

University of Groningen

Hoe preventiever, hoe liever!

Kleeman, F.

Published in:
EPRINTS-BOOK-TITLE

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
Kleeman, F. (2005). Hoe preventiever, hoe liever! In *EPRINTS-BOOK-TITLE*

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Rijksuniversiteit Groningen

Wetenschapswinkel
Geneeskunde en Volksgezondheid

RUG

Wetenschapswinkels



Hoe preventiever, hoe liever!

Predictie en preventie van probleemgedrag bij 6/7-jarige kinderen in Coevorden

April 2005

Francisca Kleeman
Bettine Gritter
Jelte Bouma

*Uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Coevorden,
in samenwerking met Icare Jeugdgezondheidszorg en GGD Emmen*

Colofon

Vraagnummer: GV 909
Titel: Hoe preventiever, hoe liever!
Door: Francisca Kleeman
Begeleiding: Dr. J. Bouma, FMW/Coördinator Wetenschapswinkel
Geneeskunde en Volksgezondheid RuG
Vraagindiener: Gemeente Coevorden, in samenwerking met Icare en GGD
Emmen.
Uitgave: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid,
Rijksuniversiteit Groningen
Adres: Antonius Deusinglaan 1
9713 AV Groningen
Telefoon: 050-3633109
E-mail : j.bouma@med.rug.nl
Datum: April 2005

VOORWOORD

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Coevorden (Annie de Vent, Henk Everts, Peter de Goede) en in samenwerking met hulpverleningsinstanties GGD Drenthe (Jan van Beek) en Icare Jeugdgezondheidszorg (Diny Bouwman). De aanvraag is ingediend bij de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid. Na een oriënterend gesprek tussen Wetenschapswinkel, Gemeente en samenwerkende instanties volgden een aantal bijeenkomsten en kreeg het onderzoek qua doelstelling en plan van aanpak steeds meer vorm. In nauwe samenwerking met en onder leiding van de onderzoeksbegeleider en coördinator van de wetenschapswinkel Jelte Bouma is een onderzoeksplan ontwikkeld en is het onderzoek dienovereenkomstig uitgevoerd. Twee studentes hielden zich bezig met de uitvoering van het onderzoek: Bettine Gritter, studente psychologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en ondergetekende, studente geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Middels deze weg wil ik Jelte Bouma bedanken voor zijn deskundige en actieve begeleiding.

Het was belangrijk dat we een bijna-100%-respons hadden gezien het feit dat we graag een geheel cohort kinderen wilden testen. Dankzij de korte lijnen in Coevorden en tevens dankzij de hechte structuur van de hulpverlening ter plekke, met de gemeente als “spin in het web”, hebben we van bijna alle basisscholen en hulpverleningsinstanties al snel medewerking toegezegd gekregen. Spoedig werd duidelijk dat de betrokkenen het belang van dit onderzoek inzagen. Naast goede respons bleek ook een snelle respons mogelijk.

Onze dank gaat uit naar allen die zich hebben ingezet voor deze soepele samenwerking! Zonder hun medewerking was een dergelijk onderzoek absoluut ondenkbaar geweest. Allereerst naar de GGD Emmen, waar het grootste gedeelte van de dossiers van de kinderen lag opgeslagen. Een klein aantal dossiers, van kinderen in het speciaal onderwijs, lag in Hogeveen of Zwolle. Daarnaast hebben bijna alle basisscholen, zowel regulier als speciaal onderwijs, hun medewerking verleend. Het betreft scholen in Coevorden, Dalen, Dalerpeel, Hogeveen, Hardenberg, Emmen en Slagharen: de Buitenvree-, Mijndert van der Thijnen-, Panta Rhei-, Park-, Paul Krüger-, Picardt-, Theresia-, Wilhelmina-, Willibrordus-, Willem Alexanderschool, De Vonder, De Toermalijn, De Kameleon, De Catamaran, De CBS Sjaloom, de Wessel Boer- en de Professor Waterinkschool. Verder zijn wij blij met de aanvullende gegevens die konden worden geleverd door hulpverleningsinstanties Bureau Jeugdzorg, Algemeen Maatschappelijk Werk, Politie, Geestelijke Gezondheidszorg en de Tandartsen uit Coevorden. Typerend voor de uitstekende onderlinge verhoudingen was dat in alle gevallen één telefoontje van een beleidsmedewerker van de gemeente voldoende was om de volledige medewerking van deze instanties te verkrijgen.

De conferentie ter afronding van het onderzoek (25 november 2004, Fluitenberg) was leerzaam en enthousiasmerend. Tijdens deze presentatie van de onderzoeksgegevens konden de resultaten besproken worden aan de hand van ervaringen van de hulpverleners in het werkveld. Hierdoor zijn de resultaten gaan ‘leven’ en is ook gekeken hoe ze toepasbaar kunnen worden gemaakt voor Gemeente Coevorden. Tot slot is het hoopgevend voor de toekomst om te constateren dat, terwijl het onderzoek nog in de afrondingsfase verkeerde, er diverse initiatieven zijn ontwikkeld om de in dit onderzoek geconstateerde problemen aan te pakken. Wijkverpleegkundigen van Icare Jeugdgezondheidszorg zijn begonnen met huisbezoeken in situaties waar men dat geëigend vindt. En verder is er een vervolgonderzoek gestart naar welke methoden/ preventieve activiteiten het meest effectief en toepasbaar zijn voor gezinnen met kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar. Kortom, de slogan “Hoe preventiever hoe liever” lijkt allerminst een loze kreet te zijn.

Francisca Kleeman
Groningen, januari 2005.

SAMENVATTING

Aanleiding tot het doen van onderzoek is dat van hulpverleners uit de Gemeente Coevorden signalen kwamen van een mogelijk toenemend aantal probleemkinderen. De opdracht tot het uitvoeren van onderzoek komt van Gemeente Coevorden. Het onderzoek is verricht in samenwerking met Icare en GGD Drenthe. Doelstellingen zijn:

- 1. Het vaststellen van de prevalentie van probleemgedrag (het probleem te objectiveren en in kaart te brengen)**
- 2. Het analyseren van samenhangende factoren**
- 3. Het tijdig signaleren van problemen met als doel preventieve maatregelen in de ontwikkeling van deze kinderen te kunnen aanbieden**
- 4. Bevorderen van samenwerking tussen hulpverleners; waaronder het onderling afstemmen van diagnostiek en aanbieding van zorg op effectieve wijze (Beleidsnotitie Gemeente Coevorden, 2003).**

De onderzoekspopulatie omvat het gehele cohort kinderen, geboren tussen 1 oktober 1996 en 1 oktober 1997. Het gaat dan om kinderen in de leeftijd van 6/7 jaar. In totaal zijn het 172 kinderen.

De gegevens zijn op twee manieren verzameld. Enerzijds via dossieronderzoek. Gegevens van de kinderen zijn geëxtraheerd uit het Consultatiebureaudossier en dossier Jeugdarts. Er zijn in de consultatiebureauleeftijd (0-4 jaar) minimaal 15 contactmomenten met de consultatiebureauarts gepland. Centraal in het volgen van de ontwikkeling van het kind, in de leeftijd van 0 tot 4 jaar staat het Van Wiechenonderzoek. Het Van Wiechenonderzoek richt zich op drie gebieden: 'Fijne motoriek, Adaptatie en Gedrag', 'Grove Motoriek' en 'Communicatie'. Daarnaast zijn uit het dossier van het kind gegevens verzameld over het gezin en medische gegevens rond zwangerschap van de moeder en geboorte. Psychosociale problematiek is bij beide dossiers in kaart gebracht aan de hand van de LPOP (Lijst Psychosociale- en OpvoedingsProblematiek). Het Jeugdartsdossier bevat verder een vragenlijst die is ingevuld door de ouders van het kind: de Landelijke Signalering Psychosociale Problematiek Kleuters (LSPPK). De lijst geeft de mate aan waarin de ouders zich zorgen maken over het gedrag van het kind.

Anderzijds zijn gegevens verzameld door middel van vragenlijsten. De Sterke Kanten en Moeilijkheden Vragenlijst (SDQ) meet op vijf domeinen of en in welke mate een kind probleemgedrag vertoont. Deze vijf domeinen zijn: Emotioneel gedrag, Gedragsproblemen, Hyperactief gedrag, Omgang met leeftijdsgenootjes en Sociaal gedrag. Een tweede vragenlijst is de Vragenlijst GezinsFunctioneren (VGF). Deze lijst meet het gezinsfunctioneren en bestaat uit twee schalen: opvoedingsvaardigheden en basiszorg. De beide vragenlijsten, SDQ en VGF, zijn ingevuld door de leerkracht van het kind. Daarnaast zijn een aantal vragen over gezinsfactoren aan de leerkracht voorgelegd. De vragen gaan over gezinssamenstelling (één/twee oudergezin, biologische ouders aan-/afwezig), geboorteland van de ouders en werk/opleiding van de ouders. Tot slot is de leerkracht gevraagd wat de leerresultaten van het kind zijn.

De gegevens zijn aangevuld door diverse hulpverleningsinstanties: Bureau Jeugdzorg, Politie, Algemeen Maatschappelijk Werk, Geestelijke Gezondheidszorg en Tandartsen. Aan hen is de vraag voorgelegd in hoeverre een kind, broertje/zusje of het gezin bij de instantie bekend is. Alle gegevens zijn door middel van een sleutel **anoniem** verwerkt. De sleutelgegevens, lijsten met namen en nummers, zijn alleen bekend bij een onafhankelijk onderzoeker. De onderzoekers die bij dit onderzoek betrokken zijn hebben zelf geen inzage in deze lijsten.

Per vraagstelling zijn de resultaten en conclusies van het onderzoek weergegeven:

1. Het vaststellen van de prevalentie van probleemgedrag (het probleem te objectiveren en in kaart te brengen)

In Coevorden zijn meer kinderen met gedragsproblemen dan verwacht mag worden op grond van referentiegegevens. Kinderen vertonen veel emotionele problemen, gedragsproblemen en hyperactief gedrag. Bovendien gedragen de kinderen zich minder sociaal. Met name hyperactief gedrag komt veel voor. Jongens vertonen meer probleemgedrag dan meisjes. De problemen bestaan bij de meeste kinderen (85,1%) langer dan een jaar. Bij ongeveer een kwart van de kinderen beïnvloeden de gedragsproblemen het functioneren in het dagelijks leven.

Probleemgedrag concentreert zich in bepaalde wijken (met name in wijk 3 en in iets mindere mate in wijk 4). Ook vertonen relatief veel kinderen probleemgedrag op school 3, school 4 en school 11 en in het speciaal onderwijs.

2. Het analyseren van samenhangende factoren

Er zijn binnen het onderzochte cohort in Coevorden 18 probleemgezinnen. Gedragsproblemen hangen samen met de wijze van opvoeden. Kinderen die komen uit probleemgezinnen vertonen meer probleemgedrag. De hoogste percentages probleemgezinnen komen voor in wijk 3 en op school 9 en in het speciaal onderwijs. In Coevorden zijn relatief weinig hoog opgeleide ouders en veel niet-werkende moeders. Gezinnen waar beide ouders werken functioneren beter dan gezinnen waar alleen de vader werkt of geen van beiden werkt. Gedragsproblemen gaan gepaard met slechtere leerprestaties van het kind op de basisschool.

3. Het tijdig signaleren van problemen met als doel preventieve maatregelen in de ontwikkeling van deze kinderen te kunnen aanbieden

Ouders in Coevorden maken zich relatief meer zorgen over de psychosociale ontwikkeling van hun kind als dat vijf jaar is. Ouders maken zich vooral zorgen over 'dwars gedrag', 'problemen op school', 'spraak-/taalproblemen' en 'zelfvertrouwen'.

Er is een sterke samenhang tussen door de jeugdarts gesignaleerde psychosociale problematiek en zorgen die de ouders hebben over het gedrag van hun kinderen. Er zijn echter ook veel verschillen tussen beide.

Zowel de bevindingen van de Jeugdarts wat betreft de aanwezigheid van psychosociale problematiek als de zorgen van ouders over het gedrag van hun kind op 5-jarige leeftijd hangen samen met en dragen bij aan het verklaren van probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd.

Afwijkingen op het Van Wiechenonderzoek hangen samen met een grotere kans op psychosociale problemen zoals vastgesteld door de Jeugdarts. Er is geen verband gevonden tussen Van Wiechenonderzoek (0-12 maanden en 15-48 maanden) en de zorgen die ouders hebben over het gedrag van hun kind (5-jarige leeftijd) of probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd.

Er worden door de Consultatiebureauarts vaker psychosociale problemen geconstateerd dan verwacht mag worden op grond van uitkomsten van ander onderzoek op dit gebied. Er is weinig overeenkomst in geregistreeerde problematiek tussen de Consultatiebureauarts en de Jeugdarts.

Er is overeenkomst tussen het aantal door de Consultatiebureauarts gesignaleerde psychosociale problematiek en de zorgen die ouders zich maken over hun kind als het vijf jaar

oud is. Bij kinderen woonachtig in wijk 3 is relatief het vaakst psychosociale problematiek geconstateerd door de Consultatiebureauarts.

4. Bevorderen van samenwerking tussen hulpverleners; waaronder het onderling afstemmen van diagnostiek en aanbieder van zorg op effectieve wijze

Hoewel het aantal kinderen/gezinnen dat bij de diverse afzonderlijke hulpverleningsinstanties bekend is, relatief klein is, is het totale aantal gezinnen dat bij een instantie bekend is relatief groot. In Wijk 3 wonen relatief de meeste gezinnen die bekend zijn bij één of meer instanties. Van de 6 kinderen waarvan de leerkracht vermoedt dat er sprake is van fysieke mishandeling en/of verwaarlozing, is er één bekend bij Jeugdzorg en Geestelijke Gezondheidszorg. Een voorzichtige schatting is dat 7% van de kinderen niet regelmatig de tandarts bezoekt.

Belangrijkste conclusies en aanbevelingen

In Coevorden zijn meer kinderen met gedragsproblemen dan verwacht mag worden op grond van referentiegegevens.

Voor de leerkracht is een belangrijke taak weggelegd in het signaleren en vaststellen van psychosociale problematiek. Huisbezoeken zijn aan te raden om contact met het gezin te leggen en een inzicht te krijgen in de gezins- en woonsituatie.

Gedragsproblemen hangen samen met de wijze van opvoeden.

Gezinsgerichte aanpak van problemen is te adviseren. Aandacht moet niet alleen uitgaan naar het kind zelf maar ook naar eventuele broertjes of zusjes. Daarnaast kan verder onderzoek worden verricht met als doel de invloed van opvoedingsbegeleiding op het voorkomen/terugdringen van probleemgedrag in kaart te brengen.

De problemen concentreren zich vooral in wijk drie en in iets mindere mate in wijk vier.

In probleemwijken kan preventief aandacht uitgaan naar opvoedingsadviezen en adviezen van schadelijke factoren rond zwangerschap en geboorte op de ontwikkeling van het kind.

Zowel de mate waarin ouders zich zorgen maken over het gedrag van hun kind op 5-jarige leeftijd als psychosociale problematiek geconstateerd door de Jeugdarts op 5-jarige leeftijd hangen samen met en voorspellen probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd.

Tijdens het Jeugdartsconsult moet aandacht uitgaan naar psychosociale problematiek. Een objectieve scorelijst om te gebruiken tijdens het consult is aan te bevelen. Daarnaast kan de Jeugdarts waarde hechten aan uitkomst van de LSPPK, de vragenlijst die de zorgen van de ouders over hun kind weergeeft. Indien de Jeugdarts psychosociale problematiek constateert bij een gezin is het aanbieden van hulp en ondersteuning gewenst en belangrijk. In geval van doorverwijzing of het aanbieden van hulp is het belangrijk dat het vervolgproces bewaakt wordt. Dit kan door middel van een persoon (case manager) of één centrale hulpverleningsinstantie.

De rol van instanties bij de opsporing en behandeling van gevallen van fysiek geweld/misbruik bij kinderen is niet altijd duidelijk.

Gesignaleerde problemen in de omgang van de ouders met de kinderen en vermoedens van seksueel misbruik of mishandeling moeten gemeld worden bij een centrale hulpverleningsinstantie (AMK). Bovendien is het belangrijk (vermoedens van) problematiek bespreekbaar te maken met de ouders. In verband met doorverwijzing en overdracht van gegevens is eenduidige notatie in het dossier van het kind noodzakelijk.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1	7
1.2	7
1.2.1	7
1.2.2	8
1.2.3	9
1.2.3.1	9
1.2.3.2	9
1.2.3.3	10
1.2.3.4	11
1.3	11
1.4	12
1.5 Vraagstellingen	13
2. Methode	14
2.1	14
2.2	14
2.2.1	15
2.2.1.1	15
2.2.1.2	15
2.2.2	15
2.2.2.1	15
2.2.2.2	16
2.3	16
2.3.1	16
2.3.2	17
2.3.3	18
2.3.4	18
2.4	18
2.5	19
2.6	19
3. Resultaten	21
3.1	21
3.2	23
3.3	26
3.4	27
3.5	29
3.6	32
3.7	33
4. Conclusies	36
4.1	36
4.2	36
4.3	37
4.3.1	37
4.3.2	37

4.4	Optimalisering zorg hulpverleningsinstanties	38
5.	Discussie	40
5.1	Gedrag/ Leefstijl	40
5.2	Omgeving	41
5.3	Gezondheidszorg	41
5.4	Aanbevelingen	42
	Nawoord	45
	Literatuur	46
	Bijlagen	48
1.	Lijst Psychosociale- en Opvoedingsproblematiek (LPOP)	48
2.	Sterke Kanten en Moeilijkheden, Vragenlijst voor de leerkracht (SDQ-Dut)	50
3.	Vragenlijst GezinsFunctioneren (VGF)	51
4.	Lijst Signalering Psychosociale Problematiek Kleuters (LSPPK)	52
5.	SDQ Leerkrachtversie: antwoordpercentages op afzonderlijke items per subschaal (Coevorden 2004, 7-jarige kinderen)	53
6.	VGF: antwoordpercentages op afzonderlijke items per subschaal (Coevorden 2004, 7-jarige kinderen)	55
7.	Verslag van de werkconferentie Jeugdgezondheidszorg, 25 nov. 2004 j.l.	56

1. INLEIDING

1.1 Introductie: “Hoe preventiever, hoe liever”

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Gemeente Coevorden in samenwerking met Icare Jeugdgezondheidszorg en GGD Drenthe. De titel van het onderzoek draagt de naam van het gelijknamige beleidsplan: “*Hoe preventiever, hoe liever*”. Hierin heeft de gemeente als doelstelling gesteld: ‘het realiseren van een sluitende aanpak in de jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar in nauwe samenhang met het gemeentelijk – preventief – beleid’.

De aanleiding tot dit onderzoek is dat uit bijeenkomsten van uitvoerend medewerkers van Icare en GGD signalen zijn gekomen dat er in Coevorden sprake is van een hoog percentage probleemkinderen. Het gaat hierbij om kinderen die extra aandacht vragen vanwege een gestoorde of vertraagde ontwikkeling.

Doelstellingen van dit onderzoek zijn:

1. Het vaststellen van de prevalentie van probleemgedrag (het probleem te objectiveren en in kaart te brengen)
2. Het analyseren van samenhangende factoren
3. Het tijdig signaleren van problemen met als doel preventieve maatregelen in de ontwikkeling van deze kinderen te kunnen aanbieden
4. Het bevorderen van samenwerking tussen hulpverleners; waaronder het onderling afstemmen van diagnostiek en aanbieding van zorg op effectieve wijze (Beleidsnotitie Gemeente Coevorden, 2003^a).

1.2 Ontwikkeling van het opgroeiende kind: determinanten van welzijn

Er zijn veel factoren die invloed hebben op het welzijn van een kind. Lalonde (LaLonde 1975) beschrijft in zijn determinantenmodel vijf factoren die samen in evenwicht moeten zijn:

1. medisch-biologische aspecten (verworven aandoeningen)
2. maatschappelijke omgeving (sociaal-economische status, huisvesting)
3. fysieke milieu (woonomgeving, micro-organismen)
4. leefwijze (rook- of drinkgedrag, voeding)
5. zorgvoorzieningen (preventieve en curatieve gezondheidszorg en welzijnszorg).

