

Terecht in de jeugdzorg

Terecht in de jeugdzorg

Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en
jeugdzorggebruik

Sander Bot (red.)
Simone de Roos
Klarita Sadiraj
Saskia Keuzenkamp
Angela van den Broek
Ellen Kleijnen

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, januari 2013

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het SCP verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het SCP te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2013

SCP-publicatie 2013-2

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: bureau Stijlzug, Utrecht

Omslagillustratie: Thinkstock/Jupiterimages

ISBN 978 90 377 0629 1

NUR 740

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: www.scp.nl

E-mail: info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	9
Samenvatting	11
1 Krijgen de juiste jongeren jeugdzorg? <i>Sander Bot en Saskia Keuzenkamp</i>	16
1.1 Jeugdzorg hoog op de agenda	16
1.2 De jeugdzorg	17
1.3 Van problemen naar jeugdzorggebruik	19
1.4 Onderzoek Jeugd en Opgroeien (OJO)	19
1.5 Leeswijzer	20
Noot	20
2 Determinanten van ernstige kind- en opvoedproblematiek <i>Simone de Roos en Sander Bot</i>	21
2.1 Gezinnen uit balans	21
2.2 Prevalentie van kind- en opvoedproblematiek	24
2.2.1 Kindproblematiek	24
2.2.2 Opvoedproblematiek	25
2.2.3 Kind- en opvoedproblematiek: zorgen maken	26
2.3 Ernstige problematiek; kind- en opvoedproblemen in één maat	27
2.4 Determinanten van ernstige problematiek	28
2.4.1 Kindkenmerken	29
2.4.2 Ouder- en gezinskenmerken	33
2.4.3 Brede omgevingskenmerken	39
2.5 Cumulatie van risicofactoren	41
2.6 Beschermende factoren	43
2.7 Conclusies	45
Noten	46
3 De rol van ingrijpende levensgebeurtenissen bij kind- en opvoedproblematiek <i>Simone de Roos en Sander Bot</i>	49
3.1 Ingrijpende levensgebeurtenissen en problemen	49
3.2 Prevalentie recente ingrijpende levensgebeurtenissen	50
3.3 Samenhang recente levensgebeurtenissen en kind- en opvoedproblematiek	52
3.4 Ingrijpende levensgebeurtenissen en problemen bij kwetsbare gezinnen	57
3.6 Conclusies	59
Noten	60

4	Het gebruik van jeugdzorg <i>Klarita Sadiraj en Saskia Keuzenkamp</i>	62
4.1	Eerste en tweede lijn	62
4.2	Gebruik van de tweedelijnsjeugdzorg nader belicht	63
4.3	Gebruik van tweedelijnsjeugdzorg in relatie tot de awbz	65
4.4	Tweedelijnsjeugdzorg en speciale onderwijsvoorzieningen	67
4.5	Conclusies	68
	Noten	68
5	Het verband tussen ervaren problemen en gebruik van geïndiceerde jeugdzorg <i>Sander Bot</i>	69
5.1	Discrepantie in jeugdzorggebruik?	69
5.2	Verklaringen voor de discrepantie in beide richtingen	72
5.2.1	Achtergrondkenmerken	72
5.2.2	Oriëntatie in de omgang met problemen	74
5.2.3	Tijdig de zorg in, tijdig de zorg uit?	77
5.3	Verklaringen ‘veel problemen, geen gebruik’	80
5.3.1	Gebruik van eerstelijnsjeugdzorg	80
5.3.2	Redenen om geen zorg te vragen	82
5.3.3	Indicatiestelling en wachtlijsten	85
5.4	Verklaringen ‘weinig problemen, wel gebruik’	86
5.4.1	Jeugdzorg verhelpt problemen	86
5.4.2	Jeugdigen met een ooit gestelde diagnose onnodig in de jeugdzorg?	86
5.5	Conclusies	88
	Noten	90
6	Ondersteuning uit de omgeving, preventieve en geïndiceerde jeugdzorg <i>Sander Bot en Klarita Sadiraj</i>	91
6.1	Zorg voor jeugd op verschillende niveaus	91
6.2	Gebruik van ondersteuning uit de omgeving	94
6.3	Hulp uit de nulde en eerste lijn	95
6.4	Samenhang gebruik geïndiceerde en preventieve jeugdzorg	97
6.5	Lagere niveaus jeugdzorg: stimuleren of voorkomen zij zorg van hogere niveaus?	98
6.5.1	Samenhang eerstelijns- en tweedelijnsjeugdzorg op regioniveau	98
6.5.2	De samenhang tussen gebruik van verschillende niveaus van jeugdzorg binnen gezinnen	101
6.6	Conclusie	103
	Noten	105

7	Verschillende groepen, verschillend jeugdzorggebruik? <i>Angela van den Broek, Ellen Kleijnen en Sander Bot</i>	106
7.1	Toegang tot de jeugdzorg voor minderheidsgroepen	106
7.2	Autochtone Nederlanders versus migranten	107
7.2.1	Gebruik van jeugdzorg	107
7.2.2	Verklaringen	109
7.2.3	Conclusie	114
7.3	Opleidingsniveau van ouders	114
7.3.1	Gebruik van jeugdzorg	114
7.3.2	Verklaringen	115
7.3.3	Conclusie	119
7.4	Een- versus tweeoudergezinnen	119
7.4.1	Gebruik van jeugdzorg	120
7.4.2	Verklaringen	121
7.4.3	Conclusie	124
7.5	Conclusies en discussie	125
	Noot	127
8	Determinanten van jeugdzorggebruik: slotbeschouwing <i>Simone de Roos en Sander Bot</i>	128
8.1	Problemen en jeugdzorggebruik	128
8.2	Ouders zijn informanten	128
8.3	Welke gezinnen ervaren problemen?	129
8.3.1	Risicofactoren en problemen	129
8.3.2	Cumulatie van risicofactoren en de rol van beschermende factoren	132
8.4	Gebruik van jeugdzorg en overlap met andere voorzieningen	133
8.5	De match tussen problemen en jeugdzorggebruik	133
8.5.1	Discrepantie problemen en gebruik: de rol van gezinsfactoren	133
8.5.2	Discrepantie problemen en gebruik: aspecten van zorg	135
8.5.3	Discrepantie problemen en gebruik: niet-onderzochte factoren	136
8.5	Tot slot	136
	Noten	137
	Summary	138
	Bijlagen B1, B2 en B3 (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport)	
	Literatuur	143
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	151

Voorwoord

Nadat in 2005 de Wet op de jeugdzorg is ingevoerd, staat de jeugdzorg opnieuw voor een grote verandering. Vanaf 2015 zal zij namelijk onder de verantwoordelijkheid komen van de gemeenten. De financiering van jeugdzorgsectoren komt daarmee in een hand. Dit kan voordelen bieden bij het efficiënt uitvoeren van deze zorg. De hulpverlening is op dit moment nogal gefragmenteerd en jeugdigen met vergelijkbare problematiek krijgen soms vanuit verschillende sectoren hulp. Een breed overzicht van de voorkomende problematiek in gezinnen in Nederland in samenhang met het gebruik van verschillende jeugdzorgvoorzieningen is daarom wenselijk, maar bestond tot op heden nog niet. Dankzij de beschikbaarheid van een enquête onder ruim 25.000 ouders, konden wij hierop inspringen. De nadruk ligt in dit rapport op welke factoren bepalend zijn voor het ontstaan van ernstige kind- en opvoedproblematiek, en welke samenhang er is tussen de gerapporteerde problemen en het gebruik van jeugdzorg.

Uit de resultaten bleek een breed scala van kenmerken van het kind en gezin samen te hangen met het bestaan van problemen bij de ontwikkeling en opvoeding van kinderen. Vooral kenmerken van het kind, zoals het hebben van beperkte verstandelijke vermogens, zijn van belang. Maar ook ouder- en gezinskenmerken hangen hiermee samen, zoals het voorkomen van verslavingsproblemen in een gezin, zij het in mindere mate. Vanzelfsprekend ontvangen vooral de gezinnen met veel problemen gespecialiseerde jeugdzorg. Maar er is ook sprake van een discrepantie tussen gerapporteerde problemen en jeugdzorggebruik. Er zijn dus ook andere factoren die een rol spelen bij het wel of niet ontvangen van jeugdzorg. Er worden hiervoor diverse verklaringen verkend. Zo denken veel ouders bijvoorbeeld dat problemen vanzelf wel weer voorbijgaan, en zoeken daarom geen professionele hulp.

De gegevens waarop dit rapport is gebaseerd zijn verzameld in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nam de kosten daarvan voor zijn rekening. Conceptteksten van het rapport zijn van commentaar voorzien door een begeleidingscommissie waarin prof. dr. Jan Janssens (Radboud Universiteit Nijmegen), dr. Rob Gilsing (Verwey-Jonker Instituut), drs. Corina Brekelmans (GGZ Nederland), drs. Carina van der Beek (Stichting Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West) en dr. Mirjam de Klerk (Sociaal en Cultureel Planbureau) participeerden. Ik dank hen voor hun kritische en constructieve feedback.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Welke gezinnen maken gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen?

Jeugdigen of hun opvoeders die in de problemen komen, kunnen gebruikmaken van jeugdzorg. Het gebruik van deze voorzieningen in Nederland is groot en stijgt al jaren. Tegelijkertijd wijst onderzoek uit dat jeugdigen in Nederland tot de gelukkigste in de wereld behoren. Blijkbaar zijn er in Nederland veel jeugdigen met wie het goed gaat, maar is er ook een substantieel aantal met ernstige problemen.

In dit rapport staat het gebruik van gespecialiseerde, tweedelijnsjeugdzorg centraal. Daarmee doelen we op de provinciale jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz) en de zorg voor jeugd met lichte verstandelijke beperkingen (jeugd-lvb). De vragen die centraal staan zijn:

- 1 Wat zijn de determinanten van het ontstaan van ernstige kind- en opvoedproblematiek?
- 2 Welke samenhang is er tussen de gerapporteerde problemen en het gebruik van jeugdzorg?

Voor de beantwoording van deze vragen is een onderzoek (Onderzoek Jeugd en Opgroeien, OJO) uitgevoerd onder ruim 25.000 ouders van kinderen van 0 tot 18 jaar.

Kenmerken van jeugdigen en gezinnen met problemen

Problemen komen in sommige groepen vaker voor dan in andere groepen. Voordat we bekijken welke mensen gebruikmaken van jeugdzorg is het belangrijk om te weten welke mensen problemen hebben. Bij de problemen die relevant zijn voor de jeugdzorg maken we onderscheid in kind- en opvoedproblemen. Met kindproblematiek bedoelen we gedrags- en psychische problemen bij kinderen. Onder opvoedproblematiek verstaan wij problemen in de opvoeding en ouder-kindrelatie die de ontwikkeling van kinderen negatief kunnen beïnvloeden. Nu zijn er in alle gezinnen wel eens dergelijke problemen. Om in aanmerking te komen voor tweedelijnsjeugdzorg moet er sprake zijn van *ernstige* kind- en opvoedproblematiek en vooral daarnaar is in dit rapport gekeken.

We onderzochten een brede range aan factoren die invloed kunnen hebben op ernstige kind- en opvoedproblematiek, op het niveau van zowel het kind als de ouders en de bredere leefomgeving. Vooral kindkenmerken hangen sterk samen met ernstige problematiek. Jongens, oudere kinderen en kinderen met een laag geboortegewicht hebben iets meer problemen. Verstandelijke beperkingen en langdurige lichamelijke ziekten en aandoeningen hangen samen met een sterk verhoogde kans op ervaren problemen. Dit geldt ook voor jeugdigen die een lage onderwijsvorm volgen.

Ook kenmerken van de ouders spelen een rol. In gezinnen waarin verslaving voorkomt en ouders lichamelijke en psychische problemen hebben, komen veel vaker kind- en opvoedproblemen voor. Wanneer er sprake is van een tienermoeder of een eenoudergezin is de kans op problemen eveneens groter. Gezinnen met een lage opleiding en niet-westerse gezinnen rapporteren daarentegen juist minder problemen.

Ten slotte is de kans op problemen ook groter wanneer er (recent) ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden hebben in het gezin, zoals het overlijden van een naaste en het slachtoffer zijn geweest van een misdrijf of ongeluk. Dit geldt het sterkst voor de meest kwetsbare gezinnen, een groep waarin sprake is van minstens vijf risicokenmerken. Wanneer gezinnen al met meer risicofactoren te maken hebben, kunnen die ingrijpende gebeurtenissen ervoor zorgen dat de draaglast de draagkracht van die gezinnen gaat overstijgen. Dan is de balans tussen draaglast en draagkracht verstoord, wat leidt tot problemen.

De buurt waarin het gezin leeft, heeft nauwelijks samenhang met de mate waarin kind- en opvoedproblemen ervaren worden. Alleen bij gezinnen die wonen in een buurt waar het inkomen gemiddeld laag is, is de kans op problemen iets groter.

Gezinnen met meer risicokenmerken hebben over het algemeen meer problemen. Er wordt wel beweerd dat hoe meer risicofactoren er zijn, hoe groter het gezamenlijk effect daarvan is; dus zeg maar: een plus een is drie. We vonden daarvoor echter geen bewijs. We concluderen dan ook dat er geen aanwijzingen zijn voor dat zogenoemde cumulatieve-effect.

Een ander veel gesuggereerd mechanisme is dat positieve kenmerken (zoals bijvoorbeeld een hoge opleiding van de ouders of een ruim inkomen) beschermend werken tegen het effect van risicokenmerken op problemen. Daarvoor vonden we beperkte ondersteuning. Wanneer er in een gezin sprake is van een hoog opleidingsniveau van het kind en een goede gezondheid van de ouders, verkleint dit de kans enigszins dat er kind- en opvoedproblemen zijn, maar niet veel.

Jeugdzorggebruik

Er wordt door 19% van de gezinnen en jeugdigen in Nederland gebruikgemaakt van jeugdzorgvoorzieningen. Dit betreft zowel de eerste- (vrij toegankelijke) als tweedelijnsjeugdzorg. Van de tweedelijns- (geïndiceerde) jeugdzorg, bestaande uit provinciaal gefinancierde jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en zorg voor licht verstandelijk gehandicapten, maakt 7,5% gebruik. In een deel van de gezinnen wordt van meer dan een van deze soorten zorg gebruikgemaakt.

Discrepantie problemen en jeugdzorggebruik

Wetende welke jeugdigen en gezinnen wel en welke geen ernstige problemen ervaren, konden we bekijken welke van hen gebruikmaken van jeugdzorgvoorzieningen. Dege- nen met meer problemen maken logischerwijs veel vaker gebruik van jeugdzorg. Maar ook bleek voor sommige gezinnen sprake te zijn van een discrepantie tussen de gerap- porteerde problematiek en het gebruik van jeugdzorg. Zo'n 3% van de gezinnen die geen ernstige problemen rapporteerden maakte toch gebruik van tweedelijnsjeugdzorg. En van de gezinnen die wel ernstige problemen rapporteerden, maakt meer dan de helft geen gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen.

We hebben een aantal mogelijke verklaringen voor deze discrepantie verkend. Deze heb- ben deels te maken met kenmerken en overwegingen van gezinnen. Sommige gezinnen maken vaker gebruik van jeugdzorg dan andere gezinnen, hoewel hun problema- tiek even zwaar of zelfs minder zwaar is. Het gaat om gezinnen waarvan de ouders

lichamelijke ziekten en aandoeningen of verslavings- of psychische problemen hebben. En om eenoudergezinnen, gezinnen met zonen, oudere kinderen en kinderen met verstandelijke beperkingen of een lager schoolniveau. Mogelijk raakt de jeugdzorg betrokken bij gezinnen naar aanleiding van bijvoorbeeld een echtscheiding of contacten met verslavingszorg, en blijven deze gezinnen soms in het vizier, hoewel ouders zelf de problemen niet (meer) als ernstig genoeg inschatten.

Gezinnen die eerder in aanraking zijn geweest met jeugdzorg maken mogelijk vaker gebruik van jeugdzorg (dan je op grond van de aanwezige problematiek zou mogen verwachten) omdat ze al bekend zijn met of bij de jeugdzorginstanties. Een aanwijzing voor deze verklaring is dat bij oudere jeugd het jeugdzorggebruik (gecontroleerd voor de problemen) groter is dan bij jongere jeugd.

De discrepantie tussen problemen en gebruik kan deels ook verklaard worden doordat ouders verschillen in de manier waarop ze tegen het ontstaan van problemen en het nut van hulpverlening aankijken. Veel ouders gaven aan dat ze geen reden zagen om gebruik te maken van jeugdzorg; zij vonden de problemen niet zo groot of verwachtten dat deze niet lang zouden duren. Ook geeft een deel aan zelf oplossingen te hebben gevonden. Ouders die meer geneigd zijn te denken dat voor het oplossen van problemen een expert nodig is maken vaker gebruik van jeugdzorg. Degenen die denken dat het komen en gaan van problemen vooral een kwestie van toeval is, maken hiervan juist minder gebruik. De jeugdzorgsector lijkt zelf ook een rol te spelen in de discrepantie tussen problemen en gebruik van jeugdzorg. Veel van de ouders die veel problemen rapporteren maar geen gebruikmaken van jeugdzorg zijn wel in contact geweest met de doorverwijzende instanties voor jeugdzorg. Een deel van hen heeft geen indicatie ontvangen voor gespecialiseerde zorg, terwijl zij dit wel wensten. Het is denkbaar dat gezinnen met problemen wel degelijk zorg ontvangen, maar uit de eerste lijn en niet uit de tweede lijn. Dit bleek echter geen verklaring; ook bij de gebruikers van eerstelijnsjeugdzorg is er een discrepantie met problemen.

Dat sommige gezinnen weinig problemen ervaren, maar wel tweedelijnszorg gebruiken, kan verder komen door positieve effecten van die zorg. Een aanwijzing hiervoor is dat gezinnen die op een wachtlijst staan voor geïndiceerde zorg (zij hebben recht op die zorg) meer problemen rapporteren dan gezinnen die al gebruik maken van die zorg. Tot slot vonden we geen aanwijzingen dat etikettering als gevolg van in het verleden gestelde diagnoses een rol speelt en een verklaring zou kunnen zijn voor de discrepantie tussen aanwezigheid van ernstige problemen en het gebruik van jeugdzorg. Jeugdigen die ooit een diagnose hebben gekregen voor een psychische stoornis of wier intelligentie is getest, ervaren meer problemen dan degenen in de zorg bij wie dit niet gebeurd is. Zij zitten dus niet vaak in de jeugdzorg terwijl er geen ernstige problemen spelen.

Verband informele steun, eerstelijns- en tweedelijnsjeugdzorg

Wanneer opvoeders of jeugdigen problemen hebben, hoeven zij niet per definitie gebruik te maken van tweedelijnsjeugdzorg. Veelal is vanuit de omgeving ook hulp beschikbaar, bijvoorbeeld in de vorm van advies of praktische steun door familie of burens. Ook is het mogelijk dat problemen worden aangepakt door de eerstelijnsjeugdzorg. Men zou kunnen verwachten dat ouders eerst in hun eigen omgeving hulp zoeken

(de 'nulde lijn'), als dat niet voldoende is in de eerste lijn en eventueel vervolgens ook in de tweede lijn. In hoeverre dergelijke zogeheten 'voorliggende' voorzieningen het gebruik van tweedelijnsjeugdzorg kunnen voorkómen, is onduidelijk. Via enkele specifieke analyses probeerden we hierop zicht te krijgen.

Analyses op regioniveau wezen uit dat er sprake is van een negatieve samenhang tussen eerste- en tweedelijnsjeugdzorg: waar meer gebruik wordt gemaakt van eerstelijnsjeugdzorg, is het gebruik van de tweedelijnszorg geringer. Dit kan erop duiden dat het gebruik van preventieve zorg dat van tweedelijnszorg weet te voorkómen. Daarentegen lieten analyses op gezinsniveau zien dat gezinnen met meer problemen vaker gebruikmaken van zowel hulp uit de omgeving als eerstelijns- en tweedelijnsjeugdzorg. Ook hangen de diverse niveaus van hulp positief met elkaar samen: gezinnen die gebruikmaken van steun uit de omgeving maken meer gebruik van eerstelijnsjeugdzorg. En gezinnen die gebruikmaken van eerstelijnsjeugdzorg maken in grotere getale gebruik van tweedelijnsjeugdzorg. Dit kan erop wijzen dat hulp uit de omgeving het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen stimuleert en dat deze voorzieningen op hun beurt een belangrijke rol spelen in het doorverwijzen naar de tweedelijnszorg.

Verschillende groepen, verschillend gebruik

Het is belangrijk dat verschillende groepen in Nederland in dezelfde mate toegang hebben tot jeugdzorg. We hebben voor een aantal bevolkingsgroepen onderzocht of er verschillen zijn in het gebruik van jeugdzorg, en zo ja: welke verklaringen hiervoor aan te dragen zijn. Migrantengezinnen waar sprake is van ernstige kind- en opvoedproblematiek blijken relatief weinig gebruik te maken van (zowel eerstelijns- als tweedelijns)jeugdzorg. Ook ontvangen zij wat minder vaak ondersteuning uit de omgeving dan autochtone gezinnen met dergelijke problemen. Wanneer zij wel gebruikmaken van jeugdzorg is dit in veel gevallen de provinciale jeugdzorg. Minder vaak dan de autochtone gezinnen maken zij gebruik van jeugd-ggz. Een mogelijke verklaring voor het lagere gebruik van jeugdzorg is dat niet-westerse migranten minder geneigd zijn zich bij problemen tot experts te richten en vaker geloven dat toeval een rol speelt in het verloop van problemen.

Gezinnen met laagopgeleide ouders maken juist vaker gebruik van jeugdzorg dan gezinnen met middelbaar of hoogopgeleide ouders. Dat geldt met name voor het gebruik van provinciale jeugdzorg en de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. Zij ontvangen minder steun vanuit de omgeving en maken gebruik van andere eerstelijns-jeugdzorgvoorzieningen (met name Bureau Jeugdzorg en het (school)maatschappelijk werk. Net als niet-westerse migranten zijn zij minder op experts gericht in de oriëntatie omtrent het oplossen van problemen en denken ze vaker dat toeval een belangrijke rol speelt.

Eenoudergezinnen ten slotte maken eveneens vaker gebruik van tweedelijnsjeugdzorg, met name de provinciale jeugdzorg. Van de eerstelijnsvoorzieningen maken ze vaker gebruik van Bureau Jeugdzorg, Centrum voor Jeugd en Gezin en (school)maatschappelijk werk. De alleenstaande ouders denken minder vaak dan de ouders uit tweeoudergezinnen dat problemen wel meevallen of vanzelf over zullen gaan.

Ten slotte

De in dit rapport gebruikte gegevens zijn voor het grootste deel afkomstig van rapportages van ouders. Het is bekend dat de visie van ouders op de problemen van hun kinderen soms anders is dan die van anderen die betrokken zijn bij het gezin, zoals docenten of hulpverleners. Wanneer ouders problemen niet kunnen of willen zien, of juist problemen zien waar deze niet zijn, zal dit ervoor gezorgd hebben dat de uitkomsten van deze studie op sommige vlakken afwijken van de werkelijke situatie. In hoeverre dat zo is, weten we niet. In het algemeen kan echter verwacht worden dat ouders een realistische kijk hebben op de problemen en het welbevinden van hun kinderen. Bovendien is, om problemen zo betrouwbaar mogelijk in kaart te brengen, gewerkt met gevalideerde meetinstrumenten.

In dit onderzoek is voor het eerst voor een breed scala aan factoren nagegaan hoe deze samenhangen met de prevalentie van kind- en opvoedproblemen en het gebruik van jeugdzorg. We vonden dat vooral kenmerken van het kind samenhangen met in de gezinnen ervaren problemen. In het algemeen vonden we dat de gezinnen met ernstige problemen vaker gebruikmaken van jeugdzorg, maar er is ook sprake van een discrepantie tussen problemen en jeugdzorggebruik. Het is dus zinvol om, naast aandacht te hebben voor hoe jeugdzorggebruikers het beste geholpen kunnen worden, ook in het oog te houden of gezinnen wellicht ten onrechte niet bereikt worden, of juist gespecialiseerde, dure hulp ontvangen terwijl dit in hun geval niet nodig is.

1 Krijgen de juiste jongeren jeugdzorg?

Sander Bot en Saskia Keuzenkamp

1.1 Jeugdzorg hoog op de agenda

Met enige regelmaat verschijnen er berichten in de media over problemen van jeugdigen en gezinnen, waarvan sommige zeer ernstig. Algauw wordt dan de vraag gesteld of de jeugdzorg wel adequaat functioneert en of dit niet voorkomen had kunnen worden. Ook bij andere, minder ernstige situaties komt de jeugdzorg om de hoek kijken. Zo werden in februari 2012 drie te dikke kinderen uit een gezin onder toezicht gesteld van een voogd, omdat hun ernstige overgewicht hun ontwikkeling zou bedreigen.

Hoewel het met de meeste kinderen goed gaat en de opvoeding zonder al te grote problemen verloopt, zijn er tal van situaties waarin de ontwikkeling van kinderen in de verdrukking kan komen. Ouders kunnen bijvoorbeeld problemen hebben die een effectieve opvoeding van het kind in de weg staan, kinderen kunnen een handicap hebben of krijgen of een psychische stoornis ontwikkelen. In veel gevallen kunnen problemen door de ouders en het gezin zelf of door de directe omgeving (bijvoorbeeld grootouders of vrienden) opgelost worden, maar dat lukt niet altijd. In de loop der jaren is er een complexe sector ontstaan die zich bezighoudt met jeugd en hun problemen. En het beroep op die hulpverlening is in de afgelopen decennia flink toegenomen. Sinds de invoering van de Wet op de jeugdzorg (2005) hebben jeugdigen met problemen recht op hulp. Wanneer een jeugdige of de opvoeders problemen hebben, dit erkend wordt en er een indicatie wordt afgegeven, is de overheid verplicht hulp aan te bieden. Die hulp is echter niet altijd direct beschikbaar. Vaak zijn er wachtlijsten.

Aan de ene kant zijn er dus incidenten die de vraag oproepen of kinderen met problemen wel voldoende in beeld zijn bij de jeugdzorg en geholpen worden. Aan de andere kant neemt het aantal cliënten van de jeugdzorg toe. De kosten van jeugdzorg stijgen daardoor en de vraag rijst of er tegenwoordig niet te snel en te vaak een beroep op jeugdzorg wordt gedaan.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws), dat primair verantwoordelijk is voor het stelsel van jeugdzorg, heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (scP) gevraagd ramingen te maken over de te verwachten ontwikkelingen in het gebruik van jeugdzorg. In 2009 verscheen het eerste ramingsmodel (Stevens et al. 2009) en momenteel wordt gewerkt aan een verbeterde versie. Parallel daaraan heeft het scP een meer inhoudelijk onderzoek gedaan naar de relatie tussen het voorkomen van problemen bij jeugdigen en opvoeders en het gebruik van jeugdzorg. Dit rapport bevat het verslag daarvan. De volgende vragen zullen worden beantwoord:

- 1 Wat zijn de determinanten van het ontstaan van ernstige kind- en opvoedproblematiek?
- 2 Welke samenhang is er tussen de gerapporteerde problemen en het gebruik van jeugdzorg?

1.2 De jeugdzorg

Wat tegenwoordig allemaal wordt aangeduid met de term ‘jeugdzorg’ is in feite een ingewikkeld geheel van instanties. De jeugdzorg is ontstaan in het verlengde van verschillende disciplines (pedagogisch, juridisch, psychologisch en medisch) en Nederland kent dan ook tal van hulpverleningsinstellingen, met (tot voor kort) elk hun eigen financieringssysteem. Het huidige overheidsbeleid is erop gericht deze instanties onder een noemer en financieringsstelsel te laten vallen. Dat laat echter onverlet dat het voorzieningstelsel als zodanig nog vrij complex is en zal blijven. Daarom is het goed een globale schets te geven van de jeugdzorg.

Allereerst is het van belang wat te zeggen over het onderscheid tussen de eerste en tweede lijn. Bij de eerste lijn gaat het om voorzieningen waar iedereen toegang toe heeft. In het geval van problemen met de ontwikkeling of opvoeding van jeugdigen gaat het bijvoorbeeld om de jeugdgezondheidszorg (het consultatiebureau en de schoolarts), het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en MEE (voor lichte ondersteuning aan jeugdigen met een handicap, functiebeperking of chronische ziekte).

Bij de tweedelijnsjeugdzorg gaat het om gespecialiseerde voorzieningen, waarvoor een indicatie nodig is. Deze tweede lijn staat in ons rapport centraal. Een belangrijke rol wordt hier gespeeld door het Bureau Jeugdzorg (BJZ). Deskundigen van de BJZ's beoordelen of jeugdigen zorg nodig hebben. Gezinnen ontvangen in dat geval een zogenoemde indicatie. In zo'n indicatiebesluit staat op welke zorg een gezin aanspraak kan maken en voor hoe lang. Ook staat erin welke doelen gehaald dienen te worden met de inzet van de hulp. De jeugdige en het gezin kunnen vervolgens terecht bij een zorgaanbieder voor het uitvoeren van de zorg.

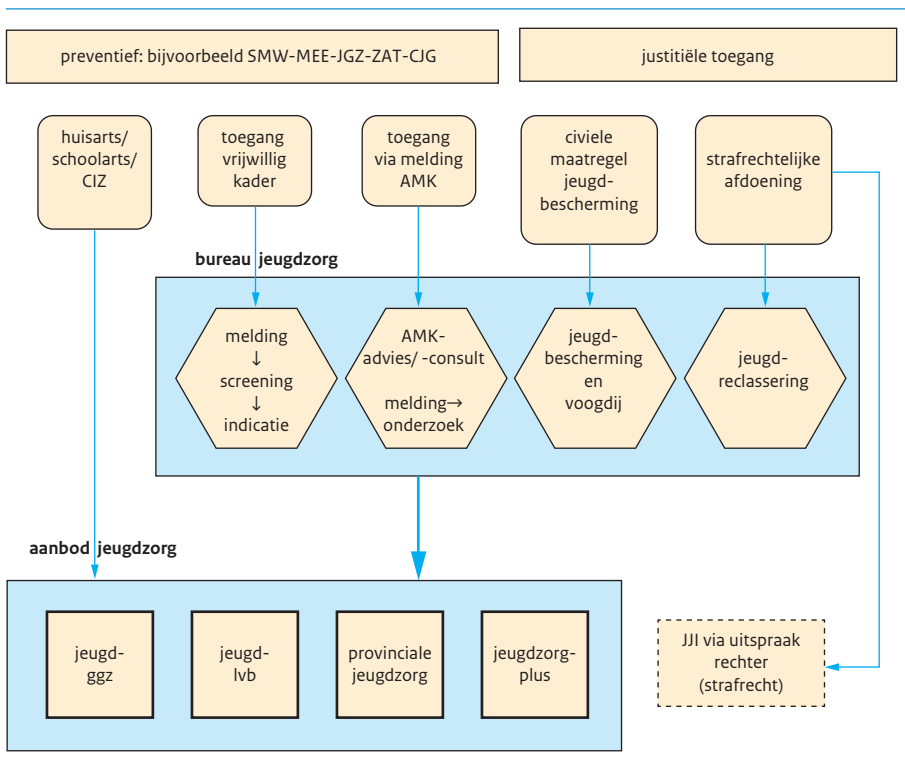
De BJZ's zijn dus het centrale indicatieorgaan voor de gespecialiseerde jeugdzorg voor ondersteuning en hulp bij opvoed- en opgroei problemen. Vaak zal het BJZ doorverwijzen naar gespecialiseerde jeugdzorg. Er zijn globaal gezegd vier typen gespecialiseerde zorgaanbieders: de provinciale jeugdzorg (pjz), de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz), de zorg voor jeugd met een verstandelijke beperking (jeugd-lvb) en de gesloten jeugdzorg. De pjz richt zich op opvoed- en opgroei problemen en biedt ambulante hulp, dagbehandeling, pleegzorg of residentiële hulp. De jeugd-ggz richt zich op psychische problemen en stoornissen, de jeugd-lvb op problemen die specifiek spelen bij licht verstandelijk beperkte jongeren en de gesloten jeugdzorg (jeugdzorg plus) op jongeren die een gevaar zijn voor zichzelf of anderen (maar niet strafrechtelijk zijn veroordeeld; deze jongeren gaan naar de justitiële jeugdinrichting; JJ1). In figuur 1.1 staat het jeugdzorgstelsel schematisch weergegeven. De jeugd-ggz kan behalve door het BJZ ook worden geïndiceerd door de huisarts; de jeugd-lvb ook door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Daarnaast houdt het BJZ zich bezig met niet-vrijwillige hulpverlening. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is hier ondergebracht en doet onderzoek wanneer er een vermoeden wordt gemeld van kindermishandeling. Zo nodig verwijst het AMK door naar de vrijwillige jeugdhulpverlening of vraagt de Raad voor de Kinderbescherming een onderzoek in te stellen. Deze Raad kan de kinderrechtter verzoeken een ondertoezichtstelling (OTS) uit te spreken. Het BJZ voert de OTS-en (de ouder behoudt

het ouderlijk gezag) en voogdijmaatregelen (het BIZ neemt het ouderlijk gezag over) ook uit. In ernstige gevallen, waarbij de veiligheid van het kind acuut in gevaar is, kan het BIZ een verzoek tot uithuisplaatsing bij de rechter indienen. De uitvoering van de OTS en voogdijmaatregelen vindt plaats bij zowel kinderen die thuis wonen als kinderen die uit huis geplaatst zijn. Ten slotte voert het BIZ de jeugdreclassering uit: de hulpverlening aan jeugdigen die veroordeeld zijn voor een strafbaar feit.

Figuur 1.1

Het stelsel van jeugdzorg in Nederland



Zoals gezegd richten we ons in deze publicatie vooral op de tweedelijnsjeugdzorg. Jeugdzorg-plus (de gesloten jeugdzorg) blijft inhoudelijk buiten beschouwing, omdat hiervan het aantal gebruikers in ons onderzoek erg laag is. We rekenen het echter wel mee als we het over het totale jeugdzorggebruik hebben. Ook de JJI blijft buiten beschouwing. Ongeveer 7,5% van de jeugd in Nederland maakt gebruik van de geïndiceerde jeugdzorg. In hoofdstuk 4 worden het gebruik en de overlap van de diverse jeugdzorgvoorzieningen verder toegelicht.

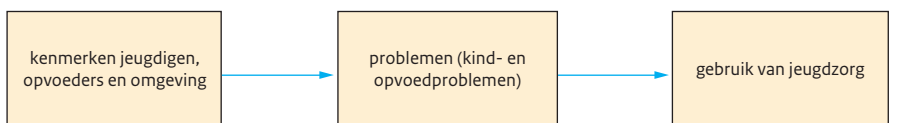
1.3 Van problemen naar jeugdzorggebruik

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat ongeveer 15% van de jeugdigen in Nederland serieuze opvoed- en ontwikkelingsproblemen heeft, waarbij voor 5% geldt dat sprake is van ernstige structurele problemen (bijvoorbeeld Zeijl et al. 2005). Ook is uit onderzoek bekend dat er veel verschillende risicofactoren zijn die van invloed zijn op het ontstaan van die problemen. Deels gaat het om kenmerken van het kind (zoals een moeilijk temperament of een laag IQ), deels om kenmerken van de ouders (bijvoorbeeld eenoudergezin of psychische problematiek) en deels om kenmerken van de omgeving waarin het kind opgroeit (zoals een achterstandsbuurt). In hoofdstuk 2 zullen we daarop uitvoerig ingaan.

Deze jeugdigen en hun ouders zouden dus een beroep op jeugdzorg kunnen doen. Of zij daadwerkelijk jeugdzorg ontvangen is echter van verschillende factoren afhankelijk. Zo zal sprake moeten zijn van het onderkennen van het probleem, het al dan niet vragen en accepteren van hulp, het ontvangen van een indicatie voor hulpverlening en ten slotte de beschikbaarheid van feitelijke hulp (zie ook Stevens et al. 2009). Al deze drempels spelen een rol en maken dat het verband tussen het vóórkomen van problemen en het ontvangen van hulp onduidelijk is. Figuur 1.2 bevat een globale schematische weergave van het proces dat in dit rapport centraal staat.

Figuur 1.2

Schematische samenhang tussen kenmerken (van jeugdigen, opvoeders en omgeving), problemen en jeugdzorggebruik



1.4 Onderzoek Jeugd en Opgroeien (OJO)

Om de relatie tussen het voorkomen van problemen bij jeugdigen en hun opvoeders en het gebruik van de verschillende vormen van jeugdzorg te kunnen onderzoeken, is een survey gehouden onder een representatieve groep ouders van kinderen van 0 tot 18 jaar. Ruim 25.000 ouders vulden een vragenlijst in over mogelijke kind- en opvoedproblemen¹, contacten met hulpverleners en allerlei factoren die van invloed zijn op het ontstaan van dergelijke problemen en het gebruik van jeugdzorg. De gegevens zijn eind 2010, begin 2011 door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verzameld. Ouders werd gevraagd om voor een specifiek kind de enquête in te vullen. Zij konden dat doen via internet, een telefonisch interview of een interview aan huis. Om ervoor te zorgen dat ook etnische minderheden goed in het onderzoek gerepresenteerd zouden zijn, is de vragenlijst vooraf uitvoerig getest en werd gebruikgemaakt van een vertaalde vragenlijst (Turks en Arabisch). De gegevens zijn door het CBS verrijkt met informatie uit het

Sociaal Statistisch Bestand (bijvoorbeeld over het huishoudinkomen en contacten met de politie). Bijlage B1 in de bijlage (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) bevat een verantwoording van dit onderzoek, waar ingegaan wordt op de respons en representativiteit ten opzichte van de totale Nederlandse bevolking van 0 tot 18 jaar.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zullen we ingaan op de achtergrondkenmerken die samenhangen met een verhoogde kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek. In hoofdstuk 3 kijken we specifiek naar de rol van ingrijpende levensgebeurtenissen in het ontwikkelen van problematiek. Hierover is relatief weinig bekend; mogelijk leiden dergelijke gebeurtenissen, die vaak acuut optreden, op een afwijkende wijze tot kind- of opvoedproblemen.

In hoofdstuk 4 geven we een overzicht van het gebruik van jeugdzorg en aanverwante voorzieningen, alvorens we in hoofdstuk 5 ingaan op de samenhang tussen gerapporteerde problemen en tweedelijns-jeugdzorggebruik. We onderzoeken of de gezinnen die problemen rapporteren ook de gezinnen zijn die gebruikmaken van jeugdzorgvoorzieningen. Bovendien kijken we naar verklaringen voor een mogelijke discrepantie tussen de gerapporteerde problemen en het zorggebruik. Hoofdstuk 6 gaat over het gebruik van ondersteuning uit de omgeving van het gezin, eerstelijns- en tweedelijns-jeugdzorggebruik en de samenhang tussen deze vormen van steun. In hoofdstuk 7 behandelen we het jeugdzorggebruik van enkele bijzondere groepen, gebaseerd op etnische herkomst, opleidingsniveau en gezinsvorm. Zijn er tussen deze groepen verschillen in hun gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen en hoe zijn deze te verklaren? In hoofdstuk 8 ten slotte vatten we de bevindingen samen en reflecteren hierop.

Noot

- 1 Wij hanteren een brede definitie van kind- en opvoedproblematiek. Met kindproblematiek bedoelen we gedrags- en psychische problemen bij kinderen. Onder opvoedproblematiek verstaan we problemen in de opvoeding en ouder-kindrelatie die de ontwikkeling van kinderen negatief kunnen beïnvloeden. Met ernstige problematiek bedoelen we dusdanig ernstige kind- en opvoedproblematiek dat gezinnen in aanmerking kunnen komen voor geïndiceerde zorg.

2 Determinanten van ernstige kind- en opvoedproblematiek

Simone de Roos en Sander Bot

2.1 Gezinnen uit balans

En uiteindelijk dat je dan je als moeder gaat afvragen van doe ik het eigenlijk wel zo goed? Zijn er nog andere dingen wat ik zou kunnen doen? Je bent al zoveel wegen ingeslagen dat je gewoon gaat twijfelen aan je eigen kunnen laat ik maar zeggen. En dat was eigenlijk waarom wij de hulpverlening ingeschakeld hebben.

(een moeder; ontleend aan Van den Broek et al. 2012: 91)

Veel gezinnen/jeugdigen met problemen maken gebruik van geïndiceerde jeugdzorg. Twijfels en zorgen van ouders over hun opvoedende kwaliteiten kunnen net zoals bij de moeder uit het citaat aanleiding geven tot het zoeken van hulp. In andere gezinnen staan gedrags- en psychische problemen van kinderen meer centraal bij het zetten van de stap naar de jeugdzorg. Maar hoe ontstaan die problemen? Dit hoofdstuk focust op de vraag welke factoren bijdragen aan de ontwikkeling van ernstige kind- en opvoedproblemen.¹ Die vraag krijgt al jaren aandacht in wetenschappelijk onderzoek. Hoewel er al veel bekend is over factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van verschillende kind- en opvoedproblemen, richt veel van het bestaande onderzoek zich op relaties tussen enkele factoren en een beperkt aantal problemen. Een totaalplaatje ontbreekt. De onderzochte factoren bevinden zich vaak op het niveau van kind- en ouderkenmerken, zoals het temperament van het kind of de opvoedingsvaardigheden van de ouder. Dergelijke onderzoeken zijn qua methodiek soms zeer verfijnd door gebruikmaking van bijvoorbeeld MRI-onderzoek om de activiteit in de hersenen te zien, persoonlijkheidstesten, meerdere meetmomenten en meerdere informatiebronnen. Dit onderzoek heeft veel inzicht gegeven in de mechanismen die leiden tot uitkomsten op individueel of gezinsniveau. Zo weten we tegenwoordig bijvoorbeeld dat het brein van jeugdigen lange tijd nog volop in ontwikkeling is, voor bepaalde onderdelen zelfs tot na het twintigste levensjaar (Casey et al. 2005). Ook weten we dat in het algemeen de autoritatieve opvoedingsstijl, waarin ouders redelijke grenzen stellen in een gezinscontext waarin zowel sprake is van gezag als genegenheid, tot de gunstigste uitkomsten leidt bij kinderen, zoals minder problemen, meer zelfvertrouwen en betere schoolprestaties (Baumrind 1971; Lamborn et al. 1991). Er is veel minder bekend over hoe deze uitkomsten samenhangen met kenmerken op het niveau van de bredere opvoedomgeving, zoals grootstedelijke problematiek of een ongunstige buurt. Ook is het grotendeels onduidelijk hoe groot de samenhang is tussen enerzijds de kenmerken van het kind, de ouders en het gezin, en de bredere opvoedomgeving en anderzijds kind- en opvoedproblematiek (en daarmee samenhangend het gebruik van jeugdzorgvoorzieningen). Mogelijk zijn de in de literatuur gerapporteerde verbanden uiteindelijk te herleiden tot enkele hoofdverbanden doordat diverse

onderzochte kenmerken sterk met elkaar samenhangen. Dit is in veel van het eerdere onderzoek niet te zien, doordat hierbij slechts een beperkt aantal kenmerken is meegenomen. Verder richt veel onderzoek zich op relatief kleine en specifieke groepen, waardoor onvoldoende rekening wordt gehouden met representativiteit en er geen uitspraken gedaan kunnen worden over verbanden in de totale Nederlandse populatie. De survey 010 is breed opgezet en laat toe dergelijke verbanden te onderzoeken. In dit hoofdstuk staat een drietal onderzoeksvragen centraal. Ten eerste onderzoeken we in hoeverre kenmerken van het kind, de ouders en het gezin, en de bredere opvoed-omgeving samenhangen met dusdanig ernstige kind- en opvoedproblematiek dat gezinnen in aanmerking kunnen komen voor geïndiceerde zorg. Welke kenmerken vormen risicofactoren voor de aanwezigheid van ernstige kind- en opvoedproblematiek? Ten tweede onderzoeken we of een opeenstapeling van risicofactoren mogelijk meer zegt over de kans op het ontstaan van ernstige problemen dan de aard van de afzonderlijke risicofactoren (vgl. Hermanns et al. 2005; Van den Broek et al. 2012). Ten derde kijken we of er naast risicofactoren, beschermende factoren zijn die de kans op ernstige problemen verkleinen (vgl. Bakker et al. 1998).

We gaan bij het beantwoorden van de drie onderzoeksvragen uit van een aantal brede theorieën over de ontwikkeling van kinderen in het algemeen en kind- en opvoedproblemen in het bijzonder. In wetenschappelijk onderzoek naar de ontwikkeling van kinderen wordt tegenwoordig vaak het zogenoemde *transactionele ecologische ontwikkelingsmodel* gebruikt (Deković 2000); dit model is voortgekomen uit het transactionele model van Sameroff (1975, 2010; Sameroff en Mackenzie 2003) en de ecologische systeemtheorie van Bronfenbrenner (1979). Het model veronderstelt dat een voortdurende wisselwerking tussen factoren op verschillende niveaus de ontwikkeling van ieder kind bepaalt, en daarmee dus ook het ontstaan van kind- en opvoedproblemen.

In het actuele wetenschappelijke debat over de nature-nurture-vraag, of de ontwikkeling van kinderen vooral bepaald wordt door aanlegfactoren, door omgevingsfactoren of door een ingewikkeld samenspel van beide neemt het transactionele ecologische ontwikkelingsmodel de laatste positie in. De ontwikkeling van een kind is volgens dit model een zeer complex proces, waarbij (de aanleg van) het kind en de omgeving elkaar wederzijds beïnvloeden (Sameroff 2010). Bij die ontwikkeling speelt zowel het kind zelf als de directe (ouders en gezin) en de bredere omgeving (bv. buurt en sociale netwerken van ouders) een rol.

Het kind zelf heeft een sturende kracht en kan via gedrag en/of aanleg zijn invloed uitoefenen op de omgeving (vgl. het biopsychosociale model van Engel 1977). Zo blijkt uit eerder onderzoek dat kinderen die slecht luisteren en snel boos zijn dwingende en bestraffende reacties bij hun ouders uitlokken en dat de houding van ouders tegenover deze kinderen na verloop van tijd minder warm en betrokken kan worden (Anderson et al. 1986; Bell en Chapman 1986). Deze reacties van ouders kunnen vervolgens gedragsproblemen bij hun kinderen in de hand werken of versterken. In ons onderzoek kunnen we de invloed van de (genetische) aanleg van kinderen niet in kaart brengen, maar het is wel belangrijk om te beseffen dat die een rol speelt. Bepaald opvoedingsgedrag en een negatieve opvoedingsbeleving van ouders kunnen op zichzelf ook aanleiding vormen tot

de ontwikkeling van probleemgedrag bij het kind, zo blijkt uit een groot aantal studies (vgl. De Roos et al. 2011). Zo gaat een autoritaire opvoedingsstijl vaak samen met meer kindproblemen (Lamborn et al. 1991).

De bredere omgeving kan op zowel een meer directe als meer indirecte manier bijdragen aan de ontwikkeling van kinderen. Zo kan een onveilige buurt er bijvoorbeeld voor zorgen dat kinderen niet meer buiten durven te spelen en problemen in de omgang met leeftijdgenootjes krijgen. Een buurt kan ook via de opvoeding die ouders geven en ervaren opvoedingscompetentie invloed hebben op de ontwikkeling en het probleemgedrag van kinderen. Een onveilige buurt brengt mogelijk onzekerheidsgevoelens bij ouders teweeg en een strengere, autoritaire controle van het kind, wat weer kan leiden tot emotionele en gedragsproblemen van het kind (vgl. Leventhal en Brooks-Gunn 2000; Pinkster en Fortuijn 2009). Ook de school of opvang die kinderen bezoeken en leeftijdgenoten met wie kinderen omgaan, kunnen impact hebben op de ontwikkeling van kinderen en kind- en opvoedproblemen. Hoe deze contexten inwerken op de ontwikkeling van problemen laten we hier buiten beschouwing, maar het is belangrijk om ons te realiseren dat deze invloed substantieel kan zijn (vgl. Sentse 2010).

Ook volgens het *balansmodel* (Bakker et al. 1998) kan de oorzaak van problemen niet op één niveau aangewezen worden, maar moeten het kind en zijn (brede) omgeving in hun totaliteit bestudeerd worden, wil je hier iets over kunnen zeggen. Dergelijk breed onderzoek wordt echter niet vaak uitgevoerd. In onze studie onderzoeken we in lijn met de brede theoretische modellen welke factoren relevant zijn voor de ontwikkeling van kinderen en ernstige kind- en opvoedproblemen. Op het ‘microniveau’ gaat het om kind-, ouder- en gezinsfactoren, zoals een lage intelligentie van het kind, ziekte van een ouder en een eenoudergezin. Op het ‘mesoniveau’ worden sociale en buurtfactoren onderscheiden, zoals het wonen in een grootstedelijke omgeving en in een buurt met een laag gemiddeld huishoudinkomen.^{2 3} We kijken in het kader van onze eerste onderzoeksvraag in hoeverre elke factor gerelateerd is aan ernstige kind- en opvoedproblematiek, waarbij we ook rekening houden met de mogelijke werking van de andere factoren. Voor de tweede onderzoeksvraag gaan we na in hoeverre een opeenstapeling van risicofactoren (risicocumulatie) gerelateerd is aan ernstige problematiek, waarbij we controleren voor de invloed van de individuele risicofactoren. Hebben gezinnen meer problemen naarmate er meer risicofactoren aanwezig zijn, ook ongeacht de werking van de afzonderlijke risicofactoren? Eerder onderzoek heeft laten zien dat risicocumulatie samenhangt met kind- en opvoedproblematiek (Asscher en Paulussen-Hoogemoom 2005), maar daarbij werd geen rekening gehouden met individuele risicofactoren.

Voor het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag – of er beschermende factoren zijn die de kans op ernstige problematiek verkleinen – sluiten we aan bij het balansmodel (Bakker et al. 1998). Volgens dit model zijn kind- en opvoedproblemen het gevolg van een verstoorde balans tussen draaglast en draagkracht. Draaglast betreft de ontwikkelingstaken die kinderen moeten volbrengen (zoals het leren omgaan met leeftijdgenootjes en het ontwikkelen van een eigen identiteit), de opvoedingstaken die ouders moeten vervullen en de aanwezige risicofactoren – dat wil zeggen kenmerken van kinderen, ouders, gezinnen en de omgeving die een ongunstige uitwerking kunnen hebben op de ontwikkeling van kinderen. Draagkracht heeft betrekking op de vermogens van

ouders en kinderen om moeilijkheden bij het vervullen van hun taken te incasseren en te verwerken en de aanwezigheid van beschermende factoren – dat wil zeggen kenmerken van kinderen, ouders, gezinnen en de omgeving die de kans op nadelige effecten van de aanwezigheid risico's verkleinen (Hermanns et al. 2005; Prinsen en Koch 2001). Problemen ontstaan wanneer ouders en/of kinderen te weinig draagkracht hebben om de draaglast het hoofd te kunnen bieden. Hoewel het idee van een balans tussen draaglast en draagkracht aanspreekt en veel is gebruikt in de praktijk van de hulpverlening, is de empirische ondersteuning hiervoor tot op heden beperkt (vgl. Van der Laan en Blom 2006).

2.2 Prevalentie van kind- en opvoedproblematiek

Voordat we inzoomen op determinanten van ernstige problematiek, beschrijven we eerst in hoeverre verschillende kind- en opvoedproblemen voorkomen bij kinderen tot 18 jaar. Om te bepalen of het gedrag van een kind en/of de opvoedingsproblematiek dusdanig uit de hand lopen dat we ze ook daadwerkelijk als problematisch moeten beschouwen, hebben we gebruikgemaakt van zogenoemde afkappunten. Dit zijn criteriumscores die in eerder onderzoek bij een groot aantal kinderen van verschillende leeftijden en ouders van kinderen van diverse leeftijdsgroepen zijn vastgesteld. Kinderen en ouders die hoger scoren dan de criteriumscore beschouwen we als personen met een relatief hoge score op de betreffende maten (zij wijken dus duidelijk af van de scores van leeftijdgenoten in het algemeen en van ouders van kinderen in een vergelijkbare leeftijdsgroep). Wanneer de scores van kinderen en ouders dus hoger liggen dan het afkappunt, spreken we van problematisch gedrag bij een kind en ernstige problemen in de opvoeding.

2.2.1 Kindproblematiek

Kinderen tot 1 jaar

Voor kinderen tot 1 jaar bestaan geen gevalideerde maten voor problematiek. Zo vroeg in de jeugd valt nog weinig te zeggen over de ontwikkeling, behalve bij heel duidelijke afwijkingen, en deze worden vooral medisch geëvalueerd. Volgens de Inventgroep (Hermanns et al. 2005) echter hebben huilbaby's een vergrote kans op toekomstige problematiek, vooral wat betreft hun opvoeding. Baby's huilen veelal niet meer dan twee uur per dag. In sommige gevallen huilen baby's beduidend meer. Een kind wordt een huilbaby genoemd als het minimaal drie weken lang, minimaal drie dagen per week, minimaal drie uur per dag huilt. In de meeste gevallen zullen huilbaby's na verloop van tijd vanzelf minder gaan huilen en is het fenomeen geen aanwijzing voor langerdurende problemen. Echter, een vaak huilende baby kan voor ouders erg belastend zijn en daarmee de kans op opvoedproblemen en zelfs kindermishandeling vergroten (Reijneveld et al. 2004). Daarom hebben we de ouders gevraagd of hun kind een huilbaby is (geweest). Ruim 8% van de ouders geeft aan dat hun kind een huilbaby is (geweest).

Kinderen van 1 tot 3 jaar

Ouders hebben gerapporteerd in hoeverre hun (1- tot 3-jarige) kind last heeft van sociaal-emotionele en gedragsproblemen en in hoeverre het beschikt over een aantal sociaal-emotionele vaardigheden.⁴ De problemen gaan over agressief en boos gedrag, hyperactiviteit en angst.⁵ Sociaal-emotionele vaardigheden betreffen prosociaal gedrag (aardig doen en delen van spullen), empathie (inlevingsvermogen) en gehoorzaamheid.⁶ Hogere scores op deze vaardigheden betekenen dat kinderen relatief weinig problemen met prosociaal gedrag, empathie en gehoorzaamheid hebben. De problemen en vaardigheden worden samengevat in één schaal (totale problemen 1- tot 2-jarigen). Volgens de ouders kampt ruim 11% van hun dreumesen met problemen (zie tabel 2.1).

Kinderen van 3 tot 18 jaar

Aan ouders van kinderen van 3 tot 18 jaar is gevraagd aan te geven in hoeverre stellingen over vier typen probleemgedragingen het afgelopen halfjaar op hun kind van toepassing waren. Het gaat om gedragsproblemen, problemen met leeftijdgenoten, hyperactiviteit en emotionele symptomen (zie kader 2.1).⁷ Deze vier 'kindproblemen' worden samengevat in één schaal (totale problemen). Een hogere score op deze schaal betekent dat een kind volgens de ouders in het algemeen meer probleemgedragingen vertoont. 16,5% van de kinderen heeft in het algemeen veel probleemgedrag (tabel 2.1).

Kader 2.1 Probleemgedragingen 3- tot 18-jarigen

Gedragsproblemen betreffen ongehoorzaamheid, boos en agressief gedrag, en liegen en stelen (bv. 'Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen'). Deze gedragingen worden ook wel 'externaliserend probleemgedrag' genoemd. Dit betekent 'naar buiten gericht gedrag'. De omgeving ondervindt daar hinder van. 11% van de kinderen vertoont volgens de ouders deze gedragingen.

Problemen met leeftijdgenoten duiden op het onvermogen tot het aangaan van sociale relaties met leeftijdgenootjes en uiten zich bijvoorbeeld in het hebben van weinig vrienden, veel gepest worden en beter op kunnen schieten met volwassenen dan met kinderen (bv. 'Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen'). 13,8% van de ouders rapporteert deze problemen. *Hyperactiviteit* heeft te maken met overbeweeglijkheid, rusteloosheid, en aandachtsproblemen als gebrek aan concentratie en impulsiviteit (bv. 'Is constant aan het wiebelen of friemelen'). 14% van de kinderen heeft daar last van.

Onder *emotionele symptomen* vallen teruggetrokkenheid, stemmingsproblemen, angsten en psychosomatische klachten (bv. 'Is vaak ongelukkig, in de put of in tranen'). Deze symptomen worden ook wel 'internaliserend probleemgedrag' genoemd. Internaliseren betekent 'naar binnen richten'. Vooral de persoon zelf heeft daar last van. Dit komt bij 12,8% van de kinderen voor.

2.2.2 Opvoedproblematiek

In hoeverre ervaren ouders opvoedproblematiek? Wij maken onderscheid tussen opvoedingsincompetentie en problemen in de ouder-kindrelatie.⁸ Opvoedingsincompetentie slaat op het gevoel van ouders dat opvoeden moeilijk is en dat ze niet

goed in staat zijn de opvoeding gestalte te geven. Enkele voorbeeldstellingen zijn: ‘Het opvoeden van mijn kind is een lastige taak’ en ‘Ik weet dat ik het goed doe als opvoeder’. 16,5% van de ouders voelt zich incompetent als opvoeder. Problemen in de ouder-kindrelatie verwijzen naar ontevredenheidsgevoelens van ouders over de relatie met hun kind. Twee voorbeelditems zijn: ‘Met mijn kind voel ik me prettig’ en ‘Als mijn kind bij mij is, voel ik me rustig’. Bijna 12% van de ouders is ontevreden over de relatie met hun kind.

2.2.3 Kind- en opvoedproblematiek: zorgen maken

Aan alle ouders is gevraagd of zij in de afgelopen twaalf maanden in het algemeen zorgen hebben gehad over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kinderen.⁹ Deze vraag zegt iets over zowel kind- als opvoedproblemen. Aan de hand van deze vraag worden mogelijk problemen gemeten die buiten het bereik van de hierboven beschreven maten van kind- en opvoedproblematiek liggen. Bovendien krijgen door de term ‘zorgen maken’ ook verwachtingen van problemen in de toekomst een plaats. Ruim een kwart van de ouders blijkt zorgen te hebben gehad over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kinderen.

Aangezien zelfrapportages altijd het gevaar met zich meebrengen van onbetrouwbaarheid vanwege sociale wenselijkheid of gebrekkig zelfinzicht, hebben we bekeken of de problemen die ouders rapporteren samenhangen met de mate waarin zij aangeven met anderen gesproken te hebben over de zorgen die zij zich maken over de opvoeding en ontwikkeling van hun kind. Ouders die een lagere opvoedingscompetentie en een minder goede ouder-kindrelatie rapporteren, blijken ook degenen te zijn die het vaakst met bijvoorbeeld leerkrachten en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg hebben gesproken over de noodzaak van extra zorg, hulp of voorzieningen. Hoewel het initiatief voor dit contact ook kan zijn genomen door de ouders, zijn scholen en de jeugdgezondheidszorg in de regel ook de partijen die zelf contact opnemen met ouders als er iets mis dreigt te gaan. Dit is dus een aanwijzing dat sociale wenselijkheid geen grote invloed heeft gehad op de antwoorden van de ouders.

Tabel 2.1

Prevalentie van kind- en opvoedproblematiek (in procenten)

	kindproblemen			zorgen om kind en opvoeding	opvoedproblemen	
	huilbaby 0-jarigen	totale problemen 1-2-jarigen	totale problemen 3-17-jarigen		problemen ouder- kindrelatie	opvoedings- incompe- tentie
(n) =	8,3 994	11,4 2550	16,5 21.239	26,3 25.043	11,9 25.022	16,5 25.022

Bron: CBS/SCP (010'11) gewogen gegevens

2.3 Ernstige problematiek; kind- en opvoedproblemen in één maat

Een van de centrale vragen van ons onderzoek is welke (niveaus van) kenmerken het sterkst samenhangen met het al dan niet hebben van ernstige kind- en opvoedproblematiek. Omdat het onoverzichtelijk zou worden telkens alle aspecten van de kind- en opvoedproblemen de revue te laten passeren, hebben we de diverse elementen samengevat tot één maat voor ernstige problematiek. Bij het vormen van deze maat hebben we er rekening mee gehouden dat problemen in elk gezin voorkomen en niet elk probleem een aanleiding is voor geïndiceerde zorg. De lichte problemen kunnen immers vaak goed worden opgevangen door de sociale omgeving of de vrij toegankelijke (en apart gefinancierde) eerstelijnszorg.¹⁰ We focussen ons dus op dusdanige problemen dat de kans groot is dat het gezin er zelf niet meer uitkomt en er ernstige bedreigingen ontstaan voor de ontwikkeling van het opgroeiende kind. Bij dergelijke problemen ligt het dus voor de hand dat een gezin in aanmerking komt voor geïndiceerde jeugdzorg.

Een belangrijke vraag is uiteraard waar we de grens leggen om te spreken van ernstige problematiek. Er wordt in de literatuur vaak gesproken over 5% en 15% van de kinderen en jongeren met (ernstige) problematiek (Zeijl et al. 2005; Van Dorsselaer et al. 2010). 15% van de jeugd kampt met kind- en/of opvoedproblemen die zo serieus zijn dat ze extra aandacht behoeven (van de ouders, school, eerstelijns- of tweedelijnszorg, dit zal per geval verschillen), en 5% heeft structurele problemen en daarvoor echt zorg nodig. Het is niet goed mogelijk hieruit af te leiden welke gezinnen in aanmerking komen voor tweedelijnsjeugdzorg. De reikwijdte van de jeugdzorg is namelijk een wetenschappelijk inhoudelijke en politieke vraag: hoe ernstig moeten problemen zijn voordat ze een jeugdzorgprobleem zijn, in welke gevallen kan jeugdzorg een positief verschil maken, en wat heeft de politiek hier (financieel) voor over? Wij hebben de grens gelegd bij de 10%¹¹ met de zwaarste problematiek, dit punt ligt tussen de 5% die zeker specialistische hulp zou moeten ontvangen en de 15% bij wie dit minder vaststaat.

Aangezien er bij drie verschillende leeftijdsgroepen verschillende instrumenten voor het vaststellen van problemen zijn gebruikt, is de maat voor ernstige problematiek voor die groepen uit verschillende maten samengesteld: voor gezinnen met kinderen tot 1 jaar, voor die van 1 tot 3 jaar, en voor die van 3 tot 18 jaar^{12 13 14}(zie tabel 2.2).

Tabel 2.2

Samenstelling maat ernstige problematiek voor gezinnen met kinderen van respectievelijk 0 jaar, 1 en 2 jaar en 3 jaar en ouder^a

kind- en opvoedproblemen	leeftijd		
	0 jaar	1-2 jaar	≥ 3 jaar
huilbaby	+	n.v.t.	n.v.t.
kindproblemen	n.v.t.	+	n.v.t.
kindcompetenties	n.v.t.	-	n.v.t.
SDQ, totale probleemscore	n.v.t.	n.v.t.	+
opvoedingsincompetentie	0	0	0
ouders maken zich zorgen	+	+	+
problemen in ouder-kindrelatie	+	0	0

a N.v.t.: probleemmaten zijn niet bij die leeftijdsgroep afgenomen. 0: maten zijn niet opgenomen in de ernstige problematiekmaat omdat ze niet samenhangen met jeugdzorggebruik. +: aspecten die een bijdrage leveren aan een hogere score op de ernstige problematiekmaat, -: aspecten leveren een bijdrage aan een lagere score daarop.

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

2.4 Determinanten van ernstige problematiek

In dit onderdeel gaan we na welke kind-, ouder- en gezins-, en omgevingskenmerken risicofactoren vormen voor ernstige kind- en opvoedproblematiek. Risicofactoren definiëren we als factoren (eigenschappen, gebeurtenissen, leefomstandigheden) waarvan bekend is dat zij een verhoogde kans op kind- en opvoedproblemen in zich dragen (vgl. Stevens et al. 2009).¹⁵ In ons onderzoek kijken we of elk kenmerk (en elk niveau) een eigen bijdrage levert aan de voorspelling van ernstige problematiek, ook als we rekening houden met de andere kenmerken op hetzelfde en de andere niveau(s). Hiermee doen we een test die zoveel mogelijk recht doet aan de door ons beschreven brede theorieën omtrent ontwikkeling van problematiek, zoals het transactionele ecologische ontwikkelingsmodel (Deković 2000) en het balansmodel (Bakker et al. 1998). We hebben echter eerst in drie afzonderlijke analyses (tabellen 2.3 t/m 2.5) gekeken in hoeverre de factoren op kind-, ouder- en gezins-, en omgevingsniveau samenhangen met ernstige problematiek. In de tabellen is allereerst in de middelste kolom getoond hoe groot het aandeel kinderen met problemen is in de groep met de betreffende factor. Zo is bijvoorbeeld in tabel 2.3 te zien dat de te vroeg geboren kinderen relatief vaak ernstige problematiek hebben. In de rechterkolom is weergegeven in hoeverre de afzonderlijke factoren significant zijn, indien wordt gecontroleerd voor de andere factoren. Uit die multivariate analyse blijkt vroeggeboorte geen belangrijke voorspeller te zijn voor de kans op ernstige problematiek. Het relatief hoge aandeel te vroeg geboren kinderen met ernstige problematiek heeft wellicht vooral te maken met het feit dat onder deze kinderen vaak ernstige ziekten en verstandelijke beperkingen voorkomen. Deze kenmerken blijken belangrijke voorspellers van ernstige problematiek te zijn.

2.4.1 Kindkenmerken

Sekse

Het is bekend dat jongens een groter risico lopen op het ontwikkelen van problemen dan meisjes. Vooral externaliserende problemen komen vaker voor bij jongens (Vollebergh 2010; Zeijl et al. 2005). Uit ons onderzoek blijken ouders ook vaker ernstige kind- en opvoedproblemen te rapporteren bij zonen (13%) dan bij dochters (8%) (tabel 2.3).

Tabel 2.3

Samenhang kenmerken op kindniveau en ernstige kind- en opvoedproblematiek (n = 24.776)

	aandeel ernstige kind- en opvoedproblematiek (%)	kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek ^a
totale groep	10,5	
kenmerken kindniveau		
meisje	7,6	referentiegroep
jongen	13,4	↑
leeftijd 0-4 jaar	7,7	referentiegroep
leeftijd 5-11 jaar	11,6	↑
leeftijd 12-17 jaar	12,7	↑
vroeggeboorte, totaal	14,2	-
vroeggeboorte, 4-8 weken	13,5	n.v.t.
vroeggeboorte, > 8 weken	18,0	n.v.t.
laag geboortegewicht	15,0	↑
langdurige ziekte of aandoening	34,4	↑
zwakbegaafd	29,5	↑
licht verstandelijk gehandicapt	62,9	↑
matig tot ernstig verstandelijk gehandicapt	54,3	↑
(hoog)begaafd	28,9	↑
laag onderwijsniveau	28,7	↑
verklaarde variantie (Nagelkerke R ²)		0,17

a Geanalyseerd met een multivariate logistische regressieanalyse, waarbij gecontroleerd wordt voor de eventuele werking van de andere factoren binnen het kindniveau. Een omhooggaande pijl duidt op een grotere kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek. Een platliggend streepje geeft aan dat er geen significante relatie is, bij $p < 0,05$. N.v.t.: vroeggeboorte is in de regressieanalyse niet uitgesplitst in aantal weken te vroeg geboren.

Bron: CBS/SCP (010'11) gewogen gegevens

Leeftijd

Er vinden bij jeugdigen grote veranderingen plaats tussen de geboorte en de volwassenheid. Een van de kenmerken bij het ouder worden is dat de leefwereld van jeugdigen steeds groter wordt. De eerste levensjaren brengen kinderen vooral in het gezin door. Vanaf 5 jaar zijn kinderen leerplichtig en gaan ze naar school; deze bevindt zich meestal

in de buurt. Vanaf 12 jaar gaan zij naar het voortgezet onderwijs op een school die veelal verder van huis ligt. Tijdens de puberteit raken jongeren steeds meer gericht op hun leeftijdgenoten en verandert de relatie met hun ouders (De Roos 2010). Voor het 18e jaar zullen veel jongeren ook de eerste stappen hebben gezet op de arbeidsmarkt, vaak in de vorm van een bijbaantje, soms als voornaamste dagbesteding.

De problematiek die kinderen en hun ouders ervaren, hangt samen met de ontwikkelingsfase; zo is de puberteit voor meisjes vaak een fase waarin internaliserende problemen als depressie en eetproblemen aanvangen (Vollebergh 2010). In onze analyses baseren we leeftijdsgroepen op de leeftijden rond schoolovergangen; 0-4 jaar, 5-11 jaar en 12-17 jaar. De jongste groep heeft minder ernstige problemen (8%), dan de kinderen van respectievelijk 5-11 (12%) en 12-17 jaar (13%). Dat kinderen met toenemende leeftijd meer problemen krijgen, werd ook in eerder onderzoek aangetoond (Van Dorsselaer et al. 2010; Zeijl et al. 2005).

Vroeggeboorte

Volgens de jeugdgezondheidszorg wordt ongeveer 8% van de kinderen in Nederland (meer dan vier weken) te vroeg geboren. Vroeggeboorte kan het gevolg zijn van onder andere roken en overgewicht van de moeder (Djelantik et al. 2012). Van zeer vroeg geboren kinderen (meer dan 8 weken te vroeg) is bekend dat zij over het algemeen meer problemen hebben in de ontwikkeling dan kinderen die voldragen zijn. Ze hebben meer kans op handicaps, verstandelijke beperkingen en gedragsproblemen. Sinds kort is bekend dat een vergrote kans op problemen ook geldt voor de matig premature kinderen (4 tot 8 weken te vroeg geboren). Zij bleken bijvoorbeeld op de leeftijd van bijna vier jaar verhoogde scores te hebben op alle domeinen van de gedrags- en emotionele problemen van de Child Behaviour Check List (CBCL) (Potijk et al. 2011). Uit ons onderzoek blijkt dat ruim 7% van de kinderen meer dan drie weken te vroeg is geboren. Hoewel met name kinderen die meer dan 8 weken te vroeg geboren zijn meer dan gemiddeld ernstige problematiek (18%) hebben, heeft vroeggeboorte op zich geen significante relatie met ernstige problematiek (tabel 2.3). Dit kan zoals we eerder al aangaven komen door een sterke samenhang met andere factoren die een (belangrijke) rol spelen bij ernstige problematiek, zoals ziekten/handicaps, verstandelijke beperkingen en laag geboortegewicht van kinderen.

Laag geboortegewicht

Een laag geboortegewicht kan behalve door vroeggeboorte ook veroorzaakt worden door onvoldoende functioneren van de placenta, middelengebruik van de moeder, en stress of ondervoeding van de moeder. Bij deze kinderen is de kans groter op het ontwikkelen van onder andere ADHD, autisme en verstandelijke handicaps. We spreken van een te laag gewicht wanneer het kind bij de geboorte minder weegt dan 2500 gram.¹⁶ 6,5% van de ouders rapporteert dat hiervan bij hun kind sprake was. De kinderen met een laag geboortegewicht hebben vaker ernstige problemen (15%) dan gemiddeld.

Langdurige ziekte, aandoening of handicap

Wanneer een kind langdurig ziek is of een aandoening of lichamelijke handicap heeft, geeft de aanwezigheid hiervan al aanleiding tot zorgen. Echter, deze kinderen hebben doordat zij in veel gevallen minder goed mee kunnen doen met de activiteiten die gebruikelijk zijn voor hun leeftijd, ook een vergrote kans op ontwikkelingsachterstanden in het algemeen. Daardoor kunnen de problemen breder worden dan slechts die in relatie tot hun ziekte, aandoening of handicap. Eerder onderzoek heeft bijvoorbeeld laten zien dat kinderen met een langdurige ziekte of handicap vaker zowel internaliserende als externaliserende problemen hebben dan kinderen zonder een ziekte of handicap (Zeijl et al. 2005).

Hoewel ziekten, aandoeningen en handicaps vele verschijningsvormen kunnen hebben, en ouders verschillende percepties kunnen hebben op het voorkomen hiervan bij hun kind, hebben wij in onze survey slechts een enkele vraag hierover, namelijk: 'Heeft uw kind één of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps?' Op deze vraag antwoordt 10,4% van de ouders bevestigend. Deze groep scoort veel hoger dan gemiddeld op ernstige kind- en opvoedproblematiek (34%).

Verstandelijke vermogens

Kinderen met een verstandelijke beperking hebben vaak beperkingen op het gebied van de sociale redzaamheid, ernstige leerproblemen en gedragsproblemen. Ook zwakbegaafde kinderen kunnen met veel problemen kampen. Dat kan ouders veel zorgen geven. In ons onderzoek is van 11,5% van de kinderen de intelligentie gemeten. Van deze groep is 60% normaal begaafd (IQ tussen 85 en 115), ruim 20% begaafd tot hoogbegaafd (IQ > 115), 12% zwakbegaafd (IQ tussen 70 en 85), 6% licht verstandelijk beperkt (IQ tussen 50 en 70) en iets meer dan 1% matig tot ernstig verstandelijk beperkt (IQ < 50). Uit recent onderzoek blijkt dat steeds meer zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte jongeren een beroep doen op zorg voor verstandelijk gehandicapten (vg-zorg) (Woittiez et al. 2012; Ras et al. 2010).

Wij vinden ook duidelijke verbanden tussen (vermoedens van) zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking (van licht tot zeer ernstig) en ernstige kind- en opvoedproblemen. Van de zwakbegaafde kinderen heeft 28,9% ernstige problematiek. Bij de licht tot zwaarder verstandelijk beperkte kinderen zijn deze problemen fors (resp. 62,9% en 54,3%). Opvallend is dat vergeleken met de problemen van licht verstandelijk gehandicapten die van de zwaarder gehandicapte kinderen niet groter zijn. Schijnbaar is voor de zwaarder gehandicapten dusdanige zorg aanwezig dat hun problemen niet groter zijn dan die van de licht verstandelijk beperkten. Mogelijk is hun beperking voor de samenleving ook zichtbaarder, waardoor er meer begrip is. Bij de licht verstandelijk beperkten is de handicap niet altijd duidelijk zichtbaar, vaak doordat de jongere zijn handicap probeert te maskeren. Bij het proberen mee te draaien in de 'normale' maatschappij kunnen zij snel tussen wal en schip vallen.

Opmerkelijk is dat ook bij kinderen bij wie sprake is van (hoog)begaafdheid¹⁷ vaak ernstige problemen spelen (28,9%). Eerder onderzoek binnen zowel het primair als voortgezet onderwijs gaf aan dat een groot aantal van deze kinderen geen opvallende problemen vertoont (Driessen et al. 2007; Guldmond et al. 2003). Bekend is wel dat sommige

(hoog)begaafden door hun afwijkende interesses en vermogens moeite kunnen hebben in hun omgang met leeftijdgenoten en in een sociaal isolement terecht kunnen komen. Ook kunnen ze onderpresteren met als mogelijk gevolg een laag zelfbeeld en gedragsproblemen (vgl. Mönks en Ypenburg 2011). Het kan zijn dat onze methode voor het vaststellen van (hoog)begaafdheid een selectieve groep (hoog)begaafden boven tafel heeft gehaald. Begaafdheid komt in ons onderzoek alleen in beeld wanneer er een intelligentietest is afgenomen bij het kind, maar niet wanneer er vermoedens van (hoog)begaafdheid zijn. Mogelijk worden er vooral intelligentietests bij kinderen afgenomen wanneer er problemen spelen.

Laag onderwijsniveau

Het niveau en de vorm van onderwijs dat een kind volgt kunnen samenhangen met problematiek (vgl. Van Dorsselaer et al. 2010). Voor de analyse beschouwen wij de volgende groepen als risicogroepen: kinderen in het speciaal onderwijs¹⁸, kinderen met een rugzakje (leerling gebonden financiering), kinderen op het vmbo die de kaderberoepsgerichte leerweg of de basisberoepsgerichte leerweg volgen en leerlingen die leerwegondersteunend onderwijs ontvangen. Dit noemen wij kinderen die een laag onderwijsniveau volgen. Van de schoolgaande kinderen en jongeren (vanaf 4 jaar) zit 4,4% op het speciaal onderwijs (inclusief voortgezet speciaal onderwijs). Verder volgt 2,1% van de middelbare scholieren de kaderberoepsgerichte leerweg, 1,2% de basisberoepsgerichte leerweg en 0,9% leerwegondersteunend onderwijs. 2,2% van de leerlingen maakt gebruik van een rugzakje om in het regulier onderwijs te kunnen blijven.

De samenhang tussen opleidingsniveau en problematiek kan twee kanten op werken; aan de ene kant kan kindproblematiek, zoals aandachts- en concentratieproblemen en druk gedrag, het voor kinderen lastiger maken om hogere schoolniveaus aan te kunnen (Prins en Van der Oord 2008). Bij leerlingen uit de lagere opleidingsniveaus is vaak ook sprake van een lagere intelligentie, wat, zoals we zagen, ook kan samengaan met problematiek. Aan de andere kant kan het volgen van een laag niveau van onderwijs voor het ontstaan of versterken van problemen zorgen. Zo bevinden jongeren van lagere onderwijsniveaus zich vaker tussen medeleerlingen bij wie meer problematiek speelt. Dit kan negatief zijn omdat jongeren, vooral vanaf de puberteit, geneigd zijn elkaars probleemgedrag over te nemen.

Ouders van kinderen die een laag onderwijsniveau volgen, blijken in ons onderzoek inderdaad flink meer kind- en opvoedproblemen te rapporteren (29%) dan gemiddeld (vgl. Van Dorsselaer et al. 2010; De Roos et al. 2011).

2.4.2 Ouder- en gezinskenmerken

Welke ouder- en gezinskenmerken hangen samen met ernstige kind- en opvoedproblematiek? Eerst komen ziekten en aandoeningen van ouders aan bod, daarna andere ouder- en gezinskenmerken.

Er zijn geen precieze cijfers over de omvang van de groep kinderen die opgroeit met een psychisch of lichamelijk zieke of beperkte ouder, maar wel is duidelijk dat die groep vrij groot is (zie kader 2.2).

Kader 2.2 Prevalentie kinderen die opgroeien met een zieke of beperkte ouder

Volgens verschillende bronnen kampen veel volwassenen (onder wie veel ouders van kinderen tussen 0 en 18 jaar) met ziekten en problemen. Een landelijk onderzoek toonde aan dat 18% van de bevolking in de leeftijd van 18 tot 65 jaar in het afgelopen jaar een psychische aandoening heeft gehad. Dit kan een stemmings-, angst-, of middelenstoornis zijn, of ADHD (De Graaf et al. 2010). Op basis van cijfers van het CBS en het onderzoek van Bijl en anderen (2002) werd geschat dat ongeveer een kwart van de kinderen en jongeren tot 25 jaar een ouder heeft met een psychiatrische diagnose, dat 370.000 kinderen en jongeren een ouder hebben met verslavingsproblematiek en dat er tussen de 400.000 en 800.000 kinderen en jongeren zijn met een lichamelijk zieke of lichamelijk beperkte ouder. Volgens een schatting op basis van *Kerngegevens Zorg 2005* (Calsbeek et al. 2006; De Veer en Francke 2008) hebben er in Nederland tussen 409.000 en 476.000 kinderen onder de 18 jaar een chronisch lichamelijk zieke of lichamelijk beperkte ouder. Omdat er meerdere ziekten/psychische problemen bij één of beide ouder(s) kunnen voorkomen, kunnen de getallen van chronische ziekte, verslavings- en psychische problematiek (bij een vergelijkbare leeftijdsgroep) niet opgeteld worden.

Uit eerder onderzoek blijkt dat kinderen die opgroeien met een ouder met een chronische ziekte, psychiatrische of verslavingsproblematiek het vaak niet makkelijk hebben (De Veer en Francke 2008; Meijer et al. 2008; Van den Einde-Bus et al. 2010).¹⁹ Door die problemen zijn de ouders soms niet in staat een stabiele thuissituatie te handhaven. In dergelijke gezinnen komt het ook vaak voor dat een kind meer mee moet helpen in het huishouden of bij de verzorging van de ouder dan goed voor hem is. Het samenleven met een ouder met een ziekte of aandoening hangt dan ook samen met een lager welbevinden en lagere levenstevredenheid (Siek et al. 2012).

Tabel 2.4

Samenhang kenmerken op ouder- en gezinsniveau en ernstige kind- en opvoedproblematiek
(n = 24.775)

	aandeel ernstige kind- en opvoedproblematiek (%)	kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek ^a
totale groep	10,5	
kenmerken ouder- en gezinsniveau		
ziekten ouders		
langdurige ziekte/aandoening één ouder	19,3	↑
langdurige ziekte/aandoening twee ouders	22,4	-
contact medisch specialist één ouder	11,1	-
contact medisch specialist twee ouders	18,9	↑
psychisch probleem één ouder	16,9	↑
psychisch probleem twee ouders	24,2	↑
slechte gezondheid één ouder	17,4	-
slechte gezondheid twee ouders	21,7	-
verslaving in gezin	29,0	↑
andere ouder- en gezinskenmerken		
tienermoeder	16,1	↑
eenoudergezin	16,9	↑
lage opleiding	12,3	-
groot gezin (> 3 kinderen)	10,4	-
westerse migranten	9,8	-
niet-westerse migranten	10,0	↓
ingrijpende gebeurtenissen	12,8	↑
aanraking met politie	14,5	-
armoede	11,4	↓
werkloosheid	14,8	-
verklaarde variantie (Nagelkerke R ²)		0,07

- a Geanalyseerd met een multivariate logistische regressieanalyse, waarbij gecontroleerd wordt voor de eventuele werking van de andere factoren binnen het ouder- en gezinsniveau. Een omhooggaande pijl duidt op een grotere kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek, een omlaaggaande pijl op een kleinere kans. Een platliggend streepje geeft aan dat er geen significante relatie is, bij $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11) gewogen gegevens

Psychische problemen

Het opgroeien in een gezin waar een ouder psychische problemen ervaart²⁰, kan voor het kind zwaar zijn. Die problemen kunnen ertoe leiden dat een ouder minder of inconsistente aandacht voor het kind kan opbrengen (vgl. De Veer en Francke 2008). In ons onderzoek heeft in 16% van de gezinnen minimaal één ouder in het afgelopen jaar hulp

gezocht voor eigen psychische problemen. Uit ons onderzoek blijkt dat bij kinderen van één ouder, maar nog meer bij kinderen van twee ouders met psychische problemen er een hogere kans is op ernstige kind- en opvoedproblemen (resp. 17% en 24%).

Langdurige lichamelijke ziekte of aandoening

Langdurige lichamelijke ziekten en aandoeningen zorgen meestal voor een andere dynamiek in de relatie tussen ouder en kind dan psychische problematiek. De ouder blijft in geval van chronische lichamelijke problemen mentaal vaak volwaardig de rol spelen van opvoeder²¹, maar heeft wel vaak praktische hulp nodig (soms van het kind) bij het omgaan met de beperkingen. De confrontatie met pijn en beperkingen van de zieke ouder en mogelijke onzekerheid over het verloop van de ziekte kan verdriet, angst en boosheid bij het kind teweegbrengen (Sieh et al. 2012). In ons onderzoek is in 5,5% van de gezinnen sprake van minimaal één ouder met een langdurige ziekte of aandoening, in één op de drie gezinnen heeft in het afgelopen jaar minimaal een van de ouders contact gehad met een medisch specialist. Recente schattingen wijzen op een veel groter aantal gezinnen met een langdurig zieke ouder, 10 tot 13% (Sieh, 2012). Dit kan te maken hebben met een andere vraagstelling. Zo is in ons onderzoek gevraagd of ouders *last* hebben van een langdurige ziekte of aandoening. Hierop antwoorden waarschijnlijk minder ouders bevestigend dan op de vraag of zij een langdurige ziekte of aandoening hebben. Ziekten van ouder(s) blijken inderdaad samen te hangen met ernstige kind- en opvoedproblematiek; zo is bij 19% van de kinderen met een langdurig zieke ouder en de kinderen wier beide ouders contact met een medisch specialist hebben (gehad)²² sprake van ernstige problematiek (tabel 2.4).

Algehele gezondheid

Omdat de ervaren gezondheid van ouders niet altijd volledig gereflecteerd wordt in de hiervoor besproken categorieën,²³ hebben we ook een vraag gesteld over hoe de gezondheid van de ouder 'over het algemeen' is. Hoewel de kans op ernstige problematiek hoger dan gemiddeld is wanneer kinderen opgroeien met één of twee ouder(s) met een slechte gezondheid (17% en 22%), hangt de mate waarin ouders hun gezondheid negatief evalueren daar niet significant mee samen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ervaren gezondheid sterk gerelateerd is aan andere factoren die al een bijdrage leveren aan de verklaring van ernstige problematiek, zoals het hebben van ziekten of aandoeningen en het bezoeken van een medisch specialist.

Verslavingsproblematiek in gezin

Aan de ouders is gevraagd of zij in de afgelopen 3 jaar in hun huishouden te maken hebben gehad met verslavingsproblemen. 1,6% antwoordde hier bevestigend op. Dit zal waarschijnlijk meestal verslavingsproblematiek van de ouder(s) betreffen, maar kan ook slaan op problematiek van een kind of ander inwonend familielid. Kinderen van ouders met verslavingsproblematiek lopen om verschillende redenen risico op problemen. Wanneer er al tijdens de zwangerschap sprake was van middelengebruik, kan dit negatieve effecten hebben gehad op het ongebooren kind. Verder kan het opgroeien in een gezin waarin ouders of een broer of zus regelmatig onder invloed zijn zwaar zijn voor

jeugdigen (Fagan en Naijman 2005). Vaak blijkt de jeugdige op jonge leeftijd al zorgtaken in het gezin te vervullen die niet bij zijn leeftijd passen. Ten slotte kunnen, door de genetische gevoeligheid voor verslaving, kinderen van verslaafden ook zelf een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor middelengebruik, zeker als zij opgroeien in een omgeving waarin veel gebruikt wordt (vgl. Stanley en Vanitha 2008; Van der Zwaluw 2011). Al met al blijken kinderen van verslaafde ouders (en/of broers/zussen) vaker te maken te hebben met aanpassingsproblemen op allerlei gebieden (vgl. Barnard en McKeganey 2004; Van den Einde-Bus et al. 2010). Dit blijkt ook duidelijk uit de veel hogere kans dan gemiddeld op ernstige kind- en opvoedproblematiek, namelijk 29%.

Laag opleidingsniveau van ouders

Een laag opleidingsniveau van ouders kan zorgen voor meer problemen met de opvoeding (vgl. Bucx en De Roos, 2011). Ook kan het, voor zover het opleidingsniveau een afgeleide is van de intelligentie van de ouder, samenhangen met een lagere intelligentie van het kind en daarmee mogelijk ook met meer probleemgedrag. In 2009 was er volgens het CBS in ongeveer 13% van de gezinnen sprake van een laag opleidingsniveau. In ons onderzoek (tabel 2.3) scoren kinderen van laagopgeleide ouders niet significant hoger op ernstige problematiek (12,3%). Uit aanvullende analyses naar de relaties tussen een laag opleidingsniveau van ouders en de afzonderlijke kind- en opvoedproblemen (zie tabel B2.2 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) blijkt dat laagopgeleide ouders meer probleemgedrag bij hun kind (vanaf 1 jaar) rapporteren. Zij maken zich echter minder dan gemiddeld zorgen en ervaren een vergelijkbare ouder-kindrelatie en opvoedingscompetentie als de gemiddelde groep ouders.

Herkomst

Gezinnen waarvan de ouders niet in Nederland geboren zijn (23%), kunnen vanwege culturele verschillen en de stress die dat met zich meebrengt, te maken hebben met problemen. Dit geldt met name voor niet-westerse migranten (vgl. Stevens et al. 2003; Van den Broek et al. 2010). In ons onderzoek rapporteren niet-westerse migrantenouders echter iets *minder* ernstige problematiek dan gemiddeld (10% versus 10,5%). Als we kijken naar de afzonderlijke problemen (tabel B2.2), zien we dat niet-westerse migrantenouders wel meer kindproblemen ervaren dan gemiddeld, maar minder zorgen rapporteren. Het zich zorgen maken is een belangrijk onderdeel van de hier gehanteerde indicator voor ernstige problemen en daar scoren niet-westerse migranten dus lager op. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat juist Nederlandse ouders zich tegenwoordig vaker en sneller zorgen maken dan vroeger (vgl. Kiene 2010). Het kan ook zijn dat niet-westerse migrantenouders denken dat ze geen invloed hebben op problemen en/of, in het geval van een strenge religieuze achtergrond, dat problemen de wil van God/Allah zijn, waardoor ze zich minder zorgen maken (vgl. Kleijnen en Van den Broek 2010a). Mogelijk laten niet-westerse migrantenouders als gevolg van het opgegroeid zijn in een schaamtencultuur ook niet snel hun zorgen blijken. In ons onderzoek voelen niet-westerse migrantenouders zich verder vergeleken met de gemiddelde groep ouders juist competent in de opvoeding. In het onderzoek van Kleijnen en Van den Broek (2010a) waren niet-westerse migrantenouders ook minstens zo tevreden over het verloop van de opvoeding als

autochtoon Nederlandse ouders en gaven ze ongeveer even vaak aan goed in staat te zijn voor hun kinderen te zorgen.

In ons onderzoek komt verder bij de westerse migranten evenveel ernstige problematiek als gemiddeld voor (tabel 2.4). Een aanvullende analyse naar afzonderlijke problemen laat zien dat er bij deze groep relatief veel huilbaby's voorkomen (tabel B2.2).

Tienermoeder

Tienermoeders zijn moeders die voor hun twintigste een kind krijgen (in onze studie onder de twintig bij de geboorte van het doelkind; dit is het geval bij 1,4% van de moeders). Het krijgen van kinderen op jonge leeftijd gaat vaak samen met een verhoogd risico op problemen (Coley en Chase-Lansdale 1998; Levine et al. 2007). In sommige gevallen heeft dit te maken met de fysieke onvolgroeidheid van de moeder. Vaak ook levert de beperkte levenservaring van de moeder of beide ouders (de vader is vaak ook in de tienerleeftijd) problemen op met de opvoeding, of zijn de ouders nog niet economisch zelfstandig, doordat jeugdigen minder betaald krijgen voor arbeid, of doordat zij nog naar school gaan of studeren en daardoor weinig werken. In veel gevallen wordt bij de opvoeding en opvang dan ook bijgesprongen door de grootouders. Kinderen van tienermoeders blijken inderdaad vaker ernstige kind- en opvoedproblematiek te hebben (16,1%).

Eenoudergezin

Alleenstaande ouders ontvangen meer ondersteuning bij de opvoeding van ouders en vrienden dan ouders in tweeoudergezinnen (Doorten en Bucx 2011) en maken veel vaker gebruik van jeugdzorg (Stevens et al. 2009). Dit is niet zo vreemd omdat de zorg voor kinderen in deze gezinnen in belangrijke mate op de schouders rust van één volwassene. Die mist natuurlijk een partner op wie hij of zij kan terugvallen en met wie problemen in de opvoeding besproken kunnen worden. Eerder onderzoek liet zien dat alleenstaande ouders een negatievere beleving van de opvoeding hebben dan ouders met een partner (Bucx en De Roos 2011). Ook bleken kinderen uit eenoudergezinnen vaker emotionele en gedragsproblemen en problemen met leeftijdgenoten te ondervinden dan kinderen die bij beide ouders wonen (De Roos et al. 2001). Bijna 14% van de kinderen in ons onderzoek leeft in een eenoudergezin. Bij hen komt ook vaker ernstige kind- en opvoedproblematiek voor (16,9%).

Groot gezin

In grote gezinnen (met meer dan drie kinderen, in ons onderzoek één op de acht gezinnen) moet de aandacht van ouders verdeeld worden over meerdere kinderen. Dit kan ertoe leiden dat er minder aandacht is voor kinderen dan waaraan zij behoefte hebben, met problemen tot gevolg. Dat er in grote gezinnen ernstige problemen kunnen spelen, bleek uit het onderzoek van Alink en anderen (2011). Zij vonden dat grote gezinnen een risicofactor zijn voor kindermishandeling.

In ons onderzoek worden niet vaker dan gemiddeld ernstige kind- en opvoedproblemen gerapporteerd door ouders van grote gezinnen (10,4%). Uit aanvullende analyses

(tabel B2.2) komt naar voren dat er in deze gezinnen wel meer problemen bij peuters voorkomen, maar ouders maken zich over het algemeen minder vaak zorgen.

Ingrijpende gebeurtenissen

Veel gezinnen (ruim 70% in ons onderzoek) krijgen vroeg of laat te maken met gebeurtenissen die behoorlijk ingrijpen in het dagelijks leven. Voorbeelden hiervan zijn het overlijden van een naaste of het slachtoffer zijn van een misdrijf. Deze gebeurtenissen kunnen ervoor zorgen dat de aandacht van de ouders minder bij de opvoeding komt te liggen (Tein et al. 2000). Ook kan een gebeurtenis traumatiserend werken voor de kinderen (Kim et al. 2003; Mongillo et al. 2009). Ouders die aangeven te maken hebben gehad met één of meer ingrijpende gebeurtenissen, rapporteren inderdaad (iets) vaker ernstige kind- en opvoedproblematiek (12,8%). In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op de rol van recente ingrijpende gebeurtenissen bij verschillende problemen.

Aanraking met politie

Wanneer ouders in aanraking zijn gekomen met de politie, is er mogelijk sprake van crimineel gedrag. Dit gedrag hangt samen met een verhoogde kans op antisociaal gedrag en weinig respect voor maatschappelijk geldende normen. Het is gedrag dat in het kader van een opvoeding niet wenselijk is, omdat opvoeden voor een belangrijk deel gebeurt door het geven van voorbeelden van gedrag aan kinderen. We hebben met behulp van gegevens van het CBS gekeken of één van de ouders in de jaren 2008 tot en met 2010 verdachte is geweest van een misdrijf. Dit blijkt het geval te zijn in 3,4% van de gezinnen; ongeveer vier keer vaker betreft dit de vader dan de moeder. Hoewel ernstige kind- en opvoedproblematiek iets vaker voorkomt bij kinderen van wie een ouder in aanraking is geweest met de politie (14,5%), is dit niet significant. Mogelijk komt dit vanwege een sterke samenhang met andere factoren die ernstige problematiek verklaren, zoals verslaving en psychische problemen van ouders. Uit aanvullende analyses (tabel B2.2) blijkt dat in deze gezinnen vaak wordt aangegeven dat het kind een huilbaby is geweest. Er worden ook meer kindproblemen gerapporteerd bij kinderen van 3 jaar en ouder. Opvoedproblemen worden echter niet vaker vermeld.

Armoede

Armoede en geldzorgen kunnen zeer bepalend zijn voor het dagelijks leven in een gezin. Door armoede zijn ouders soms niet in staat zorg te dragen voor een minimum wenselijk niveau van voorzieningen voor het kind. Door de zorgen die zij zich maken, of de inspanningen die zij zich moeten getroosten om een inkomen te verwerven, kunnen ouders soms minder goed hun oudertaken volbrengen (vgl. Bucx en De Roos 2011). Iemand is arm als hij over een langere periode niet voldoende inkomen heeft om te kunnen beschikken over wat in de samenleving als minimaal noodzakelijk wordt geacht (Soede et al. 2011). Volgens de armoedegrens van het SCP is iemand arm als zijn inkomen te laag is om de basisbehoeften (voeding, kleding, wonen) en minimale kosten van ontspanning en sociale participatie te kunnen betalen. In 2009 was het grensbedrag voor dit 'niet-veel-maar-toereikendcriterium' 981 euro per maand. Als het gestandaardiseerde huishoudinkomen lager is dan dit bedrag, beschouwen wij deze persoon als arm.²⁴

In ons onderzoek wordt door arme gezinnen niet significant meer (11,4%) ernstige problematiek gerapporteerd. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat armoede sterk samenhangt met andere ouder- en gezinsfactoren die ernstige problematiek verklaren (zoals eenoudergezinnen). In de multivariate analyse blijkt armoede de kans op ernstige problematiek zelfs te verlagen. In aanvullende analyses (tabel B2.2) blijken kinderen in arme gezinnen vanaf de leeftijd van 1 jaar wel meer probleemgedrag dan gemiddeld te vertonen, maar ouders rapporteren niet meer opvoedproblemen.

Werkloosheid

Werkloosheid hangt sterk samen met armoede. Zeker als het langdurig is, kan dit, behalve met financiële problemen, ook samenhangen met psychische problematiek. Oorzaak en gevolg zijn hierbij niet altijd duidelijk, omdat psychische problemen ook oorzaak kunnen zijn van werkloosheid. In 2011 was 5,6% van de beroepsbevolking werkloos (CBS StatLine, januari 2012). De langdurige werkloosheid betrof in 2009 ruim een kwart van de werklozen (Bierings et al. 2011). De relaties met (ernstige) kind- en ouderproblematiek lijken op die van arme gezinnen; hoewel er meer ernstige problematiek voorkomt bij gezinnen waarin werkloosheid speelt (14,8%), is dit niet significant. Bij de kinderen (vanaf 1 jaar) treden meer problemen op, maar ouders ervaren niet meer opvoedproblemen.

2.4.3 Bredere omgevingskenmerken

Zijn bredere omgevingskenmerken zoals het leven in een ongunstige buurt en een stedelijke omgeving gerelateerd aan kind- en opvoedproblemen?

Ongunstige buurt

Ongeveer 17% van de kinderen in Nederland groeit op in een 'achterstandswijk', oftewel een buurt met een gemiddeld laag opleidingsniveau, laag inkomen en hoge mate van werkloosheid (Steketee et al. 2010). Deze buurten worden vaak gekenmerkt door slechte huisvesting, wat gerelateerd is aan de gezondheid van kinderen en hun schoolprestaties (Sykes 2009). We hebben voor twee buurtkenmerken bekeken of deze samenhangen met ernstige kind- en opvoedproblemen; buurten met veel lage inkomens (hierin heeft de helft of meer van de huishoudens een besteedbaar inkomen van minder dan 25.100 euro; 18,7% van de gezinnen in ons onderzoek) en buurten met een lage gemiddelde woningprijs (een WOZ-waarde van onder 157.000 euro; dit zijn de 10% buurten met de laagste woningwaarde in Nederland). De buurtkenmerken lijken er nauwelijks toe te doen bij de voorspelling van ernstige problemen. Kinderen die in buurten wonen met een laag gemiddeld huishoudinkomen lopen een iets hoger risico op ernstige problematiek dan gemiddeld (11,3%).

Tabel 2.5

Samenhang kenmerken op omgevingsniveau en ernstige kind- en opvoedproblematiek (n = 24.353)

	aandeel ernstige kind- en opvoedproblematiek (%)	kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek ^a
totale groep	10,5	
lage gemiddelde woningwaarde	11,5	-
laag gemiddeld huishoudinkomen	11,3	↑
stedelijke woonomgeving	10,6	-
verklaarde variantie (Nagelkerke R ²)		0,00

a Geanalyseerd met een multivariate logistische regressieanalyse, waarbij gecontroleerd wordt voor de eventuele werking van de andere factoren binnen het omgevingsniveau. Een omhooggaande pijl duidt op een grotere kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek. Een platliggend streepje geeft aan dat er geen significante relatie is, bij $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11) gewogen gegevens

Stedelijkheid leefomgeving

Er wordt regelmatig gesuggereerd dat wonen in een (grote) stad nadelige gevolgen kan hebben voor opgroeiende jeugd (vgl. Weijters et al. 2007). Uit onderzoek van het SCP aan de hand van de leefsituatie-index blijkt dat in de grootste 4 en de grootste 21 steden van Nederland de leefbaarheid minder goed is dan het Nederlands gemiddelde (Boelhouwer et al. 2006) en het is reëel aan te nemen dat dit voor opgroeiende kinderen minder bevorderlijk is. Het is wel de vraag in hoeverre een eventueel verband tussen stedelijkheid en kind- en opvoedproblemen veroorzaakt zou worden door een specifiek kenmerk van de steden. Meer voor de hand ligt dat de problemen verklaard worden door aspecten die in een stad nu eenmaal vaker voorkomen, zoals lagere inkomens en slechtere huisvesting. In ons onderzoek blijken kinderen uit een stedelijke omgeving evenveel problemen te hebben als kinderen uit een niet-stedelijke omgeving.

Meer problemen in bepaalde buurten?

We hebben in een aanvullende (multilevel)analyse onderzocht of er in bepaalde buurten vaker problemen voorkomen dan in andere buurten, op basis van de CBS-buurtindeling (2010). Want mogelijk speelt de buurt wel een rol bij ernstige kind- en opvoedproblemen, maar beschikken wij niet over de variabelen om dit naar boven te kunnen halen (bv. het voorkomen van intimidatie, het bestaan van jeugdbendes e.d.). Er blijkt wel enigszins sprake te zijn van een opeenstapeling van problematiek in (bepaalde) buurten²⁵, maar die is niet meer significant als we rekening houden met de woningwaarde en het huishoudinkomen van buurten en de stedelijkheid van de leefomgeving. Dit betekent dus dat er los van de onderzochte omgevingsvariabelen geen samenhang is tussen de buurt en rapportages van problemen.²⁶

2.5 Cumulatie van risicofactoren

Is het zo dat de aanwezigheid van meerdere risicofactoren in een gezin de kans op problemen meer doet toenemen dan de afzonderlijke risicofactoren (vgl. Hermanns et al. 2005)?

Eerst kijken we of het verband tussen de factoren op de verschillende niveaus en ernstige problematiek blijft staan als we rekening houden met de factoren op de andere niveaus. Vrijwel alle samenhangen blijven intact op een paar uitzonderingen na. Zo is het eerder gevonden verband tussen contact van ouders met een medisch specialist en ernstige problematiek (zie tabel 2.4) niet meer significant als we controleren voor de kenmerken op het kind- en bredere omgevingsniveau (zie tweede kolom tabel 2.6 en tabel B2.4 in de bijlage). Dit geldt ook voor het in tabel 2.4 getoonde verband tussen armoede en ernstige problematiek. Verder blijft de samenhang tussen een laag gemiddeld huishoudinkomen in de buurt en ernstige problematiek (uit tabel 2.5) ook niet staan (zie tweede kolom tabel 2.6 en tabel B2.4 in de bijlage). Mogelijk komt dit vanwege een sterke samenhang met andere factoren die ernstige problematiek verklaren, zoals een lage opleiding van ouders en eenoudergezinnen. Lageropgeleide ouders en eenoudergezinnen beschikken vaak over een lager inkomen waardoor ze vaker in buurten met een lagere sociale status wonen (vgl. Doorten en Bucx 2011). Een lage opleiding van de ouders was overigens eerst niet significant gerelateerd aan ernstige problematiek (tabel 2.4) maar blijkt in de multivariate analyse de kans daarop te verlagen. Opvallend is dat een laag onderwijsniveau van het kind juist de kans op ernstige problematiek verhoogt.

We hebben daarna getoetst of een opeenstapeling van meerdere risicofactoren waaraan een gezin blootstaat (cumulatie²⁷) zorgt voor een sterke(re) samenhang met ernstige problematiek, los van de afzonderlijke invloed van de risicofactoren (tabel 2.6) en van zowel risico- als beschermende factoren (zie derde kolom tabel 2.6 en § 2.6). Wanneer er sprake is van een significante samenhang²⁸, wordt dit in de tabel aangegeven met een omhooggaande pijl (bijdrage aan een grotere kans op het hebben van ernstige problematiek) of een omlaaggaande pijl (bijdrage aan een kleinere kans op ernstige problematiek).

We hebben het aantal risicofactoren binnen een gezin over alle niveaus heen opgeteld. In theorie zouden er bij gezinnen op basis van onze enquêtegegevens maximaal 23 risicofactoren voor kunnen komen (elkaar uitsluitende categorieën niet meegenomen, zie voor een overzicht bijlage B2.3). In werkelijkheid ligt het maximum aantal risicofactoren binnen een gezin op zestien; gemiddeld heeft een gezin met iets minder dan vier risicofactoren te maken. Een cumulatie van risicofactoren blijkt op zich weliswaar gerelateerd te zijn aan ernstige kind- en opvoedproblematiek (niet in tabel), maar als we rekening houden met de werking van de afzonderlijke risicofactoren is dit verband niet significant.

We concluderen dan ook dat er geen aanwijzingen zijn voor een zogenoemd cumulatie-effect, ondanks het feit dat het bestaan van een dergelijk effect vaak wordt gesuggereerd (vgl. Aalbers-Van Leeuwen et al. 2002; Hermanns et al. 2005; Zeijl et al. 2005). Overigens zijn ook in andere recente SCP-publicaties geen aanwijzingen gevonden voor een cumulatie-effect boven op de effecten van de afzonderlijke risicofactoren (Pommer et al. 2011; Van den Broek et al. 2012).

Tabel 2.6

Samenhang tussen enerzijds alle risicofactoren en risicocumulatie, alle risico- en beschermende factoren en risicocumulatie, en anderzijds ernstige kind- en opvoedproblematiek^a (gewogen gegevens, n = 24.353)

	kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek alle risicofactoren	alle risico- en beschermende factoren
kindniveau		
jongen (meisje = ref.)	↑	↑
leeftijd 0-4 jaar = ref.		
leeftijd 5-11 jaar	↑	↑
leeftijd 12-17 jaar	↑	↑
vroegeboorte	-	-
laag geboortegewicht	↑	↑
langdurige ziekte of aandoening	↑	↑
zwakbegaafd	↑	↑
licht verstandelijk gehandicapt	↑	↑
matig tot ernstig verstandelijk gehandicapt	↑	↑
(hoog)begaafd	↑	↑
laag onderwijsniveau	↑	↑
ouder- en gezinsniveau		
ziekten ouders		
langdurige ziekte/aandoening één ouder	↑	↑
langdurige ziekte/aandoening twee ouders	-	-
contact medisch specialist één ouder	-	-
contact medisch specialist twee ouders	-	-
psychisch probleem één ouder	↑	↑
psychisch probleem twee ouders	↑	↑
slechte gezondheid één ouder	-	-
slechte gezondheid twee ouders	-	-
verslaving in gezin	↑	↑
andere ouder- en gezinskenmerken		
tiernmoeder	↑	↑
eenoudergezin	↑	↑
lage opleiding	↓	↓
groot gezin (> 3 kinderen)	-	-
westerse migranten	-	-
niet-westerse migranten	↓	↓
ingrijpende gebeurtenissen	↑	↑
aanraking met politie	-	-
armoede	-	-
werkloosheid	-	-

Tabel 2.6 (vervolg)

	kans op ernstige kind- en opvoedproblematiek	
	alle risicofactoren	alle risico- en beschermende factoren
omgevingsniveau		
lage gemiddelde woningwaarde	-	-
laag gemiddeld huishoudinkomen	-	-
stedelijke leefomgeving	-	-
cumulatie van risicofactoren	-	-
beschermende factoren		
hoog onderwijsniveau kind		↓
goede gezondheid ouder(s)		↓
hoge opleiding ouder(s)		-
hoog gezinsinkomen		-
niet stedelijke leefomgeving		-
verklaarde variantie (Nagelkerke R ²)	0,20	0,21

a De pijlen geven een significante relatie aan met het al (↑) dan niet (↓) hebben van ernstige problematiek, - geeft aan dat er geen significante relatie is, bij $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

2.6 Beschermende factoren

In het balansmodel (Bakker et al. 1998) worden 'beschermende factoren' aangemerkt als de draagkracht die nodig is om de uitdagingen die een jeugdige en zijn opvoeders tegenkomen bij het opgroeien te hanteren. Zo zou een goed gezinsinkomen beschermend kunnen werken tegen het ontstaan van opvoed- en opgroei problemen als gevolg van risicofactoren en gebeurtenissen; door de financiële situatie is men namelijk in staat om goede zorgvoorzieningen en praktische hulp (zoals een oppas) in te schakelen. De in de literatuur beschreven beschermende factoren zijn inhoudelijk veelal gelijk aan de risicofactoren, maar bevinden zich aan de andere kant van het spectrum. Zo staat tegenover een lage opleiding van de ouders een hoge opleiding van de ouders. We hebben de rol van beschermende factoren onderzocht door de analyses uit paragraaf 2.5 te herhalen, maar de variabelen indien mogelijk te wijzigen van twee categorieën (aan- en afwezigheid risicofactor) naar drie categorieën (aanwezigheid risicofactor, middencategorie, aanwezigheid beschermende factor).²⁹

De meest geopperde veronderstelling over de werking van beschermende factoren is dat elke (positieve) factor beschermend zou kunnen werken tegen negatieve invloeden van risicofactoren (vgl. Hermanns et al. 2005). De aanwezigheid van beschermende factoren zou de kans verkleinen dat het nadelige effect van een risicofactor tot uiting komt (in de vorm van ernstige kind- en opvoedproblematiek). We toetsen dit door te kijken of

toevoeging van de beschermende factoren een verbetering oplevert in de verklaring van ernstige problematiek (zie derde kolom tabel 2.6). De toevoeging van beschermende factoren blijkt de verklaarde variantie wel enigszins (en significant) te verhogen van 20% naar 21%. Dit is iets, maar niet heel overtuigend dat de toegevoegde beschermende factoren ertoe doen. Een hoog onderwijsniveau van het kind en een goede gezondheid van de ouders blijken de kans op ernstige problematiek te verkleinen.

Een ander idee over het werkende mechanisme van de beschermende factoren is dat zij alleen in aanwezigheid van bepaalde risicofactoren beschermend zouden werken. De kans op ernstige problematiek zou alleen verkleind worden bij bepaalde combinaties van risico- en beschermende factoren. We hebben gekeken in hoeverre verschillende combinaties van risico- en beschermende factoren een toegevoegde waarde hebben in de verklaring van ernstige problematiek. Een voorbeeld daarvan is een combinatie van de risicofactor eenoudergezin met de beschermende factor hoog gezinsinkomen. Alleenstaande ouders die een goed inkomen hebben, kunnen meer hulp zoals huishoudelijke ondersteuning en een oppas inschakelen, waardoor zij mogelijk minder stress ervaren en daardoor wellicht ook minder vaak ernstige problematiek rapporteren dan alleenstaande ouders met een laag inkomen.

De totale verklaring van ernstige problematiek stijgt met de toevoeging van deze combinaties naar 22%; dit geeft aan dat de combinaties van risico- en beschermende factoren wel een rol spelen, ofschoon een bescheiden rol. Door het grote aantal combinaties dat bekeken is, is het niet mogelijk alle resultaten te bespreken. We gaan in op twee voorbeelden van combinaties die de kans op ernstige problematiek het sterkst verkleinen (bij een $p < 0,01$).

Een hoge opleiding van de ouder(s) werkt beschermend tegen mogelijk negatieve invloeden van de adolescentiefase (jongeren van 12-17 jaar). Eerder kwam al naar voren dat jongeren vaker problematiek hebben dan kinderen tot 5 jaar. Wanneer ouders hoog opgeleid zijn, is er bij hun kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar relatief weinig sprake van ernstige problematiek. Het kan zijn dat hogeropgeleide ouders over meer informatie beschikken over de problemen en mogelijke aanpak van pubers dan lageropgeleide ouders, waardoor de eerste groep minder ernstige problematiek bij hun jongeren rapporteert dan de laatste groep (vgl. Doorten en Bucx 2011).

Een goede gezondheid van ouders werkt beschermend tegen een mogelijk nadelig effect van een laag schoolniveau van kinderen. Als beide ouders zich gezond voelen, rapporteren ze bij hun kinderen die een lager schoolniveau volgen minder vaak ernstige problematiek. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouders die zich fit voelen hun kinderen beter kunnen begeleiden bij hun schoolwerk dan ouders die zich niet gezond voelen en dat vooral kinderen die een laag schoolniveau volgen hiervan profiteren.

Tot slot blijkt de risicocumulatie naast alle risico- en beschermende factoren geen significante samenhang te hebben met ernstige problematiek.

2.7 Conclusies

Kindkenmerken sterkste samenhang met ernstige problematiek

In dit hoofdstuk hebben we aan de hand van een breed theoretisch kader bekeken welke kind-, ouder- en gezins-, en omgevingskenmerken samenhangen met ernstige kind- en opvoedproblematiek. Het is dusdanig ernstige problematiek dat gezinnen in aanmerking kunnen komen voor geïndiceerde jeugdzorg. We hebben de grens getrokken bij 10% van de gezinnen met de zwaarste problematiek. De kindfactoren blijken veruit het sterkst met ernstige kind- en opvoedproblematiek samen te hangen. De kenmerken op het ouder- en gezins-, en omgevingsniveau doen er veel minder toe.

Zo is vooral voor kinderen die een lichamelijke ziekte of handicap, en/of een verstandelijke beperking hebben de kans op ernstige kind- en opvoedproblemen vele malen groter dan voor doorsnee kinderen (zo'n drie tot zes keer zo groot). Ook een laag onderwijsniveau en (hoog)begaafdheid zijn risicofactoren voor ernstige problematiek (29%). Daarnaast komen onder kinderen met een laag geboortegewicht, jongens en oudere kinderen (vanaf 5 jaar) ook iets vaker ernstige problemen voor dan onder respectievelijk kinderen met een normaal geboortegewicht, meisjes en jongere kinderen. Ook in eerder onderzoek kwamen sekse (jongens), leeftijd en lage opleiding van de jeugdige als risicofactoren voor problemen naar voren (Van Dorsselaer et al. 2010; Vollebergh 2010; Zeijl et al. 2005).

Ouder- en gezinskenmerken doen er ook toe

We vinden ook enkele verschillen in ernstige problematiek afhankelijk van een aantal ouder- en gezinskenmerken. Vooral gezinnen waarin psychische problematiek bij de ouders of verslaving speelt of waarin een van de ouders een aandoening of ziekte heeft, lopen een verhoogd risico op ernstige problematiek. Wanneer er ingrijpende gebeurtenissen hebben plaatsgevonden in het leven van de ouders, rapporteren de ouders ook aanzienlijk vaker ernstige problematiek dan wanneer hiervan geen sprake is. Bij eenoudergezinnen is er eveneens een verhoogde kans op die problematiek (vgl. Zeijl et al. 2005). Uit ander onderzoek bleek dat eenoudergezinnen ook vaker behoefte hebben aan jeugdzorg (Stevens et al. 2009). Alleenstaande ouders missen – zoals we eerder al constateerden – natuurlijk een partner op wie zij kunnen terugvallen en met wie zij problemen bij de opvoeding kunnen bespreken. Dat kan veel (opvoedings)stress bij hen opleveren en dat komt de ontwikkeling van kinderen vaak niet ten goede (De Roos et al. 2011).

Aspecten van de kwaliteit van de buurt waarin gezinnen wonen en de stedelijkheid van de leefomgeving hangen nauwelijks samen met ernstige problematiek. Er komt weliswaar iets vaker ernstige problematiek voor in buurten met een laag gemiddeld huishoudinkomen, maar dit wordt verklaard door de samenhang met andere achtergrondkenmerken. De stedelijkheid van de leefomgeving en de woningkwaliteit in de buurt spelen geen rol in het ervaren van ernstige problematiek.

Geen risicocumulatie, wel geringe werking beschermende factoren

Er blijkt geen verhoogde kans op ernstige problematiek te zijn als er sprake is van veel risicofactoren, boven op wat verwacht kan worden op basis van de werking van de afzonderlijke risicokenmerken. Er is dus geen effect van cumulatie van risicofactoren gevonden. Wel is er in overeenstemming met het balansmodel (Bakker et al. 1998) een (geringe) samenhang met beschermende factoren. Als een gezin naast risicokenmerken ook over beschermende factoren beschikt, verlaagt dit enigszins de kans dat er sprake is van ernstige problematiek.

Noten

- 1 Zoals in hoofdstuk 1 gesteld hanteren wij een brede definitie van kind- en opvoedproblemen. Met kindproblematiek bedoelen we gedrags- en psychische problemen bij kinderen. Onder opvoedproblematiek verstaan wij problemen in de opvoeding en ouder-kindrelatie die de ontwikkeling van kinderen negatief kunnen beïnvloeden. Met ernstige problematiek bedoelen we dusdanig ernstige kind- en opvoedproblematiek dat gezinnen in aanmerking kunnen komen voor geïndiceerde zorg.
- 2 Onder dit mesoniveau valt ook de steun vanuit de sociale netwerken van ouders. Wij beschouwen dat als 'nuldelijns'-zorg en besteden daar aandacht aan in hoofdstuk 6.
- 3 Maatschappelijke achtergrondfactoren (het 'macroniveau' uit het model van Bakker et al. 1998) zoals wetgeving en economische omstandigheden worden niet meegenomen in ons onderzoek. Gezinsinkomen en opleiding van de ouders, die door Bakker et al. (1998) worden beschouwd als onderdeel van het macroniveau, zien wij als kenmerken binnen het microniveau.
- 4 Voor kinderen van 1 tot 3 jaar is de Nederlandse versie van de Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan en Carter 2006) gebruikt. De BITSEA bestaat uit 'problemen' (sociaal-emotionele en gedragsproblemen) en 'competentie' (sociaal-emotionele vaardigheden). Wij hebben een gecombineerde score gebruikt van problemen en (gebrekkige) competentie volgens de leeftijd- en sekseafhankelijke afkappunten uit Briggs-Gowan et al. (2004).
- 5 Voorbeeldstellingen hiervan zijn: 'Slaat, bijt of schopt u of uw partner', 'Is onrustig en kan niet stilzitten' en 'Is bang voor bepaalde plaatsen, dieren of dingen'.
- 6 Voorbeeldvragen hiervan zijn: 'Probeert te helpen als iemand zich pijn heeft gedaan, bijvoorbeeld door een speeltje te geven', 'Wijst om u iets te laten zien wat ver weg is' en 'Volgt regels op'.
- 7 Voor kinderen van 3 tot 18 jaar is gebruikgemaakt van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman et al. 2000). In de SDQ worden vier soorten probleemgedragingen (de 'Difficulties') en prosociaal gedrag (de 'Strengths') in kaart gebracht. Enkele vragen zijn anders voor de 3- en 4-jarigen om aan te sluiten bij de ontwikkelingsfase. Wij hebben als afkappunt voor totale problemen de schaalscore van 11 en hoger genomen (borderline en klinisch) (zie Vogels 2005; GGD Nederland 2006).
- 8 Gemeten via twee schalen van de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL versie 2010 Praktikon). Wij hebben de leeftijdsafhankelijke normtabellen gebruikt uit Vermulst et al. 2012. Er zijn drie normgroepen, ouders van kinderen van respectievelijk 0 t/m 3, 4 t/m 11 en 12 t/m 18 jaar.
- 9 Dit is een vraag die vaker door het SCP gebruikt is (in het AVO; algemeen voorzieningengebruik onderzoek). Voor het zich zorgen maken zijn geen normscores beschikbaar.
- 10 Zie ook hoofdstukken 4 en 6.
- 11 Door de verdeling van problematiek in de survey ligt dit afkappunt bij 10,5%.

- 12 De maat voor ernstige problematiek is samengesteld door per leeftijdscategorie te onderzoeken welke maten van kind- en opvoedproblemen het sterkst samenhangen met geïndiceerd jeugdzorggebruik (over alle sectoren). Zie bijlage B2.1 voor uitleg van de gebruikte procedure en analyses bij het vormen van de maat voor ernstige problematiek.
- 13 De maat voor ernstige problematiek bestaat voor de groep gezinnen met kinderen tot 1 jaar uit de componenten 'kinderen die op het moment van het invullen van de vragenlijst een huilbaby zijn', 'ouders die zich zorgen maken over het kind en de opvoeding' en ouders die een 'minder goede ouder-kindrelatie' rapporteren. Bij kinderen van 1 tot 3 jaar wordt de maat ernstige problematiek gevormd door: 'veel kindproblemen', 'weinig kindcompetenties' en 'ouders die zich zorgen maken over het kind en de opvoeding'. Geen van de opvoedfactoren (problemen in de ouder-kindrelatie en opvoedingsincompetentie) is bij deze leeftijdsgroep in de ernstige problematiekmaat opgenomen omdat deze niet sterk samenhangen met geïndiceerd jeugdzorggebruik. Bij de kinderen van 3 tot 18 jaar is de maat samengesteld uit: een hoge score op 'totale problemen van de SDQ' en 'ouders die zich zorgen maken over het kind en de opvoeding'. Ook voor deze groep kinderen blijken de gerapporteerde problemen in de ouder-kindrelatie en opvoedingsincompetentie er voor ernstige problemen niet toe te doen. Zij voorspellen dus geen tweedelijns-jeugdzorggebruik. Overigens hangen deze aspecten van opvoedproblemen wel samen met de *vraag* naar eerste- en tweedelijnszorg. Mogelijk worden de door ouders ervaren opvoedingsincompetentie en problemen in de ouder-kindrelatie door de indicatieverstrekkers voor de tweedelijnszorg minder beschouwd als reden voor zorgverschaffing.
- 14 We hebben gekeken (zie tabel B2.5 in de bijlage) in hoeverre de scores op de verschillende maten voor problematiek overeenkomen tussen de drie onderzochte jeugdzorgsectoren, om te controleren of onze maat voor problematiek de problemen binnen elke sector reflecteert.
- 15 We gaan ervan uit dat risicofactoren samenhangen met een vergrote kans op kind- en opvoedproblemen maar op zichzelf geen probleem zijn. Echter, risicofactoren en problemen zijn niet altijd systematisch uiteen te rafelen; soms is het moeilijk vast te stellen wat een risicofactor is en wat een probleem. Sommige kenmerken uit ons onderzoek zijn puur een risicofactor, zoals herkomst van de ouders en sekse van het kind. Andere kenmerken, zoals armoede en ziekte van ouders, kunnen ook een probleem zijn. Wanneer ziekte van ouders bijvoorbeeld samengaat met veel beperkingen, pijn, verdriet, zorg en een grote taakbelasting voor het kind, is het een probleem. Verder kunnen problemen ook een risico vormen voor het optreden van bepaalde kenmerken. Zo kunnen ernstige kind- en opvoedproblemen psychische problemen bij ouders teweegbrengen of tot relatieproblemen en een scheiding leiden. Ook kunnen bepaalde kenmerken (zoals een zieke ouder) en ernstige kind- en opvoedproblematiek beide het gevolg zijn van leefomstandigheden die in het geheel negatief zijn. Het is goed om ons te realiseren dat het lastig is oorzaak-gevolgrelaties vast te stellen, zeker gezien het feit dat wij risicofactoren en problemen maar op één moment gemeten hebben.
- 16 Binnen de medische wereld spreekt men van dismaturiteit. Dit wordt op een meer exacte manier vastgesteld, namelijk aan de hand van het geboortegewicht in verhouding tot de zwangerschapsduur. Wij nemen de zwangerschapsduur niet mee in onze definitie van laag geboortegewicht.
- 17 Wij hanteren de grens van een IQ hoger dan 115 om te kunnen spreken van (hoog)begaafdheid.
- 18 Dit zijn kinderen die vanwege leer- of gedragsproblemen, lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke handicaps, of door gedragsstoornissen extra zorg op school nodig hebben.

- 19 Ook kinderen die thuis te maken hebben met een zieke broer of zus hebben het vaak zwaar (De Veer en Francke 2008; Van den Einde-Bus et al. 2010). In het OJO is hier geen aandacht aan besteed, er is alleen naar ziekten van de ouders en het 'doelkind' gevraagd.
- 20 Gevraagd is of de ouders in het afgelopen jaar voor zichzelf wel eens contact hebben gehad met een maatschappelijk werker, psycholoog, psychiater of psychotherapeut. Deze vraag geeft weinig zicht op de aard en ernst van de (psychische) problemen. We moeten dus voorzichtig zijn met het trekken van conclusies.
- 21 Overigens heeft volgens het recente onderzoek van Sieh (2012) ongeveer de helft van ouders met ernstige lichamelijke ziekten last van depressieve klachten, die een negatieve impact op het opvoeden en de ouder-kindrelatie kunnen hebben.
- 22 De vraag was of ouders in de afgelopen drie maanden voor zichzelf (poliklinisch) contact hebben gehad met een specialist (een psychiater niet meegerekend).
- 23 Zij kunnen zich ondanks het hebben van bepaalde aandoeningen of ziekten wel (redelijk) gezond voelen.
- 24 Het gestandaardiseerde huishoudinkomen is het huishoudinkomen gecorrigeerd voor verschillen in de omvang van een huishouden. Dit inkomen wordt beschouwd als de indicator van de koopkracht van een huishouden.
- 25 Dit buurtniveau blijkt een klein deel (2,7%) van ernstige kind- en opvoedproblematiek te verklaren. Na toevoeging van inhoudelijke buurtvariabelen blijft een niet-significante 2% van de verklaarde variantie van problematiek staan.
- 26 In aanvullende analyses blijkt er overigens ook een effect van buurtniveau op jeugdzorggebruik te zijn die blijft staan na toevoeging van de inhoudelijke buurtvariabelen: 4,6% van de variantie in jeugdzorggebruik wordt verklaard door alleen het CBS-buurtniveau; 5,3% na toevoeging van de inhoudelijke buurtvariabelen. Er blijkt dus wel een clustering te zijn van jeugdzorggebruik in bepaalde buurten.
- 27 Wanneer men in de literatuur over cumulatie spreekt, doelt men de ene keer op een cumulatie van risicofactoren, de andere keer op een cumulatie van problemen. Een voorbeeld van een cumulatie van problemen zijn de multiprobleemgezinnen, waarin verschillende soorten problematiek samenkomen; deze problemen zijn over het algemeen hardnekkig.
- 28 Een samenhang waarvan de kans zeer klein is dat deze op toeval berust.
- 29 De operationalisering van deze variabelen is terug te vinden in bijlage B2.3.

3 De rol van ingrijpende levensgebeurtenissen bij kind- en opvoedproblematiek

Simone de Roos en Sander Bot

3.1 Ingrijpende levensgebeurtenissen en problemen

Het is een co-ouderschap, dat was de bedoeling. Alleen de nieuwe vriend heeft zich meteen ontpopt als dé nieuwe vader, met allemaal regeltjes. Kijk, we hebben al die jaren met z'n tweeën volgens een bepaald patroon opgevoed. Je kunt het er mee eens zijn of niet, maar we hebben het wel samen gedaan. Nu komt er een andere partner. Die gaat het helemaal op een andere boeg gooien [...] Met de maatschappelijk werkster ben ik begonnen, omdat ik heel graag het co-ouderschap zou willen herstellen. Drie maanden geleden is het contact verbroken. Mijn dochter, de oudste die heeft nu ook een apart traject bij het maatschappelijk werk. Die loopt vast met haar huiswerk, ze kan zich moeilijk concentreren. Dan gaat maatschappelijk werk met haar dus uitzoeken welke vorm ze wil om contact met haar moeder te onderhouden [...] Sinds die scheiding is het zwaar, het zijn echt tropenjaren. (vader van 44 jaar met twee kinderen van 10 en 12 jaar; ontleend aan Den Uyl en Emmelkamp 2008: 87-88)

In dit citaat vertelt een vader die sinds anderhalf jaar gescheiden is wat de breuk met zijn vrouw teweeg heeft gebracht in zijn leven en dat van zijn kinderen. Een scheiding is een ingrijpende levensgebeurtenis die kind- en opvoedproblemen kan veroorzaken of bestaande problematiek in een gezin kan verergeren (Spruijt 2007; Tein et al. 2000). Dat geldt ook voor andere stressvolle levensgebeurtenissen in het leven van ouders, zoals het verlies van een naaste en het slachtoffer zijn van een ernstig ongeluk of misdrijf (vgl. Asscher en Paulussen-Hoogeboom 2005).

In hoofdstuk 2 kwam al naar voren dat ouders die minstens één ingrijpende levensgebeurtenis in de afgelopen twee jaar of langer geleden hebben meegemaakt, vaker ernstige problemen rapporteren dan ouders die hier niet mee te maken hebben gehad. Ingrijpende levensgebeurtenissen blijken ook los van allerlei andere risicofactoren samen te hangen met ernstige problematiek. In dit hoofdstuk gaan we hier dieper op in en maken we onderscheid tussen de verschillende kind- en opvoedproblemen.

We concentreren ons daarbij op gebeurtenissen die recent (in de afgelopen twee jaar) hebben plaatsgevonden. Juist deze gebeurtenissen kunnen tot kind- en opvoedproblemen leiden doordat ze de balans tussen draaglast en draagkracht binnen gezinnen kunnen verstoren (vgl. Bakker et al. 1998; Ormel et al. 2001). Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat vooral die gebeurtenissen ervoor zorgen dat kwetsbare gezinnen in de problemen komen (Ormel et al. 2001). Empirisch bewijs hiervoor is tot op heden echter beperkt. In eerder onderzoek hiernaar werd kwetsbaarheid van gezinnen meestal met slechts enkele achtergrondkenmerken in kaart gebracht, zoals een lagere opleiding van ouders en een slechte buurt (Attar et al. 1994), weinig steun van broer(s)/zus(sen) (Watte et al. 2011) of de aanwezigheid van een depressieve ouder in een gezin (Bouma et al. 2008). In het OJO is kwetsbaarheid breed onderzocht, via allerlei

(gezins)omstandigheden die een groter risico op kind- en opvoedproblemen vormen (zie ook hoofdstuk 2). In dit hoofdstuk onderzoeken we of kwetsbaardere gezinnen meer kind- en opvoedproblemen ondervinden als ze recent geconfronteerd zijn geweest met een ingrijpende gebeurtenis dan minder kwetsbare gezinnen. Kwetsbaarheid brengen we in kaart door naar de mate van opeenstapeling van risicofactoren in gezinnen te kijken (vgl. Asscher en Paulussen-Hoogeboom 2005; Van den Broek et al. 2012). Meer specifiek geformuleerd is onze eerste onderzoeksvraag: is de relatie tussen recente levensgebeurtenissen en verschillende kind- en opvoedproblemen sterker voor gezinnen die te maken hebben met veel risicofactoren – de kwetsbaardere gezinnen – dan voor gezinnen waarin sprake is van weinig risicofactoren?

Of ingrijpende gebeurtenissen in gezinnen tot kind- en opvoedproblemen leiden, hangt naast de kwetsbaarheid van het gezin ook af van hun aard, duur en stressopwekkend vermogen en van de manier waarop betrokkenen tegen de gebeurtenissen aankijken en ermee omgaan (*coping*) (Garnefski en Kraaij, 2009; Ormel et al. 2001). Wij zullen aandacht besteden aan de aard van recente levensgebeurtenissen, en daarover gaat onze tweede onderzoeksvraag. In hoeverre is er een verschil in kind- en opvoedproblematiek afhankelijk van de aard van de recente levensgebeurtenissen? Wat betreft de kindproblematiek kijken we naar zowel internaliseringsproblemen, zoals angst, teruggetrokken gedrag en depressie, als externaliseringsproblemen, zoals ongehoorzaamheid, boos en agressief gedrag, liegen en stelen. Eerder onderzoek heeft laten zien dat levensgebeurtenissen samenhangen met zowel internaliserings- als externaliseringsproblemen van kinderen en jongeren (Attar et al. 1994; Watte et al. 2011; Zhou et al. 2008). Veel studies maakten echter geen onderscheid tussen verschillende typen levensgebeurtenissen. Wij splitsen uit naar het ervaren van verlies en scheiding, het slachtoffer zijn geweest van een misdrijf of ongeluk en andere ingrijpende gebeurtenissen.¹ Er is nog weinig bekend over de invloed van verschillende levensgebeurtenissen op opvoedproblematiek. Het is zinvol om ook naar opvoedproblemen te kijken, juist omdat ouders via opvoeding voorwaarden voor de ontwikkeling van kinderen scheppen (Asscher en Paulussen-Hoogeboom 2005; Tein et al. 2000). Er zijn wel studies verricht naar de effecten van levensgebeurtenissen in het algemeen en scheiding in het bijzonder op het opvoedingsgedrag van ouders (Tein et al. 2000; Webster-Stratton 1990). Die tonen aan dat ouders die dergelijke gebeurtenissen meegemaakt hebben, minder warm en meer bestraffend en restrictief naar hun kinderen zijn dan andere ouders. Het kan zijn dat deze ouders ook meer opvoedproblemen ervaren. Stress bij ouders als gevolg van levensgebeurtenissen kan via het gebruik van minder effectieve opvoedingsstrategieën en een negatievere opvoedbeleving zijn weerslag hebben op probleemgedragingen van kinderen (De Roos et al. 2011; Tein et al. 2000).

Voordat we ingaan op onze twee onderzoeksvragen, kijken we eerst hoe vaak ingrijpende levensgebeurtenissen voorkomen.

3.2 Prevalentie recente ingrijpende levensgebeurtenissen

Aan de ouders is gevraagd of zij in de afgelopen twee jaar gescheiden zijn (of gebroken hebben met hun partner), geconfronteerd zijn geweest met het overlijden van een naaste

(een ouder, broer, zus, de partner of een kind), slachtoffer zijn geweest van een misdrijf of ongeluk, of een andere ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt. Onder dit laatste kunnen bijvoorbeeld conflicten in de familie of op het werk, een zelfmoordpoging van een naaste of geweld binnen een gezin vallen. Ruim 36% van de ouders antwoordde bevestigend (tabel 3.1).

In de afgelopen twee jaar is een kleine 6% van de ouders gescheiden (of heeft gebroken met de partner). Het CBS schat dat jaarlijks rond 0,9% (33.000)² van de minderjarige kinderen een echtscheiding van hun ouders meemaken. Daarnaast is ook een groot aantal kinderen betrokken bij het uiteenvallen van niet-gehuwde relaties, in 2005 werd dat aantal geschat op 0,5% (18.000 kinderen, De Graaf 2011). Het overlijden van een naaste en het meemaken van een andere ingrijpende gebeurtenis komen relatief veel voor, respectievelijk 19% en 18% van de ouders geeft aan hiermee in de afgelopen twee jaar te maken hebben gehad. Het slachtoffer zijn geweest van een misdrijf of ongeluk komt vrij weinig voor, bij 3,6% van de ouders.

Tabel 3.1

Prevalentie recente ingrijpende levensgebeurtenissen (in afgelopen twee jaar) voor de totale groep en voor drie groepen die verschillen in kwetsbaarheid (aantal risicofactoren in gezin (gewogen gegevens; n = 24.094; in procenten)^a

	ingrijpende levensgebeurtenissen in de afgelopen twee jaar				
	scheiding	overlijden naasten	misdrijf/ ongeluk	andere gebeurtenis	minstens 1 recente gebeurtenis
totale groep	5,7	19,2	3,6	17,9	36,3
kwetsbaarheid gezin, aantal risicofactoren					
0-1 risicofactoren	1,2 _a	17,2 _a	2,2 _a	13,5 _a	28,4 _a
2-4 risicofactoren	6,2 _b	19,3 _b	3,6 _b	18,8 _b	38,0 _b
≥ 5 risicofactoren	15,0 _c	22,9 _c	6,9 _c	25,9 _c	49,8 _c

a Verschillende subscripten bij de groepen betekenen dat de verschillen tussen de groepen statistisch significant zijn ($p < 0,05$); Leesvoorbeeld: afgelopen twee jaar scheiding en aantal risicofactoren: bij gezinnen met maximaal 1 risicofactor (subscript a) komt het minst vaak een scheiding voor, bij gezinnen met 2-4 risicofactoren (subscript b) komt vaker een scheiding voor dan bij de gezinnen met maximaal 1 risicofactor (subscript a), maar minder vaak dan bij gezinnen met minstens 5 risicofactoren (subscript c). Bij die laatste groep komt een scheiding het vaakst voor.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Komen levensgebeurtenissen vaker voor bij kwetsbaardere gezinnen? Wij focussen ons op gezinnen die in mindere of meerdere mate te maken hebben met een opeenstapeling (cumulatie) van risicofactoren. Dit betreffen kenmerken van kinderen, ouders, gezinnen en omgeving die een ongunstige uitwerking kunnen hebben op de ontwikkeling van kinderen (zie ook hoofdstuk 2). Voorbeelden daarvan zijn een verstandelijke beperking van het kind, lage opleiding van ouders, armoede in het gezin en een stedelijke woonomgeving. Wij onderscheiden gezinnen die te maken hebben met minstens vijf

risicofactoren (meest kwetsbaar), twee tot vijf risicofactoren, of maximaal een risicofactor (minst kwetsbaar) (zie bijlage B3.1 voor een overzicht van alle meegenomen risicofactoren, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) (vgl. Asscher en Paulussen-Hoogeboom 2005; Van den Broek et al. 2012³).

Opvallend is dat het percentage scheidingen bij de meest kwetsbare groep (15%) veel hoger ligt dan bij de minst kwetsbare groep ouders (ruim 1%).⁴ Risicofactoren die vaak bij de meest kwetsbare groep voorkomen, zoals een lage opleiding van ouders of het behoren tot een etnische minderheid, dragen bij aan dit verschil. Zo maken laagopgeleide ouders in ons onderzoek meer dan drie keer zo vaak een (echt)scheiding mee (11%) dan hoogopgeleide ouders (ruim 3%). Een vergelijkbare bevinding kwam naar voren uit een internationale studie onder moeders (McLanahan 2004). Het kan zijn dat hogeropgeleide mensen al wat ouder en/of 'rijper' zijn als ze een partner zoeken en beter weten wat ze in een relatie zoeken dan lageropgeleide mensen, waardoor ze minder snel gaan scheiden (Oppenheimer 1988). Ook verkeren zij bij de partnerkeuze in een betere onderhandelingspositie; zij hebben meestal meer (financiële) middelen te bieden. Verder komt bij zowel westerse als niet-westerse migrantenouders (echt)scheiding vaker voor dan bij de autochtoon Nederlandse ouders. Een hoger echtscheidingspercentage onder niet-westerse migranten werd ook vastgesteld in eerder Nederlands onderzoek (Loozen et al. 2012).

De meest kwetsbare groep rapporteert iets vaker een sterfgeval in hun naaste omgeving dan de minder kwetsbare groepen (23% voor de meest kwetsbare groep versus 19% en 17% voor de andere twee groepen). Vergeleken met de minst kwetsbare gezinnen is de meest kwetsbare groep verder meer dan drie keer zo vaak het slachtoffer van een misdrijf of ongeluk. Ook rapporteert die groep bijna twee keer zo vaak een andere ingrijpende gebeurtenis.

Al met al blijken alle onderzochte ingrijpende levensgebeurtenissen het vaakst voor te komen bij de meest kwetsbare gezinnen, iets minder vaak bij de iets minder kwetsbare gezinnen (met twee tot vijf risicofactoren) en het minst vaak bij de minst kwetsbare gezinnen. De eerste groep loopt door de ruime aanwezigheid van psychobiologische (bv. verstandelijke handicaps, vroeggeboorte, aandoeningen) en/of sociale kwetsbaarheid (bv. lage opleiding, etnische minderheid, armoede) natuurlijk eerder tegen grenzen van de draaglast aan dan de andere groepen. Ook heeft die groep door de kwetsbaarheid minder controle over de omgeving. Dit maakt dat zij een groter risico lopen op het ervaren van ingrijpende gebeurtenissen dan minder kwetsbare gezinnen (Ormel et al. 2001).

3.3 Samenhang recente levensgebeurtenissen en kind- en opvoedproblematiek

Hangen de verschillende recente levensgebeurtenissen samen met kind- en opvoedproblematiek? We gaan eerst in op kindproblemen. Eerder onderzoek naar de relatie tussen levensgebeurtenissen en kindproblemen heeft zich vooral gericht op oudere kinderen en adolescenten (Bouma et al. 2008; Rudolph en Hammen 1999; Johnson et al. 2012). Er is nog weinig bekend over effecten van levensgebeurtenissen op problemen van jonge kinderen. In het OJO is een brede leeftijdsgroep onderzocht, kinderen van 0 tot 18 jaar.

Doordat jongere kinderen minder in staat zijn om bepaalde ingrijpende gebeurtenissen cognitief en emotioneel te bevatten, hebben deze mogelijk een nog sterkere impact op hun probleemgedragingen dan op die van oudere kinderen (Mongillio et al. 2009). Eerder onderzoek toonde aan dat kinderen van anderhalf tot tweeënhalf jaar meer probleemgedrag vertonen naarmate er vaker ingrijpende gebeurtenissen in hun gezinnen plaatsvonden (Asscher en Paulussen-Hoogeboom 2005). Geldt dit ook voor afzonderlijke levensgebeurtenissen en voor baby's (tot 1 jaar)? Bij hen is het lastig iets over problematiek te zeggen, maar we kunnen wel kijken naar de aanwezigheid van een huilbaby in een gezin. Het optreden van de verschillende levensgebeurtenissen kan stress veroorzaken bij de ouders die mogelijk ook overslaat op baby's en daardoor huilgedrag kan uitlokken of versterken. We vinden echter geen verband tussen de levensgebeurtenissen en de aanwezigheid van een huilbaby in een gezin (tabel 3.2). Probleemgedragingen van peuters zijn wel gerelateerd aan levensgebeurtenissen en dat is in lijn met de bevindingen van Asscher en Paulussen-Hoogeboom (2005). Peuters ondervinden meer problemen als hun ouders minstens één recente levensgebeurtenis rapporteerden en dan met name wanneer dit een scheiding betreft (tabel 3.2). Uit aanvullende analyses blijkt dat deze verbanden niet langer significant zijn als we rekening houden met het aantal risicofactoren in het gezin.⁵ Dat peuters in het geval van een scheiding meer probleemgedrag vertonen, ligt dus meer aan de kwetsbaarheid van hun gezin dan aan die levensgebeurtenis. Recente levensgebeurtenissen lijken er op jonge leeftijd dus nauwelijks toe te doen. Een mogelijke verklaring hiervoor is de aard van de gebeurtenissen. Die raken niet altijd heel direct het kind zelf en zouden via de opvoeding die de ouders geven misschien meer impact kunnen hebben op het gedrag van oudere kinderen.⁶ Bovendien kunnen de gebeurtenissen plaatsgevonden hebben voordat het kind geboren was (de periode is immers de afgelopen twee jaar). Het kan ook zijn dat we probleemgedrag van baby's en peuters niet specifiek genoeg in kaart hebben gebracht. Bij oudere kinderen vinden we meer relaties tussen het ervaren van levensgebeurtenissen en kindproblemen. Het optreden van vrijwel alle levensgebeurtenissen (behalve het overlijden van een naaste) in een gezin gaat samen met een verhoogde kans op de verschillende problemen bij kinderen van 3 jaar en ouder (tabel 3.2). Vaak is het risico op probleemgedrag in het algemeen en problemen met emoties, gedrag, leeftijdgenoten, en hyperactiviteit in het bijzonder anderhalf tot twee keer zo groot in gezinnen die geconfronteerd zijn geweest met een scheiding of andere gebeurtenis als in een gezin waarbij hier geen sprake van was.

Tabel 3.2

Samenhang kindproblemen en het al dan niet optreden van recente levensgebeurtenissen (in afgelopen twee jaar) (gewogen gegevens; in procenten)^a

	kindproblemen						
	huiltbaby (0 tot 1 jaar) n = 994	problemen 1-2- jarigen ^b n = 2.550	totale problemen 3-17- jarigen ^c n = 21.239	emotionele problemen (3-17 jaar) n = 21.239	gedragsproblemen (3-17 jaar) n = 21.239	hyperactiviteit (3-17 jaar) n = 21.239	problemen met leeftijd- genoten (3-17 jaar) n = 21.239
scheiding							
nee	8,5	10,9	15,8	12,2	10,6	13,5	13,5
ja	3,4	21,0	27,6	22,3	17,7	22,2	19,8
overlijden naaste							
nee	8,5	11,0	16,1	12,5	10,9	13,8	13,7
ja	6,5	13,5	18,1	14,3	11,4	14,7	14,5
misdrijf/ongeluk							
nee	8,1	11,2	16,3	12,6	10,9	13,8	13,7
ja	15,9	16,5	22,4	18,3	13,6	18,5	17,5
andere gebeurtenis							
nee	8,1	10,8	14,8	11,3	10,3	12,9	12,9
ja	9,0	14,2	23,9	19,3	14,3	19,0	17,5
minstens 1 recente gebeurtenis							
nee	8,6	10,3	14,2	10,9	9,9	12,3	12,6
ja	7,5	14,0	20,4	16,0	12,9	16,7	15,9

- a De vetgedrukte percentages geven significant hogere percentages aan van gerapporteerde kindproblemen door ouders die de betreffende levensgebeurtenissen meegemaakt hebben dan door de ouders die deze niet meemaakten, bij $p < 0,05$.
- b Problemen van 1-2-jarigen zijn vastgesteld met de schalen 'problemen' en 'competenties' van de Nederlandse versie van de Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan en Carter 2006; zie hoofdstuk 2 voor de gebruikte afkappunten).
- c Totale problemen, emotionele en gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdgenoten van 3-17-jarigen zijn in kaart gebracht met de Nederlandse versie van de Stenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman et al. 2000; Van Widenfelt et al. 2003; zie hoofdstuk 2 voor de gebruikte afkappunten).

Bron: CBS/SCP (010'11)

Zo ligt bijvoorbeeld de kans op emotionele problemen van kinderen in een scheidings-situatie 10 procentpunten hoger dan bij andere kinderen (22% versus 12%). Een scheiding van ouders kan het gedrag van kinderen rechtstreeks beïnvloeden doordat zij onzekerheid, boosheid en verdriet met zich mee kunnen brengen. Daarnaast kan een scheiding ook indirect effect hebben op het gedrag van kinderen; stress bij ouders als gevolg van

die gebeurtenis kan overgedragen worden op kinderen, waardoor ook zij emotioneel meer gespannen raken. In gezinnen die geconfronteerd zijn geweest met een andere gebeurtenis, zoals een conflict in de familie of op het werk, is het risico op druk gedrag en aandachtsproblemen van kinderen anderhalf keer zo groot (19%) als in andere gezinnen (13%). In het geval van een misdrijf of ongeluk en het optreden van minstens één recente levensgebeurtenis zijn de kansen op de verschillende problemen meestal met 3 tot 6 procentpunten verhoogd. Het overlijden van een naaste is alleen gerelateerd aan totaal probleemgedrag en emotionele problemen van kinderen. Mogelijk gaat het bij het overlijden van een naaste vaak om de dood van een grootouder die al een (vrij) hoge leeftijd heeft bereikt. Het overlijden van een grootouder is vanzelfsprekend een verdrietige zaak, maar vormt misschien eerder aanleiding voor het ontstaan van emotionele problemen dan van andere specifieke kindproblemen, zoals gedragsproblemen en hyperactiviteit.

Aanvullende analyses laten zien dat de verbanden tussen de levensgebeurtenissen overlijden van een naaste en een misdrijf/ongeval enerzijds en kindproblemen anderzijds verklaard worden door de kwetsbaarheid van het gezin. Dat er in het geval van het overlijden van een naaste of een misdrijf of ongeluk meer kindproblemen in gezinnen voorkomen komt dus doordat er in die gezinnen meer risicofactoren aanwezig zijn.

We vinden ook samenhangen tussen de verschillende levensgebeurtenissen en zorgen van ouders en opvoedproblemen (zie tabel 3.3). Wanneer ouders de verschillende recente ingrijpende levensgebeurtenissen rapporteren, geven ze vaker aan dat ze zich zorgen maken over de opvoeding, het gedrag en de ontwikkeling van hun kind dan wanneer ze die gebeurtenissen niet noemen. Zo maakt 43% van de ouders die recent een scheiding heeft meegemaakt zich zorgen om het kind en de opvoeding, versus 25% van de ouders die niet (in de afgelopen twee jaar) gescheiden zijn. Als er sprake is van minstens één recente gebeurtenis in een gezin, ligt de kans op het zich zorgen maken door ouders 10 procentpunten hoger dan wanneer hier geen sprake van is (33% versus 23%). Ook ervaren ouders die een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt (behalve in het geval van het overlijden van een naaste) meer problemen in de relatie met hun kind en voelen zich minder competent in de opvoeding. Wanneer er zich in het gezin een andere ingrijpende gebeurtenis voordoet, ligt het percentage ouders dat zich incompetent als opvoeder voelt bijvoorbeeld 6 procentpunten hoger dan wanneer er geen sprake is van die gebeurtenis (21% versus 15%). Onze resultaten suggereren dat levensgebeurtenissen vaak samengaan met zorgen en opvoedproblemen van ouders. Overigens blijkt uit aanvullende analyses dat ook de link tussen het meemaken van het overlijden van een naaste of het slachtoffer zijn geweest van een ernstig ongeluk of misdrijf, en opvoedproblemen verklaard wordt door de kwetsbaarheid van het gezin.

Tabel 3.3

Samenhang zorgen ouders en opvoedproblemen en het al dan niet optreden van recente levensgebeurtenissen (in afgelopen twee jaar) (gewogen gegevens; n = 25.022; in procenten)^a

	zorgen ouders en opvoedproblemen ^b		
	zorgen om kind en opvoeding	problemen ouder-kindrelatie	ervaren opvoedingsincompetentie
scheiding			
nee	25,3	11,8	16,3
ja	43,3	14,3	19,2
overlijden naaste			
nee	25,6	11,8	16,3
ja	29,5	12,4	17,2
misdrijf/ongeluk			
nee	26,0	11,9	16,3
ja	35,0	13,1	19,7
andere gebeurtenis			
nee	23,7	11,1	15,4
ja	38,7	15,8	21,2
minstens 1 recente gebeurtenis			
nee	22,5	11,0	15,4
ja	33,2	13,5	18,4

a De vetgedrukte percentages geven significant hogere percentages aan van het zich zorgen maken en ervaren van opvoedproblemen bij ouders die de betreffende levensgebeurtenissen meegemaakt hebben dan bij ouders die deze niet meemaakten, bij $p < 0,05$.

b Opvoedproblemen zijn gemeten via de schalen 'opvoedingsincompetentie' en 'problemen in de ouder-kindrelatie' van de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL, versie 2010, Praktikon; zie Vermulst et al. 2012).

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Zoals we hierboven zagen, kunnen levensgebeurtenissen problemen teweegbrengen, maar is het goed ons te realiseren dat kind- en opvoedproblemen op hun beurt ook (bepaalde) levensgebeurtenissen kunnen uitlokken. Zo kunnen ernstige gedragsproblemen van een kind en daarmee gepaard gaande opvoedproblemen leiden tot relatieproblemen van ouders, die op hun beurt kunnen uitmonden in een scheiding. Dat kindproblematiek levensgebeurtenissen in de hand kan werken, lijkt met name het geval naarmate kinderen ouder worden (Kim et al. 2003). Omdat wij levensgebeurtenissen en problemen maar op één moment hebben gemeten, kunnen we echter geen uitspraken doen over oorzakelijke verbanden. Bij de interpretatie van onze resultaten moeten we er dus rekening mee houden dat er een wisselwerking kan optreden tussen levensgebeurtenissen en ervaren problemen.

3.4 Ingrijpende levensgebeurtenissen en problemen bij kwetsbare gezinnen

Is de samenhang tussen recente levensgebeurtenissen en kind- en opvoedproblemen verschillend voor meer of minder kwetsbare gezinnen?

In ons onderzoek blijkt dat het verband tussen het meemaken van minstens één recente ingrijpende gebeurtenis en vrijwel alle kindproblemen onder kinderen van 3 jaar en ouder veel sterker is bij de meest kwetsbare groep dan bij de andere gezinnen (zie tabel 3.4 en tabel B3.1 in de bijlage). De kans op totale problemen, emotionele en gedragsproblemen, en hyperactiviteit is bij de meest kwetsbare groep (bijna) drie keer zo groot als bij de minst kwetsbare groep (tabel 3.4). Zo is de kans op totale problemen bij de minst kwetsbare groep 11% en bij de meest kwetsbare groep 34%. Voor hyperactief gedrag zijn die percentages respectievelijk 10% en 27%. Ook bij de iets minder kwetsbare gezinnen (die te maken hebben met twee tot vijf risicofactoren) is het verband tussen het optreden van minstens één recente gebeurtenis en emotionele problemen van het kind sterker dan bij de minst kwetsbare groep (met maximaal één risicofactor, de percentages zijn 16% versus 9%). Uit aanvullende analyses waarbij uitgesplitst werd naar de vier typen levensgebeurtenissen kwam naar voren dat vergelijkbare patronen ook opgaan indien gezinnen te maken hebben gehad met een andere ingrijpende levensgebeurtenis, zoals een conflict op het werk of in de familie, of geweld in een gezin.

Ook in een aantal studies naar het verband tussen (het totaal aantal) levensgebeurtenissen en kindproblemen in gezinnen met of zonder één bepaalde risicofactor werden vergelijkbare resultaten gerapporteerd (Attar et al. 1994; Bouma et al. 2008).

De ouders uit de meest kwetsbare gezinnen maken zich ook vaker zorgen over hun kind en de opvoeding, rapporteren meer problemen in de relatie met hun kind en voelen zich minder competent als opvoeder dan de andere ouders in het geval er sprake was van minstens één recente levensgebeurtenis (zie tabel 3.5. en tabel B3.1 in de bijlage). De kansen daarop liggen bij die eerste groep ruim anderhalf keer zo hoog als bij de minst kwetsbare groep. Zo maakt ruim 42% van de kwetsbaarste groep ouders zich zorgen als er een recente levensgebeurtenis is voorgevallen, terwijl dit percentage bij de minst kwetsbare groep 24% is. Bij de iets minder kwetsbare gezinnen (met twee tot vijf risicofactoren) is het verband tussen het optreden van minstens één recente gebeurtenis en het zich zorgen maken ook sterker dan bij de minst kwetsbare groep (met maximaal één risicofactor, de percentages zijn 35% versus 24%). Uit aanvullende analyses waarin de vier verschillende levensgebeurtenissen opgenomen werden (niet in tabel), blijkt dat bovenstaande verbanden alleen opgaan voor een andere ingrijpende levensgebeurtenis.

Tabel 3.4

Prevalentie kindproblemen naar een recente levensgebeurtenis (in afgelopen twee jaar), voor de totale groep en groepen gezinnen die verschillen in kwetsbaarheid (aantal risicofactoren) (gewogen gegevens; in procenten)^a

minstens 1 recente gebeurtenis	kindproblemen						
	huiltbaby (0 tot 1 jaar) n = 994	problemen 1-2- jarigen ^b n = 2.550	totale problemen 3-17- jarigen ^c n = 21.239	emotionele problemen (3-17 jaar) n = 21.239	gedragsproblemen (3-17 jaar) n = 21.239	hyperactiviteit (3-17 jaar) n = 21.239	problemen met leeftijdgenoten (3-17 jaar) n = 21.239
totale groep	7,5	14,0	20,4	16,0	12,9	16,7	15,9
kwetsbaarheid gezin, aantal risicofactoren							
0-1 risicofactoren	5,4	8,4	10,7	9,0	8,1	9,8	9,5
2-4 risicofactoren	8,1	14,3	19,5	15,7	11,9	16,2	14,7
≥ 5 risicofactoren	9,0	24,6	34,4	25,7^d	20,8	26,6	26,4

- a De vetgedrukte percentages geven significant hogere percentages aan van kindproblemen na het meegemaakt hebben van een recente levensgebeurtenis bij de meest kwetsbare groep (en in één geval ook bij de iets kwetsbaardere groep) gezinnen, bij $p < 0,05$.
- b Problemen van 1-2-jarigen zijn vastgesteld met de schalen 'problemen' en 'competenties' van de Nederlandse versie van de Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan en Carter 2006; zie hoofdstuk 2 voor de gebruikte afkappunten)
- c Totale problemen, emotionele en gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdgenoten van 3-17-jarigen zijn in kaart gebracht met de Nederlandse versie van de Stenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman et al. 2000; Van Widenfelt et al. 2003; zie hoofdstuk 2 voor de gebruikte afkappunten).
- d De meest kwetsbare groep rapporteert meer emotionele problemen bij een recente levensgebeurtenis dan de groep met 2-4 risicofactoren.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Tabel 3,5

Prevalentie zorgen ouders en opvoedproblemen naar een recente levensgebeurtenis (in de afgelopen twee jaar), voor de totale groep en groepen gezinnen die verschillen in kwetsbaarheid (aantal risicofactoren) (gewogen gegevens; n = 25.022; in procenten)^a

minstens 1 recente gebeurtenis	zorgen ouders en opvoedproblemen ^b		
	zorgen om kind en opvoeding	problemen ouder-kindrelatie	ervaren opvoedingsincompetentie
totale groep	33,2	13,5	18,4
kwetsbaarheid gezin, aantal risicofactoren			
0-1 risicofactoren	24,1	10,9	15,9
2-4 risicofactoren	34,6	13,5	17,9
≥ 5 risicofactoren	42,4^c	17,1	22,7

- a De vetgedrukte percentages geven significant hogere percentages aan van zorgen van ouders en opvoedproblemen na het meegemaakt hebben van een recente levensgebeurtenis bij de kwetsbaarste groep (en in één geval ook bij de iets kwetsbaardere groep) gezinnen, bij $p < 0,05$.
- b Opvoedproblemen zijn gemeten via de schalen 'opvoedingsincompetentie' en 'problemen in de ouder-kindrelatie' van de Opvoedingsbelasting Vragenlijst, OBLV (versie 2010, Praktikon, zie Vermulst et al. 2012).
- c De meest kwetsbare groep rapporteert meer zorgen om het kind en de opvoeding bij een recente levensgebeurtenis dan de groep met 2-4 risicofactoren.

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

3.6 Conclusies

Ruim een derde van de gezinnen heeft in de afgelopen twee jaar te maken gehad met minstens één ingrijpende levensgebeurtenis. 6% van de gezinnen is door een scheiding uiteengevallen. Het overlijden van een naaste en een andere ingrijpende levensgebeurtenis – waaronder bijvoorbeeld een conflict in de familie of op het werk, of geweld in het gezin – komen bij iets minder dan een vijfde van de ouders voor. Een kleine 4% van de ouders is slachtoffer geweest van een misdrijf of ongeluk. Kwetsbare gezinnen – gezinnen waarin minstens vijf risicofactoren voorkomen (zoals een lage opleiding van de ouders en het behoren tot een etnische minderheidsgroep) – lopen meer kans op het meemaken van dergelijke levensgebeurtenissen.

Levensgebeurtenissen gaan samen met kind- en opvoedproblemen

In gezinnen waar minstens één recente ingrijpende levensgebeurtenis heeft plaatsgehad, komen over het algemeen vaker verschillende kind- en opvoedproblemen voor dan gezinnen waarin dit niet voorkwam. Levensgebeurtenissen hangen overigens niet sterk samen met probleemgedrag van baby's en peuters (0-2 jaar), maar wel met dat van kinderen van 3 jaar en ouder. Een recente levensgebeurtenis in het algemeen en een scheiding en andere ingrijpende gebeurtenis in het bijzonder zijn aan alle verschillende kindproblemen gerelateerd. Dan gaat het om totale problemen, sombere gevoelens en

angsten, boosheid en slecht luisteren, druk gedrag en aandachtsproblemen, en problemen in de omgang met leeftijdgenoten. Kennelijk kunnen deze gebeurtenissen zowel verdriet als boosheid bij kinderen oproepen. Dit is in lijn met de rouwverwerkingsfasen zoals omschreven door Kübler-Ross (Kübler-Ross en Kessler 2005); hierin wordt zowel protest (boosheid) als depressie (verdriet) onderscheiden. Die fasen zijn niet alleen van toepassing op het verwerkingsproces van de dood van een naaste, maar ook op het leren leven met het verlies van datgene wat dierbaar was, zoals het samenzijn van ouders dat wegvalt na een scheiding.

Ouders maken zich na het meemaken van een recente gebeurtenis in het algemeen en specifiek bij een scheiding of andere gebeurtenis meestal vaker zorgen om hun kind en de opvoeding. Ook ervaren ze dan een minder goede relatie met hun kind en voelen ze zich minder competent als opvoeder. De stress die deze levensgebeurtenissen met zich meebrengen kan er wellicht toe leiden dat ouders zich meer zorgen gaan maken, er meer spanningen in de relatie met het kind ontstaan en dat ouders minder effectief gaan opvoeden (De Roos et al. 2011).

Grootste impact van levensgebeurtenissen op kwetsbare gezinnen

Hoewel voor alle gezinnen geldt dat recente levensgebeurtenissen gerelateerd zijn aan problemen, lijken de meest kwetsbare gezinnen (waarin minstens vijf risicofactoren voorkomen) het meest last van die gebeurtenissen te ondervinden. De samenhang tussen het meemaken van minstens één recente ingrijpende gebeurtenis en vrijwel alle kind- en opvoedproblemen is namelijk veel sterker bij de meest kwetsbare groep dan bij de andere gezinnen. Ook bij de iets minder kwetsbare gezinnen (die te maken hebben met twee tot vijf risicofactoren) is het verband tussen het optreden van minstens één recente gebeurtenis en emotionele problemen van het kind en het zich zorgen maken door de ouders sterker dan bij de minst kwetsbare groep (met maximaal één risicofactor). Een vergelijkbaar patroon geldt specifiek ook voor het meemaken van een andere ingrijpende gebeurtenis; ook hier zijn de verbanden met problemen veel sterker bij de meest kwetsbare gezinnen. Verder zijn in sommige gevallen die verbanden ook sterker voor de groep met twee tot vijf risicofactoren dan voor de minst kwetsbare gezinnen. Recente levensgebeurtenissen komen dus niet alleen vaker voor bij de kwetsbaardere gezinnen, maar lijken ook meer impact op deze groepen te hebben (Bouma et al. 2008; Attar et al. 1994). Dit is in lijn met het eerder aangehaalde balansmodel (Bakker et al. 1998). Wanneer gezinnen al met meer risicofactoren te maken hebben als draaglast, wordt de kans groter dat bij het nog verder toenemen van de draaglast de draagkracht onvoldoende zal zijn.

Noten

- 1 Hieronder kunnen bijvoorbeeld conflicten in de familie of op het werk, geweld in een gezin, of een zelfmoordpoging van een naaste vallen.
- 2 In 2011 zijn er in Nederland 3.502.983 minderjarige kinderen (CBS Jeugdstatline).
- 3 In het onderzoek van Asscher en Paulussen-Hoogeboom (2005) en Van den Broek et al. (2012) was het criterium voor de meest kwetsbare groep gezinnen de aanwezigheid van vier of meer risicofactoren.

- Dit gaf een percentage van 15% kwetsbare gezinnen (Van den Broek et al. 2012). In ons onderzoek zijn meer risicofactoren meegenomen en komen we bij een grens van vijf of meer risicofactoren op een vergelijkbaar percentage meest kwetsbare gezinnen (14,7%). In ons onderzoek heeft verder 41,2% van de gezinnen te maken met 0 of 1 risicofactor(en) (versus 48% bij Van den Broek et al.) en 44,2% met twee tot vijf risicofactoren (versus 37% met 2 of 3 risicofactoren bij Van den Broek et al.).
- 4 Voor een deel kan dit komen doordat bij de eerste groep ook eenoudergezinnen zitten die vaak ontstaan door een scheiding. Ongeveer de helft van de eenoudergezinnen ontstaat door een scheiding (De Graaf 2011). In ons onderzoek heeft 35% van de eenoudergezinnen recent (de afgelopen twee jaar) een scheiding meegemaakt.
 - 5 Er zijn aanvullende regressieanalyses gedaan waarbij gekeken is naar de samenhang tussen enerzijds de vier recente levensgebeurtenissen, kwetsbaarheid van het gezin, de interactie tussen levensgebeurtenissen en kwetsbaarheid, en anderzijds de verschillende kind- en opvoedproblemen. We hebben hierbij ook gecontroleerd voor de sekse en leeftijd van het kind. De resultaten hiervan staan niet in een tabel. Ook is in een andere, vergelijkbare regressieanalyse in plaats van de vier 'losse' levensgebeurtenissen het optreden van minstens één recente levensgebeurtenis opgenomen als voorspeller, evenals de interactie daarvan met kwetsbaarheid van het gezin. De resultaten van deze analyses staan in tabel B3.1 in de bijlage. Zoals we ook al in hoofdstuk 2 constateerden, rapporteren ouders van zonen over het algemeen vaker kind- en opvoedproblemen dan ouders van meisjes. Meisjes hebben daarentