

# Risicoregistratie in Tilburg

*Samenhang tussen gesignaleerde risicofactoren en problemen in opvoeden en opgroeien  
en verschillen in woonwijken en etniciteit.*

Inge van Bijnen 3126544 Juni 2008

Universiteit Utrecht, FSW, Masteropleiding Pedagogiek, veld Preventie & Opvoedingsondersteuning

Begeleider: Monique van Londen – Barentsen

## Abstract

**Objective** This current study examines whether risk factors in early childhood correlate with problems in child development. Whether it is possible to predict the amount of problems with the knowledge of the amount of risk factors is as well investigated. In addition is explored whether the risk factors and problems are related with the neighborhoods the children live in, or is related with their ethnicity. **Method** Youth Healthcare registers risk factors and problems in child development. The registrations of 868 children in the age of two and three years old are collected in four different neighborhoods. **Results** The results suggest that there is a linear relation between the amount of risk factors and the amount of problems. The accumulation of risk factors correlates stronger with problems in child development compared to the individual risk factors. Categories of risk factors which correlate the strongest with problems in child development are contextual risk factors and parental risk factors. Within the group of children who live in a neighborhood marked as a 'Impulse neighborhood', or who have a immigrant background, more risk factors and problems are found. **Conclusions** The results support the theory that accumulation of risk factors correlate stronger with negative developmental outcomes than individual risk factors do. This study also suggests that children with an immigrant background and children that live in 'Impulse neighborhoods' have more risk factors and problems in their development. At last this study suggests that Youth Healthcare registrations are useful for the analyses of groups but need improvement to predict problems in an individual case.

**Key Words** Risk factors, Accumulation, Child development, Ethnicity and Neighborhood.

## Inleiding

Het tijdig signaleren van risicoprocesen en problemen van de opgroeiende jeugd heeft in Nederland momenteel volop de aandacht. De aanzet voor het vroegtijdig signaleren ligt bij Operatie Jong die actief was tussen 2004 en 2007 (Van Eijck, 2006a, 2006b). Dit initiatief was een samenwerkingsverband van de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW en BZK,

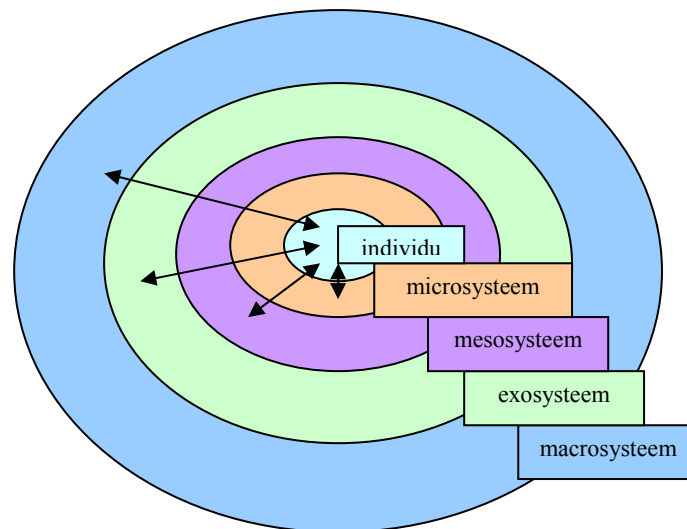
VROM en Financiën en had als doel een sterk en resultaatgericht jeugdbeleid. Een van de speerpunten van dit beleid is het thema vroegsignalering, waarop de Inventgroep in het leven is geroepen. De Inventgroep geeft in 2005 in hun rapport weer dat vroegtijdig signaleren en ingrijpen beter is voor zowel het individu als de maatschappij. Interventies op vroege leeftijd zijn effectiever en zijn kostentechnisch voordeliger dan interventies op latere leeftijd (Hermanns, Öry & Schrijvers, 2005).

In Nederland is de gemeente verantwoordelijk voor het tijdig signaleren van problemen bij opvoeden en opgroeien. In de gemeente Tilburg is Thebe Jeugdgezondheidszorg (JGZ) op dit gebied een belangrijke partner. Thebe JGZ speelt in op de vraag naar vroegsignalering en heeft een registratiesysteem ontwikkeld. Met dit systeem worden de risicofactoren en problemen van alle kinderen die het consultatiebureau bezoeken geregistreerd om de risicokinderen in beeld te krijgen, zodat vroegtijdige hulp kan worden ingezet. De gemeente Tilburg heeft belang bij een wijkgerichte analyse gericht op de Impulswijken Stokhasselt, Groenewoud en de Kruidenbuurt.

De globale vraagstellingen die centraal staan in dit onderzoek zijn: (1) *Hoe is de samenhang tussen de gesignaleerde risicofactoren en problemen* (2) *Verschillen de wijken in (aantal) risicofactoren en problemen?* (3) *Verschillen allochtone en autochtone kinderen in (aantal) risicofactoren en problemen?*

### **Ontwikkelingsmodel**

Het ecologische model van Bronfenbrenner kan gebruikt worden om de ontwikkeling van het kind te plaatsen in zijn context. Binnen dit model worden vier verschillende systemen omschreven waarbinnen het kind opgroeit; het microsysteem (zoals het gezin), het mesosysteem (de interactie tussen twee systemen zoals opvoeding), het exosysteem (omgevingsfactoren die indirect van invloed zijn) en het macrosysteem (de sociaal culturele context). Deze verschillende systemen hebben direct en indirect invloed op de ontwikkeling van het kind (Bronfenbrenner, 1979, 1986; Bronfenbrenner & Evans, 2000; Garbarino & Ganzel, 2006). Daarnaast stellen Sameroff en Fiese (2006) dat deze beïnvloeding wederzijds is, zij benaderen de ontwikkeling van het kind aan de hand van het transactionele model. Dit model veronderstelt dat de uitkomst van de ontwikkeling van het kind het product is van een continue wisselwerking tussen het individu en de omgeving. Samen vormen deze theorieën het zogenoemde ecologisch-transactionele model dat wordt gebruikt om zowel positieve als negatieve ontwikkelingsuitkomsten te verklaren (Cicchetti & Toth, 1995). In figuur 1 wordt dit model grafisch weergegeven.



*Figuur 1.* Het ecologisch-transactie model.

### **Risicofactoren**

Hermanns (2004) omschrijft een risicofactor als een kenmerk van kinderen, ouders, omgeving of een gebeurtenis dat in verband staat met latere, minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten. De aard van de individuele risicofactoren kan met het ecologisch-transactie model als uitgangspunt in de verschillende systemen van Bronfenbrenner (1979) worden gecategoriseerd, namelijk in kindfactoren, microsystemische factoren, mesosystemische factoren, exosystemische factoren en macrosystemische factoren. Uit het overzicht van risicofactoren dat Hermanns en collega's (2005) schetsen, blijkt dat zowel kindgebonden risicofactoren als oudergebonden, gezinsgebonden en woonwijkgebonden risicofactoren samenhangen met zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag evenals met zorgwekkende opvoedingssituaties.

Een risicofactor heeft niet altijd een bepaald probleem als gevolg, risicofactoren vergroten enkel de kans op een probleem. Een opeenstapeling van verschillende risicofactoren, risicocumulatie, beïnvloedt de grootte van de kans op een probleem (Hermanns, 2004). Uit onderzoek is gebleken dat deze *hoeveelheid* risicofactoren bij kinderen een betere voorspeller is voor problemen bij opvoeden en opgroeien, dan de *aard* van deze risicofactoren. Zo bestaat er volgens Hermanns (2004) een lineair verband tussen het aantal risicofactoren en problemen bij opgroeien en opvoeden. Een cumulatie van vier of meer risicofactoren hangt samen met een kans van 30% dat een probleem zich voordoet. (Hermanns, 2004; Hermanns et al., 2005).

De cumulatie van risicofactoren hangt samen met verschillende problemen. Zo verklaart risicocumulatie variantie in de IQ-scores van kinderen (Sameroff & Fiese, 2006), het

vergroot de kans op kindermishandeling of verwaarlozing van 4% bij een afwezigheid van risicofactoren naar 24% bij vier of meer risicofactoren (Brown, Cohen, Johnson & Salzinger, 1998) en de kans op externaliserend probleemgedrag neemt toe (Deater-Deckard, Dodge, Bates & Pettit, 1998). Ook bij jongeren met delinquent gedrag komt vaker risicocumulatie voor (Loeber & Farrington, 2000). Vaak wordt het opvoedgedrag van ouders als een risicofactor meegenomen in de analyses, maar risicocumulatie heeft ook een negatieve invloed op het functioneren van ouders. Naarmate het aantal risicofactoren in een gezin toeneemt, neemt de kwaliteit van de opvoeding af (Asscher & Paulissen-Hoogeboom, 2005; Groenendaal & Deković, 2000).

Volgens Atzaba-Poria, Pike en Deater-Deckard (2004) heeft naast de cumulatie van risicofactoren ook de aard van de factoren een voorspellende waarde. Uit hun onderzoek komt naar voren dat bij externaliserende gedragsproblemen vooral een cumulatie van gezinsfactoren een rol speelt en bij internaliserende gedragsproblemen zowel omgevingsfactoren als individuele factoren een voorspellende waarde hebben. Deater-Deckard en collega's (1998) hebben naast een voorspellende waarde van risicocumulatie op externaliserend probleemgedrag eveneens gevonden dat de invloed per categorie risicofactoren verschilt. Zij stellen dat door kindfactoren de meeste variantie (19%) in externaliserend probleemgedrag verklaard wordt. Door factoren met betrekking tot leeftijdsgenootjes wordt 13% verklaard en 6% wordt door ouderfactoren verklaard. De minste variantie (4%) wordt door de sociaaleconomische factoren verklaard. Asscher en Paulissen-Hoogenboom (2005) hebben eveneens de voorspellende waarde van individuele risicofactoren onderzocht. In overeenstemming met Deater-Deckard en collega's (1998) tonen zij aan dat kindfactoren, vergeleken met ouder en gezinsfactoren, de grootste variantie in probleemgedrag verklaren.

### **Woonomgeving van het kind**

Het eerder aangehaalde ecologische model van Bronfenbrenner (1979) gaat ervan uit dat de leefomgeving van het kind invloed uitoefent op de ontwikkeling van het kind (Garbarino & Ganzel, 2006). De leefomgeving van kinderen en hun gezinnen is in eerste instantie de wijk waarin ze opgroeien. Deze woonwijk kan de ontwikkeling van het kind beïnvloeden (Brooks-Gunn, Duncan, Klebanov & Sealand, 1993; Rankin & Quane, 2002). De leefomgeving van het kind heeft invloed op bijvoorbeeld de economische mogelijkheden, schoolomgeving, opvoedingsstijl van de ouders, het gezinsmanagement en de vrienden van het kind (Brooks-Gunn et al., 1993; Rankin & Quane, 2002).

Er bestaat een samenhang tussen de woonomgeving en negatieve ontwikkelingsuitkomsten van het kind. Lagere IQ-scores (Brooks-Gunn et al., 1993; McCulloch & Joshi, 2001), meer voortijdige schoolverlaters (Brooks-Gunn et al., 1993; Harding, 2003), meer tienermoeders, (Brooks-Gunn et al., 1993; Harding, 2003), meer kindermishandeling (Coulton, Crampton, Irwin, Spilsbury & Korbin, 2007), meer delinquent gedrag onder jongeren (Ingoldsby & Shaw, 2002; Peebles & Loeber, 1994) en meer middelenmisbruik (Duncan, Duncan & Stryker, 2002) zijn negatieve ontwikkelingsuitkomsten die in onderzoek naar wijkfactoren zijn aangetoond.

Het onderzoek naar de samenhang tussen woonwijk en de ontwikkeling van het kind richt zich voornamelijk op adolescenten. Toch is er ook onderzoek gedaan naar de samenhang tussen woonwijk en de ontwikkeling van het jonge kind. Klebanov, Brooks-Gunn, McCarton en McCormick (1998) hebben de samenhang tussen woonwijk en de cognitieve ontwikkeling van het kind in de eerste drie levensjaren onderzocht. Zij stellen in hun onderzoek vast dat de samenhang tussen woonwijk en testcores pas zichtbaar wordt vanaf het derde levensjaar. In het eerste en tweede levensjaar is er een samenhang gevonden tussen zowel het aantal risicofactoren als het inkomen van de familie en de IQ-scores van het kind. Naast de samenhang tussen woonwijk en de cognitieve ontwikkeling van het kind, is er ook onderzoek gedaan naar de samenhang tussen woonwijk en de ontwikkeling van probleemgedrag bij kinderen in de voorschoolse leeftijd. Kohen, Brooks-Gunn, Leventhal en Hertzman (2002) concluderen dat er meer probleemgedrag bij jonge kinderen voorkomt in woonomgevingen met hoge werkloosheid, lage sociale cohesie in de wijk en weinig welgestelde buurtbewoners. In het onderzoek van Klebanov en collega's (1998) wordt aangetoond dat in slechtere woonwijken meer kinderen wonen met vier of meer familiegebonden risicofactoren: in betere woonwijken wonen meer kinderen met nul of slechts één familiegebonden risicofactor.

### **Probleemgedrag en risicofactoren bij peuters**

Op jonge leeftijd kunnen kinderen al probleemgedrag vertonen. In onderzoek onder 1-2 jarigen van Briggs-Gowan, Carter en Skuban (2001) wordt aangetoond dat bij 12% tot 16% van de kinderen in deze leeftijdscategorie sociaal-emotionele en/of gedragsproblemen worden vastgesteld. Deze problemen kunnen nadelige gevolgen hebben voor de toekomst. Risicofactoren komen op jonge leeftijd ook al veelvuldig voor. Asscher en Paulissen-Hoogeboom (2005) hebben in hun onderzoek een niet-klinische steekproef genomen om de relatie tussen de risicofactoren en problemen vast te stellen. Zij concluderen dat er op peuterleeftijd al een positief lineair verband is tussen de hoeveelheid risicofactoren en de

hoeveelheid problemen. Candelaria, O'Connell en Teti (2006) stellen dat de cumulatie van risicofactoren al op jonge leeftijd nadelige gevolgen heeft. Zij vinden een verband tussen deze cumulatie en een nadelige perceptie van de ouders op de opvoeding. Klebanov en collega's (1998) stellen eveneens dat de cumulatie van risicofactoren al op jonge leeftijd nadelige gevolgen heeft. Zij hebben een relatie gevonden tussen de cumulatie van familiegebonden risicofactoren en IQ-scores van kinderen van één tot en met drie jaar oud.

### **Problemen bij opvoeden en opgroeien bij allochtone jeugdigen**

Stevens en Vollebergh (2008) concluderen in hun review studie dat er zowel onderzoeken zijn die aantonen dat er meer probleemgedrag is bij jeugdigen van allochtone afkomst als onderzoeken die aantonen dat er minder probleemgedrag wordt geconstateerd bij jeugdigen van allochtone afkomst. Zij geven aan dat het moeilijk is om de verschillende artikelen te vergelijken door de steeds wisselende terminologie, verschillende informanten en verschillend gebruik van vragenlijsten. In onderzoek van het Trimbos-instituut wordt meer internaliserend probleemgedrag bij jeugdige scholieren van allochtone afkomst gevonden dan bij jeugdige scholieren van autochtone afkomst. In dit onderzoek wordt ook geconcludeerd dat op het gebied van middelenmisbruik de allochtone jeugdige scholieren juist minder probleemgedrag vertonen (Ter Bogt, Dorsselaer & Vollebergh, 2003).

Verschillen in prevalentie van psychiatrische stoornissen in verschillende etnische groeperingen in Nederland zijn door Zwirs en collega's (2007) in kaart gebracht. Zij hebben de prevalentie onder Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse kinderen met een gelijke (lage) sociaaleconomische status vergeleken op basis van een afname van de SDQ, CBCL en een diagnostisch interview. Geconcludeerd wordt dat geen significante verschillen tussen de groepen aan te tonen zijn. Bengi-Arslan, Verhulst & Crijnen (2002) hebben de prevalentie van stoornissen bij Turkse ouders in Nederland onderzocht. Zij concluderen dat in deze populatie psychische stoornissen wel vaker voorkomen dan bij de totale Nederlandse bevolking. Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen deze onderzoeksresultaten is volgens Zwirs en collega's (2007) het feit dat op jonge leeftijd risico's vanuit de omgeving (zoals discriminatie) een minder grote rol spelen dan op latere leeftijd.

### **Methode**

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van data die afkomstig zijn uit het registratiesysteem van Thebe JGZ. Eerst zal dit registratiesysteem van Thebe JGZ worden toegelicht, daarna zal de data, de steekproef en de wijken die betrokken zijn in dit onderzoek besproken worden.

## **Registratiesysteem van Thebe JGZ**

De data die gebruikt wordt in dit onderzoek heeft Thebe JGZ in de afgelopen periode (2004-2007) verzameld door middel van hun registratiesysteem. Thebe is een thuiszorgorganisatie die werkzaam is in de regio West-Brabant en Midden-Brabant. Een onderdeel van Thebe is Thebe JGZ, hieronder valt het consultatiebureau.

Thebe JGZ heeft samen met partners in Brabant een manier van registreren ontwikkeld in het kader van de Tijdelijke Regeling Vroegsignalering in 2002. In 2006 hebben ze het ontwikkelde registratiesysteem geëvalueerd, uitgebreid en aangepast. De aanpassingen zijn in april 2007 ingevoerd. Het doel van de registratie voor Thebe is het beschikken over informatie op het gebied van risicofactoren en problemen op zowel collectief niveau als op kindniveau. Zowel de oorspronkelijke als de vernieuwde versie van het registratiesysteem zijn tot stand gekomen door een samenwerking tussen Thebe JGZ, Vivent, Stichting Thuiszorg Brabant Zuid-Oost en GGD Hart van Brabant. Een projectgroep met leden vanuit Thebe JGZ, Vivent en Stichting Thuiszorg Brabant Zuid-Oost ontwikkelden het systeem (Projectgroep Registratie en Automatisering Integrale Jeugdgezondheidszorg, 2002; Projectgroep Risicokinderen Integrale Jeugdgezondheidszorg 2006).

De risicoregistratie bestaat uit een formulier waarop de verpleegkundige of arts aangeeft welke risicofactoren en welke problemen er bij opvoeden en opgroeien van een kind worden gesignaleerd (bijlage1). Daarnaast wordt op het formulier vermeld of de professional het kind en de ouders doorverwijst en of deze verwijzing is opgevolgd. De verpleegkundigen en arts scoren handmatig op het formulier en de consultatiebureauassistente voert de gegevens aansluitend op de afspraak in, in de agendamodule van het computerprogramma OpenCare voor JGZ. Voor het invullen van deze formulieren en voor de invoer hiervan zijn duidelijke richtlijnen opgesteld, die moeten zorgen voor een eenduidig gebruik van het systeem. Alle risicofactoren en problemen worden in deze handleiding zo concreet mogelijk omschreven. Voorbeelden hiervan zijn de risicofactor *prematuur geboren* dat geoperationaliseerd is als een geboorte na zwangerschapsduur van 36 weken of minder en het probleem *groei* dat geoperationaliseerd is als een afbuigende curve in lengte, gewicht of hoofdomtrek (Thebe JGZ, 2007).

In het registratiesysteem zijn 64 risicofactoren opgenomen: deze zijn opgedeeld in de categorieën: (1) *kindfactoren*, (2) *ouderfactoren*, (3) *gezinsfactoren*, (4) *opvoedingsklimaat* en (5) *omgevingsfactoren*. Deze categorieën zijn vergelijkbaar met de systemen uit het model van Bronfenbrenner, dat in de inleiding wordt beschreven. De zeven probleemgebieden die door Thebe JGZ gesignaleerd en geregistreerd worden zijn (1) *groei*, (2) *lichamelijke status*,

(3) (*motorische*) ontwikkeling, (4) *spraak/taalontwikkeling*, (5) *gedrag en opvoeding*, (6) *overgewicht en obesitas* en (7) *vermoeden op kindermishandeling* (Thebe JGZ, 2007). De verwijzingen die de professional kan geven zijn ook ondergebracht op het scoreformulier, maar worden in dit onderzoek niet gebruikt.

Naar de betrouwbaarheid van het registratiesysteem is (nog) geen onderzoek verricht. Er zijn dus geen gegevens beschikbaar over de betrouwbaarheid van de registratie en de betrouwbaarheid tussen de beoordelaars.

## **Data**

Thebe JGZ heeft een Excelbestand verstrekt met daarin kindnummer, geslacht, geboortedatum, postcode en gesignaleerde risicofactoren, problemen en verwijzingen. Om de analyses uit te kunnen voeren zijn deze data omgezet naar een SPSS 15.0 bestand, waarin alle risicofactoren, problemen en factoren als dichotome variabelen zijn opgenomen.

Omdat het systeem van Thebe JGZ in de loop der jaren verder ontwikkeld is, heb ik een aantal gegevens moeten aanpassen. In de nieuwste versie van het signaleringssysteem worden de problemen *opvoeding en gedrag (PB05)* en *overgewicht en obesitas (PB06)* onderverdeeld in probleem 5A/5B en 6A/6B. Omdat de data bestaan uit gegevens die verzameld zijn door middel van het oude en het nieuwe systeem, komen in de gegevens zowel signalen voor 5, 5A en 5B voor. Om te kunnen werken met de gegevens heb ik alle signalen voor probleem 5, 5A of 5B opgenomen onder probleem 5. Alle data betreffende probleem 6 heb ik op dezelfde manier omgecodeerd.

De risicofactor *mannelijk geslacht* bleek in de data ondergerapporteerd. Omdat gegevens over geslacht wel beschikbaar waren, is deze risicofactor alsnog in de gehele onderzoeksgroep ingevuld.

Om de data beter te kunnen analyseren zijn een aantal nieuwe variabelen toegevoegd. Er is een optelling gemaakt van alle risicofactoren en van het totaal aantal risicofactoren zonder de factor allochtoon. Van de verschillende categorieën risicofactoren zijn door middel van optellingen vijf variabelen gemaakt (kind, ouder, gezin, opvoeding en omgeving). Twaalf van de risicofactoren zijn geen enkele keer geregistreerd, deze zijn niet opgenomen in de categorieën. Deze factoren zijn *lage intelligentie, blootstelling aan toxische stoffen, verlies van geliefde personen, lage SES, lage opleiding, laag zelfbeeld, antisociaal gedrag, snelle wisseling in verzorgers kind, ontbreken van toezicht, beperkingen in woonsituatie: onveilig op straat en slechte sociale woonvoorzieningen, geen contact met peuterspeelzaal, cultureel belastende omstandigheden: afwijkende subculturele normen en waarden en discriminatie*.



## Deelnemers / onderzoeksgroep

In de onderzoeksgroep zijn alle kinderen opgenomen die het consultatiebureau bezoeken en die geboren zijn tussen 01-01-04 t/m 31-12-05. Alle risicofactoren en problemen omtrent deze kinderen die tussen 01-01-04 en 31-12-07 zijn geregistreerd zijn opgenomen in het databestand. Het gaat dus om kinderen die aan het eind van deze periode 2 en 3 jaar oud waren. Om de kinderen per wijk (Stokhasselt, Groenewoud, Kruidenbuurt en Dalem) te selecteren is gebruik gemaakt van hun postcode. De groep kinderen bestaat uit 868 kinderen, waarvan 49% meisjes en 51% jongens. Omdat meer dan 98% van de kinderen met hun ouders het consultatiebureau bezoekt, is deze groep niet zozeer een steekproef maar een census, dus een volledige telling. De resultaten die uit de analyses komen zijn representatief voor alle kinderen van 2 en 3 jaar die woonachtig zijn in deze wijken.

## Omschrijving van de wijken

Het onderzoek betreft vier verschillende Tilburgse wijken. In Tilburg is momenteel veel aandacht voor de Impulswijken Stokhasselt, Groenewoud en de Kruidenbuurt. Deze wijken hebben problemen op het gebied van sociaal economische status, veiligheid, sociale problemen, werkloosheid en jeugdcriminaliteit (Gemeente Tilburg, 2007). Naast deze Impulswijken is in het onderzoek een referentiewijk opgenomen, Dalem. Dalem is een vrij nieuwe, kinderrijke woonwijk in het stadsdeel de Reeshof. Een voordeel van deze wijk als referentiekader is het feit dat Thebe er een groot consultatiebureau heeft. Dit heeft als gevolg dat de verpleegkundigen en arts alleen werkzaam zijn binnen deze locatie en ze veel aandacht hebben voor het eenduidig registreren van risicofactoren en problemen. Om een beeld te geven van de vier wijken die in het onderzoek zijn opgenomen worden in tabel 1 een aantal kenmerken van de wijken weergegeven. De gegevens zijn afkomstig uit de stadsmonitor 2008 van de gemeente Tilburg.

Tabel 1. *Wijkenmerken*

	Tilburg	Stokhasselt	Groenewoud	Kruidenbuurt	Dalem
Autochtoon	78.4 %	45.3 %	69.5 %	60.0 %	83.3 %
Westers allochtoon	8.2 %	9.3 %	8.9 %	9.9 %	8.9 %
Niet-westers allochtoon	13.4 %	45.5 %	21.6 %	30.1 %	7.9 %
Werkloosheid	5.5 %	11.3 %	7.6 %	9.7 %	4.5 %
Laag inkomen	15.0 %	28.0 %	22.0 %	17.0 %	5.0 %
eenoudergezinnen	17.0 %	32.0 %	27.0 %	28.0 %	13.0 %

Bron: Gemeente Tilburg, Stadsmonitor 2008

In de tabel te zien dat de verdeling allochtoon / autochtoon per wijk zeer verschillend is. Stokkasselt kenmerkt zich door het hoge percentage niet-westerse allochtonen in de wijk, dat drie keer zo hoog ligt dan gemiddeld, terwijl in Dalem juist veel autochtonen wonen. Het percentage werkloosheid ligt in de Impulswijken hoger dan gemiddeld in Tilburg. In Stokkasselt ligt dit percentage met 11,3% twee keer zo hoog dan gemiddeld. Ook het percentage huishoudens met een laag inkomen (28,0%) ligt in deze wijk het hoogst. Het percentage huishoudens met een laag inkomen in Dalem ligt ver beneden het gemiddelde in Tilburg. Ook qua percentage eenoudergezinnen scoren de Impulswijken hoger dan gemiddeld. In Stokkasselt ligt het percentage bijna twee keer zo hoog dan gemiddeld in Tilburg.

## Resultaten

### Samenhang tussen gesignaleerde risicofactoren en gesignaleerde problemen.

Voor alle kinderen houdt Thebe JGZ bij van welke risicofactoren en problemen er sprake is. Om inzicht te geven in de hoeveelheid risicofactoren en problemen die bij de kinderen wordt gesignaleerd zijn er een frequentieanalyses uitgevoerd. Deze gegevens zijn weergegeven in tabel 2.

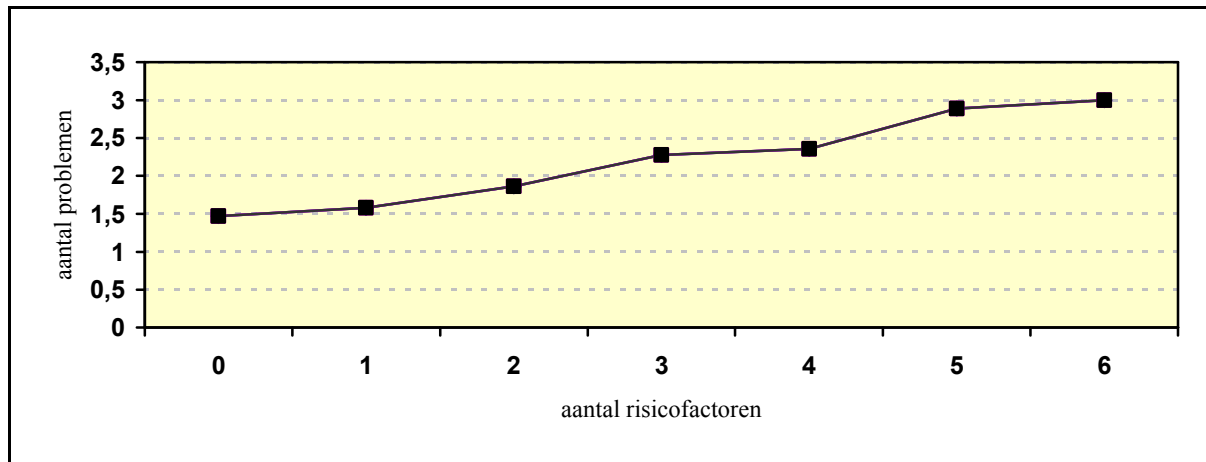
Tabel 2. *Aantal risicofactoren en aantal problemen: frequenties.*

Risicofactoren				Problemen			
Aantal risico-factoren	Aantal kinderen	Percentage kinderen	Cumulatief percentage	Aantal problemen	Aantal kinderen	Percentage kinderen	Cumulatief percentage
0	154	17.8 %	17.8 %	0	64	7.4 %	7.4 %
1	252	29.2 %	47.0 %	1	320	36.9 %	44.2 %
2	197	22.8 %	69.8 %	2	248	28.6 %	72.8 %
3	152	17.6 %	87.4 %	3	144	16.6 %	89.4 %
4	52	6.0 %	93.4 %	4	65	7.5 %	96.9 %
5	28	3.2 %	96.6 %	5	19	2.2 %	99.1 %
6	12	1.4 %	98.0 %	6	8	0.9 %	100 %
7-12	17	2.0 %	100 %	7	0	0.0 %	100 %

In de tabel is te zien dat de grootste groep kinderen één risicofactor heeft (29,2%). Vier of meer risicofactoren komt voor bij 12,6% van de kinderen. Bij een klein aantal kinderen (2%) worden zeven of meer risicofactoren gesignaleerd. Bij de grootste groep kinderen (44,2%) is

één probleem gesignaleerd. De groep kinderen met geen problemen is klein (7,4%), evenals de groep kinderen waarbij vier of meer problemen worden gevonden (3,1%). Het gemiddeld aantal risicofactoren dat bij de kinderen is gesignaleerd is 1,93 ( $sd = 1,66$ ). Het gemiddeld aantal problemen is 1,90 ( $sd = 1,21$ ).

Er is een significante positieve samenhang tussen het aantal risicofactoren en het aantal problemen ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 868$ ). In figuur 2 is het gemiddeld aantal gesignaleerde problemen weergegeven voor elk aantal (max. 6) gesignaleerde risicofactoren.



*Figuur 2.* Samenhang tussen aantal gesignaleerde risicofactoren en gesignaleerde problemen

Uit de figuur blijkt dat bij een stijging van de gesignaleerde risicofactoren ook het aantal gesignaleerde problemen stijgt. Van gemiddeld anderhalf gesignaleerd probleem bij nul risicofactoren naar gemiddeld drie gesignaleerde problemen bij zes risicofactoren. Dat bij nul risicofactoren gemiddeld anderhalf probleem wordt gevonden is waarschijnlijk te verklaren door de grote groep (61,1%) kinderen bij wie een probleem van lichamelijke aard, zoals een verkoudheid wordt gesignaleerd.

Om te achterhalen welke risicofactoren nu het sterkst samenhangen met de problemen, is aan de hand van de categorieën van het registratiesysteem een onderverdeling gemaakt. Met een Pearson's correlatietoets is de samenhang tussen de categorieën en het totaal aantal problemen onderzocht. Het gemiddeld aantal factoren per categorie, de correlaties tussen de categorieën risicofactoren en het totaal aantal problemen zijn terug te vinden in tabel 3.

Tabel 3. *Gemiddelden en standaarddeviatie per categorie risicofactoren en correlaties tussen aantal factoren per categorie risicofactoren en het totaal aantal problemen.*

	<i>M</i>	<i>Sd</i>	<i>r</i>
1. aantal risicofactoren totaal	1,92	1,7	.36**
2. aantal kindgebonden risicofactoren	1,06	1,06	.05
3. aantal oudergebonden risicofactoren	0,53	0,77	.32**
4. aantal gezinsgebonden risicofactoren	0,15	0,44	.09**
5. aantal opvoedingsklimaat gebonden risicofactoren	0,04	0,21	.15**
6. aantal omgevingsgebonden risicofactoren	0,48	0,54	.33**

*Noot.* \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

In de tabel is te zien dat alle categorieën risicofactoren op een positieve en significante wijze samenhangen met het aantal problemen, behalve de categorie kindfactoren. De sterkste correlatie is die tussen de omgevingsgebonden risicofactoren en het aantal problemen ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 868$ ) en de relatie tussen de oudergebonden risicofactoren en het aantal problemen ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 868$ ).

### ***Voorspellende waarde van risicofactoren***

Of op basis van de gesignaleerde risicofactoren een voorspelling gedaan kan worden over het aantal gesignaleerde problemen is aan de hand van een regressieanalyse onderzocht. Allereerst is het aantal risicofactoren als predictor genomen. Uit de analyse blijkt dat 13% van de variantie in aantal problemen verklaard wordt door het aantal risicofactoren ( $R^2 = ,13$ ;  $\beta = ,36$ ;  $F = 129,77$ ;  $p < 0,001$ ). Als tweede zijn de verschillende categorieën als voorspellers opgenomen in de analyse. Gezamenlijk verklaren zij 16% van de variantie in het aantal problemen ( $R^2 = ,16$ ;  $F = 31,452$ ;  $p < 0,001$ ). Uit deze analyse blijkt dat omgevingsfactoren en ouderfactoren de twee significante voorspellers zijn ( $\beta = ,23$ ;  $p < 0,001$  en  $\beta = ,21$ ;  $p < 0,001$ ).

### **Verschillen op wijkniveau**

#### ***Risicofactoren***

Van de tien meest gesignaleerde risicofactoren uit de gehele onderzoeksgroep is berekend wat de percentages zijn in de verschillende woonwijken. Deze percentages zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. *Gesignaleerde risicofactoren per wijk*

	Stokhasselt	Groenewoud	Kruidenbuurt	Dalem
GOA-wijk	<b>75.1 %</b>	<b>88.2 %</b>	<b>39.0 %</b>	2,9 %
Allochtoon	<b>67.2 %</b>	<b>35.3 %</b>	<b>47.4 %</b>	<b>4.8 %</b>
Mannelijk geslacht	<b>49.8 %</b>	<b>50.3 %</b>	<b>52.0 %</b>	<b>51.6 %</b>
Prematuur	7.6 %	7.6 %	4.5 %	<b>5.7 %</b>
Nieuw samengesteld gezin	6.1 %	12.9 %	5.2 %	1.0 %
Alleenstaand	10.5 %	4.1 %	7.1 %	1.3 %
Lang werkloos	26.0 %	4.7 %	5.2 %	0.3 %
Gescheiden ouders	4.8 %	4.1 %	6.5 %	2.9 %
Taalhandicap	7.0 %	1.2 %	9.1 %	0.0 %
Dysmatuur	3.1 %	5.3 %	3.9 %	2.5 %

*Noot.* Vetgedrukte percentages vertegenwoordigen de top drie per wijk.

Zoals in de tabel te zien is worden in de Impulswijken bij grotere groepen kinderen risicofactoren gesignaleerd dan in de referentiewijk. Dit is echter niet bij alle risicofactoren zo. De percentages van de risicofactoren *gescheiden ouders*, *mannelijk geslacht*, *prematuur geboren* en *dysmatuur geboren* liggen in de verschillende wijken niet ver uiteen. Door middel van een kruistabel, met als splitsingsvariabele *wel of geen Impulswijk*, is aan de hand van een Chikwadraattoets nagegaan of deze verschillen significant zijn. De resultaten zijn weergegeven in tabel 5.

Tabel 5. *Verschillen in risicofactoren tussen Impulswijken en Dalem*

	Impulswijken	Dalem	Chi-kwadraat <i>df: 1</i>
<b>GOA-wijk</b>	<b>57.43 %</b>	<b>2.9 %</b>	<b>355.51***</b>
<b>Allochtoon</b>	<b>49.97 %</b>	<b>4.8 %</b>	<b>196.54***</b>
Mannelijk geslacht	50.70 %	51.6 %	0.88
Prematuur	6.57 %	5.7 %	0.23
Nieuw samengesteld gezin	8.07 %	1.0 %	19.22***
Alleenstaand	7.23 %	1.3 %	16.00***
Lang werkloos	12.60 %	0.3 %	22.57***
Gescheiden ouders	5.13 %	2.9 %	2.4
Taalhandicap	5.77 %	0.0 %	18.93***
Dysmatuur	4.1 %	2.5 %	1.25

*Noot.* \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

Vetgedrukte rijen zijn twee grootste verschillen

De risicofactoren *langdurig werkloos, alleenstaand, taalhandicap, nieuw samengesteld gezin, GOA-wijk* en *allochtoon* verschillen op significante wijze per woonwijk. Bij kinderen die opgroeien in de Impulswijken wordt vaker gesignaleerd dat hun ouders langdurig werkloos zijn, hun ouders alleenstaand zijn, hun ouders een taalhandicap hebben, ze vaker opgroeien in een nieuw samengesteld gezin, ze vaker opgroeien in een GOA-wijk en dat er vaker wordt gesignaleerd dat de kinderen van allochtone afkomst zijn.

### **Gemiddeld aantal risicofactoren**

Het gemiddeld aantal risicofactoren van de kinderen uit de Impulswijken is vergeleken met het gemiddeld aantal risicofactoren uit de referentiewijk. In tabel 6 worden het gemiddeld aantal risicofactoren per kind per wijk(soort) weergegeven.

Tabel 6. *Gemiddeld aantal risicofactoren per kind per wijk en percentage kinderen met vier of meer risicofactoren.*

	Gemiddeld aantal risicofactoren	Standaarddeviatie	Kinderen met vier of meer risicofactoren
Dalem	0.88	0.95	2.9 %
Stokhasselt	2.70	1.60	21.0 %
Groenewoud	2.51	1.46	14.2 %
Kruidenbuurt	2.28	2.00	18.4 %
Impulswijken	2.53	1.69	18.2 %

Het gemiddeld aantal risicofactoren in Dalem ( $M = 0,88$ ;  $sd = 0,95$ ) ligt lager dan in de Impulswijken ( $M = 2,53$ ;  $sd = 1,69$ ). Het verschil tussen de gemiddelden in de wijken is significant ( $t = 15,87$ ;  $p < 0,001$ ). In Stokhasselt is het gemiddeld aantal risicofactoren het hoogst ( $M = 2,70$ ;  $sd = 1,60$ ), gevolgd door Groenewoud ( $M = 2,51$ ;  $sd = 1,46$ ) en de Kruidenbuurt ( $M = 2,28$ ;  $sd = 2,00$ ). De Impulswijken onderling verschillen niet significant van elkaar. Het aantal kinderen met vier of meer risicofactoren verschilt ook per woonwijk. In de Impulswijken ligt dit percentage (18,2 %) hoger dan in Dalem (2,9 %). Dit verschil tussen de Impulswijken en Dalem is significant ( $Chi^2=42,53$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

### **Problemen**

In tabel 7 worden percentages gegeven van de gesignaleerde problemen in de verschillende wijken.

Tabel 7. *Gesignaleerde problemen per wijk*

Problemen	Impulswijken			Referentiewijk
	Stokhasselt	Groenewoud	Kruidenbuurt	Dalem
	N=229	N=170	N=154	N=315
Groei	22.7 %	25.3 %	27.3 %	8.9 %
Lichamelijke Status	<b>55.9 %</b>	<b>81.2 %</b>	<b>55.2 %</b>	<b>55.9 %</b>
Motorische ontwikkeling	14.0 %	24.7 %	12.3 %	<b>23.3 %</b>
Spraak/taal ontwikkeling	<b>60.7 %</b>	<b>41.2 %</b>	29.9 %	18.4 %
Gedrag en opvoeding	20.1 %	<b>45.9 %</b>	<b>44.2 %</b>	<b>20.2 %</b>
Overgewicht en obesitas	<b>38.9 %</b>	28.2 %	<b>32.5 %</b>	7.9 %
Vermoeden van kindermishandeling	0.0 %	0.0 %	0.1 %	0.0 %

*Noot.* Vetgedrukte percentages vertegenwoordigen de top drie per wijk.

In deze tabel is te zien hoe vaak de problemen in de vier verschillende wijken voorkomen. Er zijn verschillen tussen zowel de Impulswijken en Dalem als tussen de Impulswijken onderling. De verschillen tussen de Impulswijken en Dalem en de waarde van het Chikwadraat zijn in tabel 8 terug te vinden.

Tabel 8. *Verschillen in problemen tussen Impulswijken en Dalem*

	Impulswijken	Dalem	Chi-kwadraat <i>df: 1</i>
Groei	25.1 %	8.9 %	32.89***
Lichamelijke Status	64.1 %	55.9 %	2.71
Motorische ontwikkeling	17.0 %	23.3 %	5.24*
<b>Spraak/taal ontwikkeling</b>	<b>43.9 %</b>	<b>18.4 %</b>	<b>66.78***</b>
Gedrag en opvoeding	36.7 %	20.2 %	17.34***
<b>Overgewicht en obesitas</b>	<b>33.2 %</b>	<b>7.9 %</b>	<b>72.81***</b>
Vermoeden van kindermishandeling	0.0 %	0.0 %	0.57

*Noot.* \* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  \*\*\* $p < 0,001$

Vetgedrukte rijen zijn twee grootste verschillen

Het percentage kinderen waarbij het probleem *Groei* is gesignaleerd ligt in Dalem erg laag vergeleken met de Impulswijken. Bij kinderen uit de Impulswijken wordt dit probleem significant meer gesignaleerd dan bij kinderen in Dalem ( $Chi^2 = 32,89$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ).

Het probleem *Lichamelijke status* komt in alle wijken vaak voor. Dit is geen verrassend verschijnsel gezien het gaat om elk probleem van lichamelijke aard, zoals bijvoorbeeld een verkoudheid. Als men de Impulswijken afzet tegenover Dalem is dit verschil

niet significant. Dit houdt in dat het geen verschil maakt of een kind opgroeit in een Impulswijk of niet. Omdat bij kinderen uit Groenewoud wel vaker een probleem van lichamelijke aard wordt gesignaleerd is onderzocht of de vier verschillende wijken significant van elkaar verschillen. Dit verschil is significant ( $Chi^2=34,73; df=3; p<0,001$ ).

Problemen in de *Motorische ontwikkeling* worden in Dalem veel gesignaleerd, het percentage ligt vrijwel even hoog als in Groenewoud. In de twee andere Impulswijken wordt dit probleem minder gesignaleerd. Als de verschillen in de hoeveelheid gesignaleerde problemen in de motorische ontwikkeling tussen de Impulswijken en Dalem worden onderzocht kan men stellen dat dit verschil significant is en dat bij kinderen die in een Impulswijk opgroeien *minder* problemen in de motorische ontwikkeling worden gesignaleerd dan in Dalem ( $Chi^2=5,24; df=1; p<0,05$ ).

Problemen in de *Spraak / taal ontwikkeling* worden het meest gesignaleerd in Stokhasselt, hier is spraaktaalontwikkeling het probleem dat het meest wordt gesignaleerd in de wijk. Toch is het in *alle* Impulswijken een groot probleem dat bij bijna de helft van de kinderen wordt gesignaleerd. In vergelijking met de wijk Dalem is dit verschil significant ( $Chi^2=66,78; df=1; p<0,001$ ), wat betekent dat bij kinderen in Dalem minder problemen in de spraaktaalontwikkeling worden gesignaleerd dan in de Impulswijken.

Op het probleemgebied *Gedrag en opvoeding* scoort Groenewoud samen met de Kruidenbuurt hoog. Dit percentage ligt meer dan twee keer zo hoog dan in Dalem en Stokhasselt. Opvallend hieraan is dat de Impulswijk Stokhasselt gelijk scoort op dit gebied als Dalem, en hier dus relatief weinig gedrags- en opvoedingsproblemen voorkomen. Toch is er nog steeds een significant verschil in de hoeveelheid gesignaleerde problemen op het gebied van opvoeding en gedrag als men de Impulswijken met Dalem vergelijkt ( $Chi^2=17,34; df=1; p<0,001$ ). Dit wil zeggen dat bij kinderen uit de Impulswijken vaker een probleem in opvoeding en gedrag wordt gesignaleerd op het consultatiebureau dan bij kinderen uit de referentiewijk.

Het percentage *Overgewicht en obesitas* ligt in Dalem erg laag vergeleken met de Impulswijken. Bij kinderen uit de Impulswijken worden deze problemen significant meer gesignaleerd dan bij kinderen in Dalem ( $Chi^2=72,81; df=1; p<0,001$ ).

Het probleem *Vermoeden van kindermishandeling* wordt slechts één keer geregistreerd. Dit probleem is later toegevoegd aan de registratie hetgeen een deel van deze lage score kan verklaren.



### **Gemiddeld aantal problemen**

Het gemiddeld aantal problemen per kind is eveneens onderzocht. Dit gemiddelde verschilt per wijk. De gemiddelden per wijk en de standaarddeviatie zijn in tabel 9 weergegeven.

Tabel 9. *Gemiddeld aantal problemen per kind per wijk.*

	Gemiddeld aantal problemen	Standaarddeviatie
Groenewoud	2.46	1.23
Stokhasselt	2.12	1.30
Kruidenbuurt	2.02	1.20
Dalem	1.38	0.90
Impulswijken	2.20	1.26

In Dalem ligt dit gemiddelde het laagst ( $M = 1,38; sd = 0,90$ ), gevolgd door de Kruidenbuurt ( $M = 2,02; sd = 1,20$ ), Stokhasselt ( $M = 2,12; sd = 1,30$ ) en in de wijk Groenewoud ligt het gemiddelde het hoogst ( $M = 2,46; sd = 1,23$ ). Het verschil in het gemiddeld aantal problemen tussen Dalem en de Impulswijken is significant ( $t = 10,12; p < 0,001$ ).

### **Verschillen tussen allochtone en autochtone kinderen**

Op basis van de registratie van Thebe zijn er twee groepen kinderen gevormd: kinderen bij wie de risicofactor *allochtoon* wel is aangevinkt en kinderen waarbij dit niet het geval is. De verschillen in risicofactoren van de kinderen met of zonder risicofactor *allochtoon* is onderzocht. Uiteraard is de risicofactor *allochtoon* niet meegenomen in het aantal risicofactoren. Bij kinderen met de risicofactor *allochtoon* worden meer risicofactoren gesignaleerd ( $M = 1,73; sd = 1,49$ ) dan bij kinderen zonder deze risicofactor ( $M = 0,89; sd = 1,37$ ). Dit verschil is een significant verschil tussen de groepen ( $t = -8,24; p < 0,001$ ). Om ook verschillen in de aard van de risicofactoren te achterhalen, is gebruik gemaakt van de tien meest gesignaleerde risicofactoren, waarbij risicofactor *allochtoon* is uitgesloten. In tabel 10 zijn de percentages gesignaleerde risicofactoren weergegeven en wordt het Chi-kwadraat gegeven.

Tabel 10. *Verschillen in risicofactoren tussen allochtonen en autochtonen.*

	Allochtoon	Autochtoon	Chi-kwadraat <i>df: 1</i>
<b>GOA-wijk</b>	<b>75.2</b>	<b>29.0</b>	<b>167.73***</b>
Mannelijk geslacht	50.3	50.9	0.45
Prematuur	5.3	6.2	2.79
Nieuw samengesteld gezin	5.3	5.5	0.01
Alleenstaand	9.6	3.0	17.09***
Lang werkloos	9.3	2.7	18.34***
Gescheiden ouders	4.2	4.2	0.00
<b>Taalhandicap</b>	<b>10.3</b>	<b>0.2</b>	<b>56.44***</b>
Dysmatuur	4.3	3.0	1.00

*Noot.* \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

Vetgedrukte rijen zijn twee grootste verschillen

Er worden geen significante verschillen gevonden tussen de kinderen met of zonder risicofactor allochtoon als het gaat om de frequentie waarmee de risicofactoren *mannelijk geslacht*, *prematuur geboren*, *dysmatuur geboren*, *nieuw samengesteld gezin*, en *gescheiden ouders* worden gesignaleerd. Dit houdt in dat deze risicofactoren bij kinderen met wel of geen risicofactor *allochtoon* ongeveer even vaak gesignaleerd worden. Bij kinderen met risicofactor *allochtoon* wordt gesignaleerd dat zij vaker opgroeien in een GOA-wijk, vaker alleenstaande ouders hebben, vaker ouders hebben die langdurig werkloos zijn en vaker ouders hebben met een taalhandicap.

Verschillen in het aantal problemen tussen allochtone en autochtone kinderen is ook onderzocht. Uit de T-toets blijkt dat bij kinderen met de risicofactor *allochtoon* meer problemen ( $M = 2,26$   $sd = 1,32$ ) worden gesignaleerd dan bij kinderen zonder de risicofactor *allochtoon* ( $M = 1,71$   $sd = 1,10$ ). Dit gevonden verschil blijkt niet te berusten op toeval ( $t = -6,42$ ;  $p < ,001$ ). Niet alleen de hoeveelheid problemen is onderzocht, maar ook verschillen in de aard van de problemen tussen kinderen met of zonder risicofactor *allochtoon* zijn onderzocht. In tabel 11 worden de verschillen in problemen tussen allochtone en autochtone kinderen weergegeven. Ook het Chi-kwadraat waarmee onderzocht is of de verschillen significant zijn is in deze tabel ondergebracht.

Tabel 11. *Verschillen in problemen tussen allochtonen en autochtonen*

	Allochtoon	Autochtoon	Chi-kwadraat <i>df:1</i>
Groei	25.2	15.7	11.40**
Lichamelijke Status	56.3	64.5	5.6*
Motorische ontwikkeling	12.6	22.6	12.81***
<b>Spraak/taal ontwikkeling</b>	<b>57.6</b>	<b>24.6</b>	<b>93.34***</b>
Gedrag en opvoeding	32.8	28.3	1.92
<b>Overgewicht en obesitas</b>	<b>41.1</b>	<b>15.5</b>	<b>69.44***</b>
Vermoeden van kindermishandeling	0	0.2	0.53

Noot. \* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  \*\*\* $p < 0,001$

Vetgedrukte rijen zijn twee grootste verschillen

Uit de kruistabellen met chikwadraattoets blijkt dat het grootste significante verschil gevonden wordt op het gebied van spraaktaalontwikkeling ( $Chi^2=93,34$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ ). Dit houdt in dat bij kinderen met de risicofactor allochtoon vaker een probleem in de spraaktaalontwikkeling wordt gesignaleerd. Ook het verschil in het aantal gesignaleerde problemen op het gebied van *overgewicht en obesitas* is groot: bij kinderen met de risicofactor *allochtoon* wordt significant meer overgewicht en obesitas gesignaleerd dan bij kinderen zonder de risicofactor allochtoon ( $Chi^2=69,44$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ ). Ook worden er significant meer problemen in *groei* gevonden bij kinderen met risicofactor allochtoon ( $Chi^2=11,40$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ). Er worden juist minder problemen op het gebied van *lichamelijke status* en *motorische ontwikkeling* gesignaleerd bij kinderen met risicofactor allochtoon ( $Chi^2=5,60$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$  en  $Chi^2=12,81$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ ). Tussen de groepen kinderen met en zonder risicofactor *allochtoon* worden geen significante verschillen gevonden in het aantal gesignaleerde problemen op het gebied van *opvoeding en gedrag* of in het *vermoeden van kindermishandeling*.

## Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat ook bij peuters, risicocumulatie positief lineair samenhangt met het aantal gesignaleerde problemen in opgroeien en opvoeden. Dit houdt in dat bij een stijging van het aantal van risicofactoren ook het aantal problemen stijgt. Deze uitkomst is overeenkomstig met onderzoeksresultaten van Asscher en Paulissen-Hoogeboom (2005), Hermanns (2004) en Hermanns en collega's (2005). De verschillende categorieën risicofactoren hangen ook positief en significant samen met het aantal problemen, zij het in mindere mate. De categorieën omgevingsfactoren en ouderfactoren hangen het sterkst samen

met het aantal problemen. Dat omgevingsfactoren en ouderfactoren op een sterkere wijze samenhangen met problemen in opvoeden en opgroeien dan kind-, gezins- en opvoedingsfactoren is tegenstrijdig met bestaande literatuur. Juist kindfactoren worden vaak gezien als de sterkst bepalende factoren zoals blijkt uit de onderzoeken van Deater-Deckard en collega's (1998) en Asscher en Paulissen-Hoogenboom (2005). Zij vonden juist dat de kindfactoren de meeste variantie verklaarde in externaliserend probleemgedrag. Uit de resultaten van het onderzoek van Atzaba-Poria en collega's (2004) blijkt dat individuele kenmerken een groot deel van de variantie in probleemgedrag verklaart, maar in dat onderzoek spelen ook omgevingsfactoren en gezinsfactoren een rol. Een verklaring voor de verschillen in uitkomsten is wellicht dat de onderzoeken andere uitkomstmaten hanteren en dat dit onderzoek zich enkel op peuters richtte, waarbij kindfactoren mogelijk nog onvoldoende zichtbaar zijn.

Niet alleen de mate van samenhang is onderzocht, maar ook de verklaarde variantie in het aantal problemen op basis van het aantal risicofactoren en de verschillende categorieën is onderzocht. Uit de regressieanalyses blijkt dat het hebben van problemen bij 13% van de kinderen juist voorspeld kan worden op basis van het aantal risicofactoren. Op basis van de vijf categorieën is de verklaarde variantie in aantal problemen hoger ( $R^2 = ,16$ ), omgevingsfactoren en ouderfactoren zijn in dit model de significante voorspellers.

In dit onderzoek is gebleken dat bij kinderen uit de Impulswijken meer problemen worden gesignaleerd dan kinderen uit de wijk Dalem. De kinderen uit de Impulswijken vertonen vooral vaker problemen op het gebied van *spraaktaalontwikkeling* en *overgewicht en obesitas*. Het aantal risicofactoren per kind ligt ook hoger in de Impulswijken, evenals het percentage kinderen met vier of meer risicofactoren. Dit is in overeenstemming met het onderzoek naar familiegebonden risicofactoren in slechte woonomgevingen van Klebanov en collega's (1998). Zij concluderen eveneens dat in slechtere woonomgevingen meer kinderen met vier of meer risicofactoren wonen. Risicofactoren die vaker voorkomen bij kinderen in de Impulswijken zoals het hebben van een alleenstaande ouder, een ouder met een taalhandicap, het opgroeien in een nieuw samengesteld gezin of hebben vaker een langdurig werkloze ouder. Ook Kohen en collega's (2002) hebben aangetoond dat een hoge werkloosheid in de woonomgeving van het kind samenhangt met meer problemen in opvoeden en opgroeien.

Bij kinderen van allochtone afkomst worden meer risicofactoren en problemen gesignaleerd dan bij autochtone kinderen. De risicofactoren GOA-wijk, alleenstaande ouders, langdurig werkloze ouders en ouders met een taalhandicap worden vaker gesignaleerd bij de groep allochtonen kinderen. De problemen *Spraak/taalontwikkeling* en *Overgewicht en*

*obesitas* komen vaker voor bij de groep allochtone kinderen, terwijl problemen in de *motorische ontwikkeling* en *lichamelijke status* juist minder vaak worden gesignaleerd. Dat er zowel probleemgebieden zijn die juist minder vaak worden gesignaleerd, als probleemgebieden die juist vaker worden gesignaleerd bij kinderen van allochtone afkomst is in overeenstemming met het onderzoek van Stevens en Vollebergh (2008).

Het registratiesysteem van Thebe geeft op groepsniveau een goed overzicht van de risico's en problemen die spelen in de stad. Er kan aan de hand van het systeem zicht verkregen worden op welke problemen en risico's veel voorkomen en of dit verschilt per wijk. Het is echter geen betrouwbare werkwijze om op kindniveau risicokinderen aan te wijzen als risicokind, omdat op basis van deze gegevens slechts een voorspelling gedaan kan worden over het aantal al gesignaleerde problemen. Er kan geen voorspelling gedaan worden over het aantal problemen in de toekomst. Tevens speelt de vraag op of het wel gewenst is om op basis van een registratiesysteem een kind als risicokind aan te wijzen. Aan de professional en zijn klinisch oordeel gaat men dan voorbij, terwijl daar juist de meeste kennis zit. Op het gebied van kindermishandeling heeft Ten Berge (2005) haar vraagtekens gezet bij het nut van risicotaxatie. Zij concludeert dat een risicotaxatie slechts als hulpmiddel van de hulpverlener moet worden gezien. In die rol heeft het een toegevoegde waarde op het professionele oordeel van de hulpverlener.

Net als ieder ander onderzoek kent ook dit onderzoek een aantal beperkingen. Allereerst is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de bestaande gegevens die worden geregistreerd bij Thebe JGZ. Opvallend aan de data was dat een aantal risicofactoren ondergerapporteerd bleken. Dit kan betekenen dat de registratie niet de betrouwbaarheid kent die het zou moeten hebben. Door meer en continue training van de verpleegkundigen, een duidelijkere handleiding en meer controle door collega's kan ervoor gezorgd worden dat de registratie steeds betrouwbaarder wordt. Dit is overigens al een speerpunt binnen de organisatie. Als binnen de organisatie deze acties zijn doorgevoerd, dient het registratiesysteem getoetst te worden op betrouwbaarheid. Ten tweede kan aangemerkt worden dat de problemen die worden gesignaleerd niet goed vergelijkbaar zijn met andere onderzoeken in de pedagogische wetenschap, waarbij vaak onderscheid gemaakt wordt tussen externaliserend en internaliserend probleemgedrag.

Sterk aan dit onderzoek is de hoge praktische relevantie; de gegevens zijn voor beleidsmakers zeer bruikbaar en het geeft goed zicht op de risico's en problemen in de

onderzochte wijken. Omdat alle kinderen uit de wijken zijn opgenomen in de onderzoeksgroep zijn de gegevens representatief voor de wijk.

Verder onderzoek zal zich moeten richten op het verkrijgen van een beter zicht op de voorspellende waarde van de verschillende risicofactoren. Ook dient onderzocht te worden hoe het registratiesysteem verbeterd kan worden. Te denken valt aan het invoegen van protectieve factoren, maar ook om de mate van de risico's weer te geven en niet enkel te registreren of er sprake is van een risico. Als laatste zal onderzocht moeten worden hoe de (interbeoordelaars) betrouwbaarheid van het registratiesysteem vergroot kan worden.

## Literatuur

- 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.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C. & Crijnen, A. M. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 118-124.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. & Skuban, E. M. (2001). Prevalence of Social-Emotional and Behavioral Problems in a Community Sample of 1- and 2-Year-Old Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 811-820.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- 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 21<sup>st</sup> Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. *Social Development*, 9, 115-125.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G. J., Klebanov, P. K. & Sealander, N. (1993). Do Neighborhoods Influence Child and Adolescent Development? *The American Journal of Sociology*, 99, 353-395.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially

- recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1065–1078.
- Candelaria, M. A., O'Connell, M. A. & Teti, D. M. (2006). Cumulative psychosocial and medical risk as predictors of early infant development and parenting stress in an African-American preterm sample. *Journal of Applied Developmental Psychology* 27, 588-597.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-564.
- Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C. & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse and Neglect*, 31, 1117–1142.
- Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10, 469-493.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E. & Stryker, L. A. (2002). A Multilevel Analysis of Neighborhood Context and Youth Alcohol and Drug Problems. *Prevention science*, 3, 125-133.
- 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.
- Gemeente Tilburg, 2007. *Kansrijke stad, vitale wijken*.
- Gemeente Tilburg, 2008. *Stadsmonitor*.
- Groenendaal, H. & Deković, M. (2000). Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*, 20.
- Harding, D. J. (2003). Counterfactual Models of Neighborhood Effects: The Effect of Neighborhood Poverty on Dropping Out and Teenage Pregnancy. *American Journal of Sociology*, 109, 676-719.
- 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.operatiejong.nl/downloads>
- Ingoldsby, E. M. & Shaw, D. S. (2002). Neighborhood Contextual Factors and Early-Starting Antisocial Pathways. *Clinical child and family psychology review*, 5, 21-55.

- Klebanov, P. K., Brooks-Gunn, J., McCarton, C. & McCormick, M. (1998). The contribution of Neighborhood and Family Income to Developmental Test Scores over the First Three Years of Life. *Child Development*, 69, 1420-1436.
- Kohen, D. E., Brooks-Gunn, J., Leventhal, T. & Hertzman, C. (2002). Neighborhood Income and Physical and Social Disorder in Canada: Associations with Young Children's Competencies. *Child Development*, 73, 1844-1860.
- Loeber, R. & Farrington, D. F. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737-762.
- McCulloch, A. & Joshi, H. E. (2001). Neighbourhood and family influences on the cognitive ability of children in the British National Child Development Study. *Social Science and Medicine*, 53, 579-591.
- Peebles, F. & Loeber, R. (1994). Do individual factors and neighborhood context explain ethnic differences in juvenile delinquency? *Journal of Quantitative Criminology*, 10, 141-158.
- Projectgroep Registratie en Automatisering Integrale Jeugdgezondheidszorg (2002). *Risicokinderen*.
- Projectgroep Risicokinderen Integrale Jeugdgezondheidszorg (2006). *Risicokinderen 2006*.
- Rankin, B. H. & Quane, J. M. (2002). Social Contexts and Urban Adolescent Outcomes: The Interrelated Effects of Neighborhoods, Families, and Peers on African-American Youth. *Social Problems*, 49, 79-101.
- Stevens, G. W. J. M. & Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 276-294.
- Sameroff, A. J. & Fiese B. H. (2006). Transactional Regulation; The Developmental Ecology of Early Intervention. In J. P. Schankoff, & S. M. Meisels (Eds.), *Handbook Early Childhood Intervention* (135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ten Berge, I. J. (2005). Tovermiddel of nieuwe valkuil? Voordelen en beperkingen van risicotaxatie. *Tijdschrift over kindermishandeling*, 19, 8-10.
- Ter Bogt, T., Dorselaer, S. & Vollebergh, W. (2003). *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC-Nederland 2002*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Thebe JGZ (2007). *Invulinstructie Risicoregistratie*.
- Van Eijck, S. R. A. (2006a). *Sturingsadvies 1: Koersen op het kind*. Gevonden op 3 juni 2008, op <http://www.operatiejong.nl/downloads>



Van Eijck, S. R. A. (2006b). *Sturingsadvies 2: Koersen op het kind, kompas voor het nieuwe kabinet*. Gevonden op 3 juni 2008, op <http://www.operatiejong.nl/downloads>

Zwirs, B. W. C., Burger, H., Schulpen, T. W. J., Witznitzer, M., Fedder, H. & Buitelaar, J. K. (2007). Prevalence of Psychiatric Disorders among children of different Ethnic Origin. *Journal of abnormal Child Psychology*, 35, 556-566.

## **Samenvatting**

**Onderwerp** In dit onderzoek is de samenhang tussen gesignaleerde risicofactoren en problemen onderzocht en is na gegaan of er verschillen zijn in risicofactoren en problemen tussen de verschillende woonwijken en etniciteit. **Methode** Er is gebruik gemaakt van registraties die gemaakt worden op het consultatiebureau. In de onderzoeksgroep zitten 868 peuters van 2 en 3 jaar oud, die woonachtig zijn in vier Tilburgse woonwijken. **Resultaten** Uit de resultaten blijkt dat er een lineair verband bestaat tussen het aantal gesignaleerde risicofactoren en het aantal gesignaleerde problemen. Van de vijf categorieën correleren omgevingsgebonden risicofactoren en oudergebonden risicofactoren het sterkst met het aantal gesignaleerde problemen. Bij kinderen die opgroeien in een Impulswijk en kinderen van allochtone afkomst worden meer risicofactoren gesignaleerd. **Conclusies** De resultaten ondersteunen de theorie dat cumulatie van risicofactoren een betere voorspeller is van negatieve ontwikkelingsuitkomsten dan individuele risicofactoren. Het onderzoek veronderstelt ook dat kinderen die wonen in een Impulswijk of kinderen van allochtone afkomst met meer risicofactoren en problemen worden geconfronteerd dan kinderen uit Dalem. Ten slotte blijkt uit het onderzoek dat het registratiesysteem dat gebruikt wordt op de consultatiebureaus van Thebe JGZ goed zicht geeft op risicofactoren en problemen op groepsniveau, maar dat het nog verbetering behoeft als men ontwikkelingsuitkomsten wil gaan voorspellen op kindniveau.

**Kernwoorden:** Risicofactoren, cumulatie, ontwikkeling, etniciteit en woonwijk.

## Dankwoord

Het afgelopen studiejaar stond voor mij in het teken van het afronden van mijn studie. Een belangrijk onderdeel hiervan was het schrijven van deze thesis, waarbij ik vanuit verschillende kanten ben gesteund. Via deze weg wil ik een aantal organisaties en mensen bedanken. Allereerst wil ik de gemeente Tilburg, dienst Beleidsontwikkeling, afdeling Onderwijs en Jeugd, bedanken voor het beschikbaar stellen van een stageplaats. Mijn stagebegeleidster Trudy Raymakers wil ik in het bijzonder bedanken voor haar begeleiding; haar visie op en enorme kennis over haar vak hebben gezorgd voor een interessante, leerzame en fijne stageperiode.

Thebe JGZ wil ik bedanken voor het verstrekken van data en het vertrouwen in mij wat ze hiermee impliciet hebben gegeven. De heer Wim Jenniskens wil ik bedanken voor het voorbereiden van mijn onderzoeksdata en de uitleg die hij me gegeven heeft over het registratiesysteem, evenals voor het geven van zijn feedback op mijn thesis gedurende het gehele traject.

Vanuit de Universiteit van Utrecht ben ik begeleid door Monique van Londen-Barentsen, die ik wil bedanken voor de begeleiding van zowel mijn stage als mijn thesis. Haar vakinhoudelijke kennis en persoonlijke benadering hebben me geholpen bij het schrijven van mijn thesis, maar vooral haar enorme betrokkenheid bij mij en alle studenten van het werkveld preventie en opvoedingsondersteuning heeft me energie gegeven en me enthousiast gemaakt voor het vak.

Tot slot wil ik in de persoonlijke sfeer Robin bedanken voor zijn geduld, steun en vertrouwen in mij als ik twijfelde aan mezelf of worstelde met mijn thesis en drukke agenda. Ook mijn ouders wil ik bedanken voor het mogelijk maken van mijn studie. Ze hebben me altijd gemotiveerd om te doen wat ik wil en staan altijd voor me klaar op welk vlak dan ook. Mijn moeder wil ik bedanken voor het fungeren als klankbord en spellingscontrole en mijn broer voor zijn feedback op vooral het methodologische en statistische gedeelte.

Dankzij de hulp van al deze mensen ben ik in staat geweest een thesis te schrijven waar ik trots op ben. Ik ben tevreden met het eindresultaat en hoop dat u het met interesse en plezier heeft gelezen.

Inge van Bijnen

# Bijlage 1 Risicoregistratieformulier Thebe JGZ

Naam kind: \_\_\_\_\_ klantnummer: \_\_\_\_\_

Risicofactoren en -situaties (aan de achterzijde de risicofactoren aankruisen; hier alleen de codes invullen)			<b>Ingevoerd in OpenCare (factor omcirkelen)</b>
Kind: _____	Ouders: _____	Gezin: _____	
Opvoedingsklimaat: _____		Omgeving: _____	

Invuldatum	Gesignaleerd probleem										Verwijzing (eigen of door anderen)	Verwijzing niet opgevolgd	Ingevoerd in OpenCare
	01	02	03	04	05A	05B	06A	06B	07				
												N	
												N	
												N	
												N	
												N	
												N	
												N	

**Gesignaleerd probleem:**      **Medische verwijzingen:**

- |   |  |
|---|--|
| 01=groei (behalve overgewicht)<br>02=lichamelijke status<br>03=(motorische) ontwikkeling<br>04=spraak-/taalontwikkeling<br>05A=gedragsontwikkeling<br>05B=opvoeding<br>06A=overgewicht<br>06B=obesitas<br>07=vermoeden van kindermishandeling | 11=Huisarts<br>14=HA/KNO-arts<br>15=HA/KA<br>151=HA/Kinderneuroloog<br>16=HA/Oogarts<br>17=HA/Dermatoloog<br>18=HA/Orthopeed<br>19=HA/Uroloog<br>20=HA/Allergoloog<br>201=HA/Chirurg |
|---|--|

**Paramedische verwijzingen:**

- 12=Kinderfysiotherapeut  
 121=Consultatie Kinderfysiotherapeut  
 13=Logopedist  
 131=Consultatie Logopedist  
 132=Interne Logopedist  
 25=Diëtist  
 251=Overgewichtspreekuur Diëtist  
 252=Longverpleegkundige  
 253=Lactatiekundige  
 29=AC/Spraak/Taalspreekuur  
 27=Loket Vroeghulp  
 271=GGD (reizigersvacc/TBC)  
 272=GGD indicatieconsult JGZ-arts  
 273=GGD indicatieconsult JGZ-verpl.

**Opvoedingsondersteuning + psych.soc.verwijzing:**

- 21=Pedagogisch spreekuur  
 23=VHT (videohomotraining)  
 24=Opvoedwinkel  
 26=Bureau Jeugdzorg  
 28=Gespecialiseerde Verzorging  
 30=Algemeen Maatschappelijk Werk  
 301=MEE  
 302=GGZ  
 303=AMK adviesaanvraag  
 304=AMK melding  
 305=BJZ ivm. Kindermishandeling  
 32=Cursus/Themabijeenkomst  
 33=Opstapje/Spel en Boek/Boekenpret  
 35=Spel aan huis

- 37=MIM/Homestart  
 38=Opvoedingsondersteuning (projecten bv. TripleP, Voorzorg, Stevig Ouderschap)

**Overige Verwijzingen:**

- 31=Peuterspeelzaal (geen VVE of onbekend)  
 311=VVE Peuterspeelzaal  
 312= Huisbezoek stimulering PSZ  
 313= Kinderdagverblijf  
 314= Inbakeren  
 315= Huisbezoek op indicatie  
 316= Telefonisch indicatieconsult  
 317= Zorgcoördinatie kind nodig (oa. netwerken)

# Risicofactoren en -situaties

## Kindfactoren

- 41=Prematuur (<36 weken)
- 42=Dysmatuur (<1500 gram)
- 43=Zwangerschaps- en geboortecomplicaties
- 44=Aangeboren of jong ontstane afwijkingen o.a. afwijking zintuigen; verstandelijke handicap
- 45=Chronische ziekte
- 46=Adoptie/pleegkind
- 47=Mannelijk geslacht
- 48=Moeilijk temperament
- 481=Prikkelbare kinderen
- 49=Meerling
- 52=Lage intelligentie
- 53=Blootstelling aan toxische stoffen (o.a. roken)
- 54=Verlies van geliefde personen

## Ouderfactoren

- 61=Lage SES
- 611=Armoede
- 62=Lage opleiding (maximaal bo, lbo, vbo, vmbo basis)
- 63=Langdurig werkeloos / arbeidsongeschikt
- 64=Alleenstaand
- 641=Tienermoeder
- 642=Laag zelfbeeld
- 65=Psychopathologie (depressie, psychose)
- 651=Als kind mishandeld
- 652=Antisociaal gedrag (criminaliteit)
- 66=Middelengebruik (drugs, alcohol)
- 661=Slechte voeding tijdens zwangerschap
- 662=Roken tijdens zwangerschap moeder
- 663=Alcohol tijdens zwangerschap moeder

- 67=Allochtoon (één of beide ouders)
- 68=Asielzoeker
- 69=Vluchteling
- 70=Chronisch ziek
- 71=Analfabeet
- 72=Doof / SH
- 73=Taalhandicap
- 731=Spreekt geen Nederlands

## Gezinsfactoren

- 74=Gescheiden ouders
- 75=Nieuw samengesteld gezin
- 76=Instabiliteit gezin
- 761=Geweld in gezin
- 762=Snelle wisseling in verzorgers kind
- 763=Deviantie gezinsleden
- 764=Groot gezin
- 765=Niet-harmonisch gezinsfunctioneren
- 80=Conflictueuze gezinsrelatie
- 77=Een of beide ouders obees

## Opvoedingsklimaat

- 81=Opvoedingsproblematiek
- 82=Emotioneel onderkoelde opvoedingsstijl (autoritair, geen betrokkenheid, genegenheid, warmte of intimiteit)
- 83=Verwaarlozing, misbruik, mishandeling, agressie
- 84=Ontbreken van toezicht
- 85=Slechte woonsituatie (habitat)
- 86=Etnische minderheid

## Omgevingsfactoren

- 90=AZC/OC
- 91=GOA-wijk
- 93=Ingrijpende stressvolle gebeurtenis
- 94=Conflicten in familie of vriendenkring
- 95= Sociale isolatie, ontbreken sociale ondersteuning
- 96=Beperkingen in woonsituatie; weinig speelgelegenheden
- 961=Beperkingen in woonsituatie; kleine huisvesting
- 962=Beperkingen in woonsituatie; onveiligheid op straat
- 963=Beperkingen in woonsituatie; slechte sociale buurtvoorzieningen
- 97=Geen contact met Peuterspeelzaal
- 98=Culturele belastende omstandigheden; culturele minderheidsgroep
- 981=Culturele belastende omstandigheden; afwijkende subculturele normen en waarden
- 982=Culturele belastende omstandigheden; discriminatie