Ook psychosociale aspecten spelen een belangrijke rol in het welzijn van het kind. Van gezondheid kunnen we spreken als er sprake is van zowel medisch, psychisch als sociaal welbevinden (Schulpen, Verloove-Vanhorick, 2000). Volgens Lalonde kunnen gemeenten hun lokaal gezondheidsbeleid richten op vier terreinen: Gedrag/Leefstijl, Fysieke omgeving, Sociale omgeving en Gezondheidszorg. Lalonde denkt dat de meeste gezondheidswinst buiten de gezondheidszorg behaald kan worden. Daarom wordt in zijn notitie de nadruk gelegd op preventie (Lalonde, 1975). In deze paragraaf volgt een uiteenzetting van de determinanten en hun invloed op de ontwikkeling van het opgroeiende kind.

1.2.1 Medisch-biologische ontwikkeling

Gesell (Gesell, 1950) schreef als een van de eerste ontwikkelingspsychologen diverse boeken met zijn theorieën over de ontwikkeling van kinderen. Hij ging ervan uit dat ontwikkeling een bepaalde lijn volgt, er bestaat een normale volgorde in het optreden van gedrag. Vroeg of laat zal elk kind bepaald gedrag vertonen. Dergelijke gedragspatronen doen zich bij ieder kind in

ongeveer dezelfde leeftijdsfase voor. De volgende vier principes stelde Gesell centraal als kenmerken van ontwikkeling:

1. Een voortgaande rijping, waarbij bewegingscoördinatie en coördinatie tussen waarnemen en bewegen als van binnenuit tot stand komen
2. Ontwikkeling die van proximaal naar distaal verloopt
3. Principe van onderlinge verwevenheid; volgens dit principe vinden deelontwikkelingen als adaptatieproces plaats, waardoor op elke leeftijd functies ten opzichte van de omgeving zo optimaal mogelijk kunnen worden vervuld
4. Een geleidelijk toenemende perifere lateralisatie van bewegingsfuncties.

In het kader van deze vier principes van ontwikkeling beschreef Gesell vier soorten stoornissen die zich in de ontwikkeling kunnen voordoen: te onrijpe bewegingspatronen, onvoldoende verfijning van bewegingen van ledematen, ontbreken van adequate onderlinge afstemming op elkaar van deelbewegingen en het onvoldoende ontwikkeld zijn van bewegingspatronen. Gesell ontwikkelde een schema om deze problemen in ontwikkeling te scoren en onderscheidde vijf velden: grove motoriek, fijne motoriek, adaptatie, taal en spraak, persoonlijkheid en sociaal gedrag (Kalverboer, 2000; Gesell, 1950).

1.2.2 Het kind en zijn omgeving

Een opgroeiend kind is in zijn doen en laten afhankelijk van de ouders en andere gezinsfactoren. In het gemeentebestuur van Gemeente Coevorden gaat men ervan uit dat opvoeding en ontwikkeling primair de verantwoordelijkheid zijn van sociale verbanden waarin de jongere leeft. Tot de leeftijd van 5 jaar zijn dat allereerst het gezin, later ook de buurt en de school (Beleidsnotitie, 2003^b).

Het gezin heeft invloed op zowel het fysieke als psychosociale welzijn van het kind. Het inkomen van ouders biedt mogelijkheden tot het creëren van de omgeving van het kind. Te denken valt aan de kwaliteit van basiszorg, zoals het bieden van een veilige omgeving en gepaste kleding. Het type melkvoeding na de geboorte en mogelijk roken in bijzijn van het kind is van invloed op de fysieke gezondheid. De kwaliteit van opvoeding heeft invloed op het psychosociaal functioneren van het kind. De kinderen hebben structuur en leiding nodig. Het kind heeft bovendien een omgeving nodig die uitdagende mogelijkheden biedt de wereld te exploreren en een omgeving die het kind aanmoedigt zich te ontwikkelen (Reijneveld, 2004).

Er is een verschil tussen gezinnen met problemen en probleemgezinnen. In alle gezinnen kunnen problemen voorkomen. Het gaat dan vaak om onverwachte ingrijpende gebeurtenissen zoals: veranderingen in gezinssamenstelling (overlijden, scheiding), moeilijke perioden in het gezinsleven (ziekte), verandering in de mogelijkheden van de kinderen (gebrek aan verzorging en financiële mogelijkheden), omstandigheden rondom het gezin (werk ouders, spanningen). In een probleemgezin is het aanpassingsvermogen beperkt en raken talrijke problemen verweven, de problemen zijn van langdurige aard. Daarom spreekt men van een multi-probleem gezin. Baartman (Baartman, 1989) beschrijft een multi-probleemgezin als een gezin waarin veranderingen zowel van binnen uit als van buitenaf zeer moeizaam tot stand komen. Aanvankelijk ging men uit van een maatschappelijk-georiënteerde definitie en sprak men van maatschappelijk onaangepaste en sociaal onvolwaardige gezinnen. Later had men het liever over kansarmen en achtergestelden. Tegenwoordig wordt niet de maatschappij en traditie als norm gesteld maar de mens als persoon (Schoorl, 1997). Baartman en Dijkstra onderscheiden vijf typen problemen die zich kunnen voordoen in een gezin: problemen rond huishouding, problemen met betrekking tot

maatschappelijke context, problemen in de individuele ontwikkeling van de gezinsleden, problemen in onderlinge relaties, problemen met opvoeding (Baartman, 1987).

Er zijn relaties gevonden tussen gezinsfactoren en probleemgedrag. Kinderen uit gezinnen met lage sociaal economische status vertonen vaker probleemgedrag. Afwezigheid van een sociaal netwerk hangt ook samen met probleemgedrag. De invloed van echtscheiding op psychosociaal gedrag is in onderzoek aangetoond (Ploeg, 1994). Bovendien blijkt dat als echtscheiding plaatsvindt het omringende sociale netwerk uiteenvalt. Gesell benadrukt het samenspel tussen omgevingsinvloeden en het rijpingsniveau van het kind met betrekking tot de sociaal-emotionele ontwikkeling.

1.2.3 Zorgvoorzieningen: jeugdgezondheidszorg in Coevorden

Doel van deze subparagraaf is de jeugdgezondheidszorg te beschrijven zoals die in de gemeente Coevorden wordt aangeboden en gereguleerd.

1.2.3.1 Gemeente

Sinds 2003 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de gezondheidszorg aan 0-19-jarige jeugd. Dit is geregeld in de Wet op de Collectieve Preventieve Volksgezondheidszorg (WCPV). De wet onderscheidt drie gebieden: preventieve zorg, bestrijding infectieziekten en jeugdgezondheidszorg. De taken van de jeugdgezondheidszorg worden in Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg ingedeeld in zes groepen:

1. Monitoring en signalering – het periodiek bepalen van de gezondheidstoestand
2. Beoordelen van de zorgbehoefte
3. Screening en vaccinaties
4. Voorlichting, advies en instructie en begeleiding ter bevordering van het gezondheidsgedrag
5. Onderkenning en beïnvloeding van gezondheid bedreigende factoren in de sociale en fysieke omgeving
6. Ondersteuning van het zorgsysteem

Het uniform deel van het basistakenpakket bestaat uit activiteiten die collectief worden aangeboden aan alle individuen uit de doelgroep. Het maatwerkdeel is onderwerp van gemeentelijke besluitvorming. Gemeenten kunnen het aanbod toespitsen op de zorgbehoeften van de jeugd in de gemeente en in de regio. Het aanbod van de zorginstellingen die de jeugdgezondheidszorg uitvoeren, de GGD'en en de thuiszorgorganisaties, moet op elkaar worden afgestemd. Gemeenten hebben de regie over dit proces. Zij kunnen de optimale organisatievorm toepassen op hun lokale situatie (WCPV; RIVM).

Gemeente Coevorden wil een ononderbroken keten van zorg voor jongeren van 0 tot 23 jaar. Daarmee wordt voorkomen dat jongeren uit het “zicht” van het onderwijs en jeugdgezondheidsorganisaties verdwijnen. Dit kan door meer samenwerking en informatie-uitwisseling tussen onderwijsvoorzieningen onderling, tussen jeugdzorginstellingen onderling en tussen onderwijs en jeugdinstanties. Dit is het uitgangspunt van de notitie “Samenwerken aan zorg voor jeugd”, zoals die is vastgesteld door het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Coevorden (Beleidsnotitie, 2003^b).

1.2.3.2 Icare

Icare Jeugdgezondheidszorg is verantwoordelijk voor de zorg van 0-4 - jarigen. De meeste zorg wordt aangeboden via het consultatiebureau. Centraal in de aanbidding van zorg staat het actieve, ongevraagde, aanbod. Gepland zijn minstens 15 contactmomenten met kinderen tot 4

jaar, met zowel arts als verpleegkundige. Het merendeel van de contacten vindt plaats in het eerste jaar.

TABEL 1

AANBEVOLEN LEEFTIJDSMOMENTEN VOOR EN INHOUD VAN INDIVIDUELE CONTACTEN VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG MET KINDEREN

UIT: REIJNEVELD, VERLOOVE-VANHORICK, HIRASING; 2004.

<i>Leeftijd</i>	<i>Inhoud</i>
4-7 dagen	Screeningen op PKU, CHT, AGS en perceptief gehoorverlies
1-2 weken	Algemene anamnese, inschatten risico, voorlichting, dossiervorming
1 maand	Medische anamnese, groei, autorisatie RVP
2 maanden	Groei, RVP (DKTP, Hib)
3 maanden	Groei, ontwikkelingsonderzoek, RVP (DKTP, Hib)
4 maanden	Groei, RVP (DKTP, Hib)
6 maanden	Groei, ontwikkelingsonderzoek
7,5 maanden	Monitoren van functies (voeding, mondgedrag) en ontwikkeling (motoriek, spraak/taal)
9 maanden	Groei, ontwikkelingsonderzoek, screening visusstoornissen (VOV)
11 maanden	Groei, RVP (DKTP, Hib)
14 maanden	Groei, ontwikkelingsonderzoek
18 maanden	Monitoring van opvoeding en gezondheidsgedrag
2 jaar	Groei, monitoren van opvoeding en spraak- / taalontwikkeling
3 jaar	Monitoren van opvoeding en spraak/ taalontwikkeling en opsporing van visuele stoornissen
3 ¾ jaar	Groei, bepalen ontvangen zorg, RVP (DTP, aK) en opsporing van visuele stoornissen (overdracht dossier)
5 jaar	Screening spraak- en taalstoornissen
5 jaar/ groep 2 BO	Groei, motorische en sociale ontwikkeling, emotioneel en sociaal functioneren, opsporing van visuele stoornissen

1.2.3.3 GGD

De GGD beschermt en bevordert de gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen van 5 tot 19 jaar. Het gaat hierbij zowel om de lichamelijke als de psychische ontwikkeling.

Taken van de GGD zijn:

- Algemeen preventieve zorg (versterking openbare gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering, openbare geestelijke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding);
- Openbare veiligheid en crisismanagement (geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, crisismanagement, openbare veiligheid, medische milieukunde en forensische geneeskunde);
- Advisering, indicering en informatievoorziening (administratie, indicering en advies, informatievoorziening, kwaliteit en opleiding en regiovisie);
- Medische opvang asielzoekers.

Jeugdartsen, jeugdartsassistenten en jeugdverpleegkundigen bezoeken regelmatig de basisscholen, de scholen voor speciaal onderwijs en de scholen voor voortgezet onderwijs. Zij doen op deze scholen preventief onderzoek, met als doel signalering, het inschatten van de zorgbehoefte en advisering van ouders en leerkrachten (GGD Nederland).

1.2.3.4 Preventieve tandheelkunde

Weinig poetsen met een fluoridetandpasta kan in de samenleving met overvloed aan cariogene voedings- en genotmiddelen worden beschouwd als een oorzaak van cariës. Het voorkomen hangt ook af van het sociale milieu waaruit de kinderen komen. Bij kinderen van ouders met een lage sociaal economische status komt relatief veel cariës voor. Het hogere risico wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een tekortschietend mondhygiënisch gedrag.

Ruim 85% van de Nederlanders bezoekt minstens eenmaal per jaar de tandarts. Deze personen doen dit gemiddeld 2,6 maal per jaar. In 1993 rapporteerden 23% van de ouders dat hun vijfjarige kinderen minder dan eenmaal per dag poetsen. Het tandheelkundig doel is bij kleuters gericht op preventie. Het preventieprogramma omvat: het geven van individuele voorlichting aan de ouders over voeding, mondhygiëne, fluoridetabletten en peutertandpasta. Voor de basisschooljeugd moet de zorg van het kind overgaan in orale zelfzorg. Met de doorbraak van een blijvend gebit neemt ook de curatieve zorg toe (Loveren, 2000).

Vrijwel alle kinderen komen gedurende de eerste jaren op het consultatiebureau. De consultatiebureauarts is een van de eersten die preventieve adviezen kan geven aan de ouders omtrent de mondverzorging van het kind.

De Wet Collectieve Preventieve Volksgezondheid omschrijft drie taken voor de GGD op het gebied van de tandheelkunde:

- Groepsgerichte preventieve tandheelkundige zorg, in afstemming met de individuele tandheelkundige behandeling;
- Het systematisch bevorderen van een zo groot mogelijke participatie van jeugdigen aan de tandzorg;
- Het tot stand brengen van een structuur waarbinnen personen en instellingen, die taken vervullen in curatieve en preventieve jeugd tandzorg, de werkzaamheden die daaruit voortvloeien op elkaar kunnen afstemmen. De schoolarts komt in groep twee in contact met het kind en de ouders. Bij dit periodiek geneeskundig onderzoek is ook plaats voor tandheelkundige controle en voorlichting (WCPV).

1.3 Probleemgedrag

Het verschil tussen probleemgedrag en een gedragsstoornis is dat probleemgedrag ontstaat als gevolg van een belemmering. Omstandigheden vanuit de omgeving van het kind spelen een rol hierbij. In tegenstelling tot probleemgedrag is een gedragsstoornis voornamelijk in aanleg gegeven. Er is geen eenduidige definitie van probleemgedrag te geven. Van der Ploeg (1994) omschrijft het als gedrag dat voortkomt uit het ontbreken van relaties, het ontbreken van een eigen identiteit, het bestaan van mispercepties van de realiteit, het onvermogen om met problemen om te gaan en de aanwezigheid van stressvolle omstandigheden. Vaak gaat het bij probleemgedrag om psychosociale gedragsproblemen. Het gaat om de problematische manier waarop de jeugdige zich gedraagt en de psychische schade die als gevolg kan optreden.

Probleemgedrag kan worden onderscheiden in externaliserend en internaliserend gedrag. Een kind met geëxternaliseerd probleemgedrag heeft gebrek aan zelfcontrole en stelt zich actief naar de omgeving op. Geïnternaliseerd gedrag wordt gekenmerkt door teruggetrokken, angstig gedrag. Het kind met de geëxternaliseerde vorm roept eerder irritatie op bij zijn omgeving. Deze kinderen hebben een verhoogde kans op mishandeling. Kinderen met de geïnternaliseerde vorm hebben meer kans op verwaarlozing. Delfos (2000) beschrijft een samenhang tussen gedragsmoeilijkheden in de kindertijd en veelvuldig ziek zijn gedurende het eerste jaar. Hieruit blijkt de verwevenheid van psychosociale en medische problematiek.

1.4 Psychosociale problematiek

Psychosociale problematiek komt bij peuters en kinderen veel voor. Eén op de tien peuters (9,4%) heeft psychosociale problemen. Het gaat om peuters van 21 maanden tot 4 jaar. De problemen zijn geconstateerd door de consultatiebureauarts na het onderzoeken van het kind en interviewen van de ouders. 40% van de kinderen met problemen werd doorverwezen (Reijneveld, 2004).

Bij 5-15 – jarige kinderen blijken medewerkers in de jeugdgezondheidszorg bij 25% van de kinderen één of meer psychosociale problemen te constateren. Factoren die samenhangen met het vaststellen van psychosociale problematiek zijn: eerdere behandeling voor psychosociale problemen, ‘life events’ en problemen op school. Bij de meeste kinderen waarbij problematiek is vastgesteld is actie ondernomen (Brugman, 2001).

1.5 Vraagstellingen

1 Prevalentie van probleemgedrag

- *Wat is de prevalentie van probleemgedrag bij 6/7-jarige kinderen in Coevorden?
Hoe is de verdeling over de verschillende soorten van probleemgedrag en wat is de invloed hiervan op het dagelijks leven?*
- *Zijn de problemen evenredig verdeeld over de stad Coevorden of gecentraliseerd; hoe is deze verdeling per wijk en per school?*

2 Analyse van samenhangende factoren

- *Hoe is het gezinsfunctioneren van de gezinnen van deze kinderen?*
- *Is er een verband tussen het vertonen van probleemgedrag en het gezinsfunctioneren?*
- *Is er samenhang tussen het vertonen van probleemgedrag en de leerresultaten?
Is er verband tussen gezinsfunctioneren en de leerresultaten van het kind op de basisschool?*
- *Hoe is de verdeling van de probleemgezinnen per wijk en per school?*
- *Hoe zijn de gezinsfactoren van de kinderen in Coevorden? Hoe zijn deze in vergelijking tot de rest van Nederland?*
- *Wat is de relatie tussen gezinsfactoren en het vertonen van probleemgedrag en wat is de relatie tussen gezinsfactoren en gezinsfunctioneren?*

3 Preventie en vroegsignalering

1. Jeugdzorg

- *In hoeverre maken de ouders zich zorgen over het gedrag van hun kind?*
- *Wat is de samenhang tussen problemen gesignaleerd door de Jeugdarts en zorgen van ouders over hun kinderen?*
- *Wat is de invloed van traumatische jeugdervaringen op het functioneren op latere leeftijd?*
- *Wat is de samenhang tussen problematiek op 5-jarige leeftijd en probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd?*

2. Consultatiebureauzorg

- *Hoe zijn de medische gegevens rond geboorte/ zwangerschap in vergelijking tot de rest van Nederland en met welke factoren hangen deze gegevens samen?*
- *Hoe is de ontwikkeling van de kinderen geweest van 0-4 jaar?*
- *Wat is samenhang tussen de ontwikkeling van de kinderen en probleemgedrag op latere leeftijd?*
- *Hoeveel psychosociale problematiek constateert de Consultatiebureauarts en wat is de relatie met door de Jeugdarts geconstateerde psychosociale problematiek?*
- *Wat is de relatie tussen psychosociale problematiek geconstateerd door de Consultatiebureauarts en probleemgedrag op latere leeftijd en gezinsfunctioneren?*
- *Hoe is de verdeling van psychosociale problematiek per wijk?*

- *Hoe groot is de groep kinderen die afwijkingen vertoont in de ontwikkeling?*
- *Welke factoren verklaren de aanwezigheid van probleemgedrag op latere leeftijd?*

4 Optimalisering samenwerking zorgaanbieders

- *In hoeverre zijn de gezinnen, kinderen of broertjes/zusjes bekend bij de diverse hulpverleningsinstanties? Hoe is de verdeling per wijk?*
- *In hoeverre is er sprake van mishandeling/verwaarlozing/seksueel misbruik en hoe is het met signalering daarvan en hulpverlening?*
- *Hoe regelmatig is het tandartsbezoek van de kinderen in Coevorden?*

2. INSTRUMENTEN & METHODEN

2.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie omvat het gehele cohort kinderen in de leeftijd van 6/7 jaar. Het gaat om kinderen die geboren zijn tussen 1 oktober 1996 en 1 oktober 1997. We hebben gekozen voor 6/7-jarigen omdat op deze leeftijd probleemgedrag vastgesteld kan worden door middel van een eenvoudige vragenlijst. Bovendien zit het kind dan in groep twee of groep drie van het basisonderwijs en kan tevens het functioneren in de klas ten opzichte van leeftijdsgenootjes in kaart worden gebracht. Het is zo ook mogelijk niet alleen op bevindingen binnen de leefgemeenschap van het gezin uit te gaan, maar het gedrag van het kind “objectief” te kunnen laten beoordelen door de leerkracht die het kind goed kent en bovendien de invloed van het gedrag op het dagelijks functioneren kan weergeven.

Er zijn 178 kinderen geboren tussen 1 oktober 1996 en 1 oktober 1997. Kinderen die niet meer woonachtig zijn in Coevorden voldoen niet aan de inclusiecriteria voor dit onderzoek. Het gaat in dit geval om vier kinderen. Wel betrekken we kinderen/ gezinnen bij het onderzoek die het reguliere onderwijs niet (meer) volgen in Coevorden. Van één kind uit het speciaal onderwijs wilde de school niet meewerken aan het onderzoek. Van één kind was geen consultatiebureaudossier aanwezig en van één kind geen jeugdartsdossier. In totaal gaat het dus om 171 proefpersonen.

2.2 Dossieronderzoek

2.2.1 Consultatiebureaudossier 0-4 jaar

Om via longitudinaal onderzoek een beeld te krijgen van de ontwikkeling is ontwikkelingstoezicht nodig. In dit toezicht voorziet men in Nederland door middel van het consultatiebureau waar het kind wordt gevolgd in zijn/haar ontwikkeling door een verpleegkundige en een arts. De bevindingen worden genoteerd in het ‘integraal dossier voor jeugd van 0-19 jaar’.

2.2.1.1 Van Wiechenonderzoek

Een verantwoorde test voor ontwikkelingstoezicht is het Van Wiechenonderzoek, dat deel uitmaakt van het consultatiebureauonderzoek (Pauwels, 2003). Doelstelling van het Van Wiechenonderzoek is enerzijds het begeleiden van de ontwikkeling van zuigelingen en peuters en het zo goed mogelijk betrekken van de ouders hierbij. Anderzijds gaat het om het vroegtijdig opsporen van ontwikkelingsproblemen en –stoornissen en het ondersteunen van de verwijzing. Registratie van het Van Wiechenonderzoek vindt plaats op alle consultatiebureaus in Nederland (Brouwers-de Jong, 2002). Standaardisatie van het waarnemen blijkt via dit onderzoek goed mogelijk. Bij het Van Wiechenonderzoek gaat men uit van de ontwikkelingskenmerken zoals vastgesteld door Gesell (Brouwers-de Jong, 1996^a).

Een kind is afwijkend als het op een tijdmoment een bepaald gedrag niet vertoont terwijl 90% van de populatie dit wel doet. Deze waarde is de p90. Hierin valt 90% van de kinderen uit de populatie, in dit geval de Nederlandse bevolking. Om te weten hoe vaak dit in de ontwikkeling voorkomt en op welke gebieden meten we het aantal keren dat een kind tijdens zijn/haar ontwikkeling afwijkt van de norm (p90).

Het schema bestaat uit twee formulieren, één voor de zuigelingenleeftijd (0-15 maanden) en één voor de kleuterleeftijd (1,5-4 jaar). Er zijn drie gebieden die onderzocht worden: ‘Fijne motoriek, Adaptatie en Gedrag’, ‘Grove motoriek’ en ‘Communicatie’. Registratie gebeurt door het plaatsen van een + of een -. In alle gevallen van twijfel plaatst men een -. Enkele items worden genoteerd op mededeling van de verzorger als M+ of M-.

TNO-onderzoek rapporteert 90% volledigheid van registratie van alle gegevens. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid is goed. 18% van de verzorgers krijgt advies contact op te nemen met de huisarts in verband met een mogelijke ontwikkelingsstoornis. Daarnaast blijkt dat gebruik van het Van Wiechenschema leidt tot terechte verwijzing in de eerste twee jaar (Verkerk, 1993).

De spreiding in ontwikkeling duidt op een iets snellere ontwikkeling van meisjes dan van jongens. Ook zijn kinderen uit hogere beroepsgroepen sneller in ontwikkeling. De spreiding is bij kleuters groter dan bij zuigelingen. De relatie tussen afwijkingen en pathologie is als volgt. In de groep met 0-8% van de items na p90 komt geen pathologie voor (64%). In de groep met 9-14% van de items na p90 (17,1%) bevinden zich enkele kinderen met lichte afwijkingen. Het merendeel van de pathologie bevindt zich in de groep met 15% of meer items na p90. In de eerste twee kwartalen wordt de p90 frequenter overschreden door pre/dysmatuuren dan door traag-normalen. In het vierde en vijfde kwartaal zijn geen kenmerken gevonden met hogere overschrijdingspercentages dan bij traag-normalen. De achterstand in ontwikkeling lijkt te zijn ingehaald (Schlesinger-Was, 1981).

De weging van het Van Wiechenonderzoek berust op het aantal negatief gescoorde kenmerken, de aanwezigheid van alarmsymptomen, de verdeling van de negatief gescoorde kenmerken over de ontwikkelingsvelden, de mate waarin de p90 wordt overschreden, de vergelijking met vergelijkbare kenmerken uit de literatuur en de gedragstoestand. Daarnaast moeten de uitkomsten van het Van Wiechenonderzoek worden gewogen in relatie met het totale onderzoek van het kind waarin de anamnese, het medisch en verpleegkundig periodiek gezondheidsonderzoek, de familieanamnese, waarnemingen en oordeel van ouders en verzorgers evenzeer een belangrijke rol spelen (Brouwers-de Jong, 1996^b).

2.2.1.2. Lijst Psychosociale- en Opvoedingsproblemen (LPOP)

Naast het Van Wiechenonderzoek scoren we afwijkingen in ontwikkeling die we tegenkomen in het dossier volgens de Lijst Psychosociale- en Opvoedingsproblemen. De lijst bevat vijf domeinen: problemen thuis, problemen in persoonlijk functioneren naar binnen gericht, problemen in persoonlijk functioneren naar buiten gericht, problemen in overig functioneren en problematiek advies en meldpunt kindermishandeling. De vragenlijst is opgenomen als Bijlage 1.

Als door de consultatiebureauarts psychosociale problematiek is geconstateerd krijgt het kind een score 1, indien dit niet het geval is een score 0. Om ons een beeld te kunnen vormen van opvoeding en omgeving en medische geschiedenis nemen we uit het dossier nog gegevens van gezinsfactoren, medische gegevens rond zwangerschap en geboorte en overdrachtsgegevens mee bij de dataverzameling.

2.2.2 Dossier GGD 5-19 jaar

Alle kinderen van groep twee van het basisonderwijs krijgen een uitnodiging voor een preventief gezondheidsonderzoek (PGO). In principe is hierbij een ouder of verzorger van het kind aanwezig. Een Jeugdarts en een assistente voeren dit onderzoek uit op school. Het PGO duurt in totaal ongeveer 25 minuten.

2.2.2.1 Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problemen Kleuters (LSPPK)

Overdracht van consultatiebureaudossier vindt, als het kind 5 jaar is, plaats naar de GGD via een overdrachtsformulier. Overdracht van het consultatiebureaudossier kan alleen plaatsvinden met toestemming van de ouders. Bij de uitnodiging voor het PGO krijgen de ouders/ verzorgers het verzoek een vragenlijst in te vullen, met daarin vragen over de gezinssituatie, de verzorging en het gedrag van het kind. Onderdeel van deze vragenlijst is de LSPPK.

De LSPPK bevat vragen over de zorgen van ouders over gedragsproblemen, emotionele problemen en ontwikkelingsproblemen van hun kind. Doelstelling van de lijst is dat hij kort is met weinig tijdsbeslag en de vragenlijst moet inzicht bieden in de zorgen van de ouders over psychosociale problemen (Vries-Lequin, Kroesbergen).

De lijst is opgenomen als Bijlage 4. De antwoorden op deze vragen worden opgenomen in het dossier van het kind. Ouders kunnen per vraag weergeven of ze zich 'geen zorgen', 'een beetje zorgen' of 'veel zorgen' maken over het gedrag van hun kind. In geval van 'geen zorgen' scoort het kind een 0 en bij 'weinig'/'veel zorgen' een score 1.

De LSPPK bevat negen vragen en één open vraag. De minimumscore is 0 en de maximumscore is 9. De score op de LSPPK is normaal bij een totaal van 0-3 en verhoogd bij een totaalscore van 4-9. Een hoge score betekent dat de ouders zich veel zorgen maken over hun kind.

Reijneveld e.a. (2003) rapporteren in hun onderzoek over de testeigenschappen en toegevoegde waarde van de LSPPK dat uit factoranalyse de LSPPK uit drie domeinen blijkt te bestaan, nl. gedrag, taal/opvoeding en emotie. Zij concluderen dat zowel de ouderscore als de artsscore bijdragen aan predictie van psychosociale problematiek van het kind, naast de achtergrondinformatie die de Jeugdgezondheidszorg al heeft over het kind. De bijdrage van de ouderscore is echter groter (Reijneveld, e.a. 2003). Ieder kind wordt in groep twee opgeroepen door de Jeugdarts. Wanneer de arts dit nodig acht zullen meerdere contactmomenten volgen.

2.2.2.2 Jeugdarts (LPOP)

Het lichamelijk onderzoek bestaat onder andere uit het meten van de lengte en het gewicht, het bepalen van het gezichtsvermogen, en het uitvoeren van een gehoortest. Daarnaast doet de Jeugdarts een geheel lichamelijk onderzoek, waarbij vooral aandacht is voor de ontwikkeling van de motoriek. De uitkomsten van het onderzoek worden met de ouder/ verzorger besproken. De Jeugdarts kan adviezen geven en het kind zonodig verwijzen naar de huisarts of naar jeugdhulpverlening. Soms is het nodig dat een kind een andere keer terugkomt voor een hercontrole (GGD Nederland).

Psychosociale problematiek gesignaleerd door de Jeugdarts en genoteerd in het dossier is ook voor deze leeftijdsperiode gescoord aan de hand van de LPOP: Lijst Psychosociale- en Opvoedingsproblemen. De lijst is opgenomen in de bijlage. Dezelfde lijst wordt gebruikt als op 0-4 – jarige leeftijd met de categorieën: problemen thuis, problemen in persoonlijk functioneren naar binnen gericht, problemen in persoonlijk functioneren naar buiten gericht, problemen in overig functioneren en problematiek advies en meldpunt kindermishandeling. Hieraan is speciaal voor deze leeftijd de categorie 'problemen op school' toegevoegd.

2.3 Vragenlijsten

2.3.1 SDQ

De SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaire) is een vragenlijst die de Sterke Kanten en Moeilijkheden van het kind in kaart brengt. Er is een versie die kan worden ingevuld door de ouders en een versie voor de leerkracht (SDQ-Dut). De SDQ is een valide vragenlijst. De interne betrouwbaarheid, interbeoordelaarbetrouwbaarheid en test-hertest betrouwbaarheid zijn bij onderzoek, gehouden onder 10.438 Britse kinderen, goed gebleken (Goodman, 2001).

De test bestaat uit 25 items en onderzoekt 5 gebieden, nl. Emotie, Gedrag, Hyperactiviteit, Leeftijdsgenootjes en Sociaal. Iedere schaal bestaat uit vijf vragen. Bij de schaal Emotie gaat het om het vertonen van somatische symptomen, angst, of het kind ongelukkig overkomt en of het nerveus is in nieuwe situaties. De items die tot deze schaal behoren zijn nummer 3, 8,13,16 en 24. De subschaal Gedrag meet in hoeverre het kind gehoorzaam is, hoe het temperament is (of het kind snel kwaad wordt) en de gedragingen

vechten, liegen of bedriegen. Deze schaal bestaat uit de vragen 5,7*,12,18 en 22. Voor vraag 7 geldt dat het item positief geformuleerd is en het antwoord dus nog gespiegeld moet worden. Of het kind rusteloos, gejaagd/druk of snel afgeleid is en hoe de aandacht en reflectie zijn (nadenken voor het handelen) meet de schaal Hyperactiviteit. De aan- of afwezigheid van hyperactief gedrag wordt nagegaan met de vragen 2, 10, 15, 21*, 25*. De antwoorden op vraag 21 en vraag 25, aangegeven met een sterretje, moeten nog gespiegeld worden. De vierde schaal Leeftijdsgenootjes gaat na of het kind alleen is, vrienden heeft, populair is, gepest wordt of beter met volwassenen om kan gaan dan met kinderen. De schaal Leeftijdsgenootjes bestaat uit vragen 6, 11*,14*,19, 23. De antwoorden op vraag 11 en vraag 14 moeten nog gespiegeld worden. De schaal Sociaal meet of het kind attent is, kan delen, iemand helpt die hulp kan gebruiken, aardig is voor jongere kinderen, of zich vaak vrijwillig aanbiedt. De gehele schaal meet in tegenstelling tot de andere schalen positief, gewenst, gedrag. De items die tot deze schaal horen zijn nummer 1*, 4*, 9* , 17* en 20* en moeten alle gespiegeld worden. Naast deze vijf schalen is er nog een subschaal Gevolgen die de mogelijke nadelige gevolgen van het (probleem)gedrag voor het functioneren in de klas of de contacten met leeftijdsgenootjes weergeeft. De vragen op de schaal Gevolgen worden alleen beantwoord als de leerkracht heeft aangegeven dat er over het geheel genomen sprake is van moeilijkheden op één of meer van de gebieden 'emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen te kunnen omgaan'.

De SDQ is een korte lijst en daarmee gebruiksvriendelijk. Er zijn drie antwoordmogelijkheden; het gedrag is 'geheel niet van toepassing' op het kind (score 0), de stelling is 'een beetje waar' (score 1) of 'zeker waar' (score 2). De minimumscore op de totaalschaal is 0 en de maximumscore is 50. Per schaal (van vijf vragen) zijn maximaal 10 punten te behalen. Hoe hoger de score van een kind op de SDQ, des te meer probleemgedrag het kind vertoont. De lijst is opgenomen als Bijlage 2.

De test is vertaald naar 40 talen en ook de Nederlandse vertaling is onderzocht onder 970 kinderen op basisscholen in Nederland. Uit de resultaten bleek dat de interne consistentie van de vragenlijst voor de leerkracht goed is in vergelijking met de interne consistentie van de CBCL/YSR. (Widenfelt, 2003). Muris e.a. hebben de SDQ afgenomen bij 562 schoolgaande Nederlandse kinderen en zowel de validiteit als betrouwbaarheid zijn goed gebleken (Muris, 2003).

De SDQ is een vragenlijst over de actuele psychologische aanpassing van kinderen en adolescenten, dat wil zeggen over de aanwezigheid van psychische problemen, over de gevolgen daarvan voor het dagelijks functioneren, en over sterke kanten die wijzen op psychologische aanpassing en goede kansen op herstel als zich problemen voordoen (Muris, 2003). De SDQ is vooral bedoeld als een screeningsinstrument en de resultaten kunnen worden gebruikt om te bepalen bij welke jeugdigen nader onderzoek nodig is (in de jeugdgezondheidszorg en in epidemiologisch onderzoek), als startpunt voor het intakegesprek of het diagnostisch onderzoek (in de GGZ), en als onderdeel van de behandel-evaluatie (als indicator van psychologische adaptatie) (Goedhart, 2003).

2.3.2 Vragenlijst GezinsFunctioneren (VGF)

De Vragenlijst GezinsFunctioneren brengt het functioneren van het gezin in kaart. De lijst bevat 5 subschalen: Basiszorg (huishouding, verzorging), Ouderfunctioneren (individueel functioneren, jeugdbeleving, partnerrelatie), Opvoeding (verantwoordelijkheid, gezindheid, competentie, zelfbeeld), Sociaal netwerk (formele contacten, informele contacten) en Veiligheid (creëren van een veilige omgeving).

De VGF komt voort uit de PIL (Probleem Inventarisatie Lijst). Deze lijst had als doel kenmerken van multi-probleemgezinnen te vinden, wat de verschillen zijn tussen deze gezinnen en multi-probleemgezinnen, en hoe opvoedingsproblemen binnen deze gezinnen

zijn te karakteriseren (Baartman, De Caluwe, Dijkstra en Janssen, 1987). De test-hertest betrouwbaarheid is over het algemeen goed (De Kemp, Veerman & Ten Brink, 1998; Evaluatieonderzoek Families First Nederland).

De lijst is bedoeld te worden ingevuld door een hulpverlener die het gezin goed kent. Om 100% respons na te kunnen streven hebben we ervoor gekozen de lijst te laten invullen door de leerkracht. Daarom is geschiktheid van ieder item getest aan de hand van een pilot-onderzoek onder leerkrachten in de stad Groningen. Naar aanleiding van de resultaten is een lijst samengesteld met items die door de leerkracht goed beantwoord kunnen worden, waarbij zoveel mogelijk gestreefd is naar behoud van subcategorieën van de test. Dit resulteerde in de subschalen Basiszorg en Opvoedingsvaardigheden.

De invuller geeft op een vijf-puntschaal aan in hoeverre de stelling geldt voor het gezin. Er zijn zes antwoordmogelijkheden: De uitspraak geldt ‘geheel niet’ (score 1), ‘een beetje’ (score 2), ‘wel’ (score 3), ‘sterk’ (score 4) of ‘zeer sterk’ (score 5) voor dit gezin. Ook is er de antwoordmogelijkheid score X: ‘weet niet’. Op de totaalschaal van de test wordt een gemiddelde score berekend. De minimumscore op de test is 0 en de maximumscore is 5. Hoe hoger de score, hoe beter het gezinsfunctioneren. Brink e.a. (2000) melden dat een gemiddelde totaalscore onder de 2,69 duidt op relatief veel problemen. Een gezin kan onder deze waarde worden aangemerkt als probleemgezin. De lijst is opgenomen als Bijlage 3.

2.3.3 Gezinsfactoren

Naast het functioneren van het gezin zijn een aantal vragen over gezinsfactoren meegenomen. Deze zijn overgenomen uit het Inschrijfformulier Leerling Basisonderwijs. Om een recent beeld te krijgen van het gezin is een vragenlijst met vragen over de gezinssituatie aan de leerkracht voorgelegd. Het gaat om de volgende vragen: gezinssamenstelling (één/twee oudergezin, biologische ouders aanwezig), geboorteland van de ouders en werk/opleiding van de ouders. Daarnaast is gevraagd wat de wegingsfactor van het kind is. In de wegingsfactor worden belastende gezinsomstandigheden verdisconteerd zoals etniciteit en echtscheiding. De wegingsfactor loopt van 1 (normaal) tot 1,90.

2.3.4 Leerprestaties

Leerlingen worden in het basisonderwijs getoetst door afname van de CITO-toets volgens het leerling-volgsysteem. De uitslag resulteert in een score op 3 domeinen: rekenen, spelling en technisch lezen (DMT). Er zijn vijf antwoordmogelijkheden: ‘zeer goed’ (score 1), ‘goed’ (score 2), ‘gemiddeld’ (score 3), ‘onvoldoende’ (score 4), ‘zeer onvoldoende’ (score 5).

2.4 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de totaalschalen en de subschalen zijn onderzocht voor de Vragenlijsten SDQ, de LSPPK en de VGF. Een hoge betrouwbaarheid betekent dat het waarschijnlijk is dat bij herhaling van de test, mits onder dezelfde omstandigheden uitgevoerd, dezelfde testresultaten gevonden zullen worden. De resultaten staan in tabel 3. De betrouwbaarheid is redelijk voor de LSPPK, redelijk tot goed voor de SDQ en (zeer) goed voor de VGF. Vogels e.a. (2003) rapporteren drie schalen van de LSPPK: Gedrag (item 1,2,3), Taal/Onderwijs (item 4,5) en Emotie (item 6,7,8,9). Factoranalyse bevestigt deze subschalen met uitzondering van item 7. Dit item past niet goed in de schaal Emotie en lijkt ook niet thuis te horen in een andere schaal, maar is meer een factor op zich.

TABEL 3

BETROUWBAARHEID VOOR DE VAN DE SDQ, DE LSPPK EN DE VGF

<i>Test</i>	<i>Schaal</i>	<i>Cronbach's alfa</i>
SDQ	Totaal	0,89
	Emotie	0,80
	Gedrag	0,65
	Hyperactiviteit	0,65
	Leeftijdsgenootjes	0,72
	Sociaal	0,86
	Gevolgen	0,68
LSPPK	Totaal	0,75
	Gedrag	0,78
	Taal/ Onderwijs	0,73
	Emotie	0,62
VGF	Totaal	0,97
	Basiszorg	0,96
	Opvoedingsvaardigheden	0,96

2.5 Testeigenschappen

Samengevat staan de testwaarden en testeigenschappen van de SDQ, VGF en LSPPK in onderstaande tabel.

