

A close-up photograph of a young girl with dark hair, looking down. Her face is the central focus, with her eyes closed or looking towards the bottom of the frame. The lighting is soft and natural, highlighting the texture of her skin and hair. A yellow rectangular graphic element is positioned on the left side of the page, partially overlapping the girl's face.

rivm

S. Postma

JGZ-richtlijn
Vroegsignalering van
psychosociale problemen

JGZ-richtlijn

Vroegsignalering van psychosociale problemen

S. Postma

rivm

RIVM | Centrum Jeugdgezondheid
November 2008

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden

© Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2008

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 295001002

ISBN: 978-90-6960-216-5

VOORWOORD

Voor u ligt de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Deze richtlijn is ontwikkeld in opdracht van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin en is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met deskundigen uit praktijk, beleid en onderzoek. De richtlijn is vastgesteld in de Richtlijn Advies Commissie (RAC) van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

De jeugdgezondheidszorg speelt een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen omdat zij in principe alle jeugdigen in de leeftijd van 0-19 jaar ziet. Doel van deze richtlijn is dan ook om de professionals in de jeugdgezondheidszorg handvatten te bieden bij het voorkomen en herkennen van psychosociale problemen, evenals het beperken van mogelijke schade. Een uniforme werkwijze, waaronder het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten, is daarbij essentieel. Voorliggende richtlijn geeft geen vastomlijnd antwoord op de vraag hoe de jeugdgezondheidszorg om dient te gaan met de signalering van psychosociale problemen. De reden is dat nog maar een klein deel van de bestaande signaleringsinstrumenten die binnen de jeugdgezondheidszorg kunnen worden gebruikt is gevalideerd voor de Nederlandse situatie. Wel is aangetoond dat het gebruik van instrumenten de signalering van kinderen met psychosociale problemen aanzienlijk verbetert. Het advies aan de jeugdgezondheidszorg is daarom in ieder geval een instrument te gebruiken bij de signalering van psychosociale problemen. In de richtlijn worden per leeftijdsgroep één of meerdere instrumenten aangegeven, die gebruikt kunnen worden totdat meer onderzoeksresultaten bekend zijn. De richtlijn zal dan worden aangepast.

De richtlijn beperkt zich tot gebruik in de jeugdgezondheidszorg. Wel wordt ingegaan op het belang van samenwerking binnen de jeugdketen. In een ideale situatie zou deze richtlijn ook van toepassing moeten zijn op andere beroepsgroepen die zich bezig houden met jeugd om samenwerking binnen de jeugdketen te bevorderen. Bij de ontwikkeling van een volgende versie zal de mogelijkheid daarvan moeten worden onderzocht. Tot slot bedanken we allen die hebben bijgedragen aan het totstandkomen van deze richtlijn. Dat zijn in de eerste plaats de leden van de werkgroep en daarnaast de deskundigen die het concept hebben voorzien van commentaar. Wij zijn verheugd dat met deze richtlijn een verdere invulling wordt gegeven aan de 'evidence-based' onderbouwing van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar.

Mevrouw W.J.G. Lijs-Spek, arts M&G, Hoofd RIVM/Centrum Jeugdgezondheid
Mevrouw E. Buiting, arts M&G, Voorzitter Richtlijn Advies Commissie RIVM/Centrum Jeugdgezondheid

Bilthoven, november 2008

INHOUD

1	INLEIDING	9
1.1	Aanleiding	9
1.2	Proces	9
1.3	Werkwijze en afbakening	10
1.4	Kwaliteitscriteria signaleringsinstrumenten	11
1.5	Actualisatie en herziening	12
1.6	Opbouw document	12
2	VROEGSIGNALERING VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN	13
2.1	Definities	13
2.2	Prevalentie van psychosociale problemen bij kinderen in Nederland	14
2.3	Risicofactoren en beschermende factoren	15
2.4	Het belang van (vroeg) signaleren	16
3	VROEGSIGNALERING VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	19
3.1	Inleiding	19
3.2	Vroegsignalering in de prenatale periode	20
3.3	Vroegsignalering in de leeftijdsgroep 0-4 jaar	21
3.4	Vroegsignalering in de leeftijdsgroep 4-12 jaar	22
3.5	Vroegsignalering in de leeftijdsgroep 12-19 jaar	23
3.6	Overzicht aanbevolen signaleringsinstrumenten -9 maanden tot 19 jaar	24
4	VAN SIGNAAL NAAR INTERVENTIE	27
4.1	Beoordelen van signalen	27
4.2	Coördinatie van signalen en interventies	27
4.3	Interventies	28
5	RANDVOORWAARDEN	29
5.1	Algemeen	29
5.2	Juridische kaders	30
6	AANBEVELINGEN	33
	LITERATUUR EN BRONNEN	35
	Bijlage 1: Samenstelling werkgroep, lijst met adviseurs en samenstelling RAC	41
	Bijlage 2: Risicofactoren prenatale periode, gebaseerd op bestaande (vroeg) signalerings- of selectielijsten	42
	Bijlage 3: Aanbevolen vroegsignaleringsinstrumenten of -methoden kort bekeken	44
	Bijlage 4: Afkortingen	48

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin heeft het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid de opdracht gegeven een richtlijn 'vroegsignalering van psychosociale problemen' op te stellen voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het thema 'vroegsignalering van psychosociale problemen' is één van de speerpunten van het jeugdbeleid. Het tijdig signaleren van (het ontstaan van) dergelijke problemen en de daarop volgende ondersteuning, hulp of zorg aan kinderen, jongeren en/of hun ouders kan vaak voorkómen dat onnodig menselijk leed en vermijdbare maatschappelijke kosten ontstaan (Hermanns et al., 2005). Het streven van de JGZ is om alle kinderen en jongeren optimale opvoedings- en ontwikkelingskansen te bieden.

Uit onderzoek is duidelijk geworden dat gedragsproblemen hun wortels al vroeg in een mensenleven hebben (Hermanns et al., 2005). Het is dus zinvol al zo vroeg mogelijk te signaleren om het ontstaan van problemen te voorkomen of in ieder geval zo vroeg mogelijk in te grijpen om problemen minder ernstig te laten worden. Het doel van deze richtlijn is dan ook niet alleen om psychosociale problematiek te herkennen, maar uiteindelijk deze problematiek te voorkomen of schade te beperken.

Omdat de JGZ veel jeugdigen in de leeftijd van nul tot negentien jaar ziet, heeft de JGZ een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren. Een uniforme werkwijze is daarbij essentieel, omdat alleen dan voor de hele jeugdsector duidelijk is op welke manier de JGZ signaleert en heldere samenwerkingsafspraken gemaakt kunnen worden. Het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat zonder dergelijke instrumenten de signalering van een kind met psychosociale problemen afhangt van de vraag door welke JGZ-medewerker het desbetreffende kind wordt onderzocht. Dit impliceert dat de JGZ bij het signaleren van kinderen met problemen niet kan vertrouwen op het klinisch oordeel van individuele medewerkers, maar methodieken en instrumenten dient te gebruiken, waarvan de validiteit is aangetoond (Vogels, 2008).

Door het gebruik van signaleringsinstrumenten kunnen tevens uitkomsten met elkaar worden vergeleken en uitspraken gedaan worden op populatieniveau wat betreft het voorkomen van problematiek ten behoeve van bijvoorbeeld het lokale jeugdbeleid.

1.2 Proces

Voor de ontwikkeling van deze richtlijn is een werkgroep (zie Bijlage 1) ingesteld, die een eerste concept heeft opgesteld. Dit concept is voorgelegd aan verschillende adviseurs (zie Bijlage 1); hun reactie is beoordeeld en al dan niet verwerkt. Vervolgens is dit concept voorgelegd aan de Richtlijn Advies Commissie (RAC) van het RIVM. De richtlijn is op basis van de discussie aangepast en in concept op de websites geplaatst van de

beroepsverenigingen (AJN, V&VN, NVDA), ActiZ, GGD Nederland en het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. Het commentaar is beoordeeld en al dan niet in de richtlijn verwerkt. Na vaststelling door de beroepsverenigingen is de richtlijn geacordeerd door de VNG, ActiZ, GGD Nederland en het programmaministerie voor Jeugd en Gezin. De richtlijn is vervolgens goedgekeurd door het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

1.3 Werkwijze en afbakening

Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin, waar sinds 2007 het jeugdbeleid is ondergebracht, heeft aangegeven dat het rapport 'Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter' opgesteld door de Inventgroep, als uitgangspunt dient voor het opstellen van deze richtlijn, evenals het advies van de AJN naar aanleiding van dit rapport. De Inventgroep kreeg in december 2004 de opdracht van staatssecretaris drs. C. Ross-van Dorp om op basis van de nationale en internationale wetenschappelijke literatuur voorstellen te doen voor instrumenten en procedures om problemen in het opvoeden en opgroeien tijdig te signaleren. De Inventgroep is tevens gevraagd voorstellen te doen voor effectief gebleken interventies en voor een infrastructuur waarin signalering en interventie effectief en efficiënt kunnen plaatsvinden (Hermanns et al., 2005). De Inventgroep doet in het rapport 'Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter' verslag van het onderzoek en doet voorstellen voor instrumenten voor vroegsignalering en interventies. Tevens worden een aantal randvoorwaarden benoemd op het gebied van inhoud en infrastructuur.

In deze richtlijn beperken we ons in de uitwerking tot de voorstellen die door de Inventgroep zijn gedaan over 'vroegsignalering' in de JGZ. De Inventgroep stelt vast dat signaleren een taak is voor een ieder die met kinderen en ouders omgaat. Alle professionals hebben de plicht alert te zijn op signalen van problemen en moeten daarvoor open staan. Dit veronderstelt een bepaalde deskundigheid bij deze professionals, maar ook structuren waarin deze signalen besproken en beoordeeld kunnen worden en zonodig kunnen leiden tot doorverwijzing. Hierbij is het van belang dat professionals rekening houden met culturele en etnische verschillen in de samenleving. De interpretatie van wat gezond is, wat risicofactoren zijn en wat mogelijk helpt, kan cultuurspecifiek zijn. De voorgestelde instrumenten zijn een aanvulling op de competenties van professionals en instellingen.

Onder interventies worden alle activiteiten verstaan, die kunnen worden ingezet om (risico's op) problemen op te lossen of te reduceren. Op de verschillende interventies zal in deze richtlijn niet nader worden ingegaan. Wel is er aandacht voor het proces van 'signaal naar interventie' en wordt het belang van het beschikbaar zijn van interventies benadrukt. Wanneer problemen gesignaleerd worden is het onethisch niet te werken aan een oplossing.

Interventies behoren tot het maatwerkdeel van het basistakenpakket met uitzondering van voorlichting, advies, instructie en (kortdurende) begeleiding. Interventies worden niet uniform aangeboden aan alle kinderen in Nederland. Het aanbod van de interven-

ties is afhankelijk van de lokale situatie. Iedere gemeente moet dit zorgaanbod immers afstemmen op de zorgbehoeften van de groepen kinderen en op de gezondheidssituatie van de jeugd in de eigen gemeentelijke regio (Ministerie van VWS, 2002).

De werkgroep Richtlijn Vroegsignalering heeft zelf geen (literatuur)onderzoek gedaan, maar heeft de richtlijn opgesteld op basis van het wetenschappelijke rapport van de Inventgroep en de adviezen van de AJN, V&VN en het werkveld.

De richtlijn beschrijft universele preventieve zorg ten behoeve van vroegsignalering van psychosociale problemen. Dit betekent dat deze zorg wordt aangeboden aan de gehele populatie kinderen. De daarbij behorende activiteiten vallen onder het uniforme deel van het Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar (BTP). Bij de keuze voor het gebruik van signaleringsinstrumenten is hier rekening mee gehouden.

Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin heeft aangegeven dat de signaleringsinstrumenten die genoemd worden in de richtlijn *evidence based* dienen te zijn. Er zijn echter nog nauwelijks evidence based signaleringsinstrumenten beschikbaar voor de Nederlandse situatie (Klein Velderman et al., 2007). In deze richtlijn wordt daarom aangegeven welke veelbelovende signaleringsinstrumenten gebruikt kunnen worden totdat meer kennis beschikbaar is over betrouwbare en valide instrumenten.

Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin heeft via het ZonMw-programma Zorg voor Jeugd budget beschikbaar gesteld voor verder onderzoek en ontwikkeling van effectieve instrumenten. Dit ZonMw-programma focust op het ontwikkelen van kennis voor professionals om de zorg voor jeugd, inclusief preventie, te verbeteren.

Het ministerie heeft tevens aangegeven belang te hechten aan draagvlak, niet alleen binnen de JGZ, maar ook bij externe samenwerkingspartners. Daarom is ook aan adviseurs buiten de JGZ gevraagd te adviseren over de concept richtlijn (zie Bijlage 1).

Deze richtlijn kan dienen als basis voor de samenwerking met andere sectoren die zich bezighouden met jeugd in het kader van vroegsignalering van psychosociale problemen, zoals huisartsen, verloskundigen, onderwijs, maatschappelijk werk en jeugdzorg.

1.4 Kwaliteitscriteria signaleringsinstrumenten

Vanuit wetenschappelijk oogpunt bestaan criteria voor de kwaliteit van signaleringsinstrumenten. Deze criteria geven aan dat signaleringsinstrumenten onder meer voldoende betrouwbaar (steeds dezelfde uitslag geven bij herhaalde meting) en valide (meet wat het behoort te meten) moeten zijn en voldoende voorspellen wat ze behoren te voorspellen.

Deze criteria toepassen bij concrete instrumenten kan soms lastig zijn. Hoe moet men grenzen stellen? Is bijvoorbeeld een betrouwbaarheid van .65 niet voldoende en van .70 wel?

In Nederland zijn nog geen afspraken gemaakt over de toepassing van de kwaliteitscriteria van signaleringsinstrumenten psychosociale problematiek die bestemd zijn voor gebruik in de JGZ.

1.5 Actualisatie en herziening

Volgens het proces van richtlijnontwikkeling zal elke richtlijn iedere vijf jaar worden geactualiseerd en eventueel herzien. De actualisatie van deze richtlijn zal naar verwachting frequenter zijn, omdat er momenteel nog niet voor iedere leeftijdsgroep wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten beschikbaar zijn. Zodra voldoende resultaten van onderzoek naar effectiviteit van deze instrumenten bekend zijn, zal de richtlijn worden geactualiseerd.

1.6 Opbouw document

In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op het thema van deze richtlijn. Zo worden achtereenvolgens behandeld: gehanteerde definities, prevalentie van de problematiek in Nederland, risico- en beschermende factoren en het belang van (vroeg) signaleren.

In hoofdstuk 3 wordt vroegsignalering van psychosociale problemen specifiek door de JGZ behandeld. Er wordt nader ingegaan op het ‘wanneer’ en ‘hoe’ van vroegsignalering. Er is een indeling in leeftijdsperiodes gemaakt: de prenatale periode, de periode 0-4 jaar, de periode 4-12 jaar en als laatste de periode 12-19 jaar. In zijn algemeenheid zijn de reguliere contactmomenten (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003) leidend voor de momenten waarop in ieder geval moet worden gesignaleerd.

Vervolgens komt in hoofdstuk 4 de vraag aan bod: ‘probleem gesignaleerd en dan?’

In hoofdstuk 5 zal kort worden ingegaan op een aantal randvoorwaarden. Tot slot zijn in hoofdstuk 6 aanbevelingen geformuleerd ten behoeve van een uniforme signalering van psychosociale problemen.

2 VROEGSIGNALERING VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

2.1 Definities

Psychosociale problemen

Onder psychosociale problemen worden in dit document verstaan:

- emotionele problemen (oftewel internaliserende problemen) zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten;
- gedragsproblemen (oftewel externaliserende problemen) zoals agressief gedrag, onrustig gedrag en delinquent gedrag;
- sociale problemen, dit zijn problemen die het kind heeft in het maken en onderhouden van het contact met anderen.

Deze definitie wordt eveneens gehanteerd binnen de Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid (zie ook Zeijl et al., 2005).

Vroegsignalering

Onder vroegsignalering wordt hier verstaan: 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 et al., 2005).

In het rapport van de Inventgroep worden vier strategieën van vroegtijdige signalering genoemd:

- signalering (van toekomstige) zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties op basis van een lijst met risicofactoren;
- signalering van risicoprocesen die er op wijzen dat een probleem aan het ontstaan is;
- signalering van diagnosticeerbare problemen (wanneer er een probleem is);
- taxatie van veiligheidsrisico's vóór, tijdens en na interventies bij het omschreven probleem.

De Inventgroep legt de focus op het risicoproces dat gesignaleerd dient te worden. Het uitgangspunt in het werk van de Inventgroep is dat het niet mogelijk is een lijstje van risicofactoren op te stellen (het zogenaamd risicoprofiel) waarmee nog vóór er problemen zijn, kinderen of gezinnen kunnen worden aangewezen waarbij een interventie nodig is om ernstige problemen te voorkomen. De menselijke ontwikkeling en de opvoeding van kinderen is daarvoor te complex. Er zijn namelijk veel factoren die hierop een positieve of negatieve invloed kunnen hebben. Dit uitgangspunt wordt in deze richtlijn overgenomen. Dit betekent dat van de professionals in de JGZ wordt verwacht dat zij beschikken over competenties om risicofactoren te kunnen signaleren en deze factoren in hun context te kunnen beoordelen. Zij moeten tevens in staat zijn adequate ondersteuning te bieden of door te verwijzen.

In het kader van vroegsignalering van psychosociale problemen moet er ook aandacht zijn voor het signaleren van risicovolle opvoed- en opgroeisituaties. Er is veelvuldig aangetoond dat de opvoeding door de ouder(s) een belangrijke voorspeller is voor de ontwikkeling van het kind.

2.2 Prevalentie van psychosociale problemen bij kinderen in Nederland

De prevalentie van psychosociale problemen bij kinderen in Nederland is aanzienlijk. Uit een onderzoek onder nul- tot twaalfjarigen (Zeijl et al., 2005) is naar voren gekomen dat 11% tot 28%, afhankelijk van de leeftijdsgroep, volgens de JGZ psychosociale problemen heeft. Volgens hun ouders is dat 4% tot 6%. De peilingen in de jeugdgezondheidszorg rapporteren percentages die wat hoger liggen (tot 10%) (Brugman et al., 1999). Het feit dat de JGZ vaker psychosociale problemen signaleert dan de ouders is mogelijk te verklaren doordat ouders alleen vragen over het gedrag van hun kind beantwoord hebben en geen vragen over de verdere omstandigheden in het gezin en hun eigen opvoedingscapaciteiten, terwijl de JGZ-professionals hier wel rekening mee gehouden hebben. Tevens heeft de JGZ in het onderzoek onderscheid gemaakt tussen lichte, matige en ernstige problemen, waarbij lichte problemen de overhand hebben. De vragenlijst die de ouders hebben ingevuld bevatte een dergelijk onderscheid in problematiek niet. Die vragenlijst was vooral gericht op ernstige problemen.

Uit het onderzoek van Zeijl (2005) komt verder een verhoogd risico naar voren bij kinderen uit gezinnen met een zwakke maatschappelijke positie (niet-westers, lage opleiding moeder, onder de armoedegrens, eenoudergezin). 'De kans op psychosociale problemen neemt substantieel toe als kinderen uit een gezin komen waar meerdere van deze kenmerken tegelijkertijd voorkomen', aldus Zeijl et al. (2005).

Van de Nederlandse basisschoolkinderen heeft 7,7% een score in de klinische range voor externaliserend probleemgedrag en 12,2% een score in de klinische range voor internaliserend probleemgedrag gemeten met de Child Behavior Check List (CBCL) (Reijneveld et al., 2006).

Uit het onderzoek Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), een onderzoek met een representatieve steekproef onder elf- tot zestienjarigen, komt naar voren dat een kwart van de vmbo-b leerlingen psychosociale problemen heeft tegenover tien procent van de vwo-leerlingen. Het verschil tussen de leerlingen afkomstig uit de verschillende opleidingsniveaus is opvallend. De onderzoekers zeggen hier over: 'Dit hogere probleemniveau manifesteert zich bij alle door ons onderzochte problemen, maar is verreweg het grootst bij de rapportage van gedragsproblemen en van problemen met leeftijdgenoten. Deze verschillen zijn heel consistent en blijven ook bestaan na correctie van sekse, leeftijd en etniciteit. Dit betekent niet alleen dat dit een heel consistent patroon is, maar vooral dat in het vmbo-b maar ook in het vmbo-t een aanzienlijke groep leerlingen kampt met een heel scala aan problemen' (Dorselaer et al., 2007). In het onderzoek is gebruikgemaakt van de zelfrapportageversie van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Voor deze leeftijdsgroep zijn in de Nederlandse situatie nog geen gevalideerde afkappunten vastgesteld. In het onderzoek zijn de afkappunten bepaald aan de hand van de scores van de hele groep kinderen in het HBSC-onderzoek. Op deze manier kunnen verschillen tussen groepen kinderen zichtbaar worden gemaakt en daarmee de meer problematische groepen worden geïdentificeerd. Zo vertonen meisjes een (veel) hoger percentage emoti-

onele problemen, terwijl voor jongens veel hoger percentages voor gedragsproblemen gelden. De sekseverschillen ontbreken bij hyperactiviteit. Problemen met leeftijdgenoten nemen bij meisjes aanzienlijk toe met het ouder worden.

Allochtone leerlingen rapporteren vooral meer gedragsproblemen en meer problemen met leeftijdgenoten. Dit is bijna twee keer zo veel als bij hun autochtone leeftijdgenoten. Problemen met hyperactiviteit worden veel vaker (ook twee keer) door autochtone leerlingen gerapporteerd. Opvallend is dat uit dit onderzoek naar voren komt dat allochtone leerlingen niet vaker emotionele problemen hebben.

Het is overigens van belang zich te realiseren dat afhankelijk van meetfactoren, zoals waar men de klinische grens wil leggen, de probleemgroepen groter dan wel kleiner worden en trends over de tijd al dan niet eerder of later zichtbaar zijn (Wittebrood en Junger, 2002). Hoe groot de groep kinderen met problemen is, wordt dus tot op grote hoogte bepaald door meet- en definitievraagstukken. De definiëring van probleemgedrag wordt ook bepaald door de cultuur, waarin die zich voordoet.

2.3 Risicofactoren en beschermende factoren

Onderzoek levert steeds meer kennis op over de manier waarop ernstige problemen in de ontwikkeling van kinderen ontstaan. Zo kunnen kinderen, ouders en de omgeving kenmerken hebben, waarvan uit onderzoek duidelijk is geworden dat zij in een bepaalde samenstelling een voorspellende waarde hebben voor latere ontwikkelingsuitkomsten. Wanneer het gaat om negatieve uitkomsten wordt gesproken over risicofactoren. Een risicofactor wordt gedefinieerd als een kenmerk van kinderen of ouders, een omstandigheid of een gebeurtenis waarvan is aangetoond dat een verband bestaat met latere, minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten. Het gaat om factoren die een zekere voorspellende waarde hebben, omdat ze voorafgaan aan een later probleem (Hermanns et al., 2005). Wanneer het gaat om positieve uitkomsten wordt gesproken over beschermende factoren. Voor opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering is het van belang in te zien dat beschermende factoren een tegenwicht kunnen bieden aan risicofactoren (Bakker et al., 1998).

Iedere risicofactor afzonderlijk heeft slechts een zwakke relatie met ongunstige ontwikkelingsuitkomsten. Vooral de cumulatie van risicofactoren vergroot de kans op ongunstige uitkomsten (Hermanns et al., 2005).

Risico- en beschermende factoren zijn onder te verdelen in drie niveaus (Bakker et al., 1997):

- microniveau (kindfactoren, ouderfactoren, gezinsfactoren);
- mesoniveau (sociale gezinsfactoren, sociale buurtfactoren);
- macroniveau (sociaaleconomische gezinsfactoren, culturele en maatschappelijke factoren).

In Tabel 2.1 is een overzicht te zien van deze factoren.

Tabel 2.1:

Overzicht risicofactoren voor mogelijk toekomstige psychosociale problemen én beschermende factoren gebaseerd op het balansmodel van Bakker uitgebreid met risicofactoren* uit rapport Hermanns et al. (2005)	
Risicofactoren	Beschermende factoren
Microniveau	
<i>Kindfactoren</i>	
Zwangerschaps- en geboortecomplicaties*	Goede intelligentie
Laag geboortegewicht	Positief zelfbeeld
Handicap	Bereidheid om hulp te aanvaarden
Negatief zelfbeeld	
Lage intelligentie*	
Blootstelling aan toxische stoffen*	
Moeilijk temperament*	
Slechte schoolprestaties*	
<i>Ouderfactoren</i>	
Alleenstaande ouder*	Stabiele persoonlijkheid
Laag opleidingsniveau*	Goede gezondheid
Moeder jonger dan 19 jaar bij eerste kind*	Positieve jeugdervaringen
Middelengebruik (verslaving)	
Roken tijdens zwangerschap*	
Slechte voeding tijdens zwangerschap*	
Ziekte	
Negatief zelfbeeld	
Zelf als kind mishandeld/jeugdtrauma	
Psychische problemen (zoals depressie)*	
Antisociaal gedrag*	
Spreekt geen Nederlands*	
<i>Gezinsfactoren</i>	
Echtscheiding	Opvoedingscompetentie
Conflicten/geweld*	Affectieve gezinsrelaties
Verwaarlozing/mishandeling partner*	
Autoritaire opvoedingsstijl	
Ingrijpende gebeurtenissen*	
Snelle wisseling in verzorgers van het kind*	
Tekorten in communicatie ouder-kind*	
Mesoniveau	
<i>Sociale (gezins)factoren</i>	
Isolement	Sociale steun
Gebrekkige sociale bindingen	Goede sociale bindingen
Conflicten	Familie/vrienden
<i>Sociale (buurt)factoren</i>	
Sociale desintegratie	Sociale cohesie
Verpaupering, kansarme buurt, concentratie van delinquenten in buurt	Goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur, onderwijs, zorg en welzijn
Slechte sociale voorzieningen	
Delinquente vrienden*	
Peer rejection*	
Geen band met school*	
Te kleine huisvesting*	
Macroniveau	
<i>sociaaleconomische gezinsfactoren</i>	
Armoede	Goed inkomen/opleiding
Gebrekkige opleiding	
<i>culturele factoren</i>	
Culturele minderheidsgroepering	Normen en waarden in overeenstemming met dominante cultuur
Afwijkende subculturele normen en waarden	
<i>maatschappelijke factoren</i>	
Economische crisis	Stabiel sociaal en politiek klimaat
Werkloosheid	Open tolerante samenleving
Discriminatie	

Bronnen: Hermanns et al. (2005) en Bakker et al. (1998)

2.4 Het belang van (vroeg) signaleren

Duidelijk is geworden dat ernstige gedragsproblemen al vroeg in het leven van een kind ontstaan. Tevens worden de omstandigheden waaronder verwaarlozing en kindermishandeling plaatsvinden steeds duidelijker (Hermanns et al., 2005).

Gedragsproblemen zijn opmerkelijk stabiel, zowel intergenerationeel, dus over generaties heen (gedragsproblemen bij de ouders zijn mogelijk de voorspeller van gedragsproblemen bij het kind) (Blazeia et al., 2006) als intrapersoonlijk, dus over het leven van een individu heen (Caspi, 1993; Farrington, 1991; Huesmann et al., 1984; Olweus, 1979; Verhulst en Van der Ende, 1992; Tremblay en LeMarquand, 2001).

Daarnaast is duidelijk dat hoe jonger kinderen zijn wanneer ze gedragsproblemen vertonen, hoe groter de kans is op toekomstig probleemgedrag (Huesmann et al., 1984; Olweus, 1979; Nagin en Farrington, 1992; Moffitt, 1993; Patterson en Yoerger, 1993; Caspi en Silva, 1995). Vanwege de opvallende stabiliteit hebben meerdere auteurs gesteld dat indien men de kans op bijvoorbeeld een antisociale ontwikkeling bij kinderen die een groot risico daartoe hebben, ingrijpend wil verminderen, alleen goede resultaten mogelijk zijn door interventies tijdens de eerste levensjaren of al daarvoor (prenataal en preconceptie), dus vóórdat een patroon van probleemgedrag zich definitief heeft gevormd (Tremblay, 2000; Gottfredson en Hirschi, 1990).

Ook al bestaat een duidelijke relatie tussen antisociaal gedrag op jonge leeftijd en het vertonen van antisociaal gedrag in de volwassenheid, de kans daarop is nooit absoluut. Het aantal volwassenen dat antisociaal gedrag vertoont en op jonge leeftijd al externaliserend gedrag vertoonde is drie maal groter dan het aantal volwassenen dat antisociaal gedrag vertoont, maar op jonge leeftijd nog geen externaliserend gedrag vertoonde. Tegelijkertijd is het ook zo dat slechts 25% van de kinderen met externaliserend gedrag later een gedragsstoornis zullen ontwikkelen (Bennett et al., 1998).

Emotionele problemen, zoals depressie en angststoornissen, kunnen lang verborgen blijven, omdat kinderen met dergelijke problemen minder opvallen dan kinderen met gedragsproblemen. Het gebruik van signaleringsinstrumenten kan deze problemen mogelijk sneller in beeld brengen.

3 VROEGSIGNALERING VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

3.1 Inleiding

Monitoring en signalering zijn twee van de kerntaken van de JGZ, die zijn vastgelegd in het BTP, dat wettelijk verankerd is in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Het gaat hierbij om het systematisch volgen van de ontwikkeling, de gezondheidstoestand en het functioneren van een kind en/of groepen kinderen. Daarnaast worden de factoren gemeten die de gezondheid bevorderen of bedreigen. Het doel is om alle kinderen een gezonde start te geven in het leven (Ministerie van VWS, 2002). Het vroeg signaleren van psychosociale problemen is hier een onderdeel van; hierbij wordt gebruikgemaakt van signaleringsinstrumenten. Het gaat om universele preventieve zorg die aan de gehele populatie wordt aangeboden; deze zorg valt binnen het uniforme deel van het BTP.

Uitgangspunt is dat een signaleringsinstrument een hulpmiddel is bij het signaleren van problemen en het inschatten van de benodigde zorg of hulp. Naast het gebruik van signaleringsinstrumenten blijven observatie, de dialoog en de vertrouwensrelatie tussen professional en kind en/of ouder of verzorger van groot belang. De professional moet in staat zijn een goede inschatting te maken van de risico's op basis van onder andere de uitkomsten van het instrument. Dit vraagt om bepaalde competenties en deskundigheid van professionals, zoals observerend vermogen, gespreksvaardigheden en deskundigheid op het gebied van gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Als het gaat om allochtone jeugd en hun ouders zijn culturele sensitiviteit en interculturele competenties belangrijk.

Signaleringsinstrumenten dienen niet verward te worden met screeningsinstrumenten. Bij een screeningsinstrument (bijvoorbeeld de hielprik) is de uitkomst van het onderzoek of positief of negatief op basis van vooraf gedefinieerde marges van variatie; screenings zijn reproduceerbaar. Signaleringsinstrumenten zijn een onderdeel van het totale proces van signaleren; naast het gebruik van instrumenten is daarbij de professionele inschatting (op basis van observatie en dialoog) van grote waarde.

Nog maar een klein deel van de bestaande signaleringsinstrumenten die binnen de JGZ gebruikt kunnen worden is voor de Nederlandse situatie gevalideerd (Klein Velderman et al., 2007). Dit heeft tot gevolg dat er in deze richtlijn in sommige gevallen alleen aanbevelingen kunnen worden gedaan voor een verantwoorde of veelbelovende manier van signaleren totdat voldoende onderzoeksresultaten bekend zijn. Zodra dat het geval is, zal deze richtlijn aangepast worden.

In de volgende paragrafen zal per leeftijdsgroep besproken worden wanneer en met behulp van welke signaleringsinstrumenten in de JGZ moet worden gesignaleerd. Op basis van de uitkomsten van de signalering kan het nodig zijn voor nadere diagnostiek uitgebreidere signaleringsinstrumenten te gebruiken, zoals de Child Behavior Check List (CBCL), Teacher Report Form (TRF) en Youth Self Report (YSR). Deze lijsten zijn door hun lengte niet standaard te gebruiken in de JGZ. Zij zijn wel gevalideerd en genormeerd en

daarbij geschikt als assessment instrument, als nadere stap van probleemverkenning na gebruik van bijvoorbeeld de SDQ (Klein Velderman et al., 2007).

Wanneer een vermoeden van kindermishandeling bestaat moet het stappenplan, zoals beschreven in de JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling, worden gevolgd (Wagenaar-Fischer et al., 2007).

3.2 Vroegsignalering in de prenatale periode

Kenmerken van ouders, vooral van moeders, maken het mogelijk al tijdens de zwangerschap bepaalde risicogroepen aan te duiden. Kenmerken van de moeders, zoals jonge leeftijd bij de geboorte van haar eerste kind, betrokkenheid bij antisociaal gedrag, midde-engebruik, roken tijdens de zwangerschap en psychische problemen zijn belangrijke voorspellers van psychosociale problemen bij kinderen (Tremblay et al., 2004; Whitaker et al., 2006). Hoe meer risico's aanwezig zijn, hoe groter de kans op deze problemen. Dit geldt voor zowel externaliserende als voor internaliserende problemen. Dit betekent dat al voor de geboorte belangrijke risicofactoren bekend zijn. In Bijlage 2 is een overzicht van risicofactoren te vinden, die specifiek al tijdens de zwangerschap aantoonbaar zijn.

De JGZ heeft op dit moment geen regulier contactmoment in de prenatale periode. Voor de Nederlandse situatie zijn ook geen valide signaleringsinstrumenten beschikbaar. Er is wel een aantal punten te benoemen die reeds in de prenatale periode de signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties bevorderen.

Ten eerste kunnen samenwerkingsafspraken gemaakt worden met verloskundigen, kraamzorg, huisartsen en gynaecologen met als doel ondersteuning te bieden vóór er problemen in de opvoedingssituatie zijn ontstaan. Met elkaar moet worden afgesproken in welke gevallen in deze periode doorverwezen wordt naar de JGZ of een andere samenwerkingspartner (zoals het Algemeen Maatschappelijk Werk), zodat ketenzorg daadwerkelijk wordt vormgegeven. De JGZ kan bijvoorbeeld tijdens een huisbezoek, op indicatie van de verloskundige of huisarts, inschatten welke zorg al tijdens de zwangerschap aangeboden kan worden. Tijdens het huisbezoek komen onderwerpen aan de orde als de gezondheid van de moeder, opvattingen over het aanstaande moederschap, sociaal netwerk en financiële en huisvestingsproblemen. In het advies aan het programmamini-sterie voor Jeugd en Gezin 'Vernieuwing prenatale zorg' (dit betreft prenatale zorg die momenteel gefinancierd wordt vanuit de AWBZ, maar vanaf 1 januari 2009 vanuit de Brede doeluitkering van de gemeenten) zijn door het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid over vroegsignalering reeds aanbevelingen gedaan. Het gaat om de mogelijkheid voor de JGZ om een huisbezoek af te leggen in deze periode om zorgbehoefte in te schatten op indicatie van de verloskundige, huisarts of gynaecoloog.

