

Het Risico op Psychosociale Problemen bij Kinderen in de Regio Gelderland-Zuid

*Een onderzoek naar verschillende factoren die het risico op
psychosociale problemen beïnvloeden en de mogelijkheden
voor beleid*



Jop Deckers
S4400550
Scriptiebegeleider: Ellen Verbakel
Stagebegeleiders: Sten Zelle & Marlene van der Star
Scriptie Master Beleidsonderzoek Sociologie
27 juni 2014

1 Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is het resultaat van een stage bij AMPHI. In deze stage heb ik mij bezig gehouden met de Kindermonitor van de GGD Gelderland-Zuid. Ik ben dankbaar voor de mogelijkheid om met deze gegevens en op deze stageplek met andere onderzoekers te hebben mogen werken. Dit is een zeer leerzame ervaring geweest.

Verder ben ik dankbaar voor de begeleiding die AMPHI, met name Sten Zelle, mij geboden heeft door het hele proces van onderzoek doen. Er zijn voor en tegenslagen geweest in dit project en zonder begeleiding was het eindproduct nooit zo geworden als het nu is.

Ook gaat mijn dank uit naar de Radboud Universiteit en naar mijn begeleider Ellen Verbakel. Haar feedback en kritieken waren erg bruikbaar voor mijn onderzoek.

Tevens wil ik de GGD Gelderland-Zuid, met name Marlene van der Star en Monique Stals, bedanken voor hun inzet in de voortgang van mijn onderzoek. De inzichten die Marlene in de Kindermonitor had, bleken erg behulpzaam. Monique Stals is zeer waardevol geweest in het werven van respondenten.

Anderen die ik graag wil bedanken, omdat zij behulpzaam waren in de werving zijn Hannie van der Meer, Ledia Begijn en Claartje Smits.

Ook wil ik alle respondenten die ik heb mogen interviewen bedanken. Jullie verhalen waren erg interessant en maakte het onderzoek levendig voor mij. Daarnaast zou dit onderzoek niet mogelijk zijn zonder de waardevolle gesprekken die we hebben gevoerd.

Tot slot wil ik graag mijn verloofde Janneke van Wijk bedanken voor haar onvoorwaardelijke steun in dit soms stressvolle onderzoeksproces.

Hartelijk dank voor al jullie hulp!

Veel leesplezier toegewenst!

Inhoud

1	Voorwoord	1
2	Managementsamenvatting	5
3	Inleiding	7
4	Theoretisch kader	10
4.1	Definitie van psychosociale problemen	10
4.2	Factoren voor psychosociale problemen	10
4.2.1	Micro-, meso- en macroniveau	10
4.2.2	Risicofactoren, beschermende factoren en het balansmodel	11
4.3	Sociale factoren	12
4.4	Gezinsfactoren.....	14
4.5	Kindfactoren	17
4.5.1	Ingrijpende gebeurtenissen.....	17
4.5.2	Pesten.....	18
4.5.3	Weerbaarheid.....	18
4.6	Tabel Hypothesen.....	20
5	Onderzoeksaanpak.....	21
5.1	Factoren van psychosociale problemen.....	21
5.1.1	Kwantitatieve methoden.....	21
5.1.2	Kwalitatieve methoden	22
5.2	Beleidsvragen	24
6	Resultaten kwantitatieve analyses.....	26
6.1	Sociale factoren	26
6.2	Gezinsfactoren.....	27
6.3	Kindfactoren	28
7	Resultaten kwalitatieve analyses	32
7.1	De buurt.....	32
	Voorzieningen	32
	Veiligheid.....	33
	Cultuurverschillen	34
	Contact in de buurt	35
	Sociale Controle.....	35
	Steun.....	36

7.2	Het Risico op Psychosociale Problemen	37
7.3	Ingrijpende Gebeurtenissen	38
7.4	Weerbaarheid.....	39
	Pesten	40
	Weerbaarheidstraining	40
7.5	Beleid	41
	Programma's voor ouders	41
	Pestprotocol op scholen.....	43
	Algemeen beleid.....	43
7.6	Het vertrouwen in de zorg	44
8	Deelconclusie: Beantwoording onderzoeksvraag 1	46
	Sociale factoren	47
	Gezinsfactoren	48
	Kindfactoren	48
	Verhoudingen tussen factoren (Deelvraag 1b)	49
	Opvallende factoren (Deelvraag 1c).....	49
9	Beleid.....	51
	9.1 Huidig beleid.....	51
	9.2 Beleidsmaatregelen uit kwalitatieve analyses	51
	Weerbaarheidstraining	51
	Pestprotocol	55
	Verschillende programma's	56
	Verplichtstelling van het aanpakken van pesten	58
	De KiVa-school.....	60
	De Gezonde School.....	61
	9.3 Beleidsaanbevelingen.....	62
	Niveau van het kind.....	62
	Niveau van de ouders.....	63
	Niveau van de school.....	64
	Niveau van de wijk	64
	Algemeen.....	64
	Conclusie	65
10	Reflectie.....	66

10.1	Mixed methods.....	66
10.2	Kwantitatieve analyse	66
10.3	Kwalitatieve analyses	67
10.4	Mogelijk vervolgonderzoek.....	68
11	Literatuur.....	70
12	Appendix I: Dataset	73
12.1	Beschrijving van de variabelen	75
	De afhankelijke variabele: De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	75
	Onafhankelijke variabelen.....	77
	Controlevariabelen.....	84
13	Appendix II: Logistische regressietabellen	86
14	Appendix III: Voorbeeld topiclijst	88

2 Managementsamenvatting

Dit onderzoek gaat in op het verband tussen verschillende factoren en het risico op psychosociale problemen (PSP). Onder de Nederlandse Jeugd heeft 15% (een verhoogd risico op) PSP (Dorsselear et al., 2010). Deze PSP gaan gepaard met verschillende problemen, zoals vervroegd schoolverlaten, een ongezondere leefstijl, minder sociale vaardigheden en alle problemen die hiermee gepaard gaan (Hemphil & Littlefield, 2001). PSP zijn daarnaast moeilijker te bestrijden dan lichamelijke problemen, omdat deze problemen moeilijker te signaleren zijn en omdat de verschillende methoden niet bij ieder kind aanslaan. Een andere reden waarom PSP moeilijker te bestrijden zijn is dat ze laat gesignaleerd worden, waardoor de problemen diep zijn doorgedrongen in het gedragsrepertoire van het kind (Hemphil & Littlefield, 2001). Om deze reden is het van belang een onderzoek te doen naar de relevante factoren in het risico op PSP. Er is al eerder onderzoek naar dergelijke factoren gedaan, echter zijn de resultaten verschillende. Dit onderzoek is echter aanvullend hierop door een 'mixed methods' design toe te passen en de waarde hiervan in te schatten.

In dit onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

Welke factoren spelen een rol in de psychosociale problemen bij kinderen in de regio Gelderland-Zuid?

Wordt er momenteel door de gemeente Nijmegen algemeen of specifiek beleid gevoerd om het risico op psychosociale problemen bij kinderen in de gemeente Nijmegen te verminderen? Zo ja, wat zijn de concrete doelen van dit beleid?

Welke mechanismen en theoretische assumpties liggen ten grondslag aan dit beleid?

Kan op basis van de gevonden factoren worden verwacht dat dit beleid haar gewenste doelen gaat bereiken?

In de eerste deelvraag wordt door middel van een logistisch regressiemodel op basis van gegevens uit de Kindermonitor en interviews met ouders gezocht naar factoren die het risico op psychosociale problemen kunnen beïnvloeden. De belangrijkste risicoverhogende factoren die hieruit naar voren kwamen zijn: opgroeien in een gezin met een lage sociaaleconomische status, wonen in een aandachtswijk, onvoldoende steun krijgen uit de buurt, het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, gepest worden, verkeerd voorbeeldgedrag van anderen, wantrouwen in de zorg en een accumulatie van problemen. De belangrijkste beschermende factoren in dit onderzoek zijn: opgroeien in een gezin met een hoge sociaaleconomische status, voldoende steun ontvangen uit de buurt, kunnen omgaan met ingrijpende gebeurtenissen en weerbaarheid, de aanwezigheid van een pestprotocol op school, goed voorbeeldgedrag van anderen, vertrouwen in de zorg en het participeren aan verschillende programma's op scholen.

Op basis van gesprekken met beleidsmedewerkers is vastgesteld welke beleidsmaatregelen er momenteel ten aanzien van het risico op PSP zijn. Het beleid wat momenteel gevoerd wordt in de gemeente Nijmegen met betrekking tot het verminderen van het risico op PSP uit zich in weerbaarheidstrainingen, verschillende programma's op scholen, het project de Gezonde School en het verplicht aanpakken van pestgedrag op scholen met bijbehorende programma's. De assumpties van de verschillende programma's zijn te vinden in hoofdstuk 9 (p. 41-50).

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn een aantal beleidsaanbevelingen opgesteld:

- In programma's tegen pesten is het van belang het netwerk van school en de ouders bij dergelijke programma's te betrekken.
- Programma's tegen pesten kunnen uitgebreid worden met een aanpak die het risico op psychosociale problemen vermindert door verschillende factoren (naast het pesten) mee te nemen in dergelijke programma's.
- Contact in de buurt en de daarbij horende voorzieningen zijn van belang, maar dient niet als hoofddoel te worden opgesteld. Dit is namelijk geen zinnig hoofddoel met betrekking tot het risico op PSP, omdat dit contact aan allerlei randvoorwaarden moet voldoen om het risico op psychosociale problemen te verkleinen.

3 Inleiding

Iedere samenleving streeft ernaar haar bevolking gezond te houden. Het beleid dat naar aanleiding van dit doel gevormd wordt kan zich richten op het voorkomen van latere gezondheidsrisico's bij kinderen. Dit kan bijvoorbeeld door gezond eten en beweging te stimuleren en roken te ontmoedigen. Deze maatregelen richten zich echter vooral op de fysieke kant van gezondheid. Dit onderzoek gaat in op de mentale kant van gezondheidsproblemen en richt zich op het verminderen van de risico's op psychosociale problemen (PSP) bij kinderen.

Dit is van belang, omdat een verhoogd risico op PSP samenhangt met problemen bij slapen, eten en de motoriek (Moerman, 2011). Kinderen met een gezonde mentale gezondheid hebben vaker een gezondere levensstijl dan kinderen met PSP en tonen minder vaak gedragsproblemen. Mensen die PSP ontwikkelen in de kindertijd hebben tevens meer kans op afwijzing door leeftijdsgenoten, een gebrekkige motivatie, slechte schoolresultaten en vervroegde schoolverlating (Hemphil & Littlefield, 2001). Daarnaast beschikken kinderen met PSP in vergelijking met leeftijdsgenoten over minder probleemoplossende en sociale vaardigheden (Hemphil & Littlefield, 2001). Dit kan de ontwikkeling van het kind belemmeren en ook op latere leeftijd problematisch zijn.

Daarnaast zijn PSP vaak moeilijker te bestrijden dan lichamelijke problemen, omdat deze problemen moeilijker te signaleren zijn en omdat de verschillende methoden niet bij ieder kind aanslaan. Een andere reden waarom PSP moeilijker te bestrijden zijn is dat ze laat gesignaleerd worden, waardoor de problemen diep zijn doorgedrongen in het gedragsrepertoire van het kind (Hemphil & Littlefield, 2001). Omdat het last hebben van PSP met veel moeite op te lossen problematieken gepaard gaat is het van belang te kijken naar factoren die het risico op PSP verminderen. Voorkomen is immers beter dan genezen.

De prevalentie van PSP is vrij hoog onder de Nederlandse jeugd. Uit onderzoek van het Trimbos instituut en het SCP (Dorsselaar et al., 2010) blijkt dat bijna 15% van de kinderen in het basisonderwijs last heeft van psychosociale problemen. Uit eerder onderzoek door het Trimbos instituut bleek dat ruim 17% van de kinderen in het basisonderwijs last heeft van PSP (Zeijl et al., 2007). Deze daling van het risico kon niet verklaard worden. Door relevante factoren en beleidsmaatregelen met betrekking tot het risico op PSP in kaart te zetten kan echter een begin worden gemaakt in de verklaring van dit verschil. Factoren waaraan een verhoogd risico op PSP kunnen worden toegeschreven zijn bijvoorbeeld genetische eigenschappen van het kind, maar factoren uit de omgeving van het kind kunnen tevens een rol spelen (Out & Bakermans-Kranenburg, 2007; Zeijl et al., 2007; Dorsselaar et al., 2010).

Voorbeelden van dergelijke factoren waar het risico op PSP mee in verband kan worden gebracht zijn het opleidingsniveau en het inkomen van de ouders (Wadsworth & Achenbach, 2005; Dohrenwend et al., 1992; Miech et al., 1999). Daarnaast zijn bij kinderen een verhoogd risico op PSP toe te schrijven aan opvoedingsstijl, buurtkenmerken, gepest worden of het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen (Van der Star, 2010). Het is echter nog onduidelijk welke mechanismen in deze verbanden een rol spelen en of deze verbanden nog altijd bestaan.

In eerdere onderzoeken zijn verschillende verbanden naar voren gekomen die elkaar tegenspreken. Etniciteit blijkt bijvoorbeeld niet in ieder onderzoek als belangrijke factor naar voren te komen. Daarnaast zijn buurtkenmerken nog weinig onderzocht met betrekking tot het risico op PSP. In dit

onderzoek is geprobeerd deze verbanden verder te belichten door gebruik te maken van verschillende onderzoeksmethoden.

In dit onderzoek zijn op basis van de kindermonitor 2013 van de GGD verschillende verbanden ten aanzien van het risico op PSP bij kinderen vastgesteld. De Kindermonitor is een vragenlijst betreffende de gezondheid van kinderen die onder ouders in heel Nederland wordt afgenomen. Deze is in 2013 voor de tweede keer afgenomen en de gegevens van deze vragenlijst vormen de basis voor dit onderzoek.

De resultaten van de Kindermonitor spelen een rol bij het vormen van gemeentelijk beleid rondom de gezondheid van kinderen. Zo is in de regio Gelderland-Zuid het beleidsplan Gezonde School gestart en is het jeugdbeleid in verschillende gemeentes (zoals Zwolle en Arnhem) gebaseerd op de gegevens van de Kindermonitor uit 2009. Omdat de resultaten een belangrijke functie hebben in het vormen van een beeld van de gezondheid van kinderen en in het vormen van beleid is het van belang het ontstaan van PSP inzichtelijk te maken.

Om dit te bewerkstelligen en om aanvullingen te kunnen bieden op eerdere onderzoeken zijn de resultaten van de kindermonitor aangevuld met interviews met ouders uit aandachtswijken. Deze methode kan zorgen voor extra diepgang en kan aanvullingen bieden op eerder onderzoek.

In dit onderzoek is de nadruk gelegd op lokale factoren. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de invloed van deze factoren op PSP bij kinderen in Nijmegen. Daarnaast wordt gekeken naar hoe het huidige beleid rekening houdt met dergelijke factoren en de mechanismen die achter de verhouding tussen deze factoren en het risico op PSP schuilgaan. Bij dit onderzoek staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

1. a. Welke factoren spelen een rol in de psychosociale problemen bij kinderen in de regio Gelderland-Zuid?

Er is al veel onderzoek gedaan naar deze factoren. Echter worden factoren in dit onderzoek lokaal vastgesteld en wordt er een selectie gemaakt van relevante factoren. Daarnaast is het van belang om te kijken hoe de factoren zich tot elkaar verhouden. Om deze redenen zijn er een tweetal deelvragen bij deze onderzoeksvraag opgesteld:

b. Hoe verhouden deze factoren zich tot elkaar?

c. Welke factoren vallen op?

Naast deze onderzoeksvragen wordt er onderzoek gedaan naar het beleid ten aanzien van het verminderen van de PSP van kinderen in de gemeente Nijmegen. Er zijn verschillende beleidsmaatregelen ten aanzien van de gezondheid van de inwoners van Nijmegen. Het is echter nog onduidelijk of er specifiek beleid is ten aanzien van PSP en of dit beleid gericht is op kinderen. Daarnaast is het van belang om te kijken of bepaalde factoren die uit de eerste onderzoeksvraag naar voren komen ook in dergelijk beleid zijn opgenomen. Om deze redenen zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

2. Wordt er momenteel door de gemeente Nijmegen algemeen of specifiek beleid gevoerd om het risico op psychosociale problemen bij kinderen in de gemeente Nijmegen te verminderen? Zo ja, wat zijn de concrete doelen van dit beleid?

3. *Welke mechanismen en theoretische assumpties liggen ten grondslag aan dit beleid?*
4. *Kan op basis van de gevonden factoren worden verwacht dat dit beleid haar gewenste doelen gaat bereiken?*

In het volgende hoofdstuk worden de achterliggende theorieën ten aanzien van de factoren die een rol kunnen spelen in het risico op PSP uiteengezet. In de onderzoeks aanpak wordt uitgelegd hoe deze onderzoeksvragen worden beantwoord.

4 Theoretisch kader

Om gedegen onderzoek te kunnen doen wordt in dit hoofdstuk gekeken naar mogelijke eerdere onderzoeken en worden de belangrijkste begrippen uiteengezet. In dit proces wordt begonnen met het definiëren van psychosociale problemen (PSP) en wordt gekeken naar de eerder gevonden factoren van deze problemen. Deze factoren worden gecategoriseerd en geselecteerd op basis van de gegevens die beschikbaar zijn in de Kindermonitor en op basis van eerdere bevinding in het onderzoeksveld van PSP.

4.1 Definitie van psychosociale problemen

De definitie die hier gehanteerd wordt komt overeen met de definitie van de Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid (Zeijl, 2005). PSP worden in Zeijl (2005) beschreven door de volgende probleemcategorieën:

- Emotionele problemen (of internaliserende problemen) zoals angst, teruggetrokkenheid, depressie en psychosomatische klachten;
- Gedragsproblemen (of externaliserende problemen) zoals problemen met agressie, hyperactiviteit en delinquentie;
- Sociale problemen, dit zijn problemen die het kind heeft met het maken en onderhouden van het contact met anderen.

Als een kind last heeft van één of meerdere van deze probleemcategorieën is er sprake van PSP bij het kind. Er zijn een groot aantal oorzaken voor PSP en deze worden in de volgende paragraaf gecategoriseerd en geselecteerd.

4.2 Factoren voor psychosociale problemen

4.2.1 Micro-, meso- en macroniveau

Postma (2008) categoriseert oorzaken voor PSP in drie niveaus: het micro-, het meso- en het macroniveau. De verschillende niveaus worden meegenomen in dit onderzoek, maar deze worden op een andere manier geïnterpreteerd dan zoals door Postma (2008) is voorgesteld. Oorzaken op microniveau zijn in dit onderzoek factoren die bij het kind en/of het gezin spelen. Deze kenmerken worden gemeten bij het individu of bij het gezin. Op het mesoniveau spelen sociale buurtfactoren en sociale gezinsfactoren een rol. Factoren op het mesoniveau zijn kenmerken van de buurt en zijn voor alle buurtbewoners gelijk. Factoren op macroniveau zijn factoren die voor bijvoorbeeld heel Nederland gelden. De invloed van macrofactoren is echter lastig te meten, omdat deze factoren voor alle mensen in dit onderzoek hetzelfde zijn.

Om overzicht te behouden in de vele factoren die een rol kunnen spelen in het verhoogde risico op PSP bij kinderen worden enkele factoren geselecteerd die van belang kunnen zijn voor het onderzoek. Zodoende wordt er bijvoorbeeld geen rekening gehouden met enkele genetische factoren, omdat hier beleidsmatig niets mee gedaan kan worden. Daarnaast is er ook weinig rekening gehouden met factoren op macroniveau, omdat er gekozen is voor een onderzoek naar vooral lokale factoren. De factoren waar wel rekening mee wordt gehouden zijn weergegeven in tabel 1. Er wordt rekening gehouden met factoren op verschillende niveaus. De sociale factoren (op mesoniveau) benadrukken de

invloed van de omgeving op persoonlijke aspecten van het individu. De kindfactoren (op microniveau) laten de positie van het individu in de sociale structuur zien en de gezinsfactoren (op microniveau) gaan in op de positie van het gezin in de sociale structuur. Deze verschillende factoren zijn onderverdeeld in risico- en beschermende factoren. In de onderstaande paragraaf worden de betekenis van deze factoren en de keuze om deze verdere categorisering in het onderzoek te betrekken toegelicht.

Tabel 1 Overzicht van factoren die de kans op psychosociale problemen voorspellen

Risicofactoren	Beschermende factoren	Niveau
	<i>Kind</i>	
Lage weerbaarheid	Hoge weerbaarheid	
Pesten/gepest worden		
Ingrijpende gebeurtenis		<i>Micro</i>
	<i>Gezin</i>	
Laag opleidingsniveau	Hoog opleidingsniveau	
Armoede	Hoog inkomen	
	<i>Sociaal gezin</i>	
	Sociale steun	
	Goede sociale bindingen	
	Familie/vrienden	
	<i>Sociaal buurt</i>	<i>Meso</i>
Sociale desintegratie	Sociale cohesie	
Verpaupering, kansarme buurt, concentratie van delinquenten in de buurt		

4.2.2 Risicofactoren, beschermende factoren en het balansmodel

Risicofactoren zijn gebeurtenissen of eigenschappen waarvan statistisch is bewezen dat er een samenhang is met problematische ontwikkelingsuitkomsten (Bakker, Pannebakker & Snijder, 1999). Een accumulatie van deze factoren heeft vaak problematische ontwikkelingsuitkomsten als gevolg. Eén risicofactor heeft deze negatieve uitkomst veelal niet.

Risicofactoren staan tegenover beschermende factoren. Beschermende factoren hebben een positieve invloed hebben op het verminderen van het risico op PSP van het kind. Deze factoren kunnen een tegenwicht bieden aan deze risicofactoren.

Veelal zijn deze beschermende en risicofactoren elkaars tegenovergestelde. Zo is wonen in een 'slechte' buurt een risicofactor en een 'goede' buurt een beschermende factor. Dit geldt voor de meeste van deze factoren. Echter zijn er een aantal factoren die minder sterk zijn als de andere kant op wordt geredeneerd. Zo is het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis een sterke risicofactor, maar is het niet meemaken van een ingrijpende gebeurtenis geen sterke beschermende factor. Beleid kan zich richten op het creëren van beschermende factoren en het verminderen van risicofactoren. Dit zal voornamelijk op het mesoniveau plaatsvinden, omdat het microniveau moeilijker is te beïnvloeden. Echter is het wel van belang het microniveau te beïnvloeden, omdat deze factoren een sterke rol kunnen spelen in het ontstaan van PSP.

Om goed beleid te kunnen vormen is het bruikbaar om verschillende factoren op verschillende niveaus in kaart te brengen om de herkomst van de problematiek rondom het risico op PSP bij kinderen beter te begrijpen. Daarnaast is het van belang het gewicht van de verschillende factoren in kaart te brengen. De ene beschermende factor kan meer tegenwicht bieden aan risicofactoren dan de andere (Bakker, Pannebakker & Snijder, 1999). Dit evenwicht tussen factoren kan in kaart worden gebracht door middel van een balansmodel.

De verschillende beschermende – en risicofactoren staan in nauw verband met de concepten draagkracht en draaglast. Draagkracht is het totaal van de beschermende factoren en draaglast is het totaal van de risicofactoren. Als de draaglast te hoog wordt verhoogt het risico op PSP en als de draagkracht wordt verhoogd verminderd dit risico. Bakker, Pannebakker & Snijder (1999) stellen voor dit in een balansmodel in kaart te brengen. Deze methodiek is ook van belang voor dit onderzoek.

Om beter inzicht te krijgen in de oorzaken van PSP worden eerdere bevindingen en theorieën rondom verschillende factoren uit tabel 1 verder uiteengezet. Eerst worden sociale factoren besproken. Vervolgens worden de gezinsfactoren besproken en tot slot komen kindfactoren aan bod.

4.3 Sociale factoren

De verschillende sociale factoren waar rekening mee gehouden wordt (zie tabel 1) zijn sterk verbonden met het begrip sociale cohesie. In deze paragraaf wordt het begrip sociale cohesie gedefinieerd en worden de verschillende mechanismen die een rol spelen in het verband tussen sociale cohesie en het risico op PSP uitgelegd.

Schuyt (1997) definieert sociale cohesie als “de interne bindingskracht van een sociaal systeem (een gezin, een groep, een organisatie, een universiteit, een stad, een samenleving als geheel)”. Deze bindingskracht is van groot belang in moderne Westerse samenlevingen en is (bij dergelijke samenlevingen) in het geding door steeds toenemende fragmentering en individualisering (van Ingen et al., 2002). Deze sociale cohesie is echter wel van belang voor het verminderen van het risico op PSP. Sociale cohesie in de buurt en ervaren sociaal kapitaal zijn beiden bepalende factoren in het risico op angststoornissen en depressie (Da Silva, 2005; Aneshensel & Sucoff, 1996).

Hoe ervaren sociaal kapitaal en sociale cohesie een rol spelen in het verminderen van PSP kan verduidelijkt worden aan de hand van een sociologische studie van Durkheim. De sociale cohesie

wordt in de theorie van Durkheim bepaald door de integratie (op micro- en mesoniveau) en regulatie (macroniveau) in de samenleving. Durkheim stelt dat te hoge of te lage integratie en dat te hoge of te lage regulatie leiden tot problematische situaties die doordringen tot aan het individu (Waquant, 1998). Voor dit onderzoek is alleen integratie echter interessant, omdat regulatie ingaat op de invloed van het macroniveau op het individu en niet op lokale factoren.

Lage integratie is problematisch, omdat de mensen die weinig geïntegreerd minder interactie hebben, meer aan zichzelf denken dan aan anderen en minder gebonden zijn aan elkaar zijn dan mensen uit meer geïntegreerde groepen. Er is minder een gevoel van gemeenschap en de sociale controle is zwakker (Waquant, 1998).

Met dit onderzoek heeft Durkheim aangetoond dat de sociale binding in gezinnen en de buurt van groot belang zijn. Deze mate van sociale binding en de daarbij horende sociale controle kunnen ook van invloed zijn op het risico op PSP van kinderen. In een weinig geïntegreerde buurt is er minder contact met elkaar wat kan leiden tot meer risico op problemen met leeftijdsgenoten. Daarnaast krijgen kinderen minder normen en waarden mee, omdat er door een gebrek aan sociale controle minder mensen zijn die normen en waarden aan deze kinderen bijbrengen. Dit gebrek aan contact en sociale controle kan tevens een reden zijn waarom kinderen in Nederlandse aandachtswijken een verhoogd risico hebben op PSP, omdat aandachtswijken zich veelal kenmerken door minder sociale controle en contact tussen bewoners.

Uit deze bevindingen komen de volgende hypothesen naar voren:

H1: Des te meer sociale binding in de buurt, des te lager is het risico op psychosociale problemen bij kinderen in deze buurt.

H1a Des te meer contact er tussen ouders onderling is, des te kleiner is de kans op psychosociale problemen.

H1b Des te meer contact er tussen kinderen onderling is, des te kleiner is de kans op psychosociale problemen.

H1c Kinderen die in een aandachtswijk wonen hebben een verhoogde kans op psychosociale problemen ten opzichte van kinderen die niet in een aandachtswijk wonen.

Deze theorie verklaart echter niet (geheel) de onderliggende mechanismen voor de invloed van sociale binding en contact (zowel tussen ouders als tussen kinderen) op het risico op PSP van kinderen. Deze mechanismen kunnen aan de hand van twee modellen worden verklaard (Berkman, 2001). Enerzijds is er het *main effect* model dat stelt dat sociale bindingen een positieve invloed hebben op het verminderen van het risico op PSP. Deze '*main effects*' gaan meer in op de structurele aspecten van sociale relaties, zoals sociale integratie en netwerken. Sociale integratie in een netwerk kan een direct positief effect hebben op het verminderen van PSP (ongeacht of er stress is). Steun vanuit de omgeving kan echter stress verminderen en helpen met het leren omgaan met dergelijke situaties (Berkman, 2001).

Het behoren tot een sociaal netwerk geeft bevestiging en positieve gevoelens. Deze positieve gevoelens zorgen voor gezondheidsbevorderend gedrag en bevorderen de mentale gezondheid. Met het sociale netwerk gaan tevens sociale invloeden gepaard. Deze sociale invloeden kunnen voor

gezondheidsbevorderend gedrag zorgen. Het individu kan bijvoorbeeld gestimuleerd worden om te sporten, maar de sociale invloeden kunnen ook gedrag dat nadelig is voor de gezondheid bevorderen. Zo is het in sommige groepen gebruikelijk om te roken. Indien er gezondheidsbevorderend gedrag plaatsvindt heeft dit een positieve invloed op de mentale gezondheid. Deze mentale gezondheid staat direct in verband met het risico op PSP. Hoe sterker de mentale gezondheid, hoe minder PSP er zijn.

Anderzijds het *stress-buffering* model. Dit model stelt dat sociale bindingen een positieve invloed hebben op het risico op PSP voor mensen (ouders of kinderen) met veel stress. Dit model gaat met name in op functionele aspecten van sociale relaties, zoals het bieden van steun in moeilijke situaties. Deze steun kan om deze reden het risico op PSP verminderen. Op basis van deze bevinding is de volgende hypothese opgesteld:

H1d Naar mate de mate van steun bij de opvoeding van kinderen groter wordt, des te kleiner is de kans op psychosociale problemen.

Het *main effect* model en het *stress-buffering* model tonen aan dat contact tussen ouders een belangrijke rol spelen, maar ook dat gedrag tussen kinderen van belang kan zijn in het risico op PSP. Kinderen kunnen elkaar ook wijzen op gezondheidsbevorderend gedrag en kunnen ook sociale controle op elkaar uitoefenen waardoor het risico op PSP kan afnemen. Verwacht wordt dat kinderen die lid zijn van sportverenigingen en kinderen die meer buiten spelen meer contact hebben met anderen en hierdoor minder risico op PSP hebben. Hieruit zijn de volgende hypothesen afgeleid:

H1e Als het kind lid is van een vereniging neemt de kans op psychosociale problemen af.

H1f Naar mate het kind meer buiten speelt des te kleiner is de kans op psychosociale problemen.

Aneshensel & Sucoff (1996) benadrukken dat naast cohesie in de buurt de staat van de buurt een rol speelt in het ontstaan van verschillende PSP. Als de buurt een grotere dreiging vormt voor het individu, door bijvoorbeeld verpaupering van de buurt of een concentratie van delinquenten in de buurt, zorgt dit voor een verhoogd risico op verschillende PSP. Ten eerste is er in dergelijke buurten minder sociale controle en minder contact, wat kan bijdragen aan het risico op PSP. Ten tweede kan verwacht worden dat de invloeden in deze buurt een invloed hebben op het risico op PSP, omdat vaker het verkeerde voorbeeld gegeven kan worden in deze buurten. Tot slot draagt de grotere dreiging van de buurt bij aan een minder veilige en minder kindvriendelijke buurt. Doordat de buurt minder kindvriendelijk is wordt er minder contact tussen kinderen verwacht, omdat zij minder speelmogelijkheden hebben en omdat ouders geneigd kunnen zijn kinderen minder vaak buiten te laten spelen in verband met de onveiligheid. Op basis van deze verwachting is de volgende hypothese opgesteld:

H1g Naar mate een buurt minder kindvriendelijk wordt ervaren neemt de kans op psychosociale problemen bij kinderen toe.

4.4 Gezinsfactoren

De gezinsfactoren opleidingsniveau en inkomen gaan in op de positie van verschillende groepen op basis van de sociaaleconomische status (SES). De SES van de ouders komt als belangrijke factor naar voren voor een slechtere gezondheid uit de Kindermonitor 2009 (Van der Star, 2010). Het is echter nog onduidelijk en hoe deze tot stand komt. Om deze reden gaat deze paragraaf in op

verklaringen voor dit verband. De positie in de maatschappij van verschillende SES-groepen en hoe deze positie tot stand komt kan worden uitgelegd aan de hand van de theorie van Bourdieu (1979).

Uit de theorie van Bourdieu (1979) blijkt dat verschillende SES-groepen over een andere habitus en ander kapitaal beschikken. Door deze verschillen hebben lagere SES-groepen meer moeite om te functioneren in de maatschappij. Om dit te begrijpen is het nodig om uit te leggen wat Bourdieu (1979) bedoelt met habitus en kapitaal en wordt het verband met verschillende SES-groepen en hun positie uitgelegd.

De habitus is “een duurzaam geheel van de in opvoeding verworven onbewuste neigingen en disposities die het denken, waarnemen en handelen bepalen” (Laermans, 1999 uit Zeedijk & Smits, 2010). Deze is van belang voor het risico op PSP, omdat het niet beschikken van een ‘juiste’ (dominante) habitus het moeilijk kan maken om (in de kinderjaren, maar ook op latere leeftijd) succesvol te zijn.

De habitus is niet individueel, want bepaalde statusgroepen en klassefracties delen dezelfde habitus. Deze habitus is om deze reden tevens bepalend voor de positie van individuen in de maatschappij. Deze positie in de maatschappij kan stress of persoonlijke onrust met zich meebrengen wat het risico op PSP kan beïnvloeden. Daarnaast kan de habitus zorgen voor een (on)gezondere leefstijl en heeft dit om deze reden invloed op de fysieke en mentale gezondheid.

Met kapitaal worden de middelen die iemand tot zijn of haar beschikking heeft om zich voort te bewegen in de samenleving bedoeld (Bourdieu, 1979). Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen drie vormen van kapitaal, economisch (bijvoorbeeld geld), cultureel (bijvoorbeeld opleiding en habitus) en sociaal kapitaal (het netwerk waarin mensen zich begeven). Hierbij is economisch kapitaal minder van belang voor kinderen, omdat de ouders het economisch kapitaal van het kind bepalen. De verschillende vormen van kapitaal kunnen van invloed zijn, omdat een gebrek aan kapitaal de positie in de maatschappij verslechtert. Dit kan wederom gepaard gaan met stress of persoonlijke onrust en het risico op PSP van kinderen beïnvloeden. Deze stress en persoonlijke onrust zorgen immers voor een onrustigere thuissituatie waardoor het kind PSP kan gaan vertonen. Uit deze bevindingen komen de volgende hypothesen voort:

H2 Des te slechter de maatschappelijke positie van de ouders, des te groter is de kans op psychosociale problemen

H2a Des te lager de sociaaleconomische status van de ouders van het kind, des te hoger is de kans op psychosociale problemen.

H2b Naar mate de ouders van het kind zich meer moeite hebben met rondkomen, des te hoger is de kans op psychosociale problemen.

Betreffende de SES, bestaande uit inkomen en opleidingsniveau van de ouders, kunnen meerdere theorieën worden aangehaald die het verband tussen SES en het risico op PSP ondersteunen. Uit onderzoek van Wadsworth & Achenbach (2005) blijkt dat mensen uit de laagste SES-groep 2,6 keer meer kans hebben op het ontwikkelen van PSP dan mensen uit de hoogste SES-groep. De oorzaken hiervan kunnen worden uitgelegd aan de hand van twee centrale hypothesen. Hierbij dient wel uitgelegd te worden dat de SES van de ouder is en niet van het kind. Desondanks kan de SES van de

ouder (of het gezin) wel van invloed zijn op het kind, omdat deze met het gedrag van de ouders dat hieruit voort kan vloeien te maken krijgt.

De eerste hypothese is de *social causation* hypothese. Hierin wordt gesteld dat mensen met een lage SES, PSP ontwikkelen door hun positie in de maatschappij. Doordat deze mensen met meer tegenslagen te maken krijgen door hun SES is de kans op het ontwikkelen van PSP groter. Armoede is een dergelijke factor die veel tegenslagen met zich mee brengt en de kans op PSP verhoogd (Wadsworth & Achenbach, 2005).

De tweede hypothese is de *social selection* of de *downward drift* hypothese. Deze hypothese stelt dat dit verband een omgekeerd causaal verband is. Link (1982) vond dat het hebben van PSP negatieve gevolgen heeft voor de maatschappelijke positie van het individu. Dit zou betekenen dat het krijgen van PSP ervoor zorgt dat het individu (in dit geval de ouder) een lagere SES zou krijgen. Daarnaast wordt gesteld dat er genetisch gezien nadelen ondervonden worden voor het functioneren in de maatschappij. De PSP gaan namelijk vaak gepaard met moeilijkheden om aan bepaalde verplichtingen te voldoen. Als niet aan deze verplichtingen kan worden voldaan, zorgt dit voor minder kansen in de maatschappij. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een sollicitatiegesprek. Mensen met gedragsproblemen of die moeite hebben in de omgang hebben door hun problemen minder kans op een goede uitkomst bij een dergelijk gesprek (Wadsworth & Achenbach, 2005). De invloed van deze hypothese is echter klein voor kinderen, omdat hun SES gebaseerd is op de SES van de ouders. Hierdoor is de prevalentie van PSP bij kinderen niet van invloed op hun SES. Echter heeft de prevalentie van PSP op jonge leeftijd vaak nog gevolgen op latere leeftijd (Hemphil & Littlefield, 2001).

Aan de *social causation* en *social selection* hypothese kan een derde hypothese worden toegevoegd; de *differential incidence* hypothese. Deze stelt dat verschillende SES-groepen een even groot risico hebben op PSP, maar dat mensen met een lage SES langer herstel nodig hebben van deze problemen. Dit zou komen doordat mensen met een lage SES minder toegang hebben tot goede zorg en minder snel profijt hebben van de behandelingen (Wadsworth & Achenbach, 2005). Dit heeft ook invloed op het risico op PSP van kinderen. Doordat de ouders van het kind minder toegang hebben tot goede zorg door een ongunstige financiële situatie en wellicht door een gebrek aan informatie heeft het kind minder mogelijkheid tot herstel van PSP waardoor de prevalentie van PSP onder deze groep kinderen hoger is.

Verder bevinden gezinnen van een niet-Nederlandse etniciteit zich vaker in een lagere SES-groep en kunnen zij door bijvoorbeeld discriminatie van werkgevers bij de ouders een groter risico op PSP bij het kind ervaren (Lindström, 2008). Op basis hiervan wordt de volgende hypothese opgesteld:

H2c Kinderen met ouders met een niet-Nederlandse etniciteit hebben een verhoogde kans op psychosociale problemen ten opzichte van kinderen met ouders met een Nederlandse etniciteit.

4.5 Kindfactoren

De factoren waarmee in dit onderzoek rekening worden gehouden zijn ingrijpende gebeurtenissen, pesten en weerbaarheid.

4.5.1 Ingrijpende gebeurtenissen

Er wordt in dit onderzoek onderscheid gemaakt tussen tien verschillende ingrijpende gebeurtenissen. Deze ingrijpende gebeurtenissen zijn (van der Star, 2010):

- overlijden van een nabij familielid of geliefd persoon
- conflicten of ruzies binnen het gezin
- langdurige ziekte of handicap van een gezinslid
- langdurige ziekte of handicap van het kind zelf
- problemen in verband met werk of werkloosheid van (één van) de ouders
- psychische problemen bij (één van) de ouders
- echtscheiding of langere tijd weggaan van een gezinslid
- uitbreiding van het gezin door stiefvader/-moeder en/of stiefkind erbij
- problemen met huisvesting of verblijf in Nederland
- problemen met drank of verslaving bij een familielid.

In 2009 had 46% van alle kinderen ooit een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt (Van der Star, 2010). De naam ingrijpende gebeurtenis impliceert dat de gebeurtenis een sterke (negatieve) invloed kan hebben voor kinderen. Door de impact van dergelijke gebeurtenissen kan het risico op PSP vergroot worden. Zo blijkt dat echtscheiding leidt tot meer internaliserende problemen (zoals emotionele problemen) bij meisjes en meer externaliserende problemen (zoals gedragsproblemen) bij jongens (van Peer, 2007). Bij de ingrijpende echtscheiding of langere tijd weggaan van een gezinslid en uitbreiding van het gezin gaat ook een verandering in het sociale netwerk gepaard en deze verandering in het netwerk kan van invloed zijn op het risico op PSP (Berkman, 2001; Waquant, 1998).

Maas & Janssen (2000) tonen tevens aan dat ingrijpende gebeurtenissen van invloed zijn op het risico op PSP van mensen. Echter zorgt één bepaalde ingrijpende gebeurtenis niet direct voor een bepaald psychisch probleem, zoals het onderzoek van van Peer (2007) veronderstelt. Vaak is er sprake van een opeenstapeling van verschillende factoren voordat er een probleem ontstaat. Als een kind al veel risicofactoren ervaart kan een ingrijpende gebeurtenis een doorslaggevende factor zijn in het ontstaan van PSP. Daarnaast kunnen aanhoudende problemen binnen het gezin zoals een handicap van het kind of gezinslid of problemen met drank, verslaving of huisvesting zorgen voor een ongezondere gezinssituatie waarin meer stress is en minder tijd voor het kind. Daarnaast kunnen dergelijke gebeurtenissen leiden tot minder contact met andere kinderen, omdat het kind minder snel andere kinderen mee naar huis kan nemen. Door deze verschillende gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen kan een kind een groter risico op PSP ervaren. Op basis van deze bevindingen is de volgende hypothese opgesteld:

H3a Naar mate het kind meer ingrijpende gebeurtenissen meemaakt neemt de kans op psychosociale problemen toe.

4.5.2 Pesten

Uit eerdere onderzoeken komt naar voren dat gepest worden vaker met internaliserende problemen zoals depressie, sociale angst, problemen met het maken van vrienden, psychosomatische klachten, een negatief zelfbeeld en onderworpenheid te maken hebben (Kumpulainen et al., 1998). Wagner et al. (2006) laten tevens een dergelijk verband zien bij kinderen met emotionele problemen. Wolraich et al. (2005) tonen dat kinderen die zelf pesten meer kans hebben op aandachtstoornissen als ADHD. Deze onderzoeken laten zien dat pesten het risico op verschillende PSP verhogen.

Een reden waarom pesten het risico op PSP verhoogt is dat kinderen met gedragsproblemen vaker pestgedrag vertonen. Om deze reden hebben deze kinderen ook meer (risico op) PSP. Een andere reden waarom pesten het risico op PSP verhoogt is dat pestgedrag een vorm van uitsluiting is (Wolraich et al., 2005). Dit gevoel van uitsluiting brengt verschillende internaliserende problemen met zich mee. Omdat pesten van invloed is op het risico op PSP is de volgende hypothese opgesteld:

H3b Naar mate een kind meer gepest wordt heeft het kind een verhoogde kans op psychosociale problemen.

Niet ieder gepest kind heeft echter last van deze negatieve gevolgen van pestgedrag. Dit is te relateren aan het karakter en specifiek aan de manier waarop omgegaan wordt met dergelijke problemen. Deze manier van omgaan met probleemgedrag kan worden beschreven door middel van weerbaarheid.

4.5.3 Weerbaarheid

Weerbaarheid is het vermogen om jezelf te kunnen verdedigen. In dit onderzoek bestaat weerbaar uit zeven onderdelen:

- zelfvertrouwen
- voor jezelf op kunnen komen
- 'nee' kunnen zeggen als je iets niet wilt
- hulp zoeken als het nodig is
- rekening houden met de grenzen van anderen
- met teleurstelling kunnen omgaan
- bij een probleem snel schelden en/of vechten.

Enkele van deze zeven categorieën van weerbaarheid staan in verband met begrippen als coping en 'self-efficacy'. 'Self-efficacy' kan gedefinieerd worden als "de contextspecifieke evaluatie ten aanzien van de haalbaarheid van een taak" (Bandura, 1997). Dit begrip staat in nauw verband met zelfvertrouwen. Als een kind het gevoel heeft meer te kunnen en meer zelfvertrouwen heeft werkt dit als een sterke beschermende factor, omdat de negatieve invloeden vanuit de omgevingen dan minder invloed hebben op het kind.

Een andere manier om de invloed van negatief gedrag van anderen, zoals pesten, te verminderen is door middel van coping. Coping is de mogelijkheid om met stressvolle, negatieve of externe situaties om te gaan en dient als beschermende factor voor PSP (Compas et al., 1988). Deze coping heeft een positieve invloed op meerdere onderdelen van weerbaarheid zoals met teleurstelling om kunnen gaan, rekening houden met de grenzen van anderen, hulp zoeken als het nodig is en 'nee' kunnen zeggen.

Doordat een kind deze onderdelen van weerbaarheid beter beheerst wordt de invloed van verschillende risicofactoren kleiner en wordt het risico op PSP tevens verkleind.

Tot slot zorgt de mogelijkheid om voor jezelf op te komen voor het verminderen van het risico op PSP, omdat (net als bij de andere onderdelen van weerbaarheid) er beter met probleemsituaties kan worden omgegaan. Als een kind goed voor zichzelf op kan komen zal hij of zij ook minder gepest worden en zal het pestgedrag dat nog voorkomt minder invloed hebben. Om deze redenen kan weerbaarheid een belangrijke beschermende factor zijn voor dit onderzoek. Op basis van deze gegevens wordt de volgende hypothese opgesteld:

H3c Des te hoger de weerbaarheid van het kind, des te lager is het risico op psychosociale problemen.

In tabel 2 staan de hypothesen schematisch weergegeven.

4.6 Tabel Hypothesen

Tabel 2 Hypothesen

Hypothese	Afhankelijke variabele	Onafhankelijke variabele	Verwachte effect*
Sociale factoren			
H1a	Het risico op PSP	Contact tussen ouders	Negatief
H1b	Het risico op PSP	Contact tussen kinderen	Negatief
H1c	Het risico op PSP	Wonen in een aandachtswijk	Positief
H1d	Het risico op PSP	Steun	Negatief
H1e	Het risico op PSP	Lid zijn van een vereniging	Negatief
H1f	Het risico op PSP	Mate van buiten spelen	Negatief
H1g	Het risico op PSP	Kindvriendelijkheid van de buurt	Negatief
Gezinsfactoren			
H2a	Het risico op PSP	SES	Negatief
H2b	Het risico op PSP	Moeite met rondkomen	Positief
H2c	Het risico op PSP	Niet-Nederlandse etniciteit	Positief
Kindfactoren			
H3a	Het risico op PSP	Ingrijpende gebeurtenis	Positief
H3b	Het risico op PSP	Gepest worden	Positief
H3c	Het risico op PSP	Weerbaar zijn	Negatief

*Negatief effect: het risico op PSP neemt af; Positief effect: Het risico op PSP neemt toe.

5 Onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk worden de verschillende methoden die in dit onderzoek toegepast worden uiteengezet. Deze methoden worden eerst voor de eerste deelvraag uitgelegd en vervolgens voor de beleidsvraagstukken.

5.1 Factoren van psychosociale problemen

De eerste onderzoeksvraag wordt beantwoord door middel van hypothesetoetsing op basis van theorie met behulp van kwantitatieve analyses. Deze analyses worden aangevuld door kwalitatieve analyses. In deze analyses wordt gezocht naar factoren die mogelijk een rol spelen in het risico op PSP van kinderen in de gemeente Nijmegen. De kwantitatieve analyses worden uitgevoerd op basis van de gegevens van de Kindermonitor 2013 van de GGD Gelderland-Zuid. Uit deze gegevens is alleen de regio Nijmegen geselecteerd, omdat de onderzoeksvragen deze regio betreffen.

De analyses op basis van de gegevens van de kindermonitor dienen ter toetsing van de hypothesen. Nadat er, met behulp van het model dat uit de analyses naar voren komt, een beeld is gevormd van mogelijke beschermende factoren en risicofactoren wordt gekeken of deze factoren mogelijk aangevuld en uitgelegd kunnen worden met behulp van interviews. De kwalitatieve methoden in dit onderzoek zijn om deze reden voornamelijk beschrijvend, explorerend en complementair en de kwantitatieve methoden zijn beschrijvend en toetsend. Het doel van deze methoden is om een model te creëren dat de verschillende sociale factoren, gezinsfactoren en kindfactoren naast elkaar zet en tegen elkaar afweegt.

5.1.1 Kwantitatieve methoden

Om de verschillende factoren te onderzoeken is er gekozen voor een logistische regressieanalyse. Deze non-parametrische toets is gekozen, omdat de afhankelijke variabele niet normaal verdeeld is en er een duidelijke scheidslijn is voor het wel of niet hebben van een verhoogd risico op PSP (Muris, Meesters & van den Berg, 2008; Janssens, Deboutte, 2009). Daarnaast brengt een logistische regressieanalyse de invloed van de verschillende factoren op het risico op PSP in kaart door de kansen te berekenen van de verschillende factoren met betrekking tot een al dan niet verhoogde SDQ-score. Door deze methode toe te passen kan tevens voor meerdere bepalende factoren gecontroleerd worden. Hierdoor zijn de gevonden resultaten betrouwbaarder, omdat er wordt gekeken naar de invloed van de factoren terwijl er rekening wordt gehouden met de invloed van de andere factoren in het model. De variabelen die in dit onderzoek worden gebruikt zijn te vinden in tabel 9 (Appendix I, hoofdstuk 12). Voordat de kwalitatieve methoden worden uitgelegd volgt eerst een uitleg van de kindermonitor en de SDQ.

Kindermonitor

De Kindermonitor is een project van de GGD waarin ouders vragen worden gesteld betreffende de gezondheid van hun kinderen. De kindermonitor 2013 is de tweede meting in de monitor. In deze steekproef zijn willekeurig 1000 gezinnen met kinderen van 0-12 jaar per gemeente geselecteerd. Sommige gemeenten hebben echter minder dan 1000 gezinnen met kinderen. Om deze reden hebben deze gemeenten een lager aantal respondenten. De respons van de benaderde ouders is te vinden in tabel 5 (Appendix I, hoofdstuk 12). In totaal zijn 12929 respondenten benaderd en hebben 6090 respondenten de vragenlijst ingevuld. De respons van deze steekproef is 47,1%

De ouders uit de gemeente Nijmegen zijn per stadsdeel benaderd. Hierin is tevens onderscheid gemaakt tussen aandachtswijken en andere wijken. In deze wijken is een steekproef onder maximaal 600 ouders getrokken. Sommige wijken (of stadsdelen) hebben echter te weinig ouders van kinderen van 0-12 jaar als inwoner waardoor bij deze wijken een minder grote steekproef is getrokken. De respons en steekproefgrootte per wijk is te vinden in tabel 6 (Appendix I, hoofdstuk 12). In totaal zijn 5811 Nijmeegse respondenten benaderd en hebben 2436 respondenten de vragenlijst ingevuld. De respons van deze steekproef in Nijmegen is 41,9%.

De vragenlijst van de kindermonitor wordt afgenomen onder ouders van kinderen van 0-12 jaar. Deze vragenlijst is in twee versies te vinden. Eén versie voor kinderen van 0-4 jaar en één versie voor kinderen van 4-12 jaar. In dit onderzoek wordt alleen de tweede versie van de vragenlijst geanalyseerd, omdat alleen bij de ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar de SDQ wordt afgenomen. Hierdoor zijn er in totaal 4214 respondenten in de analyse opgenomen.

De vragenlijst bestaat uit 68 vragen en hierin komen de volgende onderwerpen aan bod: algemene persoonskenmerken, gezondheid, woonomgeving, gezin, opvoeding, voeding, welzijn, vrije tijdsbesteding, roken en alcohol, schooltype en kinderopvang en contact met gezondheidsinstellingen. Op basis van deze gegevens kan een helder beeld ten aanzien van de gezondheid van kinderen worden gevormd. In tabel 9 zijn beschrijvingen van de gebruikte variabelen te vinden (Appendix I, hoofdstuk 12).

Strengths and difficulties questionnaire (SDQ)

Deze vragenlijst is in 1997 ontwikkeld door Goodman (Postma,2008). In deze vragenlijst wordt het risico op PSP in kaart gebracht en daarnaast worden de sterke kanten van het kind belicht. Ook wordt gekeken in hoeverre de PSP het kind in het dagelijks functioneren belemmeren. Deze vragenlijst geeft een helder en globaal beeld van de problematiek. Eerdere onderzoeken tonen aan dat de Nederlandse versie van deze vragenlijst (die een onderdeel is van de Kindermonitor 2013) een passende methodiek voor het onderzoeken van PSP (Janssen & Deboutte, 2009; Muris, Meesters & van den Berg, 2003).

De vragenlijst bestaat uit 5 categorieën: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag. In totaal zijn er 25 items over deze categorieën.

Binnen de vijf categorieën die te onderscheiden zijn in de SDQ is ervoor gekozen om alleen te kijken naar de invloed van de SDQ-score, omdat op basis van onderzoek van Janssen & Deboutte (2009) gesteld kan worden dat de schalen van de verschillende categorieën apart minder betrouwbaar zijn. Daarnaast is de SDQ-score een betrouwbare vragenlijst om het risico op PSP in kaart te brengen.

5.1.2 Kwalitatieve methoden

In dit onderzoek is er sprake van een sequentieel mixed methods design. Dit houdt in dat de kwantitatieve methoden vooraf aan de kwalitatieve methoden plaatsvinden (Bryman, 2012). De resultaten van de kwantitatieve methoden zijn meegenomen in het opstellen en het uitvoeren van de verschillende interviews. In de beschrijving van deze kwalitatieve methoden zijn om deze reden conclusies uit de logistische regressiemodellen meegenomen in het opstellen van de interviews.

Interviews met ouders

In de interviews met ouders is er een beschrijvende aanpak gehanteerd. Beschrijvend kwalitatief onderzoek heeft een open karakter en er worden voornamelijk situaties beschreven. Hierbij kan ook een koppeling met theorie plaatsvinden. Deze koppeling met theorie is in de vorm van een zoeklichttheorie. Hierin worden bestaande theorieën gebruikt als zoeklicht, het is een hulpmiddel om licht te werpen op anders onbelichte verschijnselen. Deze theorieën worden niet getoetst, maar geeft louter sturing aan het onderzoek (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

Naast de beschrijvende aanpak waren de kwalitatieve methoden explorerend van aard. Er is gezocht naar mogelijke nieuwe factoren en ouders worden gevraagd hoe zij denken dat de factoren die uit de logistische regressieanalyse naar voren zijn gekomen van invloed zijn. Deze interviews zijn om deze reden complementair aan de kwantitatieve methoden.

Naast het beschrijvende en exploratieve karakter van de interviews zullen deze semigestructureerd zijn. Dit houdt in dat er een topiclijst wordt afgegaan en dat de structuur van ieder interview anders kan zijn. Het is van belang semigestructureerd te werk te gaan om er voor te zorgen dat de zorgen die een ouder heeft met betrekking tot bepaalde factoren duidelijk naar voren kunnen komen. De ene ouder kan tevens minder te zeggen hebben over de ene factor dan over de andere. Daarnaast is er door semigestructureerd te werk te gaan de mogelijkheid om dieper in te gaan op gevoelige onderwerpen door een individueel diepte-interview aan te gaan waarin de ouders hun eigen verhaal kwijt kunnen.

Daarnaast is er een open aanpak in deze diepte-interviews. Dit houdt in dat er tussen de interviews door op basis van evaluaties van deze interviews vragen worden vernieuwd en toegevoegd. Tevens omhelst deze open aanpak dat er de mogelijkheid is om resultaten van de interviews aan te vullen met relevante literatuur.

Populatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit ouders uit hoogrisicogroepen te Nijmegen. Hierbij zijn tien respondenten geïnterviewd. Deze zijn geworven door scholen te benaderen. Uiteindelijk hebben drie verschillende scholen in Dukenburg en Lindenholt een bijdrage geleverd aan respondenten. De respondenten zijn door een contactpersoon op school zelf benaderd en door dit contactpersoon werd de mogelijkheid geboden om zelf contact te zoeken met de respondenten. Hierdoor is er weinig informatie over de non-respons op deze scholen.

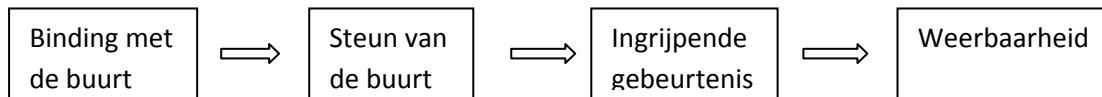
Opzet interviews

Uit de kwantitatieve analyses kwam naar voren dat binding met de buurt (specifieker; contact tussen ouders en de daarmee gerelateerde steun uit de buurt), ingrijpende gebeurtenissen en weerbaarheid een sterke rol spelen in het bepalen van het risico op PSP. Deze thema's zijn om deze reden uitgebreid in de interviews aan bod gekomen. Het ontwerp van deze interviews is gebaseerd op eigen inzicht. Er is dus geen gebruik gemaakt van andere interviews die betrekking hebben op PSP bij kinderen en jongeren. Deze zijn veelal psychologisch of pedagogisch en zijn tevens door de gestructureerde opzet niet bruikbaar voor dit onderzoek.

De interviews begonnen over de binding met de buurt, omdat verwacht werd dat dit het minst gevoelige onderwerp is wat besproken is. Deze binding is vervolgens gerelateerd aan de steun die de

ouder ontvangt en de punten waarop steun nodig is. De punten waarop ouders denken dat steun nodig is zijn vaak (gerelateerd aan) ingrijpende gebeurtenissen en dit biedt een ingang voor ingrijpende gebeurtenissen en hoe het kind hiermee omgaat. Deze omgang met problemen staat vervolgens in nauw verband met de weerbaarheid van het kind. Hierdoor kan het streven naar integratie van onderwerpen in de interviews goed bereikt worden. Deze volgorde van thema's is hieronder in figuur 1 schematisch weergegeven. De opbouw en de vragen van de interviews zijn te vinden in de bijlage (appendix III, hoofdstuk 14).

Figuur 1 De opbouw van de interviews



Daarnaast is er aandacht besteed aan welk beleid van toepassing kan zijn voor de bestrijding van PSP. Dit wordt echter niet direct gesteld, maar er zijn vragen over mogelijkheden voor meer contactmomenten met de buurtbewoners of wat scholen en andere instanties voor de weerbaarheid van het kind kunnen betekenen in het interview toegevoegd om uiteindelijk beleidsaanbevelingen te kunnen rapporteren. Het is tevens niet het uitgangspunt van deze interviews om de beleidsvragen te beantwoorden.

5.2 Beleidsvragen

De tweede en derde onderzoeksvraag gaan in op mogelijke beleidsmaatregelen die ten aanzien van de vermindering van PSP van kinderen in de gemeente Nijmegen genomen worden. Deze vragen zijn door middel van relevante literatuur en korte gesprekken met twee beleidsmedewerkers binnen de gemeente Nijmegen beantwoord. Deze beleidsmedewerkers zijn gespecialiseerd in gezondheidsbeleid bij de gemeente Nijmegen.

De vierde onderzoeksvraag gaat in op effectiviteit van het gevoerde beleid. Op basis van de gegevens die verzameld zijn wordt gekeken in hoeverre het beleid zijn gewenste doelen kan bereiken. Er is gekeken welke factoren en mechanismen er in het huidige beleid zijn opgenomen en of deze aansluiten bij de uitkomsten van dit onderzoek.

Door te onderzoeken welke factoren en mechanismen er in huidige beleid zijn en deze te vergelijken met het huidige beleid is er in dit onderzoek sprake van een ex-ante evaluatie van beleid, ook wel een planevaluatie genoemd (Clarke, 1999). Hierin wordt onder meer gekeken of het programma is opgebouwd zoals de beleidsmedewerkers dit voor ogen zien. Daarnaast is gekeken op welke assumpties dit beleid gebaseerd is en of het beleid naar aanleiding van deze assumpties de gewenste doelen kan bereiken. Deze doelen zijn tevens geëvalueerd op basis van de gevonden factoren en mechanismen.

Deze evaluatie heeft als doel om op basis van dit onderzoek beleidsaanbevelingen te kunnen rapporteren. Dit kan tevens leiden tot een verbetering van het beleidsproces en de maatregelen die hierin genomen worden. Deze evaluatie wordt uitgevoerd door de doelen, assumpties, mechanismen en de factoren die een rol spelen overzichtelijk te maken en deze te controleren op basis van onderzoeksgegevens, literatuur en ander beleid dat met betrekking tot de vermindering van het risico op PSP bij kinderen gevoerd wordt.

Populatie

Het was aanvankelijk de bedoeling om medewerkers van de gemeente Nijmegen te interviewen. Het contact met de gemeente heeft echter geen respondenten opgeleverd. Hierdoor is er gekozen voor gesprekken met twee medewerkers van de GGD Gelderland-Zuid.

De eerste beleidsmedewerker die is geïnterviewd is een gezondheidsmakelaar bij de GGD Gelderland-Zuid. Een gezondheidsmakelaar houdt zich bezig met het verbeteren van de gezondheid in aandachtswijken en is belangrijk in de communicatie met bijvoorbeeld de scholen in deze aandachtswijken. Tevens kan een gezondheidsmakelaar een belangrijke schakel zijn in het verbinden van verschillende instanties die zich bezighouden met gezondheidsbeleid. Dit kan bijvoorbeeld door iemand uit het actieve aanbod ten aanzien van gezondheidsbevordering in contact te brengen met een school in een aandachtswijk.

De tweede beleidsmedewerker is epidemioloog en onderzoeker bij de GGD Gelderland-Zuid. Zij houdt zich bezig met de kindermonitor en de betekenis van de resultaten die hieruit voort komen. Vanuit deze bevindingen wordt gekeken naar de mogelijkheden die de GGD heeft in het verbeteren van de gezondheid van kinderen.

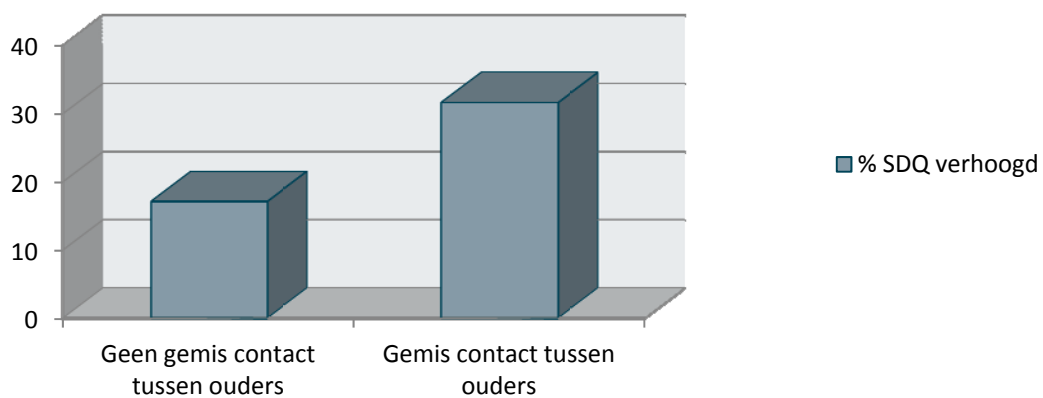
6 Resultaten kwantitatieve analyses

Op basis van de gegevens van de Kindermonitor 2013 worden de hypothesen uit tabel 1 getoetst. De uitkomsten hiervan worden gepresenteerd in tabel 10 (appendix II). Tevens is nadere informatie over de gebruikte variabelen te vinden in de bijlage (Appendix I, hoofdstuk 12). Hieronder volgen de resultaten per hypothese. Dit is gebaseerd op de modellen in tabel 10.

6.1 Sociale factoren

Ten aanzien van de binding met de buurt kan gesteld worden dat er een verband is tussen het gemis van contact tussen ouders. Figuur 2 geeft dit verband bivariaat weer.

Figuur 2 Het verband tussen verhoogde scores op de SDQ en het gemis van contact tussen ouders in procenten



Op basis van het logistische model kan gesteld worden dat het gemis van contact tussen ouders een significante voorspeller is voor de hoogte van de score op de SDQ voor kinderen in de gemeente Nijmegen ($p < .05$). Kinderen van ouders die aangaven contact tussen ouders in de buurt te missen hebben 110% meer kans op een verhoogd risico op PSP ten opzichte van kinderen van ouders die aangaven wel dit contact in de buurt niet te missen. Dit sluit aan bij het bivariate verband tussen SDQ en het gemis van contact tussen ouders zoals weergegeven in figuur 2. Hieruit blijkt tevens dat kinderen van ouders die contact met andere ouders in de buurt missen een hoger risico op PSP hebben dan kinderen van ouders die niet het contact met andere ouders in de buurt missen. Met deze resultaten kan hypothese H1a worden bevestigd. Echter blijkt uit de resultaten voor de regio Nijmegen dat dit resultaat niet significant is ($p > .05$). Op basis hiervan wordt hypothese H1a deels bevestigd.

Het gemis van contact tussen kinderen blijkt een significante voorspeller te zijn voor de hoogte van de SDQ-score ($p < .01$). Kinderen van ouders die aangaven contact tussen kinderen in de buurt niet te missen hebben 68% minder kans op een verhoogd risico op PSP ten opzichte van kinderen van ouders die aangaven wel dit contact in de buurt te missen. Hierdoor kan hypothese H1b worden bevestigd.

In een aandachtswijk wonen in Nijmegen is een significante voorspeller voor het risico op PSP bij kinderen ($p < .05$). Kinderen die in aandachtswijken in Nijmegen wonen hebben 58% meer kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen die niet in aandachtswijken in Nijmegen wonen. Hierdoor kan

hypothese H1c worden bevestigd. Dit resultaat staat los van de mogelijke hulpbronnen of de SES van de ouders, omdat hiervoor is gecontroleerd.

Het gevoel van steun bleek geen significante voorspeller te zijn voor het risico op PSP ($p > .05$). Op basis van deze bevinding kan hypothese H1d tevens niet worden bevestigd.

Lid zijn van een vereniging blijkt geen significante voorspeller te zijn voor het verminderen van het risico op PSP van kinderen in de regio Nijmegen ($p > .05$). Hypothese H1e kan op basis deze gegevens niet worden bevestigd.

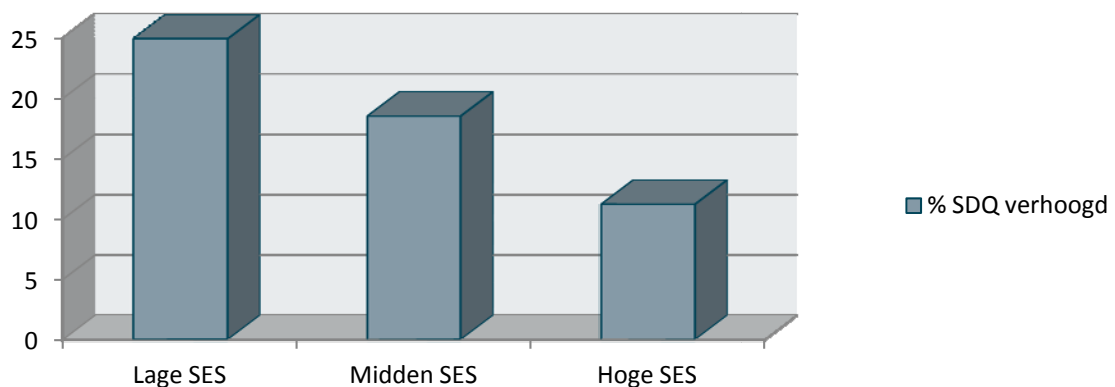
De mate van buiten spelen blijkt geen significant effect te hebben op de hoogte van de SDQ-score ($p > .05$). Hierdoor kan hypothese H1f niet worden bevestigd.

De kindvriendelijkheid van de buurt is geen significante voorspeller van de SDQ-score ($p > .05$). Op basis van deze bevinding kan hypothese H1g niet worden bevestigd.

6.2 Gezinsfactoren

Indien biviaat naar het verband tussen SES en het risico op PSP wordt gekeken lijkt het erop dat SES een risicofactor is. Dit verband wordt weergegeven in figuur 3. Dit verband wordt bevestigd door de uitkomsten van het logistische regressiemodel. Kinderen uit lage SES-gezinnen hebben 64% meer kans hebben op een verhoogd risico op PSP te hebben dan kinderen uit hoge SES-gezinnen ($p < .01$). Daarnaast hebben kinderen uit midden SES-gezinnen 68% meer kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen uit hoge SES gezinnen ($p < .01$). Uit deze resultaten wordt duidelijk dat een lagere SES van de ouders bijdraagt aan het risico op PSP. Hierdoor kan hypothese H2a bevestigd kunnen worden.

Figuur 3 Het verband tussen verhoogde scores op de SDQ en SES in procenten



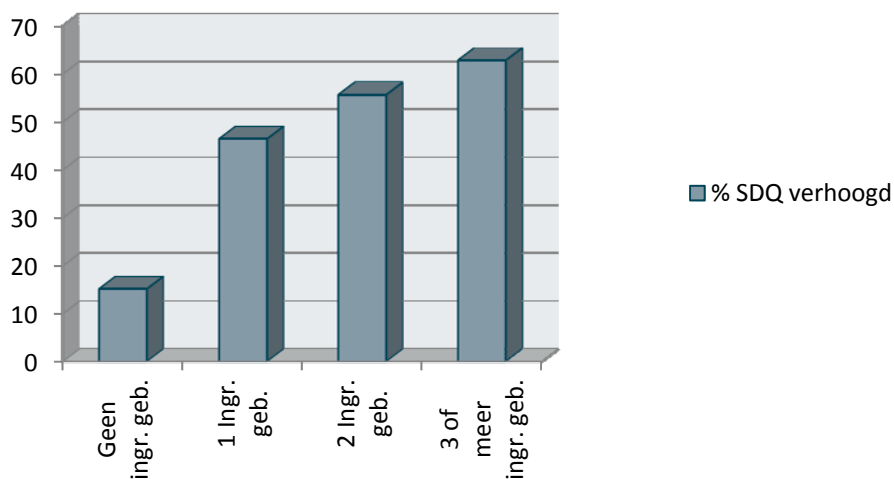
De SES van de respondent is in dit onderzoek alleen gebaseerd op het opleidingsniveau. Het betrekken van het inkomen is noodzakelijk om de maatschappelijke positie vast te stellen. Moeite hebben met rondkomen blijkt een significante invloed te hebben op de SDQ-score. Kinderen uit gezinnen die grote moeite hebben met rondkomen hebben 153% meer kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen uit gezinnen die geen moeite hebben met rondkomen ($p < .01$). Daarnaast hebben kinderen uit gezinnen die ('normale') moeite hebben met rondkomen 45% meer kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen uit gezinnen die geen moeite hebben met rondkomen ($p < .05$). Op basis van deze bevindingen kan hypothese H2b worden bevestigd.

Etniciteit blijkt geen significant effect te hebben op de score op de SDQ ($p < .05$). Hierdoor kan hypothese H2c niet worden bevestigd.

6.3 Kindfactoren

Het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis heeft invloed op het risico op PSP. Dit verband is bivariaat weergegeven in figuur 4. Uit deze diagram blijkt dat bijna de helft van de kinderen die momenteel minstens één andere ingrijpende gebeurtenis dan het overlijden van een naaste of geliefde en een langdurige handicap van het kind of de ouders meemaken een verhoogd risico op PSP heeft. Aan de andere kant heeft slechts 15% van de kinderen die momenteel geen ingrijpende gebeurtenis meemaken een verhoogd risico op PSP. Daarnaast stijgt het risico op PSP als het kind meer ingrijpende gebeurtenissen meemaakt.

Figuur 4 Het verband tussen verhoogde scores op de SDQ en het momenteel meemaken van een ingrijpende gebeurtenis in procenten



Op basis van tabel 10 kan gesteld worden dat de ingrijpende gebeurtenissen langdurige ziekte of handicap van het kind of de ouders een rol spelen een significante voorspeller van het risico op PSP bij het kind is ($p < .01$). Kinderen die momenteel één van deze ingrijpende gebeurtenissen meemaken hebben 106% meer kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen die momenteel niet te maken hebben met een langdurige ziekte of handicap van het kind of van één van de ouders.

Het overlijden van een naaste of geliefde blijkt geen significante voorspeller te zijn van het risico op PSP ($p > .05$).

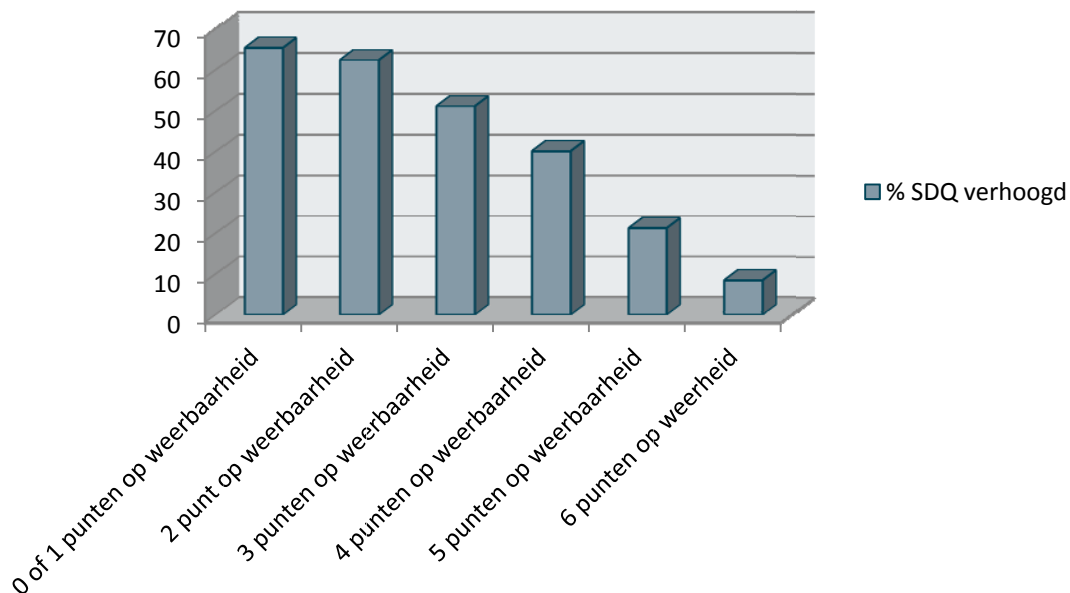
Voor de overige ingrijpende gebeurtenissen geldt dat het meemaken van één andere ingrijpende gebeurtenis een significante voorspeller is voor het risico op PSP bij kinderen ($p < .01$). De kinderen die moment met één ingrijpende gebeurtenis te maken hebben hebben 113% meer kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen die momenteel geen ingrijpende gebeurtenissen meemaken. Op basis van deze gegevens kan hypothese H3a worden bevestigd.

Echter kan de veronderstelling dat meerdere ingrijpende gebeurtenissen het risico verhogen niet bevestigd worden, omdat het verband kinderen die momenteel 3 of meer ingrijpende gebeurtenissen meemaken geen significant hogere kans hebben op een verhoogd risico op PSP ($p > .05$).

Gepest worden blijkt een significante voorspeller te zijn voor het risico op PSP ($p < .01$). Uit tabel 10 wordt duidelijk dat als een kind in de afgelopen 3 maanden gepest is hij of zij 110% meer kans heeft op een verhoogd risico op PSP ten opzichte van een kind die in de afgelopen 3 maanden niet gepest is. Op basis van dit resultaat kan hypothese H3b worden bevestigd.

Weerbaarheid blijkt een grote rol te spelen in de hoogte van de SDQ-score. Eerst is gekeken naar de verdeling op basis van 6 items die weerbaarheid meten. Het aantal items waarop geantwoord werd dat het kind weerbaar is vormt de score op deze schaal. Een score van 1 betekent dat op slechts 1 onderdeel van weerbaarheid goed is gescoord en de score 6 betekent dat het kind op ieder onderdeel van weerbaarheid goed scoort. Hoe de verdeling tussen de SDQ-score en deze schaal eruit ziet is weergegeven in figuur 5. Uit dit diagram wordt duidelijk dat kinderen die laag scoren op weerbaarheid vaker een verhoogd risico op PSP hebben dan kinderen die hoog scoren op weerbaarheid.

Figuur 5 Het verband tussen verhoogde scores op de SDQ en scores op weerbaarheid in procenten



Uit tabel 10 wordt duidelijk dat alleen kinderen die op 5 van de 6 items positief scoorden een significant lagere kans hebben op een verhoogd risico op PSP. Kinderen die op 6 items positief scoorden hebben 82% minder kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen die op 0 of 1 items positief scoorden ($p < .01$). Kinderen die op 5 items positief scoorden hebben 57% minder kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen die op 0 of 1 items positief scoorden ($p < .05$).

Als gekeken wordt naar de resultaten ten aanzien van de stelling ‘mijn kind gaat bij een probleem snel schelden en/of vechten’ blijkt dat als ouders het helemaal oneens waren met de stelling hun kinderen 84% minder kans hebben op een verhoogd risico op PSP dan kinderen van ouders die het helemaal eens waren met de stelling ($p < .01$). Daarnaast blijkt dat als ouders het oneens waren met de stelling hun kinderen 77% minder kans hebben op een verhoogd risico op PSP dan kinderen van ouders die het helemaal eens waren met de stelling ($p < .01$).

Daarnaast blijkt de variabele mijn kind is weerbaar een sterk verband te hebben met de het risico op PSP ($p < .01$). Kinderen van ouders die aangaven dat hun kind weerbaar is hebben 74% minder kans op

een verhoogd risico op PSP dan kinderen van ouders die aangaven dat hun kind niet weerbaar is. Tevens hebben kinderen die soms weerbaar zijn 44% minder kans op een verhoogd risico op PSP dan kinderen van ouders die aangaven dat hun kind niet weerbaar is. Op basis van deze bevindingen kan hypothese H3c worden bevestigd.

Al de uitkomsten van de hypothesen zijn terug te vinden in tabel 3.

Concluderend kan gesteld worden dat het opleidingsniveau, het inkomen, het wonen in een aandachtswijk, het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, weerbaarheid, pesten, het gemis van contact tussen ouders en kinderen een significante rol spelen in het risico op PSP. Wat betreft hoogerisicogroepen kan gesteld worden dat de respondenten met een lage en een midden SES of de respondenten die woonachtig zijn in aandachtswijken een hoger risico hebben op PSP.

Tabel 3 Overzicht van de uitkomsten van de hypothesen.

Hypothese	Afhankelijke variabele	Onafhankelijke variabele	Uitkomst	Exp (B)
Sociale factoren				
H1a	Het risico op PSP	Contact tussen ouders	Deels bevestigd	AW: 2,095*
H1b	Het risico op PSP	Contact tussen kinderen	Bevestigd	1,677**
H1c	Het risico op PSP	Wonen in een aandachtswijk	Bevestigd	1,567*
H1d	Het risico op PSP	Steun	Niet bevestigd	
H1e	Het risico op PSP	Lid zijn van een vereniging	Niet bevestigd	
H1f	Het risico op PSP	Mate van buiten spelen	Niet bevestigd	
H1g	Het risico op PSP	Kindvriendelijkheid van de buurt	Niet bevestigd	
Gezinsfactoren				
H2a	Het risico op PSP	SES	Bevestigd	Lage SES: 1,643** Midden SES: 1,684** Hoge SES: Ref.
H2b	Het risico op PSP	Moeite met rondkomen	Bevestigd	Grote moeite: 2,534** Moeite: 1,450*
H2c	Het risico op PSP	Niet-Nederlandse etniciteit	Niet bevestigd	
Kindfactoren				
H3a	Het risico op PSP	Ingrijpende gebeurtenis	Bevestigd	1 ingrijpende gebeurtenis: 2,366*
H3b	Het risico op PSP	Gepest worden	Bevestigd	2,370**
H3c	Het risico op PSP	Weerbaar zijn	Bevestigd	5 punten: 0,433* 6 punten: 0,184**

*= $p < .05$, **= $p < .01$

AW = model 2 met aandachtswijk

7 Resultaten kwalitatieve analyses

Tijdens dit onderzoek zijn een tiental moeders geïnterviewd. Deze tien moeders komen uit vier verschillende wijken in Dukenburg en Lindenholt te Nijmegen. Acht van deze respondenten kwamen uit drie verschillende wijken in Dukenburg en de andere twee respondenten kwamen uit dezelfde wijk in Lindenholt. Vier van de respondenten hebben één kind, drie respondenten gaven aan twee kinderen te hebben en de overige moeders hebben drie, vier of negen kinderen.

Op basis van de beroepen van zowel de moeder als de vader is er gekeken naar de SES-groep. Van de tien respondenten zijn vijf respondenten in een lage SES-groep, drie in de midden SES-groep en twee in de hoge SES-groep. Van de moeders die geïnterviewd zijn er twee werkende. Van de acht niet-werkende moeders zitten er zes in de ziektewet. Deze moeders waren op één iemand na allen betrokken bij verschillende activiteiten voor moeders van kinderen op de basisschool. Eén van de respondenten is ook een begeleider van een dergelijke activiteit.

In de bespreking van de resultaten van de interviews komen de volgende thema's aan bod: de buurt, het risico op PSP, ingrijpende gebeurtenissen, weerbaarheid, beleid en vertrouwen in de zorg.

7.1 De buurt

Alvorens het beschrijven van de buurt is het van belang te benoemen dat iedereen een individuele perceptie heeft van de buurt en dat de buurten die besproken zijn veelal niet groter zijn dan een aantal nabijgelegen straten. Om deze reden is het niet zinnig om de verschillende wijken met elkaar te vergelijken en zijn binnen wijken ook weinig overeenkomsten te vinden.

Daarnaast bleken binnen wijken grote verschillen in de perceptie van de buurt te bestaan. De ene buurt kan als een goede buurt worden gezien, terwijl een paar straten verder op een probleemwijk kan zijn. Dit komt duidelijk naar voren in het volgende citaat:

“Een deel van (naam buurt) is gewoon niet zo'n hele prettige omgeving vind ik voor kinderen.” (R4)

Hieruit rijst de vraag wat een goede buurt (of een minder goede buurt) kenmerkt. De respondenten is gevraagd wat zij van belangrijke onderdelen van een goede buurt vinden en in hoeverre hun buurt aan deze onderdelen voldoet. Hierbij is, gezien het onderwerp, een nadruk gelegd op kindvriendelijkheid. De verschillende onderdelen van kindvriendelijkheid die de respondenten genoemd hebben worden stuk voor stuk behandeld.

Voorzieningen

Ouders vinden het belangrijk dat er voldoende voorzieningen zijn voor de kinderen. Deze zijn volgens de ouders van belang, omdat kinderen de mogelijkheid zouden moeten hebben om buiten te spelen. Hierdoor kunnen ze makkelijker in contact komen met andere kinderen en zodoende gemakkelijker vrienden maken. Daarnaast beschrijft een respondent een mogelijk voordeel van voorzieningen voor kinderen, namelijk dat de kinderen minder 'kattenkwaad' uithalen, zoals dit citaat illustreert:

“Als ze zich eigen op dat kunnen gaan vermaken dan kunnen ze ook geen tramalant gaan veroorzaken of rottigheid gaan uithalen.” (R9)

Daarnaast bieden volgens de respondenten voorzieningen voor kinderen een mogelijkheid tot contact voor ouders. Dit contact tussen ouders komt naar voren uit de volgende passage uit een gesprek over de speeltuin in de buurt.

“Dan kom je wel eens een ouder tegen en dan maak je een praatje. Ja, dat is toch wel leuk.” (R6)

Er is verdeeldheid onder de respondenten over of er voldoende voorzieningen in de buurt zijn. Enerzijds wordt aangegeven dat er onvoldoende voorzieningen zijn in de drie verschillende wijken. Dit gebrek aan voorzieningen komt naar voren in de volgende quote over de hoeveelheid voorzieningen in de buurt.

“Dat mag van mij wel meer zijn ... Aan deze kant heb je een heel groot gedeelte, maar wij zitten natuurlijk aan de andere kant en daar heb je eigenlijk maar één speeltuintje in de wijk en dan moet je echt naar het park.” (R8)

Anderzijds zijn er moeders die wel tevreden zijn over het aantal voorzieningen:

“Ze [hebben] veel dicht bij huis [waar ze] erop uit kunnen. Je hebt schoolplein waar ze kunnen spelen. Je hebt hier de voetbalkooi waar ze naartoe kunnen. Ze kunnen door de buurt heen.” (R4)

Enkele moeders vonden het ook van belang dat de hygiëne op orde was in de buurt en bij dergelijke voorzieningen. Het zou van belang zijn dat er weinig afval op straat komt zodat kinderen het goede voorbeeld krijgen. Daarnaast is afval soms onveilig voor kinderen. Dit gevoel van veiligheid is een ander belangrijk onderdeel van kindvriendelijkheid in de buurt.

Veiligheid

Bij veiligheid ging het in de gesprekken enerzijds om verkeersveiligheid en anderzijds om sociale veiligheid. Iedere ouder vindt het belangrijk dat de buurt qua verkeer veilig is en vindt het vervelend dat er een aantal mensen zijn die de buurt minder veilig maken. Ouders willen dat er rekening gehouden wordt met de kinderen in de buurt en rustig rijden is hier een onderdeel van. Een moeder beschreef dit duidelijk in het volgende citaat:

“... kindvriendelijk vind ik ook wel dat mensen er rekening mee houden dat er kinderen in de buurt spelen. Dus rustig rijden en ja, dat ze daar toch wel rekening mee houden.” (R9)

Naast verkeersveiligheid werd aangegeven dat sociale veiligheid van belang is voor de kindvriendelijkheid van de buurt. Deze sociale veiligheid staat bij enkele ouders onder druk door criminaliteit in de buurt. Verschillende ouders noemden drugsoverlast in de buurt als erg storend. Redenen hiervoor zijn dat drugsoverlast onguere types uit de omgeving aantrekt en dat er regelmatig politie moet komen.

Naast drugsoverlast zijn bepaalde incidenten in de buurt een belemmerende factor voor de kindvriendelijkheid van de buurt. Er zijn in verschillende buurten een aantal dergelijke incidenten geweest waardoor het gevoel van veiligheid is afgenomen. Deze incidenten lopen uiteen van auto's vernielen en ander vandalisme tot pistoolschoten. Hierdoor wordt sommige kinderen aangeraden sneller naar huis te komen en sommige delen van de buurt te vermijden.

De zorgen die ouders hierdoor krijgen kunnen worden geïllustreerd aan de hand van het volgende citaat:

“daar zitten veel drugsdealers en daar is een tijdje geleden is daar een paar keer geschoten. Ja, je kind zou er maar toevallig staan en er gebeurt iets en die vangt een kogel op, weet je. Ja, dat kan overal gebeuren, hoor. Want dat kan ook op het Cruijff of in de speeltuin gebeuren, dat kan overal. Maar ik vind wel als je bij dat soort mensen gaat lopen hangen, hoe die kinderen dat doen. Dat je dan wel meer risico loopt als gewoon in de speeltuin of hier bij het Cruijff.” (R9)

Tevens gaf een ouder aan dat als een buurt eenmaal als onveilig is bestempeld dat dit gevoel van veiligheid moeilijk te herstellen is:

“je moet vertrouwen krijgen weer in dat gedeelte. Ik zou daar zelf niet gaan wonen, ondanks het daar nou veel beter is hoor en het ziet er ook veel netter uit. Maar het gevoel van toen, ja. Dat zou ik nu niet zo gauw doen.” (R6)

Tot slot noemde een ouder dat je het gevoel van veiligheid zelf in de hand hebt als ouder. Dit wordt duidelijk aan de hand van het volgende citaat:

“Ik denk ook dat het een beetje aan de ouders zelf ligt hoe veilig je het kunt. Kijk, mijn kinderen zijn niet meer buiten als het donker is bijvoorbeeld.” (R8)

Cultuurverschillen

Sommige respondenten waren van mening dat hun buurt gesegegreerd was op basis van cultuur. Hierdoor was er minder mogelijkheid voor contact en binding met de buurt. Deze segregatie kan voortkomen uit de verschillen in taal, maar ook uit verschillen in opvoeding. Sommige ouders vinden het prettig als andere ouders waarmee over de opvoeding gepraat wordt een soortgelijke opvoeding voor hun kinderen nastreven.

“Omdat ik ben van Surinaamse origine en zij zijn van Antilliaanse origine en de opvoeding is best wel bijna hetzelfde... We [zitten] op één lijn ... we zijn in Nederland, dus je moet je toch best wel aanpassen aan bepaalde dingen ... maar bepaalde basisdingen die behoud ik wel op zijn Surinaams.” (R10)

Segregatie op basis van cultuur wordt als vervelend ervaren door de respondenten. De redenen hiervoor zijn dat er wel interesse is voor andere culturen, maar dat er het gevoel speelt dat er weinig mogelijkheid is om betrokken te worden bij de verschillende groepen.

Eén respondent woont in een hechte buurt en zegt dat er hier anders wordt omgegaan met cultuurverschillen. Deze buurt is divers en er is geen sprake van segregatie zoals blijkt uit de volgende passage:

“dat je echt groepjes krijgt. Dat is niet bij ons. Het is gewoon ja. Het loopt, het gaat in elkaar over. Het is niet zo van daar wonen die mensen, daar wonen alleen maar witte mensen, daar wonen... Nee dat is bij ons niet en dat vind ik zelf ook heel fijn. Ik vind het wel belangrijk ... dat mijn kinderen zien dat een donkere huid is niet anders als dat iemand blauw of groene ogen heeft. Het is precies hetzelfde.” (R7)

Contact in de buurt

Een belangrijk onderdeel van kindvriendelijkheid die genoemd werd is dat er voldoende kinderen in de buurt zijn. Als er meer kinderen in de buurt zijn hebben andere kinderen ook meer mogelijkheid om vrienden te maken. Daarnaast draagt het bij aan het gevoel van veiligheid. Tussen kinderen is er namelijk ook sociale controle. Dit uit zich bijvoorbeeld in het naar huis sturen van een kind als de rest naar huis gaat, maar ook dat kinderen elkaar erop wijzen wat gepast gedrag is. Tevens noemden ouders dat als er meer kinderen in de buurt zijn er ook meer contact is tussen ouders.

Een ander belangrijk genoemd onderdeel van de kindvriendelijkheid van buurten is dat er voldoende contact is tussen de buurtbewoners. Hierdoor kan er sociale controle plaatsvinden en kan er steun worden geboden bij lastige situaties. Het verschil in contact met buurtbewoners en de behoefte hieraan is groot. Aan de ene kant is er een moeder die aangeeft op zichzelf te zijn en haar eigen leven te willen inrichten zoals duidelijk wordt aan de hand van het volgende citaat:

“ ...we laten niemand of niks meer ons de weg wijzen of iets zeggen van je moet het zo doen. ... Dan zeggen wij nu gewoon vlak af van doe maar wat jij wil, ik doe wat ik zelf wil.” (R1)

Aan de andere kant zijn er moeders die wel behoefte hebben aan contact met de buurtbewoners en de sociale controle die hierbij hoort. De één vindt het belangrijk dat er in een geval van nood iemand in de buurt is en de ander wil dat er regelmatig contact is en dat er veel sociale controle is.

Sociale Controle

Eén respondent had veel behoefte aan dit contact en de sociale controle en de buurt waar zij in woont sluit hier bij aan. In deze buurt worden met enige regelmaat activiteiten georganiseerd, zoals een borrel of een barbecue. Hier kennen mensen elkaar en is er veel sociale controle. Dit heeft tevens gevolgen voor de opvoeding van kinderen, omdat zij ook gecorrigeerd worden door andere ouders uit de buurt. Hierbij vindt er een wisselwerking plaats tussen acceptatie van de sociale controle en je eigen bijdrage leveren hierin, zoals het volgende citaat weergeeft:

“Iedereen wordt wel geacht ook op elkaar te... Of dat wordt geaccepteerd kun je beter zeggen. Dat je op elkaars kinderen ook wel corrigeert en let.” (R7)

Het is tevens van belang dat de ouders aangaven dat er een verschil is tussen ‘goede’ en ‘slechte’ sociale controle. ‘Slechte’ sociale controle wordt op verschillende manieren omschreven. Het is een gevoel dat er aan je getrokken wordt of dat je bij elkaar op de lip zit. Een andere moeder vond dat er slechte sociale controle was, omdat zij één van de weinige werkende ouders in de buurt was. Zij omschreef dit als volgt:

“Je bent continu bezig en met uh.. Van alles en nog wat en degene die dan eigenlijk niets doen, de niet- werkenden, die, die letten heel negatief op je. Die willen je claimen en op het moment dat je dan geen aandacht besteedt dan wordt er scheel naar je gekeken. [Worden] er bepaalde dingen gezegd, maar je reageert er niet op.” (R10)

‘Goede’ sociale controle, aan de andere kant, is dat er op elkaar gerekend kan worden als het nodig is en het contact op een nette manier verloopt. Dit op elkaar rekenen uit zich bijvoorbeeld in het zorgen voor de woning als je op vakantie bent, het oppassen op kinderen, de mogelijkheid om je ei kwijt te

kunnen bij een buurtbewoner etcetera. Als er een dergelijke controle is wordt dit meestal ook als prettig ervaren.

“Bijvoorbeeld op vakantie, dan wordt er een beetje op je tuin gelet en op je post en al dat soort dingen. En ja, dat is prima, dat vind ik geweldig. (R6)”

Steun

Een ‘goede’ sociale controle geeft ook de mogelijkheid voor ouders om steun te krijgen en te geven. Uit de interviews kwam naar voren dat er grote verschillen zijn in de mate waarin steun ontvangen en gegeven wordt. Enerzijds hebben ouders geen behoefte aan steun van andere ouders. Hiervoor kwamen de volgende redenen naar voren: verkeerde adviezen, bescherming van eigen grenzen, anderen niet willen lastig vallen, moeite om adviezen aan te nemen, schaamte, de individuele aanpak in de opvoeding en het te druk hebben.

Anderzijds zijn er ouders die wel behoefte hebben aan steun van andere ouders. Hierbij is behoefte aan advies over uiteenlopende zaken in de opvoeding, maar is er ook behoefte aan een luisterend oor. Echter zijn deze dingen onafscheidelijk van elkaar en is er ook behoefte aan beiden. Een respondent illustreert dit mooi:

“Af en toe kun je dan ook daar wel eventjes mijn ei kwijt ... en tips vragen of zo als ik ergens mee zit.” (R5)

Sommige ouders hadden echter geen behoefte aan dergelijk advies, maar de meesten verkozen wel een eerlijk antwoord boven een luisterend oor. Het is dan wel een voorwaarde dat de ouder zelf beslist wat hij of zij met dit advies doet:

“Ik wil niet horen wat ik wil, maar ik wil gewoon een eerlijk antwoord, een eerlijk advies en het ligt aan mij wat ik er mee doe.” (R10)

De meeste steun die gegeven en ontvangen wordt is in de vorm van ervaringen delen en kan als heel waardevol worden ervaren. Ook voor de kinderen, zoals blijkt uit het volgende citaat:

“hoe meer mensen, hoe blijer zij is in het doen en laten en ook gewoon ja weet je wel? Ook wat ik zeg over dat oppassen en zo. Dat vindt zij ook gewoon, want dan kan ze eens naar die en dan kan ze eens naar die.” (R2)

Deze steun is echter toegankelijker met de goede hulpbronnen binnen bereik zoals blijkt uit het volgende citaat:

“ik heb gewoon wel meer, uh, meer resources (of hoe moet je het noemen?) Vanuit mezelf, maar ook uit steun die ik wel ervaar.” (R4)

Deze hulpbronnen zijn de SES, maar ook de steun die zij van familie en vrienden krijgt. Deze steun is echter niet altijd gemakkelijk te verkrijgen, omdat er in sommige buurten vaste cliëcjies zijn die niet toegankelijk zijn voor iedereen. Deze respondent gaf aan zich ook niet thuis te voelen in de buurt en gaf aan dat als zij in een andere buurt zou wonen zij meer contact zou hebben met de bewoners. Toen zij het over haar buurt had kwam het volgende citaat naar voren:

“er wonen ook mensen net zoals wij. Losse flodders... Als ik in een andere buurt zou wonen dan denk ik dat er wel meer contact zou zijn.” (R5)

Tot slot is het van belang te noemen dat verschillende respondenten aangaven dat er eerst vertrouwen moet zijn om mogelijke steun te ontvangen. Ouders willen bijvoorbeeld eerst graag het huis zien voordat het kind daarheen gaat. Verjaardagsfeesten bieden een mogelijkheid hiervoor. Naast het zien van de thuissituatie hielp herhaaldelijk contact (bijvoorbeeld op scholen) dit vertrouwen tot stand te brengen en in stand te houden.

7.2 Het Risico op Psychosociale Problemen

Uit enkele interviews zijn een aantal belangrijke factoren ten aanzien van het risico op PSP naar voren gekomen. Ouders zijn gevraagd wat zij als mogelijke oorzaak zien voor de (indien aanwezige) PSP van het kind. De eerste belangrijke mogelijke oorzaak is een accumulatie van problemen:

“En sommige zeggen dan ja, maar als je zoveel slecht nieuws hebt, ja, dan kun je dat toch wel verdragen, maar, nee, dat kun je echt niet.” (R1)

De tweede factor die genoemd is voor het ontstaan van PSP is het karakter (deze is beleidsmatig echter moeilijk te beïnvloeden). In een vraag over hoe het komt dat het kind op emotioneel vlak minder sterk is kwam het volgende antwoord naar voren:

“Dat zit gewoon in zich denk ik, dat is gewoon het karakter. (R1)”

De derde genoemde factor is langdurige ziekte of handicap van een gezinslid. Sommige kinderen vinden het belangrijk voor hun gezinslid te zorgen en een langdurige ziekte of handicap kan veel druk geven voor het kind. Daarnaast is het moeilijk voor een kind hun gezinslid in een dergelijke staat te zien.

De vierde genoemde factor is het overlijden van een naaste of geliefde. Vooral het verlies van ouders kan een directe aanleiding zijn voor PSP.

Het wisselen van school of het verhuizen kan ook een bijdragende factor zijn in het ontstaan van PSP.

“En dan die omschakeling en als je er dan al bang voor bent dan. Dan is dat even moeilijk.” (R9)

Het gedrag en de mogelijke stress van de ouders kunnen ook bijdragen aan het ontstaan van PSP. Dit werd als volgt aangegeven:

“Dat het ook te maken heeft met de volwassenen. Dat gedrag, dat kopiëert het kind ook. Als je gestrest bent dan is het kind ook gestrest. Als jij nuchter bent dan is het kind ook heel nuchter. Dus, ja, en als je gevoel geeft dat je het verkeerd doet denk ik dat hij dat dan zo meeneemt. (R3)”

Naast dat het gedrag wordt overgenomen van ouders geven verschillende ouders aan dat ook het gedrag van andere kinderen wordt overgenomen. Als dit kind ook last heeft van PSP kan dit een bijdragende factor zijn in het ontstaan van PSP.

Een andere factor die uit de interviews naar voren kwam was het te veel met dokters en andere specialisten geconfronteerd worden. De stress die hiermee gepaard gaat voor ouders zou hier ook aan kunnen bijdragen.

De negende en laatste genoemde factor is gepest worden.

“Ik ben zelf gepest op de lagere school en op de middelbare school ook gepest. Een periode.. pestperiode gehad. Ja, dat hakt er best in. (R5)”

Daarnaast werd een situatie beschreven waarin de leerkracht ook een bijdrage leverde in het gepest worden. Dit heeft wellicht bijgedragen aan een angst om naar school te gaan.

7.3 Ingrijpende Gebeurtenissen

Zoals duidelijk werd uit de vorige paragraaf zijn (enkele) ingrijpende gebeurtenissen een factor in het ontstaan van PSP. Om deze reden is het van belang om te kijken hoe door ouders en kinderen met deze ingrijpende gebeurtenissen omgaan. Om informatie ten aanzien van ingrijpende gebeurtenissen te verkrijgen is de ouders gevraagd wat zij zouden doen bij het overlijden van een naaste of geliefde. In het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen wordt vooral de nadruk op communicatie gelegd. Deze communicatie dient een positief karakter te hebben.

“Je probeert er altijd positief tegen te kijken natuurlijk (R1)”

Daarnaast is de communicatie vaak basaal. Kinderen vinden het soms moeilijk voor langere tijd de aandacht erbij te houden en kunnen later altijd nog met vragen komen. Naast het compact vertellen van een dergelijke gebeurtenis noemden ouders dat het van belang is om rustig te blijven en eventueel te vertellen dat de overledene een sterretje is, zoals uit dit citaat blijkt:

“dan is er iemand overleden. Een oma. En ja dan steun ik die moeder, maar ook die kinderen zeg maar. Zo van, oma is nou een sterretje en zo. Ja, weet je wel, ze worden rustiger bij mij. Bij de ouders zelf doen ze echt zo van (kijkt verkramp en ademt luid) weet je wel?” (R2)

Voor veel ouders is het ook een moeilijke overweging om het kind te betrekken bij de verwerking van een ingrijpende gebeurtenis. Dit is afhankelijk van de eerdere ervaringen van de ouders en de leeftijd en het karakter van het kind. Hierin zijn verschillende meningen. Ouders vinden het vaak belangrijk vinden dat een kind hierbij is. Een voorbeeld hiervan wordt duidelijk uit het volgende citaat:

“We zijn hier niet voor altijd. Op een gegeven moment dan neem je afscheid. En dat is dan zo’n gelegenheid dat iemand dan echt afscheid neemt. Want die wordt dan begraven en ik vind dat dan ook wel iets belangrijks dat een kind op een gegeven moment als hij daar aan toe is dat hij het toch een keer gaat meemaken. Want het moet toch wel een keer” (R3)

Het is van belang de keuze bij het kind te leggen, maar nog belangrijker is de voorbereiding die de ouders aan het kind geven:

“Maar ik denk ja, als je als ouders goed voorbereid op alles. Ja, dan moet dat gewoon lukken. Alleen voor het ene kind is het moeilijker als voor het andere.” (R1)

Dit citaat laat tevens het belang van een individuele aanpak zien. Dit werd door iedere moeder benadrukt. Iedere ouder en ieder kind is anders en iedereen heeft zijn eigen idee over wat goed en slecht is.

Naast het overlijden van een naaste of geliefde is het hebben van een langdurige handicap of ziekte een belangrijke ingrijpende gebeurtenis. Er zijn meerdere moeders gesproken die in de ziektewet zitten vanwege verschillende redenen. Dit kan het lastiger maken om het kind op te voeden.

“En nou gaat (naam) naar school en die krijgt dus dingen die ik niet kan en ik wil hem graag helpen. En daar loop ik wel eens tegenaan. Kan ik hem over een tijdje nog wel helpen? En hoe moet ik hem zo sturen dat hij wel zijn dingen kan doen?” (R6)

Aan de andere kant is de moeder wel veel aanwezig wat een positieve invloed op het kind kan hebben. Hierdoor heeft de ouder namelijk meer tijd om zich bezig te houden met de ondersteuning het kind.

7.4 Weerbaarheid

Het risico op PSP kan verminderd worden door de weerbaarheid te vergroten. De moeders zijn gevraagd wat zij doen om kinderen weerbaar te maken. Hierbij is gevraagd wat ouders tegen hun kinderen zeggen wanneer zij gepest worden of zich op een andere manier weerbaar moeten opstellen. Daarnaast is gevraagd naar het zelfvertrouwen van het kind en hoe deze vergroot kan worden in de opvoeding.

Communicatie speelt een belangrijke rol in het aanleren van weerbaarheid en het kweken van zelfvertrouwen. Hierin is positieve aandacht van groot belang. Wanneer er geleerd wordt met een positieve insteek naar zaken te kijken kan dit de weerbaarheid en het zelfvertrouwen vergroten. Daarnaast worden regelmatig complimentjes gegeven om de weerbaarheid en het zelfvertrouwen te vergroten. Dit citaat laat een voorbeeld zien van een dergelijke positieve aanpak:

“...als ze iets doet dan geef ik haar altijd een complimentje en ook al doet ze het verkeerd weet je. Dan zeg ik haar van (naam) dan doe je het weer opnieuw. Want dan zeg ik haar meteen. Mama heeft ook kleine foutjes gemaakt (naam). Maar mama doet het dan weer opnieuw. Het belangrijkste is dat je het niet opgeeft. Blijven proberen, dus niet van ja, je hebt het niet goed gedaan weet je. Want dan zakt het zelf vertrouwen en dat is wat ik niet wil.” (R10)

Ook wordt er een nadruk gelegd op de situatie duidelijk in kaart brengen en het in perspectief plaatsen van mogelijke problemen zoals in het volgende citaat geïllustreerd wordt:

“...dingen waar ze zelf heel erg teleurgesteld over zijn die dan niet goed zijn. Ik probeer het gewoon in perspectief te plaatsen.... er is een keer iets niet goed gegaan en weet je ook hoe het komt? En soms weten ze dat heel goed. Dan is het: ik heb er niet voor geleerd. Nou, dan zegt dat dus niks over jou, maar dat betekent alleen dat je de volgende keer hard moet leren en dan gaat het vast wel weer goed.” (R4)

Verder is het van belang te vertellen dat de eigen ervaringen meegenomen worden in de opvoeding betreffende weerbaarheid. Het wordt door sommige ouders als lastig ervaren welke ervaringen je meeneemt en hoeveel je met een kind deelt. Een ouder die vroeger veel gepest is gaf aan hoe lastig het kan zijn om mee te geven wat je wilt zonder dat je de beladenheid aan het kind overdraagt:

“Ik probeer... wat heel lastig is. Ik probeer hem wat weerbaarder in het leven te laten staan dan ik zelf heb ervaren dat het was zal ik maar zeggen. Dat ik zelf was. Maar ik probeer dat dan ook.. Ja, het is bijna niet te doen eigenlijk, want ja, je hebt meegekregen wat je meegekregen hebt.” (R5)

Pesten

De meeste ouders gaven aan in eerste instantie het kind te vertellen dat hij of zij naar de leerkracht moet gaan met problemen. Als de leerkracht echter onvoldoende voor de leerlingen doet zijn ouders geneigd zichzelf erbij te betrekken en ter bescherming krijgen kinderen het advies terug te slaan zoals duidelijk naar voren komt in de volgende twee citaten:

“Als de school er niks mee doet, dan moet je het zelf maar doen.” (R1)

“Hij kwam altijd bont en blauw thuis en school deed daar niks aan. Dan moeten we het gewoon op een andere manier oplossen. Ik ben helemaal niet zo van gelijk terugslaan en gelijk meppen, helemaal niet. Maar als jij zo vaak thuiskomt. Helemaal bont en blauw en dat je op een gegeven moment bijna je ribben gekneusd hebt door een karatetrap en school doet daar niks aan.. Ik, ik ben ook op school geweest. Toen heb ik gezegd van.. en zijn vader ook.. Toen heb ik gezegd van, als ik.. Of je pakt een stuk hout en je peert hem tegen zijn hersens of je maakt een vuist en je slaat hem een keer tegen zijn kop. Dan doet hij het gewoon nooit meer.” (R9)

Een moeder ging zover in de bescherming van haar kind dat er een beloning tegenover terugslaan kwam te staan. Ook zij gaf aan dat zij dit nodig achtte, omdat de school onvoldoende tegen het pestgedrag deed.

Weerbaarheidstraining

Uit de interviews kwam naar voren dat vier van de tien respondenten een kind hebben die een vorm van weerbaarheidstraining krijgt. Deze weerbaarheidstraining hadden zij gevolgd bij verschillende instanties. In deze trainingen werd door middel van rollenspel en gesprekken met kinderen geleerd over hoe ze weerbaarder in het leven kunnen staan. De invloed van deze training komt duidelijk naar voren in het volgende citaat:

“Interviewer: heb je het gevoel dat ze voor zichzelf kan opkomen?”

R2: Nou wel. Maar vroeger niet.... ze was heel teruggetrokken en je moest haar echt aanduwen om iets te doen. ... Toen heeft ze een [weerbaarheidstraining] gehad. Nou, dat was echt super. Ja, in die zin dat ze nu, ze bijt van d'r af, ze weet je wel? Ze doet leuk mee, alles. Nee, ze is heel erg veranderd door die [weerbaarheidstraining].”

De situaties die besproken worden in een weerbaarheidstraining zijn erg uiteenlopend. Een respondent gaf bijvoorbeeld aan dat de weerbaarheidstraining ook bij het verwerken van ingrijpende gebeurtenissen kan helpen:

“Interviewer: ... zou dat ook helpen als er bijvoorbeeld een naaste overlijdt?”

R2: Ja, ze bespreken van alles hè. En overal was een toneelstukje voor zeg maar.”

Tevens heeft deze weerbaarheidstraining ook positieve invloed gehad op de schoolresultaten van het kind.

Aan sommige ouders is gevraagd hoe zij het zouden vinden als een dergelijke training in een compactere vorm zou worden gegeven aan kinderen. Over het algemeen was er het idee dat het geen kwaad zou kunnen en dat het een aanvulling kan zijn op wat de leerkracht al doet:

“Ik denk dat het nooit kwaad kan. Ik denk dat het. Ik weet niet in hoeverre een leraar dat ook al doet. En dat soort dingen komen natuurlijk vaak ter sprake als er iets gebeurt in de klas. Dat hoor je dan wel. Dan wordt daar ook altijd wel op ingehaakt, maar ik denk dat dat nooit kwaad kan, ze hebben hier wel meerdere dingen waar iemand langskomt om iets te vertellen. Of dat nou de brandweer is. Op die manier denk ik dat helemaal niet verkeerd is.” (R7)

Ouders willen echter wel hun eigen invloed op de weerbaarheid van het kind behouden:

“dat zou misschien wel goed zijn dat de kinderen les krijgen voor weerbaarheid, maar ik leer mijn kind zelf om zich weerbaar te maken.”(R10)

Een andere respondent ging een stap verder dan een klassikaal programma ter bevordering van de weerbaarheid. Zij vond het belangrijk dat er een diagnose aan verbonden kan worden, omdat er veel kinderen zijn die weinig weerbaar zijn:

“[Als je] Een klas hebt met 20 kinderen. Ik denk dat er misschien wel 18 kinderen mee kampen dat ze te weinig zelfvertrouwen hebben of een slechter zelfbeeld of wat dan ook. Maar ik denk dat daar ook misschien wel van die 18 kinderen 16 ouders zijn die er niet aan toe willen geven dat er iets is met hun kind.” (R9)

Daarnaast zou een voordeel van een klassikale aanpak zijn dat kinderen open over hun gevoelens kunnen praten:

“ik denk dat sommige ouders daar heel veel moeite mee hebben, dus ik denk dat als dat gewoon klassikaal gebeurt dat er meer kinderen naar voren komen die iets hebben of iets vinden, die dat niet zo makkelijk thuis durven te zeggen.” (R9)

7.5 Beleid

Naast de weerbaarheidstraining zijn er een aantal belangrijke beleidsmaatregelen uit de interviews met ouders naar voren gekomen die mogelijk het risico op PSP bij kinderen kunnen verminderen. Eerst worden drie verschillende programma's voor ouders besproken, vervolgens komt het belang van een pestprotocol aan bod en tot slot worden algemene uitspraken over het opstellen van beleid genoemd.

Programma's voor ouders

De drie verschillende programma's vinden alle plaats op scholen en veel respondenten vonden het van belang om als ouder betrokken te zijn bij de school van het kind. Dit uitte zich in vrijwillig helpen op de school, maar ook in het meedoen aan de verschillende programma's die door de school worden aangeboden. De respondenten is gevraagd hoe zij deze programma's ervaren en welke dingen zij als waardevol zien. Het verschilt erg per programma wat de ervaringen waren. Om deze reden worden de resultaten per programma besproken.

Programma 1

Dit programma is het openstellen van een 'huiskamer' voor ouders. Hierin is het mogelijk samen te komen voor een gesprek en een kop koffie, maar er worden ook bijeenkomsten georganiseerd om bepaalde thema's in de opvoeding aan te halen. Bij dit programma werd het als erg waardevol ervaren om ervaringen uit te wisselen en anderszins informatie te krijgen over de opvoeding en de school.

Daarnaast werd het contact met ouders erg gewaardeerd. Door dit contact was het ook mogelijk om dingen te organiseren voor de moeders in de buurt. Hierdoor was het ook mogelijk culturen te binden.

“Dat vind ik gewoon leuk. Hoe mensen dan zijn. Ja en dan ook met al die culturen. Ja, ik vind dat heel belangrijk. Ook voor jezelf, voor de samenleving en voor de kinderen.” (R2)

Programma 2

Bij het tweede programma worden ouders geholpen bij de begeleiding van hun kind in de opvoeding en met schoolwerk. Dit werd door de ouders erg gewaardeerd. Naast informatievoorziening werd het contact, het binden van culturen en het hebben van lotgenoten erg gewaardeerd, zoals dit citaat illustreert:

“Die zorgen die ik daarover heb, die heb ik dan ook bij die opvoedingscursus naar voren gebracht en ook van anderen gehoord dat ze daar wel mee zaten.” (R5)

Daarnaast werd aangegeven dat het voor de doelgroep nieuwe moeders erg waardevol is.

“Ik denk dat het voor ouders. Vooral nieuwe ouders, zeg maar, dus kinderen die net naar school gaan. Dat dat gewoon heel goed is.” (R6)

Echter was er ook commentaar op het programma. Er werd aangegeven dat het tijdstip onhandig is voor werkende moeders. Daarnaast zou het minder geschikt zijn voor moeders die al goed Nederlands spreken en al voldoende kennis hebben over de opvoeding. Er zou een nadruk zijn op moeders die het harder nodig hebben en het kwam niet geheel overeen met haar verwachtingen. Deze verwachtingen zijn duidelijk beschreven in het volgende citaat:

“Om heel eerlijk te zijn. Ik had het eigenlijk anders verwacht. Want ik dacht eigenlijk [naam programma 2] was.. Je leert hoe.. Wat je kind op school krijgt. Weet je, met rekenen, taal. Natuurlijk, het onderwijs is veranderd en om mijn kind dan thuis te begeleiden.” (R10)

Bij dit programma is ook een begeleider geïnterviewd. Hierin zijn verschillende belangrijke dingen naar voren gekomen. Ten eerste werd het van belang geacht om het hele netwerk van de school bij een dergelijk programma te betrekken. Daarnaast gaf zij aan dat er actief geworven werd onder ouders. Hierbij werd een selectie gemaakt van moeders voor wie het bruikbaar zou zijn om hulp te krijgen. In deze werving lag de nadruk op het belang voor het kind. Ze gaf aan dat deze methode goed aansloeg.

De effecten van het programma werden als erg positief beschouwd. De mensen die meedoen aan het programma worden goed geïnformeerd en er is een mogelijkheid tot uitbreiding van het netwerk. Dit citaat illustreert deze mogelijke groei van het netwerk:

“Als je een beetje mazzel hebt en dat zien we ook wel gebeuren soms is dat ze bij die contacten bij de school voor ouders ook hun netwerk gaan opbouwen en wel aansluiting vinden op het schoolplein. En dan wordt die kring die wordt dan heel snel groter.”

De rol van de begeleider is tevens van groot belang. De respondent gaf aan dat zij een rol tussen moeder en professional moest aannemen. Dit kan als lastig worden ervaren. Hier gaat zij mee om door simpelweg te vragen wat de andere moeders zoeken in het contact.

Programma 3

Het derde programma is wederom een ruimte die is opengesteld voor moeders. Hier worden wekelijks koffieochtenden gehouden en is er een activiteitenclub opgericht. Bij deze activiteiten draait het volgens de respondenten vooral om gezelligheid en het contact. Er is een vast kliekje mensen die zowel aan de activiteitenclub als de koffieochtenden meedoet. Deze mensen hebben echter wel geprobeerd nieuwe mensen aan te trekken, maar deze werving gebeurde wel op een andere manier dan bij programma 2. Hierbij werden posters opgehangen en werd aan de directe vriendenkring gevraagd of zij mee zouden willen doen.

Een ander voordeel dat genoemd werd, die wellicht ook op de andere programma's van toepassing is, is dat de moeder even tijd buitenshuis heeft. Dit werd gewaardeerd, zoals blijkt uit het volgende citaat:

“ik vind het altijd wel even lekker om thuis weg te zijn. Dat klinkt heel onaardig, maar gewoon iets anders als thuis te hebben. Maar ja, de één heeft zijn sport, de ander heeft zijn hobbyclub of iets. En ik vind het wel belangrijk, maar ik denk ook wel dat er sommige mensen zijn die het moeilijk vinden om zo'n club binnen te komen of binnen te stappen.” (R8)

Pestprotocol op scholen

Er zijn verschillende meningen gegeven over hoe pesten bestreden kan worden. Bijna iedere respondent gaf aan dat de school en de leerkrachten hier een grote rol in spelen. De respondenten gaven aan dat het van belang is dat de leerkracht adequaat reageert op pestgedrag. Hierbij werd aangegeven dat het van belang is dat de leraar niet te veel kinderen tegelijk onder toezicht houdt. Daarnaast werd aangegeven dat de situatie duidelijk in kaart moet worden gebracht door de leerkracht en dat de kinderen even zwaar moeten worden bestraft. Daarnaast had een school een duidelijk pestprotocol en dit werd als waardevol ervaren.

Echter was er ook een respondent die aangaf dat pesten inherent is aan de Nederlandse cultuur. Dat betekent dat zowel volwassenen als kinderen pesten. Echter gebeurt het bij volwassenen op een minder duidelijke manier. Zij misgunnen elkaar dingen en zeggen vervelende dingen achter iemands rug om. Doordat dit in de Nederlandse cultuur zou zitten is het lastig om iets aan het pesten te doen.

“Ik kreeg het gevoel niet dat de ene wil hebben wat de ander heeft, maar gewoon misgunnen ... En dan heb ik nu echt zoiets van de oudere kunnen het niet oplossen, dat ze pesterij kunnen gaan bestrijden, want het zit er zo diep in.” (R10)

Algemeen beleid

Er zijn een aantal struikelblokken voor beleid naar voren gekomen in de interviews. Contact in buurt zou moeilijk te sturen zijn, zoals blijkt uit het volgende citaat:

“Ik denk wel dat dat beter zou zijn, ik denk alleen niet dat je dat in de hand. Ik denk niet dat je dat echt. Als mensen daar wonen dat je daar echt heel veel in kan sturen. Het moet toch uit de mensen zelf komen. Je kunt wel wat sturen denk ik, maar ik denk niet echt veel. Je kan zeggen van goh, de buurt krijgt een potje voor een buurtfeest of wat dan ook en dan is het altijd nog wel dat mensen moeten opstaan voor iets en moeten regelen. En mensen moeten ook wel komen. En ja, ik weet niet of je dat veel kan sturen.” (R7)

Daarnaast bestaat er het idee dat het lastig is om mensen überhaupt te sturen:

“ik kan jou niet gaan veranderen. Wij zijn twee volwassen mensen” (R9)

Het kan tot van belang ouders te melden bij het werven voor bepaalde programma's dat het belang van het kind voorop staat. Sommige respondenten gaven aan dat het belang van het kind belangrijker is dan je eigen mening (over bijvoorbeeld de gezondheidszorg):

“Maar ja, wat is belangrijker? Jouw eigen gedachte of je kind?” (R2)

7.6 Het vertrouwen in de zorg

Een laatste mogelijke factor die naar voren kwam uit de interviews is het vertrouwen in de zorg. In de eerdere interviews kwam dit regelmatig naar voren en bij latere interviews is er rekening gehouden met de invloed van het vertrouwen in de zorg.

Het vertrouwen in de zorg bleek van groot belang te zijn voor het kunnen ondersteunen van ouders en hun kinderen. Er zijn verschillende redenen aangegeven waarom er minder vertrouwen is in de zorg.

Een respondent gaf aan weinig vertrouwen te hebben in de psychische gezondheidszorg. Een reden hiervoor waren dat zij voor haar gevoel meer levenservaring heeft opgedaan dan menig psycholoog. Hierdoor heeft zij het gevoel dat een psycholoog haar niks nieuws kan vertellen. Een andere reden is dat de ouder het gevoel krijgt dat een psycholoog mogelijk de opvoeding van haar kind ondermijnt of bekritiseert.

Een andere respondent gaf aan weinig vertrouwen te hebben in de gezondheidszorg, omdat er te snel medicatie zou worden voorgeschreven. Er zou een commerciële belangenverstrengeling zijn tussen de gezondheidszorg en de producenten van medicijnen.

Een andere reden om weinig vertrouwen te hebben in de zorg is dat sommige hulpverleners (met name specialisten) zachtzinnig zouden gedragen. Sommige respondenten gaven aan dat zij het fijn zouden vinden als de hulpverlener zich menselijk opstelt.

Tevens gaf een respondent aan dat haar kind een verkeerde diagnose had gekregen. Hierdoor is haar vertrouwen in de zorg ook afgenomen. Ook kan het niet serieus nemen van de patiënt bijdragen aan een toenemend wantrouwen in de zorg.

Daarnaast werd aangegeven dat het doorverwezen worden naar verschillende instanties als vervelend werd ervaren. Vooral doordat hetzelfde verhaal vaker verteld moet worden en door de stress die bij deze bezoeken komt kijken.

“Ja, en het nare is altijd, hij heeft dat net zo veel. Ja, je moet en daar naartoe en daar naartoe en ja, op een gegeven moment, ik zit zelf al continu in het ziekenhuis ... en dan moet je hem ook nog eens iedere keer... dat is heel ... heel vermoeiend ... dat merk ik wel.” (R1)

Er zijn echter ook veel goede ervaringen met de zorg geweest die de respondenten vertrouwen in de zorg gaven. Bij deze goede ervaringen werden de neutraliteit, de professionaliteit en de persoonlijke aanpak erg gewaardeerd.

Naast het vertrouwen in de zorg hebben verschillende respondenten aangegeven dat de angst voor een diagnose belemmerend kan werken. Echter geeft een diagnose ook geruststelling, omdat de respondent dan weet wat er aan de hand is en vaak ook wat er verder gaat gebeuren.

Tot slot is het van belang om te zeggen dat een gesprek met een hulpverlener een ander karakter dient te hebben dan een gesprek met een andere moeder. In een gesprek met een hulpverlener ligt de nadruk namelijk altijd op advies en wordt er minder waarde gehecht aan het luisterend oor.

“als ik naar een professional ga dan wil ik advies hebben, want het luisterend oor dat heb ik dan wel ergens anders gezocht.” (R4)

8 Deelconclusie: Beantwoording onderzoeksvraag 1

In dit hoofdstuk komen de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag naar voren. Deze conclusies zijn op basis van de resultaten van de kwantitatieve en de kwalitatieve methoden. Ten aanzien van het risico op PSP zijn de volgende factoren naar voren gekomen (zie tabel 4).

Tabel 4 De verschillende beschermende- en risicofactoren met betrekking tot het risico op PSP

Risicofactoren	Beschermende factoren
In een gezin opgroeien met een lage SES	In een gezin opgroeien met een hoge SES
Wonen in een aandachtswijk	Wonen in een kindvriendelijke buurt (een veilige buurt met betrekking tot verkeer en criminaliteit met voldoende voorzieningen)
Onvoldoende of niet-passende steun krijgen uit de buurt ('slechte' sociale controle en verkeerde adviezen krijgen)	Steun krijgen uit de buurt (goede sociale controle, de mogelijkheid je verhaal kwijt te kunnen en eventuele opvoedtips worden als waardevol ervaren.)
Het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen (en het wisselen van school)	
Pesten of gepest worden	Weerbaar zijn (incl. het volgen van weerbaarheidstrainingen en het leren omgaan met ingrijpende gebeurtenissen)
Het ontbreken van effectief beleid tegen pesten op school	Effectief beleid tegen pesten op school
Probleemgedrag van ouders en van andere kinderen	Voorbeeldgedrag van ouders en van andere kinderen
Wantrouwen in de zorg (gebaseerd op niet-passende adviezen en het te snel voorschrijven van medicijnen)	Vertrouwen in de zorg (gebaseerd op goede ervaringen waar passende adviezen, neutraliteit, professionaliteit en een persoonlijke aanpak)
Een accumulatie van problemen	Het participeren aan verschillende programma's voor ouders (en het daaraan gerelateerde contact met andere ouders, de adviezen betreffende opvoeding en de betrokkenheid bij school en bij het kind.)

Sociale factoren

Naar aanleiding van resultaten over de buurt kan gesteld worden dat voorzieningen een belangrijke rol spelen in het bevorderen van contact tussen zowel kinderen als ouders in de buurt. Deze voorzieningen kunnen speeltuinen, parken, activiteitenclubs, huiskamers op scholen en mogelijke andere ruimtes zijn.

Daarnaast speelt de veiligheid een belangrijke rol. Hierin kunnen ouders ook een rol spelen door duidelijke afspraken met de kinderen te maken. Daarnaast is het van belang dat ouders de mogelijkheid hebben om contact te hebben over de veiligheid en elkaar ook op andere zaken betreffende de kindvriendelijkheid van de buurt kunnen aanspreken. Dit contact over veiligheid kan ook bijdragen aan het herstellen van het gevoel van veiligheid in een voorheen onveilige buurt. Dit sluit aan bij de theorie van Postma (2008) en Aneshensel & Sucoff (1996) waarin gesteld wordt dat de staat van de buurt een belangrijke rol spelen in het verbeteren van de leefomstandigheden voor kinderen. Met deze verbetering van de leefomstandigheden kan het risico op PSP voor kinderen verminderd worden.

Het contact in de buurt is wisselend positief en negatief. Positieve zaken zijn de mogelijkheden om een praatje te maken, 'goede' sociale controle, de steun die ouders van elkaar ontvangen en in het algemeen het zorgen voor elkaar. Negatieve zaken zijn de 'slechte' sociale controle en de vaste kliëkjes die (niet alleen op basis van cultuur) ontstaan in buurten waardoor ouders zich buitengesloten kunnen voelen.

Over het algemeen is er behoefte aan contact, hierin is het waardevol dat ouders ervaringen en opvoedingstips delen. Dit kan tevens voor het kind waardevol zijn, omdat de opvoeding mogelijk verbetert door dergelijke tips. Op deze manier kan sociale cohesie ook bijdragen aan het verminderen van het risico op PSP.

Ten aanzien van dit verband tussen het risico op PSP voor kinderen en sociale cohesie kan vanuit de kwalitatieve analyses gesteld worden dat binding met de buurt een rol speelt in de mogelijkheid voor het ontvangen van steun. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat er meer contact is onder de buurtbewoners wanneer er meer sociale cohesie in de buurt is. Hierdoor neemt het onderlinge vertrouwen toe, kan culturele segregatie worden tegengegaan en is er meer mogelijkheid om adviezen met betrekking tot de opvoeding uit te wisselen. Echter bieden de kwantitatieve analyses weinig onderbouwing voor dit verband tussen sociale cohesie en het verminderen van het risico op PSP. Desondanks is de rol die ouders hebben van groot belang. Kinderen nemen gedrag over van hun ouders en dit geldt ook voor belangrijke zaken met betrekking tot het verminderen van het risico op PSP, zoals ingrijpende gebeurtenissen en weerbaarheid. Om deze reden wordt in dit onderzoek het verband tussen sociale cohesie en het risico op PSP wel aangenomen.

Dit verband sluit aan bij de theorie van Berkman (2001). Sociale cohesie helpt in het stress verminderen en kan helpen bij het omgaan met moeilijke situaties. Als een ouder met een probleem zit helpt sociale steun (die uit de sociale cohesie voort kan komen) bij het verwerken van dit probleem. Dit gaat echter verder dan slechts het verminderen van stress. De sociale steun die wordt ontvangen omvat ook het geven van opvoedtips en hierdoor kan gezondheid bevorderend gedrag worden aangemoedigd. Op basis het functionele aspect van het contact (het verminderen van stress) is er meer aansluiting gevonden voor het 'stress buffering' model van Berkman (2001).

Daarnaast bleken respondenten in buurten met meer sociale cohesie meer mogelijkheid te hebben om in contact te komen. Er worden bijeenkomsten voor de buurtbewoners georganiseerd en mensen staan meer open voor contact. Daarnaast wordt sociale controle meer geaccepteerd. Hierdoor is er een sociale structuur die integratie en het uitbreiden van het netwerk bevordert, zoals tevens in het ‘main effects’ model wordt gesuggereerd (Berkman, 2001).

Contact leidt echter niet altijd tot een vermindering van het risico op PSP. Er zijn een aantal voorwaarden aan het contact die uit deze sociale cohesie voort kan komen. Ten eerste dient er voldoende vertrouwen te zijn, zodat de buurtbewoners hun probleem durven te delen en het verder gaat dan gesprekken over alledaagse zaken. Ten tweede dient de steun wenselijk te zijn. Als de ouder geen behoefte heeft aan advies zal hij of zij deze ook niet aannemen als die gegeven wordt. Ten derde gaven veel respondenten aan dat bij de steun van andere moeders en buurtbewoners liever een luisterend oor soms meer gewenst is dan advies. Om deze reden kan het zijn dat in de onderzochte wijken dit effect van sociale cohesie minder groot is. Naast dat de adviezen wenselijk moeten zijn is het van belang dat het advies dat gegeven wordt ook passend is. Adviezen die niet effectief zijn hebben een averechts effect en zorgen er voor dat er minder naar anderen geluisterd wordt. Tot slot dienen de ouders tijd te investeren in de buurt en deze tijd moet er wel zijn.

Gezinsfactoren

Ten aanzien van het verband tussen SES en het risico op PSP kan gesteld worden dat deze factor uit Postma (2008) bevestigd is. Echter kan op basis van dit onderzoek niet gesteld worden of er onderbouwing is gevonden voor de ‘social selection’, de ‘social causation’ of de ‘differential incidence’ hypothese. De ‘differential incidence’ hypothese kan echter wel aangevuld worden. Onder lage SES gezinnen is wellicht niet alleen minder mogelijkheid om goede zorg te krijgen, maar er kan ook minder vertrouwen zijn in deze zorg. Dit gebrek aan vertrouwen kan een verklaring bieden voor minder ontvangen zorgen van kinderen uit lage SES-gezinnen wat kan bijdragen aan een verhoogd risico op PSP.

Het verband tussen etniciteit en het risico op PSP is niet bevestigd. In de interviews kwam ook nauwelijks discriminatie naar voren. Echter kwam dit verband tussen het risico op PSP en etniciteit wel naar voren in de kwalitatieve methoden. Hierin kwam een andere mogelijke verklaring naar voren. Onder niet-Nederlandse ouders zijn er wellicht meer moeilijkheden zijn in de opvoeding, omdat er sprake is van een integratie van opvoedstijlen uit verschillende culturen. Door deze moeilijkheden in de opvoeding kan het risico op PSP van het kind toenemen. Een andere verklaring kan zijn dat door culturele segregatie er minder contact is met andere culturen, waardoor er minder diversiteit in de ontvangen steun is.

Kindfactoren

Ten aanzien van de kindfactoren zijn weerbaarheid, ingrijpende gebeurtenissen en pesten allen van belang in het verminderen van het risico op PSP. Weerbaarheidstrainingen spelen een grote rol in het verbeteren van de weerbaarheid en hierdoor in verminderen van het risico op PSP. Verschillende ingrijpende gebeurtenissen en het omgaan met deze gebeurtenissen zijn van groot belang in het verminderen van het risico op PSP. Daarnaast is pesten een sterke factor in het vergroten van het risico op PSP. Hierbij is het van belang dat de school pesten samen met de ouders aanpakt. Ouders gaven aan weinig zicht te hebben op en weinig vertrouwen te hebben in de school en haar beleid tegen pesten. Hierdoor voelde zij zich genoodzaakt kinderen te vertellen terug te slaan. Door het beleid tegen

pesten inzichtelijk te maken en mogelijk de weerbaarheid van kinderen te verhogen door middel van voor dit doeleinde opgestelde lessen is het mogelijk een aantal problemen rondom pesten op school terug te dringen.

Verhoudingen tussen factoren (Deelvraag 1b)

Doordat er voor verschillende factoren gecontroleerd staat de invloed van de verschillende factoren uit de kwantitatieve analyses los van de invloed van de andere factoren. Hierdoor kan gesteld worden dat contact tussen ouders en kinderen een belangrijke beschermende factor is in het risico op PSP bij kinderen. Echter zijn de kindvriendelijkheid van de buurt, lidmaatschap bij een vereniging en de mate van buitenspelen niet van invloed op het risico op PSP als gecontroleerd wordt voor de verschillende factoren. Ouders gaven echter wel aan dat deze elementen van contact van belang zijn. Daarnaast bleek wonen in een aandachtswijk van belang te zijn in het ontstaan van het risico op PSP. Dit staat los van de SES en de etniciteit van de ouders en het contact in en de kindvriendelijkheid van de buurt. Dit is opvallend, omdat er een ander mechanisme speelt. Uit de interviews bleek dat culturele segregatie wellicht een rol kan spelen in dit verband.

Op basis van de gezinsfactoren kan gesteld worden dat opgroeien in een gezin met een hoge SES een sterke beschermende factor is. Opgroeien in een lage SES-gezin is wel een risicofactor, echter kan door het gevonden verband gesteld worden dat een hoge SES een sterkere beschermende factor is dan dat een lage SES een sterke risicofactor is. Betreffende het inkomen blijkt dat vooral grote moeite met rondkomen een sterke risicofactor is. De etniciteit blijkt geen rol te spelen op basis van de kwantitatieve analyses. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de SES een sterkere rol speelt in het verband tussen het risico op PSP dan etniciteit.

Op basis van de bevindingen kan gesteld worden dat de kindfactoren ingrijpende gebeurtenissen, gepest worden en weerbaarheid van groot belang zijn in het risico op PSP. Vooral hoog scoren op weerbaarheid bleek een sterke beschermende factor. Daarnaast bleek ten aanzien van ingrijpende gebeurtenissen dat vooral een langdurige handicap of ziekte een rol speelt en dat overlijden van een naaste of geliefde nauwelijks een rol speelt. Echter bleek uit de kwalitatieve analyses wel dat deze laatste ingrijpende gebeurtenis een rol speelt. Verder bleek dat een accumulatie van ingrijpende gebeurtenissen geen sterke risicofactor is voor het risico op PSP bij kinderen. Gepest worden bleek tot slot een belangrijke risicofactor die los staat van de andere factoren.

Opvallende factoren (Deelvraag 1c)

Betreffende de sociale factoren is opgevallen dat de invloed van de sociale factoren vooral naar voren komt uit de kwalitatieve analyses. Echter is contact tussen ouders en kinderen een belangrijke beschermende factor in het risico op PSP.

In de verschillende gezinsfactoren valt op dat etniciteit op basis van de kwantitatieve analyses geen rol lijkt te spelen in het risico op PSP. Dit is opvallend, omdat dit verband uit andere onderzoeken wel naar voren kwam (Lindström, 2008). Betreffende SES blijkt vooral dat een hoge SES een sterke beschermende factor is en lage SES geen sterke risicofactor.

Ten aanzien van kindfactoren is het van belang dat een accumulatie van ingrijpende gebeurtenissen niet hoeft bij te dragen aan het risico op PSP en dat het overlijden van een naaste of geliefde geen significante rol speelt, terwijl uit de interviews de invloed van deze factor wel sterk naar voren kwam.

Daarnaast bleek weerbaarheid een sterke beschermende factor en is gepest worden een sterke risicofactor. Door hun grote invloed op het risico op PSP bij kinderen krijgen deze twee factoren de meeste nadruk in het volgende hoofdstuk ten aanzien van beleid.

9 Beleid

9.1 Huidig beleid

Uit de resultaten van de interviews zijn een aantal beleidsmaatregelen naar voren gekomen die direct of indirect het risico op PSP bij kinderen kunnen verminderen. Dit zijn de weerbaarheidstrainingen, pestprotocollen en de verschillende programma's voor ouderbijeenkomsten.

Op basis van twee gesprekken met medewerkers in het gezondheidsbeleid in Nijmegen zijn een aantal belangrijke aanvullingen op het gebied van beleid naar voren gekomen die het risico op PSP kunnen verminderen. De eerste twee beleidsmaatregelen gaan vooral in op het bestrijden van pestgedrag op scholen en de derde maatregel gaat in op het gezonder maken van de school. Het doel van het opsommen van deze beleidsmaatregelen is het beantwoorden van de overige onderzoeksvragen:

2. Wordt er momenteel door de gemeente Nijmegen algemeen of specifiek beleid gevoerd om het risico op psychosociale problemen bij kinderen in de gemeente Nijmegen te verminderen? Zo ja, wat zijn de concrete doelen van dit beleid?

3. Welke mechanismen en theoretische assumpties liggen ten grondslag aan dit beleid?

4. Kan op basis van de gevonden factoren worden verwacht dat dit beleid haar gewenste doelen gaat bereiken?

In de beschrijvingen van de verschillende beleidsmaatregelen wordt eerst een korte omschrijving gegeven van het beleid. Vervolgens komen de doelen van dit beleid naar voren. Daarna worden de mechanismen en assumpties uit het beleid geëxtraheerd en tot slot wordt er een vergelijking gemaakt met de gevonden factoren en assumpties.

De assumpties komen voort uit de verschillende kwalitatieve methoden (zowel uit de interviews met moeders als de interviews met beleidsmedewerkers) en uit de verschillende beleidsstukken. Vaak geldt als assumptie dat het ingezette middel het vooropgestelde doel zal bereiken. Alleen de relevante assumpties worden beschreven.

Omdat de doelen, assumpties en mechanismen van de beleidsmaatregelen uit de resultaten nog niet zijn beschreven worden deze in de volgende paragraaf uiteengezet.

9.2 Beleidsmaatregelen uit kwalitatieve analyses

Weerbaarheidstraining

In de weerbaarheidstrainingen wordt door middel van rollenspellen en andere vormen van communicatie geprobeerd het kind weerbaarder te maken. In een dergelijke training kunnen gedragsproblemen en angststoornissen worden verminderd en kan de omgang met anderen worden verbeterd. Daarnaast komen thema's als ingrijpende gebeurtenissen naar voren en volgen in sommige gevallen ook gesprekken tussen de verschillende ouders.

De meest voorkomende weerbaarheidstrainingen zijn training in sociale vaardigheden (SOVA), Rots en Water training en de methode Ho, tot hier en niet verder.

SOVA-training

SOVA-training is een training die helpt in het bevorderen van de sociale vaardigheden van kinderen vanaf 6 jaar (en kan ook helpen bij jong volwassenen tot 23 jaar). Deze training bestaat uit 8 tot 15 bijeenkomsten van anderhalf tot twee uur. In deze trainingen wordt de nadruk gelegd op de volgende basisvaardigheden: kennismaken, dingen kunnen vragen, nee kunnen zeggen, een praatje maken, met feedback omgaan en feedback geven, samen spelen en omgaan met pestgedrag. Deze vaardigheden worden geleerd door instructievideo's en rollenspellen. Daarnaast is er aan het begin van de cursus een bijeenkomst voor de ouders waarin zij worden geïntroduceerd aan de cursus.

De concrete doelen van de SOVA-training zijn:

- het verminderen van pestgedrag en leren omgaan met pestgedrag
- het kind beter voor zichzelf op laten komen
- het kind meer met leeftijdsgenootjes om laten gaan en hem of haar meer vrienden laten maken
- het verminderen van faalangst

Rots en Water

Rots en Water biedt kinderen van 8-13 jaar (en in sommige gevallen kinderen van 8-16 jaar) de mogelijkheid om door middel van spel, gesprekken en zelfreflectie het zelfvertrouwen en de vaardigheid om 'je eigen weg te kiezen' te verbeteren. De training richt zich op je onafhankelijk opstellen en je eigen keuzes kunnen maken ('rots') in combinatie met leren in groepsverband te werken, spelen en leven ('water'). De training is voor kinderen met internaliserende en externaliserende problemen. Deze training wordt in 8 sessies van één uur aan groepen van 4 tot 8 kinderen gegeven. Er is de mogelijkheid voor ouders om een informatiebijeenkomst bij te wonen en het wordt aangeraden voor leerkrachten om bij deze trainingen aanwezig te zijn.

De concrete doelen van deze training zijn:

- Het verbeteren van zelfbeheersing, zelfreflectie en zelfvertrouwen van het kind
- Het verbeteren van de weerbaarheid van het kind (zonder dat daarbij anderen gekwetst worden)
- Het verbeteren van sociale en communicatieve vaardigheden van het kind

Ho, tot hier en niet verder

De methode Ho, tot hier en niet verder helpt de weerbaarheid te verhogen van kinderen van 7-12 jaar met (dreigende) PSP. Deze methode is gebaseerd op het boek 'Ho, tot hier en niet verder..!' (Kool, 2006). De training duurt drie tot vier maanden. In deze periode wordt in 12 groepsbijeenkomsten voor maximaal 8 kinderen van anderhalf uur door middel van spel, beweging, tekenen, verbeelding en het verwoorden van eigen ervaringen geprobeerd de weerbaarheid te verhogen. Daarbij wordt ook gebruikt gemaakt van een werkboek. Deze training wordt zowel preventief, pedagogisch, als curatief ingezet. Hierbij worden elementen uit de cognitieve gedragstherapie en uit de psychomotorische therapie gebruikt. De concrete doelen van deze bijeenkomsten zijn:

- Het verminderen van (dreigende) psychosociale problemen. Dit gebeurt door het bevorderen van de weerbaarheid door de sociale, emotionele, cognitieve en motorische competenties van het kind te vergroten en door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te verbeteren.

Tevens zijn er 4 ouderbijeenkomsten. Deze duren tweeënhalf uur en vinden 's avonds plaats. Deze bijeenkomsten zijn minstens één keer per maand. In deze bijeenkomsten is er aandacht voor de onzekerheid van de ouders en voor de problemen die zij mogelijk bij de opvoeding tegenkomen. In deze bijeenkomst is er aandacht voor de deskundigheid, creativiteit en kracht van de ouders. Door middel van oefeningen, demonstraties, oefenopdrachten en het gebruik van het werkboek leren ouders vaardigheden om hun kinderen op een positieve wijze te begeleiden (en te mediëren) bij het ontwikkelen van zelfstandigheid en het verhogen van de weerbaarheid. In de benadering naar de ouders is het vertrekpunt dat iedere ouder met de beste bedoelingen zijn of haar kind probeert op te voeden. Hierdoor vermindert de kans op verzuring van de onderlinge relaties door beschuldigingen. Daarnaast kunnen ouders steun halen uit deze ouderbijeenkomsten. De concrete doelen die bij deze bijeenkomsten gesteld worden zijn:

- Het verminderen van (dreigende) psychosociale problemen door de opvoedingsvaardigheden van ouders te verbeteren en hen in staat te stellen mediërende leerervaringen aan de kinderen mee te geven.

Powerkids

Een weerbaarheidstraining kan tevens een combinatie zijn van verschillende trainingen. Een voorbeeld hiervan is de Powerkids weerbaarheidstraining. Hierbij wordt na een intakegesprek in 7 sessies van anderhalf uur geprobeerd om kinderen van 5 tot en met 12 jaar weerbaarder te maken door middel van kringgesprekken, creatieve opdrachten, visualisaties, ervaringsgerichte opdrachten, bewegingsoefeningen en ontspanningsoefeningen. Er wordt verwacht van de kinderen dat zij de geleerde vaardigheden thuis oefenen en er is een bijeenkomst voor ouders zodat zij het kind thuis kunnen begeleiden.

De concrete doelen van dit beleid zijn:

- Het verbeteren van het zelfvertrouwen van het kind
- Het verminderen van faalangst van het kind
- Het kind leren hulp te zoeken
- Het kind leren zijn of haar grenzen aan te geven

Naast deze trainingen zijn er vele andere trainingen die als doel hebben de weerbaarheid van kinderen te verhogen. Voorbeelden hiervan zijn WIBO, cursus weerbaarder.nl en STA STERK trainingen. Hieronder volgen de belangrijkste doelen en assumpties die uit de verschillende weerbaarheidstrainingen naar voren zijn gekomen.

Doelen

Het algemene doel van weerbaarheidstrainingen is het verhogen van de weerbaarheid door:

- kinderen te leren om hun grenzen aangeven in contact met anderen

- kinderen te leren om te gaan met afwijzing en pestgedrag
- kinderen te leren assertief te zijn
- kinderen te leren om te gaan met emoties
- kinderen te leren om te gaan met feedback
- kinderen zelfvertrouwen te geven
- kinderen leren hulp te zoeken

Assumpties

- Door de weerbaarheid te verhogen kunnen kinderen beter met angststoornissen en gedragsproblemen omgaan.
- Door de weerbaarheid te verhogen kunnen de schoolresultaten verbeteren.
- In het verbeteren van de weerbaarheid is het van belang de omgang met ingrijpende gebeurtenissen aan te pakken.
- In het verbeteren van de weerbaarheid is het van belang de ouders bij de trainingen te betrekken.
- In het verbeteren van de weerbaarheid is het van belang de leerkrachten bij de trainingen te betrekken.
- Door sociale vaardigheden van het kind te verbeteren wordt de weerbaarheid verhoogd.

Verhouding met gevonden factoren en mechanismen

Op basis van de resultaten en de assumpties uit de verschillende weerbaarheidstrainingen naar voren zijn gekomen kan verwacht worden dat weerbaarheidstraining een positieve invloed kunnen hebben in het verminderen van het risico op PSP bij kinderen. Dit wordt verwacht, omdat weerbaarheid als sterke beschermende factor uit dit onderzoek naar voren kwam. Daarnaast worden alle aspecten van weerbaarheid die in dit onderzoek naar voren kwamen aangehaald (;zelfvertrouwen, voor jezelf op kunnen komen, ‘nee’ kunnen zeggen als je iets niet wilt, hulp zoeken als het nodig is, rekening houden met de grenzen van anderen, met teleurstelling kunnen omgaan en bij een probleem snel schelden en/of vechten).

Daarnaast kan verwacht worden dat deze aanpak het risico op PSP vermindert, omdat de kinderen leren omgaan met ingrijpende gebeurtenissen en pestgedrag. Tevens kan verwacht worden dat het risico op PSP verkleint door het kind sociale vaardigheden te leren, omdat verwacht kan worden dat kinderen met meer sociale vaardigheden minder problemen met leeftijdsgenoten hebben. Omdat PSP van invloed zijn van schoolprestaties kan tevens verwacht worden dat het verhogen van de weerbaarheid een positieve invloed heeft op de schoolprestaties.

Het is echter wel van belang te melden dat niet iedere training evenveel aandacht besteed aan de ouders. Het is van belang de sociale omgeving van het kind bij de trainingen te betrekken zodat hier ook een verandering plaatsvindt. Uit de beantwoording van de eerste deelvraag blijkt dat de sociale factoren zoals de staat van de buurt, steun uit de buurt en gedrag van ouders en andere kinderen een grote rol spelen. Om deze reden is het van belang dat de ouders (en de verdere sociale omgeving van het kind) meer betrokken worden bij weerbaarheidstrainingen. Daarnaast is het van belang de ouders te betrekken bij een weerbaarheidstraining, omdat zij op deze manier contact kunnen leggen met ouders die met soortgelijke opvoedingsproblemen zitten. Uit de interviews bleek dat er veel waarde

wordt gehecht aan het ontmoeten van lotgenoten en uit de steun die uit dit contact naar voren kan komen.

Tevens is het van belang dat bij weerbaarheidstrainingen leerkrachten betrokken worden, omdat deze ook een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van kinderen. Daarnaast bleek uit de interviews dat het van belang is dat docenten effectief met pestgedrag om kunnen gaan en een weerbaarheidstraining kan bij de ontwikkeling van deze vaardigheid aansluiten.

De methode 'Ho, tot hier en niet verder' betreft de ouders en de leerkrachten het meeste bij de training en deze methode is al eerder effectief bewezen (Kool, 2000; Kool, 2006). Van de andere methoden is echter minder bekend over de effectiviteit van deze methoden.

De assumptie dat training in sociale vaardigheden leidt tot minder psychosociale problemen kan worden gevalideerd. Indien de sociale vaardigheden van het kind worden verbeterd zullen er minder internaliserende problemen zijn, zoals faalangst. Daarnaast wordt op het gebied van externaliserende problemen pestgedrag verminderd en kan door de aangeleerde sociale vaardigheden de kans op problemen met leeftijdsgenoten afnemen. Vanuit deze assumptie kan verwacht worden dat de weerbaarheidstraining effectief is in het verlagen van het risico op PSP.

Pestprotocol

In het pestprotocol dat uit de interviews met ouders naar voren kwam zijn er regels opgesteld die de omgang op school dienen te verbeteren. Deze regels zijn voor de kinderen en de leerkrachten houden toezicht op de naleving van deze regels. In deze regels wordt de nadruk gelegd op respectvol met elkaar omgaan en ruzies oplossen met woorden. Hierin wordt ook gesteld dat iedereen de ruimte moet krijgen om zichzelf te zijn en dat iedereen duidelijk zijn of haar grenzen kan aangeven. Daarnaast mogen kinderen elkaar niet uitsluiten. Bij deze maatregelen wordt geadviseerd bij een probleem naar de leerkracht te stappen in plaats van het heft in eigen hand te nemen.

Doelen

- Het verminderen van pestgedrag op scholen

Assumpties

- Door een pestprotocol in te voeren zullen ouders minder geneigd zijn zich te mengen in het zelf oplossen van pestgedrag

Verhouding met gevonden factoren en mechanismen

Door pesten te verminderen zal het risico op PSP bij kinderen ook verminderen. Echter zijn pestprotocollen veelal curatief en niet preventief. Hierdoor worden vooral de gevolgen van het pesten bestreden en niet de oorzaak ervan. Het bestrijden van de oorzaak van pesten is echter gecompliceerd en de rol van een school hierin hoeft ook niet groot te zijn.

Er kan wel verwacht worden dat pestprotocollen het risico op PSP van kinderen verminderen, omdat de gevolgen van pesten worden verminderd door het opstellen van een pestprotocol. Echter zijn er wel voorwaarden aan dit pestprotocol. Indien het kind de leerkracht om hulp vraagt dient deze hulp effectief te zijn. Als dit niet het geval is zullen sommige ouders geneigd zijn het heft in eigen hand te

nemen. Daarnaast is een voorwaarde dat de leerkracht niet bijdraagt aan het pestgedrag. Dit kan vermeden worden door een vertrouwenspersoon aan te stellen.

Uit de interviews kwam tevens naar voren dat het in een pestprotocol van belang kan zijn ouders te betrekken, omdat zij nuttige inbreng kunnen brengen en omdat zij anders zelf (soms tegenstrijdige) adviezen aan hun kinderen geven. Uit de interviews kwam naar voren dat het betreffende pestprotocol ouders te weinig bij de invulling van de aanpak tegen pesten betreft.

Verschillende programma's

Er zijn drie verschillende programma's op scholen beschreven waar de interviewrespondenten in participeren. Hieronder worden de doelen en de assumpties van de verschillende programma's beschreven. Deze assumpties komen voort uit de interviews. Tot slot komt de verhouding met de gevonden factoren en mechanismen aan bod.

Programma 1

Programma 1 houdt in dat er een ouder-kind-centrum geplaatst is in de basisschool. Dit houdt in dat er door Welzijnsorganisatie Tandem in samenwerking met de school een huiskamer opengesteld is voor ouders. Deze huiskamer is in principe voor alle ouders van leerlingen op school. Ouders kunnen vrijblijvend onder schooltijd gebruik maken van deze ruimte om samen te komen. Hier worden door de ouders in samenwerking met tandem ook bijeenkomsten georganiseerd waarin bepaalde thema's aan de kaart worden gesteld of die de binding in de buurt kunnen bevorderen. Bij deze activiteiten kunnen de kinderen ook betrokken worden.

Bij de opening van een ouder-kind-centrum wordt geselecteerd op de buurt waar contact en binding nodig is. Dit zijn veelal aandachtswijken waar veel mensen met een lage SES, een niet-nederlandse etniciteit en een laag inkomen wonen.

Doelen

- Het vergroten van opvoedingsvaardigheden van ouders en het versterken van integratie en samenhang in een wijk.
- Contact bevorderen van ouders door een ruimte vrij te stellen.
- Ouders informeren en in discussie laten gaan over belangrijke thema's.

Assumpties

- Het aanbieden van een ruimte in de school voor ouders leidt tot meer contact tussen ouders
- Door dit contact wordt er meer steun ervaren, is er de mogelijkheid om ouders van verschillende culturen te binden en is het mogelijk om bijeenkomsten voor ouders te organiseren.

Programma 2

Programma 2 kenmerkt zich door vaste bijeenkomsten waarin bepaalde thema's worden besproken. Het hele netwerk van de school (de sociaal verpleegkundige, de maatschappelijk werker, de directie van de school, de leerkrachten en de begeleiders van het programma) is betrokken bij het opstellen van dit programma en bij de werving van participanten. Bij deze werving selectief te werk gegaan,

waardoor de doelgroep bereikt kan worden. Hierin worden vooral ouders geselecteerd uit hoogrisicogroepen (zoals lage SES-groepen en ouders van allochtone afkomst).

Doelen

- (Vooraf geselecteerde) ouders begeleiden in de begeleiding van hun kind
- Ouders informeren en laten discussiëren over belangrijke thema's.

Assumpties

- Bijeenkomsten zijn nuttig voor een bepaalde doelgroep, waarbij van te voren een selectie van participanten moet worden gemaakt.
- Door de bijeenkomsten is er de mogelijkheid om ouders van verschillende culturen te binden.
- Bijeenkomsten dienen informatief te zijn om nuttig te zijn.
- Het netwerk van de school dient bij het programma betrokken te zijn.

Programma 3

Bij programma 3 is er vanuit Welzijnsorganisatie Tandem de mogelijkheid voor ouders om eigen activiteiten te organiseren op de locatie van de welzijnsorganisatie. Hierbij wordt een ruimte in het activiteitenplein naast de school opengesteld. Een groep moeders heeft hier een hobbyclub opgericht. In deze hobbyclub draait het om gezelligheid en contact. Er wordt vooral geworven binnen het eigen sociale netwerk en er is een vaste groep mensen die meedoet aan deze club.

Doelen

- Ouders in contact brengen met elkaar.

Assumpties

- Ouders hebben behoefte aan contact buitenshuis.

Verhouding met gevonden factoren en mechanismen

Deze programma's hebben allen (soms indirect) als doel om ouders in contact te brengen met elkaar. Echter is de opzet van ieder programma anders. De hobbyclub heeft als uitgangspunt om mensen in contact te brengen met elkaar en op basis van dit uitgangspunt kan niet worden verwacht dat deze activiteiten bijdragen aan het verminderen van het risico op PSP. Er zijn verschillende redenen voor deze verwachting. Ten eerste is er een vaste groep mensen die bij deze club zitten. Hierdoor worden niet de mensen bereikt die het contact harder nodig hebben. Het contact kan bijvoorbeeld voor ouders van verschillende culturen bruikbaar zijn om culturele segregatie tegen te gaan of kan ouders met kinderen met (een verhoogd risico op) PSP bijeen brengen.

Ten tweede is er in dit contact geen bijzondere aandacht voor thema's die het risico op PSP bij kinderen kunnen verminderen. Door geen aandacht aan dergelijke thema's te besteden kunnen de ouders minder bruikbare informatie en adviezen met betrekking tot deze thema's krijgen.

Programma 1 en programma 2 selecteren wel de participanten en hebben ook bijzondere aandacht voor thema's die van invloed kunnen zijn voor het risico op PSP. Bij programma 1 wordt geselecteerd op basis van locatie. Op basis van de resultaten uit de kwantitatieve analyses hebben kinderen uit aandachtswijken meer risico op PSP en op basis hiervan kan een dergelijk selectieproces effectief zijn.

Door het ouder-kind centrum in een aandachtswijk te plaatsen wordt tevens de kans verhoogd dat de ouders in deze buurt meer contact met elkaar hebben, maar het is waarschijnlijk dat in het ouder-kind centrum nog vooral ouders komen die überhaupt meer contact hebben met anderen. Bij programma 2 worden de participanten van tevoren op basis van de bruikbaarheid van het programma voor de ouders en het kind geselecteerd en dit lijkt een effectieve methode in het helpen van de ouders in de begeleiding van hun kind. Hierdoor kunnen participanten nauwkeurigere geselecteerd worden en kunnen ouders met kinderen met een hoog risico op PSP (op basis van meerdere factoren dan wonen in een aandachtswijk) worden geselecteerd, waardoor de kans verhoogt dat de bijeenkomsten in programma 2 effectief zijn.

Daarnaast wordt in beide programma's aandacht besteed aan thema's die het risico op PSP kunnen verminderen. De omgang met pestgedrag en ingrijpende gebeurtenissen wordt bijvoorbeeld besproken onder de ouders en de begeleiders. Deze benadering heeft als voordeel dat de ouders het gevoel kunnen krijgen dat zij er niet alleen voor staan of dat er lotgenoten zijn. Dit werd als prettig ervaren door de verschillende interviewrespondenten en kan leiden tot meer contact tussen de betreffende ouders. Door deze stijging in het contact tussen deze ouders kan er meer steun kan worden uitgewisseld en het risico op PSP van deze kinderen verkleind kan worden.

Tevens hebben zowel programma 1 en 2 als doel mensen van verschillende culturen bijeen te brengen om culturele segregatie tegen te gaan. Hierdoor kan de kindvriendelijkheid van de wijk worden verbeterd. Uit de interviews kwam naar voren dat dit een positief effect kan hebben op de vermindering van het risico op PSP bij kinderen. Op basis hiervan kan verwacht worden dat deze programma's een effect hebben op dit risico. De verschillende programma's brengen mensen van verschillende culturen bijeen, maar op basis van dit onderzoek is het onduidelijk of deze programma's ook daadwerkelijk een vermindering van culturele segregatie bereiken.

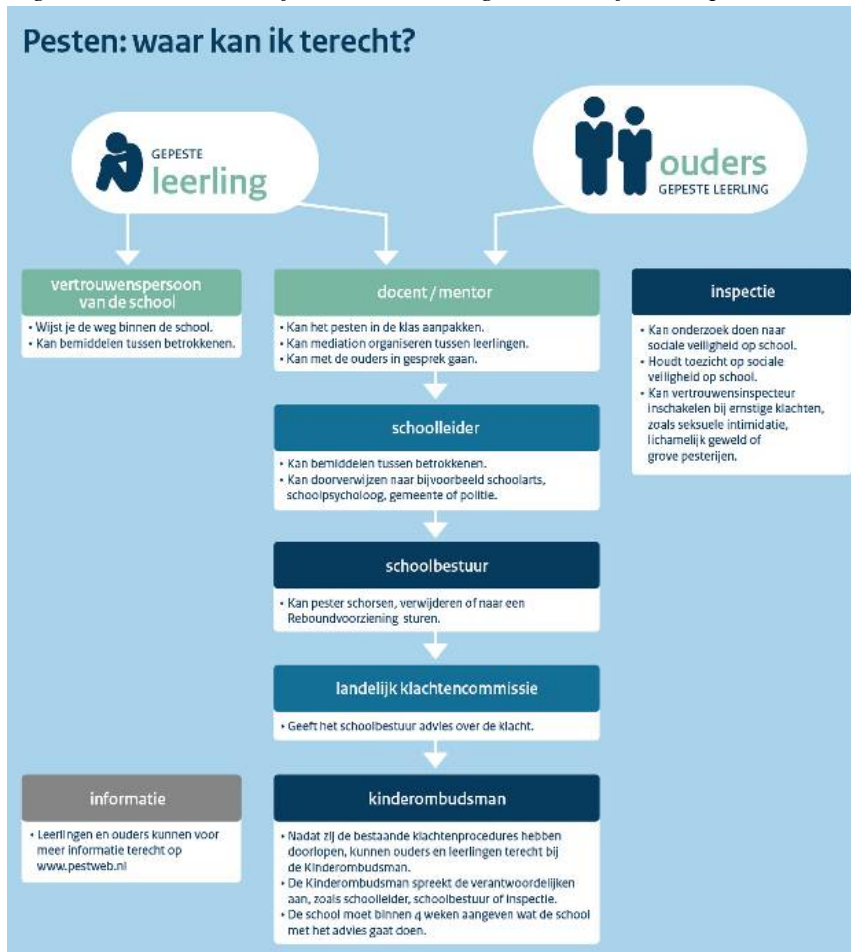
Tot slot is programma 2 het programma die het personeel van de school het meeste bij het programma betreft. Verwacht wordt dat het betrekken van leerkrachten kan bijdragen in de aanpak tegen pesten, omdat de interviewrespondenten aangaven dat contact met de leerkracht betreffende hoe de school omgaat met pestgedrag wenselijk is. Indien dit contact niet aanwezig is zullen ouders zich eerder geneigd voelen zelf of met andere ouders een oplossing voor het pestgedrag te zoeken. Dit kan ongewenst zijn voor de school, omdat hierbij regels gebroken kunnen worden zoals het niet gebruiken van fysiek geweld.

Verplichtstelling van het aanpakken van pesten

Scholen zijn vanaf 2015 wettelijk verplicht pesten effectief aan te pakken. Dit moeten zij doen door zich in te schrijven voor een goedgekeurd anti-pestprogramma. Hierin wordt de school begeleid om effectief met pesten om te gaan. Het is van belang om de docent op te leiden effectief met pesten om te gaan. Daarnaast worden er twee aanspreekpunten voor leerlingen aangeboden als zij gepest worden en vinden er gesprekken over gewenst en ongewenst gedrag plaats.

Al deze verplichte maatregelen gaan gepaard met het opstellen van een inspectie en het betrekken van de kinderombudsman. Deze kinderombudsman helpt als alle voorgaande maatregelen niet hebben geholpen. De maatregelen die genomen kunnen worden zijn weergegeven in de onderstaande figuur (figuur 6).

Figuur 6 Het door de rijksoverheid voorgestelde traject om pesten te bestrijden



Bron: Rijksoverheid.nl

Doelen

- De veiligheid van de school verbeteren door pesten op iedere school effectief te bestrijden.

Assumpties

Uit dit schema zijn de volgende relevante assumpties voor beleid naar voren gekomen:

- Om pesten aan te pakken dienen de ouders van de gepeste leerling betrokken te worden.
- Om pesten aan te pakken is het van belang de schoolleiding, het schoolbestuur en de docenten en mentoren te betrekken.
- Om pesten aan te pakken is er een vertrouwenspersoon nodig.

Verhouding met gevonden factoren en mechanismen

Op basis van de resultaten kan verwacht worden dat een aanpak tegen pesten op scholen een positieve bijdrage levert aan het verminderen van het risico op PSP bij kinderen. Hierbij worden de ouders betrokken waardoor zij minder de neiging zullen hebben zelf een (soms ongepaste) oplossing voor pestgedrag te zoeken. Daarnaast kunnen de adviezen van de ouders betreffende het beleid tegen pesten bijdragen aan de effectiviteit van een dergelijke maatregel.

Het aanstellen van een vertrouwenspersoon in de school kan tevens effectief zijn in de bestrijding van pesten, omdat kinderen dan wellicht eerder geneigd zijn om aan te geven dat er pestgedrag plaatsvindt. Dit kan echter niet bevestigd worden op basis van de resultaten.

De KiVa-school

Eén van de goedgekeurde programma's die pesten in scholen kan bestrijden is de Kiva-school. Dit is een (in overleg met een beleidsmedewerker) gekozen voorbeeld uit de 13 programma's die goedgekeurd zijn. De KiVa-school is een bewezen succesvol programma voor de bovenbouw van Nederlandse basisscholen (groep 5 tot en met 8). Door de hele klas, de ouders en de leerkrachten bij een dergelijk programma te betrekken wordt veel pestgedrag voorkomen en gestopt. Tijdens dit programma worden lessen gegeven, is er een computerspel voor leerlingen en krijgen leerkrachten trainingen om succesvol een mediërende rol in een pestsituatie te kunnen aannemen. Na deze trainingen en lessen volgt er een monitoring om pesten, groepsproblemen en de sociaal-emotionele ontwikkeling nauwkeurig bij te kunnen houden.

Ook vindt er op de school halfjaarlijks een gesprek plaats met de klas onder begeleiding van een KiVa-begeleider. Deze kan helpen deze ervaringsbijeenkomsten te mediëren en kan desgewenst aanvullend advies geven bij complexere pestproblemen.

Doelen

- Het bestrijden van pestgedrag op scholen.
- Het bieden van extra ondersteuning voor ouders en scholen met betrekking tot de bestrijding van pestgedrag.

Assumpties

Naast het doel om pesten te verminderen heeft dit beleid als doel om de welzijn, de motivatie en de schoolprestaties van leerlingen te verhogen. De relevante assumpties binnen dit beleid zijn:

- Om pesten aan te pakken dienen de hele klas, de ouders en de leerkrachten betrokken te worden.
- Om pesten aan te pakken dienen leraren opgeleid te worden om een mediërende rol in een pestsituatie aan te nemen
- Om pesten aan te pakken is een externe KiVa-begeleider nodig die ook kan helpen bij aanvullende problematiek
- Om pesten aan te pakken is een monitoring van pestgedrag, groepsproblemen en sociaal-emotionele ontwikkeling nodig.
- Door pesten aan te pakken verbetert het welzijn, de motivatie en de schoolprestaties van leerlingen.

Verhouding met gevonden factoren en mechanismen

Door pestgedrag te bestrijden en de ouders en leerkrachten te betrekken bij de KiVa-school kan verwacht worden dat dit programma effectief is in het verminderen van het risico op PSP bij kinderen, omdat pesten een belangrijke risicofactor bleek te zijn in dit onderzoek.

Daarnaast draagt een monitoring van het pestgedrag, groepsproblemen en de sociaal-emotionele ontwikkeling bij aan de effectiviteit in het verminderen van het risico op PSP bij kinderen, omdat groepsproblemen en de sociaal-emotionele ontwikkeling in verband worden gebracht met pestgedrag.

Tot slot is deze beleidsmaatregel al meerdere keren effectief bewezen tegen pesten en kan op basis hiervan verwacht worden dat kinderen op scholen die meedoen aan de KiVa-school een minder hoog risico op PSP hebben.

De Gezonde School

De gemeente Nijmegen en de GGD Gelderland-Zuid hebben het programma Gezonde School opgesteld. In dit programma wordt er naar gestreefd om scholen gezond te houden voor kinderen. Hierin zijn verschillende themacertificaten te behalen. Eén van deze certificaten is het certificaat 'sociaal-emotionele ontwikkeling'.

Doelen

Indien de school dit certificaat wil behalen moeten zij de volgende doelen behalen:

- Het opstellen van een lesprogramma ter bevordering van de sociaal-emotionele ontwikkeling. Deze lesprogramma's zijn gericht op het verhogen van de weerbaarheid van kinderen. Voorbeelden van dergelijke programma's zijn Leefstijl en PAD.
- Het opstellen van protocollen om specifieke problemen te voorkomen; Deze zijn: pestprotocol, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, een draaiboek bij ingrijpende gebeurtenissen, protocol veilig internetgebruik en eventueel andere protocollen op het gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling.
- Het beschikken over een goede signalerings- en zorgstructuur. Dit houdt in dat er een vertrouwenspersoon is aangesteld binnen de school en dat in deze school een zorgadviesteam met specifieke aandacht voor PSP functioneert. Daarnaast dient de school met een leerlingvolgsysteem voor sociaal-emotionele ontwikkeling helpen.
- Het beschikken over een goede communicatiestructuur rondom sociaal-emotionele ontwikkeling. Dit houdt in dat er voldoende communicatie is met de sociale omgeving van het kind. Hierdoor kan het beleid rondom sociaal-emotionele ontwikkeling continu verbeterd worden.

Assumpties

De assumpties die uit dit beleid naar voren komen zijn:

- Om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen te bevorderen dient de weerbaarheid van kinderen te worden verhoogd.
- Om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen te bevorderen moeten protocollen worden opgesteld die pesten bestrijden en helpen in het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen.
- Om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen te bevorderen dient de sociale omgeving van het kind betrokken te worden.

Verhouding met gevonden factoren en mechanismen

Op basis van de resultaten kan verwacht worden dat het programma Gezonde school effectief is in het verminderen van het risico op PSP bij kinderen. Het programma houdt rekening met verschillende factoren die van invloed zijn op dit risico. Door aandacht te besteden aan een lesprogramma ter bevordering van de weerbaarheid wordt de beschermende factor weerbaarheid vergroot. Daarnaast wordt er aandacht besteedt aan het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen door middel van een draaiboek en dient de school een pestprotocol in te voeren. Hierdoor wordt de invloed van twee belangrijke risicofactoren verminderd.

Tot slot worden ouders betrokken bij dit programma doordat er een goede communicatiestructuur op de school moet zijn. Hierbij worden niet alleen de ouders betrokken, maar wordt er rekening gehouden met de hele sociale omgeving van het kind. Doordat uit de resultaten naar voren kwam dat de buurt tevens van invloed is wordt verwacht dat hierdoor de kans wordt vergroot dat dit programma het risico op PSP bij kinderen verkleint.

9.3 Beleidsaanbevelingen

Op basis van de beantwoording van de onderzoeksvragen komen ter conclusie een aantal beleidsaanbevelingen aan bod.

De bevindingen worden per niveau besproken. Deze niveau's zijn: het niveau van het kind, het niveau van de ouders, het niveau van de school en het niveau van de wijk. Om het risico op PSP te verkleinen is het van belang factoren op al deze niveaus te beïnvloeden.

Niveau van het kind

Op het niveau van het kind kan de weerbaarheid vergroot te worden, waarbij het kind ook leert omgaan met moeilijke situaties, zoals pesten en ingrijpende gebeurtenissen, om het risico op PSP bij het kind te verkleinen.

Uit de interviews bleek dat de weerbaarheidstrainingen als erg waardevol werden ervaren. Deze weerbaarheidstrainingen helpen bij het omgaan met pesten en het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen, maar ook bij het verbeteren van schoolresultaten en de omgang met anderen. Er zijn veel verschillende weerbaarheidstrainingen en de ene weerbaarheidstraining lijkt effectiever in het weerbaarder maken van kinderen dan de andere. Het is van belang dat de effectiviteit van de verschillende weerbaarheidstrainingen duidelijker in kaart wordt gebracht zodat scholen en ouders makkelijker een weerbaarheidstraining voor hun kinderen kunnen kiezen. Een dergelijk onderzoek zou ook kunnen leiden tot het selecteren van een aantal effectieve weerbaarheidstrainingen door de rijksoverheid, waardoor het voor ouders makkelijker wordt om een weerbaarheidstraining te kiezen.

De effectiviteit van weerbaarheidstrainingen kan gemeten worden aan de hand van een monitoring van de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Deze monitoring kan vervolgens in verband worden gebracht met de participatie aan de verschillende weerbaarheidstrainingen. In de effectiviteitsmeting dient ook rekening te worden gehouden met het niveau van de ouders en het niveau van de school, omdat de sociale omgeving van invloed is in het ontstaan van PSP.

Tot slot is het ten aanzien van weerbaarheidstrainingen van belang dat ouders geïnformeerd worden over de mogelijkheden om de weerbaarheid van kinderen te vergroten. Hierin kunnen programma's

voor ouders op scholen bijdragen door de beschikbaarheid en eventueel de effectiviteit van de verschillende programma's aan de kaart te stellen.

Niveau van de ouders

Op het niveau van de ouders is het van belang dat de ouders voldoende contact met elkaar hebben en dat hier passende steun uit gehaald kan worden. Daarbij gaven ouders aan dat zij in de programma's waar zij aan meedoen dit contact met anderen en de opvoedtips die hieruit voort kunnen komen erg bruikbaar vinden.

Daarnaast is het gedrag van ouders van grote invloed op het gedrag van het kind, waardoor het van belang is de ouders ook de juiste gereedschap mee te geven om het risico op psp voor het kind te minimaliseren.

Betreffende het contact tussen de ouders dienen een aantal zaken benoemd te worden. In de verschillende programma's die op scholen worden aangeboden is het niet het hoofddoel om ouders te binden. Ouders die minder contact hebben met anderen zullen zich ook niet aangesproken voelen door een dergelijk programma. Indien echter de nadruk op begeleiding van het kind wordt gelegd en er regelmatig activiteiten en themabijeenkomsten zijn kan dit doel wel bereikt worden. Daarnaast kunnen dergelijke programma's zorgen voor meer contact, waardoor er meer mogelijkheid is voor steun (en daaraan gerelateerde gezondheidsbevorderende opvoedtips). Dit contact kan ook bijdragen in het binden van ouders van verschillende culturen, waardoor de integratie in de buurt en de kindvriendelijkheid van de buurt kunnen toenemen.

Naast een nadruk op activiteiten en begeleiding van het kind is het in deze programma's van belang actief te werven. Dit actieve werven gebeurt door ook het netwerk van de school te betrekken en mensen te selecteren waarvan gedacht wordt dat hun kind er het meeste baat bij heeft. In deze informele wervingsgesprekken is het effectief om het belang van het kind voorop te stellen. Iedere ouder heeft immers het beste voor met zijn of haar kind.

Tot slot is betreffende het niveau van de ouders het van belang dat zij vertrouwen hebben in de zorg. Bij sommige ouders speelde een wantrouwen naar de psychische zorg. Het is van belang dit wantrouwen te verminderen zodra dit gesignaleerd wordt door een professional. Hierin is het tevens belangrijk om het belang van het kind te benadrukken. Hoe dit in de praktijk vormgegeven wordt kunnen op basis van dit onderzoek echter weinig concrete uitspraken over worden gedaan. Er zijn geen beleidsmaatregelen gevonden die als doel hebben dit vertrouwen in de zorg te verbeteren. Door hier bijvoorbeeld aandacht aan te besteden in programma's op scholen voor ouders kan het vertrouwen in de zorg van ouders echter wel toenemen. Een toename van het vertrouwen in de zorg kan ertoe bijdragen dat het kind eerder in contact met de gezondheidszorg kan komen, waardoor er tijdig ingegrepen kan worden gezondheidsproblemen van het kind (zoals PSP).

Niveau van de school

Naast het niveau van het kind en de ouders zijn er een aantal belangrijke bevindingen voor beleid op schoolniveau. Ouders vonden de betrokkenheid bij school waardevol en beleidsmaatregelen kunnen deze betrokkenheid bevorderen door het bijvoorbeeld een ouder-kind centrum te openen.

Daarnaast is het hebben van een pestprotocol van belang op het niveau van de school. Hierin dienen regels duidelijk te zijn opgesteld en moet overtreding van regels bestraft worden. Het is belangrijk dat ouders inzicht krijgen in deze pestprotocollen, omdat er anders de neiging is om het heft in eigen hand te nemen met betrekking tot de problemen die pesten met zich meebrengen. In dit opzicht is het verplicht stellen van het instellen van een bewezen effectief anti-pest programma een stap in de goede richting.

Tot slot is het van belang het netwerk van de school te betrekken bij de verschillende programma's op scholen. De directie, de sociaal verpleegkundige, de leerkrachten, de begeleiders en de ouders kunnen ieder waardevolle inzichten leveren in het opzetten van programma's en de effectiviteit van deze programma's.

Niveau van de wijk

Op het niveau van de wijk is het van belang dat de buurt kindvriendelijk is, dat ouders de mogelijkheid hebben met andere ouders in contact te komen en elkaar te steunen in dit contact. Hier kunnen voorzieningen aan bijdragen, maar er zijn allerlei voorwaarden aan de mogelijkheid voor contact en steun. Culturele segregatie werkt bijvoorbeeld belemmerend voor de mogelijkheid tot contact, evenals de 'vaste klikjes' die kunnen ontstaan. Daarnaast is het van belang dat sociale controle tot op enige hoogte aanwezig is en geaccepteerd wordt. Indien dit niet het geval is wordt het geven van steun bijna onmogelijk.

Tot slot dient de buurt als veilig ervaren te worden op het gebied van verkeer en criminaliteit. Als de buurt als onveilig gezien wordt zullen ouders minder snel geneigd zijn om hun kinderen van de voorzieningen gebruik te laten maken en zullen ouders daar om deze reden minder vaak zijn en minder contact kunnen hebben. Daarnaast zijn kinderen dan minder buiten, omdat ouders voorzichtiger zijn in het naar buiten laten van kinderen. Dit zorgt ervoor dat kinderen ook minder in contact komen met elkaar. Dit gebrek aan contact kan bijdragen aan een verhoogd risico op PSP. Tevens kwam uit de interviews naar voren dat het gevoel van veiligheid moeilijk te herstellen is als deze al beschadigd is. Het is om deze redenen van belang buurten veilig te houden voor kinderen en ouders. De politie en de gemeente kunnen een bijdrage leveren in het behouden en bevorderen van veiligheid in kinderrijke buurten.

Algemeen

Er is naar voren gekomen dat het van belang is om contact niet als hoofddoel voor beleid ter verkleining van het risico op PSP te vormen. Er zijn veel voorwaarden aan het contact tussen ouders om een effect te hebben op het verminderen van het risico op PSP bij kinderen. Er dient bijvoorbeeld de mogelijkheid te zijn om steun te geven en te bieden aan elkaar. Er moeten belangrijke zaken betreffende de opvoeding aan bod komen. Daarnaast kan het nuttig zijn om verschillende culturen bij dit contact te betrekken om segregatie te verminderen en zo de kindvriendelijkheid van de buurt te

verbeteren. Tevens dienen ouders ook open te staan voor adviezen van anderen, omdat veranderingen in de sociale omgeving van het kind anders moeilijk te bewerkstelligen zijn.

Conclusie

Samenvattend kunnen ten aanzien van de verschillende beleidsmaatregelen een aantal opmerkingen worden gemaakt.

Ten eerste is het scholen verplichtstellen een anti-pestprogramma zoals de KiVa-school een effectieve methode om het risico op PSP bij kinderen te verminderen. Hierin wordt rekening gehouden met meerdere factoren en deze programma's zijn bewezen effectief.

Ten tweede kan het programma de Gezonde School een bijdrage leveren in het verminderen van dit risico, omdat dit programma rekening houdt met veel factoren die in dit onderzoek naar voren kwamen.

Ten derde kan het ten aanzien van weerbaarheidstrainingen nuttig zijn om de effectiviteit van de verschillende trainingen in kaart te brengen en hier een selectie in te maken om kinderen alleen bewezen effectieve weerbaarheidstrainingen zoals de methode Ho, tot hier en niet verder aan te kunnen bieden. Daarnaast is het van belang ouders van kinderen met (een verhoogd risico op) PSP op de hoogte te stellen van de verschillende weerbaarheidstrainingen en de mogelijkheden voor de ouders en de kinderen. Programma's op scholen kunnen bijdragen in deze informatievoorziening.

Betreffende de verschillende programma's op scholen is het van belang dat in deze programma's de ouders de mogelijkheid hebben begeleid te worden in een gezonde opvoeding voor het kind. Dit kan door verschillende thema's en activiteiten aan de programma's te koppelen die direct of indirect het risico op PSP bij de kinderen van de deelnemende ouders kan verkleinen. De belangrijkste thema's die aan bod kunnen komen zijn weerbaarheid, pesten en ingrijpende gebeurtenissen. Tot slot is het belangrijk ouders van kinderen met een verhoogd risico op PSP actief geworven worden bij dergelijke programma's, omdat deze meer baat zullen hebben bij deze programma's en het contact dat hieruit voortvloeit. Deze ouders kunnen bijvoorbeeld geselecteerd worden op basis van SES, etniciteit of de wijk waar zij in wonen.

10 Reflectie

Dit onderzoek wordt afgesloten met een hoofdstuk waarin gereflecteerd wordt over de verschillende methoden die gebruikt zijn en de mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

10.1 Mixed methods

Door het gebruik van mixed methods heeft dit onderzoek een beeld kunnen schetsen van de relevante factoren die een rol spelen bij het verminderen van het risico op PSP bij kinderen. Daarnaast is door een focus op beleid een globaal beeld gegeven van welke beleidsmaatregelen er momenteel genomen worden en welke mogelijkheden er zijn om het risico op PSP te verminderen. Het gebruiken van verschillende methoden is bruikbaar geweest, omdat de interviews een levendig beeld gaven van de problematieken waar ouders uit hoogrisicogroepen mee kampen en de kwantitatieve analyses zicht hebben gegeven op welke factoren er over de gehele populatie een rol spelen.

Deze methode is wel kosten- en tijds-intensief, maar biedt wel de diepgang die voor dergelijke onderwerpen bruikbaar is. Deze diepgang wordt vooral bereikt doordat de interviews de informatie uit de kindermonitor konden aanvullen.

10.2 Kwantitatieve analyse

In de regressieanalyse zijn veel variabelen opgenomen. Hierdoor is er controle voor veel variabelen en zijn er minder significante uitkomsten. Door de grootte van steekproef blijft de power van dit model echter hoog en kan er gesteld worden dat sommige factoren geen rol meer spelen indien er gecontroleerd wordt voor andere. Door deze controle is de kans op het vinden van schijnverbanden aanzienlijk verkleind.

De kindermonitor biedt veel respondenten en door de weging van de data is het mogelijk om de resultaten te generaliseren naar de populatie. Door deze weging was het echter noodzakelijk om complex samples te gebruiken (Appendix I, hoofdstuk 12). Door een gebrek aan ervaring met deze techniek is dit tijdsintensief geweest. Met gebruik van deze techniek konden de betrouwbaarheidsintervallen van dit onderzoek niet worden weergegeven, maar de odds-ratio's en de B-coëfficiënten konden wel gevonden worden. De interpretatie is hierdoor op deze waarden gebaseerd.

In de data van de kindermonitor zijn verschillende variabelen niet ideaal opgesteld voor dit onderzoek. De variabele SES is bijvoorbeeld alleen gericht op het hoogst genoten opleidingsniveau van één van de ouders. Het is beter deze te koppelen aan het inkomen. Dit was echter moeilijk, omdat inkomen subjectief gemeten is. Er is respondenten gevraagd of zij zorgen hebben om rond te komen. Dit is een subjectieve maat van inkomen. Iemand die veel geld verdient, maar een dure leefstijl heeft kan moeite hebben met rondkomen. Hierdoor kon de SES van de gezinnen duidelijker naar voren komen in dit onderzoek.

De variabele steun is ook niet ideaal voor dit onderzoek, omdat het alleen steun betreft van familie en vrienden. Het zou ook interessant zijn om steun van andere moeders (die geen vrienden zijn) en van verschillende instanties mee te nemen in dit onderzoek.

Doordat de afhankelijke variabelen niet normaal verdeeld waren is gekozen voor non-parametrische toetsing. De logistische regressieanalyse geeft duidelijk weer welke factoren een rol spelen en hoe groot de kansen op een verhoogd risico op PSP zijn. Het is echter ook mogelijk om de SDQ-score als continue variabele te interpreteren waardoor er minder gegevens verloren gaan.

Tot slot is het van belang te noemen dat de vragenlijsten zijn ingevuld door de ouders van kinderen. Hierdoor kan er een vertekend beeld ontstaan betreffende enkele gevoeliger onderwerpen. Er kunnen sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden over bijvoorbeeld het gedrag van het kind. Echter zijn er in de data geen sterke aanwijzingen voor dergelijke sociaal wenselijke antwoorden. Daarnaast kunnen ouders niet van de (vooral geïnternaliseerde) problemen van het kind af weten. Hierdoor zijn in deze categorie wellicht onjuiste antwoorden gegeven. Dit kan een verklaring bieden voor het niet vinden van een verband tussen een accumulatie van ingrijpende gebeurtenissen en het risico op PSP bij kinderen.

10.3 Kwalitatieve analyses

Het gebruik van kwalitatieve analyses is bruikbaar geweest, omdat er de mogelijkheid is om door te vragen op de verschillende antwoorden. Hierdoor is het mogelijk om dieper in te gaan op de onderwerpen en kunnen antwoorden meer worden genuanceerd dan in een vragenlijst. Tevens geeft het doorvragen de respondenten de mogelijkheid hun eigen verhaal te vertellen.

Daarnaast is de open aanpak tijdens het onderzoek bruikbaar geweest. Tijdens de interviews is regelmatig nieuwe informatie naar voren gekomen die bruikbaar was voor het onderzoek (zoals de weerbaarheidstrainingen) en was het mogelijk de vragen na het vergaren van dergelijke informatie aan te passen.

In dergelijke semigestructureerde diepte-interviews zijn er op de vragen veel uitkomstmogelijkheden. Dit is een voordeel, omdat de antwoorden dan dicht bij de beleving van mensen staan, maar dit is ook een nadeel. Door de vele uitkomstmogelijkheden zijn de resultaten van de interviews erg divers. Niet alle resultaten kunnen naar voren komen en er is een selectie in deze resultaten gemaakt. Hierdoor is de interpretatie van de resultaten individueel en kan een andere onderzoeker andere resultaten naar voren laten komen. Echter zijn de resultaten wel een directe weerspiegeling van wat er gezegd is en zijn er geen eigen interpretaties aan toegevoegd, waardoor dit onderzoek nog betrouwbaar blijft.

Verder zorgt de diversiteit ervoor dat er minder specifieke uitspraken met betrekking tot beleidsaanbevelingen gedaan kunnen worden. De gegevens van de interviews zijn niet te generaliseren en dienen voornamelijk ter illustratie van wat er in de verschillende gezinnen en buurten speelt.

Door een gevolgde interviewtraining is de kwaliteit van de vragen en objectiviteit vergroot. Echter was het soms moeilijk om de rol van interviewer te behouden, omdat er toch persoonlijke zaken werden gedeeld en het gesprek in goede banen moest verlopen. Hierdoor wisselde het interview in sommige gevallen van een vraaggesprek naar een gewoon gesprek. Daarnaast werden sommige vragen niet goed begrepen door de respondenten waardoor sommige vragen gesloten werden gesteld om hier vervolgens op door te vragen. Idealiter worden er open vragen gesteld om zoveel mogelijk antwoordmogelijkheden te hebben. Echter was er soms de noodzaak om het interview te leiden door vragen gesloten te stellen en om uit te leggen wat mogelijke antwoorden zijn op de soms moeilijke vragen. Er is echter zoveel als mogelijk rekening gehouden met de betrouwbaarheid van de antwoorden en door middel van doorvraagtechnieken is er relevante informatie naar voren gekomen.

De verschillende ouders hebben de gesprekken als prettig ervaren. Zij hadden het gevoel dat de verschillende zaken die van belang zijn betreffende kindvriendelijkheid van de buurt, weerbaarheid van kinderen en omgaan met ingrijpende gebeurtenissen goed naar voren zijn gekomen.

De geïnterviewde moeders in dit onderzoek zijn allen (op één na) betrokken bij verschillende programma's op school. Hierdoor zijn zij meer betrokken met school en met (een aantal andere ouders in) de buurt. Hierdoor kan een vertekend beeld optreden over het belang van betrokkenheid met de buurt en met school. Deze selectiebias kan voortkomen uit de wervingsmethode in dit onderzoek. Bij de aanvang van dit onderzoek zijn verschillende scholen benaderd. Medewerkers van deze scholen hebben vervolgens ouders benaderd. Hierdoor is het voor de hand liggend dat dit ouders zijn die op scholen actief zijn en meer betrokken zijn bij de school. De selectiebias die hieruit voort kan zijn gekomen zorgt voor minder betrouwbaarheid en vervolgonderzoek moet aantonen in hoeverre deze bias een rol heeft gespeeld in de resultaten.

Daarnaast is er geen verzadiging bereikt in de interviews, omdat door het grote aantal antwoordmogelijkheden en de verschillen in respondenten de resultaten zeer divers bleven. Verwacht wordt dat pas bij een groot aantal interviews (bijvoorbeeld 50) verzadiging kan worden behaald.

Door het gebrek aan tijd en moeizaamheden in de werving is er weinig mogelijkheid geweest om beleidsmedewerkers te interviewen. Hierdoor is er wellicht onvoldoende over de doelen, mechanismen en assumpties van beleid dat zich specifiek richt op het verminderen van het risico op PSP naar voren gekomen. Echter is het door de gevoerde gesprekken wel mogelijk om gericht beleidsadviezen te doen en om aan te geven wat er momenteel in het beleidsveld gebeurt ten aanzien van het verminderen van het risico op PSP.

10.4 Mogelijk vervolgonderzoek

In vervolgonderzoek zou het interessant zijn een project direct te evalueren. Hierbij kan gedacht worden aan het project Gezonde School of de verschillende programma's die er voor ouders zijn. Dit kan bijvoorbeeld door een monitoring van de effecten van dit programma op te stellen. Hierin dient gekeken te worden naar de verschillende aspecten van gezondheid van kinderen en hoe het invoeren van een gezonde school hieraan bijdraagt. Voor deze monitoring kan de kindermonitor gebruikt worden. Door de effectiviteit van de programma's te meten kan gekeken worden naar de mogelijkheid voor verbeteringen in het beleid en/of het vormen van andere beleidsmaatregelen.

Daarnaast zou in vervolgonderzoek de effectiviteit van de verschillende weerbaarheidstrainingen getoetst kunnen worden. Dit kan door te onderzoeken wat de invloed van de weerbaarheidstrainingen op de SDQ-score is. Door middel van een voor en nameting en bijvoorbeeld de 'difference in differences' methode kan een dergelijke effectevaluatie plaatsvinden. Uit deze onderzoeken dient duidelijk te worden welke weerbaarheidstrainingen het best geschikt zijn in het verminderen van het risico op PSP.

Daarnaast is het wenselijk om bij het vaststellen van factoren een longitudinale monitoring te gebruiken. Bij de kindermonitor is er geen sprake van een dergelijke herhaalde metingendesign. Hierdoor kan er nog weinig onderscheid worden gemaakt tussen factoren die op de korte en lange termijn een rol spelen. Door dezelfde respondenten mee te nemen (van bijvoorbeeld de monitor jeugdgezondheid en de gezondheidsmonitor jongeren) in de analyse kunnen factoren onderscheiden worden op de lange en korte termijn. Daarnaast kan hierdoor worden vastgesteld of sommige factoren

wellicht meer effect hebben op een bepaalde leeftijd. Hier kan in beleid vervolgens rekening mee gehouden worden. Tevens kunnen in de kindermonitor vertrouwen in de zorg van de ouders worden toegevoegd.

Het is tevens van belang om de verschillende hypothesen rondom het verband tussen SES en het risico op PSP verder te onderzoeken. In dit onderzoek zijn weinig conclusies betreffende het mechanisme achter dit verband. Een kwalitatief onderzoek met individuele of groepsinterviews zou duidelijk kunnen maken welk mechanisme er speelt achter het verband tussen SES en het risico op PSP. Hier is door de aandacht te vestigen op de verschillende sociale factoren en de verschillende kindfactoren weinig ruimte voor geweest.

Tot slot is het interessant om de verschillende categorieën van PSP te onderzoeken: aandachts- en gedragsproblemen, emotionele problemen en sociale problemen. Dit kan nuttig zijn voor het vormen van specifiek beleid voor bijvoorbeeld internaliserende problemen. De SDQ is niet ideaal voor het analyseren van de losse categorieën (Janssen & Deboutte, 2009). Wellicht biedt de ASEBA meer mogelijkheid voor het maken van dit onderscheid. Echter is in dit onderzoek wel het doel bereikt om de verschillende lokale factoren met betrekking tot het risico op PSP in kaart te brengen en is de SDQ een valide instrument gebleken voor het bereiken van dit doel.

11 Literatuur

- Van Amersfoort, J. M. M. (2001). Transnationalisme, moderne diaspora's en sociale cohesie.
- Andresen, P. A., & Telleen, S. L. (1992). The relationship between social support and maternal behaviors and attitudes: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 20(6), 753-774.
- Aneshensel, C. S., & Sucoff, C. A. (1996). The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of health and social behavior*, 37, 293-310.
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2005). Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Bakker, K., Pannebakker, M., & Snijders, J. (1999) *Kwetsbaar en competent*.
- Bandura, B. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
- Bourdieu, P., (1979), *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Uitgegeven door: Les Editions de Minuit, Paris
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. OUP Oxford.
- Clarke, A. (1999). *Evaluation research: An introduction to principles, methods and practice*. Uitgegeven door: Sage.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405-411.
- Coomans, L. L. A. (2013). De invloed van de opvoeding op het persoonlijk sociaal netwerk van moeders.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 59(8), 619-627.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*.
- van Dorsselaer, S., de Looze, M., Vermeulen-Smit, E., de Roos, S., Verdurmen, J., ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2010). HBSC 2009. *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland [Health, wellbeing and upbringing of adolescents in the Netherlands]*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Helsen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (1997). Sociale steun van ouders en vrienden en emotionele problemen in de adolescentie. *Kind en adolescent*, 18(1), 24-31.
- Hemphill, S. A., & Littlefield, L. (2001). Evaluation of a short-term group therapy program for children with behavior problems and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 823-841.
- van Ingen, G. J., Schut, R., Simons, P. R. J., Wijnen, W. H. F. W., & Zuylen, J. G. G. (2002). *Binding van scholieren*.

- Janssens, A., & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European child & adolescent psychiatry*, 18(11), 691-700.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Dohrenwend, B. P., Link, B. G., & Brook, J. S. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of abnormal psychology*, 108(3), 490.
- Kalmijn, M. (2012). Longitudinal analyses of the effects of age, marriage, and parenthood on social contacts and support. *Advances in Life Course Research*, 17(4), 177-190.
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality?. *BMJ: British Medical Journal*, 314(7086), 1037.
- Kool, J.M. (2000, 2006). Ho, tot hier en niet verder...! Training in psychosociale weerbaarheid voor kinderen van 7 tot 12 jaar en hun ouders. Leuven/Leusden: Acco.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S. L., & Tamminen, T. (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child abuse & neglect*, 22(7), 705-717.
- Kushner, H. I., & Sterk, C. E. (2005). The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1139-1143.
- Lindström, M. (2008). Social capital, anticipated ethnic discrimination and self-reported psychological health: A population-based study. *Social Science & Medicine*, 66(1), 1-13.
- Link, B. (1982). Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 202-215.
- Maas, I. A. M., & Jansen, J. (2000). Psychische (on) gezondheid; factoren en de effecten van preventieve interventies.
- Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B. R. E., & Silva, P. A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation during young adulthood 1. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096-1131.
- Moerman, M., (2011) *Kinderen in Rivierenland: onderzoek onder ouders naar de gezondheid van 0-12 jarigen in regio Rivierenland*. Uitgegeven door GGD Rivierenland.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *European child & adolescent psychiatry*, 12(1), 1-8.
- Newmann, F. M. & Oliver, D. W. (1967). Education and community. *Harvard Educational Review*, 37(1), 61-106.
- Out, D., & Bakermans-Kranenburg, M. (2007). Genen en omgeving bij gehechtheid: Relevantie van de gedragsgenetica voor de pedagogiek. *Pedagogiek*, 26(2), 209-210.
- Van Peer, C., (2007). De impact van een (echt)scheiding op kinderen en (ex)partners. *Studiedienst van de Vlaamse regering, Brussel*.
- Postma, S., (2008). *JGZ-richtlijn vroegsignalering van psychosociale problemen*. RIVM, Bilthoven.

- Schuylt, K. (1997), *Sociale cohesie en sociaal beleid. Drie publiekscolleges in De Balie*. Amsterdam: De Balie.
- Van der Star, M. (2010), Rapport Kindermonitor 2009/2010 gemeente Nijmegen: Gezondheid, welzijn en leefwijze van kinderen in de gemeente Nijmegen. Nijmegen: GGD
- Thorlindsson, T., & Bjarnason, T. (1998). Modeling Durkheim on the micro level: A study of youth suicidality. *American Sociological Review*, 94-110.
- Wacquant, L. (1998). Key sociological thinkers. Uitgegeven door: NYUPress, New York
- Wadsworth, M. E., & Achenbach, T. M. (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(6), 1146.
- Wagner, M., Friend, M., Bursuck, W. D., Kutash, K., Duchnowski, A. J., Sumi, W. C., & Epstein, M. H. (2006). Educating Students With Emotional Disturbances A National Perspective on School Programs and Services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(1), 12-30.
- Wolraich, M. L., Wibbelsman, C. J., Brown, T. E., Evans, S. W., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., Clarke, R., Shubiner, H. H., Wender, E.H. & Wilens, T. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746.
- Zeedijk, J. & Smits, T., 2010. *Bourdieu, Habitus en Omnivoriteit*. Uit: Tijdschrift voor Sociologie, Vol. 2, p. 110-135
- Zeijl, E. (2005). *Kinderen in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zeijl, E., Van den Eeckhout, S., Ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Trimbos-instituut.

12 Appendix I: Dataset

Respons

In totaal zijn 12929 respondenten benaderd en hebben 6090 respondenten de vragenlijst ingevuld. De respons van deze steekproef is 47,1%. De respons van de benaderde ouders uit regio Nijmegen is weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5 De respons van de kindermonitor per gemeente

Gemeente	Steekproef			Respons op einddatum	Respons op einddatum in procenten
	0-4 jaar	4-12 jaar	Totaal		
<i>Beuningen</i>	261	739	1000	543	54%
<i>Druten</i>	278	722	1000	485	49%
<i>Groesbeek</i>	266	734	1000	528	53%
<i>Heumen</i>	257	743	1000	516	52%
<i>Millingen</i>	124	335	459	207	45%
<i>Nijmegen</i>	2041	3770	5811	2436	42%
<i>Ubbergen</i>	167	492	659	326	49%
<i>WestMW</i>	294	706	1000	536	54%
<i>Wijchen</i>	274	726	1000	513	51%
<i>Totaal</i>	3692	8967	12929	6090	47,1%

In totaal zijn 5811 Nijmeegse respondenten benaderd en hebben 2436 respondenten de vragenlijst ingevuld. De respons van deze steekproef in Nijmegen is 41,9%. De respons van de ouders uit de gemeente Nijmegen is af te lezen uit tabel 6.

Tabel 6 De steekproef en de respons in Nijmegen

Stadsdeel	Steekproef	Respons op einddatum	Respons op einddatum in procenten
Centrum	188	71	38%
Oost	500	247	49%
Oud West	600	244	41%
Aandachtswijk Midden	469	180	38%
Rest Midden	307	151	49%
Aandachtswijk Nieuw West	600	253	42%
Rest Nieuw West	76	41	54%
Aandachtswijk Zuid	600	203	34%
Rest Zuid	288	147	51%
Aandachtswijk Dukenburg	600	199	33%
Rest Dukenburg	178	82	46%
Aandachtswijk Lindenholt	501	185	37%
Rest Lindenholt	304	138	45%
Noord	600	295	49%
Totaal	5811	2436	41,9%

Weging

De data van de Kindermonitor zijn gewogen op verschillende variabelen. Er bleek dat er te veel mensen met een lage SES in de data zijn. Ook zijn de mensen uit aandachtswijken oververtegenwoordigd en de leeftijd was ook niet realistisch verdeeld. Om deze reden is ervoor gekozen om de data op wijk, leeftijd en SES te wegen. Hierdoor is de data niet meer vertekent en kan er meer gegeneraliseerd worden naar de populatie.

Complex samples

Omdat de data gewogen is, is het nodig om complex samples te gebruiken. In de gewogen dataset is het aantal respondenten aanzienlijk groter dan bij de ongewogen dataset. Hierdoor worden veel onterechte significante resultaten gevonden. Daarnaast bleek de steekproef in de kindermonitor niet representatief voor de ouders uit regio Gelderland-Zuid. Deze problemen zijn opgelost met behulp van

complex samples. Met complex samples wordt er namelijk rekening gehouden met de echte grootte van de populatie in de data, terwijl de steekproef wel representatief blijft voor de gehele populatie.

Het belangrijkste doel van complex samples is het verkrijgen van niet vertekende en precieze schattingen van de relevantie variabelen voor het onderzoek.

Echter is een regressiemodel bij complex samples een schatting van hoe het model er uit zou moeten zien bij een representatieve populatie. Een probleem dat deze methode met zich meebrengt in logistische regressie is dat alle variabelen als categorisch worden benaderd. Hierdoor wordt bij continue variabelen per waarde de kans ten opzichte van de hoogste waarde in de variabele berekend. Indien complex samples niet gebruikt wordt kan de variabele wel lineair geïnterpreteerd worden. Dat wil zeggen dat de gemiddelde kans wordt berekend van een stijging van één punt in de variabele. Echter is het noodzakelijk complex samples te gebruiken door de weging van het bestand. Daarnaast kan het ook als een nadeel beschouwd worden om verbanden lineair te benaderen, omdat er dan de veronderstelling bestaat dat iedere stijging evenveel invloed heeft op de afhankelijke variabele terwijl dit niet het geval hoeft te zijn.

12.1 Beschrijving van de variabelen

Een aantal belangrijke variabelen dienen verder uitgelegd te worden. Hierin wordt begonnen de items en scores van de belangrijkste afhankelijke variabelen nader uit te leggen. Vervolgens worden de onafhankelijke variabelen uiteengezet. De vragenlijsten zijn door de ouders ingevuld. Dit betekent dat alle antwoorden gebaseerd zijn op de perceptie van het kind door de ouders.

De afhankelijke variabele: De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Zoals al genoemd bestaat de SDQ uit 25 items over emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en (gebrek aan) pro sociaal gedrag. Hierin worden 20 van de 25 items meegenomen om het risico op psychosociale problemen vast te stellen, omdat de 5 items ten aanzien van sociaal gedrag niet worden meegenomen. Op ieder item kunnen 0,1 of 2 punten gescoord worden. 0 punten betekent niet van toepassing. 1 punt betekent een beetje van toepassing en 2 punten betekent zeker van toepassing. Wanneer in totaal 11 van de 40 punten of hoger wordt gescoord is er sprake van een verhoogd risico op psychosociale problemen en wanneer hoger dan 20 punten wordt gescoord is er sprake van een extreem verhoogd risico op psychosociale problemen (van der Star, 2010; Muris, Meesters & van den Berg, 2003).

Items SDQ

Hieronder volgt een opsomming van de verschillende items. (Sommige van deze items zijn de waarden van omgekeerd, zodat deze het risico op PSP aangeven. Deze items zijn aangegeven met *.)

Mijn kind...

houdt rekening met de gevoelens van anderen*

is rusteloos, overactief, kan niet lang stil zitten

klaagt over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid

deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld snoep, speelgoed, potloden etc.)*

heeft vaak driftbuien of woede uitbarstingen

is nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen

is doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen*

heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten

is behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt*

is constant aan het wiebelen of friemelen

heeft minstens één goede vriend of vriendin*

vecht vaak met andere kinderen of pest ze

is vaak ongelukkig, in de put of in tranen

wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen*

is gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren

is zenuwachtig of zich vastklappend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen

is aardig tegen jongere kinderen*

liegt of bedriegt vaak

wordt getreiterd of gepest door andere kinderen

biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)*

denkt na voor iets te doen*

pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen

kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen

is voor veel bang, is snel angstig

maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden.*

Deze schaal bleek zeer betrouwbaar te zijn ($\alpha = 0,79$). Op basis van de onderzoeken van Muris, Meesters & van den Berg, (2008) en van Janssens, Deboutte, (2009) kan gesteld worden dat de

Nederlandse versie van de SDQ een valide en betrouwbare vragenlijst is voor het meten van (het risico op) PSP bij kinderen.

Onafhankelijke variabelen

Sociale factoren

Contact tussen ouders

Deze variabele is gebaseerd op de vraag “Wat mist u in de buurt?” Een antwoordcategorie hierin is contact met andere ouders. Deze variabele geeft een gebrek aan sociale cohesie in de buurt aan. De waarde 0 betekent dat de respondent aangaf dat het contact wordt gemist en de waarde 1 betekent dat de respondent aangaf dat dit contact niet gemist wordt.

Contact tussen kinderen

Deze variabele is tevens gebaseerd op de vraag “Wat mist u in de buurt?” Een antwoordcategorie bij deze vraag was contact van mijn kind met andere kinderen. De waarde 0 in deze variabele geeft aan dat dit contact gemist wordt door de ouders van het kind en de waarde 1 geeft aan dat dit niet het geval is. Deze variabele geeft net als de variabele contact tussen ouders een gebrek aan sociale cohesie in de buurt aan.

Steun bij opvoeding

De respondenten zijn gevraagd of zij steun van familie en/of vrienden ontvangen met betrekking tot de opvoeding. De antwoordcategorieën met bijbehorende waarden bij deze variabele zijn: zelden of nooit (1), af en toe (2), regelmatig (3) en vaak (4).

Lid zijn van een vereniging

Op basis van verschillende items ten aanzien van lidmaatschap (van het kind) van een vereniging is één variabele opgezet om in één oogopslag te kunnen zien of het kind lid is van ten minste één vereniging. Er is in de oorspronkelijke vragenlijst een item die het lidmaatschap van de vereniging meet. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende verenigingen:

- sportclub/-vereniging,
- zang-, muziek- of toneelclub/-vereniging
- scouting of andere club/organisatie betrokken bij natuur of milieu (zoals NJN)
- knutsel- of hobbyclub
- club of vereniging van kerk of moskee
- ander soort club of vereniging

Omdat de hypothese getoetst is of lidmaatschap van een vereniging bijdraagt aan een vermindering van het risico op PSP wordt er geen onderscheid gemaakt tussen deze verschillende verenigingen. De variabele geeft om deze reden aan of het kind lid is van één of meerdere van deze verenigingen. In deze variabele geeft de score 0 aan dat het kind lid is van ten minste één een vereniging en de score 1 geeft aan dat het kind geen lid is van een vereniging.

Mate van buitenspelen

De ouders is gevraagd hoeveel het kind buiten speelt. Op basis van deze antwoorden is een dichotome variabele aangemaakt om aan te geven of het kind gemiddeld meer of minder dan 30 minuten per dag buiten speelt. Deze grens is bij 30 minuten gesteld, omdat vanuit de GGD gesteld wordt dat een kind minstens 5 dagen in de week een half uur buiten moet spelen. Hierdoor is in de vragenlijst hier het afkappunt gemaakt. Deze grens is gesteld op basis van bewegingseisen, maar als kinderen minder dan 30 minuten buiten spelen zullen zij waarschijnlijk ook minder contact hebben met andere kinderen. Deze variabele is om deze reden nuttig voor de toetsing van de hypothese H1f.

In de variabele betekent de waarde 1 dat het kind minder dan 30 minuten per dag buiten speelt en de waarde 0 geeft aan dat het kind meer dan 30 minuten buiten speelt. Deze variabele is meegenomen in de analyse, omdat dit een maat is die binding van het kind met de buurt aangeeft. Buiten spelen gebeurt immers (meestal) samen.

Kindvriendelijkheid buurt

In de vragenlijst is ouders gevraagd of zij de buurt als kindvriendelijk ervaren. De antwoordmogelijkheden hierin zijn: helemaal niet kindvriendelijk (4), niet zo kindvriendelijk (3), kindvriendelijk (2) en heel kindvriendelijk (1).

Aandachtswijk

Op basis van de postcode is gekeken of de respondenten in een Nijmeegse aandachtswijk wonen. De verschillende aandachtswijken per stadsdeel zijn:

- Oud West: Biezen en Wolfskuil
- Nieuw West: Neerbosch-Oost en Heseveld
- Midden: Nijeveld
- Zuid: Hatert
- Dukenburg: Tolhuis, Zwanenveld, Meijhorst, Aldenhof en Malvert
- Lindenholt: Voorstenkamp, Gildekamp, Zellersacker en Leuvensbroek.

De volgende wijken zijn geen aandachtswijken:

- Centrum: Benedenstad en Stadscentrum
- Oost: Bottendaal, Galgenveld, Altrade, Hunnerberg, Hengstdal, Kwakkenberg, Groenewoud, Ooyse Schependom
- Nieuw West: Hees
- Midden: Hazenkamp, Goffert, St. Anna en Heijendaal
- Zuid: Haterse Hei, Grootstal en Brakkenstein
- Dukenburg: Lankforst, Weezenhof, Vogelzang en Staddijk
- Lindenholt: Kerkensbos, Westkanaaldijk,
- Noord: Oosterhout, Ressen en Lent

In de variabele aandachtswijk betekent de waarde 0 dat de respondent in een aandachtswijk in Nijmegen woont en de waarde 1 betekent dat de respondent elders in de gemeente Nijmegen woont.

Gezinsfactoren

Sociaaleconomische status (SES)

De variabele SES is gebaseerd op het hoogst genoten opleidingsniveau van één van de ouders. Hierin is onderscheid gemaakt tussen de categorieën laag, midden en hoog. Laag omvat de antwoordcategorieën: geen opleiding (lagere school niet afgemaakt), basisonderwijs (lagere school, speciaal basisonderwijs) en Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO). Midden omvat de antwoordcategorieën: middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals mavo, MBO-kort, VMBO theoretische leerweg) en middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL BBL, INAS). Hoog omvat de antwoordcategorieën: Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum Gymnasium), hogere beroepsonderwijs (zoals HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs) en wetenschappelijk onderwijs (universiteit). De categorie laag heeft de waarde 1 gekregen, midden de waarde 2 en hoog de waarde 3.

Deze variabele is in drie categorieën ingedeeld, omdat deze indeling ook in andere onderzoeken naar het verband tussen (het risico op) PSP en SES wordt gehanteerd (van der Star, 2010; Wadsworth & Achenbach, 2005; Lindström, 2008).

Zorgen over rondkomen

De respondenten is gevraagd of zij het afgelopen jaar moeite hebben gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen. Bij deze vraag werden vier antwoordcategorieën (met bijbehorende waarden) gegeven: nee, geen enkele moeite (3), nee, geen moeite, maar ik moet wel letten op mijn uitgaven (2), ja, enige moeite (1) en ja, grote moeite (0).

Etniciteit

De respondenten hebben aangegeven wat het land van herkomst van de beide ouders en het kind is. Op basis van het land van herkomst voor de ouders is de variabele etniciteit aangemaakt. De waarde 0 geeft aan dat de respondent heeft aangegeven dat één van de ouders een niet-Nederlandse nationaliteit heeft en de waarde 1 geeft aan dat de ouders Nederland als land van herkomst hebben. Als één van de ouders een niet-Nederlandse etniciteit heeft kan dit bijdragen aan het risico op PSP.

Kindfactoren

Ingrijpende gebeurtenis

De variabele ingrijpende gebeurtenis is gebaseerd op één van de 10 mogelijke ingrijpende gebeurtenissen. Deze ingrijpende gebeurtenissen zijn (van der Star, 2010):

- overlijden van een nabij familielid of geliefd persoon
- conflicten of ruzies binnen het gezin
- langdurige ziekte of handicap van een gezinslid
- langdurige ziekte of handicap van het kind zelf
- problemen in verband met werk of werkloosheid van (één van) de ouders
- psychische problemen bij (één van) de ouders
- echtscheiding of langere tijd weggaan van een gezinslid
- uitbreiding van het gezin door stiefvader/-moeder en/of stiefkind erbij
- problemen met huisvesting of verblijf in Nederland
- problemen met drank of verslaving bij een familielid.

In de vragenlijst zijn er drie antwoordcategorieën voor de verschillende items: “nooit meegemaakt”, “ja, meegemaakt, maar het geeft voor het kind geen grote zorgen of problemen (meer)” en “ja, meegemaakt en het geeft voor het kind zorgen of problemen”. In de variabelen hebben de antwoordmogelijkheden “nooit meegemaakt” en “ja meegemaakt, maar het geeft voor het kind geen zorgen of problemen (meer)” de waarde 1 gekregen en heeft de antwoordmogelijkheid “ja, meegemaakt en geeft voor het kind zorgen of problemen” de waarde 0 gekregen. Hierdoor betekent de waarde nul dat er nu een ingrijpende gebeurtenis speelt en één betekent dat dit niet het geval is.

Op basis van een factoranalyse is vastgesteld dat deze in 2 categorieën kunnen worden onderverdeeld. Deze factoranalyse is geroteerd met direct oblimin, omdat er een theoretische basis voor de samenhang van deze items verwacht wordt. De component matrix van deze factoranalyse is weergegeven in tabel 7.

Tabel 7 De component matrix van de verschillende ingrijpende gebeurtenissen

Variabele	Component 1	Component 2
Overlijden nabij familielid of geliefd persoon	,312	,381
Langdurige ziekte of handicap van het kind zelf	,263	,570
Langdurige ziekte of handicap van een gezinslid	,386	,612
Psychische problemen van (één) van de ouders	,673	,083
Conflicten of ruzies binnen het gezin	,692	-,115
Echtscheiding of voor langere tijd weggaan gezinslid	,655	-,290
Uitbreiding gezin door stiefvader/-moeder en/of stiefkind erbij	,484	-,259
Problemen ivm werk of werkloosheid van (één) van de ouders	,518	,031
Problemen met drank of verslaving bij een gezinslid	,524	-,171
Woonproblemen, problemen met huisvesting of met verblijf in NL	,422	-,220

De eerste factor bestaat uit langdurige ziekte of handicap van het kind en langdurige ziekte of handicap van (één van) de ouders. Deze ingrijpende gebeurtenissen geven beide de prevalentie van een langdurige ziekte of handicap aan.

De tweede factor bestaat uit de overige ingrijpende gebeurtenissen. (conflicten of ruzies binnen het gezin, problemen in verband met werk of werkloosheid van (één van) de ouders, psychische problemen bij (één van) de ouders, echtscheiding of langere tijd weggaan van een gezinslid, uitbreiding van het gezin door stiefvader/-moeder en/of stiefkind erbij, problemen met huisvesting of verblijf in Nederland en problemen met drank of verslaving bij een familielid.) Echter blijkt uit de frequentieverdeling van deze variabele dat er weinig respondenten zijn die momenteel 3 of meer ingrijpende gebeurtenissen. Daarom zijn deze cases samengevoegd.

Daarnaast blijkt het overlijden van een nabij familielid of geliefd persoon niet bij de andere ingrijpende gebeurtenissen te passen. Waarschijnlijk verschilt deze te veel van de andere ingrijpende

gebeurtenissen. Een verklaring hiervoor kan zijn is dat rouwprocessen een andere problematiek met zich meebrengen dan de andere ingrijpende gebeurtenissen. Echter is het wel zinnig deze ingrijpende gebeurtenis mee te nemen in de analyse. Om deze reden is deze los behandeld.

Op basis van deze bevindingen zijn er drie variabelen ten aanzien van ingrijpende gebeurtenissen in het model opgenomen. De eerste variabele is langdurige ziekte of handicap van het kind of de ouders. Dit is een dichotome variabele. De waarde 1 houdt in dat er geen langdurige ziekte of handicap van het kind of de ouders is. De waarde 0 houdt in dat er één van de twee of allebei de ingrijpende gebeurtenissen nu een rol spelen in het leven van het kind.

De tweede variabele is de variabele ingrijpende gebeurtenis. Dit is net als de variabele langdurige ziekte of handicap van het kind of de ouders een somscore van ingrijpende gebeurtenissen die nu een rol spelen bij het kind. De variabele ingrijpende gebeurtenis heeft de waardes 0 tot en met 3. Hierin geeft de waarde 3 aan dat er momenteel geen van de andere ingrijpende gebeurtenissen momenteel een rol spelen. De waarde 2 geeft aan dat er één van ingrijpende gebeurtenissen momenteel een rol speelt. De waarde 1 geeft aan dat er momenteel 2 ingrijpende gebeurtenissen een rol spelen. Tot slot geeft de waarde 0 aan dat er 3 of meer ingrijpende gebeurtenissen een rol spelen. Hierdoor is het mogelijk om te zien of een accumulatie van ingrijpende gebeurtenissen een rol speelt in het risico op PSP bij kinderen.

De derde variabele is het overlijden van een nabij familielid of een geliefd persoon. De waarde 0 geeft in deze variabele aan dat deze ingrijpende gebeurtenis nu speelt en de waarde 1 geeft aan dat dit niet het geval is.

Gepest worden

Deze variabele is gebaseerd op de vraag of het kind in de afgelopen 3 maanden gepest is. De score 0 geeft aan dat dit het geval is en de score 1 geeft aan dat het kind niet is gepest in de afgelopen 3 maanden.

Weerbaarheid

Weerbaarheid bestaat in de Kindermonitor uit zeven items. Deze items zijn:

- het kind heeft zelfvertrouwen
- het kind kan voor zichzelf opkomen
- het kind kan 'nee' zeggen tegen andere kinderen als hij/zij iets niet wilt
- het kind zoekt hulp als hij/zij het nodig heeft
- het kind houdt rekening met de grenzen van anderen
- het kind kan met teleurstelling omgaan
- het kind gaat bij een probleem snel schelden en/of vechten.

De laatste van deze items is andersom geïnterpreteerd, omdat snel schelden en/of vechten getuigt van weinig weerbaarheid.

Deze schaal bleek betrouwbaar te zijn ($\alpha = 0,62$).

Binnen deze items is zijn 4 antwoordcategorieën: helemaal oneens (1), beetje oneens (2), beetje eens (3) en helemaal eens (4).

Op basis van een factoranalyse is vastgesteld dat 6 van de 7 items van weerbaarheid samengevoegd kunnen worden. Deze factoranalyse is geroteerd met direct oblimin, omdat er een theoretische basis voor de samenhang van deze items verwacht wordt. De component matrix van deze factoranalyse is weergegeven in tabel 8. Alleen bij het item een probleem snel schelden en/of vechten bleek (zelfs na het omkeren van de waarden) niet in dezelfde variabele te passen. Dit item wordt wel meegenomen in de analyses, maar niet in de variabele weerbaarheid. De betrouwbaarheid van de nieuwe schaal is hoger dan de oude schaal ($\alpha = 0,74$).

Tabel 8 De component matrix van de verschillende items die weerbaarheid meten

Variabele	Component 1	Component 2
Kan voor zichzelf opkomen	,730	,414
Kan nee zeggen tegen andere kinderen als zij/hij iets niet wil	,650	,478
Gaat bij een probleem snel schelden en/of vechten	-,238	,713
Zoekt hulp als hij/zij het nodig heeft	,621	-,014
Houdt rekening met de grenzen van andere kinderen	,526	-,573
Kan met teleurstellingen omgaan	,639	-,338
Heeft zelfvertrouwen	,770	,107

Bij het maken van de variabele weerbaarheid hebben de waarden 3 en 4 de waarde 1 gekregen en de waarde 1 en 2 de waarde 0. Vervolgende zijn de items bij elkaar opgeteld zodat de variabele aangeeft op hoeveel items er een positieve score is gegeven ten aanzien van weerbaarheid van het kind. Echter zijn de scores 0 en 1 samengenomen door het lage aantal cases, waardoor deze variabele waarden heeft van 0 tot 5. Deze variabele is vervolgens omgedraaid zodat de scores aangeven in hoeverre weerbaarheid van invloed is op een verhoogde score op de SDQ.

Daarnaast is de respondenten gevraagd in hoeverre zij hun kind weerbaar vinden. Deze vraag luidt: “Een kind is weerbaar als het op een passende manier voor zichzelf op durft te komen, zoder anderen te kwetsen, te schelden en/of vechten. Vindt u uw kind over het algemeen weerbaar?” De waarde 1 geeft aan dat het kind meestal weerbaar is. De waarde 2 geeft aan dat het kind soms weerbaar is en de waarde 3 betekent dat het kind (meestal) niet weerbaar is. Hierdoor wordt in het regressiemodel aangegeven hoe weerbaar zijn zich verhoudt niet weerbaar zijn.

Controlevariabelen

Leeftijd

De variabele leeftijd is verdeeld van 4-12 jaar. In deze variabele geven de waarden de leeftijd van de kinderen aan.

Geslacht

Geslacht is een dichotome variabele. De waarde 0 geeft aan dat het kind een jongen is en de waarde 1 geeft aan dat het kind een meisje is.

10.1.2 Tabel: Beschrijvende statistieken van de variabelen

Tabel 9 Beschrijvende statistieken van de Variabelen (Valid N zonder aandachtswijk = 3423; Valid N met aandachtswijk = 1226)

Variabele	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard deviatie
indicatie psychosociale problemen	3993	0	1	,18	-
Contact met andere ouders	4081	0	1	,96	-
Contact van mijn kind met andere kinderen	4081	0	1	,87	-
Steun van vrienden en familie	4079	1	4	2,15	,93
Lid zijn van een vereniging	3940	0	1	,14	-
Speelt minder dan 30 min per dag buiten	3951	0	1	,38	-
kindvriendelijkheid buurt	4134	1	4	2,02	,71
Sociaal Economische Status gezin (gebaseerd op opleidingsniveau ouders)	3858	1	3	2,12	,74
Financieel rondkomen	4128	1	4	2,20	,85
Etnische herkomst	4022	0	1	,85	-
Overlijden nabij familielid of geliefd persoon	4065	0	1	,97	-
Langdurige handicap of ziekte van het kind of (één van de) ouders	3983	0	2	,96	,20
Overige Ingrijpende gebeurtenissen	3920	0	3	2,89	,43
Is in de afgelopen 3 maanden gepest	3979	0	1	,69	-
Gaat bij een probleem snel schelden en/of vechten	3973	1	4	1,46	,77
Weerbaarheid	3971	1	3	2,63	,58
Weerbaarheid (6 items)	3892	0	5	,64	1,12
Geslacht	4214	0	1	,52	-
Leeftijd in jaren	4214	4	12	7,96	2,37
Aandachtswijk	1538	0	1	,49	-

Bron: Kindermonitor 2013 GGD Gelderland-Zuid

13 Appendix II: Logistische regressietabellen

Tabel 10 Logistische regressietabel SDQ-score

Model 1 N=3423 Nagelkerke = 0,426 Model 2 N = 1226 Nagelkerke = 0,498

	B	Exp (B)	B	Exp (B)
	Model 1		Model 2	
(Intercept)	-,297	,743	-,942	,390
Geen gemis van contact tussen ouders in de buurt	,276	1,318	,740	2,095**
Gemis van contact tussen ouder in de buurt	-	ref.	-	ref.
Geen gemis van contact tussen kinderen in de buurt	,517	1,677***	,099	1,104
Gemis van contact tussen kinderen in de buurt	-	ref.	-	ref.
Krijgt vaak steun van vrienden en familie mbt verzorging van het kind	-,225	,798	-,298	,742
Krijgt regelmatig steun van vrienden en familie mbt verzorging van het kind	-,218	,804	-,399	,671
Krijgt af en toe steun van vrienden en familie mbt verzorging van het kind	-,075	,928	-,115	,891
Krijgt zelden/nooit steun van vrienden en familie mbt verzorging van het kind	-	ref.	-	ref.
Kind is lid van een vereniging	,075	1,077	,206	1,229
Kind is niet lid van een vereniging	-	ref.	-	ref.
Kind speelt meer dan 30 minuten buiten	-,075	,928	-,399	,671*
Kind speelt minder dan 30 minuten buiten	-	ref.	-	ref.
De buurt is heel kindvriendelijk	,221	1,247	,230	1,259
De buurt is kindvriendelijk	,103	1,109	-,132	,876
De buurt is niet zo kindvriendelijk	,090	1,094	-,284	,753
De buurt is helemaal niet kindvriendelijk	-	ref.	-	ref.
Lage SES gezin	,496	1,643***	,521	1,683*
Midden SES gezin	,521	1,684***	,691	1,996***
Hoge SES gezin	-	ref.	-	ref.
Gezin heeft grote moeite met rondkomen	,930	2,534***	,636	1,889
Gezin heeft moeite met rondkomen	,371	1,450**	,382	1,465
Gezin heeft weinig moeite met rondkomen	,159	1,173	,036	1,036
Gezin heeft geen moeite met rondkomen	-	ref.	-	ref.
Niet-Nederlandse etniciteit	,134	1,144	-,150	,860
Nederlandse etniciteit	-	ref.	-	ref.
Overlijden van een naaste of geliefde	,139	1,149	-,700	,497
Niet overlijden van een naaste of geliefde	-	ref.	-	ref.
Langdurige ziekte of handicap van (één van de) ouders en/of het kind	,720	2,055***	,733	2,082
Geen langdurige ziekte of handicap van (één van de) ouders en/of het kind	-	ref.	-	ref.
3 of meer ingrijpende gebeurtenissen	,419	1,520	,261	1,299
2 andere ingrijpende gebeurtenissen	,809	2,246*	1,172	3,228*
1 andere ingrijpende gebeurtenis	,758	2,134***	,861	2,366**
Geen andere ingrijpende gebeurtenissen	-	ref.	-	ref.
Het kind is in de afgelopen 3 maanden gepest	,742	2,101***	,863	2,370***
Het kind is in de afgelopen 3 maanden niet gepest	-	ref.	-	ref.

Het kind gaat bij een probleem snel schelden/vechten helemaal oneens	-1,808	,164***	-1,788	,167***
Het kind gaat bij een probleem snel schelden/vechten oneens	-1,104	,332***	-1,299	,273**
Het kind gaat bij een probleem snel schelden/vechten eens	-,458	,632	-,280	,755
Het kind gaat bij een probleem snel schelden/vechten helemaal eens	-	ref.	-	ref.
Het kind is meestal weerbaar	-1,347	,260***	-1,855	,157***
Het kind is soms weerbaar	-,578	,561***	-1,010	,364**
Het kind is (meestal) niet weerbaar	-	ref.	-	ref.
6 positieve scores op de overige items van weerbaarheid	-1,693	,184***	-1,697	,183*
5 positieve scores op de overige items van weerbaarheid	-,836	,433**	-1,010	,364
4 positieve scores op de overige items van weerbaarheid	-,477	,620	-,428	,652
3 positieve scores op de overige items van weerbaarheid	-,235	,790	-,071	,931
2 positieve scores op de overige items van weerbaarheid	-,020	,980	-,441	,643
0 of 1 positieve scores op de overige items van weerbaarheid	-	ref.	-	ref.
Jongen	,218	1,243*	-,022	,978
Meisje	-	ref.	-	ref.
Leeftijd 4 jaar	-,559	,572	,532	1,703
Leeftijd 5 jaar	-,644	,525	,190	1,210
Leeftijd 6 jaar	-,699	,497	,112	1,118
Leeftijd 7 jaar	-,317	,728	,434	1,543
Leeftijd 8 jaar	,014	1,014	,860	2,362
Leeftijd 9 jaar	-,309	,734	,938	2,554
Leeftijd 10 jaar	-,093	,911	1,051	2,862
Leeftijd 11 jaar	,076	1,078	1,010	2,745
Leeftijd 12 jaar	-	ref.	-	ref.
Wonen in een aandachtswijk			,455	1,576**
Niet wonen in een aandachtswijk			-	ref.

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .10$

14 Appendix III: Voorbeeld topiclijst

Introductie

- Mezelf voorstellen: Studie, stage, GGD
- Uitleggen van taak en **kindermonitor**
- **Onderzoeksdoel**
- **Steun** uit de omgeving en **omgaan** met bepaalde situaties. Als we dit beter begrijpen kan hier ook wat aan gedaan worden.
- Gegevens worden **vertrouwelijk** behandeld. Er worden geen namen genoemd. Niet van personen en niet van instanties.
- Er zit **geen waardeoordeel** aan vast. Er zijn geen goede en foute antwoorden
- Aangeven dat als iets onduidelijk is dat de respondent altijd vragen kan stellen of onderbreken voor koffie/toilet.
- **Tijdsduur** en **opbouw**

Vragen

Inleiding:

- Situatie thuis:
- aantal kinderen
- burgerlijke staat
- werk beide ouders
- woonsituatie

Buurt

- Hoe ziet de **ideale buurt** er voor u uit?
- In hoeverre verschilt uw buurt van uw ideale buurt? Wat zouden zaken zijn die de buurt beter maken? Veiligheid/voorzieningen/contact.
- (evt) sterke/zwakke kanten buurt

Contact binnen buurt

- Hoeveelheid **contact tussen ouders**? Hoe verloopt dit contact?
- Hoeveelheid **contact tussen kinderen**? Hoe verloopt dit contact?
- Zijn er **problemen** waar uw kind tegenaan loopt? Hoe gaat uw kind met deze problemen om?
- **Buiten spelen**. Heeft u er problemen mee uw kind naar buiten te laten?
- **Lidmaatschap vereniging**? Hoe ervaart uw kind dit (of wat biedt lid zijn van een vereniging aan uw kind)?

Steun

- **Programma's op school**
- **Oppas**
- **Professionals**
- Hoe wordt hulp **ervaren**? (voldoende?) Welke vorm **voorkeur** (luisterend oor of advies)?
- Hoe is dat bij **andere ouders**?

Opvoeding

- **Sterke/zwakke** kanten.
- Bij welke **situaties** maakt u zich extra zorgen?
- Zorgen **uiten** bij anderen?

Weerbaarheid

- **Zelfvertrouwen**
- Aandachtspunten: kan hij/zij nee zeggen? ... Voor zichzelf opkomen? ... Hulp zoeken indien nodig? ... Omgaan met teleurstelling? ... rekening houden met grenzen van anderen? Gaat hij/zij snel schelden/vechten bij probleemsituatie?

Ingrijpende gebeurtenis

- Situaties: Overlijden, problemen met werk/wonen, conflicten, echtscheiding, verslaving etc.
- Stel dat uw kind in een **lastige situatie** terecht komt. hoe gaat hij/zij daar **uit zichzelf** mee om?
- Wat **zeg/doe** je om te helpen? (Situatie, Taak, Actie, Resultaat, Reflectie)
- **Professionals?**

Beleid

- Wat helpt uw kind om goed te functioneren? Is er iets wat uw kind nodig heeft om aan school te werken of als er problemen zijn?
- Heeft uw kind wel eens **begeleiding** gehad? Wie? Waar? Hoe lang? Wat hield deze in? **Hielp dit** uw kind? Welke zaken waren zinvol en welke minder zinvol? Waarom?
- Heeft u het gevoel dat er op **scholen** iets gebeurt om uw kind beter met problemen om te laten gaan? Wat zouden scholen (of andere instanties) kunnen doen?
- **Contact in buurt** vermeerderen? **Invloed op kind?**

Uitleiding

Hartelijk **dank** voor uw tijd. Ik heb hiermee **voldoende informatie**. Dit is **erg bruikbaar** voor mijn onderzoek, voor de GGD en voor eventuele beleidsmaatregelen.

Heeft u **nog vragen** of opmerkingen? Was alles **duidelijk**?

Heeft u het gevoel dat ik **iets over het hoofd** heb gezien?

Hoe heeft u dit gesprek **ervaren**? Heeft u nog **tips**?

Heeft u **interesse in het lezen** van het onderzoek?