



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Bijlagen rapport klachten

Bijlagen rapport klachten en kwalen bij kinderen in Nederland

Bijlagen rapport klachten en kwalen bij kinderen in Nederland

RIVM Rapport 260136002/2010

Inhoud

Bijlage 1	Projectteam en referenten	—5
Bijlage 2	Kenmerken van de gebruikte Jeugdgezondheidsmonitors	—7
Bijlage 3	Tijdtrends in prevalenties van geselecteerde aandoeningen geregistreerd in het LINH, periode 2002-2008 ¹⁶	—19
Bijlage 4	Tijdtrends in prevalenties van aandoeningen gerapporteerd in de POLS-enquête, periode 2001-2009 ¹⁸	—21
Bijlage 5	Literatuuroverzicht over gevolgen van chronische aandoeningen bij kinderen in Nederland	—28
Bijlage 6	Betekeningen en definities behorende bij bijlage 5	—119
Bijlage 7	Literatuurlijst	—130

Bijlage 1 Projectteam en referenten

Auteurs:

Mw. Dr. Alet Wijga
Mw. Dr. Salome Scholtens
Mw. Louise van Oeffelen, MSc
Mw. Marga Beckers

Met bijdragen van:

Mw. Annemiek Ravestein
Dhr. Dr. Casper Schoemaker (redactie)
Mw. Marinka Steur, MSc
Mw. Margaux Vanoni, MSc
Dhr. Evert Vijge

Referenten RIVM:

Mw. Drs. Lea den Broeder
Dhr. Dr. Peter Engelfriet
Mw. Dr. Nancy Hoeymans
Mw. Wike Lijs-Spek, arts M&G
Mw. Dr. Karin Proper
Mw. Dr. Carolien van den Brink
Mw. Dr. Ardine de Wit

Externe referenten:

Mw. Drs. Lucy Arntzenius-Smit, AJN
Mw. Betty Bakker-Camu, V&VN Fractie Jeugd
Dhr. Prof. Dr. Paul Brand, Isala Klinieken Zwolle
Mw. Ingrid Brokx MANP, V&VN Fractie Jeugd
Mw. Ir. Clothilde Bun, GGD Midden Nederland
Mw. Drs. Saskia van Dorsselaer, Trimbos-instituut
Mw. Dr. Martha Grootenhuis, AMC Amsterdam
Dhr. Prof. Dr. Remy HiraSing, VU Medisch Centrum Amsterdam
Mw. Dr. Marieke Houben-van Herten, CBS
Mw. Ir. Irma Paijmans, GGD Hollands Midden
Dhr. Prof. Dr. François Schellevis, NIVEL
Dhr. Dr. Hans van der Wouden, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam

Bijlage 2 Kenmerken van de gebruikte Jeugdgezondheidsmonitors

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
Amsterdam	Jeugdgezondheidsmonitor Amsterdam, factsheet gezondheid, welzijn en leefstijl van leerlingen in de tweede klas VO in Amsterdam.	Klas 2 VO Benaderd: 10.500 Gebruikt: 9.974 Respons: 95,0%	2005-2007	2008	32
Amsterdam	Monitor Jeugdgezondheidszorg (JGZ) Amsterdam 2005.	Klas 2 VO Steekproef: 6.040 Retour: 5.467 Gebruikt: 5.453 Respons: 68%	2005	2006	31
Amsterdam	Psychosociale gezondheid van kinderen in groep 7 en 8 van de basisschool.	Groep 7 en 8 BO Benaderd: 6.635 Gebruikt: 4.721 Respons: 71,2%	Schooljaar 2000/2001	2002	30
Hart voor Brabant	Brabantse Jeugdgezondheidsmonitor. Enquête 0-11-jarigen.	0 t/m 11 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: bijna 16.000 Respons: 63%	2008	2009	48
Brabant-Zuidoost	Brabantse Jeugdgezondheidsmonitor. Enquête	0 t/m 11 jaar Benaderd: onbekend	2008	2009	48

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
	0-11-jarigen.	Gebruikt: 14.446 Respons: 65%			
West-Brabant	Brabantse Jeugdgezondheidsmonitor. Enquête 0-11-jarigen.	0 t/m 11 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: 8.339 Respons: onbekend	2008	2009	48
West-Brabant	Gezondheidssituatie 0-11-jarigen in West-Brabant.	0 t/m 11 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: 8.339 Respons: onbekend	2008	2009	73
Zuidoost-Brabant	Jeugdmonitor 0-11-jarigen.	0 t/m 11 jaar Benaderd: 22.300 Gebruikt: 14.446 Respons: 65%	2008/2009	2009	33
Hart voor Brabant	Brabantse Jeugdgezondheidsmonitor. Enquête 0-11-jarigen 2007.	0 t/m 11 jaar Benaderd: 19.892 Gebruikt: 11.280 Respons: 56,7%	2007	2009	48
Zuidoost-Brabant	Brabantse Jeugdgezondheidsmonitor. Enquête 0-11-jarigen 2007.	0 t/m 11 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: 10.100 Respons: onbekend	2007	2009	48

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
West-Brabant	Brabantse Jeugdgezondheidsmonitor. Enquête 0-11-jarigen 2007.	0 t/m 11 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: ca. 10.000 Respons: onbekend	2007	2009	48
Hart voor Brabant, Brabant-Zuidoost, West-Brabant	Brabantse Jeugdgezondheidsmonitor. Enquête 0-11-jarigen.	Benaderd: 29.494 Gebruikt: jongens: 14.889 meisjes: 14.374 0-3 jr.: 9.465 4-7 jr.: 10.022 8-11 jr.: 9.734 Respons: 75%	2005	2006	49
Hart voor Brabant, Brabant-Zuidoost, West-Brabant	Jeugdgezondheidsmonitor 2003 12-17-jarigen. Provincie Noord-Brabant met uitzondering van Eindhoven en 's Hertogenbosch.	jongeren 12 t/m 17 jaar Steekproef: 48.518 Gebruikt: 28.347 Respons: 58,4%	2003	2004	65
Hart voor Brabant	Jeugd 2000, Psychosociale gezondheid van 12-18-jarigen in de regio Brabant-Noordoost.	12 t/m 18 jaar Steekproef: 4.359 Gebruikt: 2.954 Respons: 67,8%	2000	2001	187
Den Haag	Epidemiologisch bulletin. Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag. Overgewicht bij Haagse	3 t/m 15 jaar (voornamelijk 3 t/m 8 jaar) Steekproef: 29.666	1998-2002	2003	35

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
	schoolkinderen.	Verdeling: jongens: 15.049 meisjes: 14.617			
Drenthe	Jeugd in Drenthe. Gezondheid en leefgewoonten.	11 t/m 16 jaar Steekproef: 4.589 Gebruikt: 11-12 jr: 1.798 13-16 jr: 2.600 Respons: onbekend	2004 (november)	2006	36
Drenthe	Overgewicht in Drenthe.	Groep 2 BO, Klas 2 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: groep 2 BO: 2.088 klas 2 VO: ca.1.900 Respons: onbekend	2003/2004	2005	37
Flevoland	Jongeren in 't vizier. Jongerenenquête 2006/2007 Flevoland.	12 t/m 18 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: 13.000 Respons: onbekend	2006/2007	2008	188
Fryslân	IKP Jeugdmonitor; Gezondheid in Friesland, basisonderwijs schooljaar 2005/2006.	Groep 2 en 7 BO Benaderd: onbekend Gebruikt: Groep 2: 7.681 Groep 7: 6.241	2005/2006	2006	39

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
		Respons: onbekend			
Fryslân	IKP Jeugdmonitor 2005-2006.	13 t/m 18 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: 4.398 Respons: onbekend	2004	2008	40
Gelderland Midden	Gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren. Resultaten van het E-MOVO-onderzoek 2007.	Klas 2 en 4 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: 7.790 Respons: onbekend Verdeling: Gelijke verdeling jongens/meisjes en leerlingen klas 2/klas 4	Najaar 2007	2008	42
Gelre-IJssel	Gezondheid en leefstijl van jongeren in de regio Gelre-IJssel. Resultaten van E-MOVO 2007.	Klas 2 en 4 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: 14.511 Respons: onbekend	2007	2008	44
Gooi en Vechtstreek	Gezondheid, welzijn en leefstijl van leerlingen in de regio Gooi en Vechtstreek. Resultaten van het E-MOVO-onderzoek.	Klas 2 en 4 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: 3.454 Respons: hoog	Schooljaar 2005/2006	2006	45

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
Groningen	Jongeren in Groningen 2008-2009. Resultaten van de Jeugdgezondheidsenquête 2008-2009.	10 t/m 18 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: 5.402 10-12 jr: 1.404 12-14 jr: 2.165 15-18 jr: 3.238 Respons: onbekend	2008/2009	2009	46
Groningen	Jongeren in Groningen 2004. Resultaten van de GGD Jeugdgezondheidsenquête.	Groep 6 en 8 BO Gebruikt: 1.981 Klas 2 en 4 VO: Gebruikt: 1314	2004	2004	47
Hollands Midden	Gezondheidsmonitor Midden-Holland. Factsheet 7: Ervaren en lichamelijk gezondheid. Monitor Jeugdgezondheid 4-12 jaar 2006.	4 t/m 12 jaar Benaderd: 6.585 Gebruikt: 5.455 Respons: 83%	Najaar 2006	2008	51
Hollands Midden	Gezondheidsmonitor Midden-Holland. Factsheet 3: Overgewicht bij kinderen van 5 t/m 15 jaar in Midden-Holland.	Groep 2 BO en klas 2 VO Geen gegevens over aantallen of respons	1988-2004	2006	52
Hollands Noorden	Jeugdenuquête 0-4 jaar 2007 Noord-Kennemerland.	0 t/m 4 jaar Benaderd: 3.468 Gebruikt: 2.644 Respons: 51,4%	April 2007	2008	55

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
Hollands Noorden	Jeugdenquête 0-12 jaar Kop van Noord-Holland 2007.	0 t/m 12 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: 4.259 Respons: 66%	Voorjaar 2007	2008	53
Hollands Noorden (Kop van Noord-Holland)	E-MOVO-onderzoek regio Kop van Noord-Holland. Leerlingen VO klas 2 en 4.	Klas 2 en 4 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: 1.914 Respons: onbekend	2005/2006	2006	56
Hollands Noorden	E-MOVO Noord-Kennemerland 2005. Jongerenonderzoek leerlingen VO klas 2 en 4.	Klas 2 en 4 VO Ingevuld: 4.965 Gebruikt: 3.983	2005	2006	57
IJsselland (vh IJssel-Vecht)	Gezondheidsmonitor kinderen. Gezondheid, ontwikkeling en vrijetijdsbesteding van kinderen van 0-12 jaar.	0 t/m 12 jaar Benaderd: 12.742 Gebruikt: 9.004 Respons: 71%	2005	2006	43
Midden-Nederland	Hoe gezond is en leeft de jeugd in de regio Midden-Nederland, bevindingen schooljaar 2006-2007.	Groep 2 en 6 BO, klas 2 VO Benaderd: 24.010 Onderzoek GGD Gebruikt: 24.010	2006/2007	2008	62
Midden-Nederland	Gezondheid van de jeugd in Eemland: prestatiegegevens en bevindingen van de jeugdgezondheidszorg in het	Groep 2 en 7 BO, klas 2 VO Benaderd: 10442 Gebruikt: 9779 Respons: 94%	2005/2006	2006	61

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
	schooljaar 2005-2006.				
Midden-Nederland	Resultaten scholierenonderzoek 2002/2003. Leeftijd 12-15 jaar oud.	12 t/m 15 jaar Benaderd: 10.130 Gebruikt: 7.223 Respons: 92%	2002/2003	2008	60
Nijmegen	E-MOVO 2007/2008. Gezondheid, welzijn en leefwijze van jongeren in de regio Nijmegen. Resultaten bij 13-16-jarigen klas 2 en 4 VO.	Klas 2 en 4 VO Benaderd: 5407 Gebruikt: ca. 5.000 Respons: onbekend	2007/2008	2008	63
Nijmegen	Jeugd in beeld. Overgewicht bij jeugd in de regio Nijmegen.	5 jaar, 10 t/m 11 jaar, 12 t/m 13 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: 6.210 Respons: onbekend	2003/2004	2005	64
Gelderland	GGD Gidz. Jeugdmonitor Gelderland E-MOVO 2003.	Klas 2 en 4 VO Gebruikt: 29.008	2003	2005	41
Limburg Noord (vh Noord- en Midden-Limburg)	Infokaart: Jeugd en overgewicht.	5 jaar, 11 jaar, 14 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: onbekend Respons: onbekend	2005	2007	59
Limburg Noord (vh Noord- en	Infokaart: Psychosociale problematiek jongeren.	Klas VO Benaderd: onbekend	2001/2002	2005	58

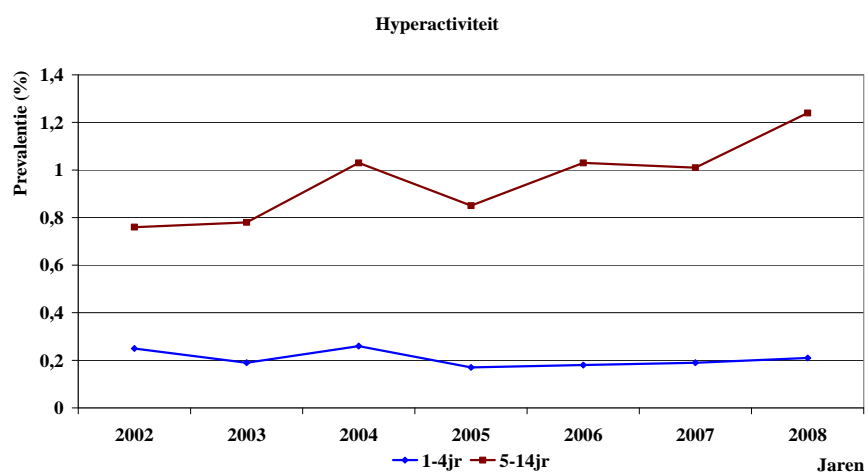
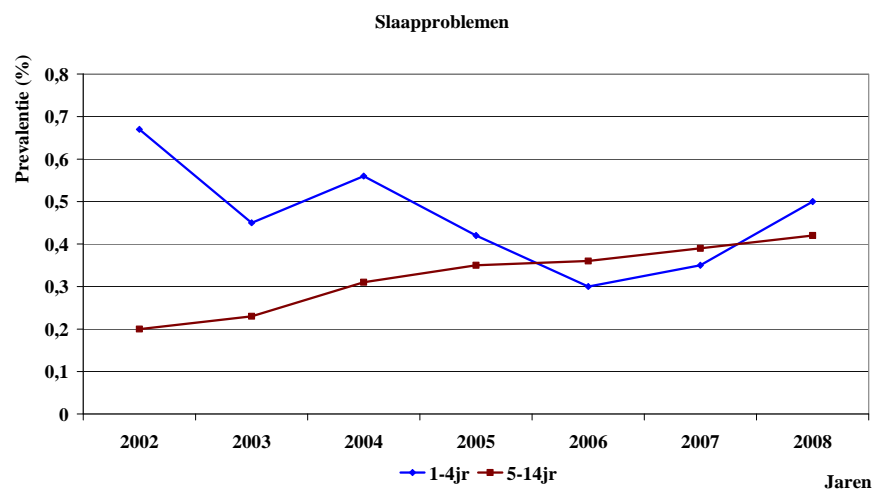
GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
Midden-Limburg)		Gebruikt: 2.616 Respons: onbekend			
Rivierenland	Hoe gezond zijn jongeren in Rivierenland? Samenvatting resultaten leerlingen VO.	Klas 2 en 4 VO Gebruikt: 3.687	2007-2008	2008	69
Rivierenland	Leefstijl en gezondheid van jongeren in de regio rivierenland 2004. Resultaten van het E-MOVO-onderzoek.	Klas 2 en 4 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: 3.118 Respons: 81%	2003/2004	2004	68
Rotterdam Rijnmond	Jeugdmonitor Rotterdam. Rapportage gemeente Rotterdam 2008.	Groep 7 BO, klas 1 en 3 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: groep 7: .221 klas 1: 4.854 klas 3: 5.092 Respons: onbekend	2004/2006	2008	71
Rotterdam Rijnmond	Jeugdgezondheidsmonitor 2006. Grotestedenbeleid Schiedam 2006.	Groep 7 en 8 BO en 12 t/m 21 jaar Benaderd: 781 Groep 7 BO: 368 Groep 8 BO: 403 12-21 jaar: ca. 1100 Respons: onbekend Jongens: 52%	2006	2007	70

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
		Meisjes: 48%			
Regio Twente	Twente in Balans: overgewichtcijfers 2008.	Groep 2 en 7 BO, klas 2 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: Groep 2+7: 15.220 Klas 2: 2.120 Respons: onbekend	2008	2008	67
Regio Twente	Gezondheid welzijn en leefstijl van jongeren in Twente 2007 (E-MOVO).	Gebruikt: 7.854	2007	2008	66
Utrecht	Jeugdgezondheidsmonitor Utrecht. Brugklassers en derdeklassers voortgezet onderwijs. Schooljaar 2006-2007.	Klas 1 en 3 VO Benaderd: 2.963 Gebruikt: 2.177 Respons: onbekend	2006/2007	2008	72
Zaanstreek-Waterland	Factsheet: Lichamelijke gezondheid.	Klas 2 VO (gemiddeld 13,7 jaar) Benaderd: onbekend Gebruikt: 999 Respons: onbekend	2004	2004	76
Zaanstreek-Waterland	Factsheet 2: Psychische gezondheid en sociale omgeving.	Klas 2 VO (gemiddeld 13,7 jaar) Benaderd: onbekend Gebruikt: 999 Respons: onbekend	2004	2004	75

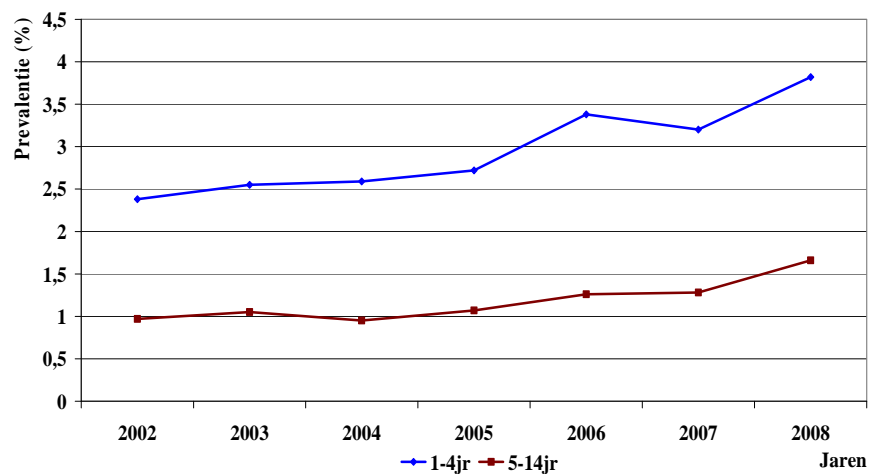
GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
Zeeland	Overgewicht: Infokaarten Jeugd 2008.	3,9 jaar, 5 jaar, 10 jaar, 13 jaar Benaderd: onbekend Gebruikt: onbekend Respons: onbekend	2008	2009	78
Zeeland	Jeugdmonitor Zeeland, Themarapport Gezondheid.	Klas 3 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: 3.970 Respons: onbekend	2007	2007	77
Zeeland	Enquête Jeugdmonitor Zeeland. GGD Gezondheidsatlas voor regio Noord-Brabant en Zeeland.	Klas 3 VO (14-15 jaar) Gebruikt: 3.896 (85% van het totale aantal jongeren in klas 3 in Zeeland)	2004	2004	79
Zuid-Holland West	Kinderonderzoek 0 – 11 jaar 2006: Lichamelijke gezondheid.	Ouders van 0 t/m 11-jarigen Benaderd: 7.879 Gebruikt: 5.433 Respons: 69%	2006	2008	82
Zuid-Holland West	Jongerenonderzoek 12-18 jaar 2005: Lichamelijke gezondheid.	12 t/m 18 jaar Benaderd: 6.287 Gebruikt: 3.317 Respons: 53%	2005	2006	83
Zuid-Holland West	Factsheet overgewicht 2005.	Groep 2+7 BO, klas 2 VO Benaderd: onbekend Gebruikt: onbekend	2003/2004	2005	84

GGD-regio	Studie	Aantal en leeftijd	Onderzoeksjaar	Publicatiejaar	Referentie
		Respons: onbekend			
Zuid-Holland Zuid	Veilig opgroeien en gezondheid van jongeren in Dordrecht.	12 t/m 18 jaar Benaderd: 7.280 Gebruikt: 3.395 Respons: 47%	2008	2009	85
Zuid-Holland Zuid (vh Zuid-Hollandse Eilanden)	Monitor Jeugd.	Kleuters 2.298 BO, groep 2 6.126 BO, groep 8 6.315 VO, klas 2+4 5.032 Jongvolwassenen 12-24 jaar 1.318	2003/2004	2005	86
Zuid-Limburg	Epidemiologische gegevens voor lokaal gezondheidsbeleid in Zuid-Limburg.	5 t/m 6 jaar, 9 t/m 11 jaar, 13 t/m 14 jaar Aantallen: onbekend Respons: onbekend	2005/2006	2007	80
Zuid-Limburg	Overgewicht in Oostelijk Zuid-Limburg.	5 t/m 6 jaar, 9 t/m 10 jaar, 13 t/m 14 Benaderd: onbekend Gebruikt: 7.170 Respons: onbekend	2002/2003	2006	81

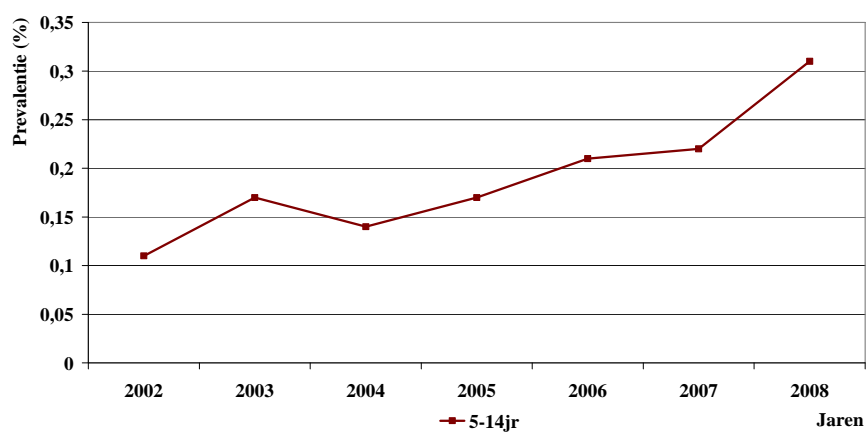
Bijlage 3 Tijdrends in prevalenties van geselecteerde aandoeningen geregistreerd in het LINH, periode 2002-2008¹⁶



Obstipatie

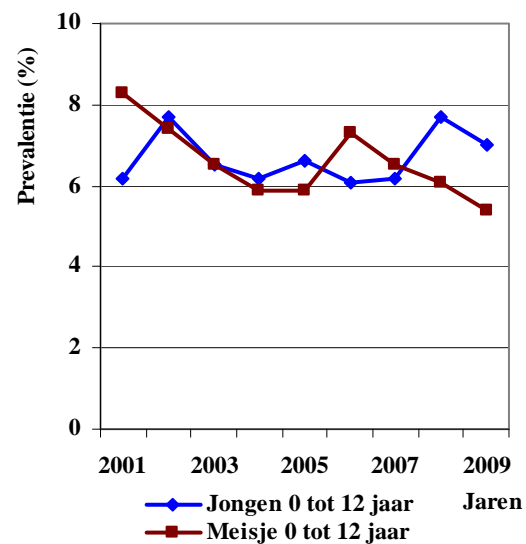


Obesitas

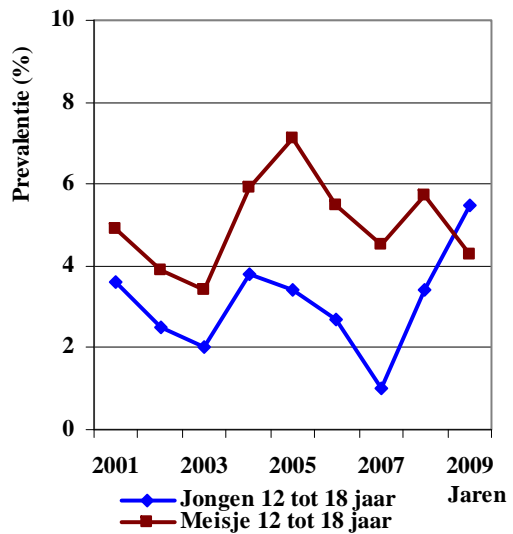


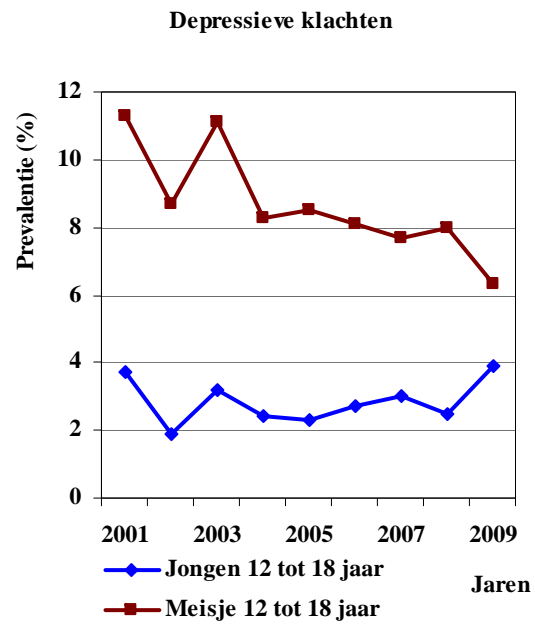
Bijlage 4 Tijdtrends in prevalenties van aandoeningen gerapporteerd in de POLS-enquête, periode 2001-2009¹⁸

Chronisch eczeem



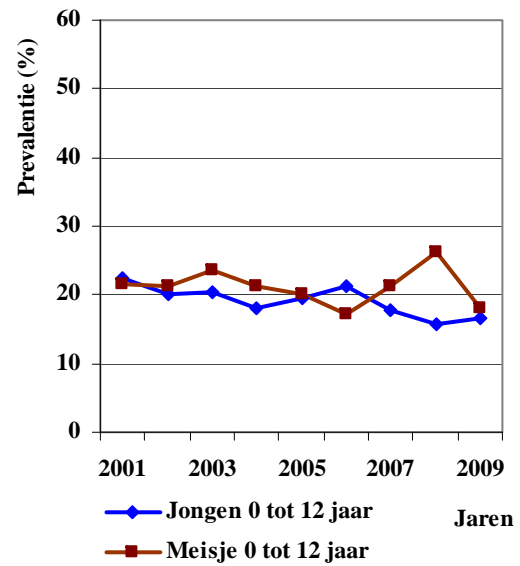
Chronisch eczeem



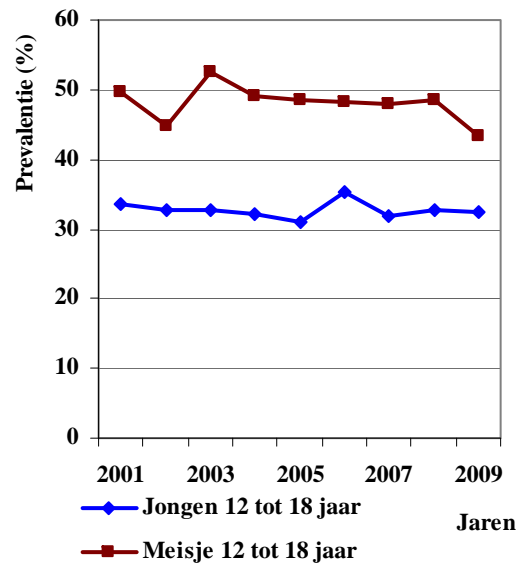


Er zijn geen POLS-data beschikbaar over depressieve klachten bij 0-12-jarigen!