TABEL 2

TESTWAARDEN EN TESTEIGENSCHAPPEN VAN DE SDQ, VGF, LSPPK

<i>Test</i>	<i>N pp</i>	<i>Items</i>	<i>Antwoord categorieën</i>	<i>Min/Max</i>	<i>Gemiddelde</i>	<i>SD</i>
SDQ						
Totaal	171	25	3	0/26	7,62	6,02
Emotie	171	5	3	0/9	1,76	2,17
Gedrag	171	5	3	0/8	1,12	1,50
Hyperactiviteit	171	5	3	0/10	3,36	3,11
Leeftijdsgenootjes	171	5	3	0/9	1,38	1,88
Sociaal	171	5	3	0/10	7,73	2,43
VGF						
Totaal	171	17	6	1,07/5,00	3,64	0,81
Basiszorg	171	10	6	1,14/5,00	3,74	0,80
Opvoeding	171	7	6	1,00/5,00	3,55	0,88
LSPPK	154	9	3	0/8	1,50	1,87

2.6 Werkwijze

Gegevensverzameling heeft op twee manieren plaats gevonden: via dossieronderzoek en met behulp van vragenlijsten die aan de leerkracht zijn voorgelegd.

In geval van dossieronderzoek is grondig nagedacht over geheimhoudingsplicht bij dossierinzage. Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Omdat echter koppeling nodig is tussen dossiers en vragenlijsten is gewerkt met een sleutel. Aan alle proefpersonen is een respondentnummer toegekend. Na verzameling van data door de onderzoekers zijn de oude nummers van de data vervangen door nieuwe sleutelnummers. Alleen bij de sleutelfiguur (een

onafhankelijk onderzoeker, die geen deel uitmaakt van de onderzoek) is bekend welke respondentnummers bij elkaar horen uit de beide bestanden. De onderzoekers hebben uiteraard geen inzage in de sleutel. De lijsten en sleutels zijn na afronding van het onderzoek vernietigd.

Om het geheel onder supervisie te laten plaatsvinden is de onderzoekers een stagecontract bij de GGD aangeboden. Ook hebben zij een verklaring voor geheimhoudingsplicht getekend. De dataverzameling vond op locatie (GGD) plaats. De meeste dossiers liggen opgeslagen bij de GGD in Emmen. Van enkele kinderen, die onderwijs buiten de stad Coevorden volgen, liggen de dossiers bij de GGD Hoogeveen of de GGD Zwolle.

De vragenlijsten zijn ingevuld door de leerkracht van de proefpersonen. Alle basisscholen in Coevorden zijn persoonlijk benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek en hebben hun medewerking verleend. De vragenlijsten zijn gebracht bij de scholen en een week later opgehaald. Aan de directeur van de scholen is middels een brief verzocht de ouders van de kinderen in te lichten.

De data zijn aangevuld met gegevens van politie, algemeen maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg en bureau jeugdzorg. Aan deze instanties is een brief gestuurd met uitleg en daarbij tevens een lijst met namen en nummers. Aan hen was het verzoek om codes in vullen bij de nummers, bijv. 0 indien het kind niet bekend is bij de betreffende instantie, 1 als het kind wel bekend is, een 2 als een broertje/zusje bekend is, en een 3 indien beide bekend zijn. Daarna werd van hen verwacht een aparte lijst terug te sturen met onderzoeksnummers en bijbehorende codes en tevens is hen verzocht de aparte lijst met namen te vernietigen. De codes zijn in de data matrix ingevoerd door de projectleider die niet beschikte over de oorspronkelijke lijst met namen en nummers.

3. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven per vraagstelling. Allereerst worden de resultaten van de eerste doelstelling, de prevalentie van probleemgedrag (3.1), gevolgd door samenhangende factoren (gezinsfunctioneren 3.2 en gezinsfactoren 3.3) uiteengezet. Daarna wordt ingegaan op de mogelijkheden wat betreft preventie en predictie door een beschrijving van jeugdzorg (5-jarige leeftijd), consultatiebureauzorg (0-4 – jarige leeftijd) en risicogroepen tot het vertonen van probleemgedrag (3.6). In paragraaf 3.7 wordt een beschrijving gegeven van de rol van de hulpverleningsinstanties in het diagnostisch proces.

3.1 Probleemgedrag

*Wat is de prevalentie van probleemgedrag bij 6/7-jarige kinderen in Coevorden?
Hoe is de verdeling over de verschillende soorten van probleemgedrag en wat is de invloed hiervan op het dagelijks leven?*

De percentages van de kinderen wat betreft de mate waarin zij probleemgedrag vertonen (ruwe scores op de SDQ in percentages) zijn weergegeven in Bijlage 5. De resultaten van de SDQ zijn vergeleken met een referentiegroep: een Engels onderzoek van 4801 5-10 - jarige kinderen. In de volgende tabel is het percentage kinderen uit Coevorden dat verhoogd scoort op de SDQ weergegeven. Als norm is de SDQ-waarde gehanteerd waar 25% van de referentiegroep boven scoort.

TABEL 4
HET PERCENTAGE KINDEREN DAT HOGER SCOORT DAN 75% VAN DE KINDEREN UIT DE REFERENTIEGROEP

<i>SDQ:</i>	<i>SDQ > 75%</i>
Totaal	31.0
Emotie	29.2
Gedrag	33.3
Hyperactiviteit	36.3
Leeftijdsgenootjes	21.1
Sociaal	31.0
Gevolgen	20.1

Voor de Totalschaal en de schalen Emotie, Gedrag, Hyperactiviteit en Sociaal scoren kinderen uit Coevorden hoger dan kinderen uit de referentiegroep. De percentages van de schalen waarop de kinderen meer probleemgedrag vertonen zijn vetgedrukt weergegeven. Kinderen vertonen vooral veel hyperactief gedrag en gedragsproblemen.

Als we kijken naar de schaal Gevolgen (mogelijke nadelige gevolgen van het probleemgedrag voor het functioneren in de klas of de contacten met leeftijdsgenootjes) dan is de vraag gesteld dat als er moeilijkheden bestaan, hoe lang dat dan het geval is. De leerkracht heeft voor 85,1% van de kinderen aangegeven dat de moeilijkheden langer dan een jaar bestaan. Bij 27,3% van de kinderen belemmeren de moeilijkheden het dagelijkse leven 'tamelijk'/'heel erg' in de contacten met leeftijdsgenoten. Bij 43% belemmeren de moeilijkheden het kind wat betreft leren in de klas. Daarnaast belasten de moeilijkheden de leerkracht of de klas als geheel in 22,2% van de gevallen.

Een kind kan op nul, één of meerdere subschalen verhoogd scoren. Het percentage kinderen dat op nul subschalen verhoogd scoort is 33,1%, op één subschaal 25,6%, op twee subschalen 15,7% en op drie of meer subschalen 25,6%. Jongens scoren op de subschalen Totaal, Gedrag en Hyperactiviteit significant hoger dan meisjes. Meisjes vertonen meer Sociaal gedrag. De gemiddelde SDQ-scores zijn weergegeven in tabel 5.

TABEL 5
GEMIDDELDE SDQ-SCORES VOOR JONGENS EN MEISJES

	<i>Jongens</i>	<i>Meisjes</i>
Totaal	8.7	6.2 **
Emotie	1.5	2.1
Gedrag	1.5	0.7 ***
Hyperactiviteit	4.3	2.2 ***
Leeftijdsgenootjes	1.5	1.2
Sociaal	7.3	8.4 **
Gevolgen	0.4	0.5

** t-toets, $p < 0,01$

*** t-toets, $p < 0,001$

Zijn de problemen evenredig verdeeld over de stad Coevorden of gecentraliseerd; hoe is deze verdeling per wijk en per school?

In tabel 6 zijn de percentages van het aantal subschalen (0, 1, 2 of meer) waarop een kind probleemgedrag vertoont weergegeven per wijk. Daarnaast is een kolom toegevoegd met daarin het totale aantal kinderen dat in die wijk woont. In wijk 1 en 2 zien we hoge percentages kinderen die op geen enkele schaal probleemgedrag vertonen. Met name in wijk 3, en in mindere mate in wijk 4 komen de hoogste percentages kinderen voor die op twee of meer schalen probleemgedrag vertonen.

TABEL 6
DE VERDELING VAN PROBLEEMGEDRAG, WEERGEGEVEN PER AANTAL SUBSCHALEN WAAROP DIT GEDRAG VERTOOND WORDT, VERDEELD PER WIJK (IN PERCENTAGES)

<i>Wijk</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	≥ 2	<i>Totaal (N)</i>
1	44.4	33.3	22.2	9
2	44.2	32.6	23.3	43
3	15.6	21.9	62.5	32
4	29.9	23.9	46.3	67
5	42.9	19.0	38.1	21
Totaal N (%)	57 (33.1)	44 (25.6)	71 (41.3)	172 (100)

$\chi^2 = 15.5$, $df = 8$, $p = .05$

In de tabel 7 zijn de percentages weergegeven per school. Uit de tabel is af te lezen dat op school 3, 4, 10 en in het speciaal onderwijs de meeste kinderen voorkomen die op twee of meer schalen probleemgedrag vertonen. School 10 bestaat uit 2 scholen, deze zijn ter bescherming van de privacy samengevoegd vanwege het geringe aantal kinderen op deze beide scholen. Op school 1 is een hoog percentage kinderen dat op geen enkele schaal probleemgedrag vertoont.

TABEL 7

DE VERDELING VAN PROBLEEMGEDRAG, WEERGEGEVEN PER AANTAL SUBSCHALEN WAAROP DIT GEDRAG VERTOOND WORDT, VERDEELD PER SCHOOL (IN PERCENTAGES)

<i>School</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	≥ 2	<i>Totaal (N)</i>
1	75.0	25.0	0.0	8
2	25.0	45.8	29.2	24
3	0.0	12.5	87.5	8
4	5.3	15.8	78.9	19
5	17.4	34.8	47.8	23
6	45.5	36.4	18.2	11
7	35.5	29.0	35.5	31
8	78.9	21.1	0.0	19
9	38.5	15.4	46.2	13
10	28.6	0.0	71.4	7
11 Speciaal Onderwijs	22.2	0.0	77.8	9
Totaal N (%)	57 (33.1)	44 (25.6)	71 (41.3)	172 (100)

$$\chi^2 = 66.9, df = 18, p = .000$$

Concluderend zien we de hoogste percentages van kinderen die probleemgedrag vertonen in wijk 3 en 4 en op school 3, 4, 10 en in het speciaal onderwijs.

3.2 Gezinsfunctioneren

Hoe is het gezinsfunctioneren van de gezinnen van de kinderen?

10.5% van de gezinnen scoort onder het afkappunt 2.69 voor de VGF totaalschaal. In totaal gaat het om 18 probleemgezinnen die laag scoren wat betreft gezinsfunctioneren. Van deze 18 gezinnen zijn 6 bij instanties bekend, 12 gezinnen zijn niet bij instanties bekend. Daarnaast is gebleken dat vragen over de woonsituatie van het gezin door 50 – 60% van de leerkrachten niet beantwoord konden worden.

Is er een verband tussen het vertonen van probleemgedrag en het gezinsfunctioneren?

Per schaal van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren (Basiszorg en Opvoedingsvaardigheden) is nagegaan wat de relatie is met het vertonen van probleemgedrag door het kind (tabel 8).

TABEL 8

CORRELATIE (SPEARMAN) EN P-WAARDEN TUSSEN VGF (BASISZORG) EN SDQ-SCHALEN

<i>Basiszorg – SDQ</i>	<i>Correlatie</i>	<i>p-waarde</i>
Emotie	.064	N.S.
Gedrag	-.175	.022
Hyperactiviteit	-.200	.009
Leeftijdsgenootjes	-.144	N.S.
Sociaal	.210	.006
Gevolgen	-.223	.004
Totaal	-.173	.024

Voor de subschaal Basiszorg is de relatie significant (uitgaande van een alfa <0,05) voor de subschalen Gedrag, Hyperactiviteit, Sociaal, Gevolgen en voor de Totaalschaal. De richting van het verband tussen het vertonen van probleemgedrag en gezinsfunctioneren is negatief

voor de schalen Gedrag, Hyperactiviteit, Gevolgen en Totaalschaal. Dit betekent dat slechtere basiszorg samenhangt met het vertonen van meer probleemgedrag. De relatie is positief voor de schaal Sociaal. Dit betekent dat hoe meer sociaal gedrag een kind vertoont, des te vaker het afkomstig is uit een gezin dat goed functioneert wat betreft basiszorg. De schaal Opvoedingsvaardigheden correleert significant met de schalen Gedrag, Hyperactiviteit, Leeftijdsgenootjes, Sociaal, Gevolgen en de Totaalschaal van de SDQ. De waarden staan in tabel 9.

TABEL 9
CORRELATIE (SPEARMAN) EN P-WAARDEN TUSSEN VGF (OPVOEDINGSVAARDIGHEDEN) EN SDQ-SCHALEN

<i>Opvoedings Vaardigheden-SDQ</i>	<i>Correlatie</i>	<i>p-waarde</i>
Emotie	-.004	N.S.
Gedrag	-.208	.007
Hyperactiviteit	-.339	.000
Leeftijdsgenootjes	-.252	.001
Sociaal	.322	.000
Gevolgen	-.302	.000
Totaal	-.331	.000

Kinderen uit gezinnen die slecht scoren wat betreft opvoedingsvaardigheden tonen vaker probleemgedrag.

Concluderend geldt zowel voor Basiszorg als Opvoedingsvaardigheden dat er samenhang is met het vertonen van probleemgedrag, zowel voor de totaalschaal als voor een aantal subschalen. Slechtere basiszorg en opvoedingsvaardigheden binnen een gezin gaan vaak samen met het vertonen van meer probleemgedrag.

*Is er samenhang tussen het vertonen van probleemgedrag en de leerresultaten?
Is er verband tussen gezinsfunctioneren en de leerresultaten van het kind op de basisschool?*

Er is een sterke samenhang tussen het vertonen van probleemgedrag en het presteren van de kinderen op school. De samenhang is aanwezig voor de schaal Totaal van de SDQ en de schalen Gedrag (met uitzondering van rekenen) en Hyperactiviteit. In tabel 10 staan de resultaten van de Spearman correlatietoets. Uit de tabel is af te lezen dat het vertonen van probleemgedrag een negatieve invloed op de leerresultaten van het kind op de basisschool.

TABEL 10
RELATIE TUSSEN SDQ-SCHALEN EN LEERRESULTATEN OP DE BASISCHOOL

<i>SDQ-schaal</i>	<i>Rekenen</i>		<i>Spelling</i>		<i>Lezen</i>	
	<i>rho</i>	<i>p-waarde</i>	<i>rho</i>	<i>p-waarde</i>	<i>rho</i>	<i>p-waarde</i>
Totaal	.220	.005	.227	.004	.210	.09
Emotie	.110	N.S.	-.046	N.S.	-.001	N.S.
Gedrag	.155	N.S.	.231	.003	.214	.008
Hyperactiviteit	.224	.005	.295	.000	.268	.001
Leeftijdsgenootjes	.152	N.S.	.134	N.S.	.067	N.S.
Sociaal	-.096	N.S.	-.193	N.S.	-.144	N.S.

De leerprestaties worden tevens negatief beïnvloed door de opvoedingsvaardigheden van de ouders. De totaalschaal van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren hangt significant samen de

leerresultaten Rekenen ($\rho = -.252$, $p = .001$), Lezen ($\rho = -.247$, $p = .002$) en niet met Spelling ($\rho = -.148$, N.S.).

Concluderend hebben zowel het vertonen van probleemgedrag door het kind als slechte opvoedingsvaardigheden van de ouders negatieve invloed op de leerprestaties van het kind.

Hoe is de verdeling van de probleemgezinnen per wijk en per school?

10,5% van alle gezinnen kunnen we aanmerken als probleemgezin omdat ze laag scoren op de Vragenlijst Gezinsfunctioneren. Van de gezinnen die wel of niet kunnen worden aangemerkt als probleemgezin is nagegaan hoe deze verdeling is per wijk. De resultaten staan in tabel 11.

TABEL 11
VERDELING VAN DE NIET-PROBLEEMGEZINNEN EN PROBLEEMGEZINNEN PER WIJK

Wijk	Niet-probleemgezinnen		Probleemgezinnen	
	N	%	N	%
1	8	89,9	1	11,1
2	39	90,7	4	9,3
3	24	81,2	6	18,8
4	60	90,9	6	9,1
5	20	95,2	1	4,8
Totaal (N, %)	153	89,5	18	10,5

$$\chi^2 = 3,3, \text{ NS}$$

De hoogste percentages probleemgezinnen komen voor in wijk 3. Van de 30 gezinnen in wijk 3 zijn er 6 probleemgezinnen. De gevonden verschillen per wijk zijn niet significant.

TABEL 12
VERDELING VAN DE NIET-PROBLEEMGEZINNEN EN PROBLEEMGEZINNEN PER SCHOOL

School	Niet-probleemgezinnen		Probleemgezinnen	
	N	%	N	%
1	8	100	-	0
2	22	91,7	2	8,3
3	8	100	-	0
4	15	78,9	4	21,1
5	21	91,3	2	8,7
6	11	100	-	0
7	30	96,8	1	3,2
8	19	100	-	0
9	9	69,2	4	30,8
10	2	100	-	0
11	4	80,0	1	20,0
12 Speciaal Onderwijs	4	50,0	4	50,0
Totaal (N, %)	153	89,5	18	10,5

$$\chi^2 = 23,5, \text{ df} = 9, \text{ p} = .005$$

In tabel 12 is de verdeling van de 18 probleemgezinnen weergegeven per school. Op school 3, 6, 8 en 10 zitten geen kinderen afkomstig uit een probleemgezin. Op school 9 en in het speciaal onderwijs zitten relatief de meeste kinderen afkomstig uit een probleemgezin.

Concluderend komen de hoogste percentages probleemgezinnen voor in wijk 3 en op school 9 en in het speciaal onderwijs.

3.3 Gezinsfactoren

Hoe zijn de gezinsfactoren van de kinderen in Coevorden? Hoe zijn deze in vergelijking tot de rest van Nederland?

De gezinsfactoren (gezinssamenstelling, achtergrond, opleiding en werk van de ouders) van de gezinnen waaruit de kinderen komen zijn weergegeven in tabel 13.

Vergelijken we de gegevens met gegevens van het Centraal Bureau van de Statistiek dan is het percentage éénoudergezinnen in Coevorden normaal (10,5% in Coevorden vs. 11% volgens landelijke gegevens CBS). Het percentage hoog opgeleiden is laag in Coevorden in vergelijking tot landelijke gegevens (21,0% volgens het CBS). Het percentage niet-werkende vaders is hoog/ normaal, voor niet-werkende moeders is dit percentage hoog (38,6% in Coevorden, 6% landelijk).

TABEL 13

GEZINSFACTOREN: SAMENSTELLING, ACHTERGROND, OPLEIDING EN WERK

Gezinsfactoren		Voorkomen (%)	
Tweeoudergezin		89,5	
Eénoudergezin		10,5	
Biologische vader aanwezig		89,6	
Biologische vader afwezig		10,4	
Geboorteland buiten Nederland		Vader	Moeder
		6,9	7,9
Opleiding		Vader	Moeder
	Lo/lbo/vmbo	41,3	36,8
	Mavo/Mulo/Havo	45,3	51,3
	Hbo/VWO/Hbo/Ac	13,3	11,8
Werken		Vader	Moeder
	Full time	88,5	17,1
	Part time	2,3	44,3
	Geen werk	8,1	38,6

Wat is de relatie tussen gezinsfactoren en het vertonen van probleemgedrag en wat is de relatie tussen gezinsfactoren en gezinsfunctioneren?

De opleiding van de moeder/vader hangt samen met de subschalen 'Basiszorg' en 'Opvoedingsvaardigheden' van de VGF ($F = 9,3-6,7$; $p = 0,000$). In tabel 14 staan de werksituaties van de ouders van de kinderen.

TABEL 14

WERKSITUATIE OUDERS

	Aantal	%
Beiden voltijd	24	16,2
Vader voltijd en Moeder deeltijd	60	40,5
Alleen vader voltijd	46	31,1
Beiden deeltijd/alleen moeder voltijd	6	3,5
Beiden geen werk	12	7,0

In de meeste gezinnen (40,5%) is de gezinssituatie dat de vader voltijd werkt en de moeder deeltijd. In 31,1 % van de gezinnen werkt alleen de vader. Gezinnen waar beide ouders werken scoren significant beter op de schalen ‘Basiszorg’ en ‘Opvoedingsvaardigheden’ ($F = 9.3 - 6.7, p = .000$) dan gezinnen waar alleen de vader werkt of geen van beiden werkt. Van de gezinnen waar beide ouders werken is 2 van de 84 gezinnen (2,4%) probleemgezin. Indien alleen vader werkt /geen van beiden werkt /beiden parttime werken is 13 van de 64 gezinnen probleemgezin (20,3%). Er is geen verband tussen het wel of niet werken van de ouders en het vertonen van probleemgedrag van kinderen.

3.4 Jeugdzorg

In hoeverre maken de ouders zich zorgen over het gedrag van hun kind?

In tabel 15 staan de antwoordpercentages die de ouders van de kinderen in Coevorden hebben gegeven op de vragen van de LSPPK in vergelijking tot een referentiebestand met 24.000 Nederlandse kinderen.

TABEL 15

MATE WAARIN OUDERS ZICH ZORGEN MAKEN OVER HET GEDRAG VAN HUN KIND PER VRAAG VAN DE LSPPK (TUSSEN HAAKJES DE PERCENTAGES UIT HET REFERENTIEBESTAND LSPPK 1997-1999, N=24.000)

Vraag LSPPK Zorgen over...	Geen zorgen %	Beetje zorgen %	Veel zorgen %
1. spelen	91,5 (93,2)	7.8 (6.2)	0.7 (0.5)
2. aandacht vragen	80,9 (84,3)	16.4 (13.6)	2.6 (2.1)
3. dwars zijn	75,0 (79,4)	20.4 (18.2)	4.6 (2.4)
4. school	81,5 (86,8)	15.9 (11.6)	2.6 (1.6)
5. spraak/taal	81,0 (86,4)	14.4 (12.3)	4.6 (1.3)
6. gedrag bij afwezigheid	89,6 (93,2)	9.7 (6.2)	0.6 (0.6)
7. teruggetrokken gedrag	94,2 (96,3)	5.2 (3.4)	0.6 (0.3)
8. zelfvertrouwen	71,2 (78,2)	25.5 (20.2)	3.3 (1.5)
9. angsten	83,7 (87,3)	15.0 (11.5)	1.3 (1.2)
10. anders	75,9	15.6	8.5

De LSPPK is een vragenlijst die weergeeft in hoeverre ouders zich zorgen maken over het gedrag van hun kinderen. Ouders in Coevorden maken zich vooral ‘veel zorgen’ over dwars gedrag van hun kind (4,6%), in vergelijking tot 2,4% van de ouders uit het referentiebestand. Daarnaast maken ouders zich ‘veel zorgen’ (4,6%) over spraak/taalproblemen van hun kind, in vergelijking tot 1,3% van de ouders uit het referentiebestand. 25,5% van de ouders maakt zich ‘een beetje’ zorgen over het zelfvertrouwen van hun kind. De vragenlijst LSPPK is opgenomen in de bijlage. Hier zijn de uitgebreide vragen te vinden, zoals die zijn voorgelegd aan de ouders. Vergelijken we de resultaten met het referentiebestand van 24.000 Nederlandse kinderen dan heeft 13,6% van de kinderen in Coevorden een verhoogde LSPPK score (>3) terwijl dit in het referentiebestand 8,3% is. 63,6 % van de ouders maakt zich zorgen over tenminste 1 item; in het referentiebestand is dit 51,3%.

In overeenstemming met het referentiebestand maken ouders zich daarbij meer zorgen over jongens (63,0%) dan over meisjes (37,0%) (in het referentiebestand zijn deze percentages 54,5 voor jongens en 47,5% voor meisjes).

Conclusie: ouders in Coevorden maken zich meer zorgen over het gedrag van hun kinderen. Ouders hebben meer zorgen over jongens dan over meisjes.

Wat is de samenhang tussen problemen gesignaleerd door de Jeugdarts en zorgen van ouders over hun kinderen?

Er is een sterke samenhang tussen de LSPPK en psychosociale problematiek, geconstateerd door de Jeugdarts ($\chi^2 = 28.2$, $df = 2$, $p = .000$). Ondanks deze sterke samenhang zijn er behoorlijke verschillen in het vaststellen van problemen. De Jeugdarts signaleert meer (van de 15 kinderen waar de Jeugdarts er twee of meer psychosociale problemen constateert, worden er zes door de LSPPK gedetecteerd). Maar de Jeugdarts ziet niet alles (drie kinderen hebben een verhoogde LSPPK maar zijn niet opgemerkt door de Jeugdarts).

In onderstaande tabel is de samenhang weergegeven tussen de totaalscore op de LSPPK en het aantal psychosociale problemen geconstateerd door de Jeugdarts. Bij 97 van de 100 kinderen waar de Jeugdarts geen psychosociale problematiek constateert is bij slechts 3 de LSPPK verhoogd.

TABEL 16
SAMENHANG LSPPK EN BEVINDINGEN JEUGDARTS (PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK)
Bevindingen Jeugdarts

<i>LSPPK</i>	<i>Geen problemen</i>		<i>1 probleem</i>		<i>≥2 problemen</i>		<i>Totaal</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
normaal	97	72.9	27	20.3	9	6.8	133	86.4
verhoogd	3	14.3	12	47.1	6	28.6	21	13.6
Totaal	100	64.9	39	25.3	15	9.7	154	100

χ^2 28.2, $df=2$, $p = .000$

Wat is de invloed van traumatische jeugdervaringen op het functioneren op latere leeftijd?

Traumatische jeugdervaringen (echtscheiding, werkloosheid, ziekten e.d.) komen voor bij 13 (9,1%) van de kinderen. Deze hebben een verhoogde score op de LSPPK (Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problemen Kleuters) en Gezinsfunctioneren (slechtere basiszorg, minder gunstig opvoedingsklimaat). Er is geen verband met gedragsproblemen later (SDQ).

Wat is de samenhang tussen problematiek op 5-jarige leeftijd en probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd?

TABEL 17
CORRELATIEWAARDEN TUSSEN PROBLEMATIEK OP 5-JARIGE LEEFTIJD (PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK JEUGDARTS EN LSPPK) EN SDQ SCHALEN

<i>SDQ</i>	<i>Psychosociale problematiek Jeugdarts</i>		<i>LSPPK</i>	
	<i>rho</i>	<i>p-waarde</i>	<i>rho</i>	<i>p-waarde</i>
Totaal	.326	.000	.307	.000
Emotie	.321	.000	.258	.001
Gedrag	.196	.020	.179	.026
Hyperactiviteit	.184	.030	.242	.003
Leeftijdsgenootjes	.218	.010	.153	N.S.
Sociaal	-.148	N.S.	-.233	.004

Psychosociale problemen geconstateerd door de Jeugdarts op 5-jarige leeftijd hangen samen met gedragsproblemen op 6/7-jarige leeftijd, zoals gemeten met de SDQ. Deze samenhang geldt voor de schalen: SDQ Totaal, Emotie, Gedrag, Hyperactiviteit en Leeftijdsgenootjes. Er is geen samenhang met de schaal Sociaal.

De LSPPK correleert significant met de meeste subschalen van de SDQ. Er is geen significant verband met de schaal Leeftijdsgenootjes.

3.5 Consultatiebureauzorg

Hoe zijn de medische gegevens rond geboorte/ zwangerschap in vergelijking tot de rest van Nederland en met welke factoren hangen deze gegevens samen?

Afwijkend zijn een hoog percentage rokende zwangere moeders in Coevorden (32% in Coevorden vs. 21% in de rest van Nederland) en een laag percentage kinderen dat borstvoeding heeft gekregen (63,4% vs. 74,6%). Wat betreft geboortegewicht en zwangerschapsduur zijn geen afwijkende percentages gevonden in vergelijking tot de gegevens van de Nederlandse bevolking.

Vergelijken we de percentages rokende moeders per wijk dan vinden we hoge percentages in wijk 2 (36,1%), wijk 3 (51,9%) en wijk 4 (30,0%) ($\chi^2 = 11.2$, $df = 4$, $p = .025$).

Borstvoeding hangt samen met een hogere opleiding van de moeder ($\chi^2 = 12.5$, $df = 3$, $p = .006$). Roken hangt samen met een lagere opleiding van de moeder ($\chi^2 = 9.7$, $df=4$, $p = .022$).

Roken hangt samen met een lager geboortegewicht ($t = 2.027$, $p = .045$).

Hoe is de ontwikkeling van de kinderen geweest van 0-4 jaar?

De resultaten van het Van Wiechenonderzoek geeft aan wanneer kinderen afwijken van de norm P90. Dit betekent dat een kind gedrag op een bepaalde leeftijd nog niet vertoont terwijl 90% van de kinderen in Nederland dit gedrag al wel vertoont. Het percentage kinderen dat afwijkt van deze norm op één of meer metingen is weergegeven in tabel 18. Hieruit blijkt dat de meeste kinderen afwijken op het gebied van de Grove Motoriek, met name in de leeftijd van 0 tot 12 maanden. De laagste percentages zien we op het gebied van de Communicatie.

TABEL 18
PERCENTAGE KINDEREN DAT BIJ ÉÉN OF MEER METINGEN AFWIJKT VAN DE P90 VAN HET VAN WIECHENONDERZOEK

<i>Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek</i>	<i>Van Wiechen 0 -12 maand (%)</i>	<i>Van Wiechen 15-48 maand (%)</i>
Communicatie	9.8	13.3
Grove Motoriek	42.5	25.8
Fijne motoriek /Adaptatie/ Persoonlijkheid/ Soc.Gedr.	21.4	20.0

Wat is samenhang tussen de ontwikkeling van de kinderen en probleemgedrag op latere leeftijd?

Er is geen verband gevonden tussen het Van Wiechenonderzoek (0-12 maanden en 15-48 maanden) en de LSPPK ($\chi^2 = 1.86$, N.S.; $\chi^2=0.63$, N.S.). Ook is er geen significant verband tussen het Van Wiechenonderzoek (0-12 maanden en 15-48 maanden) en de SDQ ($\chi^2=2,8$, N.S.; $\chi^2=0.4$, N.S.).

Het verband tussen het Van Wiechenonderzoek 15-48 maanden en Psychosociale problematiek op latere leeftijd (5 jaar), zoals geconstateerd door de Jeugdarts is weergegeven in tabel 19.

TABEL 19

RELATIE TUSSEN DE SCORE OP HET VAN WIECHENONDERZOEK EN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK GECONSTATEERD DOOR DE JEUGDARTS

<i>Van Wiechen 15-48 maanden, totaalscore- >90%</i>	<i>Psychosociale problemen</i>		<i>Psychosociale Problemen</i>		<i>Aantal</i>
	<i>Jeugdarts: Geen</i>		<i>Jeugdarts: ≥ 1</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Geen probleem	70	76,1	22	23.9	92
1 of meer problemen	36	52,2	33	47.8	69
Totaal	106	65,8	55	34.2	161 (100%)

$$\chi^2 = 10.0, df = 1, p = .002$$

Het gevonden verband is significant. Dit betekent dat als bij een kind één of meer afwijkingen worden gevonden op het Van Wiechenschema de Jeugdarts vaak ook psychosociale problemen vindt. Dit is het geval in 47,8% van de gevallen. Ook als een kind geen afwijkingen vertoont in de ontwikkeling op de leeftijd van 15-48 maanden constateert de jeugdarts vaak geen psychosociale problematiek. Dit is het geval bij 76,1%.

Hoeveel psychosociale problematiek constateert de Consultatiebureauarts en wat is de relatie met door de Jeugdarts geconstateerde psychosociale problematiek?

De Consultatiebureauarts constateert op 0-4 – jarige leeftijd vooral problematiek in de categorie ‘overig’. Hieronder vallen slaap-, spraak- en eetproblemen. De volledige lijst psychosociale problematiek (LPOP) is te vinden in Bijlage 1.

Laten we de categorie ‘overig’ weg dan wordt bij 27,7% van de kinderen psychosociale problematiek vastgesteld. De percentages zijn per categorie weergegeven in tabel 20.

TABEL 20

PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN GECONSTATEERD DOOR DE CONSULTATIEBUREAUARTS

<i>Probleem</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Persoonlijk functioneren: naar buiten gericht: een of meer	20	12.8
Persoonlijk functioneren: naar binnen gericht: een of meer	22	13.7
Problemen thuis: een of meer	22	13.9
Problemen overig (slaap, spraak, eten, instabiel etc.)	Eén	42 25.8
	Twee of meer	10 6.1
Totaal aantal problemen consultatiebureau	Geen	88 51.2
	Eén	48 27.9
	Twee	23 13.4
	Drie of meer	13 7.5
Totaal aantal psychosociale problemen zonder ‘overig’	Geen	99 72.3
	Eén of meer	38 27.7

De relatie tussen het aantal psychosociale problemen geconstateerd door de Consultatiebureauarts en de Jeugdarts staat in tabel 21.

TABEL 21
RELATIE TUSSEN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK GECONSTATEERD DOOR DE
CONSULTATIEBUREAUARTS EN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK GECONSTATEERD DOOR DE
JEUGDARTS

<i>Psychosociale problemen Jeugdarts*</i>					
<i>Psychosociale problemen CB arts*</i>	<i>Geen</i>		<i>≥ 1</i>		<i>Totaal N</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Geen	82	82.8	17	17.2	99
≥ 1	21	56.8	16	43.2	37
Totaal N (%)	103	75.7	33	24.3	136 (100%)

$\chi^2 = 9,96, p = 0,002$

* Het gaat hierbij om psychosociale problemen met uitzondering van de categorie ‘overig’

Bij 82 kinderen (60.3%) worden door zowel de Consultatiebureauarts als de Jeugdarts geen psychosociale problemen geconstateerd. Bij 17 kinderen worden er door de Consultatiebureauarts geen en door de Jeugdarts wel problemen geconstateerd. Bij 21 kinderen constateert de Consultatiebureauarts wel en de Jeugdarts geen problemen. Mogelijk zijn de problemen in de loop der tijd verdwenen /ontstaan of men registreert niet overeenkomstig.

*Wat is de relatie tussen psychosociale problematiek geconstateerd door de Consultatiebureauarts en probleemgedrag op latere leeftijd en gezinsfunctioneren?
Hoe is de verdeling van psychosociale problematiek per wijk?*

Het totale aantal door de consultatiebureauarts gesignaleerde psychosociale problematiek correleert hoog met de LSPPK ($r = 0.409, p = 0.000$). Er is geen verband aangetoond tussen psychosociale problematiek, geconstateerd door de Consultatiebureauarts, en de Vragenlijst Gezinsfunctioneren.

De samenhang tussen psychosociale problematiek, geconstateerd op 0-4 – jarige leeftijd en probleemgedrag op 6/7 – jarige leeftijd is onderzocht. Voor de SDQ Totaalschaal is de correlatie matig ($r = 0.193, p = 0.024$); bovendien correleert de geconstateerde psychosociale problematiek alleen met de SDQ schaal ‘ Sociaal gedrag’ ($r = 0.186, p = 0.030$).

In tabel 22 zijn de percentages psychosociale problematiek, zoals geconstateerd door de Consultatiebureauarts, weergegeven per wijk. Bij kinderen, woonachtig in wijk 3, zijn vooral veel psychosociale problemen geconstateerd (43,5%).

TABEL 22
PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN, GECONSTATEERD DOOR DE CONSULTATIEBUREAUARTS, WEERGEGEVEN
PER WIJK

<i>Wijk</i>	<i>Geen psychosociale problemen</i>		<i>≥1 psychosociale problemen</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1	6	85,7	1	14,3
2	27	79,4	7	20,6
3	13	56,5	10	43,5
4	38	70,4	16	29,6
5	15	78,9	4	21,1

$\chi^2 = 4,86, N.S.$

3.6 Predictie van probleemgedrag

Hoe groot is de groep kinderen die afwijkingen vertoont in de ontwikkeling?

TABEL 23

PERCENTAGE KINDEREN DAT WEL/NIET AFWIJKEND SCOORT TIJDENS ONTWIKKELING

<i>Meting</i>		<i>Frequentie (%)</i>
<i>0 = scoort niet afwijkend</i>		
<i>1 = scoort afwijkend</i>		
1. Ontwikkeling (van Wiechen)	0	74.0
	1	26.0
2. LPOP - CB-arts	0	72.3
	1	27.7
3. 0-4 – jarige leeftijd: van Wiechen + LPOP CB	0	94.7
	1	5.3
4. LSPPK	0	86.4
	1	13.6
5. LPOP – Jeugdarts	0	75.2
	1	24.8
6. Psychosociale Problematiek: LPOP CB + LPOP Jeugdarts	0	88.5
	1	11.5
7. 5-jarige leeftijd: LSPPK + LPOP Jeugdarts	0	91.4
	1	8.6

In tabel 23 is weergegeven hoeveel procent van de kinderen afwijkend scoort tijdens hun ontwikkeling op de diverse testen. 5,3% van de kinderen vertoont afwijkingen op het Van Wiechenonderzoek (0-12 & 15-48 maanden) en tevens wordt bij deze kinderen psychosociale problematiek geconstateerd door de Consultatiebureauarts. 8,6% van de kinderen heeft een verhoogde LSPPK-score en tevens wordt bij deze kinderen psychosociale problematiek geconstateerd door de Jeugdarts.

Welke factoren verklaren de aanwezigheid van probleemgedrag op latere leeftijd?

In tabel 24 is de bijdrage van de testen in het voorspellen van later probleemgedrag, zoals gemeten met de SDQ, weergegeven.

TABEL 24

DE BIJDRAGE VAN FACTOREN IN HET VOORSPELLEN VAN PROBLEEMGEDRAG (SDQ)

	<i>Van Wiechen 0-12 mnd</i>	<i>Van Wiechen 15-48 mnd</i>	<i>LPOP CB-arts</i>	<i>LPOP Jeugdarts</i>	<i>LSPPK</i>
Percentage verklaarde variantie (R^2)	.008		.0330	.0108	.149
Sig.	N.S.	N.S.	N.S.	.033	.014
Beta	.015	.021	.014	.199	.243

Psychosociale problematiek, vastgesteld door de Jeugdarts, en de LSPPK dragen significant bij aan het voorspellen van probleemgedrag. Voor alle factoren samen is het percentage verklaarde variantie vrij laag: bijna 15%.

De invloed van de aanwezigheid van psychosociale problematiek, gemeten door de Jeugdarts en een verhoogde LSPPK op de gemiddelde SDQ-score is weergegeven in tabel 25. Zowel een verhoogde score op de LSPPK als psychosociale problematiek geconstateerd door de Jeugdarts hangen samen met een significante ($p < 0,01$) hogere gemiddelde SDQ-score op 6/7-jarige leeftijd.

TABEL 25
DE INVLOED VAN EEN VERHOOGDE SCORE OP DE LSPPK EN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK, GEMETEN DOOR DE JEUGDARTS, OP DE GEMIDDELDE SDQ-SCORE

<i>Meting</i>		<i>Gem. SDQ-score</i>	<i>SD</i>	<i>p-waarde</i>
<i>0= scoort niet afwijkend</i>				
<i>1= scoort afwijkend</i>				
1.LSPPK	0	6.9	5.8	.002
	1	11.5	7.2	
2.LPOP - Jeugdarts	0	7.08	6.0	.001
	1	15.5	4.9	

3.7 Hulpverlening

In hoeverre zijn de gezinnen, kinderen of broertjes/zusjes bekend bij de diverse hulpverleningsinstanties? Hoe is de verdeling per wijk?

Diverse hulpverleningsinstanties hebben aangegeven in hoeverre een gezin, een kind of een broertje/zusje van het kind bij hen bekend is. De gegevens zijn weergegeven in tabel 26.

Opvallend is de geringe overlap tussen de diverse instanties. Slechts drie kinderen of 'kind en broertje/zusje' zijn bekend bij GGZ en Jeugdzorg. Voor de overige gevallen geldt dat als een kind bij één instantie bekend is het kind niet bij een andere instantie bekend is. Kinderen afkomstig uit een gezin dat bij één of meer instanties bekend is hebben een significant hogere LSPPK score ($t = -2.672$, $p = .008$).

TABEL 26
BEKENDHEID VAN GEZIN, KIND OF BROERTJES/ZUSJES BIJ HULPVERLENINGSINSTANTIES

<i>Hulpverleningsinstanties</i>	<i>Aantal (%)</i>
AMW Gezin bekend	9
Politie Gezin bekend	6
(huiselijk geweld, overlast omgeving, openlijke geweldpleging, drugsgebruik, diefstal, vandalisme, veroordeling gevangenisstraf)	
Jeugdzorg Dit kind	6
Broertjes(s)/Zusje(s)	5
Combinatie	3
GGZ Dit kind	6
Broertje(s)/Zusje(s)	6
Ouder	3
GGZ of Jeugdzorg	
Dit kind/ dit kind en broertje(s)/zusje(s) bij één van beide instanties bekend	12*
Alleen broertje/zusje bekend bij één van de twee	8
Alleen ouder bekend	3

Multiprobleemgezinnen	
Gezin bij geen enkele instantie bekend	140 (81.4)
Gezin bij een instantie bekend	25 (14.5)
Gezin bij twee instanties bekend	7 (4.1)

* slechts 3 kinderen zijn bij beide instanties bekend

De bekendheid van het gezin bij één of meer hulpverleningsinstanties verdeeld per wijk is weergegeven in tabel 27. Van de 32 gezinnen die woonachtig zijn in wijk 3, is 37,5% bekend bij één of meer instanties.

TABEL 27

BEKENDHEID VAN HET GEZIN BIJ HULPVERLENINGSINSTANTIES VERDEELD PER WIJK

Wijk	Bij geen enkele instantie bekend (%)	Bij één of meer instanties bekend (%)	Totaal (N)
1	88.9	11.1	9
2	86.0	14.0	43
3	62.5	37.5	32
4	82.1	17.9	67
5	95.2	4.8	21
Totaal (N, %)	140 (81.4%)	32 (18.6%)	172 (100.0%)

$\chi^2 = 11.2$, $df = 4$, $p = .025$

In hoeverre is er sprake van mishandeling/verwaarlozing/seksueel misbruik en hoe is het met signalering daarvan en hulpverlening?

Aan de leerkrachten is de vraag voorgelegd in hoeverre ze een vermoeden hadden dat er sprake is dat een van de ouders het kind fysiek mishandelt en/of verwaarloost. Bij 73,3% van de kinderen had de leerkracht dit vermoeden niet en bij 3,4% (n=6) van de kinderen wel. Bij 23,3% van de kinderen (n=40) heeft de leerkracht voor de antwoordmogelijkheid 'weet niet' gekozen.

Van de zes kinderen waarvan de leerkracht een vermoeden heeft dat er sprake is van mishandeling en/of verwaarlozing is één kind bekend bij Jeugdzorg en hetzelfde kind is ook bij de GGZ bekend. Van vijf kinderen is onbekend of ze zijn aangemeld bij een hulpverleningsinstantie. Geen van deze kinderen is echter bekend bij Politie, Algemeen Maatschappelijk Werk, GGZ of Jeugdzorg.

In het verleden (consultatiebureauleeftijd 0-4 jaar) zijn tien kinderen gesignaleerd met klachten/ symptomen die kunnen wijzen op mishandeling/seksueel misbruik. Drie van deze kinderen zijn verwezen naar de huisarts met verdachte symptomen, één kind is bekend bij Algemeen Maatschappelijk Werk en één bij Jeugdzorg. Eén kind van deze tien kinderen wordt ook door de leerkracht verdacht als slachtoffer van mishandeling/ seksueel misbruik.

Van vijf kinderen met een vermoeden van mishandeling/seksueel misbruik is dus niet te achterhalen of er actie is ondernomen. In elk geval is geen van deze kinderen bekend bij hulpverlening. Van de drie kinderen die verwezen zijn naar de huisarts is onduidelijk of de huisarts verdere actie heeft ondernomen. Ook deze kinderen zijn niet bekend bij de hulpverlening. Met behulp van onze gegevens is het niet mogelijk te traceren of de doorverwijzing überhaupt wel is gerealiseerd.

Hoe regelmatig is het tandartsbezoek van de kinderen in Coevorden?

TABEL 27
BEKENDHEID EN TANDARTSBEZOEK VAN DE KINDEREN

<i>Tandartsbezoek</i>	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Onbekend	70	40.7
Bekend Regelmatig	95	55.2
Niet regelmatig	7	4.1

Van de groep kinderen die bekend is bij de tandartsen van Coevorden (N=102) zijn zeven (6.9%) door hen aangewezen als niet-regelmatige bezoekers.

De groep 'onbekend' is gelijk verdeeld over de vijf wijken. Er is geen verband met de opleiding van de vader/moeder en het wel/niet werken van de moeder.

Wat verder opvalt is dat van de totaal 18 kinderen met een moeder met een hoge opleiding (vwo/hbo/academisch) er 12 kinderen behoren tot de groep 'onbekend'. De overige zes kinderen zijn regelmatige bezoekers.

De leerkrachten gaven aan dat 95% van de ouders van de groep 'onbekend' (veel) waarde hechten aan de tandverzorging van hun kinderen. Een voorzichtige conclusie is dat de groep 'onbekend' zich net zo of mogelijk nog iets beter gedraagt dan de groep regelmatig/niet regelmatig tandartsbezoekers: *7% bezoekt niet-regelmatig de tandarts.*

4. CONCLUSIES

4.1 Prevalentie van probleemgedrag

Wat is de prevalentie van probleemgedrag bij 6/7-jarige kinderen in Coevorden?

Hoe is de verdeling over de verschillende soorten van probleemgedrag en wat is de invloed hiervan op het dagelijkse leven?

In Coevorden zijn meer kinderen die probleemgedrag vertonen in verhouding tot een (grote) referentiegroep. Dit geldt voor het vertonen van probleemgedrag in zijn totaliteit en specifiek voor de gebieden Emotioneel gedrag, Gedragsproblemen en Hyperactiviteit. Ook tonen de kinderen minder Sociaal Gedrag. Met name op de schaal 'hyperactief gedrag' wordt hoger gescoord (in de hoogste categorie waar 25% van de kinderen zich normaliter bevindt, zit in Coevorden 36% van de kinderen).

Jongens scoren hoger dan meisjes wat betreft gedragsproblemen. De problemen bestaan bij de meeste kinderen (85,1%) langer dan een jaar. Bij ongeveer een kwart van de kinderen beïnvloeden de gedragsproblemen het functioneren in het dagelijkse leven.

Zijn de problemen evenredig verdeeld over de stad Coevorden of gecentraliseerd; hoe is deze verdeling per wijk en per school?

Probleemgedrag concentreert zich in bepaalde wijken (met name in wijk 3 en in iets mindere mate in wijk 4). Ook zijn er concentraties van kinderen met probleemgedrag op een aantal scholen (school 3,4 en 10) en in het speciaal onderwijs.

4.2 Analyse van samenhangende factoren

Hoe is het gezinsfunctioneren van de gezinnen van de kinderen?

Van de gezinnen behoort 10,5% van de gezinnen tot probleemgezinnen. In totaal gaat het om 18 gezinnen.

Is er een verband tussen het vertonen van probleemgedrag en het gezinsfunctioneren?

Er zijn significante verbanden tussen gezinsfunctioneren (zowel voor de schaal Opvoedingsvaardigheden als voor de schaal Basiszorg) en het probleemgedrag van kinderen. Kinderen die komen uit gezinnen die slechter functioneren, vertonen meer probleemgedrag.

Is er samenhang tussen het vertonen van probleemgedrag en de leerresultaten?

Is er verband tussen gezinsfunctioneren en de leerresultaten van het kind op de basisschool?

Kinderen met gedragsproblemen presteren slechter op school en kinderen uit probleemgezinnen presteren eveneens slechter op school.

Hoe is de verdeling van de probleemgezinnen per wijk en per school?

De hoogste percentages probleemgezinnen komen voor in wijk 3 en op school 9 en in het speciaal onderwijs.

Hoe zijn de gezinsfactoren van de kinderen in Coevorden? Hoe zijn deze in vergelijking tot de rest van Nederland?

In Coevorden zijn, in vergelijking tot de overige Nederlandse gezinnen, weinig hoog opgeleide ouders en veel niet-werkende moeders.

Wat is de relatie tussen gezinsfactoren en het vertonen van probleemgedrag en wat is de relatie tussen gezinsfactoren en gezinsfunctioneren?

De opleiding van de moeder/vader hangt samen met het gezinsfunctioneren. Hoe hoger de opleiding van de ouders des te beter het gezin functioneert.

Gezinnen waar beide ouders werken functioneren beter dan gezinnen waar alleen de vader werkt of geen van beiden werkt. Gezinnen waar beide ouders werken zijn vaak geen probleemgezin (2,4% is probleemgezin). Er is geen verband tussen het wel of niet werken van de ouders en het vertonen van probleemgedrag door de kinderen.

4.3 Preventie en vroegsignalering

4.3.1 Jeugdarts 5-jarige leeftijd

In hoeverre maken ouders zich zorgen over het gedrag van hun kind?

Ouders in Coevorden maken zich meer zorgen over de psychosociale ontwikkeling van hun kind als dat 5 jaar is, vergeleken met een referentiebestand van 24.000 Nederlandse kinderen (13.6% heeft een verhoogde LSPPK score, landelijk is dat percentage 8.3%). Ouders in Coevorden maken zich vooral zorgen over 'dwars gedrag', 'problemen op school', 'spraak-/taalproblemen' en 'zelfvertrouwen'. Ouders maken zich meer zorgen over jongens dan over meisjes.

Wat is de samenhang tussen problemen gesignaleerd door de Jeugdarts en zorgen van ouders over hun kinderen?

Er is een sterke samenhang tussen door de Jeugdarts gesignaleerde psychosociale problematiek en zorgen die de ouders hebben over het gedrag van hun kinderen. Ondanks deze sterke samenhang zijn er verschillen: van de 15 kinderen waar de Jeugdarts twee of meer psychosociale problemen vaststelt is bij slechts 6 van deze kinderen de LSPPK verhoogd.

Wat is de invloed van traumatische jeugdervaringen op het functioneren op latere leeftijd?

Kinderen die traumatische jeugdervaringen hebben gehad in het verleden hebben een verhoogde score op de LSPPK (Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problemen Kleuters) en Gezinsfunctioneren (slechtere basiszorg, minder gunstig opvoedingsklimaat). Er is geen verband met gedragsproblemen later (SDQ).

Wat is de samenhang tussen probleemgedrag op 5-jarige leeftijd en probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd?

De bevindingen van de Jeugdarts wat betreft de aanwezigheid van psychosociale problematiek op 5-jarige leeftijd hangen samen met later probleemgedrag (SDQ).

Er is een significante samenhang met het vertonen van probleemgedrag op latere leeftijd (6/7-jarige leeftijd) en de zorgen van ouders op 5-jarige leeftijd.

Zowel de psychosociale problematiek, geconstateerd door de Jeugdarts, als de zorgen van de ouders, gemeten met de LSPPK dragen significant bij aan het voorspellen van probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd.

4.3.2 Consultatiebureau 0-4 - jarige leeftijd

Hoe zijn de medische gegevens rond geboorte/ zwangerschap in vergelijking tot de rest van Nederland en met welke factoren hangen deze gegevens samen?

Geboortegewicht en duur van de zwangerschap komen overeen met landelijke gegevens.

Moeders roken vaker tijdens de zwangerschap en geven minder vaak borstvoeding vergeleken met landelijke gegevens. Roken is wijkgebonden; hoge percentages rokende moeders komen voor in wijk 2, wijk 3 en wijk 4.

Hoe is de ontwikkeling van de kinderen geweest van 0-4 jaar?

Vergeleken met (90%) normgegevens zijn er meer afwijkingen op de uitkomsten van het Van Wiechenonderzoek wat betreft de grove en fijne motoriek.

Wat is samenhang tussen de ontwikkeling van de kinderen en probleemgedrag op latere leeftijd?

Afwijkingen op het Van Wiechenonderzoek hangen samen met een grotere kans op psychosociale problemen zoals vastgesteld door de Jeugdarts. Er is geen verband gevonden tussen Van Wiechenonderzoek (0-12 maanden en 15-48 maanden) en de zorgen die ouders hebben over het gedrag van hun kind (5-jarige leeftijd) of probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd.

Hoeveel psychosociale problematiek constateert de Consultatiebureauarts en wat is de relatie met door de Jeugdarts geconstateerde psychosociale problematiek?

Er worden door de Consultatiebureauarts vaker (27,7%) psychosociale problemen geconstateerd dan verwacht mag worden op grond van uitkomsten van ander onderzoek op dit gebied. Reijneveld e.a. rapporteren dat bij één op de tien peuters (9,4%) psychosociale problemen voorkomt (Reijneveld, 2004).

Er is overeenkomst in geregistreeerde problematiek tussen de Consultatiebureauarts en de Jeugdarts; er zijn echter ook veel verschillen. Bij 17 kinderen constateert de Consultatiebureauarts geen problemen en de Jeugdarts wel.

Wat is de relatie tussen psychosociale problematiek geconstateerd door de Consultatiebureauarts en probleemgedrag op latere leeftijd en gezinsfunctioneren?

Hoe is de verdeling van psychosociale problematiek per wijk?

Het totale aantal door Consultatiebureauarts gesignaleerde psychosociale problematiek correleert hoog met de LSPPK. Dit betekent dat er overeenkomst is tussen door de Consultatiebureauarts gesignaleerde psychosociale problematiek op 0-4 jarige leeftijd en zorgen die ouders hebben over hun kinderen als de kinderen 5 jaar zijn.

Bij kinderen woonachtig in wijk 3 is relatief het vaakst psychosociale problematiek geconstateerd door de Consultatiebureauarts.

Hoe groot is de groep kinderen die afwijkingen vertoont in de ontwikkeling?

5,3% van de onderzochte kinderen vertoont afwijkingen op het Van Wiechenonderzoek en tevens wordt bij deze kinderen psychosociale problematiek geconstateerd door de Consultatiebureauarts.

8,6% van de kinderen heeft een verhoogde LSPPK-score en ook wordt bij deze kinderen psychosociale problematiek geconstateerd door de Jeugdarts.

Welke factoren verklaren de aanwezigheid van probleemgedrag op latere leeftijd?

Psychosociale problematiek, vastgesteld door de Jeugdarts, en de LSPPK dragen significant bij aan het voorspellen van probleemgedrag. Voor alle factoren samen is het percentage verklaarde variantie vrij laag: bijna 15%.

Zowel een verhoogde score op de LSPPK als psychosociale problematiek geconstateerd door de Jeugdarts hangen samen met een significante ($p < 0,01$) hogere gemiddelde SDQ-score op 6/7-jarige leeftijd.

4.4 Optimalisering samenwerking zorgaanbieders

In hoeverre zijn de gezinnen, kinderen of broertjes/zusjes bekend bij de diverse hulpverleningsinstanties?

Hoewel het aantal kinderen/gezinnen dat bij de diverse afzonderlijke hulpverleningsinstanties bekend is, relatief klein is (maximaal 5%), is het totale aantal gezinnen dat bij een instantie bekend is, relatief groot (19%). Dit komt doordat er vrijwel geen overlap is tussen de gezinnen die bekend zijn bij de betreffende instanties.

In Wijk 3 wonen relatief de meeste gezinnen die bekend zijn bij één of meer instanties.

In hoeverre is er sprake van mishandeling/verwaarlozing/seksueel misbruik en hoe is het met signalering daarvan en hulpverlening?

Van de 6 kinderen waarvan de leerkracht vermoedt dat er sprake is van fysieke mishandeling en/of verwaarlozing, is er één bekend bij Jeugdzorg en GGZ. De overige vijf kinderen zijn bij geen enkele instantie bekend. Van 5 van de 10 de kinderen waarvan een (serieus) vermoeden bestaat dat er sprake is (geweest) van mishandeling/ verwaarlozing/ seksueel misbruik is onduidelijk of ze bij hulpverleners zijn aangemeld.

Hoe regelmatig is het tandartsbezoek van de kinderen in Coevorden?

De groep niet regelmatige tandartsbezoekers lijkt niet buitensporig groot te zijn. Een voorzichtige schatting is dat 7% van de kinderen niet regelmatig de tandarts bezoekt.

5. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten aan de hand van de richtlijnen van beleid volgens het model van Lalonde. Deze onderscheidde drie domeinen waarop gezondheidszorgbeleid gericht zou moeten zijn: Gedrag/ Leefstijl, Fysieke en Sociale omgeving en Gezondheidszorg. Vervolgens sluiten we af met een aantal aanbevelingen.

5.1 Gedrag/ Leefstijl

In Coevorden zijn meer kinderen met gedragsproblemen dan verwacht mag worden op grond van referentiegegevens.

Het percentage kinderen dat probleemgedrag vertoont in Coevorden is relatief hoog. Helaas kunnen we de resultaten slechts wegen naar leeftijdsgroep en geslacht. Wanneer we de resultaten zouden kunnen wegen naar Sociaal Economische Status verwachten we dat het relatief gezien wel meevalt met de uitkomsten. Dit neemt echter niet weg dat er in absolute zin een probleem is in Coevorden, dit probleem werd al voor aanvang van het onderzoek door hulpverleners gesignaleerd. Om op effectieve wijze dit probleemgedrag aan te pakken en het te kunnen hanteren, zowel door hulpverleners als leerkrachten, is het goed de problemen tijdig te herkennen en adequate hulp aan te bieden. Mede gezien het feit dat gedragsproblemen samenhangen met slechtere leerprestaties in de klas, zodat de kinderen optimaal kunnen blijven functioneren. De SDQ is een korte, efficiënte, vragenlijst om deze problematiek objectief te meten en het soort probleemgedrag, aan de hand van de subschalen, te benoemen. De lijst zou als screeningslijst gebruikt kunnen worden.

Bij 27,3% van de kinderen belemmeren de moeilijkheden het dagelijkse leven tamelijk/heel erg in de contacten met leeftijdsgenoten. Probleemgedrag belast de leerkracht of de klas als geheel in 22,2% van de gevallen. Bij 85,1% van de kinderen bestaan de moeilijkheden langer dan een jaar.

Gezien de gevolgen van gedragsproblematiek in het dagelijks leven en functioneren van het kind is de aanpak ervan noodzakelijk. Gedragsproblematiek heeft invloed op het functioneren van het kind in de klas, ten opzichte van leeftijdsgenoten en op de klas als geheel. Hierdoor zijn ook de gevolgen merkbaar voor de leerkracht van de klas. Aanpak is gewenst om de leerkracht te ontlasten, probleemkinderen te helpen maar ook om gevolgen voor de klas als geheel en voor klasgenootjes afzonderlijk te voorkomen. Het feit dat 85,1% van de problemen voor meer dan een jaar bestaan geeft aan dat problematiek vaak langdurig is en aanpak is om die reden noodzakelijk. Als binnen een klas veel gedragproblemen voorkomen, zoals in sommige klassen nu het geval is, kan de leerkracht ontlast worden door de leerkracht en de klas als geheel ondersteuning aan te bieden.

De leerkracht kan uitspraken doen over het gezinsfunctioneren, echter veelal niet over de woonsituatie.

Om de link tussen het vertonen van probleemgedrag en het gezinsfunctioneren te kunnen leggen is een taak weggelegd voor de leerkracht. De leerkracht is dagelijks in contact met het kind en kan probleemgedrag signaleren en specifieke problemen benoemen. Het is belangrijk dat de leerkracht het gezin kent en contacten onderhoudt. Huisbezoeken geven inzicht in de gezinssituatie en de woonsituatie.

5.2 Omgeving

Gedragsproblemen hangen samen met de wijze van opvoeden.

Het gezinsfunctioneren hangt samen met het vertonen van probleemgedrag. Dit geldt zowel voor het verlenen van basiszorg als op het gebied van opvoedingsvaardigheden. Een kind is afhankelijk van zijn omgeving. Gezinsgerichte aanpak is daarom belangrijk. Niet alleen moet hulpverlening gericht zijn op het kind dat probleemgedrag vertoont maar tevens zou de aandacht moeten uitgaan naar broertjes/zusjes uit hetzelfde gezin. Bij gezinnen waar mogelijk sprake is van problematiek kan een (tussen)persoon, een hulpverlener, die het gezin goed kent bemiddelen tussen het gezin en de aan te bieden hulpverleningsinstanties. Voor het gezin is er dan een vertrouwd persoon die ze helpt aanwezig.

In de vorm van preventie is een belangrijke taak weggelegd voor advisering en hulpverlening in de consultatiebureauleeftijd. De Consultatiebureauarts of verpleegkundige kunnen meer aandacht besteden aan het bieden van juiste basiszorg en hulp aanbieden of tijdig doorverwijzen bij opvoedingsproblematiek. Naast gezinsgerichte aanpak in de vorm van hulpverlening is het aan te bevelen verder gezinsgericht onderzoek te doen. Te denken valt aan specifiek onderzoek naar de invloed van opvoedingsstijl en de mogelijkheden en gevolgen van opvoedingsbegeleiding.

De problemen concentreren zich vooral in wijk drie en in iets mindere mate in wijk vier.

De wijkgebonden problematiek hangt samen met schoolgebonden problematiek en komt voort uit gezinsproblematiek. Veel gezinnen waar problemen voorkomen zijn woonachtig in wijk 3 en voor een deel in wijk 4. Gezinsgerichte aanpak is eerste punt van prioriteit. Naast gezinsgerichte aanpak is wijkgerichte aanpak gewenst, die in Coevorden al wordt verleend, bijvoorbeeld in de vorm van het Buurtnetwerksysteem. Preventieve aandacht kan uitgaan naar voorlichting in buurthuizen of op scholen.

Hoewel het lijkt dat het hoogste percentage problemen voorkomt in wijk 3 zou het zo kunnen zijn dat deze concentratie even hoog is in een *deel* van wijk 4. Medewerkers van Gemeente Coevorden hebben te kennen gegeven dat zij in deze wijk hoge variatie verwachten per straat. Hierdoor zou het zo kunnen zijn dat als een deel van wijk 4 wordt uitgesloten de concentratie problemen hoger zou worden. Met nader onderzoek kunnen deze concentraties nauwkeuriger in kaart worden gebracht.

5.3 Gezondheidszorg

Ouders maken zich meer zorgen over het gedrag van hun kind (5-jarige leeftijd).

Er is samenhang met het vertonen van probleemgedrag op 6/7-jarige leeftijd.

Ouders vullen de LSPPK in en blijken zich meer zorgen te maken over het gedrag van hun kind op 5-jarige leeftijd dan ouders elders in Nederland. Gezien de samenhang met het vertonen van probleemgedrag op latere leeftijd is het goed dat de Jeugdarts waarde hecht aan het oordeel van de ouders. Bovendien is het voor de Jeugdarts gemakkelijker psychosociale problematiek bespreekbaar te maken. De LSPPK heeft drie aandachtsgebieden wat betreft psychosociale problematiek, een korte tijdsinvestering voor de ouders en biedt een goede bespreekbaarheid van problemen tijdens het Jeugdartsconsult. Derhalve lijkt de LSPPK ons een goede, bruikbare, vragenlijst bij het Jeugdartsconsult.

De Consultatiebureauarts en met name de Jeugdarts is een deel van de probleemkinderen al vroegtijdig op het spoor.

Een deel van de kinderen wordt al vroegtijdig opgespoord door zowel de Consultatiebureau- als de Jeugdarts. Het is hun taak deze kinderen op het juiste moment en op juiste wijze door te verwijzen voor gespecialiseerde hulp. Er blijkt tijdens de consulten niet altijd evenveel stil te worden gestaan bij mogelijke psychosociale problematiek, met name wat betreft de consultatiebureaufase. Het is belangrijk deze problematiek objectieverbaar te maken. Te denken valt aan een korte scorelijst om te gebruiken tijdens het consultatiebureauconsult.

Ook verslaglegging in het dossier is niet altijd duidelijk. Soms gebeurt dit door middel van een code, gekleurd stickertje of verwijderbaar briefje. Om hulp aan te kunnen reiken is het belangrijk dat ouders betrokken worden bij de signalering van psychosociale problematiek. Dit kan alleen door het probleem bespreekbaar te maken. Voor goede samenwerking tussen hulpverleningsinstanties is duidelijke verslaglegging noodzakelijk.

Met als doel effectieve samenwerking moet tijdens het proces de hulpverlening gecoördineerd en bewaakt worden. Hiervoor zou één bepaald persoon verantwoordelijk moeten zijn, een soort ‘casemanager’.

De rol van instanties bij de opsporing en behandeling van gevallen van fysiek geweld/ misbruik bij kinderen is niet altijd duidelijk.

Van de 6 kinderen waarvan de leerkracht vermoedt dat er sprake is van fysieke mishandeling en/of verwaarlozing, is er één bekend bij Jeugdzorg en GGZ.

Soms twijfelt een arts over het wel of niet voorkomen van seksueel misbruik. Ook bij twijfel is het goed daar notitie van te maken en het bespreekbaar te maken met de ouders. Als er meerdere hulpverleners twijfel hebben kan dit een signaal zijn en bevestigend werken. Duidelijke verslaglegging is van belang voor goede samenwerking. Ook wat betreft doorverwijzing van consultatiebureau naar GGD is duidelijke verslaglegging en bovendien openheid naar ouders toe gewenst. Er blijkt weinig overlap tussen diverse instanties en kinderen die verdacht worden van fysiek geweld/verwaarlozing. Ook hier is samenwerking tussen diverse hulpverleningsinstanties belangrijk. Verdenkingen moeten kunnen worden doorgegeven zonder dat direct actie wordt ondernomen. Wel is het van belang vermoedens van seksueel misbruik of mishandeling te melden bij een centrale instantie (AMK). Instanties moeten samenwerken indien dit soort problematiek wordt gesignaleerd om vanuit meerdere invalshoeken hulp aan te kunnen bieden.

De rol van de huisarts in zowel diagnostiek als behandeling is niet duidelijk.

Omdat vrijwel alle kinderen die door de consultatiebureauarts worden doorverwezen voor diagnostiek of behandeling via de huisarts worden doorverwezen en omdat de huisarts geen onderdeel van dit onderzoek heeft uitgemaakt is de rol van de huisarts dubieus.

5.4 Aanbevelingen

5.4.1 Preventieve zorg en hulpverlening

- Aandacht voor het kind tijdens een consult met de Consultatiebureauarts of Jeugdarts moet niet alleen uitgaan naar medische ontwikkeling maar vooral ook naar psychosociale ontwikkeling van het kind. Eventuele psychosociale problematiek moet tijdig vastgesteld worden om er wat aan te kunnen doen. Om psychosociale problematiek vast te kunnen stellen is een objectieve vragenlijst of scorelijst nodig die gebruikt kan worden tijdens het consult. Tot op heden is nog geen vragenlijst ontwikkeld die wij voor dit doel kunnen aanraden.

- Er is samenhang tussen problemen geconstateerd door de Jeugdarts op 5-jarige leeftijd en het vertonen van later probleemgedrag van het kind op 6/7 – jarige leeftijd, zoals gemeten met de SDQ. Indien de Jeugdarts psychosociale problematiek constateert bij een gezin is het aanbieden van hulp en ondersteuning gewenst en belangrijk.

- Gesignaleerde problemen in de omgang van de ouders met de kinderen en vermoedens van seksueel misbruik of mishandeling moeten gemeld worden bij een centrale hulpverleningsinstantie (AMK). Bovendien is het belangrijk (vermoedens van) problematiek bespreekbaar te maken met de ouders. In verband met doorverwijzing en overdracht van gegevens is notatie in het dossier van het kind noodzakelijk.

- Er is samenhang tussen de zorgen die ouders hebben over het gedrag van hun kind op 5 – jarige leeftijd en probleemgedrag op 6/7 –jarige leeftijd. In geval van een verhoogde LSPPK (score van 3 of hoger) kan de Jeugdarts hulp aan het gezin of het kind aanbieden bij specifieke problemen. In elk geval is monitoring belangrijk; de ontwikkeling van het kind kan vervolgd worden door de ouders en het kind nogmaals op een gesprek met de Jeugdarts uit te nodigen.

- In geval van doorverwijzing of het aanbieden van hulp is het belangrijk dat het vervolproces bewaakt wordt. Dit kan door middel van een persoon (case manager) of één centrale hulpverleningsinstantie. Bureau Jeugdzorg heeft een centrale functie wat betreft indicering richting andere zorgaanbieders, zoals GGZ en AMW. Sinds de invoering van de wet op de Jeugdzorg geven gemeente en provincie samen vorm aan de regie van dit proces. Met name de aansluiting tussen voorliggende hulpverleningsinstanties (regie gemeente) en Bureau Jeugdzorg (regie provincie) is nog een punt van zorg. Eén van de taken is de diverse hulpverleningsinstanties tot goed en effectieve samenwerking te brengen en algemene doelen te stellen en te behalen.

5.4.2 Gezin

- Gedragsproblemen hangen samen met opvoedingsstijl van de ouders van het kind. In geval van gedragsproblemen is het belangrijk hulpverlening te richten op het gezin en aandacht daarbij ook uit te laten gaan naar eventuele broertjes en zusjes van het kind.

- Nader onderzoek naar de invloed van opvoedingsbegeleiding op het voorkomen/ terugdringen van probleemgedrag is aan te raden. Ook kan onderzoek naar de invloed van de opvoedingsstijlen van de ouders op het vertonen van probleemgedrag van het kind nader en specifiek onderzocht worden. Omdat gezinnen die slecht functioneren zich concentreren in en woonachtig zijn in bepaalde wijken kan onderzoek ook wijkgericht plaatsvinden.

-In probleemwijken kan preventief aandacht uitgaan naar opvoedingsadviezen en adviezen van schadelijke factoren rond zwangerschap en geboorte op de ontwikkeling van het kind (roken, alcohol). Dit zou bijvoorbeeld collectief kunnen door middel van een informatieavond voor zwangere moeders in buurtcentra.

5.4.3 Leerkracht

- Voor de leerkracht is een belangrijke taak weggelegd in het signaleren en vaststellen van psychosociale problematiek. Huisbezoeken zijn aan te raden om contact met het gezin te leggen en een inzicht te krijgen in de gezinssituatie en woonsituatie. Het is belangrijk dat ook de leerkracht vermoedens van seksueel misbruik/ mishandeling meldt bij een centrale hulpverleningsinstantie.

- In geval van langdurige en veelvoorkomende problematiek binnen de klas is het van belang de leerkracht te ontlasten en de klas als geheel te ondersteunen.

NAWOORD

Ten aanzien van de uitkomsten van dit onderzoek heeft Gemeente Coevorden een werkconferentie gepland op 25 november 2004 j.l. in Fluitenberg. Een verslag van de conferentie is te opgenomen als Bijlage 7. Voor deze conferentie waren alle hulpverlenende instanties met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg en alle medewerkers aan het onderzoek uitgenodigd.

Na presentatie van de onderzoeksresultaten heeft professor Reijneveld een toespraak over het onderwerp gehouden. Daarin stelde hij vijf vragen centraal als het gaat om de problematiek van zorgkinderen:

- waar vind je ze?
- hoe vind je ze?
- wat doe je?
- wie biedt effectief hulp?
- wie coördineert er?

De conclusies van dit onderzoek geven aanleiding tot aanbevelingen wat betreft de eerste twee vragen. Probleemgedrag hangt samen met gezinsfunctioneren en concentreert zich in bepaalde wijken. Op grond van de conclusies zijn wijkverpleegkundigen van Icare Jeugdgezondheidszorg reeds begonnen met huisbezoeken.

Op de vraag 'wat te doen' wordt een antwoord gezocht in vervolgonderzoek in opdracht van Gemeente Coevorden. Doel van het onderzoek is welke uitgangspunten en methodieken de meest gewenste aanpak kunnen bieden in de situatie in Coevorden. Op de werkconferentie is gediscussieerd en gezocht naar oplossingen wie/welke instanties effectief hulp kunnen bieden. Deeloplossingen worden bijvoorbeeld gevonden in buurtnetwerken, mobiele teams en buurtmoeders.

Centraal geven gemeente en provincie vorm aan de regie van dit proces. Zij hebben conform de Wet op de Jeugdzorg de taak zorg te dragen voor signalering van problemen, coördinatie van zorg en het effectief aanbieden van hulp.

LITERATUUR

- Baartman H, Dijkstra JS. *Multi-problem gezinnen II: De opvoedingproblematiek*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek 1987;26: 2-14.
- Baartman, HEM. *Kindermishandeling in multi-problemgezinnen*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en klinische Kinderpsychologie 1989; 4:171-182.
- Beleidsnotitie Jeugd Gezondheidszorg 2003-2007 *Hoe preventiever, hoe liever*. Afdeling Educatie en Welzijn Gemeente Coevorden, 2003^a.
- Beleidsnotitie Jeugd en Zorg 2004-2006. *Samenwerken aan zorg voor de jeugd*. Afdeling Educatie en Welzijn Gemeente Coevorden, 2003^b.
- ten Brink T, van der Steege MMAG, van der Haar A, Jagers J, Veerman JW, Baartman H. *VGF Experimentele gebruikershandleiding van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren*. Utrecht: PI Research, Duivendrecht & NIZW, 2000.
- Brouwers-de Jong EA, Burgmeijer RJF, Laurent de Angulo MS. *Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau; Handboek bij het vernieuwde Van Wiechenonderzoek*. Assen: Van Gorcum & Comp, 1996^a.
- Brouwers-de Jong, Burmijer, Merckx *Ouder- en Kindzorg: basisboek voor artsen* Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2002.
- Brouwers-de Jong EA, Laurent de Angulo MS. *Jeugdgezondheidszorg. Van klinische blik naar standaardisatie. Het vernieuwde van Wiechenonderzoek* Medisch contact 1996^b; 51: 1395-1396.
- Brugman E, Reijneveld SA, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. *Identification and Management of Psychosocial Problems by Preventive Child Health Care*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001; 155:462-469.
- Delfos MF. *Kinderen en gedragsproblemen*. Lisse: Swets&Zeitlinger B.V., 2000 3^e geheel herziene druk.
- Gesell A. *The first five years of life. A Guide to the Study of the Pre-School Child*. London: Methuen&Co. Ltd, 1950.
- GGD Nederland. Vereniging van GGD'en. www.ggd.nl
- Goodman R. *Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire*. J of Am Ac Child Adolesc Psych 2001;11:1337-1345.
- Kalverboer AF. *Psychologische ontwikkeling: uitgangspunten, psychomotoriek en cognitie*. In: van den Brande JL, Heymans HSA, Monnens LAH. *Kindergeneeskunde*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000 3^e geheel herziene druk.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Information Canada, 1975.
- Loveren C, Weijden GA. *Preventieve tandheelkunde: op weg naar een doelmatige aanpak*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000 2^e herziene druk.
- McMunn AM, Nazroo JY, Marmot MG, Boreham R, Goodman R. *Childrens emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England*. Social Science & Medicine 2001: 423-440.
- Muris P, Meesters C, van den Berg F. *The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents*. European Child & Adolescent Psychiatry 2003; 12:1-8.
- Pauwels JH. *Opvolging van de normale ontwikkeling van het jonge kind: mogelijkheden en beperkingen vanuit de preventieve invalshoek*. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2003; 35:114-117.
- van der Ploeg JD. *Gedragsproblemen. Ontwikkelingen en risico's*. Alphen aan den Rijn: Haasbeek, 1994 2e druk.

- Reijneveld SA, Vogels AGC, Harland P, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. *Vroegtijdige opsporing van psychosociale problematiek door de jeugdgezondheidszorg bij schoolgaande jeugd*. JGZ 2003; 4:26-32.
- Reijneveld SA, Verloove-Vanhorick SP, Hirasing RA. *Jeugdgezondheidszorg*. In: Mackenbach JP, van der Maas PJ. Maarssen. *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*: Elsevier gezondheidszorg, 2004 3^e geheel herziene druk.
- Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick, SP. *Identification and Management of Psychosocial Problems Among Toddlers in Dutch Preventive Child Health Care*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158:811-817.
- RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu. www.rivm.nl/vtv/data/kompas/zorg/ogz/ogzwetgeving.htm
- Schulpen TWJ, Verloove-Vanhorick, SP. *Sociale pediatrie en jeugdgezondheidszorg*. In: Brande JL, Heymans HSA, Monnens LAH. *Kindergeneeskunde*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000 3^e geheel herziene druk.
- Schlersinger-Was, E.A. *Ontwikkelingsonderzoek van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau*. Proefschrift Rijks Universiteit Leiden, 1981
- Schoorl PM. *Opvoeding en opvoedingsproblemen in het gezinsleven*. Amsterdam: Sets & Zeitlinger, 1993.
- Verkerk PH, Reerink JD, Hemgreen WP. *Het van Wiechenschema in de praktijk: evaluatie van een schema voor onderzoek van de psychomotorische ontwikkeling op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters*. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1993.
- Vogels T, Reijneveld SA, Brugman E, Den Hollander-Gijsman M, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. *Detecting psychosocial problems among 5-6 – year-old children in Preventive Child Health Care. The validity of a short questionnaire used in a assessment procedure for detecting psychosocial problems among children*. European Journal of public health 2003; 13:353-360.
- de Vries-Lequin I, Kroesbergen HT. *De ontwikkeling van een landelijke signaleringshulp voor psychosociale problemen bij kleuters*. Jaargang 29, nr1, 1997 Tijdschrift voor de jeugdgezondheidszorg.
- *Wet Collectieve Gezondheidszorg*. www.overheid.nl
- Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PDA, Goodman R. *Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. European Child & Adolescent Psychiatry 2003; 12:281-289.

Bijlage 1

Lijst Psychosociale- en Opvoedingsproblematiek (LPOP), *ontleend aan prof. S.A. Reijneveld*

1. Problemen thuis

- 1.1 gezinsproblemen (bv. echtscheiding, werkloosheid, gevangenisstraf, ziekten, overlijden)
- 1.2 psychiatrische problematiek ouders
- 1.3 hechtingsproblematiek, problemen in contact tussen ouder(s) en kind
- 1.4 ouders zijn pedagogisch onbekwaam
- 1.5 problematische relatie met broers/zussen
- 1.6 ouders hebben geen sociale steun
- 1.7 ongewenst kind

2. Problemen in persoonlijk functioneren: naar binnen gericht

- 2.1 gebrek aan zelfvertrouwen, onzeker, twijfelt veel, identiteitsproblemen, faalangst
- 2.2 angstig, zenuwachtig, bang, zorgelijk
- 2.3 schuldgevoelens, schaamt zich
- 2.4 lacht weinig, is bedrukt, depressief (maakt weinig plezier, reageert niet vrolijk)
- 2.5 teruggetrokken, stil, verlegen (veel tijd nodig om te wennen)
- 2.6 scheidingsangst (overstuur bij (nieuwe) oppas, huult veel bij vertrek)
- 2.7 lusteloos, kan zichzelf niet vermaken, speelt niet
- 2.8 hoofdbonken, zichzelf verwonden
- 2.9 maakt geen oogcontact

3. Problemen in persoonlijk functioneren: naar buiten gericht

- 3.1 overactief, te impulsief (onrustig, erg opgewonden, luidruchtig)
- 3.2 (te) uitdagend en agressief (driftbuien, misdraagt zich vaak om aandacht te krijgen, ongehoorzaam)
- 3.3 agressief tegen leeftijdsgenootjes (maakt ruzie, pest, doet andere kinderen pijn)
- 3.4 maakt alles kapot
- 3.5 stoer doen, brutaal, uitdagen, overheersend, opscheppen, schreeuwen
- 3.6 koppig, opstandig, lastig, uitdagend

4. Problemen in overig functioneren

- 4.1 slaapproblemen (heel veel/ heel weinig slapen; niet willen in- of doorslapen; 's nachts meerdere keren wakker)
- 4.2 instabiel, veel huilen (niet te kalmeren, huult veel en tot uitgeput, snel overstuur, dreint veel)
- 4.3 eetproblemen (spuugt veel, weigert te eten, heeft nooit genoeg)
- 4.4 overgevoelig voor prikkels (hard geluid, licht, geuren, bewogen worden)
- 4.5 spraak-taalproblemen (te weinig woordjes / praten, begrijpt dagelijks gebruikte zinnen niet, stotteren)

5. Problematiek Advies en Meldpunt Kindermishandeling

- 5.1 emotionele verwaarlozing
- 5.2 emotionele mishandeling
- 5.3 lichamelijke verwaarlozing
- 5.4 lichamelijke mishandeling
- 5.5 seksueel misbruik, incest

Instructie: angstige kinderen hebben bijvoorbeeld ook vaak slaapproblemen; codeer in dat geval eerst angst. Codeer verder eerst problemen in persoonlijk functioneren van kind, daarna problemen in overig functioneren, dan in sociale omgeving.

Sterke Kanten en Moeilijkheden: Vragenlijst voor Leerkracht (SDQ-Dut) L⁴⁻¹⁶

Wilt U alstublieft voor iedere vraag een kruisje zetten in het vierkantje voor "niet waar", "een beetje waar" of "zeker waar". Het is van belang dat u alle vragen zo goed mogelijk beantwoordt, ook als u niet helemaal zeker bent of als u de vraag raar vindt. Wilt U alstublieft uw antwoorden baseren op het gedrag van het kind de laatste zes maanden of het huidige schooljaar.

Naam van het kind

Jongen / Meisje

Geboortedatum

	niet waar	een beetje waar	zeker waar
Houdt rekening met gevoelens van andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld speelgoed, snoep, potloden, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constant aan het wiebelen of wriemelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft minstens één goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zenuwachtig of zich vastklappend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aardig tegen jongere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt of bedriegt vaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt na voor iets te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor heel veel bang, is snel angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u opmerkingen?

Denkt u over het geheel genomen dat dit kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

Nee	Ja, kleine moeilijkheden	Ja, duidelijke moeilijkheden	Ja, ernstige moeilijkheden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u "Ja" heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?

- Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

Korter dan een maand	1-5 maanden	6-12 maanden	Meer dan een jaar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?

Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van het kind op de volgende gebieden?

	Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
CONTACTEN MET LEEFTIJDGENOTEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEREN IN DE KLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Belasten de moeilijkheden u of de klas als geheel?

Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Handtekening: Datum:

Leerkracht / Anders, nl

Dank u wel voor uw medewerking

Bijlage 3

VGF: Vragenlijst GezinsFunctioneren, *verkorte versie voor de Leerkracht*

Graag willen we u een aantal vragen stellen over het gezin waaruit de leerling komt. Deze vragen bestaan uit een reeks stellingen. Geef per stelling aan in hoeverre deze geldt voor het gezin. Doe dit door één van de cijfers 1 tot en met 5 te omcirkelen. Deze hebben de volgende betekenis:

- 1 de uitspraak geldt **geheel niet** voor dit gezin
- 2 de uitspraak geldt **een beetje** voor dit gezin
- 3 de uitspraak geldt voor dit gezin
- 4 de uitspraak geldt **sterk** voor dit gezin
- 5 de uitspraak geldt **zeer sterk** voor dit gezin

Het kan zijn dat u een vraag niet kan invullen. In dat geval kruist u het vakje "X" (weet niet) in.

Basiszorg

Het gezin leeft in vast dagritme.	1	2	3	4	5	X
De kleren van de kinderen zien er redelijk verzorgd uit.	1	2	3	4	5	X
De woning is van behoorlijke kwaliteit.	1	2	3	4	5	X
De ouders besteden voldoende aandacht aan de lichamelijke verzorging van het kind.	1	2	3	4	5	X
De woning ziet er verzorgd uit.	1	2	3	4	5	X
De ouders onderhouden contacten met school, die in het belang van het kind nodig zijn.	1	2	3	4	5	X
De kinderen dragen kleren die passen bij het weer.	1	2	3	4	5	X
De woning biedt voldoende ruimte gegeven het aantal gezinsleden.	1	2	3	4	5	X
De ouders hechten waarde aan de tandverzorging van de kinderen.	1	2	3	4	5	X
Er is sprake van gepaste regelmaat van het slapen gaan van de kinderen.	1	2	3	4	5	X

Opvoedingsvaardigheden

De ouders hebben oog voor wat de kinderen aan aandacht en steun nodig hebben.	1	2	3	4	5	X
De ouders ondernemen regelmatig activiteiten met de kinderen.	1	2	3	4	5	X
De ouders creëren voor de kinderen een positieve sfeer.	1	2	3	4	5	X
De ouders belonen de kinderen/moedigen hen aan.	1	2	3	4	5	X
De ouders bieden de kinderen de ordening en structuur die zij nodig hebben.	1	2	3	4	5	X
De ouders bieden de kinderen adequaat leiding.	1	2	3	4	5	X
De ouders lijken hun situatie goed aan te kunnen.	1	2	3	4	5	X
Er is sprake van een vermoeden dat één van de ouder het kind fysiek mishandelt en/of verwaarloost (scoor hier 1 tot 4 voor een minder sterk of sterker vermoeden en 5 als het vermoeden reeds bevestigd is).	1	2	3	4	5	X

Bijlage 4

LSPPK: Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek Kleuters

Vraag LSPPK	Geen zorgen	Beetje Zorgen	Veel zorgen
1. Kan uw kind goed spelen met andere kinderen? (vriendjes, broer, zus)			
2. Vraagt uw kind op een storende manier aandacht?			
3. Is uw kind regelmatig dwars of koppig?			
4. Hoe gaat het met uw kind op school? (bijv. opdrachten begrijpen, ergens de aandacht bijhouden)			
5. Heeft uw kind moeilijkheden met spraak of taal? (bijv. veel woorden niet goed uitspreken, stotteren, weinig praten)			
6. Heeft uw kind moeite met uw afwezigheid? (bijv. wanneer het een middagje bij andere kinderen speelt of uit logeren gaat)			
7. Is uw kind regelmatig stil of teruggetrokken?			
8. Heeft uw kind voldoende zelfvertrouwen?			
9. Heeft uw kind last van angsten of is het regelmatig bang?			
10. Heeft u nog andere zorgen over het gedrag van uw kind? Ja, nl.			

Bijlage 5

Vragenlijst SDQ: Sterke Kanten en Moeilijkheden, Leerkrachtversie: antwoord-percentages op afzonderlijke items per sub-schaal (Coevorden 2004, 7-jarige kinderen)

	Sub-schaal:	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
	‘emotional symptoms’			
3	Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn of misselijkheid	72.1	22.1	5.2
8	Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	70.9	21.5	6.4
13	Vaak ongelukkig, in de put of in tranen	81.4	15.1	2.9
16	Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	55.2	33.7	9.9
24	Voor heel veel bang, is snel angstig	70.9	24.4	4.1
	‘conduct problems’			
5	Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	86.0	12.2	1.2
7*	Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	9.3	26.2	64.0
12	Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	76.7	19.8	2.9
18	Liegt of bedriegt vaak	78.5	19.2	1.7
22	Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen	95.3	4.1	0.0
	‘hyperactivity-inattention’			
2	Rusteloos, overactief, kan niet stilzitten	51.7	27.9	19.8
10	Constant aan het wiebelen of wriemelen	56.4	25.6	17.4
15	Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	45.9	30.2	23.3
21*	Denkt na voor iets te doen	14.0	31.4	52.9
25*	Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	18.0	32.6	48.8
	‘peer problems’			
6	Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	69.8	19.8	9.3
11*	Heeft minstens een goede vriend of vriendin	8.1	19.8	71.5
14*	Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	5.8	19.8	73.3
19	Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	87.8	9.9	0.6
23	Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	75.6	11.6	3.5

	Sub-schaal	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
	‘prosocial behaviour’			
1*	Houdt rekening met gevoelens van anderen	8.1	31.4	59.9
4*	Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld speelgoed, snoep, potloden enz.)	8.1	30.8	60.5
9*	Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	4.1	34.3	61.0
17*	Aardig tegen jonge kinderen	0.6	20.3	77.9
20*	Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)	13.4	39.5	45.3

	‘impact score’ (N=66) **	Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
28	Maken de moeilijkheden het kind overstuur of van slag?	31.8	42.4	21.2	0.0
29	Belemmeren de moeilijkheden de contacten met leeftijdsgenoten?	37.9	34.8	18.2	9.1
30	Belemmeren de moeilijkheden het leren in de klas	19.7	36.4	36.4	7.6

* *item is positief geformuleerd*

** Alleen voor de kinderen waarvan de leerkracht heeft aangegeven dat er over het geheel genomen sprake is van moeilijkheden op het gebied van emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten (N=66, 38.4%)

Bijlage 6 Vragenlijst GezinsFunctioneren (VGF): antwoordpercentages op afzonderlijke items per sub-schaal (Coevorden 2004, 7-jarige kinderen)

Deze uitspraak geldt voor dit gezin:

	Basiszorg (VGF-B)	Geheel niet	Een beetje	Wel	Sterk	Zeer sterk	Weet niet
1	Het gezin leeft in vast dagritme	1.2	6.4	41.9	23.8	10.5	16.3
2	De kleren van de kinderen zien er redelijk verzorgd uit	0.6	5.8	32.0	34.9	25.6	1.2
3	De woning is van behoorlijke kwaliteit	0.0	2.3	12.8	14.0	18.0	52.9
4	De ouders besteden voldoende aandacht aan de lichamelijke verzorging van het kind	0.0	4.7	33.1	30.2	29.1	2.9
5	De woning ziet er verzorgd uit	0.0	1.7	9.3	13.4	15.1	60.5
6	De ouders onderhouden contacten met de school, die in het belang van het kind zijn	1.7	9.3	28.5	32.6	27.3	0.6
7	De kinderen dragen kleren die passen bij het weer	1.7	1.7	30.2	34.2	30.2	1.7
8	De woning biedt voldoende ruimte gegeven het aantal gezinsleden	0.0	0.6	10.5	13.4	20.9	54.7
9	De ouders hechten waarde aan de tandverzorging van de kinderen	0.6	4.1	32.6	24.4	21.5	16.9
10	Er is sprake van gepaste regelmaat van het slapen gaan van de kinderen	2.3	6.4	30.8	26.2	10.5	23.8
	Opvoedingsvaardigheden (VGF-O)	Geheel niet	Een beetje	Wel	Sterk	Zeer sterk	Weet niet
1	De ouders hebben oog voor wat de kinderen aan aandacht en steun nodig hebben	0.6	9.9	30.8	32.6	20.9	5.2
2	De ouders ondernemen regelmatig activiteiten met de kinderen	1.2	5.2	34.3	32.0	20.3	7.0
3	De ouders creëren voor de kinderen een positieve sfeer	1.2	8.7	28.5	33.1	17.4	11.0
4	De ouders belonen de kinderen/moedigen hen aan	1.2	5.2	29.7	33.1	19.8	11.0
5	De ouders bieden de kinderen de ordening en structuur die ze nodig hebben	1.7	8.7	37.8	18.0	16.3	17.4
6	De ouders bieden de kinderen adequaat leiding	2.3	8.7	30.8	24.4	12.8	20.9
7	De ouders lijken hun situatie goed aan te kunnen	3.5	7.0	37.2	27.3	14.5	10.5

Bijlage 7

Verslag van de werkconferentie Jeugdgezondheidszorg d.d. 25 november 2004

1. Opening

Henk Everts heet iedereen van harte welkom. Hij refereert kort aan de aanleiding van de start van het onderzoek naar zorgkinderen in de kern Coevorden. Uit een belegde werkbijeenkomst in 2002/2003 met uitvoerenden van Bureau Jeugdzorg, GGD afdeling jeugdgezondheidszorg en Icare afdeling jeugdgezondheidszorg zijn een aantal aanbevelingen gedaan die verwerkt zijn in de notitie jeugdgezondheidszorg gemeente Coevorden "hoe preventiever hoe liever". Onder andere is naar voren gekomen dat de uitvoerenden dachten dat de kinderen woonachtig in de kern Coevorden meer zorg behoeven dan andere kinderen. Om dit te kunnen staven is de vraag neergelegd bij de Wetenschapswinkel van de Rijks Universiteit van Groningen om hier onderzoek naar te doen. Henk roemt de goede medewerking van in eerste instantie Icare afdeling jeugdgezondheidszorg en GGD afdeling jeugdgezondheidszorg. Verder alle scholen voor primair onderwijs in Coevorden, Dalerpeel, het speciaal onderwijs, politie Coevorden, Bureau Jeugdzorg, AMW Coevorden, GGZ Drenthe en de tandartsen in Coevorden.

Hij deelt mede dat de mogelijk vandaag aangedragen oplossingen in de preventieve sfeer toegevoegd gaan worden aan het onderzoeksrapport.

Het is thans na de presentatie (door de onderzoekers Bettine Gritter en Francisca Kleeman) de opdracht aan de 3 werkgroepen preventiemaatregelen te bedenken.

Henk dringt aan op vertrouwelijke behandeling van het onderzoeksresultaat.

2. Presentatie

Bettine deelt mee dat het onderzoek heeft plaatsgevonden onder gebruikmaking van sleutelnummers i.v.m. de privacy. Beide onderzoekers hebben een stagecontract ontvangen van de GGD Drenthe.

Van 10 kinderen bleek geen GGD dossier aanwezig. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden onder 172 kinderen.

Bettine en Francisca presenteren de uiteindelijke resultaten en lichten dit toe. De conclusies van het onderzoek zijn vermeld in de bijlage.

3. Uitkomsten werkgroepen

De werkgroepen hebben steekwoorden op papier gezet (zie onder) deze worden plenair toegelicht. Henk stelt voor om op ambtelijk niveau te kijken hoe deze uitkomsten omgezet kunnen worden in structuren en wie we er voor nodig hebben. Iedereen (van alle aanwezige scholen en instellingen) is bereid hierin te investeren.

groep 1:

Doorgaande ontwikkelingslijn

Alle kinderen in beeld

Centraal databestand

Maatwerk per gezin

Gezin is essentieel

Suggestie huisbezoek Icare afdeling jeugdgezondheidszorg (bv bij 1 ½ jarige leeftijd)

Goed contact met de ketenpartners

Eenduidige registratie

(bemoeizorg)

buurtnetwerken optimaliseren

rol oudercontactfunctionaris

groep 2:

beleid voor heel de kern

wijkgerichte aanpak vooral probleemwijken die in het onderzoek naar voren komen

niet alleen richten op kind, maar ouders erbij betrekken

actief naar de mensen toegaan

de buurt kennen

de taal spreken van de mensen

cultuur kennen van gezin/wijk

ketenzorg (doorgaande lijn)

goede samenwerking 1ste lijnvoorzieningen

aansluiting Bureau Jeugdzorg (2de lijn) moet goed zijn

meer afstemming bij opvoedings- en ontwikkelingsondersteuning

dossieroverdracht Icare-GGD. Alles moet worden overgedragen (belang van kind gaat voor wetgeving).

eenheid van taal en definities

groep 3:

schooladoptieplan tandartsen Coevorden (Door de tandartsen in de kern Coevorden wordt het aanbod gedaan om scholen in de kern Coevorden te bezoeken)

durf buiten regels en wetgeving om te gaan

preventie niet altijd meetbaar

zorg dat je de ervaringswereld van de ouders kent

evalueren oudercontactfunctionaris

doorlopende lijn van 0 jaar (voorafgaand aan oudercontactfunctionaris)

aanvullen mobiele teams

zorgen voor ondersteuning

analyseren hoe kom je binnen

4. Toespraak professor Menno Reijneveld, hoogleraar Sociale Geneeskunde van de RUG

Professor Reijneveld begint met de opmerking dat hij het heel bijzonder vindt dat er op deze bijeenkomst zoveel instellingen om de tafel zitten die te maken hebben met de psycho-sociale zorg van kinderen. Dit is landelijk nog niet eerder getoond.

Hij geeft vervolgens aan dat de coördinatie van zorg het moeilijkst is en dat hier het minst beleid op gemaakt wordt.

Wanneer je met de problematiek van zorgkinderen bezig wilt gaan is het belangrijk om van te voren de volgende vragen te stellen:

waar vind je ze?

hoe vind je ze?

wat doe je?

wie biedt effectief hulp?

wie coördineert er?

Hoe maak je hier beleid op?

Jeugdgezondheidszorg is een belangrijk medium. Daar komen periodiek de kinderen naar toe, maar het is niet voldoende. Er dient namelijk onderscheid gemaakt te worden tussen het grootste gedeelte dat wel verschijnt en het een aantal zogenaamde 'now showers'.

Bij het maken van beleid moet je er voor zorgen dat de 'problemen' op het goede niveau wordt aangepakt. Dus niet alles doorverwijzen naar de 2e lijnszorg. Alleen kinderen die het echt nodig hebben (bijv. zware gedragsstoelingen).

Bij de oplossingen op 1e lijnsniveau een belangrijke taak voor de jeugdgezondheidszorg. Onderwijs en welzijn zijn hierbij belangrijke partners.

Belangrijke items zijn hierbij:

wie beschikt over de vaardigheden

wie heeft de middelen

Belangrijk is waar de coördinatie ligt. Op landelijk niveau worden hier afspraken over gemaakt (Operatie Jong).

Recente uitspraken zijn:

0 - 4 jaar Consultatie bureaus

4 - 12 jaar Basisscholen

12 - 19 jaar Zorgteams Voortgezet Onderwijs

Dhr. Reijneveld merkt op dat de patronen niet afwijken van landelijke achterstandswijken. Het is goed dat vanuit alle invalshoeken is gekeken. Dit is een uniek onderzoek voor Nederland.

Tot slotte zegt hij investeren in preventie heeft te maken met het kostenaspect. Gemeente en ketenpartners zullen hier keuzes in moeten maken.

5. Slotwoord drs. Tanja Klip-Martin, portefeuillehouder gemeente Coevorden

Tanja begint met te zeggen dat we niet moeten vergeten dat het met 85% van de jongeren goed gaat. Ze constateert dat Coevorden een dusdanige kleine schaal heeft (36.000 inwoners) dat men elkaar prima weet te vinden. Ze pleit ervoor dit niet te gaan overorganiseren. De telefoonnummers van elkaar te kennen kan in veel gevallen al een afdoend middel zijn. Ze refereert aan een gezegde van iemand in de jeugdzorg: 'als je weet dat het werkt doe er meer van en als het niet werkt hou er snel mee op'.

Verder zegt ze dat we al heel goed met elkaar bezig zijn, met name in het uitwerken van de gemeentelijke notitie 'Samenwerken aan zorg voor de jeugd'. Dit zal uiteindelijk leiden tot een overzichtelijk en praktisch eindrapport.

Ze bedankt iedereen nadrukkelijk voor de geleverde inzet, wijst nog eens op de vertrouwelijkheid van dit onderzoek en nodigt iedereen uit voor een drankje.

Samenvoeging uitkomsten:

Ambtelijk bestuderen van de uitkomst van de 3 groepen heeft geleid tot de volgende gezamenlijk gedragen uitgangspunten voor oplossingsrichtingen:

Doorgaande lijn in de ontwikkeling (vanaf prenatale fase)

Wijkgerichte aanpak

op basis van vertrouwen,

1 op 1

maatwerk per gezin

belevingswereld van de ouders kennen

goede verankering in de netwerken

goede samenwerking

dossievorming alles vermelden

eenduidige registratie

Uit de discussie blijkt dat deeloplossingen voor de gesignaleerde problemen gevonden worden in de volgende projecten en methodieken:

maatwerkdeel jeugdgezondheidszorg

buurtnetwerken

mobiele teams

oudercontactfunctionaris

buurtmoeders

babykopproject

out-reachende buurtwerker en amw

Voorstel:

een onderzoeker in te zetten om de uitgangspunten en de methodieken tegen elkaar af te zetten en een advies uit te brengen over de meest gewenste aanpak in de Coevorder situatie

aansluiten bij werkgroepen 'Samenwerken aan zorg voor de jeugd' met name werkgroep sluitende aanpak 0 tot 23 jaar