

Factoren geassocieerd met een hoge kwetsbaarheidsscore bij jonge kinderen in de jeugdgezondheidszorg

Kelly Konijn – PH128

Ongepubliceerd: 3-3-2020

Samenvatting

Inleiding

Het tijdig herkennen van kwetsbare kinderen is voor professionals, onderzoekers en beleidsmakers een uitdaging. Sinds 2013 gebruiken jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van GGD West-Brabant het Ernsttaxatiemodel (ETM) als risicosignaleringsinstrument voor kwetsbaarheid. Een hoge kwetsbaarheidsscore (ETM-score ≥ 3) krijg je als er meervoudige problematiek aanwezig is. We analyseren in dit onderzoek welke factoren significant vaker voorkomen bij kinderen met een ETM-score ≥ 3 .

Methode

Voor dit onderzoek is een kwantitatief dossieronderzoek uitgevoerd met een case control retrospectief design. Vanuit de literatuur zijn belangrijke factoren voor kwetsbaarheid geïdentificeerd. Daarnaast is gekeken naar problematiek die tijdens het consult door de jeugdgezondheidsprofessionals zelf is gesignaleerd. Op basis hiervan is een definitieve keuze gemaakt van te onderzoeken factoren. Deze keuze werd vooral bepaald doordat factoren goed geregistreerd moesten zijn in de digitale kinddossiers. Het totale databestand bestond uit 11.997 kinderen met een ETM-score waaruit met behulp van SPSS een steekproef is getrokken. De cases ($n=100$) bestaan uit kinderen van 0 t/m 3 jaar met een hoge ETM (≥ 3) score. De controle groep ($n=100$) bestaat uit kinderen met een lage ETM (<3) score. De relatie tussen de aanwezige factoren en het optreden van een hoge ETM-score is onderzocht met behulp van een logistische regressie analyse in SPSS 24. Alle factoren met $p < 0,05$ in de univariate analyses werden opgenomen in een multivariaat model.

Resultaten

De volgende factoren vertoonden een sterke statistische samenhang met de kans op een hoge kwetsbaarheidsscore (ETM score ≥ 3): een lage opleiding van moeder, aanwezigheid van psychiatrische problematiek bij één van de ouders, huilgedrag bij het kind, lastig gedrag bij het kind en aanwezigheid van ontwikkelingsproblematiek.

Conclusie

Bovenstaande factoren beïnvloeden al op zeer jonge leeftijd (< 3 jaar) de kans op een hoge kwetsbaarheid score en dus de aanwezigheid van meervoudige problematiek in een gezin. Een periode waarbinnen veel gebeurt op het gebied van breinontwikkeling, emotieregulatie en algehele ontwikkeling. Verder onderzoek zou moeten bepalen wat we kunnen doen om deze factoren gunstig te beïnvloeden zodat er een preventieve aanpak kan worden ontwikkeld om kwetsbaarheid te voorkomen.

Inleiding

Het tijdig herkennen van kwetsbare kinderen is voor zorgprofessionals, onderzoekers en beleidsmakers een uitdaging. Als een kwetsbaar kind niet tijdig geïdentificeerd wordt door zorgprofessionals kan er immers geen adequaat zorgaanbod worden ingezet. Vanuit de literatuur zijn al decennialang factoren bekend die het risico op kwetsbaarheid verhogen. Deze zijn deels opgenomen in risicosignaleringsinstrumenten die landelijk door jeugdgezondheidszorginstellingen worden gebruikt. Sinds 2013 gebruiken jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van de GGD West-Brabant hiervoor het Ernsttaxatiemodel (ETM).

Het ETM wordt gebruikt bij elk individueel regulier contactmoment 0 t/m 3 jaar dat binnen het basispakket (1) van de jeugdgezondheidszorg valt. Het ETM (2,3) is ontwikkeld door CJG Rijnmond en is gebaseerd op diverse modellen voor het inschatten van de risico's op een onveilige en ontoereikende ontwikkeling en opvoedingssituatie. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zijn niet specifiek getraind in het gebruik van het ETM bij de consulten. Het ETM is bedoeld als hulpmiddel om een professionele inschatting te maken over kwetsbaarheid. Aanname in dit onderzoek is dat het voldoende valide is en de professionals het instrument vanuit hun specifieke expertise adequaat gebruiken. Kinderen en gezinnen met een hoge ETM-score (≥ 3) beschouwen we als kwetsbaar omdat er hier sprake is van meervoudige problematiek.

Op deze manier proberen organisaties een onderscheid aan te brengen in kwetsbare en niet kwetsbare kinderen. Op basis hiervan wordt een gedifferentieerd zorgaanbod ingericht. Het is belangrijk om risico op kwetsbaarheid al vroeg te onderkennen en we weten eigenlijk niet precies op basis waarvan de jeugdgezondheidszorgprofessionals de ETM-score bepalen. Als we factoren identificeren die belangrijk zijn voor toekenning van een ETM-score ≥ 3 zijn we wellicht in staat hier beter beleid op in te richten. We analyseren in dit onderzoek welke factoren significant vaker voorkomen bij kinderen met een ETM-score ≥ 3 .

Risicosignaleringsmodel

Het ETM bestaat uit vier hoofddomeinen en tien subdomeinen (Bijlage 1).

De professional kan besluiten de automatisch toegekende ETM-eindscore aan te houden of deze eindscore aan te passen, eventueel op een schaal van 1 t/m 5. De uitleg hierbij is vaak dat adequate zorg is ingezet of er veel beschermende factoren aanwezig zijn.

Bij een ETM-eindscore van 2 of lager spreekt men van géén of enkelvoudige problematiek, bij een ETM-eindscore van 3 of hoger van meervoudige problematiek.

Methode

Literatuurstudie

De eerste stap in dit onderzoek betrof de identificatie van (beïnvloedbare) factoren voor kwetsbaarheid. Hiertoe is een literatuurstudie uitgevoerd waaruit een grote verscheidenheid aan risicofactoren naar voren kwam. Kinderen van verslaafde⁴, psychiatrische (4,5,6), (licht)verstandelijk beperkte (7,8) ouders en statushouders (9) worden beschouwd als mogelijk kwetsbaar. Dit geldt ook voor kinderen met specifieke woonomstandigheden. Denk hierbij aan achterstandswijken en bijvoorbeeld campings (10,11). Bovenstaande kinderen worden bij de GGD West-Brabant als bijzondere doelgroep geregistreerd in het digitaal kinddossier.

Andere factoren vinden we terug in de aanpak van de opvoeding zelf. Zeker als dit kinderen betreft die extra zorg en aandacht vragen van ouders. Dat kan bij ouders leiden tot stress en gevoelens van incompetentie. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen die te vroeg geboren zijn (12,13). Ook kinderen die problematisch gedrag vertonen, doen een groot beroep op de opvoedingskwaliteiten en inspanningen van ouders. Op jonge leeftijd zijn kinderen bovendien fysiek en emotioneel erg afhankelijk van hun opvoeders, en daarmee extra kwetsbaar (14). Dagelijks opvoedproblemen verhogen de kans op kwetsbaarheid (14,15).

In gezinsverband zien we kwetsbaarheid vooral ontstaan bij gebrekkige steun tussen opvoeders, eenouder gezinnen en nieuw samengestelde gezinnen. Als er dan tevens geen steunnetwerk aanwezig is, neemt de kwetsbaarheid vaak toe (15,16).

Sociale kwetsbaarheid bij kinderen hangt onmiskenbaar samen met het inkomen waarover hun familie beschikt. Het gebrek aan een degelijk inkomen hangt vaak samen met een lager opleidingsniveau van ouders. Nederlands onderzoek laat zien dat het risico op kindermishandeling bijna zeven keer groter is in gezinnen met zeer laag opgeleide ouders en dat werkloosheid van de beide ouders het risico hierop ruim vijf keer vergroot (14).

We analyseren in dit onderzoek of bovenstaande factoren ook vaker voorkomen bij kinderen met een ETM-score ≥ 3 .

Tabel 1. Resultaten van de univariate logistische regressie.

Achtergrondkenmerken	ETM 1-2 % (n)	ETM ≥3 % (n)	Odds Ratio	95% BI	p-waarde
Zwangerschapsduur in wk	39,28	38,69	0,90	0,79-1,02	0,090
Etniciteit					
Moeder niet westers	47% (7)	53% (8)	1,17	0,41-3,35	0,580
Vader niet westers	38% (6)	62% (10)	1,78	0,62-5,11	0,283
Woonplaats regio*					
Noord West Brabant	51% (60)	49% (58)	0,61	0,27-1,37	0,231
Zuid West Brabant	52% (25)	48% (23)	0,58	0,23-1,46	0,246
Midden West Brabant	39% (12)	61% (19)	1,00		
Opleidingsniveau**					
Moeder laag	16% (4)	84% (21)	9,49	2,94-30,63	< 0,001
Moeder midden	47% (36)	53% (41)	2,51	1,07-3,97	0,031
Moeder hoog	64% (47)	36% (26)	1,00		
Vader laag	34% (11)	66% (21)	2,78	1,14-6,82	0,025
Vader midden	49% (32)	51% (34)	1,55	0,76-3,15	0,226
Vader hoog	59% (35)	41% (24)	1,00		
Gezin					
Gezinsgrootte	2,11	2,22	1,13	0,84-1,50	0,423
Samengesteld gezin	27% (6)	73% (16)	2,98	1,12-7,98	0,029
Eenouder gezin	47% (9)	53% (10)	1,11	0,43-2,86	0,827
Bijzondere groepen ouders					
Statushouder	29% (2)	71% (5)	2,58	0,49-13,62	0,264
Licht verstandelijk beperkt	0% (0)	100% (5)	***		0,059
Verslaafd	14% (1)	86% (6)	6,32	0,75-53,48	0,091
Psychiatrische problemen	21% (8)	79% (31)	5,17	2,24-11,94	< 0,001
Woonomstandigheden	0% (0)	100% (3)	***		0,246
Problematiek					
Biometrie					
Stijging gewicht	32% (6)	68% (13)	2,34	0,85-6,44	0,099
Daling gewicht	42% (10)	58% (14)	1,47	0,62-3,48	0,386
Stijging lengte	36% (4)	64% (7)	1,83	0,52-6,47	0,349
Daling lengte	29% (2)	71% (5)	2,61	0,49-13,76	0,259
Ontwikkelingsproblematiek	0,6	2,7	1,62	1,31-1,99	< 0,001
Opvoedproblematiek					
Huilen	24% (6)	76% (19)	3,68	1,40-9,64	0,008
Slapen	40% (10)	60% (15)	1,59	0,68-3,73	0,288
Eten	43% (19)	57% (25)	1,42	0,72-2,79	0,307
Zindelijkheid	27% (3)	73% (8)	2,81	0,73-10,92	0,135
Lastig gedrag	21% (10)	79% (38)	5,52	2,56-11,89	< 0,001

ETM: Ernsttaxatiemodel (zie Bijlage 1)

* Regio Noord West-Brabant : gemeenten Drimmelen, Land van Heusden Alterna en Oosterhout. Regio Zuid West-Brabant : gemeenten Etten Leur, Zundert, Halderberge. Regio Midden West-Brabant: gemeenten Breda, Alphen, Chaam en Baarle Nassau

** Laag opgeleid: geen opleiding, basisonderwijs, VSO-MLK/VMBO/LWOO/praktijk, LBO/VBO/VMBO-BBL, MAVO/VMBO GL&TL. Midden opgeleid: MBO 1, MBO, HAVO/VWO. Hoog opgeleid : HBO/HTS/HEAO, WO

***Fisher exact gebruikt om p waarde te berekenen.

3 of dat andere factoren hierbij van belang zijn. Dit kan bijvoorbeeld gaan over gesignaleerde problematiek

tijdens het consult zoals achterstanden in de ontwikkeling, afwijkende groei of door ouders aangegeven opvoedproblemen. Uitgangspunt is hierbij de professionele inschatting die jeugdartsen en jeugdverpleegkundige maken want op basis daarvan wordt een ETM-score gegeven. Dit onderzoek geeft ons inzicht waarin volgens onze professionals kwetsbare kinderen verschillen van niet-kwetsbare kinderen.

Onderzoeksdesign

Op dit retrospectief onderzoek is niet de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO) maar wel de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) van toepassing. De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) geldt hier eveneens. De noodzakelijke dataset voor dit onderzoek is daarom geminimaliseerd tot het absoluut noodzakelijke. Omwille van de AVG is gebruik gemaakt van een eenweg pseudonimisatie door de clientnummers eenvoudigweg te hercoderen tot nummer 1 t/m 200.

Om bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden is een dossieronderzoek uitgevoerd met een case control retrospectief design gematcht op leeftijd en geslacht. De cases (n=100) bestonden uit kinderen van 0 t/m 3 jaar met een hoge ETM (≥ 3) score: die kinderen beschouwen we als kwetsbaar. De controle groep (n=100) bestond uit kinderen met een lage ETM (<3) score: die beschouwen we als niet kwetsbaar.

Steekproef

Het totale databestand bestaat uit 11.997 kinderen die op peildatum 6 juni 2018 een ETM-score hadden. Om de grootte van de steekproef te bepalen is een power berekening uitgevoerd naar de in de literatuur gevonden prevalentie van belangrijke factoren voor kwetsbaarheid in de huidige populatie. Hierbij is vooral gekeken naar de vijf bijzondere groepen omdat de inschatting is dat dit een zeer bepalende factor is voor een ETM-score ≥ 3 ; kinderen van verslaafde ouders, psychiatrische ouders en (licht)verstandelijk beperkte ouders, statushouders en kinderen met specifieke woonomstandigheden.

Er worden 100 cases opgenomen in de ETM ≥ 3 groep en 100 in de controlegroep. Hiermee kan voor de meest frequente uitkomsten (minimaal 13% psychiatrische ouder) een Odds Ratio van 2,8 worden aangetoond met 80% power en 95% betrouwbaarheid. Dit wordt beschouwd als een praktijkrelevant verschil. De steekproeven werden met behulp van SPSS 24 random getrokken. De steekproef is gestratificeerd omdat leeftijd en geslacht van invloed zijn op de ETM-score. Hoe ouder een kind, hoe meer kans dat duidelijk is geworden dat het kwetsbaar is. Om twee vergelijkbare groepen te krijgen, werden de kinderen met een ETM-score ≥ 3 op

leeftijd en geslacht gematcht met een kind uit de ETM < 3 groep.

Dataverzameling

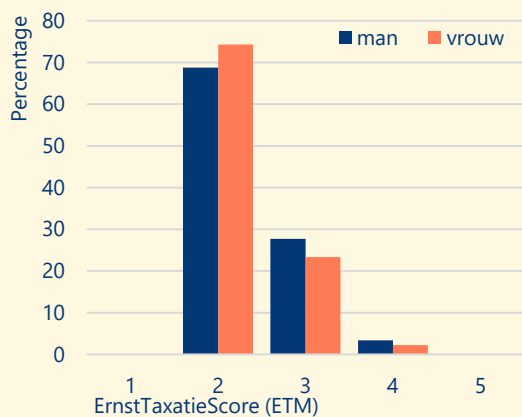
In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die geregistreerd staan in het digitaal kinddossier. Vanuit de literatuurstudie zijn belangrijke factoren voor kwetsbaarheid geïdentificeerd. Deze zijn opgenomen in een data-extractieformulier. Aan dit formulier zijn factoren toegevoegd die te maken hadden met gesignaleerde problematiek door de professional zelf. De keuze van factoren werd beperkt omdat we alleen gebruik konden maken van items die goed in het dossier zijn geregistreerd. De onderzoeker zocht met behulp van een dataextractie formulier de geselecteerde factoren op uit het kinddossier en voerde deze in SPSS 24 in. Een getrainde administratief medewerker verifieerde deze factoren op het data-extractieformulier. Het betreft de geregistreerde gegevens van 6 juni 2017 t/m 6 juni 2018.

Uitgangspunt is de laatst geregistreerde ETM-score en de registratie van de geselecteerde factoren. Bij meerdere metingen was de meest recente meting doorslaggevend. In totaal ontbrak 108 x de registratie van bijzondere groepen in het specifieke dossierveld. Voor kinderen van verslaafde ouders, psychiatrische ouders, (licht)verstandelijk beperkte ouders, statushouders en kinderen met specifieke woonomstandigheden (bijzondere groepen) werd daarom een uitzondering gemaakt hier werd gekeken of dit item ooit in het dossier geregistreerd was. Als er in het dossier door de professionals werd beschreven dat er ooit sprake was volgende kenmerken bij ouders: statushouder, licht verstandelijke problematiek, verslaving, psychiatrische

Tabel 2. Resultaten van de multivariate logistische regressie.

	Odds Ratio	95% BI	p-waarde
Achtergrondkenmerken			
Opleidingsniveau**			
Moeder laag	6,20	1,02 – 37,73	0,048
Moeder midden	1,17	0,49 – 2,82	0,727
Vader laag	0,66	0,16 – 2,70	0,567
Gezin			
Samengesteld gezin	1,10	0,26 – 4,77	0,896
Bijzondere groepen ouders			
Psychiatrische problemen	4,75	1,39 – 16,15	0,013
Problematiek			
Biometrie			
Ontwikkelingsproblematiek	5,23	2,15 – 12,74	< 0,001
Opvoedproblematiek			
Huilen	4,52	1,01 – 20,13	0,048
Lastig gedrag	4,54	1,68 – 12,24	0,003

** Laag opgeleid: geen opleiding, basisonderwijs, VSO-MLK/VMBO/LWOO/praktijk, LBO/VBO/VMBO-BBL, MAVO/VMBO GL&TL. Midden opgeleid: MBO 1, MBO, HAVO/VWO. Hoog opgeleid: HBO/HTS/HEAO, WO

Figuur 1. ETM score naar geslacht

problematiek, slechte woonomstandigheden werd dit alsnog geregistreerd door de onderzoeker.

Woonplaats werd ingedeeld in Noord, Midden of Zuid West-Brabant. Opleiding niveau werd onderverdeeld in laag, midden en hoog opgeleide ouders (zie tabel 1)

Analyse

Of de matching tussen cases en controles was geslaagd op leeftijd is getoetst met een Student's t-test. De relatie tussen de geselecteerde factoren en het optreden van een ETM-score ≥ 3 is onderzocht met behulp van een logistische regressie analyse in SPSS 24, waarmee Odds Ratio's (OR's) worden berekend.

Omdat de invloed van de ene determinant kan veranderen onder invloed van een andere determinant werd deze regressieanalyse herhaald door de belangrijkste factoren in één multivariaat model op te nemen. Alle factoren met $p < 0,05$ univariaat werden opgenomen in een multivariaat model. Omdat de professional de mogelijkheid heeft de ETM-score aan te passen is er eveneens een (sensitiviteit) analyse uitgevoerd met deze aangepaste scores.

Resultaten

Totale populatie

De totale populatie bestond uit 11.997 kinderen van 0 t/m 3 jaar. Een ETM-score van 1 komt bij gemiddeld 72% van de kinderen voor. Bij 25% van de kinderen is er sprake van een ETM-score van 2. Een ETM score ≥ 3 zien we bij 3% van de kinderen. Een hoge ETM-score ≥ 3 komt significant vaker voor bij jongens. (figuur 1).

Op oudere leeftijd is er een hogere kans dat duidelijk is geworden dat het kind kwetsbaar is. We zien dan vaker een ETM-score ≥ 3 (figuur 2).

Populatie kwetsbare kinderen (ETM-score ≥ 3)

Van de totale populatie ($n=11.997$) hadden 325 kinderen een ETM-score van 3 of hoger. Als we specifiek kijken naar deze populatie kinderen zien we dat een hoge ETM-score veel vaker wordt gescoord op 2 en 3 jarige leeftijd (figuur 3).

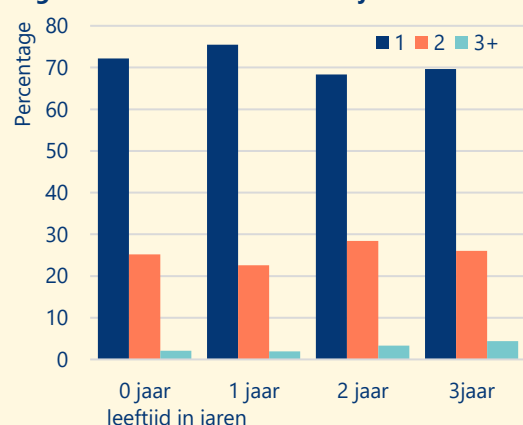
Bij de populatie kwetsbare kinderen is de geslachtsverdeling significant verschillend en in elke leeftijdsgroep hebben jongens een grotere kans op een hoge ETM-score (figuur 4).

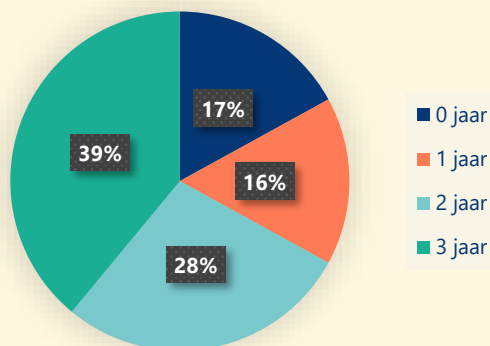
Factoren die ETM score beïnvloeden

De analyse van de invloed van de onderzochte factoren is beperkt tot de cases ($n=100$) en controles ($n=100$).

Met behulp van een univariate (tabel 1) en daaropvolgend een multivariate analyse (tabel 2) hebben we gekeken naar de invloed van achtergrondkenmerken en gesignaleerde problematiek in het consult op de ETM-score. Alleen de volgende factoren hebben een sterke statistische samenhang met de kans op een, door de professionals gegeven hoge ETM-score ≥ 3 : lage opleiding van moeder, aanwezigheid van psychiatrische problematiek bij één van de ouders, ervaren van huilproblemen, lastig gedrag bij het kind en/of meer dan 1 negatieve score op het Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek. Deze factoren beïnvloeden onafhankelijk van elkaar de ETM score.

Uiteindelijk is het 3 keer gebeurd dat een professional een ETM-score heeft aangepast. Het betrof twee keer een aanpassing van ETM 2 naar ETM 3 en 1 keer een aanpassing van ETM 2 naar ETM 1. Er is een nieuwe analyse uitgevoerd met deze aangepaste ETM-scores. Dit gaf geen verschil in uitkomsten.

Figuur 2. ETM score naar leeftijd

Figuur 3. ETM score ≥ 3 (n=325) naar leeftijd

Discussie

In dit onderzoek hebben we onderzocht welke factoren significant vaker voorkomen bij kinderen met een ETM-score ≥ 3 . Hierbij hebben we vooral gekeken naar aanwezige achtergrond kenmerken en gesignaleerde problematiek door de professional in het consult.

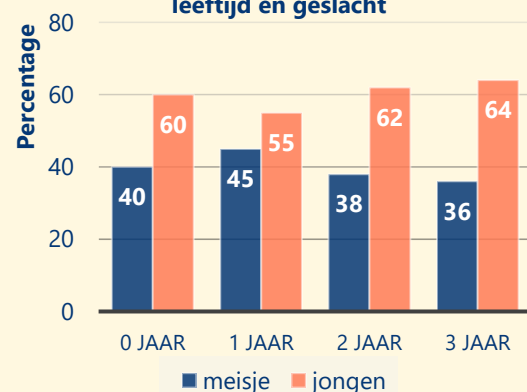
In de totale populatie (n=11.997) komt de ETM score 1 (72%) het meeste voor. Over deze groep kinderen maken we ons geen zorgen. Bij 25% van de populatie was er sprake van ETM score 2. Dit betrof gezinnen met enkelvoudige problematiek. Deze gezinnen en kinderen kregen vooral gerichte, kortdurende ondersteuning en advisering van een jeugdgezondheidszorg professional. Een ETM score ≥ 3 kwam voor bij 3% van de totale populatie. Bij alle 100 dossiers (cases) met een hoge kwetsbaarheidsscore (ETM-score ≥ 3) was er sprake van meervoudige complexe problematiek waarbij meer gespecialiseerde zorg moest worden ingezet.

Op basis van de multivariaat analyse zien we de factoren terug die onafhankelijk van elkaar samenhang vertoonde met een ETM-score ≥ 3 . In de groep kwetsbare kinderen (ETM-score ≥ 3) zagen we ten opzichte van de controle groep (ETM < 3) significant meer moeders met een lage opleiding en ouders met psychiatrische problematiek. Bovendien was er in dit onderzoek sprake van een sterke associatie tussen ervaren huilgedrag en/of lastig gedrag bij het kind en een ETM-score ≥ 3 . Geconstateerde ontwikkelingsproblematiek bij het kind was voor professionals eveneens een belangrijke factor. Deze kinderen kregen significant vaker dan de controle groep een ETM score ≥ 3 .

Onduidelijk is of de professionals factoren als lage opleiding van de moeder en aanwezigheid van een

psychiatrische aandoening bij ouders bewust meenamen in de ETM score. De aanwezigheid van een psychiatrische aandoening bij ouders werd namelijk zeer slecht geregistreerd in het specifieke dossierveld van het digitaal kinddossier. In meer dan de helft van de gevallen was er niets aangeduid in het registratieveld bijzondere groepen. Bij navraag vonden een aantal jeugdgezondheidszorgprofessionals het stigmatiserend om dit zo specifiek aan te duiden tijdens een regulier consult. De psychiatrische aandoening van een ouder werd wel vaak op een andere plaats genoteerd en daarom kon het in dit onderzoek wel worden meegenomen. Dit betrof meestal een eenmalige registratie. Deze registratie gebeurde vaak na het intake huisbezoek van de 2 weken oude zuigeling. Vermoedelijk wordt hier dan, samen met andere ouderkenmerken, specifiek naar gevraagd in het kader van erfelijke aandoeningen. De invloed van een laag opleidingsniveau van vader kon niet worden aangetoond in dit onderzoek. Het lijkt vreemd dat enkel een laag opleidingsniveau van moeder invloed heeft. Het opleidingsniveau van moeder wordt echter veel beter geregistreerd. Het opleidingsniveau van vader was in een kwart van de gevallen niet geregistreerd in het digitaal dossier. Het opleidingsniveau van ouders is na eenmalige registratie zeer lastig terug te vinden voor de professional. Dat maakt het dus minder aannemelijk dat opleiding en aanwezige psychiatrie bij ouders bewust wordt meegewogen in de ETM score.

De invloed van opleidingsniveau en psychiatrie bij ouders op kwetsbaarheid bij het kind vonden we wel terug in de literatuur. Hieruit bleek dat er een sterke associatie is tussen een lage opleiding van moeder en/of aanwezigheid van psychiatrische problematiek bij één van de ouders en latere problematiek bij hun kinderen. In Nederland zijn er jaarlijks 864.000 ouders (4) met een

Figuur 4. ETM score ≥ 3 (n=325) naar leeftijd en geslacht

psychische stoornis of verslavingsproblemen. In totaal hebben deze ouders 1.6 miljoen kinderen onder de 22 jaar. Volgens het Trimbos-instituut hebben per 10.000 inwoners 350 kinderen van 0 t/m 18 jaar een ouder met een psychiatrische stoornis. In het werkgebied van GGD West-Brabant betreft dit ongeveer 24.000 kinderen (17). Deze kinderen lopen een aanzienlijk risico op het ontwikkelen van gezondheidsproblemen, gedragsproblemen en daaruit voortvloeiende opvoedproblematiek. Of andersom door de voortdurende opvoedproblematiek ontstaan er gedrag- en gezondheidsproblemen. In dit onderzoek konden we niet aantonen dat er eveneens samenhang was tussen een hoge ETM score en de andere bijzondere groepen zoals licht verstandelijk beperkte ouders, statushouders en verslaafde ouders. Dit kan een beperking zijn van de ernsttaxatiescore. Het is echter meer waarschijnlijk dat omwille van de lagere prevalentie in de populatie de steekproef te klein was. In de literatuur wordt deze associatie namelijk wel aangetoond.

Met een duidelijke doelgroepdefinitie en adequate dossierregistratie kan de omvang van de potentieel kwetsbare doelgroep al op zeer jonge leeftijd preventief in kaart worden gebracht als er (mogelijk) nog geen sprake is van meervoudige problematiek. Dit zijn dan kinderen van laag opgeleide moeders, psychiatrische ouders en/of ouders die problemen ervaren met het huil- of lastige gedrag van hun kind. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundige zijn specifiek getraind in gespreksvaardigheden en zouden in staat moeten zijn een inschattingsgesprek met deze doelgroep ouders uit te voeren. Hierbij zou de focus moeten liggen op het aanbieden van de mogelijkheid op extra opvoedondersteuning en psycho-educatie. Onderzoek (18) laat namelijk zien dat het aanpakken van de psychische stoornis van de ouder positieve effecten kan hebben op de ontwikkeling van het kind, maar dat de effecten groter zijn als ouders ook getraind worden in opvoedvaardigheden. Daarnaast speelt psycho-educatie in veel toegepaste interventies een sleutelrol: ouders informeren over psychische problemen en hun gevolgen op de ontwikkeling van kinderen is een veelbelovende techniek. Focus ligt dan op het versterken van de ouder-kind-interactie, aanleren van specifieke opvoedvaardigheden, ondersteunen van de gezonde ouder, een steunend netwerk of vertrouwenspersoon aanbieden en versterken van de coping en sociale redzaamheid van het kind zelf. Dit interventie aanbod is op dit moment binnen de leeftijdscategorie 0 t/m 3 jarige nog onvoldoende ingericht.

Vanuit een preventief perspectief bekeken is het belangrijk om risico op kwetsbaarheid al vroeg te onderkennen. Uit veel literatuurstudies (19,20) komt naar voren dat je dit best op een gestructureerde manier aanpakt met behulp van een signaleringsinstrument. Het ernsttaxatiemodel is een hulpmiddel bij de professionele beoordeling van eventuele ontwikkelings- en/of opvoedingsproblematiek, nadat de aanwezige risico- en beschermende factoren in kaart zijn gebracht. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundige werkzaam in de jeugdgezondheidszorg zijn getraind en hebben ervaring in het onderkennen van risico- en beschermende factoren. Een potentiële beperking in dit onderzoek was dat het ernsttaxatiemodel nog geen gevalideerd instrument is om kwetsbaarheid op te sporen.

Conclusie

In dit onderzoek is gekeken welke factoren vaker voorkomen bij kwetsbare kinderen met een, door de professional, gegeven hoge ETM score. Bij kinderen met een hoge score is er sprake van meervoudige problematiek waarvoor meer gespecialiseerde zorg moet worden ingezet. We zien dat kinderen van laag opgeleide moeders en ouders met psychiatrische problematiek vaker een hoge taxatiescore krijgen. Eveneens zien we een associatie tussen geregistreerde problematiek in het consult zoals huilen en lastig gedrag en een hoge kwetsbaarheidsscore.

Deze factoren beïnvloeden al op jonge leeftijd (< 3 jaar) de kans op aanwezigheid van meervoudige problematiek. Een periode waarbinnen veel gebeurt op het gebied van breinontwikkeling, emotieregulatie en algehele ontwikkeling. Het is belangrijk een beleidsfocus te hebben en een preventieve aanpak te ontwikkelen binnen deze doelgroepen om kwetsbaarheid later in het leven te voorkomen. Professionals moeten dan wel in staat zijn dit adequaat met deze ouders te bespreken en het aanbod zelf moet laagdrempelig aanwezig zijn. Verder onderzoek zal moeten aantonen welke interventies waardevol zijn om het risico op kwetsbaarheid in bovenstaande doelgroepen te verlagen. Hierbij moet voldoende worden meegenomen welke impact dit heeft op doelgroep ouders.

Referenties

1. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg. (z.d.). Basispakket JGZ. Geraadpleegd van <https://www.ncj.nl/themadossiers/uitvoeringskader/basispakket-jgz/>
2. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg. (z.d.-b). Instructies ernsttaxatie ontwikkeling- en opvoedproblematiek. Geraadpleegd van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=9&rlpag=904>
3. Mieloo, C. (2017). Kwantitatieve analyse van het ernst taxatiemodel. Onderzoek en Business Intelligence (OBI) gemeente Rotterdam, project 5066 <https://rotterdam.buurtmonitor.nl/documents/Jeugd>
4. Trimbos instituut. (2010). Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/af1060-kwetsbare-kinderen>
5. G.Apter, A. Bobin, M.C. Genet. Update on Mental Health of Infants and Children of Parents Affected With Mental Health Issues, *Curr Psychiatry Rep* (2017) 19: 72 DOI 10.1007/s11920-017-0820-8
6. S. Leijdesdorff, K. van Doesum, A. Popmac. Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review, *Curr Opin Psychiatry* 2017, 30:312–317 DOI:10.1097/YCO.0000000000000341
7. E. Coren, K. Ramsbotham, M.Gschwandtner. Parent training interventions for parents with intellectual disability, *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jul 13:7:CD007987. doi: 10.1002/14651858.CD007987.pub3. Review.PMID:30004571
8. M. Meppelder, M. Hodes, C. Schuengel. Parenting stress and child behaviour problems among parents with intellectual disabilities: the buffering role of resources. *J Intellect Disabil Res*. 2015 Jul;59(7):664-77. doi: 10.1111/jir.12170. Epub 2014 Dec 4
9. A.Baauw, S. Rosiek, B. Slattey. Pediatrician-experienced barriers in the medical care for refugee children in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2018 Jul;177(7):995-1002. doi: 10.1007/s00431-018-3141-y. Epub 2018 Apr 20
10. C. Rots-de Vries. Uit beeld? Kwetsbare kinderen op vergeten plekken. *TSG juni 2015*, volume 93, issue 6, pp 220-221
11. C. Rots-de Vries, J. de Goede. Preventie op de camping. Hoe verder na Fort Oranje? *Tijdschr Gezondheidswet* <https://doi.org/10.1007/s12508-019-0233-7>
12. M.Coughlin, K. Sethares. Chronic Sorrow in Parents of Children with a Chronic Illness or Disability: An Integrative Literature Review. *J Pediatr Nurs*. 2017 Nov - Dec;37:108-116. doi: 10.1016/j.pedn.2017.06.011. Epub 2017 Jul 24
13. J.Hollowell, L.Oakley, J. Kurinczuk. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Feb 11;11:13. doi: 10.1186/1471-2393-11-13
14. <https://www.nji.nl/kindermishandeling-probleemschets-risicofactoren>
15. J. Hermanns, F. Öry, G.Schrijvers. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Advies uitgebracht op verzoek van Staatssecretaris drs. C. Ross – Van Dorp op 13-09-2015
16. H. Maiju Mikkonen, M. K. Salonen, A.Häkkinen. The lifelong socioeconomic disadvantage of single-mother background - the Helsinki Birth Cohort study 1934–1944. *BMC Public Health* (2016) 16:817 DOI 10.1186/s12889-016-3485-z
17. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70072ned/table?ts=1572793808047>
18. https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Wat-werkt-publicatie/WatWerkt_KOPPkinderen.pdf
19. Zielinski, S., Paradis, H.A., Herendeen, P. The identification of psychosocial risk factors associated with child neglect using the WE-CARE Screening Tool in a high-risk population.
20. van der Put, C.E., Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Landsmeer-Beker, E.A. Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN). *Child Abuse Negl*. 2017 Aug;70:160-168. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.05.016. Epub 2017 Jun 12

Bijlage 1

Ernsttaxatiemodel

Versie: juli 2015
Gebaseerd op Hermanns 2006; Kousemaker 1996; Belsky 1994; Buma 1998

ERNSTTAXATIE/AANDACHTSTATUS		Enkeelvoudige problematiek (80%)		Meervoudige problematiek (20%)	
		GEEN ZORGEN	SPANNING	VERHOOGDE SPANNING	NOOD
FUNCTIONEREN KIND	Lichamelijk Hoe functioneert het kind op lichamelijk gebied?	Er zijn geen zorgen. De lichamelijke ontwikkeling is normaal	Er zijn enkele zorgen	Er zijn veel zorgen	Er zijn ernstige zorgen en er moet acuut actie ondernomen worden
	Cognitief ¹ Hoe functioneert het kind op cognitief gebied?	Er zijn geen zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn enkele zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn veel zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn ernstige zorgen over het cognitief functioneren
	Gedrag Hoe functioneert het kind op gedragsmatig gebied?	Het kind heeft thuis, op school of op straat weinig tot geen problemen	Er is regelmatig een probleem met het kind thuis, op school of op straat	Er zijn altijd wel wat problemen met het kind thuis, op school of op straat	Het leven van het kind thuis, op school of op straat is een aansienlijke van problemen
	Psychosociaal Hoe functioneert het kind op emotioneel gebied?	Er zijn geen zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn enkele zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn veel zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn ernstige zorgen waarbij het kind een gevaar is voor zichzelf of anderen
VERZORGING KIND	Kwaliteit van de basiszorg ² Hoe zit het met de basiszorg en veiligheid van het kind?	Er is goede basiszorg	Er is voldoende basiszorg	Er is meestal voldoende basiszorg	Er is gebrekkige basiszorg waarbij het kind acuut in gevaar is
	Onderlinge steun van de ouders ³ In hoeverre wordt de basiszorg en veiligheid bevordert of belemmerd door het pedagogisch besef van de ouders en door de onderlinge relatie tussen de opvoeders?	Er is voldoende saamhorigheid tussen de ouders	Er is beperkte steun tussen de ouders	De ouders hebben niet veel steun aan elkaar	De ouders lopen beiden vast in de opvoeding en geven elkaar geen steun. Hierdoor komt de ontwikkeling van het kind direct in gevaar
OUDERSCHAP	Beleving opvoeding Hoe ervaren ouders de opvoeding?	Opvoedingsvragen zijn naar tevredenheid op te lossen	De ouder vindt de opvoeding van het kind vaak moeilijk	Er is sprake van chronische opvoedingsstress	De ouder kan het echt niet meer aan en geeft het op
	Beleving ouderschap Hoe ervaren ouders het ouderschap?	De ouder voelt zich competent	De ouder voelt zich onzeker	De ouder voelt zich tekort schieten	De ouder heeft geen controle meer en/of kan de veiligheid van het kind niet meer garanderen
OMGEVING	Omstandigheden Wat zijn de (belemmerende) opvoedomstandigheden?	Er zijn geen omstandigheden die de opvoeding belemmeren	Het opvoeden wordt belemmerd door hoogstens één omstandigheid	Het opvoeden wordt belemmerd door twee tot drie omstandigheden	Er is een snel escalerende opeenspanning van omstandigheden die het opvoeden belemmeren
	Steun netwerk Welke steun heeft het gezin uit het sociaal netwerk	Er is voldoende steun uit het netwerk	Er is maar af en toe steun uit het netwerk	Het netwerk kan geen echte oplossing bieden	Het netwerk kan in acute situaties niets betekenen
STEUNHULPBEHOEFTE		BEVESTIGING	BEVESTIGING EN PERSOONLIJK ADVIES	BEVESTIGING EN BEGELEIDING	ACUTE HULP EN INTENSIEVE BEGELEIDING

¹ Het cognitieve niveau van het kind afgezet tegen het gemiddelde niveau van een kind op de betreffende leeftijd.

² Onder basiszorg wordt verstaan: medische zorg, voeding, kleding, huisvesting, sociaal contact, scholing en emotionele steun die samen cruciaal zijn voor de veiligheid en gezonde ontwikkeling.

³ Overal waar ouder staat kan ook opvoeder of verzorger worden gelezen.