

Jij en Je Gezondheid

Overzicht en inhoud screeningslijsten



Primair onderwijs (PO)
PGO 10 / groep 7

Schooljaar 2019 – 2020

Introductiepagina

Beste ouder/verzorger,

Welkom bij de vragenlijst van **Jij en Je Gezondheid**.

Deze vragenlijst hoort bij het gezondheidsonderzoek dat de jeugdgezondheidszorg (JGZ) uitvoert bij kinderen in de basisschoolleeftijd. De vragen gaan over de gezondheid en de ontwikkeling van uw kind. Ook wordt gevraagd naar factoren die de gezondheid en ontwikkeling van uw kind kunnen beïnvloeden, zoals de opvoeding of omgeving. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 tot 20 minuten. Alleen de JGZ-professionals werkzaam op uw school hebben inzage in de antwoorden op de vragen uit de vragenlijst.

Het invullen van de vragenlijst helpt u een beeld te krijgen van de gezondheid en ontwikkeling van uw kind. U kunt zelf aangeven wat er goed gaat en waarover u vragen of zorgen heeft. Als u de vragenlijst heeft ingevuld, ontvangt u direct passende tips en informatie. Heeft u vragen of zorgen? De jeugdarts of jeugdverpleegkundige denkt graag met u mee en helpt u bij het zoeken naar een passende oplossing.

U kunt de vragen ook laten voorlezen, door op het luidspreker icoon [icoon] links naast de vraag te klikken.

Algemene informatie

1. Door wie wordt deze vragenlijst ingevuld?
 - Moeder
 - Vader
 - Beide ouders
 - Anders, namelijk

Uw emailadres en telefoonnummer kunnen door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige gebruikt worden om met u in contact te komen. Mogelijk gebruiken we uw telefoonnummer voor een herinnerings-SMS voorafgaand aan een afspraak bij de jeugdgezondheidszorg. Uw contactgegevens worden overgenomen in het digitale dossier van uw kind. Wanneer u nogmaals wilt inloggen in deze vragenlijst (bijvoorbeeld om de vragenlijst later af te maken of om de adviezen nog eens te bekijken) dient u uit veiligheidsoverwegingen in te loggen met een pincode die u via uw o6-nummer ontvangt.

2. Wat is uw emailadres?
3. Wat is uw telefoonnummer?
4. Wat is uw o6-nummer? [Als bij vraag 3 een o6-nummer is ingevuld verschijnt dit o6-nummer automatisch hier, het is wel aanpasbaar]
5. Wat is het geslacht van uw kind? [alleen vragen indien niet bekend in KIDOS]
6. Wat is de postcode van het woonadres van uw kind? [alleen vragen indien niet bekend in KIDOS]
7. In welk land is uw kind geboren? [keuze menu alle landen; CBS lijst aangehouden]
8. In welk land is de moeder van uw kind geboren? [keuze menu alle landen; CBS lijst aangehouden]
9. In welk land is de vader van uw kind geboren? [keuze menu alle landen; CBS lijst aangehouden]

10. Bij wie woont uw kind de meeste dagen van de week? (Kies één antwoord)
- Bij beide ouders samen
 - Ongeveer de helft van de tijd bij de ene ouder en de helft van de tijd bij de andere ouder (co-ouders)
 - Bij de moeder en haar partner
 - Bij de vader en zijn partner
 - Alleen bij de moeder
 - Alleen bij de vader
 - Anders, namelijk.....
11. Wat is de hoogst afgemaakte opleiding van uzelf?
- (Enkele jaren) lagere school
 - Diploma lbo/mavo/vmbo
 - Diploma havo/vwo/mbo
 - Diploma hbo/universiteit
 - Anders, namelijk.....
12. Wat is de hoogst afgemaakte opleiding van uw partner?
- (Enkele jaren) lagere school
 - Diploma lbo/mavo/vmbo
 - Diploma havo/vwo/mbo
 - Diploma hbo/universiteit
 - Anders, namelijk.....
 - Ik heb geen partner
13. Is uw kind, in het afgelopen jaar, onder behandeling of controle geweest van een arts of andere zorgverlener?
Zo ja, waarvoor? (Er zijn meer antwoorden mogelijk)
- Nee
 - Ogen
 - Oren
 - Lengte en/of gewicht
 - Bewegen
 - Spreken en/of taal
 - Leren en/of lezen
 - Gedrag en/of emoties
 - Opvoeding
 - Astma/astmatische bronchitis
 - Andere (langdurige) aandoening/ziekte, namelijk.....

Hoe gaat het met uw kind?

KidScreen-10

Hoe gaat het met uw kind? Hoe voelt uw kind zich? Graag zouden we dat van u willen horen. Wij vragen u de volgende vragen naar uw beste weten te beantwoorden, zodat de antwoorden zo goed mogelijk weergeven wat uw kind voelt en denkt. Probeer bij het antwoorden te denken aan de ervaringen van uw kind van de afgelopen week...

1. Heeft uw kind zich fit en gezond gevoeld?

- Nooit (1)
- Bijna nooit (2)
- Soms (3)
- Vaak (4)
- Altijd (5)

2. Heeft uw kind zich vol energie gevoeld?

- Nooit (1)
- Bijna nooit (2)
- Soms (3)
- Vaak (4)
- Altijd (5)

3. Heeft uw kind zich verdrietig gevoeld?

- Nooit (5)
- Bijna nooit (4)
- Soms (3)
- Vaak (2)
- Altijd (1)

4. Heeft uw kind zich eenzaam gevoeld?

- Nooit (5)
- Bijna nooit (4)
- Soms (3)
- Vaak (2)
- Altijd (1)

5. Heeft uw kind voldoende tijd voor zichzelf gehad?

- Nooit (1)
- Bijna nooit (2)
- Soms (3)
- Vaak (4)
- Altijd (5)

6. Heeft uw kind de dingen kunnen doen die hij/zij wil in zijn/haar vrije tijd?

- Nooit (1)
- Bijna nooit (2)
- Soms (3)
- Vaak (4)
- Altijd (5)

7. Heeft uw kind het gevoel gehad eerlijk behandeld te worden door zijn/haar ouders?

- Nooit (1)
- Bijna nooit (2)
- Soms (3)
- Vaak (4)
- Altijd (5)

8. Heeft uw kind plezier gehad met zijn/haar vrienden?

- Nooit (1)
- Bijna nooit (2)
- Soms (3)
- Vaak (4)
- Altijd (5)

9. Is het goed gegaan op school?

- Nooit (1)
- Bijna nooit (2)
- Soms (3)
- Vaak (4)
- Altijd (5)

10. Heeft uw kind goed kunnen opletten?

- Nooit (1)
- Bijna nooit (2)
- Soms (3)
- Vaak (4)
- Altijd (5)

In gesprek over uw kind?

<i>Frequentie</i>
Zijn er onderwerpen waarover u met een JGZ-professional in gesprek wilt?
1. De gezondheid van mijn kind.
<input type="radio"/> Nee (0) <input type="radio"/> Ja (1) Toelichting (optioneel):
2. Het eten of drinken van mijn kind.
3. Het bewegen van mijn kind.
4. Het slapen van mijn kind.
5. Het gebit of de tanden van mijn kind.
6. De zindelijkheid of het bedplassen/broekpoepen van mijn kind.
7. De ademhaling van mijn kind, bijvoorbeeld benauwdheid, kortademigheid of een piepende ademhaling.
8. Het praten of de taalontwikkeling van mijn kind.
9. Het gedrag van mijn kind.
10. De seksuele ontwikkeling van mijn kind.
11. Hoe het met mijn kind op school gaat.
12. De omgang met leeftijdgenootjes.
13. De weerbaarheid of het zelfvertrouwen van mijn kind.
14. Het beeldschermgebruik van mijn kind (tv, computer, tablet, smartphone).
15. De puberteit.
16. De opvoeding van mijn kind.
17. De inenting van mijn kind.

Zindelijkheid

<i>Frequentie</i>
1. Hoe vaak heeft uw kind in de afgelopen maand in bed geplast?
<input type="radio"/> Nooit (0) <input type="radio"/> Minder dan 1 keer per maand (1) <input type="radio"/> 1 tot 3 keer per maand (2) <input type="radio"/> 1 keer per week (3) <input type="radio"/> 2 tot 3 keer per week (4) <input type="radio"/> 4 tot 6 keer per week (5) <input type="radio"/> Elke nacht (6)

Hoe beleeft u de opvoeding?

Opvoedingsbelasting vragenlijst - kort (OBVL-K)

Hierna volgen 10 uitspraken over hoe u uw kind ervaart, hoe u met uw kind omgaat, hoe u zichzelf voelt en over uw gezondheid. Kies voor elke uitspraak het antwoord dat volgens u het meest van toepassing is.

1. Ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is.

- Geldt niet voor mij (4)
- Geldt een beetje voor mij (3)
- Geldt behoorlijk voor mij (2)
- Geldt helemaal voor mij (1)

2. Mijn kind luistert naar mij.

3. Ik heb plezier in het leven.

4. Ik heb een tevreden gevoel over mijn kind.

5. Als mijn kind boos wordt dan kan ik het kalmeren.

6. Ik voel me vaak prettig.

7. Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig.

8. Ik heb controle over mijn kind.

9. Ik heb een positief gevoel over mijn toekomst.

10. Ik kan mijn kind goed corrigeren als dat nodig is.

Buikpijn

<i>Frequentie</i>
1. Hoe vaak had uw kind in de afgelopen maand last van buikpijn?
<input type="radio"/> Nooit (0) <input type="radio"/> 1 keer per maand (1) <input type="radio"/> 2 tot 3 keer per maand (2) <input type="radio"/> 1 keer per week (6) <input type="radio"/> 2 tot 3 keer per week (7) <input type="radio"/> 4 tot 6 keer per week (8) <input type="radio"/> Elke dag (9)
2. Hoe lang heeft uw kind al last van buikpijn? [Indien vraag 1 is 2 of hoger]
<input type="radio"/> Korter dan een maand (0) <input type="radio"/> 1 maand (1) <input type="radio"/> 2 maanden (5) <input type="radio"/> 3 maanden (6) <input type="radio"/> 4 tot 6 maanden (7) <input type="radio"/> Langer dan een half jaar (8)

Sociaal gedrag

<i>Antisocial Behaviour Symptoms Questionnaire (ABSQ-15)</i>
Geef telkens aan in hoeverre onderstaande stellingen voor uw kind waar of niet waar zijn.
1. Slaat of schopt andere kinderen.
<input type="radio"/> Niet waar (0) <input type="radio"/> Beetje waar (1) <input type="radio"/> Zeker waar (2)
2. Maakt dingen van anderen expres stuk.
3. Legt zich moeizaam neer bij de mening van volwassenen.
4. Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen.
5. Vecht vaak met andere kinderen of pest ze.
6. Negeert opzettelijk aanwijzingen van volwassenen.
7. Zet andere kinderen aan tot ongewenst gedrag.
8. Treitert andere kinderen.
9. Liegt of bedriegt vaak.
10. Geeft volwassenen een weerwoord.
11. Pakt spullen van andere kinderen af.
12. Pikt (steelt) dingen thuis, op school of op andere plaatsen.
13. Is meestal gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen.
14. Speelt vals.
15. Zoekt de confrontatie met volwassenen op.

Angstig en verlegen gedrag

Behavioral Inhibition Questionnaire - Short Form (BIQ-SF)

Hieronder vindt u een aantal uitspraken. Lees de uitspraken goed en geef voor iedere uitspraak aan hoe vaak deze op uw kind van toepassing is.

1. Mijn kind is verlegen wanneer hij/zij nieuwe kinderen voor het eerst ontmoet.

- Nooit (1)
- Zelden (2)
- Soms (3)
- Best vaak (4)
- Vaak (5)
- Bijna altijd (6)

2. Mijn kind durft niet zo goed naar een groep kinderen toe te gaan om te vragen of hij/zij mee mag spelen.

3. Mijn kind is geneigd te blijven kijken naar andere kinderen in plaats van met hen mee te doen.

4. Mijn kind is voorzichtig tijdens activiteiten die een fysieke uitdaging inhouden (bijvoorbeeld klimmen of spannende sportactiviteiten).

5. Mijn kind durft nieuw speelgoed of nieuwe speeltoestellen niet snel te onderzoeken.

6. Mijn kind raakt overstuur wanneer hij/zij alleen gelaten wordt in nieuwe, onbekende situaties (bijvoorbeeld een nieuwe klas, groep of naschoolse opvang).

7. Mijn kind heeft veel dagen nodig om zich aan te passen aan nieuwe, onbekende situaties (bijvoorbeeld een nieuwe klas, groep of naschoolse opvang).

8. Mijn kind houdt er niet van om in het middelpunt van de belangstelling te staan.

9. Mijn kind treedt niet graag voor anderen op (bijvoorbeeld zingen, dansen).

10. Mijn kind is erg stil tegenover onbekende (volwassen) mensen in ons huis.

11. Mijn kind is erg stil bij onbekende volwassenen (buitenshuis).

12. Mijn kind benadert nieuwe situaties of activiteiten erg aarzelend.

13. Mijn kind blijft bij mij in de buurt wanneer we op bezoek zijn bij andere mensen die we niet zo goed kennen.

14. Mijn kind lijkt zenuwachtig of niet op zijn/haar gemak in nieuwe, onbekende situaties.

Nare gebeurtenissen

<i>Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8 ouderversie)</i>
1. Heeft uw kind de afgelopen tijd iets schokkends of heel naars meegemaakt?
<input type="radio"/> Nee (0) <input type="radio"/> Ja (1)
Hieronder staan een aantal uitspraken die van toepassing kunnen zijn als uw kind iets schokkends of heel naars overkomen is. Denk bij het invullen van de volgende vragen aan de afgelopen 7 dagen. [Indien vraag 1 = 1]
2. Heeft u de indruk dat uw kind er vaak aan moet denken?
<input type="radio"/> Helemaal niet (0) <input type="radio"/> Bijna nooit (1) <input type="radio"/> Soms (3) <input type="radio"/> Vaak (5)
3. Probeert uw kind het uit zijn/haar hoofd te zetten?
4. Komen er bij uw kind plotseling hele sterke gevoelens op?
5. Blijft uw kind uit de buurt van dingen die herinneren aan de gebeurtenis (bijv. plaatsen of situaties)?
6. Probeert uw kind er niet over te praten?
7. Ziet uw kind er plotseling beelden van in het hoofd of heeft het akelige dromen?
8. Doen andere dingen uw kind er steeds aan denken?
9. Probeert uw kind er niet aan te denken?

Slapen

<i>Kinder Slaap Diagnose Lijst (KSDL)</i>
Heeft uw kind de afgelopen 4 weken problemen gehad met:
1. Inslapen en/of doorslapen?
<input type="radio"/> Nooit (0) <input type="radio"/> Zelden (0) <input type="radio"/> Soms (0) <input type="radio"/> Meestal (1) <input type="radio"/> Altijd (2)
2. 's Morgens wakker worden?
3. Concentratie en/of geheugen?
4. Stemming en/of humeur?
5. Slaperigheid en/of vermoeidheid?
6. Snurken of andere ademhalingsproblemen?
7. Nachtmerries of nachtelijke angsten met heftige reacties zoals zweten?
8. Slaapwandelen?
9. Verschijnselen als tandenknarsen, hoofdbonken, hoofdrollen, wiegen etc.?

Tanden

<i>Frequentie</i>
1. Hoe vaak gaat uw kind voor controle naar de tandarts of mondhygiënist?
<input type="radio"/> Nooit (0) <input type="radio"/> Niet elk jaar (1) <input type="radio"/> Eén keer per jaar (2) <input type="radio"/> Twee keer per jaar (3)
2. Hoe vaak poetst uw kind zijn/haar tanden?
<input type="radio"/> Nooit (0) <input type="radio"/> Niet elke dag(0) <input type="radio"/> Eén keer per dag (0) <input type="radio"/> Twee keer per dag of vaker (4)

Voeding

<i>Frequentie</i>
Denk bij het invullen van de volgende vragen aan de afgelopen week. Wanneer de afgelopen week niet een normale week was (door bijvoorbeeld ziekte of vakantie), denk dan terug aan een normale week.
1. Hoeveel dagen per week eet uw kind een ontbijt?
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> 1-2 dagen per week (1) <input type="radio"/> 3-4 dagen per week (2) <input type="radio"/> 5-6 dagen per week (3) <input type="radio"/> Elke dag (4)
2. Hoeveel dagen per week eet uw kind fruit?
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> 1-2 dagen per week (1) <input type="radio"/> 3-4 dagen per week (2) <input type="radio"/> 5-6 dagen per week (3) <input type="radio"/> Elke dag (4)
3. Hoeveel dagen per week eet uw kind groente?
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> 1-2 dagen per week (1) <input type="radio"/> 3-4 dagen per week (2) <input type="radio"/> 5-6 dagen per week (3) <input type="radio"/> Elke dag (4)
4. Hoeveel dagen per week drinkt uw kind water?
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> 1-2 dagen per week (1) <input type="radio"/> 3-4 dagen per week (2) <input type="radio"/> 5-6 dagen per week (3) <input type="radio"/> Elke dag (4)
5. Hoeveel dagen per week drinkt uw kind zoete dranken (frisdrank, limonade, vruchtensap, drinkyoghurt en energiedrank)?
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (4) <input type="radio"/> 1-2 dagen per week (3) <input type="radio"/> 3-4 dagen per week (2) <input type="radio"/> 5-6 dagen per week (1) <input type="radio"/> Elke dag (0)

Bewegen

<i>Frequentie</i>
Denk bij het invullen van de volgende vragen aan de afgelopen week. Wanneer de afgelopen week niet een normale week was (door bijvoorbeeld ziekte of vakantie), denk dan terug aan een normale week.
1. Hoeveel dagen per <u>week</u> gaat uw kind lopend of op zijn/haar fiets naar school?
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> 1 dag per week (0) <input type="radio"/> 2 dagen per week (0) <input type="radio"/> 3 dagen per week (0) <input type="radio"/> 4 dagen per week (0) <input type="radio"/> 5 dagen per week (0)
2. Hoeveel uur per <u>week</u> sport of beweegt uw kind bij een vereniging of club? Bijvoorbeeld dansles, turnen, voetbaltraining, judo, zwemles.
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> Kortere dan een half uur per week (1) <input type="radio"/> Een half uur tot 1 uur per week (2) <input type="radio"/> 1 tot 2 uur per week (3) <input type="radio"/> 2 uur per week of langer (4)
3. Hoeveel uur per <u>dag</u> speelt uw kind buiten? Denk hierbij aan activiteiten zoals rennen, klimmen, fietsen, skateboarden.
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> Kortere dan een half uur per dag (1) <input type="radio"/> Een half uur tot 1 uur per dag (2) <input type="radio"/> 1 tot 2 uur per dag (3) <input type="radio"/> 2 uur per dag of langer (4)
4. Hoeveel uur per <u>dag</u> zit uw kind achter een beeldscherm zoals de TV, computer, tablet of smartphone? Beeldschermgebruik voor schooltaken telt hier niet mee.
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> Kortere dan een half uur per dag (1) <input type="radio"/> Een half uur tot 1 uur per dag (2) <input type="radio"/> 1 tot 2 uur per dag (3) <input type="radio"/> 2 uur per dag of langer (4)

Meeroken

<i>Frequentie</i>
1. Hoe vaak wordt er door u of andere personen gerookt in het bijzijn van uw kind?
<input type="radio"/> (Bijna) nooit (0) <input type="radio"/> Soms (1) <input type="radio"/> Vaak (2) <input type="radio"/> Zeer vaak (3)

Afsluiting

Tot slot

1. Heeft u nog vragen of zijn er andere onderwerpen die u graag met de jeugdarts of -verpleegkundige wilt bespreken?

- Ja
- Nee

2. Toelichting

3. Heeft u vragen of onderwerpen die u wilt bespreken zonder dat uw kind daarbij aanwezig is?

- Ja
- Nee

4. Toelichting

5. Wilt u verder nog iets kwijt?

.....

6. De digitale vragenlijsten worden na het gezondheidsonderzoek gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en om advies te geven aan scholen en de gemeente. Alle ingevulde vragenlijsten samen geven een goed totaalbeeld van de gezondheid en ontwikkeling van de kinderen. De ingevulde vragenlijsten worden zo verwerkt, dat de onderzoekers niet weten om welk kind het gaat.

- Ik geef toestemming voor het gebruik van de vragenlijst voor wetenschappelijk onderzoek en advisering
- Ik geef geen toestemming voor het gebruik van de vragenlijst voor wetenschappelijk onderzoek en advisering