10 januari 2018

Onderzoeksverslag

WERKZAAMHEDEN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN GGD GRONINGEN
MET BETREKKING TOT WEERBAARHEID BIJ KINDEREN 4-12 JAAR
2017-2018



Chantal Huisman (344012) & Emma Bavinck (315612)
Osiriscode: HVVB16AFOU3
Academie voor Verpleegkunde
Hanzehogeschool Groningen, HBO-V
Docentbegeleider: Yvonne Miske
Opdrachtgever: Anita Rolfes
U3 afstudeeronderzoek
September 2017 tot februari 2018

GGD Groningen

Hanzehogeschool Groningen
University of Applied Sciences

Samenvatting

Inleiding Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) heeft een preventieagenda opgesteld voor de Jeugdgezondheidszorg waarvan één van de pijlers 'Weerbaarheid' is. Deze pijler richt zich op het zelfvertrouwen van het kind en het voor zichzelf kunnen opkomen. Uit onderzoek van Van Duijnhoven (2016) blijkt dat weerbaarheid inderdaad een belangrijk onderwerp is, aangezien zeven procent van de Nederlandse jongeren een lage weerbaarheid heeft en dat weerbare jongeren minder eenzaam zijn, beter bestand zijn tegen pesten, zich gezonder voelen en minder psychische problemen ervaren. Het NCJ en de GGD Groningen hebben nog niet duidelijk vormgegeven aan deze pijler. De GGD Groningen is benieuwd of er bij hun jeugdverpleegkundigen sprake is van een hiaat in de kennis en vaardigheden om de pijler weerbaarheid te verwerken in hun werkzaamheden met betrekking tot kinderen van vier tot twaalf jaar. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoeverre de jeugdverpleegkundigen zich toegerust voelen om kind, ouders/verzorgers en basisschool te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar. Hiervoor is de volgende vraagstelling opgesteld: In hoeverre voelen de jeugdverpleegkundigen zich toegerust om kind, ouders/verzorgers en basisschool te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar?
Methodologie Dit praktijkonderzoek bestaat negen half-gestructureerde interviews met jeugdverpleegkundigen verspreid over de hele provincie, werkzaam met kinderen van vier tot twaalf jaar. Daarnaast heeft een onderbouwend literatuuronderzoek plaatsgevonden, zodat een vergelijking kon worden gemaakt tussen de literatuur en de praktijk.
Resultaten Een aantal jeugdverpleegkundigen geeft aan dat ze geen preventieve acties uitvoeren op het gebied van weerbaarheid. Daarnaast zegt een aantal deskundigheid te missen op dit gebied. De meeste jeugdverpleegkundigen kunnen zichzelf niet beoordelen op het gebied van signaleren, omdat zij dit niet zelf doen. Over het ondersteunen van kinderen geven alle jeugdverpleegkundigen aan dit vooral geleerd te hebben uit eigen ervaringen en niet uit trainingen of scholingen die door de GGD zijn aangeboden. De ondersteuning naar ouders en verzorgers toe beoordelen de meeste jeugdverpleegkundigen als goed.
Discussie Als belangrijk punt komt uit de vergelijking met de literatuur naar voren dat een aantal jeugdverpleegkundigen aangeeft dat geen preventieve acties worden uitgevoerd op het gebied van weerbaarheid. Daarnaast zegt een aantal deskundigheid te missen op dit gebied. Echter blijkt uit de literatuur dat vroege signalering van een risico op lage weerbaarheid ervoor kan zorgen dat problemen worden voorkomen.
Verder zijn er enkele beperkingen aan dit onderzoek, zoals dat landelijke generalisatie van dit onderzoek niet mogelijk is, aangezien de interviews zich beperken tot de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen. Verder is het vinden van wetenschappelijke literatuur over de rol van jeugdverpleegkundigen met betrekking tot weerbaarheid niet gelukt. Echter zijn wel vier wetenschappelijke artikelen gevonden waarin weerbaarheid bij kinderen aan bod komt.
Conclusie Het blijkt dat niet alle jeugdverpleegkundigen zich goed toegerust voelen om kind, ouders/verzorgers en school te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar.
Aanbevelingen Twee belangrijke aanbevelingen komen naar voren uit het onderzoek. Als eerste is het advies om de jeugdverpleegkundigen te toetsen en scholing te geven. Scholing is noodzakelijk op het gebied van gesprekken met kinderen en weerbaarheid in het algemeen. Het tweede advies is onderzoek naar meetinstrumenten met betrekking tot signaleren en preventie op het gebied van weerbaarheid.

Voorwoord

In het kader van de studie verpleegkunde, onderdeel ‘scriptie/afstudeerfase’ hebben wij een onderzoeksverslag beschreven. Dit onderzoek is geschreven naar aanleiding van de onderzoeksvraag die aangeboden werd door de GGD Groningen. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in hoeverre de jeugdverpleegkundigen zich toegerust voelen om kind, ouders/verzorgers en basisschool te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar.

Graag bedanken wij Anita Jorritsma, Anita Rolfes & Bea Meindertsma vanuit de GGD Groningen voor het begeleiden van onze scriptie en de ondersteuning die wij nodig hadden tijdens dit leerproces. Daarnaast bedanken wij onze docentbegeleidster Yvonne Miske voor haar begeleiding en ondersteuning vanuit de opleiding.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Chantal Huisman & Emma Bavinck
Groningen, 10 januari 2018

Inhoudsopgave

Inleiding 5
Hoofdstuk 1 Uitgangspunt onderzoek 8
1.1 Doelstelling 8
1.2 Vraagstelling 8
1.3 Deelvragen 8
1.4 Definiëring van begrippen 9
Hoofdstuk 2 Methodologie 10
2.1 Onderzoeksdesign 10
2.2 Praktijkonderzoek 10
2.2.1 Half-gestructureerde interviews 10
2.2.2 Literatuuronderzoek 15
2.2.3 Onderzoek GGD'en omliggende provincies 16
Hoofdstuk 3 Resultaten 17
3.1 Respons 17
3.2 Resultaten interviews 17
3.3 Resultaten literatuuronderzoek 19
3.4 Resultaten onderzoek GGD'en omliggende provincies 22
Hoofdstuk 4 Discussie 24
4.1 Inhoudelijke discussie 24
4.2 Methodologische discussie 24
4.3 Implicaties 26
Hoofdstuk 5 Conclusie 27
5.1 Beantwoording deelvragen 27
5.2 Beantwoording hoofdvraag 28
5.3 Verwachting opdrachtgever 29
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen 30
Literatuurlijst 31
Bijlage 1 Interviewvragen 34
Bijlage 2 Methodologische en redactionele beoordeling artikelen 35
Bijlage 3 Uitgebreide resultaten 51
Bijlage 4 Uitgebreide conclusie verschil 0-4 en 4-12 60
Bijlage 5 Antiplagiaat verklaring 63
Bijlage 6 Plagiaatscan safe assignment 64

Inleiding

In Nederland hebben gemeenten de wettelijke taak om de gezondheid van inwoners te bevorderen en beschermen. Deze taak is neergelegd bij de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). Onder de GGD valt onder andere de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Deze heeft op basis van de Wet publieke gezondheid (WPG) de taak om de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen van nul tot achttien jaar te bevorderen, beschermen en beveiligen (VNG, 2017). Tot en met 2014 waren de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen verdeeld in verschillende groepen: consultatiebureau (nul tot vier jaar), basisschool (vier tot twaalf jaar) en ouder (twaalf tot achttien jaar). Vanaf 2015 werken de nieuwe jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen met kinderen van nul tot achttien jaar en de bestaande jeugdverpleegkundigen met nul tot twaalf jaar.

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) adviseert de JGZ om te werken volgens de preventieagenda. Met behulp van deze preventieagenda wil het NCJ, via de JGZ, kindermishandeling, schoolverzuim en armoede bestrijden. De preventieagenda bestaat uit vier pijlers: ouderschap, hechting, gezondheid en weerbaarheid. De pijler ouderschap richt zich op het welzijn van de ouder/verzorger, het opvoed vertrouwen en de ouderschapsbeleving. Hechting richt zich op de band tussen ouders/verzorgers en kind. Gezondheid richt zich op een gezonde leefstijl. Weerbaarheid richt zich op het zelfvertrouwen van het kind en het voor zichzelf kunnen opkomen. Om dit te realiseren, werkt de JGZ samen met verschillende organisaties, zoals het onderwijs, jeugdhulp & huisartsen (NCJ, 2017). Op dit moment is er vanuit het NCJ en binnen de GGD Groningen nog geen duidelijke richtlijn ontwikkeld over hoe de jeugdverpleegkundigen in hun werkzaamheden met betrekking tot kinderen van vier tot twaalf jaar, vorm kunnen geven aan de pijler ‘weerbaarheid’. Daarom richt dit onderzoek zich op deze pijler.

Weerbaarheid is een groot begrip. In het online Van Dale woordenboek (2017) wordt weerbaar omschreven als: in staat tegenstand te bieden. Echter geeft de GGD Groningen (2013) een uitgebreidere omschrijving die zich richt op kinderen. Hierbij wordt een weerbaar kind omschreven als een kind dat zelfvertrouwen heeft, veel durft, zichzelf verdedigt, een mening heeft en deze ook kan uiten en tot slot kan opkomen voor anderen. Weerbaarheid wordt hiermee gezien als basis voor een positieve ontwikkeling van een kind (Stewart, Sun, Patterson, Lemerle & Hardie, 2004).

Van Duijnhoven (2016) heeft in de regio Brabant-Zuidoost onderzoek gedaan naar de weerbaarheid van kinderen/jeugdigen. Uit het onderzoek blijkt dat landelijk gezien zeven procent van de jongeren een lage weerbaarheid heeft. Kinderen van vier tot elf jaar zijn volgens Van Duijnhoven vaker minder weerbaar wanneer de volgende gebeurtenissen meespelen: echtscheiding of een andere ingrijpende gebeurtenis, laag opgeleide ouders, werkloze ouders, langdurige zieke/arbeidsongeschikte ouders en laag gezinsinkomen. Maar liefst één op de zes ouders in de regio Brabant-Zuidoost geeft aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij het weerbaar(der) maken van hun kind. Van Duijnhoven beschrijft in haar conclusie dat weerbare jongeren minder vaak eenzaam zijn, beter bestand zijn tegen pesten, dat zij zich gezonder voelen en minder psychische problemen ervaren. Verschillende onderdelen uit deze conclusie worden ondersteund door onderstaande onderzoeken. Een kind met weinig zelfvertrouwen en dat zichzelf niet adequaat kan verdedigen wordt al snel gezien als een kind dat gemakkelijk gepest kan worden. Moore en Woodcock (2016) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen weerbaarheid en pesten. Hieruit kwam naar voren dat scholieren met een hoge weerbaarheid minder kans lopen om gepest te worden. Daarnaast verminderde het pesten als de sociale vaardigheden van het slachtoffer beter werden. Uit onderzoek is gebleken dat in 2016 in Nederland tien procent van de kinderen in het basisonderwijs aangaf gepest te zijn. Bij bijna acht procent hiervan gaat het om

maandelijks en bij bijna drie procent om wekelijks pesten. Hierbij gaat het in de meeste gevallen (67%) om persoonlijk pesten (Nederlands Jeugdinstituut, 2016).
Daarnaast hebben Schulz et al. (2014) onderzoek gedaan waaruit is gebleken dat een hogere weerbaarheid geassocieerd kan worden met een lagere kans op een depressie later in het leven. Dit samenvattend, pesten en depressie, zijn twee mogelijke gevolgen die een lage weerbaarheid met zich mee kan brengen, direct of op latere leeftijd.

Dat aandacht voor weerbaarheid een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van jeugdverpleegkundigen is, komt ook naar voren uit het Expertisegebied jeugdverpleegkundigen, een aanvulling die, in opdracht van V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, door de V&VN Fractie Jeugdverpleegkundige is geschreven op het Beroepsprofiel verpleegkundige. Hierin komt naar voren dat het werk van de jeugdverpleegkundige voornamelijk is gericht op collectieve preventie. Hierbij is het belangrijk dat alle kinderen in beeld zijn door gebruik te maken van monitoren, signaleren, screenen, vaccineren, het inschatten van de zorgbehoefte en het tijdig inschakelen van hulp. Hierbij richt de jeugdverpleegkundige zich direct op het kind of indirect via de ouders/verzorgers of school. De gezondheidsthema's die naar voren komen in het Expertisegebied jeugdverpleegkundigen zijn: preventie van kindermishandeling, regulering van internetgebruik, schoolverzuim, ziekteverzuim, gezond gewicht, roken, veilig vrijen, gebruik van alcohol en drugs, weerbaarheid en depressie. De jeugdverpleegkundigen maken collectieve verbetervoorstellen op basis van individuele problemen die zich voordoen (Bakker-Camu & Van Kuppevelt, 2014). Hieruit komt naar voren dat jeugdverpleegkundigen kennis moeten hebben over weerbaarheid en problemen op dit gebied moeten kunnen signaleren en actie ondernemen om deze problemen op te lossen.

Dit onderzoek richt zich op de rol van de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen. Op dit moment besteden zij aandacht aan weerbaarheid in de screening die in groep twee en groep zeven van de basisschool wordt afgenomen. Hierin wordt aan ouders/verzorgers gevraagd hoe weerbaar zij hun kind vinden. Bij zorgen hierover vanuit ouders/verzorgers kunnen drie tot vijf gesprekken met een jeugdverpleegkundige plaatsvinden. Naast gesprekken met ouders/verzorgers en kind hebben de jeugdverpleegkundigen een adviserende rol naar de basisscholen. Hierbij kan de jeugdverpleegkundige scholen ondersteunen hoe om te gaan met problemen op het gebied van weerbaarheid (Rolfes, Jorritsma & Meindertsma, persoonlijke communicatie, 19 september 2017). De jeugdverpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld adviseren om docenten op te leiden in het geven van een weerbaarheidstraining of om te werken met de Gezonde School-aanpak. De Gezonde School helpt bij het werken aan een gezonde leefstijl door verschillende thema's aan te bieden, zoals voeding, welbevinden en fysieke veiligheid. In verschillende thema's van de Gezonde School komt weerbaarheid naar voren. Als een school alle pijlers van een thema op orde heeft, kan de school een vignet aanvragen. Als een school gestart is met een thema, kan een themacertificaat aangevraagd worden. Hiermee is de school een Gezonde School (Gezonde School, n.d.).

Om als jeugdverpleegkundige bij de GGD Groningen kinderen, ouders/verzorgers en school goed te kunnen ondersteunen op het gebied van weerbaarheid, is het beschikken over voldoende kennis en vaardigheden met betrekking tot dit thema van groot belang.
De opdrachtgever was echter benieuwd of er bij de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen, die werken met kinderen van vier tot twaalf jaar, sprake is van een hiaat in de kennis en de vaardigheden om deze pijler adequaat te verwerken in hun werkzaamheden. Hierbij heeft de opdrachtgever aangegeven dat zij dit hiaat verwacht bij de jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met kinderen van nul tot vier jaar werkten. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in de provincie Groningen, aangezien dit het werkgebied is van de GGD Groningen. De provincie Groningen telt zeven regio's en 32 locaties. Een overzicht hiervan staat beschreven in hoofdstuk 2 Methodologie, tabel 1, Regio's en locaties van de GGD Groningen.

De opdrachtgever gaf verder aan dat de GGD'en van omliggende provincies al meer vorm hebben gegeven aan de pijler 'weerbaarheid' en zegt geïnteresseerd te zijn in hoe deze GGD'en dat hebben gedaan (Rolfes, Jorritsma & Meindertsma, persoonlijke communicatie, 19 september 2017). In het kader van dit onderzoek zijn beide provincies hiervoor benaderd.

In het volgende hoofdstuk zal worden ingegaan op de uitgangspunten van het onderzoek. In hoofdstuk 2 komt de methodologie aan de orde. Vervolgens in hoofdstuk 3 de resultaten van het praktijkonderzoek met kwalitatief onderzoek (interviews met jeugdverpleegkundigen), literatuuronderzoek (ondersteunend bij het kwalitatieve onderzoek) en het onderzoek naar omliggende provincies. Hoofdstuk 4 betreft de discussie, hoofdstuk 5 de conclusie en tot slot in hoofdstuk 6 de aanbevelingen.

Hoofdstuk 1 Uitgangspunt onderzoek

In dit hoofdstuk worden de doelstelling, vraagstelling en deelvragen geformuleerd. Aansluitend is de definiëring van begrippen opgenomen.

1.1 Doelstelling

Met dit onderzoek wordt inzicht verkregen in hoeverre de jeugdverpleegkundigen zich toegerust voelen om kind, ouders/verzorgers en school te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot de wijze waarop de GGD Groningen de kennis en vaardigheden van haar jeugdverpleegkundigen op dit gebied kan vergroten.

1.2 Vraagstelling

In hoeverre voelen de jeugdverpleegkundigen zich toegerust om kind, ouders/verzorgers en school te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar?

1.3 Deelvragen

1. Hoe geven de jeugdverpleegkundigen in hun werkzaamheden, naar kind, ouders/verzorgers en school toe, naar eigen zeggen op dit moment vorm aan de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar?

2. Is er volgens de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen sprake van een hiaat in hun kennis en vaardigheden met betrekking tot het vergroten van weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar en zo ja, wat missen de jeugdverpleegkundigen aan kennis en vaardigheden?

3. Wat geven de jeugdverpleegkundigen zelf aan nodig te hebben om beter vorm te kunnen geven aan hun werkzaamheden met betrekking tot kind, ouders/verzorgers en school om de weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar te vergroten?

4. Is er verschil in de manier van vormgeven aan de bevordering van weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar tussen de jeugdverpleegkundigen die eerder met kinderen van nul tot vier jaar werkten en de jeugdverpleegkundigen die eerder met kinderen van vier tot twaalf jaar werkten en zo ja, wat is het verschil?

5. Hoe kunnen de jeugdverpleegkundigen volgens de literatuur een lage weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar signaleren, voorkomen en kind, ouders/verzorgers en school ondersteunen bij het vergoten van deze weerbaarheid?

6. Hoe geven de GGD'en in Drenthe en Friesland vorm aan de pijler weerbaarheid?

1.4 Definiëring van begrippen

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van stipulatieve definities. Dit zijn definities die speciaal voor dit onderzoek worden vastgesteld, om het zo bruikbaar mogelijk te maken (Verhoeven, 2016).

- Jeugdverpleegkundigen
  In dit onderzoek worden de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen bedoeld die werken met de doelgroep vier tot twaalf jaar.

- Toegerust
  Voorzien van wat nodig is voor een bepaald doel (Van Dale, 2017). In dit onderzoek wordt specifiek bedoeld of de jeugdverpleegkundigen zich toegerust voelen in kennis en vaardigheden met betrekking tot weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar en zo nee, wat zij aangeven nodig te hebben om zich wel toegerust te voelen.

- Kennis
  Het weten van, de bekendheid met een gebeurtenis, omstandigheid enz. (Van Dale, 2017). In dit onderzoek wordt de kennis van de jeugdverpleegkundigen met betrekking tot weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar bedoeld.

- Vaardigheden
  Het vaardig zijn ≈ bedrevenheid (Van Dale, 2017). In dit onderzoek worden de vaardigheden van de jeugdverpleegkundigen met betrekking tot weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar bedoeld.

- School
  In dit onderzoek gaat het om de adviserende en ondersteunende rol van de jeugdverpleegkundigen naar de IB'ers, leerkrachten en directeuren van basisscholen toe. Het gaat hierbij specifiek om basisscholen, aangezien dit onderzoek zich richt op kinderen van vier tot twaalf jaar.

- Ouders/verzorgers
  Ouder: vader of moeder (Van Dale, 2017). In dit onderzoek worden ouders bedoeld van kinderen in de leeftijd van vier tot twaalf jaar.
  Verzorger: iemand die het kind van een ander in zijn huis verzorgt (Van Dale, 2017). In dit onderzoek worden verzorgers bedoeld van kinderen in de leeftijd van vier tot twaalf jaar.

- Weerbaarheid
  In staat zijn tegenstand te bieden (Van Dale, 2017). Met betrekking tot kinderen van vier tot twaalf jaar wordt de definitie van de GGD Groningen (2013) gebruikt: jezelf kunnen verdedigen, opkomen voor anderen, eigen mening kunnen geven, eigen grenzen kunnen aangeven, zelf oplossingen kunnen zoeken en hulp kunnen vragen wanneer dat niet lukt.

Hoofdstuk 2 Methodologie

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat het onderzoeksdesign is van dit onderzoek. Er wordt aandacht besteed aan het praktijkgericht onderzoek. Daarnaast is een literatuurstudie gedaan. De keuze hiervoor wordt in dit hoofdstuk toegelicht.

2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek dat uitgevoerd is, is een praktijkgericht onderzoek en heeft zich daarmee gericht op het oplossen van een vraagstuk uit de praktijk. Bij een open onderzoeksvraag past een kwalitatief onderzoek. De onderzoeksvraag is breed en de GGD Groningen heeft onvoldoende zicht op de deskundigheid van haar jeugdverpleegkundigen met betrekking tot weerbaarheid. In dit kwalitatief onderzoek wordt geen gebruik gemaakt van cijfermatige gegevens, maar van meningen, ervaringen en ideeën. Gegevens zijn dan ook in taal opgenomen, in plaats van numeriek (Verhoeven, 2016). Kwalitatief onderzoek richt zich op het begrijpen van betekenissen die mensen aan de dagelijkse gebeurtenissen toekennen. Het onderzoek valt daarmee binnen de interpretatieve stroming (Boeije, 2014).

In dit onderzoek is echter niet alleen gebruik gemaakt van de meningen, ervaringen en ideeën van de jeugdverpleegkundigen. Er is ook gekeken of de bevindingen uit het praktijkonderzoek overeenkomen met wat in de literatuur beschreven staat. Het literatuuronderzoek vormt daarmee een theoretisch kader. Met gebruikmaking van de bevindingen uit het literatuuronderzoek en mede op basis van de input van de GGD Groningen wordt een probleemanalyse in de organisatie gedaan onder een steekproef uit de jeugdverpleegkundigen. Op basis van de resultaten die deze probleemanalyse oplevert wordt een voorstel voor verandering of vernieuwing gepresenteerd.

2.2 Praktijkonderzoek

Dit praktijkonderzoek bestaat uit drie onderdelen:

- half-gestructureerde interviews met jeugdverpleegkundigen werkzaam met kinderen van vier tot twaalf jaar;
- een literatuuronderzoek;
- onderzoek naar GGD'en van Drenthe en Friesland.

2.2.1 Half-gestructureerde interviews

Populatie en steekproef

Alle 'eenheden' waarover naar aanleiding van het onderzoek uitspraken gedaan zijn, is de populatie van het onderzoek (Verhoeven, 2016). In dit onderzoek was de populatie de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen. De jeugdverpleegkundigen hebben in hun werkzaamheden te maken met het onderwerp weerbaarheid en zijn daardoor in staat om een oordeel te geven over hoe zij op dit moment vormgeven aan de pijler weerbaarheid. Bij de GGD Groningen zijn ongeveer 120 jeugdverpleegkundigen werkzaam, verdeeld over zeven verschillende regio's en 32 locaties in Groningen. De regio's en locaties zijn beschreven in onderstaande tabel.