In het kader van samenwerking wordt ook verwezen naar het onlangs verschenen rapport van TNO Kwaliteit van Leven over vroegsignalering in de kraamzorg (De Jonge et al., 2007). In dit rapport wordt het onderzoek beschreven naar preventie en vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode. Uit de resultaten blijkt dat kraamverzorgenden

signalen kunnen opmerken die andere zorgverleners ontgaan. Jeugdverpleegkundigen gaven aan door bekendheid met deze signalen beter voorbereid op huisbezoek te gaan en eerder ondersteuning in te zetten. Het signaleringsinstrument dat in het kader hiervan is ontwikkeld dient nog wel op een aantal punten te worden uitgewerkt.

Ten tweede heeft het Centrum Jeugdgezondheid opdracht gekregen in overleg met alle relevante partijen een landelijk overdrachtsprotocol te ontwikkelen bestemd voor de overdracht van de verloskundige (of andere zorgverlener) en kraamverzorgende naar de JGZ. De overdracht van risicofactoren, zoals genoemd in Bijlage 2, kunnen hierin worden meegenomen. Er zal een protocol ontwikkeld moeten worden, dat na implementatie geëvalueerd dient te worden op effectiviteit. Het overdrachtsprotocol zal in 2009 vastgesteld worden.

Ten derde is er de inzet van specifieke programma's, zoals het programma VoorZorg.¹ Dit programma is gebaseerd op het Amerikaanse bewezen effectieve programma 'Nurse Family Partnership'. Een dergelijk programma wordt gebruikt om moeders met een sterk verhoogd risico te signaleren en een interventie aan te bieden.

Kortom, voor deze periode is het van belang samenwerkingsafspraken te maken en het landelijk protocol voor de overdracht tussen verloskundigen/kraamzorg/ziekenhuizen en de JGZ te implementeren, zodra dit is vastgesteld. Tevens zal de ontwikkeling van gevalideerde signaleringsinstrumenten voor deze periode moeten worden voortgezet. Bovenstaande sluit aan op de reactie die de AJN en de V&VN hebben gegeven op het rapport van de Inventgroep (AJN, 2006; V&VN, 2005).

3.3 Vroegsignalering in de leeftijdsgroep 0-4 jaar

De JGZ heeft in de leeftijdsgroep 0-4 jaar in totaal vijftien contactmomenten. Voor deze periode zijn (nog) geen gevalideerde signaleringsinstrumenten beschikbaar. De JGZ hanteert momenteel een verscheidenheid aan instrumenten en methoden in het kader van vroegsignalering (Kooijman en Prinsen, 2003).

Omdat er nog geen gevalideerde instrumenten beschikbaar zijn voor de Nederlandse situatie is het advies de eigen werkwijze voort te zetten tot door onderzoek meer bekend is over de effectiviteit van de instrumenten. Nadrukkelijk wordt hier gesteld dat wel gebruikgemaakt moet worden van een signaleringsinstrument als hulpmiddel bij de vroegsignalering. Indien nog niet wordt gewerkt met een signaleringsinstrument wordt aanbevolen om in dat geval een veelbelovend instrument te gebruiken. Hieronder wordt verstaan een instrument waar op dit moment effectiviteitonderzoek naar loopt of waar naar men voornemens is dit te gaan doen.

¹ Voor meer informatie over het programma VoorZorg: www.voorzorg.info.

Als het gaat om het signaleren van (dreigende) problemen in de psychosociale ontwikkeling kunnen de volgende signaleringslijsten worden gebruikt:

- Ages and Stages Questionnaire (ASQ) ;
- Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA);
- DMO-protocol (Samen Starten);
- Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPPPI);
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ);
- Vragenlijst Onvervulde Behoeftte aan Opvoedingsondersteuning (VOBO).

Voor meer informatie over de vragenlijsten wordt verwezen naar Tabel 3.1 en naar Bijlage 3. In het kader van het monitoren van kinderen met (een verhoogd risico op) psychosociale problemen is het van belang dat de overdracht van gegevens tussen de 0-4 jarigenzorg en de 4-12 jarigenzorg op een goede manier plaatsvindt, bijvoorbeeld middels een overleg waarin het kind besproken wordt.

Het is in deze periode ook van belang een eventuele postpartumdepressie bij de moeder te signaleren. Een postpartumdepressie komt bij 13% van de pas bevallen vrouwen voor (Gale en Harlow, 2003). Het is een van de risicofactoren voor een verstoorde ontwikkeling van een pas geboren kind. Lang niet altijd worden de klachten tijdig onderkend en behandeld. De JGZ zou hier een rol in kunnen spelen. Aanbevolen wordt na te gaan hoe deze signalering vorm gegeven kan worden. Het gebruik van de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) door de JGZ zou kunnen worden onderzocht.

3.4 Vroegsignalering in de leeftijdsgroep 4-12 jaar

In de leeftijdsgroep 4-12 jaar heeft de JGZ twee reguliere contactmomenten: het contactmoment in groep twee en in groep zes/zeven. Door het beperkt aantal contactmomenten is samenwerking met de scholen in deze periode essentieel. Dit dient te worden vormgegeven door de aanwezigheid van een zorgadviesteam (ZAT) op iedere school; een team waar de JGZ ook deel van uitmaakt. In een ZAT kunnen signalen vanuit het onderwijs besproken worden, daarnaast kan de JGZ aan het onderwijs instrumenten aanreiken voor nadere diagnostiek.

Voor zover bekend worden in groep twee als signaleringsinstrument de Landelijke Signaleringslijst Psychosociale Problemen bij Kleuters (LSPPK) gebruikt en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Daarnaast zijn ook door organisaties zelf vragenlijsten ontwikkeld.

De LSPPK haalt met name aandachtsproblemen en sociale problemen naar boven. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat veel kinderen onterecht worden gesignaleerd of niet gesignaleerd terwijl er wel een probleem is (Vogels et al., 2003). De vragenlijst is aangepast, maar de validiteit daarvan is niet onderzocht.

De SDQ meet de aanwezigheid van psychosociale problemen en de invloed van deze problemen op het dagelijks leven.

Geadviseerd wordt door te gaan met het gebruik van het signaleringsinstrument dat momenteel in de eigen organisatie wordt gebruikt voor deze leeftijdsgroep totdat de onderzoeksresultaten bekend zijn. Wanneer nog geen signaleringsinstrument wordt gebruikt, wordt aanbevolen te starten met het gebruik van de SDQ, omdat deze vragenlijst ook gebruikt wordt in de leeftijdsgroep van 7-12 jaar. Het voordeel is dat de professionals al gewend zijn om met deze vragenlijst te werken. Ook kunnen de uitkomsten uit de verschillende levensfasen met elkaar worden vergeleken.

Voor de leeftijdsgroep van 7-12 jaar (contactmoment groep 6/7) is de ouderversie van de SDQ gevalideerd (Vogels et al., 2005). Het bestuur van GGD Nederland heeft inmiddels besloten de ouderversie van de SDQ landelijk te implementeren als het signaleringsinstrument voor psychosociale problematiek bij 7-12jarigen binnen de JGZ (GGD Nederland, 2006). Voor meer informatie over de SDQ wordt verwezen naar Bijlage 3.

3.5 Vroegsignalering in de leeftijdsgroep 12-19 jaar

In de leeftijdsgroep 12-19 jaar is slechts één regulier contactmoment in de JGZ, namelijk op de leeftijd van dertien jaar (of klas twee).

Voor het signaleren van psychosociale problematiek worden landelijk voor deze leeftijdsgroep voornamelijk de korte indicatieve vragenlijst voor psychosociale problemen bij adolescenten (KIVPA) en de SDQ gebruikt.

De KIVPA is in 1997 ontwikkeld voor gebruik in het voortgezet onderwijs. Op basis van onderzoek door TNO Preventie en Gezondheid (Reijneveld et al., 2003) en ervaring van gebruikers in het veld is in 2004 een nieuwe versie van de KIVPA verschenen. De validiteit van deze nieuwe versie is echter (nog) niet vastgesteld.

De SDQ is voor deze leeftijdsgroep ook nog niet gevalideerd voor de Nederlandse situatie. Het instrument is veelbelovend gezien de resultaten in het buitenland.

De AJN adviseert voor deze leeftijdsgroep de KIVPA te vervangen door de SPsy. Dit advies wordt hier nog niet overgenomen, omdat geen gegevens bekend zijn over het gebruik en de effectiviteit in de JGZ. De SPsy is ontwikkeld door het Trimbos-instituut voor Bureau Jeugdzorg (BJZ) om cliënten met een vermoeden van psychische stoornissen te signaleren. De SDQ vormt de kern van dit instrument, maar er is een aantal vragen toegevoegd. Deze vragen hebben betrekking op eetstoornissen, middelengebruik en psychosen. Het instrument is bedoeld als ondersteuning bij indicatiestelling en besluitvorming binnen BJZ. Alvorens de SPsy in te zetten wordt aanbevolen de onderzoeksresultaten af te wachten. De vraag is of de SPsy geschikt is voor algemeen gebruik in de JGZ, door de relatief grote lengte van het instrument.

Geadviseerd wordt door te gaan met het gebruik van het signaleringsinstrument dat momenteel in de eigen organisatie wordt gebruikt totdat de onderzoeksresultaten bekend zijn. Wanneer nog geen signaleringsinstrument wordt gebruikt, wordt aanbevolen te starten met het gebruik van de SDQ voor deze leeftijdsgroep. Het voordeel is dat de professionals al gewend zijn om met deze vragenlijst te werken, omdat hij ook gebruikt wordt in de leeftijdsgroep 7-12 jaar. Ook kunnen de uitkomsten uit de verschillende levensfasen met elkaar worden vergeleken.

Voor een goede systematische vroegsignalering is één regulier contactmoment in deze periode erg beperkt. Zoals in paragraaf 2.2 reeds is vermeld komt uit de HBSC-studie (Dorselaer, 2007) naar voren dat met name in het vmbo een aanzienlijke groep leerlingen kampt met een heel scala aan problemen (25% van de vmbo-leerlingen, 9,5% van de vwo-leerlingen). Daarom wordt aanbevolen om ook op de leeftijd van vijftien en zestien jaar (klas vier) een contactmoment in te voeren. Over de verdere invulling van het contactmoment zal overeenstemming moeten worden verkregen.

3.6 Overzicht aanbevolen signaleringsinstrumenten -9 maanden tot 19 jaar

In Tabel 3.1 is een overzicht te zien van de aanbevolen signaleringsinstrumenten voor kinderen vanaf de prenatale fase tot hun negentiende jaar. Op het moment dat onderzoeksresultaten bekend zijn zal de richtlijn worden aangepast. In Bijlage 3 worden in het kort de verschillende signaleringsinstrumenten besproken die in Tabel 3.1 worden genoemd.

Tabel 3.1:

Vroegsignalering in de jeugdgezondheidszorg: aanbevolen instrumenten						
Contactmoment	Soort instrument	Doel	Bron	Beoordelaar	Validiteit	Opmerkingen
Prenatale periode	Gestandaardiseerde vragenlijst op basis waarvan huisarts, verloskundige en gynaecoloog de JGZ inschakelt. (Moet nog worden ontwikkeld.)	Signalering van risico op zorgwekkende opvoedingssituaties.	Aanstaande ouder(s)	Zorgverlener die zwangerschap begeleidt		Moet nog ontwikkeld worden
	Gestandaardiseerd landelijk overdrachtsprotocol					In ontwikkeling
0-4 jaar	ASQ (voor kinderen van 4 tot 60 maanden)	Vragenlijst gericht op sociaal en emotioneel gedrag van het kind op het gebied van zelfregulatie, volgzzaamheid, communicatie, adaptief gedrag, autonomie, emoties en interacties met anderen.	Ouders/verzorgers	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	In onderzoek	
0-4 jaar	BITSEA (voor kinderen van 12 tot 36 maanden)	Vragenlijst m.b.t. gedrag, emoties, sociale interacties en indicatoren voor psychopathologie zodat vroegtijdig externaliserende en internaliserende problemen worden gesignaleerd.	Ouders/verzorgers	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	In onderzoek	
0-4 jaar	DMO-protocol (gespreksprotocol Samen Starten)	Risico-inventarisatie (ontwikkeling en zorgwekkende opvoedingssituaties), domeinen: - competentie ouder - rol partner - sociale steun - obstakels - welbevinden kind	Ouders/verzorgers	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	Onderzoeksvoorstel ingediend	
0-4 jaar	KIPPP1 0-1 jaar KIPPP1 1-4 jaar	Vroegtijdig signaleren van psychosociale, gedrags- en ontwikkelingsproblemen.	Ouders/verzorgers	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	In onderzoek	Er is een ouder-vragenlijst beschikbaar, evenals een lijst in te vullen door de JGZ-professional en een lijst in te vullen door de leidster van het kinderdagverblijf of peuterspeelzaal.

Tabel 3.1: Vervolg

Vroegsignalering in de jeugdgezondheidszorg: aanbevolen instrumenten						
Contactmoment	Soort instrument	Doel	Bron	Beoordelaar	Validiteit	Opmerkingen
0-4 jaar	SDQ (vanaf 3 jaar)	Emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten.	Ouders/verzorgers	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	In onderzoek	
0-4 jaar	VOBO	Inventarisatie van behoefte aan opvoedingsondersteuning.	Ouders/verzorgers	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	In onderzoek	
Groep 2	SDQ 5 jaar	Emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten.	Ouders/verzorgers	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	In onderzoek	
Groep 6/7	SDQ 7-12 jaar	Emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten.	Ouders/verzorgers	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	Gevalideerd	GGD NL adviseert deze vragenlijst te gebruiken voor deze leeftijdsgroep.
Klas 2	SDQ 13/14 jaar	Emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten.	Jeugdige	Jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige	In onderzoek	

4 VAN SIGNAAL NAAR INTERVENTIE

4.1 Beoordelen van signalen

Signalen leiden tot de constatering dat er sprake is van (het risico op) problemen. Om welke problemen het precies gaat dient vervolgens nog te worden onderzocht. Daarna moet worden bepaald welke interventie in die specifieke situatie het beste kan worden ingezet.

Zoals bekend spelen meerdere factoren een rol bij het ontstaan van psychosociale problematiek. Die factoren kunnen per situatie verschillend zijn. Zo kunnen ouders vastlopen in de opvoeding van hun kind door het temperament van hun kind, maar ook kunnen opvoedingsproblemen wijzen op sociaal isolement of problemen in de relationele sfeer. De (ernst van de) factoren kunnen ook gerelateerd zijn aan het feit dat iemand uit een niet-westerse etnische cultuur komt. Afhankelijk van de oorzaak moet een keuze voor een interventie worden bepaald.

Signaleringsinstrumenten zijn uitsluitend een hulpmiddel bij het signaleren van problemen. Vervolgens zullen de professionals de uitkomsten van het onderzoek met het kind en/of diens ouders moeten bespreken en het probleem moeten verhelderen.

4.2 Coördinatie van signalen en interventies

Samenwerking op lokaal niveau is een voorwaarde voor goede signalering en uitvoering van interventies. Er is een structuur nodig waar signalen besproken en beoordeeld kunnen worden. Om gezinnen effectief te ondersteunen bij meervoudige problemen zijn werkafspraken en mandatering nodig met alle betrokken instellingen. Het moet duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is (Tenhaeff, 2004). De toekomstige Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) en ook de zorgadviesteams kunnen hierin voorzien. In de CJG's worden voor zover nu bekend de JGZ en de vijf WMO-functies van de gemeenten ondergebracht. Verder moet in ieder CJG een schakel aanwezig zijn met het BJZ en het ZAT. Afhankelijk van de lokale situatie kunnen meer functies aan het CJG worden gekoppeld. Hierbij valt te denken aan: peuterspeelzaal, maatschappelijk werk, verloskunde, kraamzorg, schuldhulpverlening en politie (Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007). Ketenzorg kan op deze manier vorm krijgen. Het CJG wordt daarmee een plek waar alle signalen samenkomen mede met behulp van het elektronisch kinddossier (EKD) en de Verwijsindex risicojongeren. De JGZ kan hierbij als zorgcoördinator optreden, gezien het feit dat de JGZ toegang heeft tot de gegevens van jeugdigen en hen of hun ouders kan benaderen. Wanneer sprake is van geïndiceerde zorg kan BJZ de zorgcoördinatie op zich nemen.

Ook het ZAT vormt een belangrijk verbindingspunt voor communicatie tussen ketenpartners, geïntegreerde probleemtaxatie en het inzetten van interventies. De school, als belangrijke leefwereld van de jeugdige, wordt gebruikt voor signalering, probleemtaxatie en interventie. Ook hier heeft zorgcoördinatie een belangrijke plaats. De JGZ moet structu-

reel deelnemen aan de ZAT's op het niveau van voorschoolse opvang, basis- en voortgezet onderwijs en het mbo. Bij vragen of problemen kan de JGZ actie ondernemen. Thans loopt de bemoeienis van de JGZ vaak tot het laatste contactmoment, wanneer de jeugdigen dertien of veertien jaar zijn. Voortzetting tot een latere leeftijdsgroep is wenselijk.

Om signalen goed te kunnen beoordelen en het coördinatorschap kwalitatief goed uit te voeren, moet de uitwisseling van gegevens met betrekking tot de jeugdige zo eenvoudig mogelijk geregeld zijn.

4.3 Interventies

Wanneer een probleem is gesignaleerd dient een interventie op maat te worden ingezet. Als mogelijke interventies in de JGZ, wanneer sprake is van psychosociale problematiek, worden hier genoemd: verwijzing, voorlichting, advies, instructie en (kortdurende) begeleiding.

In het kader van het ZonMw-programma Zorg voor Jeugd zal naar de effectiviteit van interventies verder onderzoek worden gedaan. Over de mate van effectiviteit is nu nog weinig te zeggen. De databank Effectieve Jeugdinterventies (www.jeugdinterventies.nl) is richtinggevend in de zoektocht naar evidence based interventies. Aanbevolen wordt om als hulpmiddel bij het gebruik van de databank een besluitvormingsproces te ontwerpen, waarin stappen beschreven worden die leiden naar de best passende interventie voor een probleem.

Benadrukt wordt het belang van het beschikbaar zijn van bewezen effectieve interventies. Ten eerste omdat kinderen en gezinnen waar problemen dreigen te ontstaan al in een vroeg stadium kunnen worden geholpen. Ten tweede omdat professionals en andere betrokkenen meer gemotiveerd zullen zijn om problemen te signaleren wanneer er uitzicht is op een passende interventie.

Daarnaast is van belang dat de ingezette hulp wordt geëvalueerd. Diegene die gesignaleerd heeft en heeft doorverwezen heeft de taak na te gaan of de interventie effect heeft gehad. Het belang van zorgcoördinatie wordt hierbij nogmaals benadrukt. Als blijkt dat de interventie geen effect heeft gehad, dient de situatie opnieuw bekeken te worden.

De behoefte aan bepaalde interventies in gemeentes, buurten of scholen wordt inzichtelijk door een goede registratie van kindgegevens. Het EKD is hierbij ondersteunend.

5 RANDVOORWAARDEN

5.1 Algemeen

Bij de uitvoering van vroegsignalering van psychosociale problemen zijn meerdere randvoorwaarden van belang. Allereerst worden de benodigde competenties en deskundigheid van professionals genoemd. Professionals dienen getraind te worden in het gebruik van signaleringsinstrumenten. Onjuist gebruik van de instrumenten, zoals het aanpassen van afkappunten, afkappunten niet hanteren, aanpassing van formulering, heeft negatieve invloed op de beoogde effecten. Ook moet er voldoende tijd beschikbaar zijn voor een juiste signalering en inschatting (Wiefferink et al., 2006).

Vervolgens dienen professionals een goede analyse te maken van de situatie. Risicofactoren dienen in de juiste context te worden geplaatst en te worden beoordeeld, zodat de juiste beslissing op het juiste moment kan worden genomen. Hierbij is observatie en dialoog tussen jeugdige/ouders en professional van evident belang. Derhalve dienen professionals competenties te hebben (of te ontwikkelen) op het gebied van observerend vermogen en gespreksvaardigheden. Aanvullend zijn tevens cultuursensitiviteit en interculturele competenties nodig om psychosociale problemen bij allochtone jeugd op een deskundige wijze te signaleren. Daarnaast dienen professionals kennis te hebben van gedrags- en ontwikkelingsproblemen.

Samenwerkingsafspraken met andere partners in de keten zijn tevens een voorwaarde voor een goede vroegsignalering van psychosociale problemen. Het is belangrijk dat partners gezamenlijk programma's ontwikkelen en uitvoeren om zo draagvlak te creëren. Het is van belang duidelijk af te spreken welke professional (organisatie) waar voor verantwoordelijk is en wanneer die verantwoordelijkheid wordt overgedragen. Het moet duidelijk zijn bij welke organisatie of instelling de zorgcoördinatie ligt. Bij samenwerkingsafspraken spelen juridische kaders een rol. In de volgende paragraaf zal hier nader op worden ingegaan.

Kortom, er zal binnen iedere organisatie aandacht moeten worden besteed aan het voeren van een goed kwaliteitsbeleid rond vroegsignalering van psychosociale problemen. Een beleid waar (financiële) ruimte is voor permanente educatie en waar (financiële) ruimte is voor samenwerkingsafspraken met de ketenpartners. Dit kan onder meer worden vormgegeven door een coördinator binnen elke organisatie aan te stellen, die de zorg rond psychosociale problemen begeleidt. Ook opleidingsinstituten zullen in hun onderwijsprogramma het thema vroegsignalering van psychosociale problemen in hun programma moeten opnemen, zodat ook daar de juiste competenties op dit gebied kunnen worden ontwikkeld.

5.2 Juridische kaders

Het blijkt dat professionals moeite hebben om te beoordelen welke gegevens wel of niet mogen worden uitgewisseld met collega's en professionals uit andere sectoren. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op het 'beroepsgeheim in de jeugdgezondheidszorg' en het zogenaamde 'conflict van plichten'. De informatie is gebaseerd op of rechtstreeks overgenomen uit de brochure 'Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg' die is opgesteld door adviesbureau van Montfoort in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003). Zie Kader 1, Beroepsgeheim en Kader 2, Het conflict van plichten.