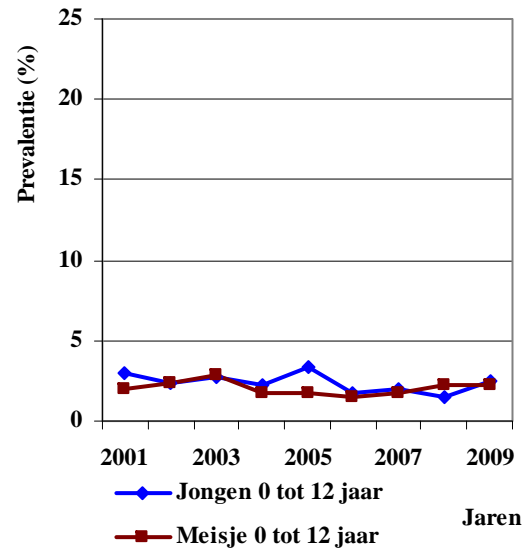
Hoofdpijn



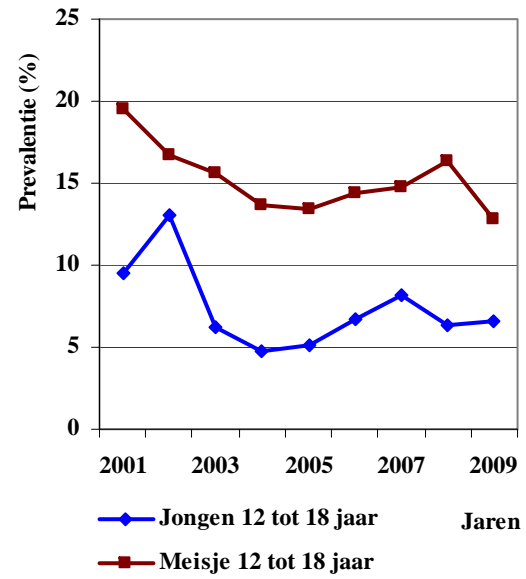
Hoofdpijn



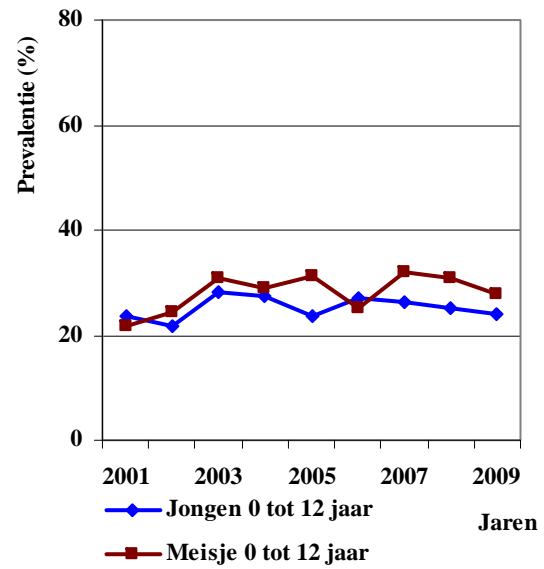
Migraine



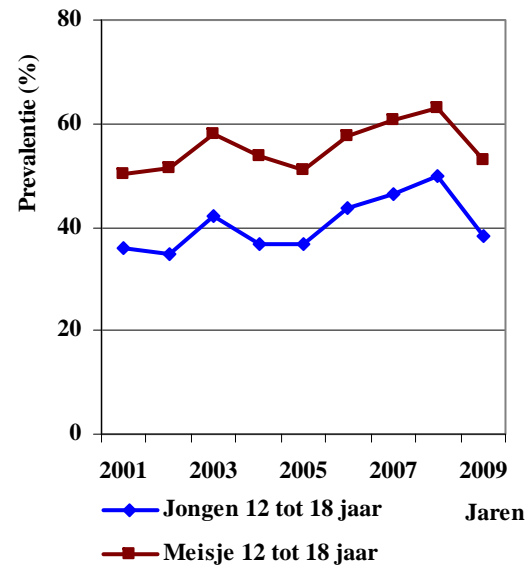
Migraine

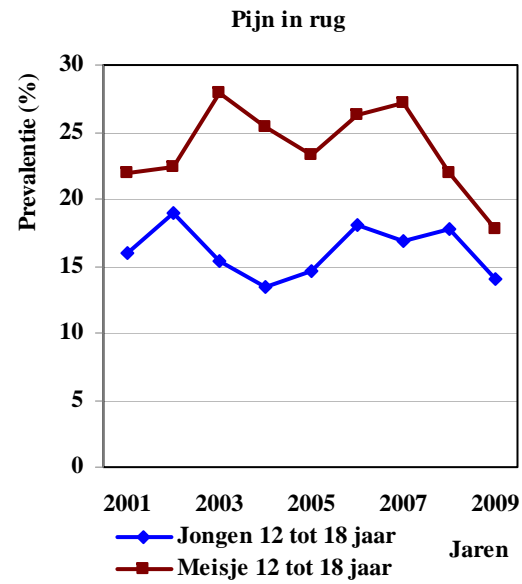
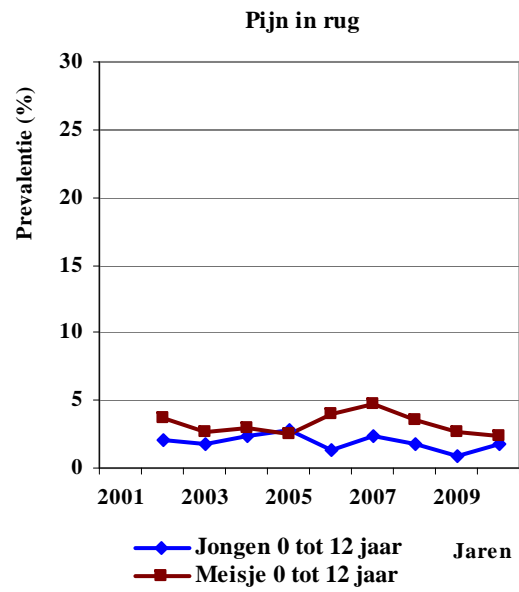


Moeheid

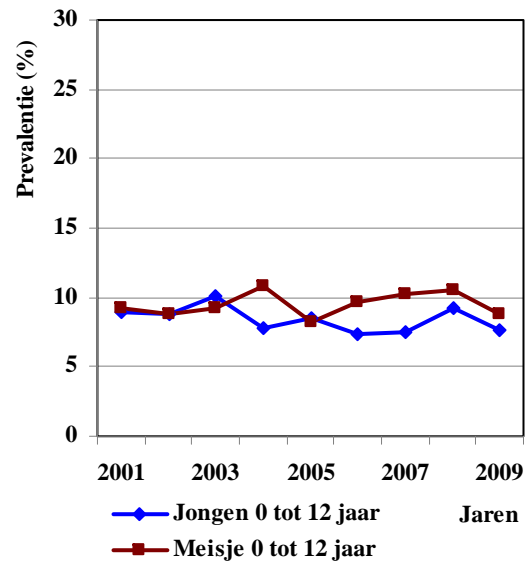


Moeheid

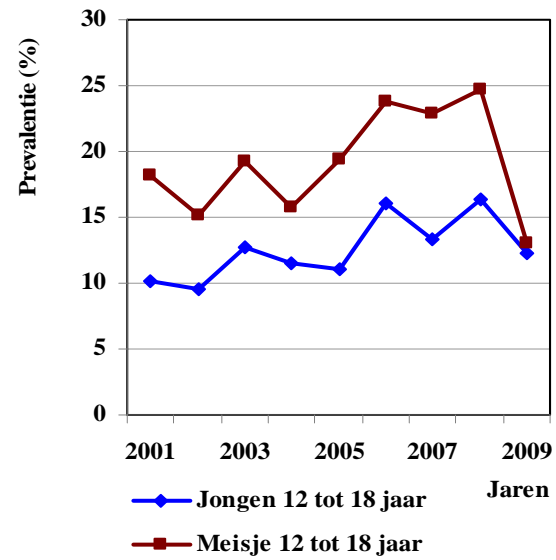




Slapeloosheid



Slapeloosheid



Bijlage 5 Literatuuroverzicht over gevolgen van chronische aandoeningen bij kinderen in Nederland

Eczeem

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Brenninkmeijer, EEA et al. 2009 ¹³²	Patiëntcontrole; Cross-sectioneel	-117 patiënten met atopische dermatitis (83 mannen, 34 vrouwen). - 508 gezonde controles. - Werving van patiënten tussen de 18 en 30 jaar met atopische dermatitis in de kindertijd en bezoek aan polikliniek afdeling dermatologie AMC tussen 2000 en 2006.	Niet vermeld, vermoedelijk 2007	Patiënten van 18-30 jaar, met atopische dermatitis in kindertijd.	<u>Onderzoeksvragen:</u> - Is er een verschil in levensloop (course of life = CoL) bij jongvolwassen patiënten met atopische dermatitis gedurende kindertijd, vergeleken met een gezonde controlegroep? - Is de ernst van de atopische dermatitis gedurende de kindertijd voorspellend voor de levensloop en voor ziektegerelateerde consequenties? - Wat zijn de ziektegerelateerde consequenties van atopische dermatitis gedurende de	- Er was geen verschil in CoL tussen mensen met atopische dermatitis in de kindertijd en de gezonde controlegroep. - Mensen met ernstige atopische dermatitis in de kindertijd hadden een significant verminderde sociale ontwikkeling vergeleken met de controlegroep (p<0.05). - Personen met ernstige atopische dermatitis gedurende de kindertijd hadden gedurende de basis- en middelbare school minder vrienden (p<0.05), brachten minder tijd door met vrienden (p<0.01), behoorden minder

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
					<p>kindertijd? - Wat is de kwaliteit van leven gedurende de kindertijd bij jongvolwassenen met atopische dermatitis?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - De medische geschiedenis van atopische dermatitis werd bepaald met een medical history questionnaire. - De kwaliteit van leven werd bepaald met Skindex-29. - Het beloop van het leven werd bepaald met de CoL-questionnaire. - De effecten van atopische dermatitis op het dagelijkse leven gedurende de basis- en middelbare schooltijd, werd bepaald met de 'subjective disease-specific questionnaire'.</p>	<p>vaak bij een vriendengroep ($p < 0.05$), en gingen minder vaak naar een bar/disco gedurende de middelbare schooltijd ($p < 0.05$), vergeleken met personen met milde atopische dermatitis gedurende de kindertijd. - Veel patiënten met atopische dermatitis tijdens de kindertijd schaamden zich, vermeden intimiteit en sociale- en sportactiviteiten, spijbelden vaker en brachten meer tijd alleen door, hadden pijn en jeuk en last van slapeeloesheid en vermoeidheid - Patiënten met ernstige atopische dermatitis tijdens de kindertijd waren vaker afwezig op school ($p < 0.05$), brachten meer tijd alleen door ($p < 0.05$) en waren vaker vermoeid ($p < 0.05$), vergeleken met</p>

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Wever-Hess, J et al. 1999 ¹³³	Patiënten; Retro-spectieve cohort-studie	- 419 kinderen, waarvan 231 0-1-jarigen en 188 2-4-jarigen. - Alle kinderen van 0-4 jaar die tussen 1-1-1991 en 1-1-1993 verwezen werden naar de polikliniek van het Juliana kinderziekenhuis vanwege astmasymptomen, werden opgenomen in deze studie.	1991 – 1993	0-4 jaar bij eerste bezoek	<u>Onderzoeksvraag</u> Is eczeem een prognostische factor voor het ontwikkelen van astma? <u>Onderzoeksmethoden</u> - De medische geschiedenis van het kind werd bepaald bij het eerste bezoek van het kind. - De kinderarts bepaalde twee jaar na het eerste bezoek of het kind astma had of niet.	patiënten met milde atopische dermatitis tijdens de kindertijd. - Eczeem bij 0-1-jarige kinderen was een prognostische factor voor het ontwikkelen van astma. (OR: 2.32; 95% CI: 1.27-4.26 → kinderen met eczeem hadden ruim twee keer zoveel kans op het ontwikkelen van astma als kinderen zonder eczeem). - Eczeem bij 2-4-jarige kinderen was geen prognostische factor voor het ontwikkelen van astma.
Aarden, JM et al. 1994 ¹³⁴	Patiënten; Retro-spectieve cohort-studie	- 222 kinderen met atopisch eczeem en 46 kinderen met JSD. - Werving via de polikliniek kinderdermatologie van	1983-1989	0 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de prognose van eczeem bij zuigelingen <1 jaar? <u>Onderzoeksmethoden</u>	Van de patiënten met JSD hadden na vijf jaar: - twaalf kinderen atopisch eczeem; - zes kinderen astma. Van de patiënten met atopisch

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
		het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam.			- Kinderen met atopisch eczeem werden aan de hand van dossiers bestudeerd. - Bij kinderen met JSD werden de ouders verzocht een antwoordformulier in te vullen.	eczeem had na vijf jaar: - 27% nog steeds eczeem; - 36% astmatische bronchitis.
Roorda, RJ et al. 1992 ¹³⁵	Patiënten; Cohortstudie	- 406 astmatische kinderen. - Werving via de poliklinische afdeling van de pediatrie longafdeling van UMC Groningen.	1e meting: 1972-1976 2de meting: 1987-1990	1e meting: 8-12 jaar 2e meting: 21-29 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de invloed van het hebben van eczeem op kinderleeftijd op het hebben van astma als jongvolwassene? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Het hebben van eczeem werd nagevraagd met een Nederlandse versie van de vragenlijst van de 'British Medical Research Council'. - Longfunctiemetingen, BHR-metingen, huidtesten en eosinofiel-telling werden gedaan in medisch onderzoek.	Eczeem op kinderleeftijd voorspelt niet de prognose van astma van kindertijd tot jongvolwassene.

Chronische pijn

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Merlijn, VP et al. 2006 ¹⁶⁶	Patiënten; cross-sectioneel	- 194 adolescenten (49 jongens, 145 meisjes). - Werving via zes middelbare scholen in Rotterdam.	Niet vermeld	12-18 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Is er een verschil in invloed van psychosociale factoren op kwaliteit van leven tussen adolescenten met hoge en lage pijnintensiteit?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Pijn werd gemeten m.b.v. de 'Pijn Vragenlijst' en een 'Pijndagboek'. - Kwetsbaarheid werd gemeten met de 'Inadequacy Scale of the Dutch Personality Questionnaire-Junior'. - De mate waarin anderen het kind bij pijngedrag belonen werd gemeten met de IBES voor kinderen. - Gebruikte copingstrategieën tegen pijn werden gemeten met de PCQ.</p>	Adolescenten met een hoge pijnintensiteit zijn kwetsbaarder ($p=0.001$), gebruiken vaker de copingstrategie emotievermijding ($p<0.001$) en hebben een lagere kwaliteit van leven in alle domeinen (behalve sociaal functioneren), in vergelijking met adolescenten met een lage pijnintensiteit.

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Konijnenberg AY et al. 2006 ¹⁴⁴	Patiënten; Cross-sectionele studie bij patiënten	- 134 kinderen/adolescenten met pijn, waarvan 59 met hoofdpijn. - Werving via pediatrie poliklinieken van het WKZ Utrecht.	2000-2002	8-18 jaar	<p>- Kwaliteit van leven werd gemeten met de QLA-CP.</p> <p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat zijn de voorspellers van psychiatrische morbiditeit bij kinderen met chronische pijn?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Fysiek en psychosociaal functioneren werd gemeten met CHQ-CF. - Somatische klachten werden gemeten met CSI. - Sociale problemen werden achterhaald met DPIY. - Gedrags- en emotionele problemen werden gemeten met CBCL. - Gezinsproblemen werden gemeten met CFP. - Psychiatrische aandoeningen werden gemeten met DISC-PV, SCICA en DSM-IV.</p>	<p>- De prevalentie van psychiatrische co-morbiditeit bij kinderen/adolescenten met chronische pijn is 60%.</p> <p>- Significante voorspellers van psychiatrische morbiditeit zijn: afwijkende gezinssamenstelling en sociale, emotionele en gedragsproblemen (gemeten met CBCL en DPIY).</p>

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Konijnenberg AY et al. 2005 ¹⁴⁵	Patiënten; cross-sectioneel	- 149 kinderen met onverklaarde chronische pijn (buikpijn, hoofdpijn of spierpijn); (40 jongens, 109 meisjes). - Werving via pediatrische poliklinieken van het WKZ Utrecht.	2000-2002	8-18 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Welke beperkingen hebben kinderen/adolescenten met onverklaarde chronische pijn, en hoe erg zijn deze beperkingen?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Somatische klachten werden gemeten met CSI. - Gezondheidsstatus werd gemeten met CHQ-CF. - Pijn werd gemeten met VAS.</p>	<p>- De meest genoemde somatische klachten waren hoofdpijn, weinig energie, buikpijn, gewrichtspijn, misselijkheid, duizeligheid en spierpijn.</p> <p>- Somatische klachten komen meer voor bij meisjes vergeleken met jongens (p=0.03).</p> <p>- Kinderen met spierpijn hadden de grootste beperking in fysiek functioneren (p=0.01), maar vonden hun gezondheid het best (p=0.001) in vergelijking met kinderen met andere chronische pijn.</p> <p>- Kinderen met hoofdpijn hadden de grootste beperking in sociaal functioneren (p=0.002).</p> <p>- Een kind heeft de meeste</p>

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
						kans op beperkingen in het dagelijkse leven wanneer het kind ouder is ($p=0.04$), hoofdpijn of spierpijn heeft ($p=0.006$ en 0.02), meer fysieke klachten rapporteert ($p=0.001$), lagere gezondheidsperceptie heeft ($p=0.007$), en een hogere pijn intensiteit heeft ($p=0.001$).
Konijnenberg AY et al. 2004 ¹⁶³	Patiënten; cross-sectioneel	- 134 kinderen met onverklaarde chronische pijn zonder oorzaak (37 jongens, 97 meisjes). - Werving via pediatrie poliklinieken van het WKZ Utrecht.	2000-2002	8-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij kinderen/adolescenten met chronische pijn? <u>Onderzoeksmethode</u> Psychiatrische comorbiditeit werd gemeten met SCICA, DISCPV en DSM-IV.	De prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij kinderen/adolescenten met chronische pijn is 60%.
Perquin, CW et	Steekproef van	- 6284 kinderen. - Baseline 1997: 506	1996-2000	0-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het verloop en de	- 50% van de kinderen met chronische pijn op baseline

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
al. 2003 ¹⁶⁴	kinderen uit de algemene bevolking; Follow-up-studie bij kinderen met pijn	kinderen met chronische pijn, waarvan 254 zonder specifieke ziekte. - Follow-up 1998: 247 kinderen met chronische pijn, waarvan 150 zonder specifieke ziekte. - Follow-up 1999: 255 kinderen met chronische pijn, waarvan 118 zonder chronische ziekte. - Werving via representatieve steekproef van de bevolking in omgeving Rotterdam, en via patiëntenregister van elf huisartsen.			<p>prognose van chronische pijn zonder achterliggende ziekte, bij kinderen en adolescenten gedurende een periode van twee jaar?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain list: meting van pijn. - Health care use questionnaire: meting van gebruik gezondheidszorg. - FSII: meting impact van pijn op gedrag. - COOP-WONCA: meet functionele gezondheid. - IFS: impact van pijn van kind op ouders. - QLH-Y: meetkwaliteit van leven. - Diary: meet pijnintensiteit gedurende drie weken. - PBCM: meet gedragsveranderingen door pijn gedurende drie weken. 	<p>had nog chronische pijn na een jaar, en 30% na twee jaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pijn parameters en pijngerelateerde consequenties bleven relatief stabiel tijdens de follow-up. - Gedrag en sociaal functioneren verslechterden significant tijdens de follow-up. - Het gebruik van gezondheidszorg verminderde significant gedurende de follow-up.

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Merlijn, VPBM et al. 2003 ¹⁶⁷	Patiëntcontrole; Cross-sectioneel	<ul style="list-style-type: none"> - 370 adolescenten (105 jongens, 265 meisjes). - 222 adolescenten met chronische pijn, 148 gezonde adolescenten. - 183 ouders van adolescenten met chronische pijn, 127 ouders van gezonde adolescenten. - Werving uit de algemene Nederlandse bevolking. 	Niet vermeld	12-18 jaar	<p><u>Onderzoeksvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zijn adolescenten met chronische pijn gevoeliger voor neuroticisme, faalangst en verkregen sociale acceptatie? - Rapporteren ouders van adolescenten met chronische pijn meer pijnklachten? - Zijn ouders van adolescenten met chronische pijn gevoeliger voor neuroticisme? <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pijn werd gemeten met een pijnvragenlijst. - Neuroticisme werd gemeten met de 'inadequacy scale of the Dutch personality questionnaire'. - Faalangst werd gemeten met de 'Achievement Motivation Test' voor kinderen. - Sociale acceptatie werd 	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescenten met chronische pijn zijn gevoeliger voor neuroticisme ($p < 0.001$) en faalangst ($p < 0.001$) en ervaren minder sociale acceptatie ($p = 0.007$) - Er is geen verschil in rapportage van chronische pijnklachten en gevoeligheid voor neuroticisme tussen ouders van adolescenten met en zonder chronische pijn.

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Hunfeld, JAM et al. 2002 ¹⁶⁹	Patiënten; Cross-sectioneel	- 77 kinderen met onverklaarde chronische pijn. - Werving via een populatiestudie met betrekking tot chronische pijn in de omgeving van Rotterdam. [Perquin, Hazebroek-Kampschreur A.A., et al. 2000].		5-11 jaar	<p>gemeten met de 'School Questionnaire'.</p> <p>- Kwaliteit van leven werd gemeten met QLA-CP.</p> <p><u>Onderzoeksvragen</u> Invloed van frequentie en intensiteit van pijn op: - functioneren van het kind; - impact van pijn op het gezin.</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Vragenlijsten ingevuld door moeders. - Pijn werd gedurende drie weken drie keer per dag door de moeders bijgehouden in een dagboek, door middel van VAS en een gedragslijst. - De perceptie van moeders over het functioneren van het kind en over de impact van pijn op het gezin.</p>	<p>- Pijn bij het kind resulteerde niet in een hoge mate van schoolabsentie of functionele beperkingen.</p> <p>- Pijn had een negatieve impact op het gezinsleven, vooral door beperkingen in het sociale leven en door persoonlijke spanningen.</p>

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Hunfeld, JAM et al. 2002 ¹⁶⁸	Patiënten, 3 jaar follow-up	- 42 adolescenten met onverklaarde chronische pijn gedurende drie opeenvolgende jaren (9 jongens, 33 meisjes). - Werving via een populatiestudie met betrekking tot chronische pijn in de omgeving van Rotterdam. [Perquin, Hazebroek-Kampschreur A.A., et al. 2000].	Niet vermeld,	12-18 jaar	<p><u>Onderzoeksvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat is de kwaliteit van leven bij adolescenten met onverklaarde chronische pijn? - Verslechtert pijn, pijngerelateerde kwaliteit van leven en de impact van pijn op het gezin bij adolescenten met onverklaarde chronische pijn gedurende een driejarige follow-up? <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pijn werd gemeten met een pijndagboek (inclusief VAS), pijnvragenlijst en een interview. - Pijngerelateerde kwaliteit van leven werd gemeten met QLP-Y en een interview. - Impact van pijn op het gezin werd gemeten met de 'Impact on Family Scale', ingevuld door de moeder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chronische pijn bij adolescenten heeft een negatief effect op bijna alle domeinen van kwaliteit van leven (behalve sociaal functioneren). - Er is weinig verandering in pijn, pijngerelateerde kwaliteit van leven en impact van pijn op het gezin gedurende de drie jaar.

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
Hunfeld, JAM et al. 2001 ¹⁶⁵	Patiënten; Cross-sectioneel	-128 adolescenten met onverklaarde chronische pijn (33 jongens, 95 meisjes). - Werving via een populatiestudie met betrekking tot chronische pijn in de omgeving van Rotterdam. [Perquin, Hazebroek-Kampschreur A.A., et al. 2000].	Niet vermeld	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> Wat is de invloed van frequentie en intensiteit van chronische pijn bij adolescenten: - op de kwaliteit van leven? - op het gezin? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Pijn werd gemeten met de 'Pain List' en een pijndagboek (inclusief VAS) dat gedurende drie weken drie keer per dag werd ingevuld door de moeder. - Kwaliteit van leven werd gemeten met QLP-Y. - Impact op het gezin werd gemeten met de IFS, ingevuld door de moeder.	- Hoe meer pijn hoe slechter de kwaliteit van leven, op de punten psychisch functioneren ($p < 0.001$), fysieke status ($p < 0.01$) en functionele status ($p < 0.01$). - Chronische pijn heeft een significant ongunstige invloed op het gezin, vooral door beperkingen in het sociale leven en door problemen bij het omgaan met de pijn van het kind. - Bij meer pijn zijn er meer beperkingen in het sociale leven.
Hunfeld, JAM et al.	Patiënten; Cross-	- 100 adolescenten met onverklaarde chronische pijn (26 jongens, 74	Niet vermeld	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> - Is er een verschil in kwaliteit van leven en schoolabsentie	- Kwaliteit van leven van hoog naar laag: pijn ledematen, buikpijn, rugpijn, hoofdpijn.

Auteur en jaartal	Studie-type	Populatiekenmerken	Onderzoeksjaar	Leeftijd/klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaten
2001 ¹⁴²	sectio- neel	meisjes). - 31 adolescenten met hoofdpijn, 16 met buikpijn, 15 met rugpijn en 38 met pijn aan ledematen. - Werving via een populatiestudie met betrekking tot chronische pijn in de omgeving van Rotterdam. [Perquin, Hazebroek-Kampschreur A.A., et al. 2000].			tussen adolescenten met chronische hoofdpijn en adolescenten met andere chronische pijn? - Wat is de relatie tussen pijn frequentie/-intensiteit en kwaliteit van leven bij adolescenten met chronische hoofdpijn? En is er verschil in deze relatie met andere chronische pijn? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Pijn werd gemeten met een vragenlijst en een pijndagboek inclusief VAS. - Schoolabsentie werd gemeten met een vragenlijst. - Kwaliteit van leven werd gemeten met QLP-Y.	- Adolescenten met chronische hoofdpijn hadden de minst frequente pijn, maar de laagste kwaliteit van leven, vooral op het gebied van psychosociaal functioneren ($p < 0.01$) en functionele status ($p < 0.05$). - Schoolabsentie van hoog naar laag: hoofdpijn, pijn ledematen, rugpijn, buikpijn. - Adolescenten met chronische hoofdpijn waren twee keer zo vaak absent op school vergeleken met adolescenten met een andere pijnlocatie ($p < 0.05$). - De sterkste negatieve correlatie tussen pijn en kwaliteit van leven was bij hoofdpijn en rugpijn.

