

Strengths and Difficulties Questionnaire

SDQ

De bruikbaarheid en doelmatigheid van het vroegsignaleringsinstrument
SDQ voor het tijdig signaleren van psychosociale problemen bij
allochtone kinderen

Lieke Rensink

0355801

Onder begeleiding van:

Roelof Vos, Pharos; Landelijk Kennis- en Adviescentrum Vluchtelingen,
Nieuwkomers en Gezondheid, Utrecht.

Robert Maier, Universiteit Utrecht

Universiteit Utrecht

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Opleiding: master Sociale Vraagstukken: interventies en beleid.

Utrecht, 2008



Summary

Background

In the Netherlands between the 5 and 10 % of all the children experience problems, such as behavioral, emotional and educational problems. Among immigrant children this percentage is even higher, one third of this group experience psychosocial problems. These problems influence children on a personal level, but are also of influence on society. Early detection and treatment is important, it will reduce the problems now and in the future, if accurately identified. This study aims to examine the usability and efficiency of the parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), an instrument for early detection of psychological problems, among immigrant children and their parents. This questionnaire was introduced in the Netherlands within the preventive child healthcare system because of its high psychometric proportions. However, it is not clear what the impact of this questionnaire is among immigrant children.

This study is initiated by Pharos and is part of their program “Youth”. Several studies are and will be conducted under the denominators “early detection” and “prevention”. This research is a replication of a research conducted in 2007, which was also initiated by Pharos.

Method

This research is qualitative, explorative and is oriented on practice. Preventive healthcare is offered to all children in the Netherlands, at different moments during their school years. Immigrant schoolchildren in the age 10 to 12, grade 6 of the Dutch system, are the focus of this study.

Interviews took place with immigrant parents and care workers of the preventive healthcare. These interviews provided different views on the usability of the SDQ, which were combined and analyzed together. The interviews with care workers also show insights in the question if the SDQ and the preventive healthcare are suitable for the detection of psychosocial problems and to what extent the correct indications of problems are identified among immigrant children.

Record forms were filled out by one care worker, to provide extra information about problems and difficulties experienced by parents about the preventive health care and the SDQ. In total seven parents and five care workers were interviewed. Ten record forms were filled out. In the study of 2007, twenty-four record forms were filled

out and nine interviews with immigrant parents and two interviews with care workers took place. These results were reanalyzed and incorporated in this study.

Results

The results show that several aspects of the preventive healthcare and SDQ present difficulties among immigrant parents and their children. Language is the main problem, which comes to expression in three ways: 1) the degree of knowledge of the Dutch language of parents, 2) illiteracy and 3) the level of difficulty of the language used in the SDQ. These aspects have influence on the way the SDQ is filled out and understood.

Culture is also of influence. People of different cultures look in different ways at the world, which may lead to different interpretations. These aspects can also be of influence on the way parents fill out the SDQ and to what extent they experience difficulties. Care workers observe a difference in what parents fill out in the SDQ and what they experience and see in de preventive program.

Conclusion

The usability of the SDQ among immigrant children and their parents is not as it should be, on several points flaws were detected. Although parents seem to understand the importance of preventive healthcare and early detection of psychological problems by means of the SDQ, language and culture make it difficult to be sure the SDQ was filled out correctly and if parents really understand what the preventive healthcare and SDQ are about. Also the effectiveness is not as it should be, care workers experience differences between what parents have filled out in the SDQ and what they see in the preventive program.

Voorwoord

Elke student komt op een gegeven moment op het punt waar ik nu aangekomen ben, het afsluiten van de studieperiode met een scriptie. Graag wilde ik dat mijn scriptie een nuttig product zou worden en dat het een bijdrage zou leveren aan de praktijk en de wetenschap. Vandaar dat ik op zoek ben gegaan naar een onderwerp en probleem waarbij ik deze bijdrage zou kunnen leveren. Al snel bleek dat mijn interesse voor de multiculturele samenleving en de gezondheidszorg het kader zouden vormen waarbinnen ik mijn onderzoek wilde uitvoeren. In mijn zoektocht naar het juiste onderwerp ben ik terecht gekomen bij Pharos, een organisatie die veel betekent op het gebied van de interculturalisatie van de gezondheidszorg en de gezondheid van allochtonen, migranten en illegalen. Vanuit Pharos heb ik mij verdiept in de Strengths and Difficulties Questionnaire, een instrument voor het tijdig signaleren van psychosociale problemen bij kinderen, en in de vraag of dit instrument ook bruikbaar en doelmatig is bij allochtone ouders en hun kinderen.

Het was zeer zeker een leerzame ervaring, slechts enkele keren heb ik in mijn studie interviews afgenomen en nog nooit eerder had ik gebruik gemaakt van de MAXQDA, een programma voor kwalitatieve data-analyse. Van tijd tot tijd liep het moeizaam, respondenten waren moeilijk te vinden. Gelukkig is alles tot een goed einde gebracht en wil ik Robert Maier (Universiteit Utrecht), maar voornamelijk Roelof Vos (Pharos) bedanken voor de begeleiding bij het schrijven van deze scriptie.

Ook wil ik hier mijn dank uiten aan alle ouders, kinderen en medewerkers van de GGD Midden-Nederland locatie Nieuwegein die meegewerkt hebben aan dit onderzoek. Zonder al deze mensen had dit onderzoek nooit plaats kunnen vinden. Mijn speciale dank gaat uit naar Manon Woonink, verpleegkundige bij de GGD Midden-Nederland locatie Nieuwegein, voor de door haar getoonde interesse, inzet en tijd. Ook wil ik mijn familie en vrienden bedanken, op de juiste momenten wisten zij mij achter mijn computer weg te halen en mij nieuwe energie en inzichten te geven, waardoor ik weer met frisse moed aan de slag kon.

Lieke Rensink

Utrecht, Augustus 2008

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Doelstelling.....	10
1.3 Probleemstelling en deelvragen.....	10
1.4 Opbouw.....	11
2. Theorie	11
2.1 Gezondheid van allochtonen.....	12
2.2 Psychosociale problemen.....	13
2.3 Voorspellers van psychosociale problemen.....	14
2.4 Cultuur en gezondheidszorg.....	16
2.5 De Jeugdgezondheidszorg en het Preventief Gezondheidsonderzoek.....	18
2.6 Vroegsignalering.....	19
2.7 De Strengths and Difficulties Questionnaire.....	21
2.8 Validiteit, betrouwbaarheid en doelmatigheid.....	23
3. Onderzoeksmethode	25
3.1 Explorerend, praktijkgericht kwalitatief onderzoek.....	26
3.2 Interviews en registratieformulieren.....	27
3.3 Data-analyse.....	29
3.4 Heranalyse onderzoek 2007.....	32
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	32
4. Resultaten	33
4.1 Voorbereidingen op het Preventief Gezondheidsonderzoek.....	34
4.1.1 Begrijpelijkheid uitnodigingsbrief.....	34
4.1.2 Voorbereiden en verwachtingen PGO.....	35
4.1.3 Invullen SDQ.....	36
4.1.4 Samengevat.....	37
4.2 Strengths and Difficulties Questionnaire.....	38
4.2.1 Doel van de SDQ.....	38
4.2.2 Belang van de SDQ.....	38
4.2.3 Toepasbaarheid van de SDQ.....	39
4.2.4 Vragen.....	40
4.2.5 Cultuur in de SDQ.....	44

4.2.6 <i>Samengevat</i>	44
4.3 Preventief Gezondheidsonderzoek.....	45
4.3.1 <i>Ervaringen PGO</i>	45
4.3.2 <i>Vragen stellen</i>	47
4.3.3 <i>Tijd</i>	48
4.3.4 <i>Psychosociale problemen</i>	48
4.3.5 <i>Cultuur in het PGO</i>	49
4.3.6 <i>Samengevat</i>	51
4.4 Vervolgacties.....	52
4.4.1 <i>Het belang van vervolgacties</i>	52
4.4.2 <i>Verschillen tussen de SDQ en het PGO</i>	53
4.4.3 <i>Advies geven</i>	54
4.4.4 <i>Samengevat</i>	54
4.5 Afsluiting.....	55
5. Discussie, aanbevelingen en conclusie.....	55
5.1 Inhoudelijke discussie.....	55
5.1.1 <i>Vorbereidingen op het Preventief Gezondheidsonderzoek</i>	55
5.1.2 <i>Aanbevelingen voorbereidingen</i>	56
5.1.3 <i>SDQ</i>	57
5.1.4 <i>Aanbevelingen</i>	58
5.1.5 <i>PGO</i>	58
5.1.6 <i>Aanbevelingen</i>	60
5.1.7 <i>Vervolgacties</i>	61
5.1.8 <i>Aanbevelingen</i>	62
5.2 Methodologische discussie.....	63
5.2.1 <i>Steekproef</i>	63
5.2.2 <i>Communicatie</i>	64
5.2.3 <i>Triangulatie</i>	65
5.2.4 <i>Locatie</i>	65
5.2.5 <i>Data-analyse</i>	66
5.3 Conclusie.....	66
Literatuur.....	68
Bijlagen.....	72

1. Inleiding

Over het algemeen gaat het goed met de kinderen in Nederland, ze groeien op in een veilige omgeving en zijn lichamelijk en geestelijk gezond. Er zijn echter ook kinderen waar het minder goed mee gaat en waar zich serieuze problemen op het gebied van ontwikkeling en gezondheid voordoen. Het hebben van een niet-westerse achtergrond en een lage sociaaleconomische status zijn daarbij de belangrijkste voorspellers (Pharos, 2007). De combinatie van deze twee voorspellers komt veel voor in Nederland. Van de ongeveer 5 miljoen kinderen en jongeren in de leeftijd tussen de 0 en de 24 jaar zijn er 1,1 miljoen van allochtone afkomst ¹(Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007) en van deze kinderen groeit het merendeel op in gezinnen met een lage sociaaleconomische status (Pharos, 2007). Het percentage van allochtone kinderen en jongeren met problemen is dan ook hoog. Eén derde van de allochtonen kinderen heeft psychosociale problemen (Reijneveld et al., 2005; Pharos, 2007).

Vroegsignalering is hierbij noodzakelijk, hoe eerder kinderen geholpen worden, hoe beter de perspectieven voor de toekomst zijn (Hermanns et al., 2005).

Op zowel landelijk, regionaal als lokaal niveau zijn er vele initiatieven op het gebied van vroegsignalering in de psychosociale gezondheidszorg. Beleidsmatig en uitvoerend wordt er gewerkt aan de verbetering van vroegsignaleringsprocessen en instrumenten, waarmee al vele positieve resultaten zijn geboekt, zij het vooral voor de autochtone jeugd. Veel van de problemen bij allochtone kinderen en jongeren worden echter nog niet naar behoren gesignaleerd met de instrumenten die gebruikt worden in de preventieve programma's. Door het hoge percentage allochtone kinderen en jongeren met problemen en het niet naar behoren signaleren van problemen bij deze groep is het belangrijk dat er meer onderzoek wordt uitgevoerd op dit gebied. Dit onderzoek zal zich richten op de bruikbaarheid en doelmatigheid van een dergelijk vroegsignaleringsinstrument.

Dit onderzoek wordt geïnitieerd en uitgevoerd vanuit de projectgroep "Jeugd" van Pharos, een landelijk kennis- en adviescentrum, gespecialiseerd in de gezondheid van allochtonen, vluchtelingen en illegalen en de interculturalisatie van de gezondheidszorg. Het is onderdeel van het meerjarenprogramma "Jeugdige Migranten/Vluchtelingen en Gezondheid 2007-2010", waarbinnen projecten en

¹ Verklarende begrippenlijst bijlage 1

onderzoeken vallen gericht op onder andere “vroegsignalering” en “preventie”. De insteek van het programma “Jeugdige Migranten/Vluchtelingen en Gezondheid” is het voorkomen en terugdringen van psychosociale gezondheidsachterstanden bij migranten en vluchtelingen kinderen en jongeren en daarnaast de toegankelijkheid en het functioneren van zorg te verbeteren. Daarbij wordt uitgegaan van de vraag van landelijke en lokale partijen en staat de vraag centraal hoe er voor gezorgd kan worden dat bestaande initiatieven en interventies ook bij allochtone kinderen en hun ouders bruikbaar en doelmatig worden. Ook worden er nieuwe initiatieven en interventies ontwikkeld door Pharos en landelijke en lokale instanties, voor een optimalisering van de zorg en de voorzieningen voor allochtone kinderen en jongeren (Pharos, 2007).

In dit onderzoek staat de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) centraal, een vroegsignaleringsinstrument voor psychosociale problemen. Het betreft een explorerend onderzoek naar de bruikbaarheid en de doelmatigheid² van de SDQ als vroegsignaleringsinstrument van psychosociale problemen bij allochtone kinderen en hun ouders. Het is een replicatieonderzoek, gebaseerd op een onderzoek uitgevoerd vanuit Pharos bij de GGD-Eemland in 2007.

Sinds enige jaren is de SDQ landelijk ingevoerd als signaleringsinstrument tijdens het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) van de Jeugdgezondheidszorg (van Berkel et al., 2006), mede omdat dit instrument valide en betrouwbaar uit onderzoeken naar voren komt. Er is echter weinig bekend over de bruikbaarheid en doelmatigheid van de SDQ bij allochtone kinderen en hun ouders (Zeijl et al., 2005).

1.1 Aanleiding

Bij allochtone kinderen en jongeren is er vaak sprake van psychosociale problemen. Zij maken echter weinig gebruik van zorg, in ieder geval minder dan kinderen van autochtone afkomst. Op gebieden als de residentiële voorzieningen en justitiële instellingen zijn allochtonen echter juist oververtegenwoordigd, dit zijn zwaardere vormen van zorg. De psychosociale gezondheid van de allochtone jeugd heeft daarmee een grote invloed op de maatschappij. Aspecten als onderwijsuitval, criminaliteit, verslaving en radicalisering nemen onder allochtone jongeren nog altijd toe. Het is een maatschappelijk probleem (Pharos, 2007). Van dit soort problemen

² Verklarende begrippenlijst bijlage 1

ligt de basis in de jonge jaren van een kind en om deze ernstige problemen en verdere internaliserende en externaliserende problemen te voorkomen (Van Eijck, 2004) is het van belang vroegtijdig problemen te signaleren, te voorkomen en aan te pakken (Hermanns et al., 2005). Echter het veelvuldig voorkomen van problemen bij allochtone kinderen en jongeren duidt er op dat de huidige vroegsignaleringsinstrumenten minder bruikbaar en doelmatig zijn bij deze doelgroep.

De Jeugdgezondheidszorg heeft een preventief onderzoeksprogramma, waarin op verschillende vastgestelde momenten kinderen worden onderzocht op de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling: de Preventieve Gezondheidsonderzoeken (PGO's). Hierdoor kunnen problemen vroegtijdig gesignaleerd worden en kunnen er zo nodig interventies plaats vinden. In 2005 is de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) landelijk geïmplementeerd als standaard vroegsignaleringsinstrument voor psychosociale problemen tijdens het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO). Specifiek meet de SDQ de aanwezigheid van psychosociale problemen en de mogelijke invloed op het dagelijks functioneren én de sterke kanten van een kind. Dus zowel internaliserende als externaliserende problemen. Uit onderzoek blijkt dat de SDQ en haar onderscheidend vermogen niet perfect zijn (van Berkel, 2006). Ondanks dat is de betrouwbaarheid en de validiteit van de SDQ acceptabel en signaleert het op een goede manier psychosociale problemen bij kinderen (van Widenfelt et al., 2003; 2004; Muris et al., 2003). Deze resultaten zijn echter gebaseerd op onderzoeken waar allochtonen niet voldoende gerepresenteerd zijn. Er wordt niet naar de verschillende etniciteiten binnen Nederland gedifferentieerd (Goodman, 2001). Daardoor is het niet duidelijk of de SDQ ook bruikbaar en doelmatig is bij allochtone kinderen. De vraag is dan ook in hoeverre de SDQ bruikbaar en doelmatig is bij allochtone kinderen en hun ouders. Kennis en inzichten ten aanzien van de bruikbaarheid en de doelmatigheid van de SDQ en mogelijke verbeteringen voor deze doelgroep zijn daarmee van groot belang. Dit onderzoek zal daar een bijdrage aan leveren, voor zowel de wetenschap als de praktijk. Als psychosociale problemen vroegtijdig gesignaleerd worden zullen zware problemen in de toekomst van de jongeren voorkomen kunnen worden en daarmee de schade en overlast voor de maatschappij beperkt worden.

1.2 Doelstelling

Dit onderzoek heeft betrekking op de bruikbaarheid en de doelmatigheid van het vroegsignaleringsinstrument Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en het Preventieve Gezondheidsonderzoek (PGO) van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor het vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen bij allochtone kinderen. Het doel van dit onderzoek is nagaan in hoeverre de SDQ - als onderdeel van het PGO - bruikbaar en doelmatig is bij allochtone kinderen en hun ouders en waar de zwakke punten liggen van de SDQ en het PGO ten opzichte van deze groep. Gekeken wordt waar en hoe eventuele aanpassingen voor verbeteringen kunnen zorgen in het vroegsignaleringsproces bij allochtone kinderen. Onder bruikbaarheid wordt de praktische bruikbaarheid verstaan: is het geschikt om te gebruiken bij deze doelgroep. Dit richt zich op de begrijpelijkheid en duidelijkheid van de uitnodigingsbrief voor het PGO, de SDQ en het PGO zelf. Daarbij worden de inhoud, vorm en manieren en methodes bekeken. Doelmatigheid betreft de vraag of de SDQ en het PGO geschikt zijn voor het signaleren van psychosociale problemen bij allochtone kinderen en in hoeverre de juiste indicaties van problemen worden gesteld aan de hand van de SDQ binnen het PGO.

Dit onderzoek zal een bijdrage kunnen leveren aan de wetenschap, omdat er nog maar weinig bekend is ten aanzien van dit onderwerp. Ook kan het een bijdrage leveren ter verbetering van de praktijk.

1.3 Probleemstelling en deelvragen

Door middel van de volgende probleemstelling zal getracht worden te achterhalen of de SDQ en het PGO bruikbaar en doelmatig zijn bij allochtone kinderen en hun ouders in het signaleringsproces van psychosociale problemen. De probleemstelling luidt:

Zijn de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en het Preventieve Gezondheidsonderzoek (PGO) van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bruikbaar als vroegsignaleringsinstrument van psychosociale problemen bij allochtone kinderen en hun ouders en leidt het tot de noodzakelijke vervolgacties?

Om antwoord te kunnen geven op deze probleemstelling zijn er vier deelvragen opgesteld. De deelvragen luiden:

- *In hoeverre zijn de voorbereidingen op het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) bruikbaar bij en toegespitst op allochtone kinderen en hun ouders?*
- *In hoeverre is de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) als vroegsignaleringsinstrument van psychosociale problemen bruikbaar bij en toegespitst op allochtone kinderen en hun ouders?*
- *In hoeverre is het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) bruikbaar bij en toegespitst op allochtone kinderen en hun ouders voor het tijdig signaleren van psychosociale problemen?*
- *In hoeverre is de indicatiestelling van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) doelmatig bij allochtone kinderen en hun ouders en zijn de vervolgacties binnen het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) toegespitst op en bruikbaar bij deze doelgroep?*

1.4 Opbouw

In hoofdstuk 2 worden de achtergrond en theorie besproken die betrekking hebben op dit onderzoek. In hoofdstuk 3, de onderzoeksmethode, wordt verantwoording afgelegd voor de gebruikte methoden en technieken in dit onderzoek. Alle aspecten van het onderzoeksdesign, de dataverzameling en data-analyse komen aan bod. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek weergegeven, gebaseerd op de afgenomen interviews en de ingevulde registratieformulieren. In hoofdstuk 5 worden conclusies getrokken en de resultaten geanalyseerd in de discussie. De sterke kanten en beperkingen van dit onderzoek op het gebied van methode en inhoud zullen besproken worden. Daarnaast zullen aanbevelingen gedaan worden voor de praktijk en verder onderzoek.

2. Theorie

In dit hoofdstuk worden de achtergrond en theorie beschreven aangaande dit onderzoek. Achtereenvolgens worden besproken de gezondheid van allochtonen (2.1), psychosociale problemen (2.2), voorspellers van psychosociale problemen (2.3), cultuur en gezondheidszorg (2.4), de Jeugdgezondheidszorg en het Preventief

Gezondheidsonderzoek (2.5), vroegsignalering (2.6), de Strengths and Difficulties Questionnaire (2.7) en de validiteit, betrouwbaarheid en doelmatigheid (2.8).

2.1 Gezondheid van allochtonen

Per ultimo 2007 besloeg de totale bevolking van Nederland 16.357.992 mensen. Hiervan was 19,4 % (3.170.406 mensen) van allochtone afkomst, waarvan het merendeel (1.738.452) van niet westerse origine. Daarnaast telt Nederland ongeveer 5 miljoen jongeren en kinderen in de leeftijd tussen de 0 en 24 jaar, waarvan 1,1 miljoen van allochtone afkomst is. Onder allochtonen worden personen verstaan die zelf of van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren (CBS, 2007).

De gezondheid van allochtone groepen in Nederland verschilt met die van de autochtone bevolking, waarbij de situatie van allochtonen slechter is. Zij zijn ongezonder dan autochtonen (May, 2002; van Lindert et al., 2004). Psychosociale problemen, onderdeel van de gezondheid, komen vaker voor bij deze groep (Reijneveld et al. 2005). Psychosociale problemen komen daarnaast relatief vaak voor bij kinderen en jongeren (Reijneveld et al., 2005). Tussen de 5 en de 10 % van de kinderen in Nederland heeft wel een probleem, 2 tot 5 % wordt echter fundamenteel en ernstig bedreigd in de ontwikkeling (Hermanns et al., 2005). Bij kinderen kunnen psychosociale problemen grote gevolgen hebben voor het functioneren op persoonlijk en maatschappelijk gebied. Niet alleen de kinderen zelf, maar ook de omgeving kan lijden onder het gedrag. Daarnaast is het zorgwekkend, omdat kinderen en jongeren met psychosociale problemen vaker problemen hebben als ze volwassen zijn (Zeijl et al., 2005).

Vooraf onder allochtone kinderen en jongeren is het percentage met problemen hoog. Eén derde van de allochtone kinderen heeft psychosociale problemen (Reijneveld et al., 2005; Pharos, 2007). Alleen door het hebben van een niet-westerse achtergrond wordt de kans op psychosociale problemen al vergroot (van Vuuren et al., 2007; Uniken Venema et al., 1995). Zij maken echter veel minder dan de autochtone bevolking gebruik van de zorg (Pharos, 2007). Als er wel gebruik gemaakt wordt van zorg zijn de problemen vaak al uit de hand gelopen en valt de helft uit (Pharos, 2007). Een reden hiervoor kan zijn dat allochtonen minder graag praten met anderen over familieproblemen (Zwirs, 2006). Een andere reden is dat ze een slechtere toegang hebben tot de zorg. Ze weten minder goed hoe het systeem in

Nederland in elkaar zit en hebben vaak problemen met communicatie (Reijneveld et al., 2005).

De psychosociale gezondheid van de jeugd heeft een grote invloed op de maatschappij, dit geldt voornamelijk voor allochtone jongeren (Pharos, 2007). Allochtone jongeren maken zich vaker schuldig aan strafbare feiten. Van de niet westerse allochtonen werd in 2005 6,5% verdacht van delictgedrag tegenover slechts 2,4% van de autochtone jongeren³. Daarnaast volgen allochtonen vaker lager onderwijs, volgen zij binnen het VMBO de lagere leerwegen en stoppen allochtonen vaker vroegtijdig met school⁴. Ook nemen verslaving en radicalisering onder allochtone jongeren nog altijd toe (Pharos, 2007). Deze aspecten zijn van invloed op het functioneren van de maatschappij.

Om de schade voor de maatschappij te beperken is het belangrijk dat deze problemen opgelost en aangepakt worden. Het voorkomen van problemen is daarnaast belangrijk. Een manier om problemen in de toekomst van deze kinderen te voorkomen is het tijdig signaleren van de problemen. Daarmee zullen kinderen zich beter ontwikkelen en de problemen in de maatschappij minder worden.

2.2 Psychosociale problemen

Psychosociale problemen zijn problemen op het gebied van gedrag, emoties en educatie, waardoor het dagelijks functioneren verstoord wordt (Reijneveld et al., 2005). De GGD en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) gebruiken een soortgelijke definitie, namelijk “psychosocial problems are described as problems in psychosocial functioning: they may be emotional but are often also visible in the child’s behavior” (Vogels, 2008 p.8).

Psychosociale problemen manifesteren zich in twee soorten probleemgedrag, namelijk internaliserend en externaliserend. Internaliserende problemen hebben te maken met gedrag op het gebied van emoties. Hierbij kan gedacht worden aan teruggetrokken gedrag, psychosomatische klachten, angststoornissen/fobieën en depressieve klachten (Zeijl et al., 2005). Deze problemen doen zich voor binnen of in de persoon (Reijneveld et al., 2005). Externaliserende problemen zijn problemen die zich voor doen in conflict met anderen en, in combinatie met verwachtingen, buiten

³ <http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-NL/menu/publicaties/2007-kw4-rapport.htm>

⁴ <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/7776AD12-1045-4177-9423-1201982C8247/0/2007f162pub.pdf>

de persoon (Reijneveld et al., 2005). Hierbij kan gedacht worden aan agressie, delinquent gedrag en sociale problemen (Zeijl et al., 2005).

2.3 Voorspellers van psychosociale problemen

Gezondheidsproblemen verschillen omdat factoren, die het ontstaan van gezondheidsproblemen beïnvloeden, verschillen (Wolffers & v/d Kwaak, 2004). Deze factoren zijn voorspellers van het ontstaan van psychosociale problemen en spelen een grote rol in het ontwikkelen van problemen bij kinderen en jongeren.

Voorspellers zijn (achtergrond) kenmerken van kinderen, ouders, een omgeving, een omstandigheid of een gebeurtenis, die een verband hebben met latere, minder wenselijke uitkomsten van ontwikkeling. Op het gebied van het kind zijn voorspellers van problemen bijvoorbeeld een moeilijk temperament of een laag intelligentieniveau. Voorspellers van problemen op het gebied van ouders zijn bijvoorbeeld alleenstaand ouderschap en een lage sociaaleconomische status en op het gebied van het gezin zijn dat bijvoorbeeld verwaarlozing en weinig betrokkenheid (Hermanns et al., 2005; Zeijl et al, 2005; Wolffers & v/d Kwaak, 2004). Welke voorspellers invloed hebben op welke probleemgedragingen kan verschillen per kind en er is geen duidelijke maatstaf. De aanwezigheid van problemen en voorspellers verhoogt de kans op latere problemen, daarbij gaat het voornamelijk om de opeenstapeling van het aantal voorspellers om het kind heen en niet zozeer om welke dat zijn (Hermanns et al., 2005).

Bij allochtone kinderen en jongeren zijn er, naast deze, andere voorspellers en kenmerken die een rol kunnen spelen bij het ontwikkelen van psychosociale problemen. Taal, verwachtingen en eisen kunnen verschillen in verschillende contexten. In de context van de omgeving (binnen de Nederlandse samenleving) zijn soms andere gedragingen gewenst dan in de context van thuis (Pharos, 2007; Reijneveld et al., 2005). Ook de tweestrijd tussen het westerse individualisme en het niet-westerse collectivisme brengt veel stress met zich mee, met mogelijke psychosociale problemen die tot uiting komen door deze tweestrijd (Zwirs, 2006). Vaak zijn de gezinsomstandigheden minder veilig en simulerend, doordat ouders een achterstandspositie hebben in opleiding, op de arbeidsmarkt en in huisvesting en daarnaast zelf ook vaak psychosociale problemen hebben (Pharos, 2007).

Wel kunnen zekere kenmerken van kinderen, het gezin en de bredere sociale context juist bescherming bieden tegen het ontwikkelen van problemen. Deze hebben een bufferend effect bij de aanwezigheid van voorspellers die een negatief effect hebben op de ontwikkeling van een kind en verkleinen daarbij de kans op het ontwikkelen van problemen. De eigenschappen veerkracht, intelligentie en humor bieden bijvoorbeeld bescherming vanuit een kind. Aspecten als steun, responsiviteit en sensitiviteit vanuit ouders bieden bijvoorbeeld bescherming vanuit het gezin en aspecten uit de bredere sociale context die bescherming bieden draaien om de omgeving rond een gezin, zoals de werkomgeving van de ouders, de familie en vriendenkring of de school van het kind (Hermanns et al., 2005).

Daarnaast kan de migratiegeschiedenis van de familie, op achter- of voorgrond, een rol spelen bij het ontwikkelen van psychosociale problemen bij allochtonen, ook als kinderen zelf de migratie niet hebben meegemaakt (Geuijen, 1998). De mate van culturele aanpassing van een familie heeft invloed op de (psychosociale) gezondheid, de *acculturatietheorie* van Berry beschrijft de relatie van beïnvloeding.

Acculturatie is het proces van culturele aanpassing en kent 3 condities (Kamperman et al., 2003, pp. 164), namelijk:

- 1) "De houding ten aanzien van de eigen en de nieuwe cultuur.
- 2) De mate van culturele verandering.
- 3) De mate van stress die de persoon ondervindt als gevolg van acculturatie."

Elke individu heeft daarbij een eigen acculturatiestrategie, die men vormt op basis van houdingen ten aanzien van de eigen cultuur en de nieuwe cultuur. De demografische, sociaal-maatschappelijke en psychologische kenmerken van een persoon en de karakteristieken en kenmerken van de nieuwe cultuur zijn daar van invloed op.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 4 strategieën, deze zijn:

- Integratie
- Assimilatie
- Marginalisatie
- Separatie

Integratie is de combinatie van het vasthouden aan de eigen cultuur en het accepteren van de nieuwe cultuur. Assimilatie is het afwijzen van de eigen cultuur en het volledig overnemen van de nieuwe cultuur. Marginalisatie is het afwijzen van

beide culturen en separatie is het vasthouden van en terugtrekken in de eigen cultuur waarbij de nieuwe cultuur wordt afgewezen (Kamperman et al., 2003; Wolffers & v/d Kwaak, 2004). Bij de strategieën marginalisatie en separatie ervaren mensen doorgaans meer acculturatiestress dan bij integratie. Mensen die assimileren zitten daar tussenin (Kamperman et al., 2003).

2.4 Cultuur en gezondheidzorg

De cultuur van de hulpverlener uit het gastland, in dit geval Nederland, en de cultuur van de hulpvrager kunnen verschillen. Het is belangrijk in het contact met allochtonen in de gezondheidszorg dat men rekening houdt met en bewust is van deze culturele achtergrond. Zo heeft iedereen zijn eigen klinische realiteit, “dat deel van iemands wereldbeeld dat betrekking heeft op de normen en attitudes ten aanzien van ziekte en gezondheid, contacten met genezers en genezende activiteiten” (Colijn, 1996, p. 205). Deze realiteit verschilt per mens en samenleving, maar heeft vele overeenkomsten binnen een cultuur (Colijn, 1996). In de wereld van het geestelijke is er vaak sprake van universaliteit, veel is universeel en geldt voor alle mensen. Hierbij kan gedacht worden aan temperament en intelligentie, alle mensen hebben het, zij het in andere mate. Aan de andere kant is ieder mens uniek. Mensen zijn in essentie gelijk, maar door andere omstandigheden, achtergronden en geschiedenis verschillen mensen (Knipscheer et al., 2005). Er moet rekening gehouden worden met de culturele en etnische verschillen, hoe men met stress en problemen omgaat en hoe stoornissen verschillen tussen etniciteiten en culturen en hoe men daarbinnen interpreteert.

Er zijn drie perspectieven op etnische verschillen in psychosociale problemen en stoornissen. Het *absolutisme* gaat er vanuit dat oorzaak en vorm van stoornissen niet onderhevig zijn aan cultuur. Onderliggende factoren die een rol spelen zijn biologisch. Historie en cultuur zijn niet bepalend voor de uitwerking van de stoornis. Dit wordt ook wel het medische model genoemd. Het *cultureel relativisme*, tevens bekend als particularisme, gaat er vanuit dat stoornissen in alle opzichten cultureel gebonden zijn. Benadrukt worden de etnische variatie en uniekheid. Psychosociale problemen zijn hiermee cultuurgebonden en niet vergelijkbaar. Het *universalisme* gaat er vanuit dat stoornissen hetzelfde zijn over verschillende culturen, maar dat ze wel kunnen verschillen in ernst, frequentie, uitdrukking en symptomen. Dit wordt ook

wel het deep versus surface structure model genoemd (Zwirs, 2006; Geuijen, 1998). Mensen conceptualiseren en interpreteren vanuit fundamentele kaders. De interculturele hulpverlening gaat er vanuit dat ook stoornissen en problemen worden geconceptualiseerd vanuit deze kaders (Geuijen, 1998). Cultuur krijgt daardoor een rol in hoe stoornissen worden gezien. Het debat gaat daarbij steeds verder in de richting van het universalisme. Oorzaken en uitingsvormen van stoornissen kunnen onderhevig zijn aan culturele variaties, maar de stoornissen kunnen bij iedereen voorkomen. Stoornissen kunnen daarmee op veel verschillende manieren tot uiting komen, waardoor zij in bepaalde kaders niet herkend worden (Wolffers & van der Kwaak, 2004; Zwirs, 2006). Aan de andere kant is er “gedrag dat beter verklaard kan worden vanuit een sociaalpsychologisch paradigma, meer aan cultuur en tijd gebonden is en ook vaker cultuurspecifiek” (Wolffers & van der Kwaak, 2004 p. 145). Ook economische omstandigheden hebben invloed op stoornissen. Liffthobieën komen bijvoorbeeld voornamelijk in het westen voor. Reden hiervoor is dat er weinig liften zijn in Afrika en grote delen van Azië (Wolffers & van der Kwaak, 2004).

Het bewust zijn van andere culturen en de mogelijkheid tot relativering is een vaardigheid die mensen moeten hebben om hiermee om te gaan. Culturele sensitiviteit is de competentie “die mensen voorbereidt op de multiculturele samenleving” (Colijn, 1996, p.205). In omgang met andere culturen in de hulpverlening gaat het niet om het aanleren van specifieke vaardigheden, maar vergt het meer van de algemene vaardigheden die mensen bezitten, zoals “oprechte interesse, nieuwsgierigheid, respect en kennis” (Knipscheer et al., 2005 p.154). Een hulpverlener moet zich bewust zijn van de eigen culturele achtergrond en die van de hulpvrager. Mensen kunnen verschillende visies op de wereld hebben en daarnaast een andere kijk op psychosociale problemen. Ook de openheid die in het westen geldt, hoeft niet voor iedereen en overal te gelden.

Hulpverlening, waaronder het preventief gezondheidsonderzoek, is gebaseerd op en kan plaats vinden door middel van taal en verbalisaties. Ouders en kinderen moeten daarbij in staat zijn gevoelens en gedachten uit te drukken in de taal van de verpleegkundige of arts (professional) uit het gastland. Ook voor het invullen van de SDQ moet men voldoende kennis hebben van de Nederlandse taal. Mensen die de Nederlandse taal beperkt of helemaal niet machtig zijn, of met een zwaar accent praten, zullen minder goed geholpen kunnen worden.

Ook communicatie- en rolpatronen kunnen verschillen tussen culturen. Een sterk respect voor ouderen of autoritaire personen en niet praten tot er tegen je gepraat wordt, kunnen het PGO bemoeilijken. Het kan zijn dat mensen als niet welwillend of negatief over komen, terwijl dit een vorm van respect is. Daarmee moet rekening gehouden worden (Sue & Sue, 2003).

Tevens moet er rekening gehouden worden met het somatiseren van problemen, het uiten van “persoonlijk en sociaal ongenoegen in lichamelijke klachten” (Knipscheer & Kleber, 1998, p.154). Somatisatie is een belangrijke uitdrukingsvorm van stoornissen (Knipscheer & Kleber, 1998). Er zijn culturen waar helemaal geen onderscheid gemaakt wordt tussen mentale en lichamelijke gezondheid, waarmee men automatisch somatiseert. Ook hebben verschillende culturen verschillende visies op psychosociale problemen (Sue & Sue, 2003). Taalproblemen zijn een bekende reden waarom men somatiseert. Als men een taal niet goed beheerst is het een lastige opgave uit te leggen wat men mankeert. Het is daarbij makkelijker lichamelijke problemen aan te wijzen dan diepe emotionele en vaak subjectieve problemen (Knipscheer & Kleber, 1998).

2.5 Jeugdgezondheidszorg en het Preventief Gezondheidsonderzoek

De Jeugdgezondheidszorg in Nederland zorgt ervoor dat kinderen krijgen waar ze recht op hebben. Het gaat daarbij om bescherming en hulp voor een zo gezond mogelijke ontwikkeling. Daarbij worden de lichamelijke, cognitieve en psychosociale gezondheid in het oog gehouden⁵. De focus ligt daarmee op het promoten, het beschermen en het waarborgen van de veiligheid en een gezonde ontwikkeling van alle kinderen in de leeftijd van nul tot negentien jaar (Vogels, 2008). Via intermediaire organisaties, als scholen en gemeenten, wordt getracht alle kinderen te bereiken.

De Jeugdgezondheidszorg heeft verschillende taken. Zij verstrekt informatie aan gemeenten, biedt opvoedingsondersteuning, begeleidt naar verdere hulpverlening en voorzieningen, coördineert zorg, biedt preventieve activiteiten en vroegsignalering. Jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, gedragswetenschappers, assistenten, logopedisten en epidemiologen voeren de taken binnen de Jeugdgezondheidszorg uit⁵.

⁵ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2391n20930.html

De Jeugdgezondheidszorg heeft een preventief onderzoeksprogramma, waarin op verschillende vastgestelde momenten kinderen worden onderzocht op de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling: de Preventieve Gezondheidsonderzoeken (PGO's). Hierdoor kunnen problemen vroegtijdig gesignaleerd worden en kunnen er zo nodig interventies plaats vinden.

Over het algemeen vinden de preventieve gezondheidsonderzoeken plaats in groep twee en in groep zeven van de basisschool. Hierbij krijgen ouders en kinderen een uitnodiging via school of via de post, waarbij ook de vragenlijst Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) wordt meegegeven of gestuurd. Voordat het PGO plaatsvindt, wordt de vragenlijst ingevuld door de ouders. Tijdens de daadwerkelijke onderzoeken wordt deze gezamenlijk besproken met ouders en kind. Bij onregelmatigheden worden vervolgacties geïndiceerd. In groep vijf vindt er een kort preventief gezondheidsonderzoek plaats. Dit is voornamelijk gericht op de fysieke/lichamelijke ontwikkeling van het kind en vaak worden daarbij de nodige inentingen verstrekt. Het laatste PGO vindt plaats in de tweede klas van het voortgezet onderwijs (GGD Nederland, 2008).

2.6 Vroegsignalering

Een vroegsignaleringsinstrument wordt gebruikt binnen de gezondheidszorg voor het signaleren van problemen “vroeg in de levensloop van een mens en/of vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf” (Hermanns et al., 2005 p.16). Door het vroegsignaleren van problemen kan er dus geprobeerd worden de problemen verder te voorkomen of de ernst van de problemen te verminderen, met andere woorden de ontwikkeling van kinderen beter te laten verlopen, waardoor het ze in het verdere leven beter af gaat (Hermanns et al., 2005).

Ernstige internaliserende, maar vooral externaliserende problemen hebben hun “wortels al vroeg in een mensenleven” (Hermanns et al., 2005 p. 15). Op jonge leeftijd wordt al de basis gelegd voor de verdere ontwikkeling (Van Eijck, 2004), waardoor interventies op jonge leeftijd zeer kosteneffectief zijn. ‘Jong geleerd is oud gedaan’, een vroege investering in de ontwikkeling van kinderen geeft een grotere opbrengst (voor) later (Hermanns et al., 2005). Het is daarnaast zo dat kinderen en jongeren met psychosociale problemen ook als ze volwassen zijn vaker problemen hebben (Zeijl et al., 2005). Op oudere leeftijd is het echter moeilijk gedragingen en

psychosociale problemen nog te veranderen. Deze aspecten laten het belang zien van het tijdig signaleren van problemen.

Vroegtijdige signalering kan op verschillende manieren plaatsvinden. Er zijn vele instrumenten en processen die doorlopen kunnen worden waardoor problemen gesignaleerd kunnen worden (Hermanns et al., 2005). Het Preventieve Gezondheidsonderzoek (PGO) is een vroegsignaleringsinstrument, dat op een laagdrempelige manier problemen bij kinderen probeert te achterhalen (Reijneveld et al., 2003). Daarnaast zijn er meerdere vragenlijsten ontwikkeld met het doel emotionele en gedragsproblemen bij kinderen te screenen en vroegtijdig te achterhalen (Koskelainen et al., 2000; Muris et al., 2003). De focus kan daarbij bijvoorbeeld liggen op het voorspellen van zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties, die zo vroeg mogelijk, het liefst voor de geboorte, toegepast dienen te worden en waarbij voornamelijk gekeken wordt naar de opeenstapeling van problemen. Een voorbeeld hiervan is de Dunedin Family Services Indicator, een checklist die afgenomen wordt tijdens de zwangerschap en een hoge sensitiviteit en specificiteit heeft. Ook kan de focus liggen bij een structurele, voor iedereen geldende en op vastgestelde tijdstippen plaatsvindende signalering van problemen. Systematisch wordt hiermee getracht problemen te achterhalen. De Strengths and Difficulties Questionnaire is hier een voorbeeld van (Hermanns et al., 2005).

De twee meest gebruikte vroegsignaleringsinstrumenten zijn de Rutter en de vragenlijst van Achenbach. De Rutter vragenlijst is al lange tijd in gebruik, maar deze is verouderd. Veel problemen worden niet (meer) naar behoren gemeten en deze lijst benadrukt alleen de negatieve kant. Daarnaast is er de Child Behavior Checklist (CBCL) van Achenbach. Deze lange vragenlijst kost veel tijd om in te vullen, maar heeft meerdere versies voor verschillende informanten, wat een groot voordeel is. Goodman, de ontwikkelaar van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), heeft eerst geprobeerd de Rutter te vernieuwen en uit te breiden met sterke punten, waarna uiteindelijk toch de focus kwam op het ontwikkelen van een nieuwe vragenlijst, de Strengths and Difficulties Questionnaire (Koskelainen et al., 2000; Muris et al., 2003).

Er zijn drie redenen waarom het gebruik van vragenlijsten voor het vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen van belang is. De eerste reden is dat emotionele en gedragsproblemen veelvuldig voorkomen onder kinderen en jongeren,

maar weinigen daarvan komen daadwerkelijk in contact met de (geestelijke) gezondheidszorg. Door vragenlijsten kan beter achterhaald worden wie risico loopt om problemen te ontwikkelen. Een tweede reden is dat vragenlijsten gebruikt kunnen worden voor het achterhalen van het type en de ernst van de problemen en een laatste reden is dat gestandaardiseerde vragenlijsten de effecten van behandeling kunnen kwantificeren. Belangrijk daarbij is dat vragenlijsten goed onderscheid kunnen maken tussen kinderen met en kinderen zonder psychosociale problemen (Muris et al., 2003). Vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen is van groot belang, maar dit lost de problemen van de kinderen niet op. De risicovolle omgeving en context veranderen daardoor ook niet en zullen dus invloed blijven uitoefenen. Om dit laatste te veranderen zullen basisaspecten van de samenleving moeten veranderen, zoals de structuur van buurten. Specifieke interventies bij het kind zijn natuurlijk ook erg belangrijk voor het oplossen van de problematiek om daarmee de verdere ontwikkeling in de juiste banen te leiden (Hermanns et al., 2005).

2.7 Strengths and Difficulties Questionnaire

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is een vragenlijst ontwikkeld om bij kinderen een verhoogd risico op psychosociale problemen te signaleren. Dit van oorsprong Engelse instrument werd in 1997 ontwikkeld door Goodman op basis van de omschrijvingen van symptomen van DSM-classificaties (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Benadrukt worden de sterke kanten en de moeilijkheden van een kind. In 2000 is deze vragenlijst vertaald in het Nederlands door Treffers en van Widenfelt (van Vuuren et al., 2007).

De vragenlijst wordt in Nederland gebruikt binnen het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) en dient als ondersteuning voor de afnemers en wijst hen op mogelijke psychosociale problemen. De vragenlijst is in meerdere varianten beschikbaar. Er zijn versies voor ouders en leerkrachten voor verschillende leeftijdsgroepen, variërend tussen de drie en zestien jaar en er zijn versies beschikbaar voor oudere kinderen, van elf tot zestien jaar, die zelf de vragenlijsten kunnen invullen (van Berkel et al., 2006). In dit onderzoek ligt de focus op de versie voor de ouders, de enige lijst in Nederland die is gevalideerd. In deze versie wordt door de ouders informatie verstrekt over het kind op het gebied van gedrag en stemmingen (Becker et al., 2006). In 2005 heeft de GGD besloten om de ouderversie

van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) landelijk te implementeren als standaard vroegsignaleringsinstrument voor psychosociale problemen.

Specifiek meet de SDQ de aanwezigheid van psychosociale problemen en de mogelijke invloed op het dagelijks functioneren én de sterke kanten van een kind. Het betreft dus zowel internaliserende en externaliserende problemen, die aan de hand van vijftientig items worden achterhaald (van Berkel et al., 2006). Deze items zijn geformuleerd aan de hand van stellingen, hebben betrekking op de afgelopen zes maanden en zijn in vijf subschalen of dimensies in te delen (van Vuuren et al., 2007; van Berkel et al., 2006), namelijk:

- 1) Hyperactiviteit/ aandachtstekort
- 2) Emotionele problemen
- 3) Problemen met leeftijdsgenoten
- 4) Gedragsproblemen
- 5) Pro-sociaal gedrag

Naast deze vragen omvat de vragenlijst ook een impactschaal, waarmee achterhaald wordt in hoeverre problemen het dagelijks functioneren belemmeren en wat de ernst en de duur van de problemen zijn.

De SDQ als vragenlijst heeft een aantal voordelen in gebruik en opbouw ten opzichte van andere vragenlijsten (Koskelainen et al, 2000):

- De SDQ kan gebruikt worden bij een grote leeftijdsgroep, namelijk kinderen en adolescenten tussen de 4 en de 16 jaar oud.
- Ouders en leraren kunnen dezelfde versie invullen.
- De zelfde versie, in de eerste persoon in plaats van in de derde persoon, kan ingevuld worden bij zelfrapportage.
- Zowel sterke punten als moeilijkheden zijn opgenomen in de vragenlijst.
- Elke dimensie heeft een gelijk aantal items.
- De vragenlijst is kort en past op een pagina.

De functie van de SDQ is het signaleren en indiceren van psychosociale problemen en zet het achterhalen van bestaande problemen centraal in plaats van voorspellers voor problemen in de ontwikkeling (Reijneveld, 2005). Door voorspellers van psychosociale problemen centraal te nemen kan men problemen tot op zekere hoogte zien aankomen en proberen te voorkomen. De kans op een psychosociaal probleem is verhoogd, maar het is niet met zekerheid te zeggen dat dit probleem zich

ook daadwerkelijk zal voordoen. Een voorbeeld van een instrument die voorspellers centraal neemt is de eerder genoemde Dunedin Family Services Indicator, die zich richt op zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties. Ook zijn er instrumenten die screenen op specifieke gebieden, bijvoorbeeld op kindermishandeling of criminaliteit. Een voorbeeld van een vragenlijst die gebruikt wordt in ziekenhuizen om kindermishandeling te achterhalen is het SPUTOVAMO-protocol. Op basis van deze korte vragenlijst kan een vermoeden ontstaan op kindermishandeling (Hermanns et al., 2005). Uit onderzoek blijkt dat door het gebruik van de SDQ, die geen voorspellers centraal neemt, er een betere signalering van psychosociale problemen mogelijk is, dan wanneer voorspellers wel centraal worden genomen in signaleringsinstrumenten (van Berkel et al., 2006).

2.8 Validiteit, betrouwbaarheid en doelmatigheid

De psychometrische eigenschappen van de SDQ, waaronder de validiteit en betrouwbaarheid, zijn onderzocht voor zowel de originele Engelse variant als de Nederlandse variant en andere vertaalde varianten. Onderzoekresultaten uit landen als Groot-Brittannië, Finland, Zweden, Duitsland en Nederland zijn over het algemeen zeer consistent in hun bevindingen (van Widenfelt et al., 2003).

Een vragenlijst of test is valide als deze meet waarvoor deze bedoeld is, dus “in hoeverre het gemetene overeenkomt met wat bedoeld wordt te meten” (Nijdam, 2003 p. 23). Een voorwaarde daarbij is dat de betrouwbaarheid van de vragenlijst of test hoog is. De betrouwbaarheid geeft de mate van het uitsluiten van toevallige meetfouten aan, waarmee de consistentie van vragen en consistentie van beantwoording van vragen wordt bedoeld (Nijdam, 2003). Bij de SDQ is de validiteit of de SDQ daadwerkelijk psychosociale problemen bij kinderen meet en achterhaalt en de betrouwbaarheid of de vragen binnen de SDQ consistent beantwoord worden. Interpretaties van de verschillende items kunnen een rol spelen. Het zou zo kunnen zijn dat respondenten de vragen anders interpreteren dan de intentie van de SDQ is (Rønning et al., 2004).

De SDQ en haar onderscheidend vermogen zijn niet perfect (van Berkel et al., 2006). Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de betrouwbaarheid van de verschillende versies van de SDQ, de leraar-, de ouder- en de zelfreportvariant, verschillen en sterk uiteen lopen. Voornamelijk de subschalen problemen met leeftijdsgenoten en

gedragsproblemen hebben zeer uiteenlopende resultaten⁶. Dit kan een indicatie zijn voor het niet passen van items binnen deze subschalen of dat problemen met leeftijdsgenoten en gedragsproblemen maar gedeeltelijk worden weergegeven en er mogelijk met verschillende proporties wordt gemeten (van Widenfelt et al., 2003; Rønning et al., 2004). De correlaties tussen de verschillende subschalen in de SDQ zijn laag tot matig, waaraan afgelezen kan worden dat de verschillende subschalen eigen gebieden van moeilijkheden beslaan en dus allemaal een eigen toegevoegde waarde hebben (Muris et al., 2003). Ondanks de lage resultaten op voornamelijk problemen met leeftijdsgenoten en gedragsproblemen is de betrouwbaarheid van de Nederlandse variant van de SDQ acceptabel. Voornamelijk de variant voor leerkrachten is zeer betrouwbaar, maar ook de oudervariant en zelfreportvariant zijn voldoende betrouwbaar (van Widenfelt et al., 2003; 2004; Muris et al., 2003). Uit onderzoek blijkt daarnaast dat de Nederlandse variant van de SDQ het verschil laat zien en onderscheidt maakt tussen kinderen met en kinderen zonder psychosociale problemen (Vogels et al., 2005). Veelal is de SDQ onderzocht in combinatie met de Child Behavior Checklist (CBCL) en andere vragenlijsten voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen. Daarmee wordt bekeken in hoeverre deze hetzelfde meten (van Berkel et al., 2006). Aangetoond is dat de validiteit van de Nederlandse variant van de SDQ relatief goed is (Muris et al., 2003; Vogels et al., 2005). Door het gebruik van de SDQ tijdens het Preventief Gezondheidsonderzoek blijkt dat er een betere probleemsignalering mogelijk is en zal door een zorgvuldige beoordeling van de afgenomen lijsten door hulpverleners de probleemsignalering soepeler verlopen (van Berkel et al., 2006).

De onderzoeken naar de validiteit en betrouwbaarheid van de Nederlandse SDQ zijn voornamelijk uitgevoerd onder de autochtone bevolking, met een onderrepresentatie van allochtonen. Er wordt in onderzoek niet naar de verschillende etniciteiten binnen Nederland gedifferentieerd (Goodman, 2001). Het is daarmee niet bekend of de SDQ bruikbaar en doelmatig is bij allochtonen ouders. Ook onderzoeken naar psychosociale problemen bij kinderen in Nederland hebben vaak een ondervertegenwoordiging van allochtone kinderen en jongeren (Zeijl et al., 2005).

De SDQ is in vele verschillende talen beschikbaar en uit onderzoek blijkt dat deze versies valide en betrouwbaar zijn. Aan het gebruik van deze versies in Nederland

⁶ Bijlage 2

zitten echter wel haken en ogen, want deze versies zijn in Nederland op de Nederlandse populatie niet gevalideerd en getest op betrouwbaarheid (van Berkel et al., 2006).

Afgewogen moet worden na afname en analyse van de SDQ tussen het al dan niet over gaan tot vervolgacties. Onterechte beslissingen hierin zijn valse positieven of valse negatieven. Valse positieven betekenen dat problemen gesignaleerd en geïndiceerd worden en daardoor acties ondernomen worden, terwijl er geen sprake is van een probleem. Valse negatieven betekenen dat er niets aan de hand lijkt te zijn, er geen acties ondernomen worden, maar er wel sprake is van problemen (Slot et al., 2002). Dit is de doelmatigheid van de SDQ.

Bij de SDQ is er vaker sprake van het signaleren van problemen hoewel er geen problemen zijn, valse positieven, dan het niet signaleren van problemen hoewel dit wel het geval blijkt te zijn, valse negatieven (Vogels et al., 2005; Goodman et al., 2000). Ondanks dat blijkt dat de SDQ een goed onderscheid maakt tussen kinderen die geen problemen en kinderen die wel problemen hebben (Vogels et al., 2005). Bij onderzoek naar doelmatigheid is er niet specifiek naar allochtonen onderzocht, waardoor over de doelmatigheid van de SDQ bij deze groep weinig te zeggen is.

Een zorgvuldige interpretatie en beoordeling door de afnemers van het PGO is van groot belang. Voornamelijk bij allochtonen zal hier nog zorgvuldiger mee omgegaan moeten worden. Zij zullen vaker tegen taalproblemen aanlopen, waardoor het invullen van de vragenlijst en het afnemen van het PGO meer tijd kost. Daarnaast kunnen bepaalde vragen anders geïnterpreteerd worden of (volledig) niet begrepen worden (van Berkel et al., 2006).

3. Onderzoeksmethode

Het methodologisch kader verantwoordt de wijze waarop dit onderzoek is opgezet en uitgevoerd. In 2007 is dit onderzoek al eerder uitgevoerd bij de GGD Eemland, gemeente Amersfoort. Dit onderzoek is daarmee een replicatieonderzoek. Het is uitgevoerd bij een andere organisatie en op een andere locatie, namelijk GGD Midden-Nederland, gemeente Nieuwegein. Daarmee wordt er gebruik gemaakt van een andere onderzoekspopulatie. Aangezien het hier een replicatieonderzoek betreft is er zo veel mogelijk gelijk gebleven aan de eerste opzet van het onderzoek. Een aantal aspecten en onderdelen zijn wel veranderd ter verkrijging van betere

resultaten. Kleine veranderingen zijn aangebracht in de formulering van de hoofdvraag en deelvragen. Daarnaast zijn de hypothesen verwijderd, aangezien het hier om kwalitatief exploratief onderzoek gaat. Het doel is uit te vinden hoe het zit met de bruikbaarheid en de doelmatigheid van het PGO en de SDQ bij allochtonen, omdat daarover weinig bekend is. Het theoretisch en methodologisch kader zijn herschreven. Achtereenvolgens worden besproken het explorerend, praktijkgericht kwalitatief onderzoek (3.1), de interviews en registratieformulieren (3.2), de data-analyse (3.3), een heranalyse van het onderzoek uit 2007 (3.4) en de betrouwbaarheid en validiteit (3.5).

3.1 Explorerend, praktijkgericht kwalitatief onderzoek

Het betreft hier een explorerend kwalitatief onderzoek. Door middel van interviews is getracht ideeën, opvattingen, belevingen, gevoelens en ervaringen over het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) te achterhalen bij een specifieke groep, namelijk allochtone ouders en hun kinderen. Er is nog maar weinig bekend over de bruikbaarheid en de doelmatigheid van het PGO en de SDQ bij deze groep. Het is een verkenning op dat gebied, waarbij gekeken wordt waar de sterke en de zwakke punten liggen van het PGO en de SDQ, wat een basis kan zijn voor toekomstig (kwantitatief) onderzoek (Baarda et al, 1996; 't Hart et al., 1998).

Dit onderzoek is een praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. Het is praktijkgericht omdat het een kwestie betreft in de praktijk, waarbij gekeken wordt of de SDQ binnen het PGO ook bruikbaar en doelmatig is bij allochtone ouders en hun kinderen. Het onderzoek is gericht op het opdoen van kennis over de afname van de SDQ bij deze doelgroep, met de mogelijkheid dat beslissingen genomen kunnen worden over het al dan niet toepassen van veranderingen in:

- 1) De uitnodigingsbrief voor het PGO
- 2) De SDQ
- 3) Het PGO.

Het onderzoek staat in dienst van problemen en oplossingen in de praktijk ('t Hart et al., 1998) en daarmee het verbeteren van de praktijk. Daarnaast is het wetenschappelijk relevant, want er is nog maar weinig bekend op het gebied van het PGO en de SDQ en de bruikbaarheid en doelmatigheid bij allochtonen. Dit

onderzoek en andere soortgelijke onderzoeken zijn verkenningen op dit gebied en bieden meer kennis voor de wetenschap en voor eventueel groter opgezette onderzoeken in de toekomst, mogelijk kwantitatief (Baarde & de Goede, 2001).

3.2 Interviews en registratieformulieren

Het afnemen van interviews is de voornaamste methode binnen dit onderzoek. De respondenten in dit onderzoek zijn allochtone ouders en hun kinderen, die deelnemen aan het tweede Preventief Gezondheidsonderzoek, en jeugdzorg-hulpverleners die de PGO's uitvoeren.

De interviews die zijn afgenomen voor dit onderzoek zijn halfgestructureerd. Er is gebruik gemaakt van topiclijsten, waarbij de vragen en antwoorden niet vast liggen, maar de onderwerpen waarover gesproken wordt wel. Doordat er weinig bekend is over dit onderwerp zijn halfgestructureerde interviews een goede oplossing. Als weinig bekend is, is het lastig om gesloten vragenlijsten op te stellen, omdat niet bekend is welke antwoordmogelijkheden er zijn. Met open vragen kunnen respondenten aangeven wat zij ergens van vinden en hoe zij daar over denken. Er kan vrij gesproken worden en daar kan de interviewer op reageren (Baarda et al., 1996; Baarde & de Goede, 2001). Er kan gericht doorgevraagd worden, belangstelling getoond worden en interesse geuit worden, waardoor men tot meer gerichte informatie kan komen.

De topiclijsten zijn vrijwel gelijk aan de lijsten die gebruikt zijn in het eerdere onderzoek in 2007. Slechts enkele veranderingen zijn doorgevoerd om makkelijker informatie te verkrijgen. De structuur is hetzelfde gebleven, waarbij vier onderwerpen de kern vormen:

- Voorbereidingen op het PGO
- SDQ
- PGO
- Vervolgacties

Binnen deze onderwerpen is in dit onderzoek, ten aanzien van het onderzoek in 2007, meer nadruk gelegd op doelmatigheid en cultuur. Andere vragen zijn inhoudelijk hetzelfde gebleven maar anders geformuleerd om makkelijker tot de gewenste resultaten te komen.

Er is gebruik gemaakt van twee topiclijsten, één voor de allochtone ouders en één voor de hulpverleners⁷. Reden om toch enkele vragen onder een onderwerp uit te schrijven is dat er problemen verwacht werden met de allochtone doelgroep in taal en communicatie en daarnaast een betere vergelijking gelegd kan worden tussen de twee groepen respondenten.

Op enkele punten is tijdens de interviews afgestapt van de volgorde van de onderwerpen van de topiclijsten. De reden om de volgorde te veranderen tijdens de interviews was dat respondenten antwoorden gaven op vragen die verbonden waren met een ander onderwerp en andere vragen. Daarna werd weer teruggegaan naar het onderwerp waar vanaf was geweken in het interview.

In het eerste onderzoek in 2007 zijn de registratieformulieren gebruikt als basis waarop de vragen voor een focusgroep en de interviews zijn geformuleerd en opgesteld. In dit onderzoek is er ook gekozen om gebruik te maken van registratieformulieren, echter op een andere manier⁸. Het registratieformulier wordt in dit onderzoek gebruikt als extra informatie over problemen en knelpunten die ouders aangeven binnen het PGO, over het PGO of over de SDQ. De registratieformulieren zijn ingevuld door één Jeugdzorg verpleegkundige. Het registratieformulier is een vragenlijst met open vragen op het gebied van de bruikbaarheid en doelmatigheid van de SDQ. De registratieformulieren zijn naast elkaar gelegd en geanalyseerd.

Het tweede PGO bij de GGD Midden-Nederland vindt plaats als kinderen in groep 6 van de basisschool zitten in het gebouw van de GGD. De tien kinderen in dit onderzoek zijn afkomstig van twee scholen in Nieuwegein en alle kinderen uit groep 6 van deze scholen, op één na, zijn van allochtone afkomst. Alleen het kind van autochtone afkomst is niet meegenomen in het onderzoek.

In totaal zijn er zeven ouders geïnterviewd. Vijf interviews vonden direct na het PGO plaats; bij twee ouders is een interview afgenomen op een later tijdstip. De leeftijd van de kinderen waarvan de ouders zijn geïnterviewd ligt tussen de 10 en de 12 jaar. Drie ouders wilden niet geïnterviewd worden, wel gaven alle ouders (n=10) toestemming voor het invullen van de registratieformulieren. De ouders van wie een registratieformulier is ingevuld zijn afkomstig uit Iran, Bulgarije, Vietnam, twee uit Somalië, twee uit Marokko en twee uit Afghanistan. Eén van de ouders is van Roma-

⁷ Bijlage 3: topiclijst ouders, bijlage 4: interviewvragen hulpverleners

⁸ Bijlage 5: het registratieformulier

afkomst. De interviews met de ouders duurde ongeveer 30 minuten en als dank kregen zij een vvv-waardebon ter waarde van 7,50 euro.

In totaal zijn zes medewerkers van de GGD Nieuwegein benaderd voor een interview, waarvan er bij vijf een interview is afgenomen. De interviews duurden ongeveer een uur. Alle interviews vonden plaats bij de GGD Nieuwegein.

De respondenten zijn niet via toevalssteekproef geworven, er is contact gezocht met GGD's, waarbij een samenwerking is ontstaan met de GGD Midden-Nederland. Daar is een Jeugdzorg verpleegkundige benaderd door het hoofd Jeugd Gezondheidszorg in Nieuwegein om mee te werken aan dit onderzoek. De jeugdzorg verpleegkundige vroeg tijdens het PGO medewerking aan de ouders. Zij vroeg zowel toestemming voor het invullen van de registratieformulieren als voor medewerking aan de interviews. Daarnaast heeft zij ook collega's benaderd voor medewerking aan het onderzoek.

De Preventieve Gezondheidsonderzoeken vonden plaats in het voorjaar van 2008 in het GGD gebouw in Nieuwegein. Direct na de PGO's zijn de registratieformulieren ingevuld door de Jeugdzorg verpleegkundige. Aansluitend is er met een aantal ouders een interview afgenomen. De andere interviews vonden op andere dagen plaats. Eén ouder is daarbij niet op komen dagen.

De interviews met de hulpverleners vonden plaats in dezelfde periode van 2008. De geïnterviewde hulpverleners hebben verschillende functie binnen de GGD. Drie van de hulpverleners zijn jeugdverpleegkundigen, waarvan één de registratieformulieren heeft ingevuld, één hulpverlener is arts-assistent en één hulpverlener is arts.

3.3 Data-analyse

Om de gegevens uit de interviews te registreren is er gebruik gemaakt van een voice-recorder. Alle jeugdzorgmedewerkers gaven toestemming dit te gebruiken, vier van de zeven ouders gaven toestemming om het interview op te nemen. Drie ouders wilden dit niet, bij die interviews is er meegeschreven. De opgenomen interviews zijn uitgeschreven.

Voor de analyse van de interviews is gebruik gemaakt van het computerprogramma MAXQDA 2007 voor kwalitatieve data- en tekstanalyse. Met dit programma is het mogelijk op een systematische manier teksten te analyseren. Hierbij worden codes gemaakt die elk een eigen onderwerp beslaan. Het proces van code ontwikkeling is

een manier om te categoriseren en structureren. Onder elke code worden tekstfragmenten geplaatst die relevant worden geacht voor dat onderwerp. Op die manier worden teksten uit elkaar gehaald en relevante stukken bij de juiste onderwerpen geplaatst. Het kan zijn dat codes één of enkele subcodes onder zich hebben, daarnaast kunnen er meerdere onderwerpen onder één code vallen. Er is voor subcodes gekozen waar onderwerpen enigszins afwijken van elkaar, maar er mogelijk wel een onderlinge samenhang kan zijn. Bij onderwerpen die een sterke onderlinge samenhang hebben is de keuze gemaakt om ze onder één code te plaatsen. De codes en subcodes zijn ontwikkeld op basis van de topiclijsten en het intensief doornemen van de interview teksten. Delen van teksten zijn daarbij op onderwerp gecategoriseerd en onderling vergeleken. Belangrijke thema's en onderwerpen van de verschillende fragmenten zijn daarbij opgenomen als code. Dit is het proces van open coderen. Vervolgens zijn de codes en subcodes gedefinieerd en is bepaald welke onderwerpen onder een bepaalde code vallen, enkele nieuwe codes en subcodes zijn daarbij ontwikkeld, andere, niet belangrijke codes zijn weggehaald. Hierop volgend zijn relevante tekstfragmenten op onderwerp aan de verschillende codes en subcodes toegewezen. Het kan daarbij zijn dat een tekstfragment onder meerdere codes en/of subcodes geplaatst is.

De volgende stap was het proces van selectief coderen. Daarbij is binnen de codes en subcodes verdere structuur aangebracht en zijn relaties gezocht tussen de verschillende codes. Alle tekstfragmenten onder een code of subcode zijn nogmaals bekeken en gekeken is of fragmenten daadwerkelijk pasten binnen een code. Op basis daarvan zijn wederom nieuwe codes en subcodes ontwikkeld. Sommige codes waren erg groot en bevatte veel tekstfragmenten. Dit kwam mede omdat de codes breed opgesteld waren en sommige uit vele onderwerpen bestonden. Echter voor veel codes is wel de beslissing genomen er meerdere onderwerpen onder te houden, omdat de onderwerpen en fragmenten onderling sterke samenhang vertoonden. Andere codes zijn opgesplitst in nieuwe codes en er zijn een aantal codes afgevallen waarbij de tekstfragmenten zijn ondergebracht in andere codes. Reden hiervan is dat de codes in deze fase niet langer relevant bleken en de tekstfragmenten goed tot hun recht kwamen onder andere codes (Boeije, 2005). Uiteindelijk zijn al deze codes, subcodes en bijbehorende fragmenten uitgewerkt in de resultaten.

Er is voor gekozen de hulpverleners en de ouders in eerste instantie apart te analyseren in het data-verwerkingsprogramma. Voor beide zijn eigen codes ontwikkeld. Vele onderwerpen tussen deze groepen komen overeen, maar omdat er vanuit een ander perspectief wordt gepraat is hier voor gekozen. Na het categoriseren en het plaatsen van tekstfragmenten onder de verschillende codes, zijn de codes die overeenkomen samengevoegd en samen bekeken. Per onderwerp zijn de belangrijkste punten naast elkaar gezet en verwerkt in de resultaten. Hierdoor komen de verschillen en overeenkomsten tussen de twee groepen duidelijk naar voren.

Een voorbeeld van een code bij de hulpverlening is: verschil PGO SDQ. Deze code heeft meerdere onderwerpen onder zich in plaats van meerdere subcodes, dit omdat de onderwerpen onderling sterk samenhangen. De onderwerpen zijn: verschil PGO SDQ (verschil tussen wat ouders invullen in de SDQ en wat de hulpverlening ziet in het PGO), samenwerking school (argumenten voor verbeteren proces SDQ en het PGO), reden verschil, probleem? (is het een probleem dat er een verschil is tussen de SDQ en het PGO) en hoe oplossen (argumenten voor het oplossen van het verschil tussen de SDQ en het PGO). Een voorbeeld van een fragment geplaatst onder verschil PGO SDQ is:

“Of dat er dus een hoge score uit komt en als je daar nog even over doorvraagt dan valt het uiteindelijk wel mee, dan is het in bepaalde situaties of dan is het te verklaren.” Respondent 8.

Een fragment onder hoe oplossen is:

“Ik gebruik hem (SDQ) wel, maar altijd nog met eigen verstand d'r bij. Dus ook ook de uitslag is altijd dat ik denk van ja, ok, ik neem het mee, maar het is niet zo dat het mijn absolute leidraad is.” Respondent 12.

Een voorbeeld van een code van de ouders is cultuur, waaronder de subcodes SDQ en verpleegkundige vallen. Onder de subcode SDQ vallen de tekstfragmenten die over de SDQ en cultuur gaan en of cultuur meegenomen moet worden in de SDQ. Onder de subcode verpleegkundige vallen tekstfragmenten die betrekking hebben op of de verpleegkundige rekening moet houden met cultuur in het PGO. Een voorbeeld van een tekstfragment die onder deze subcode is geplaatst, waarbij I de interviewer is en R de respondent:

“I: Moet de verpleegkundige ook op de hoogte zijn van zaken van uw cultuur en moet zij dat meenemen in het gesprek?”

R: Het maakt niet uit.

I:Maakt niet uit, is het ter sprake gekomen?

R:... nee.

I: Niet ter sprake gekomen, ok, en het maakt ook niet uit of dat wel of niet het geval is?

R: Nee, nee, ja soms is belangrijk cultuur, maar soms niet. Nee kan niet, ja soms is geen probleem door de cultuur, misschien is niet gedraag door de cultuur, maar soms kan wel. Maar is niet zo belangrijk, om te alles haar weten over mijn cultuur, ja is moeilijk als zij wil over alle cultuur.” Respondent 7.

3.4 Heranalyse onderzoek 2007

In 2007 is dit onderzoek voor de eerste keer uitgevoerd vanuit Pharos bij de GGD Eemland, gemeente Amersfoort. In dit onderzoek werden negen ouders en twee verpleegkundigen geïnterviewd. Van vierentwintig ouders werd een registratieformulier ingevuld. De resultaten uit het onderzoek uit 2007 zijn onderworpen aan een heranalyse. Doordat de ruwe data niet langer aanwezig waren, is er gewerkt vanuit de geregistreerde data uit het originele onderzoek uit 2007. Stap voor stap zijn deze data uitgewerkt op onderwerp. De onderwerpen die in dit huidige onderzoek centraal staan zijn daarbij aangehouden, waarbij de context waarin de resultaten uit 2007 zijn geregistreerd tevens meegenomen is. Cultuur en doelmatigheid zijn onderwerpen die minder meegenomen zijn in het onderzoek uit 2007, onderwerpen waar in dit onderzoek gericht naar gevraagd is in de interviews. De data van: 1) Voorbereidingen op het PGO, 2) SDQ, 3) PGO en 4) Vervolgacties konden goed vergeleken worden. Na een analyse alleen gericht op de data uit 2007, zijn deze resultaten naast de resultaten van het huidige onderzoek gelegd en meegenomen in het huidige onderzoek.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid wordt gewaarborgd als zo min mogelijk in het onderzoek aan toeval wordt overgelaten ('t Hart et al., 1998) en de validiteit van een onderzoek wordt gewaarborgd als het onderzoek en de resultaten zo veel mogelijk een juiste weergave zijn van de onderzochte situatie (Baarda et al. 1997). In dit onderzoek is getracht zoveel mogelijk rekening te houden met eisen van betrouwbaarheid en validiteit.

Om de betrouwbaarheid te verhogen zijn de data, zoveel mogelijk, geregistreerd via opnameapparatuur. In een aantal gevallen is er meegeschreven doordat respondenten niet wensten opgenomen te worden. Daarbij is zoveel mogelijk geprobeerd de woorden van de respondent te gebruiken en alles te registreren. Ook is zoveel mogelijk op gelijke wijze geïnterviewd en vonden alle interviews plaats op dezelfde locatie (Baarda et al. 1997).

Na het uitwerken van de interviews zijn de digitale data geanalyseerd met behulp van een kwalitatief data-analyse programma, waarbij systematisch codes zijn ontwikkeld en tekstfragmenten geordend. Alle interviews zijn op dezelfde manier geanalyseerd, verwerkt en weergegeven (Baarda et al., 1997).

In het onderzoek uit 2007 was sprake van triangulatie, 'het vanuit verschillende gezichtspunten bestuderen van hetzelfde object' ('t Hart et al., 1998, pp.168). Er is in dat onderzoek gebruik gemaakt van meerdere technieken om data te verzamelen, namelijk registratieformulieren, een focusgroep en interviews. In dit onderzoek wordt er ook vanuit verschillende invalshoeken naar hetzelfde gekeken, waarbij slechts gebruik is gemaakt van twee technieken, registratieformulieren en interviews. De registratieformulieren zijn ingevuld door de verpleegkundige, daarnaast zijn interviews afgenomen met hulpverleners en ouders en hun kinderen. Er worden drie bronnen gebruikt om de data te verzamelen. Dit is gedaan voor het van het beeld van de context waarbinnen het onderzoek plaats vindt en de betrouwbaarheid enigszins te vergroten ('t Hart et al., 1998).

De praktijksituatie is als uitgangspunt genomen in dit onderzoek. Het onderzoek vond plaats binnen de GGD, waarbij de praktijksituatie niet veranderd is (Baarda et al., 1997). Dit onderzoek betreft een herhalingsonderzoek, getracht is zoveel mogelijk hetzelfde te onderzoeken en hetzelfde te laten. Hetzelfde onderzoek is daarmee binnen verschillende settingen en op verschillende locaties uitgevoerd. Door deze aspecten te waarborgen kan men er vanuit gaan dat de resultaten meer valide zijn ('t Hart et al., 1998).

4. Resultaten

De resultaten die besproken worden zijn gebaseerd op de interviews met ouders, interviews met de hulpverlening en de registratieformulieren uit 2007 en 2008. In totaal zijn 16 ouders en 7 hulpverleners geïnterviewd en 34 registratieformulieren

ingevuld. Van de onderdelen Voorbereidingen op het Preventief Gezondheidsonderzoek (4.1), Strengths and Difficulties Questionnaire (4.2), Preventief Gezondheidsonderzoek (4.3) en de Vervolgacties (4.4) worden de resultaten besproken.

4.1 Voorbereidingen op het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO)

De voorbereidingen op het PGO betreffen de uitnodigingsbrief die ouders krijgen voor het PGO en het invullen van de daarbij meegestuurde SDQ. Ouders krijgen de uitnodigingsbrief voor het PGO en de bijbehorende SDQ thuisgestuurd of deze worden meegegeven met het kind op school. De resultaten hier besproken zijn ten opzichte van de bruikbaarheid van de uitnodigingsbrief en de SDQ en betreffen de begrijpelijkheid van de uitnodigingsbrief, het voorbereiden op en verwachtingen ten aanzien van het PGO en het invullen van de SDQ.

4.1.1 Begrijpelijkheid uitnodigingsbrief

Uit de registratieformulieren blijkt dat ouders vinden dat de uitnodigingsbrief duidelijk en te begrijpen is (n=29). Ook uit de interviews met ouders komt dit naar voren. Slechts een aantal ouders (n=5) had moeite met de brief. De hulpverleners beamen dit. De uitnodigingsbrief is over het algemeen te begrijpen (n=3), maar er zijn ook ouders die de brief niet begrijpen (n=2). Enkele hulpverleners zijn daarbij van mening dat het niet op komen dagen van ouders op het PGO daarmee te maken heeft (n=2). Ouders en de hulpverlening geven dezelfde redenen voor het al dan niet begrijpen van de brief, namelijk taal. Als ouders slecht Nederlands spreken en lezen, dan zullen zij ook moeite hebben met het lezen en begrijpen van deze brief (n=6). Hulpverleners geven daarnaast aan dat er ingewikkelde, samengestelde zinnen in de brief staan, die niet altijd worden begrepen (n=3).

Ouders zijn in het algemeen van mening dat de uitnodigingsbrief niet veranderd hoeft te worden. Eén ouder meent dat wellicht beter aangegeven zou kunnen worden waar de SDQ voor dient. Door de brief mee te geven aan het kind kan het belang van de SDQ benadrukt worden. Via de post is er de kans dat ouders de brief makkelijker op de grote stapel gooien en niet lezen. Enkele hulpverleners zien wel het nut in van het verbeteren van de uitnodigingsbrief (n=3). Zij dragen verschillende manieren aan. De brief zou makkelijker geformuleerd moeten worden, minder in

professionele taal, op een makkelijker niveau en zo ondubbelzinnig mogelijk. Hierbij zou meer aangehaald en benadrukt moeten worden dat het PGO om het welzijn van het kind en om de lichamelijke- en psychosociale ontwikkeling gaat (n=1). Een manier om duidelijker uit te leggen waar de SDQ voor dient en aan te geven wat de bedoeling is, is een extra brief (n=1). Een brief in eigen taal werd tevens aangedragen als goede oplossing waardoor ouders beter begrijpen wat de bedoeling is. Een nadeel van een brief in eigen taal is hoe te bepalen wie deze krijgt en wie niet. Daarnaast zijn er veel verschillende nationaliteiten in een werkgebied, wat veel verschillende brieven betekent. Samenwerking met leerkrachten kan uitkomst bieden (n=1). Een andere manier die te maken heeft met taal is om in de Nederlandse brief, in één of twee zinnen in enkele veelvoorkomende talen van een werkgebied aan te geven dat, als men moeite heeft met het lezen van de brief, contact opgenomen kan worden met de GGD en dat dan alsnog een brief opgestuurd kan worden in de eigen taal (n=1).

Door enkele andere hulpverleners werd daarentegen aangegeven dat de uitnodiging niet aangepast hoeft te worden (n=2). Het is een goede manier zo, ouders worden bereikt. Soms duurt het iets langer, maar dat hoeft geen probleem te zijn (n=1). Daarnaast staan het adres en het tijdstip van het PGO zeer duidelijk vermeld, waaraan ouders kunnen zien dat ze verwacht worden (n=1). De uitnodiging in makkelijker Nederlands is volgens enkele hulpverleners geen oplossing. Ouders die namelijk helemaal geen Nederlands begrijpen, zullen makkelijker taal ook niet begrijpen (n=2):

“Als ze niet kunnen lezen, dan maakt het niet uit wat voor een brief je verstuurt.”
Respondent 12, hulpverlener.

Normaal gesproken wordt er twee keer een brief verstuurd wanneer ouders niet op komen dagen, weet men echter (via school) dat de reden taal is, dan is het handiger van het protocol af te stappen. Daarbij kan gedacht worden aan, na de eerste keer niet op komen dagen, te bellen (n=1) of de brief aan de leerkracht te geven die in persoon extra informatie kan geven over wat de bedoeling is (n=1).

4.1.2 Voorbereiden en verwachtingen PGO

Ouders vullen de SDQ in en gaan gewoon naar het PGO, verder, zo geven de meeste ouders aan in het interview, bereiden zij zich niet voor (n=15). Slechts enkele ouders geven aan er over nagedacht te hebben, enkelen hadden vragen voorbereid

(n=5) en één ouder heeft uitgebreid over gevoelens gepraat met haar kind. Het te druk hebben en geen tijd hebben om er over na te denken was een reden voor een ouder om zich niet voor te bereiden. De meeste ouders geven aan te weten wat ze kunnen verwachten tijdens het PGO, zo blijkt uit de interviews met ouders (n=13). Enkelingen geven aan dit te weten doordat ze al vaker op PGO's zijn geweest en vaker de SDQ hebben ingevuld (n=4):

“Ik heb dit al drie keer eerder gehad om in te vullen, dus ik heb geen probleem.”

Respondent 1, ouder.

Het niet weten waar het PGO over gaat wordt over het algemeen niet als probleem ervaren, slechts één ouder vond het vervelend het niet te weten.

4.1.3 Invullen SDQ

De SDQ wordt door de meeste ouders vooraf aan het PGO ingevuld, zo blijkt uit de registratieformulieren (n=32). Doorgaans worden daarbij alle vragen ingevuld, een enkele keer kwam het voor dat vragen waren overgeslagen of dat de achterkant niet was ingevuld. Slechts twee keer kwam het voor dat de SDQ helemaal niet was ingevuld.

Uit de registratieformulieren komt naar voren dat ouders de SDQ doorgaans zelf invullen (n=30). Ook uit de interviews met de hulpverleners komt dit naar voren (n=5). Soms vullen ouders het formulier samen in (n=2) en regelmatig met behulp van één of meerdere kinderen (n=12). Een enkele keer wordt het ingevuld door iemand die niet aanwezig is op het PGO (n=3). Ook een woordenboek (n=1) en andere familieleden, burens of vrienden (n=7) worden geraadpleegd als men moeite heeft met het invullen van de SDQ. Ook de hulpverlening geeft aan dat hulp gevraagd wordt bij het invullen van de SDQ als deze niet begrepen wordt aan familie (oudere leden of oudere kinderen) (n=3), aan het kind in kwestie (n=2) en aan burens (n=1).

Taal is de voornaamste reden dat ouders de SDQ niet zelf, niet of verkeerd invullen, aldus de hulpverlening. Aan de ene kant speelt de beheersing van taal van ouders daarbij een rol. Taalbeheersing van ouders is tweeledig: 1) in welke mate beheersen ze de Nederlandse taal en 2) analfabetisme, in eigen en Nederlandse taal. Als men niet kan lezen en schrijven is het ook lastig om de SDQ in te vullen (n=4). Soms is het daarbij zo dat ouders dan helemaal niets invullen, ook komt het voor dat ze enkele vragen open laten (n=3). Aan de andere kant is de SDQ te lastig opgesteld en zijn zinnen te moeilijk geformuleerd (n=4):

“Over het algemeen is wel mijn ervaring dat veel allochtone ouders de vragenlijsten niet hebben ingevuld, soms omdat ze hem niet begrijpen, dat ze gewoon bepaalde vragen niet begrijpen. Soms hebben ze het wel ingevuld, maar dan blijkt het achteraf dat ze het niet helemaal goed hebben ingevuld, ook vaak omdat ze gewoon de vraagstellingen niet begrijpen, meestal is het niet omdat er een principiële bezwaar is of zo, als je het dan uiteindelijk met ze bespreekt dan vinden ze het wel goed om alsnog antwoord te geven.” Respondent 10, hulpverlener.

Een andere reden voor het niet invullen van de SDQ is dat ouders aangeven geen tijd te hebben om het in te vullen, aldus de hulpverlening (n=2). Allochtonen vullen de SDQ ook minder vaak in dan autochtonen (n=2).

4.1.4 Samengevat

Over het algemeen begrijpen ouders de uitnodigingsbrief en vullen ze de SDQ voorafgaand aan het PGO in. De meeste ouders geven daarnaast aan te weten wat ze kunnen verwachten. De reden die zowel ouders als hulpverleners geven voor het niet begrijpen van de brief en het niet, niet juist of niet volledig invullen van de SDQ is taal. Binnen taal zijn er drie redenen aan te geven, namelijk:

- 1) Ouders beheersen de Nederlandse taal niet voldoende
- 2) Analfabetisme
- 3) De moeilijkheidsgraad van de gebruikte taal in de uitnodigingsbrief en SDQ

Ouders lossen dit vaak op door hulp te vragen aan derden. Waar veel ouders aangeven dat de uitnodigingsbrief niet veranderd hoeft te worden, komen er gemengde gevoelens en ideeën naar voren bij de hulpverlening. Aan de ene kant zou de brief makkelijker geformuleerd moeten worden, zou er een extra brief opgesteld kunnen worden of een brief in eigen taal verstuurd kunnen worden. Ook zou de Nederlandse brief aangevuld kunnen worden met een kort advies in verschillende talen met wat ouders kunnen doen als ze de brief niet begrijpen. Andere hulpverleners zijn van mening dat het geen zin heeft de Nederlandse brief aan te passen, als ouders helemaal geen Nederlands kunnen lezen en begrijpen, zullen zij de brief ook niet kunnen lezen.

4.2 Strengths and Difficulties Questionnaire

De resultaten hier besproken betreffen de bruikbaarheid van de SDQ en gaan over het doel van de SDQ, het belang van de SDQ, de toepasbaarheid van de SDQ, de vragen van de SDQ en de culturele aspecten in de SDQ.

4.2.1 Doel van de SDQ

Uit de interviews met de ouders blijkt dat de meesten weten wat het doel van de SDQ is (n=12). Zowel de sociale kant als de emotionele kant van de SDQ werden daarbij aangehaald. Een ander doel van de SDQ in de ogen van de ouders is informatie te verstrekken over het kind (n=2). De hulpverlening geeft echter aan dat zij het gevoel hebben dat het doel niet altijd even duidelijk is voor ouders (n=4). De algemene betekenis wordt daarbij meestal wel begrepen, dat het een vragenlijst is waarmee gekeken wordt hoe het met hun kind gaat. De exacte betekenis en dat men scoort op verschillende probleemgebieden hebben ze vaak niet door (n=2), één hulpverlener geeft aan dit ook niet noodzakelijk te vinden.

Om beter te kunnen begrijpen waar de SDQ voor dient, zou het een oplossing kunnen zijn dat de verpleegkundige uitleg geeft waarvoor en op welke manier de SDQ ingevuld moet worden. Zij zou ook kunnen helpen bij het invullen, dit alles voorafgaande aan het PGO. Daarbij zou ook benadrukt moeten worden dat het een belangrijke vragenlijst is. Deze punten werden door ouders en hulpverleners aangedragen. Hierdoor weten ouders beter wat ze kunnen verwachten en ze zijn beter voorbereid op en kunnen meer betekenen tijdens het PGO.

4.2.2 Belang van de SDQ

Uit de interviews met de ouders blijkt dat de meesten van hen de SDQ belangrijk vinden (n=15), één ouder twijfelt hier echter aan. Het is voornamelijk belangrijk voor de gezondheid van het kind, maar ouders weten ook door de SDQ hoe het met hun kind gaat. Problemen kunnen vroegtijdig aangepakt worden (n=2) en het is een makkelijke manier om informatie te geven over het kind (n=2). Ook weten leerkrachten na afname beter hoe het met hun leerlingen gaat (n=1).

4.2.3 Toepasbaarheid van de SDQ

Alle hulpverleners vinden de SDQ in principe toepasbaar bij allochtone ouders en hun kinderen. Door de vragen hebben zij het gevoel dat ze een voldoende beeld van de kinderen krijgen. Ook allochtone kinderen zijn kinderen waarvan men wil weten hoe het met ze gaat (n=2). Lastig voor de toepasbaarheid van de SDQ blijft of ouders het daadwerkelijk begrepen hebben (n=5). Taal blijkt daarbij een heikel punt (n=4), zowel de taalbeheersing van de ouders als de moeilijkheidsgraad van de SDQ spelen daarbij een rol. Het versturen van de SDQ in eigen taal wordt door de hulpverlening dan ook als een nuttige oplossing ervaren (n=4). Ouders begrijpen daardoor beter waarvoor de SDQ dient, waardoor duidelijker overgebracht zou kunnen worden dat het bij het invullen van de SDQ om de gezondheid van hun kind gaat en het in het belang is van het kind (n=2). Problematisch bij het opsturen van de SDQ in de eigen taal is dat het moeilijk te bepalen is wie daarvoor in aanmerking komt. Vaak is het niet duidelijk dat ouders de Nederlandse taal niet machtig zijn totdat ze op het PGO verschijnen (n=2). Het is tevens niet altijd duidelijk welke taal ouders dan wel spreken en welke SDQ dan opgestuurd zou moeten worden (n=3). Ook komt het voor dat ouders hun eigen taal niet voldoende machtig zijn, dat ze helemaal niet kunnen lezen en schrijven (n=1). Daarnaast zouden ouders het als beledigend kunnen ervaren als voor hun bepaald wordt dat ze de SDQ in hun eigen taal opgestuurd krijgen (n=3). Hierop kan geanticipeerd worden door samenwerking met leerkrachten (n=3). Vooraf zouden zij aan kunnen geven dat ouders slecht Nederlands spreken, waarbij de beslissing genomen kan worden een SDQ in eigen taal op te sturen. Ook is het een mogelijkheid de Nederlandse SDQ op te sturen en daarbij een extra SDQ in de eigen taal (n=1).

Taal is een discussie op zich. Aan de ene kant vinden hulpverleners het belangrijk dat ouders de Nederlandse taal beheersen (n=3), waarbij het opsturen van de SDQ in eigen taal niet bevorderend werkt.

“Ik heb daar zelf ook wel eens moeite mee, ik kan me niet voorstellen dat je in een land woont waar jouw kinderen opgroeien en dat je dus dit soort belangrijke dingen zelf niet eens kan lezen of begrijpen, dus ja als er eens een keer iets met je kind is en je moet naar een dokter dan kun je dus eigenlijk niet eens goed uitleggen wat er met je kind aan de hand is, dus ik vind het ook verantwoordelijkheid van ouders dat zij daar totaal dus niet mee bezig zijn om te proberen die taal machtig te worden.”
Respondent 10, hulpverlener.

Aan de andere kant geeft de SDQ in eigen taal ook voordelen. Ouders begrijpen echt waar het over gaat en er kan goed achterhaald worden of er iets aan de hand is:

“Ik weet niet wat belangrijker is of je wilt weten hoe het met het kind gaat en daardoor iets te weten komt door die SDQ of dat je wil dat ze Nederlands lezen.” Respondent 9, hulpverlener.

Een andere moeilijkheid met de SDQ in eigen taal is de hoeveelheid talen waarmee men te maken krijgt in een werkgebied, daardoor is het moeilijk te realiseren (n=3). Een vragenlijst in eigen taal voor de grootste groepen in Nederland zoals de Turken en Marokkanen zou al wel verbetering opleveren (n=1).

4.2.4 Vragen

Uit de interviews met de ouders blijkt dat de vragen in de SDQ over het algemeen duidelijk en te begrijpen zijn (n=12). Sommige woorden zijn echter wel moeilijk te begrijpen (n=11). Twee ouder geven daarnaast aan moeite te hebben met de betekenis van enkele zinnen in het geheel.

Ook de hulpverlening geeft aan dat woorden (n=5) en zinnen (n=2) moeilijk te begrijpen zijn. De SDQ is op sommige punten in moeilijk Nederlands geformuleerd (n=5). Dat er gezegden in staan en dat de vragen over gevoelens gaan maakt het moeilijker.

In de meeste registratieformulieren (N=20) en interviews met ouders (n=14) werden woorden aangegeven die als moeilijk werden ervaren. Het zinsdeel waar ouders de meeste moeite mee hadden was “wiebelen en wriemelen”, deze werd 10 keer aangegeven in de registratieformulieren.

Enkele woorden en zinsdelen werden meerdere keren als moeilijk bestempeld in de registratieformulieren:

- driftbuien en woede-uitbarstingen
- vastklappend
- getreiterd
- is vaak ongelukkig, in de put of in tranen
- neigt ertoe
- beter opschieten met
- houdt rekening met gevoelens van anderen

Enkele woorden en zinsdelen werden één keer als moeilijk bestempeld in de registratieformulieren:

- doorgaans
- bezeerd
- minstens

Ook de geïnterviewde ouders gaven woorden en zinsdelen aan die als moeilijk werden ervaren. Daarbij gaven enkele ouders woorden en zinsdelen aan die mogelijk door andere ouders als moeilijk werden ervaren. Tevens benoemden hulpverleners specifieke woorden en zinsdelen die mogelijk als lastig worden ervaren door ouders. In tabel 1 worden de woorden en zinsdelen die als moeilijk worden ervaren door ouders weergegeven. In tabel 2 worden de woorden en zinsdelen aangegeven die mogelijk als moeilijk worden ervaren volgens de hulpverlening.

N	
10	wiebelen wriemelen
8	driftbuien/ woede uitbarstingen
3	getreiterd
3	neigt er toe
2	gevoelens van anderen
2	liegt of bedriegt vaak
1	veel zorgen, lijkt over dingen in te zitten
1	bezeerd
1	vaak ongelukkig in de put of in tranen
1	vastklampend
1	zenuwachtig
1	kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen
1	vecht vaak met andere kinderen of pest ze
1	afgeleid
1	constant
1	zelfvertrouwen
1	concentreren
1	neemt dingen thuis, op school of op andere

	plaatsen die niet van haar/hem zijn
1	maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag

Tabel 1: Woorden en zinsdelen genoemd door ouders die moeilijk te begrijpen zijn.

N	
3	neigt er toe
3	minstens één goede vriend
3	in de put/in tranen
2	vastklappend
2	beter opschieten met
1	gevoelens van anderen
1	driftbuien/woede uitbarstingen
1	doorgaans
1	over dingen in zitten
1	behulpzaam bezeerd
1	wiebelen wriemelen

Tabel 2: Woorden en zinsdelen genoemd door hulpverleners die moeilijk te begrijpen zijn voor ouders

Om het invullen te vergemakkelijken en de duidelijkheid van de SDQ te vergroten werd het veranderen van de ervaren moeilijke woorden aangedragen. Zowel de geïnterviewde ouders als hulpverleners dragen dit argument aan. Alleen voor de vraag uit de SDQ “heeft minstens één goede vriend of vriendin” werd een makkelijker alternatief bedacht door een hulpverlener (n=1):

“Je kan natuurlijk ook zeggen heeft uw kind één vriend of meer, één of meerdere vrienden.” Respondent 11.

Ouders menen ook dat de duidelijkheid vergroot wordt als aan wordt gegeven dat de vragen in de SDQ niet persoonlijk bedoeld zijn, dat het een algemeen formulier is en niet per se hoeft te gelden voor hun kind. Ook de privacy van ouders moet beter geaccentueerd worden, waardoor ouders mogelijk eerlijker antwoorden zullen geven. Dat er regelmatig twee vragen in één vraag staan in de SDQ kan tot problemen leiden, de gecombineerde zinnen zijn lastig voor ouders, aldus de hulpverleners (n=2), respondent 7, ouder, gaf aan daar daadwerkelijk moeite mee te hebben.

“Is ... over emotie, concentratie, over anderen, maar mijn zoon heeft alleen probleem over concentratie en die is ... over alles. Hoe kan zeggen nee mijn kind heeft alleen over concentratie probleem, andere niet, hoe kan zeggen, kan niet in die formulier.”

Dit kan wel aangegeven worden in het PGO, maar niet op de SDQ, dit zou veranderd kunnen worden. Een hulpverlener meent dat dit ondervangen zou kunnen worden door vragen zo te stellen dat ze maar op één manier uit te leggen zijn.

Het merendeel van de geïnterviewde ouders geeft aan geen vragen gemist te hebben (n=11). De registratieformulieren bevestigen dit. Enkele ouders missen echter wel vragen op het gebied van, “dwars zitten”, “zit iets dwars”, “afzetten”, “geen zin hebben in verplichtingen”, “contact met de leerkracht”, “de relatie tussen ouder en kind” en de “fysieke gezondheid van het kind”. Slechts één hulpverlener heeft het gevoel een vraag te missen op het gebied van “opvoeding” en “belonen en straffen”. Aangegeven wordt dat deze meegenomen kunnen worden in de SDQ.

In het onderzoek uit 2007 werd de SDQ gebruikt waar een vraag over “pikken” in staat, een aanbeveling was deze vraag te veranderen in “neemt dingen weg thuis, op school of op andere plaatsen”, omdat deze als onprettig werd ervaren. In 2008 is de SDQ gebruikt waarin deze vraag, in iets andere vorm, is opgenomen. Eén ouder gaf aan dit geen goede vraag te vinden, want het is niet van toepassing op iedereen en helemaal niet op hen. Een andere ouder gaf echter aan deze vraag als de belangrijkste te ervaren.

“Liegt en bedriegt vaak” is een vraag die door enkelen als minder prettig werd ervaren (n=3). “Vecht vaak met andere kinderen of pest ze” werd ook als minder prettig ervaren (n=1). Hulpverleners gaven aan niet het gevoel te hebben dat ouders vragen als minder prettig ervaren (n=5).

De directheid van de vragen kan leiden tot problemen. Ook is het belangrijk te begrijpen wat de bedoeling is, want dan zullen ouders er namelijk ook geen problemen mee hebben. Het niet begrijpen zou problemen kunnen geven, omdat ouders de vragen dan anders zouden kunnen interpreteren (n=1). Volgens de hulpverleners verschillen autochtonen en allochtonen überhaupt in hoe zij de SDQ interpreteren (n=5). Zij geven ook taalbeheersing als voornaamste reden hiervoor (n=3). Daarnaast is opleidingsniveau bepalend voor de interpretatie (n=1) en verschilt het per cultuur wat acceptabel gedrag is, waardoor ouders andere visies kunnen hebben op de SDQ (n=1). Tevens stelt een hulpverlener, met het oog op interpretatie, dat benadrukt zou moeten worden dat men wil weten of het een

probleem is wat ingevuld wordt in de SDQ en niet zo zeer dat het aan de hand is. Vraag 6 uit de SDQ, “neigt ertoe alleen te spelen”, kan op meerdere manieren opgevat worden. Ouders kunnen denken dat het juist prettig is dat kinderen alleen kunnen spelen, maar ze kunnen het ook zien als probleem in de ontwikkeling van het kind.

4.2.5 Cultuur in de SDQ

Enkele geïnterviewde ouders vinden dat er rekening gehouden moet worden met cultuur in de SDQ (n=6). Er bestaan verschillen tussen mensen en culturen. Cultuur is bepalend voor hoe mensen de wereld zien en hoe mensen reageren, wellicht is het daardoor nuttig vragen ten aanzien van cultuur mee te nemen in de SDQ (n=4). Een reden om cultuur juist niet mee te nemen in de SDQ is dat de SDQ binnen de Nederlandse samenleving wordt afgenomen en het daarbij hoort bij de Nederlandse cultuur, allochtonen moeten zich daaraan aanpassen (n=2). Ook door de hulpverlening wordt dit argument aangedragen. Iedereen mag zijn eigen normen, waarden en geloofsovertuiging hebben, maar zij moeten zich wel aanpassen aan de Nederlandse samenleving (n=1). Aan de andere kant zou cultuur wel meegenomen moeten worden in de SDQ, zodat alles van ouders in kaart gebracht kan worden (n=1). Dit is echter lastig, er zijn te veel verschillende culturen om rekening mee te houden, de gemene deler nemen, de Nederlandse cultuur, is dan de oplossing.

4.2.6 Samengevat

Ouders vinden het belangrijk dat de SDQ wordt afgenomen, omdat het om de gezondheid van hun kind gaat en zij daardoor beter weten hoe het met hun kind gaat. Bij het doel van de SDQ wordt zowel de emotionele kant als de sociale kant aangehaald, ook het verstrekken van informatie over het kind wordt herkend. Ouders denken daarmee te weten wat het doel is. Volgens de hulpverleners is het doel echter niet altijd duidelijk voor ouders, maar meestal ervaren zij het zo dat ouders de algemene betekenis wel zien. Weten ouders waar de SDQ voor dient, dan weten ze beter wat ze kunnen verwachten, zijn ze beter voorbereid op en kunnen ze meer betekenen tijdens het PGO.

De vragen in de SDQ worden over het algemeen begrepen, aldus de ouders. Afzonderlijke woorden en een enkele keer gehele zinnen kunnen wel als moeilijk

ervaren worden door ouders. Dit is ook de ervaring van de hulpverlening. Dat er meerdere vragen in één vraag staan en ouders vragen als minder prettig ervaren kunnen ook voor problemen zorgen. Het is mogelijk dat mensen bepaalde aspecten door cultuur anders ervaren, zien en interpreteren en zij anders reageren, wat ook voor problemen kan zorgen bij de SDQ. Hierdoor kan er een vertekend beeld ontstaan. Ook taal heeft invloed op de begrijpelijkheid en de toepasbaarheid van de SDQ, zowel de mate van taalbeheersing van ouders als de moeilijkheidsgraad van de SDQ kunnen dit beïnvloeden. Het blijft de vraag of ouders het daadwerkelijk begrijpen, maar ondanks dat menen hulpverleners dat de SDQ in zekere mate toepasbaar is bij deze groep. Het versturen van de SDQ in eigen taal, al dan niet in combinatie met de Nederlandse SDQ, het aanpassen van moeilijke woorden en zinsdelen, het veranderen van vragen waar twee vragen in één staan en enkele andere suggesties zouden mogelijk kunnen leiden tot het verbeteren van de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de SDQ.

4.3 Preventief Gezondheidsonderzoek

De resultaten hier besproken zijn gaan over de bruikbaarheid van het PGO en betreffen ervaringen van ouders met het PGO, vragen stellen in het PGO, de tijd beschikbaar voor het PGO, psychosociale problemen en cultuur in het PGO.

4.3.1 Ervaringen PGO

Uit alle interviews met de ouders blijkt dat zij het PGO als belangrijk ervaren (n=16). Het is belangrijk voor de gezondheid van het kind, op zowel fysiek als psychosociaal gebied. De hulpverlening heeft een andere kijk op het kind, geeft informatie en er is de mogelijkheid tot vragen stellen. Ouders kunnen daardoor beter inschatten hoe het met hun kind gaat. Respondent 1, ouder, geeft in het interview aan dat door het PGO ouders weten hoe het met hun kind gaat:

“Bij de verpleegkundige dit is echt heel goed ... zo weten de ouders, ze kunnen echt goed ... begrijpen ... want zij weet veel meer dan mij en dat gaat ook om ... de gezondheid van de kind, voor mijn kind, ... wat hij eet en ... hoe gaat het met hem op school. Hij wordt gepest door de kinderen of niet, ja. Voor de eten ook, ja, voor de meten, voor de lengte en voor de gewicht.”

Ouders begrijpen daarmee waar het PGO voor dient. Hulpverleners ervaren dit echter niet altijd als zodanig (n=3).

De verpleegkundigen die de PGO's afnemen zijn goed te volgen, aldus de meerderheid van de ouders (n= 15). Er wordt duidelijke taal en makkelijke woorden gebruikt en verpleegkundigen herhalen tevens in makkelijkere woorden als aspecten niet begrepen worden. Alle ouders geven in de interviews aan het gevoel te hebben dat ze serieus genomen worden door de verpleegkundigen, dit ervaren zij zo door de manier waarop de verpleegkundige hen benadert (n=16). Ze luistert goed (n=8), ze stelt vragen en gaat goed op gestelde vragen in. Ze is open en ze spreekt in duidelijke taal. Ook is ze vriendelijk, toont ze interesse en respect en ze stelt ze gerust.

Dit is ook van invloed op het gevoel dat ouders aangeven te hebben na het PGO, de meesten ervaren het als een goed gesprek (n=15). Enkele ouders hadden een normaal gevoel na het PGO (n=3). Het nu weten hoe het met de ontwikkeling van het kind gaat heeft ook invloed op het goede gevoel (n=8), ook de aandacht, dat vragen beantwoord worden en dat problemen worden gesignaleerd worden als prettig ervaren. Respondent 3, ouder, geeft aan zowel het gesprek als de SDQ als prettig te ervaren:

“Zij was open voor mij, ja, en ja was goed gesprek ... en ... ook over die ... vragen kan ik zeggen dat het was echt goede ervaring voor mij.”

Ook werden er minder positieve gevoelens geuit (n=4). De verpleegkundige hield geen rekening met de culturele/religieuze achtergrond van een familie, zij gaf een advies voor zwemmen, terwijl vanuit cultureel/religieus oogpunt deze ouders niet willen dat hun dochter met jongens zwemt (n=1). Een andere ouder was minder positief, omdat zij geen resultaten had gezien en geen advies had gekregen op psychosociaal gebied, maar alleen op lichamelijk gebied. Ook het zelf niet voldoende beheersen van de Nederlandse taal en dat het PGO een emotioneel gesprek was beïnvloedde het gevoel van ouders.

Uit de registratieformulieren blijkt dat de meeste ouders de taal voldoende beheersen om het gesprek binnen het PGO goed te kunnen voeren en vragen juist te kunnen interpreteren (n=20). Dit wordt zo ervaren doordat ouders adequate antwoorden geven op vragen, ouders zelf veel vertellen en ouders aangeven wanneer ze iets niet begrijpen. Officiële brieven en stukken tekst zijn voornamelijk lastig. Uit de interviews blijkt echter dat in het PGO het soms maar de vraag is of ouders het wel echt begrijpen, de reden hiervan is wederom het niet voldoende beheersen van de Nederlandse taal (n=4).

“Ja, nou als ze slecht Nederlands begrijpen is het natuurlijk al het taalbegrip... dat ze weinig begrijpen en dat ze veel, dat ze toch voornamelijk sociaal wenselijke bezig zijn, zeg maar, dus ook veel knikken en ja zeggen terwijl ze uiteindelijk veel niet begrijpen.” Respondent 10, hulpverlener.

Gesprekken met ouders gaan vaker over basis onderwerpen en praktische zaken, dieper op onderwerpen en psychosociale problemen ingaan is moeilijker (n=3).

“Als iemand goed Nederlands spreekt dan kun je ook in de finesse, kun je in de nuance ... dingen duidelijk maken en als je niet zo goed Nederlands spreekt dan is dat lastiger.” Respondent 12, hulpverlener.

Hulpverleners geven aan dat het krijgen van extra informatie of aandachtspunten vanuit de leerkracht van kinderen, die naar het PGO moeten, worden gezien als een goede basis voor het afnemen van het PGO (n=4). Een leerkracht weet veel van de kinderen (n=1) en er kan daardoor gericht gewerkt worden in het PGO (n=2). Ook kan er makkelijker actie ondernomen worden als ouders niet op komen dagen. Is de reden taal, dan kan er eerder een versie in eigen taal opgestuurd worden (n=2). Nadelig is dat een leraar hiermee belast wordt bovenop de vaste taken (n=2) en dat de hulpverlening door de voorkennis op een andere manier het PGO in gaat en daardoor wellicht dingen over het hoofd zien. Als men van te voren niets weet gaat men helemaal open naar een onderzoek (n=2).

4.3.2 Vragen stellen

Vragen stellen is voor de meeste ouders geen probleem, zij vinden het niet lastig zo blijkt uit de interviews met ouders (n=12). Het niet voldoende machtig zijn van de Nederlandse taal is een reden waardoor ouders moeite hebben met vragen stellen. Respondent 3, ouder, geeft aan wel vragen te stellen, maar dat soms lastig te vinden door taal:

I: Vond u het lastig om vragen te stellen?

R: Soms wel ja.

I: Hebt u wel vragen gesteld?

R: Ja, ik heb over mijn dochter, over ... ziekte vragen gesteld.

I: En waarom vond u het lastig om die vragen te stellen?

R: Niet hier, ik ja bij andere afspraken ook ... vind ik beetje lastig, deze gaat over de taal, geen andere problemen ja, soms kan ik niet goede woorden vinden. ... Daarom vind ik lastig ja en ik, bijvoorbeeld, ik wil goede zin maken, maar die lukt me niet soms

... kan ik niet goede woorden en ja, duidelijk woorden meteen die vinden ja, ik heb bijvoorbeeld veel ideeën in mijn hoofd, ik kan niet onder woorden brengen.”

Enkele ouders geven daarnaast aan geen vragen (twee keer) te stellen uit angst lastig gevonden te worden (n=2). Ook is angst (het eng vinden) een reden om geen vragen te stellen (n=2). Alle hulpverleners geven echter aan dat ouders weinig vragen stellen in het PGO (n=5), in ieder geval minder dan autochtone ouders (n=3). De vragen die ze stellen zijn vaak praktischer van aard en gaan minder over psychosociale problemen (n=3). Helemaal als ouders minder goed Nederlands spreken stellen ze minder vragen, wat mogelijk komt door een soort schroom. Daarnaast kan het zijn dat ouders bang zijn dat ze het antwoord mogelijk niet begrijpen (n=1).

4.3.3 Tijd

De meerderheid van de ouders geeft in de interviews aan de tijd voor het PGO voldoende te vinden (n=14), andere ouders gaven aan dat, voor hun gevoel de tijd erg snel voorbij ging (n=2). Ook werd de tijd als te kort ervaren (n=1), dit omdat er nog meer met de verpleegkundige te bespreken was. Eén ouder gaf aan een PGO van 45 minuten beter te vinden.

De hulpverlening heeft gemengde gevoelens bij de lengte van het PGO bij allochtone ouders. Als er niets aan de hand is en het PGO gewoon verloopt dan is het gesprek lang genoeg (n=4). Is er meer aan de hand, dan is de tijd niet voldoende (n=5). Twee redenen worden aangegeven waardoor 25 minuten te weinig tijd is. De eerste reden is dat, als er problemen zijn waar dieper op ingegaan moet worden, de tijd snel uitloopt. Het komt ook steeds meer voor dat er problemen zijn (n=4). De tweede reden is dat als ouders de taal niet voldoende spreken het langer duurt om het PGO te doorlopen (n=2).

4.3.4 Psychosociale problemen

Enkele ouders kunnen in de interviews aangeven wat psychosociale problemen zijn (n=6). Daarvan benoemen de meeste ouders zowel psychische als sociale aspecten van psychosociale problemen (n=4).

Het merendeel van de hulpverleners geeft aan dat ouders psychosociale problemen vaak niet als zodanig benoemen en daarbij de nadruk leggen op praktische zaken en fysieke aspecten (n=4). Ouders zien wel dat er problemen zijn bij hun kinderen, maar

ze weten daarbij niet wat de reden van de problemen is (n=3). Aangegeven wordt dat taal een reden kan zijn dat ouders niet kunnen aangeven wat de redenen zijn van problemen (n=3). Cultuur kan ook een reden zijn dat ouders psychosociale problemen niet als zodanig benoemen, omdat ze het niet kennen, anders omgaan met problemen of er de woorden niet voor hebben in hun cultuur (n=2). Het kan zijn dat zij problemen zien als iets dat bij hen hoort en zij het binnen eigen kringen willen houden (n=3). Ook kan het zijn dat ze minder diep en analytisch naar hun kinderen kijken en problemen niet zien (n=1). Eén hulpverlener gaf aan dat ouders het op een bepaalde manier wel benoemen en wel psychosociale problemen zien, namelijk in de vorm van de moeilijkheid van opvoeden en dat ouders aangeven niet te weten hoe de opvoeding aangepakt moet worden.

In het PGO worden de kinderen bevraagd op alle psychosociale gebieden, wat voor kinderen vaak moeilijk is om over te praten. Ouders bieden de uitkomst en vullen kinderen, waar nodig, aan. Als ouders de taal niet volledig machtig zijn kunnen zij ook hun kinderen minder goed aanvullen, helemaal als kinderen gebruikt worden om te vertalen (n=2).

4.3.5 Cultuur in het PGO

Ouders vinden het over het algemeen belangrijk dat de hulpverlening in het PGO rekening houdt met cultuur, zo blijkt uit de interviews met ouders (n=12). Het is voor de hulpverlening echter niet te doen alles van alle culturen te weten (n=1), maar door begrip van de grote lijnen biedt men respect (n=2). De communicatie wordt tevens vergemakkelijkt (n=2), mede doordat in sommige culturen men niet gemakkelijk praat over bepaalde onderwerpen (n=1). Een aantal ouders geeft aan dat het hen niet uitmaakt of cultuur meegenomen wordt in het PGO (N=3). Vragen over cultuur zouden wel beantwoord worden in het PGO (n=1). Het ligt ook aan de situatie, soms is cultuur belangrijk en soms ook niet (n=1). Daarbij geven enkele ouders nuances aan, bepaalde aspecten van andere culturen zijn überhaupt niet te begrijpen (n=1) en niet alles is verbonden met cultuur (n=2):

“Kan sommige dingen niet door cultuur zijn, ja sommige dingen gewoon is probleem van die kind ... niet door de cultuur.” Respondent 7, ouder.

Eén ouder gaf aan cultuur helemaal niet belangrijk te vinden in het PGO.

Ook de hulpverleners merken op dat men in bepaalde werkgebieden te maken heeft met vele verschillende culturen, waardoor het niet haalbaar is om overal en van alle

culturen iets af te weten (n=3). Wel proberen hulpverleners rekening te houden met andere culturen (n=5):

“Tuurlijk hou je rekening met (cultuur), als zij gewend zijn kinderen laat naar bed te doen, probeer je toch om daar een middenweg in te zoeken, want je hoeft niet iemand helemaal te veranderen.” Respondent 11.

Het is belangrijk mensen tegemoet te komen in hun cultuur, maar het blijft een wisselwerking. Zij zitten in de Nederlandse cultuur en behoren zich aan te passen en het is lastig als hulpverlener overal rekening mee te houden (n=3):

“Ik probeer daar wel een beetje rekening mee te houden, maar eigenlijk ja, vind ik dat ook niet reëel, want ja, dan moet ik met elke cultuur rekening gaan houden, maar als ik het idee heb dat ik ze daardoor eerder heb ... ze dus daardoor opener zijn ja dan ... probeer ik dat natuurlijk wel een beetje, daar wel een beetje mee te spelen zeg maar hé, want ik vind het wel lastig hoor, ik vind ook wel een beetje van ja, ik zie zoveel kinderen en we spreken zoveel ouders het is niet reëel om te denken dat wij ons constant aan ... moeten passen aan de gebruiken van degene die bij ons komt.” Respondent 10.’

Van bepaalde culturen weet men over het algemeen wel meer dan van andere culturen, bepaalde basis aspecten zijn bekend (n=2), mede door de media (n=1). Niet alleen bij andere culturen komt het voor dat hulpverleners het gevoel hebben niet voldoende te weten, ook binnen Nederlandse gezinnen kunnen er verschillen zitten (n=1). Ook komen aspecten overeen tussen culturen (n=1).

Niet alles is onder cultuur te plaatsen, ook veel aspecten zijn afhankelijk van de persoonlijkheid van de ouder in kwestie (n=4). Hoe ouders praten over bepaalde onderwerpen en hoe ze reageren in het PGO is afhankelijk van hun persoonlijkheid (n=2). In het PGO moet daarmee rekening gehouden worden met de persoon:

“Het is zeker niet zo dat je iedereen gelijk behandelt ... dat je altijd wel een beetje rekening houdt met wie je voor je hebt, ja we noemen dat ook wel spiegelen zeg maar, dat je toch altijd een beetje probeert, want je weet gewoon van als ik me een beetje aanpas aan degene die voor me zit, zal die ook meer aan mij geven, zal die ook meer vertellen. Dus in die zin denk ik juist dat iedereen heel erg uniek is en dat het juist zo interessant is, omdat je elke keer een ander iemand voor je hebt ... Ik zie juist iedereen echt als individu en als apart iemand weer die binnen komt.” Respondent 10, hulpverlener.

Volgens het merendeel van de hulpverlening bestaan er verschillen tussen culturen in opvoedingsstijlen (n=5). In sommige culturen wordt er met bepaalde dingen vrijer

omgegaan dan in de Nederlandse cultuur (n=3), andere culturen zijn op bepaalde gebieden juist strikter dan de Nederlandse cultuur (n=2). Ook zijn er verschillen tussen culturen in hoe jongens en meisjes worden opgevoed (n=3). Men heeft andere maatstaven van acceptabel gedrag (n=2).

Enkele hulpverleners geven manieren aan voor het verbeteren van het PGO die samenhangen met cultuur. Bijscholing op het gebied van cultuur zou nuttig zijn, daardoor zouden hulpverleners meer rekening kunnen houden met cultuur. Het is lastig, omdat er zoveel verschillende culturen zijn, misschien is het een oplossing zich te richten op slechts enkele veel voorkomende culturen in een werkgebied (n=1). Een andere verbetering die ook samenhangt met bijscholing en cultuur is ouders tegemoet te komen door enkele woorden of begroetingen te leren kennen uit hun cultuur en taal (n=1). Nog een optie voor verbetering zou zijn een consulente aan te stellen met de culturele achtergrond van een veelvoorkomende cultuur in een bepaald werkgebied. In Woerden is dit al ingevoerd. Daar hebben ze een spreekuur op een ochtend in de week waar voornamelijk ouders met diezelfde culturele achtergrond worden uitgenodigd. De consulente vangt de ouders op en springt bij waar vertalingen noodzakelijk zijn. Het is wel moeilijk te realiseren in gemeenten waar veel verschillende culturen aanwezig zijn (n=1).

4.3.6 Samengevat

Over het algemeen zijn ouders positief over het PGO en de verpleegkundigen die het PGO uitvoeren. Alle ouders ervaren het PGO als belangrijk, omdat het om de gezondheid van hun kind gaat. De verpleegkundigen waren goed te volgen en gaven ouders het gevoel dat ze serieus genomen werden. Ze hielden rekening met taal en benaderden de ouders op een goede manier. Taalbeheersing van ouders speelt ook in het PGO een belangrijke rol. Niet altijd is duidelijk of ouders echt alles begrijpen. Het slecht beheersen van de Nederlandse taal en de aanwezigheid van problemen vertragen het proces binnen het PGO, waardoor de tijd vaak te kort is. Het merendeel van de ouders geeft aan het niet lastig te vinden vragen te stellen, dit doen zij echter niet vaak, aldus de hulpverlening. Taal is de voornaamste reden die beiden aandragen voor het niet vragen stellen. Ouders vinden het echter soms ook eng en zijn daarnaast bang om lastig gevonden te worden.

Slechts enkele ouders kunnen aangeven wat psychosociale problemen zijn, dit komt ook naar voren uit de ervaringen van de hulpverlening. Oorzaken op twee gebieden worden hiervoor aangedragen, namelijk taal en cultuur.

Dat er rekening gehouden wordt met cultuur in het PGO wordt door ouders als belangrijk ervaren, hulpverleners proberen dit ook te doen. Op die manier worden mensen beter bereikt en voelen ouders zich gerespecteerd, maar het is ook een wisselwerking, ook ouders moeten zich aanpassen. Het is bovendien lastig om van alle culturen (alle) belangrijke zaken te weten en te kennen. Daarnaast heeft niet alles te maken met cultuur, sommige dingen zijn afhankelijk van de persoon. Belangrijke veranderingen voor het verbeteren van de bruikbaarheid van het PGO bij allochtonen zijn hulpverleners bijscholing bieden op het gebied van cultuur en een consulente aanstellen met een bepaalde culturele achtergrond die ouders op hun gemak kan stellen en bij kan springen waar nodig.

4.4 Vervolgacties

De resultaten hier besproken gaan over de bruikbaarheid en doelmatigheid van de SDQ en het PGO. De resultaten betreffen het belang van vervolgacties, verschillen tussen de uitkomsten van de SDQ en wat naar voren komt in het PGO en advies geven.

4.4.1 Het belang van vervolgacties

Bij verscheidene kinderen zijn er vervolgacties geïndiceerd (n=13). Bij de meeste kinderen waar dit het geval was, was het advies gericht op lichamelijke zaken (n=10), ook is er advies gegeven op het gebied van psychosociale problemen (n=4). In enkele gevallen is contact gezocht met leerkrachten over de te nemen beslissingen. Ouders konden zich over het algemeen vinden in de besproken vervolgacties.

De meeste geïnterviewde ouders vinden het belangrijk dat vervolgacties ondernomen worden, voornamelijk voor de gezondheid van het kind (n=15). Ook bestaat er bij ouders onduidelijkheid over wat vervolgacties precies zijn, wat er allemaal gaat gebeuren mochten er problemen zijn en hoe problemen precies worden opgelost.

De meeste ouders geven in de interviews aan zelf om hulp of vervolgacties te vragen, mocht dit in hun ogen nodig zijn (n=14). Eén ouder geeft daarbij aan het zelf

te proberen en als het niet lukt qua taal, dat dan hulp gevraagd zou worden aan een familielid. Hulpverleners menen echter dat allochtonen weinig vragen in het PGO.

4.4.2 Verschillen tussen de SDQ en het PGO

Hulpverleners zien de SDQ over het algemeen als een goede vragenlijst (n=3), hij is uitgebreid en zij menen dat hij doet waar hij voor bedoeld is. Aan de andere kant is de SDQ wel lastig (n=1). Ook respondent 12, hulpverlener, is niet volledig positief over de SDQ:

“Ik heb zo af en toe ook mijn bedenkingen bij die SDQ.”

Het geven van sociaal wenselijke antwoorden is volgens deze respondent een reden dat de SDQ niet altijd optimaal is.

Een aantal hulpverleners geeft daarbij aan niet zomaar van de SDQ uit te gaan in het PGO. Het vasthouden van de eigen interpretatie en je eigen verstand gebruiken is belangrijk. Door middel van verder doorvragen wordt getracht te achterhalen of ouders de SDQ hebben ingevuld zoals het bedoeld is. Ook kan men daarmee achterhalen hoe ouders het bedoelen (n=3). Dit is ook belangrijk omdat alle hulpverleners aangeven dat er verschillen kunnen voorkomen tussen wat er in de SDQ is ingevuld en wat er uit het PGO naar voren komt (n=5). Aan de ene kant komt het voor dat er een verhoogde score uit de SDQ komt en als er dan op doorgevraagd wordt in het PGO, dan blijkt dat de problemen lijken mee te vallen (n=4). Aan de andere kant komt het voor dat er niets uit de SDQ komt, maar bij het bevragen in het PGO er toch problemen naar boven komen (n=3). Het kan ook zijn dat er uit zowel de SDQ als uit het PGO niets naar voren komt. Als het kind dan later besproken wordt met de leerkracht, dan kan het zijn dat er toch van alles aan de hand is met het kind (n=1).

Meerdere redenen werden gegeven voor het verschil tussen wat er is ingevuld in de SDQ en wat er naar voren komt in het PGO. Het kan zijn dat ouders helemaal geen behoefte hebben aan of zin hebben in praten (n=3), dat ze bepaald onderwerpen vermijden (n=1) of dat ze de SDQ sociaal wenselijk invullen (n=3). Als ouders dingen niet willen vertellen, dan ontdek je dat ook niet altijd als hulpverlener. Hulpverleners zijn daar wel alert op, maar dan mis je dat gewoon, daar is niets aan te doen (n=2). Ook kan het zijn dat ouders gewend zijn aan het gedrag van hun kind en het zelf niet als probleem zien (n=1). Taal is daarnaast een reden voor verschillen tussen wat er uit de SDQ komt en in het PGO naar voren komt (n=2). Daarbij valt te denken aan

verkeerd invullen, verkeerd lezen en dingen letterlijk nemen. Ook cultuur kan daarbij een rol spelen (n=3), er kunnen verschillen zijn tussen culturen in hoe mensen reageren op bepaalde zaken (n=2) en wat acceptabel gedrag is (n=1). Cultuur speelt ook een rol bij het invullen van de SDQ (n=3). Ouders vullen daardoor de SDQ mogelijk anders in:

“Ik had laatst ook weer een, een moeder inderdaad, was een Surinaams-Hindoestaanse moeder en die had dan toch weer een heel andere kijk op bepaalde dingen dat ik denk van ja, maar als je er zo over denkt vul je inderdaad die vragen anders in.” Respondent 12, hulpverlener.

Ook binnen de Nederlandse cultuur kunnen er verschillen zijn, waardoor de SDQ anders ingevuld zou kunnen worden (n=1).

4.4.3 Advies geven

Advies dat gegeven wordt is een richtlijn voor ouders, het draait om de bewustwording van wat het beste is voor een kind (n=2). Enkele hulpverleners geven aan dat ouders niet altijd het advies opvolgen dat ze geven (n=2). Ouders kunnen bepaalde aspecten daarbij zien als iets dat bij hen hoort, het is de manier waarop zij bepaalde dingen doen in hun cultuur (n=2). Daarnaast geven hulpverleners aan dat het niet altijd een probleem hoeft te zijn dat ouders adviezen niet opvolgen (n=2):

“Ik denk dat op het moment dat het kind daar last van heeft, hè, dat het kind zo laat naar bed gaat en zo weinig slaap krijgt dat het op school in slaap valt, niet mee kan komen, dat je dan wel ingangen hebt om daar veranderingen in te brengen, maar op het moment dat een kind het lekker doet, en op school gaat het goed, ja dan gaat een kind laat naar bed, ja. So be it.” Respondent 12.

4.4.4 Samengevat

Het komt regelmatig voor dat wat geïndiceerd wordt door de SDQ niet overeenkomt met de ervaringen en waarnemingen van hulpverleners tijdens het PGO. Taal, cultuur en geen behoefte hebben aan praten zijn oorzaken waarom dit verschil naar voren kan komen. Hulpverleners moeten daarom hun verstand en eigen interpretatie volgen. Ook de adviezen die gegeven worden in het PGO worden niet altijd opgevolgd door ouders. Hulpverleners ervaren dit is in principe niet als een probleem. Alleen als kinderen er daadwerkelijk last van hebben, moeten er serieuze stappen ondernomen worden. Vervolgacties worden door ouders echter wel als

belangrijk ervaren voor de gezondheid van hun kind. Ouders geven daarom aan dat zij er om zouden vragen als zij het idee hebben dat het nodig is. Hulpverleners geven echter aan niet het gevoel te hebben dat ouders daarom vragen.

4.4.5 Afsluiting

In dit hoofdstuk zijn de resultaten besproken op het gebied van 1) de voorbereidingen op het PGO, 2) de SDQ, 3) het PGO en 4) de vervolgacties met als doel te achterhalen in hoeverre deze bruikbaar en doelmatig zijn bij allochtone kinderen en hun ouders. De resultaten van de voorbereidingen op het PGO, de SDQ en het PGO zijn voornamelijk gericht op de bruikbaarheid. De resultaten van de vervolgacties zijn voornamelijk gericht op de doelmatigheid. Deze resultaten geven voldoende inzichten over de bruikbaarheid, de informatie voor de doelmatigheid is echter beperkt, deze zijn alleen gebaseerd op de informatie van hulpverleners.

5. Discussie, aanbevelingen en conclusie

De resultaten beschreven bieden inzichten ten aanzien van de bruikbaarheid en doelmatigheid van de SDQ en het PGO bij allochtone kinderen en hun ouders. Eerst komen de discussie en aanbevelingen aan de orde. In de discussie wordt er een onderscheid gemaakt tussen inhoudelijke discussie (5.1) en methodologische discussie (5.2). Paragraaf 5.3 is de conclusie.

5.1 Inhoudelijke discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat de bruikbaarheid van de uitnodigingsbrief, de SDQ en het PGO bij allochtone kinderen en hun ouders op verschillende punten te wensen overlaat. In dit hoofdstuk worden de voorbereidingen op het PGO, de SDQ, het PGO en de vervolgacties nogmaals besproken. Tevens worden aanbevelingen gedaan.

5.1.1 Voorbereidingen op het Preventief Gezondheidsonderzoek

Ouders geven aan dat de uitnodigingsbrief over het algemeen duidelijk en begrijpelijk is, bovendien vullen zij meestal de SDQ voorafgaande aan het PGO in. Het komt echter voor dat ouders de uitnodigingsbrief niet begrijpen en dat de SDQ niet, niet juist of niet volledig wordt ingevuld. Taal is dé reden van dit probleem. Hierbij gaat het zowel om de taalbeheersing van de ouders, of ze de Nederlandse taal beheersen

en of ze überhaupt kunnen lezen en schrijven, als om de moeilijkheidsgraad van de gebruikte taal in de uitnodigingsbrief en de SDQ. Als ouders de taal niet voldoende beheersen, dan zijn de uitnodigingsbrief en de SDQ al snel te moeilijk en neemt de bruikbaarheid van de brief en de SDQ af.

Uit dit onderzoek blijkt dat ouders in de meeste gevallen de SDQ invullen met behulp van kinderen, familie, buren of vrienden. Dit duidt er op dat het invullen van de SDQ problemen met zich meebrengt en zegt op zichzelf al iets over de bruikbaarheid bij deze doelgroep. Aan de andere kant geven ouders aan, zij het door de hulp, de SDQ wel te begrijpen. Er is echter weinig bekend over de problemen die dit mogelijk met zich meebrengt.

5.1.2 Aanbevelingen

Ten eerste zou de uitnodigingsbrief in makkelijkere taal geformuleerd moeten worden, minder in professionele taal en in makkelijke woorden. Ook in de SDQ zouden zinnen en woorden die als minder begrijpelijk en moeilijk worden ervaren aangepast moeten worden. Ook de woorden en onderwerpen die ouders en hulpverleners aangegeven hebben te missen zouden meegenomen kunnen worden. Hierbij is het echter problematisch dat de SDQ veranderd waardoor deze niet meer bewezen valide is. Er moet daarbij opnieuw gekeken worden naar de psychometrisch proporties van de SDQ en of de vragenlijst daarmee nog steeds meet waar deze voor dient. Dit moet ook gebeuren bij het gebruik van de uitnodigingsbrief en de SDQ in eigen taal.

Ten tweede zou er beter uitgelegd moeten worden waar de SDQ en het PGO voor dienen, waardoor ouders beter weten wat ze kunnen verwachten en zij meer kunnen betekenen voor het signaleringsproces. De verpleegkundige kan hier uitkomst bieden. Ook in een extra brief of in de bestaande brief zou dit uitgelegd kunnen worden.

Als derde dient het ter aanbeveling het protocol aan te passen ten aanzien van de te ondernemen acties bij het niet op komen dagen van ouders. Na de eerste keer versturen van een brief moet officieel nogmaals een brief verstuurd worden als ouders niet verschijnen op het PGO. Bij allochtone ouders kan de reden echter anders zijn dan bij autochtone ouders, namelijk dat ze de brief niet kunnen lezen. Weet men via de leerkracht, of op een andere manier dat de reden van het niet op

komen dagen taal is dan is het handiger direct telefonisch of persoonlijk contact te zoeken.

Als laatste komen er enkele vragen naar voren ten opzichte van het invullen van de SDQ waar dit onderzoek geen uitsluitsel over biedt. Een vraag daarbij is: in hoeverre is hulp van bijvoorbeeld een kind bij het invullen een probleem en in welke mate is dit van invloed op de bruikbaarheid en doelmatigheid van de SDQ. Niet duidelijk is of de uitkomst van de SDQ anders is als anderen helpen of hoe ouders die de taal niet voldoende machtig zijn de SDQ interpreteren. Een vraag die daar mee samenhangt is in hoeverre de SDQ in eigen taal daarbij uitkomst kan bieden. Interessant en nuttig voor de praktijk en wetenschap zou zijn deze vraagstukken in onderzoek op te pakken.

5.1.3 SDQ

De afname van de SDQ wordt door ouders als belangrijk ervaren, bovendien geven zij aan te weten waarom de SDQ wordt afgenomen. Hulpverleners trekken dit enigszins in twijfel. Ouders en hulpverleners zien de SDQ wel als een lastige vragenlijst. Hoewel ouders de vragen over het algemeen begrijpen, hebben velen moeite met specifieke woorden en soms met hele zinnen. Dat er meerdere vragen in één vraag staan, vragen als minder prettig ervaren worden en de SDQ inhoudelijk een hoge moeilijkheidsgraad heeft, maken de SDQ tevens lastig om te vullen. Ook hier speelt de taalbeheersing van ouders een rol, het blijft de vraag of ouders de SDQ daadwerkelijk begrijpen. Door deze aspecten blijkt dat de bruikbaarheid van de SDQ te wensen overlaat. De vraag daarbij is echter of de functie van de SDQ afhankelijk is van het juiste begrip van ouders van waar de SDQ voor dient. Het belangrijkste is dat ouders de afzonderlijke vragen goed begrijpen in de SDQ, daarvoor hoeven zij niet per se te weten waar de SDQ in het geheel voor dient.

Zowel ouders als hulpverleners menen dat het gebruik van de SDQ in eigen taal een goede manier zou zijn voor het optimaal signaleren van problemen. Hier zitten echter wel een aantal haken en ogen aan. Wie stuur je de lijst in eigen taal op en in welke taal moet dit gebeuren.

5.1.4 Aanbevelingen

Ten eerste zou door het geringe aantal respondenten dit onderzoek groter opgezet nogmaals uitgevoerd moeten worden, wellicht in een grote stad waar allochtonen makkelijker te bereiken zijn. Ook dient het ter aanbeveling op andere manieren onderzoek te doen naar de bruikbaarheid van de SDQ bij allochtone ouders en hun kinderen. Dit onderzoek is een goede basis voor toekomstig (kwantitatief) onderzoek, waardoor de uitkomsten verheven kunnen worden naar een hoger niveau en de betrouwbaarheid van resultaten vergroot worden. Daarmee kan uitsluitel geboden worden in hoeverre de SDQ daadwerkelijk bruikbaar is bij deze doelgroep.

Ten tweede staan er in meerdere zinnen van de SDQ meer vragen in één zin. Dit zou aangepast moeten worden. De vragen zo stellen dat ze maar op één manier uit te leggen zijn, zou een oplossing zijn. De link tussen de zinsdelen moet duidelijker zichtbaar gemaakt worden, het is mogelijk dat ouders dit niet zien, waardoor ze de zinsdelen apart zien.

Ten derde zouden de betrouwbaarheid, bruikbaarheid en doelmatigheid van de uitnodigingsbrief en de SDQ in eigen taal en het opsturen van zowel een Nederlandse SDQ als een SDQ in eigen taal onderzocht moeten worden. Ook het idee van in de Nederlandse brief in één of twee zinnen in enkele veelvoorkomende talen van een werkgebied aangeven dat als men moeite heeft met het lezen van de brief, contact opgenomen kan worden met de GGD en dat een brief opgestuurd kan worden in de eigen taal zou onderzocht moeten worden. Dit zou in een pilotproject gedaan kunnen worden.

Als laatste is het belangrijk dat benadrukt wordt of het een probleem is wat ingevuld wordt in de SDQ. Bij het invullen moeten ouders dat in het achterhoofd houden. Daarmee zullen vragen eerder op de juiste manier ingevuld worden. Dat is ook wat de hulpverleners willen weten.

5.1.5 PGO

De ervaringen van ouders over het PGO en de verpleegkundigen die de PGO's afnemen zijn voor het grootste deel positief. Het PGO vinden ze belangrijk en de manier waarop de verpleegkundigen ouders benaderden wordt gewaardeerd. Meestal is de tijd die gereserveerd staat voor het PGO voldoende. Het komt echter ook voor dat de tijd niet voldoende is, de reden daarvan is dat er problemen zijn of

dat ouders de taal niet voldoende beheersen, waardoor de communicatie moeilijk verloopt. In het PGO is het tevens de vraag of ouders het wel echt begrijpen. De reden hiervan is ook het niet goed beheersen van de Nederlandse taal. Ouders benoemen psychosociale problemen ook niet als zodanig in het PGO. Het blijkt dat ze problemen wel zien, maar dat ze het vaak in de fysieke sfeer plaatsen. Ook kunnen ze niet altijd aangeven waar de problemen vandaan komen. Daarnaast kan het zijn dat ze er de woorden niet voor hebben vanuit taal of cultuur. Ze weten het gewoonweg niet in de Nederlandse taal te verwoorden of ze kennen psychosociale problemen niet als zodanig in hun cultuur. Hierdoor kunnen ouders hun kinderen ook minder goed aanvullen, het signaleren van problemen in het PGO wordt daardoor moeilijker, aldus de hulpverlening. Deze bevindingen worden ook bevestigd door onderzoek, de gezondheid van migranten is vaak slechter dan de gezondheid van de Nederlandse bevolking (May, 2002). Zij hebben vaker problemen. Daarnaast is het door slechte taalbeheersing lastiger problemen te signaleren en zullen ouders eerder somatiseren. Het komt voor dat er helemaal geen onderscheid wordt gemaakt tussen de psychische en fysieke gezondheid in bepaalde culturen. Ook kan het zijn dat er in bepaalde culturen een hele andere visie bestaat op wat psychosociale problemen zijn. Dit kunnen ook redenen zijn dat ouders somatiseren (Sue&Sue, 2003; Knipscheer&Kleber, 1998). Het blijkt daarmee dat er vraagtekens gezet kunnen worden bij de bruikbaarheid van het PGO bij allochtone ouders.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de meningen verschillen of cultuur meegenomen moet worden in het PGO. Bij de ouders loopt het uiteen, sommige ouders vinden het belangrijk, voor andere maakt het niet uit. De hulpverlening geeft aan niet altijd voldoende op de hoogte te zijn van cultuur specifieke aspecten; wel wordt geprobeerd rekening te houden met cultuur. Hulpverleners houden dus rekening met de klinische realiteit van mensen uit andere culturen en tonen daarmee aan dat ze culturele sensitiviteit bezitten (Colijn, 1996). Als hulpverleners in het PGO merken dat ouders opener zijn en meer praten als meer met hun cultuur gedaan wordt, dan zal men hier nog meer rekening mee houden. Lastig hierbij is dat er te veel culturen zijn in een werkgebied en dat men niet alles van alle culturen kan weten. Het is echter wel een wisselwerking en ouders moeten ook moeite doen om zich binnen de Nederlandse cultuur in te passen. Dat ouders zich moeten aanpassen aan Nederland wordt erkend door zowel de ouders als de hulpverleners. De mate

van aanpassing is van invloed op de gezondheid. Integratie, de combinatie tussen het vasthouden aan de eigen cultuur en het accepteren van de nieuwe cultuur lijkt in deze situatie een juiste mate voor optimale probleemsigalering (Kamperman et al, 2003; Wolffers & v/d Kwaak, 2004). De uniekheid van de mens en dat door omstandigheden, achtergrond en geschiedenis mensen kunnen verschillen en daarmee niet alles terug te voeren is op cultuur (Knipscheer et al., 2005) werd door zowel ouders als door hulpverleners aangedragen. Sommige aspecten en problemen zijn gewoon afhankelijk van de persoon en persoonlijkheid in kwestie en liggen niet bij de cultuur van de persoon.

Cultuur wordt tot enigszins al meegenomen in het PGO en in dat opzicht is het PGO bruikbaar bij deze doelgroep. In andere culturen kunnen er echter andere visies bestaan ten opzichte van de wereld en interpreteren en reageren mensen mogelijk anders. Hulpverleners weten daarnaast niet alles van andere culturen en de mate van taalbeheersing is van invloed op het gesprek en het signaleringsproces. Hulpverleners hebben niet alles in de hand en kunnen niet op alles anticiperen. Ook door deze aspecten op het gebied van cultuur blijkt dat de bruikbaarheid van het PGO niet optimaal is bij allochtonen.

5.1.6 Aanbevelingen

Ten eerste moet de samenwerking met leerkrachten versterkt worden. Zij beschikken over veel informatie van gezinnen. Het signaleringsproces zou daardoor vergemakkelijkt worden. Daarnaast moet informatie over gezinnen beter geregistreerd worden. Na het eerste PGO in groep twee kan het al duidelijk zijn welke taal ouders spreken en in welke mate zij de Nederlandse taal op dat moment beheersen. Het zou nuttig zijn dit soort informatie op te nemen in de dossiers van de GGD. Dit kan ook voordelen bieden bij de keuze voor het al dan niet opsturen van de SDQ in eigen taal of om zowel de Nederlandse als de SDQ in eigen taal op te sturen. Ten tweede kunnen er aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van cultuur. Het zou nuttig zijn de invloed van cultuur op de SDQ en het PGO verder te onderzoeken. Ouders interpreteren wellicht anders als zij een andere culturele achtergrond hebben, daarnaast kan het voorkomen dat in bepaalde culturen helemaal geen onderscheidt gemaakt wordt tussen psychosociale problemen en fysieke problemen. Als hulpverleners meer kennis hebben op het gebied van cultuur dan zou dat

voordeel kunnen bieden bij het signaleringsproces en zouden zij beter rekening kunnen houden met andere culturen. Bijscholing op dit gebied is daarbij een specifieke aanbeveling. Het is echter lastig dat er zoveel verschillende culturen zijn. Het is misschien een oplossing zich te richten op slechts enkele veel voorkomende culturen in een werkgebied en daarbij enkele woorden of begroetingen te leren van de verschillende culturen en talen. Een andere specifieke aanbeveling op het gebied van cultuur is het aanstellen van een consulente met de culturele achtergrond van een veelvoorkomende cultuur in een bepaald werkgebied ter ondersteuning van het PGO. De consulente vangt ouders op en springt bij waar vertalingen noodzakelijk zijn.

5.1.7 Vervolgacties

De hulpverleners zijn unaniem in hun mening dat de SDQ een voldoende beeld geeft van de allochtone kinderen en dat daarmee de juiste beslissingen genomen worden voor vervolgacties. Regelmatig komt het echter voor dat er verschillen naar voren komen tussen wat ouders invullen in de SDQ, wat hulpverleners aan de hand daarvan indiceren en wat waargenomen wordt in het PGO. Redenen voor het verschil zijn te vinden in taal en cultuur. Als ouders de taal niet voldoende beheersen kan het zijn dat zij vragen anders interpreteren en dat zij de SDQ mogelijk anders, verkeerd, gedeeltelijk of helemaal niet invullen. Uitkomsten kunnen daardoor een vertekend beeld geven. Ook de moeilijkheidsgraad van de SDQ beïnvloedt dit; er zitten moeilijke en lastige woorden in de SDQ, die dit kunnen versterken. De culturele achtergrond van ouders kan daar ook invloed op hebben en op hoe zij reageren en handelen in het PGO, waardoor er een vertekend beeld kan ontstaan. Door cultuur kan het zijn dat ouders andere wensen en een andere visie op de wereld hebben, waardoor zij de SDQ mogelijk anders interpreteren. Daarmee kan tevens de uitslag van de SDQ anders zijn. Belangrijk is daarom dat hulpverleners niet blind uitgaan van de SDQ, maar vanuit eigen inzicht interpreteren of er daadwerkelijk sprake is van problemen of juist niet. Als hulpverleners zich hiervan bewust zijn, zal de signalering van psychosociale problemen verbeterd worden bij deze doelgroep. Het vergt echter wel meer van de hulpverlening. Het is moeilijk hier rekening mee te houden als ouders slecht te begrijpen zijn en zij handelen vanuit een cultuur die hulpverleners minder goed kennen (van Berkel et al., 2006).

Er is een inconsistentie in deze resultaten. Aan de ene kant vinden hulpverleners dat de SDQ een voldoende beeld geeft van allochtone kinderen en menen zij de juiste indicaties te stellen. Aan de andere kant nemen zij een verschil waar tussen wat de SDQ weergeeft en wat zij zien in het PGO. Hieruit op te maken is dat de doelmatigheid van de SDQ niet optimaal is bij deze doelgroep. Mogelijk door de combinatie van de SDQ met het PGO worden wel de juiste indicaties gesteld. Het kan zijn dat hulpverleners compenseren voor de matige doelmatigheid van de SDQ en dat zij de SDQ op peil houden. Het blijft echter de interpretatie en het perspectief van deze mensen en niet duidelijk is of hulpverleners daadwerkelijk voldoende compensatie kunnen bieden en echt alle problemen gesignaleerd worden.

5.1.8 Aanbeveling

Ten eerste dient onderzoek naar de doelmatigheid van de SDQ uitgebreid te worden. Dit onderzoek toont aan dat de doelmatigheid te wensen overlaat, in hoeverre is echter niet duidelijk. Gezien de verschillen tussen de uitkomsten van de SDQ en het PGO zou er tevens een pilotstudie overwogen kunnen worden. Daarbij zou een studie gedaan kunnen worden naar het gebruik van de combinatie van de ouderversie en de lerarenversie van de SDQ, waardoor wellicht verschillen beter ondervangen kunnen worden. Ook zou het een optie zijn om de SDQ met een ander vroegsignaleringsinstrument (bijvoorbeeld de Child Behavior Checklist) te vergelijken specifiek op het gebied van doelmatigheid en het gebruik van deze vragenlijsten bij allochtone kinderen en hun ouders.

Ten tweede zou op basis van dit onderzoek hypothesen opgesteld kunnen worden om vervolgens grootschalig, kwantificerend onderzoek uit te kunnen voeren.

Voorbeelden van hypothesen die op basis van dit onderzoek opgesteld kunnen worden zijn:

- Taal is het voornaamste probleem bij de vroegsignalering van psychosociale problemen door middel van de SDQ bij allochtonen kinderen en hun ouders.
- De bruikbaarheid van de SDQ bij allochtone ouders en hun kinderen is niet naar behoren.
- De sociaal economische status van gezinnen is meer bepalend voor de bruikbaarheid van de SDQ dan cultuur bij allochtone ouders en hun kinderen.

- Analfabetisme is meer bepalend voor de bruikbaarheid van de SDQ dan cultuur bij allochtone ouders en hun kinderen.
- Door de culturele achtergrond interpreteren ouders de SDQ anders dan bedoeld.

Als laatste dient het ter aanbeveling de effecten van de SDQ in kaart te brengen. De SDQ is pas kort ingevoerd als landelijke vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen en het is mogelijk dat de effecten daarvan nog niet zichtbaar zijn. Dit kan een reden zijn waarom op dit moment allochtone jongeren nog steeds oververtegenwoordigd zijn bij bepaalde zorg instellingen.

5.2 Methodologische discussie

In de methodologische discussie worden de sterke en zwakke aspecten besproken ten aanzien de methodologie van dit onderzoek.

5.2.1 Steekproef

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een zo divers mogelijke steekproef. Vele verschillende respondenten, met verschillende achtergronden. Voornamelijk bij de allochtone ouders was dit het geval. Dit was een bewuste keuze, want het betreft een exploratief onderzoek van een onderwerp waar nog weinig over bekend is. Het doel was een verkenning van welke problemen er spelen met betrekking tot de bruikbaarheid en de doelmatigheid van de SDQ en het PGO bij allochtone kinderen en hun ouders. De reikwijdte van het onderzoek wordt vergroot en er bestaat minder kans dat er aspecten over het hoofd worden gezien. Doordat de steekproef echter klein is, moet er rekening gehouden worden met een vertekend beeld van de werkelijkheid. Ook de manier waarom de steekproef tot stand is gekomen is niet optimaal.

De respondenten zijn verkregen via samenwerking met de GGD Midden-Nederland, locatie Nieuwegein. In de periode van het onderzoek werden er weinig PGO's afgenomen bij allochtone ouders, hierdoor stond vast wie er mee konden werken aan dit onderzoek. In eerste instantie zou een deel van dit onderzoek plaats vinden binnen een asielzoekerscentrum, maar door een nieuwe instroom van een grote groep asielzoekers, was er geen tijd en ruimte voor de hulpverleners werkzaam binnen het asielzoekerscentrum om mee te werken aan dit onderzoek. De geplande

PGO's met de ouders binnen het asielzoekerscentrum werden opgeschoven, medische hulp voor de nieuwe ingestroomde groep was prioriteit nummer één. Daardoor bleef er een kleine groep van mogelijke respondenten over, die niet allemaal mee wilden werken aan het onderzoek. In totaal zijn het zeven interviews met ouders geworden. Met zeven kon geen genoeg genomen worden, waardoor er gekozen is meer interviews af te nemen bij hulpverleners. Het heeft echter lang geduurd voordat hulpverleners reageerden en de interviews afgenomen konden worden, waardoor de onderzoekstijd is uitgelopen. In totaal zijn er vijf interviews afgenomen met hulpverleners.

Inhoudelijk bleek het van grote toegevoegde waarde dat er gebruik is gemaakt van twee verschillende respondentengroepen. Vaak werden inzichten van ouders bevestigd door de hulpverlening, daarnaast sprongen de verschillen op onderwerpen er juist uit. De interviews met de hulpverleners bleken met betrekking tot de bruikbaarheid en vooral met betrekking tot de doelmatigheid van de SDQ van grote toegevoegde waarde voor dit onderzoek. Door hun ideeën en inzichten is er meer inzicht gekomen in de doelmatigheid van de SDQ bij deze doelgroep. Alleen op basis van de interviews met ouders zou dit niet mogelijk zijn geweest. Deze uitkomsten zijn daardoor echter ook beperkt en het zou aan te bevelen zijn in de toekomst onderzoek uit te breiden, ten opzichte van de bruikbaarheid en de doelmatigheid van dit instrument. Daarbij zou het een goede keus zijn wederom gebruik te maken van de kennis op meerdere gebieden in het veld, dus zowel ouders als hulpverleners of andere sleutelfiguren. Door vergelijkingen te trekken tussen de SDQ en andere instrumenten voor vroegsignalering en diagnostiek kunnen ook de inzichten in de bruikbaarheid en doelmatigheid vergroot worden. Bijvoorbeeld een vergelijking met de CBCL, de Child Behavior Checklist, een lijst ten aanzien van probleemgedrag en competenties.

5.2.2 Communicatie

De communicatie met de allochtone respondenten was zo nu en dan lastig. Af en toe waren de ouders zeer moeilijk te verstaan en regelmatig kwam het voor dat ouders vragen uit het interview niet begrepen. Door rustig te praten, te herhalen in andere (makkelijkere) woorden en erg aandachtig te luisteren is geprobeerd dit te ondervangen. Daarnaast is het mogelijk dat ouders sociaal wenselijke antwoorden

hebben gegeven, omdat zij vragen niet goed begrepen en wellicht niet voldoende op hun gemak waren. Daarnaast passen mensen zich, al dan niet bewust, aan situaties aan, waardoor mensen wellicht anders reageren en handelen. Het kan zijn dat een interview een situatie is waar men niet bekend mee is, waardoor zij anders handelen en reageren dan zij gewoonlijk zouden doen. Het is mogelijk dat de resultaten daardoor een vertekend beeld geven van de werkelijkheid. Dit heeft tevens invloed op de bruikbaarheid van de aanbevelingen die respondenten gedaan hebben tijdens de interviews. De (meeste) interviews zijn opgenomen, waardoor achteraf de data eenvoudig verwerkt en teksten letterlijk geregistreerd konden worden. Doordat allochtone ouders op sommige punten onduidelijk bleken in hun taal kan het zijn dat op sommige punten de geregistreeerde teksten anders zijn geïnterpreteerd door de onderzoeker dan bedoeld. Hierdoor kunnen de gegevens tevens een mogelijk vertekend beeld geven van de werkelijkheid. Bij de hulpverleners speelt dit minder een rol, omdat zij in duidelijke taal spraken en meningen en ideeën duidelijk naar voren kwamen.

5.2.3 Triangulatie

Triangulatie is het vanuit verschillende invalshoeken bestuderen van een bepaald object. Door verschillende bronnen te gebruiken wordt voldaan aan triangulatie, waarmee de validiteit gewaarborgd wordt. In het huidige onderzoek is er sprake van triangulatie, zij het op een matig niveau. Er is gebruik gemaakt van twee technieken van dataverzameling, namelijk interviews en registratieformulieren. Daarnaast zijn er drie bronnen gebruikt in dit onderzoek, namelijk de hulpverleners, de ouders en de registratieformulieren ingevuld door één van de hulpverleners. Deze bronnen zijn redelijk onafhankelijk van elkaar, op de hulpverlener die de registratieformulieren ingevuld heeft na. Daar is compensatie voor geboden door middel van de interviews met de andere hulpverleners.

5.2.4 Locatie

Alle interviews, met zowel de ouders als de hulpverleners, hebben plaats gevonden op dezelfde locatie. Het is een constante factor, waardoor het in het geheel minder invloed uitoefent op de uitkomsten omdat er geen verschillen in bestaan. Mocht de

locatie invloed uitoefenen op de resultaten dan is het daarmee structureel en niet toevallig. Dit heeft een positieve invloed op de betrouwbaarheid.

5.2.5 Data-analyse

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het onderzoeksprogramma MAXQDA, een computerprogramma voor kwalitatieve data-analyse. Codes werden op basis van de topiclijsten en interviews gemaakt en tekstfragmenten werden onderverdeeld onder de verschillende onderwerpen en codes. Het is het principe van structureren, afwegingen maken, beslissingen nemen, analyseren en verwerken. Grote hoeveelheden tekst kunnen daardoor overzichtelijk gemaakt worden. Het is een duidelijke en (relatief) makkelijke manier om data te verwerken en analyseren, waardoor het een betrouwbaar geheel wordt.

Samenwerking is een onderdeel van onderzoek doen, niet alleen met mede onderzoekers, maar ook met mensen die belangrijk worden geacht in het onderzoek zelf. De samenwerking met de jeugdgezondheidszorg verpleegkundige die de registratieformulieren in heeft gevuld ging goed. Zij heeft er mede voor gezorgd dat ouders en hulpverleners mee wilden werken aan het onderzoek. Te weinig is gebruik gemaakt van de kennis aanwezig bij mensen op de universiteit en op Pharos. Als meerdere mensen visies en gedachtegangen op een onderwerp loslaten, dan werkt dat bevorderend voor het resultaat. Zo blijkt ook uit ervaring, op enkele momenten is om advies en inzichten gevraagd, waardoor het onderzoeks- en verwerkingsproces direct met stappen vooruit ging.

5.3 Conclusie

De bruikbaarheid van de SDQ bij allochtone ouders en hun kinderen is niet zoals deze zou moeten zijn. Op meerdere punten laat dit te wensen over. Voornamelijk door taal en cultuur worden de communicatie binnen het PGO en het vroegsignaleren van psychosociale problemen door middel van het PGO en de SDQ bemoeilijkt. Als ouders de Nederlandse taal niet voldoende beheersen of analfabeet zijn dan is het lastig het gesprek te voeren en de SDQ juist in te vullen. Ook doordat de gebruikte taal in de SDQ op sommige plaatsen moeilijk is kan dit tot problemen leiden bij het invullen. Cultuur speelt een rol, doordat er verschillen kunnen bestaan tussen culturen in hoe de wereld wordt gezien; visies kunnen verschillen en mensen

reageren en interpreteren mogelijk anders. Dit kan van invloed zijn binnen het PGO en is het lastig in te schatten of de SDQ is ingevuld zoals bedoeld. Niet duidelijk is of ouders alles in het PGO en in de SDQ wel echt begrijpen.

Ook de doelmatigheid van de SDQ bij allochtonen ouders en hun kinderen is niet zoals deze zou moeten zijn. Er komen verschillen naar voren tussen wat ouders invullen in de SDQ, wat hulpverleners aan de hand daarvan indiceren en wat waargenomen wordt in het PGO.

Literatuur

- Baarda, D.B. & Goede, M.P.M., de (2001). *Basisboek Methoden en Technieken: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de & Meer-Middelburg, A.G.E., van der (1996). *Basisboek Open interviews: praktische handleiding voor het voorbereiden en afnemen van open interviews*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de & Teunissen, J. (1997). *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktijkhandleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Educatieve Partners Nederland B.V.
- Becker, A., Steinhausen, H., Baldursson, G., Dalsgaard, S., Lorenzo, M.J., Ralston, et al. (2006). Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(1), 56-62.
- Berkel, A., van, Crone, M., Neppelenbroek, S., Spijkers, E., Vellema, M. & Vogels, T. (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.
- Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Purmerend: H&R Communicatieve Vormgeving.
- Colijn, S. (1996) *Klinische behandeling en cultuurverschillen*. In J.T.V.M. de Jong en M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 203-212). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Eijck, S. van (2004). *12 thema's van Operatie Jong: plannen van Aanpak*. Den Haag: ministeries van BZK, Justitie, OCenW, SZW, VROM en VWS.
- Geuijen, C.H.M. (1998). *Werken aan ontwikkelingsvraagstukken: multiculturalisme*. Utrecht: Lemma.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Goodman, R., Renfrew, D. & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child

mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(2),129-134.

- Hermans, 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.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H. & Jong, J.T.V.M. de (2003). De relatie tussen culturele aanpassing en psychische gezondheid bij eerste generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten. *Gedrag & Gezondheid*, 31(3), 163-174.
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Kaljonen, A. (2000). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(4), 277-284.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog*, 33(4), 151-157.
- Knipscheer, J.W., Mooren, G.T.M. & Kurt, A. (2005). *Klinische psychologie in cultureel perspectief*. In J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (Red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 139-155). Amsterdam: Boom.
- Lindert, H. van, Droomers, M. & Westert, G.P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Mellor, D. (2004). Furthering the Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Reliability With Younger Child Respondents. *Psychological Assessment*, 16(4), 396-401.
- Muris, P., Meesters, C. & Berg, F. van den (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 1-8.
- Nijdam, A.D. (2003). *Statistiek in onderzoek 1: beschrijvende technieken*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Reijneveld, S.A., Harland, P., Brugman, E., Verhulst, F.C. & Verloove-Vanhorick, S.P. (2005). Psychosocial problems among immigrant and non-immigrant children: Ethnicity plays a role in their occurrence and identification. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 145-152.

- Reijneveld, S.A., Vogels, A.G.C., Brugman, E., Ede, J. van, Verhulst, F.C. & Verloove-Vanhorick, S.P. (2003). Early detection of psychosocial problems in adolescents: How useful is the Dutch short indicative questionnaire (KIVPA)? *European Journal of Public Health*, 13(2), 152-159.
- De Ruijter, A. (1998). *Invoegen en uitsluiten: de samenleving als arena*. In Geuijen, C.H.M., *Werken aan ontwikkelingsvraagstukken: multiculturalisme* (pp. 27-37). Utrecht: Lemma BV.
- Rønning, J.A., Handegaard, B.H., Sourander, A. & Mørch, W.-T. (2004). The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), 73-82.
- Sue, D.W. & Sue, D. (2003). *Barriers to effective Multicultural Counseling/Therapy*. In D.W. Sue & D. Sue, *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. (pp. 95-121). New York: John Wiley & sons.
- Uniken Venema, H.P., Garretsen, H.F.L. & Maas, P.J. van der (1995). Health of migrants and migrant health policy: the Netherlands as an example. *Social Science Medicine*, 41(6), 809-818.
- Vogels, A.G.C. (2008). *The Identification by Dutch Preventive Child Health Care of Children with Psychosocial Problems: Do Short Questionnaires Help?* Proefschrift Share.
- Vogels, A.G.C., Crone, M.R., Hoekstra, F. & Reijneveld, S.A. (2005). *Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar*. Leiden: TNO.
- Vuuren, L. van, Diepenmaat, A., Breman, F. & Rieffe, D. (2007). *Pilot-onderzoek naar de toepasbaarheid van de SDQ ouder- en leerkrachtversie binnen het PGO 10 jaar Amsterdam*. Amsterdam: GGD.
- Widenfelt, B.M. van, Goedhart, A.W., Treffers, P.D.A. & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281-289.
- Wolffers, I. & Kwaak, A. van der (2004). *Gezondheidszorg en Cultuur*. Amsterdam: VU uitgeverij.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag: SCP.

- Zwirs, B.W.C. (2006). *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands*. Proefschrift KNAW.

Electronische bronnen

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008)
Bevolkingscijfers:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?LYR=G1:57&LA=nl&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=a&STB=T> op 6 februari 2008.
Jaarboek onderwijs in cijfers 2007:
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/7776AD12-1045-4177-9423-1201982C8247/0/2007f162pub.pdf> op 12 augustus 2008
Landelijke jeugdmonitor, Rapportage 4^e kwartaal 2007:
<http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-NL/menu/publicaties/2007-kw4-rapport.htm> op 12 augustus 2008
- GGD
<http://ggd.hdk.nl/client/2/?websiteid=2&contentid=29&hoofdid=2&pagetitle=Onderzoeken#5> op 23 januari 2008.
<http://www.ggdmn.nl/client/3/?websiteid=3&contentid=771&pagetitle=Jeugd> op 5 augustus 2008
- Onderzoeksbureau over Cronbach's alfa:
<http://www.bmooo.nl/index.php?option=content&task=view&id=95> op 17 maart 2008
- Pharos Meerjarenprogramma Jeugd 2007-2010:
<http://www.pharos.nl> op 5 februari 2008.
- Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu:
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2391n20930.html op 5 augustus 2008

Bijlagen

Bijlage 1 Verklarende begrippen

Allochtoon

Een persoon waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Eerste generatie allochtonen zijn personen die zelf in het buitenland zijn geboren, tweede generatie allochtonen zijn personen die in Nederland zijn geboren en waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Daarnaast wordt er onderscheidt gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. Tot de categorie niet-westerse allochtonen behoren mensen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië, met uitzondering van Indonesië en Japan (CBS, 2005).

Autochtoon

Een persoon waarvan beide ouders in Nederland zijn geboren, ongeacht waar zij zelf geboren zijn (CBS, 2005).

Cultuur

Cultuur is het geheel van attitudes en betekenissen in woord en daad, ten aanzien van normen en waarden, tijd en ruimte en leefwijzen en leefstijlen (de Ruijter, 1998).

Psychosociale problemen

Psychosociale problemen zijn problemen op het gebied van gedrag, emoties en educatie, waardoor het dagelijks functioneren verstoord wordt (Reijneveld et al., 2005).

Preventief Gezondheidsonderzoek

Het PGO is onderdeel van het preventieve onderzoeksprogramma van de jeugdgezondheidszorg, waarbij op vastgestelde momenten kinderen worden onderzocht naar de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling, waardoor problemen vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden en interventies zo nodig kunnen plaats vinden (GGD Nederland, 2008).

Vroegsignalering

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

Strengths and Difficulties Questionnaire

De SDQ is een vragenlijst ontwikkeld om kinderen met een verhoogd risico op psychosociale problemen tijdig te signaleren, waarbij sterke kanten en moeilijkheden worden benadrukt (van Vuuren et al., 2007).

Bruikbaarheid

Bruikbaarheid is de praktische bruikbaarheid, is iets geschikt te gebruiken bij een bepaalde groep. In dit geval, zijn de uitnodigingsbrief, de SDQ en het PGO begrijpelijk, duidelijk en daarmee geschikt te gebruiken bij allochtonen jongeren en hun ouders.

Doelmatigheid

Is iets geschikt voor het doel waarvoor het gemaakt is. In dit geval, zijn de SDQ en het PGO geschikt voor het signaleren van psychosociale problemen bij allochtonen kinderen en in hoeverre stellen zij de juiste indicaties van problemen.

Bijlage 2 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid te achterhalen wordt gekeken naar de mate dat een subschaal of specifieke items in de SDQ dezelfde proporties meten. Dit wordt gemeten via de Cronbach's Alfa. De Cronbach's Alfa ligt tussen de 0 en de 1. Hoe dichter bij de 1, hoe groter de betrouwbaarheid van een subschaal is. Een lage alfa geeft daarmee aan dat er verschillende proporties worden gemeten binnen subschalen en er geen consistente beantwoording is ten aanzien van vragen binnen de SDQ (Rønning et al, 2004).

De interpretatie van de Cronbach's Alfa is afhankelijk van de onderzoekers, deze stellen de grenzen. Aannemelijk is dat een Cronbach's alfa als goed wordt beschouwd als deze tussen de .80 en .90 ligt, als matig wordt beschouwd als deze tussen de .70 en .80 ligt en als erg matig en problematisch wordt als deze lager is dan .70.⁹

Onderzoeken zijn naast elkaar gelegd om de betrouwbaarheid te achterhalen. Slechts enkele Cronbach's alfa's in bekeken onderzoeken liggen tussen de .80 en .90, het merendeel ligt tussen de .70 en .80, wat matige resultaten betekend. Ook lagen uitkomsten van de onderzoeken onder dan de .70 en zelfs .60, dit komt voornamelijk voor binnen de oudervariant en de zelf report variant van de SDQ. Daarbinnen zijn het de subschalen problemen met leeftijdsgenoten en gedragsproblemen die de laagste waarden hebben. De betrouwbaarheid van de totaalscore, emotionele problemen, hyperactiviteit/ aandachtstekort en pro-sociaal gedrag zijn matig tot redelijk (zie tabel 1). De betrouwbaarheid van de totaalscore is > .70 (.70-.88), van emotionele problemen is >.60 (.63-.79), van hyperactiviteit/ aandachtstekort is > .60 (.66-.89) en van pro-sociaal gedrag is >.55 (.57-.86). De resultaten lopen sterk uiteen. De betrouwbaarheid van problemen met leeftijdsgenoten en gedragsproblemen lopen nog sterker uiteen in de verschillende onderzoeken van .39 tot .75 binnen de subschaal problemen met leeftijdsgenoten en van .45 tot .77 binnen de subschaal gedragsproblemen. De lage betrouwbaarheid van deze twee subschalen kan een indicatie zijn voor het niet passen van items binnen deze subschalen of dat problemen met leeftijdsgenoten en gedragsproblemen maar gedeeltelijk worden weergegeven en er mogelijk met verschillende proporties wordt gemeten (van Widenfelt et al., 2003; Rønning et al, 2004).

⁹ <http://www.bmooo.nl/index.php?option=content&task=view&id=95>

	Emo. Probl.	Hyper	Probl. Leeft.	Gedr. Probl	Pro-so Gedr.	Totaal
<i>Mellor, 2004</i>						
leraar	.77	.87	.71	.75	.83	.76
ouder	.71	.80	.75	.67	.70	.73
zelf	.67	.74	.58	.65	.64	.71
<i>v. Widenfelt et al., 2003</i>						
leraar	.76	.89	.74	.77	.81	.88
ouder	.68	.84	.57	.62	.57	.81
zelf	.63	.66	.39	.47	.60	.70
<i>Koskelainen et al., 2000</i>						
leraar	.79	.85	.73	.72	.86	.71
ouder	.69	.73	.64	.59	.68	.71
zelf	.69	.66	.63	.57	.69	.71
<i>Vogels et al., 2005</i>						
ouder	.70	.78	.55	.58	.66	.80
<i>Muris et al., 2003</i>						
ouder	.70	.78	.66	.55	.68	.80
zelf	.71	.72	.54	.45	.62	.78

Tabel 1 analyse Cronbach's alfa, Cronbach's Alfa per subschaal SDQ

Bijlage 3 topiclijst interview ouders

Vorbereiding op het PGO

Voordat u op gesprek ging bij de verpleegkundige heeft u een brief thuisgestuurd gekregen, of heeft uw kind een brief meegekregen van school, met een uitnodiging voor het Preventief Gezondheidsonderzoek. De eerste vragen van het interview zullen gaan over deze uitnodiging en de voorbereidingen op het gesprek die u daar heeft gehad.

1)

- Begreep u waar de uitnodiging/brief over ging?
- 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 ja, hoe?
- Vond u de informatie die u kreeg in de uitnodiging/brief voldoende?

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? Zo ja, hoe?
- Wat moet er, volgens u, gebeuren/veranderd worden zodat deze uitnodiging/brief duidelijker wordt en mensen het beter begrijpen?

2)

- Vindt u het 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?
- Waarom?

Zo nee,

- Wat vindt u niet belangrijk?

- Wat vindt u er niet belangrijk aan?
- Waarom niet?
- Wat zou u wel belangrijk vinden?

SDQ

Bij de uitnodiging/brief voor het gesprek met de verpleegkundige zat ook de SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire. Er werd u gevraagd deze vragenlijst in te vullen en mee te nemen naar het gesprek met de verpleegkundige.

3)

- Was het u duidelijk waarom u deze vragenlijst moest invullen?
- 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? In dit geval
- Vindt u het belangrijk om te weten wat het betekent?
- Heeft u die uitleg gemist in de begeleidende uitnodiging/brief of uitleg bij de SDQ zelf?
- Wat moet er, volgens u, gebeuren/veranderd worden zodat het duidelijker wordt en mensen het beter begrijpen?

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 eigen woorden vertellen wat volgens u het doel is van deze vragenlijst?
- Kunt u mij vertellen wat de scores betekenen?
- Heeft u de vragenlijst alleen ingevuld?
- Zo nee, wie heeft u daarbij geholpen?

Zo nee, ondanks dat de vragen niet geheel duidelijk waren kunt u mij...

- Kunt u mij in eigen woorden vertellen waarover u denkt dat de vragenlijst gaat?

- Kunt u mij in uw eigen woorden vertellen wat u denkt dat het doel is van deze vragenlijst?
- Kunt u mij vertellen wat u denkt wat de scores betekenen?
- Wat denkt u dat de reden is, voor u, dat de vragen niet duidelijk waren?
- Heeft u de vragenlijst alleen ingevuld?
- Zo nee, wie heeft u daarbij geholpen?
- Wat zou u nodig hebben om de vragenlijst voor u duidelijker/ begrijpelijker te maken? Wat moet er, volgens u, gebeuren/veranderd worden zodat deze vragenlijst duidelijker wordt en mensen het beter begrijpen?
- Waren er woorden/ zinnen die u lastig vond om te begrijpen?

5)

- Vindt u het belangrijk dat er zo'n vragenlijst als de SDQ wordt afgenomen?

Zo ja,

- Kunt u aangeven wat u belangrijk vindt aan deze vragenlijst? Waarom?

Zo nee,

- Waarom vindt u deze vragenlijst niet belangrijk?
- Zijn er volgens u alternatieven/ andere manieren om psychosociale problemen te signaleren/ meten?

6)

- Heeft u vragen gemist in de SDQ/vragenlijst? (respondent krijgt SDQ als voorbeeld)

Zo ja,

- Kunt u aangeven welke vragen u gemist heeft? Onderwerp?
- 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?
- Zou dit terug moeten komen in de SDQ? Waarom?
- Zijn er vragen die u zou willen toevoegen aan de vragenlijst?

Zo nee,

- Kunt u zich voorstellen dat andere mensen vragen missen in de vragenlijst
- Kunt u daarbij aangeven welke vragen deze mensen dan zouden missen?
- 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?

- Zou dit terug moeten komen in de SDQ? Waarom?
- Zijn er vragen die u zou willen toevoegen aan de vragenlijst?

7)

- Waren er vragen in 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?
- Kunt u vertellen welke vragen dan als minder prettig zouden kunnen worden ervaren?
- Kunt u aangeven wat niet prettig is aan deze vragen?
- Wat zou er moeten veranderen om deze vragen prettiger te maken?

Het PGO

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, als u praat met de met de verpleegkundige?
- Zijn er ook aspecten/dingen die u, ondanks u prettige gevoel, minder goed vond gaan?

Minder prettig,

- Kunt u aangeven wat u minder prettig vond tijdens het gesprek met de verpleegkundige?
 - Wat zou er anders moeten /veranderd moeten worden voor u om het gesprek te verbeteren?
 - Kunt u aangeven wat u belangrijk vindt, als u praat met de met de verpleegkundige?
 - Zijn er ook aspecten/dingen die u, ondanks u minder prettige gevoel, goed vond gaan?
- Vindt u dat de verpleegkundige op de hoogte moet zijn van zaken die belangrijk zijn binnen uw cultuur?

Zo ja,

- Was dit het geval? Waar blijkt dat uit?
- Kunt u voorbeelden geven?
- Bij nee niet het geval: 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)?

Zo nee,

- Waarom vindt u dit niet?
 - Was dit wel het geval? Waar blijkt dat uit?
 - Kunt u voorbeelden geven?
 - Bij nee niet het geval: 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?
- Is het voorgekomen dat u dingen niet begreep? Gaf u dit zelf aan?
- Kunt u zich voorstellen dat u iets niet helemaal goed begrijpt tijdens een gesprek. Hoe zou u dat dan oplossen?

Zo nee,

- Wat deed u wanneer u iets niet begreep? Hoe loste u dat op?
- Wat deed de verpleegster als u iets niet begreep?

9)

- Kunt u uw gevoel omschrijven toen u naar huis ging na het gesprek? En waar dat gevoel vandaan kwam?
- Had u voorafgaand aan het gesprek vragen die u wilde stellen aan de verpleegkundige?

Zo ja,

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

Zo nee,

- Kunt u zich voorstellen dat u vragen zou hebben/mensen vragen hebben. Denkt u dat u makkelijk de vraag aan de verpleegkundige zou kunnen 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,

- Waarom was het voldoende?

Zo nee,

- Wat lijkt u voldoende tijd om het gesprek goed te kunnen voeren?
- Had u nog ergens dieper op willen ingaan, wat niet ter sprake is 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?
- Heeft u daar iets aan gedaan?
- Kunt u zich voorstellen dat u het gevoel krijgt dat u niet serieus genomen wordt in een gesprek. Wat zou u dan doen?

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 voor verdere hulp. 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”
- Heeft 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/kent u kinderen...
- 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: heeft u nog vragen of opmerkingen over dit interview en het gesprek met de verpleegkundige. Is u iets opgevallen in het gesprek met de verpleegkundige, wilt u nog ergens op terugkomen.

Bijlage 4 Interviewvragen JGZ hulpverlening

Binnen dit interview wordt informatie omtrent de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de SDQ verkregen door de hulpverleners te ondervragen over dit onderwerp. Hoe ervaren zij de SDQ en vinden zij dat deze vragenlijst toepasbaar en bruikbaar is bij allochtone kinderen en hun ouders?

1. Naam:
2. Leeftijd:
3. Opleiding:
4. Instelling:
5. Functie:
6. Werkervaring:

Vraag Worden de SDQ vragenlijsten voorafgaand aan het onderzoek doorgaans volledig ingevuld?

Vraag Door wie worden de vragenlijsten doorgaans ingevuld?

Vraag Wanneer de SDQ niet door de ouders wordt ingevuld, wie doet het dan voor hen?

Vraag Wat zijn volgens u redenen die ten grondslag kunnen liggen aan het niet zelf invullen van de SDQ?

Vraag Is de uitslag van de SDQ anders als het kind in kwestie, of een van de andere kinderen uit het gezin, helpt bij het invullen van de SDQ?

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

Vraag Zo ja, waar blijkt dit uit? Zo nee, zou deze veranderd moeten worden en op welke manier zou deze aangepast moeten worden?

Vraag Begrijpen ouders waar de SDQ voor dient?

Vraag Zo ja, waar blijkt dit uit? Zo nee, op welke manier zou dit duidelijk gemaakt kunnen worden?

Vraag Merkt u verschillen in interpretatie van de SDQ tussen autochtone en allochtone ouders?

Vraag Vindt u dat vragen zoals ze gesteld staan in de SDQ in voor allochtone ouders begrijpelijk Nederlands zijn geformuleerd?

Vraag Zijn er specifieke vragen binnen de SDQ die allochtone ouders vaker dan autochtone ouders onbeantwoord laten, minder begrijpen of anders interpreteren dan bedoeld?

Vraag Zijn er vragen binnen de SDQ die door allochtone ouders doorgaans onvollediger worden ingevuld dan door autochtone ouders?

Vraag Zijn er vragen binnen de SDQ waar allochtone ouders aangeven moeite mee te hebben? Of als minder prettig ervaren?

Vraag Vindt u dat er in de SDQ voldoende rekening wordt gehouden met cultuurspecifieke aspecten?

Vraag Zo ja, waar blijkt dat uit. Zo nee, waar zou dan meer rekening mee gehouden moeten worden?

Vraag Zijn er vragen of onderwerpen die u mist in de SDQ?

Vraag Heeft u het idee dat de ouders eventuele problemen die ze ervaren met hun kind scharen onder psychosociale problemen? of somatiseren ze meer?

Vraag Heeft u zelf het idee dat u voldoende op de hoogte bent van cultuur specifieke aspecten van de respondenten? Houdt u daar rekening mee?

Vraag Heeft u wel eens het gevoel dat u onvoldoende op de hoogte bent van cultuurspecifieke aspecten?

Vraag Zo ja, hoe ondervangt u dat dan? Hoe gaat u daar mee om?

Vraag Wat zijn de grootste verschillen tussen allochtone en autochtone ouders binnen het PGO? (reacties, begrip, vragen stellen, opkijken)

Vraag Er is gekozen voor PGO's van 40 minuten bij deze ouders, wat is de reden voor deze verlenging? (alleen voor de verpleegkundige die de registratie formulieren heeft ingevuld)

Vraag Wat vindt u van de lengte van de PGO's?

Vraag Ziet u vaak verschillen in wat ingevuld wordt in de SDQ en wat naar voren komt tijdens het PGO bij allochtone ouders?

Vraag Is dit anders bij autochtone ouders?

Vraag Heeft u het idee dat de SDQ ook toepasbaar is bij kinderen van allochtone afkomst?

Vraag Heeft u behoefte aan een andere/ aparte vragenlijst of aanvulling op de SDQ voor allochtone kinderen?

Vraag Heeft u het idee dat opvoedingsmethoden van allochtone ouders verschillen van die van autochtone ouders?

Vraag Zo ja, in welk opzicht?

Vraag Hebben, volgens u, verschillende opvoedingsmethoden invloed op het ervaren van psychosociale problemen bij kinderen door de ouders?

Vraag Heeft u aanbevelingen om de SDQ (nog) beter aan te laten sluiten bij de allochtone doelgroep?

Vraag Wilt u nog terugkomen op vragen die gesteld zijn in dit interview of heeft u nog overige opmerkingen die relevant kunnen zijn?

Bijlage 5 Het registratieformulier

Geven de ouders toestemming deze gegevens te gebruiken voor onderzoek?

Ja/ Nee

Vorbereiding 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

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?

(25 vragen /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?

Het PGO:

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?

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?
