

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Sociaal profiel, gezondheid en determinanten van gezondheid  
tijdens het tweede levensjaar  
van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!**

Cécile Guérin

Mathieu Roelants

Nancy Devogelaer

Karla Van Leeuwen

Annemie Desoete

Karel Hoppenbrouwers

**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](mailto:swvg@med.kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2013/05  
SWVG-Rapport 05  
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Sociaal profiel, gezondheid en determinanten van gezondheid tijdens het tweede levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!

Promotor: Karel Hoppenbrouwers<sup>1</sup>  
Co-promotor: Karla Van Leeuwen<sup>2</sup>, Annemie Desoete<sup>3</sup>  
Onderzoekers: Cécile Guérin<sup>1</sup>, Mathieu Roelants<sup>1</sup>, Nancy Devogelaer<sup>1</sup>

Administratieve ondersteuning: 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.



## Promotoren en Partners van het Steunpunt

### KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG  
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht  
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg  
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy  
Prof. dr. Jozef Paolet, HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

### UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg  
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

### VU Brussel

Prof. dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie

### Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

1 Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven

2 Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

3 Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, UGent

## Rapport 05

### Sociaal profiel, gezondheid en determinanten van gezondheid tijdens het tweede levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!

Onderzoekers: Cécile Guérin<sup>1</sup>, Mathieu Roelants<sup>1</sup>, Nancy Devogelaer<sup>1</sup>

Promotor: Karel Hoppenbrouwers<sup>1</sup>

Co-promotoren: Karla Van Leeuwen<sup>2</sup>, Annemie Desoete<sup>3</sup>

1 Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven

2 Onderzoekseenheid 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 en sociaal-economisch profiel op de **leeftijd van 24 maanden**, en van de gezondheid en determinanten van gezondheid tijdens het tweede 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 24 maanden oud was. We beschikken over een bestand met 1418 records (*'respondenten 24 maanden'*), wat overeenstemt met 47.0% van de deelnemers van de JOnG!-cohorte-0 jaar.

Het **profiel van de JOnG!-respondenten** op de leeftijd van 24 maanden is erg vergelijkbaar met dat van de Vlaamse geboortecohorte op het vlak van de *geslachtsverdeling* van de kinderen (51.8% jongens).

Mede door de non-respons in de opeenvolgende metingen valt een toenemende ondervertegenwoordiging op van respondenten van niet-Belgische *nationaliteit* in de steekproef (6.2% van de moeders had een niet-Belgische nationaliteit bij haar eigen geboorte, in vergelijking met 9.0% bij de respondenten op 12 maanden, 12.5% op 2 maanden, en 16.9% voor de volledige JOnG!-cohorte). Parallel hiermee kent ook de proportie alleenstaande moeders, en laag opgeleide ouders een lichte daling in de opeenvolgende bevraging rondes.

Aspecten van de **gezondheid** en van het **gezondheidszorggebruik** in het tweede levensjaar en tijdens de voorbije maand werden bevraged.

Dat kinderen in de loop van het tweede levensjaar vooral *luchtwegproblemen* kennen (bovenste en onderste luchtwegen) wordt in de JOnG!-bevraging bevestigd. Voor één op vier van de respondenten wordt minstens één gezondheidsprobleem gemeld dat zich regelmatig, vaak of altijd heeft voorgedaan, in meerderheid ter hoogte van neus-keel-oor en onderste luchtwegen. Dit risico is het hoogst bij kinderen die regelmatig blootstaan aan tabaksrook, een risico dat bovendien dosisafhankelijk blijkt te zijn.

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, en op de leeftijd van 12 maanden nog 10.6% bedroeg, is op de leeftijd van 2 jaar opnieuw toegenomen tot 12.4%.

Het gerapporteerde *medicatiegebruik* blijft, met één op drie kinderen waarvoor in de voorbije maand behandeling met een geneesmiddel werd voorgeschreven, opmerkelijk hoog. Zoals reeds op de leeftijd van 12 maanden werd beschreven, gaat het (in overeenstemming met de gerapporteerde gezondheidsproblemen) overwegend om anti-allergische en anti-infectieuze geneesmiddelen.

Zoals reeds eerder gemeld in de internationale wetenschappelijke literatuur, geeft *opvang* van het kind buiten het eigen gezin ook op tweejarige leeftijd nog aanleiding tot significant meer neus-keel-oorpathologie. 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.

In het tweede levensjaar wordt voor 6.2% van de respondenten (significant meer bij jongens dan bij meisjes) een *ongeval* gerapporteerd. Zoals verwacht betreft het in deze leeftijdsfase nog in overgrote meerderheid thuisongevallen.

Voor het eerst werden in deze cohorte ook **enkele gezondheidsgerelateerde gedragingen** bevestigd.

In de loop van het voorbije decennium is bij jonge kinderen een opmerkelijke toename van gedrag te noteren dat de *mondhygiëne* bevordert en cariës kan voorkomen. Ouders helpen hun kinderen vaker met tanden poetsen, ze laten hen vroeger starten, en hun dagelijkse poetsfrequentie neemt toe. Desondanks voldoet nog steeds slechts 15% van de jonge kinderen aan alle voorwaarden om maximaal cariës te voorkomen.

Het *digitaal kijkgedrag* van Vlaamse tweejarigen stemt dan weer tot bezorgdheid. De overgrote meerderheid brengt dagelijks meer dan een uur voor TV of beeldscherm door, terwijl het aanbeveling is om dit op deze jonge leeftijd volledig te vermijden of tot een minimum te beperken.

Ondanks de relatieve ondervertegenwoordiging van kinderen met ouders van niet-Belgische nationaliteit en/of met een laag opleidingsniveau binnen de groep respondenten op de vragenlijst 24 maanden zijn er voldoende argumenten om de in dit rapport gepresenteerde prevalentiecijfers als **representatieve kencijfers** voor de huidige populatie van jonge kinderen in Vlaanderen te beschouwen. Aan de hand van een poststratificatie weging voor non-respons in de betreffende bevestigingsronde werd onder meer gecorrigeerd voor herkomst en opleiding van de moeder van het kind. De gewogen prevalentiecijfers die hieruit voortvloeien, worden telkens weergegeven en blijken weinig te verschillen van de gevonden prevalenties in de groep van respondenten.

Naar aanleiding van deze gerapporteerde cijfers over de gezondheid, gezondheidszorggebruik en gezondheidsgerelateerd gedrag van kinderen tijdens het tweede levensjaar worden **conclusies en aanbevelingen** geformuleerd.

## Inhoud

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Methoden en respons van de bevraging op de leeftijd van 24 maanden</b>	<b>15</b>
1	De opzet van de bevraging	15
2	Statistische analyse van de gegevens en presentatie van de resultaten	15
3	Respons van de bevraging op de leeftijd van 24 maanden	18
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Sociaal profiel van de JOnG-0-deelnemers en -respondenten op de leeftijd van 24 maanden</b>	<b>21</b>
1	Geslacht van het kind, en leeftijd op het ogenblik van de bevraging	21
2	Nationaliteit, geboorteland en herkomst van ouders	22
3	Gezinssituatie waarin het kind opgroeit	23
4	Sociaal-economische situatie waarin het kind opgroeit	25
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Profiel met betrekking tot specifieke risicofactoren van de JOnG-0-deelnemers en -respondenten op de leeftijd van 24 maanden</b>	<b>27</b>
1	Prematuur geboren kinderen (zwangerschapsduur < 37 weken)	27
2	Kinderen met een laag geboortegewicht (< 2500 gram)	28
3	Opvang van het kind buiten het gezin	29
4	Blootstelling aan tabaksrook binnenshuis en/of in de wagen in de voorbije maand	30
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Gezondheid en ongevallen, en de determinanten hiervan in het tweede levensjaar</b>	<b>33</b>
1	Gezondheid	33
1.1	Prevalentie per type gezondheidsprobleem en verdeeld volgens geslacht, zwangerschapsduur/geboortegewicht, vorm van opvang en blootstelling aan tabak	33
1.2	Determinanten van gezondheid per type gezondheidsprobleem	37
2	Ongevallen sinds de vorige bevraging	41
2.1	Prevalentie van ongevallen	41
2.2	Determinanten van ongevallen	42
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Aspecten van gezondheidszorggebruik en determinanten hiervan in het tweede levensjaar</b>	<b>43</b>
1	Ziekenhuisopname en chirurgische ingreep	43
1.1	Algemene prevalentie, en volgens geslacht, zwangerschapsduur/geboortegewicht, vorm van opvang en blootstelling aan tabak	43
1.2	Determinanten van ziekenhuisopname en chirurgische ingreep	45
2	Medicatie op voorschrift in de voorbije maand	48
2.1	Prevalentie van medicatiegebruik algemeen, en volgens geslacht, zwangerschapsduur/geboortegewicht, vorm van opvang en blootstelling aan tabak	48
2.2	Determinanten van medicatiegebruik	50

<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Aspecten van gezondheidsgerelateerd gedrag en determinanten hiervan in het tweede levensjaar</b>	<b>53</b>
1	Mondhygiëne	53
1.1	Prevalentiecijfers van mondhygiëne, algemeen en volgens geslacht, rangorde in het gezin, vorm van opvang, en blootstelling aan tabak	53
1.2	Determinanten van mondhygiëne	56
2	Televisie kijken	58
2.1	Prevalentiecijfers van televisie kijken, algemeen en volgens geslacht	58
2.2	Determinanten van televisie kijken	59
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Bespreking</b>	<b>61</b>
1	Het sociaal profiel van de respondenten op de leeftijd van 2 jaar	61
2	Gezondheidsproblemen, ongevallen en met gezondheidszorg gerelateerde aspecten in het tweede levensjaar	63
2.1	Neus-keel-oor- en luchtwegproblemen opnieuw nummer één	63
2.2	Ongevallen vooral bij jongens en in de thuisomgeving	65
2.3	Ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen	66
2.4	Eén op drie van de tweejarigen kreeg de voorbije maand medicatie voorgeschreven	66
3	Enkele voorbeelden van gezondheidsgerelateerd gedrag op de leeftijd van twee jaar	67
3.1	Tanden poetsen op jonge leeftijd	67
3.2	Meer dan de helft van de tweejarigen kijkt dagelijks meer dan een half uur naar televisie	71
<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>73</b>
1	Eén op acht tweejarigen is regelmatig blootgesteld aan tabaksrook	73
2	Medicatiegebruik op de leeftijd van twee jaar in beeld	73
3	Aanbevelingen met betrekking tot televisie kijken op jonge leeftijd worden niet gevolgd	73
4	Tanden poetsen op jonge leeftijd geraakt gaandeweg ingeburgerd	74
<b>REFERENTIES</b>		<b>75</b>
<b>BIJLAGEN</b>		<b>81</b>

## Lijst Tabellen

Tabel 1	Respons voor de vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden bij de deelnemers van JOnG-0	19
Tabel 2	Aantal kinderen dat behoort tot de regiopopulatie en tot de doelgroep, overzicht van de participatiegraad (deelnemers, aantal en %) per regio, en respons van de bevraging op 24 maanden (respondenten, aantal en %) per regio (JOnG-0)	20
Tabel 3	Personen, in hun relatie tot het deelnemende kind, die de vragenlijst 24 maanden hebben ingevuld (JOnG-0)	20
Tabel 4	Geslachtsverdeling van deelnemers en van respondenten van de vragenlijst 24 maanden (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)	21
Tabel 5	Nationaliteit van moeder en kind bij deelnemers en bij respondenten op de vragenlijsten van 2, 12 en 24 maanden (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)	22
Tabel 6	Herkomst van ouders 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 (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)	23
Tabel 7	Kenmerken van de gezinssituatie waarin het kind opgroeit bij respondenten op de vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden (JOnG-0)	24
Tabel 8	Opleidingsniveau van ouders van respondenten op de drie eerste vragenlijsten (JOnG-0)	25
Tabel 9	Gezinsinkomen bij de geboorte van het kind voor respondenten op de drie eerste vragenlijsten (JOnG-0) (startvragenlijst)	26
Tabel 10	Relatieve vertegenwoordiging van deelnemers en respondenten met premature geboorte in de verschillende bevragingsrondes (vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden)(JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)	27
Tabel 11	Relatieve vertegenwoordiging van deelnemers en respondenten met premature geboorte in de verschillende bevragingsrondes (vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden), volgens de ernst van de prematuriteit (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)	28
Tabel 12	Relatieve vertegenwoordiging van deelnemers en respondenten met een laag geboortegewicht (<2500 gram) in de verschillende bevragingsrondes (vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden) (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)	28
Tabel 13	Proportie van kinderen die minstens een halve dag per week door personen van buiten het gezin opgevangen worden, bij respondenten (vragenlijsten 12 maanden en 24 maanden) (JOnG-0)	29
Tabel 14	Proportie van 1- en 2-jarigen die minstens een halve dag per week opgevangen worden naargelang het type van opvang (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)	30
Tabel 15	Overzicht van blootstelling van respondenten aan tabaksrook binnenshuis en/of in de wagen in de voorbije maand (vragenlijst 24 maanden) en vergelijking met gegevens uit de vragenlijst 12 maanden (JOnG-0)	31

Tabel 16	Overzicht van door ouders gerapporteerde gezondheidsproblemen in het tweede levensjaar van hun kind (JOnG-0)	34
Tabel 17	Overzicht van frequent (d.i. regelmatig, vaak of altijd) voorkomende gezondheidsproblemen en aantal getroffen stelsels tijdens het tweede levensjaar (totale groep respondenten, en volgens geslacht) (vragenlijst 24 maanden) en vergelijking met percentages voor het eerste levensjaar (vragenlijst 12 maanden) (JOnG-0)	34
Tabel 18	Overzicht van vaak voorkomende gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar naargelang de opvangsituatie van het kind (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	35
Tabel 19	Overzicht van vaak voorkomende gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar naargelang de graad van blootstelling van het kind aan tabaksrook (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	36
Tabel 20	Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het regelmatig voorkomen van gezondheidsproblemen t.h.v. het maag- en het darmstelsel bij respondenten tijdens hun tweede levensjaar: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie (" <i>simple odds ratio</i> ") en multipele logistische regressie met ' <i>backward selection</i> ' (" <i>Adjusted odds ratio</i> ") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	38
Tabel 21	Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het voorkomen van gezondheidsproblemen t.h.v. het NKO- en luchtwegstelsel bij respondenten tijdens hun tweede levensjaar: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie (" <i>simple odds ratio</i> ") en multipele logistische regressie met ' <i>backward selection</i> ' (" <i>Adjusted odds ratio</i> ") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	39
Tabel 22	Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het voorkomen van gezondheidsproblemen t.h.v. de huid bij respondenten tijdens hun tweede levensjaar: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie (" <i>simple odds ratio</i> ") en multipele logistische regressie met ' <i>backward selection</i> ' (" <i>Adjusted odds ratio</i> ") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	40
Tabel 23	Voorkomen van ongevallen sinds de vorige bevraging bij respondenten (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)	41
Tabel 24	Voorkomen van ongevallen sinds de geboorte bij respondenten op beide vragenlijsten (12 en 24 maanden) (JOnG-0)	42
Tabel 25	Ziekenhuisopname sinds de vorige bevraging bij respondenten (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)	43
Tabel 26	Ziekenhuisopname sinds de geboorte bij respondenten (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)	44
Tabel 27	Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het voorkomen van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen bij respondenten tijdens hun tweede levensjaar: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische	



	regressie (" <i>simple odds ratio</i> ") en multiële logistische regressie met ' <i>backward selection</i> ' (" <i>Adjusted odds ratio</i> ") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	47
Tabel 28	Medicatiegebruik in de voorbije maand bij respondenten op de leeftijd van 1 en 2 jaar (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)	48
Tabel 29	Gebruik van geneesmiddelen op voorschrift bij 2-jarigen naargelang de opvangsituatie van het kind (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	49
Tabel 30	Gebruik van geneesmiddelen op voorschrift in de voorbije maand 2-jarigen naargelang de graad van blootstelling van het kind aan tabaksrook (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	50
Tabel 31	Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het gebruik van medicatie op voorschrift in de voorbije maand bij 2-jarige respondenten: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie (" <i>simple odds ratio</i> ") en multiële logistische regressie met ' <i>backward selection</i> ' (" <i>Adjusted odds ratio</i> ") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	51
Tabel 32	Prevalentie en startleeftijd van tandenpoetsen bij respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	53
Tabel 33	Frequentie van tandenpoetsen en van hulp bij het tandenpoetsen bij respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	54
Tabel 34	Startleeftijd van tandenpoetsen naargelang geslacht en rangorde van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	55
Tabel 35	Frequentie van tandenpoetsen naargelang geslacht en rangorde van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	55
Tabel 36	Invloed van enkele sociale en gezondheidsgerelateerde factoren op de startleeftijd en de frequentie van tandenpoetsen bij 2-jarige respondenten: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie (" <i>simple odds ratio</i> ") en multiële logistische regressie met ' <i>backward selection</i> ' (" <i>Adjusted odds ratio</i> ") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	57
Tabel 37	Duur van televisie kijken per dag tijdens de week en tijdens het weekend bij respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	58
Tabel 38	Invloed van enkele sociale en gezondheidsgerelateerde factoren op de duur van televisie kijken bij 2-jarige respondenten: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie (" <i>simple odds ratio</i> ") en multiële logistische regressie met ' <i>backward selection</i> ' (" <i>Adjusted odds ratio</i> ") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	60
Tabel 39	Vergelijking van aspecten van het sociaal 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 (Cammu <i>et al.</i> , 2009)	62
Tabel 40	Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalenties van frequent (d.i. regelmatig, vaak of altijd)	

	voorkomende gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	63
Tabel 41	Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalentie van ongeval tijdens het tweede levensjaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	65
Tabel 42	Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalenties van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	66
Tabel 43	Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalentie van ongeval tijdens het tweede levensjaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	67
Tabel 44	Vergelijking van gegevens uit de studies Tandje De Voorste en JOnG! voor wat betreft de startleeftijd, de frequentie van en hulp bij tandenpoetsen van 2-, 3- en 5-jarigen (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	68
Tabel 45	Aanwezigheid van een combinatie van drie beschermende factoren tegen het ontstaan van cariës (volgens Pine <i>et al</i> , 2004) naargelang geslacht en rangorde van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	70
Tabel 46	Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalenties van tandenpoetsen, met name startleeftijd vóór de leeftijd van 1 jaar, dagelijks tandenpoetsen op de leeftijd van 2 jaar en aanwezigheid van een combinatie van drie beschermende factoren tegen het ontstaan van cariës (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	70
Tabel 47	Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalenties van televisie kijken langer dan 30mn per dag tijdens de week en tijdens het weekend op de leeftijd van 2 jaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	72

## Lijst Figuren

Figuur 1	Frequentieverdeling van de ingevulde vragenlijsten 24 maanden (%) volgens leeftijd van het kind (in maanden) ( $n=1253$ ; in 165 vragenlijsten werd de invuldatum niet genoteerd) (JOnG-0)	21
----------	--	----

<b>Bijlage 1: Bijkomende tabellen</b>	<b>79</b>	
Tabel I	Prevalentie van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar naargelang de opvangsituatie van het kind (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	79
Tabel II	Prevalentie van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar naargelang zwangerschapsduur en geboortegewicht van het kind (vragenlijst 24 maanden en Ikaros) (JOnG-0)	79
Tabel III	Prevalentie van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar naargelang de blootstelling van het kind aan tabaksrook in huis (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	80
Tabel IV	Gebruik van geneesmiddelen op voorschrift bij 2-jarigen naargelang zwangerschapsduur en geboortegewicht van het kind (vragenlijst 24 maanden en Ikaros) (JOnG-0)	80
Tabel V	Startleeftijd en frequentie van tandenpoetsen naargelang de opvangsituatie van de respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	81
Tabel VI	Duur van televisie kijken tijdens de week en tijdens het weekend naargelang het geslacht van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	82
Tabel VII	Duur van televisie kijken tijdens de week en tijdens het weekend naargelang de rangorde van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)	82
<b>Bijlage 2: Overzicht van de vragen in de vragenlijst 24 maanden waarop cijfers in dit rapport gebaseerd zijn</b>		<b>83</b>



## Inleiding

De studie JOnG! is een onderzoek naar ontwikkeling, opvoeding, gezondheid, gedrag, en zorgnood en zorggebruik 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](http://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 cohortes 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](http://www.steunpuntwvg.be/jong)).

Het voorliggende rapport heeft betrekking op de cohorte 0-jarigen, en bespreekt gegevens uit de derde bevraging van ouders, dit is op het ogenblik dat hun kind ongeveer 24 maanden oud is. Het rapport bevat informatie over het sociaal profiel van deze JOnG!-steekproef op de leeftijd van 2 jaar enerzijds, en over hun profiel met betrekking tot sommige risicofactoren voor gezondheidproblemen anderzijds. Vervolgens wordt een beeld geschetst van de gezondheid van deze groep tijdens hun tweede levensjaar, en de resultaten gepresenteerd van een analyse van determinanten voor gezondheid en met gezondheidszorg en gezond gedrag gerelateerde aspecten op die leeftijd. Voor zover er gegevens van de opeenvolgende metingen (2, 12 en/of 24 maanden) beschikbaar zijn, worden ook evoluties in de gezondheid van deze kinderen gepresenteerd.

Waar mogelijk worden de JOnG!-cijfers, aan de hand van jaarrapporten of andere officiële gegevensbronnen, vergeleken met die van de Vlaamse/Belgische cohortes 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 cohortes zijn te vinden op de website van het steunpunt ([www.steunpuntwvg.be/jong](http://www.steunpuntwvg.be/jong)).

Leuven, februari 2013

Het studie-team JOnG!



# Hoofdstuk 1

## Methoden en respons van de bevraging op de leeftijd van 24 maanden

### 1 De opzet van de bevraging

Voor een uitgebreide beschrijving van de opzet, steekproeftrekking en respons tijdens het eerste (2 maanden) en tweede (12 maanden) meetmoment van de cohorte 0-jarigen in de studie JOnG!, verwijzen we naar drie eerder gepubliceerde documenten, met name het rapport “Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment van de studie JOnG!” (Grietens *et al.*, 2010), het rapport “Sociaal-demografisch profiel, perinatale gezondheid en de gezondheid tijdens de eerste levensweken van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!” (Guérin *et al.*, 2011), en het rapport “Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!” (Guérin *et al.*, 2012).

### 2 Statistische analyse van de gegevens en presentatie van de resultaten

In dit rapport wordt de steekproefomvang van de groep 'ingeschreven deelnemers' steeds aangeduid met de hoofdletter "N". Voor de subgroep(en) respondenten op de vragenlijst(en) wordt de kleine letter "n" gebruikt.

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

Vooreerst wordt, in **hoofdstuk 2** een beschrijvende analyse gegeven van een aantal **sociale kenmerken** van de JOnG-0 deelnemers en van respondenten van de bevraging van 24 maanden. Deze cijfers zijn gebaseerd op de bevraging van ouders (op het ogenblik dat hun kind 24 maanden oud is), of op een van de voorgaande bevragingen (2 of 12 maanden), of afgeleid uit het elektronisch kinddossier van Kind en Gezin (Ikaros).

Vervolgens komen in **hoofdstuk 3** enkele biologische (geboortegewicht < 2500 gram, zwangerschapsduur < 37 weken) en andere (opvang buiten het gezin, blootstelling aan tabaksrook) **factoren** aan bod, waarvan bekend is dat zij impact kunnen hebben op de gezondheid van het jonge kind. De prevalenties van deze factoren bij de JOnG-0-deelnemers en bij de respondenten op 24 maanden worden beschreven, en waar relevant opgesplitst volgens geslacht en/of vergeleken met die van voorgaande meetmomenten. Alle prevalenties in dit en volgende hoofdstukken worden weergegeven aan de hand van valide frequenties (frequenties berekend op de volledige groep, uitgezonderd diegenen die de vraag niet invulden). Waar relevant wordt ook een 95% betrouwbaarheidsinterval [95% BI] bij de prevalentiecijfers vermeld.

In de **hoofdstukken 4 en 5** volgt een overzicht van de prevalenties van gerapporteerde **gezondheidsproblemen, ziekenhuisopnames, chirurgische ingrepen, medicatiegebruik, en ongevallen** tijdens het tweede levensjaar. De prevalenties worden getoond per type probleem en voor de totale groep, en getoond en getoetst volgens geslacht (jongens versus meisjes), zwangerschapsduur (premaatuur versus à terme geboren) en geboortegewicht (laag versus normaal geboortegewicht), opvang buiten het gezin (minstens een halve dag per week versus geen opvang) en blootstelling van

het kind aan tabaksrook (geen, matige, zware blootstelling). Waar mogelijk wordt vergeleken met prevalenties gevonden in de bevraging op de leeftijd van 12 maanden. Een *Mc Nemar toets* werd gebruikt om na te gaan of de evolutie van prevalentie bij dezelfde groep kinderen (verschil in gepaarde proporties) al dan niet statistisch significant was. Het verband tussen het al dan niet voorkomen van gezondheidsproblemen, ongevallen, ziekenhuisopnames enz. (variabelen met een dichotoom karakter) en de aanwezigheid van bovengenoemde risicofactoren werd bestudeerd met behulp van chi-kwadraattoetsen (*Pearson Chi-Square* of *Fisher's Exact Test* naargelang het aantal betrokken kinderen). Het verband tussen geslacht en de duur van ziekenhuisopnames (continue variabele) werd nagegaan aan de hand *One-Way ANOVA*. Bij alle statistische analyses werd een p-waarde < 0.05 als statistisch significant beschouwd.

In hoofdstuk 6 worden twee aspecten van gezondheidsgerelateerd gedrag beschreven, met name de **mondhygiëne en het televisiekijkgedrag** bij 2-jarigen. Bij mondhygiëne worden de prevalentie en de startleeftijd van tandenpoetsen, het gebruik van tandpasta en het al dan niet hulp krijgen van een volwassene bij het tandenpoetsen voor de totale groep getoond, en vervolgens getoetst volgens geslacht (jongens versus meisjes) rangorde van het kind (eerste kind versus volgend kind), opvang buiten het gezin (minstens een halve dag per week versus geen opvang) en blootstelling van het kind aan tabaksrook (geen, matige, zware blootstelling) met behulp van chi-kwadraattoetsen (*Pearson Chi-Square*). Voor de beschrijving van de duur van televisie kijken wordt een onderscheid gemaakt tussen tijdens de week (maandag t.e.m. vrijdag) en tijdens het weekend. Vervolgens worden deze resultaten getoetst volgens het geslacht en de rangorde van het kind met behulp van chi-kwadraattoetsen (*Pearson Chi-Square*).

Bijkomend wordt in **hoofdstuk 4** de relatie tussen eventuele determinanten en de frequentie van voorkomen van gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar bestudeerd **via een logistische regressie-analyse uitgevoerd voor elk type gezondheidsprobleem apart**. Hiertoe werden de antwoorden voor de bestudeerde gezondheidsproblemen in twee categorieën herverdeeld, met name "nooit of af en toe" versus "regelmatig, vaak of altijd". Met enkelvoudige logistische regressie werd dan het significantieniveau van eventuele verschillen tussen groepen vastgesteld. De factoren die hierbij in rekening werden gebracht zijn de sociale<sup>1</sup>, biologische en andere factoren die respectievelijk in de hoofdstukken 2 en 3 werden beschreven. Gegroepeerd volgens de informatiebron waaruit ze werden afgeleid, gaat het om de volgende factoren:

- *Uit het elektronisch kinddossier Kind en Gezin (Ikaros):* "geslacht", "prematuriteit (d.i. zwangerschapsduur < 37 weken)" en "laag geboortegewicht (d.i. < 2500 gram)";
- *Uit de bevraging 2 maanden (startbevraging):* "hoogste opleidingsniveau van ouders" (d.i. het hoogst diploma behaald door vader en/of moeder, ingedeeld in 4 categorieën: "hoger secundair onderwijs", "< hoger secundair onderwijs", "hoger onderwijs" en "andere") en "netto gezinsinkomen per maand" (ingedeeld in 4 categorieën: "laag" = minder dan 1500€, "gemiddeld" = tussen 1501 en 3000€, "hoog" boven 3000€, en "onbekend" = weet niet of wenst zijn inkomen niet mee te delen);

---

<sup>1</sup> In dit rapport wordt met de term "sociale factoren" verwezen naar sociaal-demografische én sociaal-economische factoren, zoals geslacht en leeftijd van het kind, gezinssituatie (rangorde van het kind, aantal ouders en kinderen in het gezin), herkomst, opleidingsniveau en leeftijd van de ouders, gezinsinkomen...



- *Uit de bevraging 24 maanden:* “minstens een halve dag per week opvang buiten het gezin” en “graad van blootstelling aan tabaksrook in de voorbije maand” (ingedeeld in 3 categorieën: “geen”, “matig”= maximum 5 sigaretten per dag, en “zwaar”= meer dan 5 sigaretten per dag).

Eveneens in hoofdstuk 4 wordt de invloed van al deze factoren op het voorkomen van gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar vervolgens onderzocht door middel van een meervoudige logistische regressie-analyse. Voor elk stelsel werd een afzonderlijk model opgesteld, met de frequentie van voorkomen van de klachten (“nooit of af en toe” versus “regelmatig, vaak of altijd”) als predictor, en de hoger vermelde factoren als potentieel versturende variabelen. Bij alle meervoudige regressies in dit hoofdstuk werden finale modellen geselecteerd met een "backward selection"-procedure volgens het criterium ( $p < 0.01$ ). Factoren met een  $p$ -waarde kleiner dan 0.05 worden als statistisch significant beschouwd.

De resultaten van multivariate analyses worden in tabellen samengevat, met telkens weergave van de volgende informatie:

- *Per bestudeerde determinant:* verschillende categorieën (subgroepen) met vermelding van de referentiegroep;
- *Per subgroep:* aantal kinderen betrokken bij de analyse;
- *Prevalentie* (in percentage) van het bestudeerde kenmerk in de verschillende subgroepen en chi-kwadraat test;
- *Eenvoudige logistische regressie:* “simple odds ratio” en gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep;
- *Multipole logistische regressie met ‘backward selection’:* “adjusted odds ratio” en gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep.

In de bespreking van resultaten van multivariate analyses zijn de vermelde OR-waarden telkens “adjusted odds ratio’s” na correctie voor de andere bestudeerde determinanten (tenzij anders vermeld).

In hoofdstuk 5 wordt ook de relatie tussen eventuele determinanten en met gezondheidszorg gerelateerde aspecten, zoals het voorkomen van één of meerdere ziekenhuisopnames en/of chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar van het kind en het medicatiegebruik in de voorbije maand, onderzocht door middel van enkelvoudige en meervoudige logistische regressies (volgens een identieke werkwijze als de hierboven beschreven). De factoren die hiervoor in rekening gebracht werden zijn: geslacht van het kind, premature geboorte, laag geboortegewicht, herkomst van de ouders (informatie afkomstig uit de bevraging 12 maanden, herverdeeld in twee categorieën met name “beide ouders Belgisch” en “minstens één niet-Belgische ouder”), opleidingsniveau van de ouders, maandelijks gezinsinkomen, opvang buiten het gezin en blootstelling van het kind aan tabaksrook.

De relatie tussen eventuele determinanten en het voorkomen van één of meerdere ongevallen tijdens de twee eerste levensjaren van het kind wordt eveneens vastgesteld door middel van enkelvoudige en meervoudige logistische regressies. De factoren die hiervoor in rekening gebracht werden, zijn: geslacht van het kind, premature geboorte, laag geboortegewicht, gezinstype (twee-ouder gezin versus alleenstaande ouder) bij de geboorte en op de leeftijd van 2 jaar, rangorde van het kind (eerste versus volgend kind) en het aantal kinderen in het gezin op de leeftijd van 2 jaar, leeftijd

van moeder en vader bij de geboorte van dit kind, herkomst van de ouders, opleidingsniveau van de ouders en tenslotte het gezinsinkomen per maand.

In hoofdstuk 6 wordt op eenzelfde manier ook een **determinantenanalyse met betrekking tot mondhygiëne en televisie kijken** uitgevoerd. Voor deze van **mondhygiëne** werd de prevalentie van een vroege start met tandenpoetsen (vóór de leeftijd van 1 jaar) enerzijds en van een poetsfrequentie van minstens éénmaal per dag anderzijds, onderzocht door middel van enkelvoudige en meervoudige logistische regressies (volgens een identieke werkwijze als de hierboven beschreven). De factoren die hiervoor in rekening gebracht werden, zijn: geslacht van het kind, herkomst van de ouders, opleidingsniveau van de ouders, maandelijks gezinsinkomen, rangorde van het kind, leeftijd van de moeder bij de geboorte van dit kind en blootstelling van het kind aan tabaksrook.

Voor de **determinantenanalyse met betrekking tot televisie kijken** bij tweejarigen werd de prevalentie van een kijkgedrag langer dan 30 minuten per dag, enerzijds tijdens de week en anderzijds tijdens het weekend, onderzocht door middel van enkelvoudige en meervoudige logistische regressies (volgens een identieke werkwijze als hierboven beschreven). De factoren die hiervoor in rekening gebracht werden, zijn: geslacht van het kind, herkomst van de ouders, opleidingsniveau van de ouders, maandelijks gezinsinkomen, rangorde van het kind, leeftijd van de moeder bij de geboorte van dit kind en blootstelling van het kind aan tabaksrook.

In hoofdstuk 7 worden de in voorgaande hoofdstukken voorgestelde resultaten thematisch besproken. Vooreerst wordt een inschatting gemaakt van de representativiteit van de Vlaamse steekproef waarop de gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd. Vervolgens wordt een poststratificatie weging voor enkele relevante sociaal-economische factoren toegepast waarvan ook Vlaamse referentiecijfers voor de betreffende leeftijd voorhanden zijn (databank van Kind en Gezin; Ikaros/Mirage), met name herkomst en opleidingsniveau van de moeder. Door vergelijking van de ruwe (ongewogen) cijfers met de (gewogen) cijfers bekomen na correctie voor eventuele bias ten gevolge van selectieve respons wordt nagegaan of de gevonden prevalenties representatief zijn voor de Vlaamse populatie van de betreffende leeftijd. Tenslotte worden deze gegevens - waar het mogelijk en relevant is - getoetst aan wat hierover nationaal en/of internationaal bij deze leeftijdsgroep gekend is.

### **3 Respons van de bevraging op de leeftijd van 24 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. Verder in dit rapport wordt deze geboortecohorte als "JOnG-0" aangeduid, naar analogie met "JOnG-6" en "JOnG-12" voor de cohortes die gestart zijn op de leeftijd van respectievelijk 6 en 12 jaar. 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 bevragingsronde (startvragenlijst) beschikbaar zijn.

Voor de bevraging op de leeftijd van 12 maanden (verder “vragenlijst 12 maanden” genoemd) beschikken we - na datacleaning - over een bestand met 1226 records (hetzij 40.6% van de deelnemers).

Bij de derde bevraging op de leeftijd van 24 maanden (waaruit voor dit rapport geput wordt, verder “vragenlijst 24 maanden” genoemd) werden 1418 ingevulde vragenlijsten teruggestuurd (hetzij 47.0% van de deelnemers). Deze kinderen worden in de context van dit rapport verder “respondenten” genoemd.

Tabel 1 geeft een overzicht van de respons op de drie eerste vragenlijsten. Voor 3 op 10 van de deelnemers werden de drie vragenlijsten ingevuld. Van iets meer dan een vijfde van de groep beschikken we over twee meetmomenten in de twee eerste levensjaren, met name startvragenlijst én vragenlijst 12 maanden (6.9%), startvragenlijst én vragenlijst 24 maanden (13.0%), of vragenlijsten 12 maanden en 24 maanden (1.5%). Bij iets meer dan een vijfde van de groep is slechts één meetmoment in de twee eerste levensjaren beschikbaar, met name enkel de startvragenlijst (19.2%), enkel de vragenlijst 12 maanden (1.5%) of enkel de vragenlijst 24 maanden (1.8%). Voor de resterende deelnemers (25.5%) werd geen van de drie vragenlijsten ingevuld. Van alle deelnemers zijn echter de Ikaros-data van Kind en Gezin beschikbaar.

Tabel 1 Respons voor de vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden bij de deelnemers van JOnG-0

Ingevulde vragenlijst(en)	Deelnemers (N=3017)	
	Aantal	Percentage
Drie vragenlijsten beschikbaar	928	30.8
Twee van de drie vragenlijsten beschikbaar	645	21.4
Slechts één vragenlijst beschikbaar	676	22.4
Geen ingevulde vragenlijst	768	25.5
<b>Totaal</b>	<b>3017</b>	<b>100.0</b>

Net zoals bij de twee eerste bevragingen is de respons op de vragenlijst 24 maanden het laagst in de regio's Antwerpen en Brussel, terwijl de beste responsrate in de regio's Geel, Ieper en Tielt-Winge werd bekomen (Tabel 2).

In vergelijking met de bevraging op de leeftijd van 12 maanden zien we in alle regio's een stijging van de responsrate op de bevraging 24 maanden (een toename van 3 tot 10% t.o.v. het aantal deelnemers uit dezelfde regio) met uitzondering van de regio Brussel Noord die ditmaal 6 (1.2%) respondenten minder telt.

Tabel 2 Aantal kinderen dat behoort tot de regiopopulatie en tot de doelgroep, overzicht van de participatiegraad (deelnemers, aantal en %) per regio, en respons van de bevraging op 24 maanden (respondenten, aantal en %) per regio (JOnG-0)

Regio Kind en Gezin	Populatie	Doelgroep1	Deelnemers		Respondenten 24m	
	Aantal	Aantal	Aantal	Percentage <sup>2</sup>	Aantal	Percentage <sup>3</sup> (Percentage <sup>2</sup> )
<i>Antwerpen</i>						
Antwerpen-Noord	1097	570	168	29.5	52	31.0 (9.1)
Geel	1222	617	416	67.4	261	62.7 (42.3)
<i>Limburg</i>						
Genk	1208	607	315	51.9	134	42.5 (22.1)
<i>Oost Vlaanderen</i>						
Gent	1099	560	342	61.1	143	41.8 (25.5)
Oudenaarde	1113	573	366	63.9	159	43.4 (27.7)
<i>Vlaams Brabant</i>						
Tielt-Winge	1117	577	405	70.2	204	50.4 (35.4)
<i>West Vlaanderen</i>						
Ieper	953	483	320	66.2	172	53.8 (35.6)
Oostende	1405	703	553	78.7	255	46.1 (36.3)
<i>Brussels hoofdstedelijk gewest</i>						
Brussel-Noord <sup>4</sup>	919	471	132	28.0	38	28.8 (8.1)
<b>Totaal</b>	<b>10133</b>	<b>5161</b>	<b>3017</b>	<b>58.4</b>	<b>1418</b>	<b>47.0 (27.5)</b>

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

<sup>2</sup> Percentage berekend op de doelgroep in de regio

<sup>3</sup> Percentage berekend op het aantal deelnemers in de regio

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

Zoals gevraagd bij de voorafgaande instructies, werden deze vragenlijsten in hoofdzaak ingevuld door de moeder (97.3%), en in veel mindere mate door de vader (2.6%) van het kind (Tabel 3).

Tabel 3 Personen, in hun relatie tot het deelnemende kind, die de vragenlijst 24 maanden hebben ingevuld (JOnG-0)

Vragenlijst ingevuld door:	Respondenten (n=1418)*	
	Aantal	Percentage
Moeder	1238	97.3
Biologische vader	33	2.6
Grootouder	1	0.1

\* Voor 146 van de 1418 respondenten werd deze informatie niet geregistreerd

## Hoofdstuk 2

### Sociaal profiel van de JOnG-0-deelnemers en -respondenten op de leeftijd van 24 maanden

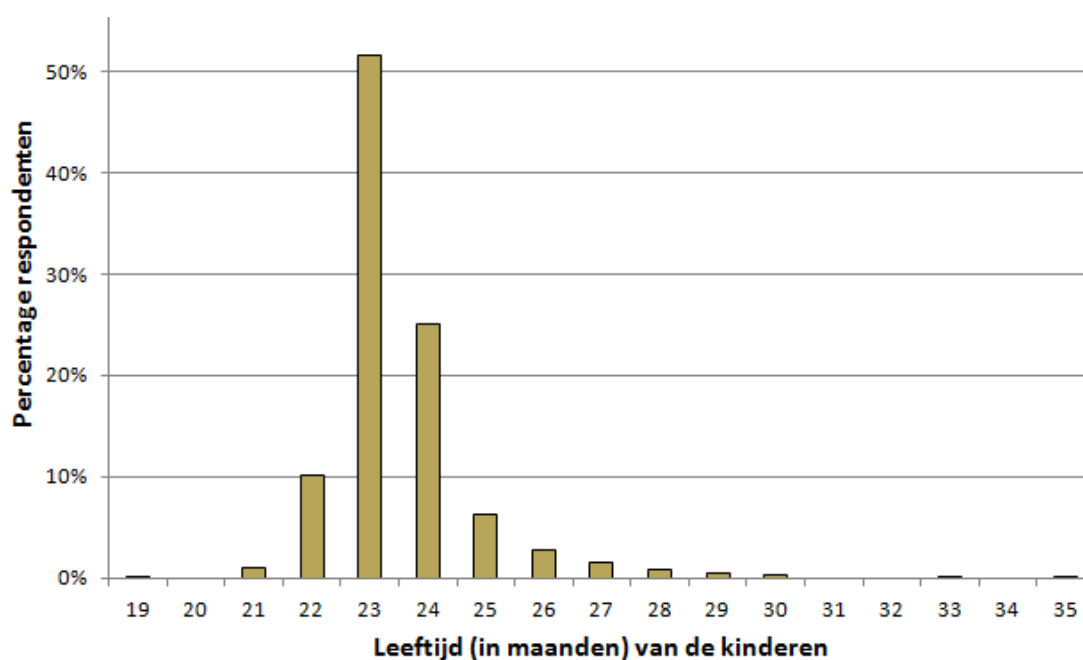
#### 1 Geslacht van het kind, en leeftijd op het ogenblik van de bevraging

Volgens registratie in de Ikarosdatabank benadert de geslachtsverdeling in de JOnG-0-steekproef, zowel voor deelnemers als voor respondenten op de vragenlijst 24 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 van respondenten van de vragenlijst 24 maanden (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)

Geslacht van het kind	Deelnemers (N=3017)		Respondenten 24m (n=1418)	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Jongen	1543	51.1	735	51.8
Meisje	1474	48.9	683	48.2
<b>Totaal</b>	<b>3017</b>	<b>100.0</b>	<b>1418</b>	<b>100.0</b>

De leeftijdsverdeling van de kinderen op het ogenblik dat de 'vragenlijst 24 maanden' werd ingevuld, wordt in Figuur 1 in detail weergegeven.



Figuur 1 Frequentieverdeling van de ingevulde vragenlijsten 24 maanden (%) volgens leeftijd van het kind (in maanden) (n=1346; in 72 vragenlijsten werd de invuldatum niet genoteerd) (JOnG-0)

De overgrote meerderheid van de vragenlijsten (93.1%) werd ingevuld bij kinderen tussen de leeftijd van 22 en 25 maanden (mediaan: 23 maanden; gemiddelde ( $\pm SD$ ): 23.5 ( $\pm 1.3$ ) maanden; Min-Max: 19-35 maanden). Op twee uitzonderingen na waren de kinderen niet ouder dan 30 maanden.

## 2 Nationaliteit, geboorteland en herkomst van ouders

Uit de gegevens van Ikaros blijkt dat bijna 17% van de moeders van JOnG-0-deelnemers ( $N=3017$ ) bij hun eigen geboorte een niet-Belgische nationaliteit had. Deze proportie was al een stuk lager bij de JOnG-0-respondenten op de leeftijd van 2 maanden (12.5%) en daalde verder bij de respondenten op de volgende vragenlijsten (9.0% op 12 maanden en 6.2% op 24 maanden). Op dezelfde wijze daalde de respons op 24 maanden ook bij kinderen waarvan de moeders bij de geboorte van dit kind niet Belg waren (van 11.0% naar 3.5%) en voor kinderen die zelf bij de geboorte niet-Belg waren (van 4.0% naar 1.2%) (Tabel 5).

Tabel 5 Nationaliteit van moeder en kind bij deelnemers en bij respondenten op de vragenlijsten van 2, 12 en 24 maanden (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)

Nationaliteit	Deelnemers ( $N=3017$ )*		Respondenten vragenlijst 2m ( $n=2106$ )		Respondenten vragenlijst 12m ( $n=1226$ )		Respondenten vragenlijst 24m ( $n=1418$ )	
	Aantal	Percent	Aantal	Percent	Aantal	Percent	Aantal	Percent
Kind								
Belg	2895	96.0	2042	97.0	1202	98.0	1401	98.8
Niet-Belg	122	4.0	64	3.0	24	2.0	17	1.2
Moeder bij geboorte kind								
Belg	2685	89.0	1927	91.5	1154	94.1	1367	96.5
Niet-Belg	331	11.0	179	8.5	72	5.9	50	3.5
Moeder bij eigen geboorte								
Belg	2507	83.1	1843	87.5	1116	91.0	1329	93.8
Niet-Belg	509	16.9	263	12.5	110	9.0	88	6.2

\* 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 JOnG-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 (grootouders van het kind). 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). Tenslotte werden de gegevens afkomstig uit Ikaros over de nationaliteit van ouders bij de geboorte van hun kind en over de nationaliteit van de moeder bij eigen geboorte gecombineerd met gegevens uit de vragenlijst 12 maanden over het geboorteland van ouders. Zodoende werden nieuwe variabelen aangemaakt om de herkomst van ouders te definiëren, als zijnde België, een land uit de WHO A-Regio of uit de WHO B-, C-, of D-Regio's. Voor een gedetailleerde beschrijving van de werkwijze die gevolgd

werd om deze variabelen te operationaliseren, verwijzen we naar een eerder gepubliceerd rapport (Guérin *et al.*, 2012).

Bij de groep kinderen met een ingevulde vragenlijst 24 maanden heeft 90.1% ouders van Belgische herkomst, en respectievelijk 3.7% en 6.2% een land van oorsprong in de WHO A-regio en WHO B-, C-, of D-regio's. Uit deze cijfers blijkt ook dat de proportie van respondenten van niet-Belgische herkomst – en vooral afkomstig uit de WHO B-, C-, of D-regio's - gedaald is ten opzichte van de bevraging 12 maanden (Tabel 6).

Tabel 6 Herkomst van ouders 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 (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)

Herkomst van	Respondenten vragenlijst 12 maanden (n=1226)*		Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)*	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Herkomst van de moeder				
België	1105	90.1	1320	93.2
WHO A-Regio	34	2.8	32	2.0
WHO B-C-D-Regio's	87	7.1	65	2.9
Herkomst van de vader				
België	1098	89.9	1318	93.9
WHO A-Regio	41	3.4	37	2.6
WHO B-C-D-Regio's	83	6.8	49	3.5
Herkomst van de ouder(s)				
België	1048	85.5	1277	90.1
WHO A-Regio	59	4.8	52	3.7
WHO B-C-D-Regio's	119	9.7	88	6.2

\* Ontbrekende gegevens over herkomst van moeder of vader (n=1 tot 14) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

### 3 Gezinsituatie waarin het kind opgroeit

Bij de eerste bevraging (op de leeftijd van 2 maanden) groeiden de kinderen - op 3.1% van de respondenten na - op in een twee-ouder gezin. Bij de bevragingen op 12 en 24 maanden was de groep van alleenstaande ouders proportioneel gestegen tot respectievelijk 7.0% en 5.2% van de respondenten (Tabel 7). Deze lichte daling in de proportie van alleenstaande ouders tussen de leeftijd van 12 en 24 maanden is mogelijk te wijten aan een beperkte responsbias, vermits binnen de groep van respondenten op beide vragenlijsten (n=973) de proportie van alleenstaande ouders stijgt van 5.2% op 12 maanden naar 6.1% op 24 maanden. De proportie van kinderen die permanent in het gezin verblijven daalt licht, van 93.6% op de leeftijd van 2 maanden naar 92.0% op de leeftijd van 24 maanden (Tabel 7).

Tabel 7 Kenmerken van de gezinssituatie waarin het kind opgroeit bij respondenten op de vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden (JOnG-0)

Gezinsindicatoren	Respondenten vragenlijst 2m (n=2106)*	Respondenten vragenlijst 12m (n=1226)*	Respondenten vragenlijst 24m (n=1418)*
	Percentage*	Percentage*	Percentage*
Samenwoningsverband van het gezin			
Twee-oudergezin	96.9	93.0	94.8
Alleenstaande ouder	2.3	7.0	5.2
Andere	0.8	0.0	0.0
Duur verblijf van het kind in het gezin			
Altijd	93.6	-	92.0
Meer dan de helft van de tijd	5.2	-	6.2
Ongeveer de helft van de tijd	1.0	-	1.4
Minder dan de helft van de tijd	0.2	-	0.4
Nooit	0.0	-	0.0
Aantal kinderen in dit gezin (inclusief dit kind)			
1	47.3	52.2	40.8
2	36.6	33.3	41.5
3	11.8	11.0	13.3
4	2.6	2.3	3.3
5	0.8	0.4	0.4
≥6	0.8	0.8	0.7
Aantal personen in dit gezin (kinderen + ouders + grootouders + ...)			
2	1.8	4.6	2.8
3	44.0	43.5	36.6
4	35.0	33.8	40.9
5	12.1	12.3	14.2
≥6	7.0	5.8	6.6

\* Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst

\*\* Ontbrekende antwoorden (n=7 tot 120, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

In de bevraging 24 maanden werd gepeild naar verandering(en) in de gezinssamenstelling. Globaal genomen is de gezinssamenstelling op de leeftijd van 2 jaar weinig veranderd t.o.v. de twee voorgaande jaren. Op de leeftijd van 2 jaar groeien onze respondenten overwegend op zonder andere kinderen of met één ander kind in het gezin (gemiddelde ( $\pm SD$ ): 1.8 ( $\pm 0.9$ ) kinderen; Min-Max: 1-9 kinderen). Dit weerspiegelt zich ook in het aantal personen dat deel uitmaakt van het gezin. In 8 op 10 gevallen gaat het om 3 tot 4 personen (gemiddelde ( $\pm SD$ ): 3.9 ( $\pm 1.0$ ) personen; Min-Max: 2-11 personen) (Tabel 7).

Verder blijkt dat in 3.4% 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% van de gezinnen woont iemand anders (al dan niet in familiaal verband) in. Bij de bevraging op 12 maanden waren deze cijfers respectievelijk 5.7% en 2.9%.



#### 4 Sociaal-economische situatie waarin het kind opgroeit

In de startvragenlijst werd naar het opleidingsniveau van zowel moeder als vader gepeild. In onderstaande tabel wordt - per bevragingronde - de verdeling van de respondenten naargelang het opleidingsniveau van elk van hun ouders, alsook naargelang het opleidingsniveau van hun beide ouders weergegeven. Bij de respondenten op 24 maanden blijkt dat meer dan 6 op 10 moeders (66.1%) en de helft van de vaders (51.7%) hoger onderwijs hebben genoten, terwijl 5.6% van de moeders en 8.1% van de vaders laag geschoold is (lager secundair onderwijs of minder). Er is een progressieve afname van de respons van laag geschoolde ouders op de vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden (respectievelijk 7.1%, 4.1% en 3.4%) en in mindere mate van ouders die een diploma hoger secundair onderwijs hebben behaald (respectievelijk 26.7%, 25.8% en 23.3%) (Tabel 8).

Tabel 8 Opleidingsniveau van ouders van respondenten op de drie eerste vragenlijsten (JOnG-0)

Opleidingsniveau van	Respondenten startvragenlijst (n=2106)*		Respondenten vragenlijst 12m (n=1226)*		Respondenten vragenlijst 24m (n=1418)*	
	Aantal	Percent	Aantal	Percent	Aantal	Percent
Opleidingsniveau moeder						
< hoger secundair onderwijs	226	10.9	84	7.5	74	5.6
hoger secundair onderwijs	621	29.9	330	29.3	866	28.2
hoger onderwijs	1228	59.2	713	63.3	1310	66.1
Opleidingsniveau vader						
< hoger secundair onderwijs	240	12.0	102	9.4	103	8.1
hoger secundair onderwijs	812	40.7	466	42.8	511	40.2
hoger onderwijs	941	47.2	522	47.9	1271	51.7
Hoogst opleidingsniveau ouders						
< hoger secundair onderwijs	148	7.1	53	4.7	45	3.4
hoger secundair onderwijs	557	26.7	292	25.8	307	23.3
hoger onderwijs	1382	66.2	788	69.5	963	73.2

\* Ontbrekende gegevens (n=19 tot 103, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Om de sociaal-economische situatie waarin het kind opgroeit in kaart te brengen, werd in de startvragenlijst ook gepeild naar het gemiddeld netto gezinsinkomen (inkomsten uit arbeid en alle vervangingsinkomsten en/of sociale tegemoetkomingen samengeteld). In de bevraging 12 maanden werd vervolgens gepeild naar wijziging van het gezinsinkomen sinds de laatste bevraging. Na koppeling van gegevens afkomstig uit deze twee eerste vragenlijsten bleek dat de verdeling van de respondenten in zes inkomenscategorieën ongeveer identiek bleef, en dat er bij slechts 1 op 10 gezinnen sprake was van een lichte verschuiving in inkomenscategorie (voor de helft naar een hogere en voor de helft naar een lagere schijf) (Guérin *et al.*, 2012). In de bevraging 24 maanden werd om die reden niet meer gepeild naar wijziging in het gezinsinkomen.

In onderstaande tabel wordt de verdeling van het maandelijks netto-inkomen van het gezin bij de geboorte van het kind voor de respondenten op de drie eerste vragenlijsten weergegeven (Tabel 9).

Voor de voorstelling van de resultaten werden de zes oorspronkelijke antwoordcategorieën tot drie herleid, met name: “laag inkomen” (<1500 euro), “gemiddeld inkomen” (1500 à 3000 euro) en “hoog inkomen” (>3000 euro). Bijkomend is er ook nog een niet-verwaarloosbare groep van respondenten die noteerden dat zij hun inkomen niet kennen of niet wensten mee te delen.

Tabel 9 Gezinsinkomen bij de geboorte van het kind voor respondenten op de drie eerste vragenlijsten (JOnG-0) (startvragenlijst)

Gezinsinkomen bij de geboorte van het kind	Respondenten startvragenlijst (n=2106)*		Respondenten vragenlijst 12m (n=1226)*		Respondenten vragenlijst 24 m (n=1418)*	
	Aantal	Percent	Aantal	Percent	Aantal	Percent
Gezinsinkomen (per maand)						
Laag	151	7.2	56	4.9	42	3.2
Gemiddeld	836	39.7	463	40.7	510	38.7
Hoog	722	34.3	405	35.6	525	39.8
Niet meegedeeld	397	18.9	213	18.7	242	18.3

\* Ontbrekende gegevens (n=89 tot 99, naargelang de groep) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Net zoals voor het opleidingsniveau van ouders zien we een progressieve daling van de respons van ouders met het laagste gezinsinkomen op de vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden (respectievelijk 7.2%, 4.9% en 3.2%) terwijl de participatie bij de ouders met gemiddeld inkomen proportioneel redelijk stabiel blijft en met hoog inkomen toeneemt.

## Hoofdstuk 3

### Profiel met betrekking tot specifieke risicofactoren van de JOnG-0-deelnemers en -respondenten op de leeftijd van 24 maanden

#### 1 Prematuur geboren kinderen (zwangerschapsduur < 37 weken)

Bij de groep respondenten op de vragenlijst 24 maanden zijn de prematuren (<37 weken zwangerschapsduur) even goed vertegenwoordigd als bij de startvragenlijst (5.4% in beide gevallen, tegen 5.1% bij de bevraging 12 maanden en 6.1% bij de volledige groep van deelnemers) (Tabel 10).

Tabel 10 Relatieve vertegenwoordiging van deelnemers en respondenten met premature geboorte in de verschillende bevragingsrondes (vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden)(JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)

	Deelnemers		Respondenten		Respondenten		Respondenten	
	(N=3017)		vragenlijst 2m (n=2106)		vragenlijst 12m (n=1226)		vragenlijst 24m (n=1418)	
Prematuriteit	Aantal	Percent <sup>1</sup>	Aantal	Percent <sup>2</sup>	Aantal	Percent <sup>3</sup>	Aantal	Percent <sup>4</sup>
Prematuur (<37w)	185	6.1	114	5.4	63	5.1	77	5.4
Niet prematuur (≥37w)	2832	93.9	1992	94.6	1163	94.9	1341	94.6

<sup>1</sup> Percentage berekend op het aantal deelnemers

<sup>2</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 2 maanden

<sup>3</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 12 maanden

<sup>4</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 24 maanden

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 in de opeenvolgende bevragingen: voor slechts 2 van de in totaal 18 zwaar prematuur geboren JOnG!-deelnemers werd de vragenlijst 24 maanden ingevuld (Tabel 11). Vermits het risico voor gezondheidsproblemen in deze groep groter is dan gemiddeld op deze leeftijd, is hun beperkte vertegenwoordiging bij de respondenten 24 maanden niet zonder belang voor de interpretatie van de hieronder beschreven gezondheidsproblemen bij prematuur geboren kinderen. Het betreft dus in de JOnG-0-analyse, op 2 kinderen na, licht premature kinderen (zwangerschapsduur tussen 32 weken en 36 weken + 6 dagen).

Tabel 11 Relatieve vertegenwoordiging van deelnemers en respondenten met premature geboorte in de verschillende bevraging rondes (vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden), volgens de ernst van de prematuriteit (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)

Prematuriteit	Deelnemers (N=3017)		Respondenten vragenlijst 2m (n=2106)		Respondenten vragenlijst 12m (n=1226)		Respondenten Vragenlijst 24m (n=1418)	
	Aantal	Percent <sup>1</sup>	Aantal	Percent <sup>2</sup>	Aantal	Percent <sup>3</sup>	Aantal	Percent <sup>4</sup>
<32w zwaar prematuur	18	0.6	7	0.3	1	0.1	2	0.1
32w – 36w licht prematuur	167	5.5	107	5.1	62	5.1	75	5.3
≥37w niet prematuur	2832	93.9	1992	94.6	1163	94.9	1341	94.6

<sup>1</sup> Percentage berekend op het aantal deelnemers

<sup>2</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 2 maanden

<sup>3</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 12 maanden

<sup>4</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 24 maanden

## 2 Kinderen met een laag geboortegewicht (< 2500 gram)

Bij de groep respondenten op de vragenlijst 24 maanden zijn de kinderen met een laag geboortegewicht (<2500 gram) proportioneel iets minder goed vertegenwoordigd dan bij de volledige groep van deelnemers en de respondenten op de startvragenlijst (respectievelijk 4.7% tegen 5.3% en 5.0%) maar iets beter dan bij de respondenten op de bevraging 12 maanden (4.5%) (Tabel 12).

Tabel 12 Relatieve vertegenwoordiging van deelnemers en respondenten met een laag geboortegewicht (<2500 gram) in de verschillende bevraging rondes (vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden) (JOnG-0) (gegevens uit Ikaros)

Laag geboortegewicht (< 2500 gram)	Deelnemers (N=3017)		Respondenten vragenlijst 2m (n=2106)		Respondenten vragenlijst 12m (n=1226)		Respondenten Vragenlijst 24m (n=1418)	
	Aantal	Percent <sup>1</sup>	Aantal	Percent <sup>2</sup>	Aantal	Percent <sup>3</sup>	Aantal	Percent <sup>4</sup>
Ja	159	5.3	106	5.0	55	4.5	67	4.7
Nee	2857	94.7	1999	95.0	1170	95.5	1350	95.3

<sup>1</sup> Percentage berekend op het aantal deelnemers op één na voor wie deze informatie niet werd geregistreerd

<sup>2</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 2 maanden

<sup>3</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 12 maanden

<sup>4</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 24 maanden

### 3 Opvang van het kind buiten het gezin

Op de vraag of het kind in een normale werkweek minstens een halve dag door personen van buiten het gezin opgevangen wordt, antwoordt negen op de tien respondenten positief (Tabel 13). In vergelijking met de gegevens uit de bevraging op de leeftijd van 12 maanden is dit een stijging met 5%. Wanneer we naar de groep van respondenten op beide vragenlijsten kijken ( $n=973$ ), zien we dat de proportie van kinderen die een halve dag of meer per week door personen van buiten het gezin opgevangen wordt een lichte maar statistisch significante stijging vertoont, van 86.4% (95% BI: 84.3-88.5%) bij 1-jarigen naar 89% (95% BI: 87.1-90.9%) bij 2-jarigen (McNemar test:  $p<0.01$ ).

Tabel 13 Proportie van kinderen die minstens een halve dag per week door personen van buiten het gezin opgevangen worden, bij respondenten (vragenlijsten 12 maanden en 24 maanden) (JOnG-0)

Opvang minstens een halve dag per week	Respondenten vragenlijst 12m (n=1226)*		Respondenten vragenlijst 24m (n=1418)*	
	Aantal	Percent <sup>1</sup>	Aantal	Percent <sup>2</sup>
Ja	1019	83.1	1257	88.8
Nee	207	16.9	159	11.2

\* Ontbrekende antwoorden ( $n=2$ ), naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

<sup>1</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 12 maanden

<sup>2</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 24 maanden

Respondenten op de vragenlijst 12 maanden werden gemiddeld 5.6 halve dagen per week opgevangen (mediaan: 6;  $SD$ : 3.8). Gezien de duur van opvang per week op de leeftijd van 24 maanden niet opnieuw werd bevraagd, is geen vergelijking tussen beide leeftijdsgroepen mogelijk.

Tabel 14 geeft een overzicht van de verschillende types van opvang waarvan ouders gebruik maken voor hun kind rond de leeftijd van 12 en 24 maanden. Voor beide leeftijdsgroepen blijkt de meest populaire vorm van opvang de grootouders, familieleden of vrienden die het kind bij hen thuis opvangen (57.4% bij 1-jarigen tegen 45.8% bij 2-jarigen). Nadien volgen onthaalgezinnen/onthaalmoeders (respectievelijk 37.8% versus 39.9%) en kinderdagverblijven (35.0% versus 35.4%). Terwijl 1 op 3 kinderen rond de eerste verjaardag opgevangen wordt door grootouders, familieleden of vrienden die aan huis komen, komt deze vorm van opvang twee maal minder frequent voor bij 2-jarigen.

Tabel 14 Proportie van 1- en 2-jarigen die minstens een halve dag per week opgevangen worden naargelang het type van opvang (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)

Kind opgevangen door: (meerdere antwoorden mogelijk)	Respondenten vragenlijst 12m (n=1226)		Respondenten vragenlijst 24m (n=1418)	
	Aantal	Percent <sup>1</sup>	Aantal	Percent <sup>2</sup>
Grootouders, familieleden, vrienden... die aan huis komen	400	32.6	240	16.9
Grootouders, familieleden, vrienden... bij hen thuis	704	57.4	649	45.8
Kinderdagverblijf	429	35.0	502	35.4
Onthaalgezin of onthaalmoeder	464	37.8	566	39.9
Andere opvangvorm	24	2.0	12	0.8

<sup>1</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 12 maanden

<sup>2</sup> Percentage berekend op het aantal respondenten op de vragenlijst 24 maanden

#### 4 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 12.4% van de respondenten positief (9.0% enkel binnenshuis, 1.3% in de wagen, en 1.7% op beide plaatsen) (Tabel 15). 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 7 op 10 (67.8%) gevallen om een gemiddelde blootstelling van minder dan 1 sigaret per dag, in 1 op 6 (16.0%) om 1 à 5 sigaretten per dag en in 16.2% om meer dan 5 sigaretten per dag. In vergelijking hiermee ligt de graad van blootstelling aan tabaksrook in de wagen op een lager niveau (respectievelijk 84%, 16% en 0% voor dezelfde categorieën) (Tabel 15).

Volgens ouderrapportage op de leeftijd van 2 maanden werd er in slechts 4.7% van de gevallen in huis gerookt, terwijl 16.6% van de baby's aan tabaksrook werd blootgesteld tijdens de zwangerschap (12.3% door rokende moeder en bijkomend 4.3% door blootstelling van de zwangere moeder aan tabaksrook in huis) (Hoppenbrouwers *et al.*, 2011).

Bij de respondenten 12 maanden bleek dat er in 9.9% van de gezinnen binnenshuis werd gerookt in aanwezigheid van het kind (Guérin *et al.*, 2012). Op de leeftijd van 24 maanden is dit bij 10.7% van de respondenten het geval. Voor de groep respondenten die beide vragenlijsten (12 en 24 maanden) hebben ingevuld, zijn deze cijfers respectievelijk 9.6% en 11.1%. Wanneer er ook rekening wordt gehouden met blootstelling van het kind aan tabaksrook in de wagen komen respectievelijk 10.2% en 12.1% van de respondenten in aanmerking. Hieruit blijkt dat de proportie van kinderen die aan tabak wordt blootgesteld, een stijgende trend vertoont tussen de leeftijd van 1 en 2 jaar. Het verschil is echter niet statistisch significant (*Mc Nemar* test:  $p=0.073$ ).

Tabel 15 Overzicht van blootstelling van respondenten aan tabaksrook binnenshuis en/of in de wagen in de voorbije maand (vragenlijst 24 maanden) en vergelijking met gegevens uit de vragenlijst 12 maanden (JOnG-0)

<b>Blootstelling van het kind aan tabaksrook?</b>	<b>Respondenten vragenlijst 12m (n=1226)*</b>	<b>Respondenten vragenlijst 24m (n=1418)*</b>	
	<i>Percentage*</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>
Noch binnenshuis noch in de wagen	89.4	1242	88.0
Enkel binnenshuis	7.9	127	9.0
Enkel in de wagen	0.7	18	1.3
Zowel binnenshuis als in de wagen	2.0	24	1.7
<b>Mate van blootstelling aan tabaksrook binnenshuis</b>	<b>(n=122)*</b>	<b>(n=151)*</b>	
	<i>Percentage*</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>
< 1 sigaret/week	33.0	48	35.0
1 à 6 sigaretten/week	25.2	45	32.8
1 sigaret/dag	3.9	4	2.9
2 à 5 sigaretten/dag	23.3	18	13.1
6 à 10 sigaretten/dag	6.8	14	10.2
11 à 20 sigaretten/dag	4.9	6	4.4
> 20 sigaretten/dag	2.9	2	1.5
<b>Mate van blootstelling aan tabaksrook in de wagen</b>	<b>(n=33)*</b>	<b>(n=42)*</b>	
	<i>Percentage*</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage*</i>
< 1 sigaret/week	29.6	18	47.4
1 à 6 sigaretten/week	33.3	14	36.8
1 sigaret/dag	25.9	1	2.6
2 à 5 sigaretten/dag	11.1	5	13.2
> 5 sigaretten/dag	0.0	0	0.0

\* Ontbrekende antwoorden (n=2 tot 13, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages





## Hoofdstuk 4

### Gezondheid en ongevallen, en de determinanten hiervan in het tweede levensjaar

#### 1 Gezondheid

##### 1.1 Prevalentie per type gezondheidsprobleem en verdeeld volgens geslacht, zwangerschapsduur/geboortegewicht, vorm van opvang en blootstelling aan tabak

Om de frequentie en de aard van gezondheidsproblemen bij de JOnG-0-deelnemers tijdens het tweede levensjaar in kaart te brengen, werd aan ouders gevraagd hoe vaak hun kind sinds de vorige bevraging (dit bestrijkt een tijdsinterval van gemiddeld ongeveer 12 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'.

##### 1.1.1 Gezondheidsproblemen volgens type probleem en geslacht

Tabel 16 geeft een overzicht van de frequentie van gezondheidsproblemen en -klachten per stelsel. Zoals op de leeftijd van 12 maanden kennen neus-keel-oor (NKO)-problemen en luchtwegproblemen de hoogste prevalenties: respectievelijk 30.5% en 22.5% van de kinderen heeft er minstens regelmatig last van gehad in het tweede levensjaar (tegen respectievelijk 33.2% en 27.1% tijdens het eerste levensjaar) (Tabel 16).

Voor jongens worden statistisch significant vaker NKO- en luchtwegproblemen gerapporteerd, en ze worden ook meer getroffen door vaak voorkomende klachten in twee of meerdere stelsels (21.1% tegen 12.9% bij meisjes, chi-kwadraat test:  $p < 0.05$ ) (Tabel 17). Dit verschil tussen beide geslachten is echter minder uitgesproken dan in het eerste levensjaar.

In het algemeen kan ook gesteld worden dat het aantal kinderen zonder vaak voorkomende gezondheidsklachten tijdens het tweede levensjaar gestegen is t.o.v. het eerste levensjaar (met name 59.7% versus 46.6%). Vooral de proportie kinderen met problemen t.h.v. het maagstelsel ligt in het tweede levensjaar veel lager dan tijdens het eerste levensjaar (met een daling van vaak voorkomende klachten van 11.6% naar 2%) (Tabel 17).

Tabel 16 Overzicht van door ouders gerapporteerde gezondheidsproblemen in het tweede levensjaar van hun kind (JOnG-0)

Gezondheidsproblemen	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)*				
	Nooit %	Af en toe %	Regelmatig %	Vaak %	Altijd %
Maag	66.5	31.5	1.2	0.7	0.1
Darm	38.6	51.8	6.5	2.7	0.4
Neus-keel-oor	10.0	59.4	20.9	9.0	0.6
Luchtwegen	25.6	52.0	14.5	6.9	1.1
Huid	52.3	32.9	7.7	5.1	1.9
Andere	95.4	3.1	0.3	0.3	0.9

\* Ontbrekende antwoorden (n=13 tot 31, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Tabel 17 Overzicht van frequent (d.i. regelmatig, vaak of altijd) voorkomende gezondheidsproblemen en aantal getroffen stelsels tijdens het tweede levensjaar (totale groep respondenten, en volgens geslacht) (vragenlijst 24 maanden) en vergelijking met percentages voor het eerste levensjaar (vragenlijst 12 maanden) (JOnG-0)

Regelmatig of meer last van gezondheidsproblemen	Respondenten vragenlijst 12 maanden (n=1216)	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
	Totaal %	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
Maag	11.6	1.8	2.2	2.0
Darm	7.9	8.4	7.4	9.6
Neus-keel-oor *	33.2	36.6	29.5	30.6
Luchtwegen ***	27.1	33.7	20.3	22.4
Huid	14.1	15.9	12.3	14.8
Andere	9.0	11.2	6.9	1.4
Aantal stelsels met vaak voorkomende klachten*	Totaal %	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
0	46.6	54.2	65.4	59.7
1	25.4	24.6	21.7	23.2
2	19.9	17.5	10.2	13.9
3	4.8	3.1	1.9	2.5
4	2.7	0.5	0.5	0.5
≥5	0.5	0.0	0.3	0.1

‡ Ontbrekende antwoorden (n=13 tot 31, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil tussen jongens en meisjes op de leeftijd van 24 maanden: chi-kwadraat test: \* p<0.05; \*\*\* p<0.001

### 1.1.2 Gezondheidsproblemen volgens zwangerschapsduur (prematuur versus à terme geboren) en geboortegewicht (laag versus normaal geboortegewicht)

Tijdens het tweede levensjaar komen **maagklachten** meer voor bij prematuur geboren kinderen dan bij hun à terme geboren leeftijdsgenoten ( $\geq 37$  weken zwangerschapsduur). Bij 6.7% van de prematuur geboren respondenten rapporteert de moeder op de leeftijd van 24 maanden dat haar kind het voorbije jaar regelmatig, vaak of altijd last van een maagprobleem heeft gehad, tegen slechts 1.8% bij niet-prematuur geboren kinderen ( $OR=4.0$ ;  $p<0.01$ ). Er wordt ook een sterk significant verband gevonden tussen het frequent voorkomen van maagklachten in het tweede levensjaar en een laag geboortegewicht (gedefinieerd als  $<2500g$ ) (7.7% tegen 1.7% bij de rest van de groep,  $OR=4.7$ ;  $p<0.01$ ).

In vergelijking met hun à terme geboren leeftijdsgenoten hebben premature kinderen ook meer last van frequente **luchtwegproblemen** tijdens hun tweede levensjaar (32.9% tegen slechts 21.8% bij niet-prematuur geboren kinderen;  $OR=1.7$ ;  $p<0.05$ ).

Op andere vlakken (**neus-keel-oor, 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 noch volgens (al dan niet laag) geboortegewicht.

### 1.1.3 Gezondheidsproblemen in relatie tot opvang buiten het gezin

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

Tijdens het tweede levensjaar komen **neus-keel-oorproblemen** statistisch significant meer voor bij kinderen die minstens een halve dag per week naar een opvang gaan, dan bij kinderen die uitsluitend thuis worden opgevangen (Tabel 18).

Tabel 18 Overzicht van vaak voorkomende gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar naargelang de opvangsituatie van het kind (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Regelmatig of meer last van gezondheidsproblemen	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
	Opvang buiten het gezin minstens een halve dag/week		
	Ja (n=1257)	Nee (n=159)	Totaal (n=1416)
Stelsel	%	%	%
Maag **	1.6	5.1	2.0
Darm	10.1	5.8	9.6
Neus-keel-oor ***	32.1	18.7	30.6
Luchtwegen	23.1	17.3	22.4
Huid	14.6	16.0	14.8

‡ Ontbrekende antwoorden (n=11 tot 29, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil per stelsel naargelang de opvangsituatie: chi-kwadraat test: \*\*  $p<0.01$ ; \*\*\*  $p<0.001$

Gezien de duur van opvang op de leeftijd van 24 maanden niet werd bevraagd, kon een eventuele relatie met de duur van de blootstelling niet gelegd worden. Ook **luchtweg- en darmproblemen** komen bij deze groep frequenter voor, maar het verschil is statistisch niet significant ( $p=0.1$ ). Merkwaardig genoeg blijkt de proportie van kinderen die regelmatig of vaker last heeft van **maagklachten** statistisch significant hoger bij de groep die thuis blijft. Mogelijk zijn de maagproblemen zelf aanleiding om deze kinderen meer thuis op te vangen.

Voor gezondheidsproblemen op andere vlakken (**darmstelsel, huid en andere stelsels**) werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen kinderen die al dan niet buiten huis worden opgevangen.

#### 1.1.4 Gezondheidsproblemen volgens blootstelling van het kind aan tabaksrook

Voor deze analyse werd de graad van blootstelling aan tabaksrook (in de voorbije maand) in drie categorieën herverdeeld, met name “geen”, “matig” (maximum 5 sigaretten per dag) en “zwaar” (meer dan 5 sigaretten per dag). Hierbij werd rekening gehouden met gecombineerde blootstelling van het kind aan tabaksrook in huis én in de wagen (Tabel 19).

Tabel 19 Overzicht van vaak voorkomende gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar naargelang de graad van blootstelling van het kind aan tabaksrook (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Regelmatig of meer last van gezondheidsproblemen: Stelsel	Respondenten vragenlijst 24 maanden (N=1418) <sup>‡</sup>			
	Graad van blootstelling aan tabaksrook			
	Geen (n=1245)	Matig (n=130)	Zwaar (n=26)	Totaal (n=1401)
	% [95% BI]	% [95% BI]	% [95% BI]	% [95% BI]
Maag	1.9 [1.0-2.7]	1.6 [0.8-2.3]	8.0 [6.3-9.7]	2.0 [1.1-2.8]
Darm	9.5 [7.7-11.3]	8.6 [6.9-10.3]	16.0 [13.7-18.3]	9.5 [7.7-11.3]
Neus-keel-oor **	29.3 [26.5-32.1]	37.5 [34.5-40.5]	53.8 [50.8-56.9]	30.5 [27.6-33.4]
Luchtwegen **	21.2 [18.7-23.8]	29.5 [26.9-32.5]	42.3 [39.2-45.4]	22.4 [19.8-25.0]
Huid **	14.3 [12.1-16.5]	15.1 [12.9-17.3]	38.5 [35.4-41.5]	14.8 [12.6-17.1]

<sup>‡</sup> Ontbrekende antwoorden (n=11 tot 29, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil per stelsel naargelang de mate van blootstelling aan tabaksrook: chi-kwadraat test: \*\*  $p<0.01$

Uit de resultaten voorgesteld in bovenstaande tabel blijkt dat kinderen met zware blootstelling aan tabaksrook in huis dubbel zo vaak regelmatig, vaak of altijd last hebben van gezondheidsproblemen dan hun leeftijdsgenoten bij wie men thuis niet rookt. De groep kinderen met matige blootstelling aan tabaksrook scoort ook duidelijk hoger dan de kinderen uit een niet-rokende thuisomgeving. Het

verschil tussen de drie groepen is statistisch significant voor wat NKO-, luchtweg- en huidproblemen betreft (*chi-kwadraat test*:  $p < 0.01$ ).

## 1.2 Determinanten van gezondheid per type gezondheidsprobleem

De relatie tussen eventuele determinanten en de frequentie van voorkomen van gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar werd onderzocht aan de hand van enkelvoudige en multiële logistische regressie analyses voor elk type gezondheidsprobleem apart. Hierbij werden zowel sociale (geslacht en opleidingsniveau van de ouders), biologische (zwangerschapsduur < 37 weken en geboortegewicht < 2500 gram) als andere (opvang buiten het gezin, en blootstelling aan tabak) factoren in rekening gebracht.

Als resultaat van deze analyse blijkt het eerder gevonden verband tussen regelmatig voorkomende **maagklachten** en premature geboorte niet langer aanwezig. Het regelmatig voorkomen van maagklachten blijft echter wel gecorreleerd met het geboortegewicht en met het al dan niet opgevangen worden van het kind buiten het gezin. Met name laag geboortegewicht (< 2500g) ( $OR=4.2$ ;  $p < 0.05$ ) en geen opvang buiten het gezin ( $OR=2.9$ ;  $p < 0.05$ ) gaan gepaard met een grotere kans op het regelmatig voorkomen van maagklachten (Tabel 20). Gelijkaardige significante verbanden werden niet gevonden voor het regelmatig voorkomen van **darmproblemen**.

Op zijn beurt blijkt de kans op het regelmatig voorkomen van **neus-keel-oor-problemen** groter te zijn bij kinderen die blootgesteld worden aan tabaksrook; een kans die toeneemt proportioneel met de graad van blootstelling (1 à 5 sigaretten per dag:  $OR=1.5$ ;  $p < 0.05$  - meer dan 5 sigaretten per dag:  $OR=3.4$ ;  $p < 0.01$ ). Bovendien blijken meisjes ( $OR=0.7$ ;  $p < 0.05$ ) en kinderen die uitsluitend thuis opgevangen worden ( $OR=0.4$ ;  $p < 0.001$ ) een significant lager risico op regelmatig voorkomende neus-keel-oorproblemen te vertonen (Tabel 21).

Voor wat het regelmatig voorkomen van **luchtwegproblemen** betreft, verdwijnt het eerder gevonden verband met prematuriteit en met laag geboortegewicht na correctie voor andere factoren. Daarentegen worden het geslacht (bij meisjes  $OR=0.6$ ;  $p < 0.001$ ) en de blootstelling aan tabaksrook wel als significante determinanten weerhouden, deze laatste met een duidelijke gradiënt naargelang de graad van de blootstelling (1 à 5 sigaretten per dag:  $OR=1.5$ ;  $p < 0.05$  - meer dan 5 sigaretten per dag:  $OR=3.1$ ;  $p < 0.05$ ) (Tabel 21).

Tenslotte wordt voor het regelmatig voorkomen van **huidproblemen** een uniek en sterk verband gevonden met zware blootstelling van het kind aan tabaksrook ( $OR=5.1$ ;  $p < 0.001$ ) (Tabel 22).

Tabel 20 Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het regelmatig voorkomen van gezondheidsproblemen t.h.v. het maag- en het darmstelsel bij respondenten tijdens hun tweede levensjaar: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie ("simple odds ratio") en multiële logistische regressie met 'backward selection' ("Adjusted odds ratio") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Vaak voorkomende gezondheidsproblemen t.h.v.:	Respondenten vragenlijst 24m (n=1418) *					
	MAAG			DARMEN		
	Aantal	Simple		Adjusted		OR
		%	OR	OR	%	
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	
Geslacht				ns		ns
jongen <sup>ref</sup>	661	1.8	REF		9.8	REF
meisje	632	2.2	1.2		9.4	0.9
Opleidingsniveau ouders				ns		ns
< hoger secundair	43	2.0	0.0		8.0	1.1
Hoger secundair <sup>ref</sup>	300	0.0	REF		9.1	REF
Hoger onderwijs	946	1.8	0.9		10.5	1.3
andere/niet gekend	4	0.0	0.0		0.0	0.0
Prematuriteit		*		ns		ns
Nee <sup>ref</sup>	1222	<b>1.8</b>	REF		9.7	REF
Ja	71	<b>6.7</b>	<b>4.0**</b>		8.0	0.8
Laag geboortegewicht						ns
Nee <sup>ref</sup>	1229	1.7	REF		9.7	REF
Ja	64	7.7	<b>4.7**</b>	<b>4.2*</b>	9.1	0.9
Opvang ≥1halve dag / week		**			°	ns
Ja <sup>ref</sup>	1157	<b>1.6</b>	REF		10.1	REF
Nee	136	<b>5.1</b>	<b>3.2**</b>	<b>2.9*</b>	5.8	0.5°
Blootstelling aan tabaksrook		°		ns		ns
Geen <sup>ref</sup>	1151	1.9	REF		9.5	REF
Matig	120	1.6	0.8		8.6	0.9
Zwaar	22	8.0	<b>4.5*</b>		16.0	1.8

\* Ontbrekende waarden (n=125 tot 167, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Met vetgedrukte cijfers wordt een statistisch significant verschil aangegeven; ° p<0.1; \* p<0.05; \*\* p<0.01; ns: niet significant

(1) Prevalentie (percentage) en chi-kwadraat test

(2) Eenvoudige logistische regressie, gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

(3) Multiële logistische regressie met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

Tabel 21 Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het voorkomen van gezondheidsproblemen t.h.v. het NKO- en luchtwegstelsel bij respondenten tijdens hun tweede levensjaar: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie ("simple odds ratio") en multiële logistische regressie met 'backward selection' ("Adjusted odds ratio") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Vaak voorkomende gezondheidsproblemen t.h.v.:	Respondenten vragenlijst 24m (n=1418) *						
	NKO			LUCHTWEGEN			
		Simple	Adjusted		Simple	Adjusted	
	Aantal	% (1)	OR (2)	OR (3)	% (1)	OR (2)	OR (3)
Geslacht					***		
jongen <sup>ref</sup>	661	33.2	REF		<b>26.0</b>	REF	
meisje	632	27.8	<b>0.8*</b>	<b>0.7*</b>	<b>18.5</b>	<b>0.6***</b>	<b>0.6***</b>
Opleidingsniveau ouders				ns			ns
< hoger secundair	43	27.0	1.1		22.4	1.2	
Hoger secundair <sup>ref</sup>	300	28.9	REF		26.7	REF	
Hoger onderwijs	946	32.7	1.3°		22.8	1.0	
andere/niet gekend	4	25.0	0.0		25.0	0.0	
Prematuriteit				ns	*		
Nee <sup>ref</sup>	1222	30.2	REF		<b>21.8</b>	REF	
Ja	71	37.7	1.4		<b>32.9</b>	<b>1.7**</b>	1.6°
Laag geboortegewicht		°			*		ns
Nee <sup>ref</sup>	1229	30.1	REF		<b>22.0</b>	REF	
Ja	64	40.3	1.5°	1.5°	<b>31.8</b>	1.6°	
Opvang ≥1halve dag / week		***					ns
Ja <sup>ref</sup>	1157	<b>32.1</b>	REF		23.1	REF	
Nee	136	<b>18.7</b>	<b>0.5***</b>	<b>0.4***</b>	17.3	0.7	
Blootstelling aan tabaksrook		**			**		
Geen <sup>ref</sup>	1151	<b>29.3</b>	REF		<b>21.2</b>	REF	
Matig	120	<b>37.5</b>	1.4°	<b>1.5*</b>	<b>29.5</b>	<b>1.5*</b>	<b>1.5*</b>
Zwaar	22	<b>53.8</b>	<b>2.8**</b>	<b>3.4**</b>	<b>42.3</b>	<b>2.7*</b>	<b>3.1*</b>

♣ Ontbrekende waarden (n=155 tot 160, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Met vetgedrukte cijfers wordt een statistisch significant verschil aangegeven; ° p<0.1; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001; ns: niet significant

(1) Prevalentie (percentage) en chi-kwadraat test

(2) Eenvoudige logistische regressie, gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

(3) Multiële logistische regressie met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

Tabel 22 Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het voorkomen van gezondheidsproblemen t.h.v. de huid bij respondenten tijdens hun tweede levensjaar: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie ("simple odds ratio") en multiële logistische regressie met 'backward selection' ("Adjusted odds ratio") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Vaak voorkomende gezondheidsproblemen t.h.v.:	Respondenten vragenlijst 24m (n=1418) *			
	HUID			
	Aantal	% (1)	Simple OR (2)	Adjusted OR (3)
Geslacht		°		ns
jongen <sup>ref</sup>	661	16.3	REF	
meisje	632	13.0	0.8°	
Opleidingsniveau ouders				ns
< hoger secundair	43	17.6	1.1	
Hoger secundair <sup>ref</sup>	300	18.6	REF	
Hoger onderwijs	946	13.8	0.7	
andere/niet gekend	4	0.0	0.0	
Prematuriteit		°		ns
Nee <sup>ref</sup>	1222	15.1	REF	
Ja	71	8.0	0.5°	
Laag geboortegewicht				ns
Nee <sup>ref</sup>	1229	14.9	REF	
Ja	64	10.8	0.7	
Opvang ≥1halve dag / week				ns
Ja <sup>ref</sup>	1157	14.6	REF	
Nee	136	16.0	1.1	
Blootstelling aan tabaksrook		***		
Geen <sup>ref</sup>	1151	<b>14.3</b>	REF	
Matig	120	<b>15.1</b>	1.1	
Zwaar	22	<b>38.5</b>	<b>3.7***</b>	<b>5.1***</b>

\* Ontbrekende waarden (n=155 tot 160, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Met vetgedrukte cijfers wordt een statistisch significant verschil aangegeven; ° p<0.1; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001; ns: niet significant

(1) Prevalentie (percentage) en chi-kwadraat test

(2) Eenvoudige logistische regressie, gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

(3) Multiële logistische regressie met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep



## 2 Ongevallen sinds de vorige bevraging

### 2.1 Prevalentie van ongevallen

In deze bevraging werd – zoals het jaar *voordien* - specifiek aandacht besteed aan het voorkomen van ongeval(len) bij het kind. Hieruit blijkt dat 6.2% ( $n=87$ ) van de respondenten een ongeval heeft gehad sinds de vorige bevraging. Dit is een lichte stijging ten opzichte van de frequentie van ongevallen tijdens het eerste levensjaar (5.5% van de respondenten op de vragenlijst 12 maanden). Tijdens hun tweede levensjaar zijn jongens nog steeds statistisch significant vaker betrokken bij een ongeval dan meisjes ( $OR= 1.6$ ; *chi-kwadraat test*:  $p<0.05$ ) (Tabel 23).

De verdeling naar de plaats van het ongeval toont gelijkaardige resultaten als bij de vorige bevraging: in drie op vier gevallen ging het om een thuisongeval en in 8% van de gevallen om een verkeersongeval. Maar in vergelijking met het eerste levensjaar hadden jongens tijdens hun tweede levensjaar verhoudingsgewijs meer thuisongevallen en meisjes meer verkeersongevallen; de verschillen zijn nogal omvangrijk in percentages maar, omwille van de kleine aantallen, statistisch niet significant (*chi-kwadraat test*:  $p=0.8$ ) (Tabel 23).

Tabel 23 Voorkomen van ongevallen sinds de vorige bevraging bij respondenten (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)

Ongeval sinds vorige bevraging? (Fisher's Exact Test)	Respondenten vragenlijst 12 maanden ( $n=1226$ )‡			Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n=1418$ )‡		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (* )	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (* )
Ja	6.9	4.0	5.5	7.4	4.9	6.2
Nee	93.1	96.0	94.5	92.6	95.1	93.8
Type van ongeval (Chi-kwadraat test)	Subgroep van JOnG!-respondenten 12m betrokken bij ongeval sinds de vorige bevraging ( $n=67$ )‡			Subgroep van JOnG!-respondenten 24m betrokken bij ongeval sinds de vorige bevraging ( $n=87$ )‡		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (* )	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (- )
Thuisongeval	71.4	91.7	78.8	83.0	66.7	76.7
Verkeersongeval	11.9	8.3	10.6	3.8	15.2	8.1
Andere*	16.7	0.0	10.6	13.2	18.2	15.1

‡ 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: \*  $p<0.05$

Binnen de groep van kinderen voor wie beide vragenlijsten (12 en 24 maanden) werden ingevuld ( $n=973$ ) heeft één op tien ( $n=103$ ) minstens één ongeval vóór de leeftijd van 24 maanden gehad. Ook

hier zijn meisjes met een derde minder vertegenwoordigd, met name 40 (8.4%) tegen 63 (12.8%) jongens (*chi-kwadraat test:  $p < 0.05$* ). Bij 6 (0.6%) van de kinderen – waarvan 5 jongens en 1 meisje – vond een ongeval plaats zowel in het eerste als in het tweede levensjaar (Tabel 24).

Tabel 24 Voorkomen van ongevallen sinds de geboorte bij respondenten op beide vragenlijsten (12 en 24 maanden) (JOnG-0)

	Respondenten op beide vragenlijsten (12 en 24 maanden) (n=973)‡		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (*)
<b>Ongeval sinds de geboorte?</b> ( <i>Chi-kwadraat test</i> )			
Ja	12.8	8.4	10.6
Nee	87.2	91.6	89.4
<b>Periode van voorkomen van ongeval(len)</b> ( <i>Chi-kwadraat test</i> )	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (-)
Geen ongeval tijdens de twee eerste levensjaren	87.2	91.6	89.4
Ongeval(len) enkel tijdens het 1 <sup>ste</sup> levensjaar	5.5	3.6	4.5
Ongeval(len) enkel tijdens het 2 <sup>de</sup> levensjaar	6.3	4.6	5.5
Ongeval(len) tijdens het 1 <sup>ste</sup> en 2 <sup>de</sup> levensjaren	1.0	0.2	0.6

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

Voor verschil tussen jongens en meisjes: *chi-kwadraat test: \*  $p < 0.05$*

## 2.2 Determinanten van ongevallen

Ook de relatie tussen eventuele sociale, biologische en andere factoren en het voorkomen van één of meerdere ongevallen tijdens de twee eerste levensjaren van het kind werd vastgesteld door middel van enkelvoudige en meervoudige logistische regressies (resultaten van uitgebreide analyses niet getoond). De factoren die hiervoor in rekening gebracht werden zijn: geslacht van het kind, premature geboorte, laag geboortegewicht, gezinstype (twee-oudergezin versus alleenstaande ouder) bij de geboorte en op de leeftijd van 2 jaar, rangorde van het kind (eerste versus volgend kind) en het aantal kinderen in het gezin op de leeftijd van 2 jaar, leeftijd van de moeder bij de geboorte van dit kind, herkomst van ouders (al dan niet Belgisch), opleidingsniveau van moeder en vader en tenslotte het gezinsinkomen per maand.

Uit deze analyses blijkt dat het voorkomen van minstens één ongeval tijdens de twee eerste levensjaren van het kind enkel verband houdt met het geslacht van het kind en het opleidingsniveau van de moeder, met een relatief beschermend effect bij meisjes en bij kinderen van hooggeschoolde moeders (respectievelijk  $OR=0.59$ ,  $p < 0.05$  en  $OR=0.52$ ,  $p < 0.05$ ; na correctie voor andere hierboven genoemde factoren). Met de andere factoren kon geen statistisch significant verband met het voorkomen van een ongeval vóór de leeftijd van 2 jaar aangetoond worden.

## Hoofdstuk 5

### Aspecten van gezondheidszorggebruik en determinanten hiervan in het tweede levensjaar

#### 1 Ziekenhuisopname en chirurgische ingreep

##### 1.1 Algemene prevalentie, en volgens geslacht, zwangerschapsduur/geboortegewicht, vorm van opvang en blootstelling aan tabak

###### 1.1.1 Ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen volgens geslacht

Volgens de ouderrapportage werden 239 kinderen in het ziekenhuis opgenomen sinds de vorige bevraging, d.i. 16.9% van de respondenten (95% BI: 14.5-19.2). In 68 gevallen ging het om een ziekenhuisopname van korte duur (maximum één dag) terwijl er voor 144 kinderen (10.1% van de respondenten) sprake is van een ziekenhuisopname van 2 dagen of meer. Drie meisjes verbleven langer dan 3 maanden in het ziekenhuis tijdens hun tweede levensjaar, en dit telkens omwille van recidiverende NKO-problematiek (oorontstekingen). Om sterke vertekening van de resultaten over de duur van ziekenhuisopname door deze drie uitschieters te vermijden, werden deze bij de verdere statistische analyses niet in rekening gebracht. Voor de rest van de groep is de gemiddelde duur van verblijf in het ziekenhuis 4.2 dagen met een mediane duur van 3 dagen (Tabel 25).

Tabel 25 Ziekenhuisopname sinds de vorige bevraging bij respondenten (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)

Ziekenhuisopname sinds vorige bevraging? (Chi-kwadraat test)	Respondenten vragenlijst 12 maanden (n=1226)‡			Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (**)	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (***)
Ja	25.5	15.8	18.7	20.1	13.6	16.9
Nee	74.5	84.2	81.3	79.9	86.4	83.1

Duur van opname (One-Way ANOVA)	Subgroep van JOnG!-respondenten 12m met ziekenhuisopname(s) sinds de vorige bevraging (n=227)			Subgroep van JOnG!-respondenten 24m met ziekenhuisopname(s) sinds de vorige bevraging (n=239)‡		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (-)	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (-)
Mediaan	3.0	5.0	4.0	3.0	4.0	3.0
Gemiddelde	4.7	5.5	5.2	3.9	4.6	4.2
Standaarddeviatie	5.3	4.6	4.9	4.6	4.3	4.5

‡ Ontbrekende antwoorden (n=16 tot 27, naargelang de vraag) en uitschieters in eerste levensjaar (n=1) en tweede levensjaar (n=3), met ziekenhuisopname langer dan 3 maanden) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil tussen jongens en meisjes: Chi-kwadraat test (ziekenhuisopname) en One-Way ANOVA (opnameduur): \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001

Al deze resultaten liggen in de lijn van de cijfers van het eerste levensjaar (voor de vergelijking van de resultaten werd hierbij ook geen rekening gehouden met 1 uitschieter, met name een jongen die tijdens zijn eerste levensjaar langer dan 3 maanden in een ziekenhuis werd opgenomen). Net zoals het jaar voordien werden jongens tijdens hun tweede levensjaar vaker in het ziekenhuis opgenomen (20.1% tegen 13.6% van de meisjes, *chi-kwadraat test*:  $p=0.001$ ). Er is geen statistisch significant verschil in de opnameduur tussen jongens en meisjes.

Binnen de groep van kinderen voor wie beide vragenlijsten (12 en 24 maanden) werden ingevuld ( $n=973$ ), werden er drie op tien ( $n=275$ ) minstens eenmaal in het ziekenhuis opgenomen tijdens hun twee eerste levensjaren (bevalling niet inbegrepen). Ook hier zijn meisjes proportioneel minder vertegenwoordigd, met name 116 (24.7%) tegen 169 (34.4%) jongens (*chi-kwadraat test*:  $p<0.001$ ). Bij 47 (4.8%) van de kinderen – waarvan 26 jongens en 21 meisjes – werd een ziekenhuisopname zowel in het eerste als in het tweede levensjaar gerapporteerd. Over beide leeftijdsjaren samen is er geen significant verschil in de gemiddelde duur van opname tussen jongens en meisjes (5.2 versus 5.4 dagen) (Tabel 26).

Tabel 26 Ziekenhuisopname sinds de geboorte bij respondenten (vragenlijsten 12 en 24 maanden) (JOnG-0)

	Respondenten op beide vragenlijsten (12 en 24 maanden) ( $n=973$ )‡		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
<b>Ziekenhuisopname sinds de startbevraging?</b> ( <i>Chi-kwadraat test</i> )			(***)
Ja	34.4	24.7	29.7
Nee	65.6	75.3	70.3

	Respondenten op beide vragenlijsten (12 en 24 maanden) ( $n=973$ )‡		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
<b>Duur van ziekenhuisopname</b> ( <i>One-Way ANOVA</i> )			(-)
Mediaan	4.0	4.0	4.0
Gemiddelde	5.2	5.4	5.3
Standaarddeviatie	5.5	6.7	6.1

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=27$ ) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil tussen jongens en meisjes: *chi-kwadraat test* :\*\*\*  $p<0.001$

Ter vergelijking, op basis van de gegevens van de gezondheidsenquête 2008 werd in het Vlaamse Gewest de proportie kinderen tussen 1 en 2 jaar met één of meer ziekenhuisopnames met overnachting in een periode van 12 maanden op 15.4% geschat, weliswaar met een breed betrouwbaarheidsinterval (95% BI: 5.2-25.5) omwille van de kleine steekproef voor deze leeftijdsgroep ( $n=72$ ) (Health Interview Survey, Belgium, 2008).

Een op tien JOnG-respondenten (hetzij 139 kinderen) onderging een (of meerdere) operatie(s) tijdens het tweede levensjaar. In twee derde van de gevallen gaat het om een chirurgische ingreep in het

NKO-stelsel (plaatsen van trommelvliesbuisjes, wegnemen van neuspoliepen...). Bij de resterende groep gaat het voornamelijk om ingrepen in het urogenitale stelsel (besnijdenis, chirurgie voor hypospadias, cryptorchidie enz.). Dit verklaart waarom de prevalentie van chirurgisch ingrepen tijdens het tweede levensjaar dubbel zo hoog is bij jongens als bij meisjes (12.9% tegen 6.7%, *chi-kwadraat test*:  $p < 0.001$ ).

### 1.1.2 Ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen volgens zwangerschapsduur (premaatuer versus à terme geboren) en geboortegewicht (laag versus normaal geboortegewicht)

Tijdens hun tweede levensjaar werden premaatuer geboren kinderen niet significant frequenter geopereerd (17.1% versus 14.3%,  $p > 0.05$ ) of in het ziekenhuis opgenomen (9.9% versus 9.1%,  $p > 0.05$ ) dan hun leeftijdsgenoten zonder deze risicofactor. Hetzelfde geldt voor kinderen met een laag geboortegewicht (ziekenhuisopname: 17.0% versus 16.4%,  $p > 0.05$ ; chirurgische ingreep: 9.9% versus 10.6%,  $p > 0.05$ ) (meer details in Tabel I in bijlage).

### 1.1.3 Ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen in relatie tot opvang buiten het gezin

Tussen de groep van 2-jarige respondenten die minstens een halve dag per week door personen van buiten het gezin opgevangen worden en de andere respondenten (zonder dergelijke opvang) blijkt geen statistisch verschil te zijn in de prevalenties van ziekenhuisopnames (16.7% versus 18.9%,  $p > 0.05$ ) en chirurgische ingreep (9.4% versus 13.9%,  $p > 0.05$ ) sinds de vorige bevraging (meer details in Tabel II in bijlage).

### 1.1.4 Ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen volgens blootstelling van het kind aan tabaksrook

De 2-jarige respondenten die thuis aan tabaksrook worden blootgesteld, werden relatief frequenter in het ziekenhuis opgenomen in het voorbije jaar dan hun niet blootgestelde leeftijdsgenoten, maar het verband is statistisch niet significant (20.8% versus 16.3%,  $p = 0.16$ ). Het verschil op vlak van chirurgisch ingreep is kleiner en ook niet significant (11.1% versus 9.5%,  $p > 0.05$ ) (meer details in Tabel III in bijlage).

## 1.2 Determinanten van ziekenhuisopname en chirurgische ingreep

Ook de relatie tussen eventuele determinanten en de frequentie van ziekenhuisopname en/of chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar werd via enkelvoudige en multi-pele logistische regressie analyses onderzocht voor ziekenhuisopnames en ingrepen apart. Hierbij werden zowel sociale (geslacht, opleidingsniveau en herkomst van de ouders, gezinsinkomen), biologische (zwangerschapsduur < 37 weken en geboortegewicht < 2500 gram) als andere (opvang buiten het gezin, en blootstelling aan tabak) factoren in rekening gebracht.

Uit deze analyses blijkt dat de prevalenties van ziekenhuisopnames en van chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar gecorreleerd zijn enerzijds met het geslacht (bij meisjes respectievelijk  $OR = 0.6$ ;  $p < 0.001$  en  $OR = 0.4$ ;  $p < 0.001$ ) en anderzijds met de herkomst van ouders (bij minstens 1 niet-Belgische ouder, respectievelijk  $OR = 2.0$ ;  $p < 0.01$  en  $OR = 1.9$ ;  $p < 0.05$ ) (Tabel 27).

Uit eerder voorgestelde resultaten is echter gebleken dat twee derde van de chirurgische ingrepen zich in het NKO-stelsel situeren, terwijl frequente NKO-problemen bij jongens significant meer

voorkomen. Bij de resterende groep die tijdens het tweede levensjaar geopereerd werd, ging het bovendien voornamelijk om ingrepen in het urogenitale stelsel (waaronder besnijdenis in de eerste plaats). Deze elementen kunnen het verband met geslacht en allochtone herkomst van ouders mogelijk verklaren.

Tabel 27 Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het voorkomen van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen bij respondenten tijdens hun tweede levensjaar: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie ("simple odds ratio") en multiële logistische regressie met 'backward selection' ("Adjusted odds ratio") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Voorkomen van:	Respondenten vragenlijst 24m (n=1418) *						
	ZIEKENHUISOPNAMES				CHIRURGISCHE INGREPEN		
	Aantal	% (1)	Simple OR (2)	Adjusted OR (3)	% (1)	Simple OR (2)	Adjusted OR (3)
Geslacht		***			***		
jongen <sup>ref</sup>	665	<b>20.1</b>	REF		<b>12.9</b>	REF	
meisje	634	<b>13.6</b>	<b>0.6***</b>	<b>0.6***</b>	<b>6.7</b>	<b>0.4***</b>	<b>0.4***</b>
Opleidingsniveau ouders				ns			ns
< hoger secundair	43	13.6	0.7		9.1	1.0	
Hoger secundair <sup>ref</sup>	301	18.7	REF		9.0	REF	
Hoger onderwijs	951	16.9	0.9		10.4	1.2	
andere/niet gekend	4	25.0	1.4		0.0	0.0	
Herkomst ouders		°			°		
Beide ouders Belgisch <sup>ref</sup>	1192	16.4	REF		9.5	REF	
≥ 1 niet Belgische ouder	107	23.1	1.5°	<b>2.0**</b>	14.5	1.6°	<b>1.9*</b>
Gezinsinkomen		*					ns
laag	40	<b>7.3</b>	0.4	0.3°	7.1	0.7	
gemiddeld <sup>ref</sup>	500	<b>16.4</b>	REF		10.3	REF	
hoog	521	<b>15.8</b>	0.9		8.8	0.8	
andere/niet gekend	238	<b>23.6</b>	<b>1.6*</b>		12.7	1.3	
Prematuriteit				ns			ns
Nee <sup>ref</sup>	1228	17.1	REF		9.9	REF	
Ja	71	14.3	0.8		9.1	0.9	
Laag geboortegewicht				ns			ns
Nee <sup>ref</sup>	1235	17.0	REF		9.9	REF	
Ja	64	16.4	0.9		10.6	1.1	
Opvang ≥1halve dag / week				ns			ns
Ja <sup>ref</sup>	1159	16.7	REF		9.4	REF	
Nee	140	18.9	1.2		13.9	1.6°	
Blootstelling aan tabaksrook				ns			ns
Geen <sup>ref</sup>	1157	16.3	REF		9.5	REF	
Matig	121	21.7	1.4		12.5	1.4	
Zwaar	21	16.0	1.0		4.0	0.4	

\* Ontbrekende waarden (n=119 tot 126, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages. Met vetgedrukte cijfers wordt een statistisch significant verschil aangegeven: ° p<0.1; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001; ns: niet significant

(1) Prevalentie (percentage) en chi-kwadraat test; (2) Eenvoudige logistische regressie, gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep; (3) Multiële logistische regressie met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

## 2 Medicatie op voorschrift in de voorbije maand

### 2.1 Prevalentie van medicatiegebruik algemeen, en volgens geslacht, zwangerschapsduur/geboortegewicht, vorm van opvang en blootstelling aan tabak

#### 2.1.1 Medicatiegebruik volgens geslacht

Een derde (35%) van de respondenten rapporteert dat hun tweejarig kind in de loop van de voorbije maand medicatie op voorschrift kreeg. Op de leeftijd van één jaar was dit nog voor de helft van de kinderen (53%) het geval. Het verschil naargelang het geslacht dat toen werd geobserveerd (56.8% bij jongens tegen 48.9% bij meisjes, *chi-kwadraat test*:  $p < 0.01$ ) wordt niet meer vastgesteld op de leeftijd van twee jaar (36.3% versus 33.5%, *chi-kwadraat test*:  $p = 0.29$ ) (Tabel 28).

Tabel 28 Medicatiegebruik in de voorbije maand bij respondenten op de leeftijd van 1 en 2 jaar (*vragenlijsten 12 en 24 maanden*) (JOnG-0)

Geneesmiddelen op voorschrift in de voorbije maand? ( <i>Chi-kwadraat test</i> )	Respondenten vragenlijst 12 maanden (n=1226)‡			Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (**)	Jongens %	Meisjes %	Totaal % (-)
Ja	56.8	48.9	53.0	36.3	35.5	35.0
Nee	43.2	51.1	47.0	63.7	64.5	65.0

‡ *Ontbrekende antwoorden (n=14 tot 19, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages*

*Voor verschil tussen jongens en meisjes: Chi-kwadraat test: \*\*  $p < 0.01$*

Voor wat het type van geneesmiddelen betreft, verschillen de cijfers op 24 maanden weinig van die van een jaar eerder. De vijf meest vermelde klassen van geneesmiddelen zijn (de hier vermelde percentages werden berekend t.o.v. het totaal aantal gebruikte geneesmiddelen, zoals gerapporteerd in een vrij in te vullen veld in de vragenlijst):

- Medicatie voor de luchtwegen, al dan niet anti-allergisch (onder meer inhalatiecorticoïden, anticholinergica, beta2-mimetica, mucolytica) (in 40.6% van de gevallen tegen 44.8% op 12 maanden);
- Antibiotica (28.2% tegen 24.1% op 12 maanden);
- Neus- en oordruppels (13.9% tegen 13.6% op 12 maanden);
- Andere anti-allergische geneesmiddelen (onder meer antihistaminica, orale corticosteroiden) (3.7% tegen 2.8% op 12 maanden);
- Antipyretica, analgica en niet-steroïde anti-inflammatoire middelen (2.4% tegen 3% op 12 maanden).

Deze cijfers liggen aanzienlijk hoger dan de 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, bij 26.9% en 11.0% van de kinderen tussen 1 en 2 jaar en bij 23.7% en 20.9% van de kinderen tussen 2 en 3 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 volgens dezelfde bron respectievelijk 25.7% en 20.6% bij kinderen onder de leeftijd van 1 jaar,



27.3% en 21.3% bij kinderen tussen 1 en 2 jaar, en 22.3% en 17.7% bij kinderen tussen 2 en 3 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.

### 2.1.2 Medicatiegebruik volgens zwangerschapsduur (prematuur versus à terme geboren) en geboortegewicht (laag versus normaal geboortegewicht)

Tijdens de maand die aan de bevraging 24 maanden voorafging kregen prematuur geboren kinderen niet significant meer geneesmiddelen op voorschrift dan hun leeftijdsgenoten zonder deze risicofactor(en) (41.6% versus 34.6%,  $p > 0.05$ ). Hetzelfde geldt voor kinderen met een laag geboortegewicht (40.3% versus 34.6%,  $p > 0.05$ ) (meer details in Tabel IV in bijlage).

### 2.1.3 Medicatiegebruik in relatie tot opvang buiten het gezin

De 2-jarige respondenten die minstens een halve dag per week door personen van buiten het gezin opgevangen worden, blijken relatief meer geneesmiddelen op voorschrift in de voorbije maand te hebben gekregen dan hun niet opgevangen leeftijdsgenoten, maar het verschil is statistisch niet significant (respectievelijk 35.8% versus 28.5%,  $p = 0.07$ ) (Tabel 29).

Tabel 29 Gebruik van geneesmiddelen op voorschrift bij 2-jarigen naargelang de opvangsituatie van het kind (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡			
	Opvang buiten het gezin minstens een halve dag/week		
	Ja (n=1240) %	Nee (n=158) %	Totaal (n=1398) %
<b>Geneesmiddelen op voorschrift in de voorbije maand?</b> (Chi-kwadraat test)			(-)
Ja	35.8	28.5	35.0
Nee	64.2	71.5	65.0

‡ Ontbrekende antwoorden (n=20) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages; Chi-kwadraat test: (-) niet significant

### 2.1.4 Medicatiegebruik volgens blootstelling van het kind aan tabaksrook

De 2-jarige respondenten die thuis aan tabaksrook worden blootgesteld, kregen meer geneesmiddelen op voorschrift dan hun niet blootgestelde leeftijdsgenoten. Er wordt zelfs een verband vastgesteld tussen de prevalentie van medicatiegebruik en de mate van blootstelling aan tabak: 57.7% van de kinderen blootgesteld aan 5 of meer gerookte sigaretten per dag kreeg medicatie op voorschrift in de voorbije maand tegen 39.7% van de groep met een lagere blootstelling en 33.7% van de niet blootgestelde kinderen ( $p < 0.05$ ) (Tabel 30).

Tabel 30 Gebruik van geneesmiddelen op voorschrift in de voorbije maand 2-jarigen naargelang de graad van blootstelling van het kind aan tabaksrook (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Geneesmiddelen op voorschrift in de voorbije maand? (Chi-kwadraat test)	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418) <sup>‡</sup>			
	Graad van blootstelling aan tabaksrook			
	Geen (n=1232) % [95% BI]	Matig (n=126) % [95% BI]	Zwaar (n=26) % [95% BI]	Totaal (n=1384) % [95% BI] (*)
Ja	33.7 [30.8-36.6]	39.7 [36.7-42.7]	57.7 [54.6-60.8]	34.7 [31.7-37.6]
Nee	66.3 [63.4-69.2]	60.3 [57.3-63.3]	42.3 [39.2-45.4]	65.3 [62.4-68.3]

<sup>‡</sup> Ontbrekende antwoorden (n=34) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil naargelang de mate van blootstelling aan tabaksrook: chi-kwadraat test: \* p<0.05

## 2.2 Determinanten van medicatiegebruik

Voor de studie van de relatie tussen eventuele determinanten en de frequentie van medicatiegebruik in de voorbije maand werden de hoger (bij ziekenhuisopnames en ingrepen) vermelde factoren in enkelvoudige en multiële logistische regressie-analyses in rekening gebracht.

Na deze correctie blijkt enkel zware blootstelling van het kind aan tabaksrook weerhouden als factor die de kans op medicatiegebruik op voorschrift in de voorbije maand significant verhoogt (OR=3.4; p<0.01) (Tabel 31).

Tabel 31 Invloed van enkele sociale, biologische en gezondheidsgerelateerde parameters op het gebruik van medicatie op voorschrift in de voorbije maand bij 2-jarige respondenten: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie ("simple odds ratio") en multiële logistische regressie met 'backward selection' ("Adjusted odds ratio") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Gebruik van:	Respondenten vragenlijst 24m (n=1418) *			
	MEDICATIE OP VOORSCHRIFT IN DE VOORBIJE MAAND			
	Aantal	% (1)	Simple OR (2)	Adjusted OR (3)
Geslacht				ns
jongen <sup>ref</sup>	659	36.3	REF	
meisje	628	33.5	0.9	
Opleidingsniveau ouders				ns
< hoger secundair	42	45.5	1.3	
Hoger secundair <sup>ref</sup>	298	38.4	REF	
Hoger onderwijs	943	33.8	0.8	
andere/niet gekend	4	50.0	1.6	
Herkomst ouders				ns
Beide ouders Belgisch <sup>ref</sup>	1181	34.6	REF	
≥ 1 niet Belgische ouder	106	38.5	1.2	
Gezinsinkomen				ns
laag	39	43.9	1.4	
gemiddeld <sup>ref</sup>	499	35.6	REF	
hoog	514	33.1	0.9	
andere/niet gekend	235	38.1	1.1	
Prematuriteit				ns
Nee <sup>ref</sup>	1216	34.6	REF	
Ja	71	41.6	1.4	
Laag geboortegewicht				ns
Nee <sup>ref</sup>	1223	34.6	REF	
Ja	64	40.3	1.3	
Opvang ≥ 1 halve dag / week		°		ns
Ja <sup>ref</sup>	1148	35.8	REF	
Nee	139	28.5	0.7°	
Blootstelling aan tabaksrook		*		
Geen <sup>ref</sup>	1147	33.7	REF	
Matig	118	39.7	1.3	
Zwaar	22	57.7	<b>2.7*</b>	<b>3.4**</b>

♣ Ontbrekende waarden (n=131) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Met vetgedrukte cijfers wordt een statistisch significant verschil aangegeven; ° p<0.1; \* p<0.05; \*\* p<0.01; ns: niet significant

(1) Prevalentie (percentage) en chi-kwadraat test

(2) Eenvoudige logistische regressie, gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

(3) Multiële logistische regressie met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep



## Hoofdstuk 6

### Aspecten van gezondheidsgerelateerd gedrag en determinanten hiervan in het tweede levensjaar

#### 1 Mondhygiëne

In deze bevraging werd voor het eerste specifiek aandacht besteed aan bepaalde aspecten van mondgezondheid bij het kind. Er werd namelijk aan ouders gevraagd of de tanden van hun kind op het tijdstip van het invullen van de vragenlijst werden gepoetst. Verder werd gepeild naar de startleeftijd en de frequentie van tandenpoetsen, naar eventuele hulp van het kind hierbij en naar het gebruik van tandpasta.

#### 1.1 Prevalentiecijfers van mondhygiëne, algemeen en volgens geslacht, rangorde in het gezin, vorm van opvang, en blootstelling aan tabak

##### 1.1.1 Startleeftijd van tandenpoetsen en gebruik van tandpasta

In de bevraging 24 maanden rapporteert de overgrote meerderheid van de ouders (97.7%) dat de tanden van hun kind worden gepoetst. Bij twee derde van de kinderen werd er al tijdens het eerste levensjaar mee gestart (Tabel 32).

Tabel 32 Prevalentie en startleeftijd van tandenpoetsen bij respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
Tandenpoetsen?	Aantal	Percentage
Ja	1383	97.7
Nee	33	2.3

Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
Startleeftijd van tandenpoetsen	Aantal	Percentage
Tijdens 1 <sup>ste</sup> levensjaar	910	65.2
Tijdens 2 <sup>de</sup> levensjaar	450	32.2
Nog niet gestart op 2 jaar	36	2.6

Respondenten vragenlijst 24 maanden die hun tandenpoetsen (n=1383)‡		
Gebruik van tandpasta bij tandenpoetsen?	Aantal	Percentage
Ja	1356	98.3
Nee	23	1.7

‡ Ontbrekende antwoorden (n=2 tot 22, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Wanneer rekening wordt gehouden met de leeftijd van de kinderen op het tijdstip dat de vragenlijst werd ingevuld, blijkt dat slechts 2.6% van de kinderen nog niet gestart is met tandenpoetsen op de leeftijd van 24 maanden. Bij 98.3% van de kinderen die hun tanden poetsen wordt hierbij tandpasta gebruikt.

### 1.1.2 Frequentie van tandenpoetsen en van hulp bij het tandenpoetsen

Tabel 33 geeft een overzicht van de frequentie van tandenpoetsen bij het kind op het tijdstip dat de vragenlijst werd ingevuld. Bij een kwart van de kinderen is dat minder dan één keer per dag. De helft van de respondenten doet het dagelijks en 1 op 5 poetst twee keer per dag.

Twee op drie kinderen krijgen minstens één keer per dag hulp bij het tandenpoetsen. Bij de anderen gebeurt dat zelden of nooit (8.0%) tot enkele keren per week (24.7%) (Tabel 33).

Tabel 33 Frequentie van tandenpoetsen en van hulp bij het tandenpoetsen bij respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
Frequentie van tandenpoetsen	Aantal	Percentage
(Vrijwel) nooit	40	2.9
Minder dan 1 keer per week	25	1.8
1 à 6 keer per week	282	20.3
1 keer per dag	762	55.0
2 keer per dag of meer	277	20.0

Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
Frequentie van hulp bij het tandenpoetsen	Aantal	Percentage
(Vrijwel) nooit	45	3.3
Minder dan 1 keer per week	64	4.7
1 à 6 keer per week	335	24.7
1 keer per dag	704	51.9
2 keer per dag of meer	208	15.3

‡ Ontbrekende antwoorden (n=32 tot 62, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

### 1.1.3 Startleeftijd en frequentie van tandenpoetsen volgens geslacht en rangorde van het kind

Tabel 34 geeft een overzicht van de leeftijd waarop 2-jarige respondenten zijn gestart met tandenpoetsen naargelang het geslacht en de rangorde van het kind in het gezin. Hieruit blijkt dat er op dat vlak geen verschil is tussen jongens en meisjes, maar dat ouders bij hun eerste kind over het algemeen wat sneller starten met tandenpoetsen dan bij een volgend kind ( $p < 0.01$ ).

Er wordt geen verschil gevonden tussen jongens en meisjes voor wat betreft de frequentie van tandenpoetsen. De rangorde van het kind in het gezin blijkt daarentegen wel een rol te spelen: bij een

eerste kind worden de tanden minder frequent gepeetst dan bij een volgend kind ( $p < 0.05$ ), alhoewel de verschillen in absolute termen niet groot zijn (Tabel 35).

Tabel 34 Startleeftijd van tandenpoetsen naargelang geslacht en rangorde van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
	Jongens (n=727) %	Meisjes (n=669) %	Totaal (n=1396) %
<b>Startleeftijd van tandenpoetsen</b> (Chi-kwadraat test)			
Tijdens 1 <sup>ste</sup> levensjaar	65.2	65.2	65.2
Tijdens 2 <sup>de</sup> levensjaar	32.0	32.4	32.2
Nog niet gestart op 2 jaar	2.8	2.4	2.6

	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
	Eerste kind (n=731) %	Volgend kind (n=665) %	Totaal (n=1396) %
<b>Startleeftijd van tandenpoetsen</b> (Chi-kwadraat test)			
Tijdens 1 <sup>ste</sup> levensjaar	67.4	62.7	65.2
Tijdens 2 <sup>de</sup> levensjaar	31.1	33.5	32.2
Nog niet gestart op 2 jaar	1.5	3.8	2.6

‡ Ontbrekende antwoorden (n=22) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages  
Voor verschil tussen eerste en volgend kind: chi-kwadraat test : \*\*  $p < 0.01$ ; (-) niet significant

Tabel 35 Frequentie van tandenpoetsen naargelang geslacht en rangorde van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
	Jongens (n=716) %	Meisjes (n=670) %	Totaal (n=1386) %
<b>Frequentie van tandenpoetsen</b> (Chi-kwadraat test)			
Minder dan 1 keer per dag	26.1	23.9	25.0
1 keer per dag	54.2	55.8	55.0
2 of meerdere keren per dag	19.7	20.3	20.0

	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
	Eerste kind (n=735) %	Volgend kind (n=651) %	Totaal (n=1386) %
<b>Frequentie van tandenpoetsen</b> (Chi-kwadraat test)			
Minder dan 1 keer per dag	26.3	23.7	25.0
1 keer per dag	56.2	53.6	55.0
2 of meerdere keren per dag	17.6	22.7	20.0

‡ Ontbrekende antwoorden (n=32) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages  
Voor verschil tussen eerste en volgend kind: chi-kwadraat test : \*  $p < 0.05$ ; (-) niet significant

#### 1.1.4 Startleeftijd en frequentie van tandenpoetsen in relatie tot opvang buiten het gezin

Bij kinderen die minstens een halve dag per week door personen van buiten het gezin opgevangen worden, is de subgroep van kinderen die op de leeftijd van 2 jaar nog niet is gestart met tandenpoetsen kleiner dan bij de niet opgevangen leeftijdsgenoten (2.2% versus 5.7%,  $p < 0.05$ ). Voor wat de frequentie van tandenpoetsen betreft, wordt er geen verband gevonden met de opvangsituatie van het kind (meer details in Tabel V in bijlage).

#### 1.1.5 Startleeftijd en frequentie van tandenpoetsen volgens blootstelling van het kind aan tabaksrook

Er wordt geen verband gevonden tussen de startleeftijd van tandenpoetsen en de blootstelling van het kind aan tabaksrook in huis en/of in de wagen rond de leeftijd van 2 jaar. Dat de frequentie van tandenpoetsen lager is bij deze groep dan bij hun leeftijdsgenoten uit niet rokende gezinnen (33.1% versus 24.0% van de kinderen poetst minder dan 1 keer per dag de tanden,  $p < 0.05$ ) kan wijzen op gemeenschappelijke onderliggende factoren die zowel het poetsgedrag als blootstelling aan tabak mede bepalen.

### 1.2 Determinanten van mondhygiëne

Voor de studie van de relatie tussen eventuele determinanten en gedrag dat gerelateerd is met mondgezondheid tijdens het tweede levensjaar werden enkelvoudige en multiële logistische regressie-analyses uitgevoerd voor de startleeftijd en de frequentie van tandenpoetsen. Hierbij werden zowel sociale factoren (geslacht, opleidingsniveau en herkomst van de ouders, gezinsinkomen, rangorde van het kind, leeftijd van de moeder bij geboorte van dit kind), als de blootstelling aan tabak in rekening gebracht.

Uit deze analyses blijkt dat het **vroeg starten met tandenpoetsen** (d.i. tijdens het eerste levensjaar) verband houdt met een gezinsinkomen hoger dan gemiddeld of met de situatie waarin het gezinsinkomen niet wordt meegedeeld (respectievelijk  $OR=1.4$ ;  $p < 0.01$  en  $OR=1.5$ ;  $p < 0.05$ ). Hogere leeftijd (>35 jaar) van de moeder bij de geboorte van dit kind lijkt ook negatief gecorreleerd met vroeg starten met tandenpoetsen bij hun kind ( $OR=0.5$ ;  $p < 0.001$ ) (Tabel 36).

Voor wat de **frequentie van tandenpoetsen** ( $\geq 1$  keer per dag) betreft, verdwijnt het verband met het hoog gezinsinkomen na correctie voor andere factoren. Een matige blootstelling aan tabaksrook wordt als enige significante determinant met een negatief effect weerhouden ( $OR=0.6$ ;  $p < 0.05$ ) (Tabel 36).



Tabel 36 Invloed van enkele sociale en gezondheidsgerelateerde factoren op de startleeftijd en de frequentie van tandenpoetsen bij 2-jarige respondenten: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie ("simple odds ratio") en multiële logistische regressie met 'backward selection' ("Adjusted odds ratio") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Tandenpoetsen:	Respondenten vragenlijst 24m (n=1418) *						
	STARTLEEFTIJD < 1 JAAR				POETSFREQUENTIE ≥ 1 KEER/DAG		
	Aantal	% (1)	Simple OR (2)	Adjusted OR (3)	% (1)	Simple OR (2)	Adjusted OR (3)
Geslacht				ns			ns
Jongen <sup>ref</sup>	663	65.1	REF		73.9	REF	
meisje	625	65.2	1.0		76.1	1.1	
Opleidingsniveau ouders				ns			ns
< hoger secundair	44	71.1	1.3		74.4	1.1	
Hoger secundair <sup>ref</sup>	300	64.5	REF		73.2	REF	
Hoger onderwijs	940	65.1	1.0		75.7	1.1	
andere/niet gekend	4	75.0	1.6		100.0	0.0	
Herkomst ouders				ns			ns
Beide ouders Belgisch <sup>ref</sup>	1181	65.5	REF		74.8	REF	
≥ 1 niet Belgische ouder	107	61.5	0.8		76.9	1.1	
Gezinsinkomen		*					ns
laag	41	<b>66.7</b>	1.3		80.5	1.6	
gemiddeld <sup>ref</sup>	497	<b>60.4</b>	REF		71.5	REF	
hoog	517	<b>68.1</b>	<b>1.4**</b>	<b>1.4**</b>	77.2	<b>1.3*</b>	
andere/niet gekend	233	<b>68.8</b>	<b>1.4*</b>	<b>1.5*</b>	77.7	1.4°	
Eerste kind		°		ns			ns
Ja <sup>ref</sup>	673	67.3	REF		73.7	REF	
Nee	615	62.7	0.8		76.3	1.1	
Leeftijd moeder bij geboorte van dit kind		**					ns
< 20 jaar	8	<b>81.8</b>	2.3		72.7	0.9	
21 – 35 jaar <sup>ref</sup>	1164	<b>66.4</b>	REF		75.4	REF	
> 35 jaar	114	<b>51.2</b>	<b>0.5***</b>	<b>0.5***</b>	70.7	0.8	
niet gekend	2	<b>50.0</b>	0.5		50.0	0.3	
Blootstelling aan tabaksrook				ns	*		
Geen <sup>ref</sup>	1147	66.0	REF		<b>76.0</b>	REF	
Matig	119	58.3	0.7°		<b>65.6</b>	<b>0.6**</b>	<b>0.6*</b>
Zwaar	22	61.5	0.8		<b>73.1</b>	0.8	

\* Ontbrekende waarden (n=130 tot 139 naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Met vetgedrukte cijfers wordt een statistisch significant verschil aangegeven; ° p<0.1; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001; ns: niet significant

(1) Prevalentie (percentage) en chi-kwadraat test

(2) Eenvoudige logistische regressie, gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

(3) Multiële logistische regressie met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

## 2 Televisie kijken

In deze bevraging werd voor het eerst aan ouders gevraagd hoeveel uur per dag hun kind gewoonlijk naar televisie kijkt. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen ‘tijdens de week (maandag tot vrijdag)’ en ‘tijdens het weekend (zaterdag en zondag)’. Men kon - voor elke periode afzonderlijk - tussen volgende antwoordcategorieën kiezen: “(bijna) nooit”, “minder dan 30 minuten”, “30 minuten tot 1 uur”, “tussen 1 en 2 uur”, “tussen 2 en 3 uur” en “langer dan 3 uur”.

### 2.1 Prevalentiecijfers van televisie kijken, algemeen en volgens geslacht

#### 2.1.1 Duur van televisie kijken tijdens de week en tijdens het weekend

Volgens ouderrapportage kijkt de helft van de 2-jarige respondenten minder dan 30 minuten per dag naar televisie tijdens de week. Een derde van de kinderen zit dagelijks tussen 30 minuten en een uur voor het tv-scherf en de rest van de groep (18.2%) blijkt meer dan een uur per dag naar televisie te kijken (Tabel 37).

Tabel 37 Duur van televisie kijken per dag tijdens de week en tijdens het weekend bij respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
Duur van televisie kijken tijdens de week	Aantal	Percentage
(Bijna) nooit	212	15.0
Minder dan 30 min per dag	483	34.3
30 min tot 1 uur per dag	458	32.5
Tussen 1 en 2 uur per dag	191	13.5
Tussen 2 en 3 uur per dag	51	3.6
Langer dan 3 uur per dag	15	1.1
Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418)‡		
Duur van televisie kijken tijdens het weekend	Aantal	Percentage
(Bijna) nooit	163	11.7
Minder dan 30 min per dag	360	25.8
30 min tot 1 uur per dag	442	31.6
Tussen 1 en 2 uur per dag	292	20.9
Tussen 2 en 3 uur per dag	113	8.1
Langer dan 3 uur per dag	28	2.0

‡ Ontbrekende antwoorden (n=8 tot 20, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Tijdens het weekend wordt langer naar televisie gekeken: een derde (37%) van de kinderen zit minder dan 30 minuten per dag voor het tv-scherm en een derde (32%) tussen 30 minuten en een uur. De rest van de groep (29.2%) kijkt meer dan een uur per dag naar televisie.

Wanneer we het individueel kijkgedrag van de kinderen tijdens de week en tijdens het weekend met elkaar vergelijken, valt het op dat de meerderheid van de kinderen evenveel (58%) of langer (35.7%) naar televisie kijkt tijdens het weekend dan in de week.

### 2.1.2 Duur van televisie kijken volgens geslacht en rangorde van het kind

Er wordt geen significant verschil tussen jongens en meisjes gevonden voor wat de duur van televisie kijken betreft zowel tijdens de week als tijdens het weekend (meer details in Tabel VI in bijlage).

Een eerste kind daarentegen kijkt langer naar televisie tijdens de week dan een volgend kind in het gezin ( $p < 0.001$ ). Dit verband tussen rangorde van het kind en de duur van televisie kijken is echter niet aanwezig tijdens het weekend (meer details in Tabel VII in bijlage).

## 2.2 Determinanten van televisie kijken

Voor de studie van de relatie tussen eventuele determinanten en duur van televisie kijken tijdens het tweede levensjaar werden enkelvoudige en multipele logistische regressie analyses uitgevoerd, waarbij dezelfde factoren werden in rekening gebracht als voor mondgezondheid.

Het langer dan 30 minuten per dag naar televisie kijken tijdens de week (maandag t.e.m. vrijdag) komt minder vaak voor bij kinderen van wie minstens één van de ouders hoog opgeleid is ( $OR = 0.5$ ,  $p < 0.001$ ), bij kinderen uit gezinnen met een inkomen hoger dan gemiddeld ( $OR = 0.7$ ,  $p < 0.01$ ) en bij niet-eerstgeboren kinderen ( $OR = 0.7$ ,  $p < 0.01$ ) (Tabel 38).

Voor wat het weekend betreft, blijkt nog enkel het hoog opleidingsniveau van ouder(s) een beschermende rol te spelen in de duur (minder dan 30 minuten per dag) van televisie kijken ( $OR = 0.6$ ,  $p < 0.01$ ) (Tabel 38).

Tabel 38 Invloed van enkele sociale en gezondheidsgelateerde factoren op de duur van televisie kijken bij 2-jarige respondenten: prevalentie (percentage), eenvoudige logistische regressie ("simple odds ratio") en multiële logistische regressie met 'backward selection' ("Adjusted odds ratio") (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Duur van televisie kijken:	Respondenten vragenlijst 24m (n=1418)*						
	Meer dan 30 mn/dag TIJDENS DE WEEK			Meer dan 30 mn/dag TIJDENS HET WEEKEND			
	Aantal	% (1)	Simple OR (2)	Adjusted OR (3)	% (1)	Simple OR (2)	Adjusted OR (3)
Geslacht				ns			ns
Jongen <sup>ref</sup>	666	50.9	REF		63.0	REF	
meisje	634	50.5	1.0		62.2	0.9	
Opleidingsniveau ouders		***			°		
< hoger secundair	44	<b>66.7</b>	1.2		63.2	0.8	
Hoger secundair <sup>ref</sup>	301	<b>62.6</b>	REF		69.0	REF	
Hoger onderwijs	951	<b>45.8</b>	<b>0.5***</b>	<b>0.5***</b>	60.4	<b>0.7**</b>	<b>0.6**</b>
andere/niet gekend	4	<b>75.0</b>	1.8		50.0	0.4	
Herkomst ouders		°		ns			ns
Beide ouders Belgisch <sup>ref</sup>	1193	50.0	REF		62.3	REF	
≥ 1 niet Belgische ouder	107	58.1	1.4°		66.4	1.2	
Gezinsinkomen		***			°		ns
laag	41	<b>64.3</b>	1.4		68.4	1.1	
gemiddeld <sup>ref</sup>	501	<b>56.5</b>	REF		66.1	REF	
hoog	521	<b>42.4</b>	<b>0.6***</b>	<b>0.7**</b>	58.8	<b>0.7*</b>	
andere/niet gekend	237	<b>53.1</b>	0.9		61.9	0.8	
Eerste kind		**					
Ja <sup>ref</sup>	681	<b>54.4</b>	REF		64.1	REF	
Nee	619	<b>46.6</b>	<b>0.7**</b>	<b>0.7**</b>	60.9	0.9	0.8°
Leeftijd moeder bij geboorte van dit kind				ns			ns
< 20 jaar	7	70.0	2.2		70.0	1.4	
21 – 35 jaar <sup>ref</sup>	1175	50.8	REF		63.0	REF	
> 35 jaar	116	48.8	0.9		58.3	0.8	
niet gekend	2	0.0	0.0		50.0	0.6	
Blootstelling aan tabaksrook		*		ns	*		ns
Geen <sup>ref</sup>	1156	<b>49.2</b>	REF		<b>61.3</b>	REF	
Matig	122	<b>60.8</b>	<b>1.6*</b>		<b>73.2</b>	<b>1.7**</b>	
Zwaar	22	<b>65.4</b>	1.9		<b>66.7</b>	1.3	

\* Ontbrekende waarden (n=118 tot 131 naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Met vetgedrukte cijfers wordt een statistisch significant verschil aangegeven; ° p<0.1; \* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001; ns: niet significant

(1) Prevalentie (percentage) en chi-kwadraat test

(2) Eenvoudige logistische regressie, gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

(3) Multiële logistische regressie met 'backward selection', gemiddeld verschil t.o.v. de referentiegroep

## Hoofdstuk 7

### Bespreking

In dit rapport wordt verslag uitgebracht van een aantal aspecten van het sociaal-demografisch en sociaal-economisch profiel op de leeftijd van 24 maanden, en de gezondheid en determinanten van gezondheid tijdens het tweede 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 24 maanden oud was. 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 en tweede bevraging (vragenlijst 2 maanden:  $n=2106$ ; vragenlijst 12 maanden:  $n=1226$ ), en getoetst aan wat hierover nationaal en/of internationaal bij deze leeftijdsgroep gekend is.

Voor de bevraging op de leeftijd van 24 maanden beschikken we over een bestand met 1418 records ('respondenten 24 maanden'), wat overeenstemt met 47.0% van de deelnemers. Van 3 op 4 van de deelnemers hebben we minstens één ingevulde vragenlijst (2 maanden, 12 maanden en/of 24 maanden) en van 1 op 2 van de deelnemers beschikken we over minstens twee ingevulde vragenlijsten. Van alle deelnemers zijn de Ikaros-data van Kind en Gezin beschikbaar. Net zoals bij de vorige bevestigingen (op 2 en 12 maanden) is de respons op de vragenlijst 24 maanden het laagst in de regio's Antwerpen en Brussel, terwijl de beste responsrate in de regio's Geel, Ieper en Tielt-Winge werd bekomen. In vergelijking met de bevraging op de leeftijd van 12 maanden zien we een algemene stijging van 6.4% van de responsrate op de bevraging 24 maanden.

#### 1 Het sociaal profiel van de respondenten op de leeftijd van 2 jaar

Voor een aantal sociale parameters is vergelijking van de JOnG!-respondenten 24 maanden mogelijk met het profiel van de JOnG!-respondenten op de bevestigingen 2 en 12 maanden, en met dat van alle JOnG!-deelnemers en van de volledige Vlaamse geboortecohorte 2009.

De **geslachtverdeling** van de respondenten 24 maanden blijft 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 24 maanden respectievelijk 2.8% en 6.3% lager dan bij de respondenten 12 en 2 maanden, en 10.7% lager dan bij de JOnG!-deelnemers. De non-respons in de opeenvolgende metingen is op dit vlak dus selectief, ten nadeel van niet-Belgen (Tabel 39).

De lichte daling in de proportie van alleenstaande ouders tussen de leeftijd van 12 en 24 maanden (van 7.0% naar 5.2%) is mogelijk te wijten aan een beperkte responsbias, vermits binnen de groep van respondenten op beide vragenlijsten ( $n=973$ ) de proportie van alleenstaande ouders stijgt van 5.2% op 12 maanden naar 6.1% op 24 maanden. De proportie van kinderen die permanent in het gezin verblijven daalt licht, van 93.6% op de leeftijd van 2 maanden naar 92.0% op de leeftijd van 24 maanden.

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) worden 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-oudergezin opgroeiden in totaal 83% (Lodewijckx, 2010). Het feit dat de proportie JOnG!-respondenten die op de leeftijd van twee jaar in een twee-ouder gezin opgroeit nog steeds hoger ligt dan dit algemene cijfer voor de leeftijdsgroep 0 tot 3 jaar lijkt onze hypothese van een lagere respons bij alleenstaande ouders te bevestigen.

Tabel 39 Vergelijking van aspecten van het sociaal 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 (Cammu *et al.*, 2009)

Sociale indicatoren	JOnG! (2008-2009)				Vlaanderen (2009)
	Deelnemers (N=3017)	Resp. 2m (n=2106)	Resp. 12m (n=1226)	Resp. 24m (n=1418)	K&G/SPE
Geslacht (% jongens)	51.1	50.8	51.1	51.8	51.5
Nationaliteit (% Belg)					
Kind	96.0	97.0	98.0	98.8	-
Moeder bij geboorte kind	89.0	91.5	94.1	96.5	-
Moeder bij eigen geboorte	83.1	87.5	91.0	93.8	78.3
Samenwoningsverband (%)					
Twee-ouder gezin	-	96.9	93.0	94.8	-
Alleenstaande ouder	-	2.3	7.0	5.2	-
Andere	-	0.8	0.0	0.0	-
Prematuur geboren (% <37w)	6.1	5.4	5.1	5.4	7.2

De proportie prematuur geboren kinderen situeert zich daarentegen doorheen de opeenvolgende bevragingen relatief stabiel tussen 5.1% en 5.4%, wat een kleine 2% lager is dan wat in de hele Vlaamse cohorte van deze leeftijd wordt gevonden (Tabel 39). Opgemerkt moet worden dat het in de opeenvolgende bevragingen vooral gaat om licht prematuur geboren kinderen.

Rekening houdend met het hoogste opleidingsniveau van ouders in het gezin waarin het kind opgroeit, zien we een progressieve afname van de respons van laag geschoolde ouders op de vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden (respectievelijk 7.1%, 4.1% en 3.4%) en in mindere mate van ouders die een diploma hoger secundair onderwijs hebben behaald (respectievelijk 26.7%, 25.8% en 23.3%).

Net zoals voor het opleidingsniveau van ouders zien we een progressieve daling van de respons van ouders met het laagste gezinsinkomen (< 1500 euro netto per maand) op de vragenlijsten 2, 12 en 24 maanden (respectievelijk 7.2%, 4.9% en 3.2%) terwijl de participatie bij de ouders met gemiddeld inkomen proportioneel redelijk stabiel blijft en met hoog inkomen licht toeneemt.

## 2 Gezondheidsproblemen, ongevallen en met gezondheidszorg gerelateerde aspecten in het tweede levensjaar

### 2.1 Neus-keel-oor- en luchtwegproblemen opnieuw nummer één

In het tweede levensjaar hebben 4 op 10 respondenten (40.3%) regelmatig, vaak of altijd last gehad van **een of meerdere gezondheidsproblemen**. Dit is een duidelijke daling ten opzichte van het eerste levensjaar waarbij 53.4% van de respondenten vaak voorkomende gezondheidsklachten had.

Voor wat de getroffen stelsels betreft, is er weinig verandering tussen het eerste en het tweede levensjaar: vooral *neus-keel-oor- en luchtwegproblemen* kwamen het meest voor, met respectievelijk 30.6% en 22.4% van de kinderen die hiervan regelmatig, vaak of altijd last hadden tijdens hun tweede levensjaar.

Ondanks de relatieve ondervertegenwoordiging van kinderen met ouders van niet-Belgische nationaliteit en/of met een laag opleidingsniveau binnen de groep respondenten op de vragenlijst 24 maanden, zijn er voldoende argumenten om de in dit rapport gepresenteerde prevalentiecijfers als representatieve kencijfers voor de huidige populatie van jonge kinderen in Vlaanderen te beschouwen. Bij toepassing van een poststratificatie weging, waarin enkele relevante sociaal-economische factoren waarvan ook Vlaamse referentiecijfers voor de betreffende leeftijd voorhanden zijn (databank van Kind en Gezin; Ikaros/Mirage), met name herkomst en opleidingsniveau van de moeder, blijken de ongewogen prevalentiecijfers voor vaak voorkomende gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar nauwelijks te verschillen van de gewogen waarden (Tabel 40). Hieruit kan besloten worden dat de gevonden prevalentiecijfers een betrouwbare weerspiegeling zijn van de reële prevalenties in deze leeftijdsgroep, en dus als kencijfers voor de Vlaamse doelgroep kunnen gelden.

Tabel 40 Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalenties van frequent (d.i. regelmatig, vaak of altijd) voorkomende gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar (vragenlijst 24 maanden) (JONG-0)

Regelmatig of meer last van gezondheidsproblemen tijdens het tweede levensjaar	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418) ‡	
	Ongewogen prevalentie % [95% BI]	Gewogen prevalentie % [95% BI]
Maag	2.0 [1.3-2.7]	2.1 [0.9-3.3]
Darm	9.6 [8.1-11.2]	9.4 [7.3-11.4]
Neus-keel-oor	30.6 [28.2-33.0]	32.7 [29.1-36.3]
Luchtwegen	22.4 [20.2-24.6]	24.1 [20.9-27.4]
Huid	14.8 [12.9-16.6]	14.7 [12.2-17.2]

‡ Ontbrekende antwoorden (n=13 tot 31, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Uit multivariate determinantenanalyses blijkt dat - naast het verband met het mannelijk geslacht en met opvang van het kind buitenhuis - de blootstelling aan tabaksrook de sterkste predictor is voor het frequent voorkomen van *neus-keel-oor-problemen*, met een duidelijk gradiënt naargelang de graad van de blootstelling. Voor wat de *luchtwegproblemen* betreft, verdwijnt het verband met prematuriteit en met laag geboortegewicht na correctie voor andere factoren. Opnieuw worden het mannelijk geslacht en de blootstelling aan tabaksrook als significante determinanten weerhouden, met voor dit laatste een gradiënt naargelang de graad van de blootstelling. Voor het frequent voorkomen van *huidproblemen* wordt een uniek en zeer sterk verband gevonden met zware blootstelling van het kind aan tabaksrook.

Het feit dat jonge kinderen vaker respiratoire en NKO-infecties oplopen wanneer ze regelmatig in contact komen met andere kinderen is sinds lang gedocumenteerd (Paradise *et al.*, 1997). Bovendien is gebleken 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). Voor een uitgebreide bespreking van deze gegevens verwijzen we naar een eerder gepubliceerd SWVG-rapport (Guérin *et al.*, 2012).

De literatuur biedt ook steeds meer evidentie voor de schadelijke effecten van passief roken op de gezondheid en voor de verhoogde kwetsbaarheid van kinderen voor de effecten van blootstelling aan sigarettenrook (VRGT-FARES, 2011). Kinderen ademen bovendien drie tot acht keer sneller dan volwassenen, waardoor ze meer schadelijke stoffen inademen (Matt *et al.*, 2008; Ansari, 2005; VRGT-FARES, 2011). Het is dan ook niet verwonderlijk dat passief roken beschouwd wordt als de belangrijkste vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in de kindertijd (Priest *et al.*, 2008). Een recente meta-analyse toont aan dat kinderen die in een gezin met rokers (ouders en/of andere gezinsleden) opgroeien een significant verhoogd risico hebben op infecties van de onderste luchtwegen, en meer in het bijzonder op bronchiolitis (Jones *et al.*, 2011). Ook de prevalentie van middenoorontstekingen en het risico op allergische reacties is groter bij kinderen blootgesteld aan passief roken. De kans op een ziekenhuisopname is bovendien groter (Lam *et al.*, 2001).

Over de blootstelling van kinderen aan tabaksrook op de leeftijd van 2 jaar waren tot nog toe voor Vlaanderen geen betrouwbare schattingen bekend. Uit ouderrapportage blijkt dat 12.4% van de 2-jarigen respondenten in de JOnG!-studie in de voorbije maand binnenshuis en/of in de wagen aan tabaksrook werd blootgesteld. Mogelijks zijn deze cijfers een onderschatting van het probleem. Volgens de VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding vzw) worden 4 op 10 kinderen in de thuisomgeving aan passief roken blootgesteld (VRGT-FARES, 2011). Onderzoek waarbij passief roken aan de hand van een biologische validering (bepaling van cotininegehalte in het bloed) werd vastgesteld toont zelfs aan dat tot 60% van de jonge kinderen (tussen de leeftijd van 3 en 11 jaar) aan passief roken kan blootgesteld zijn (Matt *et al.*, 2008).

In Vlaanderen is een preventiecampagne "Rondom mij rookvrij" voor de aanpak van passief roken bij kinderen in december 2011 gestart met de steun van de federale overheid. In dit kader ontwikkelde de VRGT-FARES aanbevelingen voor gezondheidsmedewerkers die in contact komen met rokende ouders (VRGT-FARES, 2011). Op hun website is tal van materiaal en informatiebrochures voor het brede publiek verkrijgbaar. Ook Kind en Gezin levert al jaren grote inspanning om ouders te overtuigen dat elk kind - zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte - een rookvrije omgeving verdient. Specifiek rond de preventie van roken en alcoholconsumptie tijdens de zwangerschap is een nieuwe campagne van de Vlaamse overheid in oktober 2012 gestart, met als titel "De mooiste start begint met



een stop". Dit project is gerealiseerd door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD), in samenwerking met VIGeZ en Kind en Gezin (Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012).

## 2.2 Ongevallen vooral bij jongens en in de thuisomgeving

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 (Kind en Gezin, 2003).

De JOnG!-bevraging op de leeftijd van 12 en 24 maanden vond daarentegen, bij terugblik op het voorbije jaar, een incidentie van slechts respectievelijk 5.5% en 6.2%. Deze opvallend lagere incidenties kunnen mogelijks verklaard worden door het retrospectief karakter van de bevraging over lange periode (van ongeveer een jaar), wat tot onderrapportering kan geleid hebben. 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 werden in beide studies ook gelijklopende resultaten gevonden, met name een statistisch significant hogere incidentie bij jongens dan bij meisjes, en meer dan de helft van de ongevallen deed zich voor in of om de eigen woning.

Uit multivariate determinantenanalyse van de JOnG-resultaten blijkt dat - na correctie voor andere factoren - de enige predictoren (met een beschermend effect) voor het optreden van een ongeval tijdens de twee eerste levensjaren het vrouwelijk geslacht van het kind en een hoog opleidingsniveau van de moeder te zijn.

Bij toepassing van poststratificatie weging voor non-respons in de betreffende bevragingronde werd onder meer gecorrigeerd voor herkomst en opleiding van de moeder van het kind. Hieruit blijkt dat de gewogen prevalentie van ongeval tijdens het tweede levensjaar 5.5% bedraagt (Tabel 41). De ongewogen prevalentie verschilt slechts weinig van het gewogen cijfer, en valt binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval. Verklaring voor dit verschil ligt in het gevonden verband met het hoog opleidingsniveau van de moeder.

Tabel 41 Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalentie van ongeval tijdens het tweede levensjaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

In het tweede levensjaar	Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418) ‡	
	Ongewogen prevalentie % [95% BI]	Gewogen prevalentie % [95% BI]
Ongeval	6.1 [4.9-7.4]	5.5 [4.2-6.8]

‡ Ontbrekende antwoorden (n=5) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

### 2.3 Ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen

Eén op zes van de JOnG!-respondenten (16.6%) werd in het tweede levensjaar **minstens 1 keer in een ziekenhuis opgenomen**. In 60% van de gevallen was er sprake van een opnameduur van 2 dagen of meer. Deze cijfers liggen in de lijn van de JOnG-cijfers voor het eerste levensjaar (met een prevalentie van ziekenhuisopname van 18.7%). Deze resultaten situeren 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).

Uit multivariate determinantenanalyses blijkt dat de frequenties van ziekenhuisopnames en van chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar gecorreleerd zijn met het mannelijk geslacht en met de niet-Belgische herkomst van ouders. Verklaring hiervoor ligt allicht in de meest frequente redenen voor de ingreep en/of de opname, namelijk problemen in het NKO-stelsel (die significant vaker bij jongens voorkomen) en in het urogenitale stelsel (waaronder besnijdenis in de eerste plaats).

Bij toepassing van poststratificatie weging volgens hoger beschreven procedure blijkt dat de gewogen prevalenties van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar hoger liggen en respectievelijk 19.2% en 13.3% bedragen (Tabel 42). De ongewogen prevalentie van ziekenhuisopnames verschilt slechts weinig van het gewogen cijfer, maar de ongewogen prevalentie van chirurgische ingrepen valt buiten het 95% betrouwbaarheidsinterval van het gewogen cijfer. Het feit dat de niet-Belgische herkomst van ouders een onafhankelijke predictor is voor deze prevalenties verklaart de grotere verschillen tussen ongewogen en gewogen prevalentiecijfers.

Tabel 42 Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalenties van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

In het tweede levensjaar	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n=1418$ ) ‡	
	Ongewogen prevalentie % [95% BI]	Gewogen prevalentie % [95% BI]
Ziekenhuisopname	16.9 [15.0-18.9]	19.2 [16.2-22.3]
Chirurgische ingreep	9.9 [8.3-11.4]	13.3 [10.5-16.1]

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=7$  tot  $13$ , naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

### 2.4 Eén op drie van de tweejarigen kreeg de voorbije maand medicatie voorgeschreven

Het gerapporteerde **medicatiegebruik** op de leeftijd van 2 jaar ligt nog hoog in de JOnG!-studie (35% van de tweejarige respondenten hebben voorgeschreven geneesmiddelen in de voorbije maand ingenomen), maar er wordt een opvallende daling van 19% met de cijfers op de leeftijd van 1 jaar vastgesteld. 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, 11% voor het tweede levensjaar en 18% voor het derde levensjaar. Bovendien is de omvang van de steekproef voor deze jonge leeftijdsgroep ook veel kleiner ( $n=66$  in de leeftijdscategorie 0-1 jarigen,  $n=72$  voor 1-2-jarigen, en  $n=72$  voor 2-3-jarigen), waardoor de prevalentiecijfers een breed betrouwbaarheidsinterval kennen (95%BI: 13.4%-34.1% voor het eerste levensjaar, 4.3%-17.7% voor het tweede levensjaar en 8.0%-27.4% voor het derde levensjaar).

Uit multivariate determinantenanalyses blijkt dat - na correctie voor andere factoren - zware blootstelling van het kind aan tabaksrook de enige predictor is voor het gebruik van medicatie op voorschrift in de voorbije maand.

Bij toepassing van poststratificatie weging volgens hoger beschreven procedure wordt een gewogen prevalentie van medicatiegebruik van 37.6% gevonden (

Tabel 44). De ongewogen prevalentie verschilt slechts weinig van dit gewogen cijfer, en valt binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval.

Tabel 43 Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalentie van ongeval tijdens het tweede levensjaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

In de voorbije maand	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n=1418$ ) ‡	
	Ongewogen prevalentie % [95% BI]	Gewogen prevalentie % [95% BI]
Gebruik van medicatie op voorschrift	35.0 [32.5-37.4]	37.6 [33.7-41.5]

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=19$ ) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

### 3 Enkele voorbeelden van gezondheidsgerelateerd gedrag op de leeftijd van twee jaar

#### 3.1 Tandenvoetsen op jonge leeftijd

De overgrote meerderheid van de ouders (97.7%) rapporteert dat de tanden van hun 2-jarige kind worden gepeetst. Bij twee derde (65.2%) van de kinderen werd er al tijdens het eerste levensjaar mee gestart. Bij 98.3% van de kinderen die hun tanden poetsen, wordt hierbij tandpasta gebruikt. Eén op vijf van de respondenten poetst tweemaal en 55.0% eenmaal per dag. Twee op drie kinderen krijgt dagelijks hulp van een volwassene bij het tandenpoetsen.

In Vlaanderen ging in 2003 een grootschalige interventiestudie ("Tandje De Voorste") van start met betrekking tot de mondhygiëne en de preventie van cariës bij jonge kinderen (Leroy *et al.*, 2010). Hierbij werd in overeenstemming met de "Theory of Planned Behaviour" in twee regio's van Kind en

Gezin een reeks van adviserende boodschappen en ondersteunende materialen aan het reguliere aanbod van de consultatiebureaus van Kind en Gezin toegevoegd. Om het effect van de interventie te meten, werd een aantal indicatoren voor mondhygiëne (zoals de startleeftijd en de frequentie van tandenpoetsen) bij een controlegroep gemeten. Dit gebeurde aan de hand van een schriftelijke bevraging bij ouders van 3- en 5-jarigen in dezelfde periode (2003 tot 2005). In onderstaande tabel worden de prevalentiecijfers van de JOnG-studie naast de gegevens afkomstig van de controlegroep van deze interventiestudie geplaatst.

Tabel 44 Vergelijking van gegevens uit de studies Tandje De Voorste en JOnG! voor wat betreft de startleeftijd, de frequentie van en hulp bij tandenpoetsen van 2-, 3- en 5-jarigen (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Studie	Tandje De Voorste <sup>1</sup>	Tandje De Voorste <sup>1</sup>	Tandje De Voorste <sup>2</sup>	JOnG
Leeftijdsgroep	5-jarigen	3-jarigen	3-jarigen	2-jarigen
Geboortejaar	[°1998]	[°2000]	[°2004]	[°2008-°09]
Tijdstip bevraging	2003	2003	2007	2010-2011
Studieomvang	(n <sub>1</sub> =1119) ‡	(n <sub>2</sub> =1119) ‡	(n <sub>3</sub> =589) ‡	(n <sub>4</sub> =1418) ‡
<b>Startleeftijd van tandenpoetsen</b>				
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Tijdens 1 <sup>ste</sup> levensjaar	26.1	35.4	58.9	65.2
Tijdens 2 <sup>de</sup> levensjaar	32.8	45.6	33.0	32.2
Nog niet gestart op 2 jaar	41.1	19.0	8.1	2.6
<b>Frequentie van tandenpoetsen</b>				
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
(Vrijwel) nooit	0.1	1.1	-	2.9
Minder dan 1 keer per week	1.5	3.0	0.3	1.8
1 à 6 keer per week	18.0	25.6	10.7	20.3
1 keer per dag	57.3	53.8	59.6	55.0
2 keer per dag of meer	23.0	16.5	29.3	20.0
<b>Frequentie van hulp bij het tandenpoetsen</b>				
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
(Vrijwel) nooit	15.5	5.9	1.4	3.3
Minder dan 1 keer per week	15.2	8.6	4.9	4.7
1 à 6 keer per week	35.6	34.8	25.7	24.7
Minstens 1 keer per dag	33.7	50.7	68.0	67.2

‡ Ontbrekende antwoorden (n=2 tot 62 naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

<sup>1</sup> Bron: Leroy et al, 2010; <sup>2</sup> Bron: nog niet gepubliceerde resultaten uit de studie Tandje De Voorste

Hieruit blijkt dat er zich in het voorbije decennium een opmerkelijke verbetering van de mondhygiëne bij jonge kinderen in Vlaanderen heeft voorgedaan. Waar 41.1% van de kinderen geboren in 1998 nog niet gestart was met tanden poetsen op de leeftijd van 2 jaar, is dit percentage gedaald tot 19.0%, 8.1% en tenslotte 2.6% voor de kinderen respectievelijk geboren in de jaren 2000, 2004 en 2008-2009 (Tabel 44). De proportie van kinderen die minstens eenmaal per dag hun tanden poetsen, bedraagt 80.3% van de 5-jarigen en 70.3% van de 3-jarigen in 2003, 88.9% van de 3-jarigen in 2007 en 75.0% van de 2-jarigen in 2010-2011. Bovendien stijgt de proportie van kinderen die minstens eenmaal per dag de hulp van een volwassene krijgen bij het tandenpoetsen van 33.7% van de 5-jarigen en 50.7% van de 3-jarigen in 2003, naar 68.0% van de 3-jarigen in 2007 en 67.2% van de 2-jarigen in 2010-2011 (Tabel 44).

Uit multivariate determinantenanalyses uitgevoerd op gegevens afkomstig van de JOnG-studie blijkt dat het **vroeg starten met tandenpoetsen** (d.i. tijdens het eerste levensjaar) verband houdt met een hoger dan gemiddeld gezinsinkomen. Anderzijds wordt een negatief verband vastgesteld met de oudere leeftijd (>35 jaar) van de moeder bij de geboorte van haar kind.

Voor wat de **frequentie van tandenpoetsen** ( $\geq 1$  keer per dag) betreft, wordt matige blootstelling aan tabaksrook als enige predictor (met een negatief effect) weerhouden. Voor dit laatste is geen logische (biologische of gedragsmatige) verklaring te bedenken, wat doet vermoeden dat beide parameters (frequentie van tandenpoetsen en blootstelling aan tabak) door gemeenschappelijke onderliggende (mogelijk sociale) determinanten bepaald worden.

Het verband tussen sociale determinanten en mondgezondheid bij kinderen werd ook in andere studies gevonden (Leroy *et al.*, 2009). In een recente publicatie met betrekking tot de bovengenoemde Vlaamse studie Tandje de Voorste werd vastgesteld dat bij kinderen van laaggeschoolde moeders significant minder vaak dagelijks de tanden worden gepoetst (Van den Branden *et al.*, 2012). In een ander artikel over dezelfde studie werd een verband gevonden tussen de blootstelling van 5-jarigen aan passief roken thuis en een groter risico op cariës (Leroy *et al.*, 2008). In eerder gepubliceerde cijfers van de JOnG!-studie over het rookgedrag van vrouwen vóór, tijdens en na de zwangerschap werd duidelijk bevestigd dat dit rookgedrag in belangrijke mate bepaald werd door de sociale status van deze moeders (Hoppenbrouwers *et al.*, 2011).

#### *Combinatie van beschermende factoren tegen het ontstaan van cariës*

Uit de literatuur blijkt dat een goede mondhygiëne op jonge leeftijd een belangrijke – alhoewel niet de enige - factor is bij de preventie van cariës. Andere aspecten van het voedingspatroon spelen hierbij ook een belangrijke rol (Eckerlei *et al.*, 2001; Gibson *et al.*, 1999; Skeie *et al.*, 2006).

Volgens de resultaten van een grootschalig multifocaal onderzoek van de WHO bij 2822 3-à 4-jarigen uit 17 verschillende landen blijkt dat de kans voor een kind om op deze leeftijd cariësvrij te zijn, dubbel zo groot is bij de aanwezigheid van een combinatie van beschermende factoren van mondhygiëne, met name: (1) startleeftijd voor tandenpoetsen tijdens het eerste levensjaar, (2) frequentie van tandenpoetsen gelijk of hoger aan tweemaal per dag, en (3) hulp krijgen van volwassene bij het tandenpoetsen (Pine *et al.*, 2004).

Bij de toepassing van deze combinatie van criteria op onze groep van 2-jarige JOnG-respondenten blijkt dat slechts 213 (15.3%) kinderen hieraan beantwoorden. Bij deze groep zijn jongens en meisjes relatief even sterk vertegenwoordigd. Wel wordt een verband vastgesteld met de rangorde van het

kind: de drie vermelde criteria waren aanwezig bij 13.1% van de eerstgeborenen kinderen tegen 17.8% bij volgende kinderen ( $p < 0.05$ ) (tabel 45).

Tabel 45 Aanwezigheid van een combinatie van drie beschermende factoren tegen het ontstaan van cariës (volgens Pine *et al*, 2004) naargelang geslacht en rangorde van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n=1418$ )‡		
	Jongens ( $n=718$ ) %	Meisjes ( $n=673$ ) %	Totaal ( $n=1391$ ) %
<b>Combinatie van 3 beschermende factoren aanwezig?</b> (Chi-kwadraat test)			(-)
Ja	15.2	15.5	15.3
Nee	84.8	84.5	84.7

	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡		
	Eerste kind ( $n=735$ ) %	Volgend kind ( $n=656$ ) %	Totaal ( $n=1391$ ) %
<b>Combinatie van 3 beschermende factoren aanwezig?</b> (Chi-kwadraat test)			(*)
Ja	13.1	17.8	15.3
Nee	86.9	82.2	84.7

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=27$ ) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil tussen eerste en volgend kind: chi-kwadraat test : \*  $p < 0.05$

Bij toepassing van poststratificatie weging volgens hoger beschreven procedure blijkt dat de gewogen prevalenties voor het starten van tandenpoetsen vóór de leeftijd van 1 jaar en voor het dagelijks tandenpoetsen op de leeftijd van 2 jaar respectievelijk 63.2% en 75.9% bedragen (Tabel 46). De gewogen prevalentie voor de aanwezigheid van een combinatie van drie beschermende factoren tegen het ontstaan van cariës bedraagt 13.8%. De ongewogen prevalenties verschillen slechts weinig van de gewogen cijfers, en vallen telkens binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval.

Tabel 46 Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalenties van tandenpoetsen, met name startleeftijd vóór de leeftijd van 1 jaar, dagelijks tandenpoetsen op de leeftijd van 2 jaar en aanwezigheid van een combinatie van drie beschermende factoren tegen het ontstaan van cariës (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Mondhygiëne	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n=1418$ ) ‡	
	Ongewogen prevalentie % [95% BI]	Gewogen prevalentie % [95% BI]
Startleeftijd van tandenpoetsen vóór de leeftijd van 1 jaar	65.1 [62.6-67.6]	63.2 [59.6-66.9]
Dagelijks tandenpoetsen op de leeftijd van 2 jaar	75.0 [72.7-77.2]	75.9 [72.6-79.3]
Aanwezigheid van een combinatie van drie beschermende factoren tegen het ontstaan van cariës	15.3 [13.4-17.2]	13.8 [11.7-15.9]

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=21$  tot 32, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

### 3.2 Meer dan de helft van de tweejarigen kijkt dagelijks meer dan een half uur naar televisie

Televisie en beeldschermen zijn vrijwel in alle huiskamers ingeburgerd. Volgens de leeftijdsspecifieke aanbevelingen van de *American Academy of Pediatrics* wordt de blootstelling van jonge kinderen aan televisie en andere schermactiviteiten nochtans volledig afgeraden onder de leeftijd van 2 jaar. Bij oudere kinderen dient tv-kijken per dag beperkt te worden tot een maximum van 2 uren (Council on Communications and Media, 2011).

Parallel hiermee - en op basis van een uitgebreide literatuurstudie - wordt in de recente "*Canadian Sedentary Behaviour Guidelines for the Early Years (0-4 years)*" de blootstelling aan televisie, computer en video spelen volledig afgeraden bij kinderen onder de leeftijd van 2 jaar (Tremblay *et al.*, 2012). Bij de leeftijdsgroep tussen 2 en 4 jaar luidt de aanbeveling om de duur van scherm kijken zoveel als mogelijk te beperken, met een maximum van 1 uur per dag.

Referentiecijfers m.b.t. het kijkgedrag van jonge kinderen in België of Vlaanderen werden niet gevonden. Recente studies in andere landen tonen aan dat geldende richtlijnen in het algemeen zeer slecht gevolgd worden en dat kinderen - tegen de aanbevelingen in - al van op zeer jonge leeftijd veelvuldig naar televisie kijken (Hinkley *et al.*, 2012; Verlinden *et al.*, 2012; Zimmerman *et al.*, 2007). De huidige aanbevelingen berusten nochtans op onderzoeksresultaten die aantonen dat het veelvuldig gebruik van beeldschermen op voorschoolse leeftijd nadelig is voor verschillende aspecten van de gezondheid en ontwikkeling van kinderen.

Bij een grootschalig prospectief onderzoek in Canada werden 1314 jonge kinderen gedurende 8 jaar opgevolgd. Hun tv-kijkgedrag werd onderzocht toen zij 29 en 53 maanden oud waren (Pagani *et al.*, 2010). Bijkomend werden - via ouders en leerkrachten - gegevens verzameld over hun gewicht en lengte (en BMI), schoolprestaties, psychosociale gezondheid en gewoontes op de leeftijd van 10 jaar. Dit onderzoek heeft aangetoond dat er een verband is tussen de tijd die het kind voor de televisie doorbrengt op de leeftijd van 2½ en 4½ jaar en negatieve gevolgen op de leeftijd van 10 jaar op vlak van gezondheid (overgewicht), leefstijl (te weinig beweging, minder gezond voedingspatroon) en schoolprestaties (wiskunde). Het verband tussen televisie kijken en de ongewenste effecten bleef bestaan na correctie voor sociaal-demografische en -economische factoren. Bovendien hadden kinderen die op jonge leeftijd langer naar televisie keken een hoger risico om gepest te worden. Dit laatste kan volgens de auteurs verklaard worden door het feit dat het aanleren van sociale vaardigheden oefening en inspanning vergt. Diverse onderzoeken tonen aan dat kinderen die te veel en te vaak televisie kijken, minder tijd aan activiteiten met vrienden en vaker sociaal geïsoleerd zijn (Cheng *et al.*, 2010; Mistry *et al.*, 2007; Ostrov *et al.*, 2006; Ozmert *et al.*, 2002). Gebrek aan sociale vaardigheden zou er aldus voor kunnen zorgen dat het kind eerder het doelwit is van pesterijen door klasgenoten.

In Vlaanderen wordt door Kind en Gezin aan jonge ouders de boodschap meegegeven dat televisie kijken bij kinderen onder de leeftijd van 2 jaar best beperkt wordt (bvb tot het samen kijken naar een kort programma bestemd voor de allerkleinsten). Op hun website is een lijst van tips en adviezen te vinden rond het verantwoord omgaan met televisie en andere beeldschermen bij kinderen tot de leeftijd van 4 jaar. Een strikte beperking voor wat de maximale duur van blootstelling betreft wordt hierbij niet vermeld, maar wel volgend advies: "een kwartiertje tv-kijken is vaak al meer dan voldoende. Voor het gebruik van de computer volstaat 5 tot 15 minuten." (Kind en Gezin, 2012).

De resultaten van de JOnG-studie tonen aan dat de huidige generatie van peuters in grote meerderheid dagelijks veel te lang voor het televisiescherm doorbrengt. Slechts 15.0% van hen kijkt (bijna) nooit naar televisie tijdens de week, tegen slechts 11.7% tijdens het weekend. Respectievelijk de helft en 6 op 10 tweejarigen kijkt dagelijks meer dan 30 minuten per dag naar televisie tijdens de week en het weekend.

Multivariate determinantenanalyse toont aan dat een kijkgedrag van langer dan 30 minuten per dag tijdens de week minder voorkomt bij 2-jarigen die opgroeien in een gezin met hoog opgeleide ouder(s), met een hoger inkomen en bij niet-eerstgeborenen. In het weekend blijft nog enkel het hoog opleidingsniveau van ouder(s) gerelateerd met kijkgedrag van beperktere duur.

Bij toepassing van poststratificatie weging volgens hoger beschreven procedure blijkt dat de gewogen prevalenties van televisie kijken langer dan 30 minuten per dag tijdens de week en tijdens het weekend op de leeftijd van 2 jaar nog iets hoger liggen en respectievelijk 54.5% en 64.5% bedragen (Tabel 47). De eerste ongewogen prevalentie (tijdens de week) valt buiten het 95% betrouwbaarheidsinterval van het gewogen cijfer. Het feit dat het opleidingsniveau van ouders als onafhankelijke predictor voor beide prevalenties werd geïdentificeerd, verklaart de iets grotere verschillen tussen ongewogen en gewogen prevalentiecijfers.

Tabel 47 Kencijfers m.b.t. de ruwe (ongewogen) en gewogen (voor herkomst en opleiding van de moeder gecorrigeerde) prevalenties van televisie kijken langer dan 30mn per dag tijdens de week en tijdens het weekend op de leeftijd van 2 jaar (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Respondenten vragenlijst 24 maanden (n=1418) ‡		
Op de leeftijd van 2 jaar	Ongewogen prevalentie % [95% BI]	Gewogen prevalentie % [95% BI]
Televisie kijken langer dan 30mn tijdens de week	50.7 [48.1-53.3]	54.5 [51.0-58.0]
Televisie kijken langer dan 30mn tijdens het weekend	62.6 [60.1-65.1]	64.5 [60.7-68.4]

‡ Ontbrekende antwoorden (n=8 tot 20, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages



## Hoofdstuk 8

### Conclusies en aanbevelingen

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

#### 1 Eén op acht tweejarigen is regelmatig blootgesteld aan tabaksrook

In eerdere JOnG!-rapportering werd reeds uitgebreid ingegaan op de blootstelling van kinderen aan tabaksrook tijdens de zwangerschap en in het eerste levensjaar (Hoppenbrouwers *et al.*, 2011; Guérin *et al.*, 2012). Op de leeftijd van 2 jaar blijken nog 12.4% van de kinderen in de JOnG!-studie ongewild blootgesteld te zijn, wat 2% meer is dan het cijfer dat voor deze cohort op de leeftijd van 1 jaar werd gevonden.

Onze vaststelling dat blootstelling aan tabaksrook op deze leeftijd tot een significant hoger risico op neus-keel-oor-aandoeningen en aandoeningen van de luchtwegen leidt, en dat dit risico in verhouding staat tot de graad (dosis) van blootstelling, bevestigt het feit dat hieromtrent preventieve acties nodig blijven. De recente preventiecampagnes van de Vlaamse (“*Een mooie start begint met een stop*”) en Federale (“*Random mij rookvrij*”) overheden leveren hiertoe een belangrijke bijdrage.

#### 2 Medicatiegebruik op de leeftijd van twee jaar in beeld

Cijfermateriaal dat het medicatiegebruik op jonge leeftijd in Vlaanderen op een betrouwbare wijze en in detail in kaart brengt, is schaars.

Met de JOnG!-bevraging op 12 maanden werd het geneesmiddelengebruik op jonge leeftijd reeds bij een grote steekproef in kaart gebracht. Op die leeftijd kreeg, volgens hun ouders, meer dan de helft van de 1-jarigen in de voorbije maand een geneesmiddel voorgeschreven. Op de leeftijd van twee jaar is dit nog voor 1 op 3 van de kinderen het geval. 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. Verdere objectivering van het geneesmiddelengebruik, bvb door 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, is daarom wenselijk.

#### 3 Aanbevelingen met betrekking tot televisie kijken op jonge leeftijd worden niet gevolgd

Internationaal geldende aanbevelingen met betrekking tot TV- en beeldschermkijken op jonge leeftijd zijn duidelijk: “kinderen jonger dan twee jaar kijken, omwille van de gekende gezondheidseffecten, bij voorkeur geen of slechts in beperkte mate TV”. Uit de “kijkcijfers” van de JOnG!-steekproef blijkt dat deze aanbeveling niet gekend of moeilijk haalbaar is, en daarom slechts voor een kleine minderheid van de tweejarigen wordt toegepast. Via haar website tracht Kind en Gezin met realistische adviezen

jonge ouders te begeleiden bij de eerste kennismaking van hun jonge kinderen met de digitale wereld. Uit de JOnG!-cijfers blijkt echter dat, naast deze algemene advisering, voor een belangrijke groep ouders (en hun kinderen) meer nodig is. Immers, één op vijf kinderen zit op weekdays dagelijks meer dan 1 uur voor televisie, en in het weekend is dit het geval voor bijna 1 op 3 kinderen. Voor deze (vermoedelijk groeiende) groep, waarin ouders met een lager opleidingsniveau sterker vertegenwoordigd zijn, is specifieke aandacht en advisering wenselijk. Het Vlaams Actieplan Voeding en Beweging (2009-2015), waarvan een van de 6 genoemde strategieën zich expliciet toespitst op “gezond bewegen en evenwichtiger eten in de leefomgeving van zuigelingen en jonge kinderen”, biedt het geschikte kader om ook preventieve acties met betrekking tot televisie kijken op jonge leeftijd uit te werken.

#### **4 Tandenvoeding op jonge leeftijd geraakt gaandeweg ingeburgerd**

Als het goed gaat, mag het ook gezegd worden. Het voorbije decennium heeft een opmerkelijke (en gewenste) trend gekend naar vroeger starten met tanden poetsen, frequenter dagelijks poetsen en vaker met de hulp van ouders. Ondanks de groeiende toepassing van deze beschermende maatregelen, voldoet nog steeds slechts 15% van de tweejarigen in de JOnG!-studie aan alle drie de criteria om met de grootst mogelijke kans cariësvrij te blijven vanaf jonge leeftijd.

De eensluidende adviezen van de Vlaamse tandartsenverenigingen en van Kind en Gezin, en de mogelijkheid tot gratis preventief tandartsbezoek voor kinderen dragen bij tot deze positieve trend, en moeten volgehouden worden.

## REFERENTIES

- Ansari W. (2005). Passive smoking en chronic illness in children: age and gender inequalities, and the fallacy of 'low-strength' cigarettes. *Chronic illness*, 1, 87-91.
- 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.
- Cheng S, Maeda T, Yoichi S, Yamagata Z, Tomiwa K. Japan Children's Study Group. Early television exposure and children's behavioral and social outcomes at age 30 months. *J Epidemiol*, 20(suppl 2) S482-S489.
- Council on Communications and Media (2011). Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics*, 128(5):1040-5.
- Declerck, D., Leroy, R., Martens, L., Lesaffre, E., Garcia-Zattera, M., Vanden Broucke, S., Debyser, M., Hoppenbrouwers, K. (2008). Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36 (2), 168-78.
- 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.
- Eckerlei A.J., Blinkhorn F.A. (2001). Dental attendance and dental health behaviour in children from deprived and non-deprived areas of Salford, North-West England. *International Journal of Pediatric dentistry*, 11. 103-109.
- Gibson S., Williams S. (1999). Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of Children aged 1.5-4.5 years. *Caries Research*, 33. 101-113.
- Grietens H., Hoppenbrouwers K., Desoete A, Wiersema J., & Van Leeuwen K. (2010). *Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment* (Rapport 11). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG): Leuven. [http://steunpuntwvg.be/2007-2011/swvg/docs/Publicaties/2010\\_JONG\\_Hans%20Grietens\\_zonder%20bijlagen\\_website.pdf](http://steunpuntwvg.be/2007-2011/swvg/docs/Publicaties/2010_JONG_Hans%20Grietens_zonder%20bijlagen_website.pdf)
- 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. [http://steunpuntwvg.be/2007-2011/swvg/docs/Publicaties/2011\\_06%20Rapport%2017\\_Sociaaldemografisch%20profiel,%20perinatale%20gez%20en%20gezondheid.pdf](http://steunpuntwvg.be/2007-2011/swvg/docs/Publicaties/2011_06%20Rapport%2017_Sociaaldemografisch%20profiel,%20perinatale%20gez%20en%20gezondheid.pdf)
- Guérin C., Roelants M., Devogelaer N., Van Leeuwen K., Desoete A., Hoppenbrouwers K. (2012). *Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!* (Rapport 28). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG):

- Leuven. [http://steunpuntwvg.be/2007-2011/swvg/docs/Publicaties/2012\\_19%20Rapport%2028\\_JOnG!%20Gezondheidsrapport%20C-0j.pdf](http://steunpuntwvg.be/2007-2011/swvg/docs/Publicaties/2012_19%20Rapport%2028_JOnG!%20Gezondheidsrapport%20C-0j.pdf)
- 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/epidemiо/hisia/princ.htm> (data gegenereerd op 21 december 2012).
- Hermans K., Demaerschalk M., Declercq A., Vanderfaeillie 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.
- Hinkley T, Salmon J, Okely AD, Crawford D, Hesketh K. (2012). Preschoolers' physical activity, screen time, and compliance with recommendations. *Med Sci Sports Exerc*, 44(3):458-65.
- 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. [http://steunpuntwvg.be/2007-2011/swvg/docs/nieuwsbrieven\\_SWVG%20Feiten%20en%20Cijfers/SWVG%20Feiten%20en%20Cijfers%207\\_Als%20mama%20rookt\\_K%20Hoppenbrouwers.pdf](http://steunpuntwvg.be/2007-2011/swvg/docs/nieuwsbrieven_SWVG%20Feiten%20en%20Cijfers/SWVG%20Feiten%20en%20Cijfers%207_Als%20mama%20rookt_K%20Hoppenbrouwers.pdf)
- Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. (2011). Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respir Res*,12:5.
- 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](http://www.kindengezin.be/Algemeen/Over Kind En Gezin/Rapporten)
- Kind en Gezin. (2010). *Het Kind in Vlaanderen 2009*. Kind en Gezin: Brussel. <http://www.kindengezin.be/brochures-en-rapporten/rapporten/kind-in-vlaanderen/>
- Kind en Gezin, (2012). Digitale kinderwereld [www.kindengezin.be/ontwikkeling/spelen/digitale-kinderwereld/](http://www.kindengezin.be/ontwikkeling/spelen/digitale-kinderwereld/) (geraadpleegd op 15/12/2012).
- Lam TH, Leung GM, Ho LM. (2001). The effects of environmental tobacco smoke on health services utilization in the first eighteen months of life. *Pediatrics*,107(6):E91.
- Leroy, R., Jara, A., Martens, L., Declerck, D. (2010). Oral hygiene and gingival health in Flemish preschool children. *Community Dental Health*, art.nr. doi: 10.1922/CDH\_2524Leroy07. 1-7.
- Leroy R., Declerck, D., Martens, L. (2009). *Hoofdstuk 17: Jonge kinderen*. In: De mond, spiegel van gezondheid (Martens, L., Declerck, D., Leroy, R., Vanobbergen, J.). Leuven / Den Haag: Acco.
- Leroy, R., Hoppenbrouwers, K., Jara Vallejos, A., Declerck, D. (2008). Parental smoking behavior and caries experience in preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36 (3), 249-257.
- 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.

- Matt G.E., BERNERT J.T., HOVELL M.F. (2008). Measuring secondhand smoke exposure in children: an ecological measurement approach. *Journal of pediatric Psychology*, 33,156-74.
- Mistry KB, Minkovitz CS, Strobino DM, Borzekowski DLG. Children's television exposure and behavioral and social outcomes at 5.5 years: does timing of exposure matter? *Pediatrics*, 120 (4) 762- 769.
- Ostrov JM, Gentile DA, Crick NR. Media exposure, aggression and prosocial behavior during early childhood: a longitudinal study. *Soc Dev*, 15(4):612-627.
- Ozmert E, Toyran M, Yurdakök K. Behavioral correlates of television viewing in primary school children evaluated by the Child Behavior Checklist. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(9):910-914
- Pagani LS, Fitzpatrick C, Barnett TA, Dubow E (2010). Prospective associations between early childhood television exposure and academic, psychosocial, and physical well-being by middle childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164(5):425-31.
- Paradise J., Rockette H., Colborn D., et al (1997). Otitis media in 2253 Pittsburgh-area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. *Pediatrics*, 99(3):318-33.
- Pine C., Adair P., Nicoll A. et al. (2004). International comparison of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dental Health*, 21 (suppl), 121-130.
- Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, Webster P, Ferguson-Thorne G. (2008). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008 Oct 8;(4):CD001746.
- Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. (2006). Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34(2):103-13.
- Tremblay MS, Leblanc AG, Carson V (2012). Canadian Sedentary Behaviour Guidelines for the Early Years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(2):370-91.
- Van den Branden, S., Van den Broucke, S., Leroy, R., Declerck, D., Hoppenbrouwers, K. (2012). Oral health and oral health-related behaviour in preschool children: evidence for a social gradient. *European Journal of Pediatrics*, DOI 10.1007/s00431-012-1874-6.
- Verlinden M., Tiemeier H., Hudziak J., Jaddoe V., Raat H., Guxens M., Hofman A., Verhulst F., Jansen P. (2012). Television Viewing and Externalizing Problems in Preschool Children: The Generation R Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166(10):919-925.
- Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid (2012). <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/De-mooiste-start-begint-met-een-stop/>
- VRGT-FARES (2011). De aanpak van passief roken bij kinderen; wetenschappelijke conclusies en aanbevelingen voor gezondheidsmedewerkers in contact met rokende ouders. <http://www.rookvrijzwangerschap.be/downloads>
- 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).
- Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. (2007). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17485624> *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 May;161(5):473-9.



## BIJLAGEN

### BIJLAGE 1: bijkomende tabellen

Tabel I: Prevalentie van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar naargelang zwangerschapsduur en geboortegewicht van het kind (vragenlijst 24 maanden en Ikaros) (JOnG-0)

Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡			
Prematuriteit (zwangerschapsduur < 37 weken)			
Voorkomen van:	Nee ( $n_2=1334$ ) %	Ja ( $n_3=77$ ) %	Totaal ( $n_4=1411$ ) %
	(Chi <sup>2</sup> test)		
Ziekenhuisopname sinds de vorige bevraging (-)	14.3	17.1	16.9
Chirurgische ingreep sinds de vorige bevraging (-)	9.1	9.9	9.9

Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡			
Laag geboortegewicht (< 2500 gram)			
Voorkomen van:	Nee ( $n_2=1343$ ) %	Ja ( $n_3=67$ ) %	Totaal ( $n_4=1410$ ) %
	(Chi <sup>2</sup> test)		
Ziekenhuisopname sinds de vorige bevraging (-)	16.4	17.0	17.0
Chirurgisch ingreep sinds de vorige bevraging (-)	10.6	9.9	9.9

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=8$  tot  $14$ , naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Tabel II: Prevalentie van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar naargelang de opvangsituatie van het kind (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡			
Opvang buiten het gezin minstens een halve dag/week			
Voorkomen van:	Ja ( $n_3=1252$ ) %	Nee ( $n_2=159$ ) %	Totaal ( $n_4=1411$ ) %
	(Chi <sup>2</sup> test)		
Ziekenhuisopname sinds de vorige bevraging (-)	16.7	18.9	16.9
Chirurgisch ingreep sinds de vorige bevraging (-)	9.4	13.9	9.9

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=8$  tot  $14$ , naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Tabel III: Prevalentie van ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen tijdens het tweede levensjaar naargelang de blootstelling van het kind aan tabaksrook in huis (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

<b>Respondenten vragenlijst 24 maanden (n<sub>1</sub>=1418)‡</b>			
<b>Blootgesteld aan tabaksrook in huis</b>			
<b>Voorkomen van:</b>	<b>Nee (n<sub>2</sub>=1242) %</b>	<b>Ja (n<sub>3</sub>=154) %</b>	<b>Totaal (n<sub>4</sub>=1396) %</b>
(Chi <sup>2</sup> test)			
Ziekenhuisopname sinds de vorige bevraging (-)	16.3	20.8	16.8
Chirurgisch ingreep sinds de vorige bevraging (-)	9.5	11.1	9.6

‡ Ontbrekende antwoorden (n=21 tot 28, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Tabel IV: Gebruik van geneesmiddelen op voorschrift bij 2-jarigen naargelang zwangerschapsduur en geboortegewicht van het kind (vragenlijst 24 maanden en Ikaros) (JOnG-0)

<b>Respondenten vragenlijst 24 maanden (n<sub>1</sub>=1418)‡</b>			
<b>Prematuriteit (zwangerschapsduur &lt; 37 weken)</b>			
<b>Geneesmiddelen op voorschrift in de voorbije maand?</b>	<b>Nee (n<sub>2</sub>=1322) %</b>	<b>Ja (n<sub>3</sub>=77) %</b>	<b>Totaal (n<sub>4</sub>=1399) %</b>
(Chi-kwadraat test)			(-)
Ja	34.6	41.6	35.0
Nee	65.4	58.4	65.0

<b>Respondenten vragenlijst 24 maanden (n<sub>1</sub>=1418)‡</b>			
<b>Laag geboortegewicht (&lt; 2500 gram)</b>			
<b>Geneesmiddelen op voorschrift in de voorbije maand?</b>	<b>Nee (n<sub>2</sub>=1331) %</b>	<b>Ja (n<sub>3</sub>=67) %</b>	<b>Totaal (n<sub>4</sub>=1398) %</b>
(Chi-kwadraat test)			(-)
Ja	34.6	40.3	34.9
Nee	65.4	59.7	65.1

‡ Ontbrekende antwoorden (n=19 tot 20, naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages



Tabel V: Startleeftijd en frequentie van tandenpoetsen naargelang de opvangsituatie van de respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡		
	Opvang buiten het gezin minstens een halve dag/week		
	Ja ( $n_2=1238$ ) %	Nee ( $n_3=157$ ) %	Totaal ( $n_4=1395$ ) % (*)
<b>Startleeftijd van tandenpoetsen</b> (Chi-kwadraat test)			
Tijdens 1 <sup>ste</sup> levensjaar	65.2	66.2	65.2
Tijdens 2 <sup>de</sup> levensjaar	32.8	28.0	32.3
Nog niet gestart op 2 jaar	2.2	5.7	2.6
	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡		
	Opvang buiten het gezin minstens een halve dag/week		
	Ja ( $n_2=1232$ ) %	Nee ( $n_3=153$ ) %	Totaal ( $n_4=1385$ ) % (-)
<b>Frequentie van tandenpoetsen</b> (Chi-kwadraat test)			
Minder dan 1 keer per dag	25.0	25.5	25.1
1 keer per dag	55.3	52.9	55.0
2 of meerdere keren per dag	19.7	21.6	19.9

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=23$  tot  $33$ , naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil naargelang de opvangsituatie: chi-kwadraat test : \*  $p < 0.05$

Tabel VI: Duur van televisie kijken tijdens de week en tijdens het weekend naargelang het geslacht van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡		
	Jongens ( $n_2=733$ ) %	Meisjes ( $n_3=677$ ) %	Totaal ( $n_4=1410$ ) % (-)
<b>Duur van televisie kijken tijdens de week</b> (Chi-kwadraat test)			
Minder dan 30 min per dag	49.1	49.5	49.3
30 min tot 1 uur per dag	32.2	32.8	32.5
Langer dan 1 uur per dag	18.7	17.7	18.2

	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡		
	Jongens ( $n_2=724$ ) %	Meisjes ( $n_3=674$ ) %	Totaal ( $n_4=1398$ ) % (-)
<b>Duur van televisie kijken tijdens het weekend</b> (Chi-kwadraat test)			
Minder dan 30 min per dag	37.0	37.8	37.4
30 min tot 1 uur per dag	33.6	29.5	31.6
Langer dan 1 uur per dag	29.4	32.6	31.0

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=8$  tot  $10$ , naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil tussen eerste en volgend kind: chi-kwadraat test : \*  $p < 0.05$

Tabel VII: Duur van televisie kijken tijdens de week en tijdens het weekend naargelang de rangorde van respondenten (vragenlijst 24 maanden) (JOnG-0)

	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡		
	Eerste kind ( $n_2=741$ ) %	Volgend kind ( $n_3=669$ ) %	Totaal ( $n_4=1410$ ) % (***)
<b>Duur van televisie kijken tijdens de week</b> (Chi-kwadraat test)			
Minder dan 30 min per dag	45.6	53.4	49.3
30 min tot 1 uur per dag	32.9	32.0	32.5
Langer dan 1 uur per dag	21.5	14.6	18.2

	Respondenten vragenlijst 24 maanden ( $n_1=1418$ )‡		
	Eerste kind ( $n_2=738$ ) %	Volgend kind ( $n_3=660$ ) %	Totaal ( $n_4=1398$ ) % (-)
<b>Duur van televisie kijken tijdens het weekend</b> (Chi-kwadraat test)			
Minder dan 30 min per dag	35.9	39.1	37.4
30 min tot 1 uur per dag	31.3	31.3	31.6
Langer dan 1 uur per dag	32.8	32.8	31.0

‡ Ontbrekende antwoorden ( $n=8$  tot  $20$ , naargelang de vraag) werden niet in rekening gebracht voor de berekening van de percentages

Voor verschil tussen eerste en volgend kind: chi-kwadraat test : \*  $p < 0.05$

## BIJLAGE 2: Overzicht van de vragen in de startvragenlijst waarop cijfers uit 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?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biologische moeder             | <input type="checkbox"/> Adoptieouder, pleegouder | <input type="checkbox"/> Ander familielid     |
| <input type="checkbox"/> Biologische vader              | <input type="checkbox"/> Grootouder               | <input type="checkbox"/> Ander dan familielid |
| <input type="checkbox"/> Partner van moeder, stiefouder |   |   |

Datum waarop u deze vragenlijst ingevuld heeft:  $\delta-\mu-\lambda$

### Kenmerken van de gezinssituatie waarin het kind opgroeit (Tabel 7)

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, ongetrouwd).
- ◆ Zijn er sinds de vorige bevraging, **veranderingen** geweest in de **gezinssamenstelling** (moeder, vader, kinderen en/of andere inwonenden)?  
*Is er bijvoorbeeld een persoon weggefallen of bijgekomen, of verblijft een bepaalde persoon niet meer voltijds of terug voltijds in het gezin?*

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, welke verandering?

- ◆ Zijn er sinds de vorige bevraging, **veranderingen** geweest in **hoe vaak het kind in dit gezin verblijft**?

Nee → Ga naar volgende vraag

Ja

Zo ja, **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

### Opvang (Tabellen 13 en 14)

De **opvang van uw kind** gebeurt wellicht niet elke week op precies dezelfde manier. We vragen naar de situatie die zich in een gewone week voordoet.

Het is mogelijk dat er iemand bij u aan huis komt om voor uw kind te zorgen: dat is ook opvang.

Co-ouderschap of verblijf van het kind bij uw ex-partner noemen we geen opvang.

- ◆ Wordt uw kind in een normale werkweek minstens een halve dag door personen van buiten uw gezin opgevangen?

χ Nee → Ga naar volgende vraag

χ Ja

Zo ja, waar verblijft uw kind dan? U mag meerdere vakjes aankruisen.

χ Grootouders, familieleden, vrienden... **komen bij u thuis**

χ Bij de grootouders, familieleden, vrienden... **bij hen thuis**

χ Kinderdagverblijf

χ Onthaalgezin of onthaalmoeder

χ Andere opvangvorm

### Blootstelling aan tabaksrook binnenshuis en/of in de wagen (Tabel 15)

- ◆ 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.?)

χ Nee → Ga naar volgende vraag

χ Ja

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

χ Minder dan 1 sigaret per week

χ 1 à 6 sigaretten per week

χ 1 sigaret per dag

χ 2 à 5 sigaretten per dag

χ 6 à 10 sigaretten per dag

χ 11 à 20 sigaretten per dag

χ Meer dan 20 sigaretten per dag

χ Ik weet het niet

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

χ Nee → Ga naar volgende vraag

χ Ja

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

χ Minder dan 1 sigaret per week

χ 1 à 6 sigaretten per week

χ 1 sigaret per dag

χ 2 à 5 sigaretten per dag

χ 6 à 10 sigaretten per dag

χ Meer dan 10 sigaretten per dag

χ Ik weet het niet

**Gezondheidsproblemen in het tweede levensjaar (Tabellen 16 en 17)**

- ◆ 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
<b>Maagproblemen</b> (bijv. teruggeven, overgeven...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Darmproblemen</b> (bijv. krampen, diarree, verstopping, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neus-, keel- of oorproblemen</b> (bijv. neusverkoudheid, keelontsteking, oorontsteking...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemen met de luchtwegen</b> (bijv. hoesten, moeilijk ademen, piepende ademhaling, luchtwegeninfectie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemen met de huid</b> (bijv. uitslag, eczeem...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andere gezondheidsproblemen of -klachten?</b> 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"/>

**Voorkomen van ongevallen in het tweede levensjaar (Tabellen 23)**

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

Nee → Ga meteen naar volgende vraag

Ja

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

- ▶ Welke gevolgen heeft dit ongeval op uw kind gehad?

### Chirurgische ingreep en ziekenhuisopname in het tweede levensjaar (Tabel 25)

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

χ Nee → Ga naar volgende vraag

χ Ja

Zo ja, voor welk probleem?

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

- ◆ Werd uw kind sinds de vorige bevraging geopereerd?

χ Nee → Ga naar volgende vraag

χ Ja

Zo ja, welke operatie?

### Medicatie op voorschrift in de voorbije maand (Tabel 28)

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

χ Nee → Ga naar volgende vraag

χ Ja

Zo ja, welke?

### Mondhygiëne (Tabellen 32 en 33)

- ◆ Worden **de tanden** van uw kind **gepoetst**?

χ Nee, nog niet → Ga naar volgende vraag

χ Ja

➤ Zo ja, **hoe oud** was uw kind toen zijn/haar tanden voor het eerst werden gepoetst?

χ 1 jaar of jonger

χ ouder dan 1 jaar maar geen 2 jaar

χ 2jaar of ouder

χ Ik weet het niet

- **Hoe vaak** worden de tanden van uw kind geïetst? En **wordt uw kind geholpen** bij het tandenpoetsen? (werkelijk helpen, meer dan alleen tandpasta aanbrengen op de borstel)

	(Vrijwel) nooit	Minder dan 1 keer per week	1 à 6 keer per week	1 keer per dag	2 keer per dag of meer	Weet niet
<b>Tanden poetsen</b>	χ	χ	χ	χ	χ	χ
<b>Geholpen</b> bij tandenpoetsen	χ	χ	χ	χ	χ	χ

- Gebruikt uw kind **tandpasta**?

χ Nee                      χ Ja

### Televisie kijken (Tabel 37)

- ◆ Hoeveel **uur per dag** zit uw kind gewoonlijk naar televisie te kijken? Kruis steeds één vakje per lijn aan.

	(bijna) nooit	Minder dan 30min	30min tot 1 uur	Tussen 1 en 2 uur	Tussen 2 en 3 uur	Langer dan 3u
Tijdens de week (maandag tot vrijdag)	χ	χ	χ	χ	χ	χ
Tijdens het weekend (zaterdag en zondag)	χ	χ	χ	χ	χ	χ