

Welke kindfactoren voorspellen een ontwikkelingsachterstand?

Dossieronderzoek bij het Vroeg Erbij Team om een beeld te krijgen van de cliënten

Isabella Hesseling (S2786052)

Master Pedagogische Wetenschappen (track: Orthopedagogiek)

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

Begeleiders: dr. S. Houwen & dr. J. Luijkx

Tweede beoordelaar: dr. R. Mombarg

24 juni 2022

Aantal woorden (excl. literatuurlijst en bijlagen): 8082

Samenvatting

Het Vroeg Erbij Team is een organisatie die integrale vroeghulp biedt aan kinderen tussen de 0 en 12 jaar oud waarbij zorgen zijn over de ontwikkeling. Het doel van dit onderzoek is om de cliënten die een traject bij het Vroeg Erbij Team hebben afgerond zo goed mogelijk in kaart te brengen. Er zijn drie onderzoeksvragen opgesteld: (1) Op welk(e) ontwikkelingsdomein(en) worden problemen gesignaleerd bij het kind dat een traject heeft afgerond bij het Vroeg Erbij Team?, (2) Welke kindfactoren komen voor bij kinderen die een traject hebben afgerond bij het Vroeg Erbij Team? en (3) Welke kindfactoren voorspellen een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen bij kinderen? Huidig onderzoek betrof een kwantitatief onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van retrospectieve dossieranalyse. De steekproef bestond uit 52 kinderen die tussen 2018 en 2021 een volledig traject bij het Vroeg Erbij Team hebben doorlopen en afgerond. Met behulp van een coderingsschema zijn alle dossiers door twee studenten geanalyseerd. De gecodeerde informatie betrof voor ieder kind problemen per ontwikkelingsdomein bij aanmelding en advies, kindfactoren en omgevingsfactoren¹. De meeste kinderen werden aangemeld met problemen op meerdere ontwikkelingsdomeinen (61,5%). Een psychosociale ontwikkelingsachterstand kwam bij de kinderen het meest naar voren (n=33), gevolgd door een taal-spraakontwikkelingsachterstand (n=17). Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om de kindfactoren en omgevingsfactoren met elkaar te combineren om in kaart te brengen welke invloed dit tezamen heeft op de ontwikkeling van het kind. Tot slot is de aanbeveling om bij vervolgonderzoek een tevredenheidsonderzoek bij gezinnen uit te voeren.

Trefwoorden: Vroeg Erbij Team; ontwikkelingsproblematiek; kindfactoren; ontwikkelingsdomeinen.

¹ In een ander thesisonderzoek wordt gefocust op de omgevingsfactoren (Kemper, 2022).

² Another thesis research focuses on the environmental factors (Kemper, 2022).

³ In een ander thesisonderzoek wordt gefocust op de omgevingsfactoren (Kemper, 2022).

Abstract

The 'Vroeg Erbij Team' is a multidisciplinary team that offers integrated early support to families with a child between 0 and 12 years old who are concerned about the development of their child. The aim of this study was to describe as accurately as possible the clients who have completed a procedure with the Vroeg Erbij Team. Three research questions have been formulated: (1) In which development domain(s) did children who completed a procedure at the 'Vroeg Erbij Team' showed problems?, (2) Which child factors were present in children who have completed a program with the 'Vroeg Erbij Team'?, and (3) Which child factors were associated with developmental problems in the children? The current study was a quantitative study using retrospective file analysis. The sample consisted of 52 children who completed a full procedure with the Vroeg Erbij Team between 2018 and 2021. All files were analyzed by two students using a coding scheme. The coded information for each child concerned problems for each developmental domain at registration and advice, child factors, and environmental factors². Most children were reported to have problems in multiple developmental domains (61.5%). Problems in the psychosocial domain were the most commonly reported problems (n=33), followed by problems in the speech-language domain (n=17). A recommendation for further research is to examine both child factors and environmental factors in association with developmental problems. Finally, the recommendation is to conduct a interview among families in follow-up research.

Keywords: 'Vroeg Erbij Team'; development issues; child factors; development domain(s).

²Another thesis research focuses on the environmental factors (Kemper, 2022).

Welke kindfactoren voorspellen een ontwikkelingsachterstand?

In de eerste levensjaren ontwikkelt een kind zich in hoog tempo, waarbij kinderen constant nieuwe vaardigheden op motorisch, cognitief en sociaal-emotioneel gebied leren (Diemer & Gerstein, 2020; Valla et al., 2017). Wanneer een kind niet aan één of meerdere mijlpalen kan voldoen, terwijl dit gezien de leeftijd wel kan worden verwacht, is sprake van een ontwikkelingsachterstand (Rydz et al., 2005). Een ontwikkelingsachterstand kan als volgt worden gedefinieerd: “als één of meerdere ontwikkelingsmijlpalen, zoals bijvoorbeeld kruipen of praten, binnen een te verwachten leeftijd niet wordt bereikt” (Choo et al., 2019). Ontwikkelingsachterstanden komen in Nederland bij 5 tot 15% van alle kinderen in de leeftijd van 0 tot 17 jaar voor (Bellman et al., 2013; Choo et al., 2019). Er kan onderscheid gemaakt worden tussen een globale en specifieke ontwikkelingsachterstand (Levy, 2018). Bij een globale ontwikkelingsachterstand worden kinderen van 0 tot 5 jaar bedoeld die een significante achterstand hebben van minimaal zes maanden op twee of meer ontwikkelingsdomeinen. Bij een specifieke ontwikkelingsachterstand gaat het om problemen op één ontwikkelingsdomein ongeacht de leeftijd van het kind, waarbij kinderen op de andere ontwikkelingsdomeinen geen problemen vertonen (Levy, 2018). Verschillende ontwikkelingsdomeinen kunnen worden onderscheiden: psychosociale ontwikkeling, taal-spraakontwikkeling, motorische ontwikkeling en cognitieve ontwikkeling (Levy, 2018; Wang et al., 2019). Deze vier ontwikkelingsdomeinen worden hieronder uitgediept.

In het psychosociale ontwikkelingsdomein vallen problemen die het brede spectrum van alle klachten omvat die niet strikt medisch of somatisch zijn (Vannieuwenborg et al., 2015). Psychosociale problemen beïnvloeden het functioneren van kinderen in het dagelijks leven en hun omgeving (Vannieuwenborg et al., 2015). Psychosociale problemen bestaan uit: (I) emotionele of internaliserende problemen zoals angst, teruggetrokkenheid en depressie, (II) gedrags- of externaliserende problemen zoals agressieproblemen, ADHD en delinquent gedrag, en (III) sociale problemen, zoals ASS of problemen met het maken en onderhouden van contact met anderen (Van der Ploeg, 2020; Zeijl et al., 2005). Psychosociale problemen komen bij Nederlandse kinderen relatief veel voor: 28% van de 5- en 6-jarigen heeft last van psychosociale problemen en 21% van de kinderen tussen de 8 en de 12 jaar heeft psychosociale problemen (Zeijl, et al., 2005). Bij meisjes worden voornamelijk internaliserende problemen zoals angst en teruggetrokkenheid opgemerkt en bij jongens worden voornamelijk leerproblemen en concentratieproblemen op school geconstateerd. Bij

zowel meisjes als jongens worden problemen in de sociale omgang met leeftijdsgenoten gezien (Zeijl et al., 2005).

Wanneer er problemen zijn in het taal-spraakontwikkelingsdomein, kan onderscheid gemaakt worden tussen een vertraagde of afwijkende ontwikkeling (Goorhuis-Brouwer & Schaerlaekens, 2021). Bij een vertraagde ontwikkeling spreekt een kind van 4 jaar oud bijvoorbeeld op het niveau van een 2- of 3-jarige. Bij een afwijkende ontwikkeling is bijvoorbeeld sprake van taalgebruik van een kind dat kenmerken laat zien die niet passend zijn bij een bepaalde fase van het taalverwerkingsproces en geen samenhangend beeld laten zien (Goorhuis-brouwer & Schaerlaekens, 2021). Verder kan onderscheid gemaakt worden tussen een specifieke taalontwikkelingsstoornis (TOS) en niet-specifieke taalontwikkelingsstoornis (Driver & Nelson, 2021). Er wordt van een TOS gesproken indien geen andere ontwikkelingsproblematiek bij het kind aanwezig is. Een TOS kan betrekking hebben op de uitspraak en klank, de woordenschat, de zinsopbouw of een combinatie hiervan (Bronkhorst et al., 2010). Ongeveer 7% van de kinderen heeft een TOS (Law & Harris, 2000). Bij een niet-specifieke taalontwikkelingsstoornis is sprake van een breder ontwikkelingsprobleem; naast taal-spraakproblemen heeft het kind ook andere problematiek, zoals gehoorproblemen, autisme of neurologische problemen (Driver & Nelson, 2021; Fey et al., 2004; Mclaughlin, 2011). Kinderen tussen de 2,5 en 5 jaar oud met taal-spraakproblemen hebben zodra zij naar de basisschool gaan meer moeite met lezen (Catts et al., 2002). Bovendien hebben Snowling en collega's (2006) in onderzoek gevonden dat wanneer kinderen ouder dan 5 jaar problemen in de taal-spraakontwikkeling blijven houden, zij een verhoogde kans hebben op aandachts- en sociale problemen. Tot slot hebben kinderen tussen de 7 en 13 jaar oud met een TOS een verminderde schrijfvaardigheid, waarbij sprake is van spellings- en interpunctieproblemen, in vergelijking met kinderen zonder taal-spraakstoornis (Bishop & Clarkson, 2003).

Wanneer sprake is van problemen in het motorische ontwikkelingsdomein ontwikkelt een kind zich qua motoriek trager dan wat gezien de leeftijd verwacht wordt. Het kind wordt hierdoor belemmerd in zijn activiteiten en participatie, er wordt dan veelal gesproken over een motorische ontwikkelingsachterstand (Engelbert et al., 2001; Richtlijn: Motorische ontwikkeling, 2019). Om te kunnen bepalen of het kind zich trager ontwikkelt, wordt met behulp van vastgestelde ontwikkelingsmijlpalen, zoals los zitten of lopen, gekeken of kinderen motorische vaardigheden laten zien passend bij hun leeftijd (Richtlijn: Motorische ontwikkeling, 2019). Een motorische ontwikkelingsachterstand kent verschillende

oorzaken, er kan onderscheid gemaakt worden tussen aangeboren oorzaken en overige oorzaken. Aangeboren oorzaken zijn onder andere: Cerebrale Parese (CP) en Developmental Coordination Disorder (DCD) (Paneth, 2008; Zwicker et al., 2012). Het is lastig om betrouwbare uitspraken te doen over de prevalentiecijfers, aangezien onderzoeken naar de prevalentie niet goed vergelijkbaar zijn, doordat de criteria om een motorische ontwikkelingsachterstand vast te stellen vaak onduidelijk of verschillend zijn. Wel zijn prevalentiecijfers voor CP en DCD bekend. Het meest gerapporteerde prevalentiecijfer in de leeftijd 4 tot 12 jaar oud voor CP is 2 op de 1000 (0,2%) (Paneth, 2008) en voor DCD is het prevalentiecijfer 5 tot 6% (Niemeijer et al., 2003; Zwicker et al., 2012). Kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand hebben vaak een lager zelfbeeld (Emck et al., 2009; Skinner & Piek, 2001), worden vaak gepest en ervaren meer emotionele problemen (Piek et al., 2005) en hebben last van angsten of depressies (Emck et al., 2009). Door de problemen die deze kinderen ervaren nemen ze beperkter deel aan sociale activiteiten, wat weer kan leiden tot een inactieve leefstijl, isolatie en angst (Chen & Cohn, 2003; Emck et al., 2009). Tot slot wordt een motorische ontwikkelingsachterstand in verband gebracht met taal-spraakontwikkelingsproblemen (Gonzalez et al., 2019).

In het cognitieve ontwikkelingsdomein vallen problemen die te maken hebben met onder andere het geheugen en het probleemoplossend vermogen (Stuss et al., 2000). Indien sprake is van problemen in het cognitieve ontwikkelingsdomein kan gesproken worden van een cognitieve ontwikkelingsachterstand, waaronder een verstandelijke beperking. Door de DSM-5 wordt een verstandelijke beperking als volgt gedefinieerd: “De geestelijke vermogens moeten dusdanig zwak zijn dat het functioneren in het dagelijks leven bepaald wordt en de cognitieve, sociale en praktische ontwikkeling moet achterblijven wat het aanpassingsvermogen verminderd.” (American Psychiatric Association, 2013). Het prevalentiecijfer van kinderen met een verstandelijke beperking ligt op ruim 2% (Koot et al., 2007).

Het is van belang om ontwikkelingsproblemen bij kinderen vroeg te signaleren om zo vroegtijdig ondersteuning en/of behandeling te bieden aan kinderen met een ontwikkelingsachterstand en/of hun ouders (Den Boer et al., 2019). De eerste jaren van een kind zijn fundamenteel voor de ontwikkeling van het kind, aangezien kinderen in deze jaren sociale en emotionele, fysieke en cognitieve vaardigheden leren die ze later nodig hebben om zo goed mogelijk te kunnen functioneren in het dagelijks leven (Diemer & Gerstein, 2020; Singh & Anekar, 2018). De gevolgen van een ontwikkelingsachterstand kunnen

blijvend zijn, wat grote consequenties kan hebben voor het latere functioneren en participeren in de maatschappij (Van Dokkum et al., 2020). Een organisatie die de ontwikkeling van kinderen volgt, is het consultatiebureau, waar zorgprofessionals alert zijn op risicofactoren die kunnen leiden tot een ontwikkelingsachterstand, zodat zij hulp kunnen bieden aan het kind. Het is namelijk aangetoond dat wanneer een ontwikkelingsachterstand vroegtijdig bij een kind wordt vastgesteld en het kind de juiste behandeling krijgt, de kans op een leeftijdsadequate ontwikkeling groter is (Tonelli et al., 2016; Van Dokkum et al., 2020).

De ontwikkeling van kinderen wordt beïnvloed door de interactie tussen kindfactoren en omgevingsfactoren (Bajalan & Alimoradi, 2018). Het huidige onderzoek richt zich op kindfactoren in relatie tot een ontwikkelingsachterstand bij een kind³. Kindfactoren kunnen onderverdeeld worden in beschermende en risicofactoren met betrekking tot de ontwikkeling van een kind (De Lange et al., 2018). Beschermende factoren zijn factoren die de mate van kwetsbaarheid kunnen verminderen of tot nul laten afnemen (Feijen-de Jong et al., 2021); voorbeelden hiervan zijn een gemiddelde tot hoge intelligentie en een goede gezondheid (Servaas et al., 2021; Van Wijngaarden-Cremers, 2022). Risicofactoren zijn factoren die de kans op een ontwikkelingsachterstand vergroten (Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming, 2020); een voorbeeld hiervan is vroeggeboorte (Petrini et al., 2009). Verschillende onderzoeken tonen aan dat er bepaalde risicofactoren in het kind zijn die kunnen samenhangen met een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen. Deze risicofactoren zijn onder andere prematuriteit (Hicks et al., 2009; Lieberman, 2004; Petrini et al., 2009), de APGAR-score (Odd et al., 2007), gezondheidsproblemen bij het kind (Blackman & Gurka, 2007; Rajindrajith et al., 2016; Talley, 2011) en het niet (tijdig) behalen van ontwikkelingsmijlpalen met betrekking tot de taal-spraak- en motorische ontwikkeling (De Angulo & Brouwers-De Jong, 2005).

Prematuriteit houdt in dat een baby is geboren bij een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken (Van Dokkum et al., 2020). Ongeveer 8% van de Nederlandse kinderen wordt prematuur geboren (Van Dokkum et al., 2020). De meeste prematuur geboren kinderen komen op de neonatale intensive care unit (NICU) te liggen om verdere ontwikkeling van het brein en zintuigen te stimuleren (Burnett et al., 2018). De ingrepen en onderzoek op de NICU zijn voor een baby vaak stressvol (Bennett et al., 2016). De hoeveelheid stress die een baby op de NICU ervaart, kan gevolgen hebben voor het latere psychosociale functioneren

³ In een ander thesisonderzoek wordt gefocust op de omgevingsfactoren (Kemper, 2022).

(Lieberman, 2004) en prematuriteit is daardoor mogelijk een voorspeller voor internaliserende problematiek (Hicks et al., 2009). Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat prematuriteit een verhoogd risico geeft op het ontwikkelen van een globale ontwikkelingsachterstand (Petrini et al., 2009; Van Dokkum et al., 2020) en op het ontwikkelen van een motorische ontwikkelingsachterstand (Pascal et al., 2018; Van Dokkum et al., 2020). Tot slot reageren prematuur geboren kinderen vaak minder responsief op hun ouders, zijn vaak minder alert en vertonen vaker onduidelijke gedragskenmerken, waardoor het voor ouders moeilijk kan zijn om precies te begrijpen wat hun kind bedoelt (Erickson et al., 2018; White-Traut et al., 2013).

Wanneer een baby bij de geboorte minder weegt dan gemiddeld bij het aantal weken zwangerschap wordt gesproken van dysmaturiteit (Small for Gestational Age; SGA). Er is dan sprake van een geboortegewicht lager dan het tiende percentiel (Guellec et al., 2011). Als een baby bij de geboorte meer weegt dan passend is bij het aantal weken zwangerschap is sprake van 'Large for Gestational Age (LGA)' (Henriksen, 2008). Claas en collega's (2010) hebben gevonden dat SGA-geboren baby's een groot risico op ontwikkelingsproblemen lopen. Voor LGA-geboren baby's worden voornamelijk problemen bij de bevalling gerapporteerd, zoals schouderdystocie, verstikking en ademhalingsproblemen (Beta et al., 2019; Henriksen, 2008). Echter, kan LGA in verband gebracht worden met een verhoogde kans op autisme en gedragsproblemen (Magnusson et al., 2021). Wanneer gekeken wordt naar de langetermijneffecten wordt een verband gevonden tussen LGA en psychosociale problemen (Gu et al., 2012; Triebwasser et al., 2016; Zhang et al., 2013).

De APGAR-score geeft vlak na de geboorte aan hoe het met een pasgeboren baby gaat (Odd et al., 2007). Het is een test waarbij de hartslag wordt gemeten en wordt gekeken naar de huidskleur, de reactie op prikkels en de ademhaling. Een APGAR-score loopt van 1 tot en met 10, waarbij een APGAR-score lager dan 7 een indicatie is voor het ontstaan van mogelijke ontwikkelingsproblemen zoals leerproblemen (Odd et al., 2007), gedragsproblemen (Agnafors et al., 2016) en taalproblemen (Marschik et al., 2007). Een lage APGAR-score komt relatief vaak voor bij prematuur geboren baby's (Eskild et al., 2014).

Veel voorkomende gezondheidsproblemen waarmee kinderen tot en met 11 jaar oud bij de huisarts komen zijn astma, eczeem, buikpijn en obstipatie (*Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland: Omvang en gevolgen geïnventariseerd* | RIVM, 2011). Ruim 2 tot 5% van de kinderen tot en met 11 jaar komt per jaar in Nederland met één van deze aandoeningen bij de huisarts. Deze kinderen worden door gezondheidsproblemen ernstig

belemmerd in hun dagelijks leven. Hierbij kan gedacht worden aan een combinatie van lichamelijke en mentale klachten, verminderde kwaliteit van leven en schoolverzuim (*Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland: Omvang en gevolgen geïnventariseerd* | RIVM, 2011). Blackman en Gurka (2007) hebben gevonden dat kinderen met astma een hoog risico lopen op ontwikkelings-, emotionele en gedragsproblemen. Hierbij valt te denken aan ADHD, depressie, angsten en leerstoornissen. Kinderen met astma hebben in vergelijking met kinderen zonder astma twee keer zo vaak ADHD (Blackman & Gurka, 2007). Ook obstipatie is een belangrijk gezondheidsprobleem bij kinderen en heeft ernstige gevolgen voor het leven van het kind (Rajindrajith et al., 2016). Obstipatie gaat vaak samen met psychosociale problemen zoals terugtrekking of gedragsproblemen (Rajindrajith et al., 2016; Talley, 2011). Bovendien komen een laag zelfbeeld en depressies meer voor bij kinderen met obstipatie dan bij kinderen zonder obstipatie (Talley, 2011).

Tot slot, een laatste kind risicofactor is het niet (tijdig) behalen van gestelde ontwikkelingsmijlpalen met betrekking tot de taal-spraak en motoriek⁴ (Van Dokkum et al., 2020). Een ontwikkelingsmijlpaal heeft te maken met de leeftijd van het kind waarop hij of zij een vaardigheid, zoals het zeggen van een eerste woordje of los zitten, beheerst (Bellman et al., 2013). Over het algemeen doorlopen kinderen hetzelfde ontwikkelingspatroon (Choo et al., 2019) en wordt de ontwikkeling van kinderen gevolgd aan de hand van het Van Wiechenonderzoek (Grevinga et al., 2018). Een vertraging in de ontwikkeling wordt opgemerkt met behulp van de referentiewaarde P90 uit het Van Wiechenonderzoek. De referentiewaarde P90 houdt in dat op een bepaalde leeftijd 90% van alle kinderen die deze leeftijd hebben bereikt, het betreffende ontwikkelingskenmerk zoals los zitten, beheerst (Grevinga et al., 2018). Indien een kind één of meerdere ontwikkelingskenmerken na de referentiewaarde P90 nog niet beheerst, is sprake van een verhoogde kans op een ontwikkelingsachterstand (De Angulo & Brouwers-De Jong, 2005).

Ontwikkelingsachterstanden bij kinderen kunnen ontstaan als een kind over te weinig beschermende factoren beschikt om de risicofactoren te compenseren (Loeber & Farrington, 2012; O'Connell et al., 2009; Van der Laan et al., 2018). Hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe groter de kans op ontwikkelingsproblemen bij het kind (Wenselaar, 2015). Echter, een kind kan ook ontwikkelingsproblemen ontwikkelen zonder dat duidelijke risicofactoren aanwezig zijn. Wanneer ouders en/of anderen betrokkenen rondom een kind zorgen hebben

⁴ In huidig onderzoek worden de ontwikkelingsmijlpalen voor taal-spraak en motoriek aan de hand van het Van Wiechenonderzoek geoperationaliseerd.

over de ontwikkeling van het kind op meerdere gebieden, kan het kind door bijvoorbeeld de huisarts of jeugdarts doorverwezen worden naar integrale vroeghulp (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie [KKJP], 2021). Integrale vroeghulp zorgt dat zoveel mogelijk informatie van het kind en gezin in kaart wordt gebracht en geeft advies, zodat zo vroeg mogelijk de juiste ondersteuning aan een kind gestart kan worden (Addink et al., 2011). Het Vroeg Erbij Team is een organisatie in de provincie Groningen die integrale vroeghulp biedt aan kinderen tussen de 0 en 12 jaar oud waarbij zorgen zijn over de ontwikkeling van het kind op meerdere domeinen. Het doel van het Vroeg Erbij Team is om zo vroeg mogelijk zicht te krijgen op de ontwikkeling en/of het gedrag van kinderen met een mogelijke ontwikkelingsachterstand en/of gedragsproblemen. Vervolgens geeft het Vroeg Erbij Team zo snel en efficiënt mogelijk advies over het gedrag en de problemen van het kind aan ouders of verzorgers. Wanneer dit gewenst is, verwijst het Vroeg Erbij Team door naar de juiste hulp (KKJP, 2021).

Om de kwaliteit van de zorg goed te kunnen waarborgen, is het van belang om als organisatie over kennis van achtergrondkenmerken van cliënten te beschikken (Singh & Anekar, 2018). Wanneer een organisatie niet of onvoldoende bekend is met de achtergrondkenmerken van cliënten, kan dit mogelijk problemen opleveren bij het aanbieden van de juiste hulp (Singh & Anekar, 2018). Bij het Vroeg Erbij Team zijn momenteel de achtergrondkenmerken van de cliënten onvoldoende duidelijk. Er is geen duidelijk beeld van welke kind risicofactoren aanwezig zijn bij de kinderen die een traject hebben afgerond. Door de risicofactoren van de kinderen die bij het Vroeg Erbij Team een traject hebben afgerond in kaart te brengen, ontstaat voor het Vroeg Erbij Team een beter beeld van de achtergrondkenmerken van hun cliënten⁵. Wanneer het Vroeg Erbij Team over deze kind risicofactoren beschikt, kan het Vroeg Erbij Team deze kind risicofactoren delen met verwijzers zodat verwijzers rekening kunnen houden met deze factoren. Indien de kind risicofactoren duidelijk zijn bij verwijzers, kunnen kinderen mogelijk vroegtijdig de juiste hulp ontvangen (Van Gameren, 2019). Dit heeft tot gevolg dat wanneer verwijzers mogelijke problemen eerder opmerken, het Vroeg Erbij Team bij meer kinderen vroegtijdig hulp kan inzetten gericht op het gedrag van het kind met mogelijk een ontwikkelingsachterstand en/of mogelijke gedragsproblemen.

⁵ In een ander thesisonderzoek worden de omgevingsfactoren in kaart gebracht (Kemper, 2022).

Het doel van het huidige onderzoek is om de kinderen die een traject bij het Vroeg Erbij Team doorlopen en afronden zo goed mogelijk in kaart te brengen. De ontwikkelingsdomeinen waarop de kinderen problemen hebben worden, zowel bij intake als advies, in kaart gebracht. Daarnaast worden de kindfactoren van deze kinderen geïnterviewd. In het huidige onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- (1) Op welk(e) ontwikkelingsdomein(en) worden problemen gesignaleerd bij het kind dat een traject heeft afgerond bij het Vroeg Erbij Team?
- (2) Welke kindfactoren komen voor bij kinderen die een traject hebben afgerond bij het Vroeg Erbij Team?
- (3) Welke kindfactoren voorspellen een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen bij kinderen?

Methode

Onderzoeksdesign

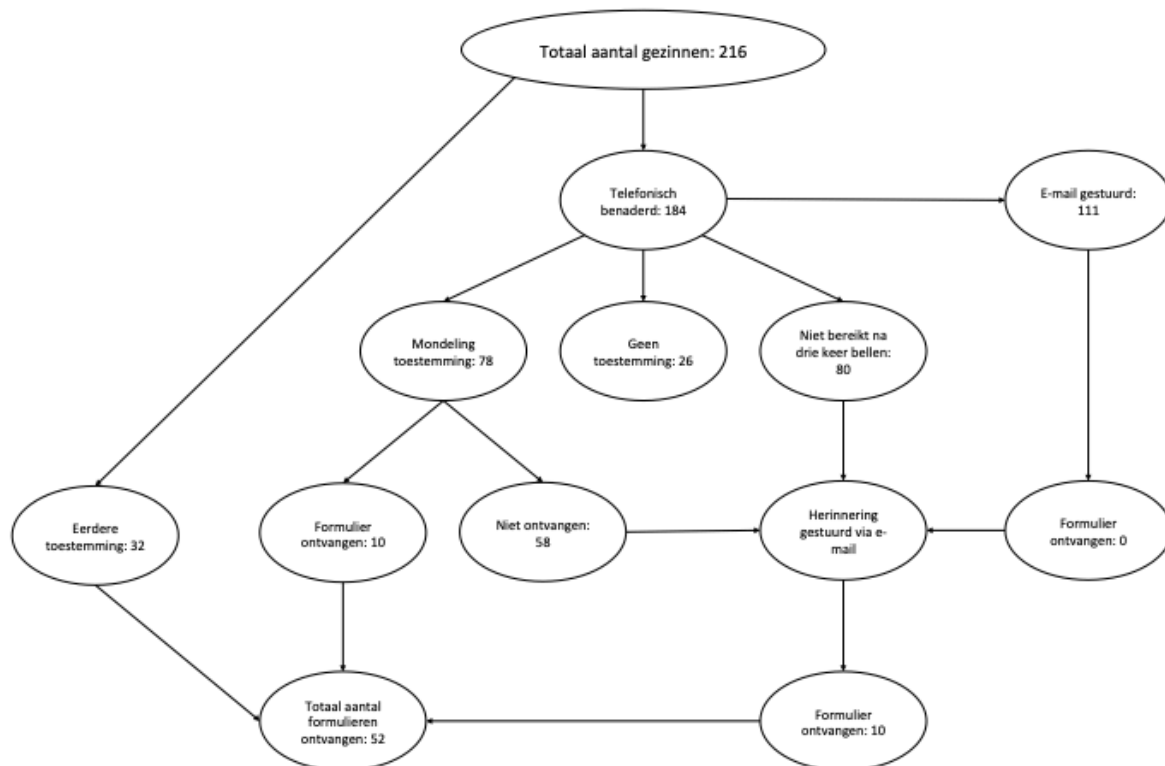
Het onderzoek betrof een kwantitatief onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van retrospectieve dossieranalyse. De gegevens zijn afkomstig uit dossiers van het Vroeg Erbij Team.

Respondenten

De onderzoekspopulatie die tot dit onderzoek behoort zijn gezinnen die in de periode van 2018 tot 2021 aangemeld zijn bij het Vroeg Erbij Team en hier een volledig traject hebben doorlopen en afgesloten. De gezinnen moesten toestemming geven voor inzage in het dossier. In een voorgaand onderzoek hebben 32 gezinnen toestemming verleend voor het inzien en gebruiken van het dossier (Dragt, 2021; Kooymans, 2021). Aangezien dit een dossieronderzoek met een gelijk doel betrof, was er al toestemming voor het gebruik van deze dossiers in het huidige onderzoek. De gezinnen die bij voorgaand onderzoek geen toestemming hadden verleend, zijn niet opnieuw benaderd. In Figuur 1 is af te lezen hoeveel gezinnen zijn benaderd en van hoeveel gezinnen daadwerkelijk toestemming is ontvangen.

Figuur 1

Overzicht van de benaderde en bereikte gezinnen



Noot. Van 184 gezinnen was een telefoonnummer bekend. Daarnaast was van deze 184 gezinnen van 111 gezinnen een e-mailadres bekend. Deze 111 gezinnen hebben eerst een e-mail ontvangen en zijn daarna telefonisch benaderd.

Procedure

Allereerst is aan de 111 gezinnen waarvan een e-mailadres bekend was bij het Vroeg Erbij Team een e-mail (zie Bijlage A) gestuurd met een informatiebrief over het onderzoek (zie Bijlage B) en een toestemmingsformulier (zie Bijlage C). Indien na één week niet was gereageerd hebben de onderzoekers telefonisch contact opgenomen. Ook is telefonisch contact opgenomen met de 73 gezinnen waarvan het e-mailadres onbekend was. Voor het telefonisch contact is een script gebruikt (zie Bijlage D), zodat iedereen door beide onderzoekers op dezelfde manier werd benaderd ten aanzien van het onderzoek. Als bleek dat het gezin interesse had in deelname, werd het toestemmingsformulier (nogmaals) gemaïld of opgestuurd, rekening houdend met de voorkeur van het gezin. Deze gezinnen konden het formulier (digitaal) ondertekenen en retourneren. Wanneer het gezin geen interesse had in deelname aan het onderzoek, dan werd dit genoteerd en werd het gezin niet

meer benaderd. In totaal zijn drie pogingen gedaan om naast eventueel mailcontact ook telefonisch contact te krijgen.

In eerste instantie zijn 10 toestemmingsformulieren ontvangen. In overleg met de thesisbegeleiders en een medewerker van het Vroeg Erbij Team is vervolgens besloten om gezinnen die enkel mondeling toestemming hadden gegeven aan de telefoon en de gezinnen die niet waren bereikt een herinneringsmail te sturen. Gezinnen konden via een antwoord op de herinneringsmail hun akkoord voor deelname geven. In totaal hebben 10 gezinnen op deze herinneringsmail gereageerd dat zij akkoord zijn. De 32 toestemmingsformulieren van voorgaand onderzoek, tezamen met 20 toestemmingsformulieren van huidig onderzoek maakt een totaal van 52 toestemmingsformulieren.

Nadat de respondenten waren benaderd op basis van de eerder beschreven selectieprocedure, zijn de dossiers waarvan het toestemmingsformulier was ontvangen met naam en een nummer door een medewerker van het Vroeg Erbij Team in een beveiligde omgeving geplaatst. Deze beveiligde omgeving betrof een Microsoft Teamsomgeving waarvoor beide studenten door een medewerker van het Vroeg Erbij Team uitgenodigd waren. Voorafgaand aan de inzage in de dossiers heeft Het Vroeg Erbij Team een geheimhoudingsverklaring opgesteld, die door beide studenten is ondertekend. Voor ieder dossier kwam automatisch een nummer te staan. Dit nummer is gebruikt bij het coderen, waardoor de gegevens gepseudonimiseerd⁶ zijn.

Materialen

Op basis van literatuur is een coderingsschema voor het coderen van de dossiers opgesteld (zie Bijlage E). Uit deze literatuurstudie kwamen verschillende kind- en omgevingsfactoren naar voren. Vanwege de omvang van de thesis was het niet mogelijk om alle mogelijke kindfactoren mee te nemen. Daarom is een selectie gemaakt van deze kindfactoren. Deze selectie is gemaakt op basis van de belangrijkste factoren die uit de literatuur naar voren kwamen. Vervolgens is in enkele dossiers gekeken of deze kindfactoren terugkwamen en heeft overleg met een medewerker van het Vroeg Erbij Team plaatsgevonden over deze kindfactoren. Door de variabelen te kiezen die in de praktijk ook daadwerkelijk voorkomen is het onderzoek zowel theoretisch relevant als praktisch haalbaar. De kindfactoren die meegenomen zijn, zijn de volgende: zwangerschapsduur, geboortegewichtcurve, APGAR-score, gezondheidsproblemen en hoe de taal-spraak- en

⁶ Met pseudonimiseren worden persoonsgegevens getransformeerd in een dataset waardoor deze persoonsgegevens niet meer direct herleidbaar zijn tot een persoon (Das, 2018).

motorische ontwikkeling in de eerste twee levensjaren is verlopen bij het kind. De geboortegewichtcurve geeft aan of het geboortegewicht passend is bij de duur van de zwangerschap in de termen SGA, normaal en LGA. Voor de taal-spraak- en motorische ontwikkeling is het Van Wiechenschema gehanteerd. Het Van Wiechenonderzoek hanteert P90 als richtlijn. Dit houdt in dat wanneer het kind in de P90-categorie valt, de handeling van het kind als trager of afwijkend wordt beoordeeld (zie Bijlage F). Bovendien zijn als algemene factoren de leeftijd en het geslacht van het kind genoteerd.

Daarnaast zijn in het coderingsschema de volgende ontwikkelingsdomeinen opgenomen: psychosociale ontwikkeling, taal-spraakontwikkeling, motorische ontwikkeling en cognitieve ontwikkeling. Ook zijn een globale ontwikkelingsachterstand en overige ontwikkelingsproblemen genoteerd. Voor de ontwikkelingsdomeinen is in het coderingsschema zowel genoteerd welke problematiek bij intake naar voren kwam als welke ontwikkelingsproblematiek door het Vroeg Erbij Team bij advies werd omschreven. Om de betrouwbaarheid van het coderen te verhogen, zijn in het codeboek de algemene en kindfactoren geoperationaliseerd (zie Bijlage G), zodat voor beide studenten duidelijk was wat tijdens het analyseren van de dossiers belangrijke aspecten waren.

Door beide studenten zijn drie dezelfde dossiers gecodeerd als pilot. Hiermee kon gecontroleerd worden of beide studenten dezelfde informatie uit de dossiers haalden. De resultaten van deze pilot zijn met elkaar besproken. Minieme onduidelijkheden kwamen naar voren, zoals dat bij de variabele 'taal-spraakontwikkeling' de uitgebreidheid van de beschrijving varieerde tussen de studenten. In overleg tussen beide studenten zijn de onduidelijkheden opgehelderd. Op het moment dat het coderingsschema voor beide studenten duidelijk was, kon de betrouwbaarheid van het coderingsschema gecontroleerd worden. Hierbij zijn zowel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid bepaald met behulp van de intraclass correlation coëfficiënt (Van Geloven & Bossuyt, 2016). Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen is gekeken naar de overeenkomsten tussen de twee studenten die drie dezelfde dossiers hebben gecodeerd. Hiervoor is het *Two Way Mixed*-model gebruikt. Om de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen, is door beide studenten hetzelfde dossier twee keer gecodeerd met een tijdsbestek van drie weken ertussen. Hiervoor is het *Two Way Random*-model gebruikt. Uitgaande van een 95% betrouwbaarheidsinterval betekenen de waardes het volgende: waardes lager dan 0.5 duiden op een slechte betrouwbaarheid, waardes tussen 0.5 en 0.75 zijn indicatief voor een gemiddelde betrouwbaarheid, waardes tussen 0.75

en 0.9 voor een goede betrouwbaarheid en waarden groter dan 0.9 geven een uitstekende betrouwbaarheid aan (Koo & Li, 2016). De inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid waren respectievelijk 0.85 en 0.88. Dit betekent dus dat uitgaande van een 95% betrouwbaarheidsinterval zowel de inter- als de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid een goede betrouwbaarheid heeft.

Data-Analyse

De 52 dossiers zijn onder de twee studenten verdeeld, wat maakt dat beide studenten 26 dossiers hebben gecodeerd. Uiteindelijk zijn de ingevulde coderingschema's met elkaar gedeeld, wat totaal geresulteerd heeft in 52 gecodeerde dossiers. Na het coderen zijn de data geanalyseerd met behulp van het statistisch computerprogramma IBM SPSS statistics 26.

De eerste twee onderzoeksvragen: *Op welk(e) ontwikkelingsdomein(en) worden problemen gesignaleerd bij het kind dat een traject heeft afgerond bij het Vroeg Erbij Team?* en *Welke kindfactoren komen voor bij kinderen die een traject hebben afgerond bij het Vroeg Erbij Team?* zijn beantwoord door middel van beschrijvende statistiek. Bij de eerste onderzoeksvraag is door middel van frequenties en percentage geanalyseerd op hoeveel en op welke ontwikkelingsdomeinen kinderen problemen ervaarden. Bij de tweede onderzoeksvraag is wederom door frequenties en percentages in kaart gebracht welke kindfactoren bij een kind naar voren kwamen die een traject bij het Vroeg Erbij Team hebben afgerond.

Tot slot zou de derde onderzoeksvraag, *Welke kindfactoren voorspellen een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen bij kinderen?*, door middel van toetsende statistiek beantwoord worden. In eerste instantie zou een multiple logistische regressieanalyse uitgevoerd worden om te toetsen of bepaalde kindfactoren een ontwikkelingsachterstand bij kinderen kunnen voorspellen. Echter, gezien de kleine n bleek een multiple logistische regressieanalyse niet mogelijk te zijn. In overleg met de thesisbegeleiders is ervoor gekozen om beschrijvende statistiek toe te passen. Met behulp van frequenties en percentages is in kaart gebracht of een verschil zichtbaar is in kindfactoren tussen de groep kinderen die aangemeld zijn met een globale ontwikkelingsachterstand en de groep kinderen die aangemeld zijn met een specifieke ontwikkelingsachterstand.

Resultaten

Beschrijving Steekproef

Voor dit onderzoek waren 52 dossiers beschikbaar van kinderen die tussen 2018 en 2021 een traject hebben afgerond bij het Vroeg Erbij Team (33 jongens; 63,5%). De gemiddelde leeftijd van de kinderen bij aanmelding was 4 jaar en 6 maanden oud (SD= 2 jaar en 1 maand). Het jongste kind dat een traject heeft doorlopen was 1 jaar en 11 maanden oud en het oudste kind was 11 jaar en 3 maanden oud.

Ontwikkelingsdomeinen

Van de 52 kinderen zijn 32 kinderen (61,5%) aangemeld met een globale ontwikkelingsachterstand, tegenover 20 kinderen (38,5%) die zijn aangemeld met een specifieke ontwikkelingsachterstand. Bij afronding van het traject bij het Vroeg Erbij Team is aan 35 kinderen (67%) een advies gegeven voor ondersteuning gericht op een globale ontwikkelingsachterstand. Bij de overige 17 kinderen (33%) was het advies voor ondersteuning gericht op een specifieke ontwikkelingsachterstand. In Tabel 1 zijn de frequenties en percentages weergegeven van de ontwikkelingsdomeinen waarop kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand zijn aangemeld en op welke ontwikkelingsdomeinen deze kinderen een advies ontvangen hebben na afronding van het traject bij het Vroeg Erbij Team. Daarin is te zien dat de meeste kinderen waren aangemeld met problemen in het taal-spraakontwikkelingsdomein (n=28) en met problemen in het psychosociaal ontwikkelingsdomein (n=27). Bij afronding van het traject is te zien dat de meeste kinderen een advies hebben gekregen gericht op ondersteuning in het psychosociale ontwikkelingsdomein (n=22). In Tabel 2 zijn de frequenties en percentages weergegeven van de ontwikkelingsdomeinen waarop kinderen met een specifieke ontwikkelingsachterstand waren aangemeld en op welke ontwikkelingsdomeinen deze kinderen een advies hebben ontvangen na afronding van het traject bij het Vroeg Erbij Team. Hierin is te zien dat de meeste kinderen (70%) waren aangemeld met problemen in het psychosociale ontwikkelingsdomein. Bij het Vroeg Erbij Team waren geen kinderen aangemeld met een motorische ontwikkelingsachterstand als specifieke ontwikkelingsachterstand.

Tabel 1

Frequenties en percentages van de ontwikkelingsdomeinen waarop kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand problematiek vertonen bij intake en advies.

	Intake (n=32)	Advies (n=35)
Psychosociaal ontwikkelingsdomein	27	22
Taal-spraakontwikkelingsdomein	28	14
Cognitief ontwikkelingsdomein	8	12
Motorisch ontwikkelingsdomein	10	7
Overig	10	4

Noot. Aangezien kinderen bij een globale ontwikkelingsachterstand op meerdere ontwikkelingsdomeinen problematiek vertonen, komen de afzonderlijke getallen niet overeen met het totaal.

Tabel 2

Frequenties en percentages van de ontwikkelingsdomeinen waarop kinderen met een specifieke ontwikkelingsachterstand problematiek vertonen bij intake en advies.

	Intake (%) (n=20)	Advies (%) (n=17)
Psychosociaal ontwikkelingsdomein	14 (70)	11 (65)
Taal-spraakontwikkelingsdomein	3 (15)	3 (17,5)
Cognitief ontwikkelingsdomein	1 (5)	-
Motorisch ontwikkelingsdomein	-	-
Overig	2 (10)	3 (17,5)

Noot. Bij drie kinderen is, ondanks dat bij de intake problemen op een specifiek ontwikkelingsdomein werden geconstateerd, toch geadviseerd om verder onderzoek te doen op meerdere ontwikkelingsdomeinen.

Kindfactoren

In Tabel 3 zijn de frequenties en percentages weergegeven van de kindfactoren die bij de kinderen die een traject hebben afgerond bij het Vroeg Erbij Team naar voren kwamen. Echter, gezien de kleine n voor de factor APGAR-score is ervoor gekozen deze factor bij de analyse buiten beschouwing te laten. Uit de gegevens is gebleken dat het merendeel van de kinderen uit de steekproef een voldragen zwangerschapsduur had (n=42; 80%). Ook had het merendeel van de kinderen een normaal geboortegewicht in combinatie met de duur van de

zwangerschap (n=31; 59%). In totaal had 75% van de kinderen één of meerdere gezondheidsproblemen. De gezondheidsproblemen die naar voren kwamen, zijn uiteenlopend: eczeem, astma, obstipatie, hoofdpijn of geboren met een hartafwijking. Tot slot is gekeken naar hoe kinderen zich in de eerste twee levensjaren hebben ontwikkeld, zowel op het gebied van taal-spraak als motorisch. Bij de meeste kinderen zijn in de eerste twee levensjaren problemen opgemerkt in hun taal-spraakontwikkeling (n=37; 71%). Dit wil niet zeggen dat een taal-spraakachterstand is geconstateerd. Op basis van het Van Wiechenschema kwam naar voren dat de meeste kinderen zich in de eerste twee levensjaren zonder motorische problemen hebben ontwikkeld (n=36; 69%).

Tabel 3

Frequenties en percentages van de kindfactoren

Kindfactoren	Categorieën	n (%)
Zwangerschapsduur	prematuur	4 (8)
	voldragen	42 (80)
	overdragen	1 (2)
	onbekend	5 (10)
Geboortegewichtcurve	SGA	4 (8)
	normaal	31 (59)
	LGA	4 (8)
	onbekend	13 (25)
APGAR-score	actie vereist	2 (4)
	goede score	22 (42)
	onbekend	28 (54)
Gezondheidsproblemen	geen problemen	13 (25)
	ja, 1 of meer problemen	39 (75)
Taal-spraakontwikkeling	geen problemen	15 (29)
	tussen 0 en 2 jaar problemen	37 (71)
Motorische ontwikkeling	geen problemen	36 (69)
	tussen 0 en 2 jaar problemen	9 (17)
	onbekend	7 (14)

Noot: SGA= small for gestational age. LGA= large for gestational age.

Vershil Globale en Specifieke Ontwikkelingsachterstand

Zoals in de methode is benoemd was het gezien de kleine n niet mogelijk om antwoord te geven op de derde onderzoeksvraag. Daarom is gekozen om in kaart te brengen of een verschil zichtbaar is in kindfactoren tussen de groep kinderen die aangemeld zijn met een globale ontwikkelingsachterstand (n=32) en de groep kinderen die aangemeld zijn met een specifieke ontwikkelingsachterstand (n=20).

De vier SGA-geboren kinderen en de vier LGA-geboren kinderen behoorden allemaal tot de groep met een globale ontwikkelingsachterstand. Elf kinderen (34%) met een globale ontwikkelingsachterstand hadden geen gezondheidsproblemen, tegenover twee kinderen (10%) met een specifieke ontwikkelingsachterstand. Van de kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand had 78% in de eerste twee levensjaren problemen met de taal-spraakontwikkeling tegenover 55% van de kinderen met een specifieke ontwikkelingsachterstand. Met betrekking tot problemen in de motorische ontwikkeling in de eerste twee levensjaren is gebleken dat 62,5% van de kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand en 80% van de kinderen met een specifieke ontwikkelingsachterstand geen motorische problemen hebben ervaren.

De verschillen tussen de frequenties en percentages bij intake en advies zijn nihil. De frequenties en percentages van de kindfactoren waarop kinderen met een globale en specifieke ontwikkelingsachterstand problematiek vertonen bij advies zijn weergegeven in Tabel 5 in Bijlage H.

Tabel 4

Frequenties en percentages van de kindfactoren waarop kinderen met een globale en specifieke ontwikkelingsachterstand problematiek vertonen bij intake.

Kindfactoren	Categorieën	Globale ontwikkelings-achterstand (%) (n=32)	Specifieke ontwikkelings-achterstand (%) (n=20)
Zwangerschapsduur	prematuur	4 (12,5)	-
	voldragen	23 (72)	19 (95)
	overdragen	1 (3)	-
	onbekend	4 (12,5)	1 (5)
Geboortegewichtcurve	SGA	4 (12,5)	-
	normaal	17 (53)	14 (70)
	LGA	4 (12,5)	-
	onbekend	7 (22)	6 (30)
Gezondheidsproblemen	geen problemen	11 (34)	2 (10)
	ja, 1 of meer problemen	21 (66)	18 (90)
Taal-spraakontwikkeling	geen problemen	7 (22)	8 (40)
	tussen 0 en 2 jaar problemen	25 (78)	12 (55)
Motorische ontwikkeling	geen problemen	20 (62,5)	16 (80)
	tussen 0 en 2 jaar problemen	7 (22)	2 (10)
	onbekend	5 (15,5)	2 (10)

Discussie

Bevindingen

Het doel van het onderzoek was om de ontwikkelingsachterstand en de kindfactoren waarmee het kind aangemeld wordt én een traject afrond bij het Vroeg Erbij Team zo goed mogelijk in kaart te brengen. Uit de resultaten is gebleken dat psychosociale ontwikkelingsproblemen bij advies het meest (63,5%) naar voren kwamen. Een mogelijke verklaring voor het veelvuldig voorkomen van psychosociale problemen in huidig onderzoek

is dat het psychosociale ontwikkelingsdomein veel verschillende problematiek omvat. Doordat het psychosociale ontwikkelingsdomein zo uiteenlopend is, valt hier ook een veelvoud aan problematiek binnen. Literatuur heeft ook aangetoond dat psychosociale ontwikkelingsproblemen het meest naar voren komen als wordt vergeleken met de cijfers behorende bij een taal-spraak-, motorisch of cognitief ontwikkelingsprobleem (Zeijl et al., 2005).

Psychosociale ontwikkelingsproblemen komen in het huidige onderzoek het meest naar voren in combinatie met taal-spraakontwikkelingsproblemen. In totaal heeft 40% van alle kinderen die aangemeld zijn met een globale ontwikkelingsachterstand naast een psychosociale achterstand ook een taal-spraakontwikkelingsachterstand. Dit komt overeen met wat Blankenstijn en Scheper (2003) in hun onderzoek bij 120 Nederlandse kinderen tussen de vier en tien jaar oud hebben gevonden. Zij constateerden dat kinderen met een psychosociale ontwikkelingsachterstand in 50% van de gevallen ook een taal-spraakontwikkelingsachterstand hadden. Zij toonden ook aan dat kinderen met een taal-spraakontwikkelingsachterstand een 4,5 keer hogere kans hebben om een psychosociale ontwikkelingsachterstand te ontwikkelen dan kinderen zonder een taal-spraakontwikkelingsachterstand. Deze twee ontwikkelingsachterstanden zijn dermate nauw met elkaar verweven dat het moeilijk is de causaliteit vast te stellen (Blankenstijn & Scheper, 2003).

In huidig onderzoek zijn geen associaties gevonden tussen een motorische en cognitieve ontwikkeling; er zijn geen kinderen in het huidige onderzoek met een motorische ontwikkelingsachterstand in comorbiditeit met een cognitieve ontwikkelingsachterstand. Dit is opvallend gezien de resultaten uit eerdere onderzoeken. Bruggink en collega's (2009) hebben in Nederlands onderzoek aangetoond dat een relatie bestaat tussen een motorische en cognitieve ontwikkeling. Een verklaring voor het ontbreken van associaties tussen een motorische en cognitieve ontwikkeling in huidig onderzoek is dat in de steekproef meer kinderen met andere problematiek dan motorische of cognitieve problemen zijn aangemeld. Mogelijk worden kinderen met problemen op deze twee gebieden bij andere organisaties dan het Vroeg Erbij Team aangemeld.

In huidig onderzoek zijn ook geen associaties gevonden tussen een taal-spraakontwikkelingsachterstand en een motorische ontwikkelingsachterstand, terwijl uit verschillende onderzoeken een significant verband naar voren komt (Chuang et al., 2011; Mürsepp et al., 2012; Vukovic et al., 2010). Een verklaring voor het ontbreken van

associaties tussen taal-spraak- en motorische ontwikkeling in huidig onderzoek is dat in de steekproef weinig kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand zijn. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand is dat motorische achterstanden veelal pas op de basisschool worden ontdekt (Kerstjens et al., 2011; Piek et al., 2005). Het zou kunnen dat enkele kinderen uit de steekproef onontdekte motorische problemen hebben, aangezien de gemiddelde leeftijd in de steekproef slecht 4,5 jaar oud is.

Als tweede pijler in huidig onderzoek is gekeken welke kindfactoren voorkwamen bij de kinderen die een traject bij het Vroeg Erbij Team hebben afgerond. In huidig onderzoek is gebleken dat 75% van alle 52 kinderen één of meer gezondheidsproblemen ervaart of heeft ervaren. Dit is opvallend aangezien 2 tot 5% van de kinderen tot 11 jaar met een gezondheidsaandoening bij de huisarts komt (*Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland: Omvang en gevolgen geïnventariseerd* | RIVM, 2011). Kinderen die bij het Vroeg Erbij Team worden aangemeld lijken dus relatief veel gezondheidsproblemen te ervaren in vergelijking met de cijfers van het RIVM. Een mogelijke verklaring voor deze hoge aantallen is dat kinderen met ontwikkelingsproblematiek ook veelal gezondheidsproblemen ervaren en daarom de cijfers voor gezondheidsproblemen in huidig onderzoek relatief hoog uitvallen.

Bovendien is in huidig onderzoek naar voren gekomen dat bij 50% van alle 52 kinderen in de eerste twee levensjaren taal-spraakontwikkelingsproblemen voorkomen. Dit is geen logisch resultaat, aangezien in de literatuur niet naar voren is gekomen dat taal-spraakontwikkelingsproblemen bij kinderen in hoge mate voorkomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat kinderen met taal-spraakontwikkelingsproblemen in huidig onderzoek ook veelal problemen op andere ontwikkelingsdomeinen vertonen. Hierdoor bestaat een kans dat voorafgaand de aanmelding bij het Vroeg Erbij Team niet goed duidelijk was naar welke organisatie deze kinderen het beste doorverwezen kunnen worden en daarom eerst aangemeld zijn bij het Vroeg Erbij Team. Zodat het Vroeg Erbij Team goed in kaart kan brengen welke problematiek bij het kind op de voorgrond staat en bij welke organisatie het kind de beste begeleiding kan krijgen.

In het huidige onderzoek laten acht van de tien kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand in de eerste twee levensjaren motorische problemen zien. Dit is een logische bevinding, aangezien de kinderen die in hun eerste twee levensjaren motorische problemen laten zien op het moment van aanmelden bij het Vroeg Erbij Team ouder waren dan twee jaar. Indien motorische problemen vroegtijdig opgemerkt worden, kan vroegtijdig

worden ingegrepen, wat mogelijk een motorische ontwikkelingsachterstand in de basisschoolleeftijd kan voorkomen (Gianni et al., 2006; Javier et al., 2012; Spittle et al., 2009). Vroege signalering kan dus van groot belang zijn voor de verdere motorische ontwikkeling van kinderen.

Tot slot is gekeken of een verschil te zien is tussen kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand en een specifieke ontwikkelingsachterstand. In de onderzoeksresultaten is naar voren gekomen dat alle kinderen geboren met een SGA óf LGA een globale ontwikkelingsachterstand hebben. Dit resultaat is in overeenstemming met meerdere onderzoeken. Zo hebben Claas en collega's (2010) gevonden dat SGA-geboren baby's een groot risico op ontwikkelingsproblemen lopen. Ook kan LGA in verband gebracht worden met een verhoogde kans op onder andere autisme en gedragsproblemen (Magnusson et al., 2021). Vervolgonderzoek zal echter moeten aantonen of de huidige bevindingen gerepliceerd kunnen worden of kunnen worden weerlegd.

Sterke en Zwakke Punten

Een sterk punt van het huidige onderzoek is de hoge mate van inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. Bovendien staat in de dossiers informatie die afkomstig is uit gesprekken en observaties van professionals werkzaam bij het Vroeg Erbij Team. Hierdoor wordt de ecologische validiteit gewaarborgd; de resultaten uit dit onderzoek zijn in overeenstemming met de werkelijkheid.

Het onderzoek kent ook enkele beperkingen. Een kleine steekproef kan resulteren in een lage externe validiteit, aangezien een te kleine steekproef mogelijk de populatie niet goed representeert (Agresti, 2022). De non-respons was aanzienlijk hoog in het huidige onderzoek. Van de 184 telefonisch benaderde gezinnen hebben 78 gezinnen (42%) mondeling toestemming gegeven. Echter, een ondertekende toestemmingsverklaring was nodig, waardoor de mondelinge toestemming onvoldoende was om het dossier in te kunnen zien. Daarnaast zijn 80 gezinnen helemaal niet bereikt. Er is alles aangedaan om een zo hoog mogelijke respons te krijgen door de gezinnen zowel telefonisch te benaderen als, indien een e-mailadres bekend was, via de e-mail te bereiken. Helaas heeft deze inspanning niet geleid tot een grotere steekproefomvang.

Het huidige onderzoek had in eerste instantie onder andere als doel om te onderzoeken welke kindfactoren invloed hebben op een ontwikkelingsachterstand. Om dit te onderzoeken zou een multiple logistische regressieanalyse uitgevoerd worden. Echter, dit was gezien de kleine steekproefomvang niet mogelijk. Om deze reden is besloten om mogelijke

verschillen in kaart te brengen tussen de kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand en de kinderen met een specifieke ontwikkelingsachterstand.

Aanbevelingen voor Vervolgonderzoek

De eerder besproken tekortkomingen van het huidige onderzoek geven aanknopingspunten voor vervolgonderzoek naar de relatie tussen kindfactoren en een ontwikkelingsachterstand. Zoals reeds aangehaald bij de tekortkomingen, dienen de bevindingen gerepliceerd te worden bij een grotere steekproef. Om te zorgen voor een grotere steekproef moet een manier gevonden worden om de niet-bereikte personen toch te bereiken. Het blijkt moeilijk te zijn om deze doelgroep te bereiken en te activeren tot deelname. Er zijn meerdere verklaringen te bedenken voor het niet bereiken van deze doelgroep, een mogelijkheid is dat de gezinnen simpelweg te druk zijn om het toestemmingsformulier te ondertekenen. Een mogelijkheid om dit te ondervangen is mondelinge toestemming te gebruiken. Volgens de regelgeving die gesteld is door de Autoriteit Persoonsgegevens gaat de voorkeur uit naar schriftelijke toestemming. Mondelinge toestemming is echter toegestaan, mits is voldaan aan drie voorwaarden; voor de betrokkene moet duidelijk zijn met welk doel zijn of haar gegevens verwerkt worden, moet duidelijk zijn aan wie toestemming wordt gegeven en tot slot moet sprake zijn van een duidelijke, actieve handeling van de betrokkene. Hiermee wordt bedoeld dat 'wie zwijgt, stemt toe' niet voldoende is (Meijers, 2020). Helaas was bij huidig onderzoek een schriftelijk verklaring nodig om inzage in de dossiers te krijgen en is deze mogelijkheid bij huidig onderzoek niet gebruikt om tot een grotere steekproef te komen.

Indien een grotere steekproef gebruikt wordt, neemt dit een andere tekortkoming mogelijk ook weg. Wanneer de steekproef van voldoende grootte is, kan met behulp van een multiple logistische regressieanalyse gekeken worden of een combinatie van kindfactoren een significante associatie heeft met een bepaald ontwikkelingsdomein. Dit is waardevol om te onderzoeken, aangezien het zo kan zijn dat een enkele kindfactor geen invloed heeft op het ontwikkelen van een ontwikkelingsachterstand, maar een combinatie van kindfactoren wel invloed heeft op het ontwikkelen van een ontwikkelingsachterstand (Dekker et al., 2006; Huisman et al., 2010).

Daarnaast zou vervolgonderzoek kunnen focussen op het combineren van de kindfactoren en de omgevingsfactoren. In dit onderzoek is gekeken naar welke invloed kindfactoren hebben op bepaalde ontwikkelingsdomeinen en in een ander onderzoek is gekeken naar welke invloed omgevingsfactoren hebben op dezelfde ontwikkelingsdomeinen

(Kemper, 2022). Het is belangrijk om kindfactoren en omgevingsfactoren met elkaar te combineren, aangezien de ontwikkeling van kinderen wordt beïnvloed door de interactie tussen kindfactoren en omgevingsfactoren (Bajalan & Alimoradi, 2018).

Tot slot is een aanbeveling voor vervolgonderzoek om een tevredenheidsonderzoek bij de gezinnen af te nemen met betrekking op de kwaliteit van het traject dat gezinnen doorlopen bij het Vroeg Erbij Team. In huidig onderzoek stonden de bereikte gezinnen veelal positief tegenover het telefonische contact. Daarom is de verwachting dat gezinnen telefonisch willen meewerken aan onderzoek. In vervolgonderzoek kunnen gezinnen die een traject hebben afgerond telefonisch benaderd worden met de vraag of zij willen deelnemen aan een kort telefonisch interview over de tevredenheid van het traject bij het Vroeg Erbij Team. Tijdens dit interview kunnen onder andere vragen gesteld worden over hoe het gezin het traject bij het Vroeg Erbij Team heeft ervaren, of het gegeven advies voor het gezin het juiste advies was en hoe het nu met het gezin gaat. Indien inzicht wordt gecreëerd over de tevredenheid van de gezinnen die een traject hebben afgerond, kunnen de trajecten voor toekomstige gezinnen mogelijk verbeterd worden.

Implicaties voor de Praktijk

Een aanbeveling voor het Vroeg Erbij Team is om bij intake een algemeen toestemmingsformulier door de gezinnen te laten ondertekenen waarin staat dat dossiers geanonimiseerd gebruikt kunnen worden voor onderzoek. Op deze manier hoeven gezinnen in de toekomst niet meer benaderd te worden met de vraag of zij toestemming verlenen voor inzage in het dossier voor onderzoek.

Tot slot is voor het Vroeg Erbij Team interessant de kindfactoren temperament te toetsen bij intake. In verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat temperament in verband wordt gebracht met de ontwikkeling van het kind. Wachs (2006) toonde met zijn studie het belang aan van temperament voor het goed kunnen ontwikkelen van het kind. Ook is uit onderzoek bij eenjarigen gebleken dat kinderen met een moeilijk temperament (hoogscoorders op *Activity Level*, *Distress to Limitations* en *Withdrawal*) zich volgens moeders taalkundig goed hebben ontwikkeld (Molfese et al., 2010). Temperament is in huidig onderzoek niet meegenomen, aangezien deze factor niet wordt uitgevraagd door het Vroeg Erbij Team. Een mogelijkheid is om een temperamentsvragenlijst bij ouders af te nemen, waardoor de kindfactor temperament kan worden getoetst.

Conclusie

Het doel van het onderzoek was om de ontwikkelingsachterstand en de kindfactoren waarmee het kind aangemeld wordt én een traject afrond bij het Vroeg Erbij Team zo goed mogelijk in kaart te brengen. Om deze reden is gezocht naar een antwoord op de volgende drie onderzoeksvragen: (1) Op welk(e) ontwikkelingsdomein(en) worden problemen gesignaleerd bij het kind dat een traject heeft afgerond bij het Vroeg Erbij Team?, (2) Welke kindfactoren komen voor bij kinderen die een traject hebben afgerond bij het Vroeg Erbij Team? en (3) Welke kindfactoren voorspellen een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen bij kinderen? Uit de resultaten is gebleken dat de meeste kinderen (61,5%) die een traject hebben afgerond bij het Vroeg Erbij Team problematiek vertoonden op meerdere ontwikkelingsdomeinen, wat betekent dat bij deze kinderen sprake is van een globale ontwikkelingsachterstand. De meeste problematiek kwam bij intake voor in het taal-spraakontwikkelingsdomein en in het psychosociale ontwikkelingsdomein. Bij afronding van het traject kwam de meeste problematiek voor in het psychosociale ontwikkelingsdomein. Gekeken naar welke kindfactoren voorkomen bij kinderen die een traject hebben afgerond bij het Vroeg Erbij Team is het volgende opgemerkt. Qua zwangerschapsduur en geboortegewicht waren geen opvallendheden. In totaal had 75% van de kinderen één of meerdere gezondheidsproblemen. De meeste kinderen hadden taal-spraakproblemen in hun eerste twee levensjaren. Tot slot kan echter niet geconcludeerd worden of bepaalde kindfactoren een verhoogde kans op een ontwikkelingsachterstand voorspellen. Wel kan geconcludeerd worden of een verschil zichtbaar is tussen de kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand en een specifieke ontwikkelingsachterstand. Zo bleek SGA en LGA in het huidige onderzoek enkel voor te komen bij een globale ontwikkelingsachterstand. De overige kindfactoren lieten geen opvallende verschillen zien ten opzichte van een globale of specifieke ontwikkelingsachterstand. Vervolgonderzoek met een grotere steekproef is echter aangewezen om de huidige bevinding te kunnen repliceren of te kunnen weerleggen.

Literatuurlijst

- Addink, A., Balledux, M., & Geurts, E. (2011). *Duizend bloemen bloeien: Op weg naar een samenhangend boeket*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van <https://www.nji.nl/nl/Producten-en-diensten/Publicaties/Duizend-bloemen-bloeien-op-weg-naar-een-samenhangend-boeket>
- Agnafors, S., Sydsjö, G., Comasco, E., Bladh, M., Orelund, L., & Svedin, C. G. (2016). Early predictors of behavioural problems in pre-schoolers – a longitudinal study of constitutional and environmental main and interaction effects. *BMC Pediatrics*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0614-x>
- Agresti, A. (2022). *Statistical Methods for the Social Sciences, Global Edition* (5th edition). Pearson.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: dsm-5 (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Bajalan, Z., & Alimoradi, Z. (2018). Risk factors of developmental delay among infants aged 6–18 months. *Early Child Development and Care*, *190*(11), 1691–1699. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1547714>
- Baker, B., McGrath, J. M., Pickler, R., Jallo, N., & Cohen, S. (2013). Competence and responsiveness in mothers of late preterm infants versus term infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *42*(3), 301-310. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12026>
- Bellman, M., Byrne, O., & Sege, R. (2013). Developmental assessment of children. *BMJ*, *346*(jan15 2), e8687. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8687>
- Bennett, M., Schulman, J., Gould, J., Profit, J., & Lee, H. (2016). Estimating Length of Stay by Patient Type in the Neonatal Intensive Care Unit. *American Journal of Perinatology*, *33*(08), 751–757. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1572433>

- Beta, J., Khan, N., Khalil, A., Fiolna, M., Ramadan, G., & Akolekar, R. (2019). Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, *54*(3), 308–318. <https://doi.org/10.1002/uog.20279>
- Bishop, D., & Clarkson, B. (2003). Written Language as a Window in to Residual Language Deficits: A Study of Children With Persistent and Residual Speech and Language Impairments. *Cortex*, *39*(2), 215–237. [https://doi.org/10.1016/s0010-9452\(08\)70106-0](https://doi.org/10.1016/s0010-9452(08)70106-0)
- Blackman, J. A., & Gurka, M. J. (2007). Developmental and Behavioral Comorbidities of Asthma in Children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *28*(2), 92–99. <https://doi.org/10.1097/01.dbp.0000267557.80834.e5>
- Blankenstijn, C., & Scheper, A. (2003). *Language Development in Children with Psychiatric Impairment*. LOT.
- Bronkhorst, J., Eimers, T., Embrechts, M., Franken, M., Goorhuis-Brouwer, S., Hakvoort, F., Hendriksen, J., Van Houten-van Den Bosch, E., Kooijman, P., Kuipers, J., Lepeltak, J., Van der Linden, E., Van Luit, J., Peters, W., Ruijssenaars, A., Scharree, C. J., Van Strien, J., & Van Widenfelt, B. M. (2010). *Spraak, taal en leren. Bohn Stafleu van Loghum*. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-7836-4>
- Bruggink, J. L., Einspieler, C., Butcher, P. R., Stremmelaar, E. F., Prechtel, H. F., & Bos, A. F. (2009). Quantitative aspects of the early motor repertoire in preterm infants: Do they predict minor neurological dysfunction at school age? *Early Human Development*, *85*(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2008.05.010>
- Burnett, A. C., Cheong, J. L., & Doyle, L. W. (2018). Biological and Social Influences on the Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Infants. *Clinics in Perinatology*, *45*(3), 485–500. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2018.05.005>

- Butti, N., Montirosso, R., Borgatti, R., & Urgesi, C. (2018). Maternal sensitivity is associated with configural processing of infant's cues in preterm and full-term mothers. *Early human development, 125*, 35-45. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.08.018>
- Catts, H. W., Fey, M. E., Tomblin, J. B., & Zhang, X. (2002). A Longitudinal Investigation of Reading Outcomes in Children With Language Impairments. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 45*(6), 1142–1157. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/093\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/093))
- Chen, H. F., & Cohn, E. (2003). Social Participation for Children with Developmental Coordination Disorder. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics, 23*(4), 61–78. https://doi.org/10.1300/j006v23n04_05
- Choo, Y., Agarwal, P., How, C., & Yeleswarapu, S. (2019). Developmental delay: identification and management at primary care level. *Singapore Medical Journal, 60*(3), 119–123. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019025>
- Chuang, Y. C., Hsu, C. Y., Chiu, N. C., Lin, S. P., Tzang, R. F., & Yang, C. C. (2011). Other Impairment Associated With Developmental Language Delay in Preschool-Aged Children. *Journal of Child Neurology, 26*(6), 714–717. <https://doi.org/10.1177/0883073810389331>
- Claas, M. J., Bruinse, H. W., Koopman, C., Van Haastert, I. C., Peelen, L. M., & De Vries, L. S. (2010). Two-year neurodevelopmental outcome of preterm born children ≤ 750 g at birth. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition, 96*(3), F169–F177. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.174433>
- Das, M. (2018, september). *What is the city but the people?* Erasmus School of Social and Behavioural Sciences.

- De Lange, M., Matthys, D., De Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A., & Bastiaansen, I. (2018). *Risico- en beschermende factoren voor gedragsproblemen*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 24 november 2021, van <https://www.nji.nl/gedragsproblemen/risico-en-beschermende-factoren>
- Dekker, M., Douma, J., De Ruiter, K., & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. *In Perspectief*, 21–40. https://doi.org/10.1007/978-90-313-7079-5_2
- Den Boer, J. C., Vlamings, C. M., Munsters, N. M., & Servatius-Oosterling, I. J. (2019, 17 september). *Vroege verwijzing van peuters bij vermoeden van een autismspectrumstoornis*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Geraadpleegd op 23 november 2021, van <https://www.ntvg.nl/artikelen/vroege-verwijzing-van-peuters-bij-vermoeden-van-een-autismspectrumstoornis>
- Diemer, M. C., & Gerstein, E. D. (2020). Developmental delay and parenting: The role of behaviour problems in toddlers. *Infant and Child Development*, 29(6). <https://doi.org/10.1002/icd.2199>
- Dragt, K. (2021). *Signalering en Diagnostiek door het Vroeg Erbij Team*. [Bachelorscriptie, Rijksuniversiteit Groningen].
- Driver, L. E., & Nelson, M. E. (2021). Pediatric Speech Disorders. *Cummings Pediatric Otolaryngology*, 118–123. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-69618-0.00008-1>
- De Angulo, L., & Brouwers-De Jong, E. A. (2005). *Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg* (1ste editie). Koninklijke Van Gorcum.
- Emck, C., Bosscher, R., Beek, P., & Doreleijers, T. (2009). Gross motor performance and self-perceived motor competence in children with emotional, behavioural, and pervasive developmental disorders: a review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(7), 501–517. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03337.x>

- Engelbert, R. H. H., Eijssermans, M. J. C., & Helders, P. J. M. (2001). Tenenlopers en billenschuivers; variaties van de normale motorische ontwikkeling. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, *69*(6), 33–36. <https://doi.org/10.1007/bf03061325>
- Erickson, S. J., Duvall, S. W., MacLean, P. C., Tonigan, J. S., Ohls, R. K., & Lowe, J. R. (2018). Mother-Child Interactive Behaviors and Cognition in Preschoolers Born Preterm and Full Term. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(11), 3687–3700. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/s10826-018-1196-z>
- Eskild, A., Haavaldsen, C., & Vatten, L. J. (2014). Placental weight and placental weight to birthweight ratio in relation to Apgar score at birth: a population study of 522 360 singleton pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *93*(12), 1302–1308. <https://doi.org/10.1111/aogs.12509>
- Feijen-de Jong, E. I., Warmelink, J. C., Dalmaijer, M., & Van der Stouwe, R. A. (2021). Kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap is meer dan een disbalans tussen risicofactoren en beschermende factoren. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, *99*(3), 132–136. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00308-9>
- Fey, M. E., Catts, H. W., Proctor-Williams, K., Tomblin, J. B., & Zhang, X. (2004). Oral and Written Story Composition Skills of Children With Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *47*(6), 1301–1318. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/098\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/098))
- Gianní, M., Picciolini, O., Ravasi, M., Gardon, L., Vegni, C., Fumagalli, M., & Mosca, F. (2006). The effects of an early developmental mother–child intervention program on neurodevelopment outcome in very low birth weight infants: A pilot study. *Early Human Development*, *82*(10), 691–695. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.01.011>

- Gonzalez, S. L., Alvarez, V., & Nelson, E. L. (2019). Do Gross and Fine Motor Skills Differentially Contribute to Language Outcomes? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02670>
- Goorhuis-Brouwer, S., & Schaerlaekens, A. M. (2021). *Handboek taalontwikkeling, taalpathologie en taaltherapie bij Nederlandssprekende kinderen* (1ste editie). Boom Lemma.
- Grevinga, M., Van Harten, L. V., Hofstetter, H., Verkerk, P. H., & Detmar, S. B. (2018). Het afnemen van de Van Wiechenkenmerken door ouders. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg, 50*(3), 52–57. <https://doi.org/10.1007/s12452-018-0140-3>
- Gu, S., An, X., Liang, F., Zhang, X., Zhang, C., Wang, J., Liu, Q., Zhang, Y., Wei, Y., Hu, Z., Chen, F., & Shen, H. (2012). Risk factors and long-term health consequences of macrosomia: a prospective study in Jiangsu Province, China. *Journal of Biomedical Research, 26*(4), 235–240. <https://doi.org/10.7555/jbr.26.20120037>
- Guellec, I., Lapillonne, A., Renolleau, S., Charlaluk, M. L., Roze, J. C., Marret, S., Vieux, R., Monique, K., & Ancel, P. Y. (2011). Neurologic Outcomes at School Age in Very Preterm Infants Born With Severe or Mild Growth Restriction. *Pediatrics, 127*(4), e883–e891. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2442>
- Henriksen, T. (2008). The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 87*(2), 134–145. <https://doi.org/10.1080/00016340801899289>
- Hicks, B. M., DiRago, A. C., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Gene-environment interplay in internalizing disorders: consistent findings across six environmental risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(10), 1309–1317. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02100.x>

- Huisman, J., Flapper, B., Kalverdijk, L., L'Hoir, M., & Van Weel, E. (2010). Gedragsproblemen bij het jonge kind. *Gedragsproblemen bij kinderen*, 11–17. https://doi.org/10.1007/978-90-313-8657-4_1
- Javier, F. R. F., Antonia, G. C., & Julio, P. L. (2012). Efficacy of Early Physiotherapy Intervention in Preterm Infant Motor Development— A Systematic Review— . *Journal of Physical Therapy Science*, 24(9), 933–940. <https://doi.org/10.1589/jpts.24.933>
- Johnson, S. (2007). Cognitive and behavioural outcomes following very preterm birth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(5), 363–373. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2007.05.004>
- Kemper, A. (2022). *Vroegsignalering door het Vroeg Erbij Team. Zicht op contextfactoren van kinderen*. [Masterthesis, Rijksuniversiteit Groningen].
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2021, 18 maart). *Vroeg Erbij Team*. Geraadpleegd op 23 november 2021, van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/platform-integrale-specialistische-jeugdhulp/praktijkvoorbeelden/vroeg-erbij-team/>
- Kerstjens, J. M., De Winter, A. F., Bocca-Tjeertes, I. F., Ten Vergert, E. M., Reijneveld, S. A., & Bos, A. F. (2011). Developmental Delay in Moderately Preterm-Born Children at School Entry. *The Journal of Pediatrics*, 159(1), 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.12.041>
- Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland: Omvang en gevolgen geïnventariseerd* | RIVM. (2011). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 11 juni 2022, van <https://www.rivm.nl/publicaties/klachten-en-kwalen-bij-kinderen-in-nederland-omvang-en-gevolgen-geinventariseerd>

- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine, 15*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Koot, H. M., Jongmans, M. J., Pijnenburg, H. M., & Vlieger-Smid, G. A. (2007). Kinderen en jongeren met een lichte verstandelijke beperking. *Kind en adolescent, 28*(3), 75–77. <https://doi.org/10.1007/bf03061024>
- Kooymans, A. (2021). *Welke gezinnen worden bereikt bij het bieden van integrale vroeghulp door het Vroeg Erbij Team voor kinderen van 0-12 jaar? Eer perspectief op omgevingsfactoren*. [Bachelorscriptie, Rijksuniversiteit Groningen].
- Law, J. B., & Harris, A. F. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders, 35*(2), 165–188. <https://doi.org/10.1080/136828200247133>
- Levy, Y. (2018). ‘Developmental Delay’ Reconsidered: The Critical Role of Age-Dependent, Co-variant Development. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00503>
- Lieberman, A. F. (2004). Traumatic stress and quality of attachment: Reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 25*(4), 336–351. <https://doi.org/10.1002/imhj.20009>
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (2012). Advancing Knowledge About Direct Protective Factors That May Reduce Youth Violence. *American Journal of Preventive Medicine, 43*(2), S24–S27. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.04.031>

- Magnusson, S., Laivuori, H., Loft, A., Oldereid, N. B., Pinborg, A., Petzold, M., Romundstad, L. B., Söderström-Anttila, V., & Bergh, C. (2021). The Association Between High Birth Weight and Long-Term Outcomes—Implications for Assisted Reproductive Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pediatrics, 9*. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.675775>
- Marschik, P. B., Einspieler, C., Garzarolli, B., & Prechtel, H. F. (2007). Events at early development: Are they associated with early word production and neurodevelopmental abilities at the preschool age? *Early Human Development, 83*(2), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.05.009>
- Mclaughlin, M. R. (2011). Speech and Language Delay in Children. *American Family Physician, 83*(10), 1183–1188. <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2011/0515/p1183.pdf>
- Meijers, A. (2020). Toestemming. *Vakblad Sociaal Werk, 21*(1), 38–39. <https://doi.org/10.1007/s12459-020-0198-2>
- Molfese, V. J., Moritz Rudasill, K., Beswick, J. L., Jacobi-Vessels, J. L., Ferguson, M. C., & White, J. M. (2010). Infant Temperament, Maternal Personality, and Parenting Stress as Contributors to Infant Developmental Outcomes. *Merrill-Palmer Quarterly, 56*(1), 49–79. <https://doi.org/10.1353/mpq.0.0039>
- Müürsepp, I., Aibast, H., Gapeyeva, H., & Pääsuke, M. (2012). Motor skills, haptic perception and social abilities in children with mild speech disorders. *Brain and Development, 34*(2), 128–132. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2011.02.002>
- Niemeijer, A. S., Schoemaker, M. M., & Smits-Engelsman, B. C. M. (2003). Kinderen met developmental coordination disorder: welke kinderen krijgen hulp in de eerstelijnskindergeneeskunde. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde, 71*(5), 73–78. <https://doi.org/10.1007/bf03061431>

- O'Connell, M., Boat, T., & Warner, K. (2009). Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People. *National Institute of Health*.
<https://doi.org/10.17226/12480>
- Odd, D. E., Rasmussen, F., Gunnell, D., Lewis, G., & Whitelaw, A. (2007). A cohort study of low Apgar scores and cognitive outcomes. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, *93*(2), F115–F120. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.123745>
- Paneth, N. (2008). Establishing the Diagnosis of Cerebral Palsy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *51*(4), 742–748. <https://doi.org/10.1097/grf.0b013e318187081a>
- Pascal, A., Govaert, P., Oostra, A., Naulaers, G., Ortibus, E., & Van den Broeck, C. (2018). Neurodevelopmental outcome in very preterm and very-low-birthweight infants born over the past decade: a meta-analytic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *60*(4), 342–355. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13675>
- Petrini, J. R., Dias, T., McCormick, M. C., Massolo, M. L., Green, N. S., & Escobar, G. J. (2009). Increased Risk of Adverse Neurological Development for Late Preterm Infants. *The Journal of Pediatrics*, *154*(2), 169–176.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.08.020>
- Piek, J. P., Barrett, N. C., Allen, L. S. R., Jones, A., & Louise, M. (2005). The relationship between bullying and self-worth in children with movement coordination problems. *British Journal of Educational Psychology*, *75*(3), 453–463.
<https://doi.org/10.1348/000709904x24573>
- Rajindrajith, S., Devanarayana, N. M., Crispus Perera, B. J., & Benninga, M. A. (2016). Childhood constipation as an emerging public health problem. *World Journal of Gastroenterology*, *22*(30), 6864. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i30.6864>

- Richtlijn: Motorische ontwikkeling.* (2019). Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Geraadpleegd op 23 november 2021, van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=54&rlpag=2927>
- Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. (2020, december). *De risico- en beschermende factoren*. Geraadpleegd op 5 januari 2022, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kopp/risico-en-beschermende-factoren/inleiding/>
- Rydz, D., Shevell, M. I., Majnemer, A., & Oskoui, M. (2005). Topical Review: Developmental Screening. *Journal of Child Neurology*, 20(1), 4–21. <https://doi.org/10.1177/08830738050200010201>
- Servaas, M. N., Schoevers, R. A., Bringmann, L. F., Van Tol, M. J., & Riese, H. (2021). Trapped: rigidity in psychiatric disorders. *The Lancet Psychiatry*, 8(12), 1022–1024. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00353-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00353-9)
- Singh, P. & Anekar, U. (2018). The Importance of Early Identification and Intervention for Children with Developmental Delays. *Indian Journal of Positive Psychology*, 9(2), 233–237. <http://doi.org:10.15614/ijpp/2018/v9i2/176631>
- Skinner, R. A., & Piek, J. P. (2001). Psychosocial implications of poor motor coordination in children and adolescents. *Human Movement Science*, 20(1–2), 73–94. [https://doi.org/10.1016/s0167-9457\(01\)00029-x](https://doi.org/10.1016/s0167-9457(01)00029-x)
- Snowling, M. J., Bishop, D., Stothard, S. E., Chipchase, B., & Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(8), 759–765. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01631.x>

- Spittle, A. J., Treyvaud, K., Doyle, L. W., Roberts, G., Lee, K. J., Inder, T. E., Cheong, J. L., Hunt, R. W., Newnham, C. A., & Anderson, P. J. (2009). Early Emergence of Behavior and Social-Emotional Problems in Very Preterm Infants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(9), 909–918.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181af8235>
- Stuss, D., Levine, B., Alexander, M., Hong, J., Palumbo, C., Hamer, L., Murphy, K., & Izukawa, D. (2000). Wisconsin Card Sorting Test performance in patients with focal frontal and posterior brain damage: effects of lesion location and test structure on separable cognitive processes. *Neuropsychologia*, *38*(4), 388–402.
[https://doi.org/10.1016/s0028-3932\(99\)00093-7](https://doi.org/10.1016/s0028-3932(99)00093-7)
- Talley, N. (2011). Constipation and Colonic Transit Times in Children With Morbid Obesity. *Yearbook of Gastroenterology*, *2011*, 88–89.
<https://doi.org/10.1016/j.ygas.2011.07.141>
- Tonelli, M., Parkin, P., Leduc, D., Brauer, P., Pottie, K., Garcia, A. J., Martin, W., Connor Gorber, S., Ugnat, A., Ofner, M., & Thombs, B. B. (2016). Recommendations on screening for developmental delay. *Canadian Medical Association Journal*, *188*(8), 579–587. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151437>
- Triebwasser, C., Wang, R., DeWan, A. T., Metayer, C., Morimoto, L., Wiemels, J. L., Kadan-Lottick, N., & Ma, X. (2016). Birth weight and risk of paediatric Hodgkin lymphoma: Findings from a population-based record linkage study in California. *European Journal of Cancer*, *69*, 19–27.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.09.016>
- Valla, L., Birkeland, M. S., Hofoss, D., & Slinning, K. (2017). Developmental pathways in infants from 4 to 24 months. *Child: Care, Health and Development*, *43*(4), 546–555.
<https://doi.org/10.1111/cch.12467>

- Van der Laan, A., Rokven, J., Weijters, G., & Beerthuisen, M. (2018). De daling in jeugddelinquentie: minder risico, meer bescherming? *Tijdschrift voor Criminologie*, 60(1). <https://doi.org/10.5553/tvc/0165182x2018060001002>
- Van der Ploeg, J. (2020). *Gedragsproblemen* (1ste editie). Lemniscaat.
- Van Dokkum, N. H., Bos, A. F., Reijneveld, S. A., & De Kroon, M. L. A. (2020). Prematuur geboren kinderen en het Van Wiechen-ontwikkelingsonderzoek. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 52(4), 86–93. <https://doi.org/10.1007/s12452-020-00220-9>
- Van Gameren, S. (2019). Preventie van kindermishandeling. *Bohn Stafleu van Loghum*. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1876-6>
- Van Geloven, N., & Bossuyt, P. M. M. (2016, 21 november). *Intraclass correlatie coëfficiënt*. Wikistatistiek. Geraadpleegd op 1 maart 2022, van https://wikistatistiek.amc.nl/Intraclass_correlatie_coefficient
- Van Wijngaarden-Cremers, P. (2022). ADHD. In: Lagro-Janssen T., Teunissen D. (eds) *Gendersensitieve huisartsgeneeskunde*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2707-2_10
- Vannieuwenborg, L., Buntinx, F., & De Lepeleire, J. (2015). Presenting prevalence and management of psychosocial problems in primary care in Flanders. *Archives of Public Health*, 73(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0061-4>
- Verhave, N., & Westers, P. (2019). *Toelichting proefopzet en statistiek*. Instantie voor Dierenwelzijn Utrecht. <https://ivd-utrecht.nl/storage/353/Toelichting-proefopzet-en-statistiek.pdf>
- Vukovic, M., Vukovic, I., & Stojanovic, V. (2010). Investigation of language and motor skills in Serbian speaking children with specific language impairment and in typically developing children. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1633–1644. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.04.020>

- Wachs, T. D. (2006). Contributions of Temperament to Buffering and Sensitization Processes in Children's Development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 28–39. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.004>
- Wang, P. J., Liao, H. F., Kang, L. J., Chen, L. C., Hwang, A. W., Lu, L., Tu, Y. K., & Morgan, G. A. (2019). Child and family factors that predict participation attendance in daily activities of toddlers with global developmental delay. *Disability and Rehabilitation*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1678685>
- Wenselaar, L. (2015). Ouder met een depressie. *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen*, 97–105. https://doi.org/10.1007/978-90-368-0935-1_16
- White-Traut, R., Norr, K. F., Fabiyi, C., Rankin, K. M., Li, Z., & Liu, L. (2013). Mother–infant interaction improves with a developmental intervention for mother–preterm infant dyads. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 694–706. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.07.004>
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. TNO Publications. Geraadpleegd op 18 januari 2022, van <https://repository.tno.nl//islandora/object/uuid:7eb13a69-c67d-46aa-9c63-55fecbe892f8>
- Zhang, Y., Li, H., Liu, S. J., Fu, G. J., Zhao, Y., Xie, Y. J., Zhang, Y., & Wang, Y. X. (2013). The associations of high birth weight with blood pressure and hypertension in later life: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension Research*, 36(8), 725–735. <https://doi.org/10.1038/hr.2013.33>
- Zwicker, J. G., Missiuna, C., Harris, S. R., & Boyd, L. A. (2012). Developmental coordination disorder: A review and update. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(6), 573–581. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2012.05.005>

Bijlagen

Bijlage A

Verzonden e-mail aan ouders

Geachte heer/mevrouw,

Volgens onze gegevens heeft uw kind tussen 2018 en 2021 hulp ontvangen van het Vroeg Erbij Team. Het Vroeg Erbij Team is voortdurend bezig om de kwaliteit van hun werkwijze te verbeteren, zodat gezinnen steeds beter geholpen kunnen worden. Door middel van het dossieronderzoek willen we meer zicht krijgen op de gemeenschappelijke kenmerken van de kinderen die bij het Vroeg Erbij Team worden aangemeld. We zouden hiervoor ook graag de gegevens uit het dossier van uw kind gebruiken. De gegevens uit de dossiers worden alleen voor onderzoek gebruikt en worden zo verwerkt dat ze niet te herleiden zijn tot u of uw kind. In de bijlage vindt u een brief waarin meer informatie staat.

Om het dossier in te mogen zien, hebben we van u een door u ondertekende toestemmingsverklaring nodig (zie bijlage). Wanneer u toestemming geeft, kunt u dit formulier ondertekend aan ons terugsturen. Mogelijkheden om dit te doen zijn:

- uitprinten, ondertekenen en deze mail beantwoorden met een foto/scan van het toestemmingsformulier in de bijlage.
- uitprinten, ondertekenen en het toestemmingsformulier via de post (zonder postzegel) opsturen naar MEE Groningen, t.a.v. Het Vroeg Erbij Team, Antwoordnummer 211, 9700 VB

Groningen

- deze mail beantwoorden met het verzoek het formulier per post te ontvangen en huidig adres. U krijgt dan het toestemmingsformulier met antwoordenvelop thuis gestuurd. Deze kunt u ondertekenen en gratis retour sturen

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,

Het Vroeg Erbij Team

Bijlagen:

- Toestemmingsformulier

- Informatiebrief

Dear Sir / Madam,

According to our records, your child received help from the Vroeg Erbij Team between 2018 and 2021. The Vroeg Erbij Team is constantly working to improve the quality of their working methods, so that families can be helped even better. By means of the review of files we want to gain more insight into the common characteristics of the children who are registered with the Vroeg Erbij Team. The data from the files are only used for research and are processed in such a way that they cannot be traced back to you or your child.

We would also like to use the data from your child's file for this. In the appendix you will find a letter with more information. In order to view the file of your child, we need a consent form signed by you (see attachment). If you give permission, you can sign this form and return it to us. Options for doing this are:

- Print out the consent form, sign and reply to this email with a photo/scan of the consent form in the attachment
- Print out, sign and send the consent form by post (Without stamp) to: MEE Groningen, t.a.v.

Het Vroeg Erbij Team, Antwoordnummer 211, 9700 VB Groningen

- Reply this email with the request to receive the consent form by post. You will then receive the consent form with a reply envelope at home. You can sign this and send it back for free

Thank you in advance!

Sincerely,

The Vroeg Erbij Team

Attachments:

- Consent Form
- Information letter

Bijlage B

Informatiebrief over het onderzoek

Aan de ouder(s)/ verzorger(s) van

Geachte ouder(s)/ verzorger(s),

Twee masterstudenten Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen gaan een onderzoek uitvoeren bij het Vroeg Erbij Team / MEE Groningen. In deze brief leest u er meer over en vragen we u om mee te doen.

Achtergrond onderzoeksproject

Het Vroeg Erbij Team biedt ondersteuning aan kinderen met diverse ontwikkelingsproblematiek. De ouders en kinderen die ondersteuning hebben gehad geven over het algemeen aan tevreden te zijn over de geboden ondersteuning en begeleiding. Het Vroeg Erbij Team wil zijn werkwijze en de resultaten van de ondersteuning in kaart brengen en de ondersteuning verder verbeteren.

Het onderzoek naar de huidige ondersteuning en de mogelijke verbeterpunten wordt uitgevoerd in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen. De analyse willen we uitvoeren door middel van dossieronderzoek onder cliënten van het Vroeg Erbij Team. Het gaat om cliënten waarvan het ondersteuningstraject is afgesloten.

Wat betekent deelname voor u?

Via deze brief vragen wij u om toestemming voor deelname aan het onderzoek over het Vroeg Erbij Team. Deelname betekent dat de onderzoekers inzage krijgen in onderdelen van het dossier van uw kind. Het gaat om het dossier dat wordt bewaard bij MEE Groningen. De onderzoekers bekijken de dossiers van kinderen die ondersteuning hebben gehad van het Vroeg Erbij Team. Op basis daarvan worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor het Vroeg Erbij Team. Deze conclusies zijn niet herleidbaar tot uw kind.

Deelname is vrijwillig. U kunt in alle vrijheid beslissen of u meedoet aan het onderzoek aan het onderzoek of niet. In beide gevallen zouden we u willen vragen om het bijgevoegde toestemmingsformulier in te vullen, te ondertekenen en weer in te leveren. Op het formulier kunt u aangeven of u WEL of GEEN toestemming geeft. Als u besluit om toestemming te geven, dan kunt u op elk moment besluiten om uw medewerking stop te zetten, zonder opgave van redenen, door een mail te sturen naar

vroegebijteam@meenoord.nl. De gegevens die de onderzoekers uit het dossier van uw kind hebben verzameld / gebruikt, worden dan verwijderd uit de databestanden van het onderzoek. Dit is mogelijk tot aan het moment dat de gegevens geanalyseerd worden door de onderzoekers. Wij hopen uiteraard dat u aan het project wilt deelnemen.

In het toestemmingsformulier vragen wij ook uw toestemming om de gegevens van uw kind te bewaren voor ander onderzoek op een later moment. Het gaat dan altijd om onderzoek in dezelfde lijn, wat aanvullend of een vervolg is op dit onderzoek. Als u hiervoor geen toestemming wilt geven, kunt u wel gewoon meedoen aan dit onderzoek.

Privacy

Gedurende de looptijd van het onderzoek, van februari t/m juli 2022, kunnen de studenten onderdelen van het dossier van uw kind inzien; het dossier blijft eigendom en bewaard bij MEE Groningen. De verzamelde informatie die relevant is voor het onderzoek wordt strikt vertrouwelijk behandeld. Dit wil zeggen dat de naam van uw kind direct na afloop van het onderzoek zal worden losgekoppeld van de andere onderzoeksgegevens en afzonderlijk zal worden bewaard. Hierdoor is niet meer direct te achterhalen welke onderzoeksgegevens bij uw kind horen. Alleen de leden van het onderzoeksteam hebben toegang tot deze informatie. In de onderzoeksrapportage zullen namen van gezinnen en kinderen nooit worden genoemd en zijn de gegevens niet tot uw kind te herleiden. De onderzoekers moet op grond van de wet- en regelgeving de verzamelde gegevens ten behoeve van het onderzoek 15 jaar bewaren. Daarna worden de gegevens vernietigd. Als u de toestemmingsverklaring ondertekend, geeft u toestemming voor het verzamelen, bewaren en gebruik van de gegevens van uw kind zoals beschreven in deze informatiebrief.

Als u vragen heeft over privacy, kunt u contact opnemen met de onderzoekers. Mochten de onderzoekers uw vraag niet kunnen beantwoorden dan kunt u deze voorleggen aan de Functionaris Gegevensbescherming van de Rijksuniversiteit Groningen (via privacy@rug.nl).

Behoeft u meer informatie?

Mocht u meer willen weten over dit onderzoek, dan kunt u contact opnemen met één van de ondergetekenden.

Het ingevulde en ondertekende toestemmingsformulier kunt u terugsturen via vroegebijteam@meenoord.nl, of u mailt met het verzoek het toestemmingsformulier thuis te willen ontvangen en het huidige adres. In dat geval krijgt u het toestemmingsformulier en

bijgevoegde antwoordenvolp thuis, waarnaar u het formulier kunt invullen, ondertekenen en terugsturen.

Met vriendelijke groet, namens het onderzoeksteam,

Hillie Tuinstra

Vroeg Erbij Team

Telefoonnummer 06-31670040

Mail: vroegerbijteam@meenoord.nl

Suzanne Houwen

Onderzoeker basiseenheid Orthopedagogiek: Leren & Ontwikkelen, Rijksuniversiteit

Groningen

Mail: s.houwen@rug.nl

Jorien Luijkx

Onderzoeker basiseenheid Orthopedagogiek: Leren & Ontwikkelen, Rijksuniversiteit

Groningen

Mail: j.luijkx@rug.nl

Bijlage C

Toestemmingsformulier

Geachte ouder(s)/ verzorger(s),

Via dit formulier kunt u aangeven of u toestemming geeft voor het inzien van het dossier van uw kind bij MEE Groningen (Vroeg Erbij Team) in het kader van het onderzoeksproject naar de werkwijze en de resultaten van de ondersteuning van het Vroeg Erbij Team, uitgevoerd door het Vroeg Erbij Team / MEE Groningen in samenwerking met de basiseenheid Orthopedagogiek: Leren & Ontwikkelen van de Rijksuniversiteit Groningen.

- Ø Ik heb de uitleg over het onderzoek goed doorgelezen. Ik begrijp wat deelname aan het onderzoek inhoudt. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ø Ik begrijp dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is. Ik kies er zelf voor om deel te nemen. Ik kan op elk moment stoppen met deelname. Als ik besluit om te stoppen met deelname, hoef ik hiervoor geen reden op te geven en zullen mijn gegevens uit de onderzoek database verwijderd worden.
- Ø Ik geef toestemming voor het verzamelen, gebruiken en bewaren van mijn gegevens op de manier en voor de doelen zoals omschreven in de informatiebrief.
- Ø Ik weet dat voor controle van het onderzoek sommige mensen toegang hebben tot al de gegevens van mijn kind. Deze mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen.
- Ø Ik weet dat mijn gegevens nog 15 jaar bij de Rijksuniversiteit Groningen bewaard worden.

Ik,.....,ouder/verzorger

van(naam kind)

- o Geef **wel toestemming** voor gebruik van het dossier van ons kind aan het onderzoek naar het Vroeg Erbij Team.
- o Geef **geen toestemming** om deel te nemen aan het onderzoek.

In de toekomst mag u mij opnieuw benaderen voor deelname aan een vervolgonderzoek voor het Vroeg Erbij Team:

O ja

O nee

Handtekening

Plaats

Datum

Bijlage D

Script telefonisch contact

Goedemiddag, komt het gelegen dat ik u nu bel?

Ik ben Isabella Hesseling en bel u namens het Vroeg Erbij Team. Klopt het dat u voor uw kind tussen 2018 en 2021 hulp heeft ontvangen van het Vroeg Erbij Team? Heeft u vorige week een mail ontvangen van ons over het onderzoek?

Het Vroeg Erbij Team is voortdurend bezig om de kwaliteit van hun werkwijze te verbeteren, zodat gezinnen steeds beter geholpen kunnen worden. Door middel van het dossieronderzoek willen we meer zicht krijgen op de gemeenschappelijke kenmerken van de kinderen die bij het Vroeg Erbij Team worden aangemeld.

We zouden hiervoor ook graag de gegevens uit het dossier van uw kind gebruiken. De gegevens uit de dossiers worden alleen voor onderzoek gebruikt en worden zo verwerkt dat ze niet te herleiden zijn tot u of uw kind. Toestemming geven voor het inzien van het dossier heeft voor u geen directe positieve of negatieve gevolgen, maar kan wel gezinnen in de toekomst helpen bij het sneller verkrijgen van de juiste hulp.

Om het dossier in te mogen zien, hebben we van u een door u ondertekende toestemmingsverklaring nodig. Mogen we de toestemmingsverklaring naar u opsturen?

Is alles duidelijk voor u? Heeft u verder nog vragen aan ons?

Wanneer ouders geen toestemming geven -> Oke, dat begrijpen wij. Bedankt voor uw tijd en nog een fijne dag.

Wanneer ouders wel toestemming geven -> Heel fijn, dank u wel hiervoor. Dan krijgt u het formulier op korte termijn toegestuurd. Lukt het u het formulier, binnen een week na ontvangst, met handtekening terug te sturen via de mail? (als dit niet lukt, de optie per post aanbieden + adres uit het gegevensbestand checken). Alvast bedankt en nog een fijne dag.