

Wat zijn de belangrijkste risico indicatoren en beschermende indicatoren voor jeugd- en gezinsproblematiek?

*Resultaten literatuuronderzoek en analyse van samenhangen
op basis van data van de GGD-monitors*

Maart 2014

**Auteurs: Djoeke Jehee
Clothilde Bun**



Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Deel 1	6
2.1 Methode	6
2.2 Resultaten	6
3. Deel 2	7
3.1 Methode	7
3.1.1 Populatie	7
3.1.2 Meetinstrumenten	8
3.1.3 Statistische analyses	11
3.2 Resultaten	11
3.2.1 Resultaten monitor ouders van 0-4 jarige kinderen	12
3.2.2 Resultaten monitor Basis Onderwijs	14
3.2.3 Resultaten monitor Voortgezet Onderwijs	16
3.2.4 Resultaten monitor Volwassen (ouders)	20
4. Discussie	23
5. Conclusies	27
6. Literatuurlijst	29
7. Bijlage 1 Indicatorenlijst	32

Samenvatting

Het jeugdzorgstelsel wordt tussen 2012 en 2015 overgeheveld naar gemeenten. Het nieuwe beleid is erop gericht de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor een groot aantal voorzieningen, inclusief de gespecialiseerde jeugdzorg, bij de gemeente neer te leggen. De overheveling gaat gepaard met een forse krimp van de uitgaven. Het idee van de overheid is om de groeiende vraag naar intensievere jeugdzorg terug te dringen door meer te vragen van de inzet van burgers, meer uit te gaan van de eigen kracht van jeugdigen, gezinnen en hun sociale netwerken en een sterkere inzet op preventie en eerstelijnszorg. Om deze taken goed te kunnen uitvoeren hebben gemeenten gegevens nodig over de behoefte aan jeugdzorg en over de jeugdproblematiek en de factoren die daarop van invloed zijn.

Hierop aansluitend is dit onderzoek uitgevoerd, bestaande uit twee delen. Ten eerste is op basis van literatuur een indicatorenlijst opgesteld, met daarin de jeugdproblematiek beschreven en de risico- en beschermende factoren die daarbij een rol spelen. In deel 2 van het onderzoek is getoetst in hoeverre de risico- en beschermende factoren die beschikbaar zijn in de GGD monitors samenhang vertonen met problematiek.

Uit de jeugdmonitors komt naar voren dat de sociale omgeving van kinderen een relatief sterke samenhang vertoont met problematiek. Het gaat hierbij zowel om factoren in de schoolsituatie (Bijvoorbeeld gepest worden, school niet leuk vinden, schoolverzuim, sociale relaties) als factoren in de thuissituatie (bijvoorbeeld problemen thuis, geweld tussen ouders, overlijden van een dierbare, scheiding, niet bij ouders terecht kunnen). Uit de monitors onder de ouders komt naar voren dat er een sterke samenhang is tussen de ervaren belasting in opvoeden en de behoefte aan steun of hulp. Ouders die vinden dat ze te weinig hulp of steun ontvangen (informeel/formeel) ervaren de opvoeding en/of de kinderen vaker als problematisch/zwaar. Niet alleen de sociale omgeving van het kind, maar ook die van de ouders lijkt dus een belangrijke factor te zijn. Verder komt uit dit onderzoek naar voren dat de focus van de huidige GGD-monitors sterk op risicofactoren is gericht en dat beschermende factoren onderbelicht zijn.

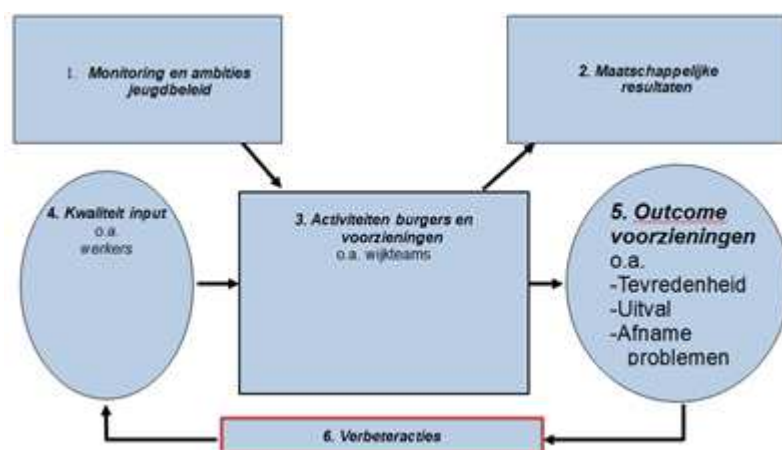
Conclusie is dat via de huidige GGD-monitors een flinke hoeveelheid kennis over de jeugd problematiek en de risico- en beschermfactoren verkregen kan worden. Met dit rapport wordt inzicht gecreëerd in de belangrijkste factoren die samenhangen met jeugdproblematiek en risicogroepen daarbij. Deze informatie kan waardevolle informatie opleveren om richting te geven aan het (preventief)jeugdbeleid van gemeenten. Daarnaast bevat dit onderzoek aanknopingspunten voor verdere aanpassing van de GGD-monitors, zodat deze beter aansluiten bij het jeugd(zorg)beleid. Voor de vertaling van deze epidemiologische gegevens naar beleid, kan gebruik gemaakt kan worden van de informatie over effectieve methoden en interventies zoals beschikbaar bij NJI en het Centrum Gezond Leven. De GGD kan gemeenten hierbij verder adviseren.

1. Inleiding

Het jeugdzorgstelsel wordt tussen 2012 en 2015 overgeheveld naar gemeenten. Het nieuwe beleid is erop gericht de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor een groot aantal voorzieningen, inclusief de gespecialiseerde jeugdzorg, bij de gemeenten neer te leggen. De overheveling gaat gepaard met een forse krimp van de uitgaven. Het idee van de overheid is om de groeiende vraag naar intensievere jeugdzorg terug te dringen door meer te vragen van de inzet van burgers, meer uit te gaan van de eigen kracht van jeugdigen, gezinnen en hun sociale netwerken en een sterkere inzet op preventie en eerstelijnszorg.

Om deze taken goed te kunnen uitvoeren hebben gemeenten gegevens nodig over de behoefte aan jeugdzorg en de factoren die daarop van invloed zijn. Door inzicht te krijgen in de omvang en locatie van kinderen met een verhoogd risico op jeugdzorg, kan preventie en versterking van de nulde en eerste lijn gericht worden ingezet.

In onderstaand schema, ontwikkeld door het Nederlands Jeugdinstituut, is weergegeven op welke terreinen gegevens nodig zijn om preventief jeugd(zorg)beleid vorm te geven en te evalueren (van Yperen, 2103).



Blok 1 Het jeugdbeleid van de gemeente moet gebaseerd zijn op een beeld over 'de staat van de jeugd': hoe gaat het met de kinderen en jongeren? Hoeveel nemen er deel aan onderwijs, werk en sport? Hoeveel hebben er gedrags- en emotionele problemen? Wat zijn hulpvragen van opvoeders? Hoe groot is het zorggebruik? De algemene monitors van de GGD, CBS, SCP, provincie en specifieke monitors gericht op bijvoorbeeld kindermishandeling, schoolverzuim en delinquentie bieden daar informatie over. De gemeente kan met maatschappelijke partners (burgers, betrokken instanties et cetera) op basis van het beeld dat uit de gegevens rijst ambities of doelen formuleren: hier gaan we gezamenlijk voor. Dat geeft richting aan het integrale jeugdbeleid van de gemeente.

Blok 2 De ambities moeten zich vertalen in maatschappelijke resultaten, bijvoorbeeld: het aantal jeugdigen dat aan sport deelneemt is met X procent gestegen, het aantal jeugdigen met problemen is met Y procent gedaald, het gebruik van gespecialiseerde (en dure) zorg is met Z procent gedaald.

Blok 3 Om de ambities waar te maken, spelen de burgers en de jeugdvoorzieningen een belangrijke rol. Zij dragen via hun inzet bij aan de realisatie. Dat gebeurt voor een deel via de (pedagogische) 'civil society': burgerinitiatieven die bijdragen tot het gezond en veilig opgroeien en opvoeden van jeugdigen (De Winter, 2011). Aanvullend betreft de gemeente voorzieningen bij de realisatie van het jeugdbeleid: algemene jeugdvoorzieningen (zoals scholen, kinderopvang, sportverenigingen, het algemene jeugdwerk et cetera), het CJG, de wijkteams en de huisartsen, voorzieningen voor speciale zorg voor jeugdigen (tweede- en derdelijn), et cetera.

Blok 4 Om de kans te vergroten dat de voorzieningen bijdragen aan de realisatie van de doelen, is het van belang dat werkers en hun diensten aan de nodige kwaliteitseisen voldoen (opleiding, registraties bij beroepsvereniging, erkenning van landelijke kwaliteitsinstituten, transparantie ten aanzien van de kosten – eisen aan de input-kant).

Blok 5 Om te weten of de ingeschakelde voorzieningen ook goede resultaten boeken, volstaat het niet om uitsluitend naar de uiteindelijke maatschappelijke resultaten te kijken. De relatie tussen die resultaten en de diensten van elke voorziening zijn daarvoor te diffuus. Daarom is het ook van belang meer direct te kijken naar het bereik van de voorzieningen en de outcome in termen van tevredenheid van gebruikers, uitval, doelrealisatie, toename van vaardigheden en/of vermindering van problematiek.

Dit project richt zich op blok 1 en 2. **Doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in welke factoren samenhangen met (jeugd)problematiek en welke gegevens relevant zijn voor gemeenten om hen te ondersteunen bij hun preventief jeugd(zorg)beleid.** Het onderzoek bestaat uit twee delen. Ten eerste is er op basis van een literatuurstudie een indicatorenlijst opgesteld van alle mogelijke relevante factoren die van invloed kunnen zijn op het voorkomen van problematiek bij jeugdigen. Ten tweede is op basis van de beschikbare indicatoren in de huidige GGD monitors onderzoek gedaan naar de samenhang tussen risicofactoren en problematiek. De uitkomsten van dit onderzoek leveren informatie op over de belangrijkste factoren die samenhangen met problematiek en aanknopingspunten voor aanpassing van de GGD-monitors zodat deze zo goed mogelijk aansluiten bij de informatiebehoefte van de gemeenten op dit beleidsterrein.

2. Deel 1

2.1 Methode

Op basis van een literatuurstudie is een indicatorenlijst opgesteld met risicofactoren en beschermende factoren voor jeugdproblematiek. In de elektronische database van google, pubmed, sociaal cultureel planbureau en website van NJI is gezocht op de zoektermen: 'jeugdproblematiek', 'risico indicatoren/factoren problematiek', 'beschermfactoren problematiek', 'jeugdzorg', 'monitoring', 'externaliserende problematiek', 'internaliserende problematiek', 'factoren van invloed op kindermishandeling'. Op basis van deze literatuurstudie is een indicatorenlijst opgesteld (zie bijlage 1) met per indicator een onderbouwing en literatuurverwijzing. Voor de definitie van problematiek aangesloten bij het Classificatiesysteem Aard van de Problematiek Jeugd (CAP-J), ontwikkeld door het Nederlands Jeugdinstituut (Konijn et al., 2009) en veel gebruikt in de jeugdzorg. Problematiek is onderverdeeld in psychosociaal functioneren, cognitieve ontwikkeling en gezin en opvoeding. Verder zijn in de indicatorenlijst risicofactoren en beschermende factoren opgenomen. Risicofactoren vergroten de kans op problematiek bij kinderen terwijl beschermende factoren de kans op problemen kunnen verkleinen.

2.2 Resultaten

Uit de literatuur blijkt dat er heel veel verschillende soorten risicofactoren en beschermende factoren zijn. Deze factoren zijn onder te verdelen in kindfactoren, ouderfactoren en gezins-omgevingsfactoren. Sommige factoren komen vaak voor in de diverse onderzoeken zoals bijvoorbeeld lichamelijke en psychische problemen/ziekte ouders. Andere risicofactoren komen maar enkele keren naar voren in de literatuur, zoals bijvoorbeeld hoogbegaafdheid. De indicatorenlijst geeft een goed overzicht van welke factoren samenhangen met problematiek en hoe divers deze zijn.

3. Deel 2

3.1 Methode

In deel 2 van het onderzoek is gekeken in hoeverre de indicatoren die beschreven zijn in de literatuur beschikbaar zijn in de huidige GGD monitors in de regio Midden-Nederland. Van de in de monitors beschikbare risico- en beschermende factoren is de relatie met problematiek getoetst, om inzicht te verkrijgen welke factoren in de praktijk belangrijk zijn. Van sommige factoren zijn de prevalenties te laag om samenhangen te analyseren. In dit geval worden ze niet meegenomen in het onderzoek.

3.1.1 Populatie

Gegevens zijn beschikbaar uit 4 monitoronderzoeken:

- Een postenquête-onderzoek onder ouders van 0-4 jarige kinderen (dataverzameling jaar 2012)
- Een klassikale vragenlijst op de computer onder bovenbouwleerlingen (groep 6,7 &8) van basisscholen (dataverzameling jaren 2010,2011&2012)
- Een klassikale vragenlijst op de computer onder tweede en vierdeklassers van middelbare scholen (dataverzameling jaar 2012)
- Een postenquête-onderzoek onder volwassenen waaruit een selectie van ouders met thuiswonende kinderen is genomen (dataverzameling jaar 2012)

Monitor Ouders van 0-4 jarigen

Van 60% van de aangeschreven 0-4 jarige kinderen is de enquête terug ontvangen van de ouders. Gegevens zijn verkregen van 10238 kinderen in regio Midden-Nederland. De vragenlijsten zijn voornamelijk door moeders ingevuld. De leeftijd van de ouders valt voor het merendeel binnen de leeftijdscategorie 30 t/m 40 jaar en 9% is niet westers. De 0-4 jarigen zijn ongeveer gelijk verdeeld in jongens en meisjes.

Monitor Basis Onderwijs

De onderzoekspopulatie bestaat uit 4469 kinderen afkomstig van 60 basisscholen in regio Midden-Nederland. Ongeveer de helft is jongens en de helft meisjes, de meerderheid van de kinderen is tussen de 9 en 12 jaar en 17% is niet westers.

Monitor Voortgezet Onderwijs

De onderzoekspopulatie bestaat uit 10792 jongeren afkomstig van 41 vmbo, vmbo-t, praktijkonderwijs, havo en vwo scholen in regio Midden-Nederland (provincie Utrecht, exclusief gemeente Utrecht). De gemiddelde respons van de leerlingen op de deelnemende scholen was

77%. De onderzoekspopulatie bestaat voor ongeveer de helft uit jongens en de helft uit meisjes, de meeste leerlingen zijn tussen 13 en 16 jaar en 17 % is niet Westers.

Monitor Volwassenen

40253 volwassenen zijn aangeschreven en hiervan heeft 12% schriftelijk gereageerd en 33% heeft de vragenlijst digitaal ingevuld. De totale respons komt hiermee op 45%. Van deze populatie heeft 26% van de respondenten aangegeven met kinderen onder 18 jaar samen te wonen. De onderzoekspopulatie komt hiermee op 4702 ouders. De leeftijd van deze ouders valt grotendeels in de klasse 35-49 jaar. 56% is moeder en 6% is niet westers.

3.1.2 Meetinstrumenten

Monitor Ouders van 0-4 jarigen

In deze monitor is problematiek gedefinieerd als 'opvoedproblematiek' (OP) en 'zorgbehoefte'. (valt onder de categorie 'gezin en opvoeding van CAP_J). Voor OP bestaat geen specifieke schaal. Daarom is een schaal geconstrueerd op basis van een vragenset van 10 stellingen over het ouderschap, afkomstig van het Sociaal Cultureel Planbureau. Uit factoranalyse kwamen twee factoren naar voren; de ene factor (4 stellingen) gaat over het zelfvertrouwen in opvoeden en de andere factor (6 stellingen) gaat over de ervaren belasting van het opvoeden. De factor over de ervaren belasting is gekozen om als schaal voor opvoedingsproblematiek (OP) te gebruiken (Cronbach's alpha= 0.69). De 6 stellingen van de OP-schaal zijn: 'Sinds ik een kind/kinderen heb, heb ik het gevoel dat ik te weinig aan andere zaken toekom', 'Ik kan de zorg voor mijn kind goed combineren met andere bezigheden', 'De verantwoordelijkheid voor mijn kind valt mij zwaar', 'Ik heb het gevoel dat ik alleen sta voor de opvoeding van mijn kind', 'Ik vind het ouderschap erg vermoeiend' en 'Er doen zich vaak situaties voor waarin ik niet weet hoe ik op mijn kind moet reageren'. Opvoedproblematiek (OP) wordt als verhoogd beschouwd indien bij minstens vier van deze stellingen negatief geantwoord is.

Zorgbehoefte is gemeten met de vraag: 'Heeft u momenteel behoefte aan deskundige hulp of advies met betrekking tot zorgen over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van uw kind?' Dit is een standaardvraagstelling van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. De antwoordopties zijn: 'nee, ik heb momenteel geen behoefte aan hulp', 'ja en die krijg ik ook al', 'ja, ik sta op een wachtlijst', 'ja, en ik heb hulp gezocht maar ik kon nergens terecht', 'ja, maar ik heb nog niet geprobeerd om hulp te zoeken', 'ja, maar ik weet niet waar ik de hulp moet zoeken'. Deze zijn gedichotomiseerd in 'ja, behoefte aan zorg' of 'nee, geen behoefte aan zorg'.

De bruikbare risicovariabelen van de monitor 0-4jaar (gebaseerd op de literatuurstudie) zijn: geslacht kind, etniciteit, opleidingsniveau moeder, inkomen, éénoudergezin,

gezinsgrootte, tienermoeder, huilbaby, peuterspeelzaal/kinderdagverblijf, ingrijpende gebeurtenis, hulp van familie/vrienden, onvoldoende hulp, steun van familie/vrienden, onvoldoende steun, behoefte aan zorg, bij iemand terecht kunnen bij problemen. Om deze variabelen te meten zijn standaardvraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid gebruikt (zie www.monitorgezondheid.nl/jeugdindicatoren.aspx). De antwoorden zijn allen gedichotomiseerd in 'ja, risicofactor aanwezig' en 'nee, risicofactor niet aanwezig' (zie tabellen 1 & 2).

Monitor Basis Onderwijs

Bij de basisschool kinderen wordt psychosociaal functioneren gemeten via: 'externaliserend probleemgedrag' en 'internaliserend probleemgedrag'. Externaliserend probleemgedrag is gedefinieerd als een combinatie van delinquent gedrag en agressief gedrag. Agressief gedrag is gemeten op basis van 3 vragen: 'Was je de afgelopen week op school snel boos?', 'Heb je de afgelopen week gevochten met andere kinderen van jouw school?' en 'Heb je de afgelopen weken ruzie gehad met andere kinderen op school?' Deze vragen komen uit handleiding vragenlijsten schoolgezondheid basisonderwijs "wat doe jij voor je gezondheid?" van 2004 door Bruil et al. De antwoord opties zijn 'nooit, soms, vaak en heel vaak'. Een gemiddelde somscore is berekend die vervolgens is gedichotomiseerd in 'ja, bovengemiddeld op agressie schaal' en 'nee, onder gemiddeld op agressie schaal'. Delinquent gedrag is gemeten op basis van 3 vragen: 'Heb je het afgelopen jaar iets uit een winkel meegenomen zonder te betalen?', 'Heb je het afgelopen jaar iets gepikt bijvoorbeeld op school, in het zwembad of op een sportvereniging?' en 'Heb je afgelopen jaar iets vernield buiten op straat?' Deze vragen zijn gebaseerd op de vragenlijst over criminaliteit van de landelijke standaardvraagstellingen voor kinderen van 12-19 jaar van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid.

De antwoorden zijn gedichotomiseerd naar 'ja' en 'nee'. Vervolgens is een somscore berekend en gedichotomiseerd tot 'minstens op 2 van de 3 vragen ja' en 'op één vraag ja of helemaal geen ja'. Beide variabelen (agressief gedrag en delinquent gedrag) samen vormen de indicator externaliserend probleemgedrag. Deze is gedichotomiseerd naar 'ja, vertoont agressief en/of delinquent gedrag' en 'nee, vertoont geen van beide'.

Internaliserend probleem gedrag is gedefinieerd als een onder gemiddelde score op zelfvertrouwen en/of faalangst. De zelfvertrouwen- en faalangstschalen komen beide van de handleiding vragenlijsten schoolgezondheid basisonderwijs "wat doe jij voor je gezondheid?" van 2004 door Bruil et al. De zelfvertrouwen-schaal bestaat uit 3 vragen: 'Ben je tevreden met jezelf?', 'Ben je trots op jezelf?' en 'Ben je tevreden met hoe je eruit ziet?' De faalangst-schaal bestaat ook uit een 3 vragen: 'Als je iets gaat doen, ben je dan bang dat het je niet lukt? Maak jij je zorgen of dingen die je moet doen, wel gaan lukken? Ben je bang om iets verkeerd te doen?' De antwoord opties voor beide schalen zijn 'nooit', 'soms', 'vaak' en 'heel vaak'. Eerst

zijn de gemiddelde scores hiervan berekend en daarna zijn de gemiddelden gedichotomiseerd in 'ja, bovengemiddeld op zelfvertrouwen/faalangst schaal' en 'nee, onder gemiddeld op zelfvertrouwen/faalangst schaal'.

De risicovariabelen zijn geslacht, etniciteit, éénoudergezin, welvaartsklasse, gepest, sociale relaties schaal, lidmaatschap sportclub, school welbevinden en thuis problemen. Deze factoren zijn gemeten met de standaardvraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid gebruikt (zie www.monitorgezondheid.nl/jeugdindicatoren.aspx). De antwoorden zijn allen gedichotomiseerd in 'ja, risicofactor aanwezig' en 'nee, risicofactor niet aanwezig' (zie tabel 3 en 4).

Monitor Voortgezet Onderwijs

Bij de jongeren worden twee indicatoren voor problematiek onderscheiden: psychosociale problematiek gemeten met de SDQ en het hebben van suïcidegedachten. De SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire - Goodman, 1998) is een gevalideerde vragenlijst die uit 25 items bestaat. De vragen worden gescoord op een 3-puntschaal met antwoordcategorieën: 'niet waar', 'een beetje waar' en 'zeker waar' (Cronbach's Alpha is 0.71). Wanneer een kind (van 12 jaar of ouder) een totaalscore van hoger dan 16 (landelijke afkapwaarde) heeft, is er een mogelijke indicatie van risicovol/zorgelijke psychosociale problemen.

Suïcidegedachten is gemeten met de vraag: 'Heb je de laatste 12 maanden wel eens suïcidegedachten gehad?' De antwoordopties zijn: 'nooit', 'een keer afgelopen jaar', 'af en toe' en 'heel vaak'. Deze variabele is gedichotomiseerd in 'nooit of één keer' en 'af en toe tot heel vaak'. Deze vraagstelling komt van de landelijke standaardvraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid.

De risicovariabelen zijn: geslacht, etniciteit, leeftijd, schoolniveau, welvaartsklasse, geldproblemen ouders, éénoudergezin, frequent ziek, langdurig ziek/ziekenhuisopname, spijbelen, gepest, schoolbeleving, lidmaatschap sportvereniging, ingrijpende gebeurtenis, mishandeling, geweld ouders, al dan niet bij iemand terecht kunnen bij problemen. Deze factoren zijn gemeten met de standaardvraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid (zie www.monitorgezondheid.nl/jeugdindicatoren.aspx). Alle antwoorden zijn gedichotomiseerd in 'ja, risicofactor aanwezig' en 'nee, risicofactor niet aanwezig' (zie tabel 5 en 6).

Monitor Volwassenen

In deze monitor worden 'problemen met kinderen' en 'zorgbehoefte' beschouwd als problematiek indicatoren. Problemen met kinderen is gemeten met de vraag: 'Kunt u aangeven op welke gebieden u momenteel problemen of moeilijkheden heeft?' Eén van de antwoordmogelijkheden is 'uw kinderen' (zie www.monitorgezondheid.nl/jeugdindicatoren.aspx).

Zorgbehoefte is gemeten met de vraag: 'Heeft u momenteel behoefte aan deskundige hulp of advies met betrekking tot zorgen over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van uw kind?' Deze vraag komt van de standaard-vraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. De antwoorden zijn gedichotomiseerd in 'ja, behoefte aan zorg' of 'nee, geen behoefte aan zorg'.

De risicofactoren zijn: etniciteit, opleiding ouder, inkomen ouders, éénoudergezin, ouder chronische ziek, ouder met hoog risico op angst/ depressie stoornis, eenzaamheid ouder, ouder slachtoffer geweest, behoefte aan opvoedzorg, buurtbeleving. Deze factoren zijn gemeten met de standaardvraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid (zie www.monitorgezondheid.nl/jeugdindicatoren.aspx). De antwoorden zijn gedichotomiseerd in 'ja, risicofactor aanwezig' en 'nee, risicofactor niet aanwezig' (zie tabel 7 en 8).

3.1.3 Statistische analyses

De analyses zijn apart uitgevoerd per leeftijdsgroep/monitor. Om te kijken of er verschillen zijn in het percentage kinderen met problematiek (verhoogde kans op problematiek) tussen de groep met de risicofactor en de groep waar de risicofactor niet aanwezig is, zijn Chi square analyses uitgevoerd. Logistische regressieanalyse is toegepast om de samenhang van de risico- en beschermende factoren met problematiek te onderzoeken. De onafhankelijke variabelen waren de risicofactoren die significant waren in de univariate analyse en de afhankelijke variabele was de problematiekindicator zoals hierboven is beschreven per monitor. De risicofactoren zijn allemaal tegelijk in één logistisch model gestopt, zodat zicht wordt verkregen op welke factor het sterkst samenhangt met problematiek, gecorrigeerd voor het effect van de andere factoren.

3.2 Resultaten

De resultaten van de analyses zijn weergegeven in de tabellen 1 tot en met 8. In de tabellen zijn de risicofactoren (gevonden in de literatuurstudie) weergegeven die in de huidige monitors beschikbaar zijn en die volgens de univariate analyse significant samenhangen met problematiek. Net als in de indicatorenlijst (bijlage 1) is een indeling gemaakt in kindkenmerken, gezinskenmerken en gezinsfunctioneren. De gecorrigeerde odds ratio's (OR's) in de tabellen geven weer hoe sterk de samenhang is tussen een factor en de problematiek, gecorrigeerd voor het effect van de andere factoren (in een multivariaat logistisch model). Hoe hoger de odds ratio van een bepaalde factor is, hoe groter het risico is op het hebben van problematiek bij aanwezigheid van deze factor. Bijvoorbeeld een oddsratio van 2 betekent een tweemaal hoger risico op problematiek.

3.2.1 Resultaten monitor ouders van 0-4 jarige kinderen

10% van de ouders heeft een verhoogde score op de ervaren belasting in de opvoeding (opvoedproblematiek: OP) en 7% heeft behoefte aan formele hulp of advies. In tabel 1 zijn de risicofactoren weergegeven die significant samenhangen met OP. In de tweede kolom zijn de gecorrigeerde odds ratio's weergegeven van de multivariate analyse waarin alle significante risicofactoren zijn meegenomen in één model. Een streepje betekent dat de betreffende risicofactor niet significant samenhangt met problematiek in de multivariate analyses.

Uit de multivariate analyses blijkt dat onvoldoende informele hulp en steun ervaren een relatief sterke samenhang vertoont met OP. Ditzelfde geldt voor het hebben van behoefte aan formele hulp en advies. Deze drie risicofactoren (informele steun en hulp en formele steun/advies) hebben een odds ratio boven de 2 (zie tabel 1).

Dit houdt in dat de ouders die meer steun of hulp willen, een grotere kans op opvoedproblematiek hebben ten opzichte van ouders die geen steun op hulp willen. Geslacht van het kind, gezinsgrootte en bezoek van peuterspeelzaal/kinderdagverblijf bleken niet significant samen te hangen met OP.

Tabel 2 geeft de resultaten van de analyses weer van de samenhang van de factoren met als afhankelijke variabele behoefte aan formele hulp/advies. In tegenstelling tot de resultaten met OP, blijkt dat het geslacht van het kind (wel of geen jongen) hier wel significant samenhangt met de behoefte aan formele hulp/advies. Ouders van een jongen geven vaker aan behoefte aan hulp/advies te hebben dan ouders van een meisje. Opleiding moeder (laag of niet laag) hangt niet samen met behoefte aan hulp/advies, terwijl deze factor wel significant was bij OP. Uit de multiple logistische regressie blijken vrijwel dezelfde factoren als bij OP samen te hangen met de behoefte aan hulp/advies. Een klein verschil is te vinden voor de factor huilbaby, deze hangt wat sterker samen met zorgbehoefte (OR 2,02) vergeleken met OP (OR 1.57).

Tabel 1: De verschillen in de percentages van ouders met OP tussen risicofactor aanwezig en risicofactor niet aanwezig en gecorrigeerde odds ratio's.

Risicofactoren	Ouders met OP (%)	OR* (Gecorrigeerde odds ratio)	95% BI (Betrouwbaarheidsinterval)
Kind kenmerken			
Huilbaby			
Ja n=889	17.3	1.57	1.28 1.93
Nee n=9057	9.7		
Gezinskenmerken			
Etniciteit			
Niet Westers:		-	- -
Ja n=918	16.0		
Nee n=9108	9.9		
Opleidingsniveau moeder			
Laag (Vmbo-t of lager):		1.31	1.09 1.57
Ja n=1525	14.0		
Nee n=8279	9.8		
Inkomen			
Beide ouders werken niet:		-	- -
Ja n=238	25.6		
Nee=10000	10.0		
Eénoudergezin		1.66	1.17 2.34
Ja n=303	24.1		
Nee n=9734	10.1		
Ingrijpende gebeurtenis**			
Tenminste 1 ooit meegemaakt:		1.69	1.47 1.95
Ja n=3775	15.2		
Nee n=6463	7.5		
Ontvangen van informele hulp			
Zelden of nooit hulp van anderen met alle daagse dingen:		-	- -
Ja n=1328	13.3		
Nee n=8910	9.9		
Onvoldoende ervaren van informele hulp			
Wilt graag meer hulp:		3.54	2.85 4.39
Ja n=624	35.1		
Nee n=9467	8.9		
Steun van familie / vrienden			
Zelden of nooit praten met iemand over problemen:		-	- -
Ja n=396	13.9		
Nee n=9842	10.2		
Onvoldoende ervaren van informele steun			
Wilt graag meer steun:		2.11	1.59 2.81
Ja n=337	41.5		
Nee n=9693	9.4		
Behoeft aan formele hulp/advies			
Ja n=745	29.1	2.66	2.18 3.25
Nee n=9304	9.0		
Problemen			
Weet niet waar heen te kunnen met problemen:		1.40	1.17 1.67
Ja n=1478	15.8		
Nee n=8522	9.6		

* Odds ratio van logistische regressie modellen (waarin alle significante factoren zijn meegenomen).

** Ingrijpende gebeurtenissen (meegemaakt): overlijden van een dierbare, ziekte van kind zelf, ziekte van gezinslid, psychische ziekte van gezinslid, echtscheiding, problemen werk(loos) ouders, conflicten/ruzies binnen 't gezin

- Niet significant in multivariate analyse

Tabel 2: De verschillen in de percentages van ouders met behoefte aan formele hulp/advies-tussen risicofactor aanwezig en risicofactor niet aanwezig en gecorrigeerde odds ratio's.

Risicofactoren		Ouders met behoefte hulp/advies (%)	OR*	95% BI	
Kind kenmerken					
Geslacht					
Jongen:	Ja n=5159	8.6	1.42	1.21	1.67
	Nee n=4884	6.2			
Huilbaby					
	Ja n=889	15.1	2.02	1.62	2.51
	Nee n=9057	6.6			
Gezinskenmerken					
Etniciteit					
Niet Westers:	Ja n=918	10.5	-	-	-
	Nee n=9108	7.1			
Inkomen					
Beide ouders werken niet:	Ja n=238	15.8	-	-	-
	Nee=10000	7.2			
Eenoudergezin					
	Ja n=303	15.2	-	-	-
	Nee n=9734	7.2			
Ingrijpende gebeurtenis**					
Tenminste 1 ooit meegemaakt:	Ja n=3775	11.2	1.82	1.55	2.15
	Nee n=6463	5.2			
Onvoldoende ervaren van informele hulp					
Wilt graag meer hulp:	Ja n=624	22.5	1.65	1.26	2.15
	Nee n=9467	6.4			
Onvoldoende ervaren van informele steun					
Wilt graag meer steun:	Ja n=337	36.8	4.03	3.00	5.40
	Nee n=9693	6.4			
Opvoedingservaring					
Negatieve ervaring:	Ja n=1055	20.6	2.64	2.17	3.22
	Nee n=8994	5.9			
Problemen					
Weet niet waar heen te kunnen met problemen:	Ja n=1478	8.8	-	-	-
	Nee n=8522	7.2			

* Odds ratio van logistische regressie modellen (waarin alle significante factoren zijn meegenomen).

** Ingrijpende gebeurtenissen (meegemaakt): overlijden van een dierbare, ziekte van kind zelf, ziekte van gezinslid, psychische ziekte van gezinslid, echtscheiding, problemen werk(loos) ouders, conflicten/ruzies binnen 't gezin

- Niet significant in multivariate analyse

3.2.2 Resultaten monitor Basis Onderwijs

14% van de onderzochte basisschoolkinderen heeft externaliserende problemen en 6% heeft internaliserende problemen. In tabel 3 en 4 zijn de risicofactoren weergegeven die significant samenhangen met problematiek (externaliserende problematiek in tabel 3 of internaliserende problematiek in tabel 4). Uit de resultaten komt naar voren dat schoolwelbevinden en problemen thuis een relatief sterke samenhang vertonen met zowel externaliserende als internaliserende problematiek (odds ratio's boven de 2). Verder is geslacht een belangrijke factor, zowel bij externaliserend gedrag (jongens) als bij internaliserend gedrag (meisjes). Bij externaliserende problematiek hangt lage welvaartsklasse in een multivariaat model niet meer significant samen met problematiek. Bij internaliserende problematiek is dat het geval voor éénoudergezin.

Tabel 3: De verschillen in de percentages van kinderen met externaliserende problematiek tussen risicofactor aanwezig en risicofactor niet aanwezig en gecorrigeerde odds ratio's.

Risicofactoren	Kinderen met extern.problema- tiek (%)	OR*	95% BI	
Kind kenmerken				
Geslacht				
Jongen: Ja n=2244	18.4	3.21	2.51	4.10
Nee n=2225	7.7			
Gepest				
Meer dan 1 keer in de week gepest afgelopen 4 weken		1.66	1.23	2.29
Ja n=486	17.7			
Nee n=2983	12.5			
Sociale relaties schaal				
Onder gemiddelde totaalscore: Ja n=560	17.7	1.34	1.01	1.80
Nee n=3770	9.2			
School welbevinden				
Onder gemiddelde totaalscore: Ja n=1697	16.6	2.11	1.68	2.64
Nee n=2650	6.8			
Gezinskenmerken				
Welvaartsklasse				
Lage welvaartsklasse: Ja n=182	15.4	-	-	-
Nee n=4053	9.1			
Gezinsfunctioneren				
Problemen thuis				
Ervaart => 2 problemen thuis: Ja n=642	22.1	2.84	2.23	3.62
Nee n=3827	11.6			

* Odds ratio van logistische regressie modellen (waarin alle significante factoren zijn meegenomen).

- Niet significant in multivariaat analyse

Tabel 4: De verschillen in de percentages van kinderen met internaliserende problematiek tussen risicofactor aanwezig en risicofactor niet aanwezig en de gecorrigeerde odds ratio's.

Risicofactoren		Kinderen met intern.problema- tiek (%)	OR*	95% CI	
Kind kenmerken					
Geslacht					
Meisje:	Ja n=2225	8.0	2.15	1.65	2.81
	Nee n=2244	4.4			
Gepest					
Meer dan 1 keer in de week gepest afgelopen 4 weken:	Ja n=486	14.8	1.46	1.30	2.48
	Nee n=2983	5.1			
Sociale relaties schaal					
Onder gemiddelde totaalscore	Ja n=560	15.4	1.87	1.37	2.56
	Nee n=3770	5.0			
School welbevinden					
Onder gemiddelde totaalscore	Ja n=1697	10.1	2.30	1.76	3.00
	Nee n=2650	3.9			
Gezinskenmerken					
Eénoudergezin					
Woont bij één van de ouders:	Ja n=260	10.4	-	-	-
	Nee n=4209	5.4			
Gezinsfunctioneren					
Problemen thuis					
Ervaart 2 of meer problemen thuis:			2.64	2.00	3.49
	Ja n=642	15.6			
	Nee n=3827	4.6			

* Odds ratio van logistische regressie modellen (waarin alle significante factoren zijn meegenomen).

- Niet significant in multivariaat analyse

3.2.3 Resultaten monitor Voortgezet Onderwijs

14% van de middelbare scholieren heeft een verhoogde SDQ en 6% heeft af en toe tot heel vaak suïcidegedachten gehad in de afgelopen twaalf maanden. In tabel 5 zijn de factoren weergegeven die een significante samenhang vertonen met een verhoogde SDQ. Van de kind kenmerken hangen gepest worden, tenminste één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt hebben, spijbelen en niet weten waar heen te kunnen met problemen het sterkst samen met het hebben van een verhoogde SDQ. Van de gezinskenmerken hangen vooral de aspecten van gezinsfunctioneren, zoals geweld tussen ouders en met problemen niet bij ouders terecht kunnen samen met een verhoogde SDQ.

Tabel 5: De verschillen in de percentages van kinderen met een verhoogde SDQ tussen risicofactor aanwezig en risicofactor niet aanwezig en de gecorrigeerde odds ratio's.

Risicofactoren	Kinderen met verhoogde SDQ (%)	OR*	95% BI
Kind kenmerken			
Geslacht			
Jongen: Ja n=5126	12.3	-	-
Nee n=5233	15.0		
Etniciteit			
Niet Westers: Ja n=1879	15.4	-	-
Nee n=9000	13.3		
Schoolniveau			
Vmbo_t of lager: Ja n=4868	17.6	1.41	1.23 1.61
Nee n=5747	10.0		
ziekteverzuim			
Meer dan 5 dagen afgelopen maand afwezig van school door ziekte: Ja n=539	30.6	1.88	1.49 2.39
Nee n=10087	12.5		
Langdurig ziek/ziekenhuisopname			
Ooit meegemaakt: Ja n=2194	19.8	1.19	1.03 1.38
Nee n=8644	12.1		
Spijbelen			
Meer dan 6 dagen afgelopen maand gespijbeld: Ja n=230	37.0	2.02	1.45 2.90
Nee n=10389	12.0		
Gepest			
Minstens 1 maal per week gepest: Ja n=398	46.5	2.94	2.28 3.77
Nee n=10258	12.3		
Schoolbeleving			
Vindt het niet leuk op school: Ja n=4794	20.3	1.93	1.68 2.2
Nee n=5887	8.1		
Lidmaatschap sportvereniging			
Geen lid van sport vereniging: Ja n=2689	18.6	1.28	1.10 1.47
Nee n=8188	12.1		
Ingrijpende gebeurtenis**			
Tenminste 1 ooit meegemaakt en nog problemen mee: Ja n=4726	22.8	2.54	2.19 2.95
Nee n=6119	6.6		
Mishandeling			
Ooit psychisch of lichamelijk mishandeld: Ja n=2485	27.6	-	-
Nee n=8361	9.5		
Problemen			
Weet niet waar heen te kunnen met problemen: Ja n=521	38.4	2.00	1.59 2.52
Nee n=9725	12.2		
Gezinskenmerken			
Welvaartsklasse			
Lage welvaartsklasse: Ja n=232	23.7	-	-
Nee n=10113	13.4		
Geldproblemen ouders			
Ooit meegemaakt: Ja n=1291	30.4	1.70	1.44 2.01
Nee n=8980	11.2		
Eenoudergezin			
Woont bij één van de ouders: Ja n=1032	17.9	1.34	1.08 1.77
Nee n=9846	13.2		

Gezinsfunctioneren					
Geweld ouders					
Ooit meegemaakt:	Ja n=477	34.0	2.28	1.99	2.62
	Nee n=9800	12.6			
Problemen					
Gaait met problemen niet naar ouders:	Ja n=2233	27.1	2.11	1.83	2.44
	Nee n=8013	9.7			

* Odds ratio van logistische regressie modellen (waarin alle significante factoren zijn meegenomen).

** Ingrijpende gebeurtenissen (meegemaakt en/of problemen mee): overlijden van een dierbare, ziekte van kind zelf, ziekte van gezinslid, psychische ziekte van gezinslid, echtscheiding, geldproblemen zelf, geldproblemen ouders, verslaving zelf, verslaving ouders en andere dingen.

- Niet significant in multivariaat analyse

Tabel 6 laat de resultaten zien voor de analyses met suïcidegedachten als afhankelijke variabele. Vooral het hebben meegemaakt van een ingrijpende gebeurtenis, ooit mishandeld zijn, niet weten waar je heen moet bij problemen, frequent gepest worden en met problemen niet naar je ouders gaan, vertonen een sterke samenhang met suïcide gedachten. Verder blijkt dat nagenoeg dezelfde factoren als voor SDQ significant samenhangen met suïcidegedachten. Een verschil is er bij geslacht. Meisjes hebben een verhoogd risico op suïcidegedachten, terwijl jongens vaker een verhoogde SDQ score hebben dan meisjes. Echter in de multivariate analyse hangt geslacht niet meer significant samen met SDQ. Een ander verschil is dat spijbelen, gepest worden en schoolbeleving minder sterk samenhangen met suïcidegedachten dan met een verhoogde SDQ.

Tabel 6: De verschillen in de percentages van kinderen met suïcide gedachten tussen risicofactor aanwezig en risicofactor niet aanwezig en gecorrigeerde odds ratio's.

Risicofactoren		Kinderen met suïcide gedachten (%)	OR*	95% BI	
Kind kenmerken					
Geslacht					
Meisje:	Ja n=5233	8.4	1.79	1.47	2.17
	Nee n=5126	4.5			
Etniciteit					
Niet Westers:	Ja n=1879	8.2	-	-	-
	Nee n=9000	6.1			
Schoolniveau					
Vmbo-t of lager:	Ja n=4868	8.5	1.28	1.07	1.54
	Nee n=5747	4.7			
Ziekteverzuim					
Meer dan 5 dagen afgelopen maand afwezig van school door ziekte:	Ja n=539	15.9	1.63	1.21	2.19
	Nee n=10087	5.8			
Langdurig ziek/ziekenhuisopname					
Ooit meegemaakt:	Ja n=2194	9.2	-	-	-
	Nee n=8644	5.7			
Spijbelen					
Meer dan 6 dagen afgelopen maand gespijbeld:	Ja n=230	18.5	1.59	1.04	2.44
	Nee n=10389	6.0			
Gepest					
Minstens eenmaal per week gepest:	Ja n=398	25.8	2.22	1.65	2.99
	Nee n=10258	5.6			
Schoolbeleving					
Vindt het niet leuk op school:	Ja n=4794	9.5	1.64	1.36	1.98
	Nee n=5887	3.9			
Lidmaatschap sportvereniging					
Geen lid van sport vereniging:	Ja n=2689	9.7	1.26	1.04	1.53
	Nee n=8188	5.4			
Ingrijpende gebeurtenis**					
Tenminste 1 ooit meegemaakt en nog problemen mee:	Ja n=4726	11.8	3.09	2.46	3.88
	Nee n=6119	2.2			
Mishandeling					
Ooit psychisch of lichamelijk mishandeld:	Ja n=2485	14.7	2.30	1.91	2.77
	Nee n=8361	4.0			
Problemen					
Weet niet waar heen te kunnen met problemen:	Ja n=521	21.5	2.07	1.57	2.72
	Nee n=9725	5.6			
Gezinskenmerken					
Welvaartsklasse					
Lage welvaartsklasse:	Ja n=232	19.3	-	-	-
	Nee n=10113	6.1			
Geldproblemen ouders					
Ooit meegemaakt:	Ja n=1291	15.3	-	-	-
	Nee n=8980	5.2			
Eénoudergezin					
Woont bij één van de ouders:	Ja n=1032	9.6	-	-	-
	Nee n=9846	6.1			

Gezinsfunctioneren					
Geweld ouders					
Ooit meegemaakt:	Ja n=477	24.7	1.77	1.35	2.34
	Nee n=9800	5.5			
Problemen					
Gaat met problemen niet naar ouders:					
	Ja n=2233	14.0	2.25	1.86	2.73
	Nee n=8013	4.0			

* Odds ratio van logistische regressie modellen (waarin alle significante factoren zijn meegenomen).

** Ingrijpende gebeurtenissen (meegemaakt en/of problemen mee): overlijden van een dierbare, ziekte van kind zelf, ziekte van gezinslid, psychische ziekte van gezinslid, echtscheiding, geldproblemen zelf, geldproblemen ouders, verslaving zelf, verslaving ouders en andere dingen.

- Niet significant in multivariaat analyse

3.2.4 Resultaten monitor Volwassen (ouders)

4% van de ouders geeft aan problemen met kinderen te hebben en 9% heeft behoefte aan deskundig hulp of advies m.b.t. opvoeding. In tabel 7 zijn de factoren weergegeven die een significante samenhang vertonen met het hebben van problemen met kinderen van ouders. Uit de resultaten blijkt dat zorgbehoefte heel sterk samenhangt met het hebben van problemen met kinderen (odds ratio van 10.07) (zie tabel 7). Verder hangen eenzaamheid en niet westers zijn ook relatief sterk samen met het ondervinden van problemen met kinderen (odds ratio boven de 2). Opleidingsniveau ouder, inkomen (moeite met rondkomen), het hebben van een chronische ziekte en beleving buurt zijn in de multivariate analyses niet meer significant.

Tabel 7: De verschillen in de percentages van ouders met een problemen met hun kinderen tussen risicofactor aanwezig en risicofactor niet aanwezig en de gecorrigeerde odds ratio's.

Risicofactoren		Ouders met problemen met hun kinderen (%)	OR*	95% BI	
Gezinskenmerken					
Etniciteit					
Niet Westers:	Ja n=195	20.0	2.63	1.59	4.38
	Nee n=2171	6.7			
Opleiding ouder					
Laag:	Ja n=321	12.1	-	-	-
	Nee n=2029	7.1			
Inkomen					
Moeite met rondkomen van inkomen:					
	Ja n=484	14.9	-	-	-
	Nee n=1878	6.0			
Eenoudergezin					
	Ja n=197	18.3	1.76	1.07	2.88
	Nee n=2168	6.9			
Ouder chronische ziek					
Minimaal 1 chronische ziekte:					
	Ja n=1157	9.9	-	-	-
	Nee n=1201	5.8			
Ouder met hoog risico op angststoornis /depressie s					
	Ja n=97	30.9	1.85	1.04	3.31
	Nee n=2267	6.8			
Eenzaamheid ouders					
Hoge score eenzaamheid schaal:					
	Ja n=825	14.4	2.10	1.46	3.02
	Nee n=1532	4.1			
Ouder slachtoffer geweest					
Ooit slachtoffer geweest van misdrijf:					
	Ja n=177	20.9	1.95	1.20	3.18
	Nee n=2189	6.8			
Behoeft e aan (formele) hulp/advies bij opvoeding					
	Ja n= 777	19.8	10.07	6.65	15.26
	Nee n=1578	2.0			
Buurtbeleving					
Slecht met elkaar opschieten in de buurt:					
	Ja n=122	18.9	-	-	-
	Nee n=2242	7.2			

* Odds ratio van logistische regressie modellen (waarin alle significante factoren zijn meegenomen).

Herhaling van de analyses met de afhankelijke variabele zorgbehoefte (tabel 8), levert gedeeltelijk andere resultaten op. Etniciteit, opleidingsniveau ouder, angst/depressie hangen niet samen met zorgbehoefte, terwijl deze factoren wel samenhangen met problemen met kinderen. Het hebben van een chronische ziekte en inkomen (moeite met rondkomen) hangt hier ook in de multivariate significant samen met zorgbehoefte, terwijl dit niet het geval was bij problemen met kinderen. Een sterke samenhang is gevonden met problemen met kinderen (odds ratio 8,9).

Tabel 8: De verschillen in de percentages van ouders met zorg behoefte tussen risicofactor aanwezig en risicofactor niet aanwezig en de gecorrigeerde odds ratio's.

Risicofactoren	Ouders met behoefte aan hulp/advies (%)	OR*	95% BI	
Gezinskenmerken				
Inkomen Moeite met rondkomen van inkomen:				
Ja n=484	39.7	1.28	1.02	1.60
Nee n=1878	29.3			
Eenoudergezin				
Ja n=197	40.1	-	-	-
Nee n=2168	30.7			
Ouder chronische ziek Minimaal 1 chronische ziekte:				
Ja n=1157	35.8	1.28	1.07	1.53
Nee n=1201	27.0			
Ouder met hoog risico angst stoornis /depressie				
Ja n=97	55.1	-	-	-
Nee n=2267	30.6			
Eenzaamheid ouders Hoge score eenzaamheid schaal:				
Ja n=825	39.1	1.44	1.18	1.74
Nee n=1532	27.4			
Ouder slachtoffer geweest Ooit slachtoffer geweest van misdrijf:				
Ja n=177	48.9	1.53	1.09	2.15
Nee n=2189	30.2			
Buurtbeleving Slecht met elkaar opschieten in de buurt:				
Ja n=122	42.2	-	-	-
Nee n=2242	30.9			
Gezinsfunctioneren				
Problemen met kinderen				
Ja n= 777	82.4	8.97	6.10	13.21
Nee n=1578	28.7			

* Odds ratio van logistische regressie modellen (waarin alle significante factoren zijn meegenomen).

4. Discussie

Belangrijkste uitkomsten

Uit de jeugdmonitors komt naar voren dat aspecten van de *sociale omgeving* van kinderen een relatief sterke samenhang vertonen met problematiek. Het gaat hierbij zowel om factoren in de *schoolsituatie* (Bijvoorbeeld gepest worden, school niet leuk vinden, schoolverzuim, sociale relaties) als factoren in de *thuisituatie* (bijvoorbeeld problemen thuis, geweld tussen ouders, overlijden van een dierbare, scheiding, niet bij ouders terecht kunnen).

Uit de monitors onder de ouders komt naar voren dat er een sterke samenhang is tussen de ervaren belasting in opvoeden en de behoefte aan steun of hulp. Ouders die vinden dat ze te weinig hulp of steun ontvangen (informeel/formeel) ervaren de opvoeding en/of de kinderen vaker als problematisch/zwaar. Niet alleen de sociale omgeving van het kind, maar ook die van de ouders lijkt dus een belangrijke factor te zijn. Juist deze omgevingsfactoren kunnen een goed aanknopingspunt vormen voor gemeentelijk (preventief) jeugdbeleid. Verder komt uit dit onderzoek naar voren dat de focus van de huidige GGD-monitors sterk op risicofactoren is gericht en dat beschermende factoren onderbelicht zijn.

Operationalisatie indicatoren

Voor de meting van problematiek was alleen op het voortgezet onderwijs een gevalideerd, breed toegepast meetinstrument beschikbaar, namelijk de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1998). Voor de meting van problematiek bij basisschoolleerlingen en de ouders, waren geen meetinstrumenten beschikbaar en zijn enkelvoudige vragen gebruikt of zelf schalen geconstrueerd, waarbij we zelf afkappunten bepaald hebben. De zelfgeconstrueerde schalen zijn niet gevalideerd, waardoor niet met zekerheid te zeggen is in hoeverre er sprake is van 'problematiek' als boven het afkappunt wordt gescoord. Ook inhoudelijk is niet met zekerheid te zeggen of er sprake is van problematiek, bijvoorbeeld bij de monitor onder ouders van 0-4 jarige kinderen is het hebben van negatieve ervaringen met de opvoeding gekozen als een indicator voor problematiek. De literatuur laat zien dat ouders die stress en negatieve ervaringen hebben eerder geneigd zijn fysieke straf te geven als het kind stout (een tik, kind beetpakken) wat kan leiden tot een groter kans op kindermishandeling (van Zeijl et al., 2005; van Rooijen et al., 2013). Daarnaast is de behoefte aan hulp of advies als indicator voor problematiek gekozen. Dit is ook geen directe problematiekindicator, echter deze hangt wel nauw samen met het hebben van problemen met kinderen en negatieve opvoedervaringen.

Om te weten wat voor soort interventies nodig zijn, is het niet alleen van belang zicht te hebben op de **aard** van de problemen, maar ook om zicht te hebben op de **ernst** van de problematiek. In de jeugdzorg wordt hier de STEP (Standaard Taxatie Ernst Problematiek)

(van Yperen (2010) voor gebruikt. Bij de indicatoren in de huidige monitors kan onderscheid gemaakt worden in de mate van ernst van een probleem door het gebruik van verschillende afkappunten (bijvoorbeeld bij de SDQ is er een subklinische en een klinische score), of de mate waarin een probleem voorkomt (bijv suïcidegedachten 'af en toe' of 'heel vaak'). Opgemerkt dient te worden dat het van belang is zich niet alleen op de ernstige problematiek te richten, maar juist ook op de lichtere problematiek. Door hier op te interveniëren (bijvoorbeeld middels preventie of lichtere hulp) kan mogelijk voorkomen worden dat de problematiek zwaarder wordt en (duurdere) tweedelijns hulp nodig is.

Onderzoekspopulatie

De gegevens van de ouders zijn verzameld middels postenquêtes. Alhoewel de respons redelijk was, is er bij postenquêtes vaak sprake van een selectieve respons. Vaak zijn lager-opgeleiden ondervertegenwoordigd, evenals mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, analfabeten of risicogroepen als verslaafden of mensen met (psychische) problemen. Kortom de resultaten van deze monitors moeten met enige voorzichtigheid bekeken worden. Bij de jeugdmonitors, waarbij de dataverzameling op de scholen plaatsvond, is naar verwachting veel minder sprake van selectiebias, omdat de respons op kindniveau hoog was (minimaal 77%) en de non-respons onder scholen aselekt was. Gemist worden wel de kinderen die niet aanwezig waren tijdens de afname van de vragenlijsten op school, bijvoorbeeld kinderen die ziek waren of spijbelden.

Missende risicofactoren

Niet alle risicofactoren, die uit de literatuurstudie naar voren kwamen, waren beschikbaar in de monitors, of ze konden niet meegenomen worden in de analyses vanwege te lage prevalenties. Met name van de categorie **gezinsfunctioneren** misten een aantal indicatoren, bijvoorbeeld de relatie tussen ouders of de relatie tussen ouder en kind. Uit de literatuur blijkt dat de hechting tussen ouder en kind erg belangrijk is voor de emotionele ontwikkeling van het kind (van Rooijen et al., 2013; Meij, 2011). Het ervaren van steun van de ouders zorgt voor meer zelfvertrouwen bij kinderen (Riksen-Walraven, 1989). Ook het gedrag van ouders (bijvoorbeeld alcohol en drugsgebruik maar ook agressief gedrag), vanuit hun voorbeeldfunctie (Meij en Boendermaker, 2008), en de structuur of onderlinge verstandhoudingen binnen het gezin kunnen van invloed zijn op het functioneren van het kind. De indicatoren over de thuissituatie die wel in de monitors zaten (problematiek thuissituatie bij basisschoolkinderen en bij problemen bij ouders terecht kunnen bij middelbare scholieren) vertoonden een relatief sterke samenhang met problematiek. Kortom de literatuur en deze resultaten laten zien dat gezinsfactoren belangrijk zijn om te meten.

Verder blijkt uit de literatuur dat de **sociale omgeving** van kinderen **buiten het gezin** ook belangrijk is voor het welbevinden van kinderen en het al dan niet ontwikkelen van antisociaal gedrag (Lipsey & Derzon, 1998). Het model van Riksen-Walraven (1989) toont aan dat wanneer kinderen ouder worden, de sociale omgeving steeds belangrijker wordt voor hun ontwikkeling. Uit onze analyses blijkt dat de schoolomgeving een sterke relatie heeft met problematiek. Echter in de monitors missen nog vragen over de sociale omgeving van kinderen buiten school/ na schooltijd. Er wordt wel gevraagd naar sporten, maar niet naar andere vormen van vrije tijdsbesteding, lidmaatschap andere verenigingen dan sport, of het hebben van vrienden buiten school. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat kinderen op school gepest worden, maar buiten school vrienden hebben die hen steunen. Dit kan weer beschermend werken. Doordat nu enkel naar de situatie op school wordt gevraagd, kan er een scheef beeld geschetst worden.

Andere kindfactoren zoals het **IQ** en het **temperament** van het kind zijn volgens de literatuur ook belangrijk maar worden niet gemeten in de huidige monitor. Kinderen met een moeilijk temperament huilen veel, slapen onregelmatig, reageren afwerend op nieuwe indrukken en situaties, hebben minder zelfcontrole en vaker driftbuien. Dit gedrag zorgt voor een verhoogd risico op problemen zoals bijvoorbeeld sociaal isolement of gedragsproblematiek (Schaffer, 2009). Daarnaast vormt het een risicofactor voor opvoedproblematiek. Ouders ervaren meer stress of maken zich vaker zorgen, wat kan lijden tot een verhoogd risico op kindermishandeling (van Rooijen et al., 2013). Kortom het zou wenselijk zijn om vragen over temperament mee te nemen in de monitor. Een laag IQ of het hebben van een verstandelijke beperking is ook een bekende risicofactor in de literatuur (Bot et al., 2013; Stevens et al., 2009; Hermanns et al., 2005; Berger et al., 2004). Ook hoogbegaafdheid kan tot een verhoogd risico op problematiek leiden. Afwijkende interesses en vermogens van deze kinderen kunnen de omgang met leeftijdsgenoten belemmeren (Bot et al., 2013). Deze laatste gegevens zijn lastig te verzamelen via de methodiek van de huidige GGD-monitors (schriftelijke vragenlijsten). Daarvoor zouden andere gegevensbronnen gebruikt moeten worden, bijvoorbeeld het Digitaal dossier van de jeugdgezondheidszorg of diagnosegegevens van cliënten in de GGZ/jeugdzorg.

Missende beschermende factoren

In dit rapport gaat het met name over de risicofactoren van problematiek. Echter het wel of niet voorkomen van problematiek wordt bepaald door de verhouding van draaglast en draagkracht (het balansmodel van Bakker, 1999). De aanwezigheid van beschermende factoren is van belang om tegenwicht te vormen tegen eventuele risicofactoren en zo kunnen zij de kans op problemen verkleinen. De indicatorenlijst die we hebben opgesteld op basis van literatuur bevat een groot aantal beschermende factoren (Bijlage 1). Uit dit onderzoek blijkt dat in de huidige monitors van de GGD nog weinig beschermende factoren zijn opgenomen.

Enkele belangrijke beschermende kindfactoren die missen zijn **zelfvertrouwen**, **zelfredzaamheid** en **ego-veerkracht**. Ego-veerkracht verwijst naar het feit of een individu in staat is effectief om te gaan met risico's en bedreigingen (Werner, 2000). Het zorgt ervoor dat het kind gemakkelijker de strijd met problemen aangaat en wint. Dit kan zorgen voor meer contact met leeftijdsgenoten of dat het kind meer vertrouwen heeft in eigen capaciteiten om eventuele problemen op te lossen (Berger et al., 2004). Daarnaast geeft zelfredzaamheid weer hoe het kind zich houdt, bijvoorbeeld na een ingrijpende gebeurtenis. Deze beschermende factoren zijn belangrijk om toe te voegen aan de monitors, zodat er een duidelijker beeld ontstaat over het uiteindelijke risico van het kind op problematiek. De operationalisatie van deze indicatoren is nog wel lastig. Hoe meet je of een kind zich kan redden na een ingrijpende gebeurtenis? Hoe meet je de eigen kracht van een kind? Aanbevolen wordt om nader onderzoek te doen naar mogelijkheden/meetinstrumenten om aspecten als veerkracht en zelfredzaamheid bij kinderen te meten. Daarnaast missen een aantal beschermende gezinsfactoren in de monitors, zoals de relatie tussen kind en ouder; de ondersteuning, warmte, stimulering die het kind van de ouders krijgt. Dit zijn belangrijke beschermende factoren met betrekking tot het ontstaan van problematiek.

5. Conclusies

- Via de huidige GGD-monitors wordt een flinke hoeveelheid kennis over de jeugd problematiek en de risico- en beschermfactoren verkregen. Met dit rapport is inzicht gecreëerd in de belangrijkste factoren die samenhangen met jeugdproblematiek en risicogroepen daarbij. Een aantal van deze factoren, met name op het terrein van de sociale omgeving van de kinderen (school, buurt) en gezinnen (behoefte aan informele en formele steun/advies) vormen zeker interessante aanknopingspunten voor gemeentelijk jeugdbeleid.
- Op basis van dit onderzoek kunnen de GGD-monitors verder aangepast worden, zodat deze meer gericht zijn op het jeugd(zorg)beleid. Hierbij is nader onderzoek nodig naar de beschikbaarheid van valide meetinstrumenten en de meetbaarheid van een onderwerp binnen de huidige systematiek van de monitors.
- Voor de vertaling van deze beschikbare epidemiologische gegevens naar een preventief jeugdzorg beleid, is het allereerst van belang dat er een goed overzicht is van de beschikbare interventies en informatie over de effecten van deze interventies (en liefst ook de kosteneffectiviteit). Het Nederlands Jeugdinstituut en het Centrum Gezond Leven spelen hierbij een belangrijke rol. De GGD kan, met name op het terrein van signalering en preventie, gemeenten hierin adviseren en ondersteunen. In een aantal gemeenten in de regio Utrecht lopen al experimenten met een nieuwe aanpak, zoals de inzet van wijkteams. De gegevens van de monitors kunnen gebruikt worden om de uiteindelijke effecten van de inzet van deze teams en andere interventies te monitoren en evalueren.

In onderstaand kader zijn tot slot ter inspiratie een aantal suggesties voor beleid weergegeven.

Uit dit onderzoek komen een aantal aanbevelingen voor preventie naar voren. Bijvoorbeeld het bevorderen van ‘positief opvoeden’ en het ondersteunen en adviseren over opvoeden aan ouders. Door vergroting van de kennis van de ouders neemt de behoefte aan zorg mogelijk af. Daarnaast wordt hiermee mogelijk opvoedproblematiek voorkomen of wordt verergering van problemen tegengegaan zodat verwijzingen naar specialistische voorzieningen kunnen worden voorkomen (Meij, 2011).

Verder is het zeker interessant, gezien het feit dat de overheid meer wil gaan vragen van de inzet van burgers en meer uit wil gaan van de eigen kracht van jeugdigen, gezinnen en hun sociale netwerken, om te kijken hoe ouders gestimuleerd kunnen worden in het verbreden van hun sociale netwerk. De literatuur toont aan dat wanneer ouders over problemen kunnen praten en advies krijgen over zaken rondom de kinderen, dit hun steun geeft en zelfvertrouwen in het opvoeden (De Roos et al., 2011).

Een veilige sociale omgeving en sociaal netwerk is ook belangrijk voor kinderen. Kinderen krijgen hierdoor sociale competenties (inleven in anderen, samenwerken, helpen van anderen) maar ook kunnen ze met andere kinderen over dingen praten (hierdoor voelen kinderen zich minder eenzaam en het voorkomt conflicten/lost problemen op) (Lipsey & Derzon, 1998). Enerzijds kan men dit bevorderen op school (bijvoorbeeld het creëren van een veilige schoolomgeving en de aanpak van pesten). (zie ook www.schoolkracht.nl). Daarnaast kan het creëren van (betaalbare) activiteiten buiten school of het bevorderen van de toegankelijkheid van bestaande buitenschoolse activiteiten (bijvoorbeeld door gerichte subsidiering van minder draagkrachtige gezinnen voor de duurdere activiteiten) een positieve bijdrage leveren.

6. Literatuurlijst

1. Alink, L., van IJzendoorn, R., Vakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). Kindermishandeling in Nederland anno 2010. De tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen. Leiden: Universiteit Leiden/TNO.
2. Van Baar, A.L., den Ouden, A.L., & Kollée, L.A.A. (2000). Ontwikkeling van kinderen met perinatale risicofactoren: theoretische achtergrond, literatuurgegevens en implementatie in de praktijk. *Tijdschrift voor de Kindergeneeskunde*, 68, 6, 210-216.
3. Bakker, I., Bakker, K., van Dijke, A., & Terpstra, L. (1998). 0+0=02. Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. – BALANSMODEL
4. Berger, M., ten Berge, I., & Geurts, E. (2004). Samenhangende hulp: interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders. Utrecht, NIZW Jeugd.
5. Bot, S., de Roos, S., Sadirah, K., Keuzenkamp, S., Van den Broek, A., & Kleijnen, E. (2013). Terecht in de Jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
6. Ten Brink, L., & Veerman, J. (1998). Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. In J. Bosch & H. Bosma & G.R. vd A & W. Ruijsenaars & A. Vyt (Eds.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 3 (1998-1999)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
7. Van den Broek, Kleijnen en Bot (2010) Sociaal Cultureel Plan bureau.
8. Bucx, F., & de Roos, S. (2011). Opvoeden in Nederland. In: F. Bucx, gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland (p. 152-179). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
9. Counts, J.M., Buffington, E.S., Chang-Rios, K., Rasmussen H., & Preacher, K.J. (2010). The development and validation of the protective factors survey: A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34, 762-772.
10. Dorsselaer, S. van, Vermeulen-Smit, E., de Looze, M., de Roos, S., Verdurmen J., ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2010). HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
11. Van Eijk, L., Verhage, V., Noordik, E., Reijneveld, M., Knorth, E. (2013). TakeCare; een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg. Provincie Groningen
12. Einde-Bus, A.E.M. van den, Goldschmeding, J.E.J., Tielen, L.M., de Waart, F.G., & van de Looij-Jansen, P.M. (2010). Jongeren die opgroeien met een langdurig ziek, gehandicapt of verslaafd familielid: reden tot zorg. *TSG*, jg. 88, p.79-88.

13. Goodman R, Meltzer H, & Bailey V (1998). The strength and difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child & Adolesc Psych*, 7, 125-30.
14. Groenendaal, J.H.A., & van Yperen, T.A. (1994). Beschermende en bedreigende factoren. In Rispens e.a. (1994). Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
15. Handreiking voor het melden aan de Verwijsindex. (2009).
16. Hermanns J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005b). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. www.operatie-jong.nl
17. Lipsey, M.W., & Derzon, J.H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. Farrington (red.). Serious and violent juvenile offenders, 86-105. Thousand Oaks: Sage.
18. Van der Loos, P., & Wever, Y. (2008). De Vraagontwikkeling in de Jeugdketen in de stadsregio Rotterdam. Den Haag: B&A Consulting bv.
19. MacKenzie, M.J., Nicklas, E., Brooks-Gunn, J., & Waldfogel, J. (2011). Who spansks infants and toddlers? Evidence from the fragile families and child well-being study. *Children and Youth Services Review*, 33, 1364-1373.
20. Meij, H., & Boendemaker, L. (2008). Oorzaken en achtergronden van een problematische ontwikkeling. Nederlands Jeugd Instituut.
21. Potijk, M.R., de Winter, A.E., Bos, A.F., Kerstjens J.M., & Reijneveld, S.A. (2011). Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. *Archives of Disease in Childhood*, DO110.1136/adc.2011.300131.
22. Riksen-Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag en interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23, 16-23.
23. Roest, A., Lokhorst, A.M., & Vrooman, C. (2010). Sociale uitsluiting bij kinderen: omvang en achtergronden. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
24. Roisman, G.I., Aquilar, B., & Egeland, B. (2004). Antisocial behavior in the transition to adulthood: The independent and interactive roles of developmental history and emerging developmental tasks. *Development and Psychopathology*, 16, 857-871.
25. Ronan, K.R., Canoy, D.F., & Burke, K.J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles, *Australian Psychologist*, 44, 195-213.
26. Van Rooijen, K., Bartelink, C., & Berg, Tijne (2013). Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling.

27. De Roos, S., Bucx, F., & Geijer, M. (2011). Gezondheid en probleemgedrag van kinderen: de rol van ouders en de bredere opvoedingsomgeving. In: Bucx, Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland (p.197-222). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
28. Sampson, R.J., & Laub, J.H. (1993). *Crime in the making*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
29. Schaffer, D.R. (2009). *Social and Personality Development*. Wadsworth: Cengage learning.
30. Sieh, D.S., Visser-Meily, J.M.A., & Meijer, A.M. (2012). Differential outcomes of adolescents with chronically ill and healthy parents. *Journal of Child and Family studies*, DOI 10.1007/s20826-012-9570-8.
31. Stevens, J., Pommer, E., van Kempen, H., Zeijl, E., Woittiez, I., Sadiraj, K., Gilsing, R., & Keuzenkamp, S. (2007). *De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
32. Verheij, F., & van Doorn, E.C. (2008). *Ontwikkeling en leren: Psychiatrie op school*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
33. Verhulst, F.C. (2006). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
34. Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/ Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/ TNO Kwaliteit van Leven.
35. Zwaluw, C. van der (2011). *Genes in a bottle: The interplay between the social environment, individual characteristics and genetics in alcohol use* (proefschrift). Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
36. Winter, M. de (2011). *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding. Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding*. Amsterdam: SWP.
37. Van Yperen, T (2013). *Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor voor jeugd*. Oratie. Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.

7. Bijlage 1

Indicatorenlijst

Problematiek

<i>Psychosociaal functioneren jongeren</i>	<i>Aanwezig & operationalisering in huidige monitors?</i>
Emotionele problemen: introvert gedrag, angstproblemen, stemmingsproblemen (incl. depressie)	<u>Monitor VO:</u> SDQ vragenlijst (totaal score), subscore emotionele problemen, suïcidegedachten/ pogingen (af en toe tot vaak afgelopen jaar)
Gedragsproblemen (druk en impulsief gedrag, opstandig en antisociaalgedrag (ook incl. ADHD, ODD)	<u>Monitor BO, VO:</u> SDQ subscores hyperactiviteit, gedragsproblemen, sociale problemen, Frequent zelf pesten (>1x per week in afgelopen 3 maanden) <u>Monitor BO:</u> Agressie-schaal, delinquent gedrag-schaal
Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(s(ontwikkeling): problemen met competentiebeleving, problemen in de gewetensvorming/morele ontwikkeling, identiteitsproblemen (ook incl. borderlinestoonis)	<u>Monitor BO:</u> Faalangst-schaal, Zelfvertrouwen-schaal
Gebruik van middelen/verslaving: alcohol, allerlei soorten drugs/middelen, problematisch gebruik van nicotine	<u>Monitor VO:</u> Afgelopen 4 weken drugs (soft/harddrugs) gebruikt, Binge-drinken (> 3x in afgelopen 4 weken)
Overige psychosociale problemen: problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen, overmatige stress, automutilatie, anders (incl. ASS)	<u>Monitor VO:</u> Automutilatie (meerdere keren), problemen hebben met ingrijpende gebeurtenissen
<i>Cognitieve ontwikkeling jeugdige</i>	
Problemen in de cognitieve ontwikkeling	<u>Monitor BO:</u> Faalangst-schaal, concentratieproblemen-schaal
<i>Gezin en opvoeding</i>	
Ontoereikende kwaliteit van de opvoeding	<u>Monitor BO:</u> Schaal Thuis problemen <u>Monitor 0-4jr:</u> Schaal 'ervaren belasting in de opvoeding'. Afgelopen maand zorgen gehad over opvoeding/gedrag/ontwik. kind <u>Monitor Volw (extra module):</u> Afgelopen jaar zorgen gehad over opvoeding/gedrag/ontwik. kind Momenteel problemen met uw kinderen
Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van jeugdige in het gezin	<u>Monitor VO:</u> Ingrijpende levensgebeurtenissen (meegemaakt en nog problemen mee) DDJGZ : AMK meldingen
Problemen in sociaal netwerk (problemen in familierelaties, gebrekkig sociaal netwerk gezin)	<u>Monitor 0-4jr:</u> Ouders onvoldoende steun/hulp uit hun sociale omgeving ervaren <u>Monitor Volw:</u> Sociale eenzaamheid
Problemen in omstandigheden gezin (huisvesting, financieel, problemen met hulpverleners, instanties, problematische maatschappelijke positie gezin agv migratie)	<u>Monitor 0-4jr:</u> Beide ouders geen werk <u>Monitor Volw:</u> Problematische schulden, moeite met rondkomen DDJGZ: Balans draaglast/draagkracht, gezinnen die in aanmerking komen voor project 'samen starten': nu nog niet optimaal beschikbaar

Risico- en beschermende factoren

Risico indicatoren Kind	Onderbouwing	Literatuur	Operationalisering in huidige monitors?
Jongen	Verhoogd risico op externaliserende problemen	Zeijl et al., 2005; Bot et al., 2013; Hermanns et al., 2005; van Eijk et al., 2013	<u>Monitor 0-4jr</u> , <u>Monitor BO</u> , <u>Monitor VO</u> : Geslacht jongen (ja)
Meisje	Verhoogd risico op internaliserende problemen	Berger et al., 2004	<u>Monitor 0-4jr</u> , <u>Monitor BO</u> , <u>Monitor VO</u> : Geslacht meisje (ja)
Oudere kinderen (12-17jr)	Problematiek hangt samen met ontwikkelingsfase. Toenemende leeftijd zorgt voor meer problemen.	Zeijl et al., 2005; Bot et al., 2013; van Dorsselaer et al., 2010; van Eijk et al. 2013	<u>Monitor VO</u> : Leeftijd (12 t/m 17) <u>Monitor Volw.</u> : Leeftijd kinderen van respondenten 12 t/m 17 jaar
Te vroeg geboren (>4 weken te vroeg)	Te vroeg geboren kinderen hebben meer problemen in de ontwikkeling. Meer kans op handicaps, verstandelijke beperking en gedragsproblemen.	Bot et al., 2013; Potijk et al., 2011; van Rooijen et al., 2013	DDJGZ
Laag geboortegewicht (<2500gr)	Grotere kans op ontwikkelen van ADHD, autisme, verstandelijke handicaps.	Bot et al., 2013; Stevens et al., 2009; van Baar et al., 2000; Verheij en van Doorn, 2008; van Rooijen et al., 2013	DDJGZ
Couveuse kindje	Na de geboorte het niet vast houden van kind door ouder, kan zorgen voor minder verbondenheid/ kans op slechtere hechting	Bot et al., 2013; van Rooijen et al., 2013	DDJGZ
Huilbaby	Het hebben van een huilbaby verhoogt de kans op opvoedingsproblematiek en kindermishandeling.	Hermanns et al., 2005	<u>Monitor 0-4jr</u> : Huil baby (ja)
Lichamelijke beperking/aandoeningen, langdurig (vaak) ziek	Door lichamelijke beperkingen/ziekte kunnen deze kinderen minder goed meekomen met activiteiten gebruikelijk voor hun leeftijd, zo een vergrote kans op ontwikkelings-achterstanden en daarbij kans op sociale uitsluiting (internaliserende en externaliserende problemen)	Zeijl et al., 2005; Bot et al., 2013; Roest et al., 2010; Berger et al., 2004	<u>Monitor 0-4jr</u> : Langdurige ziekte of handicap kind zelf (meegemaakt) <u>Monitor VO</u> : Frequent verzuim op school vanwege ziekte (=>5dagen afgelopen 4 weken). Langdurige ziekte/ziekenhuisopname zelf (meegemaakt/ niet meegemaakt) DDJGZ
Verstandelijke beperking/ lage intelligentie (IQ < 85)	Geeft ouders veel zorg en duidelijk verband met problematiek van 't kind. Kinderen snappen soms regels niet of snappen niet wat er wordt gezegd.	Bot et al., 2013; Stevens et al., 2009; Hermanns et al., 2005; Berger et al., 2004	x

Hoogbegaafdheid (IQ > 115)	Door afwijkende interesses en vermogens kunnen deze kinderen moeite hebben in omgang met leeftijdgenoten en evt. sociaalisolement of onderpresteren (laagzelfbeeld)	Bot et al., 2013	x
Laag onderwijsvorm/niveau (speciaal onderwijs, vmbo kaderberoepsgerichte leerweg, basisberoepsgerichte leerweg, leerwegondersteunend onderwijs)	De setting van kinderen met andere lage intelligentie kan zorgen voor ontstaan of versterken van (gedrags) problemen. Jongeren zijn geneigd (vooral vanaf pubertijd) elkaars problemen/gedrag over te nemen.	Bot et al., 2013; van Dorsselaer et al., 2010; de Roos et al., 2011; Stevens et al., 2009	<u>Monitor VO:</u> Opleidingsniveau laag (vmbo)
Moeilijk temperament	Deze kinderen huilen veel, slapen onregelmatig, reageren vaak afwerend op nieuwe indrukken en situaties en kunnen driftbuien hebben door frustraties. Zij lopen verhoogde kans op probleemgedrag door gebrek aan zelfcontrole en minder sociale contacten.	Hermanns et al., 2005; Schaffer, 2009; Verhulst, 2006;	x
Sociale omgeving	De sociale omgeving is heel belangrijk voor het welbevinden van kinderen en het al dan niet ontwikkelen van antisociaal gedrag. Bijvoorbeeld opgroeien in een slecht functionerend gezin (zie gezins-factoren), problemen hebben op school en wonen in een buurt met weinig sociale controle kan een negatieve invloed hebben op het welbevinden en gedrag van de jongeren.	Roisman et al., 2004; Lipsey & Derzon, 1998; Hermanns et al., 2005	<u>Monitor 0-4jr:</u> Gebruik van kinderopvang of peuterspeelzaal (nee) <u>Monitor BO:</u> Schaal welbevinden op school, schaal sociale relaties, Frequent gepest op school (> 1x pw afgelopen 4 weken) Lid sportclub (nee) <u>Monitor VO:</u> Goede vrienden op school (nee geen enkele), Leuk op school (nee gaat wel tot vreselijk), Frequent gepest (> 1x pw afgelopen 4 weken), Lid sportclub (nee), spijbelen (>6 lesuren afgelopen 4 weken)

Risico Indicatoren Gezin	Onderbouwing	Literatuur	Operationalisering in huidige monitors?
Lichamelijke & psychische (chronische) problemen/ziekte/aandoening ouders of ander gezinslid, inclusief verslaving.	Ouder kan minder of inconsistente aandacht voor het kind opbrengen. Kind moet evt. helpen met taken voor ouders (mantelzorg) waardoor er minder tijd voor sociale aangelegenheden is. Confrontatie met pijn en beperkingen van de zieke ouder en evt. onzekerheden over het verloop kan verdriet, angst en boosheid te weeg brengen. En evt. verhoogde kwetsbaarheid voor middelengebruik.	Bot et al., 2013; de Veer en Francke, 2008; Sieh et al., 2012; van Rooijen et al., 2013; van der Zwaluw, 2011; Einde-bus et al., 2010; van Schoonhoven en Sybesma, 2010; Hermanns et al., 2005	Monitor 0-4jr: Langdurige ziekte of handicap gezinslid, Psychische problemen ouders of problemen drank of verslaving bij gezinslid (ja) <u>Monitor VO:</u> Verslaving ouders, Psychische ziekte ouders, Lichamelijke aandoening ouders (meegemaakt en problemen mee) <u>Monitor Volw (aparte module):</u> Alcoholverslaving/afhankelijkheid (> 2 items ja's), Overmatige drinker, totaalscore (ja, >21 glazen pw (mannen) of > 14 glazen pw (vrouwen)) Drugs gebruik (ja >1x in afgelopen jaar), Chronische aandoening en daardoor belemmering in dagelijkse bezigheden (sterk belemmering), Psychische problemen (langere tijd afgelopen 12 maanden) DDJGZ
Ouders met jeugdtrauma (mishandeld of negatieve gezinservaring)	Zij kunnen dit meenemen in hun opvoeding van hun eigen kinderen en bijvoorbeeld daardoor autoritaire/strengere opvoedingsstrategieën hanteren met voornamelijk straffen en negeren. Dit kan leiden tot verhoogde risico op problematiek bij het kind.	Hermanns et al., 2005; van Rooijen et al., 2013	<u>Monitor Volw (aparte module):</u> Ooit slachtoffer geweest lichamelijk geweld, emotioneel geweld, huiselijk geweld of seksueel misbruikt (ja), Scheiding ouders (ja) DDJGZ
Eenoudergezin	Maken vaker gebruik van jeugdzorg doordat ze minder sociale steun in hun omgeving hebben. Uit onderzoek blijkt dat alleenstaande ouders een negatievere beleving van de opvoeding hebben. Ze ervaren meer opvoedingstress, maar ook door het gemis van partner en minder financiën. Dat kan invloed hebben op kinderen, zo hebben zij vaker emotionele en gedragsproblemen en problemen met leeftijdgenoten.	Bot et al., 2013; Bucx en De Roos, 2011; Stevens et al., 2009; Hermanns et al., 2005	<u>Monitor 0-4jr, Monitor BO, Monitor VO, Monitor Volw.:</u> Eenoudergezin (ja) <i>*Atlas (CBS, huishoudensstatistiek)</i> DDJGZ

Laagopgeleide moeder (Hoogst voltooide opleiding: LO, vmbo, mavo)	Vaker problemen in de opvoeding en verhoogde kans op leerproblemen bij kind.	Bucx en De Roos, 2011; Nagin & Tremblay, 2001; van den Broek et al., 2012	<u>Monitor 0-4jr & Monitor Volw.:</u> Hoogst voltooide opleiding (laag)
Tienermoeder (moeder jonger dan 20 jaar)	Beperkte levenservaring, economisch onzelfstandig, school gaan/studerend en weinig tijd zorgt voor verhoogd risico op problemen in opvoeding. Daarnaast voor de moeder zelf (die als ze bijv <18 is zelf ook nog kind is) verhoogde kans op psychosociale problematiek en fysieke problemen (bij hele jonge moeders)	Bot et al., 2013; Hermanns et al., 2005; van Lee et al., 2009	<u>Monitor 0-4jr:</u> Geboortearmoede & leeftijd kind *Atlas (CBS), aantal moeders <20 jr DDJGZ
Laag inkomen/armoede/ werkloosheid ouders (te laag voor basisbehoeften en min. Kosten van ontspanning en sociale participatie) (±981 euro)	Ouders zijn niet in staat zorg te dragen voor een minimum wenselijk niveau van voorzieningen voor het kind. Door de zorgen, inspanning voor een inkomen kunnen zij oudertaken minder goed volbrengen. Door minder financiën gebruiken ouders minder goede voorzieningen. Kind kan zo leerproblemen en emotionele problemen krijgen.	Bot et al., 2013; Bucx en De Roos, 2011; Stevens et al., 2009; Hermanns et al., 2005; van den Broek et al., 2012	<u>Monitor 0-4jr:</u> Problemen met werk of werkloosheid van ouders (moeder & vader geen betaald werk) <u>Monitor BO:</u> Gezinswelvaarsvragenlijst (laag) <u>Monitor VO:</u> Gezinswelvaart vragenlijst (laag), Geldproblemen ouders (meegemaakt) <u>Monitor Volw(aforte module):</u> Moeite gehad rond te komen (ja), Gezamenlijk inkomen bestaat alleen uit AOW (ja), Momenteel problemen met uw financiën (ja) * Atlas (CBS), uitkeringsgerechtigden (werkloosheidsuitkeringen, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, bijstandsuitkeringen)
Allochtone afkomst (Niet westers) / Niet Nederlands sprekende ouders	Het verschil in cultuur kan problemen met zich meenemen. Zo kunnen de kinderen worstelen met de 2 culturen of taalachterstand oplopen. Daarbij lossen deze gezinnen problemen niet op omdat ze denken dat het niet in hun handen ligt (religie: God/Allah)	Stevens et al., 2009; Hermanns et al., 2005; Roos et al., 2011	<u>Monitor 0-4jr, Monitor BO, Monitor VO & Monitor Volw:</u> Geboorteland moeder niet westers (ja en/of vaders geboorteland niet westers). *Atlas (CBS) DDJGZ
Vluchtelinggezinnen	Door verschil in cultuur en de stress/en evt. trauma van de gebeurtenissen in hun leven hun afkomst, kan problemen met zich meenemen	Van Rooijen et al., 2013	DDJGZ

(recent) Ingrijpende gebeurtenissen in 't gezin (overlijden dierbare, slachtoffer misdrijf etc.)	Minder aandacht van de ouders bij opvoeding. Een ingrijpende gebeurtenis kan daarnaast traumatiserend werken. Kinderen kunnen een lager welbevinden hebben en meer depressieve gevoelens. Het hangt heel erg af hoe kwetsbaar het gezin is, hoe zij tegen de gebeurtenis aankijken, hoe zij ermee omgaan	Tein et al., 2010; Bot et al., 2013; Hermanns et al., 2005;	<u>Monitor -4jr, Vo & Volw (extra module)</u> : Ingrijpende gebeurtenissen: mishandeling, overlijden dierbare, ziekte kind, ziekte gezinslid, psychische ziekte gezinslid, echt scheiding, geweld ouders, zelf verslaving, verslaving ouders, andere problemen (meegemaakt en nog problemen mee)
Zorgelijk gezinsfunctioneren		Hermanns et al., 2005; Roos et al., 2011; Farrington, 2003; Sampson en Laub, 1993; Hermanns et al., 2005; Riksen-Walraven 1989; Van Rooijen et al., 2013	<u>Monitor 0-4jr</u> : Conflicten of ruzies binnen t gezin (meegemaakt) <u>Monitor BO</u> : Vind je het gezellig thuis, voel je je thuis vaak alleen staan, is er veel ruzie thuis (> 2 problemen thuis) <u>Monitor VO</u> : Naar wie ga je toe als je problemen hebt (niet naar je ouders) Geweld tussen je ouders (meegemaakt) <u>Monitor Volw</u> : Slachtoffer huiselijk geweld (meegemaakt)
Conflicten in 't gezin (o.a. tussen partners)	Groter risico voor de kinderen om emotionele problemen te krijgen.		
Ouders die weinig verbondenheid tonen naar elkaar/ zwakke binding ouders-kind/ ouders die hun kind als ongewenst zien / weinig steun tonen	Deze gedachte/houding speelt door in de opvoeding van het kind, waardoor kind groter risico heeft problemen te krijgen. Dit kan bijv. zorgen voor emotionele problemen bij kind. Kinderen die thuis weinig steun ervaren, bijvoorbeeld in hun sport of schoolprestaties, ontwikkelen minder vertrouwen in zichzelf en anderen		
Ouders die antisociaal gedrag tonen/ geen respect voor de maatschappij hebben of verbale agressie en negatieve emoties tonen	Vaak komen ouders ook in aanraking met de politie en kunnen ze niet omgaan met stress of gevoelens en gebruiken verbale agressie als oplossing. Kind kan dit gedrag overnemen.		
Ouders die emoties kind niet/minder goed herkennen	De communicatie loopt niet goed in het gezin, kind krijgt niet de juiste aandacht.		
Ouders met gebrek aan zelfwaardering / slecht omgaan met stress	Ze hebben al problemen van zichzelf en kunnen niet goed omgaan met problemen van kind of de moeilijke omstandigheden.		
Communicatie tekorten van ouders naar kind/ geen goede opvoed strategieën	Autoritaire opvoedstrategieën; belonen, straffen en negeren kunnen leiden tot meer psychosociale problemen.		
Geen dagelijkse structuur/routine in 't gezin	Bij deze gezinnen is het kind vaak niet de prioriteit en dus wordt er geen rekening mee gehouden, de routine wordt vaak door iets anders bepaald (werk/verslaving etc.)		

Beschermende factoren Kind	Verklaring	Literatuur	Operationalisering in huidige monitors?
Makkelijk temperament	Sommige kinderen gaan van nature makkelijker de strijd met problemen aan. Ze zijn stabiel in emotionaliteit en hebben een actieve en alerte instelling.	Werner 2000, Ten Brink en Veerman 1998; Ronan et al., 2009	x
Goede intelligentie (IQ)	Wanneer kinderen beschikken over een goede intelligentie zijn ze beter bestand tegen negatieve invloeden van stressoren	Werner 2000, Groenendaal & van Yperen, 1994, Ten Brink en Veerman 1998	x
Ego-veerkracht	Het vermogen om flexibel en vasthoudend te reageren in probleemsituaties verkleint het risico op problemen.	Berger et al., 2004; Werner 2000, Ten Brink en Veerman 1998; Ronan et al., 2009	X
Zelfwaardering en vertrouwen in zichzelf/ self-efficacy	Zelfwaardering en zelf vertrouwen bij een kind kan zorgen voor meer contact leeftijdsgenoten en minder snel in de put bij problemen. Kind heeft meer vertrouwen in de eigen capaciteiten om zelf te kunnen bijdragen aan het voorkomen en oplossen van problemen.	Berger et al., 2004; Ronan et al., 2009	<u>Monitor BO:</u> Schaal zelfvertrouwen
Goede sociale competentie	Goede sociale competentie leidt tot meer contact met leeftijdsgenoten. Sociaal contact is heel belangrijk op problemen te voorkomen.	Berger et al., 2004	<u>Monitor BO:</u> Schaal sociale relaties, Schaal agressie
Weten dat je zelf in controle bent over je leven	Kind heeft meer een interne locus of control wat duidt op het besef dat je zelf ook kunt bijdragen aan het voorkomen en oplossen van problemen	Ronan et al., 2009	<u>Monitor BO:</u> Schaal assertiviteit, Schaal faalangst
Sociale omgeving kind (leerkracht, leeftijdsgenootjes, familie, buuren)	Veilige buurt zorgt voor veilig buiten spelen en bij andere kinderen over de vloer komen, hierdoor zijn zij eerder/meer geneigd anderen te helpen en rekening te houden met anderen en hebben minder problemen in de omgang met anderen. Het heeft een bufferende werking. Door sociale contacten leert het kind over verschillende levensdomeinen, kind krijg cognitieve en emotionele ondersteuning. Kind krijgt zelf vertrouwen. Hierdoor zal het kind weerbaarder zijn voor problemen	Werner 2000, Groenendaal & van Yperen, 1994, Ten Brink en Veerman 1998	<u>Monitor 0-4jr:</u> Gebruik van kinderopvang of peuterspeelzaal (nee) <u>Monitor BO:</u> Schaal schoolwelbevinden, Schaal sociale relaties, Frequent gepest op school (> 1 keer pw afgelopen 3 mnd) <u>Monitor VO:</u> Goede vrienden op school (ja veel tot een enkele/ nee geen enkele), Leuk op school (nee gaat wel tot vreselijk), Frequent gepest (> 1x pw afgelopen 3 mnd)

Beschermende factoren Gezin	Verklaring	Literatuur	Operationalisering in huidige monitors?
Hoog opleiding ouders (Hoogstvoltooide opleiding: Hbo, Universiteit)	Zij willen zich graag laten informeren of hebben meer de drang om zich van informatie over opvoeden en aanpak van pubers te voorzien.	Bot et al., 2013	Monitor 0-4jr & Monitor Volw.: Hoogst voltooide opleiding (hoog)
Ondersteunende, warme & ontwikkeling stimulerende houding van ouders (complimenten en knuffelen)	Hierdoor krijgen kinderen meer zelfvertrouwen en dit werkt positief	Werner 2000, Groenendaal & van Yperen, 1994, Ten Brink en Veerman 1998; Ronan et al., 2009	x
Sociale context/steun aan ouders (werkomgeving ouders, familie, vrienden, gemeenschap)	Ouders kunnen met problemen naar anderen toe, ze kunnen er over praten en advies krijgen. Dit geeft hun zelfvertrouwen en ondersteunt hen in het opvoeden.	Werner 2000, Groenendaal & van Yperen, 1994, Ten Brink en Veerman 1998; Berger et al., 2004; Counts et al., 2010; Ronan et al., 2009	Monitor 0-4jr: Krijgt u hulp van familie, vrienden etc. Kunt u praten met familie, vrienden etc. (onvoldoende) Monitor Volw.: Eenzaamheidschaal, de Jong Gierveld (ernstig/zeer ernstig eenzaam)
Veilige hechting van kind aan ouders	Kinderen krijgen hierdoor meer zelfvertrouwen en dit werkt positief	Ronan et al., 2009	x
Vermogen conflicten op te lossen binnen 't gezin	Het wisselt per gezin hoe men omgaat met conflicten en dit bepaalt of er problematiek ontstaat of niet.	Counts et al., 2010	x
Kennis over opvoeding en ontwikkeling	Dit geeft de ouder meer zelfvertrouwen in het opvoeden. Minder autoritaire strategieën voor het opvoeden. Niet alleen straffen en negeren maar ook belonen. Duidelijke communicatie en regels.	Counts et al., 2010	x
Harmonieuze relatie met ondersteunende partner	Als ouder een ondersteunende partner heeft, krijgt de ouder meer zelfvertrouwen, minder eenzaam gevoel.	MacKenzie et al., 2011	x
Bereidheid om hulp te accepteren	Zodra hulp niet gewild is (vooral bij niet-westerse gezinnen/ externaliserende gezinnen), is het lastig om betere opvoeden/groei situatie te creëren.	Ronan et al., 2009	x
Bewustzijn eigen jeugdervaringen en invloed daarvan	Zodra ouders zich bewust hiervan zijn, voorkomt dit herhalingen.	Van Rooijen et al., 2013	x

Zorggebruik

Contact met GGZ	GGZ-casusregister
Contact met CJG vanwege psychosociaal/opvoeding	DDJGZ
Contact met Bureau Jeugd Zorg	Registratie bureau jeugdzorg, VIR