Voor meer informatie wordt verwezen naar de website www.huiselijkgeweld.nl waar een 'wegwijzer beroepsgeheim' is te vinden. Ook heeft het ministerie van Justitie een helpdesk waar men terecht kan met specifieke vragen: privacyhelpdesk@minjus.nl of www.justitie.nl/helpdeskprivacy. De JGZ kan overigens altijd advies vragen aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) bij een vermoeden van kindermishandeling. Advies vragen kan zonder vermelding van persoonsgegevens (zie ook JGZ-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling, Wagenaar-Fischer et al., 2007).

Kader 1: Beroepsgeheim in de Jeugdgezondheidszorg

Het beroepsgeheim van de medisch hulpverlener betekent dat hij zonder toestemming van zijn cliënt geen informatie over hem mag verstrekken aan anderen. In de wet is vastgelegd welke personen mogen delen in het beroepsgeheim. Het gaat om medebehandelaars en om ouders van jeugdigen tot zestien jaar. Medebehandelaars zijn andere medische hulpverleners die rechtstreeks bij de medische behandeling betrokken zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om de vervanger van de arts, de verpleegkundige die bij de behandeling betrokken is, de specialist waarnaar wordt doorverwezen of de leden van een multidisciplinair team. Toestemming van de cliënt wordt verondersteld tenzij de cliënt duidelijk heeft aangegeven dat hij niet wenst dat een andere behandelaar van de gegevens kennis neemt. De medische hulpverlener geeft alleen die informatie door die noodzakelijk is voor de behandeling.

Is de jeugdige twaalf tot zestien jaar oud dan geeft de medische hulpverlener geen informatie aan de ouders als de jeugdige uitdrukkelijk aangeeft dat hij niet wil dat zijn ouders worden geïnformeerd. Bij een jeugdige vanaf zestien jaar delen de ouders niet meer in het beroepsgeheim, alleen met toestemming van de jeugdige mag de arts informatie verstrekken.

In noodgevallen kan de medische hulpverlener de plicht om te zwijgen doorbreken omdat hij alleen door te spreken (levens)gevaar voor de cliënt kan tegengaan. De medische hulpverlener doet een beroep op overmacht (zie Kader 2).

Uit: Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg (Ministerie van VWS, 2003)

Kader 2: Het conflict van plichten

Een beroepskracht met een beroepsgeheim of een geheimhoudingsplicht kan in een situatie terechtkomen waarin geheimhoudingsplicht en zorg voor de cliënt met elkaar botsen. Het gaat om gevallen waarin de werker volgens de regels van zijn geheimhoudingsplicht niet met anderen over zijn cliënt mag spreken, terwijl zware belangen van de cliënt alleen gediend kunnen worden door wél te spreken. De werker zit in zo'n situatie knel: als hij spreekt, breekt hij zijn zwijgplicht, als hij zwijgt verleent hij niet de zorg die hij zou moeten verlenen. Daarom spreekt men van een conflict van plichten. In dit soort klemmende gevallen kan een werker een beroep doen op overmacht. Hij zegt dan in feite: alleen door te spreken kan ik ernstig nadeel of gevaar voor mijn cliënt voorkomen.

Aan een beroep op overmacht worden nogal wat eisen gesteld. Het moet echt gaan om een uitzonderlijke situatie waardoor de werker in gewetensnood komt. 'Van overmacht lig je 's nachts wakker!' Of het echt om een overmachtsituatie gaat kan de werker vaststellen aan de hand van de volgende vijf vragen:

1. Welk gerechtvaardigd doel wil ik bereiken met het geven van informatie?
2. Kan dit doel ook worden bereikt zonder dat ik die informatie aan een ander verstrek?
3. Is het mogelijk en verantwoord om toestemming van mijn cliënt te vragen voor de gegevensverstrekking en zo ja, heb ik alles gedaan om die toestemming te verkrijgen?
4. Is het ernstig nadeel dat ik voor mijn cliënt wil afweren zo zwaar dat dit opweegt tegen het belang dat de cliënt heeft bij geheimhouding?
5. Als ik besluit om te spreken, welke informatie heeft de beroepskracht waaraan ik informatie verstrek echt nodig om het ernstig nadeel voor de cliënt af te wenden?

Opmerkingen

Een beroep op overmacht is in principe gericht op de belangen van de cliënt. Gaat het om de belangen van een ander dan de cliënt, dan is een beroep op overmacht alleen mogelijk als er een concreet levensgevaar dreigt voor die ander.

Vanwege de afhankelijke positie waarin jeugdigen zich veelal bevinden, zal een beroepskracht die de belangen van de jeugdige behartigt over het algemeen eerder een beroep moeten doen dan een beroepskracht die werkt met volwassen cliënten. Het internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind, waarbij ook ons land zich heeft aangesloten, verplicht een ieder om de belangen van jeugdigen zeer zwaar te laten wegen.

Een werker die overweegt een beroep te doen op overmacht, moet de zaak eerst goed doorspreken met een leidinggevende. De werker houdt echter, ook na dit overleg, zijn eigen professionele verantwoordelijkheid. Hij beslist dus uiteindelijk zelf of hij in het belang van de cliënt zijn geheimhoudingsplicht doorbreekt.

Vooral in geval van twijfel is het zinvol om eerst te overleggen met een deskundige van de eigen beroepsorganisatie.

Uit: Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg (Ministerie van VWS, 2003)

6 AANBEVELINGEN

Op basis van voorgaande worden in dit hoofdstuk aanbevelingen geformuleerd ten behoeve van een uniforme manier van vroegsignalering van psychosociale problemen.

Aanbevelingen voor JGZ-organisaties

1. Richt de focus bij vroegsignalering van psychosociale problemen op het risicoproces en beoordeel daarbij de risicofactoren in hun context.
2. Gebruik signaleringsinstrumenten als hulpmiddel bij de vroegsignalering van psychosociale problemen. Voor de leeftijdsgroep 7-12 jaar wordt aanbevolen de SDQ 7-12 jaar te gebruiken; dit is een gevalideerde vragenlijst. Het bestuur van GGD Nederland heeft reeds besloten de SDQ voor deze leeftijdsgroep te implementeren. Voor de overige leeftijdsgroepen wordt aanbevolen door te gaan met het gebruik van het signaleringsinstrument dat momenteel in de eigen organisatie wordt gebruikt totdat meer onderzoeksresultaten bekend zijn. Wanneer nog geen signaleringslijst wordt gebruikt, wordt aanbevolen de veelbelovende instrumenten die genoemd worden in Tabel 3.1 te gebruiken.
3. Zorg in iedere organisatie voor kwaliteitsbeleid rond vroegsignalering psychosociale problemen. Dit betekent een beleid waar (financiële) ruimte is voor permanente educatie voor professionals, zodat zij onder meer weten hoe de instrumenten te gebruiken, scores te interpreteren en de instrumenten ook blijven gebruiken zoals bedoeld (zie ook Vogels, 2008). Kwaliteitsbeleid betekent ook (financiële) ruimte voor samenwerkingsafspraken met ketenpartners en gelegenheid voor overleg.

Aanbevelingen ten aanzien van samenwerkingsafspraken

4. Maak landelijke en regionale samenwerkingsafspraken tussen professionals die de zwangerschap, bevalling en de kraamperiode begeleiden en de JGZ. Het gaat dan met name om afspraken omtrent doorverwijzing naar de JGZ tijdens de zwangerschap om problemen op het gebied van zorgwekkende opvoedingssituaties te voorkomen. De JGZ kan behoefte aan zorg inschatten, eventueel doorverwijzen of ondersteuning bieden en als zorgcoördinator optreden.
5. Implementeer in dit kader het landelijk overdrachtsprotocol ten behoeve van de overdracht van gegevens tussen huisarts/verloskundige/kraamzorg/ziekenhuis en de JGZ, zodra dit protocol is vastgesteld in 2009.
6. Maak landelijke samenwerkingsafspraken met andere ketenpartners die te maken hebben met jeugd. De CJG's en de ZAT's kunnen daarbij optreden als belangrijke verbindingpunten voor de communicatie tussen de ketenpartners. Er zullen afspraken gemaakt moeten worden over ieders verantwoordelijkheid in de zorg rond jeugd en over informatie-uitwisseling. De JGZ moet standaard participeren in de ZAT's op iedere school.

Landelijke aanbevelingen

7. Zet de ontwikkeling van signaleringsinstrumenten psychosociale problemen voort, gecombineerd met onderzoek naar de effectiviteit daarvan. Hetzelfde geldt voor de daarop volgende interventies. De bruikbaarheid van het instrument voor allochtone jeugd en hun ouders moet daarbij steeds een aandachtspunt zijn.
8. Ga na of een extra contactmoment rond de leeftijd van zestien jaar zinvol is in het kader van het systematisch signaleren van psychosociale problemen.
9. Neem de vragenlijsten van de aanbevolen signaleringsinstrumenten op in de basisdataset van het elektronisch kinddossier.
10. Zorg dat interventies voldoende beschikbaar zijn. Het wordt aanbevolen om als hulpmiddel bij het gebruik van de databank Effectieve Interventies een besluitvormingsproces te ontwerpen, waarin stappen beschreven worden die leiden naar de best passende interventie voor een probleem.
11. Stel op landelijk niveau vast aan welke criteria signaleringsinstrumenten moeten voldoen wat betreft betrouwbaarheid, voorspelbaarheid en validiteit.
12. Ga na hoe de signalering van postpartumdepressie vormgegeven kan worden.

LITERATUUR EN BRONNEN

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) (2006).
Brief aan Ministerie van VWS, Directie Publieke Gezondheid. Onderwerp: Signaleringsinstrumenten Inventgroep. 17 februari 2006.
- Bakker, I., K. Bakker (1997).
O + O². Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor ouders en kinderen in risicosituaties. Utrecht: NIZW.
- Bakker, I., K. Bakker (1998).
O & O in perspectief. Utrecht: NIZW.
- Bennett, K.J., E.L. Lipman, Y. Racine, D.R. Offord (1998).
Do Measures of Externalising Behaviour in Normal Populations Predict Later Outcome? Implications for Targeted Interventions to Prevent Conduct Disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 1059-1070.
- Bertrand, R., J. Hermanns, P. Leseman (1998).
Behoeftte aan opvoedingsondersteuning in Nederlandse, Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen van 0-6 jaar. *Nederlands tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14(1/2), 50-71.
- Blazeia, R.W., W.G. Iacono, R.F. Krueger (2006).
Intergenerational transmission of antisocial behavior: How do kids become antisocial adults? *Applied and Preventive Psychology*, 11, 230-253.
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2006).
Early home visiting in families at risk for child maltreatment. Rotterdam: Optima.
- Briggs-Gowan, M.J., A.S. Carter, J.R. Irwin, K. Wachtel, D.V. Cicchetti (2004).
The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(2), 143-55.
- Brugman, E., S.A. Reijneveld, M.E. den Hollander-Gijsman, J.J. Radder (1999).
Peilingen in de jeugdgezondheidszorg. PGO-peilingen 1997/1998. Leiden: TNO.
- Caspi, A. (1993).
Why maladaptive behaviors persist: sources of continuity and change across the life course. In: David C. Funder, Ross D. Parke, Carol Tomlinson-Keasey, Widaman: K, eds. *Studying lives through time.* Washington: American Psychological Association (APA), 1993:343-376.
- Caspi A., P.A. Silva (1995).
Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child-Development*, 66(2), 486-498.
- Dorsselaer, S., E. Zeijl, S. van den Eeckhout, T. ter Bogt, W. Vollebergh (2007).
HBSC 2005. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Farrington, D.P. (1991).
Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later-life outcomes. In: D.J. Pepler, K.H. Rubin, eds. *The development and treatment of childhood aggression.* Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gale, S., B.L. Harlow (2003).
Postpartum mood disorders: e review of clinical and epidemiological factors. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 24(4), 257-66.
- GGD Nederland (2006).
Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de Jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar. www.ggdkennisnet.nl
- Gottfredson, M.R., T. Hirschi (1990).
A general theory of crime. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Hermanns, J., F. Öry, G. Schrijvers, m.m.v. M. Junger en M. Blom (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Inventagroep (www.integratedcare.nl).
- Huesmann L.R., L.D. Eron, M.M. Lefkowitz, L.O. Walder (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 20, 1120-1134.
- Jonge, de A., D.G. Korfer, T. Vogels, S.M. van der Pal, R.M. Vink, S.E. Buitendijk, K.M. van der Pal-de Bruin (2007). *Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode*. Leiden: TNO Kwaliteit van leven.
- Klein Velderman, M., C.M.H. Hosman, T.G.W.M. Paulussen (2007). *Onderzoeksprogrammering Opvoed- en opgroei-ondersteuning*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Kooijman, K., B. Prinsen (2003). *Meten + delen: signalering van zorgwekkende opvoedingsituaties in de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: NIZW
- Kousemaker, N.P.J. (1997). *Onderkenning van Psychosociale problematiek bij jonge kinderen*. Assen: Van Gorcum.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003). *Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Sport.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Muir, R., S. Monogan, R. Gilmore, J. Clarkson, T. Crooks, T. Egan (1989). Predicting child abuse and neglect in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatric*, 23, 255-260.
- Nagin, D.S., D.P. Farrington (1992). The Stability of Criminal Potential from Childhood to Adulthood. *Criminology*, 30(2), 235-260.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*, 86(4), 852-875.
- Patterson, G.R., K. Yoerger (1993). Developmental models for delinquent behavior. In: Hodgins, ed. *Mental disorder and crime*. Newbury Park: Sage.
- Platform Jeugdgezondheidszorg (2003). *Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar*. Den Haag: Platform Jeugdgezondheidszorg. Programmaministerie voor Jeugd en Gezin (2007). Factsheet Centrum Jeugd en Gezin, 22 juni 2007.
- Reijneveld, S.A., A.G.C. Vogels, E. Brugman, J. van Ede, F.C. Verhulst, S.P. Verloove-VanHorick (2003). Early detection of psychosocial problems in adolescents. How useful is the Dutch short indicative questionnaire (KIVPA)? *European Journal of Public Health*, 13, 152-159
- Reijneveld S.A., A.G.C. Vogels, F. Hoekstra, M.R. Crone (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health*, 6, 1471-2458.
- Staal, I. I. E., M.D. Roodzant-Velthausz, J.D. Reerink, A.J.P. Schrijvers (2004). *Met ijken meer bereiken! Onderzoeksrapport naar huisbezoeken bij 18 maanden in de provincie Zeeland*. Middelburg.
- Tan, N.J. (2006). *Protocol DMO. Draaiboek training. Samen Starten 2006*.

- Tenhaeff, C.R., N. Dijkstra, M. Havinga, L. Janssen, I. van der Kaaij, L. van Laar, S. Nelissen, A. Schrijver, M. Simons, M. Woltering, F.G. Öry (2004).
Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in Samen Starten: wijkverpleegkundigen onderzoeken hun eigen dossiers. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 36, 76-80.
- Tremblay, R.E. (2000).
The development of aggressive behavior during childhood: what have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24, 129-141.
- Tremblay, R.E., D. LeMarquand (2001).
Individual risk and protective factors. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Child delinquents: Development, interventions and service needs*. Thousand Oaks, CA: Sage, 137-164.
- Tremblay, R.E., D.S. Nagin, J.R. Séguin et al. (2004).
Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors. *Pediatrics*, 114, 43-50.
- Verhulst, F.C., J. van der Ende (1992)
Six-year stability of parent-reported problem behavior in an epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(6), 595-610.
- Vogels, T., S.A. Reijneveld, E. Brugman, M. den Hollander-Gijsman, F.C. Verhulst, S.P. Verloove-Vanhorick (2003).
Detecting psychosocial problems among 5-6 year old children in Preventive Child Health Care. *European Journal of Public Health*, 13, 353-360.
- Vogels, A.G.C., M.R. Crone, F. Hoekstra, S.A. Reijneveld (2005).
Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar. TNO-rapport. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Vogels, A.G.C. (2008).
The Identification by Dutch Preventive Child Health Care of Children with Psychosocial Problems: Do Short Questionnaires Help? Proefschrift. Leiden: TNO.
- V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, voorheen LVW) (2005).
Brief aan Ministerie van VWS, Directie Publieke Gezondheid. 15 december 2005.
- Wagenaar-Fischer, M.M., N. Heerdink-Obenhuijsen, M. Kamphuis, J. de Wilde (2007).
JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling. Concept: november 2007.
- Whitaker, R.C., S.M. Orzol, R.S. Kahn (2006).
Maternal Mental Health, Substance Use, and Domestic Violence in the Year After Delivery and Subsequent Behavior Problems in Children at Age 3 Years. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 551-560.
- Wiefferink, C.H., S.A. Reijneveld, J. de Wijs, M. Swagerman, D. Campman, T.G.W. Paulussen (2006).
Screening for psychological problems in 5-6 year olds: a randomised controlled trial of routine health assessments. *Patient Education and Counseling*, 60, 57-65.
- Wittebrood, K., M. Junger (2002).
Trends in violent crime: a comparison between police statistics and victimization surveys. *Social Indicators Research*, 59(2), 153.
- Zeijl, E., M. Crone, K. Wiefferink, S. Keuzenkamp, M. Reijneveld (2005).
Kinderen in Nederland. Den Haag/Leiden: SCP/TNO.

Websites

www.jeugdinterventies.nl

www.huiselijkgeweld.nl

www.rivm.nl/jeugdgezondheid

www.sdqinfo.com

www.stevigouderschap.nl

www.samenstarten.nl

www.verwijsindex.nl

www.voorzorg.info

www.youthinmind.com

Bijlage 1: Samenstelling werkgroep, lijst met adviseurs en samenstelling RAC

Leden werkgroep:

Els Anten-Kools, arts M&G, namens AJN
Betty Bakker-Camu, beleidsmedewerker JGZ, namens V&VN
Margo Boomsma, pedagoog
Greetje Brussaard, arts M&G, namens AJN
Oda Damen, jeugdverpleegkundige, namens V&VN
Marianne Junger, ontwikkelingspsycholoog UU
Sabina Postma (voorzitter), namens RIVM/Centrum Jeugdgezondheid

Adviseurs:

Josette Bijlsma, GGD Midden Nederland
Matty Crone, TNO Kwaliteit van Leven
Suze Jans, KNOV
Nienke Kuyvenhoven, MOgroep
Frank van Leerdam, VUmc
Sabine Neppelenbroek, GGD Nederland
Ferko Öry, TNO Kwaliteit van Leven
Bert Prinsen, Nji
Marola Sproet, Pharos
Noortje Tan, UvA
Dolf van Veen, Nji
Ton Vogels, TNO Kwaliteit van Leven
Jacqueline de Vries, ActiZ
Kristel Zeeman, KNOV

In de Richtlijn Advies Commissie van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid zijn vertegenwoordigd:

als leden: de beroepsverenigingen (AJN, V&VN, NVDA);
als adviseurs: ActiZ, GGD Nederland, VNG, CBO, TNO;
als waarnemers: de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, ZonMw.

Bijlage 2: Risicofactoren prenatale periode, gebaseerd op bestaande (vroeg) signalerings- of selectielijsten

(Mogelijke) items vragenlijst risicotaxatie prenatale periode (mogelijk t.b.v. indicatie huisbezoek JGZ en overdracht verloskunde/kraamzorg naar JGZ)			
	<i>Item genoemd in:</i>	<i>Opgenomen in basisdataset van EKD:</i>	
1	Een of beide ouders zijn jonger dan negentien jaar	Voorzorg (Selectie-criterium) Stevig Ouderschap ^a	ja
2	Laag opleidingsniveau (opleidingsniveau maximaal lbo/vbo, praktijkonderwijs of vmbo Kaderberoepsgerichte Leerweg. Of maximaal twee jaar onderwijs in een andere schoolopleiding in het voortgezet onderwijs aansluitend op het basisonderwijs.	Voorzorg (Selectie-criterium) DFSI ^b	ja
3	Sociaal isolement of gebrek aan sociale steun	Voorzorg (Selectie-criterium) DFSI Stevig Ouderschap	ja
4	Verslavingsproblematiek ouder(s)	Voorzorg (Selectie-criterium) DFSI Stevig Ouderschap	ja
5	Actueel gezinsgeweld of partnergeweld	Voorzorg (Selectie-criterium) DFSI Stevig Ouderschap	ja
6	Eerder sprake van gezinsgeweld of partnergeweld	DFSI Stevig Ouderschap	ja
7	Zelf als kind mishandeld (gezinsgeweld of mishandeling in jeugd van een van beide ouders)	Voorzorg (Selectie-criterium) DFSI Stevig Ouderschap	ja
8	Psychische problematiek, zoals angsten en depressie	Voorzorg (Selectie-criterium) DFSI Stevig Ouderschap	ja
9	Ernstige gedragsproblematiek moeder/vader (lijst Zoccolillo)	DFSI	
10	Irreële opvattingen over aanstaand moederschap sterke voorkeur voor geslacht? beeld over tijdsinvestering verzorging (minder dan vier uren is onrealistisch) beeld over reden van huilen baby? (als moeder aangeeft dat dit stoutigheid is of verwend gedrag, is dit onrealistisch)	Voorzorg (Selectie-criterium) DFSI	
11	Niet afgemaakte vooropleiding, schoolverlater, werkloos	Voorzorg (Selectie-criterium) DFSI	ja
12	Financiële en/of huisvestingsproblemen	Voorzorg (Selectie-criterium)	ja

(Mogelijke) items vragenlijst risicotaxatie prenatale periode (mogelijk t.b.v. indicatie huisbezoek JGZ en overdracht verloskunde/kraamzorg naar JGZ)		
	<i>Item genoemd in:</i>	<i>Opgenomen in basisdataset van EKD:</i>
13	Alleenstaande moeder	Voorzorg (Selectie- criterium) Stevig Ouderschap
14	Negatieve beleving zwangerschap Ongewenst kind	DFSI Stevig Ouderschap
15	Wegblijven van moeder uit de zorg	DFSI
16	'Niet pluis'-gevoel van hulpverlener	Voorzorg (Selectie- criterium) Stevig Ouderschap

^a Stevig Ouderschap is een programma dat kan worden aangeboden vanuit de JGZ. Het bestaat uit huisbezoeken, afgelegd door een JGZ-verpleegkundige met speciale training. Het doel is het voorkomen van ernstige opvoedingsproblemen (Bouwmeester, 2006).

^b DFSI (Dunedin Family Services Indicator) is een checklist van negen items betreffende sociaal demografische klinische data, een semigestructureerd interview en een korte vragenlijst voor ouders. De DFSI kan tijdens de zwangerschap worden afgenomen (Muir et al., 1989).

Bijlage 3: Aanbevolen vroegsignaleringsinstrumenten of -methoden kort bekeken

In deze bijlage worden in het kort de aanbevolen signaleringsinstrumenten (zie Tabel 3.1) op alfabetische volgorde beschreven. De validiteit van alle hier genoemde instrumenten wordt momenteel nog onderzocht, met uitzondering van de SDQ 7-12 jaar. Meer informatie over het gebruik kan via het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid verkregen worden.

1. Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ: SE)

De ASQ: SE (Squires e.a. 2001) bestaat uit acht opeenvolgende vragenlijsten, die de leeftijd van *3 tot 66 maanden* beslaan. De vragen richten zich op de sociaal-emotionele ontwikkeling van het jonge kind op de volgende gebieden: zelfregulatie, volgzzaamheid/meegaandheid, communicatie, adaptief gedrag, autonomie, affect en interacties met mensen.

Ook binnen de methodiek Samen Starten wordt aanbevolen gebruik te maken van deze vragenlijst om meer inzicht te krijgen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind.

2. Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)

De BITSEA (Briggs-Gowan et al., 2004) is een vragenlijst voor het vroegtijdig signaleren van externaliserende en internaliserende problemen van kinderen in de leeftijd van *twalf maanden tot drie jaar*. Subschalen zijn: gedrag en emoties, sociale interacties en indicatoren van psychopathologie. Het is een lijst met ongeveer vijftig meerkeuzeantwoordcategorieën voor ouders.

3. DMO-protocol (Samen Starten)

Samen Starten is een methodiek, een kader, om gestructureerd risico's te signaleren en is een basis voor samenwerking tussen de JGZ, maatschappelijk werk en Bureau Jeugdzorg binnen gemeenten. Door middel van dossieronderzoek is aangetoond dat er in de jeugdgezondheidszorg meer structuur nodig is voor het signaleren en het vastleggen van de signalen van risicovolle opvoedingsituaties (Tenhaeff et al., 2004). Toepassing van Samen Starten leidde tot significante toename in de signalering en een focusverschuiving, met name in de richting van de rol van de ouders. Er wordt in Samen Starten voor de vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingsituaties gebruikgemaakt van het DMO-gespreksprotocol.

In opdracht van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) Amsterdam heeft de Universiteit van Amsterdam (N.J. Tan) een protocol voor consultatiebureaus (voor kinderen in de leeftijdsgroep 0-4 jaar en hun ouders) ontwikkeld: het DMO-protocol. Met behulp van dit protocol kan gewerkt worden aan ondersteuning van de sociaal-emotionele ontwikkeling (Tan, 2006).

Het DMO-protocol dient verschillende doelen:

- het inventariseren van risico- en protectieve factoren;

- het opbouwen van een zodanige band met ouders dat hun gevoel van sociale ondersteuning versterkt wordt;
- het versterken van de ouderlijke competenties;
- het signaleren van gezinnen waar extra ondersteuning nodig is, waarna geschikte interventies worden ingezet (ketensamenwerking van belang).

Het DMO-protocol is opgezet als stapsgewijs volgsysteem. Tijdens ieder consult op het consultatiebureau komt de sociaal-emotionele ontwikkeling binnen de gezinscontext aan bod. Dit gebeurt door met de ouder(s)/verzorger(s) de volgende aspecten te bespreken:

- competentie van de ouder;
- welbevinden van het kind;
- rol van de partner;
- sociale steun;
- obstakels (gebeurtenissen en omstandigheden).

Het consult op de leeftijd van acht weken wordt gebruikt om bovenstaande aspecten uitgebreid met de ouder(s) te bespreken. De tijdsduur van dit consult dient ten behoeve hiervan te worden verdubbeld. In vervolcontacten wordt al naar gelang de situatie per gezin gedifferentieerd aandacht aan de opvoedingssituatie besteed.

4. Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPPPI)

De KIPPPPI-methode (Kousemaker, 1997) bestaat uit een systeem van gegevensverzameling onder ouders en professionals (uit de JGZ, kinderopvang en onderwijs). Het doel is:

- het signaleren van kinderen met wie het minder of niet goed gaat, vooral in psychosociaal opzicht;
- het vaststellen bij welke kinderen risico- of problematische situaties aan de orde zijn in psychosociaal en opvoedkundig opzicht.

De methode maakt gebruik van een getrapte en gecombineerde manier van gegevensverzameling: het afnemen van vragenlijsten, observatie, gesprek en dossierbenutting.

De KIPPPPI-methode bestrijkt de leeftijdsperiode 0-6 jaar. Voor elke leeftijdscategorie (baby-, peuter- en kleuterfase) is de methode uitgewerkt in verschillende bij elkaar behorende en op elkaar afgestemde vragenlijsten (een oudervragenlijst (OVL), een Consultatiebureau Signaleringsinstrument (CBSI) en een Signaleringsinstrument Kinderopvang (SKO)). De afnameduur van de KIPPPPI is tien minuten voor de ouders, leerkracht of kinderopvangleidster en vijf minuten voor de bespreking met de JGZ-medewerker. De ouders kunnen de vragenlijst thuis invullen en zich op die manier voorbereiden op het gesprek met de JGZ-medewerker.

5. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

De SDQ is van oorsprong een Engelse vragenlijst die in 1997 is ontwikkeld door Goodman en in 2000 in samenwerking met hem is vertaald door Treffers en Van Widenfelt (GGD Nederland, 2006).

Met behulp van deze vragenlijst kunnen psychosociale problemen bij jeugdigen worden gesignaleerd. Daarnaast komen ook de sterke kanten van het kind naar voren, evenals

de invloed van de eventueel aanwezige psychosociale problemen op het dagelijks functioneren.

De vragenlijst bestaat uit 25 items die betrekking hebben op de volgende subschalen:

- hyperactiviteit/aandachtstekort;
- emotionele problemen;
- problemen met leeftijdsgenoten;
- gedragsproblemen;
- prosociaalgedrag.

Daarnaast zijn er nog zes impactvragen, die inzicht geven in de ernst en duur van de problematiek en de mate waarin de eventueel aanwezige problematiek interfereert met het dagelijks functioneren.

De SDQ is beschikbaar voor verschillende leeftijdsgroepen tussen drie en zestien jaar. Er zijn naast versies voor kinderen en/of hun ouders ook versies voor leerkrachten beschikbaar.

De SDQ levert vooral globale informatie, verdere probleemverkenning (aard en ernst van de problematiek) is nodig door uitkomsten te bespreken met ouders en/of jeugdigen.

Voordelen die genoemd worden door gebruikers van de SDQ:

- de sterke kanten van het kind worden ook benoemd;
- in één oogopslag is te zien wat er aan de hand is;
- er is een ouderversie, een kindversie (voor de oudere kinderen) en een leerkrachtversie. Hierdoor kunnen diverse invalshoeken in het onderzoek van het kind worden meegenomen;
- vragenlijst kan ook op later moment opnieuw afgenomen worden (follow-up versie);
- SDQ kan worden gebruikt in de leeftijdsgroep 3-16 jaar. Het kind kan zo longitudinaal worden gevolgd;
- internationale vergelijkingen zijn mogelijk, omdat de lijst internationaal beschikbaar is;
- wanneer de vragenlijst voor meerdere leeftijdsgroepen wordt gebruikt, leert de professional de lijst goed kennen.

Voor meer informatie over de SDQ wordt verwezen naar: www.sdqinfo.com, www.youthinmind.com en www.ggd Kennisnet.nl.

6. Vragenlijst Onvervulde Behoeftte aan Opvoedingsondersteuning (VOBO)

De VOBO (Bertrand et al., 1998) is een instrument waarmee de niet-vervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning wordt gemeten als het kind *achttien maanden* oud is. Dit gebeurt door met ouders twaalf domeinen van het functioneren van het kind te bespreken. Per domein wordt gevraagd of er vragen of problemen zijn, hoe belastend die zijn en of men steun zoekt, heeft gezocht of nog steeds zoekt.

Op basis van een voorstudie (Staal et al., 2004) zijn er een aantal aanpassingen en toevoegingen gemaakt. De belangrijkste aanpassingen ten opzichte van de originele versie van de VOBO zijn:

- De inhoud van de omschrijvingen van de domeinen zijn aangepast aan de leeftijd van achttien maanden. Op deze leeftijd vindt het gesprek met de ouders plaats. Uit het onderzoek van Staal et al. (2004) blijkt dat een huisbezoek op de leeftijd van achttien maanden een geschikte methode is om vroegsignalering te doen.
- De hulpbehoefte wordt ingeschat door zowel de ouders als de wijkverpleegkundige.
- Inschatting door wijkverpleegkundige van (hoog/verhoogd/laag) risico op problemen bij opgroeien en opvoeden.

De domeinen in de nieuwe versie van de VOBO (VOBO-Z) zijn nu:

- evaluatie van de zuigelingenperiode;
- gezondheid;
- motorische ontwikkeling;
- taal-spraak-denkontwikkeling;
- taalgebruik ouders (tweede taal, moedertaal);
- emotionele ontwikkeling;
- omgang met anderen;
- het gedrag van het kind;
- aanpak van opvoeding;
- ontwikkelingsstimulering;
- tijdsbesteding van kind;
- woon- en leefsituatie;
- (sociale) contacten en informele steun;
- opvang van kind;
- zorgen aangegeven door anderen;
- gezinszaken (inclusief ernstige somatisch en psychosociale problematiek bij de ouders).

Om de waarde van de VOBO-Z als instrument voor vroegsignalering van problemen bij opvoeden en opgroeien van jonge kinderen te bevestigen, wordt verder onderzoek gedaan met betrekking tot de betrouwbaarheid en validiteit.

Bijlage 4: Afkortingen

ActiZ	Organisatie van Zorgondernemers
AJN	Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
ASQ : SE	Ages and Stages Questionnaire : Social and Emotional
BDS	Basisdataset
BITSEA	Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BTP	Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar
CBCL	Child Behavior Check List
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan, kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DFSI	Dunedin Family Services Indicator
DMO	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKD	Elektronisch kinddossier
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD Nederland	Landelijke vereniging voor alle GGD'en
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JAS	Jeugdgezondheidszorg Adviescommissie Standaarden
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KIPPPI	Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problemen bij Adolescenten
LSPPK	Landelijke Signaleringshulp Psychosociale Problematiek bij Kleuters
NJi	Nederlands Jeugdinstituut (voorheen NIZW)
NVDA	Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten
Pharos	Landelijk kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheid
RAC	Richtlijn adviescommissie (RIVM/Centrum Jeugdgezondheid)
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SPsy	Screeningsinstrument Psychische stoornissen
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VOBO	Vragenlijst Onvervulde Behoeftes aan Opvoedingsondersteuning
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
ZAT	Zorgadviesteam
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Een aanzienlijk deel van de Nederlandse jeugd heeft te kampen met psychosociale problemen. In dit kader heeft het programmaministerie voor Jeugd en Gezin het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid de opdracht gegeven een JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' te ontwikkelen. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) speelt een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen, omdat zij in principe alle jeugdigen in de leeftijd van 0-19 jaar ziet. Doel van deze richtlijn is dan ook om de professionals in de JGZ handvatten te bieden bij het voorkomen en herkennen van psychosociale problemen, evenals het beperken van mogelijke schade.

De richtlijn geeft geen vastomlijnd antwoord op de vraag hoe de JGZ om dient te gaan met de signalering van psychosociale problemen. De reden is dat nog maar een klein deel van de bestaande signaleringsinstrumenten die binnen de JGZ kunnen worden gebruikt is gevalideerd voor de Nederlandse situatie. Wel is aangetoond dat het gebruik van instrumenten de signalering van kinderen met psychosociale problemen aanzienlijk verbetert. Het advies aan de JGZ is daarom in ieder geval een instrument te gebruiken bij de signalering van psychosociale problemen. In de richtlijn worden per leeftijdsgroep één of meerdere instrumenten aangegeven, die gebruikt kunnen worden totdat meer onderzoeksresultaten bekend zijn. De richtlijn zal dan worden aangepast.

De richtlijn is goedgekeurd door het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid op advies van de Richtlijn Advies Commissie (RAC). Deze commissie is de opvolger van de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (JAS) en van het Samenwerkingsverband Implementatie (SI). De standaarden in de JGZ worden nu richtlijnen genoemd.

www.rivm.nl/jeugdgezondheid

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl