



Handreiking

Verantwoord gebruik van vragenlijsten in de jeugdgezond- heidszorg



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Titel

Verantwoord gebruik van vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg
Een handreiking

Een uitgave van

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

Auteur

Frans Pijpers

© NCJ - Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, 2013

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
AANBEVELINGEN	6
TOELICHTING OP DE AANBEVELINGEN	10
1 VRAGENLIJSTEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	11
a. Inleiding	11
b. Vragenlijst als signaleringsinstrument	11
c. Waarom psychosociale signaleringsinstrumenten in de JGZ?	13
d. Wat is een JGZ-vragenlijst? Zijn er meerdere soorten vragenlijsten?	14
e. Hoe en wanneer worden vragenlijsten in de JGZ gebruikt?	15
f. Kiezen van een instrument	17
2 CONDITIES VOOR GEBRUIK	18
a. Inleiding	18
b. Het perspectief van ouders	18
c. Helderheid over doel, inhoud en gebruik van het signaleringsinstrument	20
d. Aandacht voor communicatieve vaardigheden	21
e. Privacy	23
3 ONDERZOEK NAAR (HET GEBRUIK VAN) VRAGENLIJSTEN ALS SIGNALERINGSINSTRUMENT IN DE JGZ	25
a. Onderzoek blijft nodig	26
b. Algemene signaleringsinstrumenten in de JGZ	26
c. Psychosociale signaleringsinstrumenten in de JGZ	28

REFERENTIES	34
TERMEN EN AFKORTINGEN	37
BIJLAGEN	39
Bijlage 1 Overzicht van de door het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM geïnventariseerde vragenlijsten (2010)	39
Bijlage 2 Onderwerpen opgenomen in de huidige signaleringslijsten in de JGZ en het percentage JGZ-organisaties dat het betreffende onderwerp heeft opgenomen	41
Bijlage 3 Opdracht	42

VOORWOORD

Onze samenleving verandert voortdurend. Er ontstaan nieuwe gezondheidsproblemen bij de jeugd en mondige ouders en jeugdigen willen een andere invulling van de zorg. Dat blijkt ook nu weer bij het gebruik van vragenlijsten door de jeugdgezondheidszorg. Ouders willen zelf de regie over de opvoeding van hun kinderen en over de ondersteuning en hulp die zij daarbij krijgen.

De jeugdgezondheidszorg beweegt in deze ontwikkelingen mee. Daarom is deze handreiking geschreven: een pas op de plaats en een heroverweging van het gebruik van vragenlijsten. Hoe kan door verantwoord gebruik van vragenlijsten dan wel signaleringsinstrumenten de JGZ ouders en jeugdigen nog beter ondersteunen?

De handreiking geeft aanbevelingen en informatie die JGZ-organisaties en -professionals kunnen helpen bij de keuze van instrumenten en wil vooral benadrukken dat een goede dialoog met ouders en jongeren en duidelijkheid over het doel en het gebruik van het signaleringsinstrument essentieel zijn. Het NCJ vertrouwt erop dat deze handreiking verantwoord gebruik van vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg bevordert.

Het NCJ dankt allen die aan deze handreiking hebben bijgedragen.

Ferdinand Strijthagen

AANBEVELINGEN

In het licht van de ontwikkelingen in de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) is het de taak van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) om inhoud en vorm te geven aan een werkwijze die ouders versterkt in hun eigen kracht en mogelijkheden. Belangrijke vragen zijn daarbij: waar hebben ouders behoefte aan, hoe kan de JGZ vraag- en klantgericht werken en hoe kan de JGZ maatwerk bieden en ouders met uiteenlopende behoeften adequaat bedienen? Het thema is voor de JGZ niet nieuw. De JGZ heeft zich altijd sterk ingezet voor kind en ouder en telkens opnieuw ingespeeld op veranderende behoeften van ouders en jeugdigen. Dit geldt nu ook weer bij de toepassing van vragenlijsten.

Een vragenlijst in de JGZ is een hulpmiddel om systematisch en gestructureerd gegevens te verzamelen over de groei en ontwikkeling van een kind, zijn gezondheidstoestand en de omgeving waarin het opgroeit. Het doel is het volgen (monitoren) van de groei, ontwikkeling en gezondheid en eventuele problemen of risico's vroeg te signaleren, zodat de JGZ ouders optimaal kan ondersteunen bij hun opvoedtaak. Een vragenlijst wordt op deze manier ingezet als een signaleringsinstrument.

Deze handreiking besteedt, door de beperkt beschikbare ontwikkeltijd en omdat deze instrumenten in het algemeen geen weerstand bij ouders en jongeren oproepen, geen aandacht aan signaleringsinstrumenten voor lichamelijke problemen.

Aanbeveling 1. Gebruik gevalideerde psychosociale signaleringsinstrumenten.

De prevalentie van psychosociale problemen bij kinderen in Nederland is aanzienlijk. Van de Nederlandse basisschoolkinderen heeft 7,7% een score in de klinische range voor externaliserend probleemgedrag en 12,2% een score in de klinische range voor internaliserend probleemgedrag (Reijneveld et al., 2006). Onderzoek heeft aangetoond dat ernstige psychosociale problemen vroeg in het leven ontstaan en zonder ingrijpen erg stabiel zijn. De langetermijnevolgen zijn ernstig, zowel voor het individu (lijden, ziekte-last, criminaliteit, schooluitval e.d.) als voor de samenleving (kosten door ziekteverzuim, uitval etc.) Het is dan ook van belang vroegtijdig in te grijpen: tijdens de eerste levensjaren of zelfs al prenataal en in de preconceptionele fase (Tremblay, 2000). In het rapport 'Advies contactmomenten JGZ 0-19 jaar' (Coenen-van Vroonhoven & Verloove-Vanhorick, 2008) wordt dan ook benadrukt dat tijdens elk regulier contactmoment, ook al prenataal, de mogelijkheid moet bestaan om over psychosociale problemen te praten.

Het gebruik van gevalideerde vragenlijsten als signaleringsinstrument geeft JGZ-professionals de mogelijkheid om op zo objectief mogelijke wijze samen met ouders en jeugdigen te bepalen welke kinderen en gezinnen extra zorg nodig hebben. Uit onderzoek blijkt dat op basis van alleen een klinisch oordeel minder dan 30% van de kinderen met mentale retardatie, leerstoornissen en andere ontwikkelingsstoornissen gedetecteerd wordt en

minder dan 50% van de kinderen met emotionele en gedragsproblemen (Glascoe, 2000). Deze resultaten zijn niet zonder meer van toepassing op de Nederlandse situatie, maar Nederlands onderzoek bevestigt dit beeld: in de leeftijdsgroep van 5 tot 15 jaar bleek dat 43% van de kinderen met een klinische CBCL-score niet gesignaleerd werd door de JGZ-professional (Vogels, 2008). Het NCJ beveelt daarom ook aan tijdens de contactmomenten gevalideerde psychosociale signaleringsinstrumenten te gebruiken (Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen, Postma, 2008).

Het NCJ beveelt op grond van het huidige onderzoek (Theunissen, 2012; Kruizinga, 2011; Kruizinga, 2012; Mieloo, 2012; Vogels, 2011) aan om de volgende instrumenten¹ te gebruiken wanneer een JGZ-organisatie psychosociale signaleringsinstrumenten wil inzetten:

- Op de leeftijd van tussen de 6 en 14 maanden geen van de onderzochte psychosociale signaleringsinstrumenten.
- Op de leeftijd van 24 maanden de BITSEA.
- Op de leeftijden van 36 en 45 maanden de SDQ.
- Op de basisschoolleeftijd de SDQ.
- In het voortgezet onderwijs de SDQ.

Wanneer de Richtlijn Opvoedondersteuning is vastgesteld, zal bekeken moeten worden in hoeverre de handreiking met de richtlijn afgestemd moet worden.

Aanbeveling 2. Betrek altijd het perspectief van ouders als de keuze van een signaleringsinstrument aan de orde is.

Omdat JGZ zich blijft ontwikkelen, adviseert het NCJ om het perspectief van ouders steeds te betrekken, als de keuze van een signaleringsinstrument weer aan de orde is. Dit perspectief is essentieel, want een valide instrument is op zich niet voldoende. Om resultaat te kunnen boeken is draagvlak bij ouders en jongeren nodig. Dit begint al bij de keuze van het instrument.

Jeugdgezondheidszorg is voor een groot deel uniform aangeboden zorg, dat wil zeggen dat het niet gebaseerd is op een vraag van een individuele ouder, maar gebaseerd is op een maatschappelijke opdracht. Ouders kunnen daardoor vooral bij psychosociale signaleringsinstrumenten het gevoel krijgen dat deze als opsporingsinstrument gebruikt worden. Het NCJ beveelt daarom aan bij het kiezen van een signaleringsinstrument steeds de volgende vraag te stellen: is het gebruik van een bepaalde vragenlijst vanuit het perspectief van de ouder zorgethisch gezien een legitieme manier van werken? Het gaat om de volgende deelvragen:

1. Is het instrument geschikt voor deze doelgroep en voor dit doel?
2. Hoe wordt het instrument in het contact met ouders en jeugdige gebruikt?

1) Het NCJ gaat ervan uit dat deze psychosociale signaleringsinstrumenten onder redelijke voorwaarden in Nederland gebruikt kunnen worden.

3. Wat vinden ouders en jongeren van het instrument? Is het gebruik ervan goed uit te leggen aan ouders en jongeren?
4. Is het instrument of de meetprocedure voldoende objectief?
5. Is het voldoende betrouwbaar en valide? Zijn de normen van voldoende kwaliteit? Is de normgroep representatief?
6. Hoe is de verhouding tussen wat de toepassing van een instrument oplevert en wat het kost? Hoe staat het met onterechte signaleringen?
7. Hoe bruikbaar is een instrument om te beslissen over wat er verder moet gebeuren?

Aanbeveling 3. Geef steeds weer helderheid over doel en inhoud van jeugdgezondheidszorg en het gebruik van het signaleringsinstrument daarbij.

Onvrede bij ouders en jongeren heeft mede te maken met gebrek aan inzicht in doel en inhoud van jeugdgezondheidszorg en het gebruik van een signaleringsinstrument daarbij. Het is niet voor alle ouders meer zo duidelijk wie de JGZ is, waar zij voor staat en wat zij te bieden heeft. Het is belangrijk om hier oog voor te hebben en te houden en signalen serieus te nemen. De JGZ zal helder moeten zijn over haar rol en taak. Gebeurt dit niet, dan is de kans groot dat de weerstand van ouders en jongeren tegen de JGZ groter wordt en de JGZ het vertrouwen verliest. Het NCJ beveelt heldere en herhaalde communicatie aan over wat jeugdgezondheidszorg inhoudt: niet alleen bij het eerste contact, maar bij elk contact op een heldere manier uitleggen wat doel en werkwijze zijn, inclusief waarom en hoe een signaleringsinstrument gebruikt wordt.

Aan het informeren van ouders en jongeren kunnen moderne informatie- en communicatietechnologie goed bijdragen, maar zij kunnen nooit een vertrouwensband vervangen.

Aanbeveling 4. Geef regelmatig aandacht aan de communicatieve vaardigheden die nodig zijn voor het gebruik van een psychosociaal signaleringsinstrument.

Een gevalideerd signaleringsinstrument is belangrijk, maar de manier waarop het gebruikt wordt is minstens zo belangrijk. Het is belangrijk om in het contact goed aan te sluiten bij de ouders en jongeren en van de ouders en jongeren uit te gaan. In een dialooggericht gesprek zijn professionals en cliënt gelijkwaardige gesprekspartners. Hiervoor zijn communicatieve vaardigheden nodig die onderhouden moeten worden. Het NCJ beveelt aan bij de implementatie van een psychosociaal signaleringsinstrument veel aandacht te geven aan de noodzakelijke communicatieve vaardigheden. JGZ-professionals zullen vervolgens deze vaardigheden regelmatig moeten opfrissen.

Aanbeveling 5. Wees helder over het waarborgen van de privacy.

Het waarborgen van de privacy is belangrijk. Ouders en jongeren willen, evenals de JGZ zelf, dat hun privacy beschermd wordt. Zij willen weten waar de gegevens opgeslagen worden en wie er toegang toe heeft. Het NCJ beveelt aan over privacyaspecten

heel helder te zijn. De laatste jaren zijn hierover verschillende richtlijnen voor de JGZ verschenen.

Aanbeveling 6. Ga door met onderzoek naar het gebruik van psychosociale signaleringsinstrumenten.

Het NCJ beveelt aan onderzoek te blijven doen naar (het gebruik van) psychosociale signaleringsinstrumenten. Het is in het belang van de JGZ dat praktijk en wetenschap samen blijven onderzoeken hoe psychosociale signaleringsinstrumenten het beste gebruikt kunnen worden en vooral ook het perspectief van ouders te betrekken. Een aantal belangrijke vragen is nog onbeantwoord. Zo is het nog niet duidelijk hoe instrumenten op opeenvolgende leeftijden gebruikt moeten worden, het longitudinale gebruik. Worden er 'nieuwe' kinderen met problemen opgespoord? Het is ook nog onduidelijk hoe instrumenten gericht op emotionele en gedragsproblemen bij het kind gecombineerd kunnen worden met de instrumenten gericht op opvoedondersteuning. Verder is het gebruik van signaleringsinstrumenten in verschillende settings (PGO, triage) en bij verschillende doelgroepen, zoals bij verschillende etnische groepen en in het speciaal onderwijs, een punt van aandacht.

Ook is het de vraag of en hoe psychosociale en lichamelijke gezondheidsaspecten in een signaleringsinstrument gecombineerd kunnen worden. En is er onderzoek nodig naar diagnostische instrumenten die een JGZ-professional kan gebruiken wanneer een universeel instrument een signaal geeft dat er mogelijk wat aan de hand is (richtinggevende diagnostiek).

TOELICHTING OP DE AANBEVELINGEN

Hoofdstuk 1 behandelt vragenlijsten als signaleringsinstrumenten, waarom psychosociale signaleringsinstrumenten in de jeugdgezondheidszorg gebruikt worden, wat een JGZ-vragenlijst is en wanneer JGZ-vragenlijsten gebruikt worden. Tot slot wordt aandacht besteed aan het kiezen van een instrument.

Hoofdstuk 2 gaat in op de condities die horen bij het gebruik van JGZ-vragenlijsten. Als eerste wordt het perspectief van ouders besproken. Veel onvrede heeft te maken met onduidelijkheid over doel, inhoud en uitvoering van de dienstverlening. Het draait om communicatie over waarom en hoe de JGZ een vragenlijst als psychosociaal signaleringsinstrument gebruikt. Tot slot komt het waarborgen van de privacy aan bod. Hoofdstuk 3 beschrijft verschillende projecten waarin signaleringsinstrumenten voor de JGZ onderzocht worden, zowel vragenlijsten als gespreksprotocollen.

1. VRAGENLIJSTEN IN DE JEUGD-GEZONDHEIDSZORG

Aanbeveling 1. Gebruik gevalideerde psychosociale signaleringsinstrumenten.

a. Inleiding

Belangrijkste aanleiding voor de motie van Tweede Kamerlid Van der Burg was het gebruik van een vragenlijst die gezinnen selecteerde voor een overigens effectief gebleken programma ter preventie van kindermishandeling: Stevig Ouderschap. Deze vragenlijst werd op dat moment in de eerste maand na de geboorte toegestuurd of uitgereikt. Een aantal ouders haakte af, zoals een rapport van Ouders Online (code Oranje, Ouders Online, februari 2011) aangeeft. De motie verwoordde legitieme vragen van ouders 'of de JGZ dit allemaal wel behoort te weten' en 'wat de JGZ vervolgens doet met die gegevens'. Deze vragen worden in dit hoofdstuk uitgewerkt.

b. Vragenlijst als signaleringsinstrument

Een vragenlijst in de JGZ kan op verschillende manieren ingezet worden, onder andere om ouders en jeugdigen voor te bereiden op een contactmoment en als een instrument om gezondheidsproblemen bij het kind te signaleren of risico's in de omgeving van het kind te taxeren.

Een vragenlijst als signaleringsinstrument verzamelt op een systematische en gestructureerde wijze gegevens over de gezondheid, groei, ontwikkeling of opvoeding van een kind. Het doel is om zo effectief en efficiënt mogelijk problemen in de gezondheid, groei, ontwikkeling of opvoeding van een kind te signaleren. Uit onderzoek blijkt dat op basis van alleen een klinisch oordeel minder problemen gesignaleerd worden (Oberklaid, 2005). Op basis van alleen een klinisch oordeel wordt minder dan 30% van de kinderen met mentale retardatie, leerstoornissen en andere ontwikkelingsstoornissen gesignaleerd en minder dan 50% van de kinderen met emotionele en gedragsproblemen (Glascoe, 2000). Deze resultaten zijn niet een op een op Nederland van toepassing, maar Nederlands onderzoek bevestigt dit beeld: in de leeftijdsgroep van 5 tot 15 jaar bleek dat 43% van de kinderen met een klinische CBCL-score niet gesignaleerd werd door de JGZ-professionaal (Vogels, 2008).

Het gebruik van vragenlijsten als signaleringsinstrumenten maakt het monitoren en signaleren van mogelijke problemen in gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen efficiënter en het vervolgtraject effectiever. De groei en ontwikkeling van een kind worden bepaald in de interactie tussen kind en omgeving door complexe, multidimensionele dynamische processen in zijn levensloop (Feron, 2010). Ondersteuning van het professionele beoordelingsproces met signaleringsinstrumenten is noodzakelijk om deze

multidimensionele processen te kunnen begrijpen en daardoor hanteerbaar te maken in termen van communicatie, informatie en analyse (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health, 2009). Het gebruik van een valide signaleringsinstrument is dus belangrijk.

Psychosociale signaleringsinstrumenten blijken de JGZ-professional effectief te kunnen ondersteunen bij zijn taak de groei en ontwikkeling te volgen (monitoren) en vroeg eventuele problemen of risico's te signaleren (Vogels, 2008; Stel, 2009; Kruizinga, 2011; Staal, 2011; De Wolff, 2011; Theunissen, 2012). Met de verzamelde informatie ondersteunt de JGZ ouders bij de opvoeding van hun kind.

In de eerste plaats zorgen signaleringsinstrumenten voor een objectivering van de oordeelsvorming. Wanneer de oordeelsvorming niet gestuurd wordt door een instrument, is de kans groter dat de professional wordt afgeleid door de veelheid aan signalen van de cliënt of door aspecten van de problemen die een emotioneel beroep op hem doen en dat hij zich laat leiden door die informatie die zijn eerdere ideeën en vermoedens bevestigen (Bell & Mellor, 2009; Gambrill, 2005; Garb, 1998; Jensen-Doss & Weisz, 2008). Ten tweede helpen instrumenten om betere uitspraken te doen over de groei en ontwikkeling van kinderen en jeugdigen. Uit onderzoeken blijkt dat professionals minder goed in staat zijn om uitspraken over de situatie van de cliënt en voorspellingen te doen wanneer zij daarbij niet worden ondersteund door een hulpmiddel. Systematische manieren om informatie te verzamelen en ordenen blijken consequent tot betere voorspellingen te leiden dan wanneer professionals een ongestructureerd oordeel vormen (AEgisdottir et al., 2006; Grove, Zald, Lebow, Snitz & Nelson, 2000). Zelfs ervaren professionals blijken betere oordelen over de problemen te vormen als zij een instrument ter ondersteuning gebruiken (Spengler et al., 2009). Dit komt doordat ervaring vaak niet leidt tot systematische kennis over wat werkt bij welk type cliënt. De ervaringen van de professional zijn beperkt tot wat hij ziet en daar sluipen snel vertekeningen in. Ten derde voorkomen signaleringsinstrumenten een systematische vertekening in de oordeelsvorming. Doordat een professional bijvoorbeeld tijdens een huisbezoek door gebruik van instrumenten die factoren onderzoekt en meeweegt in zijn oordeelsvorming waarvan uit literatuur of onderzoek gebleken is dat die van belang zijn, bestaat de kans op vertekening minder snel en ontstaat een betrouwbaarder beeld van een situatie of een cliënt.

Signaleringsinstrumenten vervangen echter niet de kennis en ervaring van de professional. Kennis en ervaring zijn juist nodig om een instrument zo te gebruiken dat het de juiste informatie oplevert en goed geïnterpreteerd wordt. Signaleringsinstrumenten in de JGZ zijn onderdeel van de professionele inventarisatie van de gezondheid van een kind. Ze helpen professionals om systematisch informatie te verzamelen en te analyseren. Een goed signaleringsinstrument vergemakkelijkt de besluitvorming en helpt beslissingen onderbouwen.

Een punt van aandacht is dat psychosociale signaleringsinstrumenten in de JGZ zijn ontwikkeld om het gesprek met de ouder en jeugdige te ondersteunen. Zij zijn een van de informatiebronnen in het beoordelingsproces. Signaleringsinstrumenten zijn niet ontwikkeld als screeningsinstrumenten. Screeningsinstrumenten kunnen door hun hoge sensitiviteit (er worden weinig kinderen gemist) en specificiteit (er worden weinig kinderen ten onrechte verwezen) een ziekte of aandoening met een hoge graad van zekerheid vaststellen. Dat doen signaleringsinstrumenten niet.

c. Waarom psychosociale signaleringsinstrumenten in de JGZ?

De prevalentie van psychosociale problemen bij kinderen in Nederland is aanzienlijk. Van de Nederlandse basisschoolkinderen heeft 7,7% een score in de klinische range voor externaliserend probleemgedrag en 12,2% een score in de klinische range voor internaliserend probleemgedrag (Reijneveld et al., 2006). Onderzoek heeft aangetoond dat ernstige psychosociale problemen vroeg in het leven ontstaan en zonder ingrijpen erg stabiel zijn. De langetermijnevolgen zijn dan ernstig, zowel voor het individu (lijden, ziektelast, criminaliteit, schooluitval e.d.) als voor de samenleving (kosten door ziekteverzuim, uitval etc.) Het is van belang vroegtijdig in te grijpen: tijdens de eerste levensjaren of zelfs al daarvoor (prenataal en preconceptie) (Tremblay, 2000). In het rapport 'Advies contactmomenten JGZ 0-19 jaar' (Coenen-van Vroonhoven & Verloove-Vanhorick, 2008) wordt dan ook benadrukt dat tijdens elk regulier contactmoment de mogelijkheid moet bestaan om over dit soort onderwerpen te praten. Er wordt geadviseerd tijdens de contactmomenten gevalideerde psychosociale signaleringsinstrumenten te gebruiken, omdat het gebruik van gevalideerde signaleringsinstrumenten JGZ-professionals de mogelijkheid geeft om op zo objectief mogelijke wijze effectief en efficiënt samen met ouders en jeugdigen te bepalen welke kinderen en gezinnen extra zorg nodig hebben (Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen, Postma, 2008).

Sinds de peilingen van TNO binnen de JGZ naar de onderkenning van psychosociale problematiek in 1998 en de 'Tijdelijke regeling vroegsignalering' in 2003 is en wordt er dan ook veel onderzoek gedaan naar psychosociale signaleringsinstrumenten in de JGZ, zowel naar vragenlijsten als naar gespreksprotocollen (Kruizinga, 2011; Kruizinga, 2012; Mieloo, 2012; Stel, 2009; Staal, 2011; Theunissen, 2012; De Wolff, 2012). Dit geldt voor universele en voor specifieke psychosociale signaleringsinstrumenten. Deze onderzoeken geven bruikbare aanwijzingen voor de praktijk. Aandacht voor ouders krijgt de laatste jaren ook aandacht (Kocken, 2012; Theunissen, 2012). Het NJi heeft in opdracht van ZonMw een overzicht gemaakt van signaleringsinstrumenten voor de Zorg voor jeugdsector, ook van signaleringsinstrumenten die in de JGZ gebruikt kunnen worden. Het volledige overzicht is te vinden op de [site van het NJi](#). De signaleringsinstrumenten voor de JGZ zijn ook via de [NCJ-site](#) te vinden.

De volgende instrumenten worden op basis van de huidige state of the art aanbevolen om psychosociale problemen van een kind te signaleren (Kruizinga, 2011; Kruizinga, 2012; Theunissen, 2012; De Wolff, 2012, Vogels 2011):

- Op de leeftijd van tussen de 6 en 14 maanden geen van de onderzochte psychosociale signaleringsinstrumenten.
- Op de leeftijd van 24 maanden de BITSEA.
- Op de leeftijden van 36 en 45 maanden de SDQ.
- Op de basisschool de SDQ.
- In het voortgezet onderwijs de SDQ.

De [conceptrichtlijn Opvoedondersteuning](#) beveelt een aantal signaleringsinstrumenten aan die op de opvoeding en risico's in de omgeving gericht zijn: SPARK en het programma Samen Starten/DMO-protocol. Definitieve publicatie van de richtlijn wordt in 2013 verwacht. De conceptrichtlijn is te vinden op de [site van het NCJ](#).

Onderzoek naar een uniforme algemene vragenlijst loopt nog (Theunissen, 2012). Resultaten worden in 2013 verwacht.

d. Wat is een JGZ-vragenlijst? Zijn er meerdere soorten vragenlijsten?

Om aan haar signaleringstaak uitvoering te kunnen geven, voert de JGZ-professional verschillende werkzaamheden uit, zoals anamnese, observatie en lichamelijk onderzoek. Hierbij zet hij een aantal instrumenten in, waaronder vragenlijsten als signaleringsinstrument.

Onder een JGZ-vragenlijst wordt een papieren of digitaal instrument verstaan dat systematisch gegevens verzamelt over de gezondheid, groei, ontwikkeling of opvoeding van een kind.

Er zijn vragenlijsten die bedoeld zijn om de ouder en jeugdige voor te bereiden op een contact (bijvoorbeeld contactmoment, huisbezoek of triagemoment). Deze vragenlijsten laten hen nadenken over waar hun zorgen liggen en wat zij willen bespreken. Tijdens het contact kan de JGZ-professional samen met hen snel bepalen welke onderwerpen besproken moeten worden. Daarnaast zijn er vragenlijsten om gezondheidsproblemen van een kind te signaleren, zoals astma of psychosociale problemen, of de opvoedcontext in beeld te brengen. In deze handreiking kunnen wij door de beperkt beschikbare tijd helaas niet ingaan op vragenlijsten die lichamelijke ziekten en aandoeningen signaleren. De ervaring leert dat deze onderwerpen tot nog toe weinig weerstanden bij ouders oproepen.

Systematische gegevensverzameling kan behalve door vragenlijsten ook mondeling gebeuren tijdens een contact aan de hand van een gespreksprotocol. In deze handreiking worden deze beide vormen samengevat onder het begrip signaleringsinstrumenten.

Er worden ook vragenlijsten gebruikt voor de lokale of regionale jeugdmonitor in het kader van het lokale of regionale gezondheidsbeleid. Deze vragenlijsten worden over het

algemeen door een afdeling epidemiologie van de GGD via de post toegestuurd. Met een antwoordenvolpette kunnen deze anoniem worden geretourneerd. Deze vragenlijsten worden in deze handreiking buiten beschouwing gelaten.

e. Hoe en wanneer worden vragenlijsten in de JGZ gebruikt?

Vragenlijsten worden in de JGZ voorafgaande aan het contact op schrift uitgereikt of toegezonden aan de ouders en/of jeugdige. Bij jongeren gebeurt het invullen ook wel klassikaal op papier of digitaal. Er wordt geëxperimenteerd met digitale vragenlijsten voor ouders (Vogels, 2008).

Er zijn twee soorten contacten met jeugdigen en/of ouders: standaardcontactmomenten en triagemomenten. Bij standaardcontactmomenten ontvangt en bespreekt de arts of verpleegkundige de vragenlijst tijdens het contact. Bij een triagemoment in de 4-19-jarigenzorg wordt de vragenlijst ingenomen en bekeken door een doktersassistent zonder persoonlijk contact met de ouder. Hij bepaalt op basis van de vragenlijst, informatie uit het JGZ-dossier en/of van professionele opvoeders als leerkrachten en kinderopvangleidsters en gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek wat de vervolgactie is: geen vervolgactie of een bezoek aan een verpleegkundige of aan een arts. Resultaten uit onderzoek naar de effectiviteit van triage worden in 2014 verwacht.

Het gebruik van vragenlijsten

In 2010 heeft het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM het gebruik van vragenlijsten in de JGZ geïnventariseerd (Bakker, 2010). Het doel van de inventarisatie was inzicht te krijgen in welke vragenlijsten in de JGZ gebruikt werden. Hiervoor is begin 2010 een digitale enquête naar alle 65 JGZ-zorgorganisaties verzonden. Ook werd gevraagd een exemplaar van de gebruikte vragenlijsten toe te sturen. De response was 60%.

Uit de inventarisatie bleek dat in 2010 JGZ-organisaties 43 verschillende vragenlijsten gebruikten. In één van de JGZ-organisaties werden 0 tot 9 verschillende vragenlijsten gebruikt. De gebruikte vragenlijsten vertoonden soms overeenkomsten, maar waren over het algemeen heel verschillend.

In de JGZ voor 4- tot 19-jarigen gebruikten de meeste organisaties bij standaardcontactmomenten een algemene vragenlijst. In 2010 werd in enkele JGZ-organisaties triage in de 4- tot 19-jarigenzorg toegepast. Bij triage werd ook een algemene vragenlijst gebruikt. De algemene vragenlijst was meestal een zelf ontworpen ouder- en jongerenvragenlijst in combinatie met de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) voor de signalering van algemene psychosociale problematiek. Soms werd de SDQ gebruikt tijdens een van de contactmomenten en soms bij alle contactmomenten (Bakker, 2010).

In de JGZ voor 0- tot 4-jarigen verschilde in 2010 het gebruik van peutervragenlijsten per organisatie en per contact. Soms werden verschillende vragenlijsten tijdens verschillende contactmomenten gebruikt, soms eenzelfde versie van een vragenlijst tijdens een aantal verschillende contactmomenten.

In 2010 gebruikte een aantal JGZ-organisaties specifieke vragenlijsten voor onderwerpen zoals preventie van kindermishandeling (vragenlijst van het programma Stevig Ouderschap), ADHD (verkorte Conners), depressie (EPDS, KDVK), autisme (ESAT, CHAT) en emotionele en gedragsproblemen (CBCL, de YSR (jongerenversie CBCL) en/of de TRF (docentenversie CBCL). Soms bij alle kinderen tijdens een contactmoment, soms als vervolg op een contactmoment om een mogelijk probleem nader te duiden.

Psychologen werkzaam binnen de JGZ gebruiken soms uitgebreidere vragenlijsten voor diagnostiek na de signalering door arts, verpleegkundige en/of doktersassistent(e). Een overzicht van de in 2010 meest gebruikte vragenlijsten is in bijlage 1 opgenomen. De conclusie uit de inventarisatie was dat er een groeiend besef is dat signaleringsinstrumenten de signalering van problemen effectiever en efficiënter maken. Bakker constateert ook dat het belangrijk is dat de reden van het gebruik van een vragenlijst voor ouders duidelijk moet zijn en ook moet duidelijk zijn wat er met de vragenlijst gebeurt. Verder constateert zij dat er weinig oog is voor de onderlinge samenhang van de verschillende vragenlijsten.

Uit een onderzoek van TNO in 2011 bleek dat in groep 2 van het basisonderwijs ongeveer 20% van de organisaties de LSPPK gebruikte en ongeveer 60% de SDQ. Bij 10- tot 11-jarigen gebruikte ongeveer 85% van de organisaties de SDQ (De Wolff, Theunissen & Reijneveld, 2011). JGZ-organisaties voor 0- tot 4-jarigen gebruikten, als er een instrument gebruikt werd, in de eerste twee levensjaren over het algemeen de KIPPPI of het DMO-protocol (dat onderdeel uitmaakt van het programma Samen Starten). Bij de 3- en 4-jarigen was de SDQ gangbaar. In de regel werd slechts één keer in de hele periode tussen de 0 en 4 jaar een instrument ingezet. Dit met uitzondering van het DMO-protocol, dat tussen de 0 en 18 maanden telkens terugkeert.

Ook tijdens de prenatale periode worden steeds vaker instrumenten ingezet om beschermende en bedreigende factoren voor de groei en ontwikkeling van kinderen in beeld te brengen. Een voorbeeld hiervan is de R4U, die in Rotterdam ontwikkeld wordt. De door verloskundigen verzamelde informatie wordt na en soms voor de geboorte overgedragen aan de JGZ. Deze kan hiermee beter op maat gesneden ondersteuning leveren. Inmiddels zijn er in Nederland diverse signaleringsinstrumenten gericht op het opsporen van deze risicofactoren voor de groei en ontwikkeling van kinderen in ontwikkeling. Vink en Detmar (2012) beschrijven en vergelijken acht instrumenten. Er blijkt veel inhoudelijke overeenkomst te zijn tussen de instrumenten, maar een groot verschil in werkwijze en aantal constructen. Voor een keuze ten behoeve van landelijke implementatie is het echter nog te vroeg, omdat nog geen van de signaleringsinstrumenten in voldoende mate gevalideerd is. Duidelijk is wel dat samenwerking met andere instellingen in verband met aansluitende hulp, evenals training van instrumentgebruikers, essentieel is.

f. Kiezen van een instrument

Goede instrumenten zijn belangrijk voor een goede oordeelsvorming, maar leiden niet zonder meer tot betere resultaten. Onjuist gebruik van een instrument kan leiden tot verkeerde beslissingen en wantrouwen bij ouders en jongeren veroorzaken. Daarnaast kunnen er andere nadelen aan het gebruik kleven, zoals de tijdsinvestering die het kost om een instrument af te nemen en te interpreteren en kosten voor de implementatie van een instrument. Daarom zullen organisaties en professionals bij de keuze van instrumenten goede afwegingen moeten maken (Hodges, 2004; Van Yperen & Veerman, 2008):

- Is het instrument geschikt voor deze doelgroep en voor dit doel?
- Is het instrument of de meetprocedure voldoende objectief?
- Is het instrument voldoende betrouwbaar en valide? Zijn de normen van voldoende kwaliteit, dat wil zeggen is de normgroep representatief?
- Hoe is de verhouding tussen wat de toepassing van een instrument oplevert en wat het kost (ook in termen van onterechte verwijzingen)?
- In hoeverre interfereert het signaleringsinstrument met ander instrumenten?
- Hoe bruikbaar en hanteerbaar is een instrument om te beslissen over wat er moet gebeuren in de behandeling?

Ook zal de JGZ, zoals in het volgende hoofdstuk wordt beschreven, zich moeten afvragen wat de legitimatie is om ten behoeve van het signaleren van een bepaald probleem met een signaleringsinstrument te werken en wat de mening van ouders en jongeren over het instrument is (Klaassen, 2012).

2. CONDITIES VOOR GEBRUIK

a. Inleiding

De effectiviteit van een signaleringsinstrument is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van het signaleringsinstrument, maar ook van de wijze waarop het gebruikt wordt in het beoordelingsproces. Een effectief beoordelingsproces wordt in belangrijke mate gekenmerkt door een gelijkwaardige dialoog tussen ouders, jeugdigen en JGZ-professional. Hiervoor is onder andere nodig dat ouders begrijpen wat de taak van de JGZ is en waarom de JGZ vragenlijsten als psychosociaal signaleringsinstrument gebruikt. Daarnaast vinden ouders en jeugdigen, net zoals de JGZ, zorgvuldig gebruik in de zin van bescherming van persoonsgegevens (privacy) belangrijk. Over deze condities gaat dit hoofdstuk.

b. Het perspectief van ouders

Aanbeveling 2. Betrek altijd het perspectief van ouders als de keuze van een signaleringsinstrument aan de orde is.

De kernvraag is of een psychosociaal signaleringsinstrument in de beleving van de ouders gerechtvaardigd is in de context waarin het gebruikt wordt. Dit hangt samen met opvattingen over de taak van de JGZ.

Jeugdgezondheidszorg is grotendeels uniform aangeboden zorg, zorg vanuit een maatschappelijke opdracht. In dit licht is het niet vreemd dat jeugdigen en ouders vragenlijsten als ongevraagd kunnen ervaren. Zij kunnen het gevoel krijgen dat zij beoordeeld en betutteld worden en hun kind of zichzelf een stempel krijgen, ook al is dat niet de bedoeling van de JGZ. Ouders zijn vooral huiverig voor vragenlijsten die psychosociale problemen of onveilige situaties beogen te signaleren. Dit maakt dat de JGZ zich de volgende vraag moet stellen (Van den Ouden-Klaassen, 2012; Nolen, 2000): is het gebruik van een bepaalde vragenlijst als psychosociaal signaleringsinstrument in de JGZ vanuit het perspectief van de ouder zorgethisch gezien een legitieme manier van werken?

Het gebruik van psychosociale signaleringsinstrumenten roept vooral de vraag op of de gezinssituatie wel aan een norm afgemeten kan worden en, zo ja, welke norm moet dit dan zijn? Is het juist dat een door de overheid gefinancierde instantie ver achter de voordeur binnentreedt en het gezinsleven langs een meetlat legt? Elk gezin is anders, kent andere normen en waarden, die niet altijd zullen voldoen aan het ideale beeld. De norm van de overheid is niet dezelfde als die van een aantal gezinnen in onze samenleving. Dat betekent dat de JGZ zich het volgende moet afvragen:

1. Wat is de feitelijke legitimatie van de JGZ om op deze manier te werken? En op welk moment in het contact met de ouder en/of het kind kan een vragenlijst als psychosociaal signaleringsinstrument gebruikt worden?
2. Is een psychosociaal signaleringsinstrument een instrument dat de ouder kan ondersteunen bij de opvoeding van zijn of haar kind?
3. Hoe groot is het vertrouwen in de JGZ? De ervaring leert dat er geen weerstand is tegen een vragenlijst als er een vertrouwensband bestaat en duidelijk is dat jeugdgezondheidszorg ondersteunend bedoeld is.

Vanuit de positie van de individuele ouder is het zorgethische probleem dat de vragen over gezondheidsonderwerpen en risicofactoren gaan waarover die ouder op dat moment niet direct een actieve zorgvraag hoeft te hebben. Vanuit het perspectief van de ouder is een vragenlijst als psychosociaal signaleringsinstrument dus niet het eerste waar hij behoefte aan heeft. Hij heeft eerder behoefte aan een luisterend oor, dat er aangesloten wordt bij zijn beleving en hij antwoord krijgt op zijn vragen. De legitimatie voor een psychosociaal signaleringsinstrument is dan ook niet rechtstreeks uit een individuele zorgvraag te beantwoorden, maar zal beantwoord moeten worden uit de maatschappelijke opdracht van de JGZ.

Jeugdgezondheidszorg is publieke gezondheidszorg. De wettelijke taak van de JGZ is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (de Wpg) en het Besluit jeugdgezondheidszorg. Het Basistakenpakket en de uitvoering hiervan zijn in 2003 in de Richtlijn Contactmomenten beschreven. De regie over de uitvoering van jeugdgezondheidszorg is belegd bij de gemeenten.

De JGZ heeft de opdracht om zich te richten op het bevorderen, beschermen en bewaken van de fysieke, psychische, sociale en cognitieve gezondheid en ontwikkeling van kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar. JGZ stimuleert dialooggericht de gezonde groei en ontwikkeling van een jeugdige, signaleert problemen die zich daarin kunnen voordoen en ondersteunt jeugdigen en ouders bij het oplossen van eventuele problematiek. De JGZ heeft dus een taak in het signaleren van risico's die opgroeiende kinderen bedreigen en staat onder toenemende maatschappelijke druk om kinderen met gezondheidsrisico's, vooral in onveilige situaties zoals bij kindermishandeling en huiselijk geweld, te signaleren. Een aantal ouders ervaart dit als een opsporingstaak en zijn hier huiverig voor. Zo geven ouders in het rapport van Ouders Online aan dat zij de JGZ meer en meer als opsporingsapparaat voor potentiële kindermishandelaars zien. Vooral het werken met vragenlijsten maakt hen huiverig, omdat er dan iets 'op papier komt te staan'. Jeugdgezondheidszorg als ondersteunende zorg heeft een geheel andere invalshoek. De JGZ wil samen met ouders en jeugdigen vanuit een breed biopsychosociaal perspectief de balans tussen bevorderende, beschermende factoren en bedreigende of risicofactoren in een complexe en dynamisch maatschappelijke context evalueren. De JGZ is er niet op uit ouders kwaad te doen (Feron, 2011). Wanneer ouders een JGZ-professional met verschillende rollen tegenover zich krijgen, is het voor hen heel moeilijk om te weten

wanneer zij met welke taak van de JGZ te maken hebben: een zorgende of een controlerende of zelfs een handhavende taak (Frissen, 2011). JGZ en ouders staan door deze beelden ogenschijnlijk niet naast elkaar, maar haast tegenover elkaar, terwijl beide het beste met het kind voorhebben. De JGZ zal met dit perspectief van ouders rekening moeten houden om haar taak adequaat te kunnen uitvoeren.

Zorg is 'mensenwerk' en daarmee per definitie moreel geladen, de uitvoeringspraktijk wringt soms volgens Koolen (2005). Een JGZ-professional moet dagelijks omgaan met een mogelijke spanning tussen de maatschappelijke verantwoordelijkheid om bedreigingen voor de gezondheid en het opgroeien van kinderen te signaleren en de morele verantwoordelijkheid jegens een ouder met zijn individuele zorgvraag. Elke JGZ-professional maakt dagelijks afwegingen om de rechten van een kind met die van de ouder te verbinden. Van Der Pas (2008) benadrukt dat ouders meer zijn dan opvoeders. De meeste ouders hebben het beste met hun kind voor, maar hun belangen komen soms niet overeen met de belangen van hun kind. Een JGZ-professional als belangenbehartiger van het kind zal in zo'n situatie in het belang van het kind altijd de belangen van de ouder moeten laten meewegen. Om de universele rechten van een kind en de rechten van een ouder bijeen te kunnen houden, zal hij een situationele balans van voors en tegens moeten opmaken. Wanneer het voor jeugdige en ouders echter niet duidelijk is welke baat zij van jeugdgezondheidszorg kunnen hebben, zal de lading van de morele dimensie hoog zijn. Vertrouwen in elkaar speelt dan een rol. Respectvolle bejegening en helderheid over het doel en de uitvoering zijn belangrijk. Naarmate het vertrouwen wederzijds groter is, is het effect van handelen ook groter. Dit geldt ook bij het gebruik van een vragenlijst als psychosociaal signaleringsinstrument. De JGZ zal zich steeds moeten afvragen of een vragenlijst door een ouder wel begrepen wordt als een instrument dat de JGZ helpt bij haar taak om ouders te ondersteunen bij de opvoeding van hun kind.

c. Helderheid over doel, inhoud en gebruik van het signaleringsinstrument

Aanbeveling 3. Geef steeds weer helderheid over doel en inhoud van jeugdgezondheidszorg en het gebruik van het signaleringsinstrument daarbij.

Achter de motie-Van der Burg schuilen legitieme vragen van ouders. Deze vragen komen ook naar voren als JGZ-organisaties aan ouders vragen wat zij belangrijk vinden. Ouders willen helderheid over waarom de JGZ de gegevens vraagt, wat de JGZ met de gegevens doet, waar de gegevens blijven en wie er toegang toe heeft. Veel onvrede over de JGZ heeft te maken met onduidelijkheid over doel, inhoud en uitvoering van de dienstverlening (Vitras/CMD, 2012).

De effectiviteit van een signaleringsinstrument is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van het signaleringsinstrument, maar ook van de wijze waarop het gebruikt wordt in het beoordelingsproces. Een goed beoordelingsproces wordt in belangrijke mate gekenmerkt door een samenwerking van ouders, jeugdigen en JGZ-professionals, waarbij ouders, jeugdigen en JGZ-professionals gelijkwaardige partners zijn en allen hun kennis inbrengen. Ouders en jeugdigen zijn ervaringsdeskundigen en brengen kennis in over de specifieke situatie, zoals inzichten in wat precies de problemen zijn, hoe die ontstaan zijn en welke oplossingen al uitgetoetst zijn. Ouders hebben daarbij behoefte aan persoonlijk contact en zij willen dat er rekening gehouden wordt met de eigenheid van de gezinsituatie (Ouders Online, 2011). De professional brengt zijn professionele kennis in, zoals zijn theoretische kader en kennis over wat werkt. Gezamenlijk vindt een afweging plaats tussen wat ouders en jeugdigen willen en wat volgens de professional een effectief hulpaanbod is (Bartelink, 2011). Een vragenlijst als psychosociaal signaleringsinstrument is dan een hulpmiddel om de behoeften en belangen van de jeugdige systematisch in kaart te brengen, omdat het heel normaal is dat ouders en jeugdigen zich niet altijd volledig bewust zijn van alles wat er speelt bij het opgroeien. Helderheid over dit doel is essentieel. Doel en gebruik van een vragenlijst zijn voor veel ouders niet vanzelfsprekend. De JGZ zal dan ook vanaf het eerste contact heel helder moeten zijn over (de legitimatie van) haar taak, het gebruik van vragenlijsten als psychosociale signaleringsinstrumenten daarbij en het nut ervan voor een ouder en kind.

d. Aandacht voor communicatieve vaardigheden

Aanbeveling 4. Geef regelmatig aandacht aan de communicatieve vaardigheden die nodig zijn voor het gebruik van een psychosociaal signaleringsinstrument.

Naast helderheid over doel, inhoud en gebruik van een psychosociaal signaleringsinstrument is een evenwichtige dialoog tussen ouder, jongere en JGZ-professional belangrijk. Uit onderzoek blijkt dat de uitkomsten van een advies of behandeling beter zijn als cliënten bij het beoordelingsproces en de besluitvorming betrokken zijn (Swift & Callahan, 2009). In een dialooggericht gesprek zijn professional en cliënt gelijkwaardige partners. Het gesprek is erop gericht om zowel optimaal gebruik te maken van de kennis, visie en ervaring van de ouder respectievelijk jeugdige en diens mogelijkheden als van de expertise van de professional. Niet alleen de professional, maar ook ouders en jeugdigen hebben ideeën over hoe hun problemen zijn ontstaan en hoe die het beste te verhelpen zijn. Het is belangrijk om hun ervaring in de besluitvorming centraal te stellen of in ieder geval mee te nemen. Een JGZ-professional heeft zijn deskundige inbreng en treedt op als adviseur.

Het voeren van een dialooggericht gesprek bleek in 2008 nog steeds geen gemeengoed in de zorg (Hamann, Leucht & Kissling, 2003; Coyne, 2008). Sindsdien is er dan ook veel aandacht aan communicatie met ouders besteed in de jeugdgezondheidszorg. Een

belangrijke voorwaarde voor participatie van ouders is de vaardigheid van professionals om hen in de besluitvorming te betrekken. Het is vooral van belang dat professionals in staat zijn om relevante informatie op zo'n manier met hun cliënten te delen dat cliënten zich een evenwichtig oordeel kunnen vormen over wat de beste vervolgstappen zijn (Edwards et al., 2009; Hamann et al., 2003; Hamilton, 2004; Joosten et al., 2008). Over hoe dit proces eruitziet, is nog weinig bekend (Joosten et al., 2008). De taak van de professional ligt vooral in het delen van de relevante informatie die een cliënt nodig heeft voor zijn beslissing. Informatie moet op een eenvoudige manier uitgelegd worden in alledaags taalgebruik (Hamilton, 2004). Op een begrijpelijke manier inzicht geven is een belangrijke voorwaarde voor gelijkwaardige samenwerking en participatie van ouders in het besluitvormingsproces. Wanneer professionals in staat zijn om op een begrijpelijke manier inzicht te geven in de voor- en nadelen van hun advies, gaat de balans al veel meer in de richting van gelijkwaardigheid (Willemsen & Skivenes, 2005).

Ook kinderen of jongeren zijn gelijkwaardige gesprekspartners van professionals, maar vragen om een andere benadering dan ouders. Vaak zijn kinderen en jongeren nauwelijks betrokken bij besluitvorming. Zelfs als zij de wens te kennen geven dat ze erbij betrokken willen zijn, worden zij nauwelijks hierin ondersteund (Coyne, 2008). Ouders zijn wel meer geneigd om hun kind in het besluitvormingsproces te ondersteunen als zij zelf het gevoel hebben op gelijkwaardig niveau met professionals in gesprek te kunnen gaan (Coyne, 2008). Ook het gesprek met jongeren en het daarmee versterken van hun eigen kracht is gericht op het combineren van de kennis, visie, ervaring en mogelijkheden van de jongeren met de expertise van de professional. Jongeren hebben ideeën over hoe hun problemen zijn ontstaan en hoe die het beste te verhelpen zijn. Zij willen ervaren dat zij gerespecteerd en gewaardeerd worden. Participatie betekent volgens Cashmore (2002) niet dat kinderen en jongeren het recht hebben om zelf een beslissing te nemen of de uitkomst te bepalen. Participatie betekent dat professionals op zijn minst naar kinderen en jongeren luisteren en hun kijk op de zaak serieus nemen bij beslissingen die gevolgen hebben voor hun leven. De mogelijkheid tot inbreng hangt wel samen met de leeftijd en ontwikkeling van de kinderen. Naarmate zij ouder worden en hun inzicht groter wordt, zijn zij meer in staat om hun stem te laten horen in de besluitvorming.

De participatie van kinderen vraagt andere communicatieve vaardigheden dan de communicatie met ouders, en professionals vinden het moeilijk om goed op beide partijen af te stemmen. Er is over communicatie van zorgverleners met jeugdigen nog maar weinig bekend. De belangrijkste factoren die de participatie van jeugdigen in de weg staan, zijn de communicatiestijl en het gedrag van professionals. Professionals blijken vaak aan te nemen dat kinderen nog niet in staat zijn om belangrijke beslissingen te nemen, waardoor zij ook nauwelijks met het kind op een leeftijdadequaat niveau praten (Coyne, 2008).

Participatie van kinderen en jongeren is ook essentieel omdat zij belangrijk is voor de ontwikkeling van hun zelfwaardering en relationele vaardigheden. Participatie geeft hen het gevoel dat zij actief invloed op hun leven hebben in plaats van machteloze slachtoffers te zijn van de grillen van volwassenen. Dit geeft hen een gevoel van veiligheid en erbij horen, wat hun vermogen om te vertrouwen doet toenemen (Cashmore, 2002). Daarnaast heeft de participatie van kinderen in de besluitvorming opvoedkundige waarde. Wanneer zij betrokken zijn bij het besluitvormingsproces, zo nodig met ondersteuning, worden zij voorbereid op een toekomst waarin zij zelfstandig beslissingen moeten nemen. Ze zien hoe anderen beslissingen nemen en krijgen de mogelijkheid om er zelf mee te oefenen (Cashmore, 2002).

Deskundigen uit praktijk en wetenschap wezen tijdens een invitationaal op de noodzaak van regelmatige, herhaalde scholing over het gebruik van een psychosociaal signaleringsinstrument (NCJ, 2012).

e. Privacy

Aanbeveling 5. Wees helder over het waarborgen van de privacy.

De privacy waarborgen is belangrijk. Ouders en jeugdigen willen, evenals de JGZ zelf, dat hun privacy beschermd wordt. Zij willen weten waar de gegevens blijven en wie er toegang toe heeft. De laatste jaren zijn hiervoor verschillende richtlijnen voor de JGZ verschenen.

De Van Dale omschrijft privacy als de persoonlijke vrijheid, het ongehinderd, alleen, in eigen kring of met een partner ergens kunnen vertoeven; gelegenheid om zich af te zonderen, om storende invloeden van de buitenwereld te ontgaan, een toestand waarin een mens er zeker van is dat zonder zijn toestemming zo weinig mogelijk andere mensen zich op zijn terrein zullen begeven. Daarbij komt tegenwoordig:

1. Zelf bepalen wie welke informatie over ons krijgt.
2. De wens onbespied en onbewaakt te leven.

Het recht op privacy wordt ook wel omschreven als het recht om met rust te worden gelaten. In Nederland is het recht op privacy vastgelegd in de artikelen 10 tot en met 13 van de [Nederlandse Grondwet](#).

Een onderdeel van privacy, de verwerking van persoonsgegevens, wordt sinds 1 september 2001 nader geregeld in de [Wet bescherming persoonsgegevens \(Wbp\)](#). Naast de Wbp regelt onder meer de [Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens](#) de bescherming van persoonsgegevens. Daarnaast heeft Nederland het [Verdrag inzake de Rechten van het Kind](#) ondertekend. Het algemene uitgangspunt is het recht op privacy. Dit houdt in dat anderen geen toegang tot de verstrekte gegevens mogen hebben zonder toestemming van betrokkene. Met toestemming zijn er geen belemmeringen om

persoonsgegevens uit te wisselen, zolang aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. Specifiek voor de JGZ is het medisch beroepsgeheim ([Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst](#)).

Het recht op privacy is, net als het medisch beroepsgeheim, niet absoluut. Indien nodig kan het worden beperkt, zolang dit wettelijk geregeld en noodzakelijk is. In hoeverre inbreuk kan worden gemaakt op privacy – zonder toestemming van de betrokkene persoonsgegevens uitwisselen – is afhankelijk van de belangenafweging die gemaakt wordt tussen het recht op privacy en de bescherming van het kind en van de invulling van het begrip ‘noodzakelijkheid’. Hierover bestaat geen eenduidigheid. In haar oratie ‘Over sommige kinderen moet je praten’ concludeert professor Bruning onder meer: ‘Gegevensverstrekking wordt niet zozeer verboden, maar het wordt aan de professionals overgelaten of aan bepaalde uitzonderingsgronden is voldaan, en deze uitzonderingsgronden verschillen per beroepsgroep en soms per werkgever’ (Bruning, 2006). Bruning doet voorstellen voor het oplossen van deze knelpunten.

Voor deze handreiking voert het te ver om privacy met betrekking tot signaleringsinstrumenten uit te diepen. Bovendien geldt privacy voor alle gegevens die de JGZ verzamelt, niet alleen voor signaleringsinstrumenten. GGD Nederland, GGZ Nederland en de KNMG hebben de handreiking ‘[Gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg](#)’ uitgebracht (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, 2005). Deze handreiking geeft aan in welke situaties gegevensuitwisseling zonder toestemming mogelijk is en aan welke mate van zorgvuldigheid daarbij moet worden voldaan. Ook het informatieblad ‘Informatie delen in samenwerkingsverbanden’ van het College Bescherming Persoonsgegevens beschrijft dit onderwerp (zie www.cbpweb.nl). Informatie is ook te vinden in de [Privacy wegwijzer](#) en in [Samenwerken in de jeugdketen](#).

3. ONDERZOEK NAAR (HET GEBRUIK VAN) VRAGENLIJSTEN ALS SIGNALERINGS-INSTRUMENT IN DE JGZ

Aanbeveling 6. Ga door met onderzoek naar het gebruik van psychosociale signaleringsinstrumenten.

a. Onderzoek blijft nodig

Er is en wordt nog steeds onderzoek gedaan naar psychosociale signaleringsinstrumenten in de jeugdgezondheidszorg, zowel naar vragenlijsten als naar gespreksprotocollen. Verschillende onderzoeken naar de effectiviteit van psychosociale signaleringsinstrumenten hebben voor de praktijk bruikbare resultaten opgeleverd. Andere onderzoeken lopen nog, zoals onderzoek naar een brede signaleringslijst, waarin vragen over lichamelijke en psychosociale gezondheidsaspecten gecombineerd worden, en naar het gebruik van signaleringsinstrumenten in verschillende settings (PGO, triage). Maar niet alle vraagstukken naar het gebruik van psychosociale signaleringsinstrumenten zijn of worden al onderzocht. Deskundigen uit praktijk en wetenschap gaven tijdens een bijeenkomst begin 2012 (NCJ, 2012) aan dat er op een aantal vragen nog geen antwoord te geven is. Zo is het nog niet duidelijk hoe psychosociale signaleringsinstrumenten op opeenvolgende leeftijden gebruikt moeten worden, het longitudinale gebruik van signaleringsinstrumenten. Worden er 'nieuwe' kinderen met problemen gesignaleerd? Aandacht voor de mening van ouders krijgt pas de laatste jaren aandacht (Kocken, 2012; Theunissen, 2012). En het is nog onduidelijk hoe vragenlijsten gericht op emotionele en gedragsproblemen bij het kind zoals de SDQ en de BITSEA gecombineerd kunnen worden met instrumenten gericht op opvoedondersteuning zoals SPARK en het programma Samen Starten/DMO-protocol. Ook het gebruik van de psychosociale signaleringsinstrumenten bij specifieke groepen zoals in het speciaal onderwijs is een punt van aandacht. Ouders en kinderen in deze groep vinden de vragenlijsten te moeilijk. Verder is onderzoek wenselijk naar 'diagnostische' instrumenten die een JGZ-professional kan gebruiken voor richtinggevende diagnostiek wanneer een universeel psychosociaal signaleringsinstrument een signaal afgeeft, dus voor de probleemverheldering. Onderzoek naar (het gebruik van) psychosociale signaleringsinstrumenten is dan ook nog steeds nodig.

In dit hoofdstuk wordt een aantal projecten beschreven waarin signaleringsinstrumenten voor de JGZ zijn of worden onderzocht. Er zijn onderzoeken naar algemene signaleringsinstrumenten, dat wil zeggen vragenlijsten met een breed scala aan gezondheidsproblemen, en naar psychosociale signaleringsinstrumenten. In de categorie psychosociale signaleringsinstrumenten maken wij een onderscheid in projecten die zich richten op psychosociale problemen van de jeugdige zelf en projecten die zich richten op opvoedondersteuning en de omgeving waarin een kind opgroeit. Psychosociale signaleringsinstrumenten kunnen

een brede oriëntatie (universeel) of een focus op een bepaald psychosociaal probleem of opvoedprobleem (specifiek) hebben. Specifieke psychosociale signaleringsinstrumenten worden tot nog toe in het algemeen weinig gebruikt in de jeugdgezondheidszorg. De beschrijving van een aantal specifieke instrumenten voor de jeugdgezondheidszorg vindt u via de website van het [NCJ](#).

b. Algemene signaleringsinstrumenten in de JGZ

Algemene signaleringsinstrumenten worden vooral in de schoolgezondheidszorg veel gebruikt, zowel op standaardcontactmomenten als op triagemomenten². Algemene signaleringsinstrumenten zijn over het algemeen door een JGZ-organisatie zelf ontwikkeld.

1. Signaleringslijsten in de JGZ. Ontwikkeling en gebruik van uniforme vragenlijsten.

In dit project ontwikkelt TNO Child Health in het kader van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland (AWPG NZ) vragenlijsten voor het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) bij 5- tot 6-jarigen en 10- tot 11-jarigen. Deze worden voorafgaand aan het PGO door de ouders en/of leerlingen ingevuld. Het doel is het verbeteren van de signalering van gezondheidsproblemen in brede zin bij deze leeftijdsgroepen. De vragenlijst richt zich op zowel medische (bijv. groei) en psychosociale problemen als op risicofactoren.

Het project bestaat uit de volgende 5 fasen. Resultaten worden begin 2013 verwacht.

1. Inventarisatie van internationaal en in Nederland beschikbare signaleringsinstrumenten.
2. Het ontwikkelen van een uniform signaleringsinstrument voor gebruik bij het PGO 5- tot 6-jarigen en 10- tot 11-jarigen.
3. Onderzoek naar de kwaliteit van beantwoording van dit uniforme signaleringsinstrument door ouders en de tevredenheid van ouders met dit uniforme signaleringsinstrument.
4. Onderzoek naar de tevredenheid van de JGZ-medewerker over het gebruik van dit uniforme signaleringsinstrument.
5. Aanpassing van signaleringsinstrumenten op basis van de ervaringen van de ouders en de JGZ-medewerkers.

Vragenlijsten die gebruikt worden bij het PGO 5- tot 6-jarigen en 10- tot 11-jarigen zijn opgevraagd bij alle JGZ-organisaties. Vervolgens is in kaart gebracht welke onderwerpen in deze vragenlijsten zijn opgenomen. 25 JGZ-organisaties (89%) hebben gereageerd. De volgende onderwerpen worden door meer dan 50% van de JGZ-organisaties in de signaleringslijst opgenomen: klachten, zindelijkheid, behandeling, ingrijpende gebeurtenissen, medische voorgeschiedenis kind, voeding, demografische kenmerken ouders, mondgezondheid, lengte ouders en voor psychosociale problemen de SDQ.

2) Triage is een recente ontwikkeling in de JGZ. Op verschillende plaatsen in het land lopen onderzoeken naar de effectiviteit van triage op verschillende leeftijden. Bij triage in de schoolleeftijd worden vragenlijsten ingezet, soms in papieren vorm, soms digitaal, om te bepalen of verder onderzoek door een jeugdarts of jeugdverpleegkundige nodig is.

Bijlage 2 toont de onderwerpen uit de geïnventariseerde vragenlijsten.

2. Effect van triage in de JGZ op signaleringsmethoden en de zorg in het basisonderwijs.

In dit onderzoek worden door TNO Child Health en Hulpverleningsdienst Gelderland Midden (HDGM) de effectiviteit en de klanttevredenheid van de triagemethode onderzocht. In het onderzoek wordt de triagemethode vergeleken met standaard periodieke geneeskundige onderzoeken. In de triage wordt een vragenlijst gebruikt. Resultaten worden in 2014 verwacht.

De triagemethode bestaat uit basiszorg en zij-instroom van mogelijke risicokinderen. Voor 5-en 6-jarigen bestaat de basiszorg uit screening door doktersassistenten van alle kinderen en een mogelijk vervolgonderzoek door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. De doktersassistent(e) volgt geprotocolleerde beslisschema's. Bij de screening wordt een vragenlijst gebruikt. In de zij-instroom is er ruimte om signalen over risicokinderen uit andere bronnen in de spreekuren op te pakken. Kinderen kunnen op alle leeftijden instromen in het spreekuur. Naar aanleiding van het vervolgonderzoek door de jeugdarts kan een kind worden doorgestuurd naar extra zorg. Deze extra zorg bestaat uit een onderzoek op indicatie door de JGZ of een verwijzing naar een externe hulpverlener.

3. Op weg naar evidence-based triage binnen de jeugdgezondheidszorg van 0 tot 4 jaar.

In dit project van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de GGD in Groningen worden toepasbare beslisregels voor triage ontwikkeld, wordt de validiteit van triage onderzocht en worden de triagekosten in kaart gebracht. Het doel van het project is om na te gaan of met voldoende kwaliteit van zorg het ontwikkelde triagemodel efficiënt is en daarmee aanknopingspunten biedt voor een effectievere besteding van het budget. Hierdoor kan extra aandacht ontstaan voor de risicokinderen en -gezinnen, outreachend werken of andere activiteiten. Eind 2013 zijn resultaten beschikbaar.

Alle ouders van 2- en 3-jarige kinderen in de provincie Groningen wordt gevraagd om gedurende 5 maanden hun medewerking te verlenen aan het onderzoek. Voorafgaand aan het contactmoment (2 of 3 jaar) wordt de ontwikkelde vragenlijst naar alle ouders (per leeftijdsgroep ongeveer 2300 ouders) opgestuurd met het verzoek om deze in te vullen en mee te nemen naar het consult. Om een onafhankelijke vergelijking te kunnen maken tussen de triagebeslissingen en de resultaten en conclusies van de routinezorg, krijgen de professionals geen informatie over de uitkomsten van de vragenlijsten.

4. Risico-inschatting door de jeugdgezondheidszorg bij geautomatiseerde triage op grond van vragenlijsten in het voortgezet onderwijs.

In dit onderzoek van de Academische Werkplaats Brabant wordt een digitale vragenlijst bij jongeren afgenomen.

De vragenlijst bestaat uit de Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten (KIVPA) aangevuld met vragen over leefstijl en gezondheid. In de ouder vragenlijst wordt gevraagd naar de gezondheid, leefstijl en het sociaal functioneren van de jongeren en wordt gevraagd of de ouders vragen of zorgen hebben over de ontwikkeling van hun kind. Ouders krijgen een informatiebrief met inlogcode thuis om de vragenlijst via internet te kunnen invullen.

In 2011 heeft een klantentoets plaatsgevonden waarbij aan de jongeren van klas 2 van het voortgezet onderwijs gevraagd is wat ze van dit contactmoment vonden. Er is ook naar de vragenlijst zelf gevraagd. In het klantenonderzoek gaf verreweg het grootste deel van de respondenten aan de vragenlijst te snappen. Op de vraag of de vragenlijst te lang was, waren de meningen verdeeld. 26% vond dit niet het geval, een groot deel stond hier neutraal tegenover en 13% vond de vragenlijst wel te lang. Bij de ouders is deze vragenlijst niet geëvalueerd. Momenteel onderzoekt een klantentoets bij de ouders van kinderen van groep 7 van het basisonderwijs de mening over de vragenlijst. In 2013 worden deze resultaten verwacht.

c. Psychosociale signaleringsinstrumenten in de JGZ

Psychosociale signaleringsinstrumenten kunnen onderverdeeld worden in universele en specifieke instrumenten. Universele instrumenten bestrijken een breed gebied aan psychosociale problemen, zoals de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Universele instrumenten geven aan dat er mogelijk een psychosociaal probleem is, maar niet welk probleem precies. Specifieke instrumenten zijn gericht op een bepaald probleem, zoals de Korte Vragenlijst voor Depressie bij Kinderen (KDVK) voor depressie of de vragenlijst van het programma Stevig Ouderschap voor preventie van kindermishandeling. Daarnaast kan er onderscheid gemaakt worden in oriëntatie. Een aantal signaleringsinstrumenten richt zich op de psychosociale gezondheidstoestand van de jeugdige zelf, zoals de BITSEA en de SDQ, andere richten zich op de opvoedsituatie en omgevingsfactoren, zoals SPARK en het programma Samen Starten. De eerste groep instrumenten valt onder de Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen³. De laatste groep wordt in de Richtlijn Opvoedondersteuning⁴ beschreven. Deze laatste richtlijn wordt in 2013 verwacht, maar er is een [conceptversie](#) op de NCJ-site beschikbaar.

3) Onder psychosociale problemen worden in dit document verstaan:

- emotionele problemen (oftewel internaliserende problemen) zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten;
 - gedragsproblemen (oftewel externaliserende problemen) zoals agressief gedrag, onrustig gedrag en delinquent gedrag;
 - sociale problemen, dit zijn problemen die het kind heeft in het maken en onderhouden van het contact met anderen.
- Dit is conform de Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen (Postma, 2008). Deze definitie wordt eveneens gehanteerd binnen de Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid. Belangrijk is dat bij psychosociale problemen de focus ligt op het kind en niet op de omgeving van het kind.

4) Het gaat om situaties waarin de gezondheid of de ontwikkeling van een kind verstoord of bedreigd wordt door medische, psychosociale of financiële problemen in het gezin of als gevolg van tekortschietende opvoedingskwaliteiten van de ouders (Kooiman en Prinsen, 2008).

Het NJi heeft in opdracht van ZonMw een overzicht gemaakt van beschikbare instrumenten voor het signaleren van psychosociale problemen van kinderen en jeugdigen in de jeugdsector, inclusief de JGZ. Het volledige overzicht is te vinden op de [site van het NJi](#). De instrumenten voor de JGZ zijn via de website van het [NCJ](#) te vinden. In deze paragraaf wordt een aantal instrumenten beschreven, zowel kindgerichte als op de opvoedsituatie of omgeving gerichte signaleringsinstrumenten. Sommige instrumenten hebben een brede oriëntatie (universeel). Andere richten zich op een bepaald probleem (specifiek).

Universele kindgerichte psychosociale signaleringsinstrumenten

1. Signaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen bij kinderen van 0 tot 4 jaar.

In het onderzoek van TNO Child Health in het kader van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland zijn vier psychosociale signaleringsinstrumenten in termen van validiteit (specificiteit en sensitiviteit) en meerwaarde voor de JGZ met elkaar en met de CBCL (Child Behaviour Checklist) vergeleken: de KIPPPI (Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie), de SDQ 3-4 (Strengths and Difficulties Questionnaire), de BITSEA (Brief-Infant-Toddler Social and Emotional Assessment) en de ASQ:SE (Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional) (Theunissen, De Wolff, Vogels & Reijneveld, 2012).

De KIPPPI heeft een bredere focus dan de ASQ:SE, de SDQ en de BITSEA omdat de KIPPPI behalve aan problemen in het kind zelf ook aandacht besteedt aan de ouder, beleving van het ouderschap en ingrijpende gebeurtenissen. De KIPPPI beoogt, naast het voorspellen van gedrag en emotionele problemen bij kinderen, ook een gespreksleidraad te zijn om het gesprek over mogelijke psychosociale problemen te voeren en recht te doen aan eventuele zorgen bij de ouders. In het onderzoek bleek dat de KIPPPI een vrij lage sensitiviteit had in alle onderzochte leeftijdsgroepen (6, 14, 24, 36 en 45 maanden). Het aspect van zorgen van de ouder is geëvalueerd in het bruikbaarheidsonderzoek en daaruit bleek dat zowel ouders als professionals de KIPPPI moeilijk en aan de lange kant vonden. Als er iets aan de hand is, vinden ouders de KIPPPI wel prettig om hun zorgen te delen met de JGZ-professional.

De KIPPPI vraagt weinig over opvoeding en wordt om die reden niet aanbevolen in de conceptrichtlijn Opvoedondersteuning.

De onderzoekers bevelen de volgende psychosociale signaleringsinstrumenten aan voor gebruik in de JGZ in bepaalde leeftijdsgroepen.

- Op de leeftijd van tussen de 6 en 14 maanden geen enkel van de onderzochte psychosociale signaleringsinstrumenten.
- Op de leeftijd van 24 maanden de BITSEA.
- Op de leeftijden van 36 en 45 maanden de SDQ.

2. Vergelijking van de KIVPA en de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij adolescenten in de jeugdgezondheidszorg.

In het onderzoek van TNO Child Health werden de KIVPA (Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten) en de SPsy met elkaar vergeleken. De SPsy is de SDQ Self Report (SDQ SR) voor adolescenten, aangevuld met een aantal subschalen (namelijk de subschalen Psychotisch gedrag, Eetstoornissen, Eetproblemen, Zelfdestructie en Alcohol- en drugsgebruik). Deze aanvullingen zijn specifiek voor adolescenten en zijn ontwikkeld door het Trimbos-instituut (Vogels et al., 2011).

De onderzoekers bevelen de SDQ SR aan voor gebruik in de JGZ, omdat deze aansluit bij het gebruik van de SDQ-PF in groep 7 van het basisonderwijs en bij het gebruik van de SDQ in de jeugdzorgsector. Ook is de SDQ internationaal een veel gebruikt en onderzocht instrument.

Als afkappunt op de totale probleemscore van de SDQ SR wordt een score van 12 en hoger aanbevolen.

Universele signaleringsinstrumenten opvoedondersteuning

In de conceptrichtlijn Opvoedondersteuning worden twee instrumenten voor de universele signalering van opvoedproblemen aanbevolen: SPARK (voorheen aangeduid als de VOBO-Z) en het DMO-protocol, dat deel uitmaakt van het programma Samen Starten (Prinsen, 2012). Deze instrumenten richten zich zowel op het kind als op de omgeving van het kind. In de conceptrichtlijn wordt beklemtoond dat de JGZ-professional veel aandacht moet besteden aan zorgvuldige communicatie bij 'het delen van de signalen' die uit de instrumenten naar boven komen.

1. SPARK (voor de leeftijd van 18 maanden).

SPARK staat voor: Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen (Staal et al., 2011). Met behulp van het instrument voert de jeugdverpleegkundige tijdens een huisbezoek een gestructureerd vraaggesprek met de ouder(s) om (het risico op) opvoedings- en ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen vroegtijdig te signaleren. SPARK combineert het perspectief van de ouders met de expertise van de jeugdverpleegkundige.

SPARK is een breed instrument in de zin dat het behalve naar problemen van het kind zelf ook naar opvoeding, ouder en omgeving kijkt. Een voordeel van SPARK ten opzichte van de KIPPPi is dat SPARK middels een gestructureerd vraaggesprek afgenomen wordt en dus niet alle ouders alle vragen voorgeschiedt krijgen. Er kan op bepaalde domeinen worden doorgevraagd wanneer de ouder aangeeft dat iets relevant is.

In een groep van 2000 kinderen van 18 maanden in Zeeland is de kwaliteit van SPARK onderzocht. Daaruit bleek dat SPARK in samenspraak met ouders direct bruikbare informatie oplevert om te bepalen welke zorg in een gezin nodig is. Met behulp van SPARK worden meer kinderen met een verhoogd risico opgespoord dan wanneer geen

gebruik gemaakt wordt van een instrument. SPARK blijkt op betrouwbare en valide manier onderscheid te maken tussen kinderen met en zonder problemen.

SPARK is een breder instrument dan de ASQ;SE, SDQ en BITSEA, die puur op het kind focussen. SPARK kijkt behalve naar psychosociale problemen van het kind ook naar opvoeding en omgeving. De correlatie op een aantal domeinen tussen SPARK en een aantal andere signaleringsinstrumenten zoals de KIPPI en ASQ is laag. De belangrijkste verklaring lijkt de selectieve non-response te zijn.

SPARK is tot nu toe enkel op de leeftijd van 18 maanden onderzocht. Naar verwachting zal SPARK verder ontwikkeld worden voor andere leeftijden.

2. Samen Starten/DMO-protocol (voor de leeftijd van 0 tot 2 jaar).

Het DMO-gespreksprotocol, dat deel uitmaakt van het programma Samen Starten, is een stapsgewijs volgsysteem dat gedurende alle vaste contactmomenten van de JGZ de gehele periode van 0 tot 2 jaar wordt toegepast.

Tot de leeftijd van 8 weken worden alle gezinnen op dezelfde manier benaderd met de 'universele' basisinventarisatie. Als het kind 8 weken oud is, vindt tijdens een extra lang contactmoment met alle ouders die het consultatiebureau bezoeken een uitgebreide mondelinge inventarisatie plaats van de opvoedsituatie. De inventarisatie biedt zicht op de beleving van de ouders van verschillende voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind relevante aspecten. Het zijn aspecten in de volgende vijf domeinen: competentie van de ouder/primaire verzorger, rol van de partner, sociaal netwerk, gezondheid en ontwikkeling van het kind en mogelijke obstakels.

De invulling van de gesprekken kan per vervolgconsult verschuiven, afhankelijk van wat in het voorgaande consult besproken is en wat op basis van de leeftijd/ontwikkeling van het kind relevant is. Als bij de inventarisatie een probleem naar voren komt, wordt overgegaan tot een volgende stap: het nader inventariseren van de probleemsituatie en het komen tot een plan van aanpak in een extra huisbezoek van de jeugdverpleegkundige aan het gezin. Hierbij wordt gewerkt volgens de principes van oplossingsgericht werken.

Onderzoek naar het programma Samen Starten loopt nog. Het wachten is verder nog op een onderzoek waarin de effectiviteit van het DMO-protocol getoetst wordt in een vergelijkend onderzoek (De Meer, Reijneveld, 2008). Tot nu toe zijn er al wel enkele correlatieve studies naar het DMO-protocol gedaan, waaruit bleek dat het DMO-protocol zinvol samenhangt met de CBCL.

Stevig Ouderschap

Het programma Stevig Ouderschap is een programma gericht op het versterken van ouderschap en het voorkomen van kindermishandeling. Het wordt hier beschreven omdat een vragenlijst wordt gebruikt die in het verleden geleid heeft tot weerstand bij ouders en mede aanleiding is geweest voor de motie-Van der Burg.

Stevig Ouderschap (SO) is een programma dat zich richt op preventie van opvoedingsproblemen en kindermishandeling. Er worden 6 huisbezoeken afgelegd in de eerste 18 maanden in gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblemen. Deze gezinnen worden geselecteerd met een vragenlijst (de SO-vragenlijst). Daarnaast kan de JGZ-verpleegkundige op basis van zijn of haar eigen inschatting gezinnen selecteren.

Kort na de geboorte van een kind wordt de SO-vragenlijst aan alle ouders aangeboden. Een JGZ-organisatie kan hierbij de keuze maken om de SO-vragenlijst, vergezeld van een informatieve folder, door de neonatale gehoorscreener ongeveer 5 dagen na de geboorte te laten uitreiken of ongeveer 14 dagen na de geboorte tijdens het Standaard Zuigelingen Huisbezoek (SZH) door de JGZ-verpleegkundige. In beide gevallen zal tijdens het SZH de JGZ-verpleegkundige een mondelinge toelichting geven op het programma Stevig Ouderschap en de vragenlijst.

De SO-vragenlijst bevat 40 items over risicofactoren voor opvoedingsproblematiek en kindermishandeling, zoals sociale isolatie, psychische problematiek en jeugdervaringen met geweld. De SO-vragenlijst wordt bij voorkeur door beide ouders ingevuld. Indien nodig kan de JGZ-verpleegkundige ouders helpen met het invullen.

Ouders kunnen de SO-vragenlijst in een gesloten envelop rechtstreeks meegeven aan de JGZ-verpleegkundige, de lijst per post terugzenden en/of de lijst bij het eerste bezoek aan het consultatiebureau overhandigen (circa 1 maand na de geboorte). Op het consultatiebureau zullen ouders ook worden herinnerd aan het invullen van de lijst, ter verhoging van de response.

Inmiddels wordt SO met de daarbij horende selectievragen in de praktijk geïmplementeerd. De response op de SO-vragenlijst varieert in de praktijk van 49% tot 69%. Naar schatting de helft van de geselecteerde gezinnen is bereid deel te nemen aan het interventieprogramma (Bouwmeester-Landweer, 2007). In 2009 was de gemiddelde respons op de SO-vragenlijst 60% (range 35-96%). Van de gezinnen die in aanmerking komen voor huisbezoeken neemt gemiddeld 57% ook daadwerkelijk deel (range 20-97%). Deze cijfers zijn verkregen op grond van de aangeleverde jaarrapportages van 18 van de 23 JGZ-organisaties die het programma in 2009 aanboden (Vereniging Stevig Ouderschap, 2009).

Binnenkort verschijnt het eindrapport van een onderzoek naar de combinatie van het programma Samen Starten en het programma Stevig Ouderschap waarin beide programma's onderzocht zijn (De Wolff, Pannebakker & Bouwmeester, 2012). In het onderzoek zijn in een focusgroep met JGZ-professionals de ervaringen met de SO-vragenlijst besproken. De drie aanwezige JGZ-verpleegkundigen benoemden twee redenen waarom de SO vragenlijst tot weerstand kan leiden:

1. Het moment waarop de vragenlijst voorgelegd wordt, namelijk in de eerste twee weken na de bevalling. Op dat moment zijn er veel praktische zaken die aandacht vragen van de ouders en heeft de verpleegkundige nog geen vertrouwensband met een gezin opgebouwd.

In de SO-vragenlijst worden gevoelige onderwerpen zoals kindermishandeling, sociale isolatie, psychische problematiek en jeugdervaringen met geweld aan de orde gesteld. Als de JGZ dergelijke thema's aan de orde wil stellen (en dat is met het oog op preventie van kindermishandeling legitiem) dan is een zeker vertrouwen tussen de JGZ-professional en het gezin nodig. In de eerste twee weken moet de band nog worden opgebouwd.

2. Het feit dat de SO-lijst in een aantal gevallen met onvoldoende toelichting in het gezin geïntroduceerd is. Het aan de orde stellen van gevoelige thema's in een vragenlijst vereist dat de vragenlijst op een zorgvuldige manier en met de juiste mondelinge toelichting geïntroduceerd wordt in een gezin.

Een duidelijke conclusie is dat de SO-vragenlijst zorgvuldig geïntroduceerd moet worden door een jeugdverpleegkundige in een gesprek met de ouders. Dit om te voorkomen dat de lijst weerstand oproept bij een groep ouders die de extra steun en zorg van de JGZ juist heel goed kan gebruiken.

In het onderzoek is de SO-vragenlijst vergeleken met het DMO-protocol van het programma Samen Starten. In het DMO-protocol worden op de leeftijd van 8 weken 5 domeinen mondeling besproken met de ouders in een uitgebreid consult. Met het DMO-protocol wordt aan beide hierboven genoemde bezwaren tegemoet gekomen. De verpleegkundige die volgens het DMO-protocol werkt, heeft op de leeftijd van 8 weken al een eerste band opgebouwd. Ouders en JGZ-verpleegkundige zien elkaar dan voor de tweede keer nadat tijdens het eerste huisbezoek een kennismaking heeft plaatsgevonden. Bovendien geeft het uitgebreidere consult op 8 weken de professional de mogelijkheid om gevoelige thema's op een zorgvuldige manier te introduceren bij de ouders. Uit het onderzoek blijkt dat de informatie die het DMO-protocol oplevert voor een groot deel overlapt met de uitkomsten van de SO-vragenlijst: 85% van de gezinnen wordt door beide signaleringsmethoden gevonden. Met het DMO-protocol wordt 5% extra gezinnen gevonden, terwijl de SO-vragenlijst een surplus van 10% identificeert. Het voert daarom te ver om te stellen dat de SO-vragenlijst vervangen kan worden door het DMO-protocol. Thema's zoals kindermishandeling en jeugdervaringen met geweld zouden in het DMO-protocol dan ook expliciet aan de orde gesteld moeten worden. Dat gebeurt nu nog te veel impliciet. De ouder kan het noemen, maar er wordt niet naar gevraagd. Daarnaast moet bij een dergelijke beslissing rekening worden gehouden met de uitkomst van verschillende in het onderzoek naar SO (Bouwmeester-Landweer, 2007) benoemde studies die aantonen dat dergelijke gevoelige informatie door een aantal ouders liever schriftelijk dan mondeling wordt vrijgegeven. Dit gegeven wordt ondersteund door de bevindingen uit het onderzoek waarin de SO-vragenlijst vergeleken wordt met het DMO-protocol van het programma Samen Starten.

REFERENTIES

- AEgisdottir S., White M.J., Spengler P.M., Maugherman A.S., Anderson L.A., Cook R.S. et al. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction Stefania AEgisdottir. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382.
- Bakker-Camu G.J.W., Lijs-Spek W.J.G. (2010). Notitie: 'Gebruik vragenlijsten binnen de Jeugdgezondheidszorg'. Bilthoven: RIVM.
- Bartelink C., Berge I. ten, Yperen T. van (2010). Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatietelling? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bell I., Mellor D. (2009). Clinical judgements: Research and practice. *Australian Psychologist*, 44(2), 112-121.
- Bertrand R., Hermanns J., & Leseman P. (1998). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning in Nederlandse, Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen van 0-6 jaar. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14(1/2), 50-71.
- Bouwmeester-Landweer, Merian (2007). Project OKé: preventieve bemoeizorg met jonge ouders in niet-OKé omstandigheden. *Tijdschrift Ouderschap en Ouderbegeleiding* jrg. 10 nr. 3.
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2008). Stevig Ouderschap. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg* jrg. 40 nr. 3.
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2009). Interne rapportage. Oudewater: Vereniging Stevig Ouderschap.
- Cashmore J. (2002). Promoting the participation of children and young people in care. *Child Abuse & Neglect*, 26(8), 837-847.
- Children With Special Needs Project Advisory Committee (2006). Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics* 2006;118;405-420.
- Coenen-van Vroonhoven, E.J.C. en Verloove-Vanhorick, S.P. (2008). Rapport Advies Contactmomenten JGZ 0-19 jaar, Leiden: TNO.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. (2009). The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. *Pediatrics* 2009;124;410-421.
- Coyne I. (2008). Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1682-1689.
- Edwards M., Davies M., Edwards A. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 37-52.
- Feron F. Paradigmashift in de jeugdgezondheidszorg. NCJ Jaarcongres 2010.
- Frissen P.H.A. et al. (2011). *Zorg door de staat, gevolgen van gemeentelijke keuzes in de JGZ*, Utrecht: ActiZ, 2011.
- Gambrill E. (2005). Critical thinking in clinical practice: Improving the quality of judgments and decisions. Hoboken (New Jersey): Wiley.
- Garb H.N. (1998). Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment (1998). *Studying the Clinician: Judgment Research and Psychological Assessment*, 333 Pp. Washington, DC, US: American Psychological Association.
19. Glascoe, F. (2000). Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics in Review*. 21(8): 272-280.
- Gore et al. 2005 in Coyne, 2008.
- Grove W.M., Zald D.H., Lebow B.S., Snitz B.E., Nelson C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.

- Hamann J., Leucht S., Kissling W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403-409.
- Hamilton J.D. (2004). Evidence-based thinking and the alliance with parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 105-108.
- Hodges K. (2004). Using assessment in everyday practice for the benefit of families and practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 449-456.
- Jaspers M., Winter A.F. de, Meer G. de, Stewart R.E., Verhulst F.C., Ormel J., Reijneveld S.A. (2011). Early Findings of Preventive Child Healthcare Professionals Predict Psychosocial Problems in Preadolescence: The TRAILS Study. *The Journal of Pediatrics*, vol. 157, nr. 2, 316-321.
- JensenDoss A., Weisz J.R. (2008). Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 711-722.
- Joosten E.A.G., DeFuentesMerillas L., Weert G.H. de, Sensky T., Staak C.P.F. van der, Jong C.A.J. de (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226.
- Kocken P. Aandacht voor ouders en jongeren. Academische Werkplaats Noordelijk Zuid-Holland, Leiden 2012.
- Kolen M. (2005), *Slagroom op de koffie? Ethische reflectie en discussie over uitgangspunten in de jeugdzorg*, Amsterdam: SWP.
- Kooijman K., Prinsen B. (2008). *Metten + delen*. Utrecht: NJi, 2008.
- Kruizinga I., Jansen W., Carter A.S., Raat H. (2011). Evaluation of an early detection tool for socio-emotional and behavioral problems in toddlers: The Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment - A cluster randomized trial. *BMC Public Health* 2011, 11:494. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-494.pdf>
- Kruizinga I., Jansen W., Haan C.L. de, Ende J. van der, Carter A.S. (2012). Reliability and Validity of the Dutch Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371000/>
- Leseman P., Hermanns J. (2002). Vragen van ouders over de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen in drie etnisch-culturele gemeenschappen. *Pedagogisch Tijdschrift*, 27(4), 253-226.
- Mejdoubi J., Coeverden S.C.C.M. van, Struijff E., Crijnen A., Leerdam F.J.M. van, Hirasing R.A. (2011). De VoorZorginterventie vermindert het roken bij hoogrisico zwangeren. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 89;3:48.
- Mieloo C., Raat H., Oort F. van, Bevaart F., Vogel I., Donker M., Jansen W. (2012). Validity and Reliability of the Strengths and Difficulties Questionnaire in 5-6 Year Olds: Differences by Gender or by Parental Education? <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0036805>
- NCJ. Expertmeeting Psychosociale problematiek in de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: NCJ, 2012
- Nolen W.A., Engbers D.P. (2000). Klinisch-wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie: ethische en juridische aspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42 (2000) 8, 575-584.
- Oberklaid F., Efron D. Developmental delay Identification and management. *Australian Family Physician* Vol. 34, No. 9, September 2005.
- Ouden-Klaassen T. van den. *Zorg voor het kind of voor de staat? Het werken met vragenlijsten voorafgaand aan periodiek gezondheidsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg*. Tilburg University, Tilburg 2012.
- Ouders Online. *Code oranje (wees alert), het kwetsbare vertrouwen van ouders in de jeugdgezondheidszorg*, Amsterdam: Ouders Online Via www.ouders.nl, 2012.
- Postma S. (2008). *Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.
- Prinsen B., L'Hoir M.P., Ruiter M. de, Oudhof M., Kamphuis M., Wolff M.S de, Alpay L. (2011). *Conceptrichtlijn Opvoedingsondersteuning voor opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen in de jeugdgezondheidszorg in de context van het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Utrecht: Nederlands Jeugd instituut/TNO Child Health.

- Reijneveld S.A., Vogels A.G.C., Hoekstra F., Crone MR (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health*, 6, 1471-2458.
- Reijneveld S.A. Op weg naar evidence-based triage binnen de jeugdgezondheidszorg van 0-4 jaar. Looptijd 2011-2013. <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/op-weg-naar-evidence-based-triage-binnen-de-jeugdgezondheidszorg-van-0-4-jaar/samenvatting/>
- Ros R. (2006). Opvoedingsondersteuning. Een onderzoek naar de on vervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning van ouders en de mening van leerkrachten over opvoedingsondersteuning aan ouders. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Staal I.I.E., Van den Brink H.A.G., Hermanns J.M.A., Schrijvers A.J.P. & Van Stel H.F. (2011). Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: development and feasibility of a structured interview. *Child: Care, Health, and Development*, 1-9.
47. Stel H.F. van, Staal I.I., Hermanns J.M., Schrijvers A.J. (2009). Validity and reliability of a structured interview for early detection and risk assessment of parenting and developmental problems in young children: a cross-sectional study. *BMC Pediatr.* 2012 Jun 14;12(1):71. (abstract en text: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/71/abstract>)
- Swift J.K., Callahan J.L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 368-381.
- Theunissen M. (2011). Signaleringslijsten in de JGZ. Ontwikkeling en gebruik van uniforme vragenlijsten. Leiden: TNO Child Health, 2011.
- Theunissen M.H., Wolff M.S. de, Vogels A.G.C. & Reijneveld, S.A. (2012). Signaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen bij 0-4 jarigen in de JGZ. Leiden: TNO Child Health, 2012.
- Tremblay R.E. (2000). The development of aggressive behavior during childhood: what have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24, 129-141.
- Vink R.M., Detmar S. (2012). Psychosociale risicosignalering in de zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten. *TSG* 90 nummer 8, 525-532
- Vogels A.G.C., Siebelink B.M., Theunissen M.C., de Wolff M.S., Reijneveld S.A. (2011). Vergelijking van de KIVPA en de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij adolescenten in de Jeugdgezondheidszorg, Leiden, TNO, 2011.
- Vogels A.G.C. (2008). The identification by Dutch preventive child health care of children with psychosocial problems: do short questionnaires help? Groningen: dissertation University Groningen 2008.
- Willumsen E., Skivenes M. (2005). Collaboration between service users and professionals: Legitimate decisions in child protection - a norwegian model. *Child & Family Social Work*, 10(3), 197-206.
- Wolff M.S. de, Pannebakker F.D., Bouwmeester M. (2012). Samen Starten met Stevig Ouderschap een vernieuwde methode vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-4 jaar voor het signaleren van risicovolle opvoedingssituaties met inbegrip van kindermishandeling en het ondersteunen van gezinnen met jonge kinderen. Leiden: TNO Child Health.
- Wolff M.S. de, Theunissen M.H., Reijneveld S.A. (2011). Signaleren en wat dan? Leiden: TNO Child Health, 2011.
- Yperen T. van, Veerman J.W. (2008). Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. Delft: Eburon.
- Zeeman M., Hermanns J., Hoffenaar P., Grootens-Tecla M., Alberts J. (2007). De behoefte aan opvoedingsondersteuning op Curaçao. Een onderzoek onder opvoeders met kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar. *Pedagogiek*, 27(2), 119-134.
- Zeijl E., Crone M., Wiefferink K., Keuzenkamp S., Reijneveld M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: SCP/TNO.

TERMEN EN AFKORTINGEN

ASQ SE	Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional.
AWPG NZ	Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.
BITSEA	Brief-Infant-Toddler Social and Emotional Assessment.
Psychosociale problemen	<ul style="list-style-type: none">• emotionele problemen (oftewel internaliserende problemen) zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten;• gedragsproblemen (oftewel externaliserende problemen) zoals agressief gedrag, onrustig gedrag en delinquent gedrag;• sociale problemen, dit zijn problemen die het kind heeft in het maken en onderhouden van het contact met anderen. <p>Conform de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen, 2008.</p>
Samen Starten/ DMO-protocol	Programma om op jonge leeftijd samen met de ouders de opvoedsituatie in beeld te brengen.
Evidence-based signaleren	Evidence-based signaleren betekent dat professionals een onderbouwd advies, hulpaanbod of vervolgactie bepalen op basis van relevante theorieën over het ontstaan en in stand blijven van problemen in de groei en ontwikkeling van kinderen en up-to-date kennis over 'wat werkt'.
HDGM	Hulpverleningsdienst Gelderland Midden.
JGZ	Jeugdgezondheidszorg.
KDVK	Korte Vragenlijst voor Depressie bij Kinderen.
KIPPI	Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie.
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten.
LSPPK	Landelijke Signaleringslijst Psychosociale Problematiek bij Kleuters.
NOSIK	Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, verkorte versie.
PGO	Preventief GezondheidsOnderzoek.
SPARK	Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij (opvoeden en ontwikkeling van) Kinderen.
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire.
SO	Stevig Ouderschap.

SPsy

De SPsy is de SDQ Self Report voor adolescenten, aangevuld met een aantal subschalen: Psychotisch gedrag, Eetstoornissen, Eetproblemen, Zelfdestructie en Alcohol- en drugsgebruik. Deze aanvullingen zijn specifiek voor adolescenten en zijn ontwikkeld door het Trimbos-instituut.

TNO Child Health

Onderzoekinstelling op het terrein van o.a. jeugdgezondheid(szorg).

Triage

Een nieuwe werkwijze in de jeugdgezondheidszorg, waarbij een doktersassistent(e) met behulp van een vragenlijst en enkele programmatische lichamelijke onderzoeken bepaalt of een kind geen verdere zorg nodig heeft of een contactmoment met jeugdverpleegkundige of jeugdarts nodig is.

BIJLAGE 1

Overzicht van de door het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM geïnterviewde vragenlijsten (2010)

Vragenlijst	Aangegeven doel voor het gebruik
1 ASQ SE (kan ingezet worden tussen de 3 mnd. en 5 jaar)	Het in kaart brengen van psychosociale problemen bij jonge kinderen.
2 BITSEA (1-3 jaar)	Het in kaart brengen van psychosociale problemen bij jonge kinderen.
3 Samen Starten/ DMO-protocol (tussen de 0 en 24 mnd.)	Het in beeld brengen en houden van de brede opvoedingswerkelijkheid en het vroegtijdig signaleren van mogelijke risicofactoren daarin op 5 domeinen: competentie ouder, rol partner, sociale steun, obstakels, welbevinden kind.
4 KIPPPPI (kan ingezet worden tussen de 0 en 16 jaar)	Het in kaart brengen van psychosociale problemen bij kind/jongere. Brengt daarnaast de balans tussen draagkracht en draaglast in beeld door o.a. de beleving van het ouderschap en ingrijpende gebeurtenissen na te vragen.
5 NOSIK	Het in kaart brengen van de stressbeleving van ouders. De NOSIK is een verkorte versie van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI).
6 SDQ Ouderversie 3, 4, 5 en 11 jaar	Het in kaart brengen van psychosociale problemen bij jonge kinderen (emotionele problematiek, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten). De eerste screening geeft met een totaalscore en impactscores aan of er een probleem dreigt.
SDQ 13, 14 jaar (zelfrapportage)	Het in kaart brengen van psychosociale problemen bij jonge adolescenten (emotionele problematiek, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten). De eerste screening geeft met een totaalscore en impactscores aan of er een probleem dreigt.

- 7 SPARK (18 maanden, andere leeftijden in ontwikkeling) Het in kaart brengen van opvoed- en opgroei problemen van peuters van 18 maanden middels een gestructureerd vraaggesprek tussen JGZ-professionals en ouders.

- 8 Het programma Stevig Ouderschap Het in kaart brengen van ouderfactoren die een risico kunnen betekenen in het opvoeden van hun kinderen, vooral om gezinnen te vinden voor Stevig Ouderschap, dat gericht is op het versterken van gezinnen met veel risico op kindermishandeling en opvoedingsproblemen. Ook kindfactoren worden in beeld gebracht. De vragenlijst wordt eenmalig uitgereikt kort na de bevalling.

BIJLAGE 2

Onderwerpen opgenomen in de huidige signaleringslijsten in de JGZ en het percentage JGZ-organisaties dat het betreffende onderwerp heeft opgenomen

Onderwerpen	Groep 2 – PGO N = 15 %	Groep 2 – triage N = 8 %	Groep 7 – PGO N = 14 %	Groep 7 – triage N = 8 %
Klachten	100	100	93	100
Zindelijkheid	93	100	86	88
Behandeling	100	100	86	88
Ingrijpende gebeurtenissen	93	88	86	75
Medische voorgeschiedenis kind	80	75	57	75
Voeding	87	75	79	63
Demografische kenmerken ouders	73	88	57	88
Mondgezondheid	67	75	57	63
Lengte ouders	63	53	50	63
Psychosociaal (SDQ)	53	88	86	100
Taal/oren/ogen	73	50	43	63
Gezinsamenstelling	80	75	43	63
Slapen	73	75	43	50
Verenigingen	67	13	79	50
Ervaren opvoeding	40	75	36	63
Medische gegevens familie	33	25	14	25
Meeroken	47	0	21	13
Motoriek	27	25	7	0
Buurt-/wijkveiligheid	7	13	0	13
Seksuele voorlichting	7	0	21	13
Tv-kijken en computeren	47	38	50	63
Roken en alcoholgebruik	7	13	21	63
Bewegen	40	38	36	50
Zwemdiploma	53	25	38	14
Puberteitskenmerken	0	13	43	50
Inenting CB	50	0	38	19
Verzuim	33	38	50	25
Plezier op school	33	25	21	25
Psychosociaal (LSPPK)	27	13	0	0

Legenda:

- Onderwerpen opgenomen door meer dan 50% van alle JGZ-organisaties (in alle groepen).
- Onderwerpen die in 3 van de 4 groepen door meer dan 50% van de JGZ-organisaties zijn opgenomen in de huidige signaleringslijsten.
- Onderwerpen die in 2 of meer groepen door minder dan 50% van de JGZ-organisaties zijn opgenomen.

BIJLAGE 3

Opdracht

Aanleiding

De aanleiding voor de handreiking is de motie van het Tweede Kamerlid Van der Burg (19 december 2011), de brief van de staatssecretaris van VWS (19 januari 2012) aan de voorzitter van de Tweede Kamer en de brief van het ministerie van VWS aan het NCJ (12 april 2012).

Tweede Kamerlid Van der Burg schrijft in haar motie van 19 december 2011: *'De Kamer, gehoord de beraadslaging, overwegende dat er een wettelijke plicht is om een digitaal dossier van de cliënten bij te houden; constaterende dat in tegenstelling tot wat er bij de wetsbepaling is afgesproken, in sommige regio's de complete vragenlijst moet worden ingevuld, ook wanneer er geen sprake is van risicogeval; van mening dat het verzamelen van de informatie niet nodig is en dit bovendien het vertrouwen van ouders in de jeugdgezondheidszorg schaadt; verzoekt de regering via de Inspectie voor de Gezondheidszorg te waarborgen dat alleen in geval van risicogeval de uitgebreide vragenlijst wordt gebruikt en gaat over tot de orde van de dag.'*

De staatssecretaris antwoordt in haar brief van 19 januari 2012 dat de JGZ bij sommige screenings of vervolgonderzoeken gebruik maakt van vragenlijsten en dat in het DD JGZ wordt aangegeven welke screenings zijn uitgevoerd en welke vragenlijsten zijn afgenomen. Daarbij is het uitgangspunt dat alleen geconstateerde bijzonderheden in het DD JGZ worden genoteerd. Zo worden ook de bijzonderheden in de ontwikkeling van het kind op dat specifieke moment tijdens het consult in het DD JGZ genoteerd. Zij geeft ook aan op welke wijze zij de motie zal uitvoeren:

- *'Ik zal de JGZ vragen om in hun reguliere toezicht speciaal aandacht te besteden aan het op een goede manier gebruiken van vragenlijsten binnen de JGZ en de registratie van de uitkomsten in het DD JGZ. Ook zal zij daarbij aandacht vragen voor het inzage-recht van ouders, zoals dat is toegezegd.*
- *Ik zal aandacht geven aan het gebruik van vragenlijsten in de JGZ als zodanig; op dit moment loopt er ZonMw-onderzoek naar de effectiviteit van vragenlijsten die in de JGZ worden gebruikt.*
- *Als vervolg hierop zal ik ZonMw opdracht geven te onderzoeken hoe het aantal vragenlijsten in de JGZ en de omvang van de vragenlijsten zinvol kan worden teruggebracht; dit om de JGZ nog klantgerichter te maken.'*

De Inspectie Gezondheidszorg (brief van 23 maart 2012) roept de JGZ op om zorgvuldig om te gaan met het toezenden van vragenlijsten en de communicatie daarover. *'Dat betekent in ieder geval toelichten waarom de gevraagde informatie nodig is, hoe die gebruikt wordt en hoe die geregistreerd wordt. Daarbij moet er steeds afgewogen worden of het nodig is de vragenlijst naar alle jeugdigen en/of hun ouders te sturen*

of alleen naar risicogroepen. Ook moet worden afgewogen of een vragenlijst vooraf wordt toegestuurd of tijdens een individueel contactmoment wordt nagevraagd. Wanneer vragenlijsten gebruikt worden voor het signaleren van problematiek ligt het voor de hand dat de vragenlijst bij alle jeugdigen en/of hun ouders wordt gebruikt. Wanneer de vragenlijst wordt gebruikt om ouders te selecteren voor deelname aan een bepaald programma kan vaak voorafgaand een risico-inschatting gemaakt worden, zodat de vragenlijst alleen aan risicogroepen wordt aangeboden. In het DD JGZ moet u aangeven dat er een screening heeft plaatsgevonden en welke vragenlijst is gebruikt. Daarbij wordt aangegeven welke bijzonderheden zijn opgemerkt en welk gevolg hieraan is gegeven. Uitgangspunt is dat alleen wordt genoteerd of iets gevraagd is en dat vervolgens alleen de bijzonderheden die zijn geconstateerd worden genoteerd in het DD JGZ.'

In zijn brief van 12 april 2012 aan het NCJ vraagt het ministerie van VWS om op korte termijn al een aanzet te geven tot het terugdringen van het gebruik van vragenlijsten in de JGZ. Het ministerie vraagt na te gaan welke initiatieven nu al lopen om het zorgvuldige gebruik van vragenlijsten in de JGZ te bevorderen en op basis van de inventarisatie aan te geven wat nu al toepasbaar is voor het JGZ-veld.

Vraagstelling

Het NCJ heeft met het ministerie van VWS afgesproken dat de handreiking op de volgende vragen ingaat:

- Wat is een JGZ-vragenlijst?
- Zijn er meerdere soorten vragenlijsten?
- Wanneer wordt welke JGZ-vragenlijst gebruikt? Wanneer worden geen JGZ-vragenlijsten gebruikt?
- Hoe worden vragenlijsten in de JGZ gebruikt?
- Welke initiatieven lopen er in de JGZ met betrekking tot een zorgvuldig gebruik van vragenlijsten in de JGZ?
- Welke van deze initiatieven zijn nu al bruikbaar voor het JGZ-veld?
- Welke randvoorwaarden horen bij het gebruik van JGZ-vragenlijsten?

Methode

Het NCJ heeft desktopresearch naar het gebruik van vragenlijsten in de JGZ verricht en geïnventariseerd welke initiatieven naar een zorgvuldig gebruik van vragenlijsten in de JGZ er lopen. Tijdens een van de Kennisnetwerken jeugdgezondheidszorg (18 juni 2012) die NCJ en NJi viermaal per jaar organiseren, is input gekregen. Vervolgens is een concepthandreiking opgesteld. Deze is aan enkele experts op het terrein van signalering van psychosociale problemen voorgelegd. Een bijgestelde versie is vervolgens aan de Wetenschappelijke Adviescommissie van het NCJ en aan de deelnemers aan de expertmeeting Signalering van Psychosociale problematiek van maart 2012 voor commentaar toegezonden. Gelijktijdig is het concept in een digitale consultatieronde aan de praktijk voorgelegd. Daarna is de eindversie met ActiZ, GGD Nederland, de VNG, de IGZ en het ministerie van VWS besproken alvorens deze aan te bieden aan de JGZ-organisaties.

Er zijn vragenlijsten beschikbaar voor een breed scala aan verschillende aspecten van gezondheid, groei en ontwikkeling en opvoeding, van psychosociale problemen tot leefstijl, gezinssamenstelling en ziekten als astma en voedselallergie. Vanwege de beperkt beschikbare tijd hebben wij ons gericht op vragenlijsten die psychosociale problemen van kinderen signaleren en vragenlijsten die risico's in de omgeving van het kind taxeren. Vragenlijsten die specifiek gericht zijn op bepaalde lichamelijke gezondheidsproblemen van kinderen zijn buiten beschouwing gelaten. Deze veroorzaken in het algemeen ook geen weerstand bij ouders.

Bijdragen

Zonder de bijdrage van de volgende personen was de handreiking niet goed tot stand gekomen: Betty Bakker, Merian Bouwmeester, Frans Feron, Marleen Johannes, Wilma Jansen, Tamara Klaasen, Ingrid Kruizinga, Matthea van Leeuwe, Frank van Leerdam, Sabine Postma, Susan Potting, Menno Reijneveld, Margreet de Rooter, Ingrid Staal, Wil Steenbakkers, Inge Steinbuch, Meinou Theunissen, Kees Verhaar, Ton Vogels, Jacqueline de Vries, Marianne de Wolff.



Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht
www.ncj.nl



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid