



Universiteit Utrecht



Brabant-Zuidoost

**‘No show’
bij vervolgonderzoeken (OOI) in de
Jeugdgezondheidszorg**

Lieke van Beek

Studentnummer: 3627519

Universiteit Utrecht

Master: Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

Thesisdocent: dr. W. M. van Londen-Barentsen

Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) Brabant- Zuidoost

Jeugdgezondheidszorg

Thesisbegeleider: Ir. D. Aben

Datum: 1 juni, 2012

Abstract

Background: The purpose of the primary child health care is to ensure all children are known and any problems are identified, but data from GGD Brabant- Zuidoost show that some children do not appear to follow-up appointments. 'No show' creates a greater risk for growing up unhealthy or in an unsafe environment. **Objectives:** This study examines which factors play a role in non-compliance to follow-up appointments. Understanding these factors can facilitate the reducing of the no-shows of children more adequately. **Method:** The research consisted of three studies. The first study focused on child factors from the existing data selected from the youth health care register KIDOS. The population consisted of 5673 elementary school children invited during the schoolyear 2010-2011, divided into children who did not appear ($n=405$), both appeared as well as did not appear ($n=365$), and did appear at their appointment ($n=4876$). In the second study parents filled in a written questionnaire about barriers they experienced when visiting ($N=172$). A group of parents who did appear ($n=119$) and a group who did not appear ($n=53$) were compared. In the third study professionals ($n=59$) were asked about their attitudes and practice regarding non-compliance. **Results:** The first study showed that no show children were significantly more likely to be from ethnic minorities and from lower socio-economic backgrounds. Having an older age, being at a high risk school and living in Eindhoven or Helmond were predictive factors for not appearing on follow-up appointments. In the second study parents were generally positive about the appointments at the primary child health care, but the no-show group experienced more barriers. They found the appointments less relevant and they did not know the reason they were invited. Also the professionals answered they think the reason for parents for not showing up is they don't see the relevance. The professionals found no-show a big problem and were positive about active approach. However, there though certain preconditions necessary. **Conclusion:** The no-show children are often the at-risk children. This study shows the emerging factors that influence non-compliance from three perspectives. Both the front office and the back office must recognize these factors. This means the front office must stress the relevance of the appointment and there has to be an active approach. At the back office there must be consultation about a uniform practice regarding follow up appointments in general and about the method professionals' use when children do not appear.

Keywords: Primary Child Health care, No-show, follow-up appointments, child factors, Barriers, work procedure.

Samenvatting

Achtergrond: De Jeugdgezondheidszorg heeft als doel alle kinderen in beeld te hebben, maar uit de gegevens van GGD Brabant- Zuidoost blijkt dat er bij onderzoeken op indicatie (OOI) kinderen zijn die niet verschijnen. Deze “no show” zorgt voor een hoger risico dat zij niet gezond of niet in een veilige omgeving opgroeien.

Doelen: Deze studie onderzoekt welke factoren mogelijk een rol spelen bij het niet verschijnen bij vervolgonderzoeken. Door inzicht te krijgen in deze factoren kan gericht ingezet worden op het verlagen van het percentage niet verschenen kinderen. **Methode:** Dit onderzoek bestaat uit drie deelstudies. De eerste studie maakt gebruik van bestaande gegevens van het registratiesysteem KIDOS. De populatie bestond uit 5673 basisschool kinderen van het schooljaar 2010-2011, onderverdeeld in niet verschenen kinderen ($n=405$), zowel een keer niet als wel verschenen kinderen ($n=365$), en wel verschenen kinderen ($n=4876$). In de tweede studie hebben ouders via een schriftelijke vragenlijst aangegeven welke barrières zij ervaren voor het verschijnen ($N=172$). Hierin is een groep wel verschenen ouders ($n=119$) vergeleken met een groep niet verschenen ouders ($n=53$). In de laatste studie is aan professionals ($N=59$) gevraagd naar hun opvattingen en werkwijze met betrekking tot niet verschenen kinderen. **Resultaten:** Uit de bestaande gegevens bleek dat niet verschenen (NV) kinderen significant vaker van allochtone afkomst zijn en uit lagere sociaal- economische milieus te komen. Een oudere leeftijd, op een hoog risicoschool zitten en in Eindhoven of Helmond wonen, bleken voorspellend te zijn voor het niet verschijnen bij een OOI. Uit de tweede deelstudie bleek dat ouders over het algemeen positief zijn over de onderzoeken, maar de NV groep ouders ervoeren meer belemmeringen dan de ouders die wel verschijnen (WV). NV ouders vonden OOI's minder relevant en wisten de reden van uitnodigen vaak niet. Ook professionals dachten dat ouders die niet verschijnen de relevantie en noodzaak van het onderzoek niet inzien. Zij zagen niet verschijnen als een probleem en stonden positief tegenover het actiever benaderen van deze doelgroep. Hiervoor zijn wel betere randvoorwaarden nodig. **Conclusie:** De NV blijken vaker in de risicogroep te vallen dan de WV kinderen. Deze studie geeft vanuit drie perspectieven inzicht in welke factoren een rol spelen bij niet verschijnen. Zowel aan de voorkant van de organisatie als aan de achterkant moet er op deze factoren worden ingezet. Dit betekent dat aan de voorkant moet worden ingezet op duidelijk maken van de relevantie van het onderzoek en er moet een actievere werkwijze komen, waar aan de achterkant in overleg moet worden gegaan over de uniforme werkwijze over vervolgonderzoeken en het handelen bij niet verschijnen.

Sleutelwoorden: Jeugdgezondheidszorg, niet verschijnen, onderzoeken op indicatie, kindfactoren, barrières, werkwijze.

Inleiding

Uit de gegevens van de GGD Brabant - Zuidoost blijkt dat er bij de Onderzoeken Op Indicatie (OOI's; vervolgonderzoeken naast de reguliere contactmomenten) van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) een groep kinderen is die niet verschijnt ('No-show'), zowel met bericht (NVMB) als zonder bericht (NVZB). 'Niet verschijnen' is in dit document ook wel gedefinieerd als het totaal aantal jeugdigen dat niet gezien is op een locatie door de organisatie tijdens een onderzoek op indicatie, die daar wel voor waren uitgenodigd (RIVM, 2010). Deze groep krijgt geen of weinig preventieve zorg van de JGZ. Dit zorgt voor een hoger risico dat deze kinderen niet gezond of niet in een veilige omgeving opgroeien. Een hoog bereik van de JGZ is daarom essentieel (IGZ, 2009). Het is van belang het percentage dat niet verschijnt zo laag mogelijk te houden, zodat de kinderen die worden opgeroepen voor een OOI worden gevolgd.

De norm van de JGZ is om kinderen met psychosociale problemen of opgroei- en opvoedproblemen vroegtijdig te kunnen signaleren en daarbij in te grijpen of te verwijzen. De JGZ is met zijn preventieve rol een essentiële schakel in de publieke gezondheidszorg. Hiervoor is het van belang alle kinderen te zien (IGZ, 2009). Alle kinderen tussen de 4 en 19 jaar worden met hun ouders op drie momenten (Groep 2 & 7, Klas 2) uitgenodigd voor een contactmoment, wat een preventief gezondheidsonderzoek (PGO) wordt genoemd. Op het moment dat er duidelijkheid verkregen moet worden over gerezen vragen wordt er een OOI gedaan. Dit is een vervolgonderzoek naar aanleiding van een signalering van problemen in de ontwikkeling van het kind. Dit kan zijn naar aanleiding van het reguliere preventieve gezondheidsonderzoek (PGO) of op aanvraag van derden (leerkracht, ouder, hulpverleningsinstanties of het consultatiebureau). De inhoud kan zowel over psychosociale problemen gaan als over lichamelijke problemen, zowel op licht- als ernstig niveau. Indien het nodig is, kan na een OOI doorverwijzing naar een andere organisatie een vervolgstap zijn.

Bij artsen en verpleegkundige bestaat de zorg dat de niet bij het OOI verschenen kinderen behoren tot de risicogroep (RIVM, 2010). Binnen de regio Zuidoost – Brabant zijn de professionals op zoek naar antwoorden over redenen waarom een groep niet komt, maar belangrijker is dat binnen deze regio nog niet in kaart is gebracht om welke groep(en) het gaat. Het aantal onderzoeken naar 'non compliance' in andere hulpverleningssectoren is in de laatste dertig jaar enorm gestegen, wat een duidelijk teken is dat het als probleem wordt ervaren door alle professionals in de zorg (Playle & Keeley, 1997). Ook is het een speerpunt in het beleid voor het managementteam van de JGZ om inzichtelijk te krijgen welke kinderen niet in beeld zijn en om tools te verkrijgen hoe het percentage van het bereik te verhogen.

De centrale vraag in deze studie is *welke factoren een rol spelen bij het niet verschijnen bij een onderzoek op indicatie in de Jeugdgezondheidszorg, bij kinderen in het basisonderwijs.*

Context: Wettelijk kader Jeugdgezondheidszorg

In het internationaal verdrag inzake de rechten van het kind staat dat elk kind het recht heeft om in een veilige omgeving op te groeien (1989). Kwetsbare groepen hebben het recht op ondersteuning. Het kabinet vindt het van belang dat ouders en jeugdigen zelf meer betrokken zijn bij hun ondersteuningsproces, dat er meer wordt uitgegaan van de eigen kracht. De betrokkenheid van ouders, kinderen en de sociale omgeving is cruciaal. Wanneer ouders zelf niet in staat zijn hun kinderen een veilige ontwikkelingsomgeving te bieden moet de staat ingrijpen. Het is noodzakelijk voor de overheid om zaken rondom jeugdigen wettelijk vast te leggen (Rijksoverheid, 2011).

Vanaf 2008 valt de gezondheidszorg onder de wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet vervangt ondermeer de wet collectieve preventie volksgezondheid. In deze wet liggen ook de taken van de jeugdgezondheidszorg verankerd in het zogenaamde basistakenpakket. De gemeenten bieden alle jongeren tussen 0-19 jaar het basistakenpakket. Binnen regio Brabant - Zuidoost is deze doelgroep opgesplitst in twee doelgroepen, waarbij de jeugdgezondheidszorg het basistakenpakket biedt aan de jeugd tussen de 4 – 19 jaar. Het basistakenpakket moet zorgen voor uniformiteit in de werkwijze van de JGZ in Nederland en bestaat uit 6 producten (Ministerie VWS, 2002): (1) Monitoring en signalering, (2) screenings en vaccinaties, (3) voorlichting, advies, instructie en begeleiding, (4) beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen, (5) zorgsysteem, overleg en (6) netwerken en samenwerking.

In het kader van de stelselwijziging zijn er ontwikkelingen gaande in Nederland omtrent de jeugdzorg. Zowel bestuurlijk als financieel zal er een decentralisatie plaatsvinden van de ondersteuning en zorg voor jeugd naar gemeenten (Anker, 2011). De transitie heeft ook zijn gevolgen voor de jeugdgezondheidszorg. In de brief vanuit het kabinet ‘geen kind buiten spel’ wordt gesproken over de nieuwe ontwikkelingen die komen gaan. De vraag daarbij was of de JGZ geheel of gedeeltelijk dient komen te vallen onder de nieuwe jeugdwet ‘zorg voor jeugd’ of dat de huidige positionering binnen de WPG het meest geschikt is (Rijksoverheid, 2011; Anker, 2011). Het kabinet neemt het advies over om een preventief gezondheidszorgpakket voor alle kinderen in Nederland wettelijk vast te leggen. Via de JGZ worden er programma’s en activiteiten aangeboden aan alle kinderen vanuit het volksgezondheidsbelang. Hiertoe behoren in ieder geval medische screenings en het rijksvaccinatieprogramma. Dit pakket zal geborgd blijven in de wet publieke gezondheid. De nadere invulling van dit basistakenpakket zal de komende tijd plaatsvinden (Rijksoverheid, 2011; Anker, 2011).

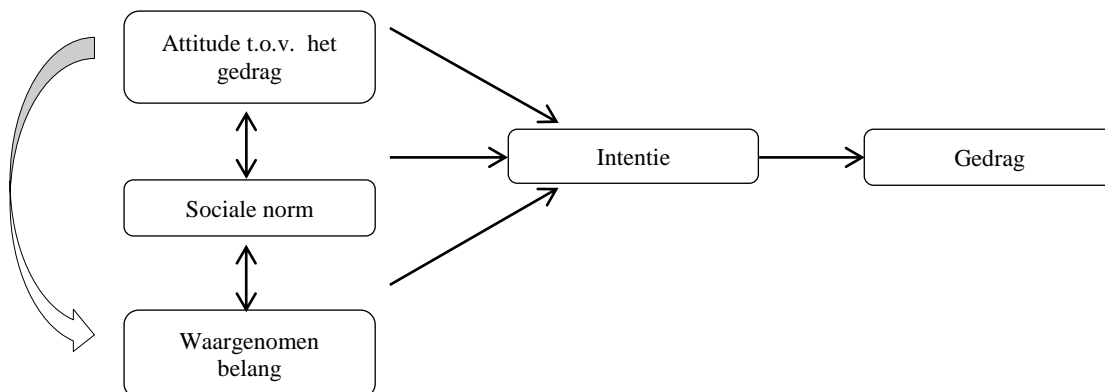
Werkwijze ‘Niet verschenen kinderen’ bij JGZ Zuidoost- Brabant

Binnen de Jeugdgezondheidszorg Brabant- Zuidoost zijn werkafspraken gemaakt over de omgang bij niet verschijnen. Er moet door de professional zowel actie ondernomen worden naar het gezin als dat het geregistreerd moet worden. De datum van het onderzoek, de reden van niet verschijnen en alle uitgevoerde activiteiten moeten vermeld worden als deze bekend zijn. De werkwijze voor in de toekomst is in ontwikkeling, zodat er een uniforme wijze is waarop professionals moeten handelen in het geval van niet verschijnen. Het RIVM heeft in ‘het standpunt bereik van de jeugdgezondheidszorg’ een advies geschreven over de manier waarop JGZ professionals moeten handelen bij niet verschijnen (RIVM, 2010). In bijlage 1 staat deze aanbeveling schematisch weergegeven. Uit deze werkwijze blijkt dat bij niet verschijnen er telefonisch contact gezocht moet worden door de professional. Daarna wordt de keuze bij ouders gelaten; of zij wel of geen zorg willen ontvangen. Mocht het kind een tweede keer niet verschijnen, wordt het automatisch een risicokind.

Mochten ouders niet bereikt worden of hebben ouders geen interesse in zorg dan komen zij terecht in het proces ‘risicokind’ of ‘geen belangstelling’. Er wordt door de professional een inschatting gemaakt of er zorgen zijn over het kind, mogelijk in overleg met derden, zoals het team of de school. Als er zorgen zijn wordt het een risicokind, waarbij het RIVM (2010) adviseert nogmaals telefonisch contact te zoeken of een huisbezoek af te leggen. Belangrijk hierin is dat met ouders overlegd wordt wat passende zorg voor het gezin is.

Bij niet verschijnen van kinderen moeten professionals volgens het protocol actie ondernemen. Om het gedrag van professionals bij niet verschijnen inzichtelijk te krijgen, kan gebruik worden gemaakt van de Theorie of planned behavior (TPB) (Ajzen, 1991). De TPB geeft aan dat niet alleen de mogelijkheid om gedrag te tonen een rol speelt, maar ook de intentie om het gedrag te tonen. Hoe sterker de intentie om het gedrag te vertonen, hoe waarschijnlijker het is dat het daadwerkelijk ook wordt vertoond (Ajzen, 1991). De intentie wordt bepaald door de attitude, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole. De *attitude* is de houding of inschatting die de persoon heeft naar het uit te voeren gedrag. De *subjectieve norm* verwijst naar in hoeverre er een sociale druk aanwezig is om het gewenste gedrag te vertonen. De *waargenomen gedragscontrole* is de mate waarin de persoon de mogelijkheid ziet om het gedrag uit te voeren en kan anticiperen op eventuele obstakels. Dit houdt in dat zowel de overtuigingen, de waargenomen verwachtingen van relevante anderen als de moeilijkheid van uitvoering bepalend zijn voor de intentie om het gedrag daadwerkelijk uit te voeren (Ajzen, 1991). Figuur 1 geeft een schematische weergave van de TPB.

Figuur 1. Schematische weergave van de Theory of Planned Behavior (Naar Ajzen, 1991)



Mogelijke oplossingen ter verbetering van het bereik

Een mogelijke oplossing voor het probleem van non- bereik is volgens Simon (2004) en Gillespie & Primavare (2001) ‘outreaching werken’. Volgens hen werkt deze benadering drempelverlagend en verhoogt het de betrokkenheid van ouders. Met outreachend werken wordt bedoeld dat een professional naar de ouder toegaat en de ouders persoonlijk benadert. Bij sommige professionals is het besef dat het noodzakelijk is mensen op te zoeken in hun eigen leefomgeving al aanwezig (Nieuwenhuizen, 2004). ‘Outreaching werken’ is een kenmerk van bemoeizorg. Bemoeizorg is een interventie die op het moment dat er gesignaleerde problemen zijn moet bereiken dat ouders het probleem erkennen en er zorg komt, zonder dat er gedwongen hulp noodzakelijk is. Bij complexe probleemgezinnen kan vraaggericht werken soms niet het enige uitgangspunt zijn (Rots-de Vries, Kroesbergen & Van de Goor, 2009).

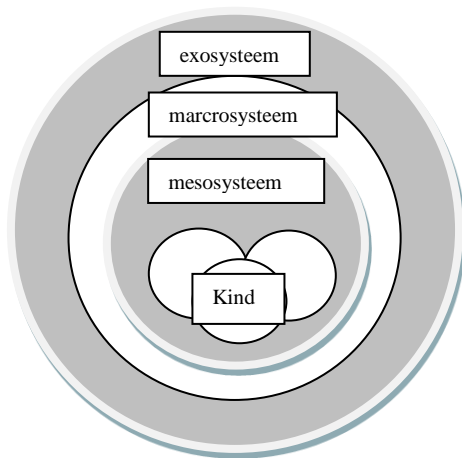
Elders in het land wordt bijvoorbeeld al gewerkt met herinneringen van de afspraak aan ouders middels een sms of een email en de mogelijkheid voor ouders om via internet laagdrempelig de afspraak te verzetten of

aan te geven welk dagdeel het beste uitkomt (RIVM, 2010). Daarnaast wordt er in het rapport ‘Standpunt, bereik van de jeugdgezondheidszorg’ (RIVM, 2010) een aanbeveling gedaan om de toegankelijkheid van de JGZ te vergroten door middel van digitale spreekuren, weekend – of avondsprekuren en inloopsprekuren.

Beschermende- en risicofactoren bij kinderen

Het vroegtijdig signaleren door professionals is van belang om te zorgen dat kinderen zich optimaal ontwikkelen. Uit onderzoek door Hermanns et al. (2005) is bijvoorbeeld gebleken dat gedragsproblemen al ontstaan in de vroege kinderjaren. Dit komt overeen met de conclusie van Broidy et al. (2003) dat chronische agressie in de kindertijd bij jongens een voorspeller is voor antisociaal gedrag in de adolescentie. De ontwikkeling van het kind wordt beïnvloed op allerlei niveaus. Het Ecologische model van Bronfenbrenner kan gebruikt worden om de ontwikkeling van het kind te plaatsen in zijn context (Bronfenbrenner, 1979). In het ecologische model zijn 4 systemen omschreven waarbinnen het kind zijn ontwikkeling doormaakt; het microsysteem (het gezin), het mesosysteem (de interactie tussen twee systemen), het exosysteem (omgevingsfactoren die indirect van invloed zijn) en het macrosysteem (de maatschappelijke context). Al deze systemen hebben zowel een direct- als een indirect invloed op het opgroeiende kind (Bronfenbrenner, 1979, 1986; Bronfenbrenner & Evans, 2000; Garbarino & Ganzel, 2006). In figuur 2 wordt dit model weergegeven.

Figuur 2. Ecologische model



Binnen deze systemen bestaan zowel beschermende – als risicofactoren. Een risicofactor is een kenmerk uit één van de systemen dat in verband staat met latere, minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten. Een beschermende factor daarentegen kan de kans op het ontstaan van problemen in de ontwikkeling neutraliseren of verminderen (Hermanns, 2004). Met het ecologische model als uitgangspunt kunnen de beschermende- en risicofactoren onderverdeeld worden in kindfactoren, gezinsfactoren en omgevingsfactoren.

Risicofactoren

Een risicofactor geeft niet altijd problemen als gevolg, maar vergroot enkel de kans om een bepaald probleem te ontwikkelen (Hermanns, 2004). Uit onderzoek van Atzaba-poria, Pike en Deater- Deckard (2004) kan geconcludeerd worden dat niet de aard van een risicofactor een voorspeller is van ontwikkelingsproblemen, maar de hoeveelheid risicofactoren. Een zogenaamde cumulatie van risicofactoren geeft een vergrote kans op ontwikkelingsproblemen bij kinderen. Ook Candelaria, O'connel en Teti (2006) tonen met onderzoek aan, dat de

aanwezigheid van cumulatieve risicofactoren op jonge leeftijd al grote effecten voor de ontwikkeling op latere leeftijd hebben. Deze onderzoeken geven het belang aan om van kinderen alle omgevings- en kind componenten in beeld te hebben. Als er inzicht is in welke groepen een verhoogd risico lopen op latere problemen, is er een mogelijkheid tot vroege interventie (Hermanns et al. 2005).

Uit de literatuur blijken verschillende risicofactoren voor het ontwikkelen van problemen bij kinderen. Zo heeft men vastgesteld dat kinderen met gedragsproblemen vaker uit ‘onvolledige’ gezinnen komen, bijvoorbeeld éénuoudergezinnen door scheiding of overlijden van een ouder of uit grote gezinnen komen. Verder is uit onderzoek geconcludeerd dat laag opgeleide, alleenstaande, uit de niet-westerse cultuur behoren tot de risicogroep (Zeijl et al., 2005). Ook kinderen uit een laag sociaal economische milieu of die opgroeien in een onveilige buurt behoren tot de risicogroep. (Walker et al., 2011). Tegelijkertijd zijn dit ook de ouders die relatief vaker problemen bij hun kinderen rapporteren (Zeijl et al., 2005) en een ‘onvervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning’ ervaren (Bertrand, Hermanns & Leseman, 1998). Het is van belang voor professionals goed aan te sluiten bij de ervaringen en behoeften van ouders bij het inzetten op vroegsignalering bij kinderen (Hermanns et al., 2005).

Beschermende factoren

Beschermende factoren kunnen de invloed van risicofactoren op de ontwikkeling van het kind beperken, zij werken dan als een zogenaamd bufferend effect. Op kindniveau zijn het de eigenschappen van het kind zelf die als beschermend werken, zoals veerkracht en een gemakkelijk temperament (Hermanns et al., 2005). Daarnaast zijn er ook beschermende factoren op gezinsniveau. Zo blijkt de mate van het ervaren van sociale steun bij ouders een beschermende werking te hebben op probleemgedragingen bij het kind. Deze beschermende werking treedt op ongeacht het aantal aanwezige risicofactoren (Asscher & Paulussen-Hoogenboom, 2005; Hermanns et al., 2005). Uit onderzoek van Dékovic (1999) blijkt ook de relaties met anderen, ondersteuning van ouders en de hechting met ouders als belangrijke protectieve factoren bestempeld te kunnen worden.

Mogelijke factoren die een rol spelen in het non-bereik

Voor het vroeg signaleren en het ingrijpen bij eventuele problemen bij kinderen is het van belang alle kinderen te zien (RIVM, 2010). Om inzicht te verkrijgen in redenen waarom ouders met hun kinderen niet verschijnen op een vervolgonderzoek bij de Jeugdgezondheidszorg moet duidelijk worden welke factoren en barrières mogelijk een rol kunnen spelen. Er is binnen de Jeugdgezondheidszorg voor zover bekend geen onderzoek verricht naar de motieven van ouders om wel of niet te verschijnen op een vervolgonderzoek en maar weinig onderzoek naar de motieven om te verschijnen op een regulier onderzoek (Doove & Visser, 2005; De Jong en Boers, 2009). In andere sectoren, zoals in de medische wereld en de geestelijke gezondheidszorg bestaat zowel op nationaal- als internationaal niveau wetenschappelijk empirisch onderzoek dat raakvlakken heeft met dit onderwerp. In deze sectoren is onderzoek gedaan naar factoren en motieven die bepalend zijn voor bijvoorbeeld; het niet verschijnen of stoppen bij behandeling, (primaire) preventieve programma’s, screenings en het niet betrokken zijn van ouders bij de gezondheid van hun kind. De factoren die resulteren uit deze onderzoeken kunnen mogelijk ook bepalend zijn voor ouders in hun keuze om te verschijnen bij de jeugdgezondheidszorg.

Sociaal-demografische factoren

De literatuur is niet eenduidig over significante invloed van sociaal-demografische factoren op de deelname van ouders aan preventieve programma’s voor hun kinderen (Cohen & Linton, 1995). Binnen de sector van de

jeugdgezondheidszorg heeft een onderzoek van Doove en Visser (2005) plaatsgevonden in Eindhoven en Maastricht waarbij 219 dossiers zijn onderzocht en 38 ouders zijn geïnterviewd. Zij hebben onderzoek gedaan naar de factoren die een rol spelen bij het niet verschijnen op een regulier contactmoment bij de JGZ. In dit onderzoek werd aangetoond dat kinderen die niet verschijnen vaker komen uit een eenoudergezin en uit een gezin waarvan de moeder huisvrouw is. Een internationale studie van Jhanjee et al. (2004) onder ouders naar bezoek aan het consultatiebureau onder (N= 146) wijst uit dat voornamelijk oudere kinderen een vergrote kans hebben op het niet verschijnen bij een afspraak. Daarnaast hebben ook De Jong en Boers (2009) onderzoek gedaan binnen de Jeugdgezondheidssector via een telefonische benadering van 278 ouders die volgens de registratie van GGD Amsterdam niet verschenen waren. Uit deze studie blijkt dat ‘niet verschenen’ ouders bij de JGZ merendeel van allochtone afkomst zijn. Zij blijken minder vaak op afspraken te komen.

Allochtone jongeren zijn ondervertegenwoordigd in de vrijwillige, preventieve zorg, terwijl blijkt dat zij oververtegenwoordigd zijn in de justitiële keten en de geïndiceerde zorg (Bellaart, 2007). Zeijl et al. (2005) geven aan dat de jeugdgezondheidszorg meer moeite heeft met vroegsignaleren van problemen bij kinderen van niet- westerse afkomst. Het zorgaanbod is voor hen minder toegankelijk, mede omdat zij minder op de hoogte zijn van de ‘gang van zaken’. Zij kunnen op het moment dat zij een uitnodiging ontvangen niet goed plaatsen wat er van hen verwacht wordt. De beheersing van de Nederlandse taal speelt hierbij ook een rol. Als ouders de uitnodiging niet kunnen lezen komen zij ook niet (Verwije & Singels, 2009). Een andere verklaring van de ondervertegenwoordiging van de allochtone jongeren zou volgens Grintstein-Weiss, Fishman & Eisikovits (2005) kunnen zijn dat zij negatiever tegenover de zorg staan dan autochtonen. Etnische minderheden kunnen vaak terughoudender zijn in zorggebruik, omdat zij wantrouwen hebben vanwege het ‘outgroup’ denken. Zij denken vaker niet begrepen te worden door de hulpverlener. Daarnaast zullen zij dan eerder hulp zoeken in hun naaste omgeving, bij familie en vrienden (Cauce et al., 2002).

Studies uit andere sectoren wijzen uit dat de leeftijd van kinderen en/of ouders een rol speelt in het deelnemen aan universele ouderlijke preventie interventies (Holden, Lavigne, & Cameron, 1990; Hops & Seeley, 1992). Daarnaast blijkt dat voornamelijk geslacht, etniciteit (Rorhbach et al., 1994) en sociaal- economische status (SES) invloed hebben op de mate van deelname aan universele ouderlijke preventie interventies (Albin, Lee, Dumas, Slater & Witmer, 1985; Holden et al., 1990; Hops & Seeley, 1992). De ouders die deelnemen zijn over het algemeen vrouwelijk, blank en van midden tot hoge sociaal- economische status.

Uit een meta – analyse van 125 studies van Wierzbicki en Pekarik (1993) en uit onderzoek onder 242 families van Kazdin et al. (1997) blijkt er een verhoogde ‘drop-out’ te zijn in de psychotherapie voor mensen met een lagere opleiding en lage sociaal economische status. Dit zou volgens Mendez et al. (2009) verklaard kunnen worden door dat deze groep minder controle kan uitoefenen over hun werkrooster, waardoor zij de tijd niet vrij kunnen maken. Dit wordt dan tegelijkertijd een praktische barrière. Echter concluderen Verhulst en Van der Ende (1997) in hun onderzoek onder 2.227 respondenten in de geestelijke gezondheidszorg dat Sociaal economische factoren op zichzelf niet geassocieerd zijn met het zoeken van hulp.

Rationele barrières

Ook zogenaamde rationele barrières kunnen invloed uitoefenen op het beweeggedrag en de motivatie van ouders. In de zorg voor het kind zijn het de ouders die gemotiveerd moeten zijn om te participeren (Nock & Kazdin, 2006). Motivatie bepaalt de richting van gedrag. Het verwijst naar iemands beweegredenen om bepaald gedrag ten uitvoer te brengen (Geen, 1995). Als bijvoorbeeld de maatschappij iets wil van een individu wordt dit

externe motivatie genoemd, deze motivatie wordt namelijk vanuit externe invloeden bepaald. Het gedrag met externe motivatie wordt vaak door een kleine tegenslag al gestaakt (Appelo, 2007).

In onderzoeken binnen de jeugdgezondheidszorg blijkt dat als belangrijkste reden van niet verschijnen, ouders aangeven het vergeten te zijn (Jhanjee et al., 2004; Doove et al., 2005; De Jong & Boers, 2009). Wel geven ouders aan het onderzoek belangrijk te vinden (De Jong & Boers, 2009; Jhanjee, 2004). Een kanttekening hierbij is dat dit voornamelijk komt door de vaccinaties.

Mogelijk is er een groep ouders die niet verschijnt omdat zij al elders hulp ontvangen. Dit staat in het rapport ‘Standpunt, bereik van de Jeugdgezondheidszorg’(RIVM, 2010). Dit wordt bevestigd door de resultaten van de De Jong en Boers (2009) waaruit blijkt dat een deel van de ouders al hulp heeft gezocht bij een andere zorginstelling en dat als reden opgeven niet te verschijnen bij het reguliere contactmoment.

Riportella-Muller et al. (1996) geven aan dat als de ervaringen van ouders met eerdere zorg niet goed is, dit een bepalende factor is voor het niet verschijnen bij de preventieve gezondheidszorg. Op het moment dat de zorg die de kinderen krijgen niet tegemoet komt aan hun wensen of niet respectvol is, leidt dit er toe dat ouders niet meer reageren op een uitnodiging. Uit eerder onderzoek in de Jeugdgezondheidszorg van Doove et al. (2005) naar ‘niet verschenen zonder bericht’ blijkt dat ouders overwegend tevreden zijn met eerdere ervaringen. Ze geven wel adviezen als het zorgen voor meer bekendheid met wat de JGZ kan bieden en dat er een minder betuttelende houding tegenover ouders moet zijn (Doove et al. 2005). Ook uit de resultaten van onderzoek uit Amsterdam van De Jong en Boers onder 278 ouders (2009) blijkt dat 90 % van de ouders die niet verschijnen, tevreden zijn over de diensten van de JGZ.

Uit onderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg van Teagle onder 1.420 ouder – jeugd koppels (2002) blijkt dat de perceptie van ouders op het probleem een bepalende factor is voor het zorggebruik voor hun kind. Dit zou als oorzaak kunnen hebben dat ouders andere prioriteiten hebben (Riportella-Muller et al., 1996). Kazdin en Wassel (2000) en Kazdin et al. (1997) concluderen dat de perceptie van de ouders over de relevantie van de zorg een bepalende factor is. Overeenkomstig geven Nock et al. (2001) in hun onderzoek naar de samenhang tussen de verwachtingen van ouders en het deelnemen aan therapie met hun kind, dat de verwachtingen hierin een belangrijke rol spelen. Dit onderzoek geeft de noodzaak aan om inzicht te verkrijgen in de verwachtingen van ouders om de participatie te vergroten. Gezinnen die uitgenodigd worden voor universele preventieve programma’s zijn vaak niet bewust van eventuele gezondheidsproblemen en de risico’s die daaraan verbonden zijn, waardoor de motivatie vaak laag is (Lee et al., 2006). Daarnaast is ook bij gerichte preventie maatregelen de motivatie van ouders vaak laag. Lee et al. (2006) geven aan dat het van belang is vroege afspraken en verbintenissen aan te gaan en duidelijke uitleg over de toegevoegde waarde te geven. De uitleg over de toegevoegde waarde in combinatie met het maken van afspraken en verbintenis zou de barrière dat ouders de relevantie niet inzien mogelijkkerwijs kunnen overwinnen.

De relatie tussen de hulpverlener en de cliënt is een belangrijk onderdeel van het hulpverleningsproces, wat door Chu et al. (2004) ook wel ‘Working- alliance’ wordt genoemd. ‘Working – alliance is van toepassing op alle relaties waarbij de ene persoon de andere persoon hulp en ondersteuning biedt (Chu et al, 2004). Uit een kwalitatief onderzoek van Campbell et al. (2000) om te begrijpen waarom cliënten wel of niet deelnemen aan behandeling voor hun fysieke gezondheid kan geconcludeerd worden dat de loyaliteit naar de behandelaar de belangrijkste rol speelt. Dit komt overeen met de conclusie van Garcia en Weisz (2002) die in hun onderzoek onder 334 respondenten concluderen dat de relatie met de therapeut zelfs de enige voorspeller zou zijn voor het

vroegtijdig stoppen met therapie in de geestelijke gezondheidszorg. Chung et al. (2007) hebben in de VS. onderzoek gedaan naar de preventieve zorg en de opkomst van ouders met hun kinderen. Hieruit blijkt dat het voor ouders van belang is dat er continuïteit van de zorg is, zowel met de professional als met de plaats van zorg. Verder concluderen de onderzoekers dat de vaardigheden te communiceren met ouders en de deskundigheid van de professional een grote barrière is voor het verschijnen bij onderzoeken.

Praktische barrières

Er worden in de literatuur ook praktische barrières gedefinieerd, die het voor de ouders minder laagdrempelig maken om gebruik te maken van de preventieve gezondheidszorg (Riportella-Muller et al., 1996). Uit onderzoek van Lee et al. (2006) bleek zelfs dat praktische obstakels het meest bepalend zijn voor het deelnemen aan preventieve programma's. Hoe meer barrières ouders ervaren hoe groter het risico wordt dat kinderen niet verschijnen of vroegtijdig stoppen (Kerkorian et al., 2006). Hieronder vallen ook de barrières die samenhangen met het systeem van de preventieve zorg, als bijvoorbeeld transport moeilijkheden of de lange wachtrijen (Riportella-Muller et al., 1996).

Onderzoek binnen de sector Jeugdgezondheidszorg bevestigt dat de moeilijkheid van transport een voorspellende factor is voor het niet verschijnen bij een bezoek op het consultatiebureau (Jhanjee et al., 2004). Ander onderzoek binnen de sector van Doove en Visser (2005) geven aan dat ouders problemen ervaren met het afbellen en verzetten van een afspraak. Ouders geven dit na 'afspraak vergeten' als belangrijkste reden voor het niet verschijnen bij de Jeugdgezondheidszorg. Ook De Jong en Boers (2009) concluderen uit hun onderzoek in Amsterdam dat ouders moeite hebben met afbellen. Daarnaast hebben ouders problemen met vervoer, hebben ze onverwachtse andere afspraken of konden het tijdstip niet vanwege werk, studie of het niet vinden van een oppas.

Lee et al. (2006) bevestigen in hun onderzoek naar barrières voor het deelnemen aan preventieve programma's dat ouders vaak geen tijd hebben en meer prioriteit geven aan andere activiteiten die tegelijk vallen. Zij geven aan dat er naar verwachting meer deelname zal zijn als ouders mogen participeren in het plannen van afspraken. Uit studies van Birch en Hallock (1999), Spoth en Redmond (2000) en Chung et al. (2007) komt tijdgebrek als belangrijkste barrière naar voren, Ouders kunnen deelname aan de ouderavond niet combineren met werk-verplichtingen of opvoedkundige taken.

Van Dijk, Stetter en Prinsen (2009) hebben onderzoek gedaan naar een manier om het Centrum voor Jeugd en Gezin zo laagdrempelig mogelijk te maken. De organisatie gaat uit van drie uitgangspunten namelijk; *bekendheid, bereikbaarheid en bruikbaarheid*. Als deze drie uitgangspunten niet voldoende zijn kan dit een bepalende factor zijn om niet te verschijnen bij de JGZ (Van Dijk et al., 2009). Bekendheid houdt in dat er op een duidelijke en consistente manier gecommuniceerd moet worden over de dienstverlening, zodat een organisatie, als het CJG of de GGD, kan functioneren als een vanzelfsprekende voorziening waar ouders met hun kinderen naar toe gaan. Bruikbaarheid en bereikbaarheid gaan gepaard met het aanbod op laagdrempelige locaties, zodat de reistijd, het tijdstip van de afspraak en transportmoeilijkheid geen rol meer hoeft te spelen (Van Dijk et al., 2009).

Lee et al. (2006) geven in hun onderzoek aan dat zij verwachten dat de deelname toeneemt als preventieve programma's worden aangeboden in buurtcentra. Hierdoor hebben ouders namelijk snelle toegang en deze centra zijn gelegen in de buurt waar ouders vaak leven en werken. Zij stellen wel de voorwaarden dat deze centra is gelegen in een veilige wijk, zodat deze voor iedereen toegankelijk is.

'Barriers to treatment model'

Kazdin et al. (1997a) hebben door middel van onderzoek een model geschetst die het concept van drop – out in behandeling breed kaderen. Dit model is door hen het 'Barriers to treatment model' genoemd. Volgens dit model ervaart een gezin verschillende barrières die de deelname belemmeren, waaronder veelal praktische problemen. Binnen dit model schetsen de auteurs de barrières in vier categorieën:

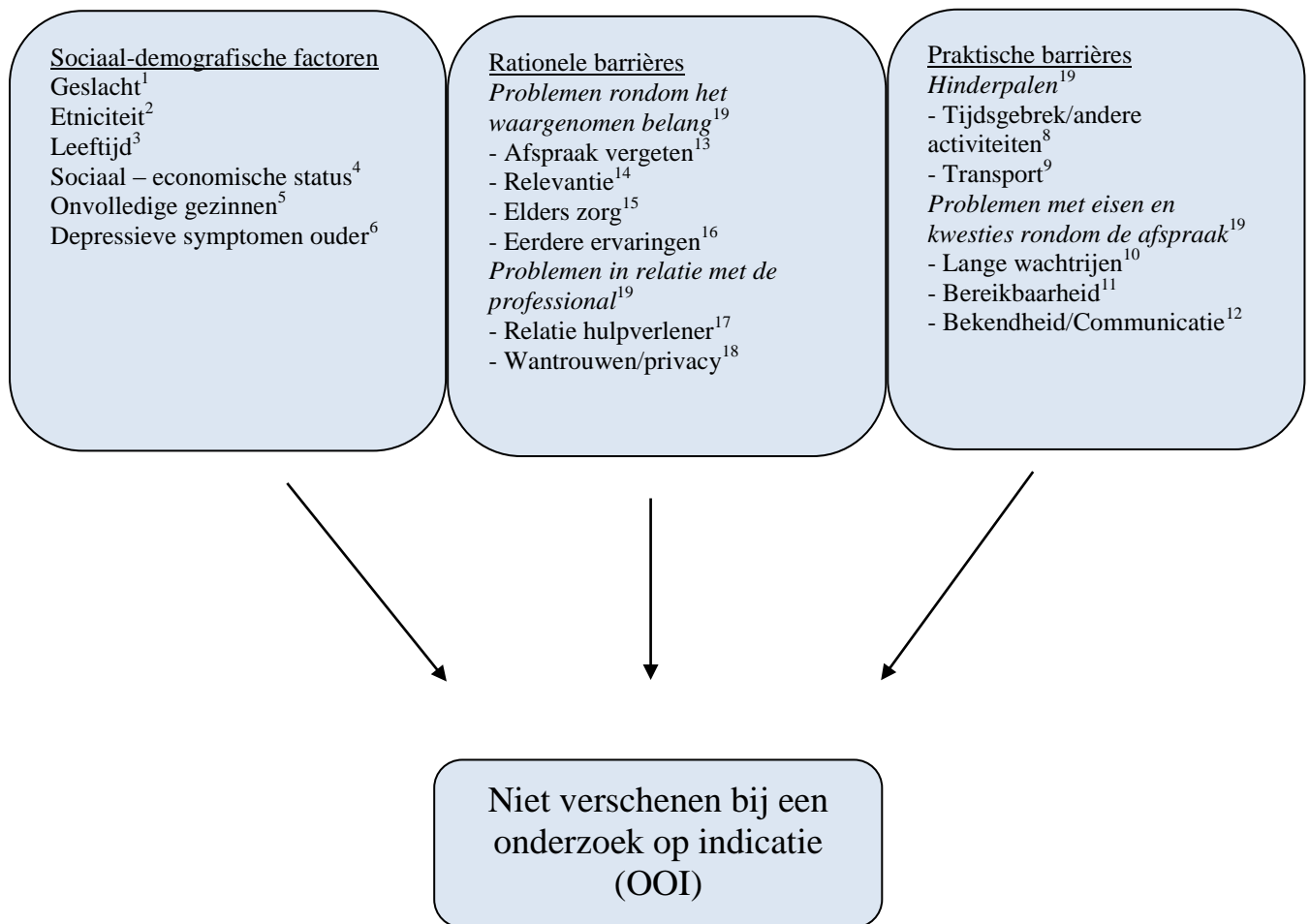
1. Stressoren en hinderpalen die deelname belemmeren: Problemen omtrent vervoer of tijdgebrek.
2. Problemen met eisen en kwesties rondom de behandeling: duurt te lang, kost te veel.
3. Problemen rondom het waargenomen belang van de behandeling: de mate waarin het als relevant gezien wordt door ouders.
4. Problemen in de relatie met de therapeut: mate van vertrouwen en openheid.

Kazdin et al. (1997a) benadrukten dat de accumulatie van barrières zorgt voor een verhoogde kans op drop-out. Gezinnen die hoog scoren op het ervaren van belemmeringen, hebben niet alleen de kans eerder uit te vallen, maar ook om totaal niet deel te nemen. Daarnaast concludeerden de onderzoekers dat de mate waarin barrières ervaren werden verschilden tussen voltooiers en drop-outs, in het bijzonder wat betreft de relevantie van de behandeling. Dit onderzoek wijst op het belang van barrières binnen het beslissingsproces dat leidt tot het niet deelnemen of stopzetten van behandeling.

Samenvattend model

Uit de wetenschappelijke literatuur zijn naast de context van de organisatie een aantal factoren naar voren gekomen die mogelijk een rol kunnen spelen bij het niet verschijnen van ouders met hun kinderen bij vervolgonderzoeken van de jeugdgezondheidszorg. Deze zijn in figuur 3 samengevat als concluderend model. Deze factoren zijn onderverdeeld in zowel sociaal- demografische factoren, rationele barrières en praktische barrières. Deze drie groepen kunnen mogelijk leiden tot niet verschijnen bij een onderzoek op indicatie, dat is weergegeven met de zwarte pijlen.

Figuur 3. Samenvatting theorie in een 'concluderend model'



¹Rhorhbach et al. (1994)

^{2,15}De Jong en Boers (2009)

^{3,6}Jhanjee et al. (2004)

⁴Hops en Seeley (1992)

^{5,13}Doove en Visser (2005)

¹⁸Grintstein-Weiss, Fishman & Eisikovits (2005)

⁸Lee et al. (2006)

^{9,10,16}Riportella-Muller et al. (1996)

^{11,12}Van Dijk, Stetter en Prinsen (2009)

¹⁴Teagle (2002)

¹⁷Garcia en Weisz (2002)

¹⁹Kazdin et al. (1997a)

Vraagstelling

Het ASE model van Ajzen (1991) dat het handelen van professionals kan verklaren (zie figuur 1. p. 6), het ecologische model van Bronfenbrenner (1979) voor de risico- en protectieve factoren (zie figuur 2. p. 7) en het geformuleerde ‘samenvattende’ model uit de literatuurstudie gebaseerd op het model van Kazdin (1997) voor de barrières van ouders (zie figuur 3. p. 13) zijn toepasbaar op het niet verschijnen bij OOI’s. Bij niet verschijnen op een vervolgonderzoek op indicatie van de JGZ spelen de sociaal – demografische factoren, rationele barrières en praktische barrières waarschijnlijk een rol. Daarnaast speelt ook het handelen van professionals een belangrijke rol. De vraagstelling van deze studie is: ‘*Welke factoren spelen een rol bij het niet verschijnen op een onderzoek op indicatie in de Jeugdgezondheidszorg?*’ De studie is enkel gericht op kinderen uit de leeftijd van het basisonderwijs. Deze vraagstellingen is beantwoord aan de hand van drie deelstudies:

Studie 1. Analyse van bestaande gegevens

Uit de analyse van bestaande registratiegegevens binnen de JGZ wordt geanalyseerd welke sociaal – demografische kenmerken van het kind mogelijk een rol spelen bij niet verschijnen bij een OOI.

- Welke demografische kenmerken heeft de groep niet verschenen (NV) kinderen en hun ouders?
- In hoeverre is er een verschil op sociaal – demografische factoren tussen de groep ‘wel verschenen’ kinderen (WV) en de groep ‘niet verschenen’ kinderen (NV)?

Studie 2. Enquête onder ouders

Via een schriftelijke enquête zijn de ervaringen van ouders over barrières en motivaties bij vervolgonderzoeken in de jeugdgezondheidszorg geanalyseerd.

- Welke barrières ervaren ouders bij het verschijnen bij de onderzoeken op indicatie?
- Waarin verschilt de groep verschenen ouders en de groep niet verschenen ouders

Studie 3. Enquête onder professionals

Via een digitale vragenlijst zijn de opvattingen over niet verschenen kinderen bij vervolgonderzoeken en het eigen handelen van de professionals geanalyseerd.

- Welke opvattingen hebben professionals binnen de GGD Brabant- Zuidoost over de problematiek ‘niet verschenen’ kinderen bij vervolgonderzoeken en hoe handelen zij?

Methode

Studie 1. Analyse bestaande gegevens

Onderzoeksgroep

Via het digitale registratiesysteem KIDOS dat door de Jeugdgezondheidszorg Zuidoost- Brabant gebruikt wordt, is een lijst verkregen van alle kinderen in de basisschoolleeftijd die met hun ouders uitgenodigd waren voor een onderzoek op indicatie (OOI) in het schooljaar 2010/2011. Dit schooljaar is gekozen omdat deze is afgerond en hierdoor een compleet beeld kan geven van het verloop van de onderzoeken. Er is gekozen voor de basisschoolleeftijd omdat in deze leeftijdsfase de ouders nog verplicht zijn om aanwezig te zijn bij het onderzoek. In tabel 1 is de onderzoeksgroep weergegeven ($N=5673$) ingedeeld in drie groepen, namelijk: Wel verschenen kinderen (Voltooid), niet verschenen kinderen (NVZB) en een groep kinderen die binnen dit schooljaar zowel een keer niet verschenen zijn als een keer wel verschenen zijn (NVZB/Voltooid). Er is gekozen om deze laatste groep apart onder te verdelen, omdat niet duidelijk is of deze kinderen tot de risicogroep behoren. Van de 5673 unieke kinderen zijn er 405 (7.2%) niet verschenen, 356 kinderen zowel een keer wel verschenen als een keer niet verschenen (6.3%) en 4876 (86.5%) wel verschenen.

Tabel 1. Aantal kinderen uitgenodigd voor een OOI in het schooljaar 2010/2011 ingedeeld in drie groepen (unieke kinderen)

	N	Percentage
1. Voltooid (wel verschenen)	4876	86.5
2. NVZB/Voltooid (2 ^e keer verschenen)	356	6.3
3. NVZB (niet verschenen)	405	7.2
Totaal	5673	100.0

Procedure

Aan de hand van het elektronische dossier KIDOS is er gekeken naar een aantal sociaal – demografische kenmerken van de populatie ‘niet verschenen kinderen’. Kenmerken die zijn gemeten zijn land van herkomst (a.d.h.v. geboorteland moeder), woonplaats, sociaal economische status, geslacht van het kind en risicoprofiel van de school (Hoog risicoscholen is bepaald aan de hand van sociaal economische status van de wijk en aantal gezinnen van allochtone afkomst binnen de wijk).

Voor het schalen van sociaal economische status is gebruik gemaakt van de maat die het Sociaal Cultureel Planbureau (CPS, 2010) heeft ontwikkeld. De maat is samengesteld op basis van verschillende aspecten van de sociale status, namelijk ‘inkomen’, ‘werkeloosheid’ en ‘opleidingsniveau’. Op grond van deze kenmerken zijn op basis van percentielen (P-waarden) rangnummers toegekend aan alle postcodegebieden in Nederland. Deze rangnummers voor sociale status uit 2010 zijn voor dit onderzoek ingedeeld in drie categorieën: hoog ($P<10$), midden ($P>10$ en $P<90$) en laag ($P>90$).

Meetinstrument

Er is gebruik gemaakt van data afkomstig uit het elektronische dossier KIDOS. Naar de betrouwbaarheid van het registratiesysteem is geen onderzoek verricht, waardoor er rekening gehouden moet worden dat het systeem niet geheel betrouwbaar is. De betrouwbaarheid is mede afhankelijk van de wijze waarop professionals het invullen.

Analyse

De drie onderzochte groepen zijn vergeleken op een aantal sociaal- demografische factoren. Bij de variabele leeftijd is gebruik gemaakt van een enkelvoudige variantieanalyse. De nominale variabelen geslacht, land van herkomst, schoolsoort, sociaal economische status en plaatsnaam van de school worden vergeleken door middel van een Chi- kwadraat toets. Daarnaast is er binaire logistische regressie uitgevoerd om na te gaan welke van de factoren ‘no – show’ kunnen voorspellen.

Studie 2. Enquête onder ouders

Procedure en onderzoeksgroep

In de maanden oktober – december 2011 zijn in regio Brabant- Zuidoost 1502 kinderen uitgenodigd voor een onderzoek op indicatie (OOI). Van deze populatie zijn wel- of niet verschenen ouders benaderd te participeren binnen dit onderzoek middels een schriftelijke vragenlijst. Vanwege de beschikbare financiële middelen is ervoor gekozen alle ouders te benaderen waarvan de kinderen niet zijn verschenen ($N=173$, 100%) en een steekproef van 350 ouders te trekken uit de 1329 ouders die wel zijn verschenen (26.2%). De niet verschenen kinderen hebben een leeftijd van 4 tot 13 jaar ($M= 8.68$, $SD=2.7$). De wel verschenen kinderen ($n=1329$) zijn uit de leeftijd van 4 tot 13 jaar ($M= 8.26$, $SD=2.7$). Dit verschil is niet significant.

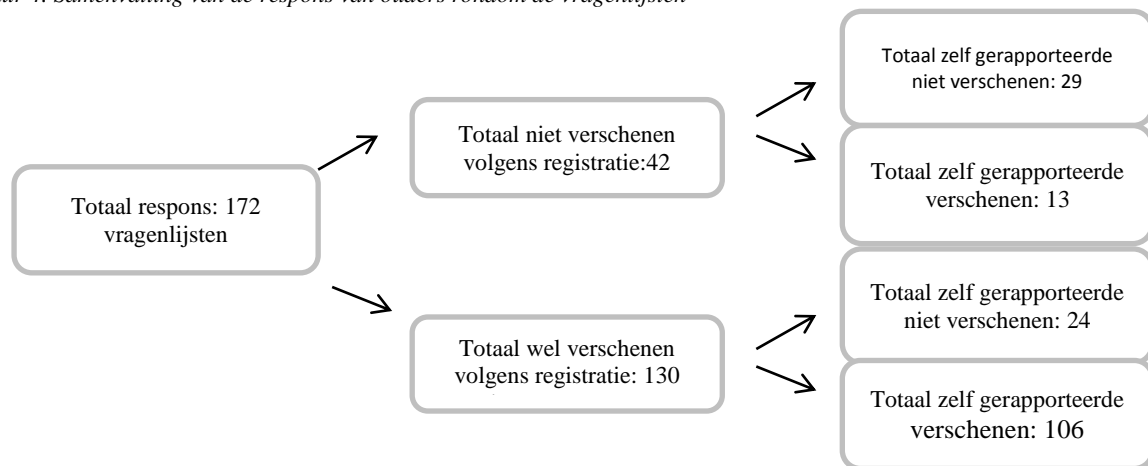
Bij de vragenlijsten is een antwoordenvolop gevoegd en na drie weken kregen alle ouders nog een herinnering. Na de uiterlijke retourdatum zijn 125 ‘niet verschenen’ groep ouders nog telefonisch benaderd om de respons te verhogen. Uiteindelijk zijn er 54 ouders daadwerkelijk gesproken. Aan deze ouders is gevraagd of ze de vragenlijst hebben ingevuld en of zij dit alsnog zouden willen doen. Van deze ouders gaven 32 ouders aan het alsnog in te vullen en op te sturen, 15 ouders hadden geen interesse, 4 ouders konden vanwege een taalbarrière niet telefonisch communiceren, 3 ouders wisten niets van een onderzoek bij de GGD. De overige ouders ($n=71$) waren niet bereikbaar, hadden geen kloppend telefoonnummer of hadden een geheim telefoonnummer.

Uiteindelijk is de respons van de ‘niet verschenen’ ouders 24.4% ($n=42$) en van wel verschenen ouders 37.1% ($n=130$). In totaal zijn er dus 172 vragenlijsten geretourneerd. De gehele groep kinderen heeft een gemiddelde leeftijd van 8,1 jaar ($SD = 2.7$). Binnen de 172 geretourneerde vragenlijsten hebben er uiteindelijk 53 ouders zelf gerapporteerd niet bij dit onderzoek verschenen te zijn en 119 hebben zelf gerapporteerd wel bij het onderzoek verschenen te zijn.

Registratie versus eigen rapportage

Uit de analyse blijkt dat de rapportage van ouders of ze verschenen zijn bij het vervolgonderzoek niet altijd overeenkomt met de registratie van de JGZ. Van de 42 ouders die geregistreerd zijn als NVZB geven 13 ouders aan wel verschenen te zijn, 11 ouders aan niet verschenen te zijn maar zich hier wel voor hebben afgemeld en 10 ouders geven aan hier nooit een uitnodiging van gezien te hebben. Van de 130 ouders die geregistreerd zijn als wel verschenen geven 11 ouders aan helemaal niet verschenen te zijn bij dit onderzoek en 13 ouders geven aan hiervan nooit een uitnodiging te hebben ontvangen. Dit geeft aan dat ouders verkeerd rapporteren of het registratiesysteem niet altijd klopt. Voor de verdere analyse wordt zoals eerder aangegeven de door ouders zelf gerapporteerde gegevens gebruikt, dus niet van de registratiegegevens uit KIDOS. In figuur 4 is het schematisch weergegeven.

Figuur 4. Samenvatting van de respons van ouders rondom de vragenlijsten



Meetinstrument

De schriftelijke vragenlijst bestaat uit 25 stellingen en 8 algemene vragen, met zowel open- als gesloten vragen. Er is gekozen om een korte vragenlijst te ontwikkelen bestaand uit enkele stellingen over de mogelijke barrières uit de literatuurstudie. De vragenlijst is gebaseerd op de ‘Barriers to treatment participation scale’ (BTPS) van Kazdin et al. (1997) en de ‘Reasons for ending treatment Questionnaire’ (RETQ) van Garcia en Weisz (2002). De vragenlijsten worden gescoord op een 5-punts ‘Likertschaal’ die loopt van 1 (helemaal eens) naar 5 (helemaal oneens). De BTPS heeft een interne consistentie van $\alpha = .86$. Ook de betrouwbaarheid van de verschillende subschalen is aanvaardbaar met een α – coëfficiënt van .61 - .80 (Kazdin et al., 1997). De RETQ heeft een goede interne consistentie van α - coëfficiënten die variëren tussen de .67 en de .91 (Garcia & Weisz, 2002).

Uit deze vragenlijsten zijn stellingen gebruikt met een 5-punt likertschaal van concepten ‘Relationship with the therapist’ (‘Ik vond het vervelend persoonlijke informatie te moeten delen’), ‘perceived relevance of treatment’ (‘Het onderzoek sloot aan bij mijn wensen en behoeften’), ‘clinical practical problems’ (‘ik moest met mijn kind erg lang wachten in de wachtruimte’) en ‘time and effort concerns’ (‘Het was moeilijk op de afspraak te komen omdat deze tijdens andere activiteiten viel’). De overige factoren zijn nog toegevoegd en veranderd in overleg met professionals werkzaam bij de GGD. Omdat de BTPS en de RETQ oorspronkelijk gericht zijn op het volgen van langdurige therapie zijn maar enkele stellingen gebruikt en aangepast. Na het opstellen van de vragenlijsten zijn er proef vragenlijsten afgenomen onder ouders en er is om feedback gevraagd aan zowel de communicatie adviseur, verpleegkundigen als artsen binnen de Jeugdgezondheidszorg.

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van methoden om respons bij respondenten te verhogen. De vragenlijsten zijn zo kort mogelijk gehouden, er is gebruik gemaakt van kleur in de vragenlijst en er is een zogenaamde ‘monetary incentive’ ingezet. Als beloning zijn er twee VVV bonnen verloot als stimulans om aan het onderzoek deel te nemen. Daarnaast is gebruik gemaakt van een retourenvelop, waarvan ook uit onderzoek bleek dat hierdoor het respons toeneemt (Edwards et al., 2002). De vragenlijst is opgenomen in bijlage 2.

Betrouwbaarheids- en validiteitsanalyse

Allereerst zijn alle stellingen zo her-codeerd dat de hoogste score betekent dat de ouders dit aspect het meeste als een barrière ervaren. Voornamelijk de negatief geformuleerde stellingen zijn dus hercodeerd. In de huidige studie is een factor analyse uitgevoerd, waarbij het aantal factoren op 4 is gezet. Er is gebruik gemaakt van een orthogonale rotatie (Varimax) (Pallant, 2005). Onder de verschillende factoren waren de items opgenomen met

een lading hoger dan .3. Uit de factoranalyse was naar voren gekomen dat de vragenlijst in 4 achterliggende factoren te onderscheiden was, namelijk: 1) Problemen in de relatie met de professional ($\alpha=.82$), 2) slechte communicatie/bereikbaarheid ($\alpha=.73$), 3) praktische barrières ($\alpha=.80$), 4) Geen relevantie ($\alpha=.85$). Door deze vier factoren werd 50.4% van de variantie bepaald. Items met een factorlading lager dan .3 of die op inhoudelijke gronden niet onder te verdelen waren onder de factoren werden verwijderd. Dit waren stellingen 'Z', 'H' en 'G' uit de vragenlijst. De uiteindelijke gemeten concepten met de bijbehorende α - waarden zijn schematisch weergegeven in bijlage 3.

Studie 3. Enquête onder professionals

Procedure en onderzoeksgroep

De populatie bestaat uit 23 jeugdartsen, 42 verpleegkundigen en 23 assistenten werkzaam bij de GGD Brabant-Zuidoost. Deze professionals zijn allemaal benaderd voor participatie in het onderzoek middels een digitale vragenlijst. De vragenlijst kon anoniem worden ingevuld. Van de 88 respondenten hebben nog 3 mensen laten weten dat zij geen vervolgonderzoeken doen, 2 mensen waren met vakantie en 5 mensen waren ziek. Van de 78 verstuurdde vragenlijsten zijn er 59 ingevuld door de professionals (74.4%). De werkervaring van de onderzoeksgroep lag tussen de 0 en de 39 jaar, waarbij het gemiddelde op 12.3 jaar lag ($SD= 11.0$). De professionals werkten van 16 tot 40 uur in de week, met een gemiddelde van 27.6 uur in de week ($SD= 6.3$).

Meetinstrument

De vragenlijst bevatte zowel open- als gesloten vragen. Eerst is er gevraagd naar algemene gegevens als functie en werkervaring. Daarnaast zijn vragen gesteld over het eigen handelen van de professional en er zijn vragen gesteld gebaseerd op het eerder genoemde Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991). Er zijn voornamelijk open vragen gesteld gericht op de gedragsdeterminanten attitude en eigen-effectiviteit en sociale norm. Deze concepten uit dit model met de bijbehorende items zijn schematisch weergegeven in bijlage 4. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 5.

Resultaten

Studie 1. Analyse bestaande gegevens

In tabel 2 is te zien dat er een significant verschil is in leeftijd tussen de groep wel verschenen kinderen (voltooid) ($n=4876$) en niet verschenen kinderen ($n=405$) ($F=2.56$) = 6.2; $p < 0.05$). Gemiddeld zijn niet verschenen kinderen het oudste (7.7; $SD 2.2$) en wel verschenen kinderen dus jonger (7.4; $SD 1.98$). Voor Sociaal- economische status ($Chi^2 (4) =38.4$; $p<.001$), woonplaats ($Chi^2 (2) =63.8$; $p <.001$), land van herkomst ($Chi^2 (2) =35.8$; $p<.001$) en risicoprofiel schoolsoort ($Chi^2 (2) =81.6$; $p<.001$) bestaat er een significant verschil tussen de groepen.

Bij de Chi-kwadraat en de post- hoc analyse blijken de groepen 2 en 3 (NVZB/Voltooid en NVZB) niet significant van elkaar te verschillen, terwijl deze groepen wel van groep 1 (Wel verschenen kinderen; voltooid) verschillen. Op basis van deze analyse en de cijfers in tabel 2 kan geconcludeerd worden dat voor de verdere analyse groep 2 en 3 worden samengevoegd, zodat deze groepen samen worden vergeleken met groep 1.

Uit de analyse blijkt dus dat allebei de groepen (NVZB en Voltooid /NVZB) in verhouding uit lagere sociale klasse komen, een oudere leeftijd hebben, vaker in Helmond en Eindhoven wonen, vaker van allochtone

afkomst zijn en vaker op hoog risicoscholen zitten dan de groep kinderen die wel verschenen zijn bij de onderzoeken op indicatie. Voor geslacht blijkt geen onderscheid tussen de drie groepen.

Wat betreft woonplaats blijkt in Helmond met name het Centrum, de wijk Stiphout en de buurt Rijpelberg een lage opkomst te vertegenwoordigen. In Eindhoven zijn dit de wijken Oud- Strijp, Meerhoven, Halve maan, Oud – Gestel en Dommelbeemd.

Tabel 2. Gemiddelden, standaarddeviaties en F- of Chi² waarden bij het toetsen van verschillen tussen drie groepen wat betreft sociaal- demografische factoren

	Voltooid (n=4876)	Voltooid/NVZB (n=365)	NVZB (n=405)	
- Leeftijd	7.4 (SD=1,98)	7.6 (SD=1,96)	7.7 (SD=2,2)	F(2, 5634)= 6.2* Voltooid < NVZB*
- Geslacht				
Jongen (n=2871)	86.4%	6.5%	7.1%	Ns
Meisje (n=2765)	86.6%	6.1%	7.3%	
- Land van herkomst				
Allochtoon (n=1129)	81.8%	9.8%	9.0%	Chi ² (2) =35.8**
Autochtoon (n=4508)	87.8%	5.4%	6.7%	
- Risicoprofiel school				
Hoog risico (n=1265)	78.5%	10.2%	11.3%	Chi ² (2) =81.6**
Geen hoog risico (n=4372)	88.8%	5.2%	6.0%	
- Woonplaats				
Eindhoven/Helmond (n=2185)	81.9%	8.5%	9.6%	Chi ² (2) =63.8**
Overige (n=3452)	89.4%	4.9%	5.6%	
- SES				
Hoog (n=565)	88.8%	5.0%	6.2%	Chi ² (4) =38.4**
Midden (n=4395)	79.1%	5.9%	6.6%	
Laag (n=658)	78.4%	10.3%	11.2%	

SD= standaarddeviatie; SES= Sociaal economische status. *p <.05, **p<.001

Uit de binaire logistische regressie analyse via een ‘stepwise’ methode met als afhankelijke variabele het wel of niet verschijnen blijkt dat woonplaats ($\beta=.42$, $p<.001$), schoolsoort ($\beta=.59$, $p<.001$) en leeftijd ($\beta =-.06$, $p<.001$) onafhankelijke voorspellers zijn voor het niet verschijnen bij een onderzoek op indicatie bij de JGZ. Woonplaats laat een OR ratio zien van 1.52, wat inhoudt dat als een kind in Eindhoven of Helmond woont dat hij 1.52 keer zoveel kans heeft om niet te verschijnen bij een onderzoek. Schoolsoort laat een OR ratio zien van 1.78 wat betekent dat als een kind op een hoog risico school zit zij 1.78 keer zoveel kans heeft om niet te verschijnen bij een vervolgonderzoek. Tenslotte laat leeftijd een OR zien van .94 wat inhoudt dat als een kind jonger is hij .94

keer minder kans heeft om niet te verschijnen bij een vervolgonderzoek. Geslacht, sociaal- economische status en etnische afkomst zijn niet predictief voor niet verschijnen. Ook niet als hoog risicoschool niet wordt meegenomen in de analyse. In tabel 3 staan de analyse uitkomsten weergegeven.

Tabel 3. Logistische regressie analyse via stepwise methode: Bèta coëfficiënten en OR ratio waarden bij het toetsen van onafhankelijke voorspellers bij niet verschijnen

	β (SE)	Exp. (β)	95% C.I. for OR Ratio (β)	
			Lower	Upper
Woonplaats	.42 (.09)**	1.52	1.28	1.80
Schoolsoort	.58 (.09)**	1.78	1.49	2.13
Leeftijd	-.06 (.01)*	.94	.91	.98
Constant	-2.22 (.16)**	.11		

SE = Standaard error , *p < .05 ** p< .001

Studie 2. Enquête onder ouders

De redenen voor het vervolgonderzoek op basis van de registratiegegevens van de gehele populatie kinderen van oktober – december 2011 ($n=1502$) zijn in kaart gebracht. In tabel 4 is schematisch het verschil tussen de wel- en niet verschenen groep weergegeven met betrekking tot de tijdsduur van de OOI's en tot de inhoud van de OOI's. Uit deze gegevens blijkt dat OOI's veel vaker een medische inhoud hebben (1013; 70.5%) dan een opvoedkundige inhoud (424; 29.5%) en dat kinderen veel vaker worden uitgenodigd voor een 15 minuten gesprek (819; 57%) dan voor een 30/45 (618; 43%) minuten gesprek. Bij de 15 minuten gesprekken is er een tendens te zien ($\text{Chi}^2(1) = 3.2; p = .07$) dat ouders eerder niet verschijnen bij kortdurende gesprekken. Bij de inhoudelijke reden van de OOI is het verschil niet significant.

Tabel 4. Percentages en aantallen van vervolgonderzoeken van de populatie in de maanden oktober – december 2011 uitgedrukt in tijdsduur en inhoud van het gesprek.

		Verschenen		Niet verschenen		Totaal	
		N	%	N	%	N	%
		Duur:	15 min. OOI	713	56	106	63.5
	30/45 min. OOI	557	44	61	36.5	618	43
	Totaal	1270	100	167	100	1437	100
Inhoud	Medisch	888	70	125	75	1013	70.5
	Opvoedkundig	382	30	42	25	424	29.5
	Totaal	1270	100	167	100	1437	100

Ook komt uit het plansysteem Open care (registratiesysteem) dat van de 13458 onderzoeken op indicatie in het jaar 2011 er 4013 (29.8%) verzet worden door ouders. Van deze 29.8% afspraken die verzet zijn, zijn 22,4 % ($N=3011$) 15 minuten durende onderzoeken. Dat is 75 % van het totaal aantal afspraken die verzet zijn. Van de 4013 afspraken die verzet zijn, zijn maar 1.43 % ($n=38$) 45 minuten gesprekken. Deze gegevens zijn in bijlage 6 weergegeven. Deze resultaten geven aan dat de kortdurende OOI gesprekken aandacht behoeven in het beleid, aangezien deze vaker verzet worden en er vaker bij deze gesprekken niet verschenen wordt.

Barrières bij de niet verschenen groep

Allereerst is er in deze studie gekeken welke barrières de niet verschenen groep ervaart. In tabel 5 zijn de gemiddelde scores van de niet verschenen groep te zien, waarvoor geldt; hoe dichterbij 5 hoe meer het als een barrière ervaren wordt. Om deze reden zijn alleen de items waarbij gemiddeld boven de 3 gescoord wordt beschreven. De gegevens in de tabel impliceren dat bij deze groep dat zij geen probleem ervaren bij hun kind en niet vinden dat het onderzoek nodig is. Daarnaast vinden ze het belangrijk dat er continuïteit is in de professional die je bij de GGD spreekt.

Tabel 5. Gemiddelde score of afzonderlijke items van niet verschenen groep > 3

Item	Gemiddelde score > 3
In de uitnodiging moet de reden van het onderzoek vermeld staan	4.3 (SD=.86)
Het is belangrijk dat we steeds dezelfde professional hebben als we bij de GGD komen	3.9 (SD=1.04)
Mijn kind heeft een probleem waar de GGD bij kan helpen	3.4 (SD=1.20)
Ik ben voldoende geïnformeerd over wat ik van een vervolgonderzoek kan verwachten	3.3 (SD=1.52)
Ik vind het onderzoek bij mijn kind nodig	3.3 (SD= 1.1)
Het vervolgonderzoek sluit aan bij mijn wensen en behoeften	3.3 (SD=1.16)

Noot. SD= Standaarddeviatie

Schaal: 1 = geen barrière, 5 = wel barrière

Verschillen tussen de zelf gerapporteerde wel- en niet verschenen groep

Ouders die niet verschijnen zijn significant minder vaak op de hoogte van de reden van het vervolgonderzoek. ($\chi^2(1) = 50.5$; $p < .001$). Van de ouders die niet verschijnen is 70.8% niet op de hoogte van de reden. Dit geeft aan dat de niet verschenen ouders vaak niet weten waarvoor de afspraak bij de JGZ eigenlijk dient.

Tabel 6. Was u op de hoogte van de reden van het vervolgonderzoek?

	Verschenen		Niet verschenen		
	N	%	N	%	
Wel op de hoogte	103	85.1	18	14.9	(Chi ² (1) =50.5**)
Niet op de hoogte	14	29.2	34	70.8	
Totaal	117	100	52	100	

Noot. ** $p < .001$

Uit tabel 7 is af te lezen dat er op de sub-schalen *problemen in relatie professional* ($t(163) = -3.8$, $p < .001$), *slechte communicatie/bereikbaarheid* ($t(157) = -3.5$, $p < .001$) en *geen relevantie* ($t(160) = -5.8$, $p < .001$) een significant verschil is tussen de wel- en niet verschenen groep. Op deze factoren scoort de niet verschenen groep gemiddeld hoger, dus ervaren zij deze factoren meer als een barrière. Voor relatie met de professional betekent dit dat de niet verschenen groep het contact met de professional ervaart als minder positief en meer wantrouwen heeft naar de professional en naar de organisatie. Met name op de factor *geen relevantie* scoort de niet verschenen groep gemiddeld hoger. Dit impliceert dat deze ouders het vervolgonderzoek vaker als niet relevant zien, geen probleem bij het kind ervaren, de reden niet zien en dat het niet aansluit bij de vraag van de ouders. Het geeft aan

dat *geen relevantie* een mogelijke barrière is om te verschijnen bij een vervolgonderzoek. Daarnaast is opvallend dat uit de resultaten blijkt dat praktische barrières geen rol speelt voor ouders om niet te verschijnen.

Tabel 7. Verschil in gemiddelden op sub-schalen

Schaal: 1=Geen barrière, 5 wel een barrière

Construct	Verschenen groep (n=117)	Niet verschenen groep (n=56)	
Problemen relatie professional	2.1	2.6	t(163)=3.8***
Slechte communicatie/Bereikbaarheid	2.4	2.8	t(157)=3.5***
Praktische barrières	2.6	2.9	t(161)=1.6
Geen relevantie	2.4	3.4	t(160)=5.8***

Noot. ***p<.001

Om een visueel beeld te krijgen van de score van de groepen op afzonderlijke items zijn in bijlage 7 en 8 tabellen toegevoegd met de score op afzonderlijke items. Op al deze items scoort de niet verschenen groep significant hoger.

Ook voor deze studie is een logistische regressie analyse uitgevoerd om te analyseren welke factor een voorspellende factor is voor niet verschijnen. Het blijkt dat *problemen in de relatie met de professional* ($\beta=.13$, $p<.05$) en *geen relevantie* ($\beta=.31$, $p<.001$) onafhankelijke voorspellers zijn voor het niet verschijnen bij een onderzoek op indicatie bij de JGZ. Problemen in de relatie met de professional is gericht op hoe de ouder het contact met de professional ervaart en het vertrouwen in de organisatie en in de professional. Problemen met de professional laat een OR ratio zien van 1.14 wat inhoudt dat als ouders problemen ervaren in het contact met de professional ze 1.14 zoveel keer kans hebben om niet te verschijnen. *Geen relevantie* laat een OR ratio zien van 1.37, wat betekent dat als een ouder de relevantie van het onderzoek niet ziet en de problemen zelf niet ervaart zij 1.37 keer zoveel kans hebben om niet te verschijnen bij een vervolgonderzoek. De slechte communicatie/bekendheid en de praktische barrières zijn niet predictief voor niet verschijnen. In tabel 8 staan de resultaten uit de regressieanalyse weergegeven.

Tabel 8. Logistische regressie analyse via stepwise methode: Bèta coëfficiënten en OR ratio waarden bij het toetsen van onafhankelijke voorspellers bij niet verschijnen

	β (SE)	Exp. (β)	95% C.I. for EXP (β)	
			Lower	Upper
Problemen relatie professional	.13 (.05)*	1.14	1.03	1.26
Geen relevantie	.31 (.08)**	1.37	1.16	1.61
Constant	-5.8 (1.05)**	.11		

SE = Standaard error. *p < .05 ** p < .001

Redenen die ouders geven

Aan de ouders is gevraagd wat de belangrijkste reden was om wel- of niet te verschijnen bij het vervolgonderzoek met hun kind. Uiteindelijk hebben 67 ouders een belangrijkste reden aangegeven om *wel* te verschijnen. Er wordt met name aangegeven door ouders dat ze komen voor een controle op medisch gebied ($n=22$). Verder zijn de belangrijkste redenen voor ouders om te komen om advies te krijgen ($n=15$), om de gezondheid te volgen ($n=14$) en omdat hun kind problemen heeft met overgewicht ($n=15$). Andere ouders noemen dat zij het onderzoek belangrijk vinden ($n=13$). Zo geeft een ouder bijvoorbeeld aan: *“Ik vind het belangrijk dat het probleem van mijn kind wordt aangepakt”*. Enkele ouders geven aan te komen omdat ze zich verplicht voelde of omdat ze de reden van het onderzoek wilde weten.

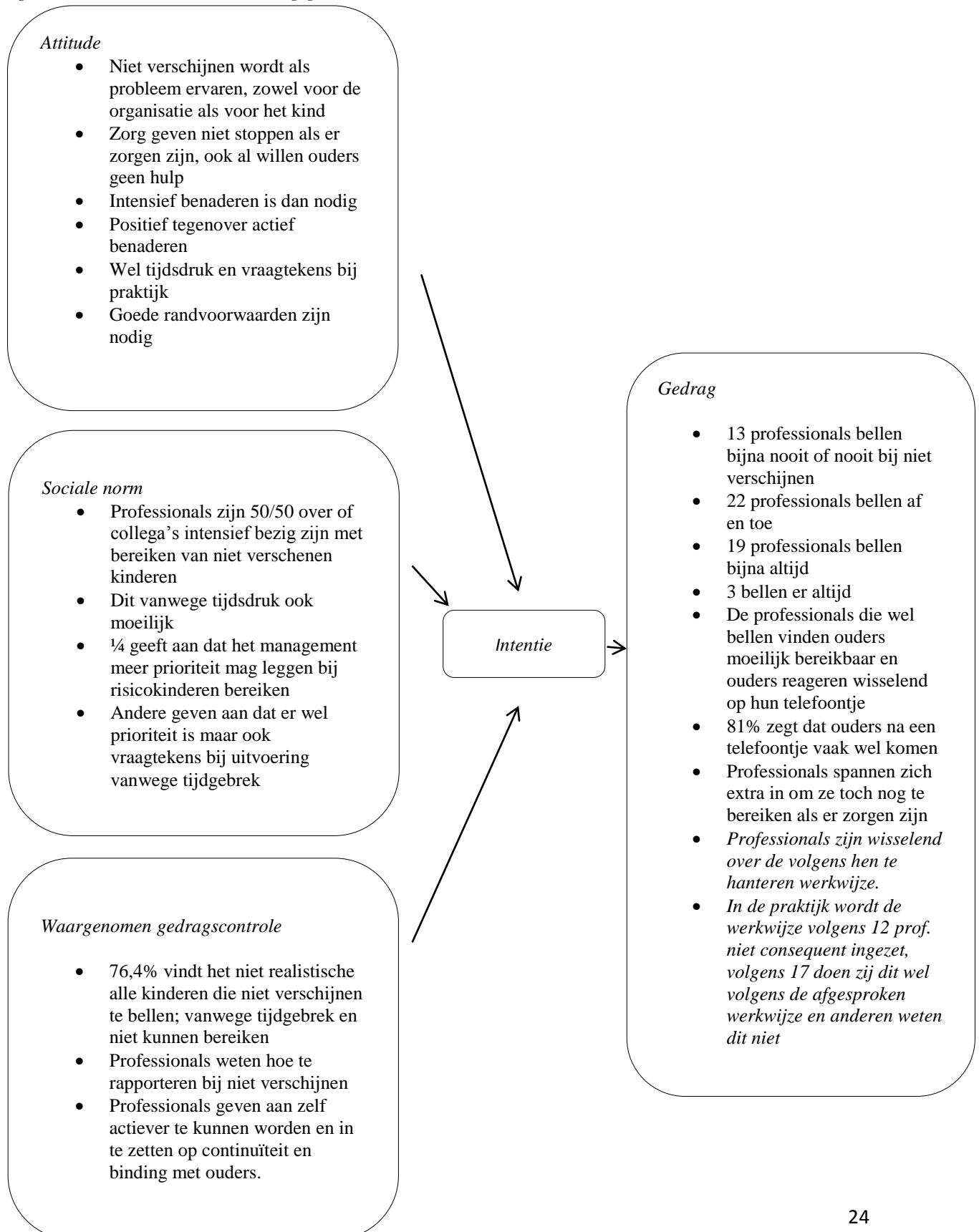
Ook werd ouders gevraagd wat de belangrijkste reden was om *niet* te verschijnen bij het vervolgonderzoek. Er vulden 49 ouders bij deze vraag een antwoord in. De antwoorden van ouders zijn heel divers. Het vaakste werd genoemd dat ouders het vervolgonderzoek niet nodig vonden of geen probleem zien ($n=11$). Daarnaast gaven ouders aan al elders hulp te ontvangen ($n=6$) of niet kwamen omdat ze de reden van het onderzoek niet wisten ($n=6$). Zo geeft een ouder bijvoorbeeld aan: *“Ze moeten beter aangeven wat de reden van het onderzoek is, ik moest er nu erg veel moeite voor doen om daar achter te komen”*. Verder waren redenen die werden gegeven om niet te verschijnen: dat ze geen uitnodiging ontvangen hadden ($n=10$), het vergeten waren ($n=6$), geen vervoer hadden of het dichter bij huis wilde ($n=3$), het tijdstip niet konden ($n=4$), eerdere ervaringen niet goed waren ($n=2$) of problemen hadden in de relatie met de professional ($n=1$).

Tot slot is ouders gevraagd om extra opmerkingen of suggesties omtrent de vervolgonderzoeken. Enkele ouders gaven hier zowel negatieve- als positieve opmerkingen. Zie voor deze analyse bijlage 9.

Studie 3. Enquête onder professionals

Onderstaand wordt aan de hand van het ASE model van Ajzen (1991) (figuur 5) de resultaten van de digitale vragenlijst aan professionals beschreven.

Figuur 5. De resultaten schematisch weergegeven in het ASE- Model.



Inschatting attitude

Professionals geven als meest belangrijke reden dat ouders niet verschijnen aan dat ouders de afspraak niet als relevant zien en de reden van het onderzoek niet weten ($n=58$). Daarnaast werd 32 keer genoemd dat ouders de afspraak waarschijnlijk vergeten en 24 keer dat ouders tijd en andere geplande afspraken als een belemmering zien om te komen. Ook wantrouwen wordt genoemd ($n=6$). Andere redenen zijn bijvoorbeeld: uitnodiging niet ontvangen, elders hulp ontvangen, taalbarrière en negatieve eerdere ervaringen.

Meer dan de helft van de professionals ($n=35$, 59%) heeft het idee dat ouders op de hoogte zijn van de reden van het vervolgonderzoek, de overige professionals geven dus ook zelf aan dat zij het idee hebben dat ouders dit niet weten.

Attitude

Een meerderheid van de professionals ziet 'niet verschijnen' bij vervolgonderzoeken als een probleem. In de antwoorden is een onderscheid te zien van professionals die het als het een probleem zien voor de organisatie ($n=20$), professionals die het als een probleem zien voor het kind ($n=5$) en professionals die het zien als een probleem voor beide ($n=15$). Er wordt met name veel geantwoord dat het veel tijd kost voor de werknemers en het duur is als kinderen niet komen. Zo geeft een professional aan: *"het kost veel tijd en het is extra moeite, met name omdat vaak ook nog met school overlegd moet worden of er zorgen zijn"*. Een enkeling ziet het niet verschijnen als geen probleem ($n=5$), wel nemen sommige werknemers een neutrale houding in. Een werknemer antwoordt bijvoorbeeld: *"het probleem is niet heel groot, vaak neem ik telefonisch contact op en kunnen we meteen een nieuwe afspraak plannen"*.

Professionals vinden het belangrijk alle kinderen te zien die uitgenodigd worden. Op een schaal van 1 - 10 antwoordden de professionals met een gemiddelde van 8.6 (SD=1.1).

Alle professionals vonden dat je niet moet stoppen met het inzetten van zorg op het moment dat je zorgen hebt en ouders geen hulp willen. Tenminste 17 professionals zeggen op dit moment dan toch overleg te plegen met de basisschool van het kind, waarbij 19 professionals nog een stapje verder gaan en zeggen de gezinnen intensief te moeten benaderen. Hierbij geeft een professional als kanttekening: *"We moeten niet vergeten dat we geen hulpverleners zijn. Ik denk dat we ouders niet kunnen dwingen tot zorg met onze positie, wel kunnen we een melding doen in zorg voor jeugd als er zorgen zijn"*. Verder geven 9 professionals aan dat een combinatie van samenwerking met school en intensief benaderen een goede werkwijze is. Als laatste geven 8 professionals aan dat het afhankelijk is van de soort casus, de mate van zorg en of het kind al elders hulp heeft of niet.

De meerderheid geeft aan erg positief tegenover 'outreaching werken' te staan. Waarbij veelal wordt aangegeven dat het nu te weinig gebeurt en dat het meer ingezet moet worden. Een voorbeeld is: *"het is noodzakelijk om dit meer te doen om ouders te bereiken, zeker bij risicokinderen"*. Wel is meerdere malen aangegeven dat er getwijfeld wordt over de haalbaarheid in de praktijk, met name door de werkdruk en het tijdgebrek van de werknemers. Daarnaast geven professionals aan dat er goede afspraken moeten komen wat de randvoorwaarden zijn en hoe te communiceren naar ouders en partners in de zorg. Verder zijn er weinig tot geen negatieve reacties op het 'outreaching werken', wel geven professionals aan nog niet bekend te zijn met het begrip ($n=11$). Werknemers weten niet wat het betekent of hoe het uit te voeren in de praktijk.

Sociale norm

Ongeveer de helft van de professionals geven aan te denken dat zijn of haar collega's intensief bezig zijn met het bereiken van kinderen die niet verschijnen. Van deze professionals geven er 10 aan het eigenlijk niet te weten, er

wordt nooit over gesproken met elkaar. Een aantal zegt dat dit niet gedaan wordt vanwege het tijdsgebrek: *“Naar mijn idee hebben collega’s het veel te druk, het bellen kost te veel tijd”*. Daarnaast geven professionals aan dat ze denken dat het wisselend zal zijn, voornamelijk wisselend per collega ($n=7$).

Er werd daarnaast ook gevraagd of de professionals vinden dat het management genoeg prioriteit geeft aan het bereiken van de risicokinderen. Een kwart van de werknemers vindt dat het nog niet voldoende is, waarbij aangegeven wordt dat het meer mag ($n=8$) en dat er soms teveel prioriteit gelegd wordt bij andere zaken als bijvoorbeeld de productie van reguliere preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO’s) ($n=6$). Daarnaast geven 11 professionals aan dat het bereiken van risicokinderen op papier voldoende prioriteit krijgt, maar vraagtekens hebben bij de uitvoering in de praktijk, met name vanwege de tijdsdruk en de volle agenda’s. Tot slot geven 9 professionals aan dat er voldoende prioriteit aan gegeven wordt en 9 professionals geven aan dit niet te weten, omdat ze hier weinig zicht op hebben. Een enkeling zegt dat het sinds kort meer op de agenda komt en vinden dat positief.

Waargenomen gedragscontrole

Van de professionals vindt 74.6% dat het niet realistisch is om alle kinderen die niet verschijnen intensief te benaderen ($n=44$). De belangrijkste redenen die hiervoor genoemd worden zijn dat het te veel tijd kost dus niet haalbaar is ($n=18$) en dat ouders vaak niet bereikbaar zijn of het goede telefoonnummer niet beschikbaar is ($n=20$). Enkeligen geven aan dat er duidelijke richtlijnen moeten komen wanneer en wie er belt en dat het een goede optie is dit pas bij twee keer niet verschijnen toe te passen. Eerst een brief sturen werkt nu volgens sommigen ook voldoende.

De professionals geven bijna allemaal aan goed te weten op welke wijze je NVZB en NVMB moet registreren in het elektronische systeem KIDOS ($n=53$). Slechts 4 professionals (6.8%) gaven aan hierin extra ondersteuning te moeten krijgen en 2 professionals vulden deze vraag niet in.

Tot slot werd op de vraag wat ze zelf konden doen om het probleem van niet verschijnen te verminderen door alle professionals geantwoord dat ze hierin actiever te moeten zijn. Zowel voor- als na de afspraak meer telefonisch contact leggen met ouders over de gemaakte afspraak ($n=13$). Daarnaast gaven 13 professionals aan meer “commitment” aan te moeten gaan met ouders, mede door meer in te gaan op de reden van het vervolgonderzoek. Dit zou dan bijvoorbeeld ook in de uitnodiging moeten staan. Een professional geeft aan: *“We moeten nog duidelijker communiceren dat en waarom ze terug moeten komen. Denk dat het percentage een heel stuk lager kan worden als de reden van de controle in de oproepbrief staat”*. Verder geven professionals nog aan dat er dichter bij scholen en wijken gewerkt moet worden om het laagdrempelig te maken ($n=4$) en dat er meer contact gelegd moet worden met scholen, zodat zij ook kunnen motiveren bij ouders ($n=8$). Als laatste worden er nog verbeterpunten genoemd als meer bekendheid creëren over wat de GGD kan betekenen voor een kind, meer de focus gaan leggen op het risicokind en enkeligen geven aan niets extra’s te hoeven doen omdat ze zich al voldoende inzetten.

Eigen handelen

Op de vraag of professional telefonisch contact opnemen met ouders op het moment dat kinderen niet verschijnen geeft 22.9% aan dit nooit of bijna nooit te doen ($n=13$), 38.6% van de professionals geeft aan dit af en toe te doen ($n=22$) en 33.3% geeft aan dit bijna altijd te doen ($n=19$). Drie professionals (5.3%) geven aan ouders altijd te bellen op het moment dat zij niet verschijnen en dat niet hebben laten weten.

De professionals die ouders af en toe, bijna altijd of altijd bellen hebben antwoord gegeven op de vraag wat

hun ervaring is als ze ouders bellen ($n=44$). De professionals geven het vaakst aan de ervaring te hebben dat ouders moeilijk telefonisch bereikbaar zijn ($n=25$), en als ze bereikbaar zijn ouders wisselend reageren ($n=9$) of het vaak als prettig ervaren ($n=8$). Verder geven 11 professionals aan geen problemen te ervaren bij het telefonisch bereiken en dat ouders het vaak prettig vinden als ze telefonisch benaderd worden. Een enkeling geeft aan dat ouders het niet als onprettig ervaren maar wel aangeven verder geen interesse te hebben in het onderzoek. Meer dan driekwart ($n=36$, 81%) van de professionals heeft geantwoord dat ouders na telefonisch contact bij de volgende afspraak wel verschijnen, minder dan een kwart geeft dus aan dat ouders daarna niet verschijnen ($n=8$).

Professionals werd gevraagd bij welke gezinnen ze zich extra inspinnen om ouders te bereiken na niet verschijnen. Daarbij gaven 19 professionals aan zich extra in te spannen bij alle gezinnen om te achterhalen waarom ze niet gekomen zijn. 8 professionals geven aan zich extra in te spannen bij gezinnen van niet-westerse afkomst. zeventien professionals geven aan zich extra in te spannen bij kinderen die op een hoog- risico school zitten en 42 professionals geven aan zich extra in te spannen als er grote zorgen zijn over de ontwikkeling van het kind. Een enkel persoon geeft aan zich eigenlijk nooit in te spannen en 14 professionals geven nog een andere mogelijkheid aan, zoals extra inspanning als een kind besproken is binnen zorgteams of als er zorgen zijn wat betreft belasting binnen het systeem van het kind.

Professionals binnen de afdeling Jeugdgezondheidszorg geven over het algemeen aan wel op de hoogte te zijn van de werkwijze bij niet verschijnen als er wel zorgen zijn. Van de 57 professionals die op deze vraag geantwoord hebben geven slechts 4 professionals aan dat ze de richtlijnen niet weten. Binnen de antwoorden liggen wel verschillen: 17 professionals geven aan dat de werkwijze is om de situatie met school te bespreken, zowel om een actieplan te bespreken als te informeren of er zorgen zijn bij school. Daarnaast geven 12 professionals naast de situatie te bespreken met school en/of arts ook te bellen en eventueel een nieuwe uitnodiging te sturen. Ook geven sommige professionals alleen aan telefonisch te moeten benaderen ($n=5$) of actief te benaderen met eventueel een huisbezoek waar nodig ($n=6$). Zes professionals zeggen een brief/nieuwe uitnodiging te sturen op het moment dat ouders met hun kind niet verschijnen en dit met derden te bespreken en een enkeling zegt dit te bespreken binnen het team om hierna eventuele acties uit te voeren. Daarna werd gevraagd hoe deze werkwijze in de praktijk gebeurt. Hierop antwoordden 12 professionals dat dit binnen de afdeling niet consequent gebeurt op de bedoelde wijze, 17 professionals dat zij hetzelfde handelen in de praktijk als de werkwijze die zij denken te moeten hanteren, maar geven wel vaak als kanttekening alleen voor zichzelf te kunnen spreken. Zeven professionals geven aan intensief contact te zoeken en 12 professionals geven aan de situatie met school te bespreken. Enkel professionals zeggen geen idee te hebben hoe het wordt uitgevoerd binnen de afdeling en hier ook nooit over te spreken.

Algemene discussie

Het doel van de huidige studie was meer inzicht krijgen in de factoren die een rol kunnen spelen bij het niet verschijnen bij een onderzoek op indicatie binnen de Jeugdgezondheidszorg. Met dit inzicht kan er mogelijk beter worden geïnvesteerd in het terugdringen van het percentage niet verschenen kinderen. Binnen de huidige studie is de problematiek van ‘niet verschijnen’ bekeken vanuit bestaande literatuur en daarna vanuit drie perspectieven, namelijk vanuit factoren van de registratie, ouders en professionals. In tabel 9 zijn de belangrijkste kenmerken van deze studies weergegeven.

Tabel 9. Belangrijke kenmerken studies

	Deelstudie 1	Deelstudie 2	Deelstudie 3
Onderwerp	Sociaal- demografische gegevens van de Niet verschenen zonder bericht groep	De door ouders ervaren barrières bij verschijnen	Opvattingen en gedragingen professional bij niet verschijnen
Methode	Analyse bestaande gegevens	Schriftelijke vragenlijst (Stellingen)	Digitale vragenlijst (open vragen)
Steekproef	Kinderen	Ouders	Professionals
Steekproef grootte	5673	523 (repons:172)	78 (repons: 59)
Analyse	Gemiddelde score/ verschil score/ regressie analyse	Gemiddelde score/verschil score/ regressie analyse	Coderen en labelen
Achterliggend model	Ecologisch model (Bronfenbrenner, 1979)	Samenvattend model literatuur en model Kazdin et al. (1997)	ASE model (Ajzen, 1991)

Uit de huidige studie zijn vanuit drie perspectieven factoren naar voren gekomen die mogelijke invloeden hebben op het niet verschijnen bij vervolgonderzoeken. Onderstaand wordt aan de hand van de drie perspectieven de factoren beschreven en tenslotte worden de verschillende perspectieven gekoppeld waar mogelijk.

Kind factoren

Uit de huidige studie blijkt een profiel geschetst te kunnen worden van de groep kinderen die een verhoogde kans hebben om niet te verschijnen. Kinderen die niet verschijnen zijn vaak significant ouder, zijn vaker van allochtone afkomst, komen vaker uit grote steden, hebben een lagere sociaal- economische status en zitten vaker op risicoscholen. Daarnaast blijkt dat de factoren in Eindhoven of Helmond wonen, op een risicoschool zitten en een oudere leeftijd hebben voorspellend zijn voor het niet verschijnen. Deze resultaten komen deels overeen met resultaten uit eerder gedane studies binnen reguliere onderzoeken bij de sector Jeugdgezondheidszorg. Zo geven De Jong en Boers (2009) ook aan dat niet verschenen kinderen vaker van allochtone afkomst zijn en geeft Jhanjee et al. (2004) aan dat voornamelijk oudere kinderen minder verschijnen. Opmerkelijk is dat geslacht geen rol blijkt te spelen bij het niet verschijnen.

De sociaal- demografische gegevens bij de groep niet verschenen kinderen, als lage sociaal- economische status en allochtone afkomst, worden door Zeijl et al. (2005) gespecificeerd als risicofactoren bij het kind. Risicofactoren in de vroege kinderjaren vergroten de kans op het ontstaan van ontwikkelingsproblemen (Hermanns, 2004). Er kan geconcludeerd worden dat de niet verschenen groep vaker in de risicogroep valt, waardoor deze groep juist bereikt moet worden door de professionals.

Perspectief van de ouder

Een belangrijk resultaat is dat de niet verschenen groep meer barrières ervaart dan de wel verschenen groep. Dit leidt Kazdin et al. (1997) tot het eerder uitvallen of niet verschijnen bij een onderzoek of behandeling. Het meest opvallende resultaat is dat praktische barrières geen rol lijken te spelen bij het niet verschijnen. Dit wordt zelden aangegeven als reden om niet te verschijnen. Dit is tegenstrijdig aan eerder onderzoek binnen de Jeugdgezondheidszorg waaruit bleek dat transport bijvoorbeeld een voorspellende factor is (Jhanjee et al., 2004). Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat dit onderzoek gericht is op vervolgonderzoeken, waardoor

ouders wellicht andere redenen hebben om niet te verschijnen. Voor vervolgonderzoeken worden kinderen niet, net als bij reguliere onderzoeken, standaard voor opgeroepen, waardoor de relevantie veel duidelijker moet zijn.

Welke van de factoren blijkt nu het meest een barrière te zijn? De meest bepalende factor voor het niet verschijnen is het niet inzien van de relevantie van het onderzoek. De niet verschenen vind de onderzoeken minder relevant en zij zien niet het belang van de vervolgonderzoeken. Deze resultaten komen overeen met de resultaten gevonden in de studie van Kazdin et al. (1997). Zij concluderen ook uit hun studie dat de ‘drop outs’ met name significant verschillen met de ‘voltooiers’ op het gebied van ervaren relevantie van de behandeling. Deze conclusies worden ondersteund door andere resultaten uit de huidige studie. Opmerkelijk is namelijk dat de niet verschenen groep significant veel vaker niet op de hoogte is van de reden van het vervolgonderzoek. Het is mogelijk dat zij het probleem niet inzien of dat zij hierin niet voldoende geïnformeerd worden.

Uit de analyse blijkt dat de factoren geen relevantie en relatie met de professional voorspellend zijn voor het niet verschijnen bij een onderzoek. Daarbinnen is geen relevantie de meest voorspellende factor. Andere auteurs vinden ook, dat de perceptie van ouders op het probleem en de verwachtingen die ouders hebben bepalend zijn voor het wel- of niet verschijnen (Teagle, 2002; Nock et al., 2001). Opvallend is dat Garcia en Weisz (2002) uit hun onderzoek concluderen dat relatie met de professional misschien wel de enige factor is die voorspellend is voor het wel of niet deelnemen aan behandeling. Deze studie wijst uit dat deze relatie een voorspellende factor is, maar dat de factor *geen relevantie* hierin een grotere rol speelt.

Als laatste is het een interessant gegeven dat de kortdurende vervolgonderzoeken (15 min.) aandacht behoeven in het beleid. Uit de resultaten van de registraties van de JGZ viel op dat de kortdurende gesprekken vaker verzet worden en dat er daarbij ook de tendens is dat ouders bij deze gesprekken minder vaak verschijnen.

Perspectief van de professional

Allereerst is uit de studie gebleken dat professionals denken dat de top 3 van ouders is om niet te verschijnen bij vervolgonderzoeken is 1) relevantie niet inzien, 2) de afspraak vergeten, 3) geen tijd hebben/andere activiteiten hebben. De visie van de professionals wat betreft relevantie van het onderzoek komt overeen met het perspectief van de ouders. Ouders geven zelf ook aan dat dit voor hen een barrière is. Het beeld dat professionals van ouders hebben, verschilt wat betreft de praktische barrières. Professionals denken dat ouders ook vaak de afspraak vergeten en geen tijd hebben, maar dit wordt door ouders niet aangegeven.

Het meest opvallende resultaat uit deze studie is dat tijdgebrek wordt benoemd als belemmerende factor voor het effectief aanpakken van niet verschijnen. Volgens de professional is binnen hun takenpakket hier weinig tot geen ruimte voor en moeten duidelijke randvoorwaarden geschept worden. Professionals staan open voor nieuwe werkwijze zoals ‘outreaching’ werken, maar spreken daarbij veelal over de realiseerbaarheid in de praktijk. Werkdruk en tijdgebrek wordt veelal genoemd door professionals als een groot obstakel om risicogerichter te werk te gaan. Volgens het ASE model (Ajzen, 1997) zullen deze attitude en waargenomen gedragscontrole van de professionals het daadwerkelijke gedrag beïnvloeden. Op het moment dat professionals hier niet de mogelijkheden voor denken te hebben zal het invloed hebben op hun werkwijze. Dit geeft de noodzaak aan om hier als organisatie aan te werken.

Professionals ervaren niet verschijnen als een probleem binnen de organisatie. Ze geven aan dat hier actie op ondernomen moet worden, waarbij positief gereageerd wordt op de actievere benadering van gezinnen. Wel blijkt dat het huidige gedrag van professionals bij niet verschijnen nog niet de actieve benadering benadert,

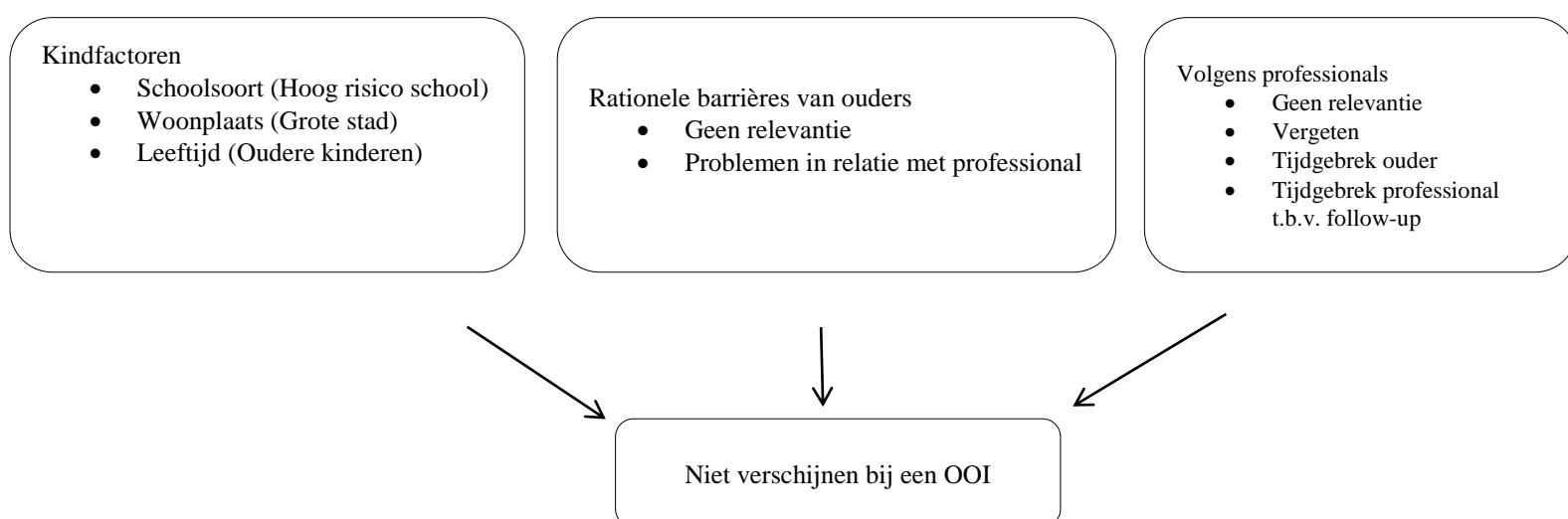
aangezien maar 3 professionals altijd contact zoeken bij niet verschijnen. Sommige professionals geven ook aan deze werkwijze nog niet te kennen en randvoorwaarden nodig hebben. Daarnaast is ook opvallend dat professionals aangeven de werkwijze bij niet verschijnen te kennen, maar dat hierin nog veel verschillen zit in antwoorden. Dit geeft aan dat hierover eenduidige afspraken moeten komen.

De drie deelstudies geven vanuit verschillende perspectieven het probleem van niet verschenen weer. De studie benadrukt, dat de kinderen die niet verschijnen wel degelijk de kinderen zijn die de zorg nodig hebben. Deze kinderen hebben vallen vaker binnen de risicogroep, zoals in figuur 6 te zien is. Dit vergroot de kans op ontwikkelingsproblemen en het wordt bevestigd dat de kinderen in verhouding ook vaker op hoog risicoscholen zitten. Dit bevestigt de noodzaak om deze kinderen in beeld te krijgen. Tegenstrijdig hieraan is, dat professionals aangeven dat binnen de organisatie hier nog te weinig de prioriteit ligt. Het management probeert hier verandering in te krijgen, maar vaak moeten professionals meer bezig zijn met het behalen van targets en de werkdruk is te hoog om te investeren in risicogericht werken.

Verder wordt zowel door de de professionals als door de ouders zelf de relevantie en het belang van het onderzoek als belangrijkste belemmering aangegeven. Aangezien vanuit beide perspectieven dit wordt aangegeven behoeft deze belemmering de aandacht. Opmerkelijk is dat professionals hier dus zelf wel bewust van lijken te zijn.

Als laatste is opvallend dat de antwoorden van ouders of ze wel of niet verschenen zijn vaak verschillen van de rapportage uit KIDOS wat door professionals wordt ingevuld. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat ouders het niet meer weten of oneerlijk invullen. Ook kan dit een tekortkoming zijn van de digitalisering van alle registratie. De professionals geven aan geen ondersteuning nodig te hebben in het rapporteren, maar wel komt naar voren dat professionals van elkaar niet weten hoe ze omgaan met niet verschijnen wat aangeeft dat er geen uniforme werkwijze is in de werkwijze van professionals binnen de organisatie wat betreft vervolgonderzoeken.

Figuur 6. Definitief model



Sterkte punten en limiteringen

Voor zover bekend is dit onderzoek het eerste onderzoek dat zich richt op het niet verschijnen bij vervolgonderzoeken in de JGZ en bij welke vervolgonderzoeken ouders minder verschijnen. Dit onderwerp wordt belicht aan de hand van drie perspectieven namelijk, de kindfactoren uit registraties, de ouders en de professionals. Door deze verschillende perspectieven geeft deze studie een compleet beeld van de factoren die mogelijk een rol spelen bij niet verschijnen.

Bij dit onderzoek zijn verschillende kanttekeningen te plaatsen. Allereerst moet er rekening gehouden worden met eventuele bias door de non- respons van ouders. Voornamelijk door de non- respons bij niet verschenen ouders is de kans aanwezig dat deze studie nog een rooskleurig beeld geeft. Nu is er mogelijk een bepaalde groep niet bereikt, waardoor de resultaten niet zondermeer gegeneraliseerd kunnen worden. Verder is bij de wel verschenen ouders ook niet altijd duidelijk of zij mogelijk een eerdere keer ook niet verschenen zijn.

Verder moet rekening gehouden worden met de factor taalbarrière die in deze studie niet onderzocht is, maar mogelijk een rol kan spelen bij het niet verschijnen. Ouders zijn benaderd via een schriftelijke vragenlijst, waardoor ouders die de taal niet beheersen deze niet kunnen beantwoorden. Om deze factor te kunnen onderzoeken is ander soort onderzoek nodig.

Wat betreft de betrouwbaarheid is een kanttekening, dat er geen onderzoek verricht is naar de betrouwbaarheid van het registratiesysteem. Dit blijkt ook uit de mogelijkheid dat het registratiesysteem niet klopt omdat ouders zelf anders rapporteren dan overeenkomt met de registraties. Anderzijds wordt door professionals wel aangegeven dat zij weten hoe te rapporteren en dat ze hier geen ondersteuning in nodig hebben.

Aanbevelingen

Ondanks de non-respons verschenen in deze studie betekenisvolle verschillen tussen niet verschenen- en wel verschenen ouders wat betreft verschijnen bij vervolgonderzoeken. Het is belangrijk dat professionals een beeld hebben van mogelijke barrières. Door eventuele redenen bespreekbaar te maken en groepen die dreigen niet te komen te herkennen, kan de professional gerichter actie ondernemen, zodat de risicogroep kinderen die niet verschijnt voor de JGZ zichtbaar wordt. Uit deze studie komen een aantal aanbevelingen voor de Jeugdgezondheidszorg.

Ten eerste geven de resultaten uit deze studie aan dat bij investeringen in het terugdringen van het percentage niet verschenen kinderen er met name ingezet moet worden op de hoog risicoscholen in de grote steden Helmond en Eindhoven. Het is minder zinvol om zorgen te hebben over de praktische barrières, deze zijn minder belangrijk. Geadviseerd wordt om voornamelijk te investeren in het waargenomen belang en relevantie van de onderzoeken en het contact met de professional. Op het moment dat ouders op de hoogte zijn van de reden, het probleem onderkennen en het belang zien van het onderzoek, zijn zij mogelijk sneller geneigd te verschijnen bij het vervolgonderzoek. Kazdin et al. (1997) geeft aan, dat via telefonische contactopname na het maken van de afspraak, waarbij eventuele barrières worden besproken en het onderzoek wordt toegelicht trouw verhoogd kan worden. Een andere mogelijkheid zou zijn om de uitnodigingen minder beknopt te maken, zodat hier meer informatie over de inhoud verstrekt wordt.

De tweede aanbeveling is de betrouwbaarheid van het registratiesysteem KIDOS te onderzoeken en de manier van registreren van professionals. Voor duidelijkheid in het rapporteren, het benaderen van ouders die

niet verschijnen en het waarborgen van de relevantie van de onderzoeken is een uniforme werkwijze nodig. Niet alleen moet uniform worden wanneer een OOI uitgevoerd wordt en ook daadwerkelijk nodig is, ook moet er een uniforme werkwijze komen hoe te reageren wanneer ouders niet verschijnen. Uit dit onderzoek blijkt dat professionals positief staan tegenover de actieve benadering van gezinnen, maar dit moet wel goed gefaciliteerd worden door het management en er moeten duidelijke randvoorwaarden en uniforme werkafspraken zijn. De kortdurende vervolgonderzoeken van 15 minuten behoeven extra aandacht. Deze vervolgonderzoeken worden door ouders vaker verzet en ook is de tendens aanwezig dat ouders bij deze onderzoeken minder vaak verschijnen met hun kinderen.

De facilitering van de actieve benadering van gezinnen is een belangrijke investering. Ondanks dat de niet verschenen kinderen wel degelijk de groep is die aandacht moet krijgen ligt de prioriteit nu nog te vaak op het behalen van targets met betrekking tot de PGO's. De focus moet meer komen op risicogericht werken. Er moet tijd voor gegeven worden en de juiste vaardigheden moeten aangeleerd worden. Niet elke professional heeft de juiste competenties tot zijn beschikking om ouders intensief te benaderen en het gezin hierin centraal te zetten, dus vraaggericht te blijven. Het is duidelijk dat het een enorme omslag is voor de werknemers om op een andere manier te gaan werken en dat professionals dit nu ook nog op verschillende wijze vormgeven in de praktijk. Op dit moment belt bijvoorbeeld vrijwel niemand altijd ouders op en de werknemers zijn veelal niet geschoold en opgegroeid met huisbezoeken en intensieve, dwingender benaderingswijzen. Geadviseerd wordt om daarom met de werknemers om tafel te gaan wat zij nodig hebben om deze omslag in werken te maken en wie er eventueel de competenties al wel tot zijn beschikking heeft.

Wat betreft de randvoorwaarden behoort hierbij ook de samenwerking met andere partners. Lichtelijk buiten de scope van dit onderzoek, maar niet onbelangrijk, moet de samenwerking met andere partners gezocht worden. Op het moment dat ouders actief benaderd worden moet afgestemd worden met andere partijen zodat gezinnen niet geconfronteerd worden met verschillende hulpverleners binnen het gezin. Één hulpverlener moet de regie hebben. Op het moment dat meerdere hulpverleners met hetzelfde doel gezinnen benaderen vergroot dit mogelijk de weerstand van ouders op het ontvangen van hulp en schiet de hulpverlening zijn doel voorbij. Voor deze afstemming kan gebruik worden gemaakt van scholen, de verwijzindex 'Zorg voor Jeugd' en het elektronisch dossier. De aandacht moet uit naar het duidelijker in zicht krijgen van de kinderen die ook al elders zorg krijgen. Deze registraties kunnen ervoor zorgen dat ouders niet onnodig worden uitgenodigd.

In het rapport RIVM (2010) wordt gesproken van 'outreaching werken', maar de huidige trend richt zich meer op het 'wrap around care model'. Dit is een model voor het organiseren van integrale zorg aan gezinnen met een opeenstapeling van problemen, bovendien stimuleert het samenwerking tussen verschillende partijen (Schamhart & Colijn, 2012). Deze benadering zet zich geheel in op het centraal stellen van de cliënt, vraaggestuurd, thuisnabij, doelgericht en planmatig, waardoor professionals naast de cliënten komen te staan en ouders de regie niet verliezen. (Schamhart & Colijn, 2012). Naar aanleiding van de huidige studie wordt ook geadviseerd om toenadering te zoeken bij ouders. Uit de studie blijkt namelijk dat de relatie met de professional het niet verschijnen beïnvloedt. Mogelijkheden zijn actieve benadering na niet verschijnen via het advies van het RIVM (2010) en wijkgericht of op scholen de onderzoeken te laten plaatsvinden. Zowel bij de antwoorden van ouders als in die van professionals in het onderzoek komt dichter bij huis werken naar voren, wat betekent dat hier ook draagvlak voor is. Intensieve benadering en het 'wrap around care model' kunnen niet alleen bijdragen aan het duidelijk maken van het belang, maar ook om de verbintenis met de professional te vergroten.

Deze studie geeft een aanzet tot het in kaart hebben van de factoren die een rol spelen bij niet verschijnen, maar roept tegelijkertijd veel vragen op. Een volgende vraag die gesteld moet worden is of ouders wel zouden verschijnen op het moment dat de barrières uit de weg geholpen worden. Dit zal moeten blijken op het moment dat hierop ingezet wordt en eventueel opnieuw onderzocht moeten worden. In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van een schriftelijke vragenlijst. Wanneer verder onderzoek gedaan wordt valt het aan te bevelen ouders te benaderen voor interviews. Op deze manier kunnen achterliggende factoren ontdekt worden en ouders krijgen de mogelijkheid uitgebreider te beargumenteren. Het zou verder interessant zijn om gebruik te maken van focusgroepen om de perceptie van ouders te achterhalen.

Conclusie

Deze studie geeft inzicht in de factoren waarop de focus gelegd moet worden om niet verschijnen bij vervolgonderzoeken aan te pakken. Vanuit drie perspectieven is de focus gelegd op het probleem van niet verschijnen. Deze drie perspectieven geven ieder eigen inzichten. Zo blijkt uit de kindfactoren dat met name kinderen van hoge risicoscholen, oudere kinderen en kinderen die in Helmond of Eindhoven wonen vaker niet te verschijnen. Een belemmering voor ouders blijkt dat zij vaak de relevantie en noodzaak van het onderzoek niet zien. Zij weten ook vaak de reden niet waarom zij opnieuw worden opgeroepen. De professionals geven ook aan dat ze denken dat de relevantie een grote rol speelt bij ouders en zien niet verschijnen als een groot probleem. Zij geven aan dat zij positief tegenover het actief benaderen zijn, maar hebben hiervoor wel richtlijnen en randvoorwaarden nodig. Met name tijdgebrek en werkdruk is voor hen een belemmering. Uit deze huidige studie blijkt dat er zowel aan de voorkant als aan de achterkant zaken moeten veranderen om dit probleem aan te pakken. Aan de voorkant moet er ingezet worden op het verduidelijken van de relevantie van het onderzoek en moet er een actievere werkwijze komen, waar aan de achterkant in overleg moet worden gegaan over de uniforme werkwijze over vervolgonderzoeken in het algemeen en het handelen bij niet verschijnen. Er moet meer de focus gelegd worden op risicogericht werken, want de kinderen die niet verschijnen zijn juist de kinderen die in beeld moeten komen, ook als een telefoonnummer van het gezin niet beschikbaar is.

Referenties

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Albin, J. B., Lee, B., Dumas, J., Slater, J., & Witmer, J. (1985). Parent training with Canadian families. *Canada's Mental Health*, December, 20 – 24.
- Appelo M (2007) *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom
- Asscher, J. J. & Paulussen-Hoogeboom, M. C. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26, 56-69.
- Atzaba-Poria, N., Pike, A. & Deater-Deckard, K. (2004). Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative matter? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 707-718.
- Bellaart, H. (2007). Moeilijk bereikbare doelgroepen of moeilijk bereikbare instellingen? *Tijdschrift Jeugdbeleid*, 1 (2). 125-130.
- 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.
- Birch, D. A., & Hallock, B. A. (1999). Parent involvement in selected components of the coordinated school health program. *American Journal of Health Studies*, 15(4), 189 – 198.
- Bram Anker (2011). Advies. Positionering van de JGZ in het nieuwe stelsel voor de jeugd. Verkregen op 13 december 2011, van <http://rijksoverheid.nl>
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. & Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. *Social Development*, 9, 115-125.
- Campbell, R., Evans, M., Tucker, M., Quilty, B., Dieppe, P., & Donovan, J. L. (2001). Why don't patients do their exercises? Understanding non-compliance with physiotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. *Journal of Epidemiol Community Health*, 55, 132-138.
- Cauce, A.M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B., Shea, J., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and Contextual influences in Mental Health Help Seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 44-55.
- Chu, B. C., Choudhury, M. S., Shortt, A. L., Pincus, D. B., Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2004). Alliance, technology, and outcome in the treatment of anxious youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 44–55.
- Chung, P. J., Lee, T. C., Morrison, J. L., & Schuster, M. A. (2006). Preventive care for children in the United States. *Annual Review Public Health*, 27, 491-515.
- Cohen, D. A., & Linton, K. L. P. (1995). Parent participation in adolescent drug abuse prevention program. *Journal of Drug Education*, 25, 159 – 169.

- De Jong, I., & Boers, J. (2009). Bereik spreekuur GGD. NVZB nader onderzocht. Gemeente Amsterdam: Dienst Onderzoek en Statistiek.
- Doove, B. M., & Visser, T. G. (2005). 'Niet verschenen zonder bericht'. Welke factoren spelen een rol bij niet verschijnen zonder bericht voor een periodiek gezondheidsonderzoek van de jeugdgezondheidszorg. TNO Kwaliteit van Leven.
- Dékovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behaviour during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 667-685.
- Edwards, P., Robert, I., Clarke, M., Diguiseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*, 324, 1183-1191.
- Garbarino, J. & Ganzel, B. (2006). The human ecology of early risk. In J. P. Schonkoff, & S. M. Meisels (Eds.), *Handbook Early Childhood Intervention* (76-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and others reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 439-443.
- Geen RG (1995) *Human motivation: A social psychological approach*. Belmont, CA: Cole
- GGD Nederland. (2005). Kansen voor de JGZ in het lokaal jeugdbeleid. Een handreiking voor de GGD'en over de relatie JGZ- Lokaal jeugdbeleid. Verkregen op 12 december 2011, van <http://www.vng.nl>
- Gillespie, J.F. & Primavera, J. (2001). *Diverse families, competent families: innovations in research and preventive intervention practice*. New York: Haworth Press.
- Green, C. L., & Walker, J. M. T. (2007). Parents' motivations for involvement in children's education: An empirical test of a theoretical model of parent involvement. *Journal of Educational Psychology*, 99, 532-544.
- Grintstein-Weiss, M., Fishman, G., Eisikovits, G. (2005). Gender and ethnic differences in formal and informal help seeking among Israeli adolescents. *Journal of adolescence*, 28, 765-779.
- Hermanns, J. (2004). Vroege interventies: nieuwe theorieën en nieuw beleid. In P. Leseman, & A. van der Leij (red.), *Educatie in de voor- en vroegschoolse periode* (119-132). Baarn: HBuitgevers.
- Hermanns, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: Eerder, sneller en beter*. Gevonden op 3 juni 2008, op <http://www.gidz.nl>
- Holden, G. W., Lavigne, V. V., & Cameron, A. M. (1990). Probing the continuum of effectiveness in parent training: characteristics of parents and preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(1), 2 – 8.
- Hops, H., & Seeley, J. R. (1992). Parent participation in studies of family interaction: methodological and substantive considerations. *Behavioral Assessment*, 14, 229 – 243.
- Inspectie voor de gezondheidszorg. (2009). De jeugdgezondheidszorg in beweging. Verkregen op 12 december 2011, van <http://www.igz.nl>
- Jhanjee, I., Saxeena, D., Arora, J., & Gjerdingen, D. K. (2004). Parents' Health and Demographic Characteristics predict noncompliance with well-child visits. *Journal of American Board of Family Practice*, 17, 324-331.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997a). Family experiences of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 453-463.

- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997b). Barriers to participation scale: Evaluation and validation in the context of the child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1051-1062.
- Kazdin, A. E., & Wassel, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2, 27-
- Kerkorian, D., McKay, M., & Bannon, W. M. (2006) Seeking help a second time: Parent/caregivers characterizations of previous experiences with mental health services for their children and perceptions of barriers to future use. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 161-166.
- Lee, S. S., August, G. J., Bloomquist, M. L., Mathy, R., & Realmuto, G. M. (2006). Implementing an evidence-based preventive intervention in neighbourhood family centers: Examination of perceived barriers to program participation. *Journal of Primary Prevention*, 27, 573-597.
- Mendez, J. L., Carpenter, J. L., Laforett, D. R., & Cohen, J. S. (2009). Parental engagement and barriers to participation in a community – based preventive intervention. *American Journal of Community Psychology*, 44, 1-14.
- Meulenberg, P. B. A. (2009). Zorgmijders in de JGZ. Verkregen op 1 december 2011, van <http://www.ajn.artsenet.nl>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2002). Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Verkregen op 12 december 2011, van <http://www.rijksoverheid.nl>
- Nieuwenhuizen, V. (2004) Opvattingen over outreachend werk binnen het AMW: Een beschrijvend onderzoek in Lund (Zweden) en in Utrecht. Verkregen op 7 december, 2011, van: <http://www.casusconsult.nl/index.php?action=getfile&id=7211>
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child en adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 149-166. Doi: 10.1007/s10567-005-4753-0
- Nock, M. K, Phil, M., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10, 155-180.
- Nock, M. K., & Photos, V. (2006). Parent motivation to participate in treatment: Assessment and prediction of subsequent participation. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 345-358. Doi: 10.1007/s10826-006-9022-4
- Pallant, J. (2005) *SPSS Survival Manual. A step bij step guide tot data analysis using SPSS Version 12*. New York: Open University Press.
- Playle, J. F., & Keeley, P. (1997). Non-compliance and professional power. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 304-311.
- Rohrbach, L. A., Hodgson, C. S., Broder, B. I., Montgomery, S. B., Flay, B. R., Hansen, W. B., & Pentz, M. A. (1994). Parent participation in drug abuse prevention: results from the Midwestern prevention project. *Journal of Research on Adolescence*, 4(2), 295 – 317.
- Rijksoverheid. (2011). Beleidsbrief stelselwijziging jeugd ‘geen kind buiten spel’. Verkregen op 12 december 2011, van <http://www.rijksoverheid.nl>

- Riportella-Muller, R., Selby-Harrington, M. L., Richardson, L. A., Donat, P. L. N., Luchok, K. L., & Quade, D. (1996). Barriers to the use of preventive health care services for children. *Public Health Reports*, *111*, 71- 77
- RIVM. (2010). Standpunt, bereik van de jeugdgezondheidszorg. Verkregen op 1 december 2011, van <http://www.ncj.nl>
- Rots-de Vries, C., Kroesbergen, I., & Van de Goor, I. (2009). Bemoezing voor gezinnen. Een handleiding voor interventies door de Jeugdgezondheidszorg. Verkregen op 12 december 2011, van <http://www.ncj.nl>
- Rovers, B. (2010). Motiveren en motivatieproblematiek. In: Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern, edited by: M. Kooijmans. 's Hertogenbosch: Expertisecentrum veiligheid.
- Schamhart, R. & Colijn, J. (2012). Greep op wrap around care. Eindrapport onderzoeksprogramma wrap around care in de Utrechtse jeugdzorg. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Shiloh, S., Vinter, M., Barak, M. (1997). Correlates of health screening utilization: The roles of health beliefs and self- regulation motivation. *Psychology and Health*, *12*, 301-317.
- Simon, B. S. (2004). High school outreach and family involvement. *Social Psychology of Education*, *7*, 185–209.
- Spoth, R., & Redmond, C. (2000). Research on family engagement in preventive interventions: toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *The Journal of Primary Prevention*, *21*(2), 267 – 284.
- Sociaal Cultureel Planbureau. (2010). De sociale staat van Nederland 2010, Den Haag.
- Teagle, S. E. (2002). Parental problem recognition and child mental health service use. *Mental Health Services Research*, *4* (4), 257-266.
- Van Dam, A. (2009). Hoe motiveer ik een cliënt die niet mee wil werken? *Psychpraxis*, *11*, 40-45.
- Van Dijk, M., Stetter, E., & Prinsen, B. (2009). Het laagdrempelige CJG: Bekend, bereikbaar en bruikbaar. Verkregen op 20 november 2011, van <http://www.nji.nl>.
- Verdrag inzake de Rechten van het Kind. (1989). Verkregen op 12 december 2011, van <http://www.kinderrechten.nl/site/pages/professionals/kinderrechten/docs/IVRK.pdf>.
- Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 901-909.
- Verweij, A. & Singels L.W.J. (2009). Wat wordt met preventie gericht op allochtonen beoogd? Bilthoven: RIVM.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 190-195.
- Zeijl, E. M., Crone, K., Wiefferink, S., Keuzenkamp, M., & Reijneveld (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: Sociaal Cultureel Planbureau/TNO kwaliteit van leven.

Dankwoord

In het kader van het voltooien van mijn masteropleiding Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken heb ik binnen de GGD Brabant- Zuidoost onderzoek verricht naar factoren die mogelijk een rol spelen bij het niet verschijnen op een vervolgonderzoek bij de jeugdgezondheidszorg. Het was een uitdaging om zelfstandig een onderzoek te verrichten en na te denken over een goede verdeling tussen wetenschappelijk- en praktijkonderzoek.

Mijn dank gaat uit naar een groot aantal mensen die mij ondersteund hebben in mijn leerproces tijdens dit onderzoek. Allereerst wil ik de afdeling Jeugdgezondheidszorg bedanken dat zij mij de mogelijkheid hebben gegeven dit onderzoek uit te voeren en binnen deze organisatie af te studeren. Verder wil ik de werknemers binnen de organisatie bedanken voor hun tijd, input en waardevolle feedback. Jullie hebben mij vaak geholpen om eigen barrières op te lossen. Daarnaast wil ik mijn begeleidster Dianne Aben bedanken voor de ondersteuning en de geruststelling. Door deze ondersteuning kon ik steeds doorzetten. Het was voor mij van grote waarde.

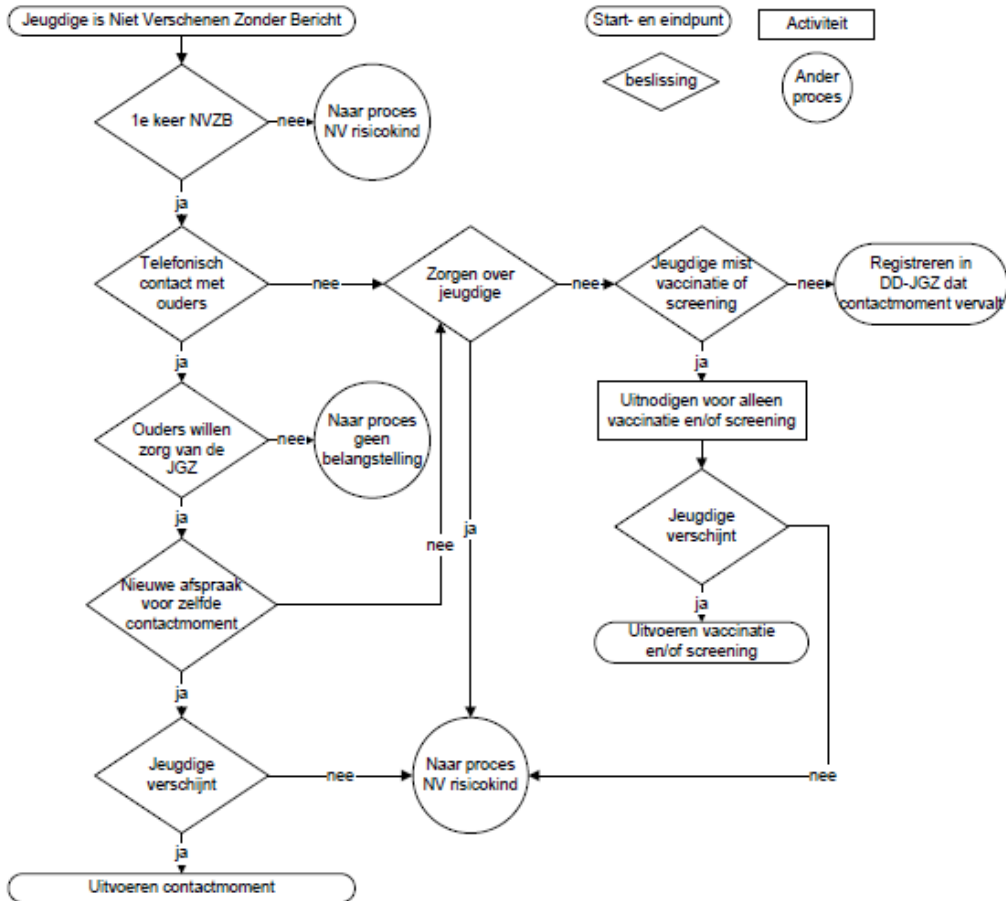
Als laatste, maar wel enorm belangrijk, gaat mijn enorme dank uit naar de fijne ondersteuning en betrokkenheid van mijn docent van de Universiteit, Monique van Londen. Ik heb met veel plezier en ontspanning gewerkt aan dit onderzoek, wat mede komt door de hulp, het actieve meedenken en de fijne feedback die ik heb gekregen.

Lieke van Beek

Bijlagen

- 9 bijlage

Bijlage 1. Werkwijze niet verschenen zonder bericht (RIVM, 2010).



Bijlage 2. Schriftelijke vragenlijst ouders

Geachte ouder/verzorger,
U ontving eind 2011 een uitnodiging voor een vervolgonderzoek van de jeugdgezondheidszorg van de GGD Brabant - Zuidoost. Als GGD willen we graag de kwaliteit van de dienstverlening blijven verbeteren. Daarom willen we graag van u als ouder horen, wat u van een vervolgonderzoek vindt, ook als u niet naar dit bezoek geweest bent. We willen bijvoorbeeld graag te weten komen of u het aanbod van een extra onderzoek op prijs stelt of juist als overbodig ziet, omdat u al bij de huisarts geweest bent.

Omdat wij uw mening graag horen over het vervolgonderzoek, heeft Lieke van Beek als student van de Universiteit Utrecht u deze vragenlijst toegestuurd. De vragenlijst is verstuurd naar een aselechte steekproef van ouders of verzorgers van kinderen die eind 2011 uitgenodigd waren voor een vervolgonderzoek. Ook als u toen niet bent verschenen stellen we uw mening erg op prijs. Mogelijk heeft u een duidelijke mening over het vervolgonderzoek die voor ons belangrijk is om te horen.

In ruil voor uw tijd maakt u kans op een VVV bon van 50 euro.

Het invullen van de vragenlijst neemt niet meer dan 5 minuten in beslag.

Als dank hiervoor verloten we 3 VVV bonnen. Wilt u hiervoor in aanmerking komen dan kunt u uw adres invullen op het bijgevoegde strookje. Deze zal direct losgekoppeld worden van uw ingevulde vragenlijst. De gegevens worden **anoniem** verwerkt en de vragenlijst kan dus op geen enkele manier gekoppeld worden aan u of uw kind.

Wilt u de vragenlijst (en eventueel het strookje met uw adresgegevens) **binnen twee weken** terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp? U hoeft hier geen postzegel te plakken.

Mocht u nog vragen hebben kunt u per email contact opnemen met Lieke van Beek, via L.van.beek@ggdbzo.nl of telefonisch via het telefoonnummer 088 0031 293.

Ik dank u voor uw medewerking aan dit onderzoek

Vriendelijke groeten,

Marjo Blom
Sectormanager

INSTRUCTIE

Lees alle vragen en antwoorden rustig door. Meestal mag u maar één vakje aankruisen.

Voorbeeld:

Wat is uw geslacht?

- man
 vrouw

Als u meer dan één vakje aan mag kruisen, dan staat altijd bij de vraag vermeld:

U mag hier meerdere antwoorden aankruisen.

A.u.b. alle vragen beantwoorden, tenzij bij de vraag staat *alleen als dit voor u van toepassing is*

Het is belangrijk dat u bij alle vragen uw antwoord aankruist, ook al vindt u dat misschien moeilijk. Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Het gaat om uw mening.

Alle antwoorden die u geeft worden anoniem verwerkt.

BIJ VOORBAAT HEEL HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

1. Uw kind was in de maanden oktober – december uitgenodigd voor een vervolgonderzoek JGZ. Is uw kind naar dit onderzoek gekomen?
 Ja
 Ja, maar ik heb deze wel een keer verzet
 Nee, ik heb me hiervoor afgemeld
 Nee, ik heb me niet afgemeld
 Nee, ik heb nooit een uitnodiging ontvangen

2. Was u op de hoogte van de reden van het vervolgonderzoek?
 Ja, de reden was namelijk:
.....
.....
 Nee, ik wist de reden niet

3. Heeft u (ook) bij iemand anders hulp gevraagd (bijv. huisarts)?
Hier zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 Ja, naar aanleiding van het vorige onderzoek
 Ja, ik was zelf al naar iemand anders geweest
 Nee, ik vind dat er geen probleem is
 Nee, onderzoek bij de GGD was voldoende

4. Wie heeft u eerder om hulp gevraagd met vragen over de gezondheid of opvoeding van uw kind?
 Vrienden/familie
 Huisarts
 Leerkracht van mijn kind
 Anders namelijk.....

5. Wat is de leeftijd van uw kind?
 jaar

Geef voor elk van onderstaande stellingen (a t/m q) aan in hoeverre u het ermee eens bent? Denk terug aan u bezoek bij de GGD.

Kruis op iedere regel één hokje aan.

	helemaal mee eens	me e eens	niet mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b	In de uitnodiging moet de reden van het vervolgonderzoek vermeldt staan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Mijn eerdere ervaringen met de GGD zijn goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				niet mee eens, niet mee	niet mee eens	helemaal niet mee eens
		helemaal mee eens	mee eens	oneens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
d	Het vervolgonderzoek bij mijn kind was nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Mijn kind had een probleem waar de GGD bij kon helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Het vervolgonderzoek sloot aan bij mijn vragen en wensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Ik had liever een doorverwijzing in plaats van een vervolgonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Het is belangrijk dat ik met mijn kind steeds dezelfde arts/verpleegkundige/assistente heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	De arts/verpleegkundige/assistente is een prettig persoon om mee te spreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Het is vervelend persoonlijke informatie te moeten delen tijdens het gesprek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	De arts/verpleegkundige/assistente heeft me goed uitgelegd wat het doel van het gesprek was	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Het voelt alsof de GGD mij wil controleren of ik een goede ouder ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	Ik vraag liever hulp aan iemand anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	De GGD heeft niets te maken met mij en mijn kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	De afspraak voelde voor mij als een verplichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	Ik wil meer zelf beslissen welke onderwerpen tijdens het gesprek aan bod komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q	Ik kan altijd bij de GGD terecht met vragen over mijn kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu volgen er nog enkele stellingen over de praktische zaken rondom een vervolgonderzoek. Geef voor elk van onderstaande stellingen (r t/m z) aan in hoeverre u het ermee eens bent?

Denk terug aan u bezoek bij de GGD.

Kruis op iedere regel één hokje aan.

				niet mee eens, niet mee	niet mee eens	helemaal niet mee eens
		helemaal mee eens	mee eens	oneens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
r	Ik had problemen met vervoer naar de GGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s	Ik had liever via de telefoon of via de computer nog contact gehad met de arts/verpleegkundige/assistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t	Het kostte me te veel tijd om naar de afspraak te komen bij de GGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u	Het was moeilijk om naar de afspraak te komen omdat deze tijdens andere activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

valt						
v	De afspraken worden vaak te ver vooruit gepland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w	Er moet een mogelijkheid zijn om buiten werktijden te komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x	Ik kan de GGD telefonisch goed bereiken als ik een afspraak wil verzetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y	Ik moest met mijn kind lang wachten in de wachtruimte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z	Ik vergeet de afspraak wel eens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Mijn kind is wel bij het vervolgonderzoek geweest. Mijn belangrijkste reden waarom mijn kind naar dit bezoek komt is:

(Invullen als dit voor u van toepassing is)

.....

7. Mijn kind is niet bij het vervolgonderzoek geweest. Mijn belangrijkste reden waarom mijn kind niet naar dit bezoek komt is:

(Invullen als dit voor u van toepassing is)

.....

8. Heeft u nog extra opmerkingen die u graag met ons wilt delen over het aanbod van een extra onderzoek?

.....

Hartelijk bedankt voor uw tijd en moeite.

U kunt deze vragenlijst terugsturen met de bijgevoegde antwoordenvolp. U hoeft geen postzegel te gebruiken.

Wilt u in aanmerking komen voor de VVV bon van €50,- ? Vul dan uw adres in op het bijgevoegde strookje en stuur dit samen met de ingevulde vragenlijst terug in de antwoordenvolp. Uw adresgegevens koppelen we direct los van de vragenlijst, zodat de enquête volstrekt anoniem blijft.

Vervolg bijlage 2. Herinneringsbrief

Geachte ouder(s) / verzorger(s) ,

Begin deze maand hebben wij een vragenlijst naar u toegestuurd om uw mening te vragen over het vervolgonderzoek bij de Jeugdgezondheidszorg van de GGD Brabant-Zuidoost. De vragenlijst is verstuurd naar ouder(s)/verzorger(s) van kinderen die eind 2011 uitgenodigd waren voor een vervolgonderzoek.

Ook als u niet met uw kind naar dit vervolgonderzoek geweest bent, stellen we uw mening erg op prijs. Alle gegevens worden anoniem verwerkt, zodat uw vragenlijst op geen enkele wijze gekoppeld kan worden aan u of uw kind.

Als u de vragenlijst al heeft ingevuld en teruggestuurd, dan willen wij u hiervoor hartelijk bedanken. U kunt u deze brief dan als niet verzonden beschouwen.

Waarom dit onderzoek?

De GGD wil haar dienstverlening blijven verbeteren, daarom willen we graag van u als ouder horen wat u van het vervolgonderzoek vindt. We willen bijvoorbeeld graag weten of u het aanbod van dit aanvullend onderzoek op prijs stelt of juist als overbodig ziet omdat u elders uw vragen kan stellen.

Meedoen en beloning.

We vragen uw hulp door mee te doen aan dit onderzoek. U kunt dit doen door de vragenlijst in te vullen en **voor 12 maart** terug te sturen in de bijvoegde antwoordenvolp. U hoeft geen postzegel te plakken. Als dank voor het invullen van de vragenlijst verloten we 3 VVV bonnen van €50. Wilt u voor deze beloning in aanmerking komen vul dan op het strookje, dat bij de vragenlijst is gevoegd, je adresgegevens in en stuur dit met de ingevulde vragenlijst terug in de retourenvolp. Uw adresgegevens worden direct losgekoppeld van uw vragenlijst, zodat deze anoniem blijft.

Vragenlijst niet ontvangen of kwijtgeraakt?

Mocht u de vragenlijst eerder nooit ontvangen hebben of zijn kwijtgeraakt dan kunt u contact opnemen met onderstaand e-mailadres of telefoonnummer. We sturen deze vragenlijsten dan spoedig naar u op.

Wilt u verder nog iets weten?

Neem dan gerust contact op met de onderzoeker:

Lieke van Beek

E-mail: L.van.beek@ggdbzo.nl

Telefoonnummer: 088 0031 293

Met vriendelijke groet,



Marjo Blom
Sectormanager

Bijlage 3. Concepten, items en de interne validiteit van meetinstrument deelstudie 2.

Concept	Item	Afkomst	α – waarden
Problemen in de relatie professional	Ik wil meer zelf beslissen over de inhoud van het gesprek (p)	*Zelf	.817
	Het contact met de professional is prettig (i)	BTPS	
	Het is vervelend persoonlijke informatie te moeten delen (j)	BTPS	
	De afspraak voelde voor mij als een verplichting (o)	*Zelf	
	Het voelt alsof de GGD wil controleren of ik een goede ouder ben (l)	*Zelf	
	Ik vraag liever hulp aan iemand anders (m)	*Zelf	
	De GGD heeft niets te maken met mij en mijn kind (n)	*Zelf	
Praktische barrières	Het kostte me teveel tijd (t)	RETQ	.804
	Het was moeilijk te komen omdat de afspraak tijdens andere activiteiten valt (u)	BTPS	
	De afspraken worden te ver vooruit gepland (v)	RETQ	
	Er moet een mogelijkheid zijn buiten werktijden te komen (w)	*Zelf	
	Ik had liever telefonisch contact gehad met de professional (s)	*Zelf	
	Ik had problemen met vervoer (r)	RETQ	
Geen relevantie	Het vervolgonderzoek was nodig (d)	BTPS	.852
	Mijn kind had een probleem (e)	BTPS	
	Het onderzoek sloot aan bij mijn vragen en wensen (f)	BTPS	
Slechte Communicatie/ Bereikbaarheid	De professional heeft me goed uitgelegd wat het doel van het gesprek was (k)	RETQ	.729
	Ik ben voldoende geïnformeerd over wat ik van een vervolgonderzoek kon verwachten (a)	RETQ	
	Ik kan altijd terecht met vragen over mijn kind (q)	*Zelf	
	Mijn eerdere ervaringen waren goed (c)	*Zelf	
	In de uitnodiging moet de reden van het onderzoek vermeldt staan (b)	*Zelf	
	Ik moet met mijn kind lang wachten in de wachtruimte (y)	RETQ	
	De GGD is goed bereikbaar als ik een afspraak wil verzetten (x)	*Zelf	

Bijlage 4. Concepten vragenlijst deelstudie 3

Concept	Vraag	Open/gesloten vraag
Inschatting attitude ouders	vraag 6. Wat zou u denken dat de top 3 redenen zijn van ouders voor niet verschijnen bij een vervolgonderzoek?	Open
	Vraag 7. Heeft u de ervaring dat ouders op de hoogte zijn van de redenen van het vervolgonderzoek?	Gesloten
Attitude professionals	Vraag 4. Hoe ervaart u 'no show' bij vervolgonderzoeken ?	Open
	Vraag 5. Hoe belangrijk is het op een schaal van 1 – 10?	Gesloten
	Vraag 17. Hoe ver vindt u dat u moet gaan als er zorgen zijn maar ouders geen hulp willen?	Open
Sociale norm organisatie	Vraag 18. Wat is u mening over 'outreaching werken'?	Open
	Vraag 13. Denkt u dat uw collega's intensief bezig zijn met het bereiken van kinderen die niet verschijnen?	Open
	Vraag 19. In hoeverre geeft het management genoeg prioriteit aan het bereiken van risicokinderen?	Open
Eigen handelen professionals	Vraag 9. Belt u ouders op het moment dat kinderen niet verschijnen?	Gesloten
	Vraag 10. Wat is u ervaring als je ouders hebt gebeld?	Open
	Vraag 11. Is u ervaring dat ouders wel verschijnen na telefonisch contact?	Gesloten
	Vraag 14. Bij welke gezinnen spant u zich extra in om ze te bereiken na niet verschijnen?	Open
	Vraag 15. Wat is volgens de organisatie de actie als je zorgen hebt over een kind en deze verschijnt niet op een afspraak?	Open
	Vraag 16. Hoe gebeurt dit in de praktijk?	Open
Eigen effectiviteitsbeleving Professionals	Vraag 12. In het protocol staat dat u ouders die niet verschijnen altijd telefonisch moet benaderen, is dit realistisch?	Open
	Vraag 8. Bent u op de hoogte van de wijze waarop NVZB en NVMB moet registreren?	Gesloten
	Vraag 20. Wat kan u zelf doen om het percentage niet verschenen zonder bericht te verkleinen?	Open

Bijlage 5. Digitale vragenlijst professionals

Vragenlijst

Beste collega,

Deze vragenlijst is bedoeld voor alle jeugdartsen, verpleegkundige en assistente van de GGD Brabant- Zuidoost.

Deze vragenlijst is ontwikkeld in het kader van het onderzoek naar 'niet verschijnen bij onderzoeken op indicatie'. Ik zou graag van u willen weten wat uw opvattingen, werkwijze en ervaringen zijn met betrekking tot het probleem en of u suggesties heeft voor verbetering.

Ik vraag u vriendelijk deze vragenlijst individueel in te vullen **vóór 16 maart**. De vragenlijst bestaat uit 20 vragen en zal niet langer dan 10 minuten duren. Er zijn geen goede of foute antwoorden, het is belangrijk dat u uw eigen mening geeft. De gegevens worden anoniem verwerkt. De antwoorden zijn dus op geen enkele manier naar u te herleiden.

De resultaten worden schriftelijk of middels een presentatie in juni beschikbaar gesteld.

Indien u vragen heeft kunt u contact opnemen met de onderzoeker Lieke van Beek, via L.van.beek@ggdbzo.nl.

Alvast hartelijk dank voor het invullen!

Met vriendelijke groet,

Lieke van Beek

Stagiaire JGZ Brabant- Zuidoost

Algemene gegevens

1. Wat is uw functie binnen de jeugdgezondheidszorg?
 - Jeugdarts
 - Jeugdverpleegkundige
 - Assistent
2. Hoeveel jaar heeft u werkervaring als jeugdarts/verpleegkundige/assistent? jaar
3. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week? uur

Vragen

4. Hoe ervaart u het probleem van 'no show' bij vervolgonderzoeken?
.....
.....
5. Hoe belangrijk vindt u het op een schaal van 1 – 10 dat alle kinderen gezien worden die uitgenodigd zijn voor een vervolgonderzoek?
.....
6. Wat zou u denken dat de top 3 is van redenen die ouders hebben voor het niet verschijnen op een afspraak bij de JGZ?
 - 1.
 - 2.
 - 3.
7. Heeft u de ervaring dat ouders op de hoogte zijn van de reden van het vervolgonderzoek bij hun kind?
 - Ja
 - Nee
8. Bent u op de hoogte van de manier waarop u NVZB en NVMB moet registreren?
 - Ja
 - Nee, hier krijg ik graag nog meer ondersteuning in
9. Belt u ouders op het moment dat kinderen niet verschijnen zonder bericht?
 - Altijd
 - Bijna altijd
 - Af en toe
 - Bijna nooit (→ heeft u dit antwoord ingevuld ga dan verder naar vraag 11)
 - Nooit (→ heeft u dit antwoord ingevuld ga dan verder naar vraag 11)
10. Wat is de ervaring als je ouders hebt gebeld?
 - Ik krijg ze bijna nooit aan de telefoon
 - Ze vinden het prettig dat ik bel
 - Ze vinden het niet prettig dat ik bel
 - Anders namelijk.....
11. Is je ervaring dat ouders daarna wel verschijnen op de afspraak?
 - Ja
 - Nee
12. In het protocol staat dat als ouders de eerste keer niet verschijnen zonder bericht dat u dan altijd als arts/verpleegkundige/assistent de ouders telefonisch benaderd. Is dit realistisch?
 - Ja
 - Nee

(Licht u antwoord a.u.b. kort toe)

.....
.....

13. Denkt u dat uw collega's intensief bezig zijn met het bereiken van kinderen die niet verschijnen?
(Licht u antwoord a.u.b. kort toe)

.....

14. Bij welke gezinnen/kinderen spant u zich extra in om ze te bereiken nadat ze niet verschenen zijn bij een onderzoek? (u mag meerdere antwoorden aankruisen)

- Ik span me bij alle gezinnen/kinderen in om te achterhalen waarom ze niet gekomen zijn
- Ik span me extra in bij gezinnen van niet- westerse afkomst
- Ik span me extra in bij kinderen die op een hoog- risico school zitten
- Ik span me extra in bij kinderen waar ik grote zorgen heb over de ontwikkeling.
- Ik span me meestal niet in
- Anders namelijk.....

15. Wat is volgens de richtlijnen binnen uw organisatie de actie als je zorgen hebt over een kind en deze verschijnt niet meer op een afspraak?

.....
.....

16. Hoe gebeurt het in de praktijk?

.....
.....

17. Hoe ver vindt u dat uw moet gaan op het moment dat er signalen van zorg zijn, maar ouders geen hulp willen?

- Als ouders aangeven geen zorg willen, moet ik de zorg stoppen
- Ook al willen ouders geen zorg ga ik wel naar school, zodat ik via de school invloed uit kan oefenen
- Ik vind dat we als professional intensief moeten benaderen om ouders te overtuigen zorg aan te nemen
- Anders namelijk.....

18. Wat is uw mening over 'outreachend' werken?

.....
.....

19. In hoeverre geeft het management genoeg prioriteit aan het bereiken van risicokinderen?
(Licht uw antwoord a.u.b. kort toe)

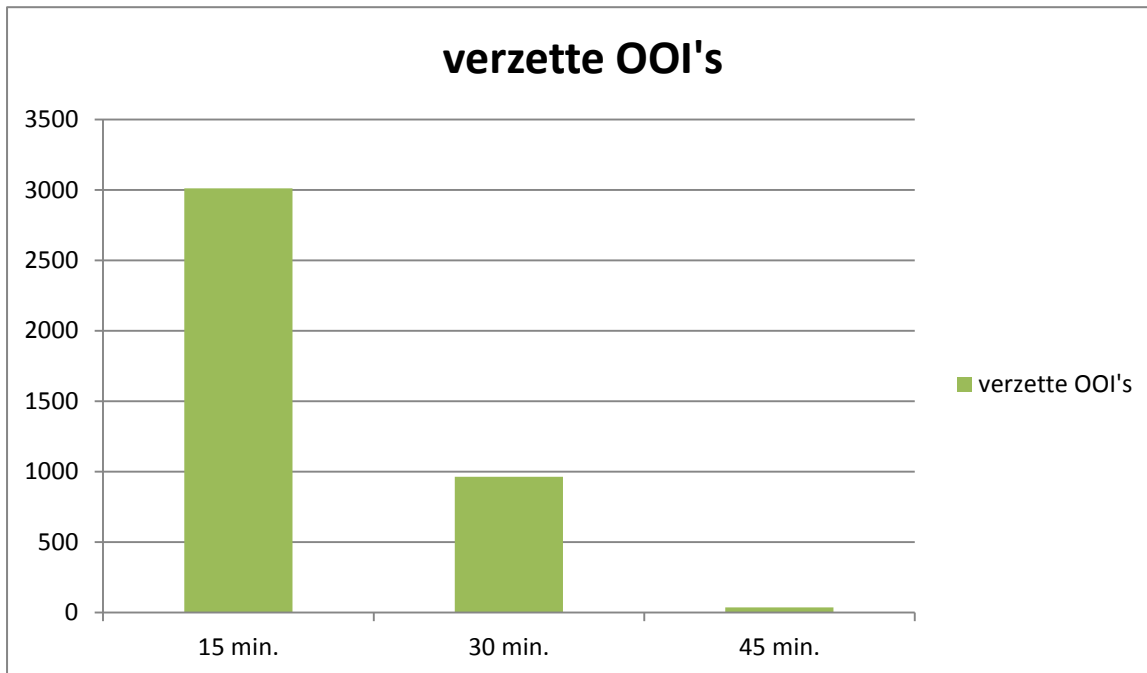
.....
.....

20. Wat zou u zelf kunnen doen om het percentage niet verschenen zonder bericht te verlagen?

.....
.....

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!!

Bijlage 6. Grafiek aantal OOI's die verzet zijn in het jaar 2011



Bijlage 7. Verschil in gemiddelden tussen de wel- en niet verschenen groep op single items

Factoren	Geen belemmering		Belemmering
Problemen in de relatie met de professional			
Ik wil meer zelf beslissen over de inhoud van het gesprek (p)**		O	X
Het contact met de professional is prettig (i)**	O	X	
Het is vervelend persoonlijke informatie te moeten delen (j)		O	X
De afspraak voelde voor mij als een verplichting (o)**		O	X
Het voelt alsof de GGD wil controleren of ik een goede ouder ben (l)**		O	X
Ik vraag liever hulp aan iemand anders (m)**		O	X
De GGD heeft niets te maken met mij en mijn kind (n)**	O	X	
Praktische barrières			
Het kostte me teveel tijd (t)	O	X	
Het was moeilijk te komen omdat de afspraak tijdens andere activiteiten valt (u)		O	X
De afspraken worden te ver vooruit gepland (v)		O	X
Er moet een mogelijkheid zijn buiten werktijden te komen (w)			O X
Ik had liever telefonisch contact gehad met de professional (s)	O	X	
Ik had problemen met vervoer (r)	O X		
Geen relevantie			
Het vervolgonderzoek was nodig (d)***		O	X
Mijn kind had een probleem (e)***		O	X
Het onderzoek sloot aan bij mijn vragen en wensen (f)***		O	X
Slechte communicatie/bereikbaarheid			
De professional heeft me goed uitgelegd wat het doel van het gesprek was (k)***	O	X	
Ik ben voldoende geïnformeerd over wat ik van een vervolgonderzoek kon verwachten (a)***		O	X
Ik kan altijd terecht met vragen over mijn kind (q)		O	X
Mijn eerdere ervaringen waren goed (c)**	O	X	
In de uitnodiging moet de reden van het onderzoek vermeldt staan (b)			O X
Ik moet met mijn kind lang wachten in de wachtruimte (y)		O	X
De GGD is goed bereikbaar als ik een afspraak wil verzetten (x)		O	X

Noot. O = wel verschenen groep

X = niet verschenen groep

p<.05, * p <.001

Bijlage 8. Significante verschillen in gemiddelde op score afzonderlijke items

Schaal: 1 = geen barrière, 5= wel barrière

Item	Gemiddelde score		
	Niet verschenen groep (n=52)	Gemiddelde score Wel verschenen groep (n=117)	
1. Mijn kind heeft een probleem waar de GGD bij kan helpen	3.4 (SD=1.20)	2.6 (SD=.93)	t(165)= -4.4***
2. Het vervolgonderzoek sloot aan bij mijn wensen en behoeften	3.4 (SD=.16)	2.3 (SD=.85)	t(162)=-5.6***
3. Ik ben voldoende geïnformeerd over wat ik moet verwachten van een vervolgonderzoek	3.3 (SD=1.52)	2.1 (SD=1.11)	t(168)=-4.8***
4. Vervolgonderzoek was nodig	3.3 (SD=1.08)	2.3 (SD=.86)	t(167)=-5.6***
5. Ik wil meer zelf beslissen over de inhoud van het gesprek	3.0 (SD=1.25)	2.5 (SD=.68)	t(167)=-2.8**
6. Ik vraag liever hulp aan iemand anders	2.8 (SD=1.22)	2.2 (SD=.76)	t(167)=-3.3**
7. De arts heeft het doel van gesprek goed uitgelegd	2.8 (SD=.94)	2.0 (SD=.75)	t(166)=-4.3***
8. De afspraak voelde voor mij als een verplichting	2.7 (SD=1.18)	2.1 (SD=.90)	t(166)=-3.1**
9. Het voelt alsof de GGD mij wil controleren	2.5 (SD=1.18)	2.0 (SD=.87)	t(165)=-2.6**
10. Mijn eerdere ervaringen waren goed	2.3 (SD=.89)	1.8 (SD=.65)	t(167)=-3.6**
11. Het contact met de professional was prettig	2.3 (SD=.94)	1.9 (SD=.76)	t(166)=-2.8**
12. Ik had liever telefonisch contact gehad met de professional	2.3 (SD=1.15)	1.9 (SD=.82)	t(164)=-2.7**
13. Ik vergeet de afspraak wel eens	2.3 (SD=1.42)	1.9 (SD=.94)	t(165)=-2.0**
14. De GGD heeft niets te maken met mij en mijn kind	2.2 (SD=.88)	1.8 (SD=.66)	t(167)=-3.5**
Totaal gemiddelde	2,8	2,1	

Noot. SD= Standaarddeviatie. **p<.05 ***p<.001

Bijlage 9. Antwoorden op de open vraag ‘opmerkingen’ onderverdeeld in negatieve-, positieve antwoorden en suggesties.

Negatieve antwoorden	Positieve antwoorden	Suggesties
“Ik had elders hulp en dit was niet geregistreerd dus ik was voor niets gekomen”	“Doorgaan waar jullie mee bezig zijn”	“Duidelijker aangeven waarom een vervolgonderzoek moet”(n=3)
“Uitnodiging duurde te lang, waardoor het niet meer nodig was”	“Erg fijn zodat ik doorverwezen kon worden”	“parkeren is niet handig”
“Het leek wel een kruisverhoor, onprettig”	“Fijn dat er naar alle kinderen gekeken wordt”	“meer ruimte voor eigen inbreng creëren”
“Te weinig contact met de GGD”	“Goed bereikbaar”	“zorg voor een betere overdacht bij wisseling van arts”
“De betreffende arts begreep mij niet “	“Ik ben zeer tevreden” (n=10)	“contact moet intensiever”
“Het voelde gedwongen om hulp te aanvaarden”	“Ik ben vol lof omdat ze naar school zijn gekomen”	“houd de onderzoeken op school, dan missen ze ook minder op school”
“Niet duidelijk waarvoor we kwamen, de arts wist het ook niet. De overdracht was niet goed”	“Ik vind het goed als jullie accepteren als een ouder het niet nodig vindt”	“plan niet te kort tussen twee afspraken in”
“Kind is een nummertje, ga meer in op de hulpvraag”		“op school was ik wel gekomen”
“slecht dat niet meer alle kinderen gezien worden”		

Noot: de schuingedrukte antwoorden zijn gegeven door de niet verschenen groep