Tabel 1
Regio's en locaties van de GGD Groningen

Regio's	Locaties
Regio Stad 1	Beijum, Lewenborg, COW (Centrum, Oosterparkwijk, Korrewegwijk, Indische Buurt/de Hoogte)
Regio Stad 2	Hoogkerk, Vinkhuizen, Selwerd-Paddepoel-Tuinwijk, Zuid, De Wijert, Rivierenbuurt, Corpus den Hoorn, Haren
Regio Centraal-Oost	Veendam, Pekela, Stadskanaal, Vlagtwedde

Regio Midden-Groningen en Oldambt	Bellingwedde, Oldambt (is incl. Winschoten). Hoogezand-Sappemeer, Menterwolde, Slochteren
Regio West	Grootegast, Leek, Marum, Zuidhorn
Regio Noordwest	Bedum, De Marne, Eemsmond, Winsum, Ten Boer
Regio Noordoost	Delfzijl, Appingedam, Loppersum.

Op basis van Verhoeven (2016) en overleg met de opdrachtgever, is ervoor gekozen om in dit onderzoek gebruik te maken van een doelgerichte selecte steekproef (purposive), aangezien specifieke jeugdverpleegkundigen nodig zijn voor dit onderzoek. Het onderzoek had als steekproef een aantal jeugdverpleegkundigen die voorheen met de leeftijdscategorie nul tot vier jaar werkten en een aantal jeugdverpleegkundigen die voorheen met de leeftijdscategorie van vier tot twaalf jaar werkten. Hieruit kon worden opgemaakt of zich een verschil voordoet van de kennis betreft weerbaarheid.

In overleg met de opdrachtgever en in verband met de tijd die beschikbaar is voor het onderzoek en het aantal onderzoekers werd gekozen om tien interviews uit te voeren. Op deze manier heeft goede verspreiding over de gehele provincie plaatsgevonden. Daarnaast geeft Verhoeven (2016) aan dat het verzadigingspunt bij tien interviews waarschijnlijk bereikt wordt.

Onder de tien jeugdverpleegkundigen zijn er vijf die voorheen met de leeftijdscategorie nul tot vier jaar werkten en vijf jeugdverpleegkundigen die voorheen met de leeftijdscategorie van vier tot twaalf jaar werkten. Deze in- en exclusiecriteria zijn opgenomen in onderstaande tabel.

Tabel 2
Deelname interview: inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria interview	Exclusiecriteria interview
Werkzaam zijn als jeugdverpleegkundige bij de GGD Groningen	Niet werkzaam als jeugdverpleegkundige bij de GGD Groningen
Werkzaam met kinderen van vier tot twaalf jaar	Alleen werkzaam met kinderen van nul tot vier jaar of ouder dan twaalf jaar
Voor vijf jeugdverpleegkundigen: vóór 2015 alleen werkzaam met kinderen van nul tot vier jaar	Vóór 2015 niet alleen werkzaam met kinderen van nul tot vier jaar.
Voor vijf jeugdverpleegkundigen: vóór 2015 alleen werkzaam met kinderen van vier tot twaalf jaar	Vóór 2015 niet alleen werkzaam met kinderen van vier tot twaalf jaar.

Uit regio Stad 1, Stad 2, Centraal-Oost en Noordoost is één jeugdverpleegkundige gekozen. Uit de overige regio's zijn twee jeugdverpleegkundigen gekozen, omdat dit grotere regio's zijn. Op deze manier is elke regio naar zijn grootte vertegenwoordigd en lijkt de steekproef op de gehele populatie. Hierdoor is dus sprake van een representatieve steekproef. In tabel 2 is de verdeling van de jeugdverpleegkundigen voor deelname aan het interview weergegeven.

Tabel 3
Verdeling jeugdverpleegkundigen voor deelname aan interview

Regio	Aantal jeugdverpleegkundigen deelname aan onderzoek	Achtergrond jeugdverpleegkundigen

Stad 1	1	4-12 jaar
Stad 2	1	0-4 jaar
Centraal-Oost	1	0-4 jaar
Noordoost	1	4-12 jaar
Midden-Groningen en Oldambt	2	1x 0-4 jaar 1x 4-12 jaar
West	2	1x 0-4 jaar 1x 4-12 jaar
Noordwest	2	1x 0-4 jaar 1x 4-12 jaar

Via de opdrachtgever is contact opgenomen met de regiomanagers. Deze regiomanagers zijn via een e-mail gevraagd om geschikte jeugdverpleegkundigen te benaderen. Hier werd gekozen voor benadering via e-mail, aangezien de regiomanagers alleen te bereiken zijn via het secretariaat. Bij gebruik van e-mail kon geen belangrijke informatie, met betrekking tot keuze voor jeugdverpleegkundigen, verloren gaan. De gekozen jeugdverpleegkundigen zijn benaderd via e-mail of telefoon, om een afspraak te maken voor het afnemen van het interview.

Dataverzameling

Voor het onderzoek zijn half-gestructureerde interviews uitgevoerd, omdat bepaalde onderwerpen aan bod moesten komen, maar doorvragen ook mogelijk moest zijn. In dit kwalitatieve onderzoek gaat het namelijk om het verzamelen van relevante factoren met betrekking tot deskundigheid die van invloed zijn op de wijze waarop de jeugdverpleegkundigen vormgeven aan de pijler ‘weerbaarheid’. In de literatuur en uit gesprekken met de GGD Groningen zijn daarvoor een aantal indicatoren naar voren gekomen (Rolfes, Jorritsma & Meindertsma, persoonlijke communicatie, 19 september 2017). Deze zijn opgenomen in de topiclijst, zie tabel 4 hieronder. Op basis van deze topiclijst werden interviewvragen opgesteld. Deze lijst is te vinden in bijlage 1. Met deze lijst wordt gegarandeerd dat alle onderwerpen aan bod komen, maar wordt tegelijkertijd ruimte geboden aan eigen inbreng van de jeugdverpleegkundigen en de problemen die zij zelf ervaren tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden en de onderzoekers hebben de mogelijkheid door te vragen.

Tabel 4
Topiclijst

Topics	Onderbouwing
Weerbaarheid bij kinderen	Centraal staat of de definitie van weerbaarheid zoals gehanteerd door de GGD Groningen (2013) overeenkomt met de definitie zoals gehanteerd door de geïnterviewde. Op verzoek van de opdrachtgever gaat het in het onderzoek, en dus in het interview, om kinderen van vier tot twaalf jaar. Zie hoofdstuk 1, uitgangspunten onderzoek, voor de definiëring van begrippen.
Vóórkomen en manieren van weerbaarheid	Centraal staat of, en zo ja hoe vaak en in welke vorm de geïnterviewde weerbaarheid tegenkomt bij kinderen. In het Expertisegebied jeugdverpleegkundigen (Bakker-Camu & Van Kuppevelt, 2014) wordt benoemd dat de jeugdverpleegkundigen weerbaarheid moeten kunnen signaleren. Op verzoek van de opdrachtgever wordt gekeken of de jeugdverpleegkundigen vinden dat er een probleem is met de weerbaarheid van kinderen. De uitkomst, voornamelijk de manier waarop weerbaarheid te zien is,

	kan later worden vergeleken met resultaten van de literatuurstudie. (Behorend bij deelvraag 1 en 2)
Acties naar kind, ouders/verzorgers en school	Centraal staan de werkzaamheden van de jeugdverpleegkundigen om problemen met weerbaarheid bij kinderen te voorkómen en signaleren. Daarnaast staan de acties om kind, ouders/verzorgers en school te ondersteunen om weerbaarheid te vergroten centraal. Uit onderzoek van Duijnhoven (2016) blijkt dat ouders behoefte hebben aan ondersteuning hierbij. Daarnaast staat in het Expertisegebied Jeugdverpleegkundigen (Bakker-Camu & Van Kuppevelt, 2014) dat de jeugdverpleegkundigen de behoefte aan ondersteuning moet kunnen inschatten en dat hun werkzaamheden voornamelijk gericht zijn op preventie en dus het voorkómen van problemen op het gebied van weerbaarheid. Deze werkzaamheden worden vergeleken met wat de opdrachtgever aangeeft aan werkzaamheden (Rolfes, Jorritsma & Meindertsma, persoonlijke communicatie, 19 september 2017). De uitkomst wordt vergeleken met de resultaten van de literatuurstudie en met de werkwijze van de GGD'en in Friesland en Drenthe. (Behorend bij deelvraag 1, 2, 5 en 6.)
Mening voldoende toegerust in kennis en vaardigheden	Centraal staat de mening van de jeugdverpleegkundigen over of zij zich voldoende toegerust voelen. Aan de hand hiervan wordt gekeken of de verwachting van de opdrachtgever klopt (Rolfes, Jorritsma & Meindertsma, persoonlijke communicatie, 19 september 2017). Daarnaast wordt gekeken of er interventies nodig zijn om ervoor te zorgen dat de jeugdverpleegkundigen zich beter toegerust voelen. (Behorend bij deelvraag 2.)
Benodigdheden	Centraal staat wat de jeugdverpleegkundigen aangeven nodig te hebben om zich nog beter toegerust te voelen. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan aan de GGD Groningen. (Behorend bij deelvraag 3.)

De interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers, waarbij de één het interview afnam en de ander zich richtte op het, met toestemming van de geïnterviewde, opnemen van het gesprek, het maken van aantekeningen en het controleren of alle vragen beantwoord zijn. Hierdoor kon niks worden overgeslagen of vergeten. Alle interviews hebben plaatsgevonden op de werkplekken van de jeugdverpleegkundigen. De opgenomen gesprekken zijn getranscribeerd. Hierdoor was het mogelijk de informatie terug te lezen en de informatie te labelen en te coderen.

<u>Data-analyse</u>
Om op een systematische en overzichtelijke manier de data te analyseren is gebruik gemaakt van het stappenplan van Kamphuis (2017). Er is gekozen voor het stappenplan van Kamphuis, omdat de onderzoekers hier een college over hebben gevolgd en daardoor beter bekend zijn met dit stappenplan. Hiermee werd de kans op het maken van fouten verkleind.

Stap 1 Transcriberen
Alle afgenomen interviews zijn getranscribeerd.

Stap 2 Data reductie
In deze stap is alle niet relevante tekst geschrapt. Met niet relevante tekst wordt tekst bedoeld die niet behoort bij de onderzoeksvraag.

Stap 3 Opdelen in fragmenten

Er is gestart met twee interviews. De fragmenten zijn met één opmerking samengevat.

Stap 4 Open coderen
In deze stap is een code gegeven aan de verschillende fragmenten. Hierbij kregen de fragmenten met dezelfde opmerkingen dezelfde code. Vanaf deze stap werd gebruik gemaakt van de software Atlas.ti.

Stap 5 Labels toekennen
De codes kregen een label.

Stap 6 Ordening labels
In deze stap zijn de andere interviews gelabeld aan de hand van de eerste labels van de eerste twee interviews.

Stap 7 Selectie definitieve thema's
In deze stap werd betekenis gegeven aan de antwoorden van de jeugdverpleegkundigen. De informatie werd geordend per topic.

Stap 8 Citaten en rapporteren
In hoofdstuk 3 Resultaten, zijn per topic de belangrijkste bevindingen beschreven en onderbouwd met een citaat. Op basis van deze informatie en aangevuld met de bevindingen uit de literatuurstudie zullen conclusies getrokken, discussiepunten aangevoerd en aanbevelingen gedaan worden.

Validiteit en betrouwbaarheid
De interne validiteit is bewaakt door de topiclijst en de vragenlijst (meetinstrument van het onderzoek) te laten controleren door de werkbegeleiders en docentbegeleider op relevantie en volledigheid, om eventuele hiaten of overbodige topics eruit te halen. Om de betrouwbaarheid en de interne validiteit te vergroten zijn twee proefinterviews afgenomen om te controleren of gemeten werd wat gemeten moest worden. Eén proefinterview is afgenomen bij een werkbegeleider, de ander bij een collega van een werkbegeleider. Deze laatste geïnterviewde was dus niet op de hoogte van het onderzoek, en is daarmee onafhankelijk en niet beïnvloed door het begeleiden van het onderzoek. Bij het uitvoeren van de proefinterviews is rekening gehouden met toevallige fouten. Eventuele fouten konden nog worden ontdekt en de structuur van het interview kon worden aangepast. Daardoor zijn de juiste conclusies op basis van het onderzoek getrokken en is de kans op systematische fouten beperkt (Verhoeven, 2016). Om beïnvloeding van de geïnterviewden te voorkomen, is het doel van het onderzoek niet toegelicht in de uitnodigingen. Hierdoor zijn de jeugdverpleegkundigen neutraal het interview ingegaan.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is beïnvloed door de herhaalbaarheid. Aangezien het onderzoek herhaalbaar is, is de kans groter dat het vrij is van toevallige fouten (Verhoeven, 2016). Doordat de interviews zijn afgenomen door de twee onderzoekers waarbij de één het interview afnam en de ander zich richtte op het opnemen van het gesprek en het maken van aantekeningen, is de invloed van één persoon op de interviewvragen beperkt. Daardoor zullen de uitkomsten van de interviews redelijk gelijk zijn als het interview zou worden uitgevoerd door andere onderzoekers en is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gewaarborgd. Daarnaast heeft standaardisering van de interviews ook plaatsgevonden door het uitvoeren van proefinterviews.

De onderzoeker hebben gestreefd naar het verzadigingspunt in de uitkomsten van de interviews. Hierdoor zou het zo moeten zijn dat als de interviews bij andere deelnemers zouden worden afgenomen, de uitkomsten gelijk zouden moeten zijn. Op deze manier is de

betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd. Om de interviews controleerbaar te maken en om te zorgen dat geen belangrijke informatie verloren zou kunnen gaan, werd gebruik gemaakt van audio opnames. Vervolgens werden de interviews getranscribeerd en daarna geanalyseerd met behulp van het programma ATLAS TI. Dit programma systematiseert, ordent en zorgt voor inzichtelijkheid in het analyseproces (Plochgt & Juttmann, 2007). Hierdoor werd de kans op fouten verkleind en daarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. In het onderzoek is gebruikt gemaakt van peer consultation. Hierbij beoordeelden de onderzoekers elkaar kritisch om de kwaliteit van de resultaten te verhogen (Verhoeven, 2016).

Ethische aspecten

Bij het afnemen van interviews werden enkele gedragsregels gehanteerd, dit om de privacy van de geïnterviewde jeugdverpleegkundigen te waarborgen. Het is van belang om met respect met de verzamelde informatie om te gaan. Namen en specifieke persoonsgebonden aspecten zijn achterwege gelaten in het onderzoek, hiermee bleef de anonimiteit van de geïnterviewden gewaarborgd. De onderzoekers zijn integer, respectvol en zorgvuldig geweest. Daarnaast hebben de onderzoekers professioneel en maatschappelijk belang voorop gesteld en keuzes en gedragingen verantwoord in het onderzoek. Hiermee voldoet het onderzoek aan de ‘gedragscode van onderzoek voor het HBO’ (Hanzehogeschool, 2015).

2.2.2 Literatuuronderzoek

Dataverzameling

Voor het uitvoeren van de literatuurstudie is gebruikgemaakt van de volgende databases die aangeboden worden door de Hanze mediatheek: Google Scholar, Pubmed, ERIC, MEDLINE, Nursing and Allied Health Collection, CINAHL en PsycINFO. Deze databases zijn gebruikt vanwege hun toegankelijkheid en omdat deze gericht zijn op de paramedische zorg (rol van de verpleegkundige), onderwijs en psychologie. De databases zijn doorzocht met behulp van vooraf opgestelde zoekcriteria. De zoektermen en in- en exclusiecriteria zijn weergegeven in de onderstaande tabellen. Naast het zoeken van relevante artikelen in databases is gebruikgemaakt van de sneeuwbaltechniek, waarbij via literatuurverwijzingen in relevante artikelen verder is gezocht naar andere bruikbare artikelen (Dassen, Keuning, Jansen & Jansen, 2015).

Tabel 5
Literatuurstudie: zoektermen

Nederlands	**Engels**
Weerbaarheid	Resilience OR “ability to adapt” OR resilient OR “fighting spirit” OR vulnerable OR vulnerability OR “self-esteem” OR coping OR “social development” OR “decision making”
Kinderen 4-12 (basisschool)	Child OR “Primary school” OR “elementary school” OR “grammar school” OR kindergarten OR kindergarter OR infant OR “young child” OR “grade school” OR “children over four” OR “children of four and over” OR “children from six years up” OR “children under twelve” OR “children over six” OR “children of six and over” OR “elementary education”
Jeugdverpleegkundige	“Youth health nurse” OR “youth nurse” OR “Youth worker”
Ondersteuning	Support OR assistance
Probleem	Problem OR difficulty OR issue OR difficulties OR trouble
Gezonde School	-

Tabel 6
Literatuurstudie: inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria literatuur	**Exclusiecriteria literatuur**
Artikelen minder dan tien jaar oud	Artikelen ouder dan tien jaar
Volledige artikelen met abstract	Onvolledige artikelen
Nederlands en Engelstalig	Niet Nederlands of Engelstalige artikelen
Volledige tekst beschikbaar via de Hanzehogeschool of Rijksuniversiteit Groningen	Volledige tekst niet beschikbaar via de Hanzehogeschool of Rijksuniversiteit Groningen

Data-analyse
Om geschikte artikelen te vinden, is met behulp van de zoektermen en inclusie- en exclusiecriteria naar wetenschappelijke artikelen gezocht. De flow-chart, waarin te vinden is welke zoektermen welke artikelen hebben opgeleverd, is te vinden in hoofdstuk 3, figuur 1. De bruikbare artikelen zijn beoordeeld aan de hand van een Critical Appraisal. Een Critical Appraisal is het proces van zorgvuldig en systematisch zoeken, naar de betrouwbaarheid, waarde en relevantie van een artikel (Verhoeven, 2016). Om de kwaliteit van de artikelen te beoordelen, is gebruikgemaakt van een methodologische en redactionele beoordelingslijst, waarbij is gelet op de validiteit, het belang en de toepasbaarheid van de resultaten (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2012). Zie hiervoor bijlage 2. Daarnaast zorgde het ervoor dat er geen belangrijke onderdelen/informatie overgeslagen zou worden.

De gevonden informatie uit de relevante literatuur is geordend naar de volgende twee topics, vóórkomen en manieren van weerbaarheid en acties naar kind, ouders/verzorgers en school. De resultaten uit de literatuurstudie zijn vergeleken met de resultaten uit het praktijkonderzoek. Hiermee is gekeken of de jeugdverpleegkundigen over genoeg kennis en vaardigheden beschikken.

Validiteit en betrouwbaarheid
De mate van betrouwbaarheid en de validiteit van een literatuuronderzoek is vergroot door het gebruik van een gestructureerde lijst voor de methodologische en de redactionele beoordeling van de artikelen (Cox et al., 2012). Tevens zijn de onderzoekers onafhankelijk op zoek gaan naar wetenschappelijke artikelen. Dit vergroot de betrouwbaarheid van de literatuurstudie doordat de onderzoekers hierdoor elkaar niet hebben kunnen beïnvloeden met betrekking tot de relevantie en waarde van het artikel. Daarna is gezamenlijk gekeken naar de uitkomsten van dit individuele onderzoek en is bepaald welke literatuur daadwerkelijk relevant was (peer consultation). De relevante artikelen zijn door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld met behulp van de beoordelingslijst.

2.2.3 Onderzoek GGD'en omliggende provincies
Voor dit onderzoek werd op verzoek van de opdrachtgever contact opgenomen met de GGD'en in Drenthe en Friesland. De GGD Groningen is namelijk geïnteresseerd in de wijze waarop de GGD'en van die beide provincies vorm hebben gegeven aan de pijler 'weerbaarheid'. Hiervoor werd gestart met een e-mail naar de algemene e-mailadressen van de GGD'en. Bij geen reactie zou overgegaan worden tot telefonisch contact.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk wordt de respons van het onderzoek benoemt. Daarnaast zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. De resultaten zijn weergegeven voor de interviews, het literatuuronderzoek en voor het onderzoek naar de GGD'en in omliggende provincies.

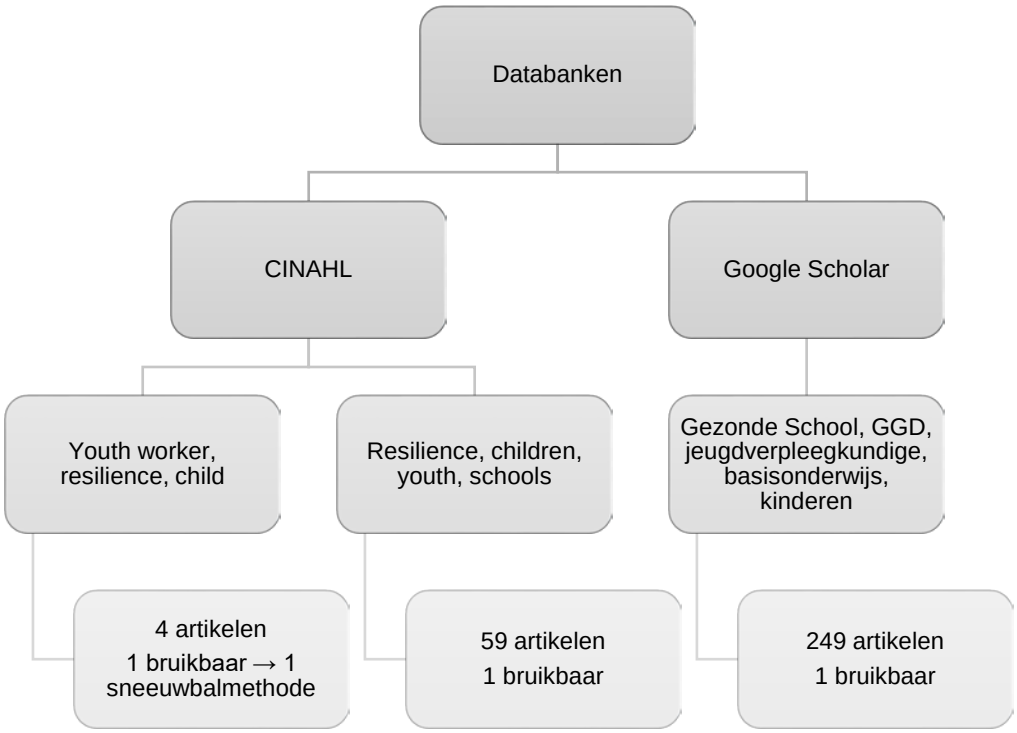
3.1 Respons

Half-gestructureerde interviews

Voor het praktijkonderzoek zijn negen interviews uitgevoerd. Er werd, op besluit van de opdrachtgever, gestart met zoeken naar jeugdverpleegkundigen via de secretaresses van de regiomanagers. Via deze weg zijn acht jeugdverpleegkundigen gevonden die paste binnen het onderzoek, op basis van de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria. Daarnaast zijn drie jeugdverpleegkundigen benaderd via deelnemende jeugdverpleegkundigen. Eén van deze jeugdverpleegkundigen heeft deelgenomen aan het onderzoek, één is afgewezen voor het onderzoek op basis van de in- en exclusiecriteria, en de laatste heeft niet gereageerd.

Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek is gezocht in verschillende databanken met een aantal zoektermen of combinaties hiervan, zoals genoemd in de methodologie. Hiermee zijn vier wetenschappelijke artikelen gevonden, zie figuur 1 voor de flow-chart.



Figuur 1 Flow-chart

Onderzoek GGD'en omliggende provincies

Voor dit onderzoek hebben de onderzoekers de GGD Drenthe en Friesland benaderd via de telefoon en e-mail. Hierop is gereageerd door een adviseur jeugdgezondheidszorg van de GGD Drenthe en een sociaal verpleegkundige van de GGD Friesland.

3.2 Resultaten interviews

Hieronder staan per topic de belangrijkste resultaten van het praktijkonderzoek beschreven. Deze resultaten worden ondersteund met citaten van de jeugdverpleegkundigen. Hierbij is, waar sprake is van een verschil, een splitsing gemaakt tussen de jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met kinderen van nul tot vier jaar werkten en de jeugdverpleegkundigen die

vóór 2015 alleen met kinderen van vier tot twaalf jaar werkten. Voor een uitgebreid overzicht van alle resultaten wordt verwezen naar bijlage 3.

Weerbaarheid bij kinderen

Alle jeugdverpleegkundigen waren het eens met de definitie van weerbaarheid die in het onderzoek is opgenomen (zie inleiding). Een aantal jeugdverpleegkundigen gaf aan dat kinderen die geen respect hebben voor de grenzen van anderen (zoals bijvoorbeeld een pester) of snel agressief worden ook behoren tot kinderen met een lage weerbaarheid.

> *"Ik praat liever over gezonde weerbaarheid in zijn algeheel. Van is een kind gezond weerbaar, komt een kind op een goede manier voor zichzelf op met respect voor grenzen van een ander. En een pester die komt wel goed voor zichzelf op maar niet, die houd geen, heeft geen respect voor de grenzen van een ander. En een kind met een lage, die niet voor zichzelf opkomt, ja dat vind ik ook niet gezond."* (Jeugdverpleegkundige).

Voorkomen en manieren van weerbaarheid

De meeste jeugdverpleegkundigen geven aan dat ze een lage weerbaarheid vaak tegen komen bij kinderen van vier tot twaalf jaar. Zij komen dit dan tegen als kinderen die moeilijk nee kunnen zeggen, ondersneeuwen, het lastig vinden voor anderen op te komen, pesten of agressief zijn. Alle jeugdverpleegkundigen geven aan dat dit gesignaleerd wordt met behulp van de screenings met SDQ-lijst in groep twee en groep zeven. Daarnaast geven zij aan dat behalve via deze screenings, de kinderen ook bij de jeugdverpleegkundigen terechtkomen doordat school hen doorverwijst of ouders zelf met vragen komen. Bijna alle jeugdverpleegkundigen geven aan dat er sprake is van een probleem met weerbaarheid. De meesten geven aan dat dit veroorzaakt wordt doordat de maatschappij meer verwacht van kinderen.

> *"Het idee is wel je bent altijd een succesnummer, je mag niet meer falen, want iets wat misgaat, ja dat, dat laat je niet zien terwijl dat natuurlijk absurd is, want het leven bestaat uit dingen die goed gaan en dingen die fout gaan en van je fouten leer je."* (Jeugdverpleegkundige).

Acties naar kind, ouders/verzorgers en school

De meeste jeugdverpleegkundigen voeren gesprekken met kinderen. Een aantal voert nooit gesprekken met kinderen. Alle jeugdverpleegkundigen verwijzen de kinderen (eventueel via ouders) door naar andere disciplines of organisaties voor extra ondersteuning. Verder gaan de meeste jeugdverpleegkundigen in gesprek met ouders of verzorgers en geven hierbij tips en adviezen.

> *"Onze maatschappij is gemaakt om, zeker als moeder, heel veel dingen in de lucht te houden, dus en een baan, en er goed uitzien, en een mooi huis, en je kinderen opvoeden, en dan alles moet ook nog schoon en blank en een sociaal leven, dat lukt je nooit. En dan kun je wel tegen je kind zeggen, je mag best fouten maken, want daar heeft weerbaarheid ook veel mee te maken, maar dan moet je eerst beginnen van, joh, laat zelf eens wat vallen en noem jezelf wel eens een keer een domoor, daar begint het mee dat het kind zelfvertrouwen kan krijgen en daardoor weerbaarder naar anderen toe wordt. En daar heb je het wel over"* (Jeugdverpleegkundige).

Een aantal jeugdverpleegkundigen verwijst door naar andere disciplines of organisaties of gaan zelf op huisbezoek. De meeste jeugdverpleegkundigen geven de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen mee aan ouders. Om school te ondersteunen verwijzen de meeste jeugdverpleegkundigen door naar andere disciplines of organisaties. De meeste jeugdverpleegkundigen uit de groep vier tot twaalf geven zelf tips en adviezen over de Gezonde School. Een aantal jeugdverpleegkundigen is wel op de hoogte van de Gezonde School, maar past dit niet toe.

> *"Maar als je ook naar de provincie Groningen kijkt, zie je ook heel veel scholen die niet veel animo voor weerbaarheid hebben. Het is sport en voeding die worden afgenomen en eigenlijk niet zo heel veel meer*" (Jeugdverpleegkundige).

De meeste jeugdverpleegkundigen zeggen preventieve tips te geven aan ouders of scholen door te verwijzen naar trainingen, zoals Rots en Water. Een aantal jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep geeft aan dat ze geen preventieve acties uitvoeren op het gebied van weerbaarheid.

> *"Ze komen pas met ons in aanraking op het moment dat er ook echt wat is."* (Jeugdverpleegkundige).

Mening voldoende toegerust in kennis en vaardigheden

Op het gebied van preventieve acties geven de jeugdverpleegkundigen uit de groep nul tot vier gemiddeld het cijfer 5,5. De groep van vier tot twaalf geeft gemiddeld een 7,4. Een aantal jeugdverpleegkundigen geeft aan dat er weinig preventieve acties worden uitgevoerd. Daarnaast zegt een aantal deskundigheid te missen op dit gebied.

> *''Soms denk ik ook wel van ja moet er al verwezen worden of zou ik als ik meer deskundigheid had zelf misschien nog eerder wat met ouders kunnen oppakken."* (Jeugdverpleegkundige).

De jeugdverpleegkundigen uit de groep van nul tot vier geven zichzelf op het gebied van signaleren gemiddeld een 7. De andere groep geeft zichzelf een 7,5. De meesten geven echter geen cijfer. Zij geven aan niet zelf te signaleren en daardoor geen beoordeling te kunnen geven. Voor het ondersteunen van het kind geven de jeugdverpleegkundigen gemiddeld een 6,2. Alle jeugdverpleegkundigen geven aan dit geleerd te hebben uit eigen ervaringen en niet uit trainingen of scholingen die door de GGD zijn aangeboden. De ondersteuning naar ouders en verzorgers toe beoordelen de jeugdverpleegkundigen uit de nul tot vier groep gemiddeld met een 7,2. De vier tot twaalf groep scoort zichzelf gemiddeld een 7,8. De meesten geven aan dat hun werkzaamheden op dit gebied goed gaan. Tot slot geven de jeugdverpleegkundigen uit de nul tot vier groep zichzelf op het gebied van ondersteunen van de scholen zichzelf gemiddeld een 6. De andere groep geeft zichzelf gemiddeld een 7,7. Een aantal geeft aan wat handvatten te missen op dit gebied. Eén jeugdverpleegkundige kan zichzelf niet beoordelen.

> *"Omdat wij nu niet zo veel doen, dus weet ik ook niet precies wat we dan zouden moeten doen, of wat de vraag van de school is, dus dat vind ik een beetje lastig, dat vind ik een beetje lastig beoordelen*" (Jeugdverpleegkundige).

Benodigdheden

De meeste jeugdverpleegkundigen geven aan graag training te krijgen op het gebied van weerbaarheid. Hierbij worden preventie en één op één gesprekken met kinderen expliciet benoemd als aandachtspunt. Een aantal jeugdverpleegkundigen zegt een sociale kaart te missen op het gebied van weerbaarheid. Verder noemt een aantal jeugdverpleegkundigen dat ze een scholing misten op het moment dat ze van het nul tot vier werken naar het nul tot twaalf werken zijn gegaan.

> *"Ik heb natuurlijk jaren lang nul tot vier gewerkt en de vier plus komt daarbij en we hebben allemaal een beetje het gevoel van oh we worden in het diepe gegooid en ja, hoe nu verder"* (Jeugdverpleegkundige).

3.3 Resultaten literatuuronderzoek

Hieronder staan de resultaten van vier wetenschappelijke artikelen uitgewerkt.

Factoren die weerbaarheid beïnvloeden

Volgens onderzoek van Zolkoski & Bullock (2012) is weerbaarheid het bereiken van een positieve uitkomst ondanks uitdagende of bedreigende omstandigheden. Weerbare kinderen worden omschreven als kinderen die succes ervaringen herkennen, hun sterke punten herkennen en een groot doorzettingsvermogen hebben. Beschermende factoren op het gebied van weerbaarheid, die de ontwikkeling van weerbaarheid positief beïnvloeden, worden ingedeeld op persoonlijk gebied, familiegebied en omgevingsgebied. Intelligentie, connecties, coping strategieën, gezondheid, geslacht en interne motivatie dragen bij aan weerbaarheid op persoonlijk gebied. Op familiegebied draait het om gevoelige, meelevende,

ondersteunende, liefhebbende ouders die zorgen voor een stimulerende omgeving. Het hebben van een rolmodel wordt op omgevingsgebied gezien als de voornaamste beschermende factor. Bij rolmodel wordt gedacht aan leerkrachten, coaches of goede buren. Weerbaarheid kan worden gemeten met behulp van de Devereux Early Childhood Assessment (DECA). Dit meetinstrument is ontwikkeld om vast te kunnen stellen of een kind ontwikkeld genoeg is op het gebied van initiatief, zelf-controle en hechting. Een kind loopt het risico op een lage weerbaarheid als op deze gebieden laag gescoord worden. De Devereux Early Childhood Assessment Clinical Form (DECA-C) is een uitbreiding van de DECA en is bedoeld om te gebruiken als doelniveau en om een interventieplan te ontwikkelen op basis van de individuele behoeften van een kind.
Hoe eerder het risico op het ontwikkelen van een lage weerbaarheid wordt vastgesteld, hoe eerder interventies kunnen worden ingezet. Hierdoor kunnen op tijd beschermende factoren worden ontwikkeld, zodat een kind in de toekomst succesvol met bedreigende omstandigheden kan omgaan. De interventies die hiervoor gebruikt kunnen worden, moeten zich ook weer richten op de drie eerder genoemde gebieden, persoonlijk, familiair en omgeving. Op persoonlijk gebied moet worden gedacht aan interventies gericht op het ontwikkelen van sociale vaardigheden en academische vaardigheden. Daarnaast worden buitenschoolse activiteiten als interventie genoemd. Op familiair gebied moet aandacht besteed worden aan de ouder-kind relatie, familie samenhang en de zorg binnen de familie. Tot slot moeten interventies op omgevingsgebied zich richten op het zoeken naar ondersteunende medeleerlingen en positieve invloed van leerkrachten. Daarnaast moet aandacht worden besteed aan de kansen op academisch succes en succes op andere onderdelen van het leven (Zolkoski & Bullock, 2012).

<u>De Gezonde School</u>
Uit onderzoek van Boot, de Jongh, Leurs & de Vries (2011) komt naar voren dat sinds de vertaling naar de Gezonde School vanuit de schoolSlag-werkwijze de aandacht voor planmatig schoolgezondheidsbeleid bij GGD'en in Nederland toeneemt. Het betreft een systematische aanpak om scholen op vraaggerichte wijze te kunnen ondersteunen bij structureel schoolgezondheidsbeleid. Steeds meer GGD'en begeleiden, ieder op hun eigen manier, scholen bij het vormgeven van schoolgezondheidsbeleid. Dit onderzoek heeft in kaart gebracht in welke mate GGD'en in Nederland scholen ondersteunen bij het vormgeven van structureel schoolgezondheidsbeleid en welke factoren dit proces belemmerde. Uit eerder onderzoek is bekend dat gezonde leerlingen beter presteren dan ongezonde leerlingen. Het hebben van schoolgezondheidsbeleid draagt wel degelijk bij aan de doelen van het onderwijs. Uit het onderzoek blijkt dat veel GGD'en moeite hebben met het maken van een koppeling tussen collectieve preventie en individuele leerlingenzorg. Scholen zijn verplicht een zorgstructuur op te stellen. Deze structuur kan een belangrijke ingang vormen voor schoolgezondheidsbeleid. Met de komst van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) kan, door hun centrale positie, een belangrijke rol vervuld worden bij de koppeling van collectieve preventie aan individuele leerlingenzorg. Scholen zijn niet verplicht tijd vrij te maken voor schoolgezondheidsbeleid, terwijl de GGD van zijn gemeente(n) de opdracht kan ontvangen om schoolgezondheidsbeleid in te voeren binnen het onderwijs. Hierdoor ontstaat een spanning tussen vraaggericht werken en aanbodgericht werken. De ervaringen van de GGD'en zijn wisselend. Grote tijdinvestering en beperkt draagvlak bij GGD'en en scholen worden benoemd als belangrijkste belemmerende factoren voor succesvolle implementatie van schoolgezondheidsbeleid. Kansen liggen in het verbinden van onderwijsdoelen met publieke gezondheidsdoelen. De meerderheid van de GGD'en blijkt activiteiten uit te voeren die bijdragen aan structureel schoolgezondheidsbeleid. In 2010 verscheen de handleiding Gezonde School voor ondersteuners van het basisonderwijs (Boot, de Jongh, Leurs & de Vries, 2011).

<u>Aanpak weerbaarheid via onderwijs</u>
Uit onderzoek van Brooks (2006) blijkt dat ondanks dat families uiteraard de belangrijkste zorggevers van kinderen zijn, kan weerbaarheid volgens dit onderzoek het best worden

aangepakt via scholen. De kans blijkt namelijk groot dat interventies die zich op families richten, niet de families bereiken die dit het hardst nodig hebben. Echter besteden kinderen veel tijd op school en daardoor ook veel tijd met hun leerkrachten en daarnaast is uit eerder onderzoek naar voren gekomen dat slecht onderwijs het risico op negatieve uitkomsten voor kinderen vergroot. Zichtbare betrokkenheid van scholen zorgt voor het reduceren van emotionele stress, suïcidaliteit, agressief gedrag, gebruik van sigaretten, alcohol en marihuana. Daarnaast wordt deelname aan buitenschoolse activiteiten geassocieerd met minder schoolverzuim en arrestaties.
De interventies op scholen zouden zich moeten richten op sociale vaardigheden, zorgzame relaties, het communiceren van hoge verwachtingen, het vergroten van mogelijkheden tot het deelnemen aan zinvolle activiteiten, scholen versterken in het opbouw van weerbaarheid en samenwerken met gezinnen en woongemeenschap. Hierna wordt per punt toegelicht wat het artikel hieronder verstaat en wat de reden is dat dit aandachtsgebieden moeten zijn:

- Sociale vaardigheden: trainingen op dit gebied moeten gegeven worden door iemand die zich in het dagelijks leven van een kind bevind en die de vaardigheden kan monitoren. Alleen op deze manier kan blijvend succes worden behaald.
- Zorgzame relaties: schoolpersoneel kan hier een belangrijke rol in spelen, door te letten op kinderen, naar ze te luisteren, respect voor ze te hebben, hoge verwachtingen te hebben en de sterke punten van de kinderen te erkennen.
- Communiceren van hoge verwachtingen: het hebben van hoge verwachtingen draagt bij aan het behalen van academische successen, omdat het duidelijk maakt dat het haalbaar is. Als verwachtingen naar beneden worden bijgesteld voor leerlingen die minder goed presteren, is de kans groot dat deze kinderen vertrouwen in zichzelf verliezen en geen successen meer behalen.
- Vergroten van mogelijkheden tot het deelnemen aan zinvolle activiteiten: buitenschoolse activiteiten zorgen ervoor dat leerlingen hun vaardigheden verder moeten ontwikkelen en banden opbouwen met zorgzame volwassenen. Dit heeft positieve invloed op de ontwikkeling van kinderen.
- Scholen versterken in de opbouw van weerbaarheid: personeel van scholen moet goed worden opgeleid en daarnaast ook optimaal in hun vel zitten. Leerkrachten die gestrest zijn, onvoldoende getraind zijn of niet ondersteund worden door hun leidinggevenden, kunnen geen weerbaarheid opbouwen.
- Samenwerken met gezinnen en woongemeenschap: programma's die erkennen dat families en woongemeenschappen grote invloed hebben op de mate van weerbaarheid, hebben grotere kans om te slagen. Daarom is het belangrijk dat scholen contacten onderhouden met ouders. Verder is het vinden van de goede hulp makkelijker voor ouders op het moment dat hulporganisaties zich bij scholen in (de buurt) bevinden.

Echter zijn er volgens dit onderzoek ook beperkingen aan de aanpak van weerbaarheid via scholen. Zo zullen families en woongemeenschappen echt betrokken moeten worden om ervoor te zorgen dat de interventies aanslaan. Hierbij kunnen ouders ondersteund worden in het opbouwen van gezonde relaties met hun kinderen. Dit kan al worden aangepakt voordat kinderen naar scholen gaan. Verder moeten de interventies langlopend zijn, voordat weerbaarheid echt vergroot wordt. Daarnaast kunnen niet alle negatieve omstandigheden worden aangepakt in de directe omgeving van het kind, zoals een tekort aan banen, armoede of onvoldoende geld voor scholen.
Tot slot zegt het artikelen dat maatschappelijk werkers een bijdrage zouden kunnen leveren aan het vergroten van weerbaarheid van kinderen, door bijvoorbeeld families, scholen en woongemeenschappen te scholen op het gebied van weerbaarheid (Brooks, 2006).

Meetinstrument voor weerbaarheid

Uit onderzoek van Sanders, Munford, Thimasarn-Anwar & Liebenberg (2017) komt naar voren dat Nieuw-Zeeland vaak gezien wordt als een relatief goedaardige, veilige plek om kinderen groot te brengen. Een aanzienlijk aantal kinderen wordt echter geconfronteerd met

hoge niveaus van armoede, slechte gezondheid en blootstelling aan blijvende risico's in hun families en gemeenschappen. Er zijn patronen van achterstanden in Nieuw-Zeeland die worden gekenmerkt door ongelijke verdeling van zowel risico's als veerkrachtprocessen tussen verschillende etnische/culturele groepen. Kinderarmoede is de afgelopen decennia sterk toegenomen, waardoor het onderwijs, veiligheid en de gezondheid van kinderen in het gedrang zijn gekomen. Deze kinderen worden geconfronteerd met volwassenheid en met een verminderd vermogen tot het bereiken van successen. Dit patroon van achterstand tussen generaties bestaat nu in Nieuw-Zeeland. Het is daarom dringend nodig om de middelen waarover deze kinderen beschikken te beoordelen, om de risico's die hun omstandigheden met zich meebrengen te compenseren. Dit artikel rapporteert over een onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de 28 component maatregelen voor de veerkracht van de kinderen en jongeren (CYTM-28). Vanuit eerder onderzoek heeft de ontwikkeling van veerkracht veel aandacht gekregen op theoretisch niveau, maar werd niet gevalideerd. Dit artikel documenteert het voortdurende validatieproces voor de CYRM-28, voortbouwend op het grondwerk van andere onderzoeken. Hoewel er geen systematische verschillen in scores op subschalen te vinden waren, in termen van geslacht of leeftijd van de jongeren, werden verschillen opgemerkt met betrekking tot culturele achtergronden van de jongeren. Hieruit bleek dat de etniciteit van de jongeren een grote rol speelt bij het onderscheiden van veerkrachthulpbronnen. Dit patroon kwam overeen met de bevindingen van een ander onderzoek met Atlantische-Canadese jongeren. De CYRM-28 en zijn factoren laten een goede interne betrouwbaarheid, stabiele test-her test eigenschappen en geen vloer of plafondeffecten zien. Met de CYRM-28 kunnen sociaal werkers aspecten identificeren die een positieve bijdrage leveren aan veerkracht, zoals verbindingen met culturele praktijken, en deze kennis vervolgens integreren in hun werkzaamheden. De huidige studie geeft vertrouwen in de geschiktheid van de CYRM-28 als maatstaf voor veerkracht onder kwetsbare jongeren, zowel in Nieuw-Zeeland als wereldwijd. Het voegt eraan toe dat de CYRM-28 een cultureel gevoelige maatstaf is voor veerkracht die meerdere aspecten van veerkrachtbronnen kan beoordelen. Het heeft waarde als hulpmiddel en is bijzonder geschikt voor sociale werkpraktijken, omdat het een veelzijdig beeld oplevert van de bronnen van veerkracht rond kwetsbare jongeren, die sociaal werkers kunnen gebruiken om interventies te ontwerpen die voortbouwen op sterke punten en de betreffende gebieden aanpakken (Sanders, Munford, Thimasarn-Anwar & Liebenberg, 2017).

3.4 Resultaten onderzoek GGD'en omliggende provincies

GGD Drenthe

Uit contact met de Adviseur Jeugdgezondheidszorg van de GGD Drenthe, bleek dat de jeugdverpleegkundigen per gemeente verschillend vormgeven aan de pijler weerbaarheid met betrekking tot het basisonderwijs. Een aantal jeugdverpleegkundigen zijn opgeleid om Sociale Vaardigheidstrainingen (SOVA) te geven, soms wordt dit gedaan in samenwerking met maatschappelijk werk of welzijnswerkers. Verder is er een jeugdverpleegkundige die samen met een sportschool een training heeft opgezet in het kader van weerbaarheid. Daarnaast is er een jeugdverpleegkundige geschoold om de Rots en Water training te geven samen met een maatschappelijk werker. Verder besteden de jeugdverpleegkundigen, onder andere via de SDQ-lijsten, aandacht aan weerbaarheid en sociale contacten tijdens spreekuren in groep twee en groep zeven (Jansen, persoonlijke communicatie, 8 januari 2018).

GGD Friesland

Uit contact met een sociaal verpleegkundige van de GGD Friesland bleek dat zij (nog) niet veel met het thema weerbaarheid doen op het basisonderwijs. Hierbij wordt aangegeven dat weerbaarheid een indirect onderdeel is van de vragen naar psychosociaal welbevinden die terugkomen in de SDQ lijsten. Tijdens gesprekken met kinderen, ouders en de leerkracht komt dit thema geregeld aan de orde, bijvoorbeeld in relatie met pesten of verlegenheid. Soms wordt doorverwezen naar een jeugdteam of hun eigen pedagoog. Een advies aan ouders of leerkracht kan ook zijn om het kind een sociale vaardigheidstraining of

weerbaarheidstraining te laten volgen. Dit kan extern, maar er zijn ook veel scholen die een aantal eigen leerkrachten opleiden. Daarnaast komt het voor dat gedurende een schooljaar de hele klas extra aandacht krijgt van een opgeleide leerkracht bijvoorbeeld bij veel pestproblematiek. Jeugdverpleegkundigen van de GGD Friesland hebben vaak een adviserende rol met betrekking tot weerbaarheid. Daarnaast zijn binnen de GGD Friesland een aantal jeugdverpleegkundigen die aanvullende scholing op het gebied van pesten hebben gehad. Zij kunnen door collega's geraadpleegd worden. In het verleden werden door jeugdverpleegkundigen ook ouderavonden met als onderwerp pesten en weerbaarheid aangeboden. Volgens de sociaal verpleegkundige wordt dit de laatste tijd niet meer zo vaak gegeven. Vervolgens geeft zij aan dat het thema weerbaarheid belangrijk is wanneer kinderen sociale media leren gebruiken en aan het begin van de puberteitsontwikkeling grenzen leren stellen. Tenslotte zijn er JGZ folders over weerbaarheid die soms meegegeven worden aan ouders (Winkel, persoonlijke communicatie, 21 december 2017).

Hoofdstuk 4 Discussie

In dit hoofdstuk wordt een inhoudelijke en een methodologische discussie weergegeven. In de inhoudelijke discussie worden de belangrijkste resultaten uit het onderzoek met elkaar vergeleken. De methodologische discussie is verdeeld in sterke en zwakke punten van het onderzoek. Tot slot komen de implicaties van het onderzoek aan bod.

4.1 Inhoudelijke discussie

Uit het praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat de meeste jeugdverpleegkundigen gesprekken voeren met kinderen en ouders of verzorgers waarin tips en adviezen worden gegeven. Aan ouders wordt door de meeste jeugdverpleegkundigen de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen meegegeven. Verder verwijzen de meeste jeugdverpleegkundigen kind, ouders of verzorgers en school door naar andere disciplines of organisaties. Kinderen, ouders of verzorgers en scholen worden op dezelfde manier ondersteund door de jeugdverpleegkundigen van de GGD Friesland. Om scholen te ondersteunen adviseren de meeste jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen verder over de Gezonde School, echter een aantal niet. Uit het onderzoek van Boot et al. (2011) blijkt dat het moeilijk is voor jeugdverpleegkundigen om scholen te laten werken met de Gezonde School. Verbetering hiervan moet volgens dit onderzoek worden gezocht in het verbinden van onderwijsdoelen met publieke gezondheidsdoelen. Verder geven jeugdverpleegkundigen aan handvatten te missen om scholen goed te kunnen ondersteunen. Uit het onderzoek van Brooks (2006) blijkt dat scholen echter de beste plek zijn om problemen met weerbaarheid aan te pakken, omdat daarmee alle kinderen worden bereikt. Een aantal jeugdverpleegkundigen geeft aan dat ze geen preventieve acties uitvoeren op het gebied van weerbaarheid. Daarnaast zegt een aantal deskundigheid te missen op dit gebied. Echter blijkt uit het onderzoek Zolkoski & Bullock (2012) dat vroege signalering van een risico op lage weerbaarheid ervoor kan zorgen dat problemen worden voorkomen. De meeste jeugdverpleegkundigen kunnen zichzelf niet beoordelen op het gebied van signaleren, omdat zij dit niet zelf doen. Op weerbaarheid wordt door de GGD Groningen en de GGD'en in Drenthe en Friesland gescreend met behulp van de SDQ lijsten. Uit onderzoeken van Zolkoski & Bullock (2012) en Sanders et al. (2017) blijkt dat er twee meetinstrumenten bestaan die kunnen worden gebruikt bij het signaleren van een risico op weerbaarheid. Over het ondersteunen van kinderen geven alle jeugdverpleegkundigen aan dit geleerd te hebben uit eigen ervaringen en niet uit trainingen of scholingen die door de GGD zijn aangeboden. De ondersteuning naar ouders en verzorgers toe beoordelen de meeste jeugdverpleegkundigen als goed. Verder geven de jeugdverpleegkundigen op het gebied van ondersteunen van de scholen aan handvatten te missen. De meeste jeugdverpleegkundigen geven aan graag training te krijgen op het gebied van weerbaarheid, waarbij preventie en één op één gesprekken met kinderen aan bod moeten komen. Een aantal geeft verder aan een sociale kaart te missen. Tot slot zegt een aantal jeugdverpleegkundigen dat ze een scholing misten toen zij van het nul tot vier werken naar het nul tot twaalf werken zijn gegaan.

4.2 Methodologische discussie

<u>Sterke punten</u>

Het eerste sterke punt van dit onderzoek is dat de grondvorm, kwalitatief, goed past bij de onderzoeksvraag, aangezien het zich richtte op meningen en niet op cijfers. De stappen die zijn gezet in dit onderzoek staan duidelijk beschreven in de methodologie. Daardoor is dit onderzoek reproduceerbaar, wat de betrouwbaarheid ten goed komt. Het tweede sterke punt is dat de topiclijst is opgesteld in samenspraak met de opdrachtgever en onderbouwd met literatuur. Daarnaast is het gecontroleerd op hiaten en overbodige topics door middel van het uitvoeren van proefinterviews. Hierdoor is de betrouwbaarheid en de interne validiteit van de topiclijst verhoogd. Het volgende positieve punt voor het onderzoek is dat de steekproef heeft plaats gevonden over de gehele provincie en niet specifiek in één regio. Tevens hebben jeugdverpleegkundigen door vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en

jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten deelgenomen aan het onderzoek. Verder zijn alle afgenomen interviews opgenomen met behulp van een audiorecorder. Aan de hand van deze opnames zijn de interviews getranscribeerd en met behulp van het software programma ATLAS TI geanalyseerd. Hierdoor kon geen belangrijke informatie verloren gaan in dit proces, wat een positief effect heeft op de betrouwbaarheid. De onderzoekers viel bij de interviews op dat al snel hetzelfde werd gezegd door de jeugdverpleegkundigen. De datasaturatie van het onderzoek werd bij negen interviews bereikt.

Zwakke punten

Het eerste punt dat dit onderzoek negatief beïnvloedde, was dat de opdrachtgever heeft besloten dat het werven van jeugdverpleegkundigen voor deelname aan het onderzoek plaats zou vinden via de secretaresses van de regiomanagers. Hierdoor is weinig inzicht geweest in de wijze waarop de jeugdverpleegkundigen zijn benaderd en daarmee de mate van vrijwilligheid. Een zo goed mogelijke regionale spreiding en een evenredige verdeling met betrekking tot wel/geen werkervaring met vier tot twaalf jarigen voor 2015 vormden de criteria voor deelname. Variabelen zoals bijvoorbeeld leeftijd, ervaring met de doelgroep en/of de thematiek en opleiding zijn daardoor niet meegenomen in dit onderzoek, terwijl deze wel van invloed kunnen zijn op het hebben van deskundigheid met betrekking tot de thematiek. Daarnaast is het niet gelukt om jeugdverpleegkundigen te vinden volgens de vooraf opgestelde verdeling per regio. Uiteindelijk is uit regio Noordwest slechts één jeugdverpleegkundige opgenomen in het onderzoek. Echter is in regio Noordoost een extra jeugdverpleegkundige gevonden. Verder is het, ondanks gebruik van de sneeuwbalmethode (via de deelnemende jeugdverpleegkundigen verder zoeken) naast de route via de secretaresses van de regiomanagers, niet gelukt om een tiende, geschikte, jeugdverpleegkundige te vinden, echter was het punt van datasaturatie, zoals beschreven bij de sterke punten van dit onderzoek, al vroeg bereikt. Daarnaast is door het niet vinden van een tiende jeugdverpleegkundige de verdeling in jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met kinderen van nul tot vier werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met kinderen van vier tot twaalf werkten niet zoals vooraf bedacht, namelijk vijf tegenover vijf. De verdeling is uiteindelijk vier jeugdverpleegkundigen die voorheen alleen met nul tot vier werkten en vijf jeugdverpleegkundigen die voorheen alleen met vier tot twaalf werkten geworden. Verder bestond de onderzoekspopulatie uit 120 jeugdverpleegkundigen. De steekproef bevatte negen jeugdverpleegkundigen. Hierdoor is voorzichtigheid geboden bij de generalisatie van dit onderzoek naar de hele provincie. Landelijke generalisatie is niet mogelijk, aangezien de interviews zich beperken tot de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen. In het onderzoek stond de eigen mening van de jeugdverpleegkundigen over het eigen functioneren centraal: voelen zij zich voldoende toegerust met betrekking tot weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar. Omdat het hier een eigen opvatting betreft, kan niet met zekerheid worden vastgesteld of er daadwerkelijk géén hiaat in hun kennis en vaardigheden is, aangezien de jeugdverpleegkundigen niet weten wat ze eventueel missen aan kennis en vaardigheden (onbewust onbekwaam). Verder is een zwak punt van het onderzoek dat de topiclijst niet geheel met wetenschappelijke literatuur onderbouwd is. Tot slot is het vinden van wetenschappelijke literatuur over de rol van jeugdverpleegkundigen met betrekking tot weerbaarheid niet gelukt. De mediatheek is hierbij geraadpleegd, voor ondersteuning bij het opstellen van zoektermen en gebruiken van relevante databanken. Op beide manieren werden geen artikelen gevonden over de rol van jeugdverpleegkundigen. Echter zijn wel vier wetenschappelijke artikelen gevonden waarin weerbaarheid bij kinderen aan bod komt. Dit zijn echter niet veel artikelen en daardoor heeft geen selectie op basis van methodologische kwaliteit plaatsgevonden. Dit beïnvloed de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek negatief.

4.3 Implicaties

Vanuit het Expertisegebied jeugdverpleegkundigen komt, zoals beschreven in de inleiding, naar voren dat de werkzaamheden van jeugdverpleegkundigen gericht zijn op collectieve preventie. Daarnaast is weerbaarheid een van de gezondheidsthema's die naar voren komen. Van de jeugdverpleegkundigen wordt verwacht dat zij voldoende kennis hebben over weerbaarheid, problemen op dit gebied kunnen signaleren en actie kunnen ondernemen om deze problemen op te lossen. Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan een verbetervoorstel voor deskundigheidsbevordering ten behoeve van de werkzaamheden van de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen met betrekking tot weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan aan de GGD Groningen (zie hoofdstuk 6 Aanbevelingen).

Hoofdstuk 5 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt een conclusie getrokken uit de resultaten. Hiermee worden de deelvragen en de hoofdvraag beantwoord. Verder wordt besproken of de verwachting van de opdrachtgever correct was.

5.1 Beantwoording deelvragen

1. *Hoe geven de jeugdverpleegkundigen in hun werkzaamheden, naar kind, ouders/verzorgers en school toe, naar eigen zeggen op dit moment vorm aan de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar?*

De meeste jeugdverpleegkundigen voeren gesprekken met kind, ouders of verzorgers en school. In deze gesprekken worden tips en adviezen gegeven of wordt doorverwezen naar andere disciplines of organisaties voor extra ondersteuning. De meeste jeugdverpleegkundigen geven ouders de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen mee. Aan scholen wordt vaak geadviseerd om gebruik te maken van de Gezonde School, al dan niet als preventieve maatregel. Een aantal jeugdverpleegkundigen is op de hoogte van de Gezonde School, maar past dit niet toe. De meeste jeugdverpleegkundigen zeggen verder als preventieve acties tips te geven aan ouders of scholen. Een aantal jeugdverpleegkundigen voert geen preventieve acties uit op het gebied van weerbaarheid.

2. *Is er volgens de jeugdverpleegkundigen van de GGD Groningen sprake van een hiaat in hun kennis en vaardigheden met betrekking tot het vergroten van weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar en zo ja, wat missen de jeugdverpleegkundigen aan kennis en vaardigheden?*

Met betrekking tot het uitvoeren van preventieve acties, is volgens de jeugdverpleegkundigen sprake van een hiaat. Deskundigheid op dit gebied mist volgens hen. Op het gebied van signaleren is geen sprake van een hiaat. Zij vinden dat ze dit goed kunnen of dat ze het niet doen en het dus niet hoeven te kunnen. Bij het ondersteunen van kinderen geven de meeste jeugdverpleegkundigen aan door eigen ervaring voldoende toegerust te zijn. Echter mist een deel scholing vanuit de GGD Groningen voor kennis en kunde om met kinderen in gesprek te gaan. Daarmee is op dit gebied deels sprake van een hiaat. Op het gebied van ondersteunen van ouders of verzorgers voelen de jeugdverpleegkundigen zich goed toegerust en is volgens hen geen sprake van een hiaat. Echter mist een aantal jeugdverpleegkundigen een sociale kaart voor doorverwijzen naar andere disciplines of organisaties. Voor de ondersteuning van scholen voelt een deel van de jeugdverpleegkundigen zich voldoende en een deel onvoldoende toegerust. Zij geven aan dat laagdrempelige tips ontbreken. Daarnaast hebben zij meer kennis nodig om scholen te betrekken bij het onderwerp weerbaarheid en de Gezonde School. Daarmee is op dit gebied sprake van een hiaat.

3. *Wat geven de jeugdverpleegkundigen zelf aan nodig te hebben om beter vorm te kunnen geven aan hun werkzaamheden met betrekking tot kind, ouders/verzorgers en school om de weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar te vergroten?*

De benodigdheden die het meest worden genoemd door de jeugdverpleegkundigen zijn een training op het gebied van weerbaarheid, waarbij preventie en één op één gesprekken met kinderen aan bod moeten komen, een sociale kaart, met mogelijkheden tot doorverwijzen, en een scholing op het moment dat ze van het nul tot vier werken naar het nul tot twaalf werken gaan. Behalve deze drie gemeenschappelijke wensen ten aanzien van dit topic, had iedere jeugdverpleegkundige nog wel een persoonlijke wens. Deze individuele benodigdheden die genoemd zijn, zijn te vinden in bijlage 3.

4. *Is er verschil in de manier van vormgeven aan de bevordering van weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar tussen de jeugdverpleegkundigen die eerder met kinderen van nul tot vier jaar werkten en de jeugdverpleegkundigen die eerder met kinderen van vier tot twaalf jaar werkten en zo ja, wat is het verschil?*

Met betrekking tot de acties naar kinderen en ouders/verzorgers toe is geen verschil gevonden. Naar scholen toe is weinig verschil gevonden. Hierbij geven de jeugdverpleegkundigen uit de nul tot vier groep vaker geen advies over de Gezonde School. Echter geven de jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep vaker aan helemaal geen acties uit te voeren. Op het gebied van preventieve acties is ook weinig verschil gevonden. De jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep geven iets vaker aan helemaal geen preventieve acties uit te voeren. Op de zelfbeoordeling scoren de jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep zichzelf gemiddeld hoger op de gebieden preventie, signaleren, ondersteunen ouders/verzorgers en school. Op het gebied van ondersteunen van het kind beoordelen de jeugdverpleegkundigen zich gemiddeld hetzelfde. De tabellen waarin uitgebreid staat weergegeven wat de verschillen zijn tussen de groepen zijn te vinden in bijlage 4.

5. *Hoe kunnen de jeugdverpleegkundigen volgens de literatuur een lage weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar signaleren, voorkomen en kind, ouders/verzorgers en school ondersteunen bij het vergoten van deze weerbaarheid?*

Uit onderzoek is gebleken dat twee meetinstrumenten bestaan die gebruikt kunnen worden voor het signaleren van een verhoogd risico op weerbaarheidsproblemen. Daarnaast wordt beschreven dat vroege signalering problemen met weerbaarheid kan voorkomen. Eén artikel geeft aan dat school de beste plek is om weerbaarheid aan te pakken. Hierbij moeten interventies zich richten op sociale vaardigheden, zorgzame relaties, het communiceren van hoge verwachtingen, het vergroten van mogelijkheden tot het deelnemen aan zinvolle activiteiten, scholen versterken in het opbouwen van weerbaarheid en samenwerken met gezinnen en de woongemeenschap. Een ander artikel noemt de Gezonde School methode, waarin weerbaarheid ook aan bod komt. Hierbij wordt aangegeven dat jeugdverpleegkundigen moeite hebben om scholen aan de Gezonde School methode te laten deelnemen. Verbeteringen moeten worden gezocht in het verbinden van onderwijsdoelen met publieke gezondheidsdoelen.

6. *Hoe geven de GGD'en in Drenthe en Friesland vorm aan de pijler weerbaarheid?*

Bij de GGD Drenthe blijken meer jeugdverpleegkundigen opgeleid te zijn om trainingen te geven op het gebied van weerbaarheid. Verder besteden zij aandacht aan weerbaarheid en sociale vaardigheden in spreekuren in groep twee en groep zeven (Jansen, persoonlijke communicatie, 8 januari 2018). In Friesland wordt op dezelfde manier vormgegeven aan weerbaarheid als in Groningen (Winkel, persoonlijke communicatie, 21 december 2017). Hieruit blijkt dat de verwachting van de opdrachtgever, dat omliggende provincies meer vorm gegeven hebben aan weerbaarheid in de werkzaamheden van de jeugdverpleegkundigen, niet helemaal klopt. GGD Drenthe leidt meer jeugdverpleegkundigen op om trainingen te kunnen geven op het gebied van weerbaarheid. De overige werkzaamheden komen overeen.

5.2 Beantwoording hoofdvraag

In hoeverre voelen de jeugdverpleegkundigen zich toegerust om kind, ouders/verzorgers en school te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar?

Het gemiddelde cijfer dat voorkomt uit de cijfers van de jeugdverpleegkundigen is op elk gebied een voldoende. Echter wordt afzonderlijk acht keer een onvoldoende gegeven. Hieruit blijkt dat niet alle jeugdverpleegkundigen zich goed toegerust voelen om kind, ouders/verzorgers en school te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar.

5.3 Verwachting opdrachtgever

De verwachting van de opdrachtgever dat er sprake is van een hiaat in de kennis en vaardigheden met betrekking tot weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar, klopt deels. Op de gebieden preventieve acties, ondersteunen van kind en ondersteunen van scholen is volgens de jeugdverpleegkundigen sprake van een hiaat. Bij het signaleren en ondersteunen van ouders en verzorgers is volgens hen geen sprake van een hiaat. Verder is de verwachting correct dat dit hiaat vooral speelt bij de jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met kinderen van nul tot vier jaar werkten. Zij voelen zich over het algemeen minder toegerust op het gebied van weerbaarheid dan de jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met kinderen van vier tot twaalf jaar werkten.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gegeven aan de GGD Groningen. Deze aanbevelingen zijn genummerd op basis van prioriteit.

Aanbeveling 1 Toetsing en scholing
Deze aanbeveling wordt door de onderzoekers als belangrijkste aanbeveling gezien. Zonder genoeg kennis en vaardigheden op het gebied van weerbaarheid, kunnen problemen met weerbaarheid niet aangepakt worden. Bij dit onderzoek ging het om de mening van de jeugdverpleegkundigen, of zij zich voldoende toegerust voelen op het gebied van weerbaarheid. Echter is hiermee niet zeker of zij ook voldoende toegerust zijn (onbewust onbekwaam). Daarnaast is door de jeugdverpleegkundige scholing vanuit de GGD Groningen genoemd als grootste gemis. Hierbij gaat het om de volgende leerbehoeften: scholing op het gebied van één op één gesprekken met kinderen aangaan; kennis over weerbaarheid in het algemeen; en scholing op het moment dat overgestapt wordt van werken met nul tot vier naar werken met nul tot twaalf (kennis over de doelgroep vier tot twaalf jaar). Hierbij is het advies om een meerdaagse cursus te geven, zodat meer diepgang plaats kan vinden. In deze cursus zou kunnen worden gestart en geëindigd met een toets, om de groei in kennis inzichtelijk te maken. Hiervoor is het nodig dat gekeken gaat worden of de scholing verplicht moet zijn, wat de doelstellingen van de scholing zijn, wie de scholing gaat geven, hoe vaak de scholing plaats moet vinden en of herhaling noodzakelijk is.

Aanbeveling 2 Signaleren en Preventie
De jeugdverpleegkundigen geven aan weerbaarheid zelf niet te signaleren. Echter bestaan twee meetinstrumenten die het risico op weerbaarheidsproblemen signaleren. Het advies is om te onderzoeken of deze meetinstrumenten kunnen worden gebruikt binnen de GGD Groningen. Dit is echter een te grote taak voor de GGD Groningen. Er zou gekeken kunnen worden of het NCJ hier een rol in kan spelen. Daarnaast staat de GGD voor preventie, echter worden weinig preventieve maatregelen genomen op het gebied van weerbaarheid. Het advies is daarom onderzoek te doen naar mogelijke preventieve maatregelen met betrekking tot weerbaarheid, zodat die kennis vertaald kan worden naar werkzaamheden die de jeugdverpleegkundigen op dit gebied kunnen uitvoeren. Hierbij kan gedacht worden aan voorlichting en ondersteuning aan gezinnen in risicovolle omstandigheden.

Aanbeveling 3 Sociale Kaart
Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de jeugdverpleegkundigen een overzicht missen van de doorverwijsmogelijkheden in de provincie. Daarom is het advies om een sociale kaart op te stellen met betrekking tot weerbaarheid. Hierbij is het nodig dat GGD Groningen iemand aanwijst die alle voorzieningen in de gehele provincie, met betrekking tot weerbaarheid, in kaart brengt. Deze sociale kaart moet bijgewerkt worden bij veranderingen. Daarnaast zal de sociale kaart gepromoot moeten worden onder de jeugdverpleegkundigen, zodat ze allen weten dat de kaart bestaat en er gebruik van kunnen maken.

Aanbeveling 4 Samenwerking omliggende provincies
Uit het onderzoek is gebleken dat omliggende provincies niet veel duidelijker hebben vormgegeven aan de pijler weerbaarheid in de werkzaamheden met betrekking tot kinderen van vier tot twaalf jaar. Daarom is het advies om onderzoek te doen of omliggende provincies willen samenwerken in het opstellen van een beleid met betrekking tot weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar. Hierbij is het noodzakelijk dat wordt bepaald met welke provincie(s) de GGD Groningen zou willen samenwerken. Dan zou(den) die provincie(s) benaderd kunnen worden. Als omliggende provincies willen samenwerken kunnen gezamenlijke doelen worden opgesteld.

Literatuurlijst

Bakker-Camu, B. & Kuppevelt, M. van (2014). *Expertisegebied jeugdverpleegkundige*. Geraadpleegd op 10 oktober 2017, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2014%20Documenten/20140411%20Expertise%20jeugdverpleegkundige.pdf

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Boot, N.M.W.M., Jongh, de, D.M., Leurs, M.T.W., & Vries, de, N.K. (2011). Gezonde School als methode voor GGD'en bij de invoering van schoolgezondheidsbeleid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen., volume 89* (4), p 222-228.

Brooks, J.E.(2006). Strengthening Resilience in Children and Youths: Maximizing Opportunities through the Schools. *Children and Schools, 28*(2), 69-76.

Cox, K., Louw, D., de., Verhoef, J. & Kuiper, C., (2012). *Evidence-based practise voor verpleegkundigen. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Boom Lemma.

Dassen, Th.W.N., Keuning, F.M., Jansen, G.J. & Jansen, W.S. (2015*). Lezen en beoordelen van onderzoek publicaties*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

Dijkstra, A. (2012). Verwijswijzer. *Onderzoeksrapportage en bronvermelding volgens de APA-richtlijnen*. Groningen: uitgeverij Antharis.

Duijnhoven, M. van (2016). *Factsheet Weerbaarheid*. Geraadpleegd op 26 september 2017, van https://www.ggdbzo.nl/ggdkompas/Documents/Infographic%20weerbaarheid.pdf

Gezonde School (n.d). *Wat is Gezonde School?* Geraadpleegd op 17 oktober 2017 van, https://www.gezondeschool.nl/primair-onderwijs/wat-is-gezonde-school

GGD Groningen (2013). *Weerbaarheid, informatie voor ouders.* Informatie- en opvoedingsfolders. Geraadpleegd op 21 september 2017, van https://ggd.groningen.nl/jeugd-opvoeding/informatie-en-opvoedings-folders/weerbaarheid

Hanzehogeschool (2015a). *Wat is onderzoek?* Geraadpleegd op 17 oktober 2017 van, https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/kenniscentra/kenniscentrum-kunst-en-samenleving/lectoraten/lectoraten/lifelong-learning-in-music/kennisbank/kennisbank-muziekprofessionals/online-research-coach/online-research-coach/online-research-coach/1-onderzoek

Hanzehogeschool (2015b). *Informatielogboek* [Word-document]. Groningen: Hanzehogeschool.

Hanzehogeschool (2015c). *Beoordelingsformulier t.b.v. de methodologische beoordeling van een wetenschappelijk artikel* [Word-document]. Groningen: Hanzehogeschool.

Hanzehogeschool (2015d). *Schema voor de redactionele beoordeling van een artikel* [Word-document]. Groningen: Hanzehogeschool.

Kamphuis, H.C.M. (2017). *Kwalitatief onderzoek* [PowerPoint hoorcollege]. Groningen: Hanzehogeschool.

Moore, B., & Woodcock, S. (2016). Resilience to bullying: towards an alternative to the anti-bullying approach. *Educational Psychology in practice, 33*(1), 65-80.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2017). *Maatschappelijke impact met de JGZ Preventieagenda*. Geraadpleegd op 26 september 2017, van https://www.ncj.nl/actueel/nieuws/artikel/?item=1163

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2017). *Organisatie*. Geraadpleegd op 2 oktober 2017, van https://www.ncj.nl/over-ncj/organisatie/

Nederlands Jeugdinstituut. (2016). *Pesten: slachtoffers.* Geraadpleegd op 26 september 2017, van https://www.nji.nl/Pesten-slachtoffers

Plochg, T., Juttmann, R.E., Klazinga, N.S. & Mackenbach, J.P. (2007). Handboek gezondheidszorgonderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sanders, J., Munford, R., Thimasarn-Anwar, T., & Liebenberg, L. (2017). Validation of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) on a Sample of At-Risk New Zealand Youth. Research on Social Work Practice., volume 27 (7), p 8227-840.

Schulz, A., Becker, M., Auwera, S. van der, Barnow, S., Appel, K., Mahler, J., Schmidt, C.O., John, U., Freyberger, H.J., Grabe, H.J. (2014). The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *Journal of Psychosomatic Research, 77*, 97-103.

Stewart, D., Sun, J., Patterson, C., Lemerle, K. & Hardie, M. (2004). Promoting and building resilience in primary school communities: Evidence from a comprehensive 'health promoting school' approach. *International Journal of Mental Health Promotion, 6*(3), 26–33.

Van Dale (2017). *Betekenis 'hiaat'*. Geraadpleegd op 11 oktober 2017, van http://hanze.vandale.nl.proxy.hanze.nl/zoeken/zoeken.do

Van Dale (2017). *Betekenis 'kennis*. Geraadpleegd op 3 november 2017, van http://hanze.vandale.nl.proxy.hanze.nl/zoeken/zoeken.do

Van Dale (2017). *Betekenis 'ouder'*. Geraadpleegd op 11 oktober 2017, van http://hanze.vandale.nl.proxy.hanze.nl/zoeken/zoeken.do#

Van Dale (2017). *Betekenis 'toegerust*. Geraadpleegd op 3 november 2017, van http://hanze.vandale.nl.proxy.hanze.nl/zoeken/zoeken.do

Van Dale (2017). *Betekenis 'vaardigheden*. Geraadpleegd op 3 november 2017, van http://hanze.vandale.nl.proxy.hanze.nl/zoeken/zoeken.do

Van Dale (2017). *Betekenis 'verzorger'*. Geraadpleegd op 11 oktober 2017, van http://hanze.vandale.nl.proxy.hanze.nl/zoeken/zoeken.do#

Van Dale (2017). *Betekenis 'weerbaar'.* Geraadpleegd op 27 september 2017, van http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=weerbaar&lang=nn

Van Dale (2017). *Betekenis 'weerbaar'.* Geraadpleegd op 27 september 2017, van http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=weerbaar&lang=nn

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2017). *Organisatie jeugdgezondheid*. Geraadpleegd op 26 september 2017, van https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/organisatie-jeugdgezondheid

Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Zolkoski, S.M. & Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review, 34*, 2295-2303. doi:10.1016/j.childyouth.2012.08.009

Bijlage 1 Interviewvragen

Topics	Bijbehorende vragen en opmerkingen
Weerbaarheid bij kinderen	- Wat is weerbaarheid volgens u? - Onze definitie van weerbaarheid en kinderen. *Jezelf kunnen verdedigen, opkomen voor anderen, eigen mening kunnen geven, eigen grenzen kunnen aangeven, zelf oplossingen kunnen zoeken en hulp kunnen vragen wanneer dat niet lukt.* *Kinderen van 4 tot 12 jaar.* - Overeenkomst tussen definities?
Vóórkomen en manieren van weerbaarheid	- Komt u vaak tegen dat kinderen van vier tot twaalf jaar een lage weerbaarheid hebben? - Zo ja, hoe signaleert u dit? - In welke vormen komt u een lage weerbaarheid tegen? - Komen de kinderen bij u terecht, speciaal vanwege de lage weerbaarheid, of komt het vaak naar voren terwijl ze er om een andere reden zijn? Hoe komen deze kinderen binnen? (Via school screening binnen of via een andere weg?) - Zou u zelf zeggen dat er sprake is van een probleem, dat er veel kinderen zijn met een lage weerbaarheid?
Acties naar kind, ouders/verzorgers en school	- Welke acties onderneemt u/interventies zet u in richting het kind om de weerbaarheid van het kind te vergroten? (bekend met weerbaarheidstrainingen en zelfverdedigingscursussen?) - Welke acties onderneemt u/interventies zet u in om ouders te ondersteunen de weerbaarheid van het kind te vergroten? (bekend met folder weerbaarheid?) - Welke acties onderneemt u/interventies zet u in richting de school om de weerbaarheid van het kind te vergroten? (bekend met *Gezonde School*?) - Welke preventieve acties onderneemt u/interventies zet u in om te zorgen dat weerbaarheid geen probleem wordt? (aansluiten bij *Gezonde School*)
Mening voldoende toegerust in kennis en vaardigheden	- Op een schaal van 1 tot 10, hoe toegerust voelt u zich om preventieve acties te ondernemen om problemen op het gebied van weerbaarheid te voorkómen, waarbij 1 helemaal niet toegerust is en 10 helemaal toegerust. (evt. wat maakt dat het niet meer is?) - Op een schaal van 1 tot 10, hoe toegerust voelt u zich met om problemen op het gebied van weerbaarheid te signaleren? (evt. wat maakt dat het niet meer is?) - Op een schaal van 1 tot 10, hoe toegerust voelt u zich om kinderen te ondersteunen bij het vergroten van de weerbaarheid? (evt. wat maakt dat het niet meer is?) - Op een schaal van 1 tot 10, hoe toegerust voelt u zich om ouders/verzorgers te ondersteunen bij het vergroten van de weerbaarheid van het kind? (evt. wat maakt dat het niet meer is?) - Op een schaal van 1 tot 10, hoe toegerust voelt u zich om scholen te ondersteunen bij het vergroten van de weerbaarheid van het kind? (evt. wat maakt dat het niet meer is?)
Benodigdheden	- Zijn er zaken die u nodig hebt of graag zou willen krijgen om u nog beter bekwaam te voelen/verder te kunnen ontwikkelen met betrekking tot het voorkómen, signaleren en vergroten van weerbaarheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar?
	- Zijn we nog wat vergeten te vragen?

Bijlage 2 Methodologische en redactionele beoordeling artikelen

Artikel 1: Resilience in children and youth: A review
Zolkoski & Bullock (2012).

	Systematic review (meta-analyse)/narratieve literatuurstudie
	A. Interne Validiteit
1.	**Welk vraagstuk wordt onderzocht?** De definitie van weerbaarheid, oorsprong en recente ontwikkelingen in onderzoek naar weerbaarheid, beschermende factoren, modellen van weerbaarheid, problemen bij het onderzoeken van weerbaarheid, meten van weerbaarheid en weerbaarheidsinterventies.
2.	**In hoeverre is de vraagstelling precies omschreven en expliciet aanwezig in de review?** Niet expliciet als vraag omschreven. Omschreven staat waar het artikel zich op richt.
3.	**Is een uitgebreide zoektocht naar literatuur ondernomen in alle relevante databases?** Staat niet beschreven, er is wel veel verschillende literatuur gebruikt.
4.	**Hebben de auteurs ook in andere belangrijke bronnen gezocht?** Staat niet beschreven.
5.	**Welke in- en exclusie criteria zijn gebruikt?** Staan niet duidelijk beschreven.
6.	**Heeft een beoordeling van de methodologische kwaliteit van de verschillende onderzoeken plaatsgevonden en is het bewijs meegewogen?** Niet opgenomen in het artikel.
	B. Belang van de resultaten
7.	**Wat zijn de belangrijkste resultaten?** - Definitie weerbaarheid: weerbaarheid verwijst naar het bereiken van een positieve uitkomst ondanks uitdagende of bedreigende omstandigheden. - Weerbare kinderen met leerproblemen kunnen controle hebben over hun leven, hulp vragen, doelen stellen, willen graag slagen en hebben een groot doorzettingsvermogen. - Weerbare kinderen kunnen succes ervaringen herkennen, hun sterke punten herkennen, hebben een groot doorzettingsvermogen. - Een persoon die in het kind gelooft, draagt bij aan weerbaarheid. - Intelligentie, connecties, coping strategieën, gezondheid, geslacht en interne motivatie dragen bij aan weerbaarheid en zijn daarbij beschermende factoren op persoonlijk gebied. - Gevoelige, meelevende, ondersteunende, liefhebbende ouders zorgen voor een stimulerende omgeving en is daarmee een beschermende factor op familiegebied. - Een beschermende factor op het gebied van de omgeving is voornamelijk het hebben van een rolmodel, zoals docent, coaches, goede buren. - De Devereux Early Childhood Assessment (DECA) is ontwikkeld om vast te kunnen stellen of een kind ontwikkeld genoeg is op het gebied van initiatief, zelf-controle en hechting. Een kind loopt het risico op een lage weerbaarheid als deze gebieden laag gescoord worden. De Devereux Early Childhood Assessment Clinical Form (DECA-C) is een uitbreiding van de DECA en is bedoeld om te gebruiken als doel niveau en om een interventie plan te ontwikkelen op basis van de individuele behoeften van een kind. - Vroege vaststelling van een risico op het ontwikkelen van een lage weerbaarheid, zorgt ervoor dat interventies kunnen worden ingezet op school en thuis om beschermende factoren te ontwikkelen zodat een kind in de toekomst succesvol met bedreigende omstandigheden kan omgaan. - Interventies op persoonlijk gebied richten zich onder andere op: sociale vaardigheden, academische vaardigheden, buitenschoolse activiteiten. - Interventies op familiair gebied richten zich onder andere op: ouder-kind relatie, familie samenhang, zorg binnen de familie. - Interventies op omgevingsgebied richten zich onder andere op: ondersteunende

	Systematic review (meta-analyse)/narratieve literatuurstudie
	medeleerlingen, positieve invloed van leerkracht, kansen voor succes, academisch succes.
8.	**Welke betrouwbaarheids-coëfficiënt is gehanteerd bij de interne consistentie?** Niet opgenomen in het artikel.
9.	**Welke betrouwbaarheids-coëfficiënt is gehanteerd bij de interbeoordelaars-overeenstemming?** Niet opgenomen in het artikel.
10.	**Wat tonen de uitkomstmaten precies aan?** Niet van toepassing.
11.	**Zijn de resultaten betrouwbaar? Zo ja, waarom?** Uitkomsten zijn letterlijk overgenomen uit andere onderzoeken. Niet haalbaar om alle gebruikte onderzoeken te beoordelen op betrouwbaarheid.
12.	**Zijn de uitkomsten op een logische wijze geïnterpreteerd?** Ze zijn niet echt geïnterpreteerd, meer samengevat.
13.	**Zijn de uitkomsten in een bredere context geplaatst, waardoor de uitkomsten betekenis krijgen voor de praktijk?** De uitkomsten hadden al betekenis voor de praktijk. Nu samengevat.
	C. Klinische relevantie van de resultaten
14.	**Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.** Er is geen sprake van een onderzoeksgroep of locatie, aangezien het artikel alleen is gebaseerd op andere artikelen.
15.	**Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.** In ieder geval kunnen de interventies worden gebruikt om te kijken of de jeugdverpleegkundigen op dit moment goede interventies inzetten en of zij op de hoogte zijn van de mogelijke interventies.
	D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten
16.	**Zijn de uitkomsten van het onderzoek generaliseerbaar naar mensen die niet met het onderzoek hebben meegedaan? Leg uit waarom** De generaliseerbaarheid van het onderzoek is niet besproken in het artikel. Echter zijn in het onderzoek veel verschillende soorten kinderen en ouders meegenomen. In ieder geval delen van het onderzoek zijn hierdoor generaliseerbaar naar de groep kinderen van ons onderzoek.
17.	**Komt de doelgroep overeen met die van jouw doelgroep?** In ieder geval deels. Het richt zich op kinderen in het algemeen, daar valt onze doelgroep onder. Het richt zich echter niet op wat een jeugdverpleegkundigen zou kunnen betekenen in het geheel.
18.	**Komt de onderzoekslocatie overeen met jouw doellocatie?** Niet echt. Dit onderzoek richt zich op kinderen overal. Ons onderzoek richt zich echter alleen op wat jeugdverpleegkundigen zouden kunnen betekenen.
19.	**Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?** Zeker een deel van bijvoorbeeld de interventies zouden kunnen worden gebruikt, zoals de interventies om de familiaire constructie te verbeteren. De jeugdverpleegkundigen zouden hier adviezen over kunnen geven of kunnen doorverwijzen naar relevante instanties/personen.
	E. Conclusie
20.	**Geeft de conclusie van het onderzoek antwoord op de onderzoeksvraag?** Niet echt, aangezien er geen duidelijke onderzoeksvraag is. De conclusie is nog weer een kortere samenvatting.
21.	**Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?**

	Systematic review (meta-analyse)/narratieve literatuurstudie
	Zie belangrijkste resultaten. Bij dit onderzoek wordt dit als hetzelfde gezien.
	F. Discussie
22.	**Worden de resultaten vergeleken met ander onderzoek? Licht je antwoord toe** De resultaten zijn uit ander onderzoek. Er is dus geen sprake van een vergelijking.
23.	**Worden de resultaten in relatie gebracht met het theoretisch kader?** Niet van toepassing.
24.	**Worden de methodologische beperkingen van het onderzoek besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?** Worden niet besproken.

Beoordelingscriterium	**Beoordeling**
Om wat voor publicatie gaat het?	Een artikel uit een tijdschrift.
Is de publicatie compleet?	Nee. Er wordt meteen gestart met het noemen van ander onderzoek. Het hele onderzoeksproces naar de andere onderzoeken wordt niet beschreven. Onderzoeksmethode en discussie ontbreken. Inleiding is niet volledig.
Is voldoende helder geschreven?	Ja, geen niet-uitgelegde afkortingen. Geen aparte uitdrukkingen.
Is rekening gehouden met de doelgroep?	Er wordt vanuit gegaan dat de lezer al op de hoogte is van weerbaarheid.
Is de samenvatting compleet?	De samenvatting is indicatief. Het onderwerp wordt benoemd. Methode van aanpak niet, echter wel dat het onderzoek naar literatuur kijkt tot 1950. Bevindingen worden niet genoemd. Conclusies worden niet genoemd.
Opbouw van de inleiding	Aanleiding wordt niet duidelijk genoemd. Hele inleiding is gebaseerd op uitspraken in eerder onderzoek. Probleemstelling niet duidelijk aanwezig. Opbouw van de publicatie wordt besproken.
Is het onderzoeksprobleem beschreven?	Er wordt besproken waar de publicatie zich op richt.
Is de onderzoeksmethode beschreven?	Onderzoeksmethode wordt nauwelijks beschreven. Alleen genoemd dat de publicatie zich richt op onderzoek van 1950 tot nu.
Hoe zijn de bevindingen weergegeven?	Bevindingen voornamelijk weergegeven in tekst. Er is 1 tabel opgenomen in de publicatie.
Hoe ver gaat de discussie?	Geen discussie aanwezig.
Is de conclusie volledig en correct?	Conclusie is onvolledig. Geeft geen duidelijke ‘antwoorden’ op wat in de inleiding wordt genoemd als aandachtspunten.
Is de literatuurverwijzing correct?	Ja.
Wat is de status van de literatuur?	Voornamelijk tijdschriftartikelen als literatuur.
Is de methode van literatuurstudie beschreven?	Methode van literatuurstudie is niet beschreven.

Artikel 2: Gezonde School als methode voor GGD'en bij de invoering van schoolgezondheidsbeleid
Boot, de Jongh, Leurs & de Vries (2011).

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)
	B. Interne Validiteit
1.	**Hoe zijn de gegevens verzameld (interviews, focusgroepdiscussie, observaties, inhoudsanalyse)?** De gegevens zijn verzameld door middel van een vragenlijst en in de vorm van diepte interviews.
2.	**Wat is de onderzoekspopulatie?** Het onderzoek is in 2008 uitgevoerd onder de contactpersonen Gezonde School van de 30 GGD'en die Nederland op dat moment rijk was.
3.	**Hoe is de steekproef tot stand gekomen? (soort, selectiecriteria, omvang, homo/heterogeen, respons percentage (uitvallers?)** In het artikel is gebruikt gemaakt door middel van een doelgerichte steekproef. Er is nagevraagd welke medewerkers binnen de GGD het meest betrokken is bij schoolgezondheidsbeleid. Alle GGD'en (n=30) in Nederland hebben een vragenlijst ontvangen met het verzoek deze in te vullen en te retourneren. De vragenlijst voor het kwantitatieve onderzoek is toegestuurd aan 30 GGD'en. Het artikel heeft niks beschreven over in- en exclusie criteria en over homo- en of heterogeniteit. Met 26 ingevulde vragenlijsten bedroeg de respons 87%. In totaal hebben zes diepte-interviews plaats gevonden bij medewerkers van GGD'en die scholen ondersteunen bij het vormgeven van schoolgezondheidsbeleid. De GGD'en zijn geselecteerd op basis van de resultaten van het vragenlijstonderzoek.
4.	**Speelt interbeoordelaarsbetrouw-baarheid een rol? Waarom?** De diepte interviews zijn afgenomen door twee medewerkers van landelijke thema-instituten en een medewerker van CGL.
5.	**Is sprake van bias en waarom?** In het onderzoek heeft geen randomisatie van de steekproef geplaats gevonden. Zowel voor het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek is specifiek naar de ervaren medewerkers (GGD'en) gevraagd met betrekking tot het gezondheidsbeleid. Hierbij is de selectiebias minder sterk. Wel wordt de interne validiteit verhoogd door het gebruik van de statistische technieken.
6.	**Welke methoden zijn gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek en de resultaten te bevorderen? (triangulatie, member checking, peerreview)?** In het artikel is sprake van triangulatie, omdat er vanuit meerdere hoeken iets onderzocht werd dit door middel van een enquête en diepte interviews. Dit verbetert de betrouwbaarheid van het onderzoek.
7.	**Welke ethische aspecten zijn beschreven (informed-consent, privacy, anonimiteit)?** In het artikel staan geen ethische aspecten beschreven die zijn toegepast op het onderzoek. De deelnemers werden alleen geïnformeerd met betrekking tot het onderzoek.
	B. Belang van de resultaten
8.	**Wat zijn de belangrijkste resultaten?** De ervaringen van de GGD'en zijn wisselend. Grote tijdinvestering en beperkt draagvlak bij GGD'en en scholen worden benoemd als belangrijkste belemmerende factoren voor succesvolle implementatie van schoolgezondheidsbeleid. Kansen liggen in het verbinden van onderwijsdoelen met publieke gezondheidsdoelen.
9.	**Hoe heeft de data-analyse plaats gevonden?** De statistische analyses zijn uitgevoerd met het programma SPSS 17.0. De transcripten van de interviews zijn geanalyseerd met behulp van het programma Nvivo 8 waarbij op basis van bevindingen uit eerder onderzoek de hoofdcodes aan tekstdelen werden gekoppeld.
10.	**Is datasaturatie (een verzadigingspunt) bereikt?**

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)
	Dit wordt niet specifiek in het artikel benoemd. In totaal hebben zes diepte-interviews plaats gevonden bij medewerkers van GGD'en die scholen ondersteunen bij het vormgeven van schoolgezondheidsbeleid. De GGD'en zijn geselecteerd op basis van de resultaten van het vragenlijstonderzoek.
11.	**Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen?** Dit wordt duidelijk in het artikel beschreven.
12.	**Wat is de *verplaatsbaarheid* van de resultaten adhv overdraagbaarheid, thick description en/of purposive sampling?** Er is sprake van een Purposive sampling. De medewerkers/respondenten van de GGD'en zijn bewust geselecteerd op basis van het voornamelijk werkzaam zijn als gezondheidsbevorderaar met een speciale focus op versterking van gezondheid van kinderen via de setting onderwijs. Specifiek kan gesproken worden over een doelgerichte steekproef.
13.	**Wat is de plausibilieit van de resultaten adhv de begrippen contextualiteit, peer review en/of triangulatie?** In het artikel is sprake van triangulatie, omdat er vanuit meerdere hoeken iets onderzocht werd dit door middel van een enquête en diepte interviews. Dit geeft de geldigheid van de resultaten aan
14.	**Wat is de verifieerbaarheid van de resultaten is adhv quotes, veldnotities, peer review en/of member checking?** De interviews zijn gehouden met professionals die deel hadden genomen aan het vragenlijstonderzoek. De interviews zijn afgenomen door twee medewerkers van landelijke thema-instituten en een medewerker van CGL. Hierdoor is sprake van member checking.
	C. Klinische relevantie van de resultaten
15.	**Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.** In de periode 2002-2005 is met ZonMw-financiering - in Zuid-Limburg de schoolSlag-werkwijze ontwikkeld. GGD Zuid-Limburg en NIGZ hebben deze werkwijze landelijk geïntroduceerd als de Gezonde School. Het betreft een systematische aanpak om scholen op vraaggerichte wijze te kunnen ondersteunen bij structureel schoolgezondheidsbeleid. Het onderzoek is in 2008 uitgevoerd onder de contactpersonen Gezonde School van de 30 GGD'en die Nederland op dat moment rijk was.
16.	**Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.** Het praktijkonderzoek richtte zich op de jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn bij de GGD in de provincie Groningen. Met dit praktijkonderzoek werd inzicht verkregen in hoeverre de jeugdverpleegkundigen zich toegerust voelen om kind, ouders/verzorgers en school te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar. Een van de onderwerpen tijdens de interview afname was het benoemen van de gezonde school. De onderzoeksresultaten van het artikel kan meegenomen worden tijdens het praktijkonderzoek.
	D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten
17.	**Zijn de uitkomsten van het onderzoek generaliseerbaar naar mensen die niet met het onderzoek hebben meegedaan? Leg uit waarom** Nee, tijdens het onderzoek is specifiek gezocht naar de ervaringen van medewerkers van de GGD'en die het meest betrokken zijn bij schoolgezondheidsbeleid. Hierbij zijn de resultaten gericht op de ervaren medewerkers. Voor een vervolgonderzoek is het interessant om ook GGD-medewerkers die niet werken aan schoolgezondheidsbeleid te ondervragen, aangevuld met professionals van regionale partners en - wellicht nog belangrijker - contactpersonen aan de zijde van scholen. Dit geeft inzicht in de overwegingen van GGD'en om wel of niet met schoolgezondheidsbeleid te werken en hoe hun partners in preventie- en onderwijsland dit ervaren.

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)
18.	**Komt de doelgroep overeen met die van jouw doelgroep?** De doelgroep komt overeen met het praktijkonderzoek die uitgevoerd is. Het artikel heeft zich namelijk gericht op basis- en voorgezet onderwijs. Het praktijkonderzoek wat is uitgevoerd richt zich op de leeftijd van 4 tot 12 jaar en komt dus overeen met de leeftijd van de basisschool.
19.	**Komt de onderzoek locatie overeen met jouw doellocatie?** Het onderzoek is gestart in Zuid-Limburg. 30 GGD'en verspreid over heel Nederland deden mee tijdens het onderzoek. Het praktijkonderzoek richt zich in de provincie Groningen. Het niet duidelijk of Groningen een van de 30 GGD'en waren die deelnamen, dit staat namelijk niet beschreven in het artikel.
20.	**Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?** Ja, tijdens het praktijkonderzoek is ingegaan op de volgende vragen: Welke acties onderneemt u/interventies zet u in richting de school om de weerbaarheid van het kind te vergroten? (bekend met *Gezonde School*?) Welke preventieve acties onderneemt u/interventies zet u in om te zorgen dat weerbaarheid geen probleem wordt? (aansluiten bij *Gezonde School*) De uitkomsten van het artikel geven onderbouwing van het praktijkonderzoek.
	E. Conclusie
21.	**Geeft de conclusie van het onderzoek antwoord op de onderzoeksvraag?** In het artikel wordt geen alinea beschreven over de conclusie. In de discussie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.
22.	**Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?** Geconcludeerd kan worden dat het merendeel van de GGD'en scholen in hun regio ondersteunen bij het vormgeven van schoolgezondheidsbeleid. Hierbij ervaren zij een aantal bevorderende en belemmerende factoren.
	F. Discussie
23.	**Worden de resultaten vergeleken met ander onderzoek? Licht je antwoord toe** De resultaten worden vergeleken met eerder onderzoek. Uit eerder onderzoek is bekend dat gezonde leerlingen beter presteren dan ongezonde leerlingen (2006-2010). Het hebben van schoolgezondheidsbeleid draagt dus wel degelijk bij aan de doelen van het onderwijs.
24.	**Worden de resultaten in relatie gebracht met het theoretisch kader?** In de discussie worden de conclusies in relatie gebracht met een theoretisch kader.
25.	**Worden de methodologische beperkingen van het onderzoek besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?** Voor dit onderzoek zijn de diepte-interviews enkel afgenomen bij GGD'en die werken aan schoolgezondheidsbeleid. Bij het onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen basis- en voortgezet onderwijs. Er wordt veronderstelt dat, doordat de werkzaamheden van de GGD vooral procesgericht zijn, de verschillen in belemmerende en bevorderende factoren bij ondersteuning van BO en VO minimaal zullen zijn.

Beoordelingscriterium	Beoordeling
Om wat voor publicatie gaat het?	Het artikel komt uit het tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, die door Springer Link is vrijgegeven. Het artikel is uitgegeven door Bohn Stafleu van Loghum.

Is de publicatie compleet?	Het artikel is voorzien van de volgende elementen: samenvatting, inleiding, verantwoording van het onderzoek, doelstelling, twee onderzoeksvragen, onderzoeksmethode, bevindingen (verduidelijkt door middel van een tabel), discussie, afsluitend wordt een Engelse abstract geschreven volgend met een literatuurlijst. In het artikel mist de alinea conclusie(s).
Is voldoende helder geschreven?	In het artikel wordt éénmalig gebruikt gemaakt van kwantificering (percentages). Er wordt veelvuldig gebruikt gemaakt van verschillende voorzetseluitdrukkingen. Het artikel gebruikt weinig tot geen afkortingen.
Is rekening gehouden met de doelgroep?	Er wordt begrijpelijk woordgebruik gebruikt. Vaktermen worden uitgelegd in de tekst.
Is de samenvatting compleet?	De samenvatting kan als compleet worden beschouwd. De samenvatting is informatief van aard waarin het onderwerp, methode van onderzoek, bevindingen en de belangrijkste conclusies naar voren komen.
Opbouw van de inleiding	Het artikel betreft een inleidend hoofdstuk. Er wordt een theoretische onderbouwing gegeven om tot de doelstelling te komen. De opbouw van de publicatie wordt niet verteld. De inleiding wordt afgesloten met twee onderzoeksvragen die centraal staan binnen het onderzoek.
Is het onderzoeksprobleem beschreven?	Sinds de ontwikkeling van de schoolSlag-werkwijze in 2002 en de landelijke 'vertaling' naar de Gezonde School neemt de aandacht voor planmatig schoolgezondheidsbeleid bij GGD'en in Nederland toe. Mede om deze ontwikkeling beter te stroomlijnen heeft het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) samen met partners de mate waarin GGD'en in Nederland scholen ondersteunen bij het vormgeven van structureel schoolgezondheidsbeleid in kaart gebracht. Dit onderzoek beschrijft welke activiteiten GGD'en in 2008 uitvoerden ter ondersteuning van scholen bij het vormgeven van schoolgezondheidsbeleid en welke belemmerende en bevorderende factoren ze binnen dit proces ondervonden.
Is de onderzoeksmethode beschreven?	Het onderzoek betreft een mixed method. Er is zowel een kwantitatief (vragenlijst) als kwalitatief (diepte interviews) onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek is in 2008 uitgevoerd onder de contactpersonen Gezonde School van de 30 GGD'en die Nederland op dat moment had. Deze contactpersonen zijn voornamelijk werkzaam als gezondheidsbevorderaar met een speciale focus op versterking van gezondheid van kinderen via de setting onderwijs
Hoe zijn de bevindingen weergegeven?	De resultaten van de vragenlijst wordt gecombineerd met tekst en een tabel. De tekst onderbouwd de tabel. De tabel is duidelijk beschreven. Er worden geen percentages benoemd. De resultaten van de diepte interviews worden alleen uitgewerkt door middel van tekst.
Hoe ver gaat de discussie?	In de discussie worden de conclusie(s) en aanbevelingen meegenomen. Zowel sterke punten en minder sterke punten van het onderzoek worden benoemd. In de discussie wordt verschillende literatuur toegepast om de uitkomst van het onderzoek te onderbouwen.
Is de conclusie volledig en correct?	De alinea conclusie ontbreekt in het artikel. Bij de alinea van de discussie wordt antwoordt gegeven op de probleemstelling. De conclusie is gebaseerd op de bevindingen en is beknopt geformuleerd.
Is de literatuurverwijzing correct?	De literatuurverwijzing heeft zich gehouden aan de criteria literatuurverwijzing. De bronnen staan niet op alfabetische volgorde.
Wat is de status van	Er voornamelijk gebruik gemaakt van secundaire wetenschappelijke

de literatuur?	tijdschriften en boeken. De artikelen waren terug te vinden bij Pubmed, Google Scholar & CrossRef. Alle artikelen zijn terug te vinden er is dus geen sprake van het grijze circuit. De recentste bron is vanuit het jaar 2010.
Is de methode van literatuurstudie beschreven?	In het artikel is niet beschreven hoe de onderzoekers aan hun literatuur zijn gekomen.

Artikel 3: Strengthening Resilience in Children and Youths: Maximizing Opportunities through the Schools
Brooks (2006).

	Systematic review (meta-analyse)/narratieve literatuurstudie
	A. Interne Validiteit
1.	**Welk vraagstuk wordt onderzocht?** Een richtlijn wordt gegeven voor het minimaliseren van risico op een lage weerbaarheid en het promoten van positieve uitkomsten. Het artikel richt zich hierbij op weerbaarheid opbouwende verrichtingen op scholen.
2.	**In hoeverre is de vraagstelling precies omschreven en expliciet aanwezig in de review?** Niet expliciet als vraag omschreven. Omschreven staat waar het artikel zich op richt.
3.	**Is een uitgebreide zoektocht naar literatuur ondernomen in alle relevante databases?** Staat niet beschreven, er is wel veel verschillende literatuur gebruikt.
4.	**Hebben de auteurs ook in andere belangrijke bronnen gezocht?** Staat niet beschreven.
5.	**Welke in- en exclusie criteria zijn gebruikt?** Staan niet beschreven.
6.	**Heeft een beoordeling van de methodologische kwaliteit van de verschillende onderzoeken plaatsgevonden en is het bewijs meegewogen?** Staat niet beschreven.
	B. Belang van de resultaten
7.	**Wat zijn de belangrijkste resultaten?** - Ondanks dat familie de belangrijkste zorggever van een kind is, kan het weerbaarheid het best worden aangepakt via de scholen. Kinderen besteden veel tijd op school en met de leerkrachten. Daarnaast is er een grote kans dat als interventies zich richten op gezinnen, dat ze dan niet de gezinnen bereiken die het het hardst nodig hebben. Verder is het logisch om de interventies via scholen in te zetten, omdat uit onderzoek naar voren is gekomen dat slechte kwaliteit onderwijs/school het risico op negatieve uitkomsten vergroot. - Zichtbare betrokkenheid van scholen zorgt voor het reduceren van emotionele stress, suïcidaliteit, agressief gedrag, gebruik van sigaretten, alcohol en marihuana. Daarnaast wordt deelname aan buitenschoolse activiteiten geassocieerd met minder schoolverzuim en arrestaties. - Interventies op scholen moeten zich richten op sociale vaardigheden, zorgzame relaties, het communiceren van hoge verwachtingen, het vergroten van mogelijkheden tot het deelnemen aan zinvolle activiteiten, scholen versterken in het opbouw van weerbaarheid en samenwerken met gezinnen en woongemeenschap. o Sociale vaardigheden: trainingen op dit gebied moeten gegeven worden door iemand die zich in het dagelijks leven van een kind bevind en die de vaardigheden kan monitoren. Alleen op deze manier kan blijven succes worden behaald. o Zorgzame relaties: schoolpersoneel kan hier een belangrijke rol in spelen, door te letten op kinderen, te luisteren naar ze, respect voor ze te hebben, hoge

	Systematic review (meta-analyse)/narratieve literatuurstudie
	verwachtingen te hebben en de sterke punten van de kinderen te erkennen. o Communiceren van hoge verwachtingen: het hebben van hoge verwachtingen draagt bij aan het behalen van academische successen, omdat het duidelijk maakt dat het haalbaar is. Als verwachtingen naar beneden worden bijgesteld voor leerlingen die minder goed presteren, is de kans groot dat deze kinderen vertrouwen in zichzelf verliezen en geen successen meer behalen. o Vergroten van mogelijkheden tot het deelnemen aan zinvolle activiteiten: buitenschoolse activiteiten zorgen ervoor dat leerlingen hun vaardigheden verder moeten ontwikkelen en banden opbouwen met zorgzame volwassenen. Dit heeft positieve invloed op de ontwikkeling van kinderen. o Scholen versterken in de opbouw van weerbaarheid: personeel van scholen moet goed worden opgeleid en daarnaast ook optimaal in hun vel zitten. Leerkrachten die gestrest zijn, onvoldoende getraind zijn of niet ondersteund worden door hun leidinggevenden, kunnen geen weerbaarheid opbouwen. o Samenwerken met gezinnen en woongemeenschap: programma's die erkennen dat families en woongemeenschappen grote invloed hebben op de mate van weerbaarheid, hebben grotere kans om te slagen. Daarom is het belangrijk dat scholen contacten onderhouden met ouders. Verder is het vinden van de goede hulp makkelijker voor ouders op het moment dat hulporganisaties zich bij scholen in (de buurt) bevinden. - Beperkingen aan interventies vanuit scholen: familie en woongemeenschappen moeten betrokken worden om ervoor te zorgen dat interventies aanslaan. Daarnaast moeten het langlopende interventies zijn, aangezien korte interventies geen effect hebben op weerbaarheid. Families moeten worden ondersteund in het opbouwen van gezonde relaties met kinderen. Dit kan al plaatsvinden voordat kinderen naar school gaan. Tot slot kunnen niet alle negatieve omstandigheden worden aangepakt in de directe omgeving van het kind, zoals een tekort aan banen, armoede of onvoldoende geld voor scholen. - Maatschappelijk werk kan bijdragen aan het vergroten van weerbaarheid van kinderen. Zij kunnen families, scholen en woongemeenschappen scholen op het gebied van weerbaarheid.
	Welke betrouwbaarheids-coëfficiënt is gehanteerd bij de interne consistentie? Niet opgenomen in het artikel.
8.	**Welke betrouwbaarheids-coëfficiënt is gehanteerd bij de interbeoordelaars-overeenstemming?** Niet opgenomen in het artikel.
9.	**Wat tonen de uitkomstmaten precies aan?** Niet van toepassing.
10.	**Zijn de resultaten betrouwbaar? Zo ja, waarom?** Uitkomsten zijn letterlijk overgenomen uit andere onderzoeken. Niet haalbaar om alle gebruikte onderzoeken te beoordelen op betrouwbaarheid.
11.	**Zijn de uitkomsten op een logische wijze geïnterpreteerd?** Ze zijn niet echt geïnterpreteerd, meer samengevat.
12.	**Zijn de uitkomsten in een bredere context geplaatst, waardoor de uitkomsten betekenis krijgen voor de praktijk?** De uitkomsten hadden al betekenis voor de praktijk. Nu samengevat.
	C. Klinische relevantie van de resultaten
13.	**Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.** Er is geen sprake van een onderzoeksgroep of locatie, aangezien het artikel alleen is gebaseerd op andere artikelen.
14.	**Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.**

	Systematic review (meta-analyse)/narratieve literatuurstudie
	In ieder geval kunnen de interventies worden gebruikt om te kijken of de jeugdverpleegkundigen op dit moment het beste uit de scholen halen om kinderen op te laten groeien met een gezonde weerbaarheid. Daarnaast kunnen mogelijk ideeën uit het artikel gehaald worden voor verbetering van de samenwerking tussen scholen en jeugdverpleegkundigen van de GGD.
	D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten
15.	**Zijn de uitkomsten van het onderzoek generaliseerbaar naar mensen die niet met het onderzoek hebben meegedaan? Leg uit waarom** De generaliseerbaarheid van het onderzoek is niet besproken in het artikel. Echter is het gebaseerd op veel verschillende artikelen, waardoor een brede onderzoeksgroep is ontstaan. Verder richt het zich alleen op scholen. De generaliseerbaarheid naar scholen binnen de Verenigde Staten zal best goed zijn, echter zijn er verschillen met het schoolsysteem in Nederland, waardoor niet alles zo maar overgenomen kan worden.
16.	**Komt de doelgroep overeen met die van jouw doelgroep?** Het artikel is gericht op wat scholen kunnen doen om weerbaarheid te vergroten. Scholen zijn niet onze doelgroep, echter valt het ondersteunen van scholen wel onder de werkzaamheden van de jeugdverpleegkundigen, waardoor het wel bij ons onderzoek past.
17.	**Komt de onderzoekslocatie overeen met jouw doellocatie?** Nee, wij hebben geen onderzoek gedaan op scholen. Echter valt het ondersteunen van scholen wel onder de werkzaamheden van de jeugdverpleegkundigen, waardoor het wel bij ons onderzoek past.
18.	**Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?** Zeker een deel van bijvoorbeeld de interventies zouden kunnen worden gebruikt. De jeugdverpleegkundigen zouden de scholen kunnen adviseren over weerbaarheid.
	E. Conclusie
19.	**Geeft de conclusie van het onderzoek antwoord op de onderzoeksvraag?** Niet echt, aangezien er geen duidelijke onderzoeksvraag is. De conclusie is nog weer een kortere samenvatting.
20.	**Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?** Zie belangrijkste resultaten. Bij dit onderzoek wordt dit als hetzelfde gezien.
	F. Discussie
21.	**Worden de resultaten vergeleken met ander onderzoek? Licht je antwoord toe** De resultaten zijn uit ander onderzoek. Er is dus geen sprake van een vergelijking.
22.	**Worden de resultaten in relatie gebracht met het theoretisch kader?** Niet van toepassing.
23.	**Worden de methodologische beperkingen van het onderzoek besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?** Worden niet besproken.

Beoordelingscriterium	Beoordeling
Om wat voor publicatie gaat het?	Een artikel uit een tijdschrift.
Is de publicatie compleet?	Nee. Er wordt meteen gestart met het noemen van ander onderzoek. Het hele onderzoeksproces naar de andere onderzoeken wordt niet beschreven. Onderzoeksmethode en discussie ontbreken. Inleiding is niet volledig.
Is voldoende helder geschreven?	Ja, geen niet-uitgelegde afkortingen. Geen aparte uitdrukkingen.
Is rekening gehouden met de doelgroep?	Weerbaarheid wordt duidelijk uitgelegd en ook de link met de scholen wordt toegelicht.
Is de samenvatting compleet?	De samenvatting is indicatief. Het onderwerp wordt benoemd. Methode van aanpak niet. Bevindingen worden kort genoemd. Conclusies worden niet genoemd.
Opbouw van de inleiding	Aanleiding wordt genoemd. Probleemstelling niet duidelijk aanwezig.
Is het onderzoeksprobleem beschreven?	Er wordt besproken waar de publicatie zich op richt.
Is de onderzoeksmethode beschreven?	Onderzoeksmethode wordt niet beschreven.
Hoe zijn de bevindingen weergegeven?	Bevindingen voornamelijk weergegeven in tekst.
Hoe ver gaat de discussie?	Geen discussie aanwezig.
Is de conclusie volledig en correct?	Conclusie is onvolledig. Geeft geen duidelijke 'antwoorden' op wat in de inleiding wordt genoemd als aandachtspunten.
Is de literatuurverwijzing correct?	Ja.
Wat is de status van de literatuur?	Voornamelijk tijdschriftartikelen als literatuur.
Is de methode van literatuurstudie beschreven?	Methode van literatuurstudie is niet beschreven.

Artikel 4: Validation of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) on a Sample of At-Risk New Zealand Youth
Sanders, Munford, Thimasarn-Anwar & Liebenberg (2017).

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)
	B. Interne Validiteit
1.	**Hoe zijn de gegevens verzameld (interviews, focusgroepdiscussie, observaties, inhoudsanalyse)?** De gegevens zijn verzameld door middel van verschillende analyses, observaties en door interviews.
2.	**Wat is de onderzoekspopulatie?** De populatie betreft risico adolescenten in de leeftijd van 12 tot 17 jaar die tussen 2009 en 2010 werden geworven in het onderzoeksprogramma Nieuw-Zeelandse jeugdtransities. Het artikel is gebaseerd op gegevens van 1366 jongeren.
3.	**Hoe is de steekproef tot stand gekomen? (soort, selectiecriteria, omvang, homo/heterogeen, respons percentage (uitvallers?)** Het onderzoek werd vóór aanvang door de University Ethical Review Board van de auteurs goedgekeurd. De validatie van de CYRM-28 richt zich op de antwoorden van een studiegroep/subgroep van 593 jongeren. Voor vergelijkingsdoeleinden werd een extra groep geselecteerd uit de grotere dataset bestaande uit 593 (vergelijkingsgroep) jongeren die

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)
	werden vergeleken met de onderzoeksgroep op basis van leeftijd (15 jaar en jonger en 16 jaar en ouder), geslacht (mannelijk= 58,7% en vrouwelijk) en etniciteit. Het hogere percentage mannen is te wijten aan de opname van jeugdrechtspraak als een van de diensten die met de studiegroep werken. Jeugdrechtsdiensten hebben een onevenredig hoge vertegenwoordiging van mannen. Het bemonsteringsschema specifieerde minimaal 480 deelnemers, omdat dit zou leiden tot een minimum van 120 jongeren in elk van de vier servicesystemen (jeugdrechtspraak, kinderwelzijn, onderwijs naast reguliere klassikale programmering en mentale gezondheid). De populatie bleef bij 593 deelnemers om te zorgen voor een adequate geografische spreiding van jongeren over landelijke en stedelijke gemeenschappen. Jongeren werden met opzet in de studiegroep uit vier locaties in Nieuw-Zeeland geselecteerd op basis van het risico om niet af te studeren of omdat ze klanten waren van een of meer van de belangrijkste servicesystemen die werken met jongeren met een hoog risico in Nieuw-Zeeland. Enkele exclusies werden meegenomen tijdens het onderzoek: uitsluiting van school, achtergehouden worden, zelfuitsluiting en niet op school kunnen observeren voor omstandigheden buiten hun macht.
4.	**Speelt interbeoordelaarsbetrouw-baarheid een rol? Waarom?** De interviews werden ingevuld door getrainde interviewers. De jongeren konden de vragenlijst vertrouwelijk invullen en hadden toegang tot de opgeleide onderzoekers die hun vragen konden beantwoorden en waar nodig assistentie konden krijgen.
5.	**Is sprake van bias en waarom?** De selectiebias van het onderzoek is sterk. In het onderzoek heeft randomisatie van de steekproef plaatsgevonden. De interne validiteit wordt verhoogd door het gebruik van meerdere statische technieken.
6.	**Welke methoden zijn gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek en de resultaten te bevorderen? (triangulatie, member checking, peerreview)?** In het artikel is sprake van triangulatie, omdat er vanuit meerdere hoeken iets onderzocht werd, dit door middel van analyses, observaties en interviews. De databank van het gevonden artikel geeft aan dat het artikel peer reviewed is. Dit verbetert de betrouwbaarheid van het onderzoek.
7.	**Welke ethische aspecten zijn beschreven (informed-consent, privacy, anonimiteit)?** Ethiekprotocollen zorgden ervoor dat onderzoeksprocessen en maatregelen cultureel passend, gevoelig en respectvol waren, dat de jongeren goed geïnformeerd waren over de studie en hun eigen schriftelijke toestemming gaven om deel te nemen. Alleen jongeren die hierin mee instemden werden opgenomen in het onderzoek. De jongeren kregen een cadeaubon na het voltooien van het onderzoek.
	B. Belang van de resultaten
8.	**Wat zijn de belangrijkste resultaten?** Betrouwbaarheidsanalyses toonden aan dat de vier subschalen intern consistent en stabiel waren in de tijd en dat er geen vloer of plafondeffecten werden gevonden. Hoewel er geen systematische verschillen in scores op de vier subschalen te vinden waren in termen van geslacht of leeftijd van de jongeren, werden verschillen opgemerkt met betrekking tot culturele achtergronden van de jongeren. Dit stelde voor dat etniciteit van de jongeren een grotere rol spelen bij het onderscheiden van veerkrachthulpbronnen. Dit patroon kwam overeen met de bevindingen van een ander onderzoek. De CYRM-28 en zijn factoren laten een goede interne betrouwbaarheid, stabiele test-her test eigenschappen en geen vloer of plafondeffecten zien. De maat toonde ook een goede constructvaliditeit.
9.	**Hoe heeft de data-analyse plaats gevonden?** Voorafgaand aan analyses werd een ontbrekende data-analyse uitgevoerd, 1.68% van de gegevens ontbraken willekeurig. Ontbrekende gegevens werden vervangen met behulp van maximale ‘likelihood schatting’. Verschillende analyses hebben plaatsgevonden: verkennend factoranalyse, confirmatieve factor analyse, Cronbach, t-testen, correlaties en multivariate analyse. Tevens werden SPSS en AMOS voor Windows gebruikt om sommige analyses te

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)
	kunnen uitvoeren.
10.	**Is datasaturatie (een verzadigingspunt) bereikt?** Dit wordt niet specifiek in het artikel benoemd. De gehele populatie werd geïnterviewd over een langere periode.
11.	**Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen?** Dit wordt duidelijk in het artikel beschreven.
12.	**Wat is de *verplaatsbaarheid* van de resultaten adhv overdraagbaarheid, thick description en/of purposive sampling?** Er is sprake van een thick description. Het onderzoek is in voldoende detail beschreven en hiermee kan bekeken worden of de bevindingen ook op andere tijdens, situaties en mensen toepasbaar zijn. Er is geen sprake van een purposive sampling er is geen sprake van een doelgerichte steekproef.
13.	**Wat is de plausibilieit van de resultaten adhv de begrippen contextualiteit, peer review en/of triangulatie?** In het artikel is sprake van triangulatie, omdat er vanuit meerdere hoeken iets onderzocht werd dit door middel van analyses, observaties en interviews. Dit geeft de geldigheid van de resultaten aan.
14.	**Wat is de verifieerbaarheid van de resultaten is adhv quotes, veldnotities, peer review en/of member checking?** De databank van het gevonden artikel geeft aan dat het artikel peer reviewed is. De interviews zijn gehouden met getrainde interviewers. De opgeleide onderzoekers konden vragen beantwoorden en assistentie geven waar nodig was. Hierdoor is sprake van member checking.
	C. Klinische relevantie van de resultaten
15.	**Beschrijf de klinische relevantie van de resultaten voor de onderzoeksgroep en locatie van het onderzoek.** Kinderarmoede is de afgelopen decennia sterk toegenomen, waardoor de gezondheid, het onderwijs, veiligheid en de gezondheid van kinderen in het gedrang zijn gekomen. Van deze kinderen kan worden verwacht dat zij worden geconfronteerd met volwassenheid, met een verminderde capaciteit tot het bereiken van hun mogelijkheden en met een verhoogd risico van het overbrengen van de nadelen op hun eigen kinderen. In het jaar 2009 en 2010 werden jongeren geworven voor het onderzoeksprogramma Nieuw-Zeelandse jeugdtransities. Dit artikel rapporteert over een onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de 28 component maatregelen voor de veerkracht van de kinderen en jongeren (CYRM-28). De CYRM-28 en zijn factoren laten een goede interne betrouwbaarheid, stabiele test-her test eigenschappen en geen vloer of plafondeffecten zien. De maat toonde ook een goede constructvaliditeit.
16.	**Beschrijf de klinische relevantie van de onderzoeksresultaten voor jouw doelgroep en de locatie in de praktijk.** Het praktijkonderzoek richtte zich op de jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn bij de GGD in de provincie Groningen/Nederland. Met dit praktijkonderzoek werd inzicht verkregen in hoeverre de jeugdverpleegkundigen zich toegerust voelen om kind, ouders/verzorgers en school te ondersteunen met betrekking tot het vergroten van de weerbaarheid van kinderen van vier tot twaalf jaar. De onderzoeksresultaten van het artikel kunnen meegenomen worden tijdens het praktijkonderzoek.
	D. Externe validiteit: Toepasbaarheid van de resultaten
17.	**Zijn de uitkomsten van het onderzoek generaliseerbaar naar mensen die niet met het onderzoek hebben meegedaan? Leg uit waarom** Ja, tijdens het onderzoek hebben random (risico) adolescenten in de leeftijd van 12 tot 17 jaar deelgenomen voor onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de 28 component maatregelen voor de veerkracht van de jongeren. De uitkomsten zijn

	Kwalitatief onderzoek (mixed-method)
	generaliseerbaar. De werknemers die de CYRM-28 gaan gebruiken moeten alleen wel de kennis hebben om dit te kunnen toepassen.
18.	**Komt de doelgroep overeen met die van jouw doelgroep?** De doelgroep komt niet overeen met het praktijkonderzoek die uitgevoerd is. Het artikel heeft zich namelijk gericht op risico kinderen van 12 tot 17 jaar. Het praktijkonderzoek wat is uitgevoerd richt zich op de leeftijd van 4 tot 12 jaar en komt dus niet overeen.
19.	**Komt de onderzoek locatie overeen met jouw doellocatie?** Nee. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in Nieuw-Zeeland op een school uitgevoerd door sociale medewerkers. Het praktijkonderzoek richt zich in Nederland, provincie Groningen. Het praktijkonderzoek wordt uitgevoerd binnen de GGD Groningen voor jeugdverpleegkundigen.
20.	**Zijn de resultaten haalbaar in de praktijksituatie? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?** Ja dit zou eventueel wel kunnen. Ten eerste komt de doelgroep voor het praktijkonderzoek niet overeen maar kan dit in eerste instantie toegepast worden op de jeugdigen en een later moment kan beoordeeld worden of dit ook binnen de leeftijdscategorie 4 tot 12 jaar past. Op dit moment bestaat de SDQ lijsten voor onder andere het signaleren van weerbaarheid, de CYRM-28 die ook dient voor de ethische achtergronden moet een toegevoegde waarde zijn om te implementeren bij de jeugdverpleegkundigen van de GGD'en. Tijdens het afnemen van de interviews in het praktijkonderzoek wordt gevraagd naar preventieve acties, signaleren, acties kind, acties ouders/verzorgers en acties school, naar de zelfbeoordeling hiervan en of er onderdelen zijn wat verbetert kan worden. Hierin kan bekeken worden of er behoefte is aan een ander meetinstrument.
	E. Conclusie
21.	**Geeft de conclusie van het onderzoek antwoord op de onderzoeksvraag?** In het artikel wordt geen alinea beschreven over de conclusie. In de discussie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.
22.	**Wat zijn de belangrijkste conclusies van dit onderzoek?** De CYRM-28 vertoont een goede algehele validiteit voor deze groep Nieuw-Zeelandse jongeren. Onderzoekers en sociaal werkers kunnen enige vertrouwen hebben in het nut ervan, als een maatstaf die kan worden gebruikt om de veerkracht bij jongeren met verschillende etnische achtergronden.
	F. Discussie
23.	**Worden de resultaten vergeleken met ander onderzoek? Licht je antwoord toe** De resultaten worden vergeleken met eerder onderzoek. Dit artikel documenteert het voortdurende validatieproces voor de CYRM-28, voortbouwend op het grondwerk van eerdere onderzoeken.
24.	**Worden de resultaten in relatie gebracht met het theoretisch kader?** In de discussie worden de conclusies in relatie gebracht met een theoretisch kader.
25.	**Worden de methodologische beperkingen van het onderzoek besproken en zo ja, wat zijn de belangrijkste?** Voor het onderzoek wordt genoodzaakt om de middelen verspreid over alle vier de domeinen van dichtbij te onderzoeken, omdat de verschillenden soorten contextuele hulpbronnen kunnen compenseren voor het verminderde capaciteit bij zorgverleners of scheuren in de ondersteunende processen binnen families.

(Hanzehogeschool, 2015c)

Beoordelingscriterium	Beoordeling
Om wat voor publicatie gaat het?	Het artikel komt uit het tijdschrift voor Research on Social Work Practice: SAGE Journals. Het artikel wordt door de databank (CINAHL) die de Hanzehogeschool aanbied vrijgegeven.

Is de publicatie compleet?	Het artikel is voorzien van de volgende elementen: abstract, introductie, de hypothese van het onderzoek, onderzoeksmethode, resultaten (verduidelijkt door middel van tabellen en een figuur), discussie met een applicatie tot oefenen en tot slot de literatuurlijst. In het artikel mist de alinea conclusie(s).
Is voldoende helder geschreven?	In het artikel wordt gebruikt gemaakt van kwantificering (percentages). Er wordt veelvuldig gebruikt gemaakt van verschillende voorzetseluitdrukkingen. Het artikel gebruikt geen afkortingen.
Is rekening gehouden met de doelgroep?	Er wordt begrijpelijk woordgebruik gebruikt. Vaktermen worden uitgelegd in de tekst.
Is de samenvatting compleet?	De samenvatting is grotendeels compleet alleen de conclusie ontbreekt, dit onderdeel is toegevoegd in de resultaten en de discussie. Het doel van het onderzoek wordt kort toegelicht en de methode van onderzoek is beschreven.
Opbouw van de inleiding	Het artikel begint met een lange introductie. Hierin wordt geschreven over een theoretisch kader en eerdere onderzoeken. De aanleiding tot dit onderzoek wordt uitgelegd en door middel van zes hypotheses wordt de inleiding afgerond.
Is het onderzoeksprobleem beschreven?	Kinderarmoede is de afgelopen decennia sterk toegenomen, waardoor de gezondheid, het onderwijs, veiligheid en de gezondheid van kinderen in het gedrang zijn gekomen. Van deze kinderen kan worden verwacht dat zij worden geconfronteerd met volwassenheid, met een verminderde capaciteit tot het bereiken van hun mogelijkheden en met een verhoogd risico van het overbrengen van de nadelen op hun eigen kinderen. Dit patroon van achterstand tussen generaties is nu gevestigd in Nieuw-Zeeland en is het dringend nodig om de middelen waarover deze kinderen beschikken, te beoordelen om de risico's die hun omstandigheden met zich meebrengen te compenseren. Dit artikel rapporteert over een onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de 28 component maatregelen voor de veerkracht van de kinderen en jongeren (CYTM-28).
Is de onderzoeksmethode beschreven?	Het is een gemengd onderzoek waarbij meerdere analyses worden uitgevoerd: verkennend factoranalyse, confirmatieve factor analyse, Cronbach, t-testen, correlaties en multivariate analyse. De analyses zijn toegepast op 593 interviews met risico adolescenten (12-17 jaar).
Hoe zijn de bevindingen weergegeven?	De bevindingen zijn weergeven doormiddel van uitgeschreven teksten met daarbij ook percentages, die onderbouwd zijn met tabellen en een grafiek.
Hoe ver gaat de discussie?	In de discussie wordt de conclusie en aanbevelingen meegenomen. Zowel sterke punten en minder sterke punten van het onderzoek worden benoemd. In de discussie wordt verschillende literatuur toegepast om de uitkomst van het onderzoek te onderbouwen.
Is de conclusie volledig en correct?	De alinea conclusie ontbreekt in het artikel. Bij de alinea resultaten wordt antwoord gegeven op de hypotheses. Bij de discussie wordt de probleemstelling beantwoord.
Is de literatuurverwijzing correct?	De literatuurverwijzing heeft zich gehouden aan de criteria literatuurverwijzing.
Wat is de status van de literatuur?	Er voornamelijk gebruik gemaakt van secundaire wetenschappelijke tijdschriften en boeken. De artikelen waren terug te vinden bij verschillende databanken. Door de hoeveelheid literatuur is niet alles uitgezocht om de grijze circuit te kunnen uitsluiten. De onderzoekers

	hebben veel bronnen geraadpleegd waarvan er ook bronnen tussen zitten die al minstens ouder zijn dan 20 jaar.
Is de methode van literatuurstudie beschreven?	In het artikel is niet beschreven hoe de onderzoekers aan hun literatuur zijn gekomen. Wel wordt beschreven dat er eerder onderzoek gedaan is naar het onderwerp. Meerdere literatuur werd gebruikt om het onderzoek te onderbouwen.

(Hanzehogeschool, 2015d)

Bijlage 3 Uitgebreide resultaten

Weerbaarheid bij kinderen

Jeugdverpleegkundigen vanuit nul tot vier jaar

- Definitie weerbaarheid jeugdverpleegkundigen:
  - Alle jeugdverpleegkundigen noemen onderdelen die in de definitie van het onderzoek staan.
- Verschil met eigen definitie:
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt dat snel agressief reageren/worden ook behoort tot een lage weerbaarheid.

Jeugdverpleegkundigen vanuit vier tot twaalf

- Definitie weerbaarheid jeugdverpleegkundigen:
  - Alle jeugdverpleegkundigen noemen onderdelen die in de definitie van het onderzoek staan.
- Verschil met eigen definitie:
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt dat kinderen die geen respect hebben voor de grenzen van anderen (zoals bijvoorbeeld een pester) ook behoren tot kinderen met een lage weerbaarheid. Deze verpleegkundige spreekt liever over ongezonde weerbaarheid in plaats van over lage weerbaarheid. *"Ik praat liever over gezonde weerbaarheid in zijn algeheel. Van is een kind gezond weerbaar, komt een kind op een goede manier voor zichzelf op met respect voor grenzen van een ander. En een pester die komt wel goed voor zichzelf op maar niet, die houd geen, heeft geen respect voor de grenzen van een ander. En een kind met een lage, die niet voor zichzelf opkomt, ja dat vind ik ook niet gezond."* (Jeugdverpleegkundige 1).
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt dat snel agressief worden behoort tot een lage weerbaarheid.

Voorkomen en manieren van weerbaarheid

Jeugdverpleegkundigen vanuit nul tot vier jaar

- Prevalentie:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan het tegen te komen.
  - Eén jeugdverpleegkundige zegt het vaak tegen te komen en geeft aan dat het bij steeds jongere kinderen een probleem is.
  - Eén jeugdverpleegkundige zegt het heel veel tegen te komen.
  - Eén jeugdverpleegkundige zegt het niet zo vaak tegen te komen, maar vindt het ook moeilijk te beoordelen. Ze geeft aan dat het veel verschilt per gebied en per school.
- Vormen van weerbaarheid:
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt te zien dat een kind moeilijk nee kan zeggen, dat het kind het lastig vindt om op te komen voor anderen en dat het pest.
  - Twee jeugdverpleegkundigen noemen te zien dat een kind niet goed voor zichzelf durft op te komen.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat ouders en school het benoemen als: we zien dat het kind ondersneeuwt.
- Signaleren:
  - Vier jeugdverpleegkundigen noemen de screeningen met SDQ-lijst in groep twee en zeven.
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt dat een kind wel eens bij haar komt en dat het probleem dan nog onduidelijk is en zij signaleert dat het om een probleem met de weerbaarheid gaat.
- Terechtkomen bij jeugdverpleegkundigen:
  - Vier jeugdverpleegkundigen geven aan dat kinderen bij hen terechtkomen doordat er vanuit de screening een probleem naar voren komt. Daarnaast verwijst school door of nemen ouders zelf contact op. Dat het om weerbaarheid gaat is dan al gesignaleerd.

- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat een kind soms bij haar komt voor een ander probleem en dat weerbaarheidsproblemen dan onderliggend aanwezig blijken te zijn. Eén jeugdverpleegkundige noemt dat kinderen bij haar terechtkomen via de zorgroute van het CJG.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat als ouders met jongere broertjes of zusjes op het consultatiebureau komen er ook wel eens gesproken wordt over het oudere broertje of zusje.

- Probleem met weerbaarheid:
  - Drie jeugdverpleegkundigen geven aan dat er een probleem is en dat er meer wordt verwacht van de kinderen door de maatschappij, onder ander door social media.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat ouders hierin een rol spelen door hun manier van opvoeden met betrekking tot zelfstandigheid.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan niet te kunnen zeggen vanuit haar gebied of er echt sprake is van een probleem, maar zegt dat als kinderen het idee hebben dat er veel van ze geëist wordt, dit een probleem kan worden.

Jeugdverpleegkundigen vanuit vier tot twaalf

- Prevalentie:
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven aan het regelmatig tegen te komen.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan het niet zo veel tegen te komen bij vier tot zes jarigen, maar het wel vanaf groep zeven vaak te zien.
  - Twee jeugdverpleegkundigen zeggen het vaak tegen te komen.
- Vormen van weerbaarheid:
  - Twee jeugdverpleegkundigen noemen te zien dat een kind niet goed voor zichzelf op kan komen en niet sociaal genoeg is volgens ouders.
  - Eén jeugdverpleegkundige zegt vaak te zien dat kinderen niet sociaal vaardig genoeg zijn en niet weten wat de grenzen zijn. Bij jongens geeft ze aan regelmatig agressie te zien.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan te zien dat een kind pest.
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt te zien dat een kind niet assertief of vlot genoeg zijn.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan te zien dat een kind teruggetrokken is.
- Signaleren:
  - Vijf jeugdverpleegkundigen noemen de screeningen met SDQ-lijst in groep twee en zeven.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat ze vindt dat deze screening niet helemaal waterdicht is.
- Terechtkomen bij jeugdverpleegkundigen:
  - Vijf jeugdverpleegkundigen geven aan dat kinderen bij hen terechtkomen doordat er vanuit de screening een probleem naar voren komt. Daarnaast verwijst school door of nemen ouders zelf contact op. Dat het om weerbaarheid gaat is dan al gesignaleerd.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat kinderen soms zelf aangeven een gesprek met haar te willen.
- Probleem met weerbaarheid:
  - Vijf jeugdverpleegkundigen geven aan dat er een probleem is.
  - Vier jeugdverpleegkundigen noemen dat er meer wordt verwacht van de kinderen door de maatschappij, onder ander door social media.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat ouders hierin een rol spelen door hun manier van opvoeden.
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven aan dat het probleem niet groter is dan vroeger.
  - Eén jeugdverpleegkundige vraagt zich af of weerbaarheid probleem nummer één is bij kinderen.

Acties naar kind, ouders/verzorgers en school

Jeugdverpleegkundigen vanuit nul tot vier jaar

- Acties naar kind:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan één op één gesprekken te voeren met kinderen om uit te zoeken hoe groot het probleem is en eventueel wat tips en complimenten te geven. Als het diep geworteld zit, stuurt ze door naar een training of naar Lentis.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan in te schatten hoe groot het probleem is en eventueel door te verwijzen naar een weerbaarheidstraining. Afhankelijk van of het probleem zich ook op school voordoet vraagt ze het regionaal expertise team of zij er wat op kunnen inzetten. Zij voert eigenlijk nooit één op één gesprekken met kinderen.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan zelf in gesprek te gaan met het kind als het probleem nog niet zo groot is. Zij onderzoekt dan waar het kind moeite mee heeft en doet wat oefeningen met het kind, zoals nee zeggen. Als het probleem groter is, dan verwijst ze vaak door naar de orthopedagoog of de arts die bij het CJG zit. Daarnaast verwijst ze wel eens naar een Rots en Water training.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan één op één gesprekken (met behulp van Teken Je Gesprek) te voeren met kinderen, waarin ze onder andere uitpluist wat precies het probleem is. Verder zegt ze door te verwijzen naar het sociale team. Er zijn in haar gemeente weinig speciale programma's die de weerbaarheid van kinderen versterken.
- Acties naar ouders/verzorgers:
  - Drie jeugdverpleegkundigen geven aan een gesprek te hebben met ouders om het probleem uit te vragen, te kijken waar behoefte aan is en eventueel door te verwijzen.
  - Drie jeugdverpleegkundigen geven tips en adviezen tijdens het gesprek, waarvan één onder andere als tip geeft het kind op een sport zoals judo of karate te doen.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan door te verwijzen naar het sociale team als zij er zelf niet uitkomt.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat ouders, als ze dat willen, zelf kunnen deelnemen aan het 'Tripel P' programma. Verder geeft ze aan dat ze vier huisbezoeken kan aanbieden.
  - Eén jeugdverpleegkundige bespreekt de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen met ouders.
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven aan de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen wel eens mee te geven aan ouders. Eén hiervan vindt de folder niet uitgebreid genoeg.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen niet mee te geven aan ouders.
- Acties naar school:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan het consultatieteam pesten in te schakelen wanneer er op school een probleem is op dat gebied.
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven aan scholen te adviseren over de Gezonde School.
  - Drie jeugdverpleegkundigen geven aan in gesprek te gaan met school (IB'er of leerkracht) om tips en adviezen te geven aan scholen over weerbaarheid.
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven aan weliswaar bekend te zijn met de Gezonde School, maar hier verder niet bij betrokken te zijn. Zij geven aan dat ze zich afvragen of dat bij hun taak omschrijving moet horen. Eén hiervan zegt dat scholen het vaak bij zichzelf proberen te houden.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat sommige scholen op advies van de GGD een Rots en Water training hebben ingekocht.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan soms te overleggen met school om het probleem helder te krijgen. Daarnaast heeft ze eens in de zes weken een overleg met de intern begeleider. Als scholen bij haar komen met problemen bij kinderen op het gebied van weerbaarheid, verwijst ze eventueel door naar de Rots en Water training

of naar de orthopedagoog. Vaak wordt op scholen al een Rots en Water training standaard gegeven.

- Preventieve acties:
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt de Gezonde School als preventieve actie.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat de GGD Groningen weinig preventieve acties richting school uitvoert.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan geen preventieve acties uit te voeren.
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt Met Plezier Naar School als preventieve actie. Deze wordt gegeven in de vakantie tussen basisschool en voortgezet onderwijs, aan kinderen waarbij de kans bestaat dat ze ondersneeuwen in het voortgezet onderwijs. Daarnaast noemt ze de Rots en Water training, deze wordt standaard elk jaar in elke groep van de basisschool gegeven. Verder noemt ze laagdrempelig tips geven aan ouders als preventieve actie.
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt adviezen op het consultatiebureau, om een kind zelfstandig te maken en het kind wat los te laten, als preventieve acties.

Jeugdverpleegkundigen vanuit vier tot twaalf

- Acties naar kind:
  - Eén jeugdverpleegkundige onderzoekt of het probleem echt weerbaarheid is en eventueel verwijst ze door naar een weerbaarheidstraining of naar een kinder(psycho)therapeut. Zij gaat hiervoor een enkele keer met een kind in gesprek, afhankelijk van de leeftijd. Dit doet ze niet standaard, omdat ze vindt dat ze dan weer een extra vreemde neus is in een keten van hulpverlening. Ze wil wel op z'n minst het kind één keer gezien hebben voor de tot actie over gaat, met of zonder ouders.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat ze laag probeert in te steken en doorverwijst naar sociale vaardigheids- of weerbaarheidstrainingen. Verder geeft zij aan één op één met kinderen in gesprek te gaan, waarbij ze dan wat tips geeft en uitzoekt hoe erg het is. Dit doet ze echter niet tussen de vier en zes jaar. Tussen zes en acht jaar hangt het van het individuele kind af, en boven de acht doet ze het wel.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat haar acties verschillen per gemeente, door wat de gemeente aanbiedt. In één gemeente verwijst ze door naar weerbaarheidstrainingen. In de andere gemeente is aanbod geweest, maar blijkt geen animo voor trainingen te zijn.
  - Eén jeugdverpleegkundige verwijst door naar weerbaarheidstrainingen die gegeven worden door het maatschappelijk werk. Ze geeft aan eigenlijk nooit een gesprek met een kind te hebben, niet één op één en niet als de ouders erbij zijn.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat er tot eind 2016 een pilot liep waarbij de Rots en Water training en de Repons training werd aangeboden. Toen verweest ze daarnaar door. Nu hebben ze niks. Verder doet zij 'teken het gesprek' bij de één op één gesprekken die ze met kinderen voert. Kinderen uit groep twee verwijst ze wel eens door naar judoles. Voor kinderen uit groep zeven zijn ze bezig te kijken wat maatschappelijk werk kan betekenen. Daarnaast verwijst ze wel eens door naar Lentis Jonx, maar daar is een diagnose voor nodig.
- Acties naar ouders/verzorgers:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan met ouders in gesprek te gaan over verwachtingen naar het kind toe en de voorbeeldfunctie die ouders hebben. *"Onze maatschappij is gemaakt om, zeker als moeder, heel veel dingen in de lucht te houden, dus en een baan, en er goed uitzien, en een mooi huis, en je kinderen opvoeden, en dan alles moet ook nog schoon en blank en een sociaal leven, dat lukt je nooit. En dan kun je wel tegen je kind zeggen, je mag best fouten maken, want daar heeft weerbaarheid ook veel mee te maken, maar dan moet je eerst beginnen van, joh, laat zelf eens wat vallen en noem jezelf wel eens een keer een domoor, daar begint het mee dat het kind zelfvertrouwen kan krijgen en daardoor weerbaarder naar anderen toe wordt. En daar heb je het wel over"* (Jeugdverpleegkundige 7). Daarnaast maakt zij soms samen met ouders en leerkrachten een plan.

- Drie jeugdverpleegkundigen geven aan te beginnen met een gesprek met ouders om erachter te komen wat er precies aan de hand is en hoe ouders er mee om gaan. Verder geeft zij ouders tips en probeert ze inzichten te creëren, over wat helpend is voor het kind.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan tijdens huisbezoeken te letten op interactie en communicatie tussen ouders en kind. Op basis hiervan wordt soms een aanvraag gedaan via het CJG voor meer ondersteuning bij de opvoeding. Daarnaast geeft ze ouders adviezen tijdens deze huisbezoeken.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan ouders de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen mee te geven wanneer zij dat relevant vindt.
- Twee jeugdverpleegkundigen geven aan de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen wel eens mee te geven aan ouders.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan de folder 'Weerbaarheid' van de GGD Groningen nooit mee te geven.

- Acties naar school:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat er plannen worden gemaakt voor 2018 om een Rots en Water training in te voeren voor de groepen drie en vier. Daarnaast komt er voor groep één een weerbaarheidstraining die gebaseerd is op sport. Dit zal gegeven worden door de gymleraar.
  - Drie jeugdverpleegkundigen geven aan scholen te ondersteunen bij de Gezonde School als daar vraag naar is. Echter geven twee jeugdverpleegkundigen aan dat scholen weinig interesse hebben, aangezien ze vaak al andere programma's in gebruik hebben. Daarnaast geven scholen gebrek aan tijd aan als argument om niet mee te doen. *Maar als je ook naar de provincie Groningen kijkt, zie je ook heel veel scholen die niet veel animo voor weerbaarheid hebben. Het is sport en voeding die worden afgenomen en eigenlijk niet zo heel veel meer*" (Jeugdverpleegkundige 2).
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven aan tips en adviezen te geven aan scholen over weerbaarheid.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan regelmatig in gesprek te gaan met de IB'er en docenten, om adviezen te geven, bijvoorbeeld over dat 'de pester' ook een weerbaarheidstraining kan gebruiken. '*Ik vind dat diegene die plaagt ook op dezelfde weerbaarheidstraining zou moeten, want die mist ook iets. En dat zijn nog wel eens eye openers voor scholen. Ik ben altijd weer verbaast"* (Jeugdverpleegkundige 1).
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven aan niet veel aan ondersteuning naar scholen te doen. Eén hiervan zegt dat de GGD hier niet veel aan doet.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat de scholen voorheen mee deden aan de pilots met de Rots en Water training en de Respons training.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan het consultatieteam pesten in te schakelen wanneer er op school een probleem is op dat gebied.
- Preventieve acties:
  - Drie jeugdverpleegkundigen geven aan eigenlijk geen preventieve acties uit te voeren aangezien het kind pas bij hen komt als er sprake is van een probleem. *"Ze komen pas met ons in aanraking op het moment dat er ook echt wat is"* (Jeugdverpleegkundige 8).
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan met ouders in gesprek te gaan op basis van een mindere score op de SDQ lijst. Hiermee streeft ze er niet naar om 'een succes nummer' van het kind te maken, maar om ouders sensitief te maken voor mogelijke problemen op dit gebied in de toekomst.
  - Eén jeugdverpleegkundige noemt de Respons training als preventieve actie. De Respons training werd standaard op groepsniveau uitgevoerd en daarbij waren ook ouder-kind trainingen, waarbij één ouder kon mee doen. Daarnaast noemt ze de Gezonde School als preventieve actie.

Mening voldoende toegerust in kennis en vaardigheden

Jeugdverpleegkundigen vanuit nul tot vier jaar

- Zelfbeoordeling preventieve acties:
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven zichzelf een zes en geeft aan dat het wel wat meer zou mogen. Eén komt er wel redelijk goed uit maar collectieve preventie vindt ze te weinig. De ander geeft aan wel wat meer informatie hierover te willen. Ze vindt het echt een gemis voor de GGD.
  - Twee jeugdverpleegkundigen scoren zichzelf een vijf. Eén geeft hierbij aan zich niet zeker te voelen en mist de deskundigheid bij kinderen van vier tot twaalf jaar. *''Soms denk ik ook wel van ja moet er al verwezen worden of zou ik als ik meer deskundigheid had zelf misschien nog eerder wat met ouders kunnen oppakken."* (Jeugdverpleegkundige 4). De andere jeugdverpleegkundige geeft aan weinig aan preventie te doen bij kinderen van vier tot twaalf jaar. Hierbij zegt ze het moeilijk te vinden omdat ze het kind niet ziet en geeft ze aan niet goed te weten wat ze scholen kan aanbieden naast de Gezonde School en de trainingen.
- Zelfbeoordeling signaleren:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een in eerste instantie een zes, maar doordat het goed in de SDQ score naar voren komt geeft ze toch een zeven.
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een zeven op basis van het signaleren met behulp van de screeningslijst en het signaleren in gesprekken met ouders.
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven zichzelf geen cijfer, omdat zij het signaleren niet zelf doen, maar het moeten hebben van anderen. Eén hiervan geeft aan wel een filterfunctie te hebben om het probleem uit te pluizen.
- Zelfbeoordeling ondersteunen kind:
  - Eén jeugdverpleegkundige zou zichzelf een 7,1 geven. Ze geeft aan dat dit komt doordat ze veel heeft geleerd uit een eerdere baan en door verschillende cursussen die ze heeft gedaan. Een één op één gesprek zou wel beter kunnen, waarbij ze vooral aangeeft dat er veel collega's zijn die zeggen dat dit bij hen beter zou kunnen.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een zeven, waarbij ze aangeeft dat ze zich goed toegerust voelt, maar dat dit vooral uit eigen levenservaring voortkomt.
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een drie. Ze geeft aan het erg lastig te vinden om een diepgaand gesprek te voeren met een kind. Ze handelt vaak vanuit haar verstand en gevoel, niet vanuit kennis en kunde op dit gebied.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een acht, dankzij de Teken Je Gesprek methode en haar eigen levenservaring. Zij vindt het heel leuk om gesprekken met kinderen te doen. Verder geeft ze aan dat ze er vanuit de GGD niets over heeft geleerd.
- Zelfbeoordeling ondersteunen ouders/verzorgers:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft een 8,8. Ze kan goed het gesprek aan gaan, omdat ze dit vaak doet en ze weet waar ze naar toe door kan verwijzen.
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een 8, gesprekken met ouders gaan goed.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf geen cijfer, maar geeft aan zich voldoende toegerust te voelen. Ze vindt het gesprek aan gaan geen probleem en weet goed waar ze naar kan doorverwijzen. Echter vindt ze het wel lastig dat ze het kind niet kent en nauwelijks ziet.
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een vijf. Ze mist handvatten op dit gebied en geeft aan te weinig goede kennis en deskundigheid te hebben om ouders te kunnen ondersteunen. Verder geeft ze aan het lastig te vinden om te weten waar ze ouders naar kan doorverwijzen.
- Zelfbeoordeling ondersteunen school:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een 7,3. Dit cijfer komt voort uit het kunnen aanbieden van de Rots en Water training, het pestteam en de Gezonde School methode. Het kunnen aanbieden van wat laagdrempelige tips mist ze.

- Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een zeven. Ze zouden hier nog wel wat meer handvatten in willen. De sociale kaart is niet helder en daardoor weet ze niet direct hoe ze een school kan adviseren.
- Twee jeugdverpleegkundigen geven zichzelf een vijf. Eén jeugdverpleegkundige hiervan geeft aan dat scholen er zelf meer van weten. De ander geeft aan meer kennis te willen over hoe zij school kan betrekken bij het onderwerp weerbaarheid en de Gezonde School.

Jeugdverpleegkundigen vanuit vier tot twaalf jaar

- Zelfbeoordeling preventieve acties:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een zes, voornamelijk omdat zij na haar opleiding verpleegkunde nog de opleiding toegepaste psychologie heeft gevolgd. Hierdoor voelt ze zich beter toegerust.
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een acht. Ze voelt zich goed toegerust en geeft aan veel kennis en kunde te hebben op dit gebied. Ze zegt sensitief te zijn voor problemen met weerbaarheid en contra-indicaties voor een training te herkennen.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een acht tot negen. Echter geeft ze aan dat preventieve acties feitelijk niet worden gedaan.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan zich zeker wel voldoende toegerust te voelen en geeft zichzelf een acht.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat ze niet zo goed weet waarop ze moet beoordelen, maar ze zichzelf een zeven zou geven, omdat ze wel iets te vertellen zou hebben.
- Zelfbeoordeling signaleren:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een zeven of acht. Ze geeft aan het vooral te kunnen signaleren, omdat ze vergelijkingsmateriaal heeft doordat ze veel kinderen ziet.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een acht, omdat het uit de screening goed naar voren komt en ook vanuit de scholen wel.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft aan op dit gebied zichzelf geen cijfer te kunnen geven, omdat zij niet zelf signaleert maar het van anderen en de SDQ lijst moet hebben.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf geen cijfer op dit gebied, maar geeft aan zich prima toegerust te voelen.
    Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat het signaleren overlapt met preventieve acties, en geeft zichzelf daarom op dit gebied geen cijfer.
- Zelfbeoordeling ondersteunen kind:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een zeven op basis van deskundigheid. Maar kijkend naar de mogelijkheden, zou het een ander verhaal zijn, geeft ze aan.
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een vier of vijf. Ze zegt dit meer op gezond verstand te doen dan dat ze zich echt toegerust voelt.
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een zeven. Ze heeft op dit moment niet een duidelijk interventie die ze kan bieden, maar individueel kan ze ‘teken je gesprek’ inzetten.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een acht, maar geeft aan dat dit eigenlijk niet tot haar taak behoort.
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een vijf tot zes. Ze geeft aan dat dit eigenlijk niet haar taak is, maar er wel bekwaam in te zijn door haar werk als KIEScoach (Kinderen In Echtscheidings Situaties).
- Zelfbeoordeling ondersteunen ouders/verzorgers:
  - Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een acht tot negen. Ze voelt zich goed toegerust om ouders te ondersteunen.
  - Twee jeugdverpleegkundigen geven zichzelf een acht en geeft aan dat dit makkelijker gaat. Eén jeugdverpleegkundige noemt hierbij wel dat je alert moet blijven op ontwikkelingen en soms niet weet dat je onbekwaam bent op een gebied.

- Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een acht en geeft aan genoeg tips te kunnen geven en te weten waar ze naar toe door kan verwijzen.
- Eén jeugdverpleegkundige scoort zichzelf een zeven of acht. Ze weet tips en weet waar ze naar toe kan verwijzen.

- Zelfbeoordeling ondersteunen school:
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een zeven.
  - Twee jeugdverpleegkundigen scoren zichzelf een acht.
  - Eén jeugdverpleegkundige geeft zichzelf een acht tot negen. Ze geeft aan dat dit vooral te maken geeft met de kennis en kunde die ze heeft ontwikkeld als trainer voor de Meldcode Kindermishandeling.
  - Eén jeugdverpleegkundige kan zichzelf niet beoordelen, omdat ze niet zo veel doet op dit gebied. *"Omdat wij nu niet zo veel doen, dus weet ik ook niet precies wat we dan zouden moeten doen, of wat de vraag van de school is, dus dat vind ik een beetje lastig, dat vind ik een beetje lastig beoordelen*" (Jeugdverpleegkundige 8).

<u>Benodigdheden</u>

Jeugdverpleegkundigen vanuit nul tot vier jaar

- Twee jeugdverpleegkundigen geven aan dat er wel behoefte is aan een scholing hoe je één op één gesprekken met een kind aan gaat. Eén hiervan zegt dat ze meer kennis zou willen, handreikingen vanuit de GGD en dan GGD Groningen breed, zodat iedereen hetzelfde aanbiedt.
- Twee jeugdverpleegkundigen geven aan meer te willen leren over preventieve acties naar scholen toe. Eén hiervan zegt dat de GGD staat voor preventie, maar dat ze er slecht in toegerust worden.
- Eén jeugdverpleegkundige zegt dat ze graag de kinderen zelf zou willen zien, in plaats van werken op basis van de screeningen. Zij geeft aan handvatten te missen over hoe zij het taboe van hulp vragen en krijgen af kan halen, zodat ouders hulp vaker accepteren.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan graag een training te krijgen op het gebied van weerbaarheid, waarbij de theorie en de rol en mogelijkheden van de jeugdverpleegkundigen besproken worden. Deze training zou ze het liefst krijgen van iemand buiten de GGD Groningen.
- Twee jeugdverpleegkundigen geven aan een sociale kaart te missen, om overzicht te krijgen in wat aangeboden wordt.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan diepgang te missen in de trainingen die de GGD nu geeft. Het is gericht op algemene ontwikkeling niet op specifieke problemen. Zij beveelt de GGD verder aan om in elk team één persoon te hebben die gespecialiseerd is in vier tot twaalf.
- Twee jeugdverpleegkundigen geven aan dat zij gemerkt hebben dat wanneer je van nul tot vier naar vier tot twaalf jaar gaat, 'je het allemaal maar zelf moet ontdekken'. *"Ik heb natuurlijk jaren lang nul tot vier gewerkt en de vier plus komt daarbij en we hebben allemaal een beetje het gevoel van oh we worden in het diepe gegooid en ja, hoe nu verder"* (Jeugdverpleegkundige 9). Zij zouden graag een scholing zien voor nieuwe medewerkers in de categorie vier tot twaalf jaar.

Jeugdverpleegkundigen vanuit vier tot twaalf jaar

- Eén jeugdverpleegkundige wil graag dat de folder makkelijker te printen wordt, omdat ze die dan vaker kan meegeven aan ouders. Verder zou ze graag meer tijd en ruimte krijgen om met een kind in gesprek te gaan. Ze geeft hierbij aan dat de drie gesprekken die nu mogelijk zijn, niet genoeg zijn. Daarnaast zou ze graag een duidelijke sociale kaart willen, waarop te zien is wat precies waar wordt aangeboden in de provincie Groningen, zodat ze niet afhankelijk is van de trainingen die één keer per jaar in de eigen gemeente worden aangeboden. Tot slot geeft ze aan dat ze vindt dat op elke school een Rots en Water training zou moeten zijn, maar daarbij zegt ze dat de GGD daar niet zo veel mee kan.

- Eén jeugdverpleegkundige zou graag handvatten/een training krijgen om een gesprek aan te gaan met een kind. Daarnaast zou ze zelf wel graag weerbaarheidscursussen willen geven, zodat het kan worden aangeboden vanuit de GGD zelf in plaats van via het maatschappelijk werk.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan dat op dit moment de mogelijkheid tot het aanbieden van een weerbaarheidstraining mist, maar dat ze dit aan het oppakken is samen met collega's.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan graag met regelmaat een bijscholing of een opfris cursus te krijgen op het gebied van weerbaarheid, omdat het nu een ondergeschoven probleem is.
- Eén jeugdverpleegkundige geeft aan scholing te missen op het gebied van weerbaarheid, maar ook op andere gebieden. Zij geeft aan dat de GGD Groningen hier niet goed in is, terwijl het wel erg belangrijk is. Hierbij noemt ze onder andere een scholing voor één op één gesprekken met kinderen. Ze zou graag zien dat dit een meerdaagse scholing is, niet een scholing van een paar uur. Verder geeft ze aan dat ze het fijn zou vinden als veel voorkomende zaken, zoals ADHD of autisme aan bod kunnen komen. De jeugdverpleegkundige geeft ook aan dat preventie mist met betrekking tot weerbaarheid. Zij denkt dat 'live contact' toevoegen meerwaarde heeft en dat het kind en de ouders daarmee beter geholpen kunnen worden.

Hieronder staan de benodigdheden samengevat:

- Aanbieden weerbaarheidstraining;
- Scholing één op één gesprek;
- Scholing op het gebied van weerbaarheid, GGD Groningen breed, theorie en mogelijkheden van jeugdverpleegkundigen. Meerdaagse cursus en door iemand van buitenaf;
- Scholing preventieve acties, onder andere naar scholen;
- Live contact met kind;
- Sociale kaart;
- Scholing voor jeugdverpleegkundigen die vanuit het werken met nul tot vier gaan naar het werken met vier tot twaalf;
- Folder makkelijker te printen maken;
- Tijd en ruimte om met kind in gesprek te gaan;
- Rots en Water training op alle scholen;
- Scholing om weerbaarheidstrainingen te kunnen geven, zodat het kan worden aangeboden vanuit de GGD Groningen;
- Regelmatige bijscholingen/opfris cursussen.

Bijlage 4 Uitgebreide conclusie verschil 0-4 en 4-12

Acties naar kind	0-4 jaar	4-12 jaar
Gesprekken	3	3
Geen gesprekken	1	1
Doorverwijzen	4	5

Met betrekking tot acties naar het kind is weinig tot geen verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten.

Acties naar ouders/verzorgers	0-4 jaar	4-12 jaar
Gesprekken	3	2
Tips en adviezen geven	3	2
Doorverwijzen	2	1
Huisbezoek	1	1
Geen gebruik van folder	1	1
Wel gebruik van folder	3	3

Met betrekking tot acties naar ouders/verzorgers is weinig tot geen verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten.

Acties naar scholen	0-4 jaar	4-12 jaar
Doorverwijzen	3	3
Advies Gezonde School	2	3
Tips en adviezen geven	4	3
Niet Gezonde School	2	
Weinig acties naar school		2

Met betrekking tot acties naar scholen is weinig verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten. De jeugdverpleegkundigen uit de nul tot vier groep geven vaker geen advies over de Gezonde School methode. Echter geven de jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep vaker aan geen acties naar scholen uit te voeren.

Preventieve acties	0-4 jaar	4-12 jaar
Gezonde School	1	
Geen acties	2	3
Training	1	1
Tips ouders	2	1

Met betrekking tot preventieve acties is weinig verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten. De jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep geven iets vaker aan geen preventieve acties uit te voeren.

Zelfbeoordeling preventieve acties			
0-4 jaar Cijfer	0-4 jaar Reden	4-12 jaar Cijfer	4-12 jaar Reden
6	Missen deskundigheid en vinden dat er te weinig preventie wordt toegepast.	6	Voelen zich toegerust maar vinden dat er te weinig preventie wordt toegepast.
6		8	
5		8	
5		8	
		7	
Gemiddelde:	5,5	Gemiddelde:	7,4

Met betrekking tot de zelfbeoordeling van preventieve acties is een verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten. De jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep voelen zich beter toegerust.

Zelfbeoordeling signaleren			
0-4 jaar Cijfer	0-4 jaar Reden	4-12 jaar Cijfer	4-12 jaar Reden
7	-	7	Veel ervaring.
7	-	8	Voldoende informatie uit SDQ.
Geen cijfer	Signaleren niet zelf.	Geen cijfer	Wel voldoende toegerust.
Geen cijfer		Geen cijfer	Signaleren niet zelf.
		Geen cijfer	
Gemiddelde:	7	Gemiddelde:	7,5

Met betrekking tot de zelfbeoordeling van signaleren is een verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten. De jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep voelen zich beter toegerust.

Zelfbeoordeling ondersteunen kind			
0-4 jaar Cijfer	0-4 jaar Reden	4-12 jaar Cijfer	4-12 jaar Reden
7,1	Uit eigen ervaring en niet uit kennis en kunde die door de GGD is gegeven.	7	-
7		7	-
3		4	Gezond verstand, niet toegerust.
8		8	Niet haar taak.
		5	-
Gemiddelde:	6,2	Gemiddelde:	6,2

Met betrekking tot de zelfbeoordeling van het ondersteunen van een kind is geen verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten.

Zelfbeoordeling ondersteunen ouders/verzorgers			
0-4 jaar Cijfer	0-4 jaar Reden	4-12 jaar Cijfer	4-12 jaar Reden
8,8	Geen probleem.	8	Geen probleem.
8		8	
Geen cijfer	Wel voldoende toegerust.	8	
5	Moeilijk om te weten waar naar kan worden doorverwezen.	8	
		7	
Gemiddelde:	7,2	Gemiddelde:	7,8

Met betrekking tot de zelfbeoordeling van preventieve acties is een verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten. De jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep voelen zich beter toegerust.

Zelfbeoordeling ondersteunen school			
0-4 jaar Cijfer	0-4 jaar Reden	4-12 jaar Cijfer	4-12 jaar Reden
7,3	Mist laagdrempelige tips.	7	-
7	Sociale kaart mist.	8	
5	Moeilijk om scholen te betrekken bij het onderwerp weerbaarheid.	8	
5		8	
		Geen cijfer	Ondersteunt scholen niet.
Gemiddelde:	6,0	Gemiddelde:	7,7

Met betrekking tot de zelfbeoordeling van preventieve acties is een verschil gevonden tussen jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met nul tot vier jaar werkten en jeugdverpleegkundigen die vóór 2015 alleen met vier tot twaalf jaar werkten. De jeugdverpleegkundigen uit de vier tot twaalf groep voelen zich beter toegerust.

Bijlage 5 Antiplagiaat verklaring

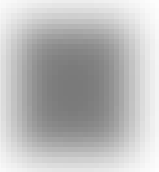
Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Groningen
12 januari 2018

Naam student 1:

Chantal Huisman

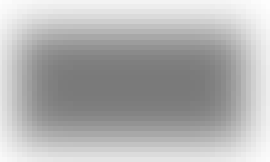
Handtekening student 1:



Naam student 2:

Emma Bavinck

Handtekening student 2:



Bijlage 6 Plagiaatscan safe assignment

