



Utrecht University

De toeleiding naar de voorschool: hoe gaat het nu?

Naam	Demi de Bruijn
Studentnummer	5844258
Thesis organisatie	Gemeente Breda
Thesis begeleider	Anneke Oonincx
Eerste beoordelaar	Bodine Romijn
Tweede beoordelaar	Joyce Endendijk
Woorden	7359
Sleutelwoorden	<i>VVE, onderwijsachterstand, peuters, Breda, toeleiden</i>

Abstract

Early and pre-school education (VVE) is used in Breda for children between the ages of zero and four years to reduce or prevent educational disadvantage. Recently, Breda has changed its way of recruiting. With a view to risk factors, this study looks at the result of the new method of recruiting. A mixed-design was used for this study, in which 361 children participated and six professionals were interviewed. It was expected that in the VVE-trajectory part 1 all risk factors would occur equally often, but that children would have more risk factors on average. In the case of VVE-trajectory part 2, it was expected that especially the low educational level of the parents would emerge as a risk factor. It was also expected that the children of both trajectories would mainly come from Breda northeast and that these children would have more risk factors on average. Finally, it was expected that the professionals would be positive about the new way of recruiting. This study showed that the risk factor 'education' was most often registered in both parts. Moreover, it appeared that the children in part 1 had more risk factors on average than in part 2. It also appeared that most children came from Breda southwest. In addition, the children in all quadrants had approximately the same number of risk factors. In general, the professionals are very enthusiastic about the new way of training. The conclusion is, therefore, that the new method of supply has positive results.

Samenvatting

Om de onderwijsachterstand te verminderen of te voorkomen, wordt in Breda bij kinderen tussen nul en vier jaar de vroege- en voorschoolse educatie (VVE) ingezet. Recent heeft de gemeente Breda haar manier van toeleiden naar de voorschool veranderd. Met het oog op risicofactoren kijkt dit onderzoek naar het resultaat van de nieuwe manier van toeleiden. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een mixed-design, waarbij 361 kinderen deelnamen en daarnaast zes professionals zijn geïnterviewd. Er werd verwacht dat bij VVE-traject deel 1 alle risicofactoren even vaak zouden voorkomen, maar dat kinderen gemiddeld wel meer risicofactoren zouden hebben. Bij VVE-traject

deel 2 werd juist verwacht dat vooral laag opleidingsniveau van de ouders naar voren zou komen als risicofactor. Tevens werd verwacht dat de kinderen van beide trajecten vooral uit Breda noordoost zouden komen en dat deze kinderen, vergeleken met de rest, gemiddeld meer risicofactoren zouden hebben. Tot slot werd verwacht dat de professionals positief zouden zijn over de nieuwe manier van toeleiden. Uit dit onderzoek kwam dat bij zowel deel 1 als deel 2 de risicofactor 'opleiding' het vaakst werd geregistreerd. Bovendien bleek dat de kinderen in deel 1 gemiddeld meer risicofactoren hebben dan in deel 2. Ook bleek dat de meeste kinderen niet uit Breda noordoost kwamen, maar uit Breda zuidwest. Daarnaast hadden de kinderen in alle kwadranten hadden ongeveer evenveel risicofactoren. Over het algemeen zijn de professionals erg enthousiast over de nieuwe manier van toeleiden. De conclusie is daarom dat de nieuwe manier van toeleiden positief resultaat geeft.

Inhoudsopgave

<i>Abstract</i>	2
<i>Samenvatting</i>	2
Toeleiding naar de voorschool: Hoe gaat het nu?	6
<i>Risicofactoren</i>	7
<i>Het toeleidingstraject</i>	8
<i>Huidige onderzoek</i>	10
Methoden	11
<i>Onderzoeksdesign</i>	11
<i>Participanten</i>	11
<i>Meetinstrumenten</i>	12
<i>Procedure</i>	13
<i>Data-analyse</i>	14
Resultaten	14
<i>Kwantitatieve resultaten</i>	14
Data-exploratie.....	14
<i>Kwalitatieve resultaten</i>	17
Algemene ervaring nieuwe toeleidingstraject.....	17
Toeleidingscriteria	19
Op maat werken	20
Meest voorkomende risicofactor.....	20

Oorzaken en definitie blootstellingsachterstand	21
Invloed van de wijk.....	22
Verbeteringen huidige beleid.....	22
Discussie.....	23
Limitaties	26
<i>Implicaties en vervolgonderzoek</i>	27
<i>Conclusie</i>	27
Appendix A <i>Topiclijst</i>.....	32
Appendix B Transcripten.....	33

De toeleiding naar de voorschool: Hoe gaat het nu?

Hoewel de ontwikkeling een persoon wordt bepaald door erfelijkheid, speelt ook omgeving een rol in dit proces (Smederevac et al., 2020). Zoals Bronfenbrenner in zijn theorie beschrijft, bestaat de omgeving uit verschillende systemen (Christensen, 2016). Een van deze systemen is het microsysteem, wat de directe leefomgeving van een individu inhoudt, zoals het gezin. Niet elk kind wordt geboren in een optimale leefsituatie. Dat kan liggen aan verschillende factoren liggen, bijvoorbeeld geboren worden in een achterstandswijk. Zo zijn er talloze verschillende situaties, die niet helemaal optimaal zijn voor de ontwikkeling van een kind. Zo leert een kind in een benadeelde thuissituatie beduidend minder woorden dan een kind in een stimulerende situatie, wat voor grotere verschillen zorgt naarmate de kinderen ouder worden (Hart & Rosley, 2003; Silva, 2014). Deze ongelijke start kan worden gecompenseerd door gebruik te maken van een interventie. Een voorbeeld van zulke interventies is vroege- en voorschoolse educatie (VVE).

Vroege- en voorschoolse educatie (VVE) is bedoeld voor kinderen met een (risico op) onderwijsachterstand, om zo (ergere) achterstanden te voorkomen en huidige achterstanden in te halen (Rijksoverheid, n.d.). VVE is effectief gebleken voor kinderen in een benadeelde thuissituatie (Elango et al., 2016; Hart & Rosley, 2003; Melhuish et al., 2015; Wyslowska & Slot, 2020). Zo is voorschool niet alleen goed voor de taalontwikkeling (Melhuish et al., 2015), maar ook goed voor de algehele ontwikkeling (Elango et al., 2016). Echter, niet iedereen komt in aanmerking voor het VVE programma. Elke gemeente mag zelf bepalen voor welke doelgroep de VVE bedoeld is (Rijksoverheid, n.d.). Een kind dat in aanmerking komt voor VVE, krijgt een zogeheten ‘VVE-indicatie’. Doordat de gemeente zelf haar doelgroep mag bepalen, kan het zijn dat een kind met zijn gezin in Amsterdam wel voldoet aan de criteria, terwijl ditzelfde gezin in Utrecht niet voldoet aan de criteria. Niet alleen de criteria mag de gemeente zelf bepalen, ook het toeleidingstraject. In dit onderzoek wordt gekeken naar een nieuwe vorm van toeleiding, die in 2019 is in gevoerd in de gemeente Breda.

Risicofactoren

Om te kunnen vaststellen welke kinderen er behoren tot de doelgroep, worden er criteria opgesteld. Deze criteria zijn gebaseerd op factoren die het risico op een (taal)achterstand vergroten. Deze risicofactoren zijn uitgebreid onderzocht.

Uit vele onderzoeken blijkt dat de sociaaleconomische status (SES) een van de belangrijkste risicofactoren is voor het ontwikkeling van een achterstand. SES kan op vele manieren worden gedefinieerd, maar heeft betrekking op de combinatie van sociale status en economische status (Baker, 2014). Hieronder vallen opleiding, inkomen en materiële bezittingen. Deze onderzoeken zullen hieronder worden besproken. Desondanks staat SES niet vaak niet op zichzelf.

Zo blijkt uit verschillende onderzoeken dat zowel de thuissituatie als een lage socio-economische status van invloed is op de motorische ontwikkeling van het kind (Demir & Kuntay, 2014; Ferreira et al., 2018). Onder socio-economische status vallen, in dit geval, opleidingsniveau van degene die de meeste zorgtaken uitvoert en eigendom van goederen, zoals een tv. Ook wordt een lage socio-economische status in verband gebracht met verminderde algemene cognitieve ontwikkeling (Amso et al., 2018; Lawson et al., 2017). Daarnaast wordt ook armoede in verband gebracht met een slechtere ontwikkeling van taal en cognitie bij kinderen rond de drie jaar (Black et al., 2016). Naast armoede wordt ook opleidingsniveau in verband gebracht met een verminderde algemene (cognitieve) ontwikkeling, zo stellen González en collega's (2020). Tevens is het ontbreken van een stimulerende thuissituatie een risicofactor voor een verminderde cognitieve ontwikkeling (Berkes et al., 2019). Uit onderzoek van Rosen en collega's (2018) blijkt dat verschillende hersendelen minder ontwikkeld worden wanneer er geen stimulerende thuisomgeving is, vergeleken met wanneer die er wel is. Ook dit is vaak in combinatie met een lage socio-economische status (Rosen et al., 2018). Eveneens is een niet-westerse afkomst in verband gebracht met een verminderde cognitieve ontwikkeling. Echter, dit is wel in combinatie met een andere risicofactor, zoals lage socio-economische status (Philbrook et al., 2017).

Niet alle risicofactoren hebben een even grote invloed op het al dan niet ontwikkelen van een ontwikkelingsachterstand. Om die reden worden niet alle risicofactoren meegenomen bij het stellen van criteria aan de doelgroep van VVE. Vaak is het ook afhankelijk van, zoals bovengenoemde bronnen ook vermelden, een combinatie van risicofactoren. Het Centraal Bureau Statistiek (CBS) heeft onderzoek gedaan naar welke factoren het risico op een onderwijsachterstand voorspellen (2019). Uit dit onderzoek is gebleken dat het opleidingsniveau van de ouders, het land van herkomst en armoede een grote rol spelen bij het risico op een onderwijsachterstand. Op basis van de onderzoeken van het CBS stellen gemeenten vervolgens criteria voor hun toeleidingstraject van de VVE.

Het toeleidingstraject

Het toeleidingstraject van de VVE is de periode van de geboorte tot aan het deelnemen aan de voorschool. In dit traject wordt duidelijk welke kinderen er een VVE-indicatie krijgen en welke kinderen niet. De invulling van dit traject, verschilt per gemeente. Zo is het in de gemeente Amsterdam gebruikelijk om met het elf maanden consult een voorlopige indicatie te krijgen wanneer een van de ouders laag opgeleid is en/of er sprake is van een taalarme omgeving (Gemeente Amsterdam, n.d.). Vervolgens wordt dit kind met 14 maanden nog eens gezien en dan wordt er een definitieve indicatie gegeven. Wanneer we dit vergelijken met een andere gemeente, bijvoorbeeld de gemeente Rotterdam, zien we grote verschillen. In Rotterdam spreken ze om te beginnen niet van een VVE, maar van ‘peutergroep’ (Gemeente Rotterdam, n.d.). Voor deze indicatie kom je in aanmerking als de ouder die de meeste zorgtaken doet mbo 1 of lagere opleiding heeft en/of thuis een niet-Nederlandse taal gesproken wordt én het opleidingsniveau van de ouder die de meeste zorgtaken uitvoert mbo 4 of lager is en/of de peuter heeft een achterstand die is geconstateerd tijdens het 24 maanden consult (Gemeente Rotterdam, n.d.). Hieruit blijkt dat de manier van toeleiden per gemeente erg kan verschillen.

De gemeente Breda heeft er in 2019 voor gekozen om een nieuwe manier van toeleiden te gebruiken. Het toeleidingstraject bestaat uit verschillende aspecten. Allereerst wordt bij het allereerste consult gescreend op risicofactoren. De risicofactoren die de gemeente Breda hanteert, luiden als volgt: laag opleidingsniveau van de ouder(s); armoede; het hebben van ouders met een niet-westerse achtergrond die de Nederlandse taal niet goed beheersen; en een duidelijk risico op een blootstellingsachterstand, door andere redenen zoals een depressie bij de ouders. Als de ouders aan minimaal één van deze criteria voldoet, wordt dit met de ouders besproken. Als de ouders instemmen met deze zorg, start het kind aan VVE-traject deel 1. Dit deel van het traject loopt van nul tot veertien maanden. Gedurende dit deel wordt samen met de ouders bekeken hoe de taalontwikkeling en executieve functies van het kind gestimuleerd kunnen worden. Ongeveer halverwege dit deel, rond 7.5 maand, vindt er normaal gesproken een groepsconsult plaats. Wegens Covid-19 kon dit het afgelopen jaar niet doorgaan. Dit groepsconsult is een moment waarbij verschillende ouders met hun kind naar het consultatiebureau komen. Hier kunnen de kinderen samen spelen en de ouders samen praten over de opvoeding en stimulering van de ontwikkeling van hun kind. Met veertien maanden vindt er een check-up plaats. Dit is nieuw in het toeleidingstraject, voorheen was de indicatie bij deel 1 al voldoende om naar de voorschool te mogen gaan. Tijdens het veertien maanden consult wordt bekeken of er daadwerkelijk (een risico op) een blootstellingsachterstand. Op deze manier worden kinderen die geen achterstand (meer) hebben eruit gefilterd, en worden slechts de kinderen die op de juiste plek zijn bij het VVE-traject toegeleid. Kinderen die om andere redenen een te grote achterstand hebben opgelopen, zoals een taalontwikkelingsstoornis of autisme, worden doorverwezen naar het medisch kinderdagverblijf. Dit is simpelweg dan niet de juiste plek voor dit kind. Na het veertien maanden consult wordt voor de toegeleide kinderen VVE-traject deel 2 gestart. Dit deel is het laatste deel van het toeleidingstraject. In dit deel kan Dreumes Spel Thuis worden toegepast. Deze interventie wordt tijdens een huisbezoek bij de ouders geïntroduceerd. Kortweg

houdt deze interventie in dat een spelbegeleidster samen met het kind gaat spelen en, onder het mom van modeling, de ouders leert hoe zij hun kind spelenderwijs dingen kunnen leren.

Huidige onderzoek

In dit onderzoek zal gereflecteerd worden op de nieuwe manier van toeleiden. Het doel is om te kijken tot welke resultaten de nieuwe manier van toeleiden leidt, gelet op VVE-traject deel 1 en het nieuwe VVE-traject deel 2. Het is voor zowel de gemeente als de wetenschap relevant om te weten welke kinderen er daadwerkelijk worden gediagnosticeerd met een blootstellingsachterstand. Wanneer zou blijken dat bij bepaalde risicofactoren slechts traject deel 1 van belang is, kan hierin worden geïnvesteerd. Vice versa, wanneer blijkt dat bepaalde risicofactoren vaker voorkomen in beide delen van het VVE-traject, kan extra geïnvesteerd worden in de kinderen met die risicofactoren.

De concrete onderzoeksvraag luidt als volgt: “Wat is het resultaat van de nieuwe manier van toeleiden naar de VVE?” Om antwoord te geven op deze onderzoeksvraag zal er naar drie zaken gekeken worden. Om te beginnen wordt gekeken of de populaties kinderen die deelnemen aan VVE-traject deel 1 en/of VVE-traject deel 2 verschillen van elkaar, met betrekking tot hun geregistreerde risicofactoren. Vervolgens wordt gekeken naar de spreiding van de populatie kinderen over de verschillende wijken van de gemeente Breda. Tot slot brengen we de ervaringen van de professionals, die met de nieuwe manier van toeleiden werken, in kaart.

Voor de eerste deelvraag wordt op basis van literatuur verwacht alle risicofactoren min of meer even vaak voorkomen bij VVE-traject deel 1. Echter, bij VVE-traject deel 2 wordt verwacht dat laag opleidingsniveau het vaakst voorkomt, zoals uit de literatuur blijkt. Tevens, op basis van literatuur wordt verwacht dat dat er veelal meerdere risicofactoren aanwezig zijn bij de kinderen die deelnemen aan VVE-traject deel 1.

Voor de verwachting van tweede deelvraag wordt gebruik gemaakt van een ontwikkelingsachterstandbeleid (OAB)-scan. Op basis van de databank van het Centraal Bureau

Statistiek (CBS) heeft Sardes voor de gemeente Breda een OAB-scan gemaakt. Deze scan geeft weer in welke delen van de gemeente de meeste achterstanden zijn. Uit deze scan bleek dat de achterstandsproblematiek vooral speelt in Breda noord en noordoost. Deze OAB-scan is gemaakt op basis van de gegevens van kinderen vanaf vier jaar, waardoor nog geen analyse bekend is over de kinderen uit de VVE-populatie. Echter, de gemeente verwacht op basis van de OAB-scan dat de kinderen van het VVE-traject zich vooral in Breda noordoost bevinden. Daarnaast wordt verwacht, op basis van de OAB-scan, dat in Breda noordoost vooral meervoudige problematiek aanwezig is, wat zorgt voor meerdere risicofactoren.

Tot slot wordt verwacht dat de ervaringen van de professionals positief zijn. De nieuwe manier van toeleiden is volgens de gemeente een verbetering ten opzichte van de oude en verwacht dat de professionals het hiermee eens zijn.

Methoden

Onderzoeksdesign

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van een methodische triangulatie. Dit houdt in dat er zowel kwantitatieve data als kwalitatieve data is verzameld voor dit onderzoek. Ondanks dat de kwantitatieve data over verschillende tijdstippen gaat, en daarmee longitudinale data voor de hand liggend is, is hier geen gebruik van gemaakt. De kinderen uit VVE-traject deel 2 zijn niet dezelfde kinderen als uit VVE-traject deel 1, wegens het recente invoeren van het nieuwe beleid. Desondanks mag aangenomen worden dat de groep van VVE-traject deel 2 elk jaar min of meer hetzelfde is en is er geen reden om te verwachten dat de groep dit jaar anders zal zijn.

Participanten

De dataverzameling is gedaan bij 165 kinderen die zijn begonnen aan VVE-traject deel 1. Deze kinderen wonen verdeeld over de vier kwadranten van de gemeente Breda: noordoost,

zuidoost, zuidwest en noordwest. Naast de risicofactoren, is er geen informatie bekend over de kinderen, zoals geslacht. De reden hiervoor is dat dit niet geregistreerd wordt bij het Jong JGZ. De kinderen zijn op het moment van VVE-traject deel 1 nul maanden oud. Daarnaast is er data verzameld van 196 kinderen die toegeleid zijn naar VVE-traject deel 2. Deze kinderen waren op het moment van toeleiding 14 maanden.

Naast de participanten voor de kwantitatieve data, is er ook kwalitatieve data verzameld. Hiervoor zijn zes professionals geïnterviewd over dit onderwerp. Deze professionals zijn werkzaam bij het JGZ en houden zich bezig met het toeleiden van kinderen naar het VVE traject. Onder deze professionals zijn drie jeugdartsen en drie jeugdverpleegkundigen. Deze professionals waren allemaal vrouwen. Verder verschilden zij sterk in werkervaring en leeftijd. Zo was een jeugdverpleegkundige nog in haar inwerkfase, terwijl een andere jeugdverpleegkundige al enkele tientallen jaren dit werk deed.

Meetinstrumenten

Voor de dataverzameling is er gebruik gemaakt van de database van het Jong JGZ. Er is gebruik gemaakt van zowel rapportages van het Jong JGZ als de ruwe data uit de database.

Voor het beantwoorden van de eerste twee deelvragen is gebruik gemaakt van vier soorten variabelen: deelname aan het VVE-traject, aanwezigheid van verschillende risicofactoren, totaal aantal risicofactoren en het kwadrant waarin de kinderen wonen. Voor deelname aan het VVE-traject is het deel genoteerd, waarbij 1 = deel 1, 2 = deel 2. Voor aanwezigheid van de vier risicofactoren, bestaande uit lage opleiding van de ouders (opleiding), armoede, niet-westerse komaf en de Nederlandse taal niet machtig (geboorteland) en risico op blootstellingsachterstand (risico), al dan niet aanwezig zijn, waarbij 0 = nee, 1 = ja. Voor het totaal aantal risicofactoren is per participant alle risicofactoren bij elkaar opgeteld, waarbij de scores variëren tussen 1 en 4. Tot slot is de postcode van de participanten omgezet naar codes van kwadranten, waarbij: 1 = zuidwest, 2 = noordwest, 3 =

noordoost, 4 = zuidoost. De verdeling van de postcodes is terug te vinden in het document Jeugdverpleegkundige bij de huisarts (Gemeente Breda, 2021).

Voor het beantwoorden van de deelvraag, is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Voor deze interviews zijn vooraf een aantal onderwerpen opgesteld, maar er was ook ruimte voor doorvragen op de antwoorden van de respondenten. De vooraf opgestelde onderwerpen bestonden uit de nieuwe manier van toeleiden, het begrip 'blootstellingsachterstand' en risicofactoren. Daarnaast is er ook gebruik gemaakt van hulpvragen. De vooraf opgestelde vragen zijn terug te vinden in de topiclijst, zie Bijlage A.

Procedure

De participanten voor de kwantitatieve data is verkregen via de database van het Jong JGZ. Zij zijn benaderd met de vraag of zij mee willen werken aan dit onderzoek. De data die in hun database staat, wordt genoteerd op het moment dat ouders hun kind aanmelden bij het consultatiebureau. De ruwe data is vervolgens geanonimiseerd. Hierdoor is de data niet meer te herleiden naar specifieke personen.

Voor het kwalitatieve deel van het onderzoek, is samengewerkt met de VVE-coördinatoren van het Jong JGZ. Via het Jong JGZ zijn mailadressen van professionals binnen de doelgroep verkregen. Dit waren zowel team-mailadressen als privé-mailadressen. Allereerst is er contact gezocht via de mailadressen. Vanuit hier zijn een aantal interviews gepland. Het team heeft zelf mensen voorgedragen. Daarna is er vanuit het Jong JGZ een suggestie gedaan voor jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen vanuit elke subgroep. Op het moment dat er een overeenkomst was gevonden in de planning, werd er een online afspraak gemaakt. De interviews vonden plaats op Microsoft Teams, wegens Covid-19 restricties.

Voorafgaand aan het interview is de participanten gevraagd een online toestemmingsverklaring te tekenen. Aangezien de interviews online zouden zijn, is hiervoor SignRequest gebruikt. In deze verklaring geeft de participant toestemming voor deelname aan het

onderzoek en het gebruik van opnameapparatuur. Aan het begin van het interview is nogmaals eraan herinnerd dat het gesprek zal worden opgenomen. Deze opname werd gemaakt met een apart apparaat, een telefoon. Gedurende het interview is gebruik gemaakt van een aantal, vooraf opgestelde, richtvragen. Dit maakt de interviews semigestructureerd. Na het interview is de opname handmatig en anoniem getranscribeerd.

Om de betrouwbaarheid en validiteit zo hoog mogelijk gehouden, is getracht de afstand tussen de interviewer en de gemeente zo groot mogelijk te houden. Doordat de interviewer niet werkzaam was voor de gemeente, is dit goed gelukt. Daarnaast is geprobeerd de vragen zo neutraal mogelijk te stellen, zodat een eigen oordeel niet te horen was. Op die manier is de kans op een sociaal-wenselijk antwoord kleiner.

Data-analyse

De kwantitatieve data van de kinderen is allereerst geanonimiseerd en verwerkt met behulp van Microsoft Excel. Vervolgens is de data geanalyseerd met behulp van SPSS Statistics 26. In eerste instantie namen 204 kinderen deel aan VVE-traject deel 2. Echter, acht van hen waren geregistreerd met nieuwe risicofactoren, die bij VVE-traject deel 1 niet geregistreerd werden. Om te voorkomen dat er een scheve vergelijking werd gemaakt, zijn deze kinderen verwijderd uit de dataset.

De kwalitatieve data van de professionals is allereerst getranscribeerd met behulp van Microsoft Word. Aan de hand van de interviews is een codeerschema opgesteld. In dit codeerschema komen thema's en subthema's voor, waarna de antwoorden gescoord en gesorteerd kunnen worden. Een deel van deze thema's was van tevoren bekend; hier zijn de vragen op gebaseerd. Daarnaast zijn subthema's ontstaan aan de hand van het analyseren van de transcripten.

Resultaten

Kwantitatieve resultaten

Data-exploratie

Voorafgaand aan het toetsen, is de data geëxploreerd. Zo is er gekeken naar hoe vaak de risicofactoren voorkwamen, wat het gemiddelde hiervan was en wat het gemiddeld aantal factoren per traject was. In tabel 1 zijn deze waarden te zien per VVE-traject. Hieruit blijkt dat ‘opleiding’ bij beide trajecten het vaakst werd genoteerd als risicofactor, armoede werd in beide trajecten het minst vaak genoteerd. Gemiddeld genomen werden er 1.52 risicofactoren bij de kinderen uit VVE-traject deel 1 genoteerd. Voor de kinderen uit VVE-traject deel 2 was dit gemiddeld 1.14 risicofactoren.

Tabel 1

Frequenties en gemiddelden van de risicofactoren, geordend naar traject

	<i>N (M)</i>				
	Armoede	Opleiding	Geboorteland	Risico	Totaal
Traject 1	28 (.17)	80 (.49)	72 (.44)	68 (.42)	162
Traject 2	15 (.08)	97 (.49)	47 (.24)	64 (.33)	196
Totaal	43	177	119	132	358

Voor het toetsen van de eerste hypothese, namelijk “Alle risicofactoren komen even vaak voor bij VVE-traject deel 1”, is gebruik gemaakt van Summary Independent Samples Test. Bij deze test wordt gekeken of een verschil in gemiddelde frequentie tussen twee risicofactoren significant is. Deze resultaten zijn terug te vinden in tabel 2, waarbij geldt: rij-kolom. Hieruit bleek dat alle risicofactoren, op armoede na, even vaak voorkomen. Armoede komt significant minder vaak voor dan opleidingsniveau ($t(322) = -.320, p < .001$), geboorteland ($t(322) = -.270, p < .001$) en risico ($t(322) = -.250, p < .001$).

Voor de tweede hypothese, namelijk “Laag opleidingsniveau van de ouders komt het vaakst voor bij VVE-traject deel 2”, is eveneens gebruik gemaakt van een Summary Independent Samples Test. Deze resultaten zijn terug te vinden in tabel 3. Uit deze test bleek dat opleidingsniveau

significant vaker voor kwam dan armoede ($t(390) = .41, p < .001$), geboorteland ($t(390) = .25, p < .001$) en risico ($t(390) = .16, p = .001$).

Tabel 2

Vershil in gemiddelde frequentie tussen risicofactoren in traject 1

Risicofactoren	<i>M</i>	Opleiding	Geboorteland	Risico	Armoede
Opleiding	.49	-			
Geboorteland	.44	-.05	-		
Risico	.42	-.07	-.02	-	
Armoede	.17	-.32*	-.27*	-.25*	-

Noot. * $p < .05$

Tabel 3

Vershil in gemiddelde frequentie tussen risicofactoren in traject 2

Risicofactoren	<i>M</i>	Opleiding	Risico	Geboorteland	Armoede
Opleiding	.49	-			
Risico	.33	-.16*	-		
Geboorteland	.24	-.25*	-.09*	-	
Armoede	.08	-.41*	-.25*	-.16*	-

Noot. * $p < .05$

Voor het toetsen van de derde hypothese, namelijk “Het gemiddeld aantal risicofactoren per kind is in VVE-traject 1 hoger dan in VVE-traject 2” is gebruik gemaakt van een onafhankelijke t-toets.

Hieruit kwam dat de kinderen in VVE-traject deel 1 ($M = 1.52, SD = .86$) significant gemiddeld meer

risicofactoren hebben dan de kinderen in VVE-traject deel 2 ($M = 1.14$, $SD = .44$). Dit verschil was zeer significant: $t(356) = 5.43$, $p < .001$.

Voor de vierde hypothese, namelijk “de kinderen van het VVE-traject bevinden zich vooral in Breda noordoost” is gebruik gemaakt van een Chi Kwadraat toets. Hieruit bleek dat bij VVE-traject 1 geen enkele kwadrant-frequentie significant verschilde van de verwachte waarde: $\chi^2(3) = 2.20$, $p = .532$. Ook bleek dat bij VVE-traject 2 minimaal 1 kwadrant-frequentie significant verschilde van de verwachte waarde: $\chi^2(3) = 14.76$, $p = .002$. Wanneer werd gekeken naar de frequenties, zie tabel 4, bleek dat de frequentie in zuidwest bij VVE-traject deel 2 sterk afweek van de verwachte waarde van 49.

Tabel 4

Percentages aantal kinderen per kwadrant, gesorteerd naar VVE-traject

	Noordoost	Zuidoost	Zuidwest	Noordwest	Verwacht per kwadrant
VVE-traject deel 1	42	39	47	34	40.5
VVE-traject deel 2	43	43	72	38	49

Voor de vijfde hypothese, namelijk “De kinderen in Breda noordoost hebben het meeste aantal risicofactoren”, is getoetst met een One-Way ANOVA. Hieruit bleek dat de kinderen in alle kwadranten niet significant verschilden in het gemiddeld aantal risicofactoren, voor zowel VVE-traject deel 1 ($F(3, 158) = .310$, $p = .818$) als voor VVE-traject deel 2 ($F(3, 192) = .132$, $p = .941$).

Kwalitatieve resultaten

Hieronder worden de interviews per thema besproken. De volledige transcripten zijn anoniem terug te vinden in bijlage B. Alle privacygevoelige informatie is hieruit verwijderd.

Algemene ervaring nieuwe toeleidingstraject

Alle participanten zijn over het algemeen positief over de huidige manier van toeleiden. Vooral het veertien maanden consult valt goed in de smaak. Op deze manier worden kinderen die de VVE niet nodig blijken te hebben, eruit gefilterd. Echter, wanneer gevraagd werd of er dan ook veel kinderen afvallen, was het antwoord vaak “nee”. Toch zeiden een aantal participanten dat er wel degelijk kinderen worden uitgefilterd. Bijvoorbeeld, wanneer een kind hoog opgeleide, maar niet-westerse ouders heeft. Die kinderen hebben vaak geen blootstellingsachterstand, waardoor het overbodig zou zijn om ze toe te leiden. Daarnaast werd ook genoemd dat er minder kinderen gemist worden. Wanneer een kind niet aan de criteria voldoet, maar toch (risico op) een blootstellingsachterstand heeft, kan dit kind alsnog worden toegeleid.

En dan hebben we bij 14 maanden inderdaad die extra check of er sprake is van een blootstellingsachterstand. En goed, die check, dat laatste, daarmee vallen sommige kinderen af waarbij je in het begin denkt van ‘goh daar zitten risicofactoren’ maar waarbij de ouders het in de loop van tijd eigenlijk toch goed blijken te kunnen. En de rest kan aan deel twee mee gaan doen. Waar je voorheen eigenlijk zei vanaf het begin doe je mee en als je eenmaal aangemeld bent doe je alles mee. En nu zit daar natuurlijk die knip in, nog een extra check van of het wel echt nodig is. (Participant 6, Jeugdarts)

Desondanks zijn er ook negatieve geluiden over de nieuwe manier van toeleiden. Dit gaat echter alleen over het feit dat de criteria eens in de paar jaar veranderd worden. Dit wordt ervaren als vervelend, waarvoor verschillende redenen worden gegeven. Het zorgt vaak voor verwarring, waardoor soms een kindje over het hoofd wordt gezien. Zo vertelt participant 2: Hebben het wel eens iedere keer als die regeltjes weer veranderen, dat het weer fout gaat, dat ik er weer eentje uitpik dat ik aan de verpleegkundige vraag ‘waarom is dit geen VVE doelgroep’ en dan kijken ze nog een keertje en dan is het vaak ‘O, ja dat is er toch eentje’.

Toeleidingscriteria

Over de toeleidingscriteria zijn de meningen verdeeld. In theorie zijn de toeleidingscriteria helder en alomvattend. Echter, in praktijk blijkt vaak dat het voor professionals toch een “grijs gebied” blijft (Participant 1, jeugdverpleegkundige). De participant is wel ook van mening dat dit niet aan de criteria zelf ligt, maar dat dit gewoon bij het toeleiden hoort. Over het stukje ‘niet-westerse afkomst’ is wel wat discussie. Professionals vinden het lastig om uit het hoofd in te schatten welke landen vallen onder niet-westers.

Uit de interviews met de professionals blijkt dat er veel meer factoren meespelen dan alleen de toeleidingscriteria. Er wordt veel gesproken over gezinsfactoren. Een voorbeeld hiervan is psychische gezondheid van de ouders. “We moeten ons als professional er wel van bewust zijn”, zo zegt participant 2 (jeugdarts), “dat als de ouder een depressie heeft, dat dat kan leiden tot een blootstellingsachterstand.” De professionals beamen dat psychische gezondheid van de ouders een belangrijke rol speelt bij het al dan niet ontwikkelen van een blootstellingsachterstand. Toch zijn ze niet van mening dat dit als criterium zou moeten worden meegenomen. Het gaat volgens hen om gevoelige informatie, die een ouder überhaupt vaak niet zomaar prijs geeft. Het is voor hen logischer om dit zelf aan te voelen gedurende de consulten. Ze vinden het belangrijk dat er eerst een vertrouwensband wordt opgebouwd, voordat er naar gevoelige informatie wordt gevraagd. Een andere factor die volgens participant 5 een grote rol speelt, is het hebben van tijd voor het kind. Zo vertelt ze:

Ik heb ook ouders die een tweeling hebben van 18 maanden en ook nog oudere kinderen, en die zeggen van ‘ik heb geen tijd om samen met de tweeling een boekje te lezen, ik moet ook fulltime werken, en opa is opgenomen in het ziekenhuis dus we hebben gewoon echt geen tijd (Participant 5, jeugdarts).

Ook dit is echter niet mee te nemen in een criterium, simpelweg omdat het niet te definiëren is. De professionals zijn zich er sterk van bewust dat er andere factoren een rol spelen, die niet in eerste instantie onder de criteria vallen. Wat verder nog genoemd wordt is dyslexie en/of laaggeletterdheid. Ook dat zou niet moeten worden meegenomen als criterium, vertelt participant 3 (jeugdverpleegkundige). Volgens haar komt dat vanzelf naar voren in het gesprek: “Je vraagt in dat contact naar opleiding en bijvoorbeeld ook naar ziektes en dingen die in de familie voorkomen, bijvoorbeeld laaggeletterdheid of dyslexie.”

Op maat werken

Wat vooral duidelijk naar voren komt, zowel bij de positieve ervaringen met het systeem als bij het onderwerp toeleidingscriteria, is dat de professionals van mening zijn dat er ruimte moet zijn voor eigen interpretatie. Zo komen uitspraken als ‘zó verschillend’ of ‘het moet natuurlijk wel aansluiten’ maar liefst 33 keer voor in de gesprekken. Het wordt erg duidelijk dat een VVE-indicatie voor het ene gezin, niet per definitie betekent dat het andere gezin met dezelfde factoren ook een VVE-indicatie nodig heeft. Een belangrijke boodschap daarbij is dan ook: “Bij twee jaar kijk ik ook vooral naar niet hoe het was geweest, maar of een kindje zich ontwikkeld” (participant 4, jeugdarts). Alle professionals geven aan dat ze per gezin en per situatie bekijken wat de beste oplossing zou zijn voor het kind. Zo kan het, bijvoorbeeld, ook maar zo zijn dat de ouders niet voldoen aan de criteria, maar het kind vervolgens de hele week bij andere mensen zit. Op die manier kan het kind dan toch risico lopen. Hoe de professionals er vooral in staan, is: kijk of het kind er baat bij heeft.

Meest voorkomende risicofactor

Alle professionals is gevraagd welke risicofactor zij denken dat het vaakst voorkomt en/of het meeste invloed heeft op het ontwikkelen van een blootstellingsachterstand. Welke risicofactor het meest voorkomt, is sterk afhankelijk van de locatie. Zo zal een professional in een arme buurt vaker kinderen met het criterium armoede zien dan een professional die werkzaam is in een rijke buurt. Er is dan ook geen eenduidig antwoord te geven op de vraag: “Welke risicofactor komt het meest

voor?” Ondanks dat er geen eenduidig antwoord gegeven wordt, wordt laag opleidingsniveau het vaakst genoemd als kanshebber.

Naarmate het langer over deze vraag ging, kwamen de professionals vaak tot de conclusie dat het een combinatie van risicofactoren is. Wanneer iemand laag opgeleid is, leeft die misschien ook in armoede, waardoor het stimuleren van je kind lastiger wordt. Een verklaring die daarvoor wordt gegeven, is dat de ouders dan vaak met andere dingen bezig zijn dan met het stimuleren en opvoeden van hun kind. Zo vertelt participant 6 (jeugdverpleegkundige): “Als er combinaties zijn van lage opleiding en ook nog niet-westers en armoede, dan zijn ouders zo met andere dingen bezig en ja dan weet je zeker dat hun kind het moeilijk gaat krijgen.”

Oorzaken en definitie blootstellingsachterstand

Wanneer de professionals gevraagd werd om een beschrijving te geven van een blootstellingsachterstand, kwamen daar verschillende definities uit. Het verschil zit vooral in de manier van benaderen. Zo antwoordde participant 2 (jeugdarts) dat voor haar een blootstellingsachterstand bestaat uit: “Onderstimulatie, dus niet of nauwelijks met je kind praten.”, maar antwoordde participant 3 (jeugdverpleegkundige): “Dat ze dus bijvoorbeeld kunnen voorlezen, en dingen aanwijzen en het benoemen. Of als ze met een kindje bezig zijn en dat ze alles benoemen van wat ze aan het doen zijn.” Als alle antwoorden vergeleken worden, komt daaruit dat onderstimulatie het begrip blootstellingsachterstand het best uitlegt. Deze onderstimulatie is dan vervolgens te verdelen in activiteiten, zoals weinig voorlezen of weinig liedjes zingen. Participant 6 (jeugdverpleegkundige) vatte dit samen in haar antwoord:

In mijn ogen houdt dat in dat een ouder eigenlijk het kindje onvoldoende kan bieden qua voorbeeld en niet goed weet hoe ie een kindje kan helpen in het creëren van de taal. Dus niet uit zichzelf boekjes gaat lezen of niet zo goed weet hoe ie dat moet doen of weinig praat met het kind, weinig onderneemt, weinig spelletjes doet. Ja, dat er eigenlijk van nature niet zo in

zich hebben en ook na uitleg het ook niet heel goed doet. Sommige moeten wat meer aan de hand genomen worden, wat meer voorbeeld hebben (Participant 6, jeugdverpleegkundige).

Als er vervolgens gekeken wordt naar de oorzaken van die onderstimulatie, afgezien van eventuele criteria, komt daar een hoop informatie naar boven. Antwoorden als “veel ouders weten het gewoon echt niet” (participant 1, jeugdverpleegkundige), “hoe ben je zelf opgevoed” (participant 2, jeugdarts) en “dat is niet in alle culturen heel gewoon om te doen” (participant 3, jeugdverpleegkundige) geven aan dat er talloze redenen kunnen zijn waarom er thuis sprake is van onderstimulatie.

Invloed van de wijk

De meningen over de invloed van de wijk waren erg verdeeld. Zo zeiden een aantal participanten dat op deze jonge leeftijd, nul tot twee jaar, de wijk nog geen echte invloed uitoefent. Wel waren ze het erover eens dat naarmate het kind ouder wordt, hoe groter de invloed van de wijk wordt. Dit kan op verschillende manieren, door bijvoorbeeld de kwaliteit van de basisschool, of door het buitenspelen met buurtgenoten.

Tevens werd genoemd dat het wel kan voorkomen dat er een clustering van risicovolle gezinnen in bepaalde wijken plaatsvindt. Echter, deze clustering is volgens de professionals te wijten aan factoren als veel sociale huurwoningen bij elkaar.

Verbeteringen huidige beleid

Aan de participanten is gevraagd welke verbeteringen of oplossingen er nog zouden moeten komen om dit beleid te verbeteren. Alle participanten waren het erover eens: het zou fijn zijn als het beleid voorlopig stabiel en hetzelfde blijft. De voordelen van aanpassingen weegt voor hen niet op tegen de nadelen. Toch zijn er een aantal dingen die nog verbeterd zouden kunnen worden in hun ogen. Zo blijkt uit de interviews dat een bibliotheek van enorme waarde wordt geschat bij het tegengaan of voorkomen van een blootstellingsachterstand. Mensen die het geld niet hebben, maar

ook mensen die het geld wél hebben, ervaren ontzettend veel voordelen van een bibliotheek. Het wordt op die manier laagdrempelig om met je kind een boekje te lezen. Een bijkomend voordeel is dat een ouder niet van tevoren hoeft te beslissen welk boekje wordt gekocht, maar kan er terplekke gekeken worden naar een leuk boekje. Ook kunnen er op die manier boekjes geleend worden die passen bij de leeftijd van hun kind, zonder dat je dit elke keer opnieuw hoeft te kopen. Er wordt ook voorgesteld om in de bibliotheek dan een aanspreekpunt te maken voor uitleg over hoe je je kind het best kunt voorlezen. Een verbetering die in ditzelfde straatje past, is een speeltheek. Ook hiervoor geldt dat ouders speelgoed kunnen lenen naar de leeftijd van hun kind, zonder dat ze dit elke keer opnieuw hoeven te kopen.

Een ander voorstel dat bij elke professional terugkwam, is het aanbieden van groepsconsulten. De professionals merken dat op zo'n groepsconsult, die dit jaar wegens corona niet door zijn gegaan, ouders ontzettend veel leren. Niet alleen van de jeugdverpleegkundige die daarbij loopt, maar ook juist van elkaar. Deze consulten zijn een bron van tips en netwerken, waardoor de ouders met en van elkaar leren over opvoeding en stimulatie. De frequentie van zulke consulten is niet besproken.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om het resultaat van de nieuwe manier van toeleiden naar de VVE te onderzoeken. Om dit te doen, werd er gekeken naar de risicofactoren van de kinderen, de woonplek van de kinderen en de ervaringen van de professionals. Eerder onderzoek heeft immers aangetoond dat verschillende factoren bijdragen aan het ontwikkelen van een (onderwijs)achterstand (e.g. Ferreira et al., 2018; Demir & Kuntay, 2014; Berkes et al., 2019). Wanneer zou blijken dat een specifieke risicofactor of bepaalde woonwijk veel zou terugkomen in de resultaten, zou dat reden kunnen zijn om andere interventies in te zetten.

Er werd verondersteld dat alle risicofactoren even vaak voor zouden komen bij de kinderen in VVE-traject deel 1. Echter, uit de kwantitatieve resultaten bleek dat armoede beduidend minder vaak

voorkwam dan de overige drie risicofactoren. Opvallend is dat armoede in eerder onderzoek werd genoemd als grote risicofactor (e.g. Amso et al., 2018; Lawson et al., 2017; Black et al., 2016). Bovendien vertelden de professionals dat armoede vaak voorkomt, wat niet overeenkomt met de kwantitatieve data. Het is opmerkelijk dat armoede zo weinig wordt geregistreerd. Een verklaring zou kunnen zijn dat de ouders van de kinderen niet eerlijk zijn over het leven in armoede. De verpleegkundigen zijn van tevoren niet op de hoogte van de status van de ouders, waardoor ouders informatie achterwegen zouden kunnen laten. De reden hiervoor zou sociale wenselijkheid kunnen zijn. Sociale wenselijkheid houdt in dat mensen hun situatie schetsen naar wenselijkheid van de maatschappij, in plaats van naar werkelijkheid (Bergen & Labonté, 2019). Dit houdt in dat de ouders hun financiële status mooier proberen te omschrijven dan het daadwerkelijk is en de armoede proberen te verzwijgen. Wanneer dit het geval is, zou het kunnen dat het werkelijke aantal van armoede hoger zou liggen dan uit dit onderzoek blijkt.

Ten tweede werd verondersteld dat 'opleidingsniveau' het vaakst voor zou komen bij de kinderen in VVE-traject deel 2. Zoals eerder onderzoek al stelde, is opleidingsniveau van groot belang bij het al dan niet ontwikkelen van een blootstellingsachterstand (e.g. González et al., 2020; Berkes et al., 2019; Rosen et al., 2018). Uit de kwantitatieve resultaten bleek hetzelfde. Opleidingsniveau werd het meest geregistreerd als reden tot toeleiding bij de kinderen in VVE-traject deel 2. Daarnaast bleek uit de interviews van de professionals dat zij een laag opleidingsniveau van de ouders beschouwen als grootste risicofactor. Dit betekent dat zowel de kwalitatieve resultaten als de kwantitatieve resultaten overeenkomen met de theorieën.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat het ontwikkelen van een achterstand vaak ontstaat door een combinatie aan (risico)factoren. Op basis van deze onderzoeken werd verwacht dat de kinderen die in eerste instantie worden toegeleid, en daarom deelnemen aan VVE-traject deel 1, gemiddeld meer risicofactoren zouden hebben dan de kinderen in VVE-traject deel 2. De resultaten van de kwantitatieve data bevestigen dit. De kinderen die deelnemen aan VVE-traject deel 1 hadden

gemiddeld aanzienlijk meer risicofactoren dan de kinderen in VVE-traject deel 2. Ook de professionals vertellen dat zij veelal gezinnen tegenkomen met meervoudige problematiek. Het is interessant dat de deelnemers van VVE-traject deel 2 gemiddeld minder risicofactoren hebben. Dit zou betekenen dat deze kinderen specifiekere risicofactoren hebben.

Uit de OAB-scan van Sardes kwam naar voren dat in Breda noordoost de meeste kinderen met risicofactoren wonen. Het werd dan ook verwacht dat bij beide VVE-trajecten de meeste kinderen uit Breda noordoost zouden komen. Echter, zo blijkt uit de resultaten, is dit bij beide VVE-trajecten niet het geval. Sterker nog, bij VVE-traject deel 2 kwamen vanuit de meeste kinderen uit Breda zuidwest. Bij VVE-traject deel 1 was de verdeling gelijk over de vier kwadranten. Ook de professionals gaven aan dat zij van mening zijn dat de problematiek zich vooral bevindt in Breda noord/noordoost. Het is erg opmerkelijk dat Breda noordoost niet als hoogste uit de analyse komt. Dit komt niet overeen met zowel het beeld van de professionals, als de eerder gedane OAB-scan. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de problematiek uit de OAB-scan zich pas voordoet op het moment dat de kinderen naar de basisschool gaan. Zoals de professionals al vertelden, zijn zij van mening dat de wijk op deze jonge leeftijd weinig invloed heeft op de ontwikkeling van het kind. Naarmate het kind ouder wordt, krijgt de wijk wel meer invloed, door bijvoorbeeld de kwaliteit van de school. Dit komt ook overeen met de theorie, die stelt dat omgevingsfactoren een rol spelen in het ontwikkelen van een achterstand (Smederevac et al., 2020; Christensen, 2016; Hart & Rosley, 2003; Silva, 2014). Bovendien blijkt uit dit onderzoek dat de kinderen in Breda noordoost niet meer risicofactoren hebben dan in andere kwadranten. Ook dit is niet in lijn met het beeld dat er is bij de professionals.

Daarnaast kunnen er conclusies worden getrokken uit de interviews van de professionals. Om te beginnen zijn de professionals over het algemeen positief over de huidige manier van toeleiden. Ze ervaren genoeg ruimte voor eigen interpretatie en vinden het goed dat er een veertien maanden consult is. Op die manier worden kinderen die de VVE niet nodig hebben, eruit gefilterd. Ook vinden

de professionals de toeleidingscriteria helder en alomvattend. Hier en daar kan er wat verwarring ontstaan wanneer een specifieke situatie zich voordoet, zoals een laagopgeleide ouder die met een extra diploma bezig is, maar dit wordt vaak binnen het team opgelost. De professionals zijn van mening dat extra criteria toevoegen niet helpt bij de toeleiding. Wel zijn ze van mening dat zichzelf en hun collega's zich ten alle tijden bewust moeten zijn van eventuele andere factoren die een rol kunnen spelen, zoals een depressie bij de ouder. Bovendien merken de professionals dat het toeleiden meer op maat werken is dan voorheen. Doordat zij nu een daadwerkelijke blootstellingsachterstand moeten vaststellen, moeten ze bij elk gezin opnieuw bekijken of VVE de beste oplossing is voor het kind. Dit wordt als fijn ervaren.

Tot slot zijn er een aantal suggesties gedaan om de huidige manier van toeleiden te verbeteren. De grootste suggestie is de bibliotheek en de speeltheek. De professionals zien erg veel voordelen van dit voorzieningen, omdat het laagdrempelig is en ouders van elkaar kunnen leren. Met dit laatste in het achterhoofd, wordt ook een andere suggestie vaak gedaan: groepsconsulten. Alle professionals zijn laaiend over groepsconsulten, omdat ze erg informatief en leerzaam zijn. Kinderen kunnen met elkaar spelen en ouders kunnen met elkaar praten over opvoeding en stimulering. Vooral voor ouders met een klein netwerk is dit ontzettend belangrijk.

Limitaties

De lezer moet er rekening mee houden dat slechts zes mensen zijn geïnterviewd voor dit onderzoek. Hierdoor is de betrouwbaarheid een stuk kleiner. Daarnaast konden de interviews wegens privacy niet worden gelinkt aan bepaalde kwadranten van de gemeente Breda. Voor vervolg onderzoek zou een grootschalig onderzoek met meer participanten per kwadrant erg relevant zijn. Omdat de kwadranten erg van elkaar verschillen, is het relevant om de resultaten te kunnen vertalen naar bepaalde kwadranten.

Daarnaast kunnen de resultaten een vertekend beeld geven wat betreft de kwadranten. Deze zijn niet in verhouding gezet tot, bijvoorbeeld, het totale aantal kinderen in een bepaald

kwadrant. Hierdoor kan er weinig gezegd worden over of het aantal kinderen in een kwadrant hoog of laag ligt ten opzichte van het totale aantal kinderen. Het zou voor vervolgonderzoek goed zijn om dit mee te nemen. Zo blijkt uit cijfers van het CBS dat er in 2019 meer kinderen geboren zijn in Breda zuid, dan in Breda noord. Daarnaast worden niet bij elke berekening dezelfde kwadranten gebruikt. Zelfs bij verschillende berekeningen van de gemeente worden andere kwadrantkaarten gebruikt. Ook dit zou kunnen bijdragen aan een vertekend beeld.

Implicaties en vervolgonderzoek

Dit onderzoek is belangrijk voor de evaluatie van de nieuwe manier van toeleiden. Het onderzoek geeft aan dat het niet nodig is om het huidige beleid te herzien, in tegendeel. Dit komt ook overeen met de eerder aangehaalde onderzoeken.

Voor vervolgonderzoek moet vooral gekeken worden naar de kwadranten. Het zou voor de gemeente erg nuttig zijn om te onderzoeken hoe het kan dat zo'n groot percentage van de kinderen van het VVE-traject woont in Breda zuidwest, terwijl Breda noordoost wordt omschreven als riskant kwadrant. Ook moet verder worden onderzocht hoe het kan dat, wanneer het over kinderen vanaf vier jaar gaat, Breda noordoost veel problematischer is dan wanneer het over kinderen onder vier jaar gaat. Wanneer dit duidelijk is, zou er gericht te werk kunnen worden gegaan.

Daarnaast kan onderzocht worden of het zinvol is om ouders met een laag opleidingsniveau een interventie aan te bieden die het risico voor hun kind reduceert. Hierbij kan worden gedacht aan uitleg over hoe je je kind leert lezen. Aangezien deze risicofactor het meest voorkomt bij de kinderen die daadwerkelijk worden toegeleid naar VVE-traject deel 2, is het interessant om te kijken of er een interventie is die ervoor zorgt dat de groep met deze risicofactor in VVE-traject deel 2 kleiner wordt.

Conclusie

Ondanks de limitaties, kan concluderend gesteld worden dat de nieuwe manier van toeleiden goed werkt binnen de gemeente. De professionals zijn erg positief en de kinderen die de hulp het hardst nodig hebben, krijgen die ook. Wel zijn er een aantal opvallende resultaten, bijvoorbeeld de

lage armoedecijfers en de normale frequenties in Breda noordoost. Al met al is de conclusie: ga hiermee verder, maar oordeel niet te snel.

Referenties

- Amso, D., Salhi, C., & Badre, D. (2018). The relationship between cognitive enrichment and cognitive control: A systematic investigation of environmental influences on development through socioeconomic status. *Developmental Psychobiology*, *61*(2), 159-178.
<https://doi.org/10.1002/dev.21794>
- Baker, E. H. (2014). Socioeconomic status, definition. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 2210-2214.
<https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs395>
- Berkes, J., Raikes, A., Bougen, A., & Filmer, D. (2019). Joint roles of parenting and nutritional status for child development: Evidence from rural Cambodia. *Development Science*, *22*(5).
<https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/desc.12874>
- Bergen, N., & Labonté, R. (2019). “Everything is perfect, and we have no problems”: Detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qualitative Health Research*, *30*(5), 783-792. doi:10.1177/1049732319889354
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., & Andersen, C. T. (2016). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *GHPC Articles*.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31389-7)
- Centraal Bureau Statistiek. (2019). *Onderwijskansen nationaal*. CBS Dashboards.
https://dashboards.cbs.nl/v1/onderwijskansen_180543/
- Centraal Bureau Statistiek. (2019). Kerncijfers wijken en buurten 2019. Retrieved from
<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2019/31/kerncijfers-wijken-en-buurten-2019>
- Christensen, J. (2016). A critical reflection of BRONFENBRENNER'S development ecology model. *Problems of Education in the 21st Century*, *69*(1), 22-28.
<https://doi.org/10.33225/pec/16.69.22>

- Demir, Ö. E., & Küntay, A. C. (2014). Cognitive and neural mechanisms underlying socioeconomic gradients in language development: New answers to old questions. *Child Development Perspectives*, 8(2), 113-118. <https://doi.org/10.1111/cdep.12069>
- Elango, S., García, J. L., Heckman, J. J., & Hojman, A. (2016). Early childhood education. In R. A. Moffitt (Ed.), *Economics of means-tested transfer programs in the United States* (pp. 235-297). University of Chicago Press.
- Ferreira, L., Godinez, I., Gabbard, C., Vieira, J. L., & Caçola, P. (2018). Motor development in school-age children is associated with the home environment including socioeconomic status. *Child: Care, Health and Development*, 44(6), 801-806. <https://doi.org/10.1111/cch.12606>
- Gemeente Amsterdam. (n.d.). *Indiceren en toeleiden van kinderen naar de voorschool*. <https://www.amsterdam.nl/sociaaldomein/onderwijs-leerplicht/vroegschoolse/indiceren-toeleiden/>
- Gemeente Rotterdam. (n.d.). *Indicatie extra spelen en leren*. Onderwijs010. <https://onderwijs010.nl/themas/voorschool/indicatie-extra-spelen-en-leren/>
- González, L., Cortés-Sancho, R., Murcia, M., Ballester, F., Rebagliato, M., & Rodríguez-Bernal, C. L. (2020). The role of parental social class, education, and unemployment on child cognitive development. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 51-60. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.014>
- Hart, B., & Risley, T. R. (2003). The early catastrophe. *Education Review*, 17(1), 110-118.
- Lawson, G. M., Hook, C. J., & Farah, M. J. (2017). A meta-analysis of the relationship between socioeconomic status and executive function performance among children. *Developmental Science*, 21(2), e12529. <https://doi.org/10.1111/desc.12529>
- Melhuish, E., Ereky-Stevens, K., Petrogiannis, K., Ariescu, A., Penderi, E., Rentzou, K., Tawell, A., Slot, P., Broekhuizen, M., & Leseman, P. (2015). *A review of research on the effects of Early Childhood Education and Care (ECEC) upon child development*. University of Oxford.

- Philbrook, L. E., Hinnant, J. B., Elmore-Staton, L., Buckhalt, J. A., & El-Sheikh, M. (2017). Sleep and cognitive functioning in childhood: Ethnicity, socioeconomic status, and sex as moderators. *Developmental Psychology*, *53*(7), 1276-1285.
<https://doi.org/10.1037/dev0000319>
- Rijksoverheid. (2016, June 6). *Kamerbrief voor- en voerschoolse educatie: Onderzoeksresultaten over effectiviteit*. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voerschoolse-en-voerschoolse-educatie/documenten/kamerstukken/2016/06/06/kamerbrief-voor-en-voerschoolse-educatie-onderzoeksresultaten-over-effectiviteit>
- Rijksoverheid. (n.d.). *Voerschoolse educatie*.
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voerschoolse-en-voerschoolse-educatie/voerschoolse-educatie>
- Rosen, M. L., Sheridan, M. A., Sambrook, K. A., Meltzoff, A. N., & McLaughlin, K. A. (2018). Socioeconomic disparities in academic achievement: A multi-modal investigation of neural mechanisms in children and adolescents. *NeuroImage*, *173*, 298-310.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.02.043>
- Smederevac, S., Mitrovic, D., Sadikovic, S., Riemann, R., Bratko, D., Prinz, M., & Budimlija, Z. (2020). Hereditary and environmental factors of the five-factor model traits: A cross-cultural study. *Personality and Individual Differences*, *162*.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109995>
- Sylva, K. (2014). The role of families and pre-school in educational disadvantage. *Oxford Review of Education*, *40*(6), 680-695. <https://doi.org/10.1080/03054985.2014.979581>
- Wysłowska, O., & Slot, P. L. (2020). Structural and process quality in early childhood education and care provisions in Poland and The Netherlands: A cross-national study using cluster analysis. *Early Education and Development*, *31*(4), 524-540.
<https://doi.org/10.1080/10409289.2020.1734908>

Appendix A Topicijst

De onderstaande onderwerpen zullen aan bod komen in de semi-gestructureerde interviews. De vragen die hierbij vermeld staan dienen als richtlijnen; in de interviews zelf zullen nog andere vragen worden gesteld waar nodig is.

Toeleiden

- Wat is uw mening over de nieuwe manier van toeleiden (sinds 2019)?
 - o Wat is het grootste verschil dat u merkt?

Blootstellingsachterstand

- Wat houdt een blootstellingsachterstand precies in?
 - o Wat zijn de gevolgen?
 - o Welke aspecten zijn er?
- Hoe wordt een blootstellingsachterstand vastgesteld?
 - o Hoe gaat dit in zijn werk?
 - o Worden de risicofactoren hierin meegenomen?
- Bent u van tevoren op de hoogte van de risicofactoren van het kind?
 - o Wat is de reden daarvoor?

Risicofactoren

- Wat is uw mening over de gekozen risicofactoren bij het toeleiden?
 - o Zijn ze helder, alomvattend?
 - o Zijn ze concreet genoeg?
 - o Missen er risicofactoren?
- Welke risicofactoren hebben er volgens u de meeste invloed?
 - o Hebben alle risicofactoren evenveel invloed?
- Wat is uw mening over het meenemen van de woonwijk van het kind?
 - o Denkt u dat opgroeien in een bepaalde wijk van invloed is?

Appendix B Transcripten

Transcript jeugdverpleegkundige (participant 1)

D: Wil je wat over je werk vertellen? Wat je doet, wat je functie is?

X: Uh ja, ik ben jeugdverpleegkundige en ik heb dan als aandachtsveld de vroege en voorschoolse educatie, maar ja, mijn werk bestaat uit heel veel preventieve taken in het algemeen he. Kinderen 0-4 jaar. Gaat over groei, ontwikkeling. Je hebt heel veel te maken met maatschappelijke invloeden; armoede, COVID. Dus we doen wat vaste dingen, op het consultatiebureau, alhoewel, die zijn nu ook weer wat anders onder invloed van COVID, maar we doen ook heel veel dingen op indicatie. Dus als een ouder extra aandacht nodig heeft, kan je ze extra laten komen of ze extra bellen of op huisbezoek. En vaak zit je nog in een werkgroep en krijg je allerlei scholingen. Het is heel divers.

D: Oke, en die vaste dingen waar je het over had, wat moet ik me daarbij voorstellen?

X: Ja het is dat je consultatiebureau doet eigenlijk, het vaste takenpakket. Dan komen ouders met kinderen op bepaalde leeftijd naar het bureau toe en dan onderzoek je ze, ondervraag je ze en je geeft ook vaccinaties. Elk gezin is natuurlijk weer anders, en we hebben ook veel te maken met armoede, vluchtelingen, mensen uit allerlei culturen. Mensen die niet willen vaccineren, dus het is niet saai.

D: En als we het dan hebben over de onderwerpen omtrent de VVE. In hoeverre bent u dan betrokken bij het toeleiden, de blootstellingsachterstand.

X: Ja kijk, elke jeugdarts in Breda, eigenlijk overal, elke jeugdverpleegkundige is erbij betrokken. Ik heb het dan als aandachtsveld, je houdt dan de laatste ontwikkelingen in de gaten, en dan geef je dan weer door aan een team. Dus je bent eigenlijk het team enthousiast aan het maken en dingen aan het opfrissen als er veranderingen zijn. Je zegt: 'hey, doe je dat eigenlijk wel, let je wel daar en daarop?'

D: En doe je dit werk al langer?

X: Ja al 32 jaar, haha

D: Ah oké, nee dat is fijn, want mijn eerste vraag gaat namelijk over de manier van toeleiden. Die is natuurlijk in 2019 veranderd en ik was eigenlijk benieuwd naar wat uw mening is over de manier van toeleiden t.o.v. hoe ie was.

X: Ja de manier van toeleiden weet ik niet of die precies is veranderd, maar de criteria zijn veranderd. En dat is eigenlijk wel goed. Nu moet je gewoon veel bewuster kijken. Maar het blijft in het algemeen best wel lastig, maar die criteria zijn best wel duidelijk geworden. Maar ook wel wat meer relevant, want eerst was het bij wijze van spreken dat het kindje van elke buitenlander naar de voorschool mocht. Nu zijn de criteria wel wat duidelijker en wat meer toegespitst op dingen.

D: Ja, en ervaar je dan wel nog steeds problemen? Heb je nog het idee dat het nog steeds niet helemaal 100% is?

X: ja het is gewoon best wel lastig. Soms voldoet een kindje wel aan de criteria, maar merk je toch aan de ouders dat ze toch best wel veel bezig zijn met de taal. Kijk en of je nou het ene gezin hebt of het andere, dat verschilt nog al. En dan ga ik gewoon overleggen met collega's en een coördinator en dan wordt er ook vaak gezegd van 'ga op je gevoel af'. Je hebt ook mensen die net niet voldoen aan de armoedegrens, en dan denk je toch 'ik gun het ze' of 'het zou toch goed zijn voor het kind'.

D: En in zulke gevallen wordt er dan gewoon overlegd en wordt er samen besloten of dat kind nog wordt toegeleid of niet?

X: Ja, ja. En je hebt natuurlijk met 14 maanden ook weer een beslismoment van 'gaat een kind naar zorgpad 2 van VVE' ook om te kijken van 'ja is dit nog wel de bedoeling'. En dat is ook wel een verandering die wel heel goed is hoor. Je wordt eigenlijk gedwongen om weer heel bewust te gaan kijken dan. Ja, dus dat is ook heel positief.

D: Ja dat levert wel veel op, kan ik me voorstellen. En is dat dan vooral in de zin van dat je in het begin toch net wat meer kinderen kan toeleiden, want er is toch nog wel een tweede check? Of juist dat er veel meer kinderen afvallen bij het tweede deel, omdat ze gewoon niet meer nodig hebben?

X: Ja er vallen wel meer kinderen af heb ik het idee. En kijk, ik zit natuurlijk in een wijk van Breda waar de minste kinderen voor VVE zijn.

D: Ja.

X: Ja, dat heb je misschien wel gemerkt. Dan denk je wel eens 'ben je het wel goed aan het doen?' omdat er zo weinig zijn. Maar ik denk dat we het zo wel goed doen hoor

D: Ja, het is leuk dat je dat zo opbrengt, want dat was inderdaad een vraag die ik later nog had willen stellen. Bij de risicofactoren wordt de woonplaats/woon omgeving eigenlijk niet als officieel criterium meegenomen. Nou heb ik binnen de organisaties gehoord dat dat toch ook wel van invloed zou kunnen zijn. Wat is jouw mening daarover?

X: Wat bedoel je precies?

D: Nou dat stel, je hebt bepaalde risicofactoren, maar je woont in een bepaalde factoren, dat dan de risicofactoren dan toch wat anders van invloed zijn, dan wanneer je misschien in een andere wijk woont waarvan bekend is van oke daar komen VVE indicaties veel voor?

X: Ja. Nou, volgens mij ligt het meer nu op het moment van in bepaalde wijken heb je gewoon heel veel goedkope woningen of sociale woningbouw, dus daar is een opeenhoping van, ja, armoede en ouders met lage opleidingen. Maar het kan best zijn dat je omgeving ook nog van invloed is. Maar ik denk dat dat eerste het belangrijkste is hoor.

D: Ja dus dat het meer ligt aan dat ze toevallig daar wonen en niet dat het elkaar nog versterkt?

X: Nee dat zou ik zo niet weten, nee.

D: En die blootstellingsachterstand, die wordt bij 14 maanden nog een keer gecheckt, of er ook daadwerkelijk een blootstellingsachterstand is of er een aanzienlijk risico op is. Op wat voor manier wordt dat vastgesteld? Want daar kon ik eigenlijk vrij weinig over vinden.

X: Ja sowieso kijk je natuurlijk bij elk consult voor die 14 maanden al hoe het gaat. Want wij doen preventie dus wij geven altijd al aan elke ouder heel veel informatie hoe je een kind kan stimuleren om te gaan praten, en gek gezegd ook dat een kind toch op tijd stukjes voedsel tot zich krijgt dat de tong en mond spieren sterk worden. Maar je kijkt bij 14 maanden ook weer naar de spraaktaalontwikkeling. Dus je kijkt naar of een kind achter loopt of niet, en je kijkt ook naar hoe de ouders ermee bezig zijn of niet. Dus boekjes voorlezen, liedjes zingen. Je hebt ook ouders die zeggen 'nou dat kind gaat vanzelf wel praten'. Maar die blootstellingsachterstand is vooral van hoe zijn ouders bezig met die spraak-taal.

D: Oke. En zijn er dan nog bepaalde criteria ook? Een soort tabel waar je in kan kijken van oke dit kan het kind wel, dit kan het kind niet?

X: Ja, ja. Dat is het Van Wiechenschema. Maar dan nog is het lastig. Het is een interpretatie ervan he, want als een kind net-net twee klanken kan, of papa en mama, dan is het allemaal net-net. Dus je kijkt ook of ouders er echt van doordrongen zijn dat ze zelf ook iets moeten doen, of dat ze denken van 'nou ja het kind zal wel gaan praten'. Dus het is ook je eigen inschatting.

D: Dus het is eigenlijk meer enerzijds echt de kenmerken van het kind zelf, maar anderzijds ook hoe de ouders ermee omgaan?

X: Ja, ja precies.

D: En is het dan ook, want ik kan me voorstellen dat er misschien ook wel kinderen zijn die eigenlijk wel op schema liggen, maar waarvan je bij de ouders toch merkt van 'ja, toch een nonchalante houding'. Hoe ga je daar dan mee om?

X: Ja heel veel ouders weten het gewoon echt niet. En je het gezinnen die hebben zoveel problemen, die kunnen er dan ook niet zo mee bezig zijn.

D: Ja, en dat zijn dan vooral problemen die niet met de kinderen te maken hebben?

X: Ja, maar het heeft wel effect op de kinderen. Maar armoede natuurlijk, maar bijvoorbeeld ook relatieproblemen of huiselijk geweld. Maar wij mogen trouwens ook een huisbezoek doen om een blootstellingsachterstand te controleren. Maar ik merk in de praktijk dat we daar geen erg in hebben en ik vind dat we het toch best goed kunnen inschatten, een blootstellingsachterstand of een risico erop. En anders gaan we gewoon overleggen. Want zoals ik al zei, die criteria, het is wel eens een grijs gebied ook. Dat ligt niet aan de criteria, hoor, dat blijf je gewoon houden.

D: Dat lijkt me nogal wat, om dan ineens iemand bij je thuis te hebben om te kijken van 'goh hoe gaat er hier aan toe'

X: Ja, maar dat is niet ineens. Dat bespreek je met de ouders en je kunt het ook op het bureau doen tijdens een afspraak, of een langere afspraak maken. Maar als het goed is dan ken je de ouders.

Trouwens, nu dat jij dat zegt, soms is het best wel lastig om met ouders te bespreken dat hun kindje in aanmerking komt voor de VVE, want dan zijn ze beledigd.

D: Ja, er hangt dan toch een soort stigma over, of niet?

X: Nou ja, als ik tegen iemand zeg 'uw kind komt daarvoor in aanmerking omdat u een lage opleiding heeft' dan zeggen ze 'nou ik kan heus wel mijn kind opvoeden hoor, ik kan hem echt wel leren praten'. Het is maar net hoe je het brengt.

D: Ja dat is begrijpelijk ook inderdaad. En zijn ouders dan over het algemeen wel heel meewerkend of komt het vaak voor dat ze zijn van 'oh dat is een vervelende opmerking'? Wat is de algemene reactie die je hierop krijgt?

X: Ja, dat ligt er maar net aan hoe je het brengt eigenlijk. Eigenlijk moeten wij dat op het eerste contact na de kraamtijd al brengen, maar ik doe vaak dat ik het op een ander moment doe, gewoon wat later. Als ik ze wat meer ken. Kijk, en hebben ze al een kind, dan is het makkelijker.

D: En als ik het me dan even goed inbeeld, dan is er dus een contact weer na de kraamtijd, en dan wordt er dus besproken van 'er zijn bepaalde risicofactoren, en daardoor komt uw kind in aanmerking voor de VVE'?

X: Ja. Nou ja, tijdens dat bezoek doe je heel veel andere dingen, maar dat zal ik nu niet vertellen. En dan komt dit ook aan de orde. Want je vraagt in dat contact naar opleiding en bijvoorbeeld ook naar ziektes en dingen die in de familie voorkomen, bijvoorbeeld laaggeletterdheid of dyslexie. Dat komt ook allemaal aan de orde. Maar je kunt er ook voor kiezen om dat stukje op een ander moment te doen, maar officieel is het zo dat je dat in het eerste contact doet na de kraamtijd.

D: Ja. En op het moment dat die 14 maanden check is, dan is degene die dat doet ook op de hoogte van de risicofactoren die op dat moment bij het gezin aanwezig zijn?

X: Als het goed is wel. Mensen kunnen natuurlijk een hoop verbloemen, die kunnen een hoop verbergen, maar als het goed is wel. Dan heb je al 14 maanden dat kind gevolgd. Het is natuurlijk ook belangrijk dat artsen en verpleegkundigen goed samenwerken. Dus dingen goed registreren, bespreken met elkaar.

D: En stel er zou een nieuwe manier komen en er zou op 14 maanden iemand komen die nog geen aanraking heeft gehad met het gezin, en daardoor nieuw erin staat en een frisse blik heeft. Wat zou je vinden van die manier?

X: Nou ja, een frisse blik is altijd goed. Wij werken heel solistisch, we zitten in zo'n gesprek vaak 1 op 1. Ik heb een stagiaire nu en dan merk ik dat je heel erg moet nadenken over je manier van werken. Maar aan de andere kant, mensen moeten dan wel weer hun vertrouwen geven aan een nieuw persoon, want dat gaat niet altijd alleen maar over de feiten, maar ook over een inschatting. Maar het kan allebei de kanten op gaan, een nieuwe blik kan ook wel eens fijn zijn. Maar ik ben niet zo voor, mijn eerste reactie is dan toch 'oh weer een ander erbij'. En de gezinnen waar het vaak om gaat die hebben al zoveel hulpverleners.

D: Worden risicofactoren misschien onbewust meegenomen, dus dat in het achterhoofd wordt gehouden van 'oh ja maar hij heeft ook deze risicofactor' en dat dat eigenlijk dubbel meespeelt met het vaststellen van een blootstellingsachterstand? Dat zou je voorkomen door een nieuw iemand te sturen.

X: Hoe bedoel je dan dubbel?

D: Nou ja ik kan me voorstellen dat als je vanuit onderzoeken weet dat armoede echt een heel duidelijke indicatie is en je komt dan bij het gezin thuis en je ziet ook dat er daadwerkelijk armoede is, maar vervolgens blijkt dat het kind best wel goed ontwikkelt en dat het kind geen achterstand heeft, en dat je dan toch nog een keer extra denkt van 'oh maar er was wel armoede dus misschien is het toch wel beter om het kind verder toe te leiden'.

X: Nou ik zie dat niet als extra, want dat risico zal blijven bestaan. Dat kindje zal, omdat er armoede is, waarschijnlijk ook niet naar de peutertuin gaan, want daar hebben ouders geen geld voor.

D: Komt dat vaak voor?

X: Ja.

D: En als u alle oplossingen zou hebben, wat zou je daar dan voor oplossing voor geven?

X: Ja, dat er een potje is. Dat kinderen toch kunnen gaan, maar wel dat het goed gecheckt wordt of het echt nodig is en of kinderen ook wel echt gaan. Dat zie je bij VVE ook wel hoor, dat kinderen toch niet gaan. Wat dat betreft is het ook wel een moeilijke groep hoor, dat ik denk van ja we stoppen er zoveel in, en soms zie je dan zo weinig resultaat over het algemeen.

D: En waar ligt dat dan aan?

X: Nou ouders hebben gewoon heel veel problemen, en ouders hebben vaak in hun eigen gezin, in hun opvoeding vaak niet geleerd om op tijd te komen en door te zetten. Je ziet natuurlijk vaak ook dat van de een op de andere generatie dat mensen hun opleiding niet afmaken, of van de ene naar de andere relatie gaan en iedere keer is er dan weer huiselijk geweld. Er is natuurlijk heel veel voor nodig als ouder zijnde om die cirkel te doorbreken. Ik denk ook vaak bij VVE, het heeft heel veel met vrouwen te maken, met moeders.

D: Ja?

X: Ja, hoe ze over zichzelf denken. Niet weer aan een relatie beginnen, niet weer aan een kind beginnen, maar gewoon eerst eens afmaken waar je mee begonnen bent. Dan merk ik dat we er van alles in kunnen blijven stoppen, maar ja, wat levert het op? Je moet ook echt de verbinding met ouders vinden, want anders dan zien ze voorschouwen bijvoorbeeld alleen maar als oppas.

D: Dat is eigenlijk wel zonde. Het is eigenlijk een heel mooi concept, de VVE.

X: Ja klopt, maar het moet natuurlijk wel aansluiten. Ik sta er wel helemaal achter hoor, maar ik denk wel steeds van 'ja, je moet er wel goed op blijven letten'.

D: Dus er valt wel nog veel op te behalen?

X: Ja.

D: Als ik dit zo hoor, komt het eigenlijk best wel vaak voor dat een gezin meerdere problemen heeft en niet alleen dat het kind een achterstand heeft. Dat er meerdere problemen zijn dan alleen die armoede, maar dat er achter de deur ook nog wel het een en ander speelt vaak.

X: Ja.

D: Dat is interessant, want in de data kom je eigenlijk vaak maar 1 risicofactor als reden voor toeleiden tegen. Wat me wel opviel, want ik was zelf in de veronderstelling dat bijvoorbeeld armoede en lage opleiding wel vaak samen gaat, maar dat kwam je eigenlijk relatief weinig tegen. Heb je een verklaring voor dat je in de praktijk merkt dat er eigenlijk meerdere problematiek is dan alleen armoede of blootstellingsachterstand, terwijl dat wel vaak als enige reden geregistreerd wordt.

X: Ja, ik weet niet hoe de percentages dan precies zijn. Er zijn natuurlijk ook genoeg VVE-kindjes waar ook echt alleen te weinig stimulering is. Maar je moet je voorstellen, wat ik net al zei, armoede bijvoorbeeld. Misschien werk je in de schoonmaak, ja dan heb je geen tijd om nog een opleiding te gaan doen. Vaak merk je dan ook dat ze niet aan anticonceptie doen of daar niet achteraan gaan, en dan meerdere kinderen krijgen enzovoort.

D: Ja.

X: En dan ook een partner treffen die in dezelfde laag van de samenleving zit.

D: Ja, want stel er is 1 ouder met een heel hoge opleiding en 1 ouder met geen of een lage opleiding, hoe wordt dat dan als risicofactor neergezet?

X: Ja officieel komt het kind dan in aanmerking voor VVE. Maar ik zelf denk dat van ik kijk bij 14 maanden wel of het nodig is. En weet je wat het is, allerlei dingen die bij de VVE horen. Ja hoe moet ik het zeggen, de informatie over bijvoorbeeld dat stukjes eten, oefenen, uit een beker drinken,

boekjes lezen. Ja, je merkt dat heel veel ouders waarvan de kinderen geen VVE indicatie hebben, ook heel veel informatie daarover moeten krijgen.

D: En zou het dan een oplossing zijn om daar bijvoorbeeld meer voorlichtingsavonden of een website voor op te zetten?

X: Nee. Het moet gewoon in de consulten blijven. Anders krijg je weer dat een bepaalde groep wel naar de website gaat en een andere groep niet.

D: Ah oke, ja. Maar er is dus eigenlijk best wel veel onwetendheid nog, als je daar komt?

X: Ja. Als je het hebt over een fopspeen dat weet je zeker dat je het er met de ouders over hebt gehad, dan heeft dat kind met 14 maanden nog steeds die speen en zijn ouders nog niet bezig met 'ja hoe kan ik het afleren'.

D: Is 14 maanden al het moment dat dat wordt afgeleerd, ja?

X: Veel eerder! Met 6 maanden al! Het speentje is alleen voor de eerste maand.

D: Ik was veel later joh!

X: Nee maar het is natuurlijk en, en, en he. Als je een lage opleiding hebt, zit je vaak in bepaalde wijken, daar hadden we het net al over. Dan heb je bepaalde vriendengroepen, bepaalde familie. Er is niemand in de familie die doorzet om een opleiding af te maken. Waarom zou je werken? Dus dan, of je nou in een juppen gezin een speentje lang gebruikt, dat is niet om te stigmatiseren. Maar het is vaak en, en, en.

D: Nee het is inderdaad vaak meerdere factoren die daaraan bijdragen natuurlijk.

X: Ja.

D: En als we het dan hebben over de risicofactoren die nu als criteria worden gebruikt, heb jij het idee dat alle risicofactoren even belangrijk zijn, dat ze evenveel invloed hebben? Of heb je een factor waarvan je denkt van 'ja, als dat er is, dan is het vaak toch wel belangrijk dat het kind wordt toegeleid.'

X: Ja... Ik denk lage opleiding.

D: Ja?

X: Ja. Ook als ouders uit een niet-Westers land komen. Maar dat is ook weer zó verschillend. Van de week kwam ik bij een vader uit Nederland en een moeder uit de Filipijnen. Die moeder sprak prima Engels, maar dat kind kwam dus in aanmerking voor de VVE. En dan denk ik van 'ja volgens mij gaat het prima met dit kind, met praten'. Het is ook verschillend uit welk land ze komen, en of beide ouders uit een ander land komen of een.

D: Ja, want hoe wordt daar dan mee omgegaan?

X: Ja ik kan alleen voor mezelf spreken. Ik ga dit wel met ouders bespreken, hoe zij erover denken. En als zij dan echt zeggen van 'oh nee dat is echt niet nodig', dan doe ik het niet. Maar ja, 0 tot 14 maanden, ja. Kijk bij VVE en als er geen corona is, dan doen we met 7 maanden een groepsconsult. Maar verder kan je heel veel informatie die je aan VVE kinderen kan geven ook aan andere ouders geven.

D: En als we het dan hebben over ouders met een andere komaf, wordt dat meegenomen? Bij de blootstellingsachterstand, gaat het dan over Nederlands leren, of over überhaupt een taal leren?

X: Nou ik weet niet precies wat je nu bedoelt, met 14 maanden?

D: Ja.

X: Nee in de moedertaal. Als het kindje daarin op tijd loopt, dan is het goed. Als het kind de moedertaal kan leren, kan ie ook Nederlands leren.

D: Oke. En stel het is een taal die helemaal niet op onze taal lijkt, bijvoorbeeld Arabisch of Chinees.

X: Ja, dat zijn er heel veel.

D: Ja. Ik kan me voorstellen dat als je dat moet beoordelen of dat op schema loopt of niet, dat lijkt me best wel lastig.

X: Ja, je moet dan echt op ouders afgaan. Op de informatie die zij geven. Soms moet je heel erg doorvragen, want er zijn natuurlijk ook culturen daar is praten en voordoen helemaal niet zo belangrijk, spelen is niet zo belangrijk. Dat is een hele andere cultuur, en dan moet je echt doorvragen van ‘wat zegt het kind dan? En zegt het kind het ook goed, of alleen wat klanken?’ Dus dat is heel vaak heel veel extra werk wat je erin stopt.

D: Ja. En zijn ouders dat altijd eerlijk in?

X: Ja dat zou ik niet weten. Dat weet ik niet.

D: Haha ja, maar op basis van hoe ze overkomen? Ik kan me voorstellen dat als je dat gaat verbloemen dat je toch net een andere houding hebt.

X: ja ja. Als het goed is ken je ouders al een tijdje, en je kan eventueel ook nog een extra consult doen. En buiten coronatijd kan je op huisbezoek of ja. Je hebt vaak wel een idee van wat ouders, uhm. Of ze de waarheid spreken of niet. Ja.

D: En zijn er nog risicofactoren die nu niet als criteria worden meegenomen maar waarvan jij toch in praktijk wel ziet dat het redelijk vaak voorkomt?

X: Nee zou ik zo niet weten.

D: Dus ze zijn wel alomvattend hoe ze nu zijn?

X: Ja dat dacht ik wel. Heb jij daar verder dan een idee over?

D: Nee, als alleen de woonplaats dat is iets wat vanuit de gemeente interessant is van 'goh als dat van invloed zou kunnen zijn, dan is dat voor ons als gemeente wel een ontdekking waarin we kunnen investeren'.

X: Ja. Nou ja als je dan toch kijkt, bijvoorbeeld in Noorderlicht is de bibliotheek weggehaald. Dan denk ik 'ja dat is hartstikke stom om in zo'n wijk de bieb weg te halen'. Nu hebben we in coronatijd geen koffieochtenden, terwijl dat voor ouders juist heel goed is. Voor de taal, maar ook dat ze andere ouders kunnen spreken en het over de opvoeding kunnen hebben. Ik was daar ook vaak, op zo'n koffieochtend. En dat is heel laagdrempelig. Daar kun je nu met corona niks aan doen, maar dat nou juist in zo'n wijk dan de bibliotheek wordt weggehaald.

D: En wat houden die koffieochtenden dan precies in?

X: Ja dan, er zit wel wat structuur in van dat kinderen eten en drinken met elkaar. Dat er liedjes worden gezongen of dat ze buiten gaan spelen of in de gymzaal iets gaan doen. Maar ouders kunnen elkaar er dan ook ontmoeten. Dat zijn een paar vrijwilligers van het Centrum voor Jeugd en Gezin.

D: Oke. Ik heb alles wel gehad wat ik wilde vragen. Het was een helder verhaal. Heb jij zelf nog iets wat je graag zou willen weten? Of iets waarvan je denkt 'dat is nog interessant, daar moet je nog even naar kijken.'

X: Ja ik merk wel dat, ook al hebben we het vaak met ouders over het traject van de VVE, dat het toch weer vaak nieuw voor ze is. We hebben natuurlijk wel met ouders te maken, ik heb van de week weer Dreumes Spel Thuis bezoeken gedaan, vaak wonen ouders hier al heel lang en spreken ze

toch de taal nog niet en begrijpen ze het ook niet. Ik vind het dan toch lastig om uhm, nou ja voor die ouders om een taalcursus te krijgen.

D: Oke.

X: Dus dat zijn twee dingen

D: Ja dus eigenlijk is het hele traject, voor de voorschool, dat daar meer kennis over komt bij de ouders?

X: Nou ja, ik denk dan altijd van 'wat kunnen wij eraan doen', want we noemen het echt al heel veel

D: Ja misschien dat er toch een soort schaamte hebben, dat er niet onderling wordt besproken van 'oh mijn kind gaat naar de voorschool'.

X: Ja en het is ook vaak dat ouders denken van 'wat kan ik krijgen'. Dan is dat vooral de opvang, en ze hebben eigenlijk geen erg in de informatie die we eigenlijk al geven naar aanleiding van VVE.

D: En Dreumes Spel Thuis, wanneer wordt dat ingezet?

X: Dan kijk je ook naar spraak-taal, met 14 maanden kijk je dan van is dat nodig. En ja, of ouders bezig zijn met de taal.

D: En is dat spel dan eigenlijk nog een tussenstap tussen de 14 maanden en de voorschool?

X: Nee, DST en peuterspel thuis is op bepaalde leeftijden. Dat is onderdeel van VVE-traject, maar dat is niet altijd nodig voor elk kind. Een kind heeft bijvoorbeeld DST gehad, maar dan wordt er al besloten van oh maar PST is niet nodig, want dit gaat eigenlijk zo goed of de ouders doen het zo goed. Want bij PST komt een student van Pedagogiek komt dan thuis met het kind spelen en dan vooral ook voor de ouders er zijn.

D: Ja. Maar ik moet het dus niet zien als vervanging voor de voorschool, maar het is een extraatje?

X: Ja.

D: Oke helder. Dan wil ik je nogmaals hartelijk bedanken voor je tijd.

Transcript jeugdarts (participant 2)

D: Kun je jezelf voorstellen?

X: Mijn naam is X, ik ben jeugdarts 0 tot 18 jaar in Breda. En ik krijg vooral de vraagstukken, als het gaat over de VVE, van uh 'mijn kind is 2 en ik wil graag dat hij naar de voorschool gaat'. En dan mag ik gaan beoordelen of ik vind dat dat ook een goede plek voor dat kind is.

D: Oke, dus bij het traject daarvoor ben je niet betrokken?

X: Nee, dat wordt meestal door de verpleegkundigen gedaan. Al die extra consulten worden door de verpleegkundigen geregeld, DST wordt door de verpleegkundigen geregeld. Of ja, die zorgen dan dat er een huisbezoek plaatsvindt samen met een stagiair. Dus daar ben ik verder niet echt bij betrokken. Ik zie de kinderen natuurlijk, ik heb het met ouders over uh, ik bekijk de ontwikkeling van kinderen. Dus ik hou daarmee de spraak-taalontwikkeling in de gaten. Ik weet niet of je al gehoord had van het Van Wiechenschema dat wij daarvoor gebruiken?

D: Ja, maar je mag gewoon vertellen alsof ik het nog niet weet, haha.

X: Het Van Wiechenschema bevat een stukje communicatie. En communicatie begint met 4 weken al met dat ze je aankijken op het moment dat je tegen ze begint te praten, dus dat ze echt op je stem reageren. En dat ontwikkelt zich steeds verder. 11 maanden vind ik altijd wel een heel leuke, omdat er dan echt meer communicatie is. Dan brabbelen ze ook, ze maken hele verhalen, je begrijpt er niks van maar ze maken hele verhalen. Ze zijn dan echt met je aan het communiceren. Dus als je iets aan ze vraagt, dan beginnen ze dat ook al te begrijpen. En als ze iets willen, dan beginnen ze dat ook echt al een beetje duidelijk te maken met gebaren. Vroeger was het punt altijd 'dag-dag zwaaien'. Dat is een paar jaar terug veranderd in communicatieve gebaren. Dat is wat breder getrokken, want communicatieve gebaren is niet alleen dag-dag zwaaien, maar 'klap eens in de handjes' is ook een

communicatief gebaar. De hiep-hiep-hoera is er ook eentje die, als ouders een beetje willen dat een kindje dat met een jaar al doet, ze het gaan oefenen. Eentje die ik heel mooi vind is, die heel standaard komt van kinderen, is handen omhoog opgepakt willen worden. Dat is iets wat ze heel snel leren van jongs af aan. Als ze gepakt willen worden dan gaat iemand naar ze grijpen en op een gegeven moment gaan ze dan ook mee pakken. Dat verandert dan rond de 11 maanden in een communicatie van 'als ik opgepakt wil worden, doe ik alvast m'n handen omhoog'.

D: Ja.

X: Ze gaan dan echt communiceren. Dat is dan mijn stukje dat ik ga beoordelen in die fase vóór de twee jaar, in het eerste jaar eigenlijk, want tussen 11 maanden en 2 jaar zie ik ze niet meer. Tenzij iets niet goed gaat. Dus dat is wel het stukje communicatie waar ik meekijk, maar het stukje doelgroep stellen, kijken of ze in aanmerking komen voor VVE, het eerste deel van VVE, dat doet allemaal de verpleegkundige. En daar hoef ik dan verder niet zo heel veel meer mee te doen, behalve kijken als ik ze met 5 maanden zie, tegen de assistente zeggen dat er met 7.5 maand ook een groepsconsult gepland moet worden. Nu doen we bij ons op de locatie geen groepsconsulten, maar dan plannen we een afspraak bij X (verpleegkundige), en dan gaat zij met ze in gesprek en geeft ze de informatie die ze anders tijdens het groepsconsult zouden krijgen.

D: Ja. En dat beoordelen of ze naar de voorschool kunnen en of dat een goede plek is, hoe gebeurt dat precies?

X: Dat is altijd een heel lastige vraag. Ze komen dan met 2 jaar bij mij. Dan heb ik gelukkig het Van Wiechen-taalonderzoek, wij hebben daar ook een richtlijn over taalontwikkeling en die loop ik dan met ouders en het kind door. En daar komen ook verwijscriteria uit. Blijkt nou dat ze inderdaad heel erg achter lopen, dan verwijzen we naar Kentalis. Dus dat betekent dat ze geen tweewoordzinnnetjes maken en soms wel lichaamsdelen aan kunnen wijzen, maar ook niet altijd. Of vaak niet. Dan horen ze thuis op het audiologisch centrum. Daar krijgen ze een volledig taalonderzoek en komen ze ook

niet in aanmerking op een voorschool. Want dan bestaat er ook een reële kans dat de voorschool niet de juiste locatie voor ze is. Na 3 maanden heb je de uitslag en dan laat ik ze even terug komen. Zegt het audiologisch centrum nou van 'hier is geen TOS', dan kunnen ze alsnog in aanmerking komen voor die voorschool, omdat dan taal in die periode ook meestal voldoende ontwikkeld is om te zeggen 'nou ze zijn nu wel meer zinnestjes gaan maken en meer gaan praten', dan komen ze wel in aanmerking daarvoor. Dat blijft wel het lastige. Zeker nu met corona hebben we een achterstand opgelopen wat betreft het zien van de twee jarigen, dus we zien ze niet altijd met twee jaar en om dan met 2,5 jaar een volledig verslag klaar te hebben liggen dat lukt niet altijd. En het lukt ook niet altijd omdat ouders niet willen. Ouders willen voorschool, die willen niet dat hun kind onderzocht wordt, die willen gewoon voorschool. En dan krijg ik argumenten van ouders die heel frustrerend zijn van 'ja ieder kind ontwikkelt zich op zijn eigen tempo'. Ja leuk, maar dit is de richtlijn en dit is de volgende stap. Vaak lukt het me wel om ze te verwijzen, maar ook dan kan er vertraging opgelopen worden, doordat ouders bijvoorbeeld de vragenlijst niet invullen en opsturen. Dus er zijn heel veel dingen die meespelen om die op tijd dat onderzoek bij het audiologisch centrum te laten starten. Het is wel fijn als je zo'n verslag hebt. De voorschool is er ook wel blij mee als er zo'n verslag ligt, dan weten ze gewoon net wat meer. Maar ja, het is aan ouders om er wel of niet aan deel te nemen, dat is geen verplichting.

D: Oke.

X: Maken ze wel zinnestjes en wijzen ze wel lichaamsdelen aan, dan hebben ze geen achterstand. Dus dan komen ze ook niet in aanmerking voor de VVE, want ze hebben geen achterstand.

D: Ja.

X: Dan kan er nog wel een risico bestaan op een blootstellingsachterstand, als je echt het vermoeden hebt dat ouders echt bijna niet met hun kinderen praten en dit eigenlijk gewoon geluk is dat het kind

wel praat. Maar eigenlijk is de regel dat als de ontwikkeling goed loopt, dan kan er geen sprake zijn van een blootstellingsachterstand, want ze praten.

D: Ja.

X: Dat zijn opties. Maken ze wel zinnetjes, maar kunnen ze geen lichaamsdelen aanwijzen, dan zie je vaak dat ze eigenlijk een klein beetje achterlopen. En dan komt inderdaad de spelvraag die bij onze taalontwikkeling zit. Daarmee kunnen we kijken van 'is hier sprake van een blootstellingsachterstand'. Dat is nog best een lastige, om echt goed uit te vragen van 'hoe speel je met je kind?' en 'is er dan ook echt sprake van gebruik van taal'. Want er zijn best wat ouders die hun kinderen gewoon voor de tv zetten, en dat is heel leuk, maar dat alleen is niet stimulerend. Willen de ouders nou ook echt iets bijdragen aan dat kind, dat moeten ze erbij gaan zitten en erover praten wat ze zien. Dat doen dan de meeste niet. Dus dan ga je vragen 'wat doe je verder nog? Doe je boekjes lezen, puzzeltjes maken en hoe loopt dat dan?' Dat is nog steeds de beste manier om uit te vragen van hoe stimulerend is het. En het helpt wel als ze in de spreekkamer al met het kind praten. Ik wacht ook wel eens in de wachtkamer. Dus voordat ik ze naar binnen haal, probeer ik dan even te wachten en even te kijken hoe is de interactie tussen ouder en kind? Wat zegt het kind daar al? want het komt heel vaak voor dat ze bij mij in de spreekkamer niks zeggen, maar in de wachtkamer wel al aan het praten was met mama. Nou, dat is ook goed. Dus daar begint het al. Soms heb ik de assistente, die komt dan al binnen en die zegt dan 'nou, moeder zat de hele tijd op de telefoon'. Dan kan je er wel vanuit gaan dat hier sprake is van een blootstellingsonderstimulatie. Als je zelfs al in de wachtkamer het kind niks geeft. Wij hebben in de wachtkamer eigenlijk heel weinig liggen qua speelgoed, want vanwege corona moeten we dat iedere keer schoonmaken dus dat hebben we achterwege gelaten. En dan zie je vaak dat ouders toch wel vaak een boekje zitten te lezen met de kinderen, en dan zie je gelijk van 'ja dit zit goed'.

D: Ja. En komt het ook wel eens voor dat ouders dus eigenlijk wel alles goed doen, maar dat het kind toch een achterstand heeft?

X: Dat kan, als ik echt het idee heb dat er voldoende blootstelling is, voldoende stimulering maar het kind loopt achter, dan heb je eigenlijk niet meer te maken met een blootstellingsachterstand, maar dan heb je meer kans dat er met het kind iets is. Dat kan een TOS zijn, maar dat kan ook ADHD of autisme zijn. Want ja, een ADHD'er heeft geen tijd om te leren praten en een ASS'er die heeft de interesse er niet in. Die redt zich wel, en die heeft zoiets van de taal heb ik nu niet nodig dus dat gebruik ik nu ook niet. Dus als de stimulatie goed lijkt, en het kind loopt toch achter, dan heb je vaak iets wat in het kind zit, dan heb je te maken met kindfactoren.

D: Ja. En die kinderen worden dan ook niet doorgestuurd naar de VVE, bedoel, naar de voorschool?

X: die komen meestal in aanmerking voor het taal audiologisch-centrum. Dus dat wordt daar gekeken naar de oorzaak, of in ieder geval een vermoeden. Want op de leeftijd van twee jaar kun je vaak nog niet spreken over een echte oorzaak, omdat ze daar te jong voor zijn. Maar dan komt er uit het verslag 'vermoedelijk een TOS' 'aanwijzingen voor ASS' 'weinig interesse, weinig stilzitten'.

D: Oke. In hoeverre ben jij dan wel bekend met het hele toeleidingstraject?

X: Ik heb er wel gewoon kennis van, dat moet ook. Zeker als ik een keer een kindje zie waarvan ik zoiets heb van waarom heeft deze geen VVE indicatie. Hebben het wel eens iedere keer als die regeltjes weer veranderen, dat het weer fout gaat, dat ik er weer eentje uitpik dat ik aan de verpleegkundige vraag 'waarom is dit geen VVE doelgroep' en dan kijken ze nog een keertje en dan is het vaak 'O, ja dat is er toch eentje'. Dus ik moet er toch van op de hoogte zijn. Het stukje niet-westerse, daar heb ik wel moeite mee, want welke landen vallen daar nou precies opzoeken. Die moet ik altijd even opzoeken. Ik vraag het dan ook altijd even na aan de verpleegkundige van 'hoe zit dit, vind jij ook dat dit niet-westers is?'. En meestal komen we er dan wel uit, en anders hebben

we altijd nog de VVE-coördinator die erbij kan helpen. Maar dat is wel een lastige, dat is ook een heel lange lijst met landen die daar dan onder vallen. Maar ik hou een beetje als algemene regel 'alles wat niet Engels sprekend is en dan Afrika, Azië en Zuid-Amerika volgens mij ook veel niet westers. En dan Europa is natuurlijk allemaal westers, en dan ligt de grens een beetje bij Turkije en Rusland zoiets.

D; Ja. En in 2019 zijn de criteria veranderd, dus de 14 maanden check is veranderd. Merk jij daar zelf verder in jouw werkveld ook wat van?

X: Ik hoef daar zelf erg weinig aandacht aan te besteden, alleen als ik een 14 maanden kindje zie. En ja, als daar een VVE indicatie bij zit, dan moet ik gaan kijken van 'wordt dit een vve deel 2 of niet'. En als ik zeg 'ik weet het nog niet helemaal' dan kan ik dat 18 maanden consult individueel op locatie doen.

D: Maar het is dus niet dat je veel meer kinderen hebt, of veel minder, of een specifieke groep juist?

X: Nee, eigenlijk niet

D: Oke. Bij 14 maanden wordt er gekeken of er een blootstellingsachterstand of een duidelijk risico op is, daar ben jij dan verder ook helemaal niet bij betrokken?

X: Meestal niet. De verpleegkundigen kunnen dat vaak heel goed zelf beoordelen. Het is niet vaak dat we daarover moeten overleggen of dit er eentje is of niet. Ik ben daar ook wel een klein beetje laagdrempelig in. Ik had laatst eentje en die had geen VVE indicatie, maar die moeder was in de spreekkamer zo snel tegen mij aan het praten. Dat ik nog iemand gebeld heb, van het audiologisch centrum, van 'hoe stimulerend is dit?' want als ze bij mij in de spreekkamer al zo snel praat, dan vermoed ik dat ze dat thuis ook doet. Hoeveel pikt een kind dan nog op? Ik denk niet dat zij in staat was zich aan te passen aan het niveau van het kind, wat veel mensen wel van zichzelf hebben. Je praat anders tegen een volwassene dan tegen een kind. En die heb ik uiteindelijk toch de VVE

indicatie gegeven, omdat ik toch iets had van ‘de moeder praat veel tegen het kind, maar of het kind daar ook iets van oppikte, daar had ik mijn twijfels bij’. En toen dacht ik van nou laten we het in ieder geval gewoon doen, maar dat was wel eentje waar ik wel zoiets had van ‘ja blootstellingsachterstand, dat gaat vaak over niet stimuleren, maar op de verkeerde manier stimuleren is natuurlijk ook iets’. Ik dacht dat het kind er wel baat bij had.

D: Ja, want als jij de definitie zou moeten geven van een blootstellingsachterstand, uit welke aspecten bestaat dat dan?

X: Onder stimulatie, dus niet of nauwelijks met je kind praten. Dat is een heel belangrijke. Dan heb je natuurlijk ook nog degenen die zo extreem zijn dat ze niet eens contact proberen te maken met het kind, dan is er vaak iets bij de ouder zelf aan de hand. Bijvoorbeeld een depressie of ASS. Het is een lastige, blootstellingsachterstand. Je hebt blootstellingsachterstand en risico op een blootstellingsachterstand. Als je echt een blootstellingsachterstand dan verwacht je bij iemand dat de spraak-taalontwikkeling ook echt laag is. Terwijl bij een risico op, dan kan de spraak-taalontwikkeling goed zijn, maar dan verwacht je dat het weinig gestimuleerd wordt. En ik denk dat het weinig stimuleren, dat staat er nu volgens mij ook wel in als blootstellingsachterstand, maar het foutief stimuleren of het niet effectief stimuleren, dat zou ook wel een goeie zijn om mee te nemen. Dat is waarschijnlijk wel lastiger om te beoordelen, maar wel een goeie om mee te nemen.

D: en je liet net al vallen dat, als de moeder bijvoorbeeld een depressie heeft, of andere problematiek, dat dat ook zou kunnen zorgen voor een BSA, maar dat wordt niet meegenomen in de criteria toch?

X: nee, klopt. Dat hoeft er ook niet per se in, want dat valt al onder de criteria van onder stimulatie. En wat daar de oorzaak van is, is niet relevant. Dus we hoeven dat niet binnen de definitie te hebben, maar we moeten ons als professionals er wel van bewust zijn dat als de ouder een depressie heeft, dat dat kan leiden tot een blootstellingsachterstand.

D: als we het dan toch over de risicofactoren hebben, zijn er factoren die je mist of zijn ze juist alomvattend hoe ze nu zijn?

X: Oh daar durf ik niets over te zeggen. Ik heb me daar niet zo in verdiept. Ik heb begrepen dat de factoren hoe ze er nu zo staan, dat ze gebaseerd zijn op onderzoeken. Ik heb ze gewoon voor waar aangenomen en ga ervanuit dat dat degelijke onderzoeken waren en ook met die uitslagen, dat niet-westerse ook uit hun onderzoek gekomen bleek.

D: Oke. In hoeverre denk jij dat de woonomgeving, dus de wijk of de plek waar het kind opgroeit, zou dat invloed kunnen hebben op blootstellingsachterstand of het risico erop?

X: omdat we het hebben over kinderen onder de 2 jaar, zit de ontwikkeling en de stimulatie echt in huis. Je ziet weinig kinderen die onder die 2 jaar, ja een keer voor oppas naar de grootouders, maar niet echt dat zij buiten gaan spelen om met andere in aanraking te komen. Nou, er zijn wel koffieochtenden, en die zijn vanwege corona allemaal afgezegd, en daar zitten wel heel veel voordelen aan. Zeker mensen met een klein netwerk, die konden daar wel terecht met vragen en daardoor heb je natuurlijk wel dat de ouders niet alleen van ons horen wat ze kunnen doen om te stimuleren, maar ook van andere ouders en het ook zien. Dus ik denk wel dat het meespeelt waar je vandaan komt, hoe groot je netwerk is, wie je om je heen hebt, maar ook gewoon hoe ben je zelf opgevoed. Ben je opgevoed in een stimulatierijke omgeving waar je eigenlijk van jongs af aan in aanraking komt met heel veel stimulatie en ziet hoe andere kleine kinderen anderen stimuleren, dat pik je op en neem je mee. Dus ik denk dat de omgeving wel iets meespeelt, zeker voor de mensen die bijvoorbeeld de Nederlandse taal niet beheersen zijn de koffiemomenten wel goed. Dat soort activiteiten zijn echt gericht op de ouders.

D: Daar komen de ouders samen dan?

X: Ja, daar komen de ouders samen, nemen de kinderen mee. Kinderen kunnen dan samen spelen. Meestal loopt daar X (verpleegkundige) rond, dat vond ik wel een goeie. Dan ben je zichtbaar, kan je snel problemen opsporen, ben je laagdrempeliger. Mensen vragen makkelijker dingen aan je. Dat is wel een hele goeie voor de mensen die wat missen. Dus op dat gebied wel, voor de kinderen zelf hoeft niet zo veel georganiseerd te worden onder de 2, want die doen toch niet zoveel. Een boekje voorlezen kan je beter 1 op 1 in een klein groepje doen, maar worden het al meer kinderen, dan kan je al niet meer aan elk kind evenveel aandacht geven. En dan zijn de kinderen die een slechte concentratie hebben, die ben je al kwijt en die missen dan toch informatie. Worden ze wat ouder, dan kunnen ze wat in grotere groepjes taal tot zich nemen, want dan kan je met z'n allen in een kringetje gaan zitten en kunnen ze ook in een kringetje blijven zitten, en kan je het verhaaltje voorlezen. Maar voor de 2 jaar is dat eigenlijk niet te doen. De tips die we dan ook geven, zijn ook de tips die op de website staan, daar staat ook in van je hoeft het boekje niet van A-Z uit te lezen, als je het door elkaar voorleest maakt dat niet uit. Dat is allemaal prima, dat mag met die kleintjes, als je maar tegen ze blijft praten en dingen blijft benoemen. Die kunnen toch vaak niet helemaal een verhaaltje uitlezen.

D: Nee, dat is waar. En een openbare voorziening als bijvoorbeeld een bibliotheek, maakt dat dan nog verschil?

X: Dat is een heel goeie, zeker voor mensen die het zelf niet zo breed hebben en niet zoveel boekjes in huis hebben. Dat is voor de kinderen gratis, dus de ouders kunnen daar een boekje halen en kunnen daar ook wat tips krijgen van 'hoe doe je dat dan?'. Ik heb een aantal jaar terug een keer een moeder gehad, die wilde niet voorlezen want die had dyslexie. En toen dacht ik van 'ja dat maakt voor dit kind nog niet uit, je hoeft niet per se het verhaaltje voor te lezen, verzin zelf een verhaaltje of bespreek de plaatjes. Ik heb zelfs een keer een tip gezien van maak zelf een boekje, van foto's en

verzin je eigen verhaaltje erbij. Of spullen die in je eigen huis staan, of familieleden. Maak daar een boekje van en oefen de namen. Dat helpt al heel veel. Het hoeft geen echt verhaaltje te zijn.

D: en als je dan in je achterhoofd houdt, een van de risicofactoren is dan armoede, speelt dat dan nog een rol in hoeverre mensen iets thuis hebben? Bijvoorbeeld speelgoed of boekjes, of zou dat niet moeten uitmaken want er staat toch altijd wel iets in huis?

X: Armoede speelt op verschillende vlakken. Aan de ene kant hebben ze weinig speelgoed in huis, waardoor een kind ook wel ondergestimuleerd wordt. Een kind is ook echt wel tevreden met iets heel kleins, maar je wil juist de volgende stappen maken, dus je hebt wel ook speelgoed nodig dat past bij de leeftijd. Dat hoeft niet heel veel te zijn, maar je hebt het wel nodig. Blokken hebben eigenlijk alle kinderen wel nodig. Je hebt verschillende speelgoedvormen voor kinderen, een puzzeltje. Daar leren ze wel heel veel van. Je hoeft niet heel veel in huis te hebben, maar wel iets. Dus dat is wel iets dat bij armoede meespeelt, dat zie je wel vaak. En vaak zie je bij armoede dat ouders wat meer werken, het wat drukker hebben, wat meer zorgen hebben, waardoor ze zelf ook weinig tijd en energie hebben om hun kinderen te stimuleren. Dat speelt op meerdere vlakken. Dat wil niet zeggen dat iemand die leeft in armoede het niet kan, en sommigen zullen het ook gewoon prima doen, maar het risico is er wel groter.

D: Ja. En is er nog een factor waarvan jij denkt dat de invloed het grootst is?

X: Eentje die geen officiële risicofactor is, maar wel zou kunnen zijn, is grote gezinnen. Ben jij het 8^{ste} kind in een gezin, ja dan moet je mee met het gezin, ouders hebben het vaak al druk. Wat je vroeger vaak zag is dat oudere kinderen meer moeten doen, wat ook niet optimaal is want die zijn zelf nog aan het leren. Grote gezinnen zie je niet meer zo heel vaak in deze tijd, maar er zijn er nog el een paar. Dan loop je als jongste toch het risico om ondergestimuleerd te raken. Ook omdat je vaak zoveel hulpjes om je heen hebt, dat je maar hoeft te wijzen en dan wordt het gebracht. Mijn zusje deed dat ook vroeger, dus die had het ook heel makkelijk. En een tweede kind of een zesde of

een achtste, het kan soms positief uitpakken, dat ze juist heel veel vragen, maar ik hoor het ook aan de andere kant. Dat de ouders zo graag willen helpen en er zo graag willen zijn voor de kleine, dat ze juist te veel dingen voor hem doen, waardoor ie zelf niks meer hoeft te doen en daardoor ondergestimuleerd raakt.

D: en denk je dan dat dat meegenomen zou moeten worden bij de criteria?

X: ik denk niet dat daar een goede argumentatie voor is, eerlijk gezegd. Ook omdat het niet zo vaak voorkomt. Echt die heel grote gezinnen zie je gewoon niet zo heel vaak meer. En dat bij die kleinere gezinnen, bij de tweede die dat dan ook wel heeft omdat die oudste zo graag wil helpen, daar kan je als ouder nog wel op inspelen van 'laat hem maar even, laat hem maar even moeilijk doen en laat hem maar even proberen. Of vraag juist van wat wil je'. Dus daar kan de ouders nog wel op inspelen.

D: en zijn er nog andere factoren die nog niet al risicofactor worden bestempeld maar eigenlijk toch wel invloed hebben, of een risicofactor zou kunnen zijn?

X: er zijn heel veel dingen die nog wel risicofactoren kunnen zijn, bijvoorbeeld ouders die heel veel werken. Maar als ouders allebei 40 uur werken in de week, dan betekent dat dat het kind niet opgevoed wordt door ouders, maar door... en dan afhankelijk van waar het kind naartoe gaat, kan dat een gastouder of KDV zijn, maar het kan ook zijn dat het kind elke dag bij een ander zit. En dan kan een ouder nog hoogopgeleid zijn en de kwaliteiten en capaciteiten hebben, maar er gewoon de tijd niet voor hebben doordat ze zoveel werken.

D: Ja.

X: Dat is er wel eentje. Laatst heb ik twee Chinese gezinnen gezien die allebei niet zelf hun kinderen opvoeden, het kind is de hele week bij opa en oma. En ik heb dan ook geen idee hoe het daar thuis gaat, en zij zelf ook niet want zij zijn daar niet bij. Daar kwam ik een tijdje terug achter, dat was een

erg bijzondere situatie voor onze normen. Maar in China is dat heel normaal, dat je je kind laat opvoeden door je ouders.

D: En als jij met 2 jaar moet beoordelen hoe het kind zich ontwikkeld heeft, in hoeverre moet je je dan nog aanpassen aan de taal die het kind spreekt? Kan me voorstellen dat het heel anders kan gaan wanneer het kind Arabisch spreekt in plaats van Nederlands?

X: Ja, de algemene regel is dat als het kind zich goed ontwikkelt in zijn moedertaal, dat hij zich ook goed zal kunnen ontwikkelen in een tweede taal. Dat is ook een beetje het idee achter die TOS. Als je echt een TOS hebt, dan kan je geen talen oppikken, dus ook niet je moedertaal. Ik zeg dat ook wel tegen de ouders van 'je moet gewoon je moedertaal aanbieden, want dat is de taal die je het beste beheerst'. Het vervelende is alleen dat het beoordelen van de spraak-taalontwikkeling is altijd heel lastig om dat met handen en voeten te doen. Dan heb ik wel meer dan eens een tolk moeten inschakelen. Of echt een officiële tolk of een assistente, of informeel dat ze zelf een buurvrouw meenemen. Maar daar kunnen we niet goed een beeld krijgen met wat ik alleen bij ouders eruit krijg, omdat we dus niet dezelfde taal spreken.

D: Ja, dat lijkt me inderdaad erg lastig om zoiets dan te moeten beoordelen terwijl je de taal niet of nauwelijks spreekt. Zeker als het een taal is die echt totaal niet op onze eigen taal lijkt.

X: Ja, stel je hebt een bijvoorbeeld een Latijnse of Germaanse taal, dan pik ik er nog wel wat uit. Dan kan ik ook nog wel zien van 'oke dit waren wel twee verschillende woordjes'. Dan check ik nog wel eens bij ouders van 'wat zei ie nou', maar als het inderdaad wat lastigere talen zijn zoals Chinees of Arabisch. Dan kan ik echt niet meer bedenken of het nou twee woorden zijn. Dan wil ik nog wel eens zeggen van 'nou hij praat heel veel, ik verstond er niks van, wat zei ie?'

D: Maar het maakt dus ook niks uit als het kind nog helemaal niks van Nederlands spreekt?

X: Nee, dat kunnen we ook niet beoordelen op een leeftijd van 2, omdat het kind dan vaak alleen met de moeder thuis zijn, en vaak alleen de moedertaal spreken. Dat zou niet eerlijk zijn als dan beoordeeld wordt op het Nederlands.

D: Nee, mee eens. Zijn er nog dingen waarvan jij zelf zegt van ‘dat is nog interessant om naar te kijken’ of dingen die je zelf graag nog zou willen weten?

X: Nee, opzich is het allemaal wel duidelijk. Het enige waar we tegenaan lopen is dat de gemeente een keer in de zoveel tijd de regels aanpast, soms omdat het moest, bijvoorbeeld met de 10 naar 16 uur, en dat heeft dan weer gevolgen voor wie er wel en niet naartoe mag. En daar lopen wij dan weer tegenaan. Dat is soms wel frustrerend want een aantal jaren terug, als je dan een van de ouder geen Nederlands sprak, dan mocht je kind naar de voorschool. Die is eruit gehaald, dat mag niet meer, dus die ouders hadden iets van ‘maar mijn oudste mocht wel naar de voorschool, waarom deze niet?’. Dan moet ik praten als Brugman om dat weer goed te krijgen, en dan te hopen dat ze nog steeds een goede relatie met mij hebben en nog steeds bij mij langs willen komen. Dat is soms frustrerend en daar lopen wij, maar ook ouders tegenaan.

D: is de voorschool dan over het algemeen wel in trek? Is het iets wat mensen als positiefs zien?

X: Nou, mensen hebben het nog niet door, maar voorheen was het gratis. De peuterspeelzaal moesten ze gewoon betalen, en de voorschool was gratis. Dus ja, dan willen ze wel want dan heven ze niet te betalen. En dat dat dan misschien niet het beste voor hun kind is, dat doet er dan niet zo toe, want het is gratis.

D: Dat is inderdaad ook wat ik vaker hoor bij de gemeente, dat mensen het echt als opvang gebruiken. Ik snapte eerst niet helemaal wat daarmee bedoeld werd, maar nu snap ik de vergelijking inderdaad.

X: Ja, nu hebben ze een eigen bijdrage. Dat heeft weer een negatieve invloed op hoeveel mensen er gebruik van maken. Ik geloof dat er bij ons in de wijk nu 2 hebben die er geen gebruik van willen maken, omdat het geld kost. Terwijl ik had begrepen dat de regeling zo was dat het inkomensafhankelijk is, dus dat iedereen in staat moet zijn om het te betalen. Dus dat is nog niet helemaal goed gecommuniceerd met ouders, denk ik. Er gaat iets niet helemaal goed.

D: ja, ik kan me voorstellen dat als je sowieso al niet veel hebt dat je bij alles 3x moet nadenken of je het daar wel aan wil uitgeven. En als dan de urgentie niet duidelijk is, dan haken ze misschien af. Nee, oke, dan heb ik verder geen vragen meer, het was een helder verhaal. Dan wil ik je nogmaals bedanken voor je tijd.

Transcript jeugdverpleegkundige (participant 3)

D: Je bent werkzaam sinds september, vertelde je. Hoe bekend ben je met de manier van toeleiden vóór 2019?

X: Nee, helemaal niks.

D: Oke, dat geeft helemaal niks, dan slaan we die vraag over. En wat zijn je werkzaamheden zo doordeeweeks?

X: Ik heb bijvoorbeeld bureau, dat wil dus zeggen dat de ouders dan een consult hebben. Net in welke leeftijdsfase dat ze zitten, daar worden iedere keer nieuwe afspraken voor gemaakt.

Bijvoorbeeld voor de vaccinaties, of opvoedkundige vragen, of ze hebben vragen over voeding. Er komt eigenlijk van alles voorbij, en we kijken samen met de ouders wat er nodig is en desnoods zijn er andere disciplines nodig. Dus dat is gewoon per keer kijken. En verder word ik ook ingewerkt als VVE verpleegkundige. Het is de bedoeling dat ik dat vanaf September zelfstandig ga doen. Maar nu zie ik al kindjes die voor VVE in aanmerking komen. En verder, sinds kort werk ik ook in de chat functie. Daar maken ouders ook heel veel gebruik van. Als ouders een vraag hebben, dan kunnen ze die daar stellen en dan staan wij klaar.

D: Oke, dus veel verschillende taken.

X: Ja, heel leuk!

D: Ja heel divers.

X: Ja, en huisbezoeken ook.

D: Oke. En als je in je eigen woorden zou moeten omschrijven wat een bloostellingsachterstand inhoudt, hoe zou je dat dan omschrijven?

X: Bijvoorbeeld dat de ouders niet in staat zijn, of het misschien zelf lastig vinden, om hun kinderen daarin te begeleiden. Dat ze dus bijvoorbeeld kunnen voorlezen, en dingen aanwijzen en het benoemen. Of als ze met een kindje bezig zijn en dat ze alles benoemen van wat ze aan het doen zijn. Dat is niet in alle culturen heel gewoon om dat te doen. Dat is bijvoorbeeld dus een blootstellingsachterstand. Dat kan dan zitten in het land waar ze vandaan komen, als ze bijvoorbeeld een niet-Westerse achtergrond hebben bijvoorbeeld. Of het opleidingsniveau, daar wordt nou naar gekeken. Of er bijvoorbeeld armoede is misschien. Dus dat zijn allemaal kenmerken die erop kunnen wijzen, op een blootstellingsachterstand.

D: Ja. En wat zouden de gevolgen zijn daarvan, als een kind een blootstellingsachterstand heeft?

X: Nou ja, dat 'ie gewoon een stuk minder woordenschat heeft. Dat 'ie bijvoorbeeld later minder makkelijk aan werk zou kunnen komen, dat is wel een héél stuk verder natuurlijk. Of opleiding, dat is toch wat lastiger dan.

D: Oke. En het vaststellen van een blootstellingsachterstand, ben jij daar zelf als verpleegkundige bij betrokken?

X: Ja. Daar zijn vaste consultmomenten voor. Normaal gesproken tijdens de intake, dus als het kind net in beeld is, dan kijken we dat altijd na en bespreken we het. Waar ze vandaan komen, en als ze bijvoorbeeld zeggen van 'ik heb dyslexie', misschien zit daar meer achter dan, hè. En mocht er dan een bepaald risico zijn, dan wordt er een zorgpad uitgezet. Dat kan ook op een later moment aangemaakt worden. Er wordt dan per keer gekeken van 'waar zit het kindje en is er misschien meer nodig'.

D: En je liet het net al even vallen, als er een kind verhuist naar de gemeente, dan is er ook een nieuw consult. En normaal zijn die consulten bij 0 en bij 14 maanden wordt dan dat vastgesteld ja of

nee. Stel het kind zit er precies tussenin, hoe wordt daar dan mee omgegaan? Dus stel het kind is 7 maanden, onder welk consult valt dat dan? Wordt dat gewoon gezien als eerste consult?

X: Ja, klopt. Er wordt dan inderdaad gewoon weer opnieuw naar gekeken. Als ze werken op dezelfde wijze, dat het al ergens in staat in het dossier, dat kan ook. En anders wordt er inderdaad opnieuw naar gekeken.

D: En het vaststellen zelf, hoe gaat dat precies in z'n werking?

X: Je komt het eigenlijk vanzelf tegen tijdens het invullen van dossier. Daar staat dan bijvoorbeeld in van 'bij de intake is er sprake van armoede' bijvoorbeeld. Of komen ze uit een niet-Westers land. Ja, er zijn er 4 he.

D: Ja, opleidingsniveau en risico op blootstellingsachterstand

X: Ja. Dat vul je dan in, dan maak je het zorgpad aan. Dan later komt het weer terug. Dus als het kindje nieuw is, vanaf 7,5 maand bv, dan komt het vanzelf ook weer met 14 maanden ook terug bijvoorbeeld.

- *Verbinding viel weg* –

X: Hij viel even weg, sorry.

D: Dat geeft niks.

X: Ja, ik ben nou bij m'n moeder en de internetverbinding...

D: Dat maakt niet uit, dat geeft niet. Als we het dan toch over de risicofactoren hebben he, die worden gebruikt als criteria voor het krijgen van een indicatie of niet. Wat is dan jouw mening over de risicofactoren? Zijn ze helder, alomvattend? Mist er nog iets? Zou er nog iets extra's bij kunnen zitten?

X: Waar wij met de VVE-verpleegkundigen het over hebben gehad, vooral die van armoede. De Breda-pashouders, dat sommigen dan uiteindelijk, want op een gegeven moment moeten ze dan een eigen bijdrage gaan betalen he, als ze naar de voorschool gaan. Sommige ouders hebben zelfs daar het geld niet voor, voor die eigen bijdrage. Toen is er op een gegeven moment gesproken van 'ja dan kunnen ze er toch niet aan deelnemen'. Dus dat was een beetje van ja, het is dus een risicofactor maar uiteindelijk, ja...

D: Ja. Een beetje krom is het.

X: Ja, klopt. Toen heb ik met de manager gesproken en die gaf aan dat uiteindelijk toch een gedeelte door de gemeente wordt betaald, is afgesproken.

D: Oke. En is armoede dan bijvoorbeeld iets wat je echt vaak terug ziet komen? Of is het redelijk goed verdeeld over de risicofactoren, of zijn het juist vaak combinaties?

X: Ja het zijn inderdaad vaak veel combinaties. Zeker in Hoge Vught zijn het toch wel multiproblemen daar. Dus meestal zijn het wel zoals je zegt, meerdere risicofactoren ja. Het komt niet heel vaak voor dat er alleen armoede is.

D: Nee, en ook niet dat het een andere risicofactor op zichzelf is?

X: Nee, inderdaad. Nee, het is meestal wel een combinatie

D: Oke. En zijn de risicofactoren concreet genoeg, als in, heb je wel eens situaties waarin je denkt van 'ja dit hoort er officieel niet bij, maar ik denk toch dat het er wel bij hoort'?

X: Ja, dat wordt dan van de risicofactor niet-Westerse achtergrond. Ja...

D: Dan krijg je de vraag wat is niet-Westers?

X: Ja, ja. Dat is niet heel helder. Volgens mij mag het officieel ook niet meer.

D: Ja dat is recent inderdaad, dat hoorde ik laatst al in een interview.

X: Ja. Dat zou inderdaad wel een helderdere, ja, ik weet ook niet wat je er anders dan van zou kunnen maken... Dat is ook wel lastig ja.

D: Ja, want het lijkt me wel dat het er niet voor niks bijgevoegd is, dat het wel relevant is.

X: Ja, ja... Ja. Dus ik denk dat dat wel, maar verder, ja, opleidingsniveau is wel duidelijk. Hoge opleiding is na niveau 2 van mbo. En dan is het wel van ja, stel iemand is bezig met een opleiding van niveau 3, op dat moment is ze dan dus nog niveau 2 en dan eigenlijk is ze wel nog, ja, risico.

D: Ja. En is daar dan begrip voor vanuit de ouders, als je zo'n situatie hebt en je zegt van 'officieel is het nog niveau 2, dus geven we een indicatie'.

X: Ja, eigenlijk wel. Dat krijgen we wel goed uitgelegd, ja.

D: Dat is fijn. En bij armoede, zijn mensen daar open over? Of komt het ook wel vaker voor dat het verzwegen wordt of iets?

X: Nee, dan moeten we inderdaad wel echt doorvragen van, als bijvoorbeeld ze zeggen van 'ja we hebben het niet breed', dan moeten we wel doorvragen van 'wat bedoel je daar precies mee' en 'heb je dan een Breda-pas'. En is er dan verder nog hulp, want kan me voorstellen dat je daar nog meer hulp voor nodig hebt, als je een gezin hebt. Dus nee, dat is vooral heel goed uitvragen, ja.

D: Nee. Want jullie zijn niet van te voren op de hoogte of iemand een Breda-pas heeft of niet?

X: Nee, nee. Dat moeten ze echt zelf aangeven.

D: En wat is daar de reden van? Heeft dat te maken met privacy?

X: Ja... Ja dat is gewoon niet, ja...

D: Niet gecommuniceerd naar jullie toe?

X: Nee.

D: Zou dat helpen, als dat wel gecommuniceerd wel?

X: Ja, wel. Dan ben je al een hele stap verder, en dan kan je ze ook op andere manieren helpen. Dan ben je eigenlijk al heel wat stuk verder.

D: Ja, en het lijkt me misschien voor de cliënten ook wel een stuk fijner, dan hoef je het ongemakkelijke gesprek niet aan te gaan, er een beetje omheen te draaien.

X: Ja. Dat zou wel een stuk fijner zijn, ja.

D: Ja, jammer dan dat dat niet gecommuniceerd wordt. Je zou zeggen, jullie hebben al zoveel privacygevoelige informatie...

X: Ja. Nee, dat wordt nog niet gedaan. Is wel een goed idee.

D: En zijn er nog andere risicofactoren waarvan je denkt 'ja dat zou eigenlijk wel eens onderzocht kunnen worden', ervanuit gaande dat dat nog niet is gebeurd?

X: Ja, daar hebben we dan laatst ook een scholing over gehad. Want ja, normaal vullen we dan in 'dyslexie' en stelden we niet verder de vraag van 'waar heb je dan precies moeite mee?'. Dus we hebben echt een scholing over laaggeletterdheid gehad, dus dat maakt dan ook meer bewust, dat er soms ook meer achter kan zitten, achter dyslexie. Ja... Wat vroeg je ook alweer?

D: Zou dat bijvoorbeeld ook als criteria meegenomen moeten worden?

X: Ja, ja, ja. Dan op de scholing zijn we ons daar wel van bewust, maar ik denk wel als er straks weer nieuwe collega's, dan ja, dat dat wel zichtbaar kan zijn in het dossier. Dat is wel handig, ja.

D: Oke. En heb je het idee dat er een risicofactor is die de meeste invloed heeft, of het vaakst voorkomt?

X: Ja, nee. Wat ik toch wel zie is dat inderdaad opleidingsniveau, want je kijkt toch naar een verzorgende ouder. Ja, dat zijn vaak thuismoeders, in deze wijk dan he. Maar in een andere wijk is dat weer absoluut niet, natuurlijk. Ik denk dat opleidingsniveau eigenlijk het vaakst voorkomt, en niet-westerse achtergrond ook.

D: En, heb je het idee dat bijvoorbeeld waar je woont, dat dat nog invloed heeft op de ontwikkeling?

X: Ja, nee zeker. Dat speelt wel mee. Het gaat dan over taal nu, maar je ziet ook bijvoorbeeld in Hoge Vught dat er ook wel meer overgewicht is. Dat is toch in HV zie je dat wel meer.

D: En vind je dan niet dat dat bijvoorbeeld ook zou moeten worden meegenomen als een criterium?

X: Overgewicht?

D: Nee, waar je woont.

X: Ja, zeker. Dat lijkt me ook, je ziet dat gewoon vaak terug. Dat zal ook wel uit onderzoek, uh, kan je dat halen denk ik. Die worden bij de gemeente gedaan, toch? Die onderzoeken.

D: Ja klopt. En heb je dan ook het idee dat stel je hebt dezelfde risicofactoren maar je woont in een andere wijk, dat dat dan voor minder risico zorgt? Of juist andersom, als je eigenlijk helemaal geen risicofactoren hebt maar wel in die wijk woont, dat je toch merkt van “oke er zit toch wel een achterstand”?

X: Nou, ja... Dan denk ik over Belcrum, en daar zie je dan toch wel groot verschil ook, omdat opleidingsniveau van die ouders dat is daar meestal wat hoger. Tot nu toe zie ik daar eigenlijk ook geen ouders die dan een laag opleidingsniveau hebben. Het zoekt elkaar toch wel op denk ik.

D: Ja, precies. Beetje het kip en het ei verhaal, gaan ze daar nou wonen omdat ze een laag opleidingsniveau hebben of krijgen ze een minder lage opleiding omdat ze daar wonen?

X: Ja, ja, ja.

D: En zijn er nog andere dingen naast het VVE-traject die zouden kunnen worden gedaan om de achterstand zoveel mogelijk te beperken, of een risico erop?

X: Ja, sowieso het afgelopen jaar zijn er minder groepsconsulten geweest, die konden niet doorgaan. Dus dat lijkt me, als we dat weer terug op kunnen pakken, dat lijkt me veel beter. Dan kan je als ouders ervaringen met elkaar uitwisselen en op het sociale gebied, ja. Ik denk dat ze dan veel meer de behoefte hebben om echt met hun kindje aan de slag te gaan, als ze het bij een andere ouder bijvoorbeeld ook zien.

D: Oke, want op die groepsconsulten, wat wordt daar precies gedaan?

X: Ja, dat is dan met 7.5 maand kindjes. Daar wordt bijvoorbeeld uitgelegd door middel van film materiaal, hoe je dus met je kindje kan communiceren. Ook wordt er uitgelegd, dat doen we dan zelf, hoe je een boekje kan lezen met je kindje. Maar ook bijvoorbeeld uit een bekertje drinken, dat je dat ook kan gaan oefenen. Een open bekertje, voor de mondmotoriek. Dus dat wordt eigenlijk op een wat simpelere manier uitgelegd, maar ook echt goed voorgedaan. Zodat er wat meer een beeld bij is, hoe dat dan werkt.

D: En dat zijn dan verschillende ouders die daar met hun kind samenkomen?

X: Ja, dat zijn er dan... voorheen waren het er volgens mij 5, 5 kindjes. Die komen dan allemaal naar het consultatiebureau.

D: En als we dan nog even armoede in ons achterhoofd houden, je ziet bij blootstellingsachterstand vaak dat de kinderen niet voorgelezen worden, of geen spelletjes spelen of iets in die richting, geen

tv of tablet hebben. Hoe zou je dat willen oplossen? Ik kan me voorstellen dat iemand die bijvoorbeeld in armoede leeft, niet het geld heeft voor allerlei boekjes, of allerlei verschillende spelletjes.

X: Ja, klopt. Dan verwijzen we ze inderdaad naar de bibliotheek, sowieso. Voor sommigen ligt dat dan ook best wel ver weg, dat boekstart dat doen ze dan vooral in het centrum. Dus dat is wel goed, zeker in deze wijk, om dat ook wat meer in de HV zelf, om dat hier wat meer te promoten. En misschien zou dat nu ook weer kunnen hoor, met de corona versoepelingen.

D: Ja.

X: Dat, we hebben dan ook Dreumes Spel Thuis en Peuter Spel Thuis. Dan kan zij ook wat tips geven omtrent spelletjes. Er is ook een speeltheek, waar ze dan spelletjes kunnen meenemen.

D: Oh oke, ja.

X: Daar moet wel iets voor betaald worden, maar ze hebben ook een speeltheek middag. Dan kunnen ze daar ook gewoon naartoe met de kindjes.

D: Ja want als je alles bij elkaar optelt, kost het alsnog best wel wat. Als je en een bieb pas moet, en een speeltheek pas, en VVE. Terwijl dat eigenlijk heel krom is, omdat iemand juist in aanmerking komt voor de VVE omdat ie in armoede leeft.

X: Ja, ja, ja. Nee zeker, dus daarom, ja, vonden we die criteria ook heel lastig, ja. Dat hebben we ook breed besproken, ja, met de VVE verpleegkundigen.

D: en wat was dan de conclusie daaruit, uit dat gesprek?

X: Ja, dat het gewoon een beetje krom is eigenlijk. Ja, dat als criteria wordt gebruikt, maar uiteindelijk kunnen sommigen vallen dan alsnog uit, sommige kindjes. Dus dat, ja.

D: Oke. En stel je zou alle materialen, alle mogelijkheden van de wereld hebben, wat zou jij dan doen voor deze groep? Wat zou jij nog graag willen veranderen, of beter willen doen?

X: Ja. Nou, zoals het nu al gedaan wordt, vind ik al helemaal geweldig. Heel dat VVE-traject, vind ik eigenlijk wel al een plus. Sowieso dan wat meer speelotheken en al die dingen, eigenlijk geen bedrag vragen. Ik snap dat dat ook wel, maar dat je voor sommigen een uitzondering maakt.

D: Ja, een beetje naar inkomen handelen.

X: Ja, klopt. Ik vind het eigenlijk al hartstikke mooi hoe dit zo gedaan wordt.

D: Oke, dat is überhaupt fijn om te horen.

X: Haha, ja.

D: Dan heb ik verder geen vragen meer, ik weet niet of je zelf nog suggesties hebt van ‘goh daar zou je nog naar kunnen kijken’ of ‘dat zou ik graag nog willen weten als verpleegkundige zelf’?

X: Nee, krijgen we dit onderzoek nog terug?

D: Ja, dat kan. Ik heb deels ruwe data, dus eigenlijk is de hoofdvraag, ik ga de groepen die in eerste instantie worden toegeleid vergelijken met de groep die ook daadwerkelijk ook naar deel 2 wordt toegeleid. Want daar zit een verandering ten opzichte van vóór 2019.

X: Ja jammer dat ik daar niks over weet

D: Ja, dat maakt helemaal niks uit. Het is nog steeds van toegevoegde waarde, dit gesprek. Maar het verschil dat er is ten opzichte van 2019, zijn ze eigenlijk heel benieuwd van ‘oke de kinderen die doorgaan naar deel 2, is dat een heel specifieke groep, of is het juist uit een bepaalde wijk heel specifiek’

X: Ohja.

D: Dus dat is eigenlijk de hoofdvraag. De extra informatie probeer ik te verzamelen via de professionals, wat hun mening erover is, of zij denken dat er iets heel duidelijk naar voren springt of iets.

X: Zijn er nog anderen? Die wat meer ervaren zijn, heb je die ook nog kunnen benaderen?

D: Ja, nee zeker. Ik heb nog wat lijntjes open staan. Maar alle hulp is welkom hoor!

X: Ja, nee helemaal goed.

D: Oke, dan wil ik je hartelijk bedanken voor je tijd.

Transcript jeugdarts (participant 4)

D: Kun je jezelf even voorstellen?

X: Ja. Mijn naam is X, ik werk als jeugdarts op het consultatiebureau. Ik heb op meerdere locaties in Breda gewerkt, ik doe dit werk al lang. Ik zie dus de kindjes tussen 0 tot 4, in Breda is dat nog zo onderverdeeld, dat we 0-4 en 4+ verdeling hebben.

D: Oh, want is dat bij andere gemeenten niet zo?

X: Nee, heel veel gemeenten hebben nu integrale jeugdgezondheidszorg, zeg maar we zijn allemaal 0 tot 19 opgeleid. En dat de artsen de kinderen langer zien. Er is wel een uitwisseling met een collega die wel de kinderen tot 0 tot 19 ziet.

D: Oke. Dat is nieuwe informatie. En in hoeverre ben je betrokken met echt het toeleiden van de kinderen tot VVE traject.

X: Ja de meeste toeleidingen worden met de verpleegkundigen gedaan. Eigenlijk al bij de intake, bij het huisbezoek, worden risicofactoren onderzocht en krijgt een kind een VVE indicatie. Maar er zijn ook kinderen die niet onder der standaard risicofactoren vallen en waarbij wel een blootstellingsachterstand is. Denk bijvoorbeeld aan ouders met echt psychische klachten. Dan is het niet relevant wat voor opleiding zij hebben gevolgd, zij kunnen hun kinderen niet bieden wat nodig is. En die kinderen worden dan ook alsnog geplaatst. Verder ben ik er ook wel bij betrokken in die zin dat kinderen allemaal een indicatie hebben en dat ze naar de voorschool mogen, rond 2 jaar is het artsenconsult en soms zie je dat de achterstand toch dermate groot is, en dat is dan lastig om te beoordelen. Is dat blootstelling? Zijn dat kindfactoren? Dat ander onderzoek aangewezen is en dat VVE misschien niet het juiste traject is. Ja, dat is vaak ook niet altijd makkelijk voor ouders. Soms

hebben we ook wel overleg met een voorschoolcoach omdat we kinderen toch laten starten, dat de ouders het fijn vinden dat hun kind een kans krijgt, maar dan volgen we het kind wel goed en hebben we overleg over of voorschool passend is, of dat er toch een ander traject moet komen. Maar voor sommige ouders is het heel helpend dat hun kind toch een kans krijgt daarin.

D: Ja, zeker. En de manier van toeleiden, of in ieder geval de criteria, zijn in 2019 natuurlijk veranderd. Merkt u daar in de praktijk ook verschil in? Is er bij 2 jaar bijvoorbeeld een veel specifiekere groep, of is het vrijwel hetzelfde als hoe het eerst ging?

X: Ja... ik denk vrijwel hetzelfde, dat de bedoeling is dat inderdaad ouders met een lage opleiding hebben, maar er zijn ook ouders die het prima doen, en die kinderen hoeven niet per se naar de voorschool. Die worden eruit gefilterd. Eigenlijk al bij 18 maanden als de verpleegkundige ziet van 'nou er is een goede communicatie, het is niet nodig om traject 2 te starten'. Er zijn soms ook ouders die werken en die voor het kinderdagverblijf kiezen. Maar het verschil is niet, ja misschien is het er wel in de cijfers. Bij twee jaar kijk ik ook vooral naar niet hoe het was geweest, maar of een kindje zich ontwikkeld, en of het naar een kinderdagverblijf gaat of dat ouders van plan zijn hem op te geven voor de peuterspeelzaal, en hou ik minder rekening met of er een VVE indicatie was. Ik denk dat dat misschien ook meer iets is van wat uit de cijfers naar voren zou moeten komen.

D: Ja. Is wel interessante opmerking, want u bent wel van tevoren op de hoogte in principe van de risicofactoren die een kind heeft toch?

X: Ja, zeker, ja.

D: En waarom kiest u er dan voor om dat dan niet veel mee te nemen in de daadwerkelijke bepaling?

X: Kinderen hebben al een indicatie, bij 18 maanden zie ik ze niet, maar dan wordt traject 2 door de verpleegkundigen opgestart. En bij 2 jaar neem je het weldegelijk, je kent de risicofactoren, je kent de ouders, maar als het bijvoorbeeld ouders zijn die een lage opleiding hebben gehad, maar werken

en het goed doen, dat je ziet dat er geen blootstellingsachterstand is, en het kind bijvoorbeeld naar het kinderdagverblijf gaat omdat de ouders werken, dan is dat ook goed. Dan zie je ook een kind dat zich goed ontwikkelt en een goede spraak-taal ontwikkeling heeft. Dus dan hoeft zo'n kind, is ook juist met de nieuwe criteria is het de bedoeling dat het niet naar de VVE gaat. Maar hoeveel het er nu minder zijn dan vroeger, want je had dit vroeger ook wel, dat zou ik niet durven zeggen.

D: En als we het dan hebben over de blootstellingsachterstand, wat houdt die volgens jou in?

X: De blootstellingsachterstand is vooral dat een kind onvoldoende aanbod krijgt. Dus dat, bij een ouder die depressief is zie je dat bijvoorbeeld al in de interactie. Dat de ouder niet goed op het kind reageert, dat er geen dialoog is. En dan kan het zelfs bij 2 jaar nog zijn... Je kunt ook kijken naar hoe het kind presteert op het gebied van taal, is het kind erg achter. Dan moet je dus een onderscheid maken van denken we dat er een blootstellingsachterstand is of is er toch meer aan de hand. Dat is soms lastig in de spreekkamer.

D: Want, als er meer aan de hand is, dan is VVE misschien niet de goede plek?

X: Ja. Er zijn kinderen met een TOS en met 2 is het soms nog lastig, want sommige kinderen zijn net iets later dat ze gaan praten. Maar als een kind echt een TOS heeft, dan heeft Kentalis daar een specifiek programma voor, een vroeg behandeling. Dan is dat een betere optie. Of een kind ontwikkelt zich algeheel wat trager. Dan is er binnen de VVE nog de Kleine Kapitein, maar dan heb je het over een milde achterstand. En dat is toch vaak ook op basis van een blootstellingsachterstand en niet op basis van kindfactoren. Maar dat onderscheid is zeker als ze net 2 zijn lastig. Dat proberen we voor de 2,5 duidelijk te krijgen en dan eventueel diagnostiek al in te zetten, ook bij Kentalis.

D: En op wat voor manier wordt dat dan duidelijk? Zijn dat dan meerdere onderzoeken die worden uitgevoerd, of is dat meerdere consulten?

X: Wij hebben het Van Wiechenschema, met aanvullende vragen. Als ze 2 jaar moeten de kindjes eigenlijk al 2-woordzinnetjes kunnen maken. Doen ze dat nog niet, ga je vragen wat ze wel kunnen zeggen. Bijvoorbeeld als ze willen eten, of ze daar een woordje voor hebben. Als ze willen spelen, hoe ze dat vragen. Verder vraag je heel goed uit of ouders met een kindje spelen of ze verhaaltjes voorlezen. Dus dat is weer dat stukje blootstelling. Daar komt dan ook een score uit. Verder kijk je ook, behalve de spraaktaal, naar hoe het kindje zelf, bijvoorbeeld met mij het contact aangaat. Of het oogcontact maakt, ook de nonverbale opdrachtjes neem je mee. Of een kindje bijvoorbeeld een torentje bouwt op verzoek. Om te kijken van 'goh wat is er aan de hand dat dit kindje zich niet goed ontwikkelt'. En zijn de niet-talige dingen wel goed? Is de contactname goed? Is het een niet-westerse ouder die inderdaad die criteria heeft. Weet je dat het kind risico heeft op een blootstellingsachterstand? Probeer je duidelijk te krijgen wat het kindje in de eigen taal zegt. Dan denk je van nou het kind doet het prima op alle fronten behalve die taal, dan is er mogelijk sprake van een blootstellingsachterstand. Maar is de achterstand in taal te groot, dan heb je toch de diagnostiek nodig. Daar hebben we ook richtlijnen voor wanneer we ze naar Kentalis verwijzen. Want niet alle kinderen met een verwijzing kunnen naar de VVE, omdat in dat half jaar ook nog veel gebeurt.

D: En je liet het net al even vallen, maar stel je hebt een ouder die niet van Nederlandse komaf is en niet onze taal spreekt, hoe gaat dat dan? Het lijkt me best wel lastig om dan te communiceren met een kind of met een ouder überhaupt die dan niet dezelfde taal spreekt

X: Ja. Soms is er iemand bij, die vertaalt. Als ouders echt de taal niet spreken. Om inderdaad duidelijk te krijgen wat hun kind zegt. We kunnen eventueel ook een tolk inzetten. Verder kun je ook observeren, want een ouder die wel contact maakt met het kind, die hoor je tegen het kind praten. En ondanks dat het in een andere taal is, dan hoor je toch het kind een aantal woordjes terug zeggen. En objectief, want soms geven ouders een sociaal wenselijk antwoord, maar objectief kun je natuurlijk

vragen van 'vraag aan het kind of het de voetjes aanwijst' en als het kindje dat doet en je ziet ook verder contactname erbij en met 2,5 kunnen ze bv de plaatjes in een boekje aanwijzen, met een huisje en een auto en een beer. Maar dat kunnen ze vaak ook al jonger. Dus als je een boekje pakt en je hoort ze dingen zeggen in hun eigen taal dan heb je er een wat beter beeld van. Maar het is wel lastig soms. Als je een heel verlegen kind hebt, dat kan ook bij Nederlandse kindjes zijn dat ze geen woord zeggen, en als de ouders het dan goed kunnen vertellen dan denk je van 'het is alleen hier, het is goed'. En bij de kindjes met buitenlandse ouders is dat lastig, dus dan maak je toch meerdere afspraken. En als ze naar de VVE gaan heb je ook de verpleegkundigen die zorgen voor veel terugkoppeling van hoe het daar gaat.

D: Ja want ik kan me inderdaad best voorstellen dat het voor kinderen misschien heel indrukwekkend is allemaal, dat ze gewoon volledig dichtklappen. Waar baseer je het dan op? Is het dan echt op terugkoppeling van de verpleegkundige?

X: als ze volledig dichtklappen dan laat ik ze meerdere malen terugkomen. En eigenlijk zie je altijd wel, we hebben een afspraak van 20 minuten standaard, maar we kunnen ook een afspraak van 40 minuten aanbieden. Een kindje wat zich normaal ontwikkelt dat is niet 40 minuten aan het huilen. Als je dan toch met de ouders aan het praten bent en je biedt speelgoed aan, dan kan het een kwartier duren maar uiteindelijk gaat er toch wel iets gebeuren. En als je bijvoorbeeld een kindje dat echt autistisch is, dat blijft vaak de hele tijd terughoudend en huilen. Het is soms niet direct, het duurt soms iets langer, maar daarvoor hebben we dan ook de mogelijkheid om extra afspraken in te plannen.

D: Oke. En als we het dan hebben over de toeleidingscriteria, die zijn natuurlijk op onderzoeken gebaseerd, maar zijn ze naar jouw mening helder, concreet genoeg, missen er factoren?

X: Ja. Ik denk het wel, met name, maar we mogen altijd... dat is het mooie wel, als we denken van het is een blootstellingsachterstand, mogen we altijd verwijzen. Wat ik een voordeel vind nu is ook

dat sinds dit jaar, het is een nadeel maar ook een voordeel, dat ouders een eigen bijdrage moeten betalen. Voorheen was het echt helemaal gratis en dan had je wel discussie dat ouders die niet Nederlands spraken uit Turkije bijvoorbeeld, want toen was het ook nog niet in 2 delen, wel de toeleiding kregen en de buurvrouw uit Bulgarije of Roemenië, dat was dan wel een Westers land en die mochten dan niet, terwijl die spraken ook geen Nederlands. En dat gaf soms wel heel vervelende situaties, want vanwege de kosten waren ouders daar heel erg op gebrand. Dus ik denk wel, ja. Maar nu is dat een beetje ondervangen. Dus als we echt denken dat er een blootstellingsachterstand is en als we denken dat er geen, want je hebt ook hoog opgeleide ouders van niet-westerse achtergrond. Dat we die expats dat we die dan niet toeleiden. Dus ik denk dat is nu beter. Maar het is niet alleen niet-westers. Want ook bijvoorbeeld een Poolse ouders, die zijn vaak heel hard aan het werk, maar goed ja, die hebben vaak ook weer een lage opleiding en vallen ze daar weer onder. Dus vaak met de criteria als we zien dat er een blootstellingsachterstand is dan mogen kinderen gewoon gaan, en ja, dat dat wel goed komt. En dan nu ook automatisch als je een hoogopgeleide, niet-westerse ouder hebt, dat die kinderen dan niet automatisch naar de VVE gaan, want dat is onzin. Tenzij je dus ziet dat ouders vanuit huis gewend zijn om minder met hun kind te doen. Want dat zie je ook soms wel dat ouders het niet als hun taak zien om met hun kind te lezen, of dat ouders zeggen van 'nee ik ga niet met mijn kind naar de bieb, dat is voor de voorschool of de basisschool'. Dus ja, dan weer wel, ook al voldoen ze niet aan de toeleidingscriteria.

D: En je liet net ook al even vallen, de psychoische gezondheid van de ouder speelt natuurlijk überhaupt heel veel mee in de opvoeding, maar is dat nog iets dat meegenomen zou kunnen worden als, nou ja niet als criteria maar meer als aanwijzingspuntje van 'goh, wees alert op psychische gezondheid bij de ouders.'

X: Ik denk dat we dat sowieso wel doen. Ik denk dat het fijner is voor de oudeirs dat je dan toch het woordje blootstellingsachterstand, dat dat denk ik... Want het gaat natuurlijk toch ook door naar de

VVE, dus ik denk dat dat fijner is dan zeg maar bij de intake, als moeder een depressie heeft, dan is het veel te voorbarig om te zeggen: “We doen maar een VVE indicatie” want het kan op gegeven moment ook beter gaan. Dus ik denk dat ouders daar op dat moment ook niet mee geholpen zijn. Dan zit er vaak voor de baby ook al een soort begeleiding in. Dan zijn er ook nog ouders die geen hulp zoeken als je ziet dat het moeizaam gaat. Ik denk dat het fijner is dat we dat op dat moment bespreken. En vaak zien ze zelf ook wel dat ze hun kind niet kunnen bieden wat nodig is en vinden ze dat jammer. Ik denk niet dat dat gelijk bij de geboorte nodig hoeft te zijn. Want het kan eigenlijk altijd als je ziet dat het nodig is.

D: Ja, precies. Want als ik het goed begrijp dan zijn eigenlijk de criteria wel in eerste instantie waar je naar kijkt, maar als er iets buiten die criteria valt waarvan je wel denkt van: “Oke, maar dit is wel echt een kindje met een blootstellingsachterstand” dan kan ie wel nog steeds een indicatie krijgen toch?

X: Ja, absoluut. Over het algemeen ook wel plek dat als we het later zien dat het kindje later binnenkomt, of van elders, dat het toch redelijk snel op een van de locaties geplaatst kan worden.

D: Ja. En als er een kindje van een andere gemeente binnenkomt die niet gewend is aan dit systeem, merk je daar nog iets van? Is daar nog iets van wrijving of is er misschien onbegrip bij de ouders?

X: Nee, dat valt op zich wel mee. De verpleegkundige gaat altijd op huisbezoek bij een kindje vanuit een andere woonplaats als er in ieder geval risicofactoren zijn, die bespreekt dat met ouders. Bij ouders die hoogopgeleid zijn en werken en het kind naar het KDV gaat dan niet, maar bij allochtonen ouders dan is er vaak overdracht van het andere consultatiebureau en dan wordt er besproken hoe het hier in Breda is. Hooguit een enkele keer dat ik ook wel eens van ouders heb gehoord, met name met de oude situatie, dat ouders hier niet in aanmerking kwamen. Ook bijvoorbeeld ouders die wel van Turkse komaf waren maar zelf ook een hoge opleiding hadden

gehad en goed Nederlands spraken, en dan een vriendin die in een andere woonplaats dan wel heel veel hulp aangeboden kreeg. Dat zorgde soms wel voor opmerkingen, maar dat is echt incidenteel.

D: En is er een risicofactor waarvan jij overtuigd bent dat die de meeste invloed heeft, of het meest voorkomt? Of is het juist vaak een combinatie van risicofactoren?

X: Ik denk dat toch allochtonen ouders die niet Nederlands spreken in combinatie met een lage opleiding, die ook weinig weten over opvoeding van hun kind. Dat dat de hoogste risicofactor is, vooral op de taalachterstand. Want die gaan geen boekjes lezen, maar ook geen liedjes zingen met hun kinderen. Het begint natuurlijk al, de voorschool is pas met 2,5, maar het begint natuurlijk al heel jong, vanaf een maand of 6. Na het eerste jaar verandert die taalgevoeligheid al in de hersenen. En als we kijken naar kinderen die met name naar Kentalis verwezen worden, en die voldoen dan aan de criteria van een TOS, maar dat we ons afvragen van als die baby nou een paar keer per week was voorgelezen in twee talen, dan denk ik dat een groep van die kinderen die nu naar Kentalis gaan, dat die niet zouden voldoen aan een TOS. Een TOS is op zich iets aangeboren, maar je kunt het natuurlijk niet objectiveren. Dus ik denk dat dat meer voor taal de grootste risicofactor is. Voor de sociale ontwikkeling is denk ik toch wel de armoede, de financiële problemen waar ouders zo druk mee zijn dat er heel veel stress en spanningen zijn in het gezin, waardoor ze ook moeilijk tot spel komen. En het taalaanbod is dan wel groot dus dat merk je niet in de spraaktaal, maar ik denk wel voor de ontwikkeling van die kinderen, zeker ook nu in het nieuwe systeem dat ze 4 dagdelen mogen, dat dat heel veel voordelen heeft voor de kinderen. Dat zie je dan niet direct in de ontwikkeling, op het consultatiebureau dat het niet heel erg meetbaar is, maar ik denk wel dat dat ontzettend fijn is, dat dat nu zo kan. Soms zie je ook wel eens een kindje van buiten instroomt, een kindje ook van verstandelijk beperkte moeders, die heel weinig aanbod kregen. En zo'n moeder krijgt dan ook zelf een opleiding en dat kind mag dan ook naar het KDV 5 dagen, en dan zie je gewoon over een jaar tijd, dat het kind die heeft ook een taalachterstand maar dat het heel erg

verbetert. Omdat het zo vaak ergens anders naartoe kan en ook voor de ouder is dat uiteindelijk fijn. Want die ziet dat het kind beter ontwikkelt, dus ook als het thuis is gaat het beter. Dus ik denk dat de armoede vaak stress, en dat zijn dan ook wel weer vaak de laagopgeleide ouders, want het zijn soms ook hoogopgeleide ouders die hun baan verliezen maar die kunnen het toch vaak goed, die kunnen dat aanbod wel geven. Dus ik denk ook dat de armoede is een factor, en bv kindermishandeling, dat dat wel heel belangrijk is. En ik denk de lage opleiding, want nu is het tot en met mbo 1. Sommige ouders die hebben inderdaad een mbo 1 opleiding gevolgd, maar die hadden vroeger waarschijnlijk wel meer gekund, en die ouders doen ook heel veel met hun kind en die vallen er ook onder. Ouders vinden dat soms ook niet leuk dat dat als een risicofactor gezien wordt. Dus dat zijn er ook enkelen die dat in eerste instantie niet willen, maar vaak later in het traject toch wel als je zegt van ‘goh het is toch wel heel goed voor je kindje en anders is het toch aan te raden om aan te melden bij de peuteropvang’ maar er zijn toch ouders die dan kiezen voor peuterspeelzaal. Dat kan nu natuurlijk ook omdat we die kostenregeling hebben. Ook weer als dat kindje het goed doet, goed ontwikkelt, want soms heb je ook kindjes die het juist heel goed doen, en dat is dan prima.

D: En zijn ouders over het algemeen op de hoogte van de nieuwe manier van toeleiden? Of is dat iets wat ze pas op het consultatiebureau horen?

X: Dat weet ik eigenlijk niet, dat zijn meer de verpleegkundigen. Bij de intake hebben ze dat gesprek en ik ga dat gesprek eigenlijk niet aan met de ouders van wat zij van de toeleiding vinden. Dus een enkele keer inderdaad als je later toeleidt, dat je dan bespreekt dat het nu niet meer gratis is en dat, ja, het is voor de meeste ouders goed te begrijpen, voor sommige ouders is die bijdrage nog wel een drempel. En ik hoor wel van de verpleegkundige dat voor sommige ouders, ook vaak weer de allochtonen ouders, die niet digitaal vaardig zijn, dat het ook lastig is om alles op tijd in te leveren. Dat dat ook wel een drempel is. Maar daar wordt nu ook naar gekeken, dat die kinderen wel op tijd kunnen starten en dat het niet stukloopt op administratie.

D: Oke. En ouders zijn over het algemeen wel, staan ze er wel voor open om er aan mee te werken, begrijp ik toch?

X: over het algemeen wel, ja. Dus behalve die enkele ouder die, ja dat zijn vaak Nederlandse ouders die dan een mbo 1 opleiding hebben afgerond en daarmee een indicatie hebben, die dat niet leuk vinden die denken 'ja mijn kind krijgt nu al een stempel'. En misschien is dat ook wel een beetje zo, want ook als je kind naar de basisschool gaat, zie je wel of het VVE heeft gehad of niet. Ik denk dat dat niet helemaal ongegrond is, maar uiteindelijk willen ze het vaak alsnog. Maar bij de intake is dat dan niet prettig om te horen van 'goh u valt ook binnen die doelgroep'. Maar over het algemeen kunnen de verpleegkundigen dat ook wel tactisch brengen.

D: en in hoeverre ben jij van mening dat de woonwijk of de plek waar ze opgroeien nog een verschil maakt? Dus bijvoorbeeld dat mensen wel de risicofactoren hebben maar bijvoorbeeld in een heel goede wijk wonen, dat dat elkaar een beetje compenseert?

X: Ja, het is in de wijk waarin ik zit is het vrij gemêleerd. We hebben inderdaad een wijk met veel risicokinderen, maar andersom ook de mensen die daar een huis hebben gekocht omdat het daar nog enigszins betaalbaar is. Vaak gaan die kinderen dan ook naar een KDV. Stel dat dat niet zo is, dan zie ik dat niet direct als risicofactor. Kinderen zijn nog zo jong, dan kun je zeggen als ze buiten spelen, dan spelen ze eventueel met andere kinderen in de straat die minder taalvaardig zijn, dat dat een risicofactor is. Maar vaak hebben die ouders ook een eigen netwerk en spreken ze zelf met vrienden af. Andersom, als mensen met risicofactoren in een goede wijk zitten vaak nog meer geïsoleerd zijn, dan zitten ze vaak bij elkaar bij de speeltuintjes of bij de winkel. En zitten ze in een andere wijk of hebben ze iets particulier gehoord, dan hebben ze helemaal geen contacten.

D: Oke. Dus stel er komt uit data dadelijk dat er een enorm cluster is in zuidwest, dan denk je niet dat het elkaar versterkt? Dus omdat je in zuidwest woont versterkt dat het risico nog?

X: Nee ik denk dat dat komt ook omdat het heel gemêleerd is. Er zit echt een stukje risico omheen (om locatie X), maar ongeveer 200 meter verderop heb je alweer koopwoningen. Je hebt ook geen hele dure appartementen, dus die mensen die zoeken zelf hun weg wel. Ik denk dat dat anders is als je bijvoorbeeld in Amsterdam, echt in de Bijlmer, als een kind daar woont. Als een kind zonder risicofactoren bijvoorbeeld naar een school gaat zoals bij ons bv de Parel, misschien dat er 1 kindje naar het vwo gaat, maar bijna niemand gaat naar het havo of vwo. Iedereen gaat naar het vmbo. Dus ik denk wel als je een kindje hebt van hoogopgeleide ouders die naar die school gaat, dat dan de kans wel groter is dat het niveau lager zal zijn. Maar voor peutertjes die samen spelen maakt het wel uit, als dat kindje dus op de voorschool, daar wordt het meer gemêleerd, maar gaat een peutertje wat zich in principe normaal ontwikkelt, gaat die natuurlijk niet naar een opvang waar de andere kindjes niet praten. Dan is dat niet gunstig voor de ontwikkeling, wel voor de ontwikkeling van de andere kindjes.

D: Maar goed, het zou dus in ieder geval niet nog als apart criterium meegenomen moeten worden?

X: Nee, ik denk het zeker niet. Het is ook heel lastig om er postcodes aan te hangen. Misschien in Breda noord dat daar nog een stukje misschien wel, maar goed ik denk dan ook dan kom je altijd weer op die blootstellingsachterstand uit. Als je dan denkt van 'nou deze ouders zijn wel hoger opgeleid, maar sociaal is het heel moeilijk' het komt op een andere manier wel goed. Is het toevallig zo dat ouders nergens anders een woning konden krijgen of juist een kluswoning hebben gekocht omdat dat betaalbaar is en hun kind gaat gewoon naar het KDV, dan is het hooguit dat ze in de buurt geen taalvaardige vriendjes hebben, maar ik denk dat dat te ver gaat voor ons, voor de VVE. Dan zou ik eerder nog, we hebben natuurlijk wel het eerste traject, de blootstellingsachterstand wordt vaak pas later duidelijk. Ik begreep dat er nu toch wat ruimte was bij de VVE, dat je toch kijkt dat je eventueel Bulgarse of Poolse ouders ook wat eerder toeleidt in plaats van alleen niet-westerse achtergrond, daar zou ik dan eerder voor kiezen.

D: En is er verder nog iets waarvan jij denkt van daar zou meer aandacht voor mogen zijn? Gewoon binnen het hele traject.

X: Wat ik denk is dat, ze hebben wel Dreumes Spel Thuis, dat start bij het eerste jaar. Ik denk als je maatschappelijk kijkt dat eigenlijk dus bij de basisschool De Parel, dat bijna niemand havo/vwo advies krijgt, dat kan bijna niet. Juist ook als er veel buitenlandse ouders zijn, die ouders zijn vaak omgeschoold. Die ouders zijn niet dom, maar hebben gewoon nooit scholing gehad. Ik denk dat je daar meer kinderen, denk dat je daar ook naar kan kijken, dat die kinderen als ze klaar zijn met de basisschool, dat er ook bij de basisschool en het consultatiebureau, dat er gewoon gezorgd wordt dat een deel van die kinderen naar het havo/vwo te krijgen. En ik denk dat het toch misschien goed is om al heel jong, vanaf een maand of 6, kinderen toch al voor te lezen in een groepje met ouders, en dat kan een pedagogiek stagiair zijn. En dat je ouders leert dat als je ouders verbindt, bv de Syrische ouders samen een Syrisch verhaaltje vertellen. Een boekje mee naar huis, zo'n soort programma. En als je dat voortzet, dan denk ik dat die kinderen al beter aan de voorschool beginnen. Dan verwacht ik dat er minder TOS is. Maar uiteindelijk denk ik dat zo'n onderzoek wel interessant zou zijn, om te kijken van 'heb je dan daadwerkelijk minder achterstand bij kinderen die aan zo'n voorleesprogramma meedoen'. In Amerika is ook wel eens zo'n onderzoek geweest dat kinderen ook voorgelezen werden in Mandarijn en daar zag je dat ze heel bekend werden met Mandarijnse klanken. Maar ik denk ook een stukje ouderbetrokkenheid, dat de ouders weten van je moet veel investeren in de opleiding van je kinderen, je moet lezen. En beide talen is ook een voordeel voor de cognitieve ontwikkeling, dat je dat ook aan ouders leert. Een collega bij ons is daar ook mee bezig om informatie daarover aan ouders te geven. Maar ik denk dat het toch beter is om dat wekelijks met ouders te doen, anders zakt dat toch weer weg dat je moet voorlezen, maar echt iemand wekelijks, die Nederlandse taal aanbiedt maar dat je ook de eigen taal blijft aanbieden, dat dat een voordeel is. En heel breed denk ik dat daarnaast, kijk die voorschool doet nu meer dagdelen, dat dat heel mooi is. We hebben al de Voorleesexpress, dus dat is ook mooi voor de kinderen op de basisschool. Maar dat

je eigenlijk misschien ook nog na de basisschool voor de jongste kinderen een soort huiswerkbegeleiding of iets. Wat je dan doet is dat je 1 op 1 opleiding geeft van ouder op kind. Als je ziet dat het niet gaat, ik denk dat daar misschien ook het eindniveau zo laag is, dat die groep ouders misschien niet kan. Heb je wel de mogelijkheid, want ook al zijn de klassen kleiner, het zijn toch klassen van 15-20 leerlingen, en dat is niet hetzelfde als dat je als ouder of als vrijwilliger 1 op 1 een uurtje doet. Dus ik denk dat dat, als zoiets ook nog zou kunnen, dat je dan echt zorgt dat kinderen gewoon goed aan hun middelbare school kunnen beginnen. Dat dat hele traject, dat dat eigenlijk bekeken zou moeten worden of geïnvesteerd zou moeten worden.

D: Oke, helder. Heb je zelf nog vragen of opmerkingen?

X: Nee, ja. Eigenlijk niet.

D: Oke, dan wil ik je hartelijk bedanken voor je tijd.

Transcript jeugdarts (participant 5)

D: Zou jij jezelf even voor kunnen stellen?

X: Ja. Ik ben X, ik ben jeugdarts en ik ben nu bij Jong JGZ

D: en op wat voor manier ben jij betrokken bij het VVE traject?

X: Als jeugdarts.

D: En wat houdt dat dan in?

X: wij zien kinderen eigenlijk op vaste contactmomenten. En ik ben als arts eigenlijk belangrijk bij het consult met 2 jaar. Dan gaan wij beoordelen of een kindje wel of niet in aanmerking komt voor toeleiden.

D: Ja, en was je ook al betrokken bij het toeleiden vóór 2019, dus voordat die 14 maanden check er was?

X: Ja.

D: En merk je verschil tussen hoe het nu gaat en hoe het toen ging?

X: Ik heb het gevoel dat wij nu minder kinderen missen dan voorheen. Toen werd de boel op een andere manier vastgesteld, en de criteria gingen steeds veranderen, waardoor het overzicht voor collega's op een moment echt niet meer duidelijk was, omdat je continu up to date moest blijven van elk jaar weer een verandering. We hadden destijds ook een andere coördinator. Ja er zijn heel veel dingen veranderd de afgelopen jaren denk ik, maar het voelt nu alsof je iets meer ruimte hebt om de kinderen op de juiste manier toe te kunnen leiden.

D: Ja. En je hebt natuurlijk die check of er daadwerkelijk een blootstellingsachterstand is, heb je het idee dat er daardoor ook meer kinderen afvallen?

X: Nee, dat gevoel heb ik niet.

D: En ben jij ook bij dat deel betrokken?

X: bij blootstellingachterstand inventariseren bedoel je dan?

D: Ja.

X: Ja, absoluut. Ik ben eigenlijk bij de kinderen vanaf 4 weken als we ze de eerste keer zien, dan moet je gewoon alert blijven en moet je signaleren en moet je met je collega's bespreken. Als het goed is, is het met twee weken al besproken met de ouders, tijdens de intake thuis. Maar het lukt niet altijd met 2 weken, als ouders bv gewoon andere vragen hebben of het loopt anders dan gepland op papier, waardoor eigenlijk altijd een notitie voor de arts gemaakt is met 4 weken van 'toeleiden naar voorschool nogmaals beoordelen.' Dus ik denk dat het samenwerken wel prettig werkt op dit moment. We kunnen elkaar gewoon aanvullen. In de meeste gevallen zijn de kinderen met 2 weken al gewoon opgespoord, de doelgroep kinderen.

D: Oke. En als we het dan hebben over een blootstellingsachterstand, wat is de definitie daarvan volgens jou?

X: Ik heb niet gekeken naar hoe het in de Van Dale staat, maar vooral moet je kijken naar of een kindje nu of in de toekomst een risico loopt op achterstand in de ontwikkeling van taal, of niet alleen van taal. Er zijn ouders die heel goed taal aan kunnen bieden, maar ook gewoon prikkelen op ontwikkelingsniveau breed. Je kan voor ouders alle /verzorgers/opa's en oma's invullen. Dat is ook een ding he, wie past er op het kindje. De ouders zijn misschien hoog opgeleid, maar de opa en oma die 5 dagen in de week oppassen misschien niet. Dat is dan ook een blootstellingsachterstand. Het

gaat niet alleen om taal, maar echt om ‘krijgt het kindje wat hij nodig heeft om zich verder te ontwikkelen qua motoriek, spraak, cognitie, alles’

D: Oke, want het is inderdaad wel dat ze vaak inzoomen op alleen de taal, maar het is dus echt wel breder dan alleen de taal?

X: Ik denk dat je het breder moet nemen dan alleen de taal. Zeker als je ouders hebt die prima de taal kunnen bieden, maar op andere gebieden niet de vaardigheden of niet de tijd hebben, dat kan ook he. Ik heb ook ouders die een tweeling hebben van 18 maanden en ook nog oudere kinderen, en die zeggen van ‘ik heb geen tijd om samen met de tweeling een boekje te lezen, ik moet ook fulltime werken, en opa is opgenomen in het ziekenhuis dus we hebben gewoon echt geen tijd.’ En ze zeggen het zoals het is, maar dan denk ik ‘nou, dan moet je kijken voor die 18 maanden tweeling wat er mogelijk is.’ En die zaten gewoon de hele dag thuis, terwijl die ouders thuis werken door lockdown maar wel de hele tijd bezig zijn. Toen dacht ik nou dan moet je toch even kijken voor de toekomst. En je gaat die niet meteen toeleiden, maar wel kijken van ‘wat is blootstellingsachterstand in dit gezin.’

D: Ja, ja snap ik. En hoe wordt dat dat precies vastgesteld? Op wat voor manier?

X: Ik denk dat je vooral transparant naar de ouders moet blijven en gewoon doorvragen. Als arts vraag je best veel dingen door tijdens je consult. Hoeveel tijd breng je door met je kind, hoe is je week? Vooral bij peuters van 2 jaar. Is er opvang in beeld? Wie past op? Lees je samen boekjes voor? Hoe spelen ze samen? Het Van Wiechenschema heeft ook aanvullende vragen bijvoorbeeld voor kinderen die niet spelen/praten conform Van Wiechen, dan heb je dus wel die aanvullende vragen. Huisbezoek kan je altijd inplannen om te kijken hoe gaat het thuis bij kinderen waarvan je vermoedt van ‘nou ik denk dat het iets medisch is’ en je denkt dat ze toch iets minder gestimuleerd worden thuis.

D: Ja. Ze worden geselecteerd op bepaalde risicofactoren, zijn die helder genoeg?

X: Ja ik vind de criteria altijd, je moet jezelf toch gewoon binnen de kaders houden. Ook gewoon breder kijken dan de criteria, en gewoon per kind beoordelen wat een kind nodig heeft op dat moment.

D: Er wordt dus wel ook breder gekeken dan alleen die criteria dus?

X: Ja ik denk dat je gewoon breder moet gaan kijken, en vooral altijd doorvragen. Hoe is het thuis? Wat is de draagkracht van de ouders? Want een ouder die echt overbelast is, ook al is het een super hoog opgeleide ouder, die is gewoon minder bereid om spelletjes met kindjes te doen en boekjes te gaan lezen. Dus je moet continu doorvragen, daar hebben we een protocol voor.

Blootstellingsachterstand, ja als de ouders, als er echt bijzonderheden thuis spelen, bijvoorbeeld als een kindje kanker heeft, die minder tijd hebben voor een ander kind, en die valt niet binnen de risicofactoren, maar het andere kindje loopt wel een risico op een blootstellingsachterstand.

D: Ja. En ben je dan nog van mening dat er criteria missen?

X: De criteria zijn nu wel echt duidelijk en je moet ergens wel echt kaders gewoon creëren. Voor de werkgevers en voor de weerbaarheid van ons, gewoon duidelijkheid. Maar je moet niet altijd alleen aan die criteria blijven. Je hebt ook richtlijnen als arts, maar als je het goed kan beargumenteren, kan je gewoon extra criteria toevoegen afhankelijk van welk kind je voor je ziet. Dus ik heb nu niet perse het gevoel dat er criteria missen, maar je moet wel altijd doorvragen. Bijvoorbeeld opa en oma die 3/4/5 dagen oppassen in de week en niet kunnen schrijven en lezen, ja dan is dat echt blootstellingsachterstand. Maar dat staat niet in de criteria, je moet dan echt vragen van ‘wie past op?’

D: en zoals je net al liet vallen, een heel groot gezin, kan ik me ook wel voorstellen dat een ouder dan minder tijd heeft, want misschien heeft ze nog wel 6 kinderen.

X: Dat is ook niet altijd zo. Vaak als ouders 6 kinderen hebben, die lezen gewoon samen voor. En die kinderen zijn eigenlijk al vanaf dat ze 2 of 3 maanden zijn op school als mama bezig is met andere kinderen voorlezen bijvoorbeeld. Of de andere kinderen, die lezen gewoon voor, omdat ze opdrachten van school hebben. Er is altijd iemand die iets doet, die taalgericht is. Waardoor het kind altijd in contact met taal komt.

D: ja. En de psychische gezondheid van de ouders, zijn dat dingen die ook nog meegenomen worden?

X: Ja. Daar moet je altijd rekening mee houden. Dat heeft dan te maken met wat is de draagkracht van de ouders, en dat heeft heel veel oorzaken. Dat kan ook overbelasting, heel veel andere dingen, maar ook bv depressie. Postnatale depressie ontwikkel je rond de 3 maanden, kan ook eerder of bij een jaar, maar ongeveer rond de 3 maanden. Maar je hebt ook ouders waarbij het pas veel later ontwikkelt, door PTSS. Het is niet, niet willen, het is niet kunnen op dat moment. Dat vind ik ook de kracht, niet alleen de arts maar ook de verpleegkundigen zien 80-90% van de ouders ieder jaar. Dat is zo waardevol. Dat je echt iedereen ziet. Je ziet ouders niet alleen wanneer het goed of niet goed gaat, je ziet ze op alle momenten. Je ziet kinderen niet alleen als er een probleem is, je ziet ze ook wanneer er geen probleem is. Dat vind ik ook echt het nut van het consultatiebureau, je ziet alle kinderen. Dat je echt op tijd kan signaleren, dat als je denkt van ik zie dat het kindje meer prikkels nodig heeft, je kan gewoon andere interventies, VVE in zetten om te kijken hoe je de ouders kan ondersteunen. Maar psychische problemen komen de laatste tijd wel meer voor. Of ze signaleren beter, daar is een heel onderzoek naar, ik kan dat niet zomaar aannemen dat dat speelt. Maar vooral bij de ouders, psychische gezondheid speelt wel een belangrijke rol in hoe ze met taal omgaan, maar eigenlijk hoe ze de hele ontwikkeling stimuleren.

D: Ja. Dus eigenlijk zeg je van oke de criteria zijn er niet voor niks, je moet het ergens afbakenen, maar je moet wel verder kijken dan die criteria?

X: Je moet altijd op maat werken. Ik denk, als je een professional bent en je werkt met ervaring, dan moet je altijd op maat werken. Niet alle gezinnen zijn hetzelfde, we hebben zoveel mensen. Dat zie ik ook bij de wijken waar ik werk, waar ik nu werk is een heel andere populatie dan waar ik eerst werkte. Dus ik heb nu eigenlijk veel minder kinderen toegeleid dan op de locatie waar ik eerst werkte

D: Zijn dat dan de kinderen die je toeleidt, nu vergeleken met toen, ander soort kinderen met betrekking tot de risicofactoren?

X: Ja ik denk dat in deze wijk de indicaties anders zijn ja. En ik denk dat ook gewoon armoede minder speelt op deze locatie. En het zijn vaak hardwerkende ouders waarbij je moet doorvragen van 'wie past er op het kind' en 'hoe lossen jullie dat op?' en ook gewoon naar het kindje kijken altijd. En niet alleen kijkt van oh dit zijn de criteria en jullie komen niet in aanmerking, helaas pindakaas. Dus ik denk dat de criteria, ze zijn wel goed vind ik, ik zou ook niet weten hoe dat anders zou moeten. Maar ik denk dat er vooral ook de ruimte moet blijven voor het oordeel van de professional. Als je denkt dat deze ouders het nodig hebben op dit moment. Soms heb je ook ouders die heel graag willen, dat was ook een issue toen het gratis was. Dat je soms echt ruzie hebt met ouders, dat wil je gewoon echt niet. En dan leg je het bij de coördinator, dat is ook prima. Maar ik denk dat je vooral gewoon je eigen medische blik, niet alleen als arts maar gewoon dat je professioneel moet blijven en moet kijken naar wat het kind op dat moment nodig heeft. Vooral bij kinderen die achter lopen. Je hebt soms ook een kindje die al veel praat en veel doet, dan kan het kindje het dragen als er thuis iets anders aan de hand is. Maar als het kindje achterloopt en er is iets anders aan de hand, dan heb je 1 en 1 is twee. Dan moet je gewoon kijken naar wat heeft het kindje nodig. Dat hoeft niet altijd VVE te zijn, maar je moet wel iets doen op dat moment.

D: Nee, helder. En heb je het idee dat er een risicofactor is die de meeste invloed heeft, of die voor het meeste risico zorgt, of dat het juist vaak combinaties zijn?

X: Denk dat vooral de opleiding van de ouders een risicofactor is, althans bij ons in de wijk op dit moment. Er worden niet veel kinderen toegeleid, maar als het zo is, is het vaak op basis van de opleiding van de ouders in combi met een of twee ouders die niet werken en die thuis zitten. En als ik kijk naar de kinderen die toegeleid zijn denk ik inderdaad dat het niet per se komt door armoede maar door ouders die laag opgeleid zijn en thuis zitten.

D: Want dat wordt niet als criterium meegenomen, werkloosheid

X: Nee, maar ik denk, wat ik zie, het is vaak de opleiding van de ouders, maar omdat ze laag opgeleid zijn hebben ze ook geen baan. Of kiezen ze bewust om niet te gaan werken, waardoor je door moet vragen van wie zit er overdag bij jullie thuis. Hoe vaak kijkt een kind televisie?

D: En zijn ouders over het algemeen op de hoogte van 'oh dit moeten we eigenlijk allemaal doen met het kind.'?

X: Wat ik altijd doe, ik vraag als een kindje achterloopt vaak van oh wat voor spelletjes doen jullie thuis, wat hebben jullie thuis, doen jullie dat ook samen. En ik vraag het niet oordelend, maar ik wil heel graag weten van hoe vaak kijkt het kindje televisie of op de ipad of telefoon. En het is echt puur voor de kinderen die achterlopen. Je gaat echt kijken naar medische factoren, maar ook naar hoe vaak spelen jullie samen, hoe doen jullie dat als jullie samen spelen, heb je een abonnement bij de bieb bijvoorbeeld. Je kijkt naar wat de ouders kunnen doen, en dat kunnen ze vaak prima. Ze weten niet altijd wat ze moeten doen, maar ze weten ook vaak niet dat ze een sociaal gewenst antwoord kunnen geven, ze zijn gewoon eerlijk van ja bij ons staat de hele dag de tv aan, maar dokter, de kindjes kijken dan gewoon en doen hun eigen ding. Maar wat doen zij als zij hun eigen ding doen?

D: Haha, ja. En je hebt op twee verschillende locaties gewerkt en je gaf al aan dat op de ene locatie meer VVE indicatie is dan op de andere locatie, ben je dan ook van mening dat de plek waar een kind opgroeit echt een rol speelt op hoe ie zich ontwikkelt, ook op deze leeftijd al?

X: ik denk dat als de situatie thuis gewoon goed is en de ouders de kinderen gewoon goed kunnen stimuleren, dan denk ik dat de wijk, ja je hebt achterstandswijken, maar in 0 tot 4 jaar speelt dat iets minder. Misschien wel als je een school gaat kiezen en dan buiten school, maar 0 tot 4? Dat heb ik nog niet echt meegemaakt, als thuis de situatie gewoon stabiel is.

D: Ja precies, het is vooral de eigen gezinsomgeving die een rol speelt?

X: Ja, precies. Het eigen gezin, de oppas, opvang. Dat speelt veel meer een rol dan een achterstandswijk.

D: Ja. En als DST bijvoorbeeld thuis wordt gedaan, is dat dan ook bij opa en oma thuis, als het kind daar 5 dagen in de week zit? Of is het echt alleen maar bij de ouders?

X: Mijn ervaring is dat opa en oma dat niet snel accepteren dus dat het kindje dat ook niet krijgt. Dat het niet doorgaat als het bij opa en oma is. 'ja ik weet het al, ik heb genoeg kinderen groot gebracht'. Ik weet niet hoe vaak het voorkomt, maar ik zie het in de praktijk wel gebeuren.

D: Ja dus dat ouders er wel meer voor open staan dan de opa en oma.

X: Absoluut, ik weet niet of het overal zo is, maar bij ons op locatie zie ik het wel. Niet alleen bij DST, ook bij andere dingen, voeding en zo.

D: Ja dat is inderdaad wel iets wat je vaker hoort, inderdaad.

X: Wat ook leuk is, als je weet dat opa en oma heel vaak oppassen, dat je ze op bureau kan laten komen. Maar ik denk dat je vooral bij iedereen, bij vaste verzorgers. Als je in contact komt en gewoon kan uitleggen waar het voor is, dat ze vaker ervoor open staan dan dat je ze ineens belt. Maar je kan gewoon vragen van 'goh mag ik jouw moeder bellen, dan kan ik een keer langsgaan en uitleggen wat het is' bijvoorbeeld. Dat is ook de kracht van de jeugdverpleegkundige, die heeft ook

meer ruimte. De artsen draaien vooral op productie, maar een verpleegkundige kan gewoon op huisbezoek en de opa en oma ook betrekken bij het project.

D: En zijn er nog voorzieningen vanuit de gemeente, bijvoorbeeld een bieb, of een spelletjesbieb die zouden kunnen bijdragen aan het verminderen van een blootstellingsachterstand?

X: Ik denk dat voor corona, en nu misschien wel ook alweer, dat ze goed bezig zijn. Zoals de koffiemomenten bijvoorbeeld, dat zijn allemaal kleine projectjes voor ouders om er voor te zorgen dat bepaalde families niet in isolement terecht komen, want dat kan. Zeker als je de taal niet goed spreekt, dan ben je al snel alleen. En dan is je kindje ook alleen hè. Dat kindje is bij jou. En als je ook niet werkt en je bent thuis de hele dag en je hebt verder ook niemand in je omgeving die jouw taal ook niet machtig is. Dan zie ik dat ook als risico. Dat kan je met 16 maanden spel aan huis doen, maar ja, tot 16 maanden moet je ook wat met dat kind. Maar ik denk dat ze heel goed in zitten. Maar echt gemeente gericht, wat ze nog beter zouden kunnen doen, is dit soort projecten opstellen. Zodat de ouders die wij zien, dat wij ze nog naar iets kunnen verwijzen.

D: Ja waar ze elkaar gewoon echt kunnen ontmoeten?

X: Ja een ruimte waar de kindjes gewoon samen kunnen spelen. Ik denk nu echt aan Koffie & Kind. Waar de moeder elke week heen kan gaan en dat de kindjes samen kunnen spelen en naar boekjes kunnen kijken. Het 7.5 maanden groepsconsult vond ik ook zo waardevol wat dit betreft, dat de ouders bij elkaar kunnen komen. Daar was ook echt mooie interactie, ook om te zien.

D: Oke, dus vooral de groepsdynamiek.

X: Ja dus niet per kind apart maar echt gewoon samen.

D: Ja, precies.

X: Met andere kinderen, met andere moeders, met andere vaders.

D: En zijn er verder nog onderwerpen of aspecten waar wat jou betreft nog even naar gekeken mag worden?

X: Ik vond de samenwerking met de coördinator afgelopen jaren heel fijn. Ik vind het altijd wel lastig voor kinderen die een niet dusdanig grote achterstand hebben om naar het MKDV te gaan, maar ook niet 'goed genoeg' zijn om naar VVE te gaan, maar ook naar de Kleine Kapitein bijvoorbeeld niet. Maar dat is ook altijd lastig voor de professionals, om de kinderen ergens naar toe te kunnen leiden, want de ouders willen heel graag de voorschool. En ik ben echt heel blij met die 8 weken proeftijd, echt heel blij. Maar ik vind gewoon, de kinderen die er tussen zitten, daar heb ik nog moeite mee. Om hun echt goed te kunnen plaatsen.

D: Ja het liefst wil je natuurlijk voor iedereen een plekje hebben.

X: Precies, ja. Maar verder ben ik eigenlijk tevreden. Ja Marloes was heel lang onze coördinator en dat vond ik echt heel fijn. Kirsten ken ik nog niet zo goed, maar tot nu toe vind ik het gewoon goed gaan. Ze zei ook altijd 'als je voelt dat dit de beste plek voor het kindje is, vind ik het prima.' Die ruimte heb je ook gewoon nodig als team. Wij kennen de ouders, wij zien ze allemaal. En als er gewoon echt een match is tussen een kindje en de VVE, dan moet er ook de ruimte zijn om dat kindje toe te leiden.

D: Ja, dat is volgens mij ook wel de algehele conclusie, dat de criteria en de richtlijnen zijn prima, maar er moet ook de ruimte zijn om daar van af te wijken als dat het beste voelt.

X: Absoluut, ja.

D: Oke. Dat was een heel helder verhaal. Als je verder geen vragen meer hebt, dan wil ik je heel hartelijk bedanken voor je tijd.

X: Ja, graag gedaan.

Transcript jeugdverpleegkundige (participant 6)

D: Op wat voor manier ben jij betrokken bij het VVE traject?

X: Ik ben VVE-verpleegkundige zoals wij dat noemen. Op elke locatie is er een verpleegkundige die contactpersoon is voor de VVE, die neemt ook deel aan alle overleggen over de VVE, die brengt alle informatie ook weer terug naar het team, naar de collega's, zodat zij op de hoogte zijn van alle ontwikkelingen en alle signalen. En de signalen van hen pik ik dan weer op en breng ik naar boven. Dus eigenlijk een beetje de schakel tussen de VVE coördinator en de andere collega's in het werkveld.

D: Oke, ja. Dus je bent wel veel betrokken met de mensen zelf ook?

X: Met de cliënten bedoel je? Ja, mijn dagelijkse werk is gewoon als jeugdverpleegkundige, ik werk ook op het consultatiebureau met huisbezoeken. Binnen het VVE traject hoort daar ook de activiteiten die via het JGZ zijn uitgezet, dus dat is DST, het groepsconsult met 7,5 maand en uiteraard ook de toeleiding mee doen.

D: En als we het dan hebben over de toeleiding, dan is in 2019 de criteria veranderd, dan heb je de 14 maanden check. Maar merk je daar ook nog verschil in, in welke type mensen er langer in beeld blijven?

X: Nou weet je, op deze manier wordt het wel steeds meer maatwerk eigenlijk, is mijn ervaring wel. Dus dat je eigenlijk in het begin bij de geboorte kijk je natuurlijk echt naar de criteria die opgesteld zijn door de gemeente om welke kindjes toegeleid worden. Maar goed, die nemen dan eigenlijk alleen deel aan de groepsbijeenkomst bij 7.5 maand. En dan hebben we bij 14 maanden inderdaad die extra check of er sprake is van een blootstellingsachterstand. En goed, die check, dat laatste, daarmee vallen sommige kinderen af waarbij je in het begin denkt van 'goh daar zitten

risicofactoren' maar waarbij de ouders het in de loop van tijd eigenlijk toch goed blijken te kunnen. En de rest kan aan deel twee mee gaan doen. Waar je voorheen eigenlijk zei vanaf het begin doe je mee en als je eenmaal aangemeld bent doe je alles mee. En nu zit daar natuurlijk die knip in, nog een extra check van of het wel echt nodig is. In het verleden kwam het ook wel voor dat zo'n kindje helemaal met het tweede deel meedeed en dan kwam er een stagiaire voor DST in het gezin en dan hadden ze daar soms zoiets van goh waarom doen deze ouders eigenlijk mee want ze doen het al heel erg goed. En die pikken we er nu zoveel mogelijk toch van tevoren al uit eigenlijk. Dus ja, het is meer maatwerk geworden. En ook wel dat bv de ouders die in het begin niet aan de criteria voldoen maar dat is dan niet specifiek met 14 maanden dat spreek je dan niet echt apart met hen over omdat ze niet met deel 1 mee doen. Maar je kijkt wel veel preciezer van goh zijn er misschien wel hoog opgeleide ouders maar andere problemen waardoor zij juist niet kunnen bieden wat het nodig heeft en dan alsnog aan deel twee mee gaan doen. Het iis veel meer maatwerk geworden.

D: Is dat een positief iets? Dat het maatwerk is geworden?

X: Ja ik denk het wel. Ja ik denk uiteindelijk wel, omdat je dan toch meer kijkt wat heeft dit gezin en dit kind nodig. Het vraagt wel heel veel van elke jeugdverpleegkundige om daar ook goed naar te kunnen kijken, dus je moet toch wel goede kennis hebben van nou hoe herken je nou die blootstellingsachterstand, welke vragen stel je daarvoor, wat kan je allemaal doen om dat te onderzoeken. En het vraagt eigenlijk wel dat je het gezin vanaf het begin goed volgt. Als men steeds op het consultatiebureau een andere arts of verpleegkundige voor zich ziet dan krijg je ook zelf als professional niet goed een beeld van hoe het in dit gezin gaat. Dus vaak is het wel belangrijk om een vast persoon te hebben, die dat dan ook met 14 maanden ook goed kan beoordelen.

D: En als we het dan toch hebben over dat de mensen goed de kennis hebben van 'goh wat is een blootstellingsachterstand en hoe meet je dat?' Als je dat nu zo zou moeten uitleggen, wat houdt een blootstellingsachterstand dan precies in?

X: In mijn ogen houdt dat in dat een ouder eigenlijk het kindje onvoldoende kan bieden qua voorbeeld en niet goed weet hoe ie een kindje kan helpen in het creëren van de taal. Dus niet uit zichzelf boekjes gaat lezen of niet zo goed weet hoe ie dat moet doen of weinig praat met het kind, weinig onderneemt, weinig spelletjes doet. Ja, dat er eigenlijk van nature niet zo in zich hebben en ook na uitleg het ook niet heel goed doet. Sommige moeten wat meer aan de hand genomen worden, wat meer voorbeeld hebben. Volgens mij is dat een blootstellingsachterstand. Het kan ook zijn hoor dat ouders, zeker bij die ouders die niet in eerste instantie aan criteria voldoen bv hoog opgeleide ouders, maar die wel psychische klachten hebben of andere problemen in het gezin, waardoor zij gewoon niet in staat zijn, dat hun hoofd vol zit, waardoor ze dat ook niet goed in de praktijk kunnen doen. En het misschien wel weten, maar doen het gewoon niet.

D: En hebben jullie daar een soort richtlijn voor hoe jullie dat dan vaststellen?

X: We hebben de richtlijn taalontwikkeling, die is daar natuurlijk wel helpend in, en daar zit ook een handleiding taal en daar staan wel allerlei instrumenten op de website van het NCJ waarmee je een blootstellingachterstand kunt onderzoeken. Het is er wel, maar ik weet niet of alle collega's al veel gebruik van maken. We zouden ook gebruiken kunnen maken van dat je op huisbezoek gaat, om dat toch meer te onderzoeken. Want het kan best dat je met 14 maanden nog niet goed duidelijk hebt, dan zou je nog een keer op huisbezoek kunnen gaan of een extra consult afspreken om op bepaalde onderwerpen wat dieper in te gaan. Zeker dat huisbezoek, dat wordt nog weinig toegepast. Ik kan me herinneren, dat is wat langer geleden, hadden wij van die koffertjes spraak-taal. En daar zaten dan wat spulletjes in en daar gingen we dan rond 18 maanden als het nodig was op huisbezoek, ik weet niet meer zeker wat daar de criteria van waren. Maar daar zat bijvoorbeeld wat speelgoed in, een puzzeltje in, wat boekjes in, wat informatie over taal en stimulering, waarmee je dan naar ouders ging. En eigenlijk zelf ook het voorbeeld gaf en dat je ook wat spulletjes achterlaat zodat ouders daar zelf mee konden oefenen. En dan ging je na een aantal weken terug om te kijken van hoe is het

gegaan, wat heb je er van op gestoken, hoe reageerden de kindjes. Dat was op zich heel leuk, maar goed dat was iets wat we vroeger gebruikten, maar dat zou wel een leuke zijn om weer te gebruiken weer.

D: Ja, want waarom wordt dat nu niet meer gebruikt, is daar een reden voor?

X: Nee ja weetje, zoiets wordt op het begin geïntroduceerd, wordt een tijdje gebruikt, en dan zijn en dan verwaterd het. En dan op een gegeven moment dan bloedt dat dood. Zo gaan die dingen doms. Dat heeft geen specifieke reden gehad dat we daarmee gestopt zijn, er is geen einddatum geweest ofzo

D: Maar volgens jou zou dat wel weer iets leuks zijn om op te pakken?

X: Nou het zou een leuk middel zijn om het wat pasklaarder te maken. Dat de collega's iets meer in handen hebben om met ouders daarmee aan de slag te gaan. En als je alleen maar informatie opzoekt op een website, en daar staan hele goeie tools bij hoor, maar dan is dat soms wat minder grijpbaar, minder houvast. En dat was een heel praktisch handig ding, waar ook ouders iets mee konden.

D: Nee, begrijpelijk. En als we het hebben over de criteria, de risicofactoren die gebruikt worden. Zijn die helder? Zijn die alomvattend?

X: Ik denk dat ze wel helder zijn, het probleem is alleen dat ze, doordat steeds de criteria veranderen door de jaren heen continu, daar zijn natuurlijk allemaal redenen voor, financiële, of andere inzichten, of andere ervaringen. Maar ja het verandert wel elke paar jaar, en dat maakt het lastig voor collega's. op een gegeven moment kan ik me voorstellen dat als je niet zo intensief bezig bent ermee als de VVE verpleegkundige, dat je zoiets hebt van 'alweer een verandering' of dat ze het niet bij kunnen houden of niet kunnen onthouden. Ook voor ouders is het soms niet meer te volgen, want bij een broertje mochten ze wel meedoen want toen waren de regels anders. En je moet het continu

uitleggen, continu verantwoordend waarom iets anders is. En dat maakt het heel lastig, het zou heel fijn zijn als dat eventjes gelijk blijft.

D: Ja begrijpelijk. Levert dat ook wel eens spanning of onbegrip op?

X: Absolut, ja, daar heb je heel veel discussies over.

D: Ja, want het is dus wel over het algemeen dat VVE goed ontvangen wordt bij de ouders?

X: Ja, ja je zou het de ouders eigenlijk zelf moeten vragen, maar volgens mij vinden de meeste ouders het wel heel fijn en heel leuk. Ze hebben toch wel het gevoel denk ik, dat hun kindje extra aandacht krijgt en extra kansen krijgt. Zo probeer je het natuurlijk ook absoluut te brengen, als een mooie kans. Soms heb je ouders die staan er wat anders tegenover van 'moet ik dit doen ja of nee, heb ik dit nodig?' zeker Nederlandse ouders die hebben dan zoiets van oh doe ik het niet goed? Dus het ligt er heel erg aan hoe je het brengt en hoe je het uitlegt of ze wel of niet mee willen doen. En vaak als ze bijvoorbeeld met DST meedoen dan zien ze van 'dit is gewoon heel leuk en mijn kind vind het heel leuk' en dan zijn ze vaak heel positief.

D: Ja. En als we dan even kijken naar de risicofactoren die gebruikt worden, dan heb je er bv tussen staan niet-westerse komaf, is dat concreet genoeg?

X: Nou het is niet alleen niet-westerse komaf, in combinatie met niet goed Nederlands sprekend is het. Dus afkomst is geen criterium. Criterium is niet-westerse achtergrond EN niet goed Nederlands sprekend.

D: Oke.

X: En eerst was het alleen de afkomst, dus krijg je weer de discussie van 'oh ik moet ook niet voldoende Nederlands spreken'

D: Ja, ja. Maar goed, het levert dus geen problemen op, dat criterium?

X: Nou voor ons is het op zich duidelijk, alleen heb je met de ouders discussie van wat is niet goed Nederlands spreken, en wanneer is het voldoende en wanneer is het niet voldoende? En soms werken ouders, en brengen ze het kindje onder bij opa en oma, die past dan op en dan is het, die dan vervolgens niet goed spreken, van 'vallen ze dan onder VVE ja of nee' En daar heb je dan discussies over, terwijl ouders daar ook een eigen verantwoordelijkheid daarin en daar spreken we ze ook op aan van 'je kan je kindje ook naar het KDV laten gaan, want daar spreken ze wel goed Nederlands' en dan krijg je wel de discussie van ja het is hun eigen keus. En dat is wel lastig. En daar krijg je dan ook verschillen in, want het kan dat de enige verpleegkundige of arts het anders beoordeelt dan de ander. En daar krijg je dan wel eens discussies over, want de ouders gaan ook onderling vergelijken.

D: Ja, En zou het dan helpen als er op de een of andere manier al meer kennis is bij de ouders van tevoren, zodat dat gesprek niet elke keer opnieuw gevoerd hoeft te worden?

X: Ja, de vraag is alleen hoe breng je die kennis dan bij. Hoe doe je dat en dan moet het ook wel een tijdje stabiel blijven, anders blijf je ze informeren.

D: Ja, daar ben ik het helemaal mee eens. En heb je het idee dat er bepaalde risicofactoren zijn die het meest van invloed zijn? Of is het juist vaak een combinatie die de meeste risico vormt?

X: Die invloed hebben op de spraaktaalontwikkeling bedoel je?

D: Ja dus op het risico op een blootstellingsachterstand

X: Nou de eerste drie criteria, dus de niet-westerse achtergrond + niet goed nederlands spreken, armoede en lage opleiding. Dat zijn eigenlijk de eerste drie criteria. Lage opleiding zegt vaak wel wat, maar niet alles. Soms hebben ouders door allerlei omstandigheden gewoon hun opleiding niet afgemaakt. Hadden ze wel de mogelijkheden in zich en blijken ze toch verder het heel goed te doen.

Armoede zegt vaak ook wel heel wat, toch wel. Dat mensen al problemen hebben. Ik denk als combinaties zijn van dingen, dan zijn er echt wel grote risico's

D: Ja. En is dat gebaseerd op wat je ziet in de praktijk of meer op logisch redeneren?

X: Ja, in de praktijk zeker ook. Als combinaties zijn van en lae opleiding en ook nog niet westers en armoede, dan zijn ouders zo met andere dingen ook bezig en ja dan weet je zeker dat hun kind het heel moeilijk gaat krijgen.

D: Ja. En zijn er nog risicofactoren die misschien niet genoemd worden als criterium maar waar toch wel op gelet wordt, zoals bijvoorbeeld de psychische gezondheid van de ouders?

X: Nou, die staat er niet zo specifiek in, maar goed. Dat zou ook, ja als de ouders veel problemen hebben, veel stress hebben, dan is dat absoluut wel van invloed. En dat is niet altijd alleen maar door armoede, bijvoorbeeld. Dat kan inderdaad, psychische problemen zijn echt wel een groot probleem bij veel gezinnen. Dus ja, daar zou over te discussiëren zijn of dat ook toegevoegd moet worden. Maar dan is het, weet je, dan is het weer de vraag van zijn dit dan ouders, kijk als ze ook aan de andere criteria voldoen dan zou je ze wel aan deel een laten meedoen, maar kijk als het dan hoog opgeleide ouders zijn die dan psychische problemen hebben, dan kun je je afvragen van goh zij hebben misschien wel de kennis die we bij groepsconsult bij 7.5 maand overbrengen, die kennis hebben ze vaak dan weer wel, dus groepsbijeenkomsten is dan weer minder nuttig. Maar dat zou je dan weer individueel kunnen bekijken. Het is de vraag of je dat al bij deel 1 al als risicofactor moet toevoegen, maar er valt zeker over te discussiëren denk ik .

D: En zijn er verder nog zulke factoren? Die onbewust wel mee worden genomen maar die misschien niet helemaal passend zijn als criteria?

X: Nou dat zou ik zo niet durven zeggen, ja kijk, een vluchtelinggezin, mensen die veel hebben meegemaakt. Maar dat valt vaak ook onder een van de andere factoren. Of je die apart dan weer moet gaan noemen weet ik niet.

D: Nee, en je kan je natuurlijk ook afvragen of dat het systeem helpt als er alleen maar meer factoren bijkomen

X: Nee, daarom. Je moet het niet te ingewikkeld maken.

D: Begrijpelijk. En als we het dan nog hebben over de risicofactoren, in hoeverre ben jij van mening dat de woonwijk nog een rol speelt, dus in welke wijk het kind opgroeit. Is dat op deze leeftijd al van invloed?

X: Ik denk het wel, ik denk het absoluut. Je omgeving vormt je natuurlijk ook. Dus ja, of ouders in een omgeving wonen waar heel veel laag opgeleide en heel veel mensen met allerlei problemen wonen, ja dan zien ze ook niet van elkaar hoe een ander het wel misschien beter doet of hoe het ook kan. Dus ja, ook daar qua voorbeeld hebben ouders aan elkaar misschien ook minder. Zit ik even zo te bedenken hoor, maar ik denk zeker dat de wijk absoluut invloed heeft op de kansen en op de ontwikkeling van een kind.

D: En neem je dat dan zelf ook nog onbewust mee als je op consult gaat?

X: nou goed, nee niet specifiek. Ik zit natuurlijk hier in noordoost dus daar zijn heel veel mensen die in deze wijk opgroeien en allemaal wat dat betreft een risico vormt om minder kansen te hebben. Maar goed, in een andere wijk zijn er minder mensen die aan de risicofactoren voldoen en daar zie je dat kinderen makkelijker leren en dat gaat gewoon een stuk beter.

D: Ja is misschien toch een soort wisselwerking?

X: Ja, ik laat het niet meewegen in het vaststellen van een blootstellingsachterstand, want dat ligt toch meer aan de gezinssituatie en niet aan de wijk.

D: Helder. En als er aan jou gevraagd zou worden van ‘we willen iets veranderen en iets goed doen voor deze doelgroep’ wat zou je dan adviseren? Wat zou je nog graag veranderd willen zien?

X: Ja...

D: Of zeg je juist van verander maar helemaal niks.

X: Qua VVE traject bedoel je dan?

D: Ja, bijvoorbeeld. Of een bibliotheek of een speelgoedbieb, bijvoorbeeld.

X: Nou, die bieb mag van mij vandaag nog terugkomen. Die mist iedereen enorm, zeker in deze wijk. En het probleem is natuurlijk een beetje opgelost doordat kinderen op de basisschool wel kunnen lenen, bij een schoolbiebje ofzo. Maar voor die kleintjes is dat er natuurlijk niet. En heel soms heeft een KDV of een peuterspeelplaats wel boekjes, maar die worden meestal niet uitgeleend aan de ouders ofzo. Dat vind ik echt een probleem, want de ouders hier in Breda noord, gaan echt niet naar het centrum naar de bieb. Dat is echt maar 1% die dat misschien doet, maar de rest gaat echt niet naar de bieb. En het systeem van iets huren of bestellen, dat werkt voor die mensen niet. Dan moet je al precies weten wat je wil, en ik bedoel, ik herinner me zelf van vroeger, ik ben al begin 50 maar ik zat in de bieb elke week, en ik ging daar lekker op zo’n lekker kussen liggen en een boek lezen. Lekker rondsnoeven en iets uitzoeken en ik nam er weer 6 mee naar huis. Dat missen de kinderen hier gewoon. Als je niet in aanraking komt met boeken, dan heb je al een slechte start wat dat betreft.

D: Ja, dus boeken zijn wel echt belangrijk hierin?

X: Ja, bibliotheken zijn heel belangrijk. We zouden ook heel graag boekstartcoaches willen hebben op het ? bijvoorbeeld, maar daar is tot nu toe geen geld voor gekomen. Ik weet wel dat ze bij de bieb

dat ook wel graag willen, maar er is geen geld of geen tijd voor. Ja dat soort dingen. Ja ik zou dan was het vroeger, was er dan bijvoorbeeld ook een programma en dat was eigenlijk voor VVE doelgroepen, waarvan kinderen met de ouders samen vanaf 18 maanden gingen ze 1 keer in de week naar een soort speelzaal, het eerste uur gingen de kinderen gewoon, ouders en kinderen gaan bij elkaar, ouders kletsen met elkaar, kinderen spelen daar, en daarnaast gingen de ouders nog een uurtje hadden ze een voorlichting over allerlei onderwerpen. Over praten, over boekjes, over zindelijkheid, over opvoeden, over alles wat je maar kunt bedenken. Waar ouders en kinderen mee te maken krijgen in die leeftijd. En dat was gewoon zo laagdrempelig en zo fijn. En daar hebben we het laatst nog over gehad dat we dat ook enorm missen, want we zien echt een toenemende problematiek hier in de wijk. Dat kinderen gewoon, ik weet niet waar het aan ligt, maar dat ouders gewoon hun kinderen heel klein houden, kinderen niet zichzelf kunnen aan en uitkleden, heel erg niet-zelfstandig zijn, nog heel lang met de speen lopen. Ouders niet snappen dat ze naar de tandarts moeten. Wachten met tandenpoetsen, ook al vertellen we het een aantal keer, ze wachten ermee tot ze een vol mondje met tanden hebben. Weet je, kinderen spelen te weinig buiten. Zoveel dingen die verbeterd kunnen worden. Op scholen, KDV, voorscholen, medewerkers pakken steeds die signalen op van 'het gaat gewoon niet heel goed met heel veel kinderen'. En doordat wij hier in de wijk heel veel zulk soort kinderen hebben, denk je op een gegeven moment dat het heel normaal is dat een kind met 3 jaar pas 10 woorden zegt, terwijl dat is niet normaal. En dat is echt een groot probleem. En toentertijd had je dat Speel Mee, dat was echt een heel mooie gelegenheid om ouders in al die onderwerpen gewoon op het consultatiebureau, al die preventieve dingen, om die wel met ouders te bespreken. En dan vind je een heel grote groep ouders. En het zou nuttig zijn om de ouderbijeenkomsten op de voorschool aan te bieden. Nu in corona tijd hebben veel ouders dat niet aangeboden gekregen, daar worden ook wel eens dit soort onderwerpen besproken. Maar eigenlijk is het de hele voorschoolperiode maar 5 of 6 keer, dus dat is ook niet heel veel. En als je dan een paar keer niet komt bijvoorbeeld, dan mis je ook weer heel wat. Dus dat soort activiteiten vind ik zijn echt broodnodig.

D: En zijn dat dan ook activiteiten waar ouders van elkaar leren?

X: Ja, zeker. Dat is altijd wel een groepsgesprek, dus ouders kun je heel interactief maken en ook dingen doen bijvoorbeeld. Bijvoorbeeld samen traktaties maken, heel simpel voorbeeld. Ja allerlei voorbeelden zijn ervan, waar ze van elkaar kunnen leren, ja. Zeker.

D: Oke, dat is een duidelijk verhaal met een duidelijke boodschap. Zijn er vanuit jouw kant nog dingen waarvan je zegt 'dat is echt super interessant, daar moet je naar kijken' of 'ik zou graag willen dat daar nog een keer naar gekeken wordt', afgezien van het verhaal van net?

X: Ik zit even te denken aan het VVE traject, hoor. Het zou heel mooi zijn als het in deze vorm zou kunnen blijven bestaan. Vooral het Spel Thuis denk ik wel dat ouders daar heel veel aan hebben. Zeker als het individueel is en het over hun kindje gaat over hun rol in de stimulering, denk ik dat dat heel goed is voor de ouders. Bovendien kunnen die speelsters ook heel mooi in het gezin kijken van wat er speelt, of er überhaupt speelgoed is, of er sprake is van armoede. Wij kunnen dat best inventariseren op het bureau, maar zij zien dat. Wat er in de praktijk is, en waar een tekort aan is. Ze kunnen ook heel mooi andere problemen ontdekken. Verder wat ik ook heel goed vind is dat we de zorgteam overleggen hebben met de voorschool. Dat is elk jaar dat we bij elke voorschool een overleg hebben, dat is super waardevol, want ook de leidsters signaleren ontzettend veel. Eigenlijk in een periode waar wij de kinderen op het consultatiebureau minder vaak zien, signaleren zij juist heel veel. Dat we dan samen kunnen optrekken en kinderen kunnen verder helpen. Dat samen signaleren en de problemen met de ouders kunnen bespreken, kunnen we hun ook mee motiveren om bepaalde zorg in te zetten bijvoorbeeld, die het kind nodig heeft. Dus die samenwerking is ook heel waardevol. Dus ik zou pleiten voor het behoud van zeker het ouderbetrokkenheidprogramma, dat is super belangrijk.

D: Oke, helder. Dat waren al mijn vragen, ik weet niet of jij nog vragen aan mij hebt?

X: Nee het is helder zo.

D: Dan wil ik je graag hartelijk bedanken voor je tijd en deelname.