

Vroegsignaleren is vooruit zien

Het belang van vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen
bij migranten kinderen.



Julia van Ooijen

September 2007

Een kwalitatieve studie naar de bruikbaarheid van een vroeg-
signaleringsinstrument voor psychosociale problematiek bij migranten kinderen.

Julia van Ooijen

Onder begeleiding van:

Marola Sproet, Pharos; Landelijk Kennis- en Adviescentrum Vluchtelingen, Nieuwkomers en
Gezondheid, Utrecht.

Tommy Visscher, Vrije Universiteit Amsterdam.

Vrije Universiteit Amsterdam

Faculteit der Aard en Levenswetenschappen

Opleiding Gezondheidswetenschappen

Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.

Utrecht, september 2007.



Voorwoord

In het kader van het afsluiten van mijn studie Gezondheidswetenschappen aan de Vrije Universiteit van Amsterdam heb ik bij Pharos dit onderzoek uitgevoerd met als doel de bruikbaarheid van een vroeg-signaleringsinstrument voor psychosociale problematiek bij migranten kinderen te toetsen.

Pharos is een unieke organisatie. Een organisatie waar verschillende culturen samenkomen en waar gezamenlijk kennis wordt ontwikkeld en ingezet ter bevordering van de gezondheid van vluchtelingen en nieuwkomers. Een werkwijze die mijn persoonlijke interesse wist te vangen en mij de mogelijkheden bood dit te combineren met mijn afstudeerrichting, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Ik heb met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt. Het was een leerzame ervaring waar ik in de toekomst nog een hoop profijt van zal hebben. De goede samenwerking met de verpleegkundigen in de praktijk en de respondenten die deelgenomen hebben aan het onderzoek hebben bijgedragen aan het doen slagen van dit onderzoek. Ik wil dan ook iedereen die mij op enige manier geholpen of bijgestaan heeft gedurende deze periode, hartelijk bedanken.

Mijn speciale dank gaat uit naar Toos Peek en Irene Middeldorp, verpleegkundigen bij GGD Eemland, voor hun tijd en inzet. Tevens wil ik de ouders bedanken die bereid waren tot een interview en mij daarmee enorm hebben geholpen in het verkrijgen van deze resultaten.

Vervolgens wil ik natuurlijk mijn begeleiders bedanken: Marola Sproet van Pharos en Tommy Visscher van de Vrije Universiteit van Amsterdam. Mede dankzij jullie is deze stage periode een leerzame periode geweest.

Verder gaat mijn dank uit naar Hester en mijn mede stagiaires hier bij Pharos. Bij hen kon ik altijd terecht.

Tot slot wil ik mijn vrienden bedanken die gedurende deze periode voor mij klaar stonden en bereid waren kritisch naar mijn werk te kijken. Dat heeft veel voor mij betekend en zonder hen was het dan ook niet gelukt!

Julia van Ooijen

Utrecht, september 2007.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	5
1. Aanleiding en doel van het onderzoek	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Aanleiding	8
1.3 Doelstelling, probleemstelling en vraagstellingen	9
1.4 Opbouw van dit verslag	10
2. Contextueel kader	11
2.1 De SDQ vragenlijst	11
2.2 De Jeugdgezondheidszorg	12
2.3 Het Preventieve Gezondheidsonderzoek (PGO) en bijbehorende gesprek	13
2.4 De JGZ professional	13
2.5 De SDQ en migranten	13
3. Theoretisch kader	14
3.1 Beschrijving van de doelgroep	14
3.2 Gezondheidsproblemen, de risico's en gevolgen bij de doelgroep	15
3.2.1 <i>Psychosociale problematiek</i>	15
3.2.2 <i>Psychosociale problemen en de verschillen tussen groepen</i>	15
3.2.3 <i>Gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's</i>	16
3.3 De noodzaak van vroegsignalering	17
3.4 Vroeg-signaleringsinstrumenten	18
3.5 Barrières bij gebruik vroeg-signaleringsinstrumenten	20
3.6 Hypothesen	21
4. Methodologisch kader	23
4.1 Soort onderzoek	23
4.2 Onderzoekspopulatie en selectie	23
4.3 Methode van dataverzameling	24
4.3.1 <i>Focusgroep</i>	25
4.3.2 <i>Registratieformulieren</i>	26
4.3.3 <i>Interviews</i>	26
4.4 Methode van data-analyse	27
4.4.1 <i>Focusgroep</i>	28
4.4.2 <i>Registratieformulieren</i>	28
4.4.3 <i>Interviews</i>	28
4.5 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek	29
4.5.1 <i>Betrouwbaarheid</i>	29

4.5.2 <i>Interne validiteit</i>	29
4.6 Het vooronderzoek: De focusgroep	30
5. Resultaten	32
5.1 Inleiding	32
5.2 De Resultaten	32
5.2.1 <i>Vorbereidingen op het PGO</i>	32
5.2.2 <i>De SDQ vragenlijst</i>	33
5.2.3 <i>Het PGO gesprek</i>	36
5.2.4 <i>De wijze waarop vervolgacties worden vastgesteld</i>	40
6. Discussie	42
6.1 Inleiding	42
6.2 De voorbereidingen op het PGO	42
6.3 De SDQ	43
6.4 Het PGO gesprek	44
6.5 De wijze waarop vervolgacties worden vastgesteld	45
6.6 Algemene nabeschuwing van het onderzoek	45
6.7 Aanbevelingen	47
7. Conclusies	49
<i>Literatuurlijst</i>	50
Bijlage 1: Verklarende begrippenlijst	54
Bijlage 2: Het registratieformulier	55
Bijlage 3. Topics lijst interview ouders	58
Bijlage 4. Coderingsschema registratieformulieren	64

Samenvatting

Achtergrond: In februari 2007 werd er gestart met dit onderzoek naar de bruikbaarheid van de SDQ binnen het PGO gesprek als vroeg-signaleringsinstrument van psychosociale problemen bij migranten kinderen. Het onderzoek valt binnen het meerjarenprogramma “Jeugd” van Pharos dat zal lopen van begin 2007 tot 2010. Binnen dit meerjarenprogramma zullen verschillende onderzoeken onder de noemer “vroegsignalering” worden uitgevoerd. Het doel van het Programma Jeugd is de gezondheidssituaties en achterstanden van jeugdige vluchtelingen en nieuwkomers en de toegankelijkheid en het functioneren van zorg en voorzieningen voor deze groep beter in kaart brengen.

Er is nog weinig bekend over de bruikbaarheid van de gangbare vroeg-signaleringsinstrumenten bij migranten jeugd en hun ouders. Dit, terwijl bijna een kwart van de jeugd van migranten afkomst is en één derde van deze kinderen en jongeren psychosociale problemen heeft. Voor asielzoekers jeugd loopt dit zelfs op tot 50%.

Men is het er over het algemeen genomen over eens dat interventies op jongere leeftijd effectiever zijn dan op latere leeftijd. Interventies blijken op jonge leeftijd kosten-effectiever te zijn.

Vroegsignalering kan er voor zorgen dat interventies op tijd worden ingezet en daarmee een negatieve spiraal van psychosociale problemen voorkómen wordt.

Op basis van dit onderzoek worden er wat eerste aanbevelingen gedaan ter bevordering van de bruikbaarheid van de SDQ binnen het PGO gesprek.

Methoden: Het betreft een kwalitatieve, beschrijvende studie onder migranten ouders van kinderen in groep 7 van het basisonderwijs. Binnen dit onderzoek is er gekozen voor triangulatie, als aanpak. Verschillende soorten gegevensbronnen en methoden zijn gebruikt om de benodigde data te verkrijgen. Het onderzoek bestaat uit een vooronderzoek in de vorm van een focusgroep en twee deelonderzoeken: registratieformulieren en interviews. De resultaten van de focusgroep zijn gebruikt ter ontwikkeling van het registratieformulier. Het registratieformulier werd bij 24 migranten respondenten afgenomen en geeft inzicht in de knelpunten die respondenten ervaren bij de voorbereidingen op het PGO, het invullen van de SDQ, het PGO gesprek en het tot stand komen van de eventuele vervolgacties. Daarnaast zijn negen interviews met migranten ouders in het onderzoek gebruikt met als doel extra verdieping aan te brengen in de reeds verkregen onderzoeksresultaten.

Resultaten: Uit het onderzoek blijkt dat verschillende aspecten rondom de bruikbaarheid van de SDQ en migranten ouders moeilijk verlopen. Verschillende woorden en zinnen binnen de SDQ werden als moeilijk te begrijpen ervaren. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen woorden die niet begrepen werden en de context die verkeerd werd geïnterpreteerd. Opvallend is dat er tegenstrijdigheden bleken te zitten tussen wat er vooraf in de SDQ werd ingevuld en wat er tijdens het gesprek naar voren kwam.

Het PGO gesprek wordt door de migranten ouders als positief ervaren. De verpleegkundigen zijn op de hoogte van culturele aspecten die voor de ouders van belang zijn. Hier hechten de ouders ook waarde aan.

Conclusie: Uit het onderzoek komt naar voren dat de bruikbaarheid van de SDQ bij de migranten doelgroep op verschillende punten te wensen over laat. Hoewel de migranten ouders waarde blijken te hechten aan een vroege signalering van problemen bij hun kinderen en prijs stellen op een instrument zoals de SDQ, die psychosociale problemen meet, zijn er moeilijkheden omtrent de bruikbaarheid van de SDQ. Bepaalde woorden en zinnen in de SDQ geven problemen tijdens het invullen bij de migranten ouders. Daarnaast is er een discrepantie waarneembaar tussen wat respondenten ingevuld hebben in de SDQ ter voorbereiding op het PGO en wat er tijdens het PGO naar voren komt.

Het percentage geïndiceerde vervolgacties en vervolgadviezen is zo'n 50%. Deze vervolgacties hebben met name betrekking op gezondheidsgerelateerde zaken en niet zozeer op psychosociale problematiek.

1. Aanleiding en doel van het onderzoek

1.1 Inleiding

Nederland telt bijna vier miljoen jongeren en kinderen. In het algemeen gaat het goed met de jeugd. Ze groeien op in evenwichtige gezinsverhoudingen, in goede gezondheid en psychisch welbevinden (CBS, 2005). Op een deel van de kinderen en jongeren in Nederland is dit niet van toepassing. Zij hebben meer kans op ontwikkelings-, en gezondheidsproblemen. Belangrijkste indicatoren hierbij zijn een niet westerse achtergrond en een lage sociaaleconomische status (ses). Een kwart van de jeugd in Nederland is van migrantenafkomst, oplopend tot 55% in de grote steden. Bijna 80% van hen moet gerekend worden tot het zogenaamde sociaal zwakke milieu en 50% is daadwerkelijk kansarm. Eén derde van de migranten kinderen heeft psychosociale problemen. Voor asielzoekers jeugd loopt dit zelfs op tot 50%. Psychiatrische stoornissen bij migranten jongeren komen driemaal zo vaak voor als bij autochtone jongeren (Pharos, 2007).

De landelijke overheid heeft geprobeerd de problemen aan te pakken via de Wet op de Jeugdzorg, Operatie Jong, herziening van de infrastructuur van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en van de Justitiële Jeugdzorg. De overheid stimuleert daarnaast de ontwikkeling en inzet van effectieve vroeg-signaleringsinstrumenten en interventies. Landelijke kennisinstututen op dit terrein zoals het Centrum voor Jeugdgezondheidszorg, TNO en het Nederlands Jeugd Instituut, hebben vroegsignalering als één van de speerpunten voor de komende jaren geformuleerd. Zij werken hierop samen met koepelorganisaties op het terrein van zorg en hulpverlening en andere uitvoerende voorzieningen. De samenwerking leidt in het algemeen tot goede resultaten. Voor migranten- en vluchtelingenjeugd is dat echter nog niet het geval (Pharos, 2007).

Dit onderzoeksverslag beschrijft een onderzoek in het kader van de projectlijn “vroegsignalering” van Pharos, het landelijk kennis- en adviescentrum vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid.

Het onderzoek valt te plaatsen binnen het contextuele kader van het meerjarenprogramma “Jeugd” dat loopt van begin 2007 tot 2010. Binnen dit meerjarenprogramma zullen verschillende onderzoeken onder de noemer “vroegsignalering” worden uitgevoerd. Het doel van het Programma Jeugd is de gezondheidssituaties en achterstanden van jeugdige vluchtelingen en nieuwkomers te verbeteren en de toegankelijkheid en het functioneren van de zorg en voorzieningen voor deze groep beter in te kaart brengen.

Pharos zal met lokale en landelijke partners nagaan hoe bestaand aanbod en bestaande methodieken toepasbaar gemaakt kunnen worden voor jeugdige vluchtelingen en nieuwkomers. Daarnaast zal nagegaan worden waar nieuwe, specifieke methodieken, behandelvormen, protocollen en andere interventies voor deze groep ontwikkeld en geïmplementeerd moeten worden. Uiteindelijk is het doel van Programma Jeugd is om de effectiviteit van gemeentelijk beleid, onderwijs, maatschappelijke opvang, zorg, kindbescherming met betrekking tot jeugdige vluchtelingen en nieuwkomers en andere voorzieningen te verbeteren. Bij de aanpak van problemen ligt de nadruk op vroegtijdige signalering en preventie (Pharos, 2007).

In dit onderzoeksverslag zal een verkenning worden uitgevoerd naar de bruikbaarheid van een reeds bestaand vroeg-signaleringsinstrument voor psychosociale problemen, de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) bij jeugdige migranten en hun ouders. De SDQ is een vragenlijst die kinderen met een verhoogd risico op psychosociale problemen detecteert en tegelijkertijd hun sterke kanten zichtbaar maakt (Herngreen, 2006). Tot op heden is er weinig bekend over de bruikbaarheid van de SDQ,- en het gebruik van dit instrument tijdens het Preventieve Gezondheids Onderzoek (PGO) gesprek bij de migranten doelgroep. Pharos heeft zich tot doel gesteld zich in te zetten voor het voorkómen en terugdringen van psychosociale gezondheidsachterstanden bij migranten- en vluchtelingen jeugd.

1.2 Aanleiding

Onderzoekers zijn het er over eens dat interventies gericht op psychosociale problematiek van migranten- en vluchtelingenjeugd op jongere leeftijd effectiever zijn dan op oudere leeftijd. Vroegsignalering kan een negatieve spiraal van psychosociale problemen voorkómen. Tevens blijken interventies op jonge leeftijd kosten-effectiever te zijn dan interventies op latere leeftijd (Hermanns et al., 2005).

Uit cijfers van het CBS (2005) blijkt dat één derde van de migranten jeugd en zelfs 50% van de vluchtelingen jeugd te kampen heeft met psychosociale problemen. Het verhoogde risico op psychosociale problemen, is een belangrijke reden te kijken naar de bruikbaarheid van de beschikbare signaleringsinstrumenten bij de migranten en vluchtelingen jeugd. Binnen dit onderzoek is er gekozen voor het signaleringsinstrument de SDQ.

In 2005 besloot GGD Nederland om de SDQ in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) te implementeren als standaard signaleringsinstrument voor psychosociale problemen in de zorg voor kinderen van 7 -12. Dit op basis van onderzoek van Rijeneveld in 2005. Hierin werden

de psychometrische kwaliteiten van de SDQ voor gebruik in de JGZ geëvalueerd en op grond van het feit dat ook Bureaus Jeugdzorg dit instrument standaard zouden gaan gebruiken. Die validatie werd uitgevoerd onder een willekeurige landelijke steekproef uit de populatie die de JGZ onder zijn hoede heeft. In die steekproef was slechts een klein deel van de kinderen van Turkse of Marokkaanse herkomst. De omvang van deze groepen was in dat onderzoek daarmee onvoldoende om de validiteit van de SDQ voor deze kinderen afzonderlijk te bepalen (TNO, 2007).

Kennis is dan ook van essentieel belang om waar nodig de bruikbaarheid van instrumenten bij de migranten doelgroep te verbeteren. Dit onderzoek zal resulteren in enkele voorlopige conclusies ten aanzien van de bruikbaarheid en aanbevelingen over eventueel benodigde aanpassingen en vervolgonderzoek. De resultaten van dit onderzoek worden meegenomen in een landelijk programma naar de bruikbaarheid van de SDQ. Samenwerkende instanties hierin zijn onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederlands Jeugd Instituut, het RIVM-centrum voor jeugdgezondheid, ZonMw en TNO.

1.3 Doelstelling, probleemstelling en vraagstellingen

Het doel van het onderzoek is om na te gaan in hoeverre de SDQ en het gesprek binnen het PGO bruikbaar zijn voor migranten ouders en hun kinderen. De bruikbaarheid betreft de functie van de SDQ: het vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen in het kader vroegtijdig kunnen interveniëren. Naast de functie wordt ook de vorm en inhoud van de SDQ op bruikbaarheid getoetst. De term bruikbaarheid is veel omvattend en heeft betrekking op de begrijpelijkheid en duidelijkheid van de uitnodigingsbrief voor het PGO, de SDQ vragenlijst, uitleg over deze vragenlijst en het PGO gesprek.

Dit onderzoek moet de aanwezige knelpunten in de SDQ zichtbaar maken, het kijkt naar de gesprekken die de jeugdgezondheidsverpleegkundigen hierover hebben met de migranten ouders binnen het PGO en de wijze waarop mogelijke vervolgacties tot stand komen. Om dit te kunnen verwezenlijken, zal er een antwoord gegeven moeten worden op de volgende vraagstelling:

Is de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) vragenlijst en het gesprek binnen het Preventieve Gezondheidsonderzoek (PGO) van de JGZ bruikbaar als vroeg-signaleringsinstrument van psychosociale problemen bij migranten kinderen en leidt het tot de noodzakelijke vervolgacties?

De vraagstelling is uitgesplitst in een aantal verschillende deelvragen. De vragen worden hieronder weergegeven:

1. Zijn de voorbereidingen op het PGO voldoende bruikbaar en toegepast op migranten ouders en hun kinderen?
2. Is de SDQ als vroeg-signaleringsinstrument van psychosociale problemen bij kinderen bruikbaar bij migranten kinderen?
3. Is het PGO gesprek ook bruikbaar bij migranten als het gaat om het signaleren van psychosociale problemen bij migranten kinderen?
4. Zijn de vervolgacties zoals die geadviseerd worden tijdens het PGO ook bruikbaar bij de migranten doelgroep?

1.4 Opbouw van dit verslag

Het rapport is als volgt opgebouwd. Allereerst wordt in het volgende hoofdstuk een contextueel kader, in relatie tot de onderzoeksvraag, geschetst. In hoofdstuk 3 wordt het theoretisch kader van het onderzoek weergegeven. Hoofdstuk 4 bestaat uit de methodologische verantwoording van het onderzoek. Hierin worden de technische aspecten van het onderzoek, het gekozen design, de selectie van de onderzoekspopulatie, de onderzoeksmethoden en de analyse van de onderzoeksgegevens behandeld. Hoofdstuk 5 geeft de resultaten van het onderzoek weer. De bruikbaarheid van de SDQ vragenlijst binnen het PGO wordt beschreven en geanalyseerd. In hoofdstuk 6 wordt de discussie van het onderzoek gepresenteerd. Er zal tevens teruggeblikt worden op het verloop van het onderzoek. Hier zal ruimte zijn voor de sterke kanten en de beperkingen van het onderzoek en de aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren komen. Tot slot worden in hoofdstuk 7 de conclusies van dit onderzoek beschreven.

2. Contextueel kader

Dit hoofdstuk beschrijft de context waarin het onderzoek plaatsvindt. In paragraaf 2.1 zal uitleg gegeven worden over het ontstaan en de werkwijze van het vroeg-signaleringsinstrument de SDQ. Paragraaf 2.2 beschrijft de Jeugdgezondheidszorg. 2.3 bespreekt Het PGO en daarbij behorende gesprek. Vervolgens wordt de JGZ professional beschreven en tot slot wordt de SDQ in relatie tot migranten nader belicht.

2.1 De SDQ vragenlijst

SDQ staat voor Strengths and Difficulties Questionnaire. Dit instrument is bedoeld om kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren en tevens hun sterke kanten te laten zien. De SDQ is een van oorsprong Engelse vragenlijst die in 1997 werd ontwikkeld door Goodman en in 2000 vertaald werd in het Nederlands door Treffers & van Wildenfelt in samenwerking met Goodman (Goedhart e.a., 2003). Goodman formuleerde de vragen uit de SDQ door gebruik te maken van de omschrijving van de symptomen van de DSM-classificaties (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) die relatief vaak voorkomen bij jeugdigen (angst, depressie, gedragsstoornissen en ADHD). Daaraan werden vragen over problemen met leeftijdsgenoten als indicatie voor psychische problemen toegevoegd (Herngreen, 2006).

De SDQ is in verschillende varianten verkrijgbaar. Er is een kindversie (voor kinderen van 11-16 jaar) een ouderversie voor verschillende leeftijdsgroepen tussen de 3 en 16 jaar en een leerkrachtversie ook bestemd voor verschillende leeftijdsgroepen tussen de 3 en 16 jaar. Het gebruik van meerdere versies van de SDQ leidt tot betere signalering van psychosociale problemen (Goodman et al., 2000). Dit onderzoek heeft betrekking op de ouderversie van de SDQ. De leerkrachtversie en de verschillende versies voor kinderen zijn eerder onvoldoende valide gebleken voor implementatie (Herngreen, 2006).

De ouderversie van de SDQ meet de aanwezigheid van psychosociale problemen bij kinderen in de leeftijd van 7-12 jaar, de sterke kanten van het kind en tevens de invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren.

De vragenlijsten worden alvorens het PGO door de ouders thuis ingevuld en op het consult met de JGZ verpleegkundige of jeugdarts besproken. Het instrument kan standaard worden gebruikt tijdens het PGO of incidenteel bij vermoedens of aanwijzingen van psychosociale problemen.

De SDQ is beoordeeld als valide op haar vermogen om zo veel mogelijk kinderen te identificeren die ook daadwerkelijk problemen hebben.

Om psychosociale problemen bij kinderen tussen de 7-12 jaar effectiever en efficiënter te kunnen constateren werd in 2005 door het bestuur van GGD Nederland besloten de ouderversie van de SDQ landelijk te implementeren binnen de JGZ.

2.2 De Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg is een onderdeel van de GGD en ontleent zijn betekenis aan het bevorderen, beschermen en bewaken van de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van alle jeugdigen van 0-19 jaar. Het streven is verschillen in gezondheid te verkleinen en iedereen gelijke kansen op gezondheid te bieden (Retrieved from: RIVM, 2007). Het beoogde effect van de JGZ is een zo gezond mogelijke jeugd.

In de praktijk betekent het bevorderen en beschermen van de gezondheid en ontwikkeling van jeugdigen op zowel individueel als populatieniveau:

- Het verschaffen van inzicht in de gezondheidstoestand van de jeugd;
- Het opsporen van bepaalde ziektes of het voorkomen daarvan middels screening en vaccinaties;
- Het afstemmen van de zorgverlening op de zorgbehoefte;
- Het bevorderen van gezond gedrag;
- Het onderkennen van gezondheidsbedreigende factoren in de fysieke en sociale omgeving en het leveren van een bijdrage aan de vermindering en uitschakeling daarvan (Werkgroep Jeugdgezondheidszorg, 1998).

De activiteiten die hieronder vallen zijn o.a. het verstrekken van (beleids)informatie aan gemeenten, vroegsignalering, opvoedingsondersteuning, toe leiden naar de professionele hulpverlening en voorzieningen, zorgcoördinatie, preventieve activiteiten voor specifieke risicogroepen en thematische preventie over leefstijl. Deze activiteiten worden uitgevoerd door jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, gedragswetenschappers, doktersassistenten, logopedisten, GVO-functionarissen of epidemiologen werkzaam bij thuiszorgorganisaties en GGD'en.

2.3 Het Preventieve Gezondheidsonderzoek (PGO) en bijbehorende gesprek

Het PGO wordt doorgaans afgenomen bij kinderen in groep twee en zeven van het basis-, en tweede klas van het voortgezet onderwijs. Deze onderzoeken worden afwisselend uitgevoerd door de JGZ verpleegkundige en de jeugdarts. Indien daar aanleiding voor is, worden vervolgacties geïndiceerd (GGD Midden-Nederland, 2007).

Ouders ontvangen enige tijd voor aanvang van het PGO een uitnodiging. De GGD'en die gebruik maken van de SDQ als vroeg-signaleringsinstrument sturen tezamen met deze uitnodiging de SDQ vragenlijst met het verzoek deze ingevuld mee te nemen naar het PGO. Een andere mogelijkheid is dat de kinderen de uitnodigingsbrief en de SDQ meekrijgen na een voorlichtingsles, van de verpleegkundige op school.

Tijdens het PGO wordt gekeken naar de visus, gehoor, lengte en gewicht. Er vindt een gesprek plaats over gezondheid, ontwikkeling en welzijn van het kind naar aanleiding van de ingevulde SDQ. Bevindingen worden met ouder en kind besproken en eventuele vervolgacties worden kenbaar gemaakt (GGD Midden-Nederland, 2007).

2.4 De JGZ professional

Het signaleren van problemen veronderstelt een bepaalde deskundigheid van de JGZ professionals. Structuren waarin signalen worden besproken, op waarde worden geschat en zonodig leiden tot doorverwijzing naar andere disciplines of instanties. Van grote betekenis is, dat JGZ professionals deze signalen kunnen interpreteren, ook rekening houdend met culturele en etnische verschillen in de samenleving (Hermanns et al., 2005).

2.5 De SDQ en migranten

Onderzoek naar de prevalentie van psychosociale problemen van kinderen in Nederland laat zien dat Turkse en Marokkaanse kinderen vaker psychosociale problemen hebben dan Nederlandse kinderen (Brugman, et al. 1999). De JGZ signaleert niet vaker psychosociale problemen bij deze groepen kinderen: bij Marokkaanse kinderen worden zelfs juist minder problemen gesignaleerd dan bij autochtone kinderen. Dit blijkt ook uit de monitor JGZ van de GGD Amsterdam. Over het algemeen geldt dat de JGZ meer moeite heeft met het signaleren van problemen bij kinderen van niet-westerse herkomst dan bij kinderen van westerse herkomst (Goedhart et al., 2003; Widenfelt et al., 2003). Om de identificatie van Turkse en Marokkaanse kinderen met psychosociale problemen te verbeteren is het daarom van belang dat ook voor deze groep kinderen valide instrumenten beschikbaar zijn. Bij validering en

aanpassing van de SDQ voor verschillende etnische groepen, zal de opsporing vooral verbeteren voor grote aantallen kinderen in het verzorgingsgebied van de JGZ in de grote steden (TNO, 2007).

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk staat het theoretische kader van het onderzoek centraal. De beschrijving van de doelgroep, hun gezondheidsproblemen, de noodzaak van vroegsignalering en verschillende vroeg-signaleringsinstrumenten worden uitgewerkt aan de hand van literatuuronderzoek. In paragraaf 3.6 worden de hypothesen van het onderzoek uiteen gezet.

3.1 Beschrijving van de doelgroep

Nederland telt bijna vier miljoen personen jonger dan 20 jaar. 12% is van migranten afkomst (retrieved from: CBS, 2007). Het Centraal Bureau voor Statistiek rekent mensen tot de migranten doelgroep die zelf in het buitenland geboren zijn en van wie tenminste één ouder in het buitenland geboren is. Men spreekt dan van de eerste generatie migranten. Wanneer personen zelf in Nederland geboren zijn maar van wie één ouder in het buitenland geboren is, worden zij tot de tweede generatie migranten gerekend.

Ruim 85% van de migranten kinderen jonger dan tien jaar behoort reeds tot de tweede generatie migranten (Eldering, 2002). De mensen van migranten afkomst wonen niet gelijk verspreid over Nederland. Het grootste gedeelte woont in de Randstad en in de provincies Gelderland en Noord-Brabant. Binnen de Randstad zijn zij in de vier grote steden geconcentreerd. In de grote steden is 40% van de bevolking migrant, tegenover 10% van de autochtone stedelijke bevolking. Dit is ook weer terug te zien in de leerlingenpopulaties van de scholen. In Utrecht bijvoorbeeld is 35% van de leerlingen van migranten afkomst (Eldering, 2002).

De gezinnen waar de migranten jeugd deel van uitmaakt lopen meer risico op het ontwikkelen van ontwikkelings- en gezondheidsproblemen (Pharos, 2007). Welke gezondheidsproblemen deze migranten kinderen zoal ervaren wordt in paragraaf 3.2 nader toegelicht.

3.2 Gezondheidsproblemen, de risico's en gevolgen bij de doelgroep

3.2.1 Psychosociale problematiek

Psychosociale problemen vormen een verzamelnaam voor een groot aantal verschillende verschijnselen zoals depressie, ADHD, agressief gedrag, bedplassen en eetstoornissen (Zeijl et al., 2005).

Psychosociale problemen worden regelmatig onderverdeeld in twee verschillende deelgebieden zoals beschreven in Kinderen in Nederland van het SCP door Zeijl et al. (2005).

- Internaliserende problemen ook wel emotionele problemen genoemd. Hieronder vallen klachten als, teruggetrokkenheid, psychosomatische klachten, angsten, depressieve klachten en emotionele reactiviteit. Internaliseren betekent 'naar binnen richten'.
- Externaliserende problemen betekent 'naar buiten gericht gedrag'. Hieronder wordt agressief gedrag, sociale problemen en delinquent gedrag verstaan. De omgeving van het kind ondervindt hier hinder van.

Er wordt door de JGZ medewerkers een substantiële groep kinderen gesignaleerd met psychosociale problematiek. In de leeftijdscategorie van acht tot twaalf jaar bedraagt dit percentage 21% (Zeijl et al., 2005).

Een belangrijke vraag is wanneer de problemen extra aandacht nodig hebben of eventueel voor behandeling geschikt zijn. Elk kind vertoont wel eens agressief gedrag en elk kind is wel eens angstig. Toch zijn niet alle problemen dusdanig ernstig dat het kind niet in staat is goed te functioneren. Het antwoord op de vraag waar de grens ligt tussen problemen die wel of niet behandeld zouden moeten worden is dan ook niet duidelijk te geven. Het antwoord zal bovendien uiteenlopen tussen culturen en verschillen in de tijd (SCP, 2005). De JGZ medewerkers spreken in 1% tot 3% van de kinderen over zware psychosociale problemen. In dat geval wordt het kind (ernstig) in zijn functioneren belemmerd, zijn de problemen ernstiger en vaak chronisch van aard.

De SDQ ondervangt zowel internaliserende,- als externaliserende problemen.

3.2.2 Psychosociale problemen en de verschillen tussen groepen

De literatuur geeft een aantal variabelen die het vóórkomen van psychosociale problemen vergroot (Brugman et al., 2001; Kroes et al., 2002).

- Achtergrondkenmerken met betrekking tot het kind. Je kan dan denken aan: (leeftijd, sekse en etniciteit);
- Achtergrondkenmerken die betrekking hebben op het gezin waar in het kind opgroeit (aantal kinderen, aantal volwassenen in het gezin, leeftijd van moeder bij geboorte kind);
- Achtergrondkenmerken die een indicatie geven van de maatschappelijke positie van het gezin (armoede, opleiding moeder, arbeidsparticipatie).

De hierboven beschreven achtergrondkenmerken blijken van significante betekenis te zijn voor het vóórkomen van psychosociale problemen.

Psychosociale problemen blijken vaker voor te komen bij moeders die gemiddeld een lagere opleiding hebben genoten dan bij moeders met een hogere opleiding. Dit hangt ook samen met de leeftijd van de moeder waarop het kind geboren wordt. Kinderen met een moeder die bij de geboorte jonger was dan 27 jaar hebben volgens de JGZ vaker psychosociale problemen dan kinderen met een moeder die toen tussen de 27 en 34 jaar oud was. Bij kinderen uit eenoudergezinnen komen vaker psychosociale problemen voor dan bij kinderen uit tweeouder gezinnen. Tevens is de grootte van het gezin van invloed op het ontstaan van deze problemen, hoe groter het kinderaantal hoe groter de kans op problemen (Zeijl et al., 2005). Het opleidingsniveau van de migranten vrouw ligt gemiddeld lager dan dat van de autochtone Nederlandse. De leeftijd waarop migranten moeders hun eerste kind krijgen ligt lager dan de leeftijd waarop het eerste kind van de autochtone Nederlandse vrouw geboren wordt. Kinderen van niet- westerse afkomst hebben meer kans op internaliserende problemen dan autochtone kinderen (Janssen et al., 2003).

3.2.3 Gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's

Het verhuizen naar een ander land hoeft op zich geen reden te zijn voor het ontstaan van ontwikkelingsproblemen. Echter, in de literatuur wordt een aantal factoren genoemd die gerelateerd zijn aan migratie of etnische achtergrond en die een belangrijke rol kunnen spelen bij kinderen en jongeren in het veroorzaken van stress met het risico op ontwikkelingsproblemen. Ouders van deze kinderen hebben een achterstandspositie op de arbeidsmarkt, zijn gemiddeld lager opgeleid dan autochtonen en wonen vaker in “minder goede” wijken (Gerritsen, 2005).

Wanneer eerder genoemde risicofactoren niet vroegtijdig gesignaleerd worden, blijkt dat zich later problemen voordoen op het gebied van de ontwikkeling en gezondheid van de

migrantenjeugd (Pharos, 2007). We hebben het dan over sociale uitval (vereenzaming, verslaving, radicalisering), fysieke uitval (arbeidsongeschiktheid) of morele uitval ((seksuele-agressie en criminaliteit) (SCP, 2005). Onderwijsuitval, zwaardere vormen van jeugdzorg (dus hoge zorgkosten) en de omvang van marginalisatie en jeugdcriminaliteit onder migrantenjongeren c.q. gezinnen nemen voortdurend toe. Migrantenjongeren worden bijna vijf keer zoveel als autochtone jongeren verdacht van een strafbaar feit (Pharos, 2007).

Het verband tussen etnische achtergrond, een lage SES en ontwikkelingsproblemen is inmiddels een bekend gegeven (Pels et al., 2003; Zeijl et al., 2005). De migranten doelgroep en de groep met een lage SES hebben over het algemeen te kampen met meer psychische problemen en een gebrekkige sociale weerbaarheid. Eén derde van de migranten kinderen en jongeren heeft in meer of minder mate ontwikkelingsproblemen (Baan, 2005; Pels et al., 2005). Voor asielzoekersjeugd is dat zelfs 50% (Pharos, 2007). Uit onderzoek van Van Willigen (2003) blijkt dat 50% van de kinderen last heeft van psychosomatische-, psychosociale- en gedragsproblemen. Migranten kinderen en jongeren hebben driemaal vaker last van ernstige psychiatrische stoornissen dan autochtone kinderen en jongeren (Fazel & Stein, 2003).

3.3 De noodzaak van vroegsignalering

Kinderen hebben het recht op te groeien in een veilige gezinsomgeving, in een sfeer van liefde, geluk en begrip. Wanneer er problemen zijn die dit recht van het kind bedreigen is het noodzakelijk dat er maatregelen genomen worden om orde op zaken te stellen.

Eén van de belangrijkste maatregelen is vroegtijdige interventie bij problemen. Veel problemen die mensen op latere leeftijd ervaren vinden hun oorsprong in de jeugd. Het tijdig signaleren van (het ontstaan van) deze problemen en het bieden van de benodigde, hulp of zorg aan de kinderen, jongeren en hun ouders kan vaak voorkómen dat er onnodig menselijk leed en vermijdbare maatschappelijke kosten ontstaan. Wanneer risico's worden waargenomen, is direct ingrijpen het meest doeltreffend in het voorkómen van problemen. Systematische vroegtijdige signalering om (kansen op) problemen op te sporen zijn dan ook van groot belang om gezond en gelukkig gedrag van kinderen te kunnen ontwikkelen (Hermanns et al., 2005).

Uit onder andere onderzoek van Hermanns (2005) komt naar voren dat door risico's in opvoedingssituaties vroegtijdig te onderkennen en het vervolgens inzetten van effectieve interventies, de kans op opvoedingsonmacht, verwaarlozing en kindermishandeling afneemt.

In het verlengde daarvan is er ook minder kans op psychische afwijkingen en probleemgedrag op latere leeftijd.

3.4 Vroeg-signaleringsinstrumenten

Een vroeg-signaleringsinstrument is een instrument dat problemen vroeg in de levensloop van een mens en/ of in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf, kan signaleren.

Er zijn verschillende signaleringsinstrumenten die internaliserende en externaliserende problemen bij kinderen en jongeren en zorgwekkende opvoedingssituaties vroegtijdig kunnen waarnemen.

Het onderzoek van de Inventgroep (Hermanns et al., 2005) stelt een aantal veelbelovende signaleringsinstrumenten voor. Deze instrumenten zijn in de praktijk getoetst op validiteit en praktische toepasbaarheid. De Inventgroep stelt een systeem voor van signaleringsinstrumentarium met elkaar aanvullende strategieën.

1. Zo vroeg mogelijk (liefst vóór of snel na de geboorte) door middel van een korte screening signaleren van toekomstige ernstig zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties op basis van een lijst factoren.
2. op verschillende momenten in de ontwikkeling van een kind signaleren van internaliserende en externaliserende problemen alsmede zorgwekkende opvoedsituaties op basis van indicaties van risicoprocessen die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is.
3. Het op vastgestelde tijdstippen met eenvoudig breed toegepaste screeningsinstrumenten signaleren van problemen in opvoeding en ontwikkeling die, ondanks de eerste twee strategieën toch niet eerder onderkend zijn en nu manifest zijn.
4. Taxatie van veiligheidsrisico's (voor en door kinderen) en jongeren vóór, tijdens en na interventies.

Er zijn verschillende signaleringsinstrumenten beschikbaar per leeftijdscategorie. Een instrument dient allereerst technisch valide te zijn en te voldoen aan de daarvoor gestelde criteria. De praktische toepasbaarheid is een ander aspect waar rekening meegehouden dient te worden. Zo moet er rekening gehouden worden met de beschikbare tijd die professionals hebben en de deskundigheid van hen die het signaleringsinstrument gebruiken.

In deze paragraaf wordt een korte uitleg gegeven over dit signaleringsinstrument. Tevens komen de Dunedin Family Services Indicator en het “Samen Starten” instrument aan de orde. Uitgebreide informatie met betrekking tot de SDQ is te lezen in paragraaf 2.1.

Dunedin Family Services Indicator

De Dunedin Family Services Indicator (DFSI) uit Nieuw Zeeland wordt tijdens de zwangerschap van de moeder ingevuld. Het betreft een checklist van negen items die betrekking hebben op sociaal demografische klinische data, een semi-gestructureerd interview en een korte vragenlijst voor ouders. De DSFI kan door een verpleegkundige worden ingevuld tijdens de zwangerschap van de moeder. Het instrument is gericht op het opsporen van opvoedingssituaties waarin de kans op kindermishandeling binnen twee jaar aanwezig is. Het instrument heeft een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 87.3% (Hermanns et al., 2005).

Samen starten

“Samen starten” is een protocol ter ondersteuning van de psychosociale ontwikkeling van kinderen in de leeftijd van 0 – 2 jaar. Het protocol is ontwikkeld door de Universiteit van Amsterdam. Het is een getrappt volgsysteem en risicosignalering van de gezondheid en ontwikkeling van het kind en de opvoedingssituatie met een zo specifiek mogelijke verwijzing van gespecialiseerde problemen. Het instrument bestaat uit drie onderdelen (Pharos, 2007):

1. Het DMO gespreksprotocol.
2. Ingrijpen bij geconstateerde problemen en coördinatie van ingrijpen binnen een lokale samenwerkingsstructuur.
3. Training van medewerkers jeugdgezondheidszorg.

De Strength and Difficulties Questionnaire

De SDQ is een van oorsprong Engelse vragenlijst die in 2000 werd vertaald in het Nederlands. De vragen uit de SDQ werden verkregen door gebruik te maken van de omschrijving van de symptomen van DSM-classificaties (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) (Herngreen, 2006).

De vragenlijst is bedoeld om kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren. De lijst meet naast de aanwezigheid van psychosociale problemen en de invloed

van deze problemen op het dagelijks functioneren ook de sterke kanten van het kind. Binnen dit onderzoek wordt er gekeken naar de bruikbaarheid van dit instrument bij de migranten kinderen en hun ouders.

3.5 Barrières bij gebruik vroeg-signaleringsinstrumenten

Bij het gebruik van vroeg-signaleringsinstrumenten zijn er barrières die dit gebruik van deze instrumenten bemoeilijken. In deze paragraaf wordt een aantal van deze knelpunten weergegeven. Deze knelpunten kunnen betrekking hebben op het gebruik van signaleringsinstrumenten in het algemeen of het gebruik van de instrumenten bij de migranten doelgroep in het bijzonder.

Allereerst worden signaleringsinstrumenten door verschillende professionals gebruikt. Iedere professional geeft zijn eigen interpretatie aan hetgeen hem verteld wordt. De verschillende werkwijzen kunnen zorgen voor vertekende resultaten van de afgenomen instrumenten.

Een barrière die naar voren komt uit het onderzoek van de Inventgroep (2005) is dat er in Nederland onvoldoende wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt om het aantal reeds wetenschappelijk bewezen effectieve, instrumenten en interventies te laten groeien. Daarnaast is er een groep van veelbelovende instrumenten en interventies waar onvoldoende wetenschappelijk onderzoek naar gedaan wordt om deze instrumenten te kunnen testen.

Bij migranten kunnen onderstaande barrières, binnen het onderzoek naar de begrijpelijkheid van de SDQ, een rol spelen.

- Er wordt te weinig specifieke kennis over de problematiek bij deze subgroep systematisch verzameld en aan professionals overgedragen. (Hermanns et al., 2005).
- Te weinig, vormt problematiek bij een specifieke subgroep aanleiding tot een specifieke interventie en het bevorderen van lotgenotencontact (Hermanns et al., 2005).
- Opvoedingsproblemen in migranten gezinnen, in gezinnen met een chronische zieke, in éénouder gezinnen en in andere typen gezinnen verschillen van elkaar.
- Analfabetisme kan problemen opleveren bij het invullen van vragenlijsten.
- Taalproblemen en dan met name de beheersing van de gesproken en geschreven Nederlandse taal, kan binnen de relatie professional en zorgvrager

een belangrijke belemmerende factor vormen. Dit is tweeledig. De zorgvrager heeft moeite met het begrijpen van de professional, deze gebruikt wellicht voor de zorgvrager onbekend jargon. De professional op zijn beurt heeft wellicht moeite met het destilleren van de hulpvraag omdat hij problemen heeft de zorgvrager te begrijpen.

- De structuur van een vragenlijst, de inhoud en de formulering van de vragen behoeft bij elk instrument serieuze aandacht. Op deze wijze wordt de vertekening ontstaan door vraag of vragenlijst zo veel mogelijk tot een minimum beperkt.

Vragenlijsten die (ook) bij de migranten doelgroep worden afgenomen behoeven op het punt van de structuur, inhoud en formulering extra aandacht. Deze zijn: (Houtkoop, 2002).

- De volgorde van de vragen in verband met de gevoeligheid van onderwerpen
- De inhoudelijke complexiteit van de vragen en antwoordcategorieën
- De taalkundige complexiteit van de vragen (incl. de vertaling)
- De aard van de vragen (mogelijke problemen met stelling)
- De mogelijke toevoeging van voor de respondent interessante of leuke onderwerpen

Uit een verslag van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) uit 2000 bleek dat migranten ouders relatief weinig gebruik maken van de zorg. Dit is een mogelijk knelpunt in het vroegsignaleren van onder andere psychosociale problemen. Dit geeft aan dat het juist bij de migranten doelgroep essentieel is om risicofactoren vroegtijdig te signaleren en daar bijtijds op te interveniëren.

3.6 Hypotheses

Op basis van aanwezige literatuur zijn de volgende hypothesen opgesteld. De hypothesen worden per onderdeel van de onderzoeksvraag beschreven. Allereerst de voorbereiding op het PGO, vervolgens de SDQ, daarna het PGO gesprek en tot slot de totstandkoming van de vervolgcacties.

1. De voorbereiding op het PGO

Hypothese 1: Migranten ouders ervaren het als onprettig niet te weten wat ze kunnen verwachten tijdens het PGO.

Hypothese 2: Ouders hebben doorgaans hulp nodig bij het invullen van de SDQ vragenlijst.

2. *De SDQ*

Hypothese 3: Door het gebruik van sommige woorden en zinnen, is de SDQ niet goed begrijpelijk voor migranten ouders als vroeg-signaleringsinstrument.

3. *Het PGO gesprek*

Hypothese 4: Er gaat belangrijke informatie verloren binnen het PGO gesprek omdat er sprake is van een taalbarrière.

Hypothese 5: Ouders laten zich weerhouden van het stellen van vragen wanneer ze vinden dat ze onvoldoende Nederlands spreken.

4. *De vervolgacties*

Hypothese 6: De vervolgacties zoals die geadviseerd worden tijdens het PGO zijn niet bruikbaar bij- en toegespitst op de migranten doelgroep.

4. Methodologisch kader

Dit methodologisch kader geeft een verantwoording van de wijze waarop dit onderzoek is opgezet en uitgevoerd. In paragraaf 4.1 wordt de keuze voor het type onderzoek en de opzet van het onderzoek beargumenteerd. Paragraaf 4.2 beschrijft de onderzoekspopulatie en de selectie van de onderzoeksgroep. In paragraaf 4.3 zullen de onderzoeksmethoden worden weergegeven en wordt beschreven op welke wijze ze bijgedragen hebben aan het onderzoek. De wijze van data- en analyseverwerking wordt in paragraaf 4.4 weergegeven. In paragraaf 4.5 worden uitspraken gedaan over de validiteit van het onderzoek. Tot slot worden in paragraaf 4.6 de uitkomsten van het vooronderzoek, de focusgroep, weergegeven.

4.1 Soort onderzoek

Om het onderzoeksdoel te bereiken en antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen is een kwalitatief, beschrijvend onderzoek uitgevoerd. Deze onderzoeksopzet is gekozen omdat er nog weinig bekend is over de bruikbaarheid van de SDQ bij migranten ouders en hun kinderen. Deze vorm van onderzoek biedt de mogelijkheid om door te vragen, om zo de juiste informatie te verkrijgen (Baarda et al., 2001).

Binnen dit onderzoek wordt er gekeken naar de bruikbaarheid van de SDQ en niet naar de validiteit van het meetinstrument bij migranten.

4.2 Onderzoekspopulatie en selectie

De steekproef bestond uit ouders met kinderen in de leeftijd van 10-12 jaar, die deelgenomen hebben aan het PGO.

Het onderzoek was opgebouwd uit verschillende onderdelen. Een vooronderzoek in de vorm van een focusgroep en twee deelonderzoeken: de registratieformulieren en de interviews met migranten ouders.

De gehouden focusgroep bestond uit vier migranten ouders van Turkse en Marokkaanse afkomst.

Voor de interviews werden negen migranten ouders geïnterviewd die onlangs deelgenomen hadden aan het PGO. Tevens werd bij 24 migranten ouders tijdens het PGO een registratieformulier ingevuld door één van de twee verpleegkundige van GGD-Eemland.

De uiteindelijke selectie van de focusgroep deelnemers is gedaan uit ouders die voor aanvang van het onderzoek op het PGO verschenen zijn. Zij zijn door de onderzoeker telefonisch benaderd om deel te nemen aan de focusgroep.

Het selectie criterium voor afname van het registratieformulier was dat de respondent behoort tot de groep niet westerse migranten. Tot de groep niet- westerse migranten worden door het CBS gerekend: migranten uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië met uitzondering van Indonesië en Japan (retrieved from: CBS, 2007). De ouders die aan dat criterium voldeden zijn, na toestemming, meegenomen in het onderzoek. Elke niet-westerse migrant kreeg de vraag of er een registratieformulier mocht worden ingevuld. In totaal werden 40 mensen gevraagd deel te nemen. Uiteindelijk gaven 24 mensen toestemming voor deelname.

De interviewpopulatie is samengesteld uit de groep waar het registratieformulier bij werd afgenomen. Voor het interview werden de ouders tijdens het PGO door de verpleegkundigen gevraagd deel te nemen aan een interview. Vervolgens werd telefonisch contact met hen opgenomen om een afspraak te maken. Er waren 24 potentiële interviewkandidaten waarvan negen uiteindelijk toestemming gaven voor een interview.

De twee verpleegkundigen die verantwoordelijk waren voor het afnemen van de PGO's en daarmee voor het invullen van de registratieformulieren, zijn benaderd door hoofd Jeugd Gezondheidszorg, GGD Eemland met de vraag deel te nemen aan dit onderzoek en deze pilot. De populatie vormt geen homogene groep maar bestond uit een groep migranten van diverse nationaliteiten. Hoewel de groep een gemêleerd gezelschap vormt van mensen van verschillende komaf, opleidingsniveaus en sociale status is het moeilijk te zeggen of zij een afspiegeling vormt van de migranten populatie van de gemeente Amersfoort.

4.3 Methode van dataverzameling

Beschrijvend onderzoek kan uitgevoerd worden middels verschillende methoden van dataverzameling, je kan hierbij denken aan open interviews, het verzamelen van documenten of participerende observatie (Baarda & de Goede, 2001). Binnen dit onderzoek is er gekozen voor een triangulerende aanpak, dat wil zeggen dat verschillende soorten gegevens of gegevensbronnen voor verschillende data-verzamelmethode worden gebruikt. Het voordeel van deze methode is dat door de informatie uit verschillende metingen, in het geval van dit onderzoek de registratieformulieren en de interviews, het beeld van de onderzoekssituatie helderder wordt. Het verhoogt tevens de betrouwbaarheid van de resultaten (Baarda & de Goede, 2001).

In deze paragraaf komen de verschillende onderzoeksmethoden aanbod zoals ze gebruikt zijn binnen het onderzoek.

De gegevens uit de focusgroep werden gebruikt voor het samenstellen van de registratieformulieren en de interviewvragen. De opgestelde hypothesen worden beantwoord met behulp van de resultaten van de registratieformulieren en interviews.

4.3.1 Focusgroep

Het doel van de focusgroep was om een inventarisatie te maken van de behoeften, ideeën, misvattingen en wensen van migranten ouders aangaande vragenlijsten en gesprekken met professionals in het algemeen en de SDQ en het PGO gesprek in het bijzonder. Dit alles om een beter beeld te krijgen van de bruikbaarheid van het SDQ vroeg-signaleringsinstrument. Een focusgroep is een gestructureerde discussie onder een kleine groep deelnemers (4-12 personen). De groep wordt begeleid door een gespreksleider. In dergelijke groepsinterviews worden de gespreksdeelnemers beschouwd als deskundigen die vertellen over hun dagelijkse ervaringen met, in dit geval, het invullen van vragenlijsten. In een focusgroep staat met name de interactie tussen de deelnemers centraal. Het kan gezien worden als een combinatie van een gericht interview en een discussiegroep.

Aan de hand van een topics lijst die voorafgaand is opgesteld werden de behoeften en ideeën van de deelnemers besproken.

De focusgroep in de praktijk

Vier ouders waren gekomen om deel te nemen aan de focusgroep. Een Turks echtpaar, nog een vrouw van Turkse afkomst en een Marokkaanse vrouw. De beheersing van de Nederlandse taal van de Marokkaanse vrouw en het Turkse echtpaar was matig. De Turkse vrouw is in Nederland geboren en beheerst de Nederlandse taal vloeiend, ze is MBO geschoold. De overige drie deelnemers hebben basisschoolonderwijs gevolgd in het land van herkomst.

De focusgroep vond plaats op 25 april 2007 op de ABC school in Amersfoort, locatie 't Spectrum aan de Ariaweg 115. Het gesprek werd opgenomen om het later eenvoudiger uit te kunnen werken. De deelnemers gingen hier mee akkoord.

Als dank voor hun medewerkingen ontvingen de deelnemers een cadeaubon t.w.v. €7.50.

Naast de theorie vormde de focusgroep de basis voor de op te stellen registratieformulieren en de interview topics.

4.3.2 Registratieformulieren

Het doel van de registratieformulieren was, inzicht te geven in mogelijke knelpunten van de SDQ en het PGO gesprek bij de migrantendoelgroep en deze te analyseren. Dit alles om uitspraken te kunnen doen over de bruikbaarheid van de SDQ bij de migranten doelgroep.

De registratieformulieren zijn als het ware een schriftelijke vorm van interviews. Deze manier van informatie verzamelen kan meerdere respondenten in een kort tijdsbestek bereiken.

De resultaten van de registratieformulieren vormen samen met de theorie en gegevens van de focusgroep een leidraad voor de te vormen interviewvragen.

De registratieformulieren in de praktijk

De registratieformulieren werden ingevuld in de periode van 9 mei 2007 tot 25 juli 2007 door de twee JGZ verpleegkundigen van GGD Eemland tijdens het PGO.

In totaal waren er 27 registratieformulieren. Drie van de 27 formulieren bleken onvoldoende volledig ingevuld om meegenomen te worden in de analyse.

Vijftien respondenten zijn van Turkse afkomst, vier respondenten hebben een Marokkaanse achtergrond en uit de volgende landen was telkens één respondent afkomstig: Irak, Iran, Angola, Afghanistan en Algerije.

De formulieren werden afgenomen op verschillende locaties in de gemeente Amersfoort. Het gebouw van GGD-Eemland te Amersfoort en verschillende basisscholen in Soest dienden als locatie voor het houden van de PGO's.

Elke verpleegkundige heeft twaalf registratieformulieren ingevuld.

4.3.3 Interviews

Het doel van de interviews was meer verdieping aan te brengen in de informatie die eerder verkregen werd uit de focusgroep en de registratieformulieren. Er is gekozen voor het gebruik van een semi-gestructureerd interview. De opgestelde onderzoeksvragen vormden de leidraad voor de opgestelde interviews topics.

De interviews in de praktijk

De interviews vonden plaats in de periode van 21 juni 2007 tot en met 26 juli 2007 en werden afgenomen bij de respondenten thuis in de plaatsen Soest en Amersfoort.

In totaal werden negen ouders geïnterviewd over de begrijpelijkheid van de SDQ vragenlijst. De herkomst landen van de geïnterviewden verschilden van elkaar. Zes van de negen ondervraagden waren van Turkse afkomst. Eén vrouw kwam uit Algerije, één vrouw uit Afghanistan en één vrouw uit Angola. In totaal werden er twee mannen geïnterviewd en zeven vrouwen. Er is zoveel mogelijk geprobeerd een vaste volgorde aan te houden waarin de vragen gesteld werden. Dit is niet altijd gelukt. Door het aftekenen van de vragen die behandeld waren werd bijgehouden of alle vragen aan de orde gekomen zijn. Samen met de resultaten van de registratieformulieren geven de interviews antwoord op de gestelde hypothesen.

De interviews duurden gemiddeld veertig minuten. De respondent kreeg als dank een cadeaubon t.w.v. €7.50.

Tenslotte werden er telefonische interviews afgenomen met de twee verpleegkundigen van GGD-Eemland. Beide verpleegkundigen hebben ruime ervaring binnen de gezondheidszorg. Met de A-opleiding als achtergrond werkten ze binnen verschillende velden van de (jeugd)gezondheidszorg. Nu zijn beiden al geruime tijd werkzaam als JGZ verpleegkundige binnen GGD-Eemland. Ze voeren het PGO uit op zowel het basis- als voortgezet onderwijs.

De telefonische interviews vonden plaats op respectievelijk 10 en 27 juli 2007. De duur van de interviews was ongeveer 45 minuten.

Per interview werd gevraagd of de geïnterviewde bezwaar had tegen het gebruik van opname apparatuur. Dit was in geen van de interviews het geval.

Alle interviews werden digitaal opgenomen en later uitgewerkt. De interviews met de twee JGZ verpleegkundigen vonden aansluitend aan de interviews met de ouders plaats en vormden daarmee de afsluiting van het onderzoek. De resultaten van deze twee interviews komen terug in de discussie.

4.4 Methode van data-analyse

Na het verzamelen van alle gegevens kon worden overgegaan tot de analyse. Per onderzoeksmethode wordt beschreven hoe de gegevens geanalyseerd zijn. Net als bij het opstellen van de registratieformulieren en de interviewvragen werd er bij de analyse gebruik gemaakt van de vierdeling: de voorbereiding op het PGO, de SDQ, het PGO gesprek en de wijze waarop vervolgacties worden vastgesteld. Door de vierdeling werden de resultaten verkregen uit de verschillende onderzoeksmethoden met elkaar vergelijkbaar.

4.4.1 Focusgroep

De opnamen van de focusgroep werden letterlijk uitgetypt. Aan de hand van de vooraf opgestelde vierdeling: *voorbereiding op het PGO, de SDQ, het PGO gesprek en de wijze waarop vervolgacties worden vastgesteld* werd de data geclusterd en geplaatst bij het onderdeel waarop het van toepassing was.

4.4.2 Registratieformulieren

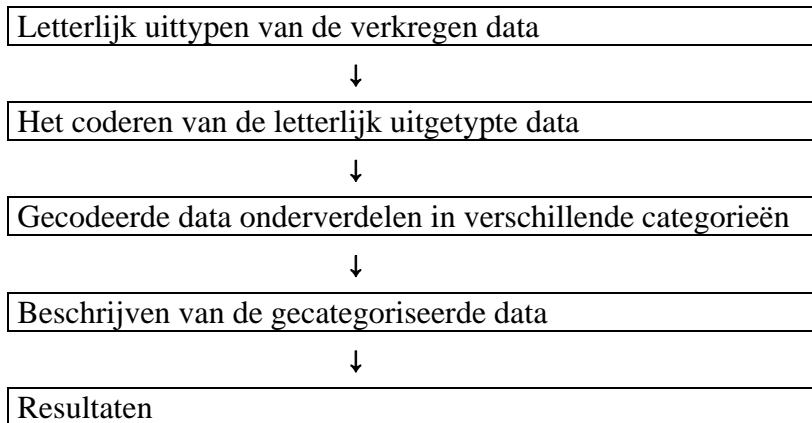
Om de data van de registratieformulieren te analyseren is er gebruik gemaakt van een coderingsschema volgens Baarda & de Goede (2001) (Zie bijlage 4). In dit schema worden de verschillende variabelen en de verschillende antwoordalternatieven voorzien van een code. Door de gecodeerde antwoorden te clusteren konden de resultaten van de registratieformulieren onderling met elkaar vergeleken worden. De open vragen werden in bijlagen uitgewerkt en tevens gecodeerd. Dit maakte het kwantificeren van kwalitatieve data mogelijk.

4.4.3 Interviews

De data van de interviews werd letterlijk uitgetypt. Hierdoor zijn de uitspraken van de geïnterviewden eenvoudig navolgbaar. Dit verkleinde het gevaar dat eigen interpretaties van de onderzoeker een rol speelden bij de analyse van de onderzoeksgegevens. Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen werd de verkregen data voorzien van codes. De codes zijn opgesteld aan de hand van de deelvragen van het onderzoek en het theoretische kader. Deze codering maakte het mogelijk om structuur aan te brengen in het onderzoeksmateriaal.

De kwalitatieve gegevens werden gecodeerd en vervolgens per topic van de verschillende geïnterviewde naast elkaar gelegd en vergeleken. Door de codering werd er als het ware een link gelegd tussen de data en de theorie.

Elk stukje tekst is gekoppeld aan een of meerdere codes. Tekst die niet relevant bleek is achterwegen gelaten en niet gecodeerd. Vervolgens konden de resultaten beschreven worden. Onderstaand schema geeft dit proces schematisch weer.



(Figuur 1: Schematische weergave van data-analyse)

4.5 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

4.5.1 Betrouwbaarheid

Kwalitatief onderzoek wordt gedaan onder alledaagse omstandigheden. De bestaande situatie is de onderzoekssituatie, deze wordt dus niet specifiek gecreëerd of ontworpen door de onderzoeker (Baarda et al., 2001).

In dit onderzoek is geprobeerd de betrouwbaarheid te waarborgen door (Baarda et al., 2001):

1. Gebruik te maken van opname apparatuur tijdens de interviews. Door de opgenomen interviews uit te typen werden de uitspraken van de ouders en de onderzoeker inzichtelijk gemaakt en daardoor controleerbaar.
2. De interviews steeds op identieke wijze te verzamelen en analyseren. De topics lijst werd bij elke ouder op dezelfde wijze afgewerkt. De volgorde kon verschillen maar de inhoud bleef onveranderd.
3. De gegevens die verkregen zijn uit de interviews te verwerken en analyseren met behulp van een coderingssysteem. Elk interview werd op deze wijze geanalyseerd.

4.5.2 Interne validiteit

De validiteit wordt bij kwalitatief onderzoek in belangrijke mate gerealiseerd als de concrete verschijnselen in dat veld zorgvuldig en adequaat zijn beschreven en verklaard met het in acht nemen van de context waarin ze zich voordoen (Baarda et al., 2001).

In dit onderzoek is geprobeerd de interne validiteit te waarborgen door (Baarda et al., 2001):

1. De focusgroep en interviews met de migranten ouders en JGZ verpleegkundigen te laten beginnen met algemene objectieve vragen over werksetting, opleiding,

werkervaring etc. Pas in tweede instantie werden subjectieve vragen gesteld. Deze volgorde moest de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleinen.

2. De respondenten anonimiteit te garanderen.
3. Binnen het onderzoek gebruik te maken van triangulatie. Dat wil zeggen dat verschillende onderzoeksmethoden gebruikt werden om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Er werd een focusgroep georganiseerd, registratieformulieren afgenomen en interviews gehouden dit alles om ervoor te zorgen dat de uitkomsten van het onderzoek minder afhankelijk zijn van toeval. Er werden dus verschillende soorten empirisch materiaal gebruikt om tot deze conclusie te komen.

4.6 Het vooronderzoek: De focusgroep

In deze paragraaf wordt de basis gelegd voor de registratieformulieren en interviews. Dit wordt gedaan aan de hand van de uitkomsten van het vooronderzoek: de focusgroep. Uit de focusgroep kwam naar voren waar aandacht aan geschonken moest worden en waar verdieping moest worden aangebracht met betrekking tot het PGO en de SDQ. Het belang van de SDQ, de duidelijkheid van de uitnodigingsbrief en de SDQ instructies, voorbereidingen op het PGO, culturele specificiteit en de competenties van een professional werden hierin meegenomen.

Zo vonden de ouders de uitnodiging die ze ontvingen voor het PGO duidelijk en goed te begrijpen. De uitleg van de bijgesloten SDQ vragenlijst bleek minder duidelijk. De respondenten begrepen het nut en de noodzaak van het invullen van de SDQ.

De respondenten gaven aan geen concrete hulpvraag te hebben alvorens naar het PGO te gaan. Ook werden er geen speciale voorbereidingen getroffen. Respondenten gaan volgens eigen zeggen naar het PGO om geïnformeerd te worden over de gezondheid van hun kind, een algemene controle zonder dat er direct iets mis is.

Het is de respondenten niet altijd duidelijk hoe een vragenlijst ingevuld moet worden. De taal vormt hierbij een grote barrière. De drie deelnemers die de Nederlandse taal niet goed beheersen ondervinden hier last van. Ook de vrouw die vloeiend Nederlands spreekt gaf aan soms last te hebben van “moeilijke woorden” in vragenlijsten waarvan ze de betekenis niet kent. De deelnemers gaven aan dat wanneer een vraag moeilijk geformuleerd is of moeilijke

woorden bevat en daardoor niet goed wordt begrepen, ze vrienden of familie vragen hen te helpen of de vraag open laten.

Het open laten vragen wordt door de deelnemers niet als vervelend ervaren. Dat geven ze dan tijdens het gesprek met de professional aan en vragen zonnodig om extra uitleg. Het open laten van een vraag heeft in bijna alle gevallen te maken met het niet begrijpen van de vraag.

Als het gaat over specifieke vragen met betrekking op culturele aspecten in vragenlijsten waren de meningen verdeeld. Het Turkse echtpaar was van mening dat er geen specifieke culturele vragen in een vragenlijst thuis horen. De overige twee respondenten waren het daar niet mee eens. Hoewel ze niet specifieke vragen misten in vragenlijsten vonden ze wel dat er aandacht moest zijn voor de cultuur waar iemand uitkomt. Dat kan belangrijk zijn volgens hen. De deelnemers hebben nooit meegemaakt dat er vragen in een vragenlijst zitten die niet op migranten respondenten maar puur op autochtone respondenten van toepassing zijn. Ze ervoeren de vragen in vragenlijsten als algemeen en op iedereen toepasbaar. De deelnemers hebben nooit een vraag in een vragenlijst als kwetsend of beledigend ervaren.

De respondenten vinden de PGO gesprekken belangrijk. Ze willen weten hoe hun kind zich ontwikkelt en of het gezond is. Ze komen op het gesprek om informatie en tips te krijgen over hoe dingen eventueel anders moeten.

Ze gaven aan dat de beheersing van de Nederlandse taal een mogelijk knelpunt is binnen het contact met de verpleegkundige. Echter geen van hen, hoe matig hun eigen beheersing van de Nederlandse taal is, ervoer dat binnen het gesprek als knelpunt. Ze gaven aan dat ze er met handen en voeten doorgaans wel uitkomen.

De respondenten hebben volgens eigen zeggen geen moeite met het stellen van vragen of het vragen om extra uitleg.

De deelnemers gaven aan dat ze het belangrijk vinden dat de verpleegkundige naar hen luistert en dat ze zich serieus genomen voelen.

Ze ervaren het als belangrijk dat wanneer er iets aan de hand is met hun kind, ze worden doorverwezen. Men voelt zich serieus genomen wanneer dat gebeurt. Eén van de respondenten gaf aan dat de door haar goede beheersing van de Nederlandse taal wel in staat is een concrete hulpvraag te stellen.

5. Resultaten

5.1 Inleiding

De resultaten die beschreven worden in hoofdstuk 5 zijn verkregen uit de verschillende deelonderzoeken: de registratieformulieren en de interviews. In paragraaf 5.2 worden de resultaten verkregen uit de registratieformulieren en de interviews beschreven. Zoals reeds in paragraaf 4.4., *methode van data-analyse*, staat geschreven, bestaat de opbouw van de registratieformulieren en de interviews uit vier onderdelen: de voorbereiding op het PGO, de SDQ vragenlijst, het PGO gesprek en tot slot de wijze waarop de vervolgacties worden vastgesteld.

5.2 De Resultaten

5.2.1 Voorbereidingen op het PGO

Onderstaande resultaten zijn beschreven in: het belang om geïnformeerd te zijn, het invullen van de SDQ, verwachtingen omtrent het PGO gesprek en op de voorbereidingen op het PGO gesprek.

De voorbereidingen op het PGO bestaat uit de uitnodigingsbrief voor het PGO gesprek en de SDQ vragenlijst. Daarnaast de invulinstructies voor de SDQ. De uitnodigingsbrief en SDQ worden thuisgestuurd of met de kinderen mee naar huis gegeven tijdens een informatieles voorafgaand aan het PGO gegeven door de verpleegkundige.

Twee van de 24 respondenten gaven aan de uitnodigingsbrief die ze ontvingen ter voorbereiding niet voldoende duidelijk was. Dit bleek ook uit de gehouden interviews. Eén van de geïnterviewde respondenten gaf aan dat de brief moeilijk te begrijpen was.

Respondenten noemden punten die de voorbereidingen zouden kunnen verbeteren. Er werd gesuggereerd dat er winst te behalen valt in de uitnodigingsfase en voorbereiding op het PGO. Ouders moeten echt uitgenodigd worden en daarbij uitleg krijgen over het doel van de SDQ en de wijze van invullen, vervolgens zou de vragenlijst overhandigd moeten worden.

Tevens zouden de ouders hulp moeten krijgen bij het invullen van de SDQ. Iemand die ook gelijk uitleg geeft. “Er moet goed duidelijk gemaakt worden dat het een belangrijke vragenlijst is die ingevuld moet worden” (7), zegt deze respondent. Wat deze respondent ook belangrijk vindt is dat de uitnodigingsbrief met het kind meegegeven wordt. Wordt deze met de post verstuurd dan heb je kans dat de ouders hem niet lezen en weggoien. “Als ik hem

met de post had gekregen had ik hem misschien niet ingevuld, ik krijg zoveel enquêtes, ook via internet. Nu nam ik het toch serieuzer, denk ik.” (7)

De SDQ werd negen keer door de vader ingevuld. Drie van de negen keer kreeg hij hulp van één of meerdere kinderen bij het invullen. Twaalf keer vulde moeder de SDQ in. Vier van die twaalf keer kreeg ze hulp van één van haar kinderen. Eén keer werd de SDQ door de ouders gezamenlijk ingevuld. Twee keer werd de lijst ingevuld door een oudere zus.

22 van de 24 SDQ's waren vooraf (gedeeltelijk) ingevuld. Eén SDQ die niet ingevuld was werd tijdens het PGO gezamenlijk door de moeder en de verpleegkundige ingevuld. De andere SDQ was thuis ingevuld blijven liggen. Deze werd later alsnog opgestuurd en meegenomen in de analyse.

Zes respondenten hadden moeite met het invullen van de vragenlijst. Met behulp van hun kind(eren), andere familieleden of vrienden lukte het hen de vragenlijst (deels), van te voren, in te vullen.

Zes van de geïnterviewde respondenten gaven aan te weten wat ze konden verwachten tijdens het PGO. Drie respondenten wisten dat niet. Twee van hen vonden dat geen probleem. Eén van hen vond het vervelend dat ze dat niet wist.

Geen van de geïnterviewden had zich op een speciale manier voorbereid anders dan het invullen van de SDQ. Eén van de respondenten gaf aan dat hij zich niet goed heeft kunnen voorbereiden omdat hij te druk was. Hij had niet veel tijd gehad om er over na te denken.

5.2.2 De SDQ vragenlijst

Onderstaande resultaten worden onderverdeeld in clusters: de noodzaak van de SDQ voor de respondenten, Het kunnen invullen en begrijpen van de SDQ, vragen die gemist worden of die als beledigend worden ervaren en culturele specificiteit.

Alle geïnterviewde respondenten gaven aan dat ze het afnemen van een vragenlijst zoals de SDQ noodzakelijk vinden. Ze vinden het belangrijk voor de gezondheid van hun kind. Het vroeg ontdekken van problemen werd als vooraanstaand punt genoemd. Hoe eerder problemen ontdekt worden hoe makkelijker ze op te lossen zijn gaven twee respondenten aan. “De vragenlijst brengt dingen aan het licht die je zonder de vragenlijst niet te weten gekomen zou zijn” (11) zegt één van de respondenten.

“Als je problemen vanaf het begin ziet, dan is de oplossing makkelijker. Als je het probleem laat groeien dan is de oplossing ook moeilijker. Hoe vroeger je begint met onderzoek hoe vroeger je detecteert welk probleem een kind heeft en kun je corrigeren.”

Vrouw uit Algerije (4)

Vijf van de negen geïnterviewden konden aangeven waar de vragenlijst inhoudelijk over ging. Ze gaven aan dat het betrekking had op rekening houden met elkaar, problemen in het (sociale) gedrag van het kind, of de problemen van het kind vergelijkbaar zijn met die van andere kinderen, pesten en fysieke klachten. De overige vier respondenten konden niet verwoorden waar de vragenlijst inhoudelijk over ging. Ze gaven aan dat dit lastig te verwoorden was.

Zeven respondenten konden het doel van het afnemen van de SDQ omschrijven. Twee respondenten wisten geen antwoord te geven op de vraag wat het doel is van de SDQ.

Zes geïnterviewde respondenten gaven aan dat de vragen van de SDQ duidelijk waren. Vijf van de zes hadden moeite met bepaalde woorden. Ondanks dat, was het geheel hen duidelijk en konden ze de vragenlijst goed begrijpen en invullen. Eén van hen had geen moeite met het begrijpen van woorden of zinnen. De overige drie respondenten hadden moeite met het begrijpen van de SDQ door de moeilijkheidsgraad van de gebruikte woorden of door onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

Uit achttien van de 24 registratieformulieren bleek dat de respondenten geen problemen hebben gehad tijdens het invullen van de SDQ vragenlijst.

De resultaten van de registratieformulieren en de gehouden interviews laten zien waar op het gebied van de taal de knelpunten liggen. Waar ouders moeite hadden met het invullen van bepaalde vragen, had dit veelal te maken met het gebruik van “moeilijke woorden”, gaven de respondenten aan.

Uit veertien van de 24 registratieformulieren bleek dat één of meerdere woorden die gebruikt worden in de SDQ moeilijk te begrijpen waren. Acht keer werden de woorden *wiebelen en wriemelen* genoemd. Woorden als *pikken, treiteren, neigt en vastklampen* werden allemaal, meerdere malen door de respondenten als ‘moeilijk te begrijpen’ bestempeld. Naast de woorden waren er ook (delen van) vragen die niet juist begrepen werden.

Vraag 1: Houdt rekening met de gevoelens van anderen, vraag 10: Is constant aan het wiebelen en wriemelen en vraag 11: Heeft minstens één goede vriend of vriendin werden allemaal éénmaal opengelaten. Tevens konden alle geïnterviewde respondenten woorden of zinnen noemen die ze lastig vonden te begrijpen. Twee respondenten konden zich voorstellen, zij spraken zelf vloeiend Nederlands, dat bepaalde woorden lastig te begrijpen zijn voor mensen die de Nederlandse taal minder goed beheersen. Zes keer werd 'wiebelen en wriemelen' genoemd als moeilijk te begrijpen. Driftbuien en woede-uitbarstingen werd drie keer genoemd. Treiteren werd drie keer genoemd. Pikken werd twee keer genoemd. Een aantal woorden werd door de respondenten één maal genoemd: Houdt rekening, zenuwachtig, afgeleid, concentreren, zelfvertrouwen, neigen en constant.

Om de duidelijkheid van de SDQ vergroten werd het eenvoudiger formuleren van moeilijke woorden genoemd.

Vier registratieformulieren gaven aan dat het invullen van de voor- en achterkant van de SDQ verschilde van de andere twintig formulieren. De achterzijde van de SDQ werd minder volledig ingevuld in deze vier gevallen. De registratieformulieren gaven geen duidelijke verklaring voor het verschil in invullen.

Vier respondenten gaven aan vragen te missen in de SDQ. Eén respondent gaf aan vragen te missen met betrekking op het contact met de leerkracht en op de relatie tussen ouders en kind thuis. Daarnaast wordt een vragenlijst gemist die ingevuld moet worden door het kind zelf om op die manier verschillen tussen wat de ouder denkt dat het kind voelt en wat het kind daadwerkelijk voelt boven tafel te krijgen. Twee respondenten gaven aan vragen te missen met betrekking op de fysieke gezondheid van het kind.

Drie keer werd pikken in de registratieformulieren genoemd als niet gepast of als 'rare' vraag. Binnen de interviews werd het woord twee keer vermeld. De respondenten vonden het niet beledigend maar vonden het 'onaardig' om het op deze wijze te vragen. Liever hadden zij gezien dat er: *Neemt dingen weg thuis, op school of andere plaatsen* had gestaan.

Eén respondent vond de vraag of het kind *vaak vecht of andere kinderen pest* een rare vraag. Hij was van mening dat vechten 'erbij hoort' en dat het vaak 'gewoon' spelen is.

Twee geïnterviewde respondenten gaven aan de vraag *liegt of bedriegt vaak*, ongepast te vinden. Ze vindt het te confronterend. Eén van hen vraagt zich af of je als moeder zo iets wel toe zal geven.

Een geïnterviewde respondent gaf aan dat de directheid van de vragen mensen zou kunnen afschrikken. Uitleg over het feit dat het een algemeen formulier betreft en niet enkel betrekking heeft op hún kind, zou volgens deze respondent voor meer duidelijkheid zorgen.

Een tweede geïnterviewde ouder gaf aan dat benadrukt moet worden dat de formulieren privé zijn omdat er dan eerlijker antwoord gegeven zou worden. Ze denkt namelijk dat ouders bang zijn dat andere mensen denken dat hun kind niet gezond is of moeilijk opvoedbaar. Er zijn volgens haar ouders die dat moeilijk toegeven. “Ze zouden waarschijnlijk eerlijker antwoorden wanneer de ouders weten dat het formulier in het dossier van het kind blijft en dat als het kind later problemen krijgt niet ineens weer op duikt.” (6) Zegt zij.

Drie van de negen geïnterviewde respondenten gaven aan dat er binnen de SDQ rekening gehouden moet worden met culturele aspecten. Hiervoor worden verschillende argumenten en illustraties gegeven. Eén respondent meent dat criminaliteit op die manier beter aangepakt kan worden als problemen eerder ontdekt worden. Eén respondent merkte op dat het verschil in normen en waarden tussen culturen wel belangrijk kan zijn en dat daarom wellicht vragen met betrekking tot culturele verschillen meegenomen zouden moeten worden in de vragenlijst.

Dat cultureel specifieke zaken tot problemen zouden kunnen leiden, wordt door één respondent genoemd. Er kan gedacht worden aan omvang van gezinnen en/ of families, culturele gebruiken of mogelijk een andere leefstijl.

5.2.3 Het PGO gesprek

Onderstaande resultaten worden geclusterd weergegeven. Er is een onderverdeling gemaakt in: het belang en de waardering van het gesprek, mogelijke knelpunten door communicatie en begrijpelijkheid van het gesprek, cultuurspecificiteit, benodigde competenties van de JGZ medewerker, het in staat zijn vragen te stellen en de voor het PGO beschikbare tijd.

Alle negen geïnterviewde respondenten gaven aan het PGO belangrijk te vinden. Ze noemden de controle van de gezondheid van het kind als voornaamste punt. Het krijgen van informatie en antwoord op vragen werd ook genoemd. Eén respondent gaf aan dat het gesprek met de verpleegkundige haar een rustig en veilig gevoel gaf. Een andere respondent had in eerste

instantie moeite de noodzaak van het PGO te zien maar concludeerde uiteindelijk dat het wel fijn is te horen dat het goed gaat met het kind.

“ Je hebt een veilig gevoel als je weet dat je kind goed wordt behandeld. Gezondheidsproblemen of geestelijke problemen kunnen meteen worden weggenomen omdat het kind in de gaten wordt gehouden. Persoonlijk geeft het mij een rustig gevoel. Het kind is veilig.”

Vrouw uit Algerije (4)

Alle geïnterviewden gaven aan dat ze de verpleegkundigen goed konden begrijpen tijdens het gesprek. De verpleegkundigen gebruikten duidelijke taal en wanneer een respondent het niet goed begreep werd het nogmaals uitgelegd. In één geval werd wanneer de moeder het niet begreep de zoon gevraagd te vertalen. Twee respondenten gaven aan te vragen om makkelijkere woorden wanneer ze de woorden die gebruikt werden niet begrepen.

Tien respondenten beheersten volgens de registratieformulieren de Nederlandse taal onvoldoende om het gesprek goed te kunnen voeren of vragen juist te interpreteren. De respondenten gaven aan met name moeite te hebben met officiële brieven en stukken tekst. De overige respondenten zijn opgeroeid in Nederland en spraken daardoor vloeiend of voldoende Nederlands of zijn sinds kort in Nederland maar hebben intensieve taalcurssussen gevolgd. De intensieve taalcurssussen werden met name gevolgd door de ouders die voorheen de vluchtelingenstatus hadden en inmiddels een verblijfsvergunning hebben gekregen.

Er werden punten aangedragen ter bevordering van de communicatie tussen de verpleegkundige en de ouders. Het gebruik van een tolk, al dan niet telefonisch, werd genoemd. Het kind gebruiken als tolk werd door de respondent als niet verstandig bestempeld. Bij het gebruik van een professionele tolk werd door een andere respondent wel een kanttekening geplaatst, ouders zouden volgens haar minder snel persoonlijke dingen vertellen wanneer er een extra persoon bij zit die ze niet kennen en vertrouwen.

Het meenemen van iemand die beter Nederlands spreekt ook kan helpen om de communicatie te verbeteren volgens de respondenten.

Bij elf van de 24 registratieformulieren zat er verschil in wat er was ingevuld in de SDQ en wat er tijdens het PGO gesprek naar voren kwam. Dit verschil zat met name in de nuance tussen “waar, een beetje waar of niet waar”. De respondenten hadden de vragen niet goed

begrepen. Tijdens het gesprek bleek dat het kruisje daardoor in het verkeerde vakje geplaatst was. Tijdens het PGO gesprek bleek vraag 23: *kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen* tot drie keer toe onjuist ingevuld en hadden de ouders deze vraag niet goed begrepen. Vraag 6: *Is nogal op zichzelf, neigt ertoe alleen te spelen* en 16: *Is zenuwachtig, verliest makkelijk zelfvertrouwen* werden beiden twee keer onjuist ingevuld. Bij de vragen 1: *Houdt rekening met de gevoelens van anderen*, 5: *Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen*, 8: *Heeft veel zorgen, lijkt over dingen in te zitten*, 11: *Heeft minstens één goede vriend of vriendin*, 22: *Pikt dingen thuis, op school of andere plaatsen* en 24: *Is voor heel veel bang, is snel angstig*, werd het kruisje allemaal éénmaal onjuist geplaatst.

In dertien gevallen had zich iets opvallends voorgedaan binnen het PGO. Tijdens het PGO gesprek kwam naar voren dat Turkse en Marokkaanse kinderen moeite hebben sommige Nederlandse woorden in de taal van hun ouders te vertalen.

Vier keer kwam het voor dat wanneer de vader meekwam naar het PGO hij de SDQ vragenlijst niet eerder had gezien. De vragenlijst was wel ingevuld, echter door iemand die niet bij het PGO aanwezig was.

Zonder uitzondering waren de ervaringen van het gesprek met de verpleegkundige, positief. Alle geïnterviewde respondenten waren tevreden over het gesprek en de wijze waarop het door de verpleegkundige werd gevoerd. Vier keer werd genoemd dat de respondenten het fijn vonden dat het gesprek zowel met de ouder als met het kind werd gevoerd. Verder werd aangegeven dat de verpleegkundigen goed luisterden, ze goed te begrijpen waren en eerlijk antwoord gaven op vragen die gesteld werden.

Zes respondenten gingen na het gesprek weg met een positief gevoel. Ze waren blij dat hun kind gezond was, dat ze een goed gesprek hadden gehad en dat hun vragen beantwoord waren. Eén respondent beschreef het gevoel als ‘veilig’. Ze kreeg hulp en dat gaf haar een rustig gevoel.

Eén respondent gaf aan geen ander gevoel te hebben dan normaal. “Gewoon normaal, niet verbaasd” (8), omschrijft hij zijn gevoel.

Twee geïnterviewden hadden een minder goed gevoel overgehouden aan het gesprek. Eén was niet zo blij omdat ze de Nederlandse taal niet voldoende beheerst.

“Niet zo blij omdat ik niet kon praten in het Nederlands. Ik wilde dat ik alles kon begrijpen.”

Vrouw uit Angola (1)

De andere vrouw was niet blij na het gesprek om dat het een emotioneel gesprek was voor haar en haar kind.

Over de vraag of de verpleegkundigen op de hoogte moeten zijn van andere culturen waren de respondenten het eens. Ze vinden het prettig als de verpleegkundigen de grote lijnen van hun cultuur begrijpen. Dit vergemakkelijkt de communicatie en verhoogt het effect aldus twee respondenten. In geen van de gesprekken hebben de respondenten en de verpleegkundigen het over cultuur specifieke onderwerpen gehad, echter alle respondenten hadden het gevoel dat de verpleegkundigen wel op de hoogte waren van zaken die binnen andere culturen van belang zijn.

Zeven van de negen geïnterviewden noemden het ‘kunnen luisteren’ als belangrijke eigenschap van een verpleegkundige binnen een gesprek. Eén respondent gaf aan dat de ervaring van de verpleegkundige een belangrijke rol speelt en dan met name de ervaring die de verpleegkundige heeft met migranten.

Eén respondent gaf aan dat ze het belangrijk vond dat zowel de ouder als het kind goed begreep waar het over ging.

Verder werd het zich kunnen verplaatsen in de situatie van de ouder en de capaciteiten van de verpleegkundige haar taalgebruik aan te kunnen passen aan het niveau van de ouder genoemd als eigenschap die gewaardeerd werd binnen de communicatie met de verpleegkundige.

Vier respondenten gaven aan voor het gesprek vragen te hebben geformuleerd. Die vragen werden allemaal naar tevredenheid beantwoord. De overige respondenten hadden geen vragen voorafgaand aan het gesprek. In drie gevallen kwamen de vragen in de loop van het gesprek op. Ook deze vragen werden volgens de respondenten voldoende beantwoord.

Alle respondenten voelden zich serieus genomen door de verpleegkundigen. Dat bleek volgens hen uit het goed ingaan op vragen die ze stelden, gebruiken van duidelijke taal en door aandachtig te luisteren en de juiste vragen te stellen.

Zeven van de negen respondenten gaven aan het niet moeilijk te vinden om vragen te stellen aan de verpleegkundigen. Het goed beheersen van de Nederlandse taal werd aangegeven als

drempelverlagend terwijl het minder goed beheersen van de Nederlandse taal juist kan leiden tot een barrière. De vriendelijkheid en openheid van een verpleegkundige nodigen uit tot het stellen van vragen.

Twee respondenten gaven aan geen vragen te stellen omdat ze het moeilijk vonden of eng. Eén van hen gaf aan dat ze niet graag een vraag twee keer stelt uit angst 'lastig' gevonden te worden.

Alle respondenten waren van mening dat de tijd die beschikbaar was voor het PGO voldoende was. Geen van hen voelde een tijdsdruk of hadden het gevoel dat het gesprek snel afgerond moest worden. In vier gevallen was er sprake van overschrijding van het half uur dat doorgaans staat voor het PGO.

Vier respondenten konden iets noemen wat hen is opgevallen tijdens het PGO. Eén respondent gaf aan dat hij het niet gewend is om zo lang over dit soort onderwerpen te praten. Wanneer hij het er thuis met zijn vrouw over heeft dan duurt het hooguit een paar minuten. Nu sprak hij lang over bepaalde onderwerpen.

Een andere respondent vond het lichamelijk onderzoek kort in verhouding met het gesprek.

Een derde respondent gaf aan dat het gesprek erg emotioneel was. Er kwamen zaken naar boven bij haar kind waarvan ze niet wist dat hij daar last van had.

Tot slot gaf een respondent aan dat het haar opgevallen was dat er moeilijke woorden gebruikt werden.

5.2.4 De wijze waarop vervolgacties worden vastgesteld

Resultaten over de wijze waarop vervolgacties worden vastgesteld zijn geclusterd in: het belang van vervolgacties, de verschillende soorten acties, inzicht in vervolgacties en hoe deze tot stand komen, eigen invloed kunnen uitoefenen op de vervolgacties en acceptatie van de acties.

Uit de resultaten van de interviews komt het belang van het doorverwijzen naar voren.

Alle respondenten vinden het belangrijk dat er vervolgacties ondernomen worden mocht dit geïndiceerd zijn. Eén respondent zet wel vraagtekens bij de vervolgacties. Ze vindt het een goede zaak mits het in het voordeel van het kind is.

Vier van hen vinden het belangrijk omdat het de gezondheid van hun kind betreft. Door vroege opsporing kunnen ze op tijd geholpen worden.

“ja, als het op tijd ontdekt wordt en iemand wordt op tijd geholpen dan kun je iemand heel gelukkig mee maken later. Alles wat je vandaag aan kan pakken moet je aanpakken.”

Vrouw van Turkse afkomst (7)

Bij negen van de 24 kinderen werd een vervolgactie geïndiceerd. Twee kinderen waren reeds onder behandeling bij het zien van de verpleegkundige. De vervolgacties die geïndiceerd werden zijn gericht op gewichtbeheersing (2x), sociale vaardigheidstraining (2x), visus controle (3x) en extra controle van de groeilijnen van het kind (2x).

In drie gevallen werd met de school/ leerkracht overlegd over de te nemen beslissingen.

In zes gevallen werden de respondenten door de verpleegkundigen geadviseerd. De adviezen hadden betrekking op: gezondere voeding, meer nachtrust/ op tijd naar bed, beter schoeisel en tandartscontrole.

Van de 24 kinderen die op het PGO verschenen zijn heeft er één een verhoogd risico op psychosociale problemen. Dit kind was ten tijden van het PGO reeds onder behandeling voor deze problematiek, het kind had een score van zestien punten. Een ander kind viel met twaalf punten net binnen het grensgebied. Dit kind en haar ouders werden verder geen vervolgacties geadviseerd. De overige 22 kinderen hadden geen verhoogd risico op psychosociale problemen. Eén kind is ondanks dat het volgens de SDQ geen verhoogd risico op psychosociale problemen heeft, wel onder behandeling.

Zeven van de negen respondenten gaf aan zelf om een vervolgactie te vragen wanneer zij denken dat het nodig is. Eén respondent gaf aan zelf proberen de vraag te stellen of anders de hulp van haar zoon in zou schakelen. De negende respondent zou het liever aan haar man vragen die arts is. Wanneer het probleem niet medisch zou zijn gaf ze aan het wel te vragen omdat het de gezondheid van haar kind betreft.

In geen van de gevallen hadden de ouders problemen met de voorgestelde vervolgacties. Eén moeder gaf aan dat haar man niet akkoord zou gaan met de voorgestelde vervolgacties, hij zelf was niet bij het PGO gesprek aanwezig.

6. Discussie

6.1 Inleiding

De resultaten zoals beschreven in het vorige hoofdstuk geven een beeld van de bruikbaarheid van de SDQ vragenlijst bij migranten kinderen. Het vooronderzoek en de verschillende deelonderzoeken vullen elkaar aan en versterken elkaar. Het registratieformulier was nooit tot stand gekomen zonder de informatie uit de focusgroep. Ook de interviews hadden niet afgenomen kunnen worden zonder de gegevens van de focusgroep en de registratieformulieren. Dit alles vormde een natuurlijk vloeiend proces. Door de direct betrokkenen; de migranten ouders als respondent te nemen konden zij niet alleen aangeven waar voor hen de knelpunten liggen maar zo ook zelf meedenken over oplossingen van mogelijke problemen.

Aan de hand van de vier deelvragen en bijbehorende hypothesen zal besproken worden welke opvallende bevindingen uit de resultaten naar voren zijn gekomen en hoe deze op basis van de gehanteerde onderzoeksmethodes en in vergelijking met de eventueel aanwezige literatuur geïnterpreteerd kunnen worden.

In paragraaf 6.6 worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek beschreven. Tot slot worden in paragraaf 6.7 de aanbevelingen weergegeven die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen

6.2 De voorbereidingen op het PGO

De eerste deelvraag luidde: “Zijn de voorbereidingen op het PGO voldoende bruikbaar en toegepast op migranten ouders en hun kinderen?”

Als er gekeken wordt naar de uitkomsten van het onderzoek blijkt dat de respondenten de uitnodigingsbrief die ter informatie wordt verzonden ter voorbereiding op het PGO als begrijpelijk ervaren. Twee van hen merkte wel op dat ze hulp nodig hadden met het vertalen van gedeeltes van de brief waardoor ze de inhoud en de context beter konden begrijpen. Op basis van de eerste hypothese werd verwacht dat respondenten niet weten wat ze kunnen verwachten tijdens een PGO. Uit het onderzoek kwam naar voren dat men wel weet wat er (ongeveer) gebeuren gaat. Als men het niet weet ervaart men het niet als probleem. Op basis van deze gegevens kan de eerste hypothese verworpen worden.

Aangaande de tweede hypothese werd verwacht dat ouders doorgaans hulp nodig hebben bij het invullen van de SDQ vragenlijst. Bijna de helft van de ouders kreeg ook daadwerkelijk

hulp bij het invullen van de SDQ. Opvallend is dat ouders de SDQ niet gezamenlijk invullen en wanneer hulp noodzakelijk is, één van de kinderen hen helpt. Er is geen vergelijkend onderzoek voorhanden over het invulgedrag en de eventuele hulp die autochtone Nederlanders krijgen bij het invullen van de SDQ. Het niet zonder hulp kunnen invullen van de vragenlijst kan duiden op het niet begrijpen van de SDQ. Het is zeer wel mogelijk dat het invullen van de SDQ met derden vertekening van de resultaten oplevert en mogelijk ondersignalering van de problematiek. Met deze resultaten in het achterhoofd kan de hypothese worden aangenomen.

6.3 De SDQ

De tweede deelvraag luidde: “Is de SDQ als vroeg-signaleringsinstrument van psychosociale problemen bij kinderen bruikbaar bij migranten ouders?”

Uit de registratieformulieren kwam naar voren dat de SDQ doorgaans als begrijpelijk wordt ervaren. Dit lijkt een positief onderzoeksresultaat maar blijkt ondanks dat, een vertekende weergave te zijn van de dagelijkse praktijk. Het onderzoek laat contradicties zien tussen wat respondenten dachten dat vragen betekenden en wat de vragen daadwerkelijk betekenen. Tevens bleken binnen de SDQ vragenlijst verschillende woorden en zinnen moeilijk te begrijpen voor migranten ouders. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen de begrijpelijkheid van de gebruikte woorden en de begrijpelijkheid van de context. Ook respondenten met een goede beheersing van de Nederlandse taal konden woorden aangeven waar ze de betekenis niet van kenden. Zij konden echter doordat ze de context van de vraag begrepen wel een correct antwoord geven. Wanneer de taalbeheersing minder goed was, was het naast het begrijpen van sommige woorden ook moeilijk de context van het geheel te begrijpen en daarmee ook het invullen van de vragenlijst. Het risico van het niet juist interpreteren of het niet begrijpen van vragen kan leiden tot ondersignalering van, in dit geval, psychosociale problemen.

Binnen het onderzoek naar de begrijpelijkheid van de SDQ worden een aantal keer verschillende vragen opengelaten. Uit het onderzoek kwam geen duidelijk patroon naar voren in welke vragen onbeantwoord blijven. Wanneer vragen niet beantwoord worden is het niet begrijpen van de vraag of woorden in de vraag, de meest voorkomende reden. Over de vraag of er voldoende aandacht wordt besteed aan culturele aspecten binnen de vragenlijst zijn de meningen enigszins verdeeld. Zij die vinden dat culturele aspecten meegenomen moeten worden in de SDQ hebben moeite met het formuleren van de inhoud van de toe te voegen

vragen. De aanvullingen op de vragen die uit het onderzoek naar voren kwamen liggen op het vlak van de fysieke gezondheid, contact met docenten of de relatie die het kind met de ouder(s) heeft.

Het onderzoek laat zien dat taal inderdaad een belangrijke barrière vormt als het gaat om de begrijpelijkheid van de SDQ. Het aannemen van hypothese 3 is dan ook aannemelijk.

6.4 Het PGO gesprek

De derde onderzoeksvraag luidde: “Is het PGO gesprek ook bruikbaar bij migranten als het gaat om het signaleren van psychosociale problemen bij migranten kinderen?”

Er was een duidelijk verschil in taalbeheersing tussen de respondenten van de verschillende verpleegkundigen. De verpleegkundigen zijn beiden werkzaam in verschillende gebieden en op verschillende scholen. Dit brengt een grote diversiteit aan respondenten met zich mee. Die diversiteit uit zich, in dit onderzoek, met name in de beheersing van de Nederlandse taal. Bijna de helft van de respondenten heeft moeite met officiële taal in brieven en gesprekken. Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om vast te stellen of er belangrijke informatie verloren gaat als gevolg van de taalbarrière. Met deze resultaten wordt hypothese 4 verworpen. Dat het niet goed beheersen van de Nederlandse taal een knelpunt kan vormen komt wel naar voren. Taal vormt een barrière wanneer het gaat over het stellen van vragen. Mogelijk worden vragen niet gesteld omdat ouders het niet durven of kunnen. Het risico dat dit met zich meebrengt is dat zaken onbesproken blijven en problemen wellicht niet, of te laat worden gesignaleerd. Wanneer de taal niet goed beheerst wordt en er wordt gesproken over persoonlijke problematiek bestaat bovendien het risico dat er belangrijke informatie verloren gaat.

Er blijkt namelijk een discrepantie te zitten in wat ouders ervaren en wat verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk tegenkomen als het gaat over het stellen van vragen. De ouders zijn in de veronderstelling dat ze wanneer nodig, vragen stellen. De verpleegkundigen hebben de ervaring dat dit in de praktijk zelden of nooit gebeurt. Er is aan de hand van dit onderzoek niet vast te stellen of de beheersing van de taal hier een oorzaak van is. Het aannemen van hypothese 5 is daardoor onwaarschijnlijk. Het verschil tussen hoe respondenten en de verpleegkundigen het stellen van vragen ervaren wekt de indruk dat de taal een barrière vormt voor het stellen van vragen.

6.5 De wijze waarop vervolgacties worden vastgesteld

De laatste deelvraag luidde: “ Is de totstandkoming van de vervolgacties tijdens het PGO ook bruikbaar bij de migranten doelgroep?

In bijna de helft van de geziene kinderen is er sprake van een geïndiceerde vervolgactie. In nog eens een kwart van de gevallen werden de ouders geadviseerd over uiteenlopende gezondheidsgereleerde items. Uit de resultaten van de respondenten kan worden opgemaakt dat mocht het nodig zijn, de ouders om vervolgacties vragen. De gegevens uit de interviews met de verpleegkundigen spreken dit tegen. Volgens hen wordt er zelden om vervolgacties gevraagd. Het risico dat dit met zich meebrengt is dat ouders wellicht niet vragen om de noodzakelijke vervolgacties, mocht dat nodig zijn.

Op een enkele uitzondering na staan de ouders open voor de vervolgacties. Dit blijkt met name uit de gegevens van de interviews en zouden dus enigszins gekleurd kunnen zijn door sociaal wenselijke antwoorden. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de verpleegkundigen de ervaring hebben dat ouders inderdaad open staan voor adviezen die op het gebied van het kind liggen maar minder enthousiast zijn wanneer de adviezen in de lijn liggen van de eigen effectiviteit van de ouder. Dit hoeft echter niet gebonden te zijn aan etniciteit. Op basis van bovenstaande gegevens is het noodzakelijk om hypothese 6 te verwerpen. De geadviseerde vervolgacties lijken ook gebruikt te kunnen worden bij migranten kinderen. De vraag blijft of alle noodzakelijke vervolgacties voor de migranten kinderen wel geïndiceerd worden.

6.6 Algemene nabeschuiving van het onderzoek

De onderzoekspopulatie

Zoals reeds eerder beschreven zitten er verschillen tussen de respondenten. De verschillen hebben betrekking op beheersing van de Nederlandse taal, sociaal economische status en alles wat daaruit voortvloeit. De respondenten van de ene verpleegkundige waren woonachtig in de betere wijken van Soest, hadden de moeders een opleiding gevolgd, een baan buitenshuis en was de beheersing van de Nederlandse taal bijzonder goed. De respondenten van de andere verpleegkundige woonden in de mindere buurten van Amersfoort, moeders werkten over het algemeen thuis en beheersten de Nederlandse taal minder goed dan de respondenten van de andere verpleegkundige. Deze verschillen kunnen, doordat de onderzoekspopulatie niet groot is, voor vertekening van de onderzoeksresultaten gezorgd hebben.

De focusgroep

Het doel van de focusgroep was een inventarisatie te maken van de behoeften, ideeën, misvattingen en wensen van migranten ouders aangaande vragenlijsten en gesprekken met professionals in het algemeen en de SDQ en het PGO gesprek in het bijzonder. Dit alles om een beter beeld te krijgen van de bruikbaarheid van het SDQ vroeg-signaleringsinstrument. De gegevens verkregen uit de focusgroep werden vervolgens gebruikt voor het opstellen van de registratieformulieren.

De omvang van de focusgroep was gering. Vier ouders waren bereid om deel te nemen aan de focusgroep. De kleine populatie kan ervoor gezorgd hebben dat de gegevens niet geheel representatief zijn waardoor het registratieformulier mogelijke hiaten bevat. Twee van de vier deelnemers waren de Nederlandse taal minder goed machtig en hoewel er getolkt werd door een derde deelneemster kan het toch zijn dat niet alle informatie goed is overgekomen. Het is mogelijk dat er geen sprake was van gelijke input van de vier deelnemers door dit verschil in beheersing van de Nederlandse taal.

De registratieformulieren

Het doel van de registratieformulieren was, inzicht te geven in mogelijke knelpunten van de SDQ en het PGO gesprek bij de migrantendoelgroep en deze te analyseren.

In totaal werden 24 registratieformulieren teruggestuurd. Een voordeel is dat beide verpleegkundige twaalf registratieformulieren hebben ingevuld. Dit zorgt voor een goede verdeling van de respondenten. Ook de geïnterviewde respondenten waren eerlijk verdeeld. vijf van de ene verpleegkundige en 4 van de andere. Om generaliseerbare data te verkrijgen zouden meer registratieformulieren per verpleegkundige waarschijnlijk een representatiever beeld geven.

De registratieformulieren werden ingevuld door twee verschillende verpleegkundigen. De verpleegkundigen hebben ieder een eigen werkwijze en interpreteren vragen ieder op een eigen manier. Beiden gaan op verschillende wijze om met niet of foutief ingevulde vragen. De verschillende wijze van invullen van de registratieformulieren kan voor vertekende onderzoeksresultaten hebben gezorgd.

De verpleegkundigen namen tien minuten per PGO extra voor het invullen van de registratieformulieren. De tijdsdruk waaronder de verpleegkundigen werken kan de nauwkeurigheid van de ingevulde registratieformulieren negatief beïnvloed hebben.

De interviews

Het doel van de interviews was meer verdieping aan te brengen in de informatie die eerder verkregen werd uit de focusgroep en de registratieformulieren. De interviewvragen werden onder andere samengesteld uit resultaten van de registratieformulieren. Doordat die data gespreid is verkregen (twaalf formulieren bij de ene verpleegkundige en twaalf formulieren bij de andere verpleegkundige) is de basis mogelijk niet optimaal. Wanneer mensen geïnterviewd worden passen ze zich vaak bewust of onbewust aan, aan degene met wie ze spreken. Het zou kunnen dat tijdens de interviews sociaal wenselijke antwoorden gegeven zijn. Dit kan de resultaten gekleurd hebben.

Uiteindelijk werden er negen interviews afgenomen met de respondenten en twee met de verpleegkundigen. Meer interviews zouden wenselijk zijn geweest. Op die manier waren de resultaten wellicht meer generaliseerbaar binnen de migranten doelgroep.

6.7 Aanbevelingen

Aanbeveling voor vervolgonderzoek

- Gezien de grootte van de steekproef dient het de aanbeveling om het onderzoek grootser opgezet nogmaals uit te voeren.
- De mogelijkheid van het toevoegen van vragen met betrekking tot de fysieke gezondheid van kinderen
- Nader onderzoeken of verschil in psychosociale problematiek tussen westerse en niet westerse culturen en culturen onderling terug moeten komen in de SDQ.
- Nagaan of het zinvol is om naast de problemen van het kind ook de risicofactoren binnen een gezin te signaleren binnen de SDQ.

Aanbevelingen ter verbetering van de bruikbaarheid van de SDQ en het PGO gesprek

- De SDQ meegeven aan de kinderen na de informatie les van de JGZ verpleegkundige, in plaats van opsturen naar huisadres.
- De invulinstructies van de SDQ mondeling toelichten.
- Het bieden van assistentie aan ouders bij het invullen van de SDQ.
- Wijzigingen in vragen met meerdere antwoordmogelijkheden aanbrenge.
- Een synoniemenlijst opstellen voor moeilijke woorden

- Wijzigingen aanbrengen in formulering van de woorden die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen als ‘moeilijk te begrijpen’.
- Het stimuleren van het meekomen van iemand uit de omgeving die de taal goed/ beter beheerst. Dit kan geadviseerd worden tijdens de informatie les op school. Dit kan gebeuren tijdens de informatieles op school.
- Het inschakelen van een tolk in geval van veronderstelde communicatie problemen
- Het dient de aanbeveling expliciet te controleren of de ouders zelf vragen hebben of dat de vragen die ze hadden beantwoord zijn.

7. Conclusies

Uit het onderzoek blijkt dat de bruikbaarheid van de SDQ bij de migranten doelgroep op verschillende punten te wensen over laat. Dit komt voort uit de verschillende signalen die uit het onderzoek naar voren komen. Deze signalen zijn onder te verdelen in positieve punten aangaande de begrijpelijkheid van de SDQ en punten die een verminderde bruikbaarheid van de SDQ bij migranten suggereert.

Migranten ouders hechten waarde aan een vroege signalering van problemen bij hun kinderen. Ouders vinden het belangrijk dat er een instrument zoals de SDQ is die psychosociale problemen meet.

De SDQ vragenlijst bevat bepaalde woorden en zinnen die problemen blijken te geven tijdens het invullen bij de migranten doelgroep.

Het feit dat de SDQ in de meeste gevallen met behulp van kinderen, vrienden of familie wordt ingevuld geeft aan dat het invullen van de SDQ problemen met zich meebrengt en de duidelijkheid en dus de bruikbaarheid (nog) te wensen overlaat.

Er is een discrepantie waarneembaar tussen wat respondenten ingevuld hebben in de SDQ ter voorbereiding op het PGO, en wat er tijdens het PGO gesprek naar voren komt.

Het PGO gesprek zelf wordt door de migranten ouders gezien als waardevol en belangrijk. Een slechte beheersing van de Nederlandse taal vormt voor migranten ouders veelal geen probleem en weerhoudt hen er niet van vragen te stellen. De verpleegkundigen stemmen hun taalgebruik af op degene die ze voor zich hebben en zijn bereid extra toelichting te geven wanneer ouders woorden niet begrijpen. Alle respondenten vinden het belangrijk dat de verpleegkundige op de hoogte is van andere culturen.

Het percentage geïndiceerde vervolgacties en vervolgadviezen is zo'n 50%. Deze vervolgacties hebben met name betrekking op gezondheidsgelateerde zaken en niet zozeer op psychosociale problematiek. Het is hierdoor niet mogelijk uitspraken te doen over, of psychosociale problemen bij de migranten doelgroep voldoende gesignaleerd worden.

Literatuurlijst

Baan, J., & Bouma, R., & Middeldorp, I., & Vos, N. de. (2005). *Signalering specifieke gezondheidsdeterminanten bij kinderen uit niet-westerse culturen*. Amersfoort: Pharos.

Baarda, D.B., & Goede, M.P.M. de. (2001). *Basisboek Methoden en technieken*. Amersfoort: Wolters-Noordhof Groningen.

Baarda, D.B., & Goede, M.P.M. de., & Theunissen, J. (2001). *Kwalitatief Onderzoek, Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhof Groningen.

Brug, J., & Schaalma, H., & Kok, G., & Meertens, R.M., & Molen, H.T. van der. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum en comp.

Brugman, E., & Reijneveld, S.A., & Hollander-Gijsman, M.E. (1999). *Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg PGO Peiling 1997/1998: melkvoeding en huilgedrag van zuigelingen, psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid

Brugman, E., & Reijneveld, S.A., & Verhulst, F.C., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2001). Identification and management of psychosocial problems bij Preventive Child Healthcare. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 155, 462-469.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). *Jaarrapport integratie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel planbureau (SCP).

Eldering, L. (2002). *Cultuur en opvoeding. Interculturele pedagogiek vanuit ecologisch perspectief*. Rotterdam: Lemniscaat.

Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *British Medical Journal*. 227, 134.

Gerritsen, A. (2005). Gezondheidsproblemen onder asielzoekers en vluchtelingen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 83, 187-188.

Goedhart, A., & Treffers, F., & Widenfelt, B. van. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.

Goodman, R., & Ford, T., & Richards, H., & Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 41(5), 654-655.

Hermanns, J., & Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over Vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Julius Centrum.

Herngreen, P. (2006). *Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg: Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar*. Utrecht: GGD Nederland.

Houtkoop, H., & Veenman, J. (red.). (2002). *Interviewen in de multiculturele samenleving*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Janssen, M.M., & Verhulst, F.C., & Bengi-Arslan, L., & Erol, N., & Salter, C.J., & Crijnen, A.M. (2003). Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2, 133-140.

Kroes, M., & Kalff, A.C., & Steyaert, J., & Kessels, A.G., & Feron, F.J., & Hendriksen, J.G., & Zeben, T.M. Van., & Troost, J., & Jolles, J., & Vles, J.S. (2002). A longitudinal community study: do psychosocial risk factors and child behaviour checklist scores at 5 years of age predict psychiatric diagnosis at a later age? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (41) 8, 955-963.

Pels, T. (red.). (2003). *Opvoeding en integratie. Een vergelijkende studie van recente onderzoeken naar gezinsopvoeding en de pedagogische afstemming tussen gezin en school*. Assen: van Gorcum & Comp.

Pels, T., & Gruijter, M. de., & Kromontono, E., & Mak, J., & Geense, P. (2005). *Vluchtelinggezinnen: opvoeding en integratie. Opvoeding en ondersteuning in gezinnen uit Iran, Irak, Somalië en Afghanistan in Nederland*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Pharos. (2007). *Jaarplan Programma jeugd 2007*. Utrecht: Pharos.

Reijneveld, S.A., & Harland, P., & Brugman, E. (2005). Psychosocial problems among immigrant and non-immigrant children--ethnicity plays a role in their occurrence and identification. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. (3) 14, 145-152

Widenfelt, B.M. van. & Goedhart, A.W., & Treffers, P.D. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. (6) 12, 281-289.

Willigen, L.H.M. van. (2003). *Gevluchte kinderen. Preventie van ziekten bevordering van de gezondheid*. Ede: Stichting MOA Oost Nederland.

Wolffers, I., & Kwaak, A. van der. (2004). *Gezondheidszorg en cultuur*. Amsterdam: VU Boekhandel/ Uitgeverij bv.

Zeijl, E., & Crone, M., & Wiefferink, K., & Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland. Kwaliteit van Leven*. Den Haag-Leiden: Sociaal Cultureel Planbureau-TNO Kwaliteit van Leven.

Elektronische bronverwijzing.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2007) Statline. Via

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search%2FSearch> op 20-06-2007

GGD midden Nederland (2007). Onderzoeksmomenten PGO/ PVO. Via

<http://www.ggdmn.nl/index.php?id=79/Onderzoeken.htm> op 12-04-2007

Joosten, A. R.(1997). *Psychosociale verklaringen voor klachten in huisarts-patiëntgesprekken een gespreksanalytische studie.* via

<http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/arts/1997/a.r.joosten/titelinh.pdf> op 26-03-2007

Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu. Via

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2391n20930.html op 01-02-2007

Bijlagen

Bijlage 1: Verklarende begrippenlijst

Migrant: Mensen die niet in Nederland zijn geboren- of van wie tenminste één ouder niet in Nederland is geboren- en die niet tot de dominante cultuurgroep behoort (Wolffers, 2004).

Autochtoon: Mensen wiens beide ouders in Nederland zijn geboren, ongeacht het land waar ze zelf geboren zijn (CBS, 2005).

Needs-assessment: Een analyse van de bestaande behoeften, benodigdheden en wensen van de doelgroep ten aanzien van een onderwerp (Brug, 2000).

Psychosociale problemen: alle aspecten met betrekking tot een klacht die niet lichamelijk zijn, in die zin dat de aspecten betrekking hebben op de leefwereld of biografie van de patiënt (retrieved from: Joosten, 1997).

SDQ: The Strength and Difficulties Questionnaire. Een instrument bedoeld om kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren en hun kwaliteiten te benadrukken.

Vluchteling: Mensen die op basis van asielgronden in Nederland mag blijven. Deze status kan gedurende drie jaar ingetrokken worden, als de situatie in het land van herkomst is verbeterd. Alle houders van een Vergunning voor Bepaalde Tijd Asiel hebben dezelfde rechten met betrekking tot werk, onderwijs, huisvesting en gezinshereniging. Na drie jaar kan de vergunninghouder een aanvraag indienen voor een Vergunning voor Onbepaalde Tijd Asiel.

Vroegsignalering: Het signaleren van een probleem vroeg in de levensloop van een mens en/of vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf (Hermanns et al., 2005).

Bijlage 2: Het registratieformulier

Geven de ouders toestemming deze gegevens te gebruiken voor onderzoek? Ja/ Nee

Deel 1. Vragen die betrekking hebben op de voorbereiding op het PGO:

1. Zijn ouders op het PGO verschenen?

Ja/ nee, zonder afmelding/ met afmelding

Wat zijn de vervolgacties wanneer ze niet verschenen zijn?

.....
.....

2. Is de begeleidende brief bij de uitnodiging voor het PGO begrijpelijk voor de ouders?

Ja/ Nee. Zo nee, wat was er niet duidelijk?

.....
.....

3. Is de SDQ vragenlijst voorafgaand aan het PGO ingevuld?

Ja/ Nee/ Deels

Deel 2. Vragen die betrekking hebben op de SDQ:

4. Wat is de totaal score van de SDQ vragenlijst?

.....punten

5. Wie heeft de SDQ vragenlijst ingevuld?

.....
.....

6. Zijn er vragen die niet beantwoord zijn?

Ja/ Nee. Zo ja welk(e) nummer(s)?

Reden voor niet beantwoorden?

.....
.....

7. Is er een verschil in invullen tussen de twee onderdelen van de lijst?

(De 25 vragen en de impactschaal)

Ja/ Nee. Zo ja kunt u de verschillen weergeven?

8. Hebben de ouders problemen ervaren tijdens het invullen van de SDQ?

Ja/ Nee. Zo ja, welke?

9. Zijn er **woorden** of **zinnen** die speciaal moeilijk te begrijpen zijn voor de ouders?

Ja/ Nee. Zo ja, welke?

10. Zitten er vragen bij die de ouders als niet correct, vervelend of beledigend hebben ervaren?

Ja/ Nee. Zo ja, welke en kunnen ze aangeven waarom?

11. Zijn er zaken die niet genoemd worden in de vragenlijst en die er wel in zouden moeten?

Ja/ Nee. Zo ja kunnen ze daar een voorbeeld van geven?

Deel 3. Vragen die betrekking hebben op het PGO gesprek:

12. Beheersen de ouders de Nederlandse taal voldoende om het gesprek goed te kunnen voeren en vragen juist te kunnen interpreteren?

Ja/ Nee.

Zo ja waar blijkt dat uit? Zo nee, hoe lost u dat op?

13. Is er een verschil tussen wat de ouders hebben ingevuld in de vragenlijst en wat er uit het gesprek naar voren komt?

Ja/ Nee. Zo ja, op welke onderwerpen is dat van toepassing?

14. Zijn u verder nog zaken opgevallen binnen het PGO gesprek?

Ja/ Nee. Zo ja, wat is u opgevallen?

Deel 4. Vragen met betrekking op de vervolgacties:

15. Welke vervolgacties heeft u ondernomen/ geadviseerd?

16. Kunnen de ouders zich vinden in deze vervolgactie(s)?

Ja/ Nee. Zo nee, waar zijn ze het dan niet mee eens?

Bijlage 3. Topics lijst interview ouders

Deel 1. Vragen die betrekking hebben op de voorbereiding op het PGO:

Voordat u op gesprek ging bij de verpleegkundige heeft u een brief thuisgestuurd gekregen met een uitnodiging. De eerste vragen van het interview zullen gaan over deze uitnodiging en de voorbereidingen op het gesprek met de verpleegkundige.

1. Begreep u wat er in de uitnodigingsbrief stond/ Was het duidelijk voor u/ Heeft u hem zelf gelezen of met hulp van iemand?

Zo ja,

- Had u het gevoel dat u wist wat u kon verwachten bij het gesprek met de verpleegkundige?
- Bleken die verwachtingen ook te kloppen?
- Heeft u zich voorbereid op het gesprek met de verpleegkundige?

Zo nee,

- Wist u dan wel wat u kon verwachten bij het gesprek met de verpleegkundige?
Hoe wist u dat?
- Bleken die verwachtingen ook te kloppen?
- Heeft u zich op het gesprek met de verpleegkundige voorbereid?
- Wat heeft u nodig om beter geïnformeerd te raken?

2. Vindt u zo'n gesprek met de verpleegkundige belangrijk? Kun u mij vertellen waarom u dat vindt?

Zo ja,

- Wat vindt u belangrijk?
- Wat vindt u er belangrijk aan?

Zo nee,

- Waarom vindt u het niet belangrijk?
- Wat zou u wel belangrijk vinden?

Deel 2. Vragen die betrekking hebben op de SDQ

Naast de uitnodigingsbrief voor het gesprek met de verpleegkundige kreeg u ook de SDQ vragenlijst thuisgestuurd. Er werd u gevraagd deze vragenlijst in te vullen en mee te nemen naar het gesprek met de verpleegkundige.

3. De vragenlijst gaat over psychosociale problemen. Kunt u mij in uw eigen woorden omschrijven waar u aan denkt bij psychosociale problemen?

Zo ja,

- Leg uit

Zo nee,

- Mist u dat?
- Vindt u belangrijk om de betekenis te kennen?
- Heeft u die uitleg gemist in de begeleidende brief of uitleg bij de SDQ zelf?
- Wat is er nodig om het voor u begrijpelijk te maken?

4. Waren de vragen duidelijk voor u? Waren ze goed te begrijpen?

Zo ja,

- Kunt u mij in eigen woorden vertellen waar de vragenlijst over gaat?
- Kunt u mij in uw woorden vertellen wat volgens u het doel is van deze vragenlijst?
- Kunt u mij vertellen wat de scores betekenen?

Zo nee,

- Heeft u de vragenlijst niet (alleen) ingevuld?

Zo ja,

- Wie heeft u daarbij geholpen?

- De vragenlijst stelt verschillende vragen over het gedrag van uw kind. Kunt u in u eigen woorden vertellen waar de vragenlijst over gaat?

- Kunt u mij in uw woorden vertellen wat volgens u het doel is van deze vragenlijst?

- Kunt u mij vertellen wat de scores betekenen?

- Wat zou u nodig hebben om de vragenlijst voor u duidelijker/ begrijpelijker te maken?

- Waren er woorden/ zinnen die u lastig vond om te begrijpen?
5. Vindt u het belangrijk dat er zo'n test als de SDQ wordt afgenomen?
- Zo ja,
- Kunt u aangeven wat u belangrijk vindt aan het afnemen van zo'n vragenlijst?
- Zo nee,
- Zijn er volgens u alternatieven/ andere manieren om psychosociale problemen te signaleren/ meten?
6. Heeft u binnen de vragenlijst vragen gemist? (respondent krijgt SDQ als voorbeeld)
- Zo ja,
- Kunt u aangeven welke vragen u gemist heeft?
 - Binnen de vragenlijst wordt niet speciaal aandacht besteed aan andere culturen. Zijn er problemen die voorkomen bij mensen van uw afkomst maar minder bij mensen van Nederlandse afkomst die u **niet** terugvindt in de vragenlijst?
 - Welke vragen zou u willen toevoegen aan de vragenlijst?
- Zo nee,
- Kunt u zich voorstellen dat andere mensen vragen missen in de vragenlijst.... (vragen als bij zo ja.)
7. Waren er vragen binnen de vragenlijst die u minder prettig vond om te beantwoorden?
- Zo ja,
- Kunt u vertellen welke vragen u minder prettig vond?
 - Kunt u aangeven wat u niet prettig vond aan deze vragen?
 - Wat zou er moeten veranderen om deze vragen voor u prettiger te maken?
- Zo nee,
- Kunt u zich voorstellen dat er mensen zijn die vragen als minder prettig ervaren....? (vragen als bij zo ja.)

Deel 3. Vragen die betrekking hebben op het PGO gesprek:

In dit onderdeel van het interview zullen vragen gesteld worden over het gesprek dat u heeft gehad met de verpleegkundige.

8. Hoe heeft u het gesprek met de verpleegkundige ervaren?

Prettig,

- Kunt u aangeven wat u prettig vond tijdens het gesprek met de verpleegkundige?
- - Kunt u uitleggen wat u goed vond gaan tijdens het gesprek?
 - Kunt u aangeven wat u belangrijk vindt binnen de communicatie met de verpleegkundige?

Minder prettig,

- Kunt u aangeven wat u minder prettig vond tijdens het gesprek met de verpleegkundige?
 - Kunt u zich voorstellen dat...
 - Wat voor problemen zou je kunnen hebben op het gebied van communicatie?
 - Wat voor oplossingen zijn daar voor te bedenken?
 - Wat vindt u belangrijk binnen de communicatie met de verpleegkundige?
- Vindt u dat de verpleegkundige op de hoogte moet zijn van zaken die belangrijk zijn binnen uw cultuur?

Zo ja,

- Waar blijkt dat uit?
- Kunt u voorbeelden geven
- Vindt u het belangrijk dat ze verstand hebben van andere (uw) cultu(u)r(en).

Zo nee,

- Waar blijkt dat uit?
- Heeft u een idee over hoe dat zou kunnen veranderen
- Vindt u het belangrijk dat ze verstand hebben van andere (uw) cultu(u)r(en).

- Kon u de verpleegkundige tijdens het gesprek goed volgen/ begrijpen?

Zo ja,

- Wat deed ze zodat u het goed kon begrijpen
- Wat vindt u belangrijk om iemand goed te kunnen begrijpen

Zo nee,

- Wat deed u wanneer u iets niet begreep?
- Kunt u zich voorstellen dat u iets niet helemaal goed begrijpt tijdens een gesprek. Hoe zou u dat dan oplossen?

9. Kunt u uw gevoel omschrijven toen u naar huis ging na het gesprek?

- Had u voorafgaand aan het gesprek vragen die u wilde stellen aan de verpleegkundige?

Zo ja,

- Zijn die vragen beantwoord?
- Vond u het lastig die vragen te stellen?
- Wat maakte het moeilijk/ makkelijk?

Zo nee,

- Kunt u zich voorstellen dat u vragen zou hebben. Denkt u dat u makkelijk de vraag aan de verpleegkundige zal stellen?
- Kunt u zich voorstellen wat het moeilijk maakt om een vraag te stellen?
- Zou u zich daardoor laten tegenhouden?

- Vond u de tijd die voor het gesprek gereserveerd was voldoende?

Zo ja,...

Zo nee,

- Wat lijkt u voldoende tijd om het gesprek goed te kunnen voeren?
- Had u nog ergens dieper op willen ingaan maar dat is er niet van gekomen wegens tijdgebrek?

- Had u het gevoel dat u tijdens het gesprek serieus genomen werd en de ruimte had om te zeggen wat u wilde?

Zo ja,

- Waar bleek dat uit, kunt u daar voorbeelden van geven?

Zo nee,

- Waar bleek dat uit?
- Kunt u zich voorstellen dat u het gevoel krijgt dat u niet serieus genomen wordt in een gesprek. Wat zou u dan doen?

Deel 4. Vragen met betrekking op de vervolgacties.

Tot slot wil ik u nog een aantal vragen stellen over de mogelijke vervolgacties die na een gesprek kunnen worden aangeboden.

10. Het kan zijn dat de verpleegkundige aanraadt om een kind door te verwijzen naar een andere discipline. Dit worden ook wel vervolgacties genoemd. Heeft u daar wel eens van gehoord?

Zo ja,

- Kunt u mij in eigen woorden vertellen wat u verstaat onder “vervolgacties”
- Heet u zelf ervaring met vervolgacties?
- Kunt u aangeven of u het belangrijk vindt dat er vervolgacties worden ondernomen?
- Als u zelf het idee zou hebben dat uw kind een vervolgactie nodig zou hebben en de verpleegkundige stelt het zelf niet voor, zou u er dan zelf om vragen? Hoe zou u dat aanpakken?

Zo nee,

- Kunt u zich voorstellen dat een kind iets meer hulp nodig heeft.....
- Als u zelf het idee zou hebben dat uw kind een vervolgactie nodig zou hebben en de verpleegkundige stelt het zelf niet voor, zou u er dan zelf om vragen? Hoe zou u dat aanpakken?

Tot slot: is u verder nog iets opgevallen in het gesprek met de verpleegkundige?

Wilt u nog ergens op terugkomen. Op iets dat u gezegd heeft, of iets dat ik gezegd heb?

Bijlage 4. Coderingsschema registratieformulieren

Vraag-nummer	Omschrijving	variabele	Code
1-1	Identificatie nummer	idnummer	
1-2	Afnemer	Afnemer	T=Toos Peek/ I=Irene Middeldorp
1-3	land van herkomst	landher	
2-1	Ouder(s) verschenen op PGO.	versch1	1=Ja/ 2= Nee
2-3	Begeleidende brief met uitnodiging voor PGO is duidelijk volgens ouders.	Uitnoduid	1= Ja/ 2= Nee
2-4	Ouders hebben SDQ meegenomen.	SDQmee	1=Ja/ 2= Nee
3-1	SDQ is voorafgaand aan PGO ingevuld.	ingevul1	1=Ja/ 2= Nee/ 3=Deels
3-2	Welke vragen zijn niet ingevuld	ingevul2	
3-3	SDQ door ouder(s) ingevuld.	ingevul3	1=Ja/ 2= Nee/ 3=Deels
3-4	Wie heeft de SDQ ingevuld?	ingevul4	
3-5	Verschil tussen de twee onderdelen	verschilond	1= Nee/ 2= Ja
3-6	Problemen gedurende het invullen	invulprob	1= Nee/ 2= Ja
3-7	Woorden/ zinnen die moeilijk/niet begrepen worden.	woordniet	
3-8	Vragen die ouders missen.	vragenmis	
3-9	Vragen die als beledigend worden ervaren.	vragenbel	
3-10	Ouders hebben geven aan geen problemen te hebben met invullen van SDQ maar ondanks dat zijn er wel vragen opengelaten.	discrep1	
3-11	SDQ score.	score	1=0-11 (normaal)/ 2= 11-14 (verhoogd risico)/ 3= >14 mogelijk psychosociale problemen.
4-1	Ouders hebben voldoende beheersing Nederlandse taal.	taalbeh	
4-2	Er komen verschillen naar voren in wat de ouder vertelt en wat hij heeft ingevuld.	discrep2	
4-3	Opvallende zaken binnen PGO gesprek.	devipgo	
5-1	Er wordt een vervolg actie ondernomen.	vervolac1	1=Nee/ 2= Ja
5-2	Ouders kunnen zich vinden in vervolgactie(s).	vervolgac2	