Depressieve klachten

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Janssen, KAM et al. 2010 ¹²²	Populatie-studie; Cohort-studie	- Data van adolescenten die participeerden in de 1 ^e , 2 ^e en 3 ^{de} ronde van de TRAILS prospectieve geboortecohortstudie. - Eerste beoordeling: 2230 adolescenten. - Tweede beoordeling: 2149 adolescenten. - Derde beoordeling: 1816 adolescenten.	- Eerste beoordeling: 2001-2002 - Tweede beoordeling: 2003-2004 - Derde beoordeling: 2005-2008	- 1 ^e beoordeling: 10-12 jaar - 2 ^e beoordeling: 12-14 jaar - 3 ^e beoordeling: 14-17 jaar.	<u>Onderzoeksvragen</u> Wat is de relatie tussen angst, depressie en functioneel somatische symptomen bij adolescenten, en hoe verandert deze over tijd? <u>Onderzoeksmethoden</u> Angst, depressie en functioneel somatische symptomen werden gemeten met YSR en CBCL.	- Depressie is een risicofactor voor het ontwikkelen van functioneel somatische symptomen ($p < 0.05$). - Depressie is een risicofactor voor het ontwikkelen van angst ($p < 0.05$).
Bosch, NM et al. 2009 ¹²³	Populatiestudie; Cross-sectionele studie in cohort	- 2230 kinderen (waarvan 59.2% jongens). - Data van adolescenten die participeerden in de eerste beoordelingsronde van de TRAILS prospectieve geboortecohortstudie.	2001-2002	10-12 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie van somatische depressie en cognitief-affectieve depressie met de risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HRV, BRS en CAR)? <u>Onderzoeksmethoden</u>	- Depressie over het algemeen is niet geassocieerd met HRV, BRS en CAR. - Somatische depressie is invers geassocieerd met HRV ($p = 0.02$) en BRS ($p = 0.02$) → dus CHD ↑. - Cognitief-affectieve depressie is positief geassocieerd met

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					<ul style="list-style-type: none"> - Afgenomen HRV → CHD ↑. - Afgenomen BRS → CHD ↑. - Toegenomen CAR → CHD ↑. - Boordeling van depressie met YSR. - Cortisol werd gemeten in speeksel. 	<p>HRV ($p=0.02$) en BRS ($p<0.01$) → dus CHD ↓.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij jongens is somatische depressie positief geassocieerd met CAR ($p<0.01$) → dus CHD ↑. - Bij jongens is cognitief-affectieve depressie invers geassocieerd met CAR ($p=0.03$) → dus CHD ↓.
Hale III, WW et al. 2009 ¹²⁴	Populatie studie; Cohort (5 jaar follow-up met jaarlijkse metingen)	<ul style="list-style-type: none"> - 923 adolescenten van 10-15 jaar. - 390 adolescenten van 16-20 jaar. - Werving van adolescenten via 12 verschillende middelbare scholen in de provincie Utrecht. 	Niet vermeld	10-20 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Hebben depressieve adolescenten ook vaker last van angst vergeleken met niet-depressieve adolescenten?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Angst werd gemeten met de SCARED-vragenlijst. - Depressie werd gemeten met de CDI-vragenlijst.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Depressie en angst zijn twee verschillende stoornissen. - Depressief zijn hangt samen met het hebben of het krijgen van angst. - De ernst van de depressie is voorspellend voor de ontwikkeling van angst.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Oldehin- kel AJ et al. 2007 ¹³⁰	Popula- tiestudie; Cross- sectio- nele studie in cohort	- 1046 adolescenten (497 jongens, 549 meisjes). - Data van adolescenten die participeerden in de tweede beoordelings- ronde van de TRAILS prospectieve geboortecohortstudie.	2003-2004	12 – 15 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het verband tussen sociale status van adolescenten en het ontwikkelen van depressieve symptomen? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Beoordeling van sociale status door medeleerlingen met behulp van een vragenlijst. - Beoordeling van depressie m.b.v. CBCL (ouders) en YSR (jongeren).	- Aardig gevonden worden, onaardig gevonden worden, een beste vriend hebben, goed zijn in sport en er goed uitzien, zijn allen significant geassocieerd met depressieve symptomen. - Slim zijn is niet geassocieerd met depressieve symptomen. - Bij meisjes zijn depressieve symptomen het sterkst geassocieerd met onaardig gevonden worden. - Bij jongens zijn depressieve symptomen het sterkst geassocieerd met het niet goed zijn in sport.
Dekker, MC et al. 2007 ¹²⁸	Popula- tie- studie; Cohort	- 2076 kinderen/ adolescenten. - Werving van de kinderen in 1983 gebeurde 'at random' uit gemeentelijke registers	1983 – 1997 - Wave 1: 1983 - Wave 2: 1985 - Wave 3:	- Wave 1: 4-16 jaar - Wave 2: 6-16 jaar - Wave 3: 8-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Is er een verband tussen het ontwikkelingstraject van depressie in de kindertijd, en het voortduren van deze depressie, het ontwikkelen van	- Kinderen/adolescenten waarbij depressieve symptomen toenemen gedurende de kindertijd, hebben meer kans op het voortduren van deze

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
		in Zuid-Holland.	1987 - Wave 4: 1989 - Wave 5: 1991 - Wave 6: 1997	- Wave 4: 10 -18 jaar - Wave 5: 12-18 jaar - Wave 6: 18-30 jaar	andere psychische problemen, het hebben van een lagere opleiding en het nodig hebben van psychologische zorg als jongvolwassene? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Beoordeling van depressie bij kinderen met behulp van CBCL (ouders). - Beoordeling van depressie bij jongvolwassenen met YABCL (ouders) en YASR (zelfrapportage).	depressieve symptomen en het ontwikkelen van andere psychische problemen als jongvolwassene, vergeleken met kinderen met andere ontwikkelingstrajecten van depressie. - Meisjes waarbij depressieve symptomen sterk toenemen in de kindertijd hebben meer psychologische zorg nodig als jongvolwassene dan meisjes met andere ontwikkelingstrajecten van depressie. - Jongens waarbij depressieve symptomen sterk toenemen in de kindertijd hebben meer kans om een lager opleidingsniveau te hebben als jongvolwassene dan jongens met andere ontwikkelings-trajecten van depressie.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Diepenmaat, ACM et al. 2006 ¹²⁵	Populatiestudie; Cross-sectioneel	- 3485 adolescenten (1726 meisjes, 1759 jongens). - Werving via alle middelbare scholen in Amsterdam.	2002-2003	12-16 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen nek-, schouder-, arm- en lage rugpijn en depressie in adolescenten? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Pijn werd nagevraagd met een vragenlijst. - Depressie werd nagevraagd met CES-D.	Depressieve symptomen zijn positief geassocieerd met: - nek- en schouderpijn (OR: 1.9; 95% CI: 1.5-2.5); - lage rugpijn (OR: 2.5; 95% CI: 1.8-3.4); - armpijn (OR: 2.1; 95% CI: 1.4-3.1). We kunnen echter niet opmaken of de pijn een oorzaak of een gevolg is van depressieve symptomen.
Huizink, AC et al. 2006 ¹²⁶	Populatiestudie; Cohort (14 jaar follow-up)	- 1580 personen (732 mannen, 848 vrouwen). - Werving van de kinderen in 1983 gebeurde 'at random' uit gemeentelijke registers in Zuid-Holland. - In 1997 gebruikten 64 mannen (9%) en 34 vrouwen (4%) ecstasy.	1983 en 1997	1983: 14-17 jaar 1997: 18-33 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Leiden gedrags- en emotionele problemen tijdens de kindertijd tot ecstasygebruik (MDMA) als adolescent en volwassene? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Gedrags- en emotionele problemen bij kinderen werden vastgesteld met CBCL. - Het gebruik van ecstasy werd	Personen met angst of depressie in de kindertijd hebben een significant verhoogde neiging om ecstasy te gaan gebruiken (HR= 2.2, 95% CI = 1.2 - 4.1, p=0.01).

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					bepaald met CIDI. Wanneer een persoon minstens 5 keer ecstasy had gebruikt, werd deze gedefinieerd als 'lifetime' gebruiker van ecstasy.	
Engels, RCME et al. 2005 ¹²⁷	Populatie-studie (6 maanden follow-up)	- Eerste wave: 2096 adolescenten. - Tweede wave: 1861 adolescenten (929 jongens, 932 meisjes). - Werving via elf middelbare scholen in regio Utrecht.	Eerste wave: 2000 Tweede wave: 2001	10-14 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen depressieve symptomen en roken, zowel cross-sectioneel als prospectief? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Rookgedrag werd gemeten met een vragenlijst. - Depressieve symptomen werden gemeten met de Depressive Mood List van Kandel en Davies (1982).	- In cross-sectionele analyses: zowel meisjes als jongens met depressieve symptomen roken vaker ($p < 0.05$). - In de longitudinale analyses: alleen meisjes met depressieve symptomen hadden een hogere kans om zes maanden later te roken ($p < 0.05$).
Roza, SJ et al. 2003 ¹²⁹	Populatie-studie; Cohort	- 1580 personen (732 mannen, 848 vrouwen). - Werving van de kinderen in 1983	1983 – 1997 - Wave 1: 1983 - Wave 2:	- Wave 1: 4-16 jaar - Wave 2: 6-16 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen depressie in de kindertijd/ adolescentie en de	- Stemmingsstoornissen als volwassene werden significant voorspeld door een hogere score voor depressie/angst-

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	(14 jaar follow-up) → Cox multiple regressie model	gebeurde 'at random' uit gemeentelijke registers in Zuid-Holland.	1985 - Wave 3: 1987 - Wave 4: 1989 - Wave 5: 1991 - Wave 6: 1997	- Wave 3: 8-18 jaar - Wave 4: 10 -18 jaar - Wave 5: 12-18 jaar - Wave 6: 18-30 jaar	ontwikkeling van stemmings- en angststoornissen als volwassene? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Depressie werd gemeten met de CBCL. - Stemmingsstoornissen en angststoornissen werden gemeten met CIDI.	symptomen in de kindertijd/adolescentie (p=0.006). - Angststoornissen als volwassene werden niet voorspeld door depressie in de kindertijd/adolescentie.
Buite- laar, JK et al. 1994 ¹³¹	Cohort- studie (5 jaar follow-up)	25 adolescenten.	1985-1991	Niet vermeld in abstract.	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de chroniciteit van depressiviteit en angst bij adolescenten?	Ongeveer de helft van de adolescenten was na de follow-up nog steeds depressief/angstig.

Obstipatie

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Bongers , MEJ et al. 2009 ¹⁴⁸	Patiënt- controle	<ul style="list-style-type: none"> - 182 volwassenen met obstipatie in kindertijd (106 mannen, 76 vrouwen), waarvan 43 nog steeds obstipatie. - 361 volwassen controles (170 mannen, 191 vrouwen). - Werving van cases uit een bestaand cohort van kinderen met functionele obstipatie tussen 1991 en 1999, gerekruteerd door de afdeling pediatrie gastro-enterologie en voeding van het Emma kinderziekenhuis en het AMC in Amsterdam. - Werving van controles via 96 huisartsen. 	2004-2007	18-30 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> <ul style="list-style-type: none"> - Wat is het verschil in kwaliteit van leven tussen volwassenen met obstipatie gedurende kindertijd en gezonde controles? - Wat is het verschil in kwaliteit van leven tussen volwassenen met obstipatie gedurende kindertijd maar niet meer als volwassenen, en gezonde controles? - Wat is het verschil in kwaliteit van leven tussen volwassenen met obstipatie gedurende kindertijd en voortdurend tot heden, en gezonde controles? - Wat zijn de consequenties van obstipatie voortdurend tot volwassenheid? 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen verschil in kwaliteit van leven tussen volwassenen met obstipatie in de kindertijd maar niet meer als volwassenen, en controles. - Volwassenen bij wie de obstipatie voortduurde tot in het heden, hadden een lagere kwaliteit van leven op de gebieden pijn (p=0.01) en perceptie van de gezondheid (p=0.04) vergeleken met controles. - Van de volwassenen die nog steeds obstipatie hadden, had 20% problemen met sociale contacten en 12.5% negatieve ervaringen met intimiteit.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					<u>Onderzoeksmethoden</u> - Kwaliteit van leven werd gemeten met RAND-36. - Consequenties van obstipatie voortdurend tot in volwassenheid werd bepaald met een vragenlijst. - Medische data werden uit het medisch dossier gehaald.	
Bongers MEJ et al. 2009 ¹⁴⁷	Patiënten; Cross-sectioneel	- 114 kinderen met obstipatiegerelateerde fecale incontinentie (78 jongens, 36 meisjes). - Werving via de polikliniek van het Emma kinderziekenhuis in Amsterdam.	Niet vermeld, waarschijnlijk 2006	8-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen fecale incontinentie en kwaliteit van leven? <u>Onderzoeksmethoden</u> Kwaliteit van leven werd gemeten met DDL.	- Kinderen met frequentere fecale incontinentie hebben een lagere kwaliteit van leven op het gebied van sociaal en emotioneel functioneren (p=0.006 en p=0.002). - De meerderheid van de kinderen rapporteerde dat de fecale incontinentie niet leidde tot minder vrienden, hobby's of sociale activiteiten.
Van den Berg,	Patiënten-	- 47 zuigelingen met obstipatie (28 jongens,	1999-2003	2-14 maanden	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het klinische beloop van	- 69% van de zuigelingen had een succesvolle uitkomst na 6

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
MM et al. 2005 ¹⁵¹	cohort (follow-up vier jaar)	19 meisjes). - Werving via de polikliniek gastroenterologie van het AMC Amsterdam.			ernstige obstipatie bij zuigelingen over de volgende 4 jaar? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Data over obstipatie werden telefonisch nagevraagd met een gestandaardiseerde vragenlijst, op de leeftijd van 6 maanden en 1, 2, 3 en 4 jaar. - Een succesvolle uitkomst wordt gedefinieerd als: tenminste 4 weken met 3 of meer defecaties, zonder pijn bij defecatie en zonder gebruik van laxeremiddel.	maanden follow-up zonder gebruik van een laxeremiddel en 8% met gebruik van laxeremiddel. - 15% van de kinderen had een terugval binnen de follow-up-periode. - Een succesvolle uitkomst kwam significant vaker voor bij kinderen die minder dan drie maanden klachten hadden voordat ze naar de gastro-enteroloog gingen.
Bennin-ga, MA et al. 2004 ¹⁴⁹	Patiënten; cross-sectioneel	- 135 kinderen met obstipatie (88 jongens, 47 meisjes). - Patiënten van de kinder-motiliteit unit van het AMC.	Niet vermeld	5-14 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het verschil in gedragsprofielen tussen kinderen met obstipatie en controles? <u>Onderzoeksmethode</u> Gedrag gemeten met CBCL.	Kinderen met obstipatie hadden significant meer gedragsproblemen vergeleken met gezonde kinderen.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Van Ginkel, R et al. 2003 ¹⁵⁰	Patiënten-cohort (follow-up 8 jaar)	- 418 kinderen met obstipatie (279 jongens, 139 meisjes). - Patiënten van het gastro-intestinale motiliteitscentrum van het AMC.	Inclusie 1993-1999	Kinderen ouder dan 5 jaar.	<u>Onderzoeksvraag</u> In hoeverre duurt obstipatie gedurende de kindertijd voort tot jonge volwassenheid?	In 30% van de gevallen duurt de obstipatie voort tot in de jonge volwassenheid, zelfs onder behandeling.
Keuzenkamp-Jansen, CW et al. 1996 ¹⁵²	Patiënten-cohort (follow-up gemiddeld 4 jaar, max. 13 jaar)	- 244 kinderen met obstipatie (135 jongens, 109 meisjes). - Patiënten van de pediatrie gastro-enterologische polikliniek, VU Ziekenhuis	1976-1991	0-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de lange termijn prognose van kinderen met obstipatie? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Op het moment van diagnose werd een behandeling gestart. - Informatie werd gehaald uit het medisch dossier. - Lange termijn beloop werd nagegaan via een telefonisch interview met de ouders. - Kinderen werden 'genezen' verklaard wanneer ze geen	- Bij 56% van de kinderen, was obstipatie al aanwezig als zuigeling. - 66% van de kinderen was genezen aan het eind van de follow-up-periode. - 39% had een terugval gehad gedurende follow-up. - Kinderen die tussen de 13 en 72 maanden startte met therapie hadden een slechtere prognose vergeleken met kinderen die vroeger of later startte (p=0.029).

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
						klachten meer hadden en geen laxeermiddelen gebruikte in de afgelopen zes maanden.

Astma

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Mohango AD et al. 2010 ¹¹⁴	Cross-sectionele studie in geboortecohort	- 5000 zuigelingen. - 50% van de zuigelingen had astmasymptomen (35% milde, 11% matige en 4% ernstige symptomen). - Deelnemers Generation R studie.	2002-2006	Eerste levensjaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen astmasymptomen in het eerste levensjaar en de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven op een leeftijd van twaalf maanden?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Aanwezigheid van astmasymptomen was gebaseerd op twaalf vragen over lage luchtwegklachten. - Gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven werd nagegaan met de ITQOL.</p>	<p>- Zuigelingen met ernstige astmasymptomen hadden een lagere kwaliteit van leven voor zes van de negen schalen.</p> <p>- Zuigelingen met matige astmasymptomen hadden een lagere kwaliteit van leven voor drie van de negen schalen.</p> <p>- Zuigelingen met milde astmasymptomen hadden een lagere kwaliteit van leven voor twee van de negen schalen.</p>
Peeters Y et al. 2008 ¹¹⁰	Patiënten; Cross-sectioneel	- 87 kinderen met astma (53 jongens, 34 meisjes). - 5 kinderen met ernstig astma, 15 kinderen met	Niet vermeld	7-16 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie van astma bij kinderen met kwaliteit van leven en copingstrategieën?</p>	<p>- Kinderen met ernstig astma ervaren meer beperkingen dan kinderen met matig of lichte astma ($p < 0.01$).</p> <p>- Kinderen met astma die</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
		matig astma, 19 kinderen met milde astma en 45 kinderen met 'lage ernst' astma. - Kinderen uit Oostenrijk, Duitsland, Zweden en Nederland die deelnamen aan DISABKIDS-project, waarvoor kinderen met een chronische ziekte geworven werden via kinderziekenhuizen.			<u>Onderzoeksmethoden</u> - Bij aanvang studie: vragenlijst met algemene vragen en vragen over astma (DISABKIDS questionnaires). - na twee-vier weken: vragenlijst met vragen over beperkingen (DCGM-37) copingmechanismen (CODI-questionnaire) en kwaliteit van leven (DISABKIDS-Smileys).	meer behandelingen tegen astma krijgen, ervaren minder beperkingen ($p < 0.05$). - Kinderen die vermijdingsgedrag ($p < 0.05$) en/of emotionele reactie ($p < 0.01$) als copingmechanisme gebruiken, ervaren meer beperkingen. - Kinderen met astma die vooral emotionele reacties als copingmechanisme gebruiken, rapporteren een lagere kwaliteit van leven ($p = 0.001$).
Eijkmans, M et al. 2008 ¹⁰⁵	Cross-sectionele studie in sub-groep binnen geboorte-cohort	- 305 kinderen (152 jongens, 153 meisjes). - 35 kinderen met ondergewicht, 242 kinderen met normaal gewicht, 22 kinderen met overgewicht, 6 kinderen met obesitas. - 29 piepende kinderen,	Begin 2005 tot 2007	4-5 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> - Zijn piepende kinderen, astmatische kinderen en kinderen met astmamedicatie minder lichamenlijk actief? - Hebben piepende kinderen meer kans op overgewicht?	- Piepende kinderen hebben ongeveer dezelfde lichamenlijke activiteit als kinderen die nooit gepiept hebben. - Jongens die vroeger gepiept hebben, hebben meer lichamenlijke activiteit dan jongens die nooit gepiept hebben, dit geldt niet voor

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
		90 kinderen die vroeger piepten, 186 kinderen die nooit hebben gepiept. - Deelnemers KOALA geboortecohort. - Woonachtig in Limburg of Noord-Brabant.			- Lichamelijke activiteit gemeten met een accelerometer, die gedurende vijf dagen werd gedragen en met vragenlijsten op 4 en 5 jaar. - Overgewicht gemeten met lengte, gewicht en middel-omtrek. - Piepen gemeten met vragenlijsten op de leeftijd van 7 maanden en 1,2,4 en 5 jaar.	meisjes. - Astmatische kinderen en kinderen met astmamedicatie hebben ongeveer dezelfde lichamelijke activiteit als kinderen zonder astma en/of astmamedicatie. - Piepen is niet geassocieerd met overgewicht (Opmerking: erg wijde CI door weinig kinderen met overgewicht en piepen in deze populatie).
Mohan- goo, AD et al. 2007 ¹¹²	Popula- tie- studie; Cross- sectio- neel	- 933 kinderen (46% jongens en 54% meisjes). - Werving in het derde jaar van 7 middelbare scholen in de GGD-regio's Vlaardingen en Harderwijk.	2003	13-17 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen (ernst van) piepen bij adolescenten en kwaliteit van leven? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Diagnose en ernst 'piepen' is vastgesteld m.b.v. vragen geselecteerd uit de ISAAC-vragenlijst.	Piepende adolescenten hebben een significant lagere kwaliteit van leven t.o.v. gezonde adolescenten, op de punten fysiek functioneren (p<0.001), gedrags en emotioneel functioneren (p<0.01), pijn (p<0.001), algemeen gedrag (p<0.01), mentale gezondheid (p<0.001), eigenwaarde (p<0.01), algemene

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Van Gent, R et al. 2007 ¹⁰⁷	Patiënt-controle; Cross-sectio- neel	- 4 studiegroepen: 171 kinderen met astma en normaal gewicht, 33 kinderen met astma en overgewicht, 174 gezonde kinderen met normaal gewicht, 26 gezonde kinderen met overgewicht. - Werving via basisscholen in vier steden in Zuid-Nederland	2002-2005	7-10 jaar	<p><u>Onderzoeksvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven is nagegaan m.b.v. CHQ-CF. - Wat is de associatie tussen astma bij kinderen en kwaliteit van leven? - Wat is de associatie tussen astma in combinatie met overgewicht bij kinderen en kwaliteit van leven? <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - BMI gemeten door getrainde onderzoeksassistenten. - Astma vastgesteld met ISAAC-vragenlijst (ingevuld door ouders), longfunctietest (spirometer) en BHR. - Kwaliteit van leven vastgesteld met PAQLQ voor kinderen. 	<p>gezondheid ($p < 0.01$), gezinsactiviteiten ($p < 0.05$), gezinssamenhang ($p < 0.01$).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinderen met astma gecombineerd met overgewicht hebben de laagste kwaliteit van leven vergeleken met de andere drie groepen ($p < 0.01$). - Kinderen met astma en een normaal gewicht hebben een lagere kwaliteit van leven dan gezonde kinderen met of zonder overgewicht ($p < 0.001$). - Kinderen met astma scoren voornamelijk lager op het gebied 'symptomen', en wat minder laag maar nog steeds significant lager op de gebieden emoties en activiteit.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Van Gent, R et al. 2007 ¹⁰⁶	Patiënt-controle; Cross-sectioneel	<ul style="list-style-type: none"> - 413 kinderen (220 jongens, 193 meisjes). - 130 kinderen met niet-gediagnosticeerd astma, 81 kinderen met gediagnosticeerd astma, 202 gezonde kinderen. - Werving via basisscholen in vier steden in Zuid-Nederland. 	2002-2005	7-10 jaar	<p><u>Onderzoeksvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat is het verschil in kwaliteit van leven tussen kinderen met gediagnosticeerd astma en hun verzorgers, kinderen met niet-gediagnosticeerd astma en hun verzorgers, en gezonde kinderen en hun verzorgers? - Wat is de associatie tussen astma en schoolverzuim? <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteit van leven is gemeten met PAQLQ bij kinderen en PACQLQ bij volwassenen. - Niet gediagnosticeerd astma= astmasymptomen in de afgelopen twaalf maanden en luchtwegobstructie of BHR, maar geen astmadiagnose door arts. - De ISAAC-vragenlijst waarin 	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderen met gediagnosticeerd en niet-gediagnosticeerd astma en hun verzorgenden hebben op alle domeinen een lagere kwaliteit van leven dan gezonde kinderen en hun verzorgenden (p<0.05). - Kinderen met gediagnosticeerd astma en hun verzorgenden hebben op alle domeinen een lagere kwaliteit van leven dan kinderen met niet gediagnosticeerd astma en hun verzorgenden (p<0.05). - Schoolverzuim treedt meer op bij astmatische kinderen dan bij gezonde kinderen. - Schoolverzuim treedt het meest op bij kinderen met gediagnosticeerd astma.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Van Gent, R et al. 2007 ¹¹⁷	Patiënt-controle; Cross-sectio-neel	- 413 kinderen (220 jongens, 193 meisjes). - 130 kinderen met niet-gediagnosticeerd astma, 81 kinderen met gediagnosticeerd astma, 202 gezonde kinderen. - Werving via basisscholen in vier steden in Zuid-Nederland.	2002-2005	7-10 jaar	astmasymptomen werden nagevraagd, werd ingevuld door ouders. <u>Onderzoeksvraag</u> Hebben astmatische kinderen een lagere dagelijkse lichamelijke activiteit dan gezonde kinderen? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Niet gediagnosticeerd astma= astmasymptomen in de afgelopen twaalf maanden en luchtwegobstructie of BHR, maar geen astmadiagnose door arts. - Astma = bevestiging van de ouders van gediagnosticeerd astma door de arts in de afgelopen twaalf maanden. - Lichamelijke activiteit gemeten met accelerometer gedurende vijf dagen, een	Er is geen verschil in dagelijkse lichamelijke activiteit tussen de drie studiegroepen.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Van de Ven, MOM et al. 2007 ¹¹¹	Patiënten; Cross-sectioneel	- 553 adolescenten met astma (267 jongens, 286 meisjes). - Steekproef uit een algemene bevolking (9008 leerlingen van 33 scholen) d.m.v. de ISAAC-vragenlijst.	Januari- mei 2003	12-16 jaar	<p>dagboek gedurende vijf dagen en de 'habitual activity estimation scale' (HAES).</p> <p><u>Onderzoeksvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Welke copingmechanismen leiden tot een betere kwaliteit van leven bij astmatische adolescenten? - Wat is de relatie tussen ernst van astma en kwaliteit van leven? (via het beïnvloeden van copingmechanismen) <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Copingmechanismen werden vastgesteld met de Astma-Specific Coping Scale. - Kwaliteit van leven bij adolescenten is gemeten met AAQOL. - Ernst van astma werd vastgesteld met de ACAAI-vragenlijst. 	<ul style="list-style-type: none"> - De copingmechanismen 'beperkte levensstijl' en 'zorgen maken over astma' zorgen voor een lagere kwaliteit van leven. - Adolescenten die minder gebruikmaken van het copingmechanisme 'verbergen van astma' en meer gebruikmaken van 'positieve herwaardering' en 'informatie zoeken', hebben een hogere positieve kwaliteit van leven. - Ernst van astma is direct en negatief geassocieerd met kwaliteit van leven. - Ernst van astma is indirect en negatief geassocieerd met totale kwaliteit van leven via de copingmechanismen

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Kelder, A (Bachelor scriptie) 2007 ¹¹³	Patiënten; Pilot studie voor het testen van vragenlijst	- 8 adolescente meisjes. - 3 matige, 2 gemiddelde, 2 gemiddeld tot ernstige, 1 ernstige astmapatiënt. - Werving via Nederlands elektronisch astmaforum.	Niet vermeld, vermoedelijk 2006 of 2007	14-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat zijn de klachten van jonge astmatici? <u>Onderzoeksmethoden</u> Klachten zijn nagevraagd met vragenlijst gemaakt door A. Kelder.	'beperkte levensstijl' en 'zorgen maken over astma'. - De beperking in fysieke en sociale activiteiten en het onbegrip van anderen veroorzaken meer hinder dan de symptomen zelf. - Astmapatiënten lijken aan chronisch slaapttekort te leiden. - De meest vervelende bijwerkingen van medicatie lijken versnelde hartslag, keelirritatie en nervositeit te zijn. - Bij sporten hebben astmatici veel tot heel veel last van astma.
Orbon, KH et al. 2006 ¹²¹	Cohort-studie, Prospectief	2003-2004: - 206 participanten (96 mannen, 110 vrouwen). - 52 personen met	- Geboortecohort: 1967-1979 - Baseline	10-22 jaar in 1989	<u>Onderzoeksvragen</u> - Hebben jongvolwassenen met in het verleden astma of asymptomatische bronchiale	- Beperkingen tijdens studie en werk komen iets vaker voor bij astmatische personen. - Astmatische personen

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
		astma. - 154 personen zonder astma (48 met BHR, 106 zonder BHR). - Personen, geboren in 1967-1979, die geregistreerd stonden in de CMR Nijmegen werden gevraagd voor de Baseline meting respiratoire gezondheid in 1989.	meting respiratoire gezondheid: 1989 - Follow-up: 2003/2004		hyperreactiviteit meer kans op beperkingen tijdens studie, werk en andere dagelijkse bezigheden, vergeleken met gezonde leeftijdsgenoten? - Zijn jongvolwassenen met in het verleden astma of asymptomatische BHR meer afwezig op het werk, vergeleken met gezonde leeftijdsgenoten? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Astma werd in 1989 en 2003/2004 vastgesteld met de luchtwegsymptomenvragenlijst die is gebaseerd op de BMRC en de ATS. - BHR werd gediagnosticeerd met de histamineprovocatietest.	ervaren meer beperkingen in hun functionele gezondheid status, maar dit verschil is niet significant. - Astmatische personen hebben een iets verhoogd risico op absentie van werk (maar niet door luchtwegproblemen), en op beperkingen in dagelijkse activiteiten in de toekomst. - BHR bij personen zonder astma heeft geen invloed op beperkingen bij studie, werk en dagelijkse activiteit en absentie van werk.
Oostenbrink, R	Patiëntcontrole;	- 548 kinderen (517 meisjes, 31 jongens).	Januari 2000-Juli	3 maanden-5	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de impact van piepen	- Kinderen met herhaaldelijk piepen hebben significant

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
et al. 2006 ¹⁰⁹	Cross-sectioneel	- 138 kinderen met piepen, 410 gezonde kinderen. - Werving kinderen met piepen van 6 maanden tot 5 jaar via ziekenhuis Rotterdam en Den Haag. - Werving controle groep uit een algemene Nederlandse populatie steekproef van kinderen van 3 maanden tot 4 jaar.	2001	jaar	op de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven bij peuters en kleuters? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Piepen werd gedefinieerd als terugkerende lage luchtwegklachten in de afgelopen drie maanden en behandeling met luchtwegverwijders of corticosteroiden. - Ernst van de ziekte werd nagegaan met de ISAAC-vragenlijst. - Gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven werd nagevraagd met de ITQOL.	lagere kwaliteit van leven op zeven van de elf ITQOL-schalen (fysiek functioneren, groei en ontwikkeling, lichamelijke pijn, temperament en stemming, algemene gezondheidsbeleving, impact emoties ouders en impact tijd ouders), en significant hogere score op de schaal 'verandering in gezondheid'. (allen $p < 0.01$). - De laagste scores werden gezien bij kinderen met de meest ernstige piepklachten.
Mohan-goo AD et al. 2005 ¹⁰⁸	Populatie-studie; Cross-sectioneel	- 406 kinderen (205 jongens, 200 meisjes). - 44 kinderen die piepen <u>of</u> kortademig zijn, 41 kinderen die piepen <u>en</u>	2002	3-46 maanden	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de invloed van luchtwegklachten in de afgelopen vier weken op de gezondheidsgelateerde	- Kinderen die piepen en/of kortademig zijn geweest in de afgelopen vier weken, hebben een lagere kwaliteit van leven dan gezonde kinderen

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	neel	kortademig zijn, 321 gezonde kinderen. - Werving bij de algemene bevolking van zes dorpen aangesloten bij 'community care' Salland (steekproef van 500 personen).			<p>kwaliteit van leven bij kinderen die nog niet naar school gaan?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <p>- Luchtwegklachten van het kind werden door de ouders beoordeeld met de ISAAC-vragenlijst.</p> <p>- Kwaliteit van leven werd door de ouders beoordeeld met de TAPQOL-vragenlijst.</p>	<p>(voornamelijk op de schaal long problemen)</p> <p>- Kinderen die piepen <u>en</u> kortademig zijn geweest in de afgelopen vier weken hebben een lagere kwaliteit van leven dan kinderen die piepen <u>of</u> kortademig zijn geweest.</p>
Vonk, JM et al. 2004 ¹¹⁸	Patiënten-cohort, prospectief	<p>- 119 allergische astmatische kinderen.</p> <p>- Werving kinderen via de poliklinische pediatrie afdeling van het UMC Groningen tussen 1966 en 1969.</p> <p>- Follow-up-data werden verzameld tussen 1983 en 1986 en tussen 1995 en 1996.</p>	<p>Meting 1: 1966-1969</p> <p>Meting 2: 1983-1986</p> <p>Meting 3: 1995-1996</p>	<p>Meting 1: 5-14 jaar</p> <p>Meting 2: 21-33 jaar</p> <p>Meting 3: 32-42 jaar</p>	<p><u>Onderzoeksvraag</u></p> <p>Wat is de chroniciteit van astma op kinderleeftijd?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <p>- Astma = astmadiagnose door de dokter, aanwezigheid van astma symptomen en atopie.</p> <p>- Complete remissie = geen piepen of astma-aanvallen, geen steroïdgebruik, FEV1%>90% en geen BHR.</p>	<p>- 22% had een complete remissie bij meting 3.</p> <p>- 29.7% had een klinische remissie bij meting 3.</p> <p>- 15.4% had symptomen bij meting 3.</p> <p>- 19.8% gebruikte steroïden bij meting 3.</p> <p>- 13.2% had symptomen en gebruikte steroïden bij meting 3.</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Röder, I et al. 2003 ¹¹⁵	Patiënt-controle; Cross-sectio-neel	438 kinderen (79 met astma, 359 zonder astma).	-	8-12 jaar	- Klinische remissie = geen piepen of astma-aanvallen en geen steroïdgebruik. <u>Onderzoeksvraag</u> Is er verschil in psychosociaal functioneren, omgaan met stress en absentie tussen kinderen met en zonder astma?	Er is geen verschil.
Hak, E et al. 2003 ¹⁰⁴	Patiënt-controle; Cross-sectio-neel	- 610 (69% jongen). - 305 astmatische kinderen, 305 gezonde kinderen. - Werving via patiëntenlijst van het huisartsennetwerk van UMC Utrecht.	1995-1997	2-12 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Hebben kinderen met astma vaker hogere luchtweginfecties (URTI) dan gezonde kinderen? <u>Onderzoeksmethoden</u> Astma is gedefinieerd zoals vastgesteld door klinische richtlijnen van het Nederlands instituut van huisartsen.	- Kinderen met astma zijn significant gevoeliger voor 3 of meer URTI per jaar dan kinderen zonder astma (OR 1.5-2.5). - Kinderen met astma komen significant vaker bij de KNO-arts voor URTI dan gezonde kinderen (OR 2.2). - Kinderen met astma maken significant meer gebruik van antibiotica (OR 2.7)

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Röder, I et al. 2000 ¹¹⁶	Patiënt-controle; Cross-sectioneel	- 438 kinderen (227 jongens, 211 meisjes). - 79 kinderen met astma, 359 kinderen zonder astma. - Werving van astmatische kinderen via 25 huisartsen in West-Nederland. - Werving van niet-astmatische kinderen via vier basisscholen in West-Nederland.	1995	8-12 jaar (groep 5-8 van de basisschool)	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Verschillen astmatische kinderen van niet-astmatische kinderen m.b.t. het ervaren van stress, copingstrategieën en verkregen sociale steun?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Houding tegenover school en schoolgerelateerde onderwerpen werd gemeten met de School Vragenlijst. - Leraar beoordeelde het welzijn van het kind op school m.b.v. drie vragen. - Ouders beoordeelden het sociaal functioneren, gedrags- en emotionele problemen van het kind m.b.v. de gedragsvragenlijst. - Schoolprestaties werden beoordeeld met de cijfers voor lezen en rekenen aan het einde van het schooljaar.</p>	<p>Kinderen met astma hebben hogere scores voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frequentie schoolabsentie; - aantal dagen absent op school; - door leerkracht beoordeeld welzijn; - gedragsproblemen; - stress door afwijzing door klasgenoten; - agressie bij aanwezigheid van stress door problemen met school werk; <p>vergeleken met kinderen zonder astma. De praktische betekenis van deze verschillen is echter klein. De verschillen waren niet significant.</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Spee- Van der Wekke, J et al. 1998 ¹²⁰	Populatie- studie; Cross- sectio- neel	<ul style="list-style-type: none"> - 5186 kinderen (51% jongens, 49% meisjes) - 441 kinderen met recente astmasymptomen, 151 kinderen met recente kortademigheid of ophoesten van slijm, 689 kinderen met andere luchtwegsymptomen, 3905 gezonde kinderen. - Een steekproef van 22 GGD'en. 	Schooljaar 1991-1992	4-15 jaar	<p>- Schoolabsentie werd bijgehouden door de leraar.</p> <p>- Stress en copingmechanismen werden nagegaan met 'The Stress and Coping Questionnaire for Children-school version'.</p> <p>- Sociale steun werd nagegaan met 'The Social Support Questionnaire for Children'.</p> <p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen luchtwegproblemen en schoolabsentie?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Data verzameld tijdens gezondheidsonderzoek door schoolartsen. - Luchtwegsymptomen werden nagevraagd met een vragenlijst. - Schoolabsentie werd 	<ul style="list-style-type: none"> - Luchtwegproblemen zijn een belangrijke oorzaak van schoolabsentie. - Kinderen met luchtwegproblemen en medicijngebruik zijn vaker absent dan kinderen met luchtwegproblemen zonder medicijngebruik.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
		- Per GGD 75 kinderen in groep 2, 4, 7/8 van de basisschool en 2 ^e klas van de middelbare school.			opgeschreven wanneer een kind minstens een week absent was in de afgelopen twaalf maanden. Daarnaast werd het nagevraagd m.b.v. de Nederlands gevalideerde vragenlijst.	
Roorda, RJ et al. 1994 ¹¹⁹	Patiënten, cohort, prospectief	- 406 kinderen met astma tijdens eerste onderzoek (273 jongens, 133 meisjes), 348 personen tijdens het tweede onderzoek. - Werving via de polikliniek van pediatrie van UMC Groningen.	- Eerste onderzoek: 1972-1976 - Tweede onderzoek: 1987-1990	Eerste onderzoek: 8-12 jaar - Tweede onderzoek: 20-29 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de chroniciteit van astma op kinderleeftijd? <u>Onderzoeksmethoden</u> De diagnose astma werd vastgesteld m.b.v. de 'Medical Research Council-European Community for Coal and Steel Questionnaire', afgenomen door een getrainde pediatrie longarts.	- 76% van de participanten hadden nog steeds astma bij het tweede onderzoek. - De longfunctie is bij het tweede onderzoek (volwassenen) beter dan bij het eerste onderzoek (kinderen).

Allergie

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Flokstra - de Blok, BMJ et al. 2010 ¹⁰³	Patiënt-controle; Cross-sectio-neel	- 79 kinderen met voedselallergie (45 jongens, 34 meisjes). - 444 schoolkinderen uit gezonde populatie (resultaten uit gepubliceerde studie). - Werving via de pediatrie-allergiekliniek, voedselallergie-organisaties en advertenties in lokale kranten. - Voedselallergie vastgesteld door arts via dubbel blind placebo gecontroleerde provocatietest, huid-priktest of bloedtest.	Controles: 2002 (of iets eerder) Cases: niet vermeld.	Controles: 9-17 jaar Cases: 8-12 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de impact van voedselallergie op de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij kinderen, en wat is het verschil met de gezonde populatie? <u>Onderzoeksmethoden</u> Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven werd gemeten met de CHQ-CF87-vragenlijst.	Kinderen en adolescenten met voedselallergie hebben minder beperkingen bij schoolwerk t.g.v. gedragsproblemen dan andere kinderen. Adolescenten met voedselallergie: - hebben meer pijn (p=0.020); - hebben een slechtere 'algemene gezondheid' (p<0.001); - ervaren meer beperkingen bij sociale activiteiten (p<0.001); - zijn minder vitaal (p<0.002).

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Brugman, E et al. 1998 ¹⁰²	Populatie-studie; Cross-sectioneel	- 4277 kinderen (51% jongens), die deelnamen aan regulier preventief JGZ-onderzoek hebben een vragenlijst ingevuld. Hiervan hebben 4104 kinderen ook een medisch onderzoek ondergaan. - 315 kinderen bleken zelfgerapporteerde voedsel overgevoeligheid te hebben.	Schooljaar 1993-1994	4-15 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat zijn de gevolgen van voedselovergevoeligheid voor de gezondheid van het kind?	Kinderen met zelfgerapporteerde voedselovergevoeligheid: - hebben een grotere mate van schoolverzuim ($p=0.0013$) - gebruiken meer voorgeschreven medicatie ($p<0.001$); - zijn vaker onder medische behandeling ($p<0.001$); - hebben vaker een slechte of matige gezondheid volgens de schoolarts ($p<0.001$).
Aardoom, HA et al. 1997 ¹⁰¹	Populatie-studie; Cross-sectioneel	- 2372 kinderen in GGD-regio Zuid-Holland-Zuid - Ouders van kinderen in groep 2 die gezien moesten worden door de schoolarts werden benaderd. - Vragenlijst werd door ouders beantwoord.	Schooljaar 1990-1991	5-6 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen voedselovergevoeligheid en chronische klachten van het kind?	Kinderen met door ouders gerapporteerde voedselovergevoeligheid hebben een hogere kans op astma, piepen ($p<0.05$), chronische rhinitis ($p<0.05$), hooikoorts, eczeem, netelroos, chronische diarree en hyperactiviteit ($p<0.001$, tenzij anders vermeld).

ADHD/Hyperactiviteit

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Nij-meijer JS et al. 2009 ⁹⁷	Patiënt-controle; Cross-sectioneel	- 256 paren van broertjes/zusjes, waarvan minstens 1 kind ADHD heeft. - 147 gezonde controles. - Nederlandse participanten van de IMAGE-studie (geworven via academische psychologische klinieken voor kinderen of via de Nederlandse ouders vereniging. - Werving van controles via scholen uit dezelfde regio als de cases	Niet vermeld, vermoedelijk 2007	5-19 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Hebben kinderen met ADHD een verhoogde kans op het hebben van symptomen van PDD (Pervasive Developmental Disorders)?	Kinderen met ADHD hebben meer PDD-symptomen dan hun broertje/zusje, en nog meer PDD-symptomen dan de gezonde controles.
Hakkaart-van Roijen L et al.	Patiënt-controle; Baseline-metingen en	- 145 kinderen - 65 kinderen met ADHD, 33 kinderen met gedragsproblemen, 47 kinderen zonder	2002-2004	ADHD: 10.5 (sd 2.7) Gedragsproblemen	<u>Onderzoeksvragen</u> Wat is het verschil in gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven bij kinderen tussen de drie groepen?	- De fysieke kwaliteit van leven was niet significant verschillend tussen de groepen. - De psychosociale kwaliteit

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
2007 ⁹⁶	follow-up na zes maanden	gedragsproblemen. - Werving van kinderen met ADHD bij kinderartsen en andere kinderen van de 'ADEON-studie'. - ADHD vastgesteld met DSM-IV.		: 9.3 (sd 1.0) Geen gedragsproblemen : 7.8 (sd 1.0)	<u>Onderzoeksmethode</u> Gezondheidsgerateerde kwaliteit van leven werd met de CHQ PF-50.	van leven was significant lager voor ADHD-patiënten.
Flapper, BCT et al. 2006 ¹⁰⁰	Patiëntcontrole; Cross-sectioneel	- 24 kinderen. - 12 kinderen met ADHD + DCD, 12 gezonde controles. - Werving van kinderen met ADHD + DCD via het revalidatiecentrum in Haren, werving van gezonde kinderen via scholen. - Diagnose ADHD werd bevestigd door een psychiatrisch onderzoek en een checklist voor ouders en leraren.	Niet vermeld, vermoedelijk 2004 (in ieder geval na 2003)	Gemiddeld tussen 9 en 10 jaar.	<u>Onderzoeksvragen</u> - Verschil in fijne motoriek, schrijfkwaliteit, schrijfsnelheid en bewegingen bij tekenen (snelheid, vloeiendheid, pen druk, nauwkeurigheid). - Fijne motoriek wordt gemeten met de MABC (Movement Assessment Battery for Children). - Schrijfkwaliteit en schrijfsnelheid wordt gemeten met BHK (Concise Assessment Method for Children's Handwriting).	Kinderen met ADHD + DCD: - hebben een significant slechtere fijne motoriek (p=0.001); - hebben een significant slechtere schrijfkwaliteit (p=0.002); - hebben geen significant lagere schrijfsnelheid (p=0.186); - tekenen significant sneller (p=0.038) en vloeiender (p=0.003), maar significant minder nauwkeurig (p=0.002).

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					- Bewegingen bij tekenen wordt gemeten met de Flower Trail Drawing Item of MABC.	
Oosterlaan J et al. 2005 ⁹⁸	Patiëntcontrole; Cross-sectioneel	- 99 kinderen (73 jongens, 26 meisjes). - 61 kinderen met DBD (disruptive behaviour disorder), 38 controles. - Werving van kinderen met DBD in 14 scholen voor kinderen met gedragsproblemen, controles geworven in 6 gewone scholen. - DBD werd door ouders en leraren m.b.v. vragenlijsten vastgesteld.	Niet vermeld, vermoedelijk 2002 of eerder	7-13 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> Wat is de associatie van ADHD met EF (Executive Functioning), onafhankelijk van ODD/CD? (EF bestaat uit beheersing van de taal, werkgeheugen en plannen).	ADHD is, onafhankelijk van ODD/CD, geassocieerd met een gebrek aan planning en werkgeheugen, maar niet met beheersing van de taal.
Kalff AC et al. 2002 ⁹⁹	Prospectieve populatiestudie	- 366 kinderen - Na 18 maanden: 33 kinderen met ADHD, 75 kinderen met borderline	Niet vermeld, vermoedelijk 1998-2000	5-6 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het verschil in gedragsproblemen, intellectueel functioneren en	Een lage score op neurocognitief functioneren (vooral visueel-motorisch, uitvoerend en werkgeheugen)

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	(18 maanden follow-up)	ADHD, 258 controles. - Deelnemers aan regulier periodiek JGZ-onderzoek, geselecteerd op basis van score op CBCL-vragenlijst. - ADHD-gediagnosticeerd aan de hand van ADIKA; ouders geïnterviewd door getrainde interviewers.			ander neurocognitief functioneren tussen kinderen die na 18 maanden wel of niet als ADHD werden gediagnosticeerd?	op jonge leeftijd kan een voorspeller zijn voor een latere diagnose van ADHD. Men kan hierbij alleen geen onderscheid maken tussen ADHD en borderline ADHD.

Slaapproblemen

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Meijer, AM et al. 2008 ¹⁷⁵	Populatie; cross-sectioneel	- 424 kinderen (210 jongens, 214 meisjes). - Werving via twaalf basisscholen in middenklassewijken in Nederland.	Niet vermeld	Groep 7 en 8 van de basisschool (9-13 jaar)	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen chronisch slaapttekort en functioneren op school en schoolresultaten?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Aan het begin van de studie beantwoordden de kinderen vragen over hun slaappatroon. - Vervolgens hielden kinderen veertien dagen een logboek bij over hun slaappatroon. - veertien dagen na het begin van de studie beantwoordden de kinderen een vragenlijst over functioneren op school, schoolresultaten en chronisch slaapttekort. - Functioneren op school werd gemeten met de 'school perception questionnaire' en</p>	<p>- Chronisch slaapttekort is zowel direct als indirect (via slechter functioneren op school) geassocieerd met slechtere schoolresultaten. - Chronisch slaapttekort heeft bij meisjes meer invloed op schoolresultaten dan bij jongens.</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Gregory, AM et al. 2008 ¹⁷²	Prospectief	- 1615. - Werving via gemeentelijke bevolkingsregisters.	1 ^e meting: 1983. Follow-up-metingen in 1985, 1987, 1989, 1991 en 1997.	1 ^e meting: 4-16 jaar. laatste meting: 18-32 jaar.	de 'Achievement Motivation Scale'. <u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen slaapproblemen tijdens de kindertijd/adolescentie en emotionele en gedragsproblemen als volwassene? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Slaapgedrag werd bij de eerste vijf metingen gemeten met de zes vragen over slaap in de CBCL (minder slapen, oververmoeidheid, moeite met slapen, nachtmerries, meer slapen en lopen/praten tijdens slaap). - Emotionele en gedragsproblemen tijdens kindertijd/adolescentie werden bij de eerste vijf metingen gemeten	- Kinderen/adolescenten die minder sliepen dan anderen, waren als jongvolwassene angstiger/depressiever (p=0.01). - Kinderen/adolescenten die oververmoeid waren, waren als jongvolwassene angstiger/depressiever (p=0.04). - Kinderen/adolescenten die moeite hadden met slapen, waren als jongvolwassene angstiger/depressiever (p=0.04) - Kinderen/adolescenten die liepen/praatten tijdens de slaap, hadden als jongvolwassene meer aandachtsproblemen (p=0.02) - Kinderen/adolescenten die

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					met drie vragen uit de CBCL. - Bij de laatste meting werden emotionele en gedragsproblemen gemeten met de YASR.	minder slapen dan anderen waren als jongvolwassene agressiever ($p=0.005$).
Meijer, AM et al. 2004 ¹⁷⁶	Populatie; cross-sectioneel	- 153 (81 jongens, 72 meisjes). - Werving via drie basisscholen in middenklassewijken in Amsterdam.	Niet vermeld	Groep 7 en 8 van de basisschool (10-13 jaar)	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen duur en kwaliteit van slaap en schoolprestaties? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Intelligentie werd gemeten met SPM. - Schoolprestaties, kwaliteit en duur van slaap, motivatie om doelen te bereiken en angst werden gemeten met een vragenlijst.	Minder chronisch slaapttekort, meer enthousiasme, meer motivatie om doelen te bereiken en een hogere intelligentie zorgen samen voor betere schoolprestaties.
Meijer, AM et al. 2001 ¹⁷⁴	Populatie; cross-sectioneel	- 448 (228 jongens en 218 meisjes). - Werving via drie basisscholen in	Niet vermeld	Groep 7 en 8 van de basisschool (9-	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen duur en kwaliteit van slaap en mentale gezondheid?	- Slechter slapen is geassocieerd met meer psycho-neurotische klachten ($p<0.001$), meer functionele

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	neel	middenklassewijken in Amsterdam.		13 jaar)	<u>Onderzoeksmethoden</u> - Tijd in bed en kwaliteit van slaap werden gemeten met vragenlijsten. - Mentale gezondheid werd gemeten met ABV-K.	somatische klachten ($p < 0.01$) en een lagere zelfacceptatie ($p < 0.05$).
Meijer, AM et al. 2000 ¹⁷³	Populatie; cross-sectioneel	- 449 (228 jongens en 219 meisjes). - Werving via drie basisscholen in middenklassewijken in Amsterdam.	Niet vermeld	Groep 7 en 8 van de basisschool (9-14 jaar)	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen tijd in bed en kwaliteit van slaap en concentratie en functioneren op school? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Tijd in bed en kwaliteit van slaap werden gemeten met vragenlijsten. - Concentratie werd gemeten met 'Bourdon-Vos test'. - Functioneren op school werd gemeten met de School Perception Questionnaire.	- Zowel tijdsduur in bed als kwaliteit van slaap had geen invloed op de concentratie. - Zowel tijdsduur in bed als moeite met opstaan hadden geen direct verband met functioneren op school, maar wel een significant positieve invloed op motivatie om doelen te bereiken ($p < 0.05$ en $p < 0.001$). - Kwaliteit van slaap had een significante positieve invloed op vier van de vijf aspecten van functioneren op school: ontvankelijkheid van invloed

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
						van de leraar ($p < 0.01$), zelfbeeld ($p < 0.05$), motivatie om doelen te bereiken ($p < 0.001$) en controle over agressie ($p < 0.01$). - Uitgerust voelen op school had een significante positieve invloed op alle vijf aspecten van functioneren op school (p-waarde variërend van < 0.05 tot < 0.001)

Rugpijn

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Bakker, RJ et al. 2009 ¹⁷¹	Patiënten, prospectief	- 91 kinderen/ adolescenten met onverklaarde vermoeidheid zonder medische oorzaak. - Werving via dertig kinderartsen van tien niet-academische ziekenhuizen.	2003-2006	8-18 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen rugpijn en chronische vermoeidheid en schoolabsentie bij kinderen en adolescenten een jaar later?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Vermoeidheid werd op baseline en na twaalf maanden bepaald met de acht vragen over vermoeidheid uit de CIS-20. - Somatische klachten (waaronder rugpijn) werden op baseline bepaald met CSI. - Schoolabsentie werd gedefinieerd als een schoolabsentie van >50%.</p>	<p>- Kinderen met rugpijn hadden een jaar later significant meer aanhoudende vermoeidheid in combinatie met schoolabsentie (OR:1.8; 95% CI: 1.0-3.2). - Er was geen associatie tussen rugpijn en aanhoudende vermoeidheid zonder schoolabsentie een jaar later (0.9; 0.5-1.5).</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Diepenmaat, ACM et al. 2006 ¹²⁵	Populatie studie; Cross-sectioneel	- 3485 adolescenten (1726 meisjes, 1759 jongens). - Werving via middelbare scholen in Amsterdam.	2002-2003	12-16 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen lage rugpijn en computergebruik, lichamelijke activiteit, stress en depressie bij adolescenten?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Pijn werd nagevraagd met een vragenlijst. - Lichamelijke activiteit werd nagevraagd met een vragenlijst en vervolgens omgezet in een MET-score. - Depressie werd nagevraagd met CES-D.</p>	<p>- Adolescenten die 1,5 tot 2,5 uur per dag tv keken, rapporteerden significant minder rugpijn dan kinderen die minder tv kijken (OR: 0.6; 95% CI: 0.4-0,.9). Wanneer ze meer dan 2.5 uur tv keken was deze associatie niet meer significant.</p> <p>- Computergebruik was niet geassocieerd met lage rugpijn.</p> <p>- Lichamelijke activiteit was niet geassocieerd met lage rugpijn.</p> <p>- Depressieve symptomen waren significant geassocieerd met lage rugpijn (2.5; 1.8-3.4).</p> <p>- Stress was significant geassocieerd met lage rugpijn (1.6; 1.1-2.2).</p> <p>We kunnen niet opmaken of de rugpijn een oorzaak of gevolg was van deze factoren.</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Hunfeld, JAM et al. 2001 ¹⁴²	Patiënten; Cross-sectioneel	- 100 adolescenten met chronische pijn, waarvan 15 met chronische rugpijn (14 meisjes). - Deelnemers van een populatiestudie over chronische pijn in de omgeving van Rotterdam. [Perquin, Hazebroek-Kampschreur, et al.].	Niet vermeld.	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen frequentie en intensiteit van chronische rugpijn en kwaliteit van leven en schoolabsentie bij adolescenten? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Pijn werd gemeten met een vragenlijst en een pijndagboek inclusief VAS. - Kwaliteit van leven werd gemeten met QLP-Y.	- De sterkste negatieve correlatie tussen pijn en kwaliteit van leven was bij hoofdpijn en rugpijn. - Hoe meer rugpijn hoe lager de functionele status ($p < 0.001$). - Hoe intenser de rugpijn hoe lager het psychosociaal functioneren ($p < 0.001$), de functionele status ($p < 0.001$) en de tevredenheid met de gezondheid ($p < 0.05$). - Frequentere en intensere rugpijn waren niet geassocieerd met schoolabsentie.

Vermoeidheid

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Geelen, SM et al. 2010 ¹⁸³	Patiënten; Prospectief (follow-up gemiddeld 2.2 jaar)	- 54 adolescenten met CFS (20,4% jongens). - Werving van adolescenten die al eerder hadden meegedaan aan onderzoek naar CFS, via UMC Utrecht.	Niet vermeld	8-18 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de prognose van CFS, schoolabsentie en mate van functionele beperkingen bij adolescenten met CFS?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Vermoeidheid werd bepaald met CIS-20. - Functionele beperkingen als gevolg van lichamelijke gezondheid werden bepaald met de CHQ-CF87. - Functionele beperkingen als gevolg van emotionele problemen werden bepaald met een vragenlijst.</p>	<p>- 52% van de adolescenten had aan het einde van de follow-up een CIS-20-score <40 en een CHQ-CF87-score >65. Dit wil zeggen dat deze adolescenten bijna of geheel geen last meer hadden van CFS.</p> <p>- Adolescenten met CFS hadden een slechte mentale gezondheid, een lagere eigenwaarde, veel pijn en een slechte perceptie van hun algemene gezondheid.</p> <p>- Adolescenten met CFS hadden een schoolabsentie van 33%, terwijl de schoolabsentie bij gezonde adolescenten maar 12.5% was.</p> <p>- Bij tien van de dertien adolescenten die parttime</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Bakker, RJ et al. 2009 ¹⁷¹	Pariën-ten; Prospec-tief	- 91 kinderen/ adolescenten met onverklaarde vermoeidheid. - Werving via dertig kinderartsen van tien niet-academische ziekenhuizen.	2003-2006	8-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen ernst van vermoeidheid en het voortduren van deze vermoeidheid met en zonder schoolabsentie? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Vermoeidheid werd op baseline en na twaalf maanden bepaald met de acht vragen	werkten (en niet naar school gingen), was CFS de oorzaak van het parttime i.p.v. fulltime werken. - Veel CFS-gerelateerde symptomen, een slechte mentale gezondheid, een lage eigenwaarde, pijn en een lage perceptie van de algemene gezondheid zijn geassocieerd met het voortduren van de CFS. - Na twaalf maanden was 29,1% van de personen vermoeid zonder schoolabsentie, 20,3% van de personen vermoeid met schoolabsentie en had 50,6% van de personen geen last meer van vermoeidheid. - Hoe ernstiger de vermoeidheid hoe meer kans dat de vermoeidheid aanhield

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					<p>over vermoeidheid uit de CIS-20.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermoeidheid werd gedefinieerd als een score van ≥ 40 op de CIS-20. - Schoolabsentie werd gedefinieerd als een schoolabsentie van $>50\%$. 	<p>na twaalf maanden ($p=0.009$) en dat deze vermoeidheid na twaalf maanden gepaard ging met schoolabsentie ($p=0.025$).</p>
Ter Wolbeek M et al. 2008 ¹⁷⁹	Populatie-studie; prospectief	<ul style="list-style-type: none"> - 653 adolescente meisjes (348 zonder vermoeidheid en 83 met aanhoudende vermoeidheid). - Werving via zes middelbare scholen in de omgeving Utrecht. 	<p>Maart 2002- April 2005.</p> <p>T1: lente T2: herfst (6 maanden na T1) T3: lente (6 maanden na T2)</p>	<p>Eerste tot laatste jaar van de middelbare school.</p>	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de chroniciteit van vermoeidheid bij meisjes in de adolescentie, en hebben psychische, somatische en leefstijlfactoren hier invloed op?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Vermoeidheid werd vastgesteld met CIS. Ernstige vermoeidheid werd gedefinieerd als een score van ≥ 35 op de CIS. - Depressieve symptomen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Meisjes zonder vermoeidheid zijn significant actiever ($p<0.001$) en slapen significant langer ($p<0.001$) dan meisjes met vermoeidheid. - Meisjes met vermoeidheid zijn significant vaker depressief ($p<0.001$) en angstig ($p<0.001$) en hebben meer CFS-gerelateerde symptomen ($p<0.001$), dan meisjes zonder vermoeidheid. - Meisjes met aanhoudende vermoeidheid zijn significant

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					<p>werden vastgesteld met BDI.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angst werd gemeten met STAIC. - CFS-gerelateerde symptomen werden bepaald met een vragenlijst. - Slaapkarakteristieken werden door de kinderen zelf gerapporteerd. - Schoolabsentie door vermoeidheid werd nagevraagd. 	<p>depressiever ($p < 0.001$), dan meisjes met tijdelijke vermoeidheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meisjes met aanhoudende vermoeidheid zijn het vaakst afwezig op school. - Het ontwikkelen van aanhoudende of tijdelijke vermoeidheid is niet gerelateerd aan de ernst van de vermoeidheid op T1.
Ter Wolbeek M et al. 2007 ¹⁸⁰	Patiënt-controle; Prospectief	<ul style="list-style-type: none"> - 139 adolescente meisjes (67 met ernstige vermoeidheid, 11 met CFS, 61 controles). - Werving via vijf middelbare scholen 	2002- 2005. T1: lente T2: herfst (6 maanden na T1) T3: lente (6 maanden na T2)	Eerste tot laatste jaar van de middelbare school.	<p><u>Onderzoeksvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat is de associatie tussen ernstige vermoeidheid en somatische-, CFS-gerelateerde en psychische klachten en slaapkwaliteit? - Is er een verschil in deze associatie tussen adolescenten met ernstige vermoeidheid en met CFS? - Wat is het beloop van deze 	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescenten met ernstige vermoeidheid hadden significant meer somatische-, CFS-gerelateerde- en psychische klachten en een significant slechtere slaap kwaliteit (allen $p < 0.001$). - Er is geen significant verschil in somatische, CFS-gerelateerde en psychische klachten en slaapkwaliteit

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					klachten en vermoeidheid over een periode van een jaar? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Vermoeidheid werd bepaald met CIS. - Depressieve symptomen werden bepaald met de BDI. - Angst werd bepaald met de STAIC. - Kwaliteit van slaap werd bepaald met de GSKS. - Somatische symptomen werden bepaald met de MSPQ. - CFS-gerelateerde symptomen werden bepaald met een vragenlijst op T1, T2 en T3.	tussen adolescenten met ernstige vermoeidheid en adolescenten met CFS. - Bij adolescenten met ernstige vermoeidheid daalde de ernst van de vermoeidheid significant na T1 ($p < 0.05$). De mate van somatische, CFS-gerelateerde en psychische klachten daalde en de kwaliteit van slaap steeg na T1. - Bij adolescenten met CFS daalde de ernst van de vermoeidheid significant na T1 ($p < 0.05$), de rest van de symptomen bleef ongeveer gelijk.
Van de Putte, EM et al. 2007 ¹⁸²	Patiënt-controle; Cross-sectioneel en	- 76 adolescenten (40 met CFS, 36 controles). - Werving van adolescenten met CFS via UMC Utrecht.	Cross-sectioneel: 2004 Prospectief: 2004 en	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> - Hebben adolescenten met CFS meer kans op alexithymie en andere klachten? - Hebben CFS patiënten met	- Adolescenten met CFS hebben meer somatische klachten, angst en depressieve symptomen, vergeleken met controles (allen $p < 0.001$).

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	Prospectief	- Werving van controles via een middelbare school.	2006		alexithymie een slechtere prognose dan CFS patiënten zonder alexithymie? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Alexithymie werd bepaald met de TAS-20. Alexithymie is aanwezig bij een score ≥ 60 . - Vermoeidheid werd bepaald met de CIS-20. - Depressie werd bepaald met de CDI. - Angst werd bepaald met de STAIC. - Somatische klachten werden bepaald met de CSI.	- Adolescenten met CFS hadden wat betreft alexithymie significant meer moeite met het identificeren ($p < 0.001$) en uiten ($p = 0.003$) van gevoelens, vergeleken met gezonde controles. Na het corrigeren voor de confounders depressie en angst, hadden de CFS patiënten alleen nog meer moeite met identificeren van gevoelens ($p = 0.012$). - Na follow-up had 47% van de adolescenten met CFS geen CFS meer. - De aanwezigheid van alexithymie had geen invloed op het wel/niet herstellen van de CFS.
Takken, T et al. 2007 ¹⁸⁴	Patiënten; Cross-	20 adolescenten met CFS (12 meisjes, 8 jongens).	Niet vermeld	14.9 +/- 3.7 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de cardiorespiratoire fitheid van adolescenten met	- Hartslag en bloeddruk bij 'peak performance' waren significant verlaagd bij de

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	sectio- neel				<p>CFS?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiorespiratoire fitheid werd gemeten met een maximale inspanningstest op een fietsergometer en een analyse van de uitgeademde lucht. - Vermoeidheid werd nagevraagd met een vragenlijst. - Dagelijkse activiteit werd bepaald met een dagboek dat voor drie dagen werd bijgehouden. 	<p>adolescenten met CFS, vergeleken met referentie waarden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermoeidheid was significant invers geassocieerd met bloeddruk en 'peak exercise' ($p < 0.05$).
Ter Wolbeek M et al. 2007 ¹⁷⁷	Patiënt- controle, Prospec- tief (base- line, 6 en 12	- 164 adolescente meisjes (87 met vermoeidheid, 77 controles). - Werving via zes middelbare scholen.	2002- 2005. T1: lente T2: herfst (6 maanden na T1) T3: lente (6 maanden na	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> - Wat is het verschil in depressieve symptomen, angst, slaapkwaliteit, somatische symptomen en CFS-gerelateerde symptomen tussen adolescente meisjes	- Op T1, hadden meisjes met vermoeidheid significant meer negatieve situaties mee gemaakt, voelden zich depressiever en angstiger, hadden meer somatische klachten, hadden een

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	maan- den)		T2)		<p>met en zonder vermoeidheid? - Hoe is het beloop van de vermoeidheid en de gerelateerde symptomen over een jaar?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Vermoeidheid werd bepaald met de CIS. - Depressieve symptomen werden bepaald met de BDI. - Angst werd gemeten met de STAIC. - Kwaliteit van de slaap werd bepaald met de GSKS. - Somatische symptomen werden bepaald met de MSPQ. - CFS-gerelateerde symptomen werden nagevraagd met een vragenlijst. - 'Life events' werden nagevraagd met QLE.</p>	<p>slechtere slaapkwaliteit en meer CFS-gerelateerde symptomen, vergeleken met meisjes zonder vermoeidheid (allen $p < 0.001$).</p> <p>- Op T2 en T3 waren meisjes met vermoeidheid minder vermoeid, depressief en angstig en hadden ze minder slaapproblemen. Deze klachten bleven echter significant verschillen van meisjes zonder vermoeidheid.</p> <p>- Op T2 en T3 bleven ook de somatische klachten bij meisjes met vermoeidheid significant hoger, vergeleken met meisjes zonder vermoeidheid ($p < 0.001$).</p> <p>- Bij vermoeide meisjes bleven de CFS-gerelateerde symptomen op T1, T2 en T3 hetzelfde.</p> <p>- Tussen T1 en T3 hadden</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
						vermoeide meisjes meer negatieve situaties meegemaakt dan meisjes zonder vermoeidheid (p<0.001).
Van de Putte, EM et al. 2006 ¹⁷⁰	Cross-sectioneel	- 72 adolescenten met CFS (82% meisjes). - 167 gezonde controles (60% meisjes). - Werving van adolescenten met CFS via de kinderafdeling van het UMC Utrecht. Werving van controles via middelbare school in Zeist.	2001-2004	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen rugpijn en chronische vermoeidheid? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Vermoeidheid werd bepaald met de acht vragen over vermoeidheid uit de CIS-20. - Somatische klachten (waaronder rugpijn) werden bepaald met CSI.	Er is geen significant verschil in de mate van rugpijn tussen adolescenten met en zonder CFS. De controles hadden minder rugpijn, maar niet significant minder vergeleken met adolescenten met CFS.
Ter Wolbeek M et al. 2006 ²³	Populatie-studie; Cross-sectioneel	- 3454 adolescenten (1707 jongens, 1747 meisjes). - Werving via zes middelbare scholen in de	2002-2004	Eerste tot laatste jaar van de middelbare	<u>Onderzoeksvragen</u> - Wat is de relatie tussen vermoeidheid en depressie, angst en CFS-gerelateerde symptomen?	- Ernst van de vermoeidheid was geassocieerd met hogere score van depressieve symptomen en angst (p<0.001).

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	neel	omgeving Utrecht.		school.	<p>- Is de duur van vermoeidheid gerelateerd aan ernst van de vermoeidheid, depressie, angst en CFS-gerelateerde symptomen?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <p>- Vermoeidheid werd bepaald met de CIS. Ernstige vermoeidheid was aanwezig bij een score van 40 of meer.</p> <p>- Depressieve symptomen werden bepaald met de BDI.</p> <p>- Angst werd gemeten met de STAIC.</p> <p>- CFS-gerelateerde symptomen werden nagevraagd met een vragenlijst.</p>	<p>- Bij jongens was vermoeidheid geassocieerd met moeheid na slaap ($p < 0.001$), spierpijn ($p < 0.05$), concentratieproblemen ($p < 0.05$), geheugenproblemen ($p < 0.05$) en een kortere slaapduur ($p < 0.05$).</p> <p>- Bij meisjes was vermoeidheid geassocieerd met moeheid na slaap ($p < 0.001$), spierpijn ($p < 0.05$), hoofdpijn ($p < 0.05$), gevoelige lymfeklieren ($p < 0.05$), concentratieproblemen ($p < 0.001$) en kortere slaapduur ($p < 0.05$).</p>
Van de Putte, EM et al.	Patiënt-controle; Cross-sectio-	- 239 adolescenten (72 met CFS/ME en 167 controles). - Werving van	2002-2004	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen vermoeidheid (zowel bij adolescenten met als zonder	- Vermoeidheid en somatische klachten kwamen significant vaker voor bij adolescenten met CFS/ME dan bij controles.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
2006 ¹⁷⁰	neel	adolescenten met CFS/ME via de CFS/ME kliniek van de kinderafdeling van het UMC Utrecht. - Werving van controles via middelbare school in Zeist.			CFS/ME) en somatische symptomen? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Vermoeidheid werd bepaald met de CIS-20. - Somatische klachten werden bepaald met de CSI.	- Er is een significant positieve associatie tussen vermoeidheid en somatische klachten ($p < 0.001$), zowel bij adolescenten met als zonder CFS/ME.
Van Midden-dorp, H et al. 2001 ¹⁸¹	Patiënten; Cross-sectioneel	- 36 adolescente meisjes met CSF, vergelijking met de norm. - Werving via de psychologische kinderafdeling van het WKZ van UMC Utrecht.	1996-1999	13-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de associatie tussen CFS bij adolescente meisjes en psychosociale problemen? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Functioneren van de adolescent in vergelijking met leeftijdgenoten werd door de adolescent zelf bepaald met de SPPA. - Participatie in dagelijkse bezigheden en vrijetijdsbesteding werd bepaald met het	Adolescenten met CFS hadden vergeleken met de norm een significant: - lagere atletische competentie ($p < 0.01$); - lagere score op 'romance' ($p < 0.05$); - hoger sociaal wenselijk gedrag ($p < 0.01$); - lagere participatie in dagelijkse en vrijetijdsactiviteiten ($p < 0.05$); - hogere mate van angst en depressie ($p < 0.01$); - hogere mate van

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					vaardighedendeel van de YSR. - Angst werd bepaald met de STAIC. - Depressieve symptomen werden bepaald met de SDS. - Emotionele en gedragsproblemen werden bepaald met het gedeelte over gedragsproblemen van de YSR. - Motivatie voor het bereiken van doelen werd bepaald met AMTC.	terugtrekkingsgedrag ($p < 0.01$); - meer somatische klachten ($p < 0.01$); - meer positieve faalangst ($p < 0.05$); - minder negatieve faalangst ($p < 0.05$).

Overgewicht/obesitas

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Wijga AH et al. 2010 ¹⁵⁵	Populatie-studie, Cross-sectionele studie in geboortecohort	- 3960 kinderen - Deelnemers PIAMA-geboortecohort.	2004-2005	8 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen overgewicht en veel voorkomende gezondheidsproblemen bij kinderen?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Lengte en gewicht gemeten door onderzoekers. - Gegevens over gezondheid, beoordeeld door de ouder met behulp van een vragenlijst.</p>	Obesitas (maar niet matig overgewicht) was significant geassocieerd met slechtere algemene gezondheid, meer huisartscontacten, meer schoolverzuim door ziekte, meer gezondheidsgerelateerde beperkingen, meer bronchitis en meer antibioticagebruik.
Scholten, S et al. 2009 ²¹	Populatie-studie, Prospectief cohort	- 3756 kinderen (48.2% meisjes). - Deelnemers PIAMA-geboortecohort.	1996-2005	1-8 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen overgewicht en astma bij kinderen?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Gewicht en lengte werden gerapporteerd door ouders. BMI werd hieruit berekend.</p>	<p>- Kinderen met een hoog BMI op 6-7-jarige leeftijd hadden een verhoogde kans op kortademigheid (OR: 1.68, 95% CI: 1.18-2.39) en BHR (OR: 1.66, 95% CI: 1.10-2.52) op 8-jarige leeftijd.</p> <p>- Kinderen met een hoog BMI op jongere leeftijd, maar een</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					- Astmasymptomen werden gerapporteerd door de ouders in jaarlijkse vragenlijsten.	normaal BMI op 6-7 jaar, hadden geen verhoogde kans op kortademigheid of BHR op 8-jarige leeftijd.
Krul, M et al. 2009 ¹⁶²	Populatie-studie; Cross-sectioneel	- 2459 kinderen. - 219 kinderen hadden overgewicht, 100 kinderen waren obees. - Data afkomstig van de patiënten-enquête van de NS2.	2001	2-17 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Is overgewicht/obesitas geassocieerd met klachten van het bewegingsapparaat? <u>Onderzoeksmethode</u> BMI werd berekend met zelfgerapporteerde lengte en gewicht.	Kinderen met overgewicht en obese kinderen: - rapporteren significant meer problemen van het bewegingsapparaat; - hebben meer problemen met de lage extremiteiten (OR=1.62, 95% CI: 1.09-2.41); - rapporteren meer enkel- en voetproblemen, dan kinderen met een normaal gewicht (OR=1.92, 95% CI: 1.15-3.20).
Van Wijnen, LGC et al.	Cross-sectioneel	- 21.730 adolescenten (10.667 jongens, 11.063 meisjes). - Middelbare scholieren	Niet vermeld	13-16 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het verband tussen gewicht status van adolescenten en psychische	- Jongens met ernstig ondergewicht zijn psychisch ongezonder (OR=2.23, 95% CI: 1.54-3.22), hebben meer

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
2009 ¹⁶¹		die deelnamen aan E-MOVO.			gezondheid, zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen? <u>Onderzoeksmethoden</u> - lengte en gewicht, psychische gezondheid, zelfmoordgedachten en -pogingen werden bepaald met de E-MOVO-vragenlijst die op school werd ingevuld. - Psychologische gezondheid werd nagevraagd met MHI-5. - Lengte en gewicht waren zelfgerapporteerd. - Kinderen met normaal gewicht waren de referentiegroep	zelfmoordgedachten (1.93, 1.38-2.69) en meer zelfmoordpogingen (2.41, 1.44-4.02). - Adolescenten met matig overgewicht zijn psychisch ongezonder (jongens: 1.38, 1.11-1.73, meisjes: 1.42, 1.17-1.72), hebben meer zelfmoordgedachten (jongens: 1.37, 1.13-1.66, meisjes: 1.60, 1.32-1.93) en meer zelfmoordpogingen (jongens: 1.54, 1.13, 2.11, meisjes: 1.52, 1.19-1.96). - Obese adolescenten zijn psychisch ongezonder (jongens: 5.98, 4.06-8.79, meisjes: 2.99, 1.88-4.77), hebben meer zelfmoordgedachten (jongens: 3.64, 2.47-5.37, meisjes: 3.88, 2.46-6.14) en meer zelfmoordpogingen (jongens:

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
						6.74, 4.29-10.59, meisjes: 4.08, 2.44-6.81).
Drukker M et al. 2009 ¹⁵⁹	Cross-sectioneel	- 5-6 jaar: 797. - 13-14 jaar: 614.	2004-2005	- 5-6 jaar - 13-14 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen gewicht en psychosociaal functioneren bij kinderen? <u>Onderzoeksmethode</u> Psychosociaal functioneren werd nagevraagd met de SDQ.	- 5-6-jarigen met (niet ernstig) ondergewicht hadden minder vaak gedragsproblemen dan kinderen met een normaal gewicht. - 13-14-jarigen met overgewicht of obesitas hebben meer problemen met leeftijdsgenoten en minder pro sociaal gedrag dan adolescenten met een normaal gewicht.
Jansen, W et al. (2008) ¹⁶⁰	Cross-sectioneel en prospectief	- 5764 kinderen en adolescenten (1923 9-10-jarigen, 3841 12-13-jarigen). - Van 498 12-13-jarigen was zowel zelfgerapporteerde BMI	- 9-10 jaar: 2000-2001 - 12-13 jaar: 2003-2004	- 9-10 jaar - 12-13 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> - Wat is de associatie tussen BMI en mentale gezondheid bij 9-10-jarigen en 12-13-jarigen? Verschilt deze associatie tussen zelfgerapporteerd en gemeten BMI?	<u>Cross-sectionele resultaten:</u> - Bij 9-10-jarigen is gewicht niet geassocieerd met depressieve symptomen. - Bij 9-10-jarige meisjes is gewicht niet geassocieerd met sociale angst m.b.t. uiterlijk.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
		<p>als gemeten BMI beschikbaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Van 787 kinderen waren gegevens bekend op zowel 9-10-jarige leeftijd als op 12-13-jarige leeftijd (longitudinale analyses mogelijk). - Deelnemers Rotterdamse Jeugdgezondheidsmonitor. 			<ul style="list-style-type: none"> - Is de perceptie van het lichaamsgewicht een mediator in de associatie tussen gewicht en mentale gezondheid? - Voorspelt BMI de toekomstige mentale gezondheid of vice versa? <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij alle 9-10-jarigen werd BMI gemeten, bij 498 12-13-jarigen werd BMI gemeten en bij de rest was BMI zelfgerapporteerd. - Overgewicht en obesitas werden gedefinieerd zoals bij volwassenen: overgewicht=BMI>25 en obesitas=BMI>30. - Depressieve symptomen werden gemeten met de SDIC. - Sociale angst m.b.t. uiterlijk werd gemeten met DSASC. - Welzijn werd gemeten met de SDQ. 	<ul style="list-style-type: none"> - 9-10-jarige obese jongens hebben meer sociale angst m.b.t. uiterlijk dan jongens met een normaal gewicht (OR=0.31, 95% CI=0.11-0.89). - Bij 12-13-jarigen is zelfgerapporteerd overgewicht positief geassocieerd met emotionele problemen (OR=1.51, 95% CI=1.16-1.96) en zelfmoordpogingen (OR=1.75, 95%CI=1.22-1.50). - In de subgroep met zowel gemeten als zelfgerapporteerd gewicht bij 12-13-jarigen, was gemeten gewicht niet geassocieerd met mentale gezondheid, maar zelfgerapporteerd gewicht wel. - Perceptie van het lichaamsgewicht bij 12-13-jarigen was een sterke

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					- Zelfmoordgedachten en - pogingen werden nagevraagd met twee vragen.	<p>confounder in de associatie tussen gewicht en mentale gezondheid. Zowel zich te dun als te dik voelen zorgen voor een slechtere mentale gezondheid.</p> <p><u>Prospectieve resultaten</u> - Geen associatie tussen overgewicht op 9-10-jarige leeftijd en mentale gezondheid op 12-13-jarige leeftijd, en vice versa.</p>
Langens F et al. 2008 ¹⁵³	Patiënten; cross-sectioneel	- 155 obese kinderen (60 jongens en 95 meisjes). - Werving via de obesitas polikliniek voor kinderen van het Meander Medisch Centrum Amersfoort.	2005	2-18 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de prevalentie van comorbiditeit bij obese kinderen?</p> <p><u>Onderzoeksmethode</u> Gewicht, lengte, bloeddruk, nuchter glucose, nuchter insuline, HOMA, nuchter triglyceriden, LDL- en HDL-cholesterol werden gemeten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 92% had minstens 1 cardiovasculaire risicofactor. - 48% had een te hoge systolische bloeddruk. - 9% had een te hoge diastolische bloeddruk. - 18% had een verhoogde nuchtere glucose waarde. - 60% had een verhoogde HOMA (insuline resistentie).

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
						- 57% had abnormale HDL-cholesterolwaarden.
De Beer, M et al. 2007 ¹⁵⁶	Patiënt-controle; Cross-sectioneel	- 93 adolescenten (31 obees, 62 met normaal gewicht). - Werving van obese adolescenten via de polikliniek van het VUmc in Amsterdam tussen september 2004 en mei 2005. - Werving van leeftijd en geslacht gematchte controles via GGD.	2004-2005	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Is er een verschil in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven tussen obese adolescenten en adolescenten met een normaal gewicht? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Lengte en gewicht van obesen werd in het VU Medisch Centrum gemeten, lengte en gewicht van controles was zelfgerapporteerd. - Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven werd bepaald met PedsQL 4.0 en CHQ CF-87.	Obese adolescenten hadden een lagere kwaliteit van leven dan controles met een normaal gewicht, vooral wat betreft algemene en fysieke gezondheid en wat betreft sociaal functioneren. Deze verschillen werden deels verklaard door aan obesitasgerelateerde comorbiditeit.
Van Gent, R	Patiënt-controle;	- 200 kinderen zonder astma (26 met	2002-2005	7-10 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> - Wat is de associatie tussen	- Kinderen met astma in combinatie met overgewicht

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
et al. 2007 ¹⁰⁷	Cross-sectioneel	overgewicht). - 204 kinderen met astma (33 met overgewicht). - Werving via basisscholen in Zuid-Nederland.			overgewicht bij kinderen en kwaliteit van leven? - Wat is de associatie tussen astma in combinatie met overgewicht bij kinderen en kwaliteit van leven? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Lengte en gewicht gemeten door onderzoeksassistenten. - Overgewicht gedefinieerd m.b.v. internationale cut-off points. - Astma vastgesteld met ISAAC-vragenlijst (ingevuld door ouders), longfunctietest (spirometer) en BHR. - Kwaliteit van leven vastgesteld met PAQLQ voor kinderen.	hebben de laagste kwaliteit van leven vergeleken met de andere drie groepen ($p < 0.01$). - Vergeleken met gezonde controles zonder overgewicht, was de score voor kwaliteit van leven 25% lager bij kinderen met astma in combinatie met overgewicht, 14% lager bij kinderen met alleen astma en 1% lager bij kinderen met alleen overgewicht.
Van de Ven, MOM et	Populatie-studie;	- 9713 adolescenten. - Werving via middelbare scholen in vier regio's in	2003	12-14 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Is overgewicht bij adolescenten geassocieerd met	-Adolescenten met overgewicht hadden een verhoogd risico op astma

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
al. 2006 ²²	Cross-sectioneel	Nederland.			atopische ziektes? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Atopische ziektes werden nagevraagd met de ISAAC-vragenlijst. - BMI werd berekend met behulp van zelfgerapporteerde lengte en gewicht. - Overgewicht werd bepaald m.b.v internationale cut-off points.	(OR:1.54; 95%CI: 1.25-1.90), piepen (1.43; 1.20-1.70), piepen in het afgelopen jaar (1.25; 1.00-1.57) piepen na sport (1.44; 1.17-1.76), rhinitis (1.20; 1.02-1.41), eczeem (1.21; 1.03-1.43) en jeukende uitslag (1.21; 1.00-1.46).
Ter Bogt, TFM et al. 2006 ¹⁵⁸	Cross-sectioneel	- 7556 (1826 uit groep 8, 5730 uit klas 1-4 van middelbare school). - Deelnemers aan de "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study".	-	11-16 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen BMI, lichaamsgewichtperceptie en indicatoren voor internaliserend en externaliserend probleemgedrag, sociale problemen, aandachtsproblemen en denkproblemen?	- Adolescenten met overgewicht hebben significant (p<0.01) meer probleemgedrag in het algemeen, meer internaliserend en externaliserend probleemgedrag, trekken zich vaker terug, zijn vaker angstig, depressief en agressief en hebben meer

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					<u>Onderzoeksvragen</u> - BMI werd vastgesteld o.b.v. zelfgerapporteerde lengte en gewicht. M.b.v. de Nederlandse Quetelet-standaard werd bepaald of de adolescent ondergewicht, overgewicht of obesitas had. - Probleemgedrag werd nagevraagd met de YSR.	sociale problemen en aandachtsproblemen. - Adolescenten die zichzelf te dik vonden hadden significant ($p < 0.01$) meer internaliserend en externaliserend probleemgedrag en meer sociale, denk- en aandachtsproblemen. - Wanneer zowel BMI als lichaamsgewichtperceptie in het model zaten, was een te hoge BMI alleen nog maar significant geassocieerd met zichzelf terugtrekken ($p < 0.01$). Adolescenten die zichzelf te dik vinden hadden in dat model een hogere score voor alle onderzochte problemen. - Adolescenten met overgewicht die zichzelf te dik vonden, trokken zich meer terug en hadden meer sociale

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
						<p>problemen ($p < 0.05$) dan adolescenten met een normaal gewicht die zichzelf te dik vonden.</p> <p><u>Conclusie</u> Zichzelf dik vinden is bij adolescenten sterker geassocieerd met problemen, dan werkelijk dik zijn.</p>
Ferreira, I et al. 2004 ¹⁵⁴	Populatie-studie; Prospectie (24 jr follow-up)	- 159 (84 meisjes). - Deelnemers van the Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study.	Start in 1977	1 ^e meting: 13-16 jaar 2 ^e meting: 36 jaar	<p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het verband tussen de hoeveelheid vet en de vetverdeling tijdens adolescentie en de gezondheid van de bloedvaten op 36-jarige leeftijd?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Vetpercentage en -verdeling werd gemeten met DXA. - Verschillende kwaliteits indicatoren van de bloedvaten</p>	<p>- Totale vetpercentage als adolescent, en bij mannen vetopslag op de buik tijdens adolescentie zijn positief geassocieerd met de intima mediadikte van de halsslagader op 36-jarige leeftijd (indicator voor atherosclerose). - Vetopslag op de buik tijdens adolescentie is geassocieerd met stijfheid van de slagaders.</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Stradmeijer, M et al. 2000 ¹⁵⁷	Patiëntcontrole	- 143 (73 met overgewicht, 70 met normaal gewicht). - Werving via schoolartsen en verpleegkundigen van de JGZ.	Niet vermeld	10-13 jaar 13-16 jaar	<p>werden gemeten met ultrasound imaging.</p> <p><u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen overgewicht bij kinderen en adolescenten en functioneren van het gezin en psychosociaal functioneren?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u> - Gezinsfunctioneren werd bepaald met FDS, ingevuld door de moeders. - Het gedrag van het kind werd door ouders bepaald met CBCL en door leraren met de TRF. - De perceptie van het kind over eigenwaarde en competenties werd bepaald met SPPC. - De tevredenheid met het eigen lichaam werd bepaald</p>	<p>- Er is geen verschil in functioneren van het gezin tussen kinderen met overgewicht en een gezond gewicht, en tussen kinderen met matig en ernstig overgewicht.</p> <p>- De bezorgdheid van de ouders over het gewicht van hun kind was significant groter bij kinderen met overgewicht vergeleken met kinderen met een gezond gewicht (p=0.019).</p> <p>- De bezorgdheid van de ouders over het gewicht van hun kind was significant groter bij kinderen met ernstig overgewicht, vergeleken met kinderen met matig overgewicht.'</p>

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
					<p>met BES.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BMI werd bepaald met gemeten lengte en gewicht. - Overgewicht werd gedefinieerd als een gewicht voor lengte boven het 90ste percentiel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zowel moeders als leraren van kinderen met overgewicht rapporteren significant meer gedragsproblemen dan moeders en leraren van kinderen met een normaal gewicht ($p=0.007$), waarbij er bij de 10-13-jarigen meer gedragsproblemen worden gerapporteerd dan bij de 13-16-jarigen ($p=0.041$). - Kinderen met overgewicht zijn minder tevreden met hun uiterlijk ($p<0.001$) en scoren lager op atletische competenties ($p<0.001$) en op sociale acceptatie ($p=0.049$) en hebben een lagere eigenwaarde.

Chronische hoofdpijn

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Bruijn, J et al. 2009 ¹³⁹	Patiënt-controle; Cross sectio-neel	- 70 kinderen met primaire hoofdpijn (36 met migraine, 25 met spanningshoofdpijn). - Werving via de poliklinische kinder-afdeling van het Vlietland ziekenhuis. - 353 gezonde kinderen. - Werving van gezonde kinderen via drie basisscholen in Rotterdam.	2003-2005	- Kinderen met hoofdpijn: 4-17 jaar - Gezonde kinderen: 5-13 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> - Wat is de kwaliteit van leven bij kinderen met primaire hoofdpijn, en is er een verschil met een cohort van gezonde kinderen? - Is er verschil in kwaliteit van leven tussen kinderen met migraine en spanningshoofdpijn? <u>Onderzoeksmethode</u> Kwaliteit van leven werd gemeten met CHQ-PF50.	- Kinderen met primaire hoofdpijn hadden een lagere kwaliteit van leven op alle domeinen ($p < 0.05$), behalve op het domein eigenwaarde ($p = 0.34$). - Er is geen significant verschil in kwaliteit van leven tussen kinderen met migraine en kinderen met spanningshoofdpijn.
Massey, EK et al. 2009 ¹⁴⁰	Popula-tie-studie; Cross-sectio-neel	- 1202 adolescenten, waarvan 47% meisjes. - 38% adolescenten zonder hoofdpijn, 40% met maandelijks hoofdpijn, 18% met wekelijkse hoofdpijn.	Niet vermeld	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het verschil in belang van het bereiken van doelen, frustraties over het bereiken van doelen, depressieve symptomen en kwaliteit van leven tussen adolescenten	- Adolescenten met wekelijkse hoofdpijn vinden het bereiken van doelen belangrijker dan de andere twee groepen. - Adolescenten met wekelijkse hoofdpijn hebben meer frustraties over het bereiken

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
		- Werving via middelbare scholen in de Randstad.			<p>zonder hoofdpijn, wekelijkse hoofdpijn en maandelijkse hoofdpijn?</p> <p><u>Onderzoeksmethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doelen hadden betrekking op persoonlijke waarden, sociale acceptatie, zelfacceptatie, school, gezondheid en zelfontwikkeling. - Hoe minder goed doelen bereikt zijn, hoe hoger de frustraties over het bereiken van doelen. - Depressieve symptomen werden gemeten met SCL-90. - Kwaliteit van leven werd gemeten met de 'Pediatric of Life Inventory'. 	<p>van de doelen sociale acceptatie ($p < 0.01$), zelfacceptatie ($p < 0.001$), school ($p < 0.01$) en gezondheid ($p < 0.001$), dan adolescenten zonder hoofdpijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adolescenten met maandelijkse hoofdpijn hebben meer frustraties over het bereiken van het doel zelfacceptatie, dan adolescenten zonder hoofdpijn ($p < 0.001$) - Er is een progressieve significante toename van depressieve symptomen tussen geen, maandelijkse en wekelijkse hoofdpijn ($p < 0.001$). - Er is een progressieve significante afname van kwaliteit van leven tussen geen, maandelijkse en

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Konijnenberg AY et al. 2006 ¹⁴⁴	Cross-sectionele studie bij patiënten	- 134 kinderen/ adolescenten met pijn, waarvan 59 met hoofdpijn. - Werving via pediatrie poliklinieken van het WKZ Utrecht. (studie over chronische pijn, maar bijna de helft van de kinderen had chronische hoofdpijn)	2000-2002	8-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat zijn de voorspellers van psychiatrische morbiditeit bij kinderen met chronische pijn? <u>Onderzoeksmethoden</u> -Fysiek en psychosociaal functioneren werd gemeten met CHQ-CF. - Somatische klachten werden gemeten met CSI. - Sociale problemen werden achterhaald met DPIY. - Gedrag- en emotionele problemen werden gemeten met CBCL. - Gezinsproblemen werden gemeten met CFP. - Psychiatrische aandoeningen werden gemeten met DISC-PV, SCICA en DSM-IV.	wekelijkse hoofdpijn (p<0.001). - De prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij kinderen/adolescenten met chronische pijn is 60%. - Significante voorspellers van psychiatrische morbiditeit zijn: afwijkende gezinssamenstelling en sociale, emotionele en gedragsproblemen (gemeten met CBCL en DPIY).

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Konijnenberg AY et al. 2005 ¹⁴⁵	Cross-sectionele studie bij patiënten	- 149 kinderen met chronische pijn zonder oorzaak, waarvan 32 met hoofdpijn (18 jongens, 20 meisjes). - Werving via pediatrische poliklinieken van het WKZ Utrecht.	2000-2002	8-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Welke beperkingen hebben kinderen/adolescenten met onverklaarde chronische pijn, en hoe erg zijn deze beperkingen? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Somatische klachten werden gemeten met CSI. - Gezondheidsstatus werd gemeten met CHQ-CF. - Pijn werd gemeten met VAS.	- Kinderen met hoofdpijn hadden, t.o.v. andere pijnen, de grootste beperking in sociaal functioneren (p=0.002). - Een kind had meer kans op beperkingen in het dagelijkse leven wanneer het hoofdpijn (p=0.006), of een hogere pijn intensiteit had (p=0.001).
Wien-dels, NJ et al. 2005 ¹⁴⁶	Retro-spectieve studie bij patiënten	-79 kinderen en adolescenten met chronische hoofdpijn (32 jongens en 47 meisjes). - Werving van kinderen met chronische hoofdpijn via de poliklinische neurologie afdeling van LUMC tussen jan. 1994	1994-2001	<16 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Welke consequenties heeft chronische hoofdpijn bij kinderen en adolescenten? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Alle gegevens werden uit het medische dossier gehaald. - Chronische hoofdpijn werd	Van de kinderen/ adolescenten met chronische hoofdpijn: - was 35% frequent afwezig op school door hoofdpijn; - ging 9% niet naar school; - had 32% slaapproblemen; - had 28% een stressvolle gebeurtenis in het gezin meegemaakt.

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
		en jan. 2001.			gedefinieerd als hoofdpijn op meer dan vijftien dagen van de maand zonder een onderliggende medische oorzaak.	
Bandell-Hoekstra, IENG et al. 2002 ¹⁴¹	Populatie-studie; Cross-sectioneel	- 2815 kinderen en adolescenten. - Werving via basisscholen en middelbare scholen in Maastricht.	Niet vermeld	9-17 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is de relatie tussen kwaliteit van leven en ernst van chronische hoofdpijn bij kinderen? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Ernst van de hoofdpijn werd gemeten met WHQ, waarbij ook gebruik werd gemaakt van VAS. - Kwaliteit van leven werd gemeten met QLH-Y-vragenlijst.	Kinderen met de ernstigste chronische hoofdpijn hebben: - de laagste kwaliteit van leven en kwaliteit van gezondheid; - de meeste problemen met lichamelijk functioneren, dagelijkse activiteiten, sociaal functioneren en de meeste andere lichamelijke symptomen naast hoofdpijn.
Hunfeld, JAM et al.	Cross-sectionele	- 100 adolescenten met onverklaarde chronische pijn (26 jongens, 74	Niet vermeld.	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvragen</u> - Is er een verschil in kwaliteit van leven en schoolabsentie	- Adolescenten met chronische hoofdpijn hadden de minst frequente pijn, maar de

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
2001 ¹⁴²	studie bij 'cases' uit populatiestudie	meisjes). - 31 adolescenten met hoofdpijn, 16 met buikpijn, 15 met rugpijn en 38 met pijn aan ledematen. - Deelnemers aan de prevalentiestudie gepubliceerd in 2000 door dezelfde auteur (representatieve steekproef van 5423 kinderen en adolescenten).			tussen adolescenten met chronische hoofdpijn en adolescenten met andere onverklaarde chronische pijn? - Wat is de relatie tussen pijn frequentie/-intensiteit en kwaliteit van leven bij adolescenten met chronische hoofdpijn? En is er verschil in deze relatie met andere chronische pijn? <u>Onderzoeksmethoden</u> - Pijn werd gemeten met een vragenlijst en een pijndagboek inclusief VAS. - Schoolabsentie werd gemeten met een vragenlijst. - Kwaliteit van leven werd gemeten met QLP-Y.	laagste kwaliteit van leven vooral op het gebied psychosociaal functioneren ($p < 0.01$) en functionele status ($p < 0.05$). - Adolescenten met chronische hoofdpijn waren twee keer zo vaak absent op school vergeleken met adolescenten met een andere pijnlocatie ($p < 0.05$). - De hoogste negatieve correlatie tussen pijn en kwaliteit van leven was bij hoofdpijn ($r = -0.46$) en rugpijn ($r = -0.86$) → hoe meer hoofd-/rugpijn hoe lager de kwaliteit van leven.
Bandell-Hoekstra,	Populatie-studie;	- 2358 kinderen - Werving in groep 7 en 8 van basisscholen en de	Niet vermeld	10-17 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Is er een verschil in bijkomende symptomen, de	- Slaapproblemen door hoofdpijn waren aanwezig bij 1% van de kinderen met milde

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
IENG et al. 2001 ¹³⁷	Cross-sectioneel	eerste vier jaren van middelbare scholen in de gemeente Maastricht. - Analyses van gevolgen bij milde, matige en ernstige hoofdpijn, exclusief 201 kinderen die nooit hoofdpijn hadden (n=2157).			impact van hoofdpijn en schoolabsentie, tussen kinderen met milde, matige en ernstige hoofdpijn? <u>Onderzoeksmethoden</u> Hoofdpijnkenmerken werden gemeten met de WHQ.	hoofdpijn, 9% van de kinderen met matige hoofdpijn en 33% van de kinderen met ernstige hoofdpijn. - Fonofobie, fotofobie, misselijkheid en braken kwamen het meest voor bij kinderen met ernstige hoofdpijn en het minst bij kinderen met milde hoofdpijn. - Schoolabsentie was het hoogst bij kinderen met ernstige hoofdpijn (64%) en het laagst bij kinderen met milde hoofdpijn (17%). Kinderen met matige hoofdpijn hadden een schoolabsentie van 45%.
Langeveld, JH et al. 1997 ¹⁴³	Prospectieve studie bij adolescenten	- 64 adolescenten met chronische hoofdpijn (22 jongens, 42 meisjes). - Werving via een mbo-school en een	Niet vermeld	12-18 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het verband tussen de intensiteit en frequentie van hoofdpijn bij adolescenten en de kwaliteit van leven?	- Gedurende de follow-up werd de hoofdpijn intensiteit en frequentie lager, de kwaliteit van leven beter en de impact van hoofdpijn op het dagelijks

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
	met chronische hoofdpijn (3 weken follow-up).	middelbare school.			<u>Onderzoeksmethoden</u> - Intensiteit en frequentie van hoofdpijn werd gemeten met de QLH-Y diary - Kwaliteit van leven werd gemeten met de QLH-Y questionnaire.	leven verminderd. -Adolescenten met intensere en frequentere hoofdpijn hadden een lagere kwaliteit van leven op alle gebieden.
Versluis, R et al. 1995 ¹³⁸	Prospectieve studie bij patiënten (follow-up maximaal 2 jaar).	- 43 kinderen met hoofdpijn (24 jongens, 18 meisjes) - 24 kinderen met migraine, 3 kinderen met spanningshoofdpijn, 3 kinderen met posttraumatische hoofdpijn, 12 kinderen met atypische hoofdpijn. - Werving via de polikliniek Kinderneurologie van het LUMC.	1987-1988	3-10 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Wat is het beloop van de klachten bij kinderen met hoofdpijn?	- De meeste kinderen met migraine hadden ook last van misselijkheid, braken en fotofobie. In de niet-migraine groep kwamen deze symptomen zelden voor. - In de migrainegroep had 94% van de kinderen nog steeds hoofdpijn na de follow-up-periode en ongeveer de helft van de groep gebruikte regelmatig medicatie. - In de niet-migraine groep had 54% van de kinderen nog steeds hoofdpijn na de follow-

Auteur en jaartal	Studie type	Populatiekenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
						up-periode en 50% gebruikte regelmatig medicatie.

Hooikoorts

Auteur en jaartal	Studie type	Populatie kenmerken	Onderzoeks jaar	Leeftijd/ klas	Onderzoeksvragen en -methoden	Resultaat
Kolnaar, BGM et al. 1997 ¹³⁶	Patiënt-controle; Retro-spectief	- 551 kinderen/ adolescenten (50% jongens). - Deelnemers uit de huisartsenregistratie CMR Nijmegen en omgeving.	1967-1990	10-23 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Zijn hooikoorts in de eerste vijf levensjaren en/of recente hooikoorts geassocieerd met symptomatische, asymptomatische of geen BHR op de leeftijd van 10-23 jaar? <u>Onderzoeksmethode</u> BHR werd gemeten met een histamineprovocatie-test.	- Hooikoorts in de eerste 5 levensjaren is niet geassocieerd met symptomatische of asymptotische BHR op de leeftijd van 10-23 jaar. - Recente hooikoorts is geassocieerd met symptomatische BHR (p<0.001).
Roorda, RJ et al. 1992 ¹³⁵	Patiënten; Cohort-studie (14 jaar follow-up)	- 1 ^e meting: 406 astmatische kinderen, 2 ^e meting: 348 astmatische kinderen. - Werving via de polikliniek van de pediatrie longafdeling van UMC Groningen.	- 1 ^e meting: 1972-1976, - 2 ^e meting: 1987-1990	- 1 ^e meting: 8-12 jaar, 2 ^e meting: 21-29 jaar	<u>Onderzoeksvraag</u> Hebben astmatische kinderen met hooikoorts een andere prognose van astma als jongvolwassene?	- 13% van de astmatische kinderen had hooikoorts. - Astmatische kinderen met hooikoorts hadden dezelfde prognose van astma als jongvolwassene vergeleken met astmatische kinderen zonder hooikoorts.

Bijlage 6 Betekenissen en definities behorende bij bijlage 5

AAQOL:

Adolescent Asthma Quality of Life Questionnaire. Meet de kwaliteit van leven bij adolescenten. Het bestaat uit zes domeinen (symptomen, medicatie, lichamelijke activiteit, emoties, sociale interactie en positieve effecten).

ABV-K:

Amsterdam Biographic Questionnaire for Children. Bepaalt de mentale gezondheid van kinderen. Stelt vragen over de aanwezigheid van psychoneurotische klachten, functionele somatische klachten en zelfacceptatie.

ACAAI:

American College of Allergy, Asthma and Immunology questionnaire. Respondenten geven op een driepuntsschaal aan hoe vaak ze aan een bepaald symptoom leiden. Hoe hoger de score, hoe ernstiger de astma.

ADIKa:

Amsterdam Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Vergelijkbaar met de DSM-IV-criteria).

Alexithymie:

Alexithymie is een persoonlijkheidstrekk, die wordt gekenmerkt door moeilijkheden in het beschrijven en onderscheiden van gevoelens, door een beperkt fantasieleven en door een denken dat gericht is op de externe realiteit in plaats van op de innerlijke belevingen. Mensen die hieraan lijden hebben moeilijkheden met het verwoorden en begrijpen van emoties en met het omgaan met hun emoties.

AMTC:

Achievement Motivation Test for Children. Deze test bepaalt de motivatie voor het bereiken van doelen. Het bevat de onderwerpen motivatie voor het bereiken van doelen, positieve faalangst, negatieve faalangst en sociale wenselijkheid.

Asthma-Specific Coping Scale:

Deze test meet de copingmechanismen die gebruikt worden. De copingmechanismen die gemeten worden zijn beperkte levensstijl, verbergen van astma, positieve herwaardering, informatie zoeken, negeren van astma en zorgen maken over astma.

ATS:

American Thoracic Society. Dit is een internationale wetenschappelijke vereniging die zich bezighoudt met geneeskunde over de luchtwegen en de intensive care.

BDI:

Beck Depression Inventory. Deze test meet depressieve symptomen bij adolescenten.

BES:

Body-Esteem Scale. Deze test bepaalt de tevredenheid met het eigen lichaam.

BMI-SDS:

BMI-standard deviation score.

BMRC:

British Medical Research Council.

Bodily pain:

De ernst en frequentie van pijn en beperkingen door pijn.

Bourdon-Vos test:

Deze test meet de aandacht en concentratie bij kinderen en adolescenten tussen 6 en 17 jaar oud.

BRS:

Baroflex Sensitivity. Een afgenomen BRS is een risicofactor voor hart- en vaatziekten.

CAR:

Cortisol Awakening Response. Een toegenomen CAR is een risicofactor voor hart- en vaatziekten.

CBCL:

Child Behaviour CheckList. Vragenlijst die gedragsproblemen en emotionele problemen bij kinderen evalueert. Het bevat een lijst van 120 gedragsproblemen en emotionele problemen, waarbij de ouders aangeven hoe vaak deze bij hun kind zijn voorgekomen in de afgelopen zes maanden. Het bestaat uit de onderwerpen verlegenheid, somatische klachten, angst/depressie, sociale problemen, gedragsproblemen, aandachtsproblemen, delinquent gedrag en agressief gedrag.

CDI:

Children's Depression Inventory. Deze vragenlijst meet de depressieve symptomen bij kinderen/adolescenten over de afgelopen twee weken. De vragenlijst wordt door de kinderen/adolescenten zelf ingevuld.

CES-D:

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Deze vragenlijst bestaat uit twintig vragen over depressieve symptomen die de adolescenten zelf in moeten vullen.

CFS:

Chronic Fatigue Syndrome.

CFS-gerelateerde symptomen:

Dit zijn moeheid na het slapen, spierpijn, gewrichtspijn, hoofdpijn, gevoelige lymfeklieren, concentratieproblemen en geheugenproblemen.

CFP:

Checklist for Family Problems.

CHQ-CF:

Child Health Questionnaire Child Form. Nederlandse versie van de "Child Health Questionnaire". Meet de gezondheidsstatus van kinderen op fysiek en psychosociaal gebied.

CHQ-CF87:

Child Health Questionnaire-Child Form. Vragenlijst over fysiek functioneren, sociale lichamelijke limieten, algemene gezondheid, pijn, sociale emotionele limieten, eigenwaarde, mentale gezondheid en algemeen gedrag.

CHQ PF-50:

Dutch 50-item parent version of the Child Health Questionnaire. Meet de kwaliteit van leven wat betreft lichamelijk en psychisch functioneren van kinderen en adolescenten (vanaf 5 jaar).

CIDI:

Composite International Diagnostic Interview. Dit instrument beoordeelt psychiatrische symptomen, syndromen en diagnoses van drugsgebruik en psychische stoornissen die vermeld staan in de DSM-IV. Het vraagt ook naar informatie over het begin, de duur en de ernst.

CIS-20:

Checklist Individual Strength. Deze vragenlijst bevat acht vragen over vermoeidheid over de afgelopen twee weken. Het bevat de onderwerpen ernst van vermoeidheid, concentratie, motivatie en lichamelijke activiteit.

CMR:

Continuous Morbidity Registration. De CMR is een database waarin huisartsen alle ziektes, diagnoses en socio-economische status van patiënten registreren zolang de patiënt staat ingeschreven bij de huisartsenpraktijk.

CODI-questionnaire:

Coping with a Disease questionnaire. Deze bevat de copingmechanismen acceptatie, vermijding, cognitief-palliatief, afstandelijkheid, emotioneel reageren en hoop.

CoL-questionnaire:

Deze vragenlijst bepaalt retrospectief het behalen van ontwikkelingsmijlpalen bij jongvolwassenen tussen de 18-30 jaar die opgroeiden met een chronische ziekte. Deze vragenlijst is makkelijk te vergelijken met de beloop van het leven bij gezonde leeftijdsgenoten. In deze studie wordt voornamelijk gekeken naar autonomie-ontwikkeling, psychoseksuele ontwikkeling en sociale ontwikkeling. Een hogere score duidt op het bereiken van meer mijlpalen en meer ontwikkelingsdoelen, waardoor het beloop van het leven beter is. De CoL-questionnaire bepaalt ook de socio-demografische status van jongvolwassenen.

COOP-WONCA:

Meet de functionele gezondheid, o.a. fysieke fitheid, emotionele gevoelens, sociale en dagelijkse activiteiten, schoolwerk, sociale steun en algemene gezondheid bij de ouders en bij adolescenten.

CRP:

C-Reactive Protein.

CSI:

Children's Somatisation Inventory. Meet de mate waarin kinderen belemmerd worden door verschillende somatische symptomen in de laatste twee weken. Er wordt navraag gedaan over 35 somatische symptomen, waaronder neurologische symptomen, cardiopulmonaire symptomen, gastro-intestinale symptomen en pijnsymptomen.

DBD:

Disruptive Behaviour Rating Scale.

DCD:

Developmental Coordination Disorder (tot 50% van kinderen met ADHD heeft ook DCD).

DCGM-37:

DISABKIDS Chronic Generic Measure. Deze vragenlijst gaat beperkingen bij kinderen na, die kunnen leiden tot moeilijkheden bij sommige gebeurtenissen en bij het bereiken van doelen.

DDL:

Defecation Disorder List. Meet de impact van functionele defecatieproblemen bij kinderen. Er worden vragen gesteld over vier onderwerpen: obstipatiegerelateerd, emotioneel functioneren, sociaal functioneren en behandeling/interventies.

Depressive Mood List of Kandel and Davies:

Deze vragenlijst meet in welke mate adolescenten een negatieve stemming hebben.

DISABKIDS project:

European Disability Kids project.

DISABKIDS-Smiley's questionnaire:

Instrument waarmee de kwaliteit van leven bepaald kan worden bij kinderen en jongeren (en hun ouders) met een chronische aandoening.

DISC-IV-P:

Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent Version.

DISC-IV-T:

Diagnostic Interview Schedule Teacher Version.

DISC-PV:

Diagnostic Interview Schedule for Children - Parent Version.

DPIY:

Dutch Personality Inventory for Youth. Meet de persoonlijkheid op de gebieden inadequaatheid, sociale inadequaatheid, standvastigheid, ongehoorzaamheid en dominantie.

DSASC:

Dutch Social Anxiety Scale for Children.

DXA:

Dual-energy X-ray Absorptiometry.

E-MOVO:

Electronic Monitor and Health Education.

FAQLQ-CF:

Food Allergy Quality of Life Questionnaire-Child Form.

FDS:

Family Dimension Scales. Deze test bepaalt het functioneren van het gezin. Het bestaat uit de onderwerpen onderlinge samenhang, aanpassingsvermogen en sociale wenselijkheid.

FSII:

Functional Status II. Deze test meet de impact van pijn op het gedrag (o.a. eetgedrag, slaapgedrag en humeur) van het kind/adolescent, ingevuld door de ouders.

Functioneel somatische symptomen:

Lichamelijke symptomen waarvoor geen pathologische oorzaak gevonden kan worden.

General Health:

Perceptions of overall health.

GSKS:

Dutch State and Trait Sleep Assessment Scale. Deze test bepaalt de algemene kwaliteit van de slaap.

HOMA:

Homeostasis Model Assessment. Het geeft de mate van insulineresistentie weer.

HRV:

Heart Rate Variability. Een lage HRV is een risicofactor voor hart- en vaatziekten.

IBES:

Illness Behavior Encouragement Scale. Het meet in welke mate pijngedrag wordt beloond door de omgeving, waargenomen door de adolescent.

IFS:

Impact on Family Scale. Meet de impact van pijn op het gezin. Hij bestaat uit vier subonderwerpen: financiële druk, sociale impact, persoonlijke spanning en copingstrategieën.

Inadequacy scale of the Dutch personality questionnaire:

Meet de gevoeligheid voor neuroticisme. Het bestaat uit de onderdelen vage fysieke klachten, slecht humeur, vage angsten en gevoelens van insufficiëntie.

Inadequacy Scale of the Dutch Personality Questionnaire-Junior:

Deze lijst bestaat uit 28 stellingen. Hoe hoger de score, hoe groter de kans is dat de adolescent zichzelf als gespannen en angstig omschrijft en dat hij/zij moeilijker contact maakt.

IPCI:

Integrated Primary Care Information. Dit project is gebaseerd op huisartsen die een speciaal software gebruiken als hun medische informatiesysteem. De deelnemende huisartsen, die verdeeld zijn over heel Nederland, zijn representatief voor alle Nederlands huisartsen. De IPCI is een longitudinale observationele database die medische data bevat van alle patiënten van de deelnemende huisartsen.

ISAAC:

International Study of Asthma and Allergies in Childhood.

ITQOL:

Infant/Toddler Quality of Life Questionnaire. Deze vragenlijst meet de kwaliteit van leven bij kinderen van twee maanden tot vijf jaar, en moet worden ingevuld door de ouders. De vragenlijst is ongeveer gelijk aan de Child Health Questionnaire (CHQ), welke gevalideerd is in 21 landen.

JSD:

Juvenile Seborrhoische Dermatitis. JSD is een vorm van eczeem.

KOALA geboortecohort:

Het doel van deze studie is factoren te identificeren die de klinische expressie van atopische ziekten en overgewicht beïnvloeden. De studie begon met twee groepen: gezonde zwangere vrouwen met een conventionele levensstijl en gezonde zwangere vrouwen met een alternatieve leefstijl (alternatief is antroposofische leefstijl, biologisch(e) (dynamische) voeding en afwijkend vaccinatiebeleid voor hun kind).

Lexical decision:

De mate waarin een kind kan beslissen of een woord bestaat of niet.

ME:

Myalgische Encefalomyelitis.

MET:

Metabolic rate.

MHI-5:

Mental Health Inventory.

MHLC:

Multidimensional Health Locus of Control questionnaire. Men bepaalt hiermee wie men verantwoordelijk acht voor de controle over de gezondheid: zichzelf, toeval of de dokter.

MSPQ:

Modified Somatic Perception Questionnaire. Bepaalt somatische en autonome symptomen.

Neuroticisme:

Neuroticisme kan gedefinieerd worden als een tendens tot emotionele instabiliteit. Mensen die hoog scoren op neuroticisme zullen gemiddeld vaker last hebben van depressiviteit, angst en schuldgevoelens. Zij blijken ook gevoeliger te zijn voor stress, zullen gewone situaties eerder als bedreigend ervaren, en hebben moeite met het verwerken van tegenslagen of kleine frustraties. Zij zijn zich meer bewust van hun eigen gedrag, verlegen en hebben vaak moeite met controle of uitstel van hun behoeften. Neuroticisme predisponeert ook tot ontwikkelen van neurosen, fobieën en andere angststoornissen.

ODD/CD:

Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder.

PACQLQ:

Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire. Deze vragenlijst meet de kwaliteit van leven bij verzorgenden van kinderen met astma. Het bestaat uit twee domeinen, het emotiedomein en het activiteitendomein.

Pain List / Pain Questionnaire:

Deze vragenlijst verzamelt informatie over de locatie, frequentie, duur, intensiteit (met behulp van VAS) en geschiedenis van de pijn.

PAQLQ:

Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire. Deze vragenlijst meet de kwaliteit van leven bij kinderen met astma. Het bestaat uit drie domeinen, het emotiedomein, het activiteitendomein en het symptomendomein.

PBCM:

Pain Behavioral Change Measure. Hiermee meet men de dagelijkse gedragsveranderingen door pijn gedurende drie weken bij kinderen van 0-11 jaar. Deze wordt ingevuld door de ouders.

PCI:

Pain Coping Inventory. Deze meet de gebruikte copingstrategieën bij pijn, waarbij de frequentie van gebruik van 33 copingstrategieën wordt nagevraagd.

PCQ:

Pain Coping Questionnaire. Deze vragenlijst gaat drie strategieën van coping na: probleemgeoriënteerde- en emotionele aanpak, probleemvermijding en emotievermijding.

PDD:

Pervasive Developmental Disorders. Het gaat hierbij om een stoornis in het sociale vermogen (stoornis in de ontwikkeling van wederkerige sociale contacten, in de verbale/non-verbale communicatie en/of in het verbeeldend vermogen).

Pediatric of Life Inventory:

Hiermee wordt de kwaliteit van leven gemeten op de gebieden school, fysiek functioneren, relaties met leeftijdsgenoten en emoties.

PedsQL 4.0:

Dit is een vragenlijst over fysiek functioneren, emotioneel functioneren, sociaal functioneren en functioneren op school.

PPMP:

Postoperative Pain Measurement for Parents. Deze wordt ingevuld door ouders en gaat over intensiteit en frequentie van pijn.

QLA-CP:

Quality of Life Questionnaire for Adolescents with Chronic Pain. Deze vragenlijst is onderverdeeld in zes domeinen: psychosociaal functioneren, functionele status, fysieke status, sociaal functioneren, tevredenheid met het leven en tevredenheid met de gezondheid.

QLH-Y diary:

Methode om de intensiteit en duur van hoofdpijn te bepalen.

QLE:

Questionnaire of Life Events. Deze vragenlijst bevat vragen over 37 potentiële stressvolle situaties.

QLH-Y:

Quality of Life Headache in Youth. Het meet de impact van chronische hoofdpijn op de kwaliteit van leven wat betreft psychologisch functioneren, sociaal functioneren, somatisch functioneren (lichamelijk functioneren), functionele status en tevredenheid met het leven en de gezondheid.

QLP-Y:

Quality of Life Pain-Youth. Deze meet de kwaliteit van leven. Het is een aangepaste versie van de QLH-Y. Het meet de impact van chronische pijn op dagelijks functioneren wat betreft psychologisch functioneren, sociaal functioneren, somatisch (lichamelijk) functioneren, functionele status en tevredenheid met het leven en de gezondheid.

RAND-36:

Deze vragenlijst meet de kwaliteit van leven. Het bestaat uit 36 items geclusterd in acht onderwerpen: fysiek functioneren, sociaal functioneren, functiebeperkingen door fysieke problemen, functiebeperkingen door emotionele problemen, mentale gezondheid, vitaliteit, pijn en perceptie van algemene gezondheid.

RD:

Reading Disorder.

Response inhibition:

De bekwaamheid van een kind om niet op een stimulus te reageren, wanneer gevraagd wordt om niet te reageren.

Role Functioning Behaviour (RB):

Beperkingen in school, werk of activiteiten met vrienden door gedragsproblemen.

RYM:

Rotterdam Youth Health Monitor.

SCARED questionnaire:

Dit is een vragenlijst die ingevuld kan worden door het kind/adolescent zelf, en vijf angststoornissen meet: Gegeneraliseerde angststoornis (GAD), paniekstoornis (PD), schoolangst (SA), scheidingsangst stoornis (SAD) en sociale fobie (SP).

SCAS:

Spence Children's Anxiety Scale. Deze meet de frequentie van angstsymptomen bij kinderen.

School Perception Questionnaire:

Deze vragenlijst meet het functioneren van het kind op school. Het bevat vragen over ontvankelijkheid van de invloed van de leraar, verveling op school, zelfbeeld, motivatie om doelen te bereiken en controle van agressie.

School Vragenlijst:

Deze vragenlijst bestaat uit de schalen motivatie, zelfbeeld en welzijn op school.

SCICA:

Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents.

SCL-90:

Symptom Checklist. Deze meet symptomen van depressie.

SDIC:

Short Depression Inventory for Children.

SDS:

Zung Self-rating Depression Scale. Deze bepaalt de aanwezigheid van depressieve symptomen.

SDQ:

Strengths and Difficulties Questionnaire. Deze vragenlijst stelt vragen over de psychosociale gezondheid van het kind of de adolescent, met vragen over emotionele problemen, gedragsproblemen, ADHD, problemen met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag.

SF36:

Chalder Fatigue Scale. Deze meet de functionele beperkingen bij vermoeidheid.

SF-HLQ:

Short Form of the Health and Labour Questionnaire.

Skinex-29:

Deze vragenlijst bepaalt de invloed van een huidziekte op de kwaliteit van leven.

Social Support Questionnaire for Children:

Deze vragenlijst meet de kwaliteit en kwantiteit van emotionele steun (zes vragen) en informatiele steun (twee vragen).

SPM:

Standard Progressive Matrices. Deze meet de intelligentie van een kind.

SPPA:

Self-Perception Profile for Adolescents. Deze bepaalt het functioneren van een adolescent. Het bevat de onderwerpen bekwaamheid op school, sociale acceptatie, atletische bekwaamheid, uiterlijk, liefde, gedrag en geweten, vriendschappen en eigenwaarde.

SPPC:

Self-Perception Profile for Children. Deze bepaalt de perceptie van het kind over eigenwaarde en competenties. Het bevat de onderwerpen schoolse competenties, sociale acceptatie, atletische competenties, uiterlijk, gedrag en eigenwaarde.

STAIC:

State/Trait Anxiety Inventory for Children. Deze test bepaalt de angstigheid van het kind.

Stress and Coping Questionnaire for Children-school version:

Deze vragenlijst bestaat uit vier situatiebeschrijvingen die relateren aan de twee belangrijkste oorzaken van stress op school, namelijk problemen met schoolwerk en afwijzing door medescholieren. Kinderen worden gevraagd hoe vaak deze vier situaties voorkomen tijdens een schooljaar.

Subjective disease-specific questionnaire:

Deze vragenlijst bestaat uit 24 retrospectieve vragen over atopische dermatitis-gerelateerde consequenties gedurende de basis- en middelbareschooltijd. De vragen gaan over de psychosociale impact en de lichamelijke impact van de atopische dermatitis.

TAPQOL:

TNO-AZL Preschool Children Quality of Life questionnaire. Dit is een gevalideerde gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven-vragenlijst, speciaal ontwikkeld voor kinderen die nog niet naar school gaan. Het bestaat uit vragen over fysiek functioneren, sociaal functioneren, cognitief functioneren, emotioneel functioneren, motorfunctioneren en communicatie.

TAS-20:

Toronto Alexithymia Scale. Deze bepaalt of een adolescent alexithymie heeft. Het bestaat uit de onderwerpen moeilijkheden met identificeren van gevoelens, moeilijkheden met het uiten van gevoelens en denken gericht op externe realiteit.

TiC-P:

Trimbos and iMTA questionnaire on Costs associated with Psychiatric illness.

TRAILS:

The Tracking Adolescents' Individual Lives Survey. Dit is een prospectieve cohortstudie van Nederlandse (pre-)adolescenten, met als doel het in kaart brengen van de ontwikkeling van mentale gezondheid van pre-adolescentie tot volwassenheid. Dit onderzoek is gestart in 2001.

TRF:

Teacher Report Form. Deze bepaalt het gedrag van het kind en wordt ingevuld door leraren.

VAS:

Visual Analogue Scale. Hiermee wordt de pijnintensiteit en -frequentie gemeten. Het bestaat uit een 100 mm lange lijn met aan de ene kant 'geen pijn' en aan de andere kant 'de ergste pijn die je je kunt voorstellen'. De deelnemer moet op deze lijn aangeven hoe erg de pijn is.

Visuospatial working memory:

De mate waarin een kind kan onthouden.

WHQ:

Waters' Headache Questionnaire. Dit is een vragenlijst waarmee de ernst van de hoofdpijn wordt vastgesteld. Hierbij wordt o.a. gebruikgemaakt van de VAS.

YABCL:

Young-Adult Behaviour Checklist. Deze meet gedragsproblemen en emotionele problemen bij jongvolwassenen en wordt door de ouders ingevuld.

YASR:

Young-Adult Self-Report. Deze meet gedragsproblemen en emotionele problemen bij jongvolwassenen en wordt door de jongvolwassene zelf ingevuld.

YSR:

Youth Self-Report. Dit is ongeveer hetzelfde als de CBCL, maar dan voor zelfrapportage door adolescenten. Het onderdeel 'bekwaamheid' van de YSR bevat de onderwerpen: type, mate en kwaliteit van participatie in recreatieve en sociale activiteiten. Het onderdeel 'gedragsproblemen' bevat vragen over internaliserende problemen (terugtrekken, somatische klachten, angstig en depressief gedrag, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen) en externaliserende problemen (delinquent gedrag en agressief gedrag).

Bijlage 7 Literatuurlijst

Deze literatuurlijst bevat alle publicaties waarnaar wordt verwezen in het rapport 'Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland - Omvang en gevolgen geïnventariseerd' (inclusief de publicaties waarnaar wel wordt verwezen in het rapport maar niet in de bijlagen).

1. Mokkink LB, van der Lee JH, Grootenhuis MA, Offringa M, van Praag BMS, Heymans HS. Omvang en gevolgen van chronische aandoeningen bij kinderen. Amsterdam: Emma kinderziekenhuis AMC, 2006.
2. Brand PL. Chronisch en ernstig gebrek aan gegevens over chronische aandoeningen bij Nederlandse kinderen. Ned Tijdschr Geneeskd 2007; 151(22):1222-4.
3. van der Linden MW, Suijlekom-Smit LWA, Schellevis FG, van der Wouden JC. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Het kind in de huisartsenpraktijk. Utrecht, Rotterdam: NIVEL, Erasmus MC, 2005.
4. Nivel. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: correctietabel prevalenties het kind in de huisartspraktijk [Web Page]. www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=4823; (website geraadpleegd 28 November 2010).
5. Hoeymans N, Schellevis FC, Wolters I. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2008.
6. Van Dorsselaer S, Zeijl E, Van den Eeckhout S, ter Bogt T, Vollebergh W. HBSC 2005, Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
7. Verloove-Vanhorick SP. Gezondheidsraadlezing 2007. Jeugd, gezondheid en levensloop. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.
8. Schrijvers CTM, Schoemaker CG. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2008; RIVM rapport 270232001.
9. Gezondheidsraad. Raad voor gezondheidsonderzoek. Kind en ziekte: onderzoek voor gezondheid. Vol. RGO nr. 62. Den Haag: Gezondheidsraad, 2010.

10. CBS. Gezondheid en zorg in cijfers 2008. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2008.
11. CBS. Jaarrapport 2009 Landelijke jeugdmonitor. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009.
12. Harbers MM, van der Wilk EA, Kramers PGN, Kuunders MMAP, Verschuren M, Eliyahu M, Achterberg PW. Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2008; RIVM rapport 270051011.
13. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320(7244):1240-3.
14. CMR. Continue Morbiditeits Registratie. Nijmegen: UMC St. Radboud, afdeling huisartsgeneeskunde, 2008.
15. Scholtens S, Brunekreef B, Visscher TL, Smit HA, Kerkhof M, de Jongste JC, Gerritsen J, Wijga AH. Reported versus measured body weight and height of 4-year-old children and the prevalence of overweight. *Eur J Public Health* 2007; 17 (4):369-74.
16. Verheij RA, van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, van den Hoogen H, Braspenning J, van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009.
17. van den Dungen C, Hoeymans N, Gijsen R, van den Akker M, Boesten J, Brouwer H, Smeets H, van der Veen WJ, Verheij R, de Waal M, Schellevis F, Westert G. What factors explain the differences in morbidity estimations among general practice registration networks in the Netherlands? A first analysis. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 Suppl 1:53-62.
18. CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek, Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) enquête, www.statline.cbs.nl (website geraadpleegd juli 2010).
19. ter Bogt T, van Dorsselaer S, Vollebergh W. HBSC. Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
20. Ocké MC, van Rossum CTM, Fransen HP, Buurma EJM, de Boer EJ, Brants HAM, Niekerk EM, van der Laan JD, Drijvers JJMM, Ghameshlou Z. Voedselconsumptiepeiling bij peuters en kleuters 2005/2006. Bilthoven: Rijksinstituut

voor Volksgezondheid en Milieu, 2008; RIVM rapport 350070001.

21. Scholtens S, Wijga AH, Seidell JC, Brunekreef B, de Jongste JC, Gehring U, Postma DS, Kerkhof M, Smit HA. Overweight and changes in weight status during childhood in relation to asthma symptoms at 8 years of age. *J Allergy Clin Immunol.* 2009; 123(6):1312-8.
22. van de Ven MO, van den Eijnden RJ, Engels RC. Atopic diseases and related risk factors among Dutch adolescents. *Eur J Public Health* 2006; 16(5):549-58.
23. ter Wolbeek M, van Doornen LJ, Kavelaars A, Heijnen CJ. Severe fatigue in adolescents: a common phenomenon? *Pediatrics* 2006; 117(6):e1078-86.
24. NSWO. Persmap NSWO Nationale Slaapdag 2008. Slaapstoornissen bij kinderen. Eindhoven: Nederlandse Vereniging voor Slaap- en Waak Onderzoek, 2008.
25. van den Hurk K, van Dommelen P, van Buuren S, Verkerk PH, Hirasing RA. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003, compared to 1980 and 1997. *Arch Dis Child* 2007; 92(11):992-5.
26. GGD Hart voor Brabant. Brabantse Jeugdmonitor 2007 Enquête 12 t/m 18-jarigen, regio Hart voor Brabant. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, 2008.
27. Bruijnzeels MA, van Suijlekom-Smit L, van der Velden J, van der Wouden JC. Het kind bij de huisarts: Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Rotterdam, Utrecht: ErasmusMC, NIVEL, 1993.
28. TNO. Factsheet resultaten Vijfde landelijke Groeistudie TNO. <http://www.tno.nl/downloads/20100608%20Resultaten%20Vijfde%20Landelijke%20Groeistudie.pdf> (website geraadpleegd oktober 2010).
29. Dunnink G, Lijs-Spek W. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Centrum Jeugdgezondheid, 2008; RIVM Rapport 295001001.
30. van der Wal MF, Diepenmaat ACM. Psychosociale gezondheid van kinderen in groep 7 en 8 van de basisschool. Peiling Jeugdgezondheidszorg 2000/2001. Amsterdam: GG&GD, cluster EDG, 2002.
31. van Vuuren CL. Monitor Jeugdgezondheidszorg (JGZ) Amsterdam 2005. Een monitor in ontwikkeling. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

32. GGD Amsterdam. Jeugdgezondheidsmonitor Amsterdam. Factsheet gezondheid, welzijn en leefstijl van leerlingen in de tweede klas V.O. A'dam Schooljaar 2005/2006 & 2006/2007. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2008.
33. Meertens Y, van Duijnhoven M. Jeugdmonitor 0-11-jarigen 2008-2009. Kernpunten GGD-Regio Zuidoost-Brabant. Helmond: GGD-regio Zuidoost-Brabant, 2009.
34. GGD-regio's Noord-Brabant. Jeugdmonitor 12 t/m 18 jaar 2007. Data internet. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, 2008.
35. de Wilde JA, Middelkoop BJC, van Buuren S, Verkerk PH. Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Epidemiologisch Bulletin. GGD Den Haag, Dienst Onderwijs Cultuur En Welzijn, Den Haag: GGD Den Haag 2003; 38(4).
36. Hendriks U, van Zanden N, Bos C. Jeugd in Drenthe. Gezondheid en leefgewoonten. GGD Drenthe, Assen: B.O. & V.O., 2006.
37. Bos C., van Zanden N, van der Neut-Noordenburg A. Overgewicht in Drenthe. Assen: GGD Drenthe, 2004.
38. Wijburg W, van Dijken S. Jongeren in 't vizier. Jongerenenquête 2006/2007 Flevoland. Jongeren 12-18 jaar. 2008.
39. GGD Fryslân. Gezondheid in Friesland. Jeugd. Registratie jeugdgezondheidszorg. Leeuwarden: GGD Fryslân, 2006.
40. GGD Fryslân. IKP jeugdmonitor. Leeuwarden: GGD Fryslân, 2008.
41. GGD Gidz. Jeugdmonitor Gelderland 2005, Gelderse jeugdmonitor, E-MOVO 2003. www.ggdgidz.nl (website geraadpleegd maart 2008).
42. Rexwinkel H, de Jong N, Dezentjé J, Ekelmans M, Joosten J. Gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren. Regio Gelderland Midden. Resultaten van het E-MOVO-onderzoek 2007. Arnhem: GGD Hulpverlening Gelderland Midden, 2008.
43. Baltissen A, Bleeker S, Borsboom S, Schiltman R, Schoot Uiterkamp L, Spauwen M. Gezondheidsmonitor Kinderen. Regiorapport IJssel-Vecht. Gezondheid, ontwikkeling en vrijetijdsbesteding van kinderen van 0-12 jaar. Zwolle: GGD IJsselland, 2006.
44. GGD Gelre-IJssel. Gezondheid en leefstijl van jongeren in de regio Gelre-IJssel. Resultaten E-MOVO 2007. Apeldoorn: GGD Gelre-IJssel, 2008.

45. Acker van MB. Gezondheid, welzijn en leefstijl van leerlingen in de regio Gooi en Vechtstreek. Resultaten van het E-MOVO-onderzoek naar gezondheid, welzijn en leefstijl onder tweede- en vierdeklassers van het voortgezet onderwijs. Bussum: GGD Gooi- en Vechtstreek, Afdeling Gezondheidsbevordering, Beleid en Onderzoek (GBO), 2006.
46. de Haan F, Hendriks U, Spijkers E, Broer J. Jongeren in Groningen. Resultaten van de Jeugdgezondheidsenquête 2008-2009. Groningen: GGD Groningen, 2009.
47. Spijkers E, Hendriks U. Jongeren in Groningen 2004. Resultaten van de GGD-Jeugdgezondheidsenquête. Groningen: GGD Hulpverleningsdienst Groningen, 2004.
48. GGD Noord-Brabant. Jeugdenquête 2008, Gezondheid telt. Kernbevindingen 0-11-jarigen. GGD Hart voor Brabant, 2009.
49. GGD Hart voor Brabant. Brabantse jeugdmonitor. Enquête 0-11-jarigen. Tabellenboek Provincie Noord Brabant. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, 2006.
50. van Bon Martens MJH, Anzion ETM, Mosterd FR, Mathijssen JJP. Jeugd 2000, Psychosociale gezondheid van 12-18-jarigen in de regio Brabant-Noordoost. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, 2001.
51. GGD Hollands Midden. Monitor Jeugd. Factsheet 7: Ervaren en lichamelijke gezondheid. Monitor Jeugdgezondheid 4-12 jaar 2006. Gezondheidsmonitor Midden-Holland. Gouda: GGD Hollands Midden, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Beleid & Ondersteuning, 2008.
52. GGD Hollands Midden. Monitor Jeugd. Factsheet 3: Overgewicht bij kinderen van 5 t/m 15 jaar in Midden-Nederland. Gezondheidsmonitor Midden-Holland. Gouda: GGD Hollands Midden, 2006.
53. Bot M, Adriaensens L, Boom CLAJ, Huitinck MJH. Jeugdenquête 0-12 jaar Kop van Noord-Holland 2007. Schagen: GGD Hollands Noorden, sector GBO, 2008.
54. Bot M, Adriaensens L, Boom CLAJ, Breebaart G. Jeugdenquête 0-12 jaar West-Friesland 2007. Schagen: GGD Hollands Noorden, sector GBO, 2008.
55. Heemskerk M, Waardenburg C. Jeugdenquête 0-4 jaar 2007 Noord-Kennemerland. Schagen: GGD Hollands Noorden, sector GBO, 2008.
56. de Leeuw-den Bouter JE. E-MOVO: Regiorapport. GGD Kop van

Noord-Holland. Schagen: GGD Hollands Noorden, 2006.

57. Venemans A. E-MOVO Noord-Kennemerland 2005. Een jongerenonderzoek onder leerlingen van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs. Schagen: GGD Noord-Kennemerland, 2006.
58. GGD Noord- en Midden-Limburg. Infokaart Psychosociale problematiek jongeren. Venlo: GGD Noord- en Midden-Limburg, 2005.
59. GGD Noord- en Midden-Limburg. Infokaart Jeugd en overgewicht. Venlo: GGD Noord- en Midden-Limburg, 2007.
60. Bun C. Resultaten scholierenonderzoek 2002/2003. Cijfers per gemeente en achtergrondinformatie. Zeist: GGD Midden Nederland, Afdeling Voorlichting en Onderzoek, 2008.
61. GGD Eemland. Gezondheid van de jeugd in Eemland: Prestatiegegevens en bevindingen van de jeugdgezondheidszorg in het schooljaar 2005-2006. Amersfoort: GGD Eemland, 2006.
62. Bun C, Schütz F. Hoe gezond is en leeft de jeugd in de regio Midden-Nederland. Bevindingen van de jeugdgezondheidszorg schooljaar 2006-2007. Zeist: GGD Midden-Nederland, 2008.
63. GGD Regio Nijmegen. E-MOVO 2007/2008 Gezondheid, welzijn en leefwijze van jongeren in de regio Nijmegen. Resultaten van E-MOVO 2007-2008 13-16-jarigen. Nijmegen: GGD Nijmegen, 2008.
64. van der Star M. Jeugd in beeld: Overgewicht bij jeugd in de regio Nijmegen. Gegevens over 5-, 10-11 en 12-13-jarigen. Nijmegen: GGD Regio Nijmegen, Afdeling Beleid Epidemiologie Gezondheidsbevordering en Informatie, 2005.
65. GGD Hart voor Brabant. Jeugdmonitor 2003. 12-17-jarigen. Provincie Noord-Brabant met uitzondering van Eindhoven en 's-Hertogenbosch. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, 2004.
66. GGD Twente. Gezondheid welzijn en leefstijl van jongeren in Twente 2007 (E-MOVO). Enschede: GGD Twente, 2008.
67. GGD regio Twente TiB. Verschil overgewicht cijfers 2006, 2007 en 2008.
68. Soeterboek S, Mureau J. Leefstijl en gezondheid van jongeren in de regio Rivierenland 2004. Resultaten van het E-MOVO-onderzoek naar gezondheid, welzijn en leefstijl onder leerlingen van de tweede en vierde klas. Tiel:

GGD Rivierenland, 2004.

69. GGD Rivierenland. Hoe gezond zijn jongeren in Rivierenland? Samenvatting resultaten leerlingen Voortgezet Onderwijs in 2007-2008. Tiel: GGD Rivierenland, 2008.
70. Gemeente Schiedam. Jeugdmonitor 2006, Grotestedenbeleid Schiedam. Schiedam: Team Onderzoek & Statistiek, 2007.
71. van Buren L, den Dikken J, Dommissie-van Berkel A, Goldschmeding J, Jansen W, van de Looij-Jansen P, van Veelen J, van Veelen-Dieleman N. Jeugdmonitor Rotterdam. Rapportage gemeente Rotterdam 2008. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008.
72. Toet J, Bams K, van Ameijden E. Brugklassers en derdeklassers voortgezet onderwijs. Schooljaar 2006-2007. Utrecht: Gemeente Utrecht, GG&GD en Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, 2008.
73. Snel Bareman R. Gezondheidssituatie 0-11-jarigen in West-Brabant. GGD West-Brabant, 2009.
74. GGD Brabant. Uitdraai gezondheidsatlas. Jeugdmonitor 12 t/m 18 jaar, 2007 GGD-regio's Noord-Brabant. 2007.
75. Plevier C, Mulder M. Factsheet 2: Psychische gezondheid en sociale omgeving. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland, afdeling Beleid en Onderzoek, 2004.
76. Plevier C, Mulder M. Factsheet 1: Lichamelijke gezondheid. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland, afdeling Beleid en Onderzoek, 2004.
77. de Bruijne L, Smit A. Themarapport Gezondheid Voorgezet Onderwijs, Jeugdmonitor Zeeland 2007. Middelburg: GGD Zeeland & Scoop, 2007.
78. de Bruijne L. Infokaart Jeugd 2008. Overgewicht. Goes: GGD Zeeland, 2009.
79. GGD Zeeland. Enquête Jeugdmonitor Zeeland. GGD Gezondheidsatlas voor regio Noord-Brabant en Zeeland. Goes: GGD Zeeland, 2004.
80. Hajema KJ. Epidemiologische gegevens voor lokaal gezondheidsbeleid in Zuid-Limburg. Geleen: GGD Zuid-Limburg, 2007.
81. Hajema KJ. Overgewicht in Oostelijk Zuid-Limburg. Heerlen: GGD Oostelijk Zuid-Limburg, 2005.
82. GGD Zuid-Holland West. Kindonderzoek 2006 leeftijd 0-11 jaar. Factsheet: Lichamelijke gezondheid. Zoetermeer: GGD

Zuid-Holland West, 2008.

83. GGD Zuid-Holland West. Jongerenonderzoek 2005 jeugd 12-18 jaar. Factsheets: Lichamelijke gezondheid en Voeding en gewicht. Zoetermeer: GGD Zuid-Holland West, 2006.
84. GGD Zuid-Holland West. Factsheet Overgewicht. Jeugdgezondheidszorg kinderen groep 2 en 7 B.O. & klas 2 V.O in schooljaar 2003/2004. Zoetermeer: GGD Zuid-Holland West, 2005.
85. Joosten-van Zwanenburg E. Veilig opgroeien en gezondheid van jongeren in Dordrecht, resultaten jeugdmonitor 2008 bij 12-18-jarigen. Dordrecht: GGD Zuid-Holland Zuid, 2009.
86. GGD Zuid-Hollandse Eilanden. Monitor jeugd. Spijkenisse: GGD Zuid-Hollandse Eilanden, 2005.
87. Bruijnzeels MA, Foets M, van der Wouden JC, van den Heuvel WJ, Prins A. Everyday symptoms in childhood: occurrence and general practitioner consultation rates. Br J Gen Pract 1998; 48(426):880-4.
88. Hirasing RA, Aardoom HA, van den Heuvel EW, Sanavro FL, Leeuwenburg J. [Prevalence of chronic diseases in school children reported by their parents]. Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139(18):934-8.
89. van der Linden MW, Westert GP, de Bakker DH, Schellevis FG. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 2003.
90. Fredriks AM, Van Buuren S, Sing RA, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Alarming prevalences of overweight and obesity for children of Turkish, Moroccan and Dutch origin in The Netherlands according to international standards. Acta Paediatr 2005; 94(4):496-8.
91. van der Linden H, Droomers M, Westert G. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht: NIVEL RIVM, 2004; RIVM Rapport 9069056518.
92. Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. Den Haag/Leiden: SCP/TNO-Kwaliteit van leven, 2005.
93. Terpstra JS, Sanavro FL, Leeuwenburg J. Gezondheidsmonitor 2006. Dordrecht: GGD Zuid-Holland Zuid, 2006.

94. Meertens Y, Duijnhoven Mv. Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen 2008-2009. Kernpunten GGD regio Zuidoost-Brabant. Helmond: GGD regio Zuidoost-Brabant, 2009.
95. Mathijssen J, Jeeninga W. Brabantse Jeugdmonitor. Enquête 0-t/m 11-jarigen. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, afdeling Gezondheidsbevordering, 2006.
96. Hakkaart-van Roijen L, Zwirs BW, Bouwmans C, Tan SS, Schulpen TW, Vlasveld L, Buitelaar JK. Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16(5):316-26.
97. Nijmeijer JS, Hoekstra PJ, Minderaa RB, Buitelaar JK, Altink ME, Buschgens CJ, Fliers EA, Rommelse NN, Sergeant JA, Hartman CA. PDD symptoms in ADHD, an independent familial trait? *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37(3):443-53.
98. Oosterlaan J, Scheres A, Sergeant JA. Which executive functioning deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid AD/HD+ODD/CD? *J Abnorm Child Psychol* 2005; 33(1):69-85.
99. Kalff AC, Hendriksen JG, Kroes M, Vles JS, Steyaert J, Feron FJ, van Zeben TM, Jolles J. Neurocognitive performance of 5- and 6-year-old children who met criteria for attention deficit/hyperactivity disorder at 18 months follow-up: results from a prospective population study. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30(6):589-98.
100. Flapper BC, Houwen S, Schoemaker MM. Fine motor skills and effects of methylphenidate in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48(3):165-9.
101. Aardoom HA, Hirasing RA, Rona RJ, Sanavro FL, van den Heuvel EW, Leeuwenburg J. Food intolerance (food hypersensitivity) and chronic complaints in children: the parents' perception. *Eur J Pediatr* 1997; 156(2):110-2.
102. Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke A, Beuker RJ, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP. Prevalence of self-reported food hypersensitivity among school children in The Netherlands. *Eur J Clin Nutr* 1998; 52(8):577-81.
103. Flokstra-de Blok BM, Dubois AE, Vlieg-Boerstra BJ, Dubois AE, Vlieg-Boerstra BJ, Oude Elberink JN, Raat H, DunnGalvin A, Hourihane JO, Duiverman EJ. Health-related quality of life of food allergic patients: comparison with the general population and other diseases. *Allergy* 2010; 65(2):238-44.

104. Hak E, Rovers MM, Sachs AP, Stalman WA, Verheij TJ. Is asthma in 2-12 year-old children associated with physician-attended recurrent upper respiratory tract infections? *Eur J Epidemiol* 2003; 18(9):899-902.
105. Eijkemans M, Mommers M, de Vries SI, van Buuren S, Stafleu A, Bakker I, Thijs C. Asthmatic symptoms, physical activity, and overweight in young children: a cohort study. *Pediatrics* 2008; 121(3):e666-72.
106. van Gent R, van Essen LE, Rovers MM, Kimpen JL, van der Ent CK, de Meer G. Quality of life in children with undiagnosed and diagnosed asthma. *Eur J Pediatr* 2007; 166(8):843-8.
107. van Gent R, van der Ent CK, Rovers MM, Kimpen JL, van Essen-Zandvliet LE, de Meer G. Excessive body weight is associated with additional loss of quality of life in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119(3):591-6.
108. Mohangoo AD, Essink-Bot ML, Juniper EF, Moll HA, de Koning HJ, Raat H. Health-related quality of life in preschool children with wheezing and dyspnea: preliminary results from a random general population sample. *Qual Life Res* 2005; 14(8):1931-6.
109. Oostenbrink R, Jansingh-Piepers EM, Raat H, Nuijsink M, Landgraf JM, Essink-Bot ML, Moll HA. Health-related quality of life of pre-school children with wheezing illness. *Pediatr Pulmonol* 2006; 41(10):993-1000.
110. Peeters Y, Boersma SN, Koopman HM. Predictors of quality of life: a quantitative investigation of the stress-coping model in children with asthma. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:24.
111. van de Ven MO, Engels RC, Sawyer SM, Otten R, Van Den Eijnden RJ. The role of coping strategies in quality of life of adolescents with asthma. *Qual Life Res* 2007; 16(4):625-34.
112. Mohangoo AD, de Koning HJ, Mangunkusumo RT, Raat H. Health-related quality of life in adolescents with wheezing attacks. *J Adolesc Health* 2007; 41(5):464-71.
113. Kelder A. *Jeugd & Astma Monitor voor de 21e eeuw; een onderzoek naar meetinstrumenten voor de kwaliteit van leven van jongeren met astma*. Twente: Universiteit Twente, 2007.
114. Mohangoo AD, de Koning HJ, Hafkamp-de Groen E, van der Wouden JC, Jaddoe VW, Moll HA, Hofman A, Mackenbach JP, de Jongste JC, Raat H. A comparison of

parent-reported wheezing or shortness of breath among infants as assessed by questionnaire and physician-interview: The Generation R study. *Pediatr Pulmonol* 2010; 45:500-7.

115. Röder I, Kroonenberg PM, Boekaerts M. Psychosocial functioning and stress-processing of children with asthma in the school context: differences and similarities with children without asthma. *J Asthma* 2003; 40(7):777-87.
116. Röder I. Stress in children with asthma. Coping and social support in the school context. Leiden: Leiden University, 2000.
117. van Gent R, van der Ent CK, van Essen-Zandvliet LE, Rovers MM, Kimpen JC, de Meer G, Klijn PM. No differences in physical activity in (un)diagnosed asthma and healthy controls. *Pediatr Pulmonol* 2007; 42(11):1018-23.
118. Vonk JM, Postma DS, Boezen HM, Grol MH, Schouten JP, Koeter GH, Gerritsen J. Childhood factors associated with asthma remission after 30 year follow up. *Thorax* 2004; 59(11):925-9.
119. Roorda RJ, Gerritsen J, Van Aalderen WM, Schouten JP, Veltman JC, Weiss ST, Knol K. Follow-up of asthma from childhood to adulthood: influence of potential childhood risk factors on the outcome of pulmonary function and bronchial responsiveness in adulthood. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 93(3):575-84.
120. Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP. School absence and treatment in school children with respiratory symptoms in The Netherlands: data from the Child Health Monitoring System. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(6):359-63.
121. Orbon KH, van der Gulden JW, Schermer TR, van den Nieuwenhof L, Boot CR, van den Hoogen H, van Weel C, Folgering HT. Vocational and working career of asthmatic adolescents is only slightly affected. *Respir Med* 2006; 100(7):1163-73.
122. Janssens KA, Rosmalen JG, Ormel J, Van Oort FV, Oldehinkel AJ. Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: The TRAILS study. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51(304-12).
123. Bosch NM, Riese H, Dietrich A, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Preadolescents' somatic and cognitive-affective depressive symptoms are differentially related to cardiac autonomic function and cortisol: the TRAILS study. *Psychosom Med* 2009; 71(9):944-50.

124. Hale III WW, Raaijmakers QA, Muris P, van Hoof A, Meeus WH. One factor or two parallel processes? Comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorder symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50(10):1218-26.
125. Diepenmaat AC, van der Wal MF, de Vet HC, Hirasing RA. Neck/shoulder, low back, and arm pain in relation to computer use, physical activity, stress, and depression among Dutch adolescents. *Pediatrics* 2006; 117(2):412-6.
126. Huizink AC, Ferdinand RF, van der Ende J, Verhulst FC. Symptoms of anxiety and depression in childhood and use of MDMA: prospective, population based study. *BMJ* 2006; 332(7545):825-8.
127. Engels RC, Hale III WW, Noom M, de Vries H. Self-efficacy and emotional adjustments as precursors of smoking in early adolescence. *Subst Use Misuse* 2005; 40(12):1883-93.
128. Dekker MC, Ferdinand RF, van Lang ND, Bongers IL, van der Ende J, Verhulst FC. Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48(7):657-66.
129. Roza SJ, Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14 year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry* 2003; 160(12):2116-21.
130. Oldehinkel AJ, Rosmalen JG, Veenstra R, Dijkstra JK, Ormel J. Being admired or being liked: classroom social status and depressive problems in early adolescent girls and boys. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35(3):417-27.
131. Buitelaar JK, van Andel H, Duyx JH, van Strien DC. Depressive and anxiety disorders in adolescence: a follow-up study of adolescents with school refusal. *Acta Paedopsychiatr* 1994; 56(4):249-53.
132. Brenninkmeijer EE, Legierse CM, Sillevs Smitt JH, Last BF, Grootenhuis MA, Bos JD. The course of life of patients with childhood atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2009; 26(1):14-22.
133. Wever-Hess J, Kouwenberg JM, Duiverman EJ, Hermans J, Wever AM. Prognostic characteristics of asthma diagnosis in early childhood in clinical practice. *Acta Paediatr* 1999; 88(8):827-34.

134. Aarden JM, Mulder PGH, Oranje AP. Vijfjaars na-onderzoek bij kindereczeem. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 62(6):269-72.
135. Roorda RJ, Gerritsen J, van Aalderen WM, Knol K. Influence of a positive family history and associated allergic diseases on the natural course of asthma. Clin Exp Allergy 1992; 22(6):627-34.
136. Kolnaar BG, Folgering H, van den Hoogen HJ, van Weel C. Asymptomatic bronchial hyperresponsiveness in adolescents and young adults. Eur Respir J 1997; 10(1):44-50.
137. Bandell-Hoekstra IE, Abu-Saad HH, Passchier J, Frederiks CM, Feron FJ, Knipschild P. Prevalence and characteristics of headache in Dutch schoolchildren. Eur J Pain 2001; 5(2):145-53.
138. Versluis R, Brouwer OF. Hoofdpijn bij kinderen; een follow-up-onderzoek. Tijdschrift Kindergeneeskunde 1995; 63(4):141-3.
139. Bruijn J, Arts WF, Duivenvoorden H, Dijkstra N, Raat H, Passchier J. Quality of life in children with primary headache in a general hospital. Cephalalgia 2009; 29(6):624-30.
140. Massey EK, Garnefski N, Gebhardt WA. Goal frustration, coping and well-being in the context of adolescent headache: a self-regulation approach. Eur J Pain 2009; 13(9):977-84.
141. Bandell-Hoekstra IE, Abu-Saad HH, Passchier J, Frederiks CM, Feron FJ, Knipschild P. Coping and Quality of Life in relation to headache in Dutch schoolchildren. Eur J Pain 2002; 6(4):315-21.
142. Hunfeld JA, Passchier J, Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, van Suijlekom-Smit LW, van der Wouden JC. Quality of life in adolescents with chronic pain in the head or at other locations. Cephalalgia 2001; 21(3):201-6.
143. Langeveld JH, Koot HM, Passchier J. Headache intensity and quality of life in adolescents. How are changes in headache intensity in adolescents related to changes in experienced quality of life? Headache 1997; 37(1):37-42.
144. Konijnenberg AY, de Graeff-Meeder ER, van der Hoeven J, Kimpen JL, Buitelaar JK, Uiterwaal CS. Psychiatric morbidity in children with medically unexplained chronic pain: diagnosis from the pediatrician's perspective. Pediatrics 2006; 117(3):889-97.

145. Konijnenberg AY, Uiterwaal CS, Kimpen JL, van der Hoeven J, Buitelaar JK, de Graeff-Meeder ER. Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life. *Arch Dis Child* 2005; 90(7):680-6.
146. Wiendels NJ, van der Geest MC, Neven AK, Ferrari MD, Laan LA. Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache* 2005; 45(6):678-83.
147. Bongers ME, van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA. Health Related Quality of Life in Children with Constipation-Associated Fecal Incontinence. *J Pediatr* 2009.
148. Bongers ME, Benninga MA, Maurice-Stam H, Grootenhuis MA. Health-related quality of life in young adults with symptoms of constipation continuing from childhood into adulthood. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:20.
149. Benninga MA, Voskuijl WP, Akkerhuis GW, Taminiau JA, Buller HA. Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. *Arch Dis Child* 2004; 89(1):13-6.
150. van Ginkel R, Reitsema JB, Buller HA, van Wijk MP, Taminiau JA, Benninga MA. Childhood constipation: longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterology* 2003; 125(2):357-63.
151. van den Berg MM, van Rossum CH, de Lorijn F, Reitsma JB, Di Lorenzo C, Benninga MA. Functional constipation in infants: a follow-up study. *J Pediatr* 2005; 147(5):700-4.
152. Keuzenkamp-Jansen CW, Fijnvandraat CJ, Kneepkens CM, Douwes AC. Diagnostic dilemmas and results of treatment for chronic constipation. *Arch Dis Child* 1996; 75(1):36-41.
153. Langens F, Dapper T, Nuboer R, van Weel C, van Binsbergen J. Co-morbidity obese children in family practice in The Netherlands: the results of a pilot study. *Fam Pract* 2008; 25(Suppl 1:i):75-8.
154. Ferreira I, Twisk JW, van Mechelen W, Kemper HC, Seidell JC, Stehouwer CD. Current and adolescent body fatness and fat distribution: relationships with carotid intima-media thickness and large artery stiffness at the age of 36 years. *J Hypertens* 2004; 22(1):145-55.
155. Wijga AH, Scholtens S, Bemelmans WJ, de Jongste JC, Kerkhof M, Schipper M, Sanders EA, Gerritsen J, Brunekreef B, Smit HA. Comorbidities of obesity in school children: a cross-sectional study in the PIAMA birth cohort. *BMC Public Health* 2010; 10:184.

156. de Beer M, Hofsteenge GH, Koot HM, Hirasing RA, Delemarre-van de Waal HA, Gemke RJ. Health-related-quality-of-life in obese adolescents is decreased and inversely related to BMI. *Acta Paediatr* 2007; 96(5):710-4.
157. Stradmeijer M, Bosch J, Koops W, Seidell J. Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *Int J Eat Disord* 2000; 27(1):110-4.
158. ter Bogt TF, van Dorsselaer SA, Monshouwer K, Verdurmen JE, Engels RC, Vollebergh WA. Body mass index and body weight perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behavior among adolescents. *J Adolesc Health* 2006; 39(1):27-34.
159. Drukker M, Wojciechowski F, Feron FJ, Mengelers R, van Os J. A community study of psychosocial functioning and weight in young children and adolescents. *Int J Pediatr Obes* 2009; 4(2):91-7.
160. Jansen W, van de Looij-Jansen PM, de Wilde EJ, Brug J. Feeling fat rather than being fat may be associated with psychological well-being in young dutch adolescents. *J Adolesc Health* 2008; 42(2):128-36.
161. Van Wijnen LGC, Boluijt PR, Hoeven-Mulder HB, Bemelmans WJE, Wendel-Vos WGC. Weight status and its association with psychological health, suicidal thoughts and suicide attempts in Dutch adolescents: results from the 2003 E-MOVO project. 2009.
162. Krul M, van der Wouden JC, Schellevis FG, van Suijlekom-Smit LW, Koes BW. Musculoskeletal problems in overweight and obese children. *Ann Fam Med* 2009; 7(4):352-6.
163. Konijnenberg AY, de Graeff-Meeder ER, Kimpen JL, van der Hoeven J, Buitelaar JK, Uiterwaal CS. Children with unexplained chronic pain: do pediatricians agree regarding the diagnostic approach and presumed primary cause? *Pediatrics* 2004; 114(5):1220-6.
164. Perquin CW, Hunfeld JA, Hazebroek-Kampschreur AA, van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, Koes BW, van der Wouden JC. The natural course of chronic benign pain in childhood and adolescence: a two-year population-based follow-up study. *Eur J Pain* 2003; 7(6):551-9.
165. Hunfeld JA, Perquin CW, Duivenvoorden HJ, Hazebroek-Kampschreur AA, Passchier J, van Suijlekom-Smit LW, van der Wouden JC. Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *J Pediatr Psychol* 2001; 26(3):145-53.
166. Merlijn VP, Hunfeld JA, van der Wouden JC, Hazebroek-Kampschreur AA, Passchier J, Koes BW. Factors related

to the quality of life in adolescents with chronic pain.
Clin J Pain 2006; 22(3):306-15.

167. Merlijn VP, Hunfeld JA, van der Wouden JC, Hazebroek-Kampschreur AA, Koes BW, Passchier J. Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents. Pain 2003; 101(1-2):33-43.
168. Hunfeld JA, Perquin CW, Bertina W, Hazebroek-Kampschreur AA, van Suijlekom-Smit LW, Koes BW. Stability of pain parameters and pain-related quality of life in adolescents with persistent pain: a three-year follow-up. Clin J Pain 2002; 18(2):99-106.
169. Hunfeld JA, Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Passchier J, van Suijlekom-Smit LW, van der Wouden JC. Physically unexplained chronic pain and its impact on children and their families: the mother's perception. Psychol Psychother 2002; 75(Pt3):251-60.
170. van de Putte EM, Engelbert RH, Kuis W, Kimpen JL, Uiterwaal CS. How fatigue is related to other somatic symptoms. Arch Dis Child 2006; 91(10):824-7.
171. Bakker RJ, van de Putte EM, Kuis W, Sinnema G. Risk factors for persistent fatigue with significant school absence in children and adolescents. Pediatrics 2009; 124(1):e89-95.
172. Gregory AM, van der Ende J, Willis TA, Verhulst FC. Parent-reported sleep problems during development and self-reported anxiety/depression, attention problems, and aggressive behavior later in life. Arch Pediatr Adolesc Med 2008; 162(4):330-5.
173. Meijer AM, Habekothe HT, Van Den Wittenboer GL. Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. J Sleep Res 2000; 9(2):145-53.
174. Meijer AM, Habekothe RT, van den Wittenboer GL. Mental health, parental rules and sleep in pre-adolescents. J Sleep Res 2001; 10(4):297-302.
175. Meijer AM. Chronic sleep reduction, functioning at school and school achievement in preadolescents. J Sleep Res 2008; 17(4):395-405.
176. Meijer AM, Wittenboer GLH. The joint contribution of sleep, intelligence and motivation to school performance. Personality and Individual Differences 2004; (37):95-106.
177. ter Wolbeek M, van Doornen LJ, Coffeng LE, Kavelaars A, Heijnen CJ. Cortisol and severe fatigue: a longitudinal study in adolescent girls. Psychoneuroendocrinology

2007; 32(2):171-82.

178. Davies S, Crawley E. Chronic fatigue syndrome in children aged 11 years old and younger. *Arch Dis Child* 2008; 93(5):419-21.
179. ter Wolbeek M, van Doornen LJ, Kavelaars A, Heijnen CJ. Predictors of persistent and new-onset fatigue in adolescent girls. *Pediatrics* 2008; 121(3):e449-57.
180. ter Wolbeek M, van Doornen LJ, Kavelaars A, van de Putte EM, Schedlowski M, Heijnen CJ. Longitudinal analysis of pro- and anti-inflammatory cytokine production in severely fatigued adolescents. *Brain Behav Immun* 2007; 21(8):1063-74.
181. van Middendorp H, Geenen R, Kuis W, Heijnen CJ, Sinnema G. Psychological adjustment of adolescent girls with chronic fatigue syndrome. *Pediatrics* 2001; 107(3):E35.
182. van de Putte EM, Engelbert RH, Kuis W, Kimpen JL, Uiterwaal CS. Alexithymia in adolescents with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 2007; 63(4):377-80.
183. Geelen SM, Bakker RJ, Kuis W, van de Putte EM. Adolescent chronic fatigue syndrome: a follow-up study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164(9):810-4.
184. Takken T, Henneken T, van de Putte E, Helders P, Engelbert R. Exercise testing in children and adolescents with chronic fatigue syndrome. *Int J Sports Med* 2007; 28(7):580-4.
185. UNICEF. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. Florence, Italy: Innocenti Research Centre, 2007.
186. Dunnink G. Advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009; RIVM Rapport 295001007.
187. van Bon-Martens MJH, Anzion ETM, Mosterd FR, Mathijssen JJO. Jeugd 2000. Psychosociale gezondheid 12-18-jarigen in de regio Brabant-Noordoost. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, afdeling Gezondheidsbevordering, sectie Epidemiologie, 2001.
188. Wijburg W, van Dijken S. Tabellenboek Jongeren in 't vizier. Jongerenenquête 2006/2007 Flevoland. Lelystad: GGD Flevoland, Afdeling Beleidsadvisering en Onderzoek (B&O), 2008.

.....

A.H. Wijga | S. Scholtens | A.A.M. van Oeffelen | M. Beckers

.....

Rapport 260136002/2010

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

december 2010

