

Evaluatiestudie van “Kijken en Doen”:

Een preventieprogramma voor jonge kinderen in Gemeente Ede

**Masterthesis Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken,
Werkveld Preventie en Opvoedingsondersteuning
Universiteit van Utrecht**

Onder begeleiding van Dr. W.M. van Londen-Barentsen

R.M. Rutgers (3447014)



Abstract:

Aim: The aim of this study is to examine the effects of the prevention program “Kijken en Doen” (“Watch and Do”) in Ede for toddlers. *Method:* An analysis was made from the data of thirty children who participated at “Kijken en Doen”. Telephone and personal interviews with parents were conducted from february 2011 through april 2011. These interviews had the goal to examine the feeling of empowerment and acceptance from the parents. *Results:* The signals that a child shows before the “Kijken en Doen” process can not predict the kind of problems from the child after the “Kijken en Doen” process. Because the observations like the CAP-J, the STEP and the SIGN6, and the tests while the proces is taken, a view of the development off the child arise. The parents who participated in the interviews were very satisfied about the program. They felt empowered and they where helped through the acceptance proces. *Conclusion:* “Kijken en Doen” is promising way of early intervention for toddlers.

Keywords: Toddlers, CAP-J, STEP, early diagnosis and empowerment.

Abstract

Doel: Het doel van dit onderzoek is onderzoeken of het preventieprogramma “Kijken en Doen” in Ede effectief is voor kinderen in de voorschoolse leeftijd. *Methoden:* Er is een analyse van de gegevens van 30 kinderen gemaakt. Tussen februari 2011 en april 2011 zijn telefonische en persoonlijke interviews afgenomen, om het gevoel van empowerment en acceptatie bij ouders te onderzoeken. *Resultaten:* De signalen die een kind vooraf toont zijn onvoldoende voorspellend voor het beeld van de problematiek achteraf. Door ingezette onderzoeken, zoals de CAP-J, STEP en de SIGN6, en observaties tijdens het traject ontstaat een beeld van huidige ontwikkeling van het kind. Uit de interviews blijkt dat ouders zich ondersteund hebben gevoeld en dat zij werden ondersteund in het proces van accepteren. Zowel ouders als verwijzers zijn tevreden over het traject. *Conclusie:* “Kijken en Doen” is een veelbelovende manier om vroegtijdig problematiek te onderkennen bij jonge kinderen.

Trefwoorden: Peuters, CAP-J, STEP, vroegsignalering en empowerment.

Introductie

In de Gemeente Ede wonen 6621 kinderen van nul tot vier jaar (Buurtmonitor Ede). Bij het grootste gedeelte van kinderen tussen nul en vier jaar oud verloopt de ontwikkeling normaal (Verhulst, 2008). Voor dat deel van de kinderen waarbij er vragen ontstaan over de ontwikkeling is “Kijken en Doen” in december 2009 gestart als een observatie- en diagnostiekprogramma voor kinderen van twee tot vier jaar oud. “Kijken en Doen” is ontstaan

vanuit vragen van pedagogisch medewerkers van de peuterspeelzalen en kinderopvang. Zij ervaren een 'niet-pluis'-gevoel bij de ontwikkeling van sommige kinderen. Zij misten echter de tijd en de expertise om gericht met het kind aan de slag te gaan en te checken of het gevoel klopt (van Eenennaam, 2009).

"Kijken en Doen" is een samenwerking tussen kinderopvang, jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg, waarbij verschillende partijen betrokken zijn. Voor een beschrijving van de verschillende organisaties zie bijlage 1. De professionals van "Kijken en Doen" vormen samen met de ouders een beeld van de ontwikkeling van het kind, onder andere door gebruik te maken van observaties en onderzoeken, daarnaast wordt onderzocht welke zorg passend is. "Kijken en Doen" moet een laagdrempelige voorziening zijn voor ouders die zich zorgen maken over de ontwikkeling of het gedrag van hun kind (van Eenennaam, 2009). Er kan gekozen worden voor een groepstraject en een ambulante traject. In het groepstraject wordt het kind op een observatiegroep geobserveerd, en tijdens het ambulante traject wordt het kind zowel thuis als op de eigen peuterspeelzaal of kinderdagverblijf geobserveerd. Voor een uitgebreide beschrijving van de opbouw van het programma, zie bijlage 2. Het doel van "Kijken en Doen" is vroegtijdige onderkenning en zo nodig snelle inzet van deskundige hulp voor kind, ouder(s) en groepsleiding te zijn. Hiermee kan "Kijken en Doen" er mogelijk voor zorgen dat intensievere hulp in een later stadium wordt voorkomen. Het is van belang sommige kinderen een langere tijd te volgen, wat mogelijk is binnen "Kijken en Doen". Samen met de ouders onderzoekt het team wat de mogelijkheden van het kind zijn en onderzoekt of er extra ondersteuning nodig is (Van Eenennaam en Van der Marel, 2009). Oorzaken van bijzonder gedrag bij jonge kinderen zijn vaak moeilijk vast te stellen. Niet alle problemen zijn zo ernstig van aard dat een kind niet meer optimaal kan functioneren (Knoben, 2008).

Op dit moment zijn er in Nederland een aantal pilots voor kinderen in de peuterleeftijd die moeilijk te begrijpen gedrag vertonen, onder andere in Leiden, Drenthe en Amsterdam. Voor sommige van deze pilots is een indicatie van Bureau Jeugdzorg nodig. Deze pilots worden gevolgd door Alert4You (Balledux, de Lange, Chênevert en Kwok, 2010).

In dit onderzoek staat de vraag centraal: "Is Kijken en Doen een effectieve manier om kinderen met problematiek vroegtijdig te signaleren en worden ouders daarin ondersteund?" Deze vraag wordt opgesplitst in twee onderzoeksvragen. De eerste vraag is gericht op de preventie en vroegsignalering, en de tweede vraag richt zich op de empowerment en acceptatieprocessen van ouders. De eerste onderzoeksvraag die wordt onderzocht is: "Heeft 'Kijken en Doen' een preventieve werking om kinderen vroegtijdig te signaleren door middel van ingezette onderzoeken, zoals de CAP-J, de STEP en de SIGN6?" De tweede onderzoeksvraag is: "Hebben de ouders zich tijdens het proces ondersteund gevoeld in het acceptatieproces en zijn ze empowered?"

De onderkenning van verschillende vormen van problematiek bij kinderen in de voorschoolse leeftijd

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden wordt er een literatuurstudie gedaan naar de ontwikkeling van kinderen in de voorschoolse periode, protectieve en risicofactoren, preventie, vroegsignalering en handelingsgerichte procesdiagnostiek.

Het niet onderkennen van problematiek bij jonge kinderen zorgt ervoor dat deze kinderen niet in zorg komen, er te laat in komen of dat verkeerde zorg wordt geleverd (Kousemaker, 1997). De landelijke overheid tracht de problematiek van deze kinderen eerder te kunnen onderkennen door onder andere de inzet van Centra's voor Jeugd en Gezin. Daarnaast stimuleert de overheid de ontwikkeling en de inzet van effectieve vroegsignaleringsinstrumenten en interventies (Ministerie van Jeugd en Gezin, 2009).

Uit zowel landelijk als regionale onderzoeken is gebleken dat ouders vragen hebben over of problemen ervaren met de aanpak van de opvoeding en ouderschap in het algemeen, en omgaan met lastig gedrag of gedragsproblemen van hun kinderen en emotionele problemen (Ince, 2008). In 2007 gaf 36% van de ouders met thuiswonende kinderen, tot achttien jaar, aan dat zij zich zorgen hebben gemaakt over hun kind(eren) of de opvoeding. Ouders maken zich onder andere zorgen over emotionele problemen (22%) en gedragsproblemen (16%). De opvoedtelefoon krijgt de meeste telefoontjes over kinderen van één tot vier jaar (Ince, 2008).

Protectieve en risicofactoren van kinderen in de voorschoolse periode

Sommige jonge kinderen hebben meer kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen. In de verschillende ontwikkelingsstadia zijn factoren te noemen die voor een kind in de voorschoolse periode beschermend of juist bedreigend kunnen werken. In deze periode zijn een laag inkomen, slechte huisvesting, geen educatief materiaal aanbieden aan het kind en het wonen in een slechte buurt risicovolle omgevingsfactoren (Boendermaker en de Baat, 2010; Vick Whitakker, Jones Harden, See, Meisch en Westbrook, 2011; Burchinal, Roberts, Zeisel, Hennon & Hooper, 2006).

Risicovolle factoren op ouder niveau zijn een autoritaire opvoedingsstijl, depressie bij de moeder, afwijzen van het kind, weinig aandacht geven en weinig tot geen stimulering bieden. Risicofactoren op kindniveau zijn driftbuien, agressie, slechte hechting, het zien van huiselijk geweld en het ondergaan van kindermishandeling. Deze risicofactoren kunnen leiden tot lagere niveaus van cognitieve ontwikkeling, schoolprestaties en de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Zeanah (1996) noemt het onveilig gehecht zijn aan ouders of verzorgers als een predictor voor onaangepast gedrag op school. Ook zorgt dit voor moeilijke relaties met leerkrachten en klasgenoten.

Protectieve factoren op ouder niveau zijn goede hechtingsrelaties, geaccepteerd worden, het aanbieden van schoolmateriaal, responsiviteit van de ouders, warmte van de ouders en het

geprezen worden voor positief gedrag (Boendermaker en de Baat, 2010; Burchinal, et al., 2006; Vick Whitakker, et al., 2011). Een protectieve factor op kindniveau is veerkracht. De sterkste protectieve factoren zijn responsieve en gevoelige ouders en naar een school gaan die de nadruk sterk legt op taalvaardigheid (Burchinal, et al., 2006).

Vroegsignalering

Vroegsignalering houdt in: "Het vroeg en dus tijdig signaleren. Vroeg in de levensloop van een mens, maar bovenal ook vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf" (Hermanns, Öry en Schrijvers, 2005). Dit om problemen tijdig te signaleren en te onderkennen om in een zo vroeg mogelijk stadium te kunnen ingrijpen (Kwok et al., 2009). Signalen die een kind laat zien kunnen leiden tot de constatering dat er sprake is van een risico op problemen, of daadwerkelijk op problemen (Postma, 2008). Het begrip vroegsignalering betreft het signaleren van psychosociale problemen en onder psychosociale problemen worden emotionele-, gedrags- en sociale problemen bedoeld (Postma, 2008). Psychosociale problemen kunnen onderverdeeld worden in twee verschillende deelgebieden, namelijk internaliserende en externaliserende problemen.

Uit het onderzoek van Quinn en Mathur (1995) blijkt dat leerkrachten op de kleuterschool al goed in staat zijn om kinderen met gedragsproblemen te onderscheiden. Het blijkt dat ook pedagogisch medewerkers in de peuterspeelzalen en kinderopvang in staat zijn om problemen bij kinderen te signaleren, echter, zij missen de tijd en expertise om aan deze problemen te werken. Vroegsignalering en vroege interventie wordt mogelijk als deze kinderen gezien blijven worden (Kwok et al., 2009).

In de kinderopvang en op peuterspeelzalen hebben de pedagogisch medewerkers een beeld van de ontwikkeling van kinderen (Kwok et al., 2009). Hoewel de ontwikkeling van de meeste kinderen gunstig verloopt, zijn er altijd kinderen waar de ontwikkeling niet gaat zoals men verwacht. Zij kunnen bij de pedagogisch medewerker vragen oproepen. Een pedagogisch medewerker zal het beeld van een kind vormen in vergelijking met andere kinderen. Voor de kinderopvang en peuterspeelzalen zijn er diverse observatiemethoden en kind volgsystemen beschikbaar. Deze kunnen de pedagogisch medewerker handvatten geven om te zien hoe de normontwikkeling verloopt en of het desbetreffende kind een andere ontwikkeling doormaakt (Kwok et al., 2009).

Naar aanleiding van de signalen die het kind vertoont, dient onderzocht te worden welke specifieke problemen het zijn. Een interventie kan dan een logisch vervolg zijn. Er zijn op dit moment enkele vroegsignalering instrumenten ontwikkeld voor peuters (Kwok et al., 2009). Onder andere beschikbaar zijn de KIPPPI (Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie), de ASQ (Ages and Strengths Questionnaire) en de

Nederlandse versie van de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Zij verschillen in doel en leeftijdsgroep (Klein Velderman, Hosman en Paulussen, 2007). De KIPPPI, SDQ en ASQ worden op dit moment onderzocht op betrouwbaarheid en predictieve validiteit door TNO (Klein Velderman, et al., 2007). Opvallend is dat de meeste vroegsignaleringsinstrumenten zich richten op ontwikkeling van het kind, en niet op de opvoeding (Klein Velderman, et al., 2007).

Het huidige jeugd beleid is erop gericht om voorzieningen uit de basisvoorziening te versterken en te verbeteren. Dit is omdat voorzieningen uit de basisvoorziening de vindplaatsen zijn waar men met een goede signalering kinderen met problemen vroegtijdig kan opsporen en vroegtijdig kan helpen om erger te voorkomen (Van Yperen en Hellema, 2010).

Preventie in de voorschoolse periode

Preventie houdt in “Het voorkomen dat er problemen ontstaan door van tevoren in te grijpen”. Preventieprogramma’s hebben twee doelstellingen. De eerste doelstelling is: “Het voorkomen van het ontstaan van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen” en de tweede doelstelling is “het bijdragen aan de positieve ontwikkeling van kinderen” (Rispen, Goudena en Groenendaal, 1994). Preventieprogramma’s voor jonge kinderen zijn anders opgebouwd dan preventieprogramma’s voor oudere kinderen of volwassenen (Rispen et al., 1994). De doelgroep jonge kinderen heeft als karakteristiek dat zij nog in ontwikkeling zijn, dat er een specifieke relatie is tussen hen en hun opvoeders en dat zij een kwetsbare groep zijn (Rispen et al., 1994).

Emotionele- en gedragsproblemen zijn de twee belangrijkste oorzaken van disfunctioneren van kinderen. Zeven procent van de drie- en vierjarige kinderen heeft serieuze gedragsproblemen (Meltzer, Gatward, Goodman en Ford, 2000). Studies hebben aangetoond dat problemen met agressie (Broidy, Tremblay, Brame, Fergusson, Horwood, Laird, et. al., 2003) en gedragsproblemen (Reinke, Splett, Robeson en Offutt, 2009) op latere leeftijd vaak de oorsprong hebben in de peuter- en kleutertijd.

Gedragsproblemen kunnen stabiel zijn over de tijd. Kinderen die al op vroege leeftijd probleemgedrag vertonen hebben een grotere kans om later crimineel te worden (Shaw, Owens, Giovanelli en Winslow, 2001). Ook hebben deze kinderen meer kans op CD (conduct disorder) en ODD (oppositional defiant disorder). Shaw et al. (2001) komen met het bewijs dat zorg aanbieden aan kinderen met externaliserende problemen vooral van belang is in de eerste jaren van het kind.

De vraag is, in hoeverre er bij kinderen van nul tot vier jaar al sprake is van gedragsproblemen. Boendermaker en de Baat (2010) definiëren het gedrag op deze leeftijd als “lastig”. Het is wel van belang om ervoor te zorgen dat dit lastige gedrag niet overgaat in gedragsproblematiek en gedragsstoornissen. Om dit tegen te gaan is het bieden en stimuleren van een gezonde

ontwikkeling en het bieden van ondersteuning van invloed. Interventies die gericht zijn op kinderen van nul tot vier jaar zijn gericht op het stimuleren van een gezonde ontwikkeling. Door te werken aan deze doelen wordt voorkomen dat lastig gedrag verandert in gedragsproblemen (Boendermaker & de Baat, 2010). Lastig gedrag op deze leeftijd kan wel een voorspeller zijn voor gedragsproblemen op latere leeftijd, waardoor het inzetten van preventie programma's zinvol kan zijn (Boendermaker & de Baat, 2010).

Wat betreft problemen in het autistisch spectrum (ASS) geldt, dat een voorlopige diagnose ervoor zorgt dat kinderen waarvan vermoedens zijn van een stoornis van ASS effectiever behandeld kunnen worden. Als kinderen in de voorschoolse periode de diagnose ASS krijgen en daarbij vaardigheden aangeleerd krijgen zorgt dit ervoor dat zij deze vaardigheden op latere leeftijd beter kunnen toepassen. Vaardigheden waarin getraind kan worden zijn sociale vaardigheden, communicatie vaardigheden en taalvaardigheden (Sutera, et al., 2007). Werkzame preventieve maatregelen bij kinderen met autisme zijn het geven van directe instructie, sociale vaardigheidstrainingen en het ontwikkelen van imitatievaardigheden. Hoe jonger deze vaardigheden worden bijgebracht bij kinderen met ASS, hoe effectiever zij werken (Landa, 2008).

Problemen in de lichamelijke ontwikkeling en motoriek zijn ook van belang om op vroege leeftijd op te sporen (Schwebel & Bounds, 2003). Deze problemen worden vaak door ouders te laat gesignaleerd, waardoor de achterstand op latere leeftijd niet meer in te lopen is. Ook als kinderen op jonge leeftijd de waarde kennen van bewegen zal dit bijdragen aan een gezonde lichamelijke ontwikkeling en de ontwikkeling van de grove motoriek (Schwebel & Bounds, 2003). Het achterlopen in de taalontwikkeling op peuterleeftijd heeft ook consequenties voor de zelfregulatie van het kind (Valloton & Ayoub, 2011). Als een peuter de taal niet goed beheerst zal zijn zelfregulatie lager zijn. Ook als kinderen op jonge leeftijd de taal nog niet goed beheersen, betekent dit dat zij op de basisschool moeite zullen krijgen met het lezen en schrijven. Dit geldt voornamelijk voor kinderen waarvan Nederlands niet de eerste taal is, en waarvan de tweede taal niet hetzelfde alfabetische schrift hanteert (Dolaard & Leseman, 2008).

Bij problematiek bij jonge kinderen wordt de oorzaak en oplossing vaak gezocht in de opvoedkwaliteiten van de ouders (Fivaz-Depeursinge, Lopes, Python en Favez, 2009). Er zijn al een aantal programma's ontwikkeld om de ouders van jonge kinderen meer vaardigheden te leren in het opvoeden, bijvoorbeeld door huisbezoeken. Huisbezoeken door (para)professionals zijn over het algemeen effectief. Sweet en Appelbaum (2004) hebben een meta analyse gedaan van huisbezoek interventies, waarbij deze huisbezoeken gericht waren op het verbeteren van de opvoedkwaliteiten van de ouder. Geconcludeerd wordt dat het met drie van de vijf kinderen beter gaat na de huisbezoeken. Voor die twee kinderen waarmee het niet beter gaat blijkt meer nodig. Deze kinderen hebben langdurige observaties en diagnostiek nodig om te onderzoeken

wat er daadwerkelijk aan de hand is met hen (Knoben, 2008).

Preventie aan jonge kinderen blijkt kosteneffectief te zijn. In de studie van Aos, Lieb, Mayfield, Miller en Pennucci (2004) werd gevonden dat 62% van de onderzochte preventieprogramma's meer opbrachten dan zij kostten.

Diagnostiek bij jonge kinderen

Het begrip diagnostiek wordt gebruikt om aan te duiden dat door middel van onderzoek een diagnose voor een probleem vast te stellen is (Knoben, 2008).

Een diagnose is het resultaat van een proces van hypothesetoetsing. Diagnostische hypothesen zijn: "voorlopige beweringen die ertoe bijdragen dat zo onafhankelijk en onbevooroordeeld mogelijk in kaart gebracht wordt wat er momenteel wetenschappelijk bekend is over dit specifieke probleem" (De Bruyn, Pameijer, Ruijsenaars en Aarle, 1995). Jonge kinderen zijn nog volop in ontwikkeling. De vraag: 'wat is er aan de hand met dit kind' is moeilijk te beantwoorden, omdat de diagnostiek bij deze doelgroep veel specifieke kennis en vaardigheden vereist omdat de snel op elkaar volgende ontwikkelingslijnen zo dicht tegen elkaar aan liggen. Met ontwikkelingslijnen bedoelt men onder andere de taal, motoriek, cognities, emoties en spel (Knoben, 2008). Omdat de ontwikkelingslijnen zo dicht bijeen liggen, heeft stagnatie op het ene gebied direct gevolgen voor het andere gebied. Diagnostische instrumenten geven niet altijd een helder en betrouwbaar beeld van het kind. Het blijkt ingewikkeld te zijn om specifiek de invalshoeken te onderscheiden (Knoben, 2008).

Er is bij jonge kinderen veelal behoefte aan langdurige observatie en handelingsgerichte procesdiagnostiek. Handelingsgerichte procesdiagnostiek heeft de insteek om te kijken naar zowel de kenmerken van het kind als de omgevingsfactoren. Alle betrokkenen worden geïnformeerd en samen wordt gezocht naar een passende oplossing voor het kind en de omgeving (Verstegen & Förster, 2002). Van belang in deze levensfase van het kind is het gedrag en de houding van de ouders. Zeker op jonge leeftijd zijn ouders en kind nog sterk met elkaar verbonden. Ouder- en kindfactoren zijn daarom soms ook moeilijk te scheiden (Knoben, 2008). De relatie met ouders is een belangrijke bron van veiligheid, maar ook van stress. Deze relatie is ook van groot belang voor de hulpverlening aan kinderen met gedragsmoeilijkheden (Delfos, 2007).

Voor oudere kinderen wordt er gebruik gemaakt van de DSM IV criteria. Evangelista en McLellan (2004) onderzochten dat de DSM IV criteria niet zonder meer gebruikt konden worden bij kinderen onder de drie jaar, vanwege beperkte verbale capaciteiten. Boris, Zeanah, Larrieu, Scheeringa en Heller (1998) vonden dat de DSM IV onder de drie jaar alleen hechtingsstoornissen kunnen aantonen. Zero to Three is een alternatief voor de DSM IV, voor kinderen tot en met drie jaar oud (Evangelista & McLellan, 2004).. Zero to Three is een

diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen op zuigelingen en kinderleeftijd, en blijkt een betere methode dan de DSM IV om een diagnose te stellen voor kinderen in de leeftijd nul tot drie (Evangelista & McLellan, 2004).

Voor kinderen in de jeugdzorg is er een nieuw instrument ontwikkeld om problemen te classificeren, de CAP-J. De CAP-J is ontwikkeld door het Nederlands Jeugdinstituut (Nederlands Jeugdinstituut, 2009). De CAP-J richt zich op de aard van de problematiek. Onderscheid wordt er gemaakt tussen "Psychosociaal functioneren jeugdige", "Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige", "Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige", "Gezin en opvoeding" en "Jeugdige en omgeving". De CAP-J is ontwikkeld voor kinderen en jeugdigen tot en met achttien jaar oud.

Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag is er literatuuronderzoek gedaan naar de concepten "Acceptatie" en "Empowerment".

Acceptatie

Menolascino & Coleman (1980) definiëren het begrip acceptatie als het kunnen aannemen of aanvaarden van zaken. Voordat ouders zich empowered kunnen voelen, is het eerst van belang dat zij de ontwikkeling en het gedrag van het kind kunnen accepteren (Dwairy, 2010).

Acceptatie van het probleem en acceptatie van het kind dragen bij aan de mentale gezondheid van kinderen. Dwairy (2010) deed onderzoek naar afwijzings en acceptatieprocessen van ouders en de invloed van deze op kinderen en jongeren. Dwairy onderzocht de theorie dat acceptatie van het probleem van het kind een onvoorwaardelijke positieve basis is voor de geestelijke gezondheid van kinderen en dat afwijzing de basis is voor psychische stoornissen. In zijn onderzoek werd deze theorie bevestigd. Wel was er onderscheid te vinden tussen vaders en moeders, moeders accepteerden sneller hun kinderen. Er is geen onderscheid te maken tussen collectivistische en individualistische culturen in het accepteren van hun kinderen. Hoog opgeleide ouders kunnen hun kinderen gemakkelijker accepteren dan laag opgeleide ouders (Dwairy, 2010). Adolescenten die het gevoel hadden geaccepteerd te worden door hun ouders en naasten, hadden in lagere mate last van geestelijke stress.

Voor de meeste ouders is het nieuws dat hun kind een andere ontwikkeling volgt dan normaal, moeilijk te verwerken en moeilijk te accepteren. Iedere ouder reageert hier anders op. De een ontkent, de ander wordt bang, voelt zich schuldig of worden depressief (Menolascino & Coleman, 1980). Zaken die kunnen helpen het acceptatieproces te vergemakkelijken, zijn dat de ouders duidelijk hebben wat de ernst is van het probleem, welke behandeling er nodig is en het aanreiken van specifieke kennis en het geven van emotionele steun (Menolascino & Coleman, 1980). Zij hebben soms ondersteuning nodig van derden die hen helpen om hun het vertrouwen te geven dat ze hun kind kunnen opvoeden. Ook het versterken van hun eigen netwerk is van belang, indien dit niet gebeurt zal een ouder negatief gedrag vertonen, ook naar het kind toe. Als een ouder het accepteert dat zijn of haar kind een beperking heeft, kan een ouder het kind ook beter accepteren, wat weer bijdraagt aan een betere geestelijke gezondheid van het kind (Menolascino & Coleman, 1980). Om gevoel van acceptatie te vergroten zijn programma's om de ouders te ondersteunen effectief (Menolascino & Coleman, 1980). Deze programma's zijn zowel effectief als de ondersteuning wordt gegeven door andere ouders, als door professionals.

Empowerment

Empowerment is een term die geen eenduidige definitie heeft. Rappaport (1987) omschreef empowerment als een proces waarbij mensen, organisaties en gemeenschappen controle krijgen over hun zaken. Empowerment uit zich verschillend bij verschillende individuen, organisaties en gemeenschappen. Rappaport (1987) stelde centraal dat empowerment bijdraagt aan het zelf oplossend vermogen van mensen. Bij empowerment kan men onderscheid maken tussen empowerment op individueel en gemeenschappelijk niveau. Empowerment op individueel niveau houdt in: "het sterker maken van individuen binnen hun eigen sociale context, zodat zij beter in staat worden gesteld om controle te krijgen over hun leven" (Moritsugu, Duffy en Wong, 2009). Ouders die zich niet empowered voelen, zullen meer last hebben van interne stress en zich minder richten op de familie relaties.

Cunningham, Henggeler, Brondino en Pickrel (1995) onderzochten empowerment bij ouders van 118 jeugdige delinquenten met de DMS-III-R criteria voor geweldpleging en de criteria voor het afhankelijk zijn van de familie. Empowerment is gemeten aan de hand van de Family Empowerment Scale, die de mate van empowerment meet. Het hebben van empowerment als ouder of verzorger had geen verband met verbeteringen in het functioneren van de jongere. Wel zorgde een hoger gevoel voor empowerment voor betere gezinsrelaties.

De studie van Graves en Shelton (2007) wees wel een positief verband aan voor het functioneren van de kinderen. Zij onderzochten 97 kinderen tussen de vijf en achttien jaar oud met een klinische diagnose voor emotionele problemen. Empowerment werd eveneens gemeten met de Family Empowerment Scale. De hypothese dat de emotionele problemen van de kinderen daalden zodra de gezinsempowerment steeg, werd aangetoond.

Scheel en Rieckmann (1998) deden onderzoek naar empowerment bij ouders van kinderen van drie tot vijf jaar oud, waarbij de kinderen in therapie waren voor diverse stoornissen. Ook in deze studie werd gebruik gemaakt van de Family Empowerment Scale. Een hoge mate van empowerment hangt samen met lagere niveaus van stress bij het dagelijks functioneren en hogere niveaus van gezinsfunctioneren. In dit onderzoek werden de kinderen van de onderzochte ouders niet onderzocht.

Dunlap (1997) deed een longitudinale studie naar empowerment bij ouders van kinderen die op een kleuterschool zaten in een wijk met lage sociaal-economische status. De kinderen hadden de leeftijd van drie tot vijf jaar. In deze studie werden de principes van Perry Pre-school gebruikt, namelijk "plan, do en reflect". Ouders moesten op deze manier bewuster worden van de manier waarop zij met hun kinderen omgingen. De studie verliep in verschillende fases, waarin Dunlap onder andere hulpgroepen bijwoonde en interviews met de ouders afnam. Over het algemeen waren de ouders zich door de "plan, do and reflect" aanpak meer empowered gaan voelen.

Na vergelijking van deze studies lijken interventies om de empowerment van de ouders het sterkste te werken bij jonge kinderen. Bij deze groep worden de grootste resultaten behaald.

State of the art van de literatuur

In dit onderzoek wordt onderzocht of “Kijken en Doen” een effectieve manier is om kinderen vroegtijdig te signaleren en of ouders daarin worden ondersteund. Deze vraag bestaat uit twee onderzoeksvragen. De eerste onderzoeksvraag is “Heeft ‘Kijken en Doen’ een preventieve werking om kinderen vroegtijdig te signaleren door middel van ingezette onderzoeken, zoals de SIGN6, de CAP-J en de STEP?” Deze vraag beantwoordt of “Kijken en Doen” doet wat het beoogt te doen. De tweede onderzoeksvraag is: “Hebben de ouders zich tijdens het proces ondersteund gevoeld in het acceptatieproces en zijn ze empowered?”. Deze vraag richt zich op de kracht van “Kijken en Doen”.

De concepten preventie en vroegsignalering worden gebruikt om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van kwantitatief onderzoek. De concepten empowerment en acceptatie worden gebruikt om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden, door middel van kwalitatief onderzoek.

Onderzocht wordt of de signalen waarmee een kind wordt aangemeld overeenkomen met het beeld van de problematiek achteraf. Ook wordt er een analyse gemaakt van evaluaties van de verwijzers van de kinderen. Door interviews met ouders van de kinderen die hebben deelgenomen aan “Kijken en Doen”, wordt onderzocht of zij zich empowered hebben gevoeld en of zij de problematiek van het kind konden accepteren.

Methoden

Procedure:

Het onderzoek is uitgevoerd tussen september 2010 en mei 2011 en de gegevens van dertig kinderen die hebben geparticipeerd aan “Kijken en Doen”, en tot april 2011 het traject hebben doorlopen zijn geanalyseerd. De data is verzameld aan de hand van de dossiers die van elk kind beschikbaar waren. Hierin opgenomen waren observatie- en diagnostiek gegevens, dossieranalyses, evaluaties van ouders en evaluaties van verwijzers. Ook zijn er interviews met ouders van kinderen die hebben geparticipeerd afgenomen. Alle ouders (n = 21) die het evaluatieformulier hebben geretourneerd en daar hebben aangegeven dat zij gebeld wilden worden zijn benaderd om mee te werken aan de interviews. Deze ouders hebben een brief ontvangen waarin aangegeven werd dat zij binnen een week werden benaderd of zij mee wilden werken aan een interview.

De interventie:

“Kijken en Doen” is een observatie en diagnostiekprogramma voor kinderen van twee tot vier jaar oud. Het programma is in december 2009 van start gegaan. Tussen december 2009 en februari 2011 hebben dertig kinderen aan “Kijken en Doen” geparticipeerd, en het traject afgemaakt. De projectperiode van “Kijken en Doen” loopt tot december 2011. “Kijken en Doen” heeft een ambulante traject en een groepstraject. In het ambulante traject wordt een kind één of twee keer per week thuis en op de eigen peuterspeelzaal of het kinderdagverblijf geobserveerd. Tijdens het groepstraject wordt het kind twee keer per week op een observatiegroep geobserveerd. De ouders van de kinderen melden het kind, vaak na advies van externen, zelf aan bij “Kijken en Doen”. Voor deelname aan Kijken en Doen is geen indicatie nodig en is daarmee laagdrempelig (Van Eenennaam, 2009).

Participanten:

“Kijken en Doen” is bedoeld voor kinderen uit Gemeente Ede. De kinderen die hebben geparticipeerd zijn afkomstig uit Ede, Bennekom, Harskamp en Lunteren. De ouders waren allen de biologische ouders van de kinderen. Vijfentwintig kinderen hebben Nederlandse ouders, vijf kinderen zijn van buitenlandse afkomst. Hun ouders zijn afkomstig uit Somalië, Turkije, Marokko, Egypte en Afghanistan. Er zijn 25 jongens (83.3%) en vijf meisjes (16.7%), dertien kinderen (43,3%) zijn geboren in 2006, twaalf kinderen (40%) in 2007 en vijf kinderen (17,7%) in 2008. Zesentwintig ouders (86,7%) zijn getrouwd of woont samen met de partner. Vier kinderen (13,3%) leven in een eenoudergezin. Van drie kinderen zijn de ouders gescheiden en van één kind is de vader overleden. Van de vijf allochtone gezinnen is één gezin een eenoudergezin. Zeventien kinderen (56.7%) namen deel aan het ambulante traject en dertien kinderen (43.3%) namen deel aan het groepstraject. Veruit de meeste kinderen zijn verwezen vanuit een peuterspeelzaal, namelijk achttien keer (60%). Zie tabel 2 voor een overzicht van alle verwijzers.

Tabel 1

Een overzicht van alle verwijzers naar “Kijken en Doen”

Verwijzer	Aantal kinderen	Procent
Peuterspeelzaal	18	60.0
Kinderdagverblijf	2	6.7
(Orthopedagoge) Consultatiebureau	4	13.3
Integrale Vroeghulp ¹	4	13.3
Logopedie	1	3.3
Fysiotherapie	1	13.3
Totaal	30	100.0

¹ Voor een beschrijving van Integrale Vroeghulp zie bijlage 1.

Meetinstrumenten:

In dit onderzoek staan twee deelvragen centraal. Methoden die gebruikt worden bij onderzoeksvraag één worden hieronder besproken. Alle instrumenten die worden gebruikt worden ingevuld door de gedragsdeskundige.

Bij de aanmelding van het kind wordt er een signalenlijst voor ontwikkelingsachterstanden ingevuld (hierna genoemd *SIGN6*), waarop onderscheid wordt gemaakt tussen problematiek op het gebied van de taal/spraak of denkontwikkeling, gedrag of gedragsregulatie, motorische ontwikkeling, sociale ontwikkeling, emotionele ontwikkeling of gezin en opvoeding. Deze signalen zijn gezien door de verwijzers en/of de ouders. Tijdens het afstemminggesprek geven de ouders aan wat de signalen zijn die een kind toont. Na afloop van het “Kijken en Doen” traject wordt er een beeld van de problematiek geschetst. Nogmaals wordt de *SIGN6* ingevuld door de gedragsdeskundige. Er wordt vergeleken of de signalen vooraf overeenkomen met de signalen na het traject.

Na het traject wordt ook de *CAP-J* gebruikt om de aard van de problematiek te scoren. De *CAP-J* is het Classificatie van de Aard van de Problematiek voor Jeugdigen (Nederlands Jeugdinstituut, 2009). De gedragsdeskundige scoort de problematiek op de *CAP-J*. De *CAP-J* heeft als doel om heldere beschrijvingen van problemen van kinderen, jongeren en hun ouders te geven. Hulpverleners en onderzoekers kunnen dit gebruiken. Het doel van de *CAP-J* is: “Het geven van heldere beschrijvingen van problemen van jeugdigen en hun ouders, zodat hulpverleners en onderzoekers deze kunnen gebruiken bij het verkennen en onderzoeken van de problematiek, het onderling bespreken en overdragen ervan, het indiceren van behandeling en begeleiding, het afleggen van verantwoording over de besteding van gemeenschapsgelden en wetenschappelijk onderzoek” (Nederlands Jeugdinstituut, 2009). De *CAP-J* kent vijf assen waar de aard van de problematiek in kan vallen. Deze categorieën zijn opgedeeld in groepen, en deze groepen zijn ook onderverdeeld in categorieën. De assen zijn: ‘psychosociaal functioneren jeugdige’, “lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige”, “vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige”, “gezin en opvoeding” en “jeugdige en omgeving” (Nederlands Jeugdinstituut, 2009). De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de *CAP-J* is redelijk tot goed, dit houdt in dat de score niet te zeer afhankelijk is van degene die hem invult (Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, de Wilde & Eijgenraam, 2009). De *SIGN6* en de *CAP-J* worden apart van elkaar ingevuld.

Aan het einde van het traject wordt de *STEP* ingezet, de Snelle Taxatie Ernst Problematiek. De *STEP* wordt ingevuld door de gedragsdeskundige. De *STEP* is een evidence-based middel om de ernst van de problematiek in te schatten. Het is een instrument waarmee de

hulpverlener, de (gezins)voogd of de reclasseringsmedewerker de ernst van de problematiek van de cliënt kan taxeren. De *STEP* die binnen “Kijken en Doen” wordt gebruikt bevat 21 items. Deze vallen in de volgende categorieën: functioneren jeugdige, kwaliteit omgeving, zwaarte zorg, urgentie zorg, risico jeugdige en risico omgeving (van Yperen, van den Berg, Eijgenraam en de Graaf, 2006). De *STEP* is in 2008 onderzocht op interbeoordelaarbetrouwbaarheid en in 2009 op de voorspellende en evaluatieve waarde. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de *STEP* is voldoende (Eijgenraam, van Yperen, van der Pijll, Lekkerkerker, Post & de Graaf, 2008). Ook de voorspellende waarde van de *STEP* is voldoende. Met de voorspellende waarde houdt in dat de *STEP* kan voorspellen of er een geïndiceerd besluit wordt genomen. (van Yperen, van der Pijll, Schouten, Chènevert & Eijgenraam, 2009).

Om zicht te krijgen op de ontwikkeling en het gedrag wordt er tijdens het traject gebruik gemaakt van de *BSID II* en de *SON-R 2,5-7* jaar. De *BSID II* is bedoeld om de algemene mentale en motorische ontwikkeling vast te stellen. De *BSID II* bestaat uit een mentale schaal, een motorische schaal en een gedragsobservatieschaal (Bayley, 1993). De *BSID II* is gebruikt om intelligentie te meten, uitgedrukt in een IQ score. De *SON-R 2,5 – 7 jaar* is een niet verbale intelligentietest (Tellegen, Winkel, Wijberg-Williams en Laros, 1998). Het kind wordt getest op ruimtelijk inzicht en het vermogen te redeneren, en het resultaat wordt uitgedrukt in een IQ score. De IQ score wordt in de volgende schalen weergegeven: zeer laag (<70), laag (70-79), beneden gemiddeld (80-89), gemiddeld (90-110), boven gemiddeld (111-120), hoog (121-130) en hoog begaafd (>130).

Er is ook gebruik gemaakt van de volgende observatie, screenings en beoordelingsinstrumenten: de *CBCL 1½ -5* (Child Behavior Checklist voor kinderen), de *Peuterobservatielijst*, de *Welbevinden in Situaties lijst* (De WIS), de *Zo doe ik, zo praat ik en zo beweeg ik*-lijsten en de *Vineland*. Deze instrumenten zijn echter in deze populatie maar bij vijf tot tien kinderen ingevuld, per instrument, en er zijn te weinig gegevens om over de resultaten een onderbouwde mening te geven.

Tijdens het traject konden verschillende onderzoeken aanvullend worden ingezet, namelijk een logopedisch onderzoek, een fysiotherapeutisch onderzoek, een intelligentieonderzoek en een psychodiagnostisch onderzoek. Het logopedisch en fysiotherapeutisch onderzoek worden gedaan door externe deskundigen, een logopediepraktijk in Ede en een kinderfysiotherapeut uit Ede. Het intelligentieonderzoek en het psychodiagnostisch onderzoek is uitgevoerd door de gedragsdeskundige van “Kijken en Doen”.

Evaluaties

Na het traject krijgen ouders die de Nederlandse taal voldoende beheersen een

evaluatieformulier mee. Ook wordt er na elk traject een evaluatieformulier gegeven aan de verwijzer van het kind. De evaluatieformulieren worden niet anoniem ingevuld. De evaluatieformulieren voor zowel de ouders als de verwijzers bevatten vijftien items. De vragen in de evaluatieformulieren van de ouders en de verwijzers komen grotendeels overeen. Vragen die overeen komen zijn onder andere welk cijfer wordt gegeven aan “Kijken en Doen”, welke verwachtingen men vooraf had, of er aan de verwachtingen is voldaan, en wat de sterke en zwakke kanten van het programma waren. Voor alle vragen die gesteld worden zie bijlage 3. Bij onderzoeksvraag één wordt gebruik gemaakt van de informatie uit de evaluatieformulieren van de verwijzers. Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag twee wordt ook gebruik gemaakt van de evaluatieformulieren van de ouders. Het monitoren van de gegevens van ouders en verwijzers is een vast onderdeel van het programma.

Interviews

Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag naar de beleving van het traject wordt gebruik gemaakt van interviews met ouders. Van de dertig ouders werden eenentwintig ouders benaderd om mee te werken aan een interview. Zij hadden op het evaluatieformulier aangegeven dat zij gebeld wilden worden na afloop van het programma. Van de eenentwintig ouders die zijn benaderd zijn tien ouders akkoord gegaan met het geven van een interview. De overige benaderde ouders wilden of konden niet meewerken aan de interviews in verband met het niet of niet voldoende beheersen van de Nederlandse taal (n=5), omdat zij niet bereikbaar waren (n=5) of vanwege non-respons (n=1). De informatie van de elf ouders die niet hebben meegewerkt aan de interviews zijn wel de evaluatiegegevens gebruikt. Van de overige negen ouders die geen evaluatieformulier hebben geretourneerd is niets bekend en is geen informatie gebruikt.

Twee van deze interviews werden persoonlijk afgenomen, acht interviews werden telefonisch afgenomen. Er zijn interviews afgenomen bij ouders waarvan het kind in de basisvoorziening bleef (n=6), en bij ouders van wie een kind geïndiceerde zorg kreeg (n=4). Er is één interview gedaan met een alleenstaande ouders, en er zijn negen interviews gedaan met een ouder uit een tweeloudergezin. Het waren de ouders van acht jongen, en van twee meisjes. Vijf kinderen hadden deelgenomen aan het ambulante traject, en vijf kinderen hebben deelgenomen aan het groepstraject. Er zijn negen moeders geïnterviewd, en één vader. De gestelde vragen zijn verdeeld in categorieën, namelijk de verwijzing, het proces, en de afsluiting. De verzonden brief en de gestelde vragen zijn te vinden in bijlage 4. De interviews duurden gemiddeld 25 minuten.

Resultaten

Onderzoeksresultaten voor de eerste onderzoeksvraag. De analyses worden uitgevoerd met behulp van SPSS 18.

Signalen bij aanmelding en het beeld van de problematiek

De kinderen zijn aangemeld omdat zij één of meer zorgwekkende signalen vertoonden. De signalen zijn geordend in taal/spraak en denkontwikkeling, gedrag(sregulatie), emotionele ontwikkeling, sociale ontwikkeling, motorische ontwikkeling en gezins- en opvoedingsvragen. Voor de frequenties van het aantal kinderen wat signalen op de domeinen hebben, zie tabel 2. Kinderen konden één of meerdere signalen laten zien (zie tabel 2). De meeste kinderen hadden twee signalen bij aanmelding (n=11), en bij afmelding (n=9). Het gemiddelde aantal signalen bij aanmelding is 2,43 (SD = 1.19). Het gemiddelde aantal signalen aan het einde van het traject is 2,8 (SD = 1,40). Aan het einde van traject wordt niet over signalen gesproken, maar over het beeld van de problematiek aan de hand van de SIGN6. Het signaal wat bij aanmelding het meeste voorkwam was *taal-, spraak en denkontwikkeling* (n=15). Bij afmelding kwamen de signalen taal, spraak en denkontwikkeling en emotionele ontwikkeling als meeste voor (n=18).

Tabel 2

Het aantal signalen waarmee de kinderen worden aangemeld en het aantal signalen waarmee de kinderen het traject afronden.

Aantal signalen	Aanmelding	Percentage	Afsluiting	Percentage
0	0	0.0	1	3.3
1	7	23.3	4	13.3
2	11	36.7	9	30.0
3	6	20.0	6	20.0
4	4	13.3	7	23.3
5	2	6.7	2	6.7
6	0	0.0	1	3.3
Totaal	30	100.0	30	100.0

Door middel van een t-toets voor gekoppelde steekproeven is berekend of er een verband is tussen het aantal signalen bij aanmelding en het aantal signalen na het traject. Het blijkt dat er geen significant verband is tussen het aantal signalen bij aanmelding en het aantal signalen bij afsluiting van het traject. De sterkte van het verband uitgedrukt in een correlatiecoëfficiënt is 0,26 ($p > 0,1$).

Door middel van kruistabellen en Cramér's V wordt berekend of de verschillende signalen vooraf een samenhang hebben met de signalen na afloop. Voor een overzicht van de domeinen, het aantal signalen vooraf en beeld van problematiek achteraf en Cramér's V zie tabel 3.

Er is een matige samenhang (Cramér's $V = 0,46$, $p < 0,01$) in de signalen bij *taal-, spraak en denkontwikkeling* vooraf en achteraf. De taal- spraak en denkontwikkeling wordt bij zestien kinderen (53.3%) vooraf als signaal gemeld. Bij dertien kinderen (43.3%) komt dit ook overeen met de problematiek die achteraf wordt vastgesteld. Er zijn vijf kinderen waarbij vooraf niet werd ingeschat dat er problemen waren in de taal-, spraak en denkontwikkeling, maar die achteraf wel werden vastgesteld.

Een matige samenhang (Cramér's $V = 0,40$, $p < 0,03$) is gebleken tussen de signalen vooraf en de signalen achteraf bij het *gedrag en de gedragsregulatie*. Bij aanmelding zijn er veertien kinderen (46.7%) die signalen laten zien dat er problemen zijn in het gedrag of in de gedragsregulatie. Bij negen kinderen (30%) komt dit overeen met de achteraf vastgestelde problematiek. Er waren vier kinderen waarbij vooraf niet werd ingeschat dat er problemen waren met het gedrag of de gedragsregulatie, maar waar het achteraf wel werd vastgesteld.

Tussen de signalen vooraf en het beeld van de problematiek achteraf op het gebied van *lichamelijke ontwikkeling en motoriek* is er een kleine samenhang (Cramér's $V = 0,34$). Deze samenhang is niet significant ($p > 0,05$). Elf kinderen (36.7%) laten bij aanmelding problemen zien in de lichamelijke ontwikkeling of motoriek. Bij zes kinderen (20%) komt het beeld van de problematiek ook overeen met de vooraf vastgestelde signalen. Bij vijf kinderen (16,7%) werden van tevoren geen signalen gezien die problemen in de lichamelijke ontwikkeling en/of de motoriek aantoonde, maar die achteraf wel werden vastgesteld.

Bij de *sociale ontwikkeling* is er een kleine samenhang (Cramér's $V = 0,14$) tussen de signalen vooraf en het beeld van de problematiek achteraf. Dit verband is niet significant ($p > 0,4$). Bij vijftien kinderen (50%) worden bij aanmelding problemen in de sociale ontwikkeling gesignaleerd. Bij zes kinderen (20%) komt dit beeld ook overeen met de vastgestelde problematiek achteraf. Er zijn vier kinderen (13,3%) waarbij vooraf geen problematiek in de sociale ontwikkeling werd gesignaleerd, maar die achteraf toch wordt vastgesteld.

Er is een matige samenhang (Cramér's $V = 0,44$, $p < 0,05$) tussen de signalen vooraf en het beeld van de problematiek achteraf bij de *emotionele ontwikkeling*. Er zijn twaalf kinderen (40%) die bij aanmelding signalen laten zien dat er problemen zijn in de emotionele ontwikkeling. Bij tien kinderen (33,3%) komen de signalen vooraf ook overeen met de vastgestelde problematiek achteraf. Ook zijn er zeven kinderen (23,3%) waar van tevoren de emotionele ontwikkeling niet als signaal werd genoemd, maar waar het achteraf wel bij de beeld van de problematiek hoort.

Een klein verband (Cramér's $V = 0,13$) is er tussen de signalen vooraf en beeld van de problematiek achteraf op het gebied van *gezins- en opvoedingsvragen*. Dit verband is niet significant ($p > 0,4$). Er zijn zes kinderen (20%) die vooraf signalen toonden dat er problemen waren in het gezin en de opvoeding. Bij twee kinderen (6,7%) kwam dit beeld overeen met de

achteraf vastgestelde problematiek. Er waren twaalf kinderen (40%) waarbij gezins- en opvoedingsvragen geen signaal was, maar waar het achteraf wel werd vastgesteld bij de beeld van de problematiek.

Tabel 3

Overzicht van de problematiek en de samenhang tussen de signalen bij aanmelding en het beeld van de problematiek achteraf vastgesteld.

Beeld van problematiek	Aantal kinderen vooraf	%	Aantal kinderen achteraf	%	Aantal kinderen dat signaal niet vooraf toonde, maar achteraf wel toonde	Aantal kinderen dat signaal vooraf wel toonde, maar achteraf niet had	Cramérs V
Taal, spraak en denkontwikkeling	16	53.3%	18	60%	3	5	0.46**
Gedrag en gedragsregulatie	14	46.7%	13	43.3%	4	5	0.40*
Lichamelijke ontwikkeling en motoriek	11	36.7%	11	36.7%	5	5	0.34
Sociale ontwikkeling	15	50%	11	36.7%	4	8	0.14
Emotionele ontwikkeling	12	40%	18	60%	7	1	0.44*
Gezins- en opvoedingsvragen	6	20%	14	46.7%	12	4	0.13

** Significant op $p > .05$

* Significant op $p > 0.1$

Na analyses van SPSS is onderzocht of er verbanden zijn tussen enkele variabelen en het beeld van de problematiek van de kinderen. Geslacht heeft een significante relatie met vastgestelde problematiek op het gebied van de sociale ontwikkeling (Cramérs V = 0.40; $p < 0,05$). Jongens hebben in vergelijking minder vaak problematiek op het gebied van de sociale ontwikkeling (28%), ten opzichte van meisjes (80%). Het geboorteland van de ouders heeft een significante relatie met vastgestelde problematiek bij taal, spraak en denkontwikkeling (Cramérs V = 0.37; $p < 0.05$). Elk allochtoon kind (N=5) heeft problemen in de taal, spraak en denkontwikkeling. Wanneer de signalen vooraf vergeleken worden met de signalen aan het einde van het traject, blijkt dat slechts bij één kind komen de signalen vooraf helemaal overeen met het beeld van de problematiek achteraf. Bij de overige 29 kinderen komt het beeld niet overeen.

Na afloop wordt door de gedragsdeskundige vastgesteld of een kind een classificatie krijgt op de CAP-J schaal. Van de dertig kinderen hebben 24 kinderen (80%) een score op de CAP-J gekregen, bij hen is sprake van problematiek. Bij de overige 6 kinderen (20%) is er geen sprake van problematiek die op de CAP-J gescoord kan worden, omdat zij onder de normale variantie vallen. De kinderen hebben één of meerdere scores gekregen. Voor een overzicht van alle scores zie tabel 4. Opvallend is dat de helft van de problematiek voortkomt uit gezinsfactoren, en niet uit kindfactoren. Scores die het frequentste voorkomt in de categorie “Gezin en Opvoeding” is “Ontoereikende opvoedingsvaardigheden” (n=7). Score die het frequentste voorkomt in de categorie “Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige” is “Problemen in het sociaal aanpassingsvermogen” (n=7) en de scores die het frequentste voorkomen bij “Psychosociaal functioneren jeugdige” zijn “Introvert gedrag” (n=4) en “Druk en impulsief gedrag” (n=3). Bij “Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige” en bij “Jeugdige en Omgeving” komen alle scores maar één keer voor.

Tabel 4
Overzicht van de scores op de CAP-J van de kinderen ²

Score CAP-J	Aantal maal dat problematiek voorkomt	Percentage
<i>Kind factoren</i>		
Psychosociaal functioneren jeugdige	13	43.3
Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige	5	16.7
Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige	13	43.3
<i>Omgevingsfactoren</i>		
Gezin en opvoeding	15	50.0
Jeugdige en omgeving	1	3.3
<i>Geen score CAP-J</i>	6	20.0

² Het is mogelijk om twee of meer scores op de CAP-J te krijgen.

De gedragsdeskundige beoordeelt de score op de CAP-J onafhankelijk van de SIGN6. Wel zijn er verbanden tussen de scores van de CAP-J en de SIGN6. Er is een significant verband (Cramérs V = 0.44; p < .05) tussen het wel krijgen van een score op de “Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige” van de CAP-J en de taal-, spraak en denkontwikkeling van de SIGN6. Een significant verband (Cramérs V = 0.59; p < .01) is er ook tussen “Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige” en de sociale ontwikkeling. Ook is er een significant verband (Cramérs V

= 0.69; $p < .01$) tussen “Gezin en Opvoeding” op de CAP-J en “Gezins- en opvoedingsvragen” van de SIGN6.

Aanvullende ingezette onderzoeken

Voor een overzicht van de hoeveelheid ingezette onderzoeken, en de frequentie waarin de verschillende onderzoeken zijn ingezet zie tabel 5.

Tabel 5

Het aantal ingezette soort onderzoeken tijdens de observatieperiode bij “Kijken en Doen”.

Aantal ingezette onderzoeken	Aantal kinderen	Percentage	Soort ingezette onderzoeken	Aantal kinderen	percentage
0	3	10.0	Logopedie	9	30.0
1	8	26.7	Fysiotherapie	13	43.3
2	11	36.7	Intelligentieonderzoek	17	56.7
3	5	16.7	Psychodiagnostisch	18	60.0
4	3	10.0	onderzoek		
Totaal	30	100	Totaal aantal ingezette onderzoeken	57	

STEP

Bij de STEP wordt onderscheid gemaakt tussen Functioneren Jeugdige, Kwaliteit Omgeving, Zwaarte Zorg, Urgentie Zorg, Risico Jeugdige en Risico Omgeving. Er kan gescoord worden op een schaal van een tot vijf, waarbij één geen tot lichte problematiek inhoudt en vijf zware tot extreme problematiek. Geen enkel kind scoort op één van de onderdelen een vijf. In tabel 6 is een overzicht te zien van de ernst van de problematiek van de kinderen.

Door alle scores op te tellen en hiervan een gemiddelde te nemen ontstaat een gemiddelde totaalscore. De gemiddelde totaalscore laat zien dat er twaalf kinderen gemiddeld scoren op “lichte problematiek”, zeven kinderen op “matige problematiek” en elf kinderen op “aanzienlijke problematiek”. De elf kinderen die een gemiddelde totaalscore van “aanzienlijke problemen” hebben, hebben allen een geïndiceerd advies gekregen. Als een kind een totaalscore op geen of geringe of matige problematiek heeft, dan blijft het altijd in de basisvoorziening. Drie kinderen met een totaalscore op “matige problematiek” kregen een geïndiceerd advies, de andere kinderen bleven in de basisvoorziening.

Er blijkt een significant verband (Cramér's $V = 0.71$; $p < .01$) te zijn tussen het krijgen van een indicatie en de score op de STEP. Dit houdt in dat elk kind wat geïndiceerde zorg krijgt, de ernst van de problematiek hoger is dan de kinderen die geen geïndiceerde zorg krijgen.

Tabel 6

Een overzicht van de verschillende STEP scores

Mate van problematiek	Geen of gering	Licht	Matig	Aanzienlijk	Zwaar tot extreem
Functioneren	2	14	12	2	0
jeugdige					
Kwaliteit omgeving	9	7	8	6	0
Zwaarte zorg	10	4	2	14	0
Urgentie Zorg	11	8	11	0	0
Risico Jeugdige	11	6	11	2	0
Risico Omgeving	30	0	0	0	0
STEP Totaal	0	12	7	11	0

De reden dat alle kinderen op "risico omgeving" een 1 scoren, is omdat deze vragen zijn gericht op het risico wat het kind is voor de omgeving. Deze vraag is gericht op oudere (delinquente) kinderen/jongeren.

Relatie tussen aanvullende ingezette onderzoeken en beeld van de problematiek

Er is door middel van het uitvoeren van een Spearman's rangcorrelatie berekend in hoeverre de ingezette aanvullende onderzoeken samenhangen met de vastgestelde problematiek. Het uitvoeren van een logopedisch onderzoek heeft een significante positieve samenhang met problemen in de taal-, spraak en denkontwikkeling ($r_s = 0,39$; $p < .05$). Dat betekent dat als een kind een logopedisch onderzoek heeft ondergaan, dat de kans groter is dat hij vastgestelde problematiek heeft op het gebied van taal-, spraak en denkontwikkeling. Ook is er een significant verband tussen het vooraf tonen van problematiek op taal-, spraak- en denkontwikkeling en het krijgen van een logopedisch onderzoek ($r_s = 0.47$; $p < .01$). Het uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek heeft een matig sterke positieve samenhang met problemen in de lichamelijke ontwikkeling en de motoriek ($r_s = 0,59$; $p < .01$) en een negatieve samenhang met problemen met gedragsregulatie ($r_s = -0,36$; $p > .05$). Het uitvoeren van een intelligentieonderzoek heeft een matig sterke positieve samenhang met problemen in de emotionele ontwikkeling ($r_s = 0,46$; $p < .02$), en een sterke positieve samenhang met problemen in de sociale ontwikkeling ($r_s = 0,62$; $p < .01$). Het uitvoeren van een psychodiagnostisch onderzoek heeft een matig sterke positieve samenhang met problemen met lichamelijke

ontwikkeling en motoriek ($r_s = 0,44$; $p < .02$), en een matig positieve samenhang met problemen in de sociale ontwikkeling ($r_s = 0,43$; $p < .02$).

Intelligentiequotiënt

Door middel van de SON-R 2½-5 jaar en de BSID II wordt bij de kinderen het performale en nonverbale intelligentieniveau gemeten. Het IQ is gemeten bij eenentwintig kinderen (70%). Er bestaat geen significant verschil tussen allochtone en autochtone kinderen tussen de hoogte van het IQ. Ook bestaat er geen significant verschil tussen het wel of niet krijgen van een indicatiestelling en het IQ. Wel is er een significant ($p < .05$) verschil tussen jongens en meisjes in de IQ score. De meisjes zijn allen getest en hebben gemiddeld een lager IQ dan de jongens. Gemiddeld behalen de meisjes een lage score. Jongens scoren gemiddeld een gemiddelde score. Voor een overzicht van de IQ scores van de kinderen, zie tabel 6.

Tabel 6

Een overzicht van de IQ scores van jongens en van meisjes.

IQ	Jongens	Meisjes	Totaal	Procent
Zeer laag, laag, beneden gemiddeld	8	4	12	40.0
Gemiddeld, boven gemiddeld	7	1	8	26.7
Hoog, hoog begaafd	1	0	1	3.3
Niet getest	9	0	9	30.0
Totaal	25	5	30	100

Indicatiestellingen achteraf

Er zijn dertien kinderen (43,3%) waar een indicatie voor aangevraagd is en zeventien kinderen zonder indicatiestelling (56,7%). Er zijn indicaties gegeven door CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) en BJZ (Bureau Jeugdzorg). In tabel 7 zijn de frequenties van de indicatiestellingen te lezen.

Tabel 7

De frequenties waarin kinderen die hebben geparticipeerd in "Kijken en Doen" een indicatiestelling hebben gekregen.

Indicatiestelling	Aantal kinderen	Percentage
CIZ	5	16.7
BJZ	8	26.7
Geen indicatiestelling	17	56.7
Totaal	30	100.0

Het blijkt dat er een matige positieve samenhang is tussen het beeld van de problematiek bij

afronding en het hebben van een indicatiestelling. Opvallend is dat er geen significante relatie is tussen het aantal signalen vooraf en het krijgen van een indicatiestelling. Hoe meer signalen een kind achteraf heeft, des te groter is de waarschijnlijkheid dat het kind wel een indicatiestelling heeft. De sterkte van het verband uitgedrukt in Spearman's rangcorrelatie is 0.68 ($p < .01$). Er zijn geen significante verschillen tussen de allochtone kinderen en autochtone kinderen bij de indicatiestellingen en tussen de hoogte van het IQ en het krijgen van een indicatiestelling. Ook zijn er geen verschillen tussen jongens en meisjes bij het krijgen van een indicatiestelling.

Advies en doorverwijzing:

Alle kinderen en ouders kregen aan het einde van traject handelingsadviezen, soms werden deze handelingsadviezen in combinatie gegeven met andere adviezen. Dit ging om zowel kinderen die een geïndiceerd advies kregen, als kinderen die in de basisvoorziening bleven. De meeste kinderen bleven in de basisvoorziening terwijl ouders handelingsadviezen kregen. De meeste kinderen met een indicatiestelling werden doorverwezen naar de dagbehandeling voor het jonge kind ($n=6$) of naar de kindercentra voor kinderen met een verstandelijke beperking ($n=5$). Zie tabel 8 voor de doorverwijzingen. Voor de dagbehandeling voor het jonge kind, voor de kindercentra voor kinderen met een verstandelijke beperking en sommige vormen van gezins- en opvoedingsondersteuning is een indicatie nodig.

Tabel 8

Beschrijvende statistieken van de frequentie waarin adviezen zijn gegeven aan de ouders ($n = 30$) na afloop van "Kijken en Doen".

Advies	Frequentie	Procent
<i>Kind blijft in basisvoorziening, aangevuld met:</i>		
Alleen handelingsadviezen	12	40.0
Gezins- en opvoedingsondersteuning	3	10.0
Logopedie	1	3.3
(VVE) peuterspeelzaal	2	6.7
<i>Geïndiceerde zorg</i>		
Dagbehandeling voor het jonge kind	6	20.0
Kindercentra voor kinderen met een verstandelijke beperking	5	16.7
Intensief Ambulante Gezinsbegeleiding	1	3.3
Totaal	30	100.0

Voor een overzicht van de *SIGN6* vooraf en achteraf, de *CAP-J*, *STEP totaal* en indicatiestellingen zie bijlage 6. In deze bijlage zijn alle significante verbanden te zien tussen de *SIGN6* vooraf en achteraf en de *CAP-J*. Ook zijn er significante verbanden te zien tussen de *CAP-J* en de *SIGN6* en de *STEP* en het wel krijgen van een indicatiestelling.

Tevredenheid van verwijzers

De evaluatieformulieren van de verwijzers zijn 21 keer geretourneerd (70%). De verwijzers zijn over het algemeen positief. Alle verwijzers hebben een voldoende aan het programma gegeven (zes of hoger). Het gemiddelde cijfer wat de verwijzers geven is een 8 (SD = .84). Vrijwel alle verwijzers (N=19) hadden het kind anders verwezen naar een andere instantie, waarbij vrijwel altijd aan Integrale Vroeghulp werd gedacht. In twee gevallen was de zorg dan geïndiceerd geweest, terwijl het kind na “Kijken en Doen” in de basisvoorziening was gebleven. De overige verwijzingen waren gedaan naar andere trajecten, zoals Integrale Vroeghulp of video ondersteuning. Genoemde sterke kanten aan het programma zijn laagdrempeligheid, de communicatie tussen verwijzer en “Kijken en Doen”, geen wachtlijst, het vermogen om alle onderzoeken te doen en de deskundigheid van het team. Genoemde zwakke kanten zijn dat drie maanden in sommige gevallen te kort gevonden wordt en dat het intensief kan zijn voor leidsters om een extra persoon op de peuterspeelzaal te hebben. Alle verwijzers geven aan tijdens het traject contact te hebben gehad met de pedagogisch medewerkers van “Kijken en Doen”. Bij 17 verwijzers was het advies verwacht, bij de overige vier verwijzers niet. In twee gevallen hadden de verwijzers zwaardere, geïndiceerde zorg verwacht, en in twee gevallen hadden de verwijzers geen geïndiceerde zorg verwacht.

Onderzoeksresultaten voor de tweede onderzoeksvraag

Empowerment en Acceptatie

Evaluatieformulieren

De evaluatieformulieren van de ouders zijn 21 keer (70%) van de gevallen retour gestuurd. Er is niet nagegaan waarom de andere ouders niet het evaluatieformulier hebben geretourneerd. Ouders die wel het evaluatieformulier hebben geretourneerd zijn over het algemeen positief. Eén ouder heeft een onvoldoende (4) gegeven aan het programma “Kijken en Doen”, de andere 19 ouders gaven een voldoende (7 of hoger). Ouders geven gemiddeld een acht als cijfer (SD=1.25). Alle ouders vinden dat zij voldoende of ruim voldoende betrokken zijn geweest bij het proces en dat het advies duidelijk was. Tevredenheid hangt samen met het cijfer wat is gegeven (Cramér's $V = 1, p < .01$). Als een ouder tevreden was over het proces geven zij een cijfer boven de zeven. Ook hangt het cijfer samen met of er is voldaan aan de verwachtingen (Cramér's $V = 1, p < .01$). Indien het programma heeft voldaan aan de verwachtingen, geven de ouders een voldoende. Ook is gevraagd naar de sterke en zwakke kanten van het programma. Genoemde sterke kanten waren onder andere de gerichte observaties, individuele aandacht, bestaan van het ambulante traject, laagdrempeligheid en het contact met het team. Zes ouders gaven aan dat er zwakke kanten waren, de andere ouders gaven aan dat deze er niet waren. Genoemd worden

onder andere de korte duur van de observatiegroep, het proces wat te snel verliep en dat er weinig contact was met de kinderfysiotherapeut.

Interviews

Er zijn interviews afgenomen met tien ouders. Negen van deze ouders hadden aan het project een voldoende gegeven, één ouder had aan “Kijken en Doen” een onvoldoende toegekend. Alle ouders waren van Nederlandse afkomst.

Tijdens het interview zijn er 27 vragen gesteld, zie voor alle vragen die gesteld zijn bijlage 4. Zeven vragen kwamen grotendeels overeen met een vraag die al eerder was gesteld op het evaluatieformulier. Deze vragen zijn gesteld om te onderzoeken of de antwoorden van het evaluatieformulier overeen kwamen met de antwoorden in de interviews. Op de vraag wat de zwakke kanten van het programma waren komt 60% overeen met wat de ouders op het evaluatieformulier hebben ingevuld. In 30% van de gevallen gaven ouders aan op het evaluatieformulier dat er geen zwakke kanten waren aan het programma, maar in het interview wel. In 10% van de gevallen gaf de ouder op het evaluatieformulier wel een zwak punt aan, en deed dit niet in het interview. Ouders geven aan dat zij de observatiegroep een te korte duur vinden hebben en dat de observatieperiode van drie maanden te kort is. De positieve kanten van het programma kwamen in 30% van de gevallen overeen tussen het evaluatieformulier en de interviews. Ouders geven in de interviews andere, of meerdere positieve kanten aan van het programma die zij niet hebben opgeschreven. Belangrijkste sterke kanten van het programma zijn de kleine groep met individuele aandacht, de bereikbaarheid van het team, het contact met het team en de openheid.

“Contact met het team? Geweldig!”

“Hij had het echt zo naar zijn zin op de groep, hij heeft het nu nog steeds over hoe lief de juffen waren en over zijn speelkameraadje van toen”

Het cijfer wat de ouders op het evaluatieformulier hebben ingevuld en tijdens het interview gaven kwam in 40% van de gevallen overeen. In 30% van de gevallen werd er een lager cijfer gegeven, en in 30% van de gevallen werd er een hoger cijfer gegeven. Het cijfer scheelde 1 punt met het vorige cijfers, zowel in het geval van een lager cijfer als een hoger cijfer.

“Kijken en Doen verdient een dikke acht.”

“Wat voor cijfer heb ik eerst gegeven? Een vier? Oh, dat was behoorlijk vers na het programma dan! Nu zou het wel hoger zijn.”

De overige vragen die overlap vertoonden tussen het evaluatieformulier en de interviews kwamen voor 90 tot 100% overeen. Deze vragen gingen over de verwachtingen vooraf, in hoeverre de ouders betrokken waren tijdens het proces, het contact met het team en of de ouders het advies hadden verwacht.

De geïnterviewde ouders waren in 90% van de gevallen positief over het programma. Eén ouder was niet tevreden over bepaalde aspecten van het programma, maar was wel zeer tevreden met het advies wat zij na afloop van Kijken en Doen kregen.

“Kijken en Doen is een fantastisch programma en ik hoop echt, echt dat jullie mogen blijven bestaan.”

Met alle kinderen gaat het op dit moment goed tot zeer goed. Zij zitten op een reguliere basisschool (N=3), op een VVE peuterspeelzaal (N=3), krijgen logopedie (N=1) en op een medisch kinderdagverblijf (N=3). Twee ouders van kinderen die op dit moment op dagbehandeling zitten, gaven aan dat hun kind daar zo'n positieve ontwikkeling doormaakte, dat hun kind binnen nu en een jaar terug kon naar de basisvoorziening, namelijk naar een reguliere basisschool.

“Het gaat nu heel goed met E. op de Zevenster. Hij mag zelfs na de zomervakantie naar een gewone basisschool.”

De ouders geven in 90% van de gevallen aan dat het kind tijdens “Kijken en Doen” een positieve verandering doormaakte, zowel in het ambulante als het groepstraject. Zowel het ambulante als het groepstraject worden positief ervaren. De genoemde positieve punten van het groepstraject zijn de kleine groep en de individuele aandacht voor elk kind. Ouders geven aan dat het traject geen tijd en inspanning van hen heeft gekost. In 80% van de gevallen geven de ouders aan dat ze geen hulp van een andere instantie hadden ingeschakeld als “Kijken en Doen” er niet was geweest. Zij geven als reden aan dat “Kijken en Doen” laagdrempelig is, en dat zij het gevoel hebben dat andere instanties dit niet zijn. Eén ouder geeft aan dat zij de hulp die zij op dat moment al had niet verder had uitgebreid, en één ouder geeft aan anders naar Integrale Vroeghulp te zijn gegaan. Alle ouders geven aan dat zij het gevoel hadden dat zij gesteund werden tijdens het proces, en dat er serieus werd omgegaan met hun vragen wat betreft de ontwikkeling van hun kind. Ook werd duidelijk dat ouders die bij aanvang van het proces moeilijk konden accepteren dat er problematiek bij hun kind was, tijdens het proces hierin ondersteund werden en uiteindelijk de problematiek van hun kind wel konden accepteren.

“Ik vond het zo moeilijk dat mijn kind zich zo anders gedroeg op de peuterspeelzaal dan thuis. Maar door de ondersteuning van de begeleider en gedragsdeskundige kan ik dat nu veel beter accepteren en het gaat nu ook gewoon veel beter met J.”

“Ik had zoveel zorgen om B, ze was zo anders dan mijn andere kinderen. Ik ben blij dat we nu eindelijk weten wat er is en dat het nu goed gaat met haar.”

Ouders geven ook aan dat ze zich versterkt voelen na het proces. Zij weten nu beter met het gedrag om te gaan van het kind. Ze geven aan goede handreikingen en adviezen te hebben gekregen om bepaalde gedragingen van hun kind beter te snappen en hoe zij hier mee om moeten gaan. Ouders gaven dit aan voor zowel de pedagogisch medewerkers van de groep als van pedagogisch medewerker van het ambulante traject.

“De pedagogisch begeleider heeft ons echt geholpen om het gedrag van C. beter te begrijpen, we weten nu ineens veel beter hoe we met hem om moeten gaan.”

Discussie

De onderzoeksvragen die in dit onderzoek centraal stonden zijn: “Heeft ‘Kijken en Doen’ een preventieve werking om kinderen vroegtijdig te signaleren door middel van handelingsgerichte procesdiagnostiek en daarbij een beeld van de problematiek te vormen?” en “Hebben de ouders zich tijdens het proces ondersteund en empowered gevoeld?”

Van ieder kind is er een beeld ontstaan van de ontwikkeling van het kind. Gedurende de drie maanden is er uitgebreid geobserveerd, en aan het einde is er beeld van de eventuele problematiek gevormd door de CAP-J en de SIGN6. Ook is er van elk kind een “ernstprofiel” ontstaan, met behulp van de STEP. Bij de taal, spraak- en denkontwikkeling, gedragsregulatie en de emotionele ontwikkeling bestaat er een significant verband tussen de signalen vooraf en het beeld van de problematiek achteraf. Dat houdt in dat als een kind een signaal vooraf toont, het in veel gevallen ook achteraf bij het beeld van de problematiek behoort. Er is geen significante samenhang tussen de signalen die kinderen vooraf en achteraf tonen wat betreft lichamelijke ontwikkeling en motoriek, sociale ontwikkeling en gezins- en opvoedingsvragen. Dit betekent dat de onderzoeken en observaties tijdens Kijken en Doen nodig zijn om problematiek op deze domeinen vast te stellen.

De signalen vooraf worden niet gescoord op een schaal, de problematiek per categorie kan per kind verschillen in zwaarte. Dit houdt in dat de problematiek op het gebied tussen kinderen kunnen verschillen. De reden dat de *gezins- en opvoedingsvragen* achteraf wel worden gesignaleerd heeft waarschijnlijk te maken met dat de pedagogisch medewerkers van “Kijken en

Doen” intensiever contact hebben met het gezin. Zij hebben regelmatig gesprekken met ouders en doen ook huisbezoeken. Van belang is dat de ouders van deze kinderen deze problemen aanpakken, omdat dit ervoor kan zorgen dat de problematiek van de kinderen verminderd of verdwijnt (Fivaz-Depeursinge et al., 2009). Jonge kinderen hebben een specifieke relatie met hun ouders, van belang blijft om deze positief te ondersteunen (Rispen et al., 1994). De kinderen die vooraf signalen tonen wat betreft de *lichamelijke ontwikkeling en de motoriek* worden gescreend door de kinderfysiotherapeut. De kinderfysiotherapeut beoordeelt of het kind achterloopt in de lichamelijke ontwikkeling en de motoriek. Hij onderzoekt of het kind extra begeleiding nodig heeft, om ervoor te zorgen dat het kind later geen achterstand oploopt dit niet meer in te halen is (Schwebel & Bounds, 2003). Als wordt verwacht dat het kind de achterstand binnen een korte tijd (+/- zes maanden) inloopt, wordt lichamelijke ontwikkeling en motoriek niet als probleem aangemerkt. De signalen op het gebied van lichamelijke ontwikkeling en motoriek die een kind vooraf laat zien zijn dan niet problematisch genoeg om het achteraf als beeld van problematiek aan te merken. De reden waarom de *sociale ontwikkeling* niet significant overeenkomt met het beeld van de problematiek is lastig te zeggen. Waarschijnlijk komt het omdat de verschillende ontwikkelingslijnen van de kinderen zo dicht tegen elkaar liggen (Knoben, 2008), waardoor het voor leidsters en ouders moeilijk in te schatten is of een kind problemen heeft in de sociale ontwikkeling, in de gedragsregulatie of in de emotionele ontwikkeling. Deze ontwikkelingsgebieden liggen zoals Knoben (2008) al aangaf zeer dicht naast elkaar en beïnvloeden elkaar ook. Een positieve ontwikkeling op het ene gebied heeft dan invloed op het andere ontwikkelingsgebied. Ouders van kinderen die het groepstraject hebben gevolgd geven ook aan dat het groepstraject heeft bijgedragen aan een verbetering van de sociale ontwikkeling. De doelgroep van “Kijken en Doen” is nog volop in ontwikkeling, waardoor het mogelijk is dat de signalen vooraf anders zijn dan achteraf. Ook ontwikkelen de kinderen zich tijdens de periode van “Kijken en Doen”. Het is mogelijk dat signalen verminderen of verdwijnen in de “Kijken en Doen” periode. In de observatieperiode kunnen zij al een ontwikkeling doormaken waardoor het signaal verminderd of verdwijnt (Rispen et al., 1994).

Het uitvoeren van de STEP aan het einde van het traject heeft een sterke indicatie voor het wel of niet krijgen van een advies voor geïndiceerde zorg. Ieder kind wat op de STEP in totaal op aanzienlijke problemen scoort, krijgt een indicatie voor geïndiceerde zorg. Kinderen die op lichte en matige problematiek scoren, blijven in de basisvoorziening. Dit betekent dat aan het einde van het traject al voorspeld kan worden of het kind geïndiceerde zorg nodig heeft na het traject. Deze resultaten komen overeen met het onderzoek van Van Yperen et al. (2009) die ondervond dat de voorspellende waarde van de STEP voor geïndiceerde zorg voldoende was. Door middel van de CAP-J is gebleken dat 80% van de kinderen die heeft geparticipeerd aan “Kijken en Doen”, op kind- of gezinsfactoren afwijken van de norm. Onderscheid is er te maken

tussen enkelvoudige problematiek en meervoudige problematiek. Bij 62.5% van deze kinderen gaat het om meervoudige problematiek. Kinderen die meervoudige problematiek hebben, komen vaker terecht in geïndiceerde zorg, of krijgen meer dan één advies.

De SIGN6 en de CAP-J lijken wat betreft onderdelen op elkaar. Het is goed om deze te scheiden in gebruik. De CAP-J kan gebruikt worden om specifiek aan te geven wat de aard van de problematiek is van het kind. Per categorie wordt er nog opgesplitst in assen. Zo kan bijvoorbeeld specifiek worden aangegeven waar een kind op het gebied van de lichamelijke ontwikkeling op achterloopt. De SIGN6 is van belang om de voor- en nameting te kunnen doen, en om een vergelijking te kunnen maken tussen deze metingen. Ook is de SIGN6 een overzichtelijke manier om te zien op welke ontwikkelingsdomeinen een kind achterloopt.

Uit de interviews kwam naar voren dat de ouders zich empowered en gesteund voelden in het proces. Negen van de tien ouders hadden het gevoel dat ze alles konden zeggen wat ze kwijt wilden. Ook gaf iedere ouder aan dat zij tijdens het proces goed op de hoogte werden gehouden van de stand van zaken. Voor geen enkele ouder kwam na de drie maanden het advies onverwacht, tijdens het proces werden ouders betrokken bij het advies en het beeld wat er van het kind. Ook gaven enkele ouders aan dat “Kijken en Doen” heeft bijgedragen aan het acceptatiegevoel. Ouders geven aan het in eerste instantie moeilijk te vinden dat hun kind zich anders ontwikkelde. Zij gaven aan dat zij tijdens het “Kijken en Doen” proces hier goed in zijn begeleid en dat zij inmiddels tevreden is met de plek waar het kind naar is doorverwezen. Ook konden de ouders nu accepteren dat hun kind zich anders ontwikkelde, en hierop inspelen. Doordat zij dit konden accepteren, ging het ook beter met hun kind. Dit is overeenkomstig met de bevindingen van Dwairy (2010) dat acceptatie van ouders een basis is voor de geestelijke gezondheid van het kind. Het opleidingsniveau van de ouders speelde bij dit onderzoek geen rol bij de acceptatie.

Laagdrempeligheid is een speerpunt van Kijken en Doen. Ouders geven in veel gevallen aan dat zij “Kijken en Doen” ook als laagdrempelig hebben ervaren. Enkele ouders hadden veel zorgen over hun kind, maar vonden professionele hulp zoeken niet makkelijk. Over aanmelding bij “Kijken en Doen” zeggen zij echter dat er geen drempels waren. Uit zowel de evaluatieformulieren als de interviews blijkt dat ouders ook niet hadden geweten waar zij met hun vraag heen hadden gekund.

De sterke kanten van “Kijken en Doen” is dat dit soort projecten vrij uniek binnen Nederland zijn. In Nederland zijn er op dit moment meer soortgelijke programma’s, zoals in Amsterdam, Leiden en Drenthe (Balledux, et al., 2010). Ook is het sterk dat in dit programma samen met de ouders wordt gekeken naar de kinderen. Er wordt zowel gebruik gemaakt van de expertise van professionals als van de ouders, om een gefundeerd beeld van het kind te kunnen

krijgen. Ouders ervaren dit ook als zeer positief. Ook worden er binnen “Kijken en Doen” gerichte onderzoeken gedaan, die in een vervolgvoorziening niet meer te hoeven worden gedaan. Het blijkt ook dat “Kijken en Doen” vroegtijdig onderkenning biedt voor problematiek. Daar staat tegenover dat de problematiek ook niet erger wordt gemaakt dan deze is, als een kind in de basisvoorziening kan blijven met handelingsadviezen, wordt dit ook als advies aan ouders gegeven. De keuze tussen het ambulante traject en het groepstraject is ook een sterke kant van dit programma. Ouders geven in interviews van beide trajecten de meerwaarde aan.

De sterke kanten van dit onderzoek zijn het gebruik maken van de verschillende nieuwe meetinstrumenten en de mixed methods methode. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de resultaten van de CAP-J en de STEP, twee relatief nieuwe meetinstrumenten. De SIGN6 lijst is intern opgesteld, en is te gebruiken om zowel vooraf als achteraf te meten wat de problematiek is.

In dit onderzoek is eveneens gebruik gemaakt van de ervaringen van ouders en verwijzers. Er is gebruik gemaakt van verschillende methoden om de onderzoeksvragen te onderzoeken.

De limitaties van dit onderzoek zijn dat het een kleine groep is die is onderzocht. Er waren op moment van onderzoeken slechts gegevens bekend van dertig kinderen. Een andere limitatie aan dit onderzoek is dat het lastig is om een diagnose te stellen voor kinderen van twee tot vier jaar oud (Knoben, 2008, Evangelista & McLellan, 2004). Een derde limitatie is dat “Kijken en Doen” een net gestart project is. Kijken en Doen bevindt zich op dit moment nog in pilotstatus. Een vierde limitatie is dat alle onderzoeken worden uitgevoerd door één gedragsdeskundige. Dit bepaalt de betrouwbaarheid van de onderzoeken.

Aanbevelingen voor verder onderzoek is om van de dertig kinderen waar de gegevens nu van zijn onderzocht, een follow-up studie te doen. Door middel van vragenlijsten en/of interviews met de nieuwe zorgverleners van de onderzochte kinderen kan worden onderzocht of zij vinden dat de kinderen op de juist plek zijn terecht gekomen. Een andere aanbeveling is om dit onderzoek te herhalen met een grotere groep participanten, en om dan een RCT uit te voeren. Er kan dan onderzocht worden hoeveel kinderen uit de onderzoeksgroep en uit de controlegroep geïndiceerde zorg krijgen en in de basisvoorziening blijven.

Een aanbeveling voor de praktijk is het blijven monitoren van de gegevens van de kinderen. Er kan zo worden bijgehouden wat de problematiek van de kinderen was en is. Er kunnen verschillen en overeenkomsten worden onderzocht tussen de eerste dertig kinderen die het traject hebben afgerond, en de kinderen die het traject daarna hebben afgerond. Onderzocht kan worden of de doelgroep verandert.

Referenties

- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Washington, DC: Washington State Institute for Public Policy.
- Balledux, M, Lange, M. de, Chêvenert, C. & Kwok, S. (2010). *Samen kunnen we meer! Een tussenstand van de samenwerking tussen kinderopvang en jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Boendermaker, L. & Baat, M. de (2010). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen?*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Broidy, L., Nagin, D., Tremblay, R., Bates, J., Brame, B., Dodge, K., et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross- national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Boris, N., Zeanah, C., Larrieu, J., Scheeringa, M. & Heller, S. (1998). Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155, 295-297.
- Bruyn, E., Pameijer, N., Ruijsenaars, A. & Aarle, E. (1995). *Diagnostische besluitvorming: Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Burchinal, M., Roberts, J., Zeisel, S., Hennon, E. & Hooper, S. (2006). Social risk and protective child, parenting, and child care factors in early elementary school years. *Parenting Science and Practice*, 6, 79-113.
- Cunningham, P., Henggeler, S., Brondino, M. & Pickrel, S. (1999). Testing underlying assumptions of the family empowerment perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 437-449.
- Delfos, M. (2007). *Kinderen en Gedragsproblemen. Angst, agressie, depressie en ADHD. Een biopsychologisch model met richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Harcourt Assesment BV.
- Doolaard, S. & Leseman, P. (2008). *Versterking van het fundament. Integreernde studie n.a.v. de opbrengsten van de onderzoekslijn Sociale en institutionele context van scholen uit het Onderzoeksprogramma beleidsgericht onderzoek primair onderwijs*. Groningen: Gronings Instituut voor Onderzoek van Onderwijs.
- Dunlap, K. (1997). Family empowerment: One outcome of cooperative preschool education. *Child Welfare*, 76, 501-518.
- Dwairy, M. (2010). Parental acceptance-rejection: A fourth cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 30-35.
- Eenennaam, C. van (2009). *Projectplan "Kijken en Doen"*. Ede: Welstede Welzijnsgroep.

- Eenennaam, C. van & Marel, A. van der (2009). *Folder Kijken en Doen. Voor jonge kinderen waarbij er vragen zijn rond ontwikkeling of gedrag. Informatie voor ouder(s)/verzorger(s)*. Ede: Welstede Welzijnsgroep.
- Eijgenraam, K., Yperen, T. van, Pijll, M. van der, Lekkerkerker, L., Post, F. & Graaf, M. de (2008). *Interbeoordelaarbetrouwbaarheid Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Evangelista, N. & McLellan, M. (2004). The Zero to Three diagnostic system: A framework for considering emotional and behavioral problems in young children. *School Psychology Review*, 33, 159-173.
- Fivaz-Depeursigne, E., Lopes, F., Python, M. & Favez, N. (2009). Coparenting and toddler's interactive styles in family coalitions. *Family Process*, 48, 500-517.
- Graves, K. & Shelton, T. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 556-566.
- Hermanns, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. UMC: Utrecht.
- Ince, D. (2008). *Cijfers over opvoedingsvragen en -problemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Klein Velderman, M., Hosman, C. & Paulussen, T. (2007). *Onderzoeksprogrammering Opvoed- en Opgroeiondersteuning*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Knoben, L. (2008). Kijk wat ik kan. KWIK, een kortdurend observatie en diagnostiekprogramma. In D. van Aalsvoort (red.), *Ontwikkelen ingewikkeld? Vormen van diagnostiek en behandeling van gedragsproblemen bij jonge kinderen* (p. 43-56). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Wilde, E. de & Eijgenraam, K. (2009). *Ontwikkeling van en onderzoek naar het Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kousemaker, N. (1997). *Onderkenning van psychosociale problematiek bij jonge kinderen*. Assen: van Gorcum.
- Kwok, S., Chênevert, C., Lange, M. de & Balledux, M. (2009). *Quick scan Alert4you. Een verkenning van bestaande methodieken, instrumenten en programma's voor vroegsignalering, begeleiding van kinderen en samenwerking met ouders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Landa, R. (2008). Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. *Nature Clinical Practice*, 4, 138-147.
- Nederlands Jeugdinstituut (2009). *CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2000). *Mental health of children and adolescent in Great Britain*. The Stationery Office, Londen, UK.
- Menolascino, F. & Coleman, R. (1980). The pilot parent program: Helping Handicapped children through their parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 11, 41-48.
- Moritsugu, J., Duffy, K. & Wong, F. (2009). *Community Psychology*. United States: Pearson Education.
- Ministerie van Jeugd en Gezin (2009). *Alle kansen voor alle kinderen*. Den Haag: Ministerie van Jeugd en Gezin.
- Postma, J. (2008). *JGZ-richtlijn vroegsignalering van psychosociale problemen*. Bilthoven: RIVM.
- Quinn, M. & Marthur, S. (1995). Early identification of antisocial boys: A multi method approach. *Education and Treatment of Children*, 18, 380-396.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Reinke, W., Splett, J., Robeson, E., Offutt, C. (2009). Combing school and family interventions for the prevention and early intervention of disruptive behavior problems in children: A public health perspective. *Psychology in the Schools*, 46, 33-44.
- Rispens, J., Goudena, P. & Groenendaal, J. (1994). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Scheel, M. & Rieckmann, T. (1998). An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *The American Journal of Family Therapu*, 26, 15-27.
- Schwebel, D. & Bounds, M. (2003). The role of parents and temperament on children's estimation of physical ability: Links to unintentional injury prevention. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 507-518.
- Shaw, D., Owens, E., Giovanelli, J. & Winslow, E. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalising disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 36-43.
- Sutera, S., Pandey, J., Esser, E., Rosenthal, M., Wilson, L., Barton, M., Green, J., Hodgson, S., Robins, D., Dumont-Mathieu, T. & Fein, D. (2007). Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 98-107.
- Sweet, M. & Appelbaum, M. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
- Tellegen, P., Winkel, M., Wijnberg-Williams, B. & Laros, J. (1998). *Handleiding en Verantwoording van de SON-R 2.5-7*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Verhulst, F. (2008). *De ontwikkeling van het kind*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

- Verstegen, R. & Förster, R. (2002). *Handelingsgerichte procesdiagnostiek. "De positieve samenwerkingsspiraal"*. Venlo: BCO.
- Vick Whitakker, J., Jones Harden, B., See, H., Meisch, A. & Westbrook, T. (2011). Family risks and protective factors: Pathways to Early Head Start toddlers' social-emotional functioning. *Early Childhood Research Quality*, 26, 74-86.
- Vallotton, C. & Ayoub, C. (2011). Use your words: The role of language in the development of toddlers' self-regulation. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 169-181.
- Yperen, T. van, Berg, G. van den, Eijgenraam, K. & Graaf, M. de (2006). *(QUICK)STEP. Standaard Taxatie Ernst Problematiek*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T. van, Pijll, M. van der, Schouten, R., Chènevert, C. & Eijgenraam, K. (2009). *Voorspellende en evaluatieve waarde van de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van & Hellema, M. (2010). *Naar een nieuw jeugdzorgstelsel: Een vergelijking van standpunten*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zeanah, C. (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 42-52.
- Websites:
- Buurtmonitor (2011). *Ede in cijfers*. Verkregen op 31 januari, 2011 van <http://ede.buurtmonitor.nl/>

Bijlage 1: Overzicht van de samenwerkende organisaties van Kijken en Doen

Jeugdgezondheidszorg

Kruiswerk West Veluwe biedt op de West-Veluwe zorg en begeleiding aan alle mensen die op sociaal, maatschappelijk of lichamelijk vlak zorg nodig hebben. De JeugdGezondheidsZorg (JGZ) van Kruiswerk West-Veluwe volgt de groei en ontwikkeling van het kind. Bij JGZ Kruiswerk West-Veluwe werken artsen, verpleegkundigen en consultatiebureauassistenten. Deze werken op de consultatiebureaus en zijn er voor 0 tot 4 jarige kinderen en hun ouders. Indien gewenst komen de medewerkers ook bij ouders thuis. JeugdGezondheidsZorg biedt onder andere huisbezoeken, screeningen, inentingen, advies, voorlichting en kortdurende opvoedingsondersteuning.

Peuterspeelzaal en Kinderopvang

Welstede is een maatschappelijke onderneming in de gemeente Ede die dienstverlenende activiteiten uitvoert op het gebied van kinderopvang, peuterspeelzaalwerk en sociaal-cultureel werk. De missie van Welstede is dat kinderen zich op hun eigen wijze en in hun eigen tempo moeten kunnen ontwikkelen. Welstede probeert de ontwikkeling van kinderen te bevorderen door een ondersteunend, stimulerend en uitdagend klimaat te bieden.

Dienstverlening

MEE is een landelijke organisatie die in elke regio vertegenwoordigd is. Voor de gemeente Ede betreft dit MEE Veluwe. MEE is bedoeld is voor mensen, jonge en oud, met een handicap, beperking of chronische ziekte. Bij MEE werken deskundigen die men kan helpen bij vragen op het gebied van onderwijs, opvoeding, wonen, werken, sociale voorzieningen, inkomen, vervoer en vrije tijd. Het doel van MEE is informeren, helpen bij moeilijke afwegingen en zo nodig doorwijzen naar de weg naar de juiste instanties.

Integrale Vroeghulp Veluwe is een onafhankelijk samenwerkingsverband van 16 organisaties. Integrale Vroeghulp wil er samen met ouders voor zorgen dat het kind zich zo goed mogelijk ontwikkelt. Daarom werken trajectbegeleiders vanuit de verschillende organisaties die betrokken zijn binnen het samenwerkingsverband samen in het team Integrale Vroeghulp. Integrale Vroeghulp Veluwe biedt informatie, advies en ondersteuning aan gezinnen met jonge kinderen van 0 tot 5 jaar met een complexe en nog niet te duiden ontwikkelingsproblematiek. De hulpvraag van het kind en de ouders kan voorgelegd worden aan het Kernteam deskundigen van Integrale Vroeghulp. Een team dat in de meeste gevallen bestaat uit een arts, een gedragswetenschapper, een maatschappelijk werker en de trajectbegeleider. Belangrijke kenmerken van Integrale Vroeghulp zijn dat er vanuit een brede expertise samen met de ouders wordt besproken wat nodig is in de situatie met het kind. De hulpverleners werken met elkaar samen op basis van één plan en de hulp wordt zo vroeg mogelijk aangeboden. Er wordt gekeken naar de situatie en de mogelijkheden van het kind, de ouder en het gezin. Integrale Vroeghulp stopt, als de vragen van ouders beantwoord zijn, ouders zelf weer verder kunnen of een andere organisatie de begeleiding heeft overgenomen.

Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg Gelderland is de toegang tot alle jeugdzorg in de provincie Gelderland. Zowel voor jeugdigen die zelf om hulp vragen (het vrijwillige kader) als ook voor jeugdigen die

beschermd moeten worden (het verplichte kader), omdat zij niet op een veilige manier kunnen opgroeien. Professionals (politie, JGZ, GGZ, AMW. Leerplicht,scholen) kunnen bij BJZ , wanneer zij zorgen hebben over de opvoedingssituatie van hun kind ,een zorgmelding doen. Bureau Jeugdzorg Gelderland is er in de eerste plaats voor jeugdigen met ernstige problemen op het gebied van opgroeien en opvoeden. Jeugdigen met minder ernstige problemen kunnen meestal in hun eigen woonplaats geholpen worden, door bijvoorbeeld het ,het CJG of het Algemeen Maatschappelijk Werk. Sinds 1 januari 2005 is de Wet op de Jeugdzorg in werking getreden, en daarmee is Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk om de indicaties te stellen voor de geïndiceerde jeugdzorg. Bureau Jeugdzorg zoekt samen met ouder/verzorgen en kind de beste hulp voor een jeugdige en ouder/verzorger en zorgt dat die hulp zo snel mogelijk start. Wanneer coördinatie van zorg noodzakelijk is of de veiligheid van het kind in het geding is zal BJZ voor langere tijd betrokken blijven bij het kind. In alle andere gevallen zal BJZ de verantwoordelijkheid over zorg en veiligheid neerleggen bij de betrokken J&O. De rol van BJZ is dan een rol op de achtergrond . BJZ is bereikbaar en beschikbaar voor J&O voor overleg wanneer er zorgen zijn over veiligheid van het kind, coördinatie van zorg of wanneer er sprake is van zorgmijdende ouders/verzorgers.

Lindhout is een organisatie voor Jeugd & Opvoedhulp in Gelderland en Overijssel. Lindhout biedt ondersteuning aan kinderen, jongeren en hun opvoeders bij wie het opgroeien en opvoeden niet vanzelf gaat. De geboden hulp varieert van advies en praktische ondersteuning tot intensieve behandeling. Als het kan biedt Lindhout de hulp thuis, of in de directe omgeving. De duur van de hulp varieert van tijdelijk tot langdurig. Lindhout biedt zowel jeugdhulp, verblijf als observatiediagnostiek. Als bijzondere vorm van verblijf biedt Lindhout ook pleegzorg.

Trajectum is een organisatie voor Jeugd & Opvoedhulp in Gelderland en Utrecht. Het is een instelling voor multidisciplinaire kinder- en jeugdzorg. Trajectum richt zich op kinderen van 0 tot 14 jaar en hun ouders. Kinderen die vastlopen in hun ontwikkeling en gedragsproblemen hebben en ouders die opvoedingsproblemen zelf niet meer kunnen oplossen. In de provincie Gelderland vindt de dienstverlening plaats vanuit de Zevenster in Veenendaal. Het aanbod betreft een baby-ouderprogramma, (deeltijd) dagbehandeling, onderwijs-zorg en intensieve ambulante hulp. Er is gespecialiseerd aanbod voor kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS). Trajectum werkt altijd op verwijzing van Bureau Jeugdzorg. Het behandelteam bestaat uit een gedragswetenschapper, een gezinsbegeleider en pedagogisch medewerkers/thuisbegeleiders. Zo nodig worden specialisten uit medische en paramedische disciplines aan het behandelteam toegevoegd.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

's Heerenloo is in Nederland een van de grootste aanbieders van ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking. De visie van 's Heerenloo is dat zij hun cliënten zoveel mogelijk willen laten integreren in de samenleving. In de gemeente Ede biedt 'sHeerenloo gespecialiseerde kinderopvang vanuit Dikkie Dick, Dribbel en Calimero. In de gemeente Wageningen biedt 's Heerenloo gespecialiseerde kinderopvang vanuit Pino. De kindergroepen Dikkie Dik en Dribbel zijn gehuisvest binnen de reguliere kinderopvang. Bij deze kindercentra worden kinderen aangemeld van 0-5 jaar die extra aandacht en ondersteuning nodig hebben. Kinderen die hier geplaatst worden, hebben een CIZ indicatie nodig. Het kan gaan om lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen, sociaal-emotionele problemen, gedragsproblematiek, een ontwikkelingsachterstand, een taalachterstand of autisme. Na een

intensieve observatieperiode volgt ieder kind een eigen ontwikkelingsprogramma. Calimero biedt dagopvang en begeleiding aan kinderen tot achttien jaar met een verstandelijke beperking, vaak gecombineerd met (een) lichamelijke beperking(en). De zorg, ondersteuning en begeleiding is gericht op de mogelijkheden en de ontwikkeling van het kind. Zowel een AWBZ indicatie als een jeugdzorgindicatie kunnen worden afgegeven,

Bijlage 2: **Opbouw van het programma**

Twee vormen

De observatie en diagnostiek vindt plaats vanuit een procesbenadering waarin handelingsgericht en vanuit een multidisciplinair team naar de problematiek wordt gekeken. Het kind wordt gedurende drie maanden twee dagen per week geobserveerd. Dit kan binnen een specifieke observatiegroep of in een eigen groep binnen de peuterspeelzaal of het kinderdagverblijf. Het is de bedoeling dat het programma “Kijken en Doen” laagdrempelig blijft. De situatie voor het kind moet zo gewoon mogelijk blijven.

Ambulant traject

De kinderen blijven in hun eigen groep die zij bezochten voordat zij aangemeld werden voor ‘Kijken en Doen’. Dit kan een groep zijn binnen een peuterspeelzaal of kinderdagverblijf. Voordat het ambulante traject begint legt de ambulant medewerker een huisbezoek af om enkele zaken af te stemmen. De ambulant pedagogisch medewerkster observeert het kind in de groep. De ambulant medewerker is de mentor van het kind. Zij volgt maximaal vier kinderen tegelijk. Ze volgt het kind binnen het dagprogramma van de groep en biedt het kind ontwikkelingsmaterialen aan. De ambulant medewerkster legt ook meerdere huisbezoeken af waarbij zij een gesprek voert met ouders en het kind in de thuissituatie observeert. De observaties in de thuissituatie zijn verschillend van aard. Het kind wordt geobserveerd bij binnen- en buitenspel, het gedrag bij de ouders en andere volwassenen en met broertjes en zusjes. De gedragsdeskundige observeert, waar nodig, bij voorkeur door video-opname en/of neemt een (intelligentie)onderzoek af. Bij vragen op het gebied van de taalontwikkeling, motoriek of gezondheid kan een deskundige ingezet worden voor een logopedisch, motorisch of medisch onderzoek. Binnen het ambulante traject werkt de pedagogisch medewerker van Kijken en Doen samen met de leidsters van de peuterspeelzaal of het kinderdagverblijf. Het kind wordt twee keer per week geobserveerd.

Observatiegroep

De kinderen komen twee dagen naar een groepsruimte binnen een kinderdagverblijf. Er zijn maximaal zeven kinderen aanwezig. De ruimte is geschikt gemaakt voor observatie. De ruimte is voldoende prikkelarm en optimaal uitdagend om de ontwikkeling van de kinderen te volgen. Kijken en Doen maakt gebruik van de locatie van Magic Kids, maar is afhankelijk van deze buitenschoolse opvang. Er zijn twee pedagogisch medewerksters die de ouders en kinderen ontvangen waarna de ouders afscheid nemen en het kind gedurende twee uur tussen groepsgenootjes wordt geobserveerd. De pedagogisch medewerkers zijn ieder verantwoordelijk voor de observaties van (maximaal) vier kinderen. Gedurende de observatieperiode zijn zij de mentor van die kinderen. Er is een afwisseling in het dagprogramma waarin gestructureerde en minder gestructureerde momenten elkaar afwisselen. Te denken valt aan vrij spel binnen, eten en drinken, vrij spel buiten, het aanbieden van werkjes. De kinderen krijgen ontwikkelingsmaterialen aangeboden waarbij gekeken wordt over welke vaardigheden de kinderen beschikken. Een van de pedagogisch medewerksters, de mentor van het kind, legt een huisbezoek af waarbij zij een gesprek voert met ouders en het kind in de thuissituatie observeert. Zo nodig observeert de gedragsdeskundige op de groep en/of neemt een (intelligentie)ontwikkelingsonderzoek af. Bij vragen op het gebied van de taalontwikkeling,

motoriek of gezondheid kan een deskundige ingezet worden voor een logopedisch, motorisch of medisch onderzoek.

Bijlage 3: Evaluatieforumlier van de ouders en verwijzers

Tabel 1: Evaluatieformulier van de ouders

Vraag 1: Welke verwachtingen had u aan het begin van het programma?
Vraag 2: Heeft het programma aan uw verwachtingen voldaan? <ul style="list-style-type: none">• Ja/nee, omdat...
Vraag 3: Vindt u dat u voldoende betrokken bent geweest bij het programma? <ul style="list-style-type: none">• Niet/matig/voldoende/ruim voldoende
Vraag 4: Vindt u dat u voldoende op de hoogte bent geweest wanneer er een onderzoek plaatsvond? <ul style="list-style-type: none">• Niet/matig/voldoende/ruim voldoende
Vraag 5: Geven de uitslagen van observaties en onderzoeken een helder beeld van uw kind? <ul style="list-style-type: none">• Niet/matig/voldoende/ruim voldoende, eventueel met toelichting.
Vraag 6: Wat waren voor u de sterke kanten aan het programma?
Vraag 7: Wat waren voor u de zwakke kanten aan het programma?
Vraag 8: Was het advies duidelijk voor u? <ul style="list-style-type: none">• Niet/matig/voldoende/ruim voldoende
Vraag 9: Had u de uitslagen en het advies verwacht? <ul style="list-style-type: none">• Ja/nee, omdat...
Vraag 10: Hoe heeft u het contact met het team ervaren?
Vraag 11: Bent u tevreden over het totale programma "Kijken en Doen"? <ul style="list-style-type: none">• Ja/nee, omdat..
Vraag 12: Met wat voor cijfer zou u dat willen uitdrukken?
Vraag 13: Zou u het programma bij andere mensen aanbevelen? <ul style="list-style-type: none">• Ja/nee, omdat...
Vraag 14: Wij willen graag na ongeveer 6 maanden na afronding van het programma telefonisch contact met u als ouder(s) opnemen om te horen hoe het met u en uw kind gaat. Gaat u daarmee akkoord? <ul style="list-style-type: none">• Ja/nee
Vraag 15: Wilt u ons nog iets meegeven wat u niet op dit formulier kwijt kon?

Tabel 2: Evaluatieformulier van de verwijzers

Vraag 1: Hoe bent u bekend geraakt met het aanbod van Kijken en Doen? <ul style="list-style-type: none">• Voorlichting door een medewerker van Kijken en Doen• Folder, vindplaats...• (Pers)bericht van Welstede• Website, namelijk...• Anders, namelijk...

<p>Vraag 2: Als Kijken en Doen niet zou bestaan waar zou u de ouder(s)/verzorger(s) dan naar doorverwezen hebben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ik zou de ouder niet hebben doorverwezen, omdat.. • Ik zou de ouders doorverwezen hebben naar...
<p>Vraag 3: Was er voorafgaand, tijdens of na het programma contact met u als verwijzer?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja/nee
<p>Vraag 4: Was dit voldoende voor u?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja/nee
<p>Vraag 5: Wist u met wie u contact kon zoeken wanneer dit nodig zou zijn?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja/nee
<p>Vraag 6: Zo ja, hoe was de bereikbaarheid?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Slecht/matig/goed
<p>Vraag 7: Welke verwachtingen had u van de verwijzing naar het programma?</p>
<p>Vraag 8: Heeft het programma aan uw verwachtingen voldaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja/nee, omdat...
<p>Vraag 9: Wat waren voor u de sterke kanten aan het programma?</p>
<p>Vraag 10: Wat waren voor u de eventuele zwakke kanten aan het programma?</p>
<p>Vraag 11: was het advies duidelijk voor u?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niet/matig/voldoende/ruim voldoende
<p>Vraag 12: had u de uitslagen en het advies verwacht?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja/nee, omdat...
<p>Vraag 13: Bent u tevreden over het totale programma "Kijken en Doen"?</p> <p>Ja/nee, omdat..</p> <ul style="list-style-type: none"> •
<p>Vraag 14: Met wat voor cijfer zou u dat willen uitdrukken?</p>
<p>Vraag 15: Zou u het programma bij andere mensen aanbevelen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja/nee, omdat...
<p>Vraag 16: Wilt u ons nog iets meegeven wat u niet op dit formulier kwijt kon?</p>

Bijlage 4: Brief aan de ouders

Aan alle ouder(s)/verzorger(s)
Van kinderen die Kijken en Doen hebben
Doorlopen.

Onderwerp : Evaluatie Kijken en Doen
Kenmerk : wel/10-
Behandeld door : C.F. van Eenennaam
Plaats en datum : Ede, 12 juli 2011

Geachte ouder(s) , verzorger(s),

Uw kind heeft enige tijd geleden het observatie programma Kijken en Doen doorlopen. Na afloop heeft u aangegeven dat wij u op een later moment mochten benaderen om het programma Kijken en Doen te evalueren.

Wij gaan starten met de evaluatie van het observatie programma Kijken en Doen. Deze evaluatie gegevens hebben wij nodig aan te kunnen tonen of Kijken en Doen ook na de projectperiode van twee jaar in stand moet blijven.

Via een telefonisch interview, wat maximaal een half uur in beslag zal nemen, willen wij u vragen naar uw ervaringen. U zult binnenkort telefonisch benaderd worden om een afspraak te maken voor dit interview. Stelt u een persoonlijk gesprek op prijs dan kunt u dat aangeven.

Indien u vragen heeft naar aanleiding van deze brief kunt u contact opnemen met Renske Rutgers. Zij voert het evaluatieonderzoek uit voor Kijken en Doen. Zij is telefonisch te bereiken via het centrale nummer van Welstede, 0318 641616 of via haar mail adres rrutgers@welstede.nl

Met vriendelijke groet,

C.F. van Eenennaam
Projectleider Kijken en Doen

Bijlage 5: interviewvragen voor de ouders

Vragen voor de ouders interviews:

- Hoe gaat het nu met uw kind?
- Hoe kijkt u terug op de periode bij Kijken en Doen?

Verwijzing:

- Was u bekend met het programma Kijken en Doen?
- Wat waren de signalen die uw kind toonde?
- Wat waren vooraf de verwachtingen die u had van Kijken en Doen?
- Had u dezelfde zorgen als degene die u naar Kijken en Doen verwees? Had u evenveel zorgen, of meer of minder?
- Wie had u nog meer of eerder kunnen doorverwijzen naar Kijken en Doen?
- Als Kijken en Doen er niet was geweest, had u dan geweten waar u met uw vraag naar toe kon gaan.
 - o Zo ja, waar?
- Heeft u drempels ervaren in aanmelding bij Kijken en Doen? Bijvoorbeeld bereikbaarheid, tijd, vond u het moeilijk om hulp te vragen?

Observatie periode:

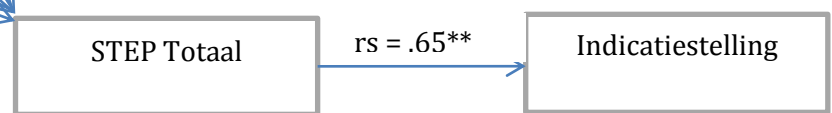
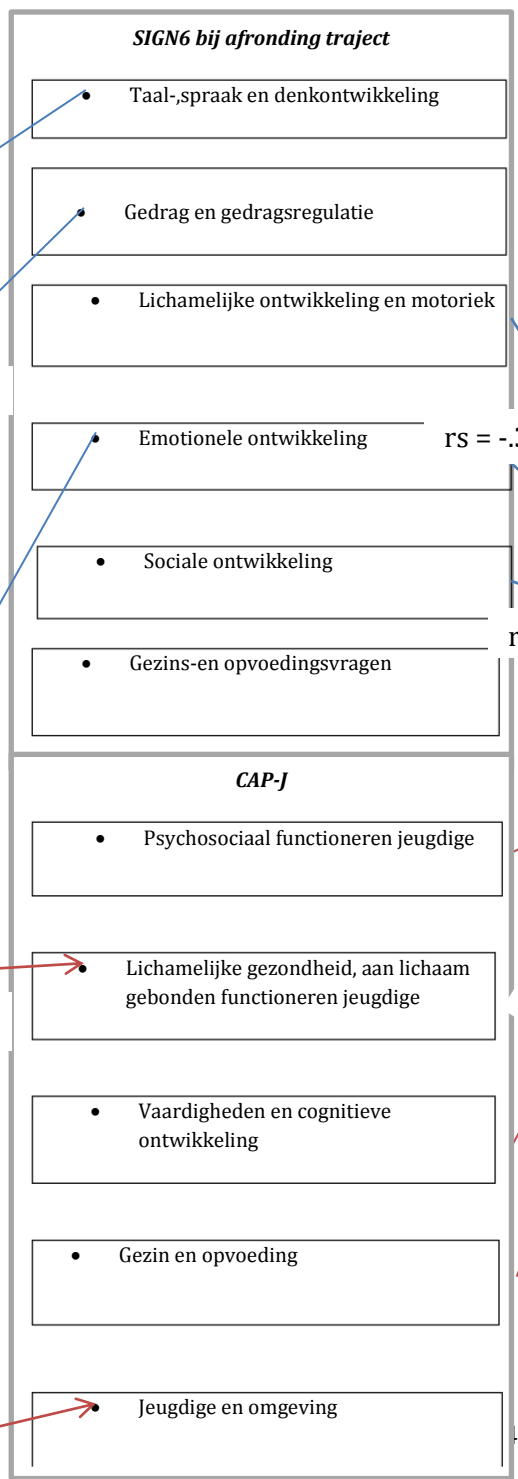
- Wat is de reden dat u heeft gekozen voor het ambulante traject/groepstraject (indien van toepassing, groepstraject is later gestart dan ambulante traject).
- Vond u dat achteraf een goede keuze?
- heeft het traject veel inspanning van u gekost?
- Heeft het traject veel tijd van u gekost?
- Wat vindt u van de duur van het traject? Doorvragen: te lang, te kort.
- Vertelt u iets meer over het traject, hoe is het verlopen?
 - o Contact met het team, de pedagogisch medewerkers?
 - In hoeverre werd u als ouders betrokken bij de verschillende fasen van het proces? (bij de vooraanmelding; bij de intake etc...) Niet alleen bij de tussenevaluatie, maar ook tussendoor, als u uw kind bracht of haalde bijvoorbeeld?

- Heeft u het gevoel dat u alles kon zeggen wat u kwijt wilde?
- Prettige en minder prettige kanten van het programma?
- Zijn er dingen naar voren gekomen die u niet had verwacht of niet kende van uw kind?
- Had u het advies verwacht? Indien u het advies had verwacht, was dat al aan het begin van het programma of had u het advies verwacht na de tussenevaluatie?

Vervolg:

- Vind u dat uw kind op de juist plek is terechtgekomen? Waarom wel/ niet?
- Is de overgang naar de vervolgplek naar tevredenheid verlopen? Wat had anders gekund?
- Welk cijfer zou u nu aan het traject Kijken en Doen geven op de schaal van één op tien?
- En welk cijfer zou u geven aan de overgang tussen Kijken en Doen en de nieuwe zorgaanbieder op een schaal van één op tien.
- Zijn er nog dingen die u kwijt wil over het programma?

In dit schema worden de verbanden getoond tussen de SIGN6, de CAP-J, STEP en indicatiestellingen. Alleen significante verbanden worden getoond.



V = 0.46*

V = 0.40 *

V = 0.44*

V = -.45**

V = .37*

rs = -.35*

rs = -.36*

rs = -.42*

rs = 0.44 *

rs = 0.59*

rs = 0.69**

rs = .65**

* Significant op >.05

** Significant op >.01