/nl/intol/hfi.htm).

Glutenintolerantie:

Glutenintolerantie - ook glutenenteropathie of coeliakie genoemd - is een auto-immuunziekte veroorzaakt door overgevoeligheid van de dunne darmwand voor gluten die aanwezig zijn in bepaalde graansoorten. Bij zuigelingen en kleine kinderen kan glutenintolerantie zich manifesteren onder de vorm van diarree, winderigheid, gebrek aan eetlust, braken, gewichtsverlies, enz. Deze intolerantie kan zich op elke leeftijd manifesteren, ten gevolge van onbekende omgevingsfactoren (mogelijks een virus) die inwerken op een genetisch voorbeschikte persoon. Het lichaam maakt antistoffen tegen eigen lichaamscellen waardoor ontstekingsletsels ontstaan die voornamelijk gelokaliseerd zijn in de dunne darm. Het slijmvlies van de dunne darm raakt zodanig beschadigd dat malabsorptie ontstaat. Het dunne darmslijmvlies herstelt zich geleidelijk wanneer een (strict) glutenvrij dieet gevolgd wordt. De prevalentie van glutenenteropathie wordt geschat op 0,3%, maar kan sterk variëren per land (Food-Info.net, Wageningen University, The Netherlands. www.food-info.net/nl/intol/hfi.htm).

6 Vegetarisch en veganistisch voedingspatroon

Vegetarisme is een voedingswijze die zich kenmerkt door het niet eten van vlees, vis, schaaldieren of gevogelte. Veganisme is een striktere variant ervan, waarbij men alleen plantaardig voedsel tot zich neemt, en dus op geen enkele wijze gebruik maakt van producten die van dieren afkomstig zijn (zoals melk en eieren).

Volgens de aanbevelingen van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Kind en Gezin kan een jong kind volwaardig gevoed worden met een evenwichtige vegetarische voeding. Dit geldt niet voor een veganistische voeding, waarmee een volwaardige voeding voor opgroeiende kinderen niet gerealiseerd kan worden zonder voedingssupplementen. Om deze reden wordt veganistische voeding door de VVK-voedingscel afgeraden (VVK-voedingscel en Kind & Gezin, 2008).

Op de vraag of de ouder (en/of partner) vegetarisch of veganistisch eet, antwoordden 70 (5,8%) respondenten bevestigend. In twee derde van de gevallen geeft de ouder echter aan dat hij/zij deze principes slechts gedeeltelijk volgt. Een veganistisch voedingspatroon komt gelukkig zelden voor: slechts één respondent eet uitsluitend veganistisch, terwijl twee ouders zich gedeeltelijk aan deze strikte regels houden (Tabel 30).

Op de vraag of vegetarische respondenten dezelfde principes gedeeltelijk of volledig bij de voeding van hun kind toepassen, antwoordden 9 (12,9%) van de 70 betrokken respondenten liever niet. Bij resterende 61 gezinnen geven 22 (36,0%) ouders aan dit wel te doen (met name in dezelfde mate dan bij zichzelf in 19 gevallen, en met versoepeling van de regels in 3 gevallen). In totaal krijgen 22 (1,8%) éénjarige JOnG!-respondenten een vegetarisch voedingspatroon, maar bij slechts 5 van hen geeft de ouder aan deze principes volledig toe te passen (Tabel 31).

Tabel 30 Overzicht van vegetarisch en veganistisch voedingspatroon bij ouders van éénjarige respondenten (vragenlijst 12 maanden)

Voedingswijze bij ouder (en/of partner)	Respondenten vragenlijst 12 maanden (N=1226)*					
	Uitsluitend		Gedeeltelijk		Totaal	
	Aantal (%)		Aantal (%)		Aantal (%)	
Niet vegetarisch noch veganistisch	-		-		1136	(94,2)
Vegetarisch	21	(1,7)	40	(3,3)	61	(5,1)
Veganistisch	1	(0,1)	2	(0,2)	3	(0,2)
Vegetarisch en/of veganistisch [‡]	1	(0,1)	5	(0,4)	6	(0,5)
Totaal: Aantal (%)	23	(98,2)	47	(1,4)	1206	(100)

* Ontbrekende antwoorden (n= 20) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

[‡] Onderscheid tussen vegetarisch en veganistisch voedingswijze niet gespecificeerd

Tabel 31 Overzicht van vegetarisch en veganistisch voedingspatroon bij ouders en bij hun éénjarige kind (op basis van oudersrapportage in de JOnG!-geboortecohorte)

Voedingspatroon bij ouder (en/of partner)	Respondenten vragenlijst 12 maanden Voedingspatroon bij het kind (N=1226)*							
	Niet vegetarisch noch veganistisch		Gedeeltelijk vegetarisch		Uitsluitend vegetarisch		Totaal	
	Aantal (%)		Aantal (%)		Aantal (%)		Aantal (%)	
Niet vegetarisch noch veganistisch	1136	(94,9)	0	(0,0)	0	(0,0)	1136	(94,9)
Gedeeltelijk vegetarisch	23	(1,9)	14	(1,2)	0	(0,0)	37	(3,1)
Uitsluitend vegetarisch	13	(1,1)	3	(0,3)	5	(0,4)	21	(1,8)
Gedeeltelijk veganistisch	2	(0,2)	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(0,2)
Uitsluitend veganistisch	1	(0,1)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,1)
Totaal: Aantal (%)	1175	(98,2)	17	(1,4)	5	(0,4)	1197	(100)

* Ontbrekende of onvolledige antwoorden op deze vragen (n=29, waarvan 9 bij ouder(s) met een vegetarisch of veganistisch voedingspatroon) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

HOOFDSTUK 5

Bespreking

In dit rapport wordt verslag uitgebracht van een aantal aspecten van het sociaal-demografisch profiel op de leeftijd van 12 maanden, en de gezondheid en het voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar van een cohorte kinderen, geboren in 9 regio's van Kind en Gezin verspreid over de verschillende Vlaamse provincies en het Brussels Gewest. De meeste gegevens in dit rapport zijn afkomstig van een schriftelijke bevraging van ouders op het ogenblik dat hun kind ongeveer 12 maanden oud is. Waar het mogelijk en relevant is worden deze gegevens aangevuld en/of vergeleken met cijfers van de volledige JOnG!-cohorte ($N=3017$ 'deelnemers'; Ikaros) en van de respondenten van de eerste bevraging ($N=2106$; 'respondenten' vragenlijst 2 maanden), en getoetst aan wat hierover nationaal en/of internationaal bij deze leeftijdsgroep gekend is.

Voor de bevraging op de leeftijd van 12 maanden beschikken we over een bestand met 1226 records ('respondenten 12 maanden'), wat overeenstemt met 40,6% van de deelnemers. Van bijna 3 op 4 van de deelnemers hebben we minstens één ingevulde vragenlijst (2 maanden en/of 12 maanden), en van alle deelnemers zijn de Ikaros-data van Kind en Gezin beschikbaar. Net zoals bij de startbevraging (op 2 maanden) is de respons op de vragenlijst 12 maanden het laagst in de regio's Antwerpen, Brussel en Gent, terwijl de beste responsrate in de regio's Geel, Ieper en Tielt-Winge werd bekomen.

1 Het sociaal-demografisch profiel van de respondenten op 12 maanden

Voor een aantal sociaal-demografische parameters is vergelijking van de JOnG!-respondenten 12 maanden mogelijk met het profiel van de JOnG!-respondenten 2 maanden, de JOnG!-deelnemers en de Vlaamse geboortecohorte 2009.

Ondanks de verdere daling van de respons bij bevraging (van 69,8% op 2 maanden naar 40,6% op 12 maanden) blijft de **geslachtverdeling** van de respondenten in overeenstemming met die van de respectieve Vlaamse geboortecohorte.

De proportie respondenten van **niet-Belgische nationaliteit** daarentegen, neemt verder af. Vooral de proportie moeders die bij hun eigen geboorte geen Belgische nationaliteit hadden, is in de groep respondenten 12 maanden 3,5% lager dan bij de respondenten 2 maanden, en bijna 8% lager dan bij de JOnG!-deelnemers. De non-respons in de opeenvolgende metingen is op dit vlak dus selectief, ten nadele van niet-Belgen (Tabel 32).

De bevraging op de leeftijd van 12 maanden heeft echter de **herkomst** van de respondenten, in termen van geboorteland en/of nationaliteit van ouders en grootouders, meer in detail in kaart gebracht. Hieruit blijkt dat de groep respondenten van de bevraging 12 maanden heel wat "gekleurder" is dan op het eerste gezicht op basis van de nationaliteitsgegevens van moeder en kind zou blijken. Bijna 14% van de

respondenten heeft een vader, en 10% heeft een moeder, van niet-Belgische herkomst. Wanneer de herkomst van beide ouders samen, of ook die van de grootouders, in rekening wordt gebracht, dan blijkt respectievelijk 15,5% van de respondenten minstens één van beide ouders en bijna 19% minstens één van zijn ouders of grootouders te hebben die geboren is buiten België en/of van niet-Belgische nationaliteit is. Opvallend is ook dat in bijna 2 op 3 van deze gevallen de herkomst teruggaat naar een land van de WHO regio's B, C of D, waarvan volgens de Wereldgezondheidsorganisatie het ziekte- en sterftcijfer hoger is dan in Westerse landen (WHO regio A). In hoeverre, en tot in welke generatie, de sociaal-economische achtergrond van het land van herkomst doorweegt in de sociaal-economische status en de gezondheid van immigranten na aankomst in hun gastland is voorwerp van verder onderzoek bij de huidige en toekomstige metingen in deze JOnG!-cohort.

Tabel 32 Vergelijking van aspecten van het sociaal-demografisch profiel en de perinatale gezondheid van JOnG!-deelnemers en JOnG!-respondenten met die van kinderen van de volledige Vlaamse geboortecohorte zoals geregistreerd door Kind en Gezin (K&G, 2009) en het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE, 2009)

Sociaaldemografische indicatoren	JOnG! (2008-2009)			Vlaanderen (2009)
	Respondenten 12m (N=1226)	Respondenten 2m (N=2106)	Deelnemers (N=3017)	K&G/SPE
Geslacht (% jongens)	51,1	50,8	51,1	51,5
Nationaliteit (% Belg)				
Kind	98,0	97,0	96,0	-
Moeder bij geboorte kind	94,1	91,5	89,0	-
Moeder bij eigen geboorte	91,0	87,5	83,1	78,3
Taal vragenlijst (% Nederlands)	96,4	94,5	92,7	-
Samenwoningsverband (%)				
Twee-ouder gezin	93,0	96,9	-	-
Alleenstaande ouder	7,0	2,3	-	-
Andere	0,0	0,8	-	-
Prematuur geboren (% <37w)	5,1	5,4	6,1	7,2

Het is niet onverwacht dat op de leeftijd van 12 maanden proportioneel meer kinderen met een alleenstaande ouder opgroeien dan kort na hun geboorte het geval was (van 2,3% op de leeftijd van 2 maanden, naar 7% op de leeftijd van 12 maanden). Het rapport '*Statistics on Income and Living Conditions (SILC)*' raamt het **armoederisico** bij alleenstaande ouders met één afhankelijk kind in 2009 op 22,3%. Volgens het pas gepubliceerde Federaal Jaarboek 2012 'Armoede in België' bedraagt de 'Europese' armoedegrens anno 2010 voor België 973 euro per maand voor een alleenstaande en 2044 euro per maand voor een huishouden van twee volwassenen en twee kinderen. Deze armoedegrens is 60% van het mediane inkomen (Vranken et al, 2012). Volgens dezelfde bron leeft 14,6% van de totale Belgische bevolking - en 35,5% van de eenoudergezinnen - onder deze armoedegrens. Bij kinderen ligt het armoederisico zeer hoog: het bedraagt namelijk 18,5% bij jongeren tussen 0 en 15 jaar en loopt tot 22% bij kinderen tussen 0 en 2 jaar.

Deze hoge cijfers worden bevestigd in de JOnG!-studie, waar op basis van de ingevulde vragenlijsten 12 maanden van (slechts) 25 alleenstaande ouders met één kind het armoederisico geraamd wordt op 36,0% (netto maandelijks gezinsinkomen \leq 1500 euro). In gezinnen met vier gezinsleden (beschouwd als 'proxy' voor een modaal gezin met twee ouders en twee kinderen) wordt dit risico in de JOnG!-studie geschat op 11,2% (netto maandelijks gezinsinkomen \leq 2000 euro), wat aanzienlijk hoger is dan wat SILC voor dergelijke gezinnen vooropstelt (slechts 3,6%).

Zowel in de SILC- als in de JOnG!-studie zijn de cijfers over gezinsinkomen en gezinssamenstelling gebaseerd op zelfrapportering, weliswaar in de SILC-studie via interview en in de JOnG!-studie via post-enquêteering. Verschillen in methodiek en wijze van vraagstelling tussen beide studies, met mogelijke onderschatting van het globale gezinsinkomen in de JOnG!-studie, zouden de gevonden verschillen in armoederisico minstens gedeeltelijk kunnen verklaren.

2 Aspecten van de gezondheid en de veiligheid in het eerste levensjaar

Meer dan de helft van de respondenten (53,4%) heeft in het eerste levensjaar regelmatig, vaak of altijd last gehad van een of meerdere gezondheidsproblemen. Vooral **neus-keel-oor-** en **luchtwegproblemen** kwamen het meest voor, met respectievelijk 33,2% en 27,1% van de kinderen die hiervan in het eerste levensjaar regelmatig of meer last hebben gehad.

Deze gezondheidsproblemen deden zich significant vaker voor bij kinderen die **buiten hun eigen gezin werden opgevangen**. Dat jonge kinderen vaker luchtwegen- en NKO-infecties oplopen wanneer ze regelmatig in contact komen met andere kinderen is sinds lange tijd gedocumenteerd (Paradise *et al*, 1997). Uit een recente publicatie blijkt bovendien dat kinderen opgevangen in grootschalige opvangstructuren vaker ziek zijn dan kinderen in kleinere opvangsystemen, maar het op lange termijn niet minder goed stellen dan hun leeftijdsgenoten, integendeel (Côté *et al*, 2010). Dit werd aangetoond aan de hand van een longitudinale studie opgezet in Canada, waarbij 1.238 kinderen vanaf de leeftijd van 5 maanden tot 8 jaar werden opgevolgd. Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen die vóór de leeftijd van 30 maanden naar een groot kinderdagverblijf gingen tot die leeftijd 61% meer luchtweginfecties en 62% meer oorontstekingen hadden dan hun leeftijdsgenoten die thuis of in kleine opvangstructuren (zoals bij onthaalouders) verbleven. Tussen 2,5 en 4,5 jaar hadden de crèche-kinderen evenveel infecties en tussen 4,5 en 8 jaar juist 21% minder luchtweg- en 43% minder oorontstekingen. Darminfecties kwamen bij de verschillende groepen kinderen even vaak voor. Kinderen die pas na de leeftijd van 2,5 jaar naar de crèche gingen, hadden wel een verhoogd infectierisico als kleuter (47% meer luchtweginfecties en maar liefst 136% meer oorontstekingen) maar niet het gezondheidsvoordeel op de lagere school. Hieruit concluderen de onderzoekers dat crèche-kinderen weerstand opbouwen door infecties door te maken. Volgens hen is er een kritieke periode waarin het immuunsysteem 'op scherp komt te staan' door frequente infecties. Alleen op die leeftijd (dus vóór 2,5 jaar) zorgen infecties voor bescherming op latere leeftijd. Hoe dit precies werkt en of het effect ook voortduurt na de basisschoolleeftijd, is op dit ogenblik nog onduidelijk.

Bijna 1 op 5 van de JOnG!-respondenten (18,7%) werd in het eerste levensjaar minstens 1 keer **in een ziekenhuis opgenomen**, waarvan de overgrote meerderheid met overnachting. Dit cijfer situeert zich aan de ondergrens van de raming die in de gezondheidsenquête 2008 voor deze leeftijdsgroep in het Vlaamse Gewest wordt gemaakt omtrent ziekenhuisopname tijdens de voorbije 12 maanden. Omwille van de kleine steekproef in de leeftijdscategorie 0-1 jarigen ($n=71$) en 1-2-jarigen ($n=72$), kennen de prevalentiecijfers van de gezondheidsenquête echter een breed betrouwbaarheidsinterval (95%BI: 18,0%-43,2% voor het eerste levensjaar, en 5,2%-25,5% voor het tweede levensjaar). De relativiteit van dit prevalentiecijfer wordt overigens bevestigd door het feit dat de gezondheidsenquête 2004 voor dezelfde leeftijdsgroepen tot een aanzienlijk lagere schatting kwam (95%BI: 8,6%-31,6% voor het eerste levensjaar, en 1,3%-18,6% voor het tweede levensjaar) (Health Interview Survey, Belgium 2004 - 2008).

Het gerapporteerde **medicatiegebruik** op de leeftijd van 1 jaar ligt opvallend hoog in de JOnG!-studie (53% van de éénjarige respondenten hebben voorgeschreven geneesmiddelen in de voorbije maand ingenomen), en de meest gebruikte klassen van geneesmiddelen passen logischerwijze bij de frequentst gemelde gezondheidsproblemen in deze groep (met name infectieuze en allergische pathologie van de luchtwegen). Ook hier zijn de cijfers van de gezondheidsenquête de enige bron van vergelijking voor deze leeftijdsgroep. De gegevens van de gezondheidsenquêtes zijn echter gebaseerd op rapportage van ouders over de voorbije 2 weken. Het is daarom niet verwonderlijk dat de bekomen resultaten een stuk lager liggen dan in de JOnG!-bevraging, met name 23,8% voor het eerste levensjaar en 11% voor het tweede levensjaar. Bovendien is de omvang van de steekproef voor deze jonge leeftijdsgroep in deze gezondheidsenquête ook veel kleiner ($n=66$ in de leeftijdscategorie 0-1 jarigen, en $n=72$ voor 1-2-jarigen), waardoor de prevalentiecijfers een breed betrouwbaarheidsinterval kennen (95%BI: 13,4%-34,1% voor het eerste levensjaar, en 4,3%-17,7% voor het tweede levensjaar).

Tot de groep JOnG!-respondenten 12 maanden behoren 5,1% **prematuren** (geboren na een zwangerschapsduur van 36 weken en 6 dagen of minder), wat erg vergelijkbaar is met de proporties bij de respondenten 2 maanden, de deelnemers aan de JOnG!-studie, en de respectieve Vlaamse geboortecohorte. Op 1 kind na, gaat het bij de JOnG!-respondenten (vragenlijst 12 maanden) echter om licht premature kinderen (zwangerschapsduur tussen 32 weken en 36 weken + 6 dagen). Desondanks kent deze groep van licht-prematuren tijdens het eerste levensjaar significant meer gezondheidsproblemen in het maagdarmsstelsel dan à terme geboren kinderen, een verschil dat gradueel toeneemt per week dat het kind vroeger geboren is. Bovendien is er een (niet-significante) trend voor frequentere ziekenhuisopnames in de groep premature kinderen (27% versus 18%; $p=0,08$).

In de literatuur zijn bijzonder weinig gegevens te vinden die als vergelijkingspunt voor deze gegevens kunnen dienen: een oudere studie zoals het Nederlandse POPS-onderzoek (dat in 1983 van start is gegaan) levert zeer waardevol materiaal in die mate dat het de kinderen heeft opgevolgd over een zeer lange periode en dus een zicht geeft op langetermijngevolgen die prematuriteit met zich kan meebrengen (Den Ouden, 1996; Weisglas-Kuperus et al, 2006; Verloove-Vanhorick et al, 2002). Intussen is de aanpak en begeleiding van premature pasgeborenen zodanig geëvolueerd dat het recent onderzoek vereist om de weerslag van prematuriteit bij de jonge generatie in kaart te brengen. De recente studies focussen echter (1) op extreme prematuriteit, (2) op de morbiditeit bij

ontslag van het ziekenhuis, en (3) op de uitkomsten op het vlak van gezondheid, gedrag en ontwikkeling op schoolgaande leeftijd en op langere termijn.

Het Nederlandse Pinkeltje-onderzoek (ook 'Lollipop' genoemd, naar '*L*ongitudinal *P*reterm *O*utcome *P*roject') levert een beperkte set van gegevens over gezondheidsproblemen in het eerste levensjaar bij licht prematuur geboren kinderen (Kerstjens, 2008). In deze studie waarbij 2.123 kinderen (waarvan 550 zwaar premature, 998 licht premature, en 575 niet premature kinderen) geboren in 2002 en 2003 werden opgevolgd, werd de prevalentie van luchtwegenproblemen en daaraan gerelateerde ziekenhuisopnames tijdens het eerste en vierde levensjaar nagegaan. De resultaten zijn gebaseerd op schriftelijke ouderrapportage aan de hand van een ISAAC-vragenlijst (International Study of Astma and Allergy in Childhood) op de leeftijd van 3 jaar 9 maanden. Deze studie toont een statistisch significant verschil tussen de 3 groepen, met een verhoogde prevalentie van respiratoire klachten bij prematuren op beide leeftijden, en een verhoogd aantal ziekenhuisopnames voor luchtwegenproblemen tijdens het eerste levensjaar, en dit des te meer naarmate de graad van prematuriteit stijgt.

Voor wat de problemen in het maagdarmsstelsel betreft, kan een verminderde darmperistaltiek de oorzaak zijn van een onregelmatig stoelgangpatroon bij prematuren. Bovendien wordt aangenomen dat gastro-oesofageale reflux (een vaak voorkomend probleem bij zuigelingen, dat soms ongemerkt kan blijven) vaker voorkomt bij prematuren, waardoor deze hiervoor frequent (preventief) behandeld worden. In de recente literatuur wordt echter betwist dat gastro-oesofageale reflux – met de daarbij behorende complicaties zoals luchtwegeninfecties en apnoe - vaker bij prematuren zou voorkomen dan bij hun à terme geboren leeftijdsgenoten (Poets & Brockmann, 2011).

Over de **blootstelling van kinderen aan tabaksrook** op de leeftijd van 1 jaar zijn voor Vlaanderen geen betrouwbare schattingen bekend. Op basis van rapportering door meer dan 1200 ouders in de JOnG!-studie blijkt 1 op 10 kinderen ongewild blootgesteld te worden aan roken in hun directe omgeving (binnenshuis en/of in de auto). Gelukkig gaat het in meer dan de helft van de gevallen om een gemiddelde blootstelling van minder dan 1 sigaret per dag, alhoewel een niet te verwaarlozen proportie (ongeveer 15% van de kinderen die blootgesteld worden) de rook van meer dan 5 sigaretten per dag te verwerken krijgt. Bij een gelijkaardige bevraging op de leeftijd van 2 maanden bleek er voor 14% van de JOnG!-kinderen sprake te zijn van ongewilde blootstelling aan tabaksrook. De lichte daling van gerapporteerde blootstelling op de leeftijd van 12 maanden kan uiting zijn van het feit dat sommige rokende ouders vermijden om in de nabijheid van hun jonge kind te roken, wat trouwens een advies is dat door regioverpleegkundigen in het kader van de preventie van wiegendood systematisch aan jonge ouders wordt gegeven.

Meer dan 10 jaar geleden raamde Kind en Gezin, op basis van een bevolkingsonderzoek bij meer dan 5000 kinderen tussen 0 en 3 jaar, de **ongevalsincidentie** op respectievelijk 13%, 22% en 25% in het eerste, tweede en derde levensjaar. De JOnG!-bevraging op de leeftijd van 12 maanden vond daarentegen een incidentie van slechts 5,5% sinds de vorige bevraging (d.w.z. sinds de leeftijd van gemiddeld 2 maanden), waarvan 1 op 3 tijdens de voorbije maand plaatsvond. De opvallend lagere incidentie gevonden in het onderzoek JOnG! kan mogelijks verklaard worden door het retrospectief

karakter van de bevraging met betrekking tot een redelijk lange periode (tussen de leeftijd van gemiddeld 2 maanden en 12 maanden) wat tot onderrapportering kan leiden. Het bevolkingsonderzoek van Kind en Gezin was ook gebaseerd op een retrospectieve rapportage van ouders maar met een maandelijkse frequentie gedurende een periode van 12 maanden (Kind en Gezin, 2003). Toch blijkt uit een vergelijking tussen beide studies van de frequentieverdeling van ongevallen volgens de plaats van het ongeval opvallende gelijkenissen. Meer dan de helft van de ongevallen doet zich voor in of om de eigen woning.

3 Voedingspatroon van kinderen tijdens het eerste levensjaar

Internationale rapporten (WHO, 2003) benadrukken dat een onevenwichtige voeding, samengaan met een inactieve levensstijl, verantwoordelijk is voor een belangrijk deel van de mortaliteit en morbiditeit in Westerse landen. 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 obesitas, verhoogde cholesterolspiegel, hypertensie. Anderzijds blijkt uit talrijke studies dat bepaalde voedingsstoffen en voedingsmiddelen (o.a. fruit en groenten) een belangrijke rol kunnen spelen in de preventie van chronische ziekten zoals cardiovasculaire aandoeningen, bepaalde vormen van kanker. Ten slotte speelt het aannemen/aanleren van gezonde voedingsgewoonten op zeer jonge leeftijd een bepalende rol bij de voedingsvoorkeuren van het kind op langere termijn, wat op zijn beurt een gezond en gediversifieerd eetpatroon op volwassene leeftijd bevordert.

In het kader van JOnG! wordt beoogd om het voedingspatroon bij zeer jonge kinderen in Vlaanderen in kaart te brengen en longitudinaal op te volgen.

In onderstaande bespreking worden de resultaten uit de JOnG!-studie vergeleken met gegevens uit het grootschalige 'onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen' uitgevoerd door Kind en Gezin in 2002: bij het kwantitatieve luik van dit onderzoek werden ouders van jonge kinderen verspreid over heel Vlaanderen bevestigd via schriftelijke enquête op de respectievelijke leeftijd van 3 (n=733), 6 (n=764), 12 (n=719) en 24 maanden (n=611) (Lenaers & Goffin, 2002). Premature kinderen, meerlingen, kinderen van een allochtone moeder en kinderen in een kansarme situatie werden niet in de onderzoekspopulatie opgenomen.

Er bestaat brede consensus over de aanbeveling om kinderen tot de leeftijd van 6 maanden uitsluitend **borstvoeding** te geven, en borstvoeding daarna tot 2 jaar als melkvoeding door te geven (WHO/UNICEF, 2003). Uit eerdere rapportering, op basis van Ikaros-gegevens van Kind en Gezin, blijken 2 op 3 Vlaamse kinderen op dag 6 na hun geboorte exclusief borstvoeding te krijgen, en is dit op de leeftijd van 3 maanden nog voor 1 op 3 van de kinderen het geval. Uit de JOnG!-bevraging op 12 maanden blijkt nu dat voor slechts 1 op 10 kinderen (11,7%) de WHO-aanbeveling van exclusief borstvoeding tot de leeftijd van 6 maanden effectief wordt gevolgd. Anderzijds blijken, volgens dezelfde bevraging nog 1 op 3 (33,7%) kinderen op de leeftijd van 6 maanden borstvoeding te krijgen in combinatie met andere voeding. Na grondige analyse van de

factoren die een invloed hebben op het starten en (minstens 3 maanden) volhouden van exclusief borstvoeding blijken hogere opleiding van de moeder en niet-Belgische nationaliteit van de moeder bij haar eigen geboorte bevorderende factoren te zijn, terwijl de kans op borstvoeding lager ligt bij eerstgeborenen, moeders met overgewicht en moeders die rookten na de zwangerschap.

Wanneer we deze resultaten vergelijken met de gegevens afkomstig uit het hoger genoemde 'Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen' dat in 2002 werd uitgevoerd door Kind en Gezin, zien we tussen 2002 en 2009 (jaar van de gegevensverzameling in JOnG!) een opmerkelijke stijging van de proportie kinderen die borstvoeding krijgen, en dit zowel voor exclusief borstvoeding als voor borstvoeding in combinatie met andere voeding en op alle leeftijden (Tabel 33). Hieruit blijkt dat de inspanningen die Kind en Gezin, samen met kraamverpleegkundigen, kraamhelpsters en andere hulpverleners (onder meer gynaecologen, huisartsen, kinderartsen) de laatste jaren leverde om zijn specifieke doelstellingen i.v.m. borstvoeding (zoals in de conclusies van het rapport geformuleerd) te behalen, duidelijk vruchten hebben afgeworpen, met name: (1) het aantal starters met borstvoeding verhogen, (2) exclusief borstvoeding op drie maanden doen toenemen.

Tabel 33 Proportie van kinderen die exclusief borstvoeding of borstvoeding in combinatie met andere voeding kregen op de leeftijd van 6 dagen, 3, 6 en 12 maanden. Vergelijking tussen de JOnG!-studie (Ikaros-gegevens en vragenlijst 12 maanden) en het 'Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen' uitgevoerd door Kind en Gezin in 2002 (Lenaers & Goffin, 2002)

Op de leeftijd van	JOnG!-studie (2008-2009)		Kind en Gezin-studie (2002)	
	Exclusief borstvoeding	Borstvoeding al dan niet in combinatie met andere voeding	Exclusief borstvoeding	Borstvoeding al dan niet in combinatie met andere voeding
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
6 dagen	(N=3017) 69,6	(N=3017) 75,9	(N=1505) 58,9	(N=1505) 63,4
3 maanden	(N=3017) 38,2	(N=3017) 62,6	(N=742) 25,2	(N=742) 38,9
6 maanden	(N=1226) 11,7	(N=1226) 33,7	(N=766) 0,8	(N=766) 15,6
12 maanden	(N=1226) 0,1	(N=1226) 9,5	(N=705) 0,0	(N=705) 3,9

Wat het gebruik van **andere melkvoedingen** tijdens het eerste levensjaar betreft, kunnen de cijfers van JOnG! tegen het licht gehouden worden van de Vlaamse richtlijnen voor deze leeftijdsgroep. In overeenstemming met deze aanbeveling krijgt een overgrote meerderheid van de éénjarige kinderen nog een opvolgmelk, of is geheel of gedeeltelijk overgeschakeld op groeimelk of volle melk. Alle melkvoedingen in acht genomen (borst- en andere melkvoedingen) blijkt nagenoeg 95% minstens twee keer per dag een geschikte melkvoeding te krijgen. Uit de hogervermelde studie van Kind en Gezin blijkt dat de situatie in 2002 veel minder gunstig was: toen kreeg 18,4% van de éénjarige kinderen melkvoeding die voor deze leeftijd niet geschikt is (zoals halfvolle of magere koemelk en andere dierlijke of plantaardige melk of melkbereiding) (Lenaers & Goffin,

2002). Ook op dat vlak is Kind en Gezin er samen met haar partners dus in geslaagd om haar doelstelling - met name 'het gebruik van adequate melkvoeding op de leeftijd van 12 maanden doen toenemen' - te bereiken.

Wat het gebruik van **andere voedingsmiddelen** betreft, levert de studie JOnG! cijfers voor jonge kinderen in Vlaanderen. In overeenstemming met de Vlaamse aanbevelingen eten 8 op 10 éénjarigen elke dag fruit, 9 op 10 elke dag groenten, en krijgt drie kwart van de kinderen dagelijks brood (en nog eens 1 op 5 eet dit laatste op minder frequente basis). Anderzijds krijgt een niet onbelangrijke groep reeds dagelijks kinderkoeken (28,6%), en wordt door 1,5% dagelijks en nog eens 6,7% meermaals per week gezoete melkdranken gedronken. Meer dan 5% van de kinderen krijgt dagelijks andere gezoete dranken, en bijna 11% krijgt deze meermaals per week. Uit de vergelijking met de gegevens uit het reeds genoemde Kind en Gezin-onderzoek blijkt dat de dagelijkse fruit- en groentenconsumptie sinds 2002 licht gestegen is, terwijl broodconsumptie duidelijk vooruitgang heeft geboekt (64,6% in 2002 tegen 76,9% in 2009) (Tabel 34). Wegens het gebruik van andere categorieën bij de bevraging is de vergelijking tussen beide studies op vlak van dranken niet mogelijk. Wat alleszins in de studie van 2002 opvalt, is de grote proportie van kinderen die op de leeftijd van 12 maanden zoete dranken tussen de maaltijden kregen (dezelfde kinderen kunnen in verschillende categorieën terugkomen): 16,2% van hen krijgt namelijk roosvicee, 4,4% gezoete melkdranken en 4,1% frisdranken (Lenaers & Goffin, 2002).

Tabel 34 Frequentie van consumptie van fruit, groenten en brood bij éénjarigen. Vergelijking tussen de JOnG!-studie (vragenlijst 12 maanden) en het 'Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen' uitgevoerd door Kind en Gezin in 2002 (Lenaers & Goffin, 2002)

Voedingsmiddelen	JOnG-studie (2008-2009)		Kind en Gezin-studie (2002)	
	Dagelijks	1 à 6 keer per week	Dagelijks	1 à 6 keer per week
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Fruit(of fruitpap)	(N=1226) 80,3	(N=1226) 16,4	(N=698) 78,1	(N=698) 16,4
Groenten (of groentepap)	(N=1226) 91,7	(N=1226) 6,9	(N=699) 91,3	(N=699) 8,4
Brood	(N=1226) 76,9	(N=1226) 20,9	(N=702) 64,6	(N=702) 22,5

Uit deze JOnG!-cijfers blijkt dat zich reeds in het eerste levensjaar **voedingsfouten** voordoen die door Huybrechts en collega's ook vastgesteld werden bij Vlaamse kleuters (Huybrechts *et al.*, 2008, Vereecken & Maes, 2010). In dit onderzoek - opgezet in 2002-2003 bij 1.847 jonge Vlaamse kinderen (leeftijdssrange 2,5 tot 6,5 jaar) - werd namelijk aangetoond dat het voedingspatroon van kleuters in zeer geringe mate overeenkomt met de geldende Vlaamse aanbevelingen. De meest opvallende afwijkingen zijn: (1) een te lage gemiddelde dagelijkse inname van de meeste belangrijke categorieën voedingsmiddelen, met name dranken, groenten, fruit en melk en (2) een te hoge inname van energierijke en laagvoedzame voedingsmiddelen (zoals snacks en gesuikerde dranken), die in het kader van een gezonde voeding afgeraden worden.

Volgens de JOnG!-rapportering wordt **Vitamine D** bij 8,5% van de éénjarigen dagelijks toegediend, en bij 5,2% één of meerdere malen per week. Bovendien krijgt 3,1% van de kinderen dagelijks een **ander vitaminesupplement** toegediend, en gebeurt dit bij nog eens 1,6% op minder frequente basis. In het onderzoek van Kind en Gezin in 2002 kregen 7,7% van de kinderen vitamine D, 6,0% vitamine AD en 2,4% een ander vitaminesupplement regelmatig toegediend. In de hoger vermelde studie bij Vlaamse kleuters werd vastgesteld dat een derde van de kinderen dergelijk vitaminesupplement in de voorbije maand had ingenomen (Huybrechts *et al.*, 2008). Aan de hand van bijkomend onderzoek bij een subgroep van deze populatie (n=696) werd er bovendien op gewezen dat de toediening van een vitaminesupplement op jonge leeftijd niet ongevaarlijk is: bij de supplementengebruikers onder de leeftijd van 4 jaar werd o.a. de maximum aanbevolen dagelijkse hoeveelheid van zink (d.i. 7 mg) overschreden (Huybrechts *et al.*, 2010). Een chronische overdosis van zinksupplement kan o.a. een onderdrukking van het afweersysteem als neveneffect hebben.

Tot slot geeft de JOnG!-bevraging op 12 maanden ook een beeld van de gerapporteerde prevalentie van **voedingsovergevoeligheid** bij jonge kinderen. Met een percentage van 7,4% situeert deze prevalentie zich in de buurt van wat hierover in de internationale literatuur is terug te vinden.

Hoofdstuk 6

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Tot slot wensen we, uitgaande van de in dit rapport gepresenteerde resultaten, nog enkele conclusies en aanbevelingen te formuleren.

1 Armoede in jonge gezinnen is een realiteit

In opeenvolgende SILC-rapporten (*Statistics on Income and Living Conditions*) en in het Federaal Jaarboek 'Armoede in België' is voor Vlaanderen sprake van een armoederisico van meer dan 20% bij eenoudergezinnen in het algemeen, en bij alleenstaande ouders met één afhankelijk kind in het bijzonder. De JOnG!-cijfers bevestigen dit onaanvaardbaar hoge armoederisico bij alleenstaande ouders met een 1-jarig kind, maar ze tonen ook dat 1 op 10 van de klassieke twee-ouder gezinnen met twee jonge kinderen slechts over een maandelijks gezinsbudget beschikt dat op of onder deze armoedegrens ligt.

In het belang van de gezondheid en de optimale ontwikkelingskansen van jonge kinderen in deze gezinnen, is een laagdrempelige begeleiding tijdens de zwangerschap, na de geboorte en in de loop van de eerste levensmaanden, van cruciaal belang. Kind en Gezin vervult hierin, met een bereik van meer dan 97% van de doelgroep kort na de geboorte, een cruciale rol, onder meer door haar aanbod van preventieve gezinsondersteuning en kinderopvang, en door haar inspanningen om deze gezinnen indien nodig actief toe te leiden naar andere diensten in de sociale en welzijnssector. Kind en Gezin en haar partners verdienen hiervoor de blijvende steun van de Vlaamse overheid.

2 Medicatiegebruik op jonge leeftijd in beeld

Cijfermateriaal dat het medicatiegebruik op jonge leeftijd in Vlaanderen op een betrouwbare wijze en in detail in kaart brengt, ontbreekt. De gezondheidsenquêtes die via bevraging van ouders een beeld schetsen van het geneesmiddelengebruik (al dan niet via voorschrift) tijdens de eerste levensjaren, zijn gebaseerd op erg kleine steekproeven, en rapporteren schattingen met erg brede betrouwbaarheidsmarges.

Met de JOnG!-bevraging op 12 maanden werd voor het eerst het geneesmiddelengebruik bij een grote steekproef van éénjarigen, waarvan het sociaal-demografisch profiel (in vergelijking met de volledige Vlaamse cohorte van hetzelfde geboortjaar) goed omschreven is, in kaart gebracht. Met een gerapporteerd geneesmiddelengebruik bij meer dan de helft van de respondenten scoren kinderen op deze leeftijd opvallend hoog. Alhoewel de vermelde klassen van geneesmiddelen corresponderen met de frequentst gerapporteerde gezondheidsproblemen in deze JOnG!-steekproef (met name allergische en infectieuze luchtwegproblemen), blijft toch de vraag of hier al dan niet sprake is van overmatig geneesmiddelengebruik. De koppeling van de JOnG!-databank aan de

gegevensbank van het Intermutualistisch Agentschap (met name de prestaties van hulpverleners, en de verstrekte geneesmiddelenvoorschriften) voor deze kinderen, zou het geneesmiddelengebruik in deze leeftijdsgroep verder kunnen objectiveren.

3 Een nieuwe generatie prematuren dient zich aan

Alhoewel in longitudinaal onderzoek de lange termijn effecten van prematuriteit tot op jong-volwassen leeftijd reeds eerder in beeld werden gebracht, blijft de vraag of de bevindingen van deze studies nog representatief zijn voor de kinderen die anno 2010 in een totaal verschillende context van medisch-technische hulpverlening (soms zwaar) prematuur geboren zijn en hiervoor behandeld worden. Bovendien werden de risico's op de korte en langere termijn voor de matig tot licht prematuur geboren kinderen nog onvoldoende gedetailleerd in kaart gebracht.

In dit, en vorige rapporten van de studie JOnG! blijkt bij herhaling dat kinderen die prematuur geboren zijn specifieke en aantoonbare kwetsbaarheden vertonen bij het opgroeien, en dit niet alleen op het vlak van gezondheid en neuromotorische ontwikkeling, maar ook in hun gedrags- en emotionele ontwikkeling. Ook bij licht prematuur geboren kinderen worden tijdens het eerste levensjaar op sommige van deze domeinen effecten waargenomen. De meerwaarde van de cohortstudie JOnG! is dat, binnen eenzelfde studiedesign, een directe vergelijking tussen à terme en prematuur geboren kinderen over een breed scala van aspecten van hun opgroeien kan gemaakt worden. In volgende rapporteringen zal hierop blijvend gefocust worden.

4 Eén op tien blootgesteld aan tabaksrook

In eerdere JOnG!-rapportering werd reeds uitgebreid ingegaan op de blootstelling van kinderen aan tabaksrook tijdens de zwangerschap en in de eerste weken na de bevalling (Hoppenbrouwers *et al.*, 2011). Op de leeftijd van 12 maanden blijken nog 10% van de kinderen in de JOnG!-studie ongewild blootgesteld te zijn aan tabaksrook, wat enkele procenten lager ligt dan wat vóór en kort na de geboorte hierover door ouders werd gerapporteerd.

In het licht van de preventie van de gekende nadelige gezondheidseffecten van blootstelling aan tabaksrook, waaronder ook een verhoogd risico op wiegendood, blijft een volgehouden maatschappelijke aandacht voor deze problematiek aangewezen. De recente publiekscampagne van de Vlaamse Liga tegen Kanker, die het adagium "in de nabijheid van kinderen rookt men niet" beter ingang wil doen vinden, is hiervan een voorbeeld. Opnieuw mag van Kind en Gezin verwacht worden dat zij via haar consultatiebureaus blijvend jonge ouders adviseert en ondersteunt om het roken stop te zetten of er minstens op toe te zien dat dit niet gebeurt in de nabijheid van hun kinderen. Deze acties verdienen alle steun van de Vlaamse overheid.

5 Vlaamse voedingsaanbevelingen van jonge kinderen: op de goede weg

Over de Vlaamse voedingsaanbevelingen voor de leeftijdsgroep 0-3 jaar, die gebaseerd zijn op de wetenschappelijke literatuur en internationale richtlijnen, bestaat bij de betrokken hulpverleners een brede consensus. De laatste grootschalige meting van het voedingspatroon van deze leeftijdsgroep dateert van het jaar 2002 (Lenaers & Goffin, 2002).

Uit de rapportering in de JOnG!-studie op de leeftijd van 12 maanden blijkt dat, in vergelijking met deze eerdere meting, op een aantal vlakken in het voedingspatroon vooruitgang is geboekt. Onder meer werden belangrijke stappen gezet in de richting van het realiseren van de WHO-aanbeveling om kinderen tot de leeftijd van 6 maanden exclusief borstvoeding te geven (respectievelijk 0,8% en 11,7% van de kinderen voldeed hieraan in 2002 en 2009). Ook de proportie kinderen die op de leeftijd van 12 maanden een correcte melkvoeding krijgt, is erg hoog (95%) (en ook aanzienlijk hoger dan in 2002). Verder behoren fruit, groenten en brood tot het standaardmenu van de overgrote meerderheid van de éénjarige kinderen. Anderzijds worden door een kleine minderheid van de ouders voor hun kind op de leeftijd van 1 jaar belangrijke voedingsfouten gemeld, die te vergelijken zijn met de voedingsfouten die in eerder onderzoek ook bij kleuters werden vastgesteld, met name het gebruik van gezoete dranken en onnodige inname van vitaminepreparaten.

Deze kencijfers over het voedingspatroon van jonge kinderen, afgeleid van de JOnG!-databank, kunnen van belang zijn om de preventieve initiatieven die in kader van het Vlaams actieplan Voeding en Beweging voor deze doelgroep worden ontwikkeld, te helpen onderbouwen en sturen. Deze cijfers vormen tevens een soort van 'baseline' meetpunt waartegen de effecten van eventuele interventies in de toekomst kunnen worden afgezet.

REFERENTIES

- Allen C., Campbell D., Kemp A. (2007). Egg allergy: are all childhood food allergies the same? *J Paediatr Child Health*, 43(4),214-8.
- Cammu H., Martens G., Martens E., Van Mol C., & Defoort P. (2009). *Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2008*. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie: Brussel.
- Cammu H., Martens G., Martens E., Van Mol C., & Defoort P. (2010). *Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2009*. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie: Brussel.
- CIRIHA, Centrum voor Informatie en Onderzoek omtrent Voedselintolerantie en Gezonde Voeding; www.ciriha.org/nl/allergies-et-intolerances.html (site geraadpleegd op 13/12/2011).
- Côté S., Petitclerc A., Raynault M.F., Xu Q., Falissard B., Boivin M., Tremblay R. (2010). Short- and Long-term Risk of Infections as a Function of Group Child Care Attendance: An 8-Year Population-Based Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164(12),1132-7.
- De Greef E., Devreker T., Hauser B., Veereman G., Vandenplas Y. (2011). Diagnose en behandeling van koemelkallergie bij jonge kinderen. *Percentiel*, 16 (6),172-6.
- Den Ouden, A. (1996). Gezondheidsproblemen na ernstige vroeggeboorte: 10 jaar naonderzoek. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 52, 656-8.
- Food-Info.net. An initiative of Wageningen University, The Netherlands. www.food-info.net/nl/intol/hfi.htm (site geraadpleegd op 12/01/2012).
- Grietens H., Hoppenbrouwers K., Desoete A, Wiersema J., & Van Leeuwen K. (2010). *Theoretische achtergronden, onderzoeksoptzet en verloop van het eerste meetmoment* (Rapport 11). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG): Leuven.
- Guérin C., Roelants M., Van Leeuwen K., Desoete A., Hoppenbrouwers K. (2011). *Sociaal-demografisch profiel, perinatale gezondheid en gezondheid tijdens de eerste levensweken van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!* (Rapport 17). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG): Leuven.
- Hermans K., Demaerschalk M., Declercq A., Vanderfaellie J., Maes L., De Maeseneer J., & Van Audenhove C. (2008). *De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's*. (SWVG-Werknota). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG): Leuven.
- Heyman M. (2006). Lactose Intolerance in Infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics*, 118(3),1279–1286.
- Hoge Gezondheidsraad. (2009). *Voedingsaanbevelingen voor België*. Herziene versie 2009. Brussel, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 91p. www.health.fgov.be
- Hoppenbrouwers K., Roelants M., Guérin C., Van Leeuwen K., Desoete A., Wiersema J.R. (2011). *Als mama rookt, rookt de baby mee. Sociaaleconomische indicatoren en perinatale gezondheidseffecten van gedwongen blootstelling van een Vlaamse geboortecohorte aan tabaksrook tijdens de zwangerschap en in de eerste levensweken* (SWVG Feiten & Cijfers 7). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG): Leuven.

- Host A. (2002). Frequency of cow's milk allergy in childhood. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 89(6 Suppl 1),33-37.
- Huybrechts I., Matthys C., Vereecken C., Maes L., Temme E., Van Oyen H., et al. (2008). Food intakes by pre-school children in Flanders compared with recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 5, 243–257.
- Huybrechts I., Maes L., Vereecken C., De Keyzer W., De Bacquer D., De Backer G., De Henauw S. (2010). High dietary supplement intakes among Flemish preschoolers. *Appetite*, 54,340–345.
- Kemp A. (2007). Egg allergy. *Pediatr Allergy Immunol*, 18(8),696-702.
- Kerstjens J., Bos A., Duiverman E., Reijneveld S, Vrijlandt E. (2008). Late preterms suffer from more respiratory problems than healthy children. *Arch Dis Child*, 93, suppl.2: pw167. www.pinkeltje-onderzoek.nl/#
- Kind en Gezin. (2003). *Ongevallen met een medische interventie bij baby's en peuters. Ongevalsincidentie bij kinderen tussen 0 en 3 jaar, analyse van de omstandigheden waarin de ongevallen plaatsvonden en hun medische consequenties*. Rapport. Brussel. www.kindengezin.be/Algemeen/Over Kind En Gezin/Rapporten
- Kind en Gezin. (2010a). *Aan tafel! Alles over eten en leren eten*. Kind en Gezin: Brussel. www.kindengezin.be
- Kind en Gezin. (2010b). *Het Kind in Vlaanderen 2009*. Kind en Gezin: Brussel.
- Lenaers S., Goffin I. *Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen*. Studie uitgevoerd door Kind en Gezin in samenwerking met SEIN en het Limburgs Universitair Centrum. ISBN 90-75262-34-5. www.kindengezin.be/brochures-en-rapporten/rapporten/voeding/
- Lodewijckx E. (2010). *Kinderen en de gezinsvorm waarin ze opgroeien: een schets van de veranderingen tussen 1990 en 2009*. Studiedienst van de Vlaamse Regering (SVR), SVR-Webartikel 2010/14, D/2010/3241/326.
- Moneret-Vautrin D., Morisset M. (2005). Adult food allergy. *Curr Allergy Asthma Rep*, 5(1),80-5.
- NICE. (2004). *123 aan tafel. De actieve voedingsdriehoek voor kleuters*. www.123aantafel.be
- Op den Kamp A. (2011). *Onderzoek naar beïnvloedende factoren van het geven van borstvoeding aan zuigelingen in Vlaanderen*. Interuniversitaire Master na masteropleiding Jeugdgezondheidszorg. Promotoren: Hoppenbrouwers K., Roelants M., Guérin C. Leuven.
- Paradise J., Rockette H., Colborn D., et al (1997). Otitis media in 2253 Pittsburgharea infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. *Pediatrics*, 99(3):318-333.
- Poets C., Brockmann P. (2011). Myth: Gastroesophageal reflux is an pathological entity in the preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med*, 16(5),259-63.
- Rona R., Keil T., Summers C. (2007). The prevalence of food allergy: A meta-analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 120(3),638-646.

- Statistics on Income and Living Conditions (SILC). (2009). *Armoedecijfers voor België gebaseerd op de EU-SILC enquête sinds 2004, volgens jaar, karakteristieken (geslacht, leeftijdsklasse, opleidingsniveau, activiteit,...) en gewest*. FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie: Brussel.
- Venter C., Pereira B., Voigt K., Grundy J., Clayton C., Higgins B., Arshad S., Dean T. (2008). Prevalence and cumulative incidence of food hypersensitivity in the first 3 years of life. *Allergy*, 63(3),354-9.
- Vereecken C., Maes L. (2010). Young children's dietary habits and associations with the mothers' nutritional knowledge and attitudes. *Appetite*, 54, 44-51.
- Verloove-Vanhorick, P., Hille, E., Walther, F., Den Ouden, L. (2002). De levensloop van te vroeg geboren kinderen. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 27, 206-9.
- Vesa T., Marteau P., Korpela R. (2000). Lactose Intolerance. *J of the American College of Nutrition*, 19(2),165S-175S.
- VIGeZ. (2010). *Voedingstips voor peuters en kleuters*. Opgesteld in samenwerking met Kind & Gezin. Brussel. www.kindengezin.be/voeding/eten-en-drinken/peuter-en-kleuter/
- Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde (2004a). *Vitamine D suppletie*. www.vvkindergeneeskunde.be.
- Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde (2004b). *Vitamine K suppletie*. Herziene versie oktober 2008. www.vvkindergeneeskunde.be.
- Vranken J., Lahaye W., Geerts A., Coppée C. (2012). *Armoede in België jaarboek 2012*. Nummer 20 van Sociale InZichten. ACCO. Leuven/Den Haag.
- VVK-voedingscel en Kind & Gezin. (2008). *Vegetarische voeding*. Informatiebrochure voor hulpverleners in de gezondheidszorg. www.vvkindergeneeskunde.be.
- Weisglas-Kuperus, N., Finken, M., Keijzer-Veen, M., Vrijlandt, E., Hille, E. (2006). Vroeggeboorte, intra-uteriene groeiachterstand en lichamelijke ziekten op de volwassen leeftijd: Resultaten van 19 jaar POPS-follow-up. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 74, 202-8.
- Werkgroep Voeding van de Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde. (2010). *Richtlijnen over borstvoeding en kunstvoeding voor zuigelingen van 0 tot 12 maand*. In samenwerking met de Vlaamse Pediatrische Diëtisten en Kind en Gezin. Brussel. www.kindengezin.be
- Health Interview Survey, Belgium (1997 - 2001 - 2004 - 2008). Demarest S., Drieskens S., Gisle L., Hesse E., Tafforeau J., Van der Heyden J. Health Interview Survey Interactive Analysis. Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium. <https://www.wiv-isp.be/epidemiology/hisia/princ.htm> (data gegenereerd op 12 januari 2012).
- WHO. (2001). *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36. World Health Organization. November 2001 (revised).
- WHO/UNICEF (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization, Geneva. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html

Referenties

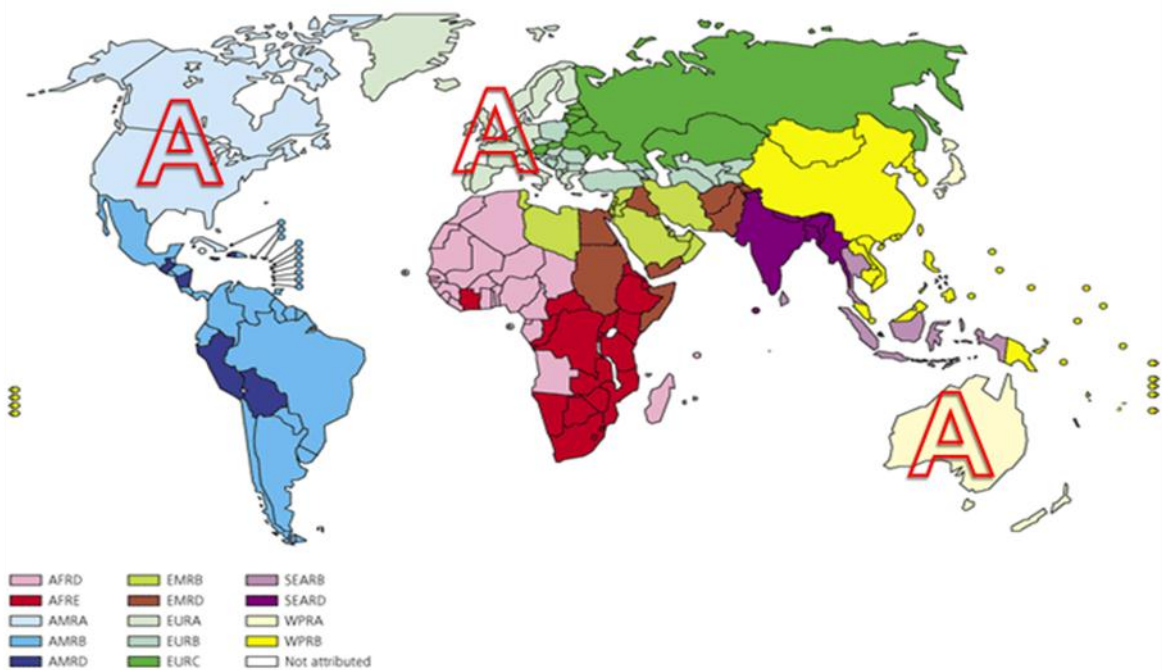
World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. WHO Technical Report Series; 916. Geneva. www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36. World Health Organization. November 2001 (revised)

Fig. 1. WHO subregions and mortality strata



WHO divides the world into six general regions: Africa (AFR), the Americas (AMR), the Eastern Mediterranean (EMR), Europe (EUR), South-East Asia (SEAR) and the Western Pacific (WPR). Countries within each of these regions are then divided into subregions on the basis of child and adult mortality (18). Stratum A = very low child mortality and very low adult mortality; B = low child mortality and very low adult mortality; C = low child mortality and high adult mortality; D = high child mortality and high adult mortality; E = high child mortality and very high adult mortality

WHO 04.214

Annex Table 1. Regional reporting categories for Global Burden of Disease 2000 project:: WHO regions and 14 subregions.

WHO region	Mortality stratum	WHO Member States
AFRO	D	Algeria, Angola, Benin, Burkina Faso, Cameroon, Cape Verde, Chad, Comoros, Equatorial Guinea, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, Mali, Mauritania, Mauritius, Niger, Nigeria, Sao Tome And Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Togo
AFRO	E	Botswana, Burundi, Central African Republic, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic Of The Congo, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, South Africa, Swaziland, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe
AMRO	A	Canada, United States Of America, Cuba
AMRO	B	Antigua And Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Dominican Republic, El Salvador, Grenada, Guyana, Honduras, Jamaica, Mexico, Panama, Paraguay, Saint Kitts And Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent And The Grenadines, Suriname, Trinidad And Tobago, Uruguay, Venezuela
AMRO	D	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haiti, Nicaragua, Peru
EMRO	B	Bahrain, Cyprus, Iran (Islamic Republic Of), Jordan, Kuwait, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates
EMRO	D	Afghanistan, Djibouti, Egypt, Iraq, Morocco, Pakistan, Somalia, Sudan, Yemen
EURO	A	Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom
EURO	B	Albania, Armenia, Azerbaijan, Bosnia And Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kyrgyzstan, Poland, Romania, Slovakia, Tajikistan, The Former Yugoslav Republic Of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan, Yugoslavia
EURO	C	Belarus, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Russian Federation, Ukraine
SEARO	B	Indonesia, Sri Lanka, Thailand
SEARO	D	Bangladesh, Bhutan, Democratic People's Republic Of Korea, India, Maldives, Myanmar, Nepal
WPRO	A	Australia, Japan, Brunei Darussalam, New Zealand, Singapore
WPRO	B	Cambodia, China, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Mongolia, Philippines, Republic Of Korea, Viet Nam
		Cook Islands, Fiji, Kiribati, Marshall Islands, Micronesia (Federated States Of), Nauru, Niue, Palau, Papua New Guinea, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

Bijlage 2

Overzicht van de vragen in de startvragenlijst waarop sommige cijfers in dit rapport gebaseerd zijn

Persoon die de vragenlijst heeft ingevuld (Tabel 3)

Het is de bedoeling dat deze vragenlijst **door de moeder** wordt ingevuld.

Wanneer dit niet mogelijk is, kan iemand anders dit doen. **Wat is uw relatie tot het kind?**

- Biologische moeder Adoptieouder, pleegouder Ander familielid
 Biologische vader Grootouder Ander dan familielid
 Partner van moeder, stiefouder

Datum waarop u deze vragenlijst ingevuld heeft:

	-		-	
dag		maand		jaar

Geboorteland van ouders en grootouders (Tabel 6)

De groei van een kind wordt in grote mate beïnvloed door erfelijke kenmerken (o.a. de gestalte van de biologische ouders en hun land van herkomst). Hieronder volgen enkele vragen die hiernaar verwijzen.

♦ **Zijn zowel de biologische ouders (vader én moeder) als de 4 grootouders van het kind in België geboren?**

- Ja → Ga naar volgende vraag
 Nee → Gelieve het land van geboorte van elk van hen hieronder te vermelden

Vader:	<input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Niet België:	
Vader van vader:	<input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Niet België:	
Moeder van vader:	<input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Niet België:	
Moeder:	<input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Niet België:	
Vader van moeder:	<input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Niet België:	
Moeder van moeder:	<input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Niet België:	

Kenmerken van de gezinssituatie waarin het kind opgroeit (Tabel 11)

De volgende vragen gaan over het gezin waar het kind meestal verblijft. Indien de ouders echter niet samenwonen en één van de ouders de vragenlijst invult, dan gaan de vragen over het gezin van die ouder.

- Als we het hebben over een **gezin**, bedoelen we alle mensen die samenwonen in eenzelfde huis.
- Met **vader, moeder en ouder(s)** bedoelen we die personen die in het gezin deze rol vervullen, ongeacht of ze ook de biologische (natuurlijke) ouder zijn (bv. stiefvader, stiefmoeder), en los van de burgerlijke stand (gehuwd, ongehuwd).

◆ Welk is het **samenwoningsverband van dit gezin**?

- twee-ouder gezin: beide biologische ouders
- twee-ouder gezin: biologische moeder met partner
- twee-ouder gezin: biologische vader met partner
- alleenstaande moeder (zonder inwonende partner)
- alleenstaande vader (zonder inwonende partner)

andere, specificeer:

◆ Hoeveel **kinderen** zijn er in dit gezin (dit kind meegeteld)?◆ Hoeveel **personen** zijn er in het totaal in dit gezin (ouders+kinderen+grootouders+...)?◆ **Hoe vaak** verblijft het kind in dit gezin?

- Altijd
- Meer dan de helft van de tijd
- Ongeveer de helft van de tijd
- Minder dan de helft van de tijd
- Nooit
- Ik weet het niet

De volgende vragen gaan over het gezin waar het kind meestal verblijft. Indien de ouders echter niet samenwonen en één van de ouders de vragenlijst invult, dan gaan de vragen over het gezin van die ouder.

- ◆ We willen u vragen wie er allemaal deel uitmaakt van uw gezin. Met gezin bedoelen we ten eerste u en uw eventuele partner. Verder zijn dit ook de kinderen (zowel uw kinderen als de kinderen van uw eventuele partner).

Hieronder vragen we u om van al deze personen een aantal gegevens in te vullen.

In de kolom '**relatie tot uzelf**' vragen we om de relatie tussen u en de verschillende gezinsleden te verduidelijken (bijv. mezelf, mijn man/vrouw, partner, kind, stiefkind (kind van mijn partner), etc.).

In de kolom '**relatie tot kind**' vragen we om de relatie tussen de verschillende gezinsleden en het 1-jarige kind te verduidelijken (bijv. moeder, vader, stiefmoeder, stiefvader, mee-vader, adoptiemoeder, stiefzus, etc.).

In de kolom '**opmerkingen**', kan u dingen over deze persoon noteren die belangrijk zijn om de structuur en het functioneren van jullie gezin beter te begrijpen (bijv. ziekte, handicap, pleegkind, etc.).

	Geslacht	Relatie tot uzelf	Relatie tot 1-jarige kind	Geboortjaar	Hoeveel dagen per week is hij/zij aanwezig in dit gezin?	Opmerkingen (bijv. ziekte, handicap, etc.)
Persoon 1	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 2	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 3	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 4	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 5	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 6	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 7	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 8	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 9	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 10	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	

Bijlagen

- ◆ Wonen er buiten de hierboven genoemde personen (u, uw eventuele partner en jullie kinderen) nog mensen bij jullie in (bijv. een grootouders, een tante)?

Nee → Ga naar volgende vraag (na de kader)

Ja

Zo ja: Ook van deze personen vragen we u om in onderstaande tabel een aantal gegevens in te vullen.

	Geslacht	Relatie tot uzelf	Relatie tot 1-jarige kind	Geboorte- jaar	Hoeveel dagen per week is hij/zij aanwezig in dit gezin?	Opmerkingen (bijv. ziekte, handicap, etc.)
Persoon 1	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 2	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 3	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 4	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	
Persoon 5	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V				<input type="text"/> dagen	

- ◆ Zijn er sinds de geboorte van uw kind veranderingen geweest in de gezinssamenstelling (eventuele partner, kinderen) en/of met betrekking tot andere inwonenden?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, welke?

Sociaal-economische situatie waarin het kind opgroeit (Tabellen 12 en 13)

- ♦ Is het inkomen van uw gezin sinds de vorige bevraging gewijzigd?
- Nee → Ga naar volgende vraag
- Ja → Gelieve in onderstaande lijst aan te kruisen in welke categorie het totale netto maandinkomen van uw gezin valt (in euro; kinderbijslag, uitkeringen... inbegrepen).
- Minder dan € 900
- Tussen € 901 en € 1500
- Tussen € 1501 en € 2000
- Tussen € 2001 en € 2500
- Tussen € 2501 en € 3000
- Meer dan € 3000
- Ik weet het niet
- Ik wil mijn inkomen niet meedelen

Gezondheidsproblemen in het eerste levensjaar (Tabellen 15 en 16)

- ♦ Hoe vaak heeft uw kind sinds de vorige bevraging last gehad van **volgende gezondheidsproblemen of -klachten**?

Kruis steeds één vakje per lijn aan.

	Nooit	Af en toe	Regelmatig	Vaak	Altijd
Maagproblemen (bijv. teruggeven, overgeven...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmproblemen (bijv. krampen, diarree, verstopping, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neus-, keel- of oorproblemen (bijv. neusverkoudheid, keelontsteking, oorontsteking...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen met de luchtwegen (bijv. hoesten, moeilijk ademen, piepende ademhaling, luchtwegeninfectie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen met de huid (bijv. uitslag, eczeem...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere gezondheidsproblemen of -klachten? Zo ja, vul hieronder verder aan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welk probleem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welk probleem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welk probleem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chirurgische ingreep en ziekenhuisopname in het eerste levensjaar

- ◆ Werd uw kind sinds de vorige bevraging **geopereerd**?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, welke operatie?

- ◆ Verbleef uw kind sinds de vorige bevraging **in het ziekenhuis**?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, voor welk probleem?

Hoe lang verbleef uw kind in het ziekenhuis (in totaal sinds de vorige bevraging)?

dagen

Medicatie op voorschrift in de voorbije maand (Tabel 17)

- ◆ Kreeg uw kind in de voorbije maand **geneesmiddelen op voorschrift** toegediend?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, welke?

Blootstelling aan tabaksrook binnenhuis en/of in de wagen (Tabel 20)

- ◆ Werd er in de voorbije maand **binnenshuis gerookt** in het bijzijn van het kind? (zowel in eigen woning als elders zoals bij opvang, op bezoek, co-ouderschap, enz.?)

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, hoe vaak gebeurt dit gemiddeld? (aantal sigaretten per week of per dag)

Minder dan 1 sigaret per week

1 à 6 sigaretten per week

1 sigaret per dag

2 à 5 sigaretten per dag

6 à 10 sigaretten per dag

11 à 20 sigaretten per dag

Meer dan 20 sigaretten per dag

Ik weet het niet

- ◆ Werd er in de voorbije maand **in de wagen gerookt** in het bijzijn van het kind?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, hoe vaak gebeurt dit gemiddeld? (of aantal sigaretten per week of per dag?)

Minder dan 1 sigaret per week

1 à 6 sigaretten per week

1 sigaret per dag

2 à 5 sigaretten per dag

6 à 10 sigaretten per dag

Meer dan 10 sigaretten per dag

Ik weet het niet

Voorkomen van ongevallen in het eerste levensjaar (Tabellen 21 en 22)

- ◆ Had uw kind sinds de vorige bevraging een ongeval?

Nee → Ga meteen naar pagina 7 (vragen over voeding)

Ja

▶ Zo ja, om welke type ongeval ging het? Thuisongeval

Verkeersongeval

Andere

▶ Welke gevolgen heeft dit ongeval op uw kind gehad?

▶ Gebeurde dit ongeval in de voorbije maand?

Nee → Ga meteen naar pagina 7 (vragen over voeding)

Ja → Gelieve onderstaande vragen te beantwoorden:

▪ Wanneer gebeurde het ongeval?

de voorbije week

2 weken geleden

3 weken geleden

4 weken geleden

▪ Waar bevond het kind zich op het moment van het ongeval?

in of om uw woning

in of om een andere woning

in een kribbe, peutertuin of opvanggezin

op de openbare weg

elders: specificeer:

▪ Op welke wijze is het kind verwond geraakt?

val

verwonding door contact met een voorwerp (bijv. snijden, stoten...)

verwonding door fysiek contact (zoals slag, stoot of stamp...)

verwonding door dieren

beklemming of beknelling van een lidmaat

iets in oog, oor of neus

vergiftiging

verstikking

verbranding

verdrinking

verkeersongeval

anders: specificeer:

- Welke soort verwonding liep het kind op? (u mag verschillende antwoorden aanvinken)
 - geen letsel
 - schaafwonde
 - splinters in de huid
 - kneuzingen (blauwe plekken...)
 - open wonde (vleeswonde)
 - botbreuk
 - verstuijing
 - ontwrichting
 - brandwonde
 - hersenletsel (hersenschudding...)
 - inwendig letsel (vergiftiging, inwendige bloeding...)
 - letsel aan oog, oor of neus
 - andere: specificeer:

- Wie verleende medische hulp?
 - geen medische hulp
 - huisarts
 - kinderarts
 - spoedgevallenafdeling
 - tandarts
 - EHBO-post
 - antigifcentrum
 - ziekenhuisopname → aantal dagen:
 - andere: specificeer:

- Is het kind op dit ogenblik nog steeds in behandeling?
 - Nee
 - Ja

- Heeft het kind op dit ogenblik nog lichamelijke hinder?
 - Nee
 - Ja
 - weet niet

Borstvoeding in het eerste levensjaar (Tabel 23)

De volgende vragen gaan over de **borst- en flesvoeding** bij uw kind.

- ◆ Kreeg uw kind ooit **borstvoeding** (of afgekolfdde moedermelk)?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, duid in onderstaande tabel aan of uw kind al dan niet (een tijdje) uitsluitend borstvoeding heeft gekregen (of borstvoeding in combinatie met andere voeding) en tot op welke leeftijd.

Kruis steeds één vakje per lijn aan, en vul eventueel de leeftijd in tot wanneer uw kind deze voeding kreeg.

	Nooit	Ja, nu nog steeds	Ja, tot de leeftijd van...
Uitsluitend borstvoeding (of afgekolfdde moedermelk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="text"/> maanden
Borstvoeding in combinatie met andere voeding (zoals flesvoeding en/of vaste voeding...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="text"/> maanden

Andere melkvoedingen (Tabel 25)

- ◆ Duid in onderstaande tabel aan hoe vaak uw kind in de voorbije week de **vermelde melkvoedingen** heeft gedronken.

Kruis steeds één vakje per lijn aan.

	(Vrijwel) Nooit	Minder dan 1 keer per dag	1 keer per dag	2 à 3 keer per dag	Meer dan 3 keer per dag	Weet niet
Borstvoeding of afgekolfdde moedermelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuigelingenvoeding type 'opvolgmelk' (soja type inbegrepen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sojadranken (bijv. Alpro soja drink)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groeimelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volle melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halfvolle of magere melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere soort melk of melkbereiding (bijv. babeurre, karnemelk, maïzenapap, geitenmelk, paardenmelk...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikkingsmiddel, extra meel of koekje bij de fles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere voedingsmiddelen (Tabel 26)

- ◆ De volgende vragen gaan over **andere voedingsmiddelen** bij uw kind. Duid in onderstaande tabel aan hoe vaak uw kind in de voorbije week de vermelde voedingsmiddelen heeft gegeten en gedronken.

Kruis steeds één vakje per lijn aan.

	(Vrijwel) Nooit	Minder dan 1 dag per week	1 dag per week	2 à 4 dagen per week	5 à 6 dagen per week	Elke dag	Weet niet
Water	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vruchtensap (bijv. sinaasappelsap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezoete melkdranken (bijv. chocolademelk, Fristi...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere gezoete dranken (bijv. water met siroop of roosvicee, frisdrank...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere niet gezoete dranken (bijv. kruidenthee...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruit / fruitpap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groeten / groentepap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platte kaas of yoghurt op basis van volle melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platte kaas of yoghurt op basis van halfvolle of magere melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge kinderkoeken (bijv. Bambix, Vitabis...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere koeken (bijv. prince, speculaas, sprits...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine D supplement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vitaminesupplementen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachtelijke voeding in het eerste levensjaar (Tabel 27)

- ◆ Krijgt uw kind nog regelmatig **nachtelijke voeding**?

Nee → Zo nee, op welke leeftijd werd hiermee gestopt? maanden

Ja → Hoe vaak kreeg uw kind nachtelijke voeding de voorbije week?

	Nooit	1 nacht	2 tot 4 nachten	5 tot 7 nachten
Nachtelijke voeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voedingsmiddelen vermeden om medische redenen (Tabel 28)

- ◆ Moet u **om medische redenen bepaalde voedingsmiddelen** bij uw kind **mijden**?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, welk(e) voedingsmiddel(en)?

Vegetarische en veganistisch voeding in het eerste levensjaar (Tabellen 30 en 31)

- ◆ Eet u (en/of uw partner) **vegetarisch of veganistisch**?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja, gedeeltelijk (kruis aan welke type: vegetarisch veganistisch)

Ja, uitsluitend (kruis aan welke type: vegetarisch veganistisch)

Zo ja, past u dezelfde principes ook toe bij de voeding van uw kind?

Nee

Ja, gedeeltelijk

Ja, volledig

Publicaties van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Feiten & Cijfers

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

SWVG Feiten & Cijfers 25	Alcohol voor, tijdens en na de zwangerschap en in de periode van de borstvoeding
SWVG Feiten & Cijfers 24	MP3-spelers, een bedreiging voor het gehoor van jongeren?
SWVG Feiten & Cijfers 23	De door adolescenten met een handicap en hun ouders gerapporteerde ondersteuningsnoden en de relatie met situationele factoren
SWVG Feiten & Cijfers 22	Lokale kenmerken kunnen een invloed hebben op het effect van een interventie op voeding en beweging voor 3 tot 9-jarigen
SWVG Feiten & Cijfers 21	Psychosociaal functioneren van 12-jarige jongens en meisjes met rekenproblemen in Vlaanderen
SWVG Feiten & Cijfers 20	Op zoek naar het unieke in elk kind. Temperament bij jongens en meisjes van 6 en 12 jaar met en zonder psychopathologie
SWVG Feiten & Cijfers 19	Mantelzorg, vanzelfsprekend !? Over zorgervaringen en noden van mantelzorgers van kwetsbare ouderen
SWVG Feiten & Cijfers 18	Hoeveel kosten rapporteren ouders in verband met de ondersteuning van hun adolescent met een handicap?
SWVG Feiten & Cijfers 17	Met de mantel der liefde? Over de kwaliteit van de relatie tussen kwetsbare ouderen en mantelzorgers
SWVG Feiten & Cijfers 16	Opzettelijke zelfverwonding bij adolescenten in een ecologisch perspectief

SWVG Feiten & Cijfers 15	Zorggebruik, -behoefte en -tevredenheid bij kwetsbare ouderen
SWVG Feiten & Cijfers 14	Een goede oude dag?
SWVG Feiten & Cijfers 13	Een educatieve interventie op voeding en beweging in kinderdagverblijven kan de ontwikkeling van overgewicht voorkomen
SWVG Feiten & Cijfers 12	Determinanten van levenskwaliteit van adolescenten met een handicap en hun ouders
SWVG Feiten & Cijfers 11	Hoe beleven ouders het ouderschap en wat zijn hun eerste vragen?
SWVG Feiten & Cijfers 10	Kwaliteit van leven van adolescenten met een handicap en hun familieleden
SWVG Feiten & Cijfers 9	Menstruatiepatroon en menstruele klachten bij 12-jarigen in Vlaanderen
SWVG Feiten & Cijfers 8	Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik
SWVG Feiten & Cijfers 7	Als mama rookt, rookt de baby mee
SWVG Feiten & Cijfers 6	Een wereld van verschil. Zien baby's aantallen?
SWVG Feiten & Cijfers 5	Kleine kinderen, kleine zorgen? Ondersteuningsbehoeften van ouders met zuigelingen in relatie tot ouder-, kind- en gezinskenmerken
SWVG Feiten & Cijfers 4	Depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken
SWVG Feiten & Cijfers 3	Preventie van spina bifida en andere neuralebuisdefecten door foliumzuursuppletie tijdens de zwangerschap
SWVG Feiten & Cijfers 2	Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (I)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag?

SWVG Feiten & Cijfers 1 Depressieve klachten en suïcidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede

Rapporten

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Rapport 28	2011/19	Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!
Rapport 27	2011/18	Sociaal-demografisch profiel en gezondheid van 6- en 12-jarige jongeren (cohorten JOnG!) in Vlaanderen
Rapport 26	2011/17	Het POP-project Preventie van overgewicht bij jonge kinderen - Evaluatie en ontwikkeling van een interventie rond voeding en beweging via de kinderdagverblijven
Rapport 25	2011/16	Peuters en de eerste stapjes in rekenland alleen en aan de hand van mama
Rapport 24	2011/15	JOnG! - opvoedings- en gezinsvariabelen bij de Vlaamse geboortecohorte 0-jarigen
Rapport 23	2011/14	Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector
Rapport 22	2011/12	Overheidsinstrumentarium in de zorgsector
Rapport 21	2011/11	VRAAG. Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet
Rapport 20	2011/09	Blauwdruk voor geharmoniseerde begrippen en procedures in de zorg
Rapport 19	2011/08	Ontwikkeling van indicatoren in het kader van doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020
Rapport 18	2011/07	Zorgintensiteit-/zorgzwaartebeoordeling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ: zoektocht naar een instrumentarium
Rapport 17	2011/06	Sociaal-demografisch profiel, perinatale gezondheid en gezondheid tijdens de eerste levensweken van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!

Rapport 16	2011/05	KANS - Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet
Rapport 15	2011/04	De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport
Rapport 14	2011/03	De dienstencheque in Vlaanderen. Tot uw dienst of ten dienste van de zorg?
Rapport 13	2011/02	Evaluatie van de huidige screening van adoptieouders uitgevoerd door Diensten voor maatschappelijk onderzoek van de CAW's in het kader van de geschiktheidprocedure voor interlandelijke adoptie gevoerd voor de jeugdrechtbank
Rapport 12	2011/01	EFeKT - Evalueren van effecten en kernprocessen van preventieve methodieken, ontwikkeld binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen
Rapport 11	2010/02	JOng! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment
Rapport 09	2009/06	Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen
Rapport 08	2009/05	Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van CGG
Rapport 07	2009/04	Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaamse gewest
Rapport 06	2009/03	Vraagverheldering in de preventieve gezinsondersteuning van Kind & Gezin: Een onderzoek naar de validering van de Ijsbrekermethodiek
Rapport 05	2009/02	Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning
Rapport 04	2009/01	Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel
Rapport 03	2008/08	Evaluatie Time-outprojecten - Bijzondere jeugdbijstand
Rapport 02	2008/06	De prioriteiten op het vlak van welzijn en gezondheid: visies van betrokkenen in 8 regio's
Rapport 01	2008/03	Toekomstig ziekenhuislandschap in Vlaanderen

Werknota's

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Werknota 12	2011/13	De netwerken hulp- en dienstverlening aan gedetineerden vanuit een netwerkmanagement-perspectief
Werknota 11	2011/10	POP – Instrumentarium voor het uitwerken van een proces evaluatie binnen het POP-project
Werknota 10	2010/04	De netwerken van Integrale Jeugdhulp geanalyseerd vanuit een keten- en netwerkmanagementperspectief - Een casestudie
Werknota 09	2010/11	Private zorgvoorzieningen voor residentiële ouderenzorg in Europees perspectief
Werknota 08	2009/11	Zorg op de Europese markt
Werknota 07	2009/10	Beleidsruimte van de overheid in de zorgsector
Werknota 06	2009/09	Overheidsinstrumentarium in de zorgsector – onderzoekskader
Werknota 05	2008/07	De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's
Werknota 02	2008/02	Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning
Werknota 01	2008/01	Ontwikkelingen betreffende de Europese Dienstenrichtlijn en de zorgsector"

Boeken

(te bestellen via <http://www.acco.be/uitgeverij/nl>)

Boek 2	2010/01	Modelontwikkeling voor de economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten en projectplannen (ISBN:9789033480706)
Boek 1	2009/08	Deugdelijk bestuur in de non-profit welzijns- en gezondheidssector (ISBN:9789033477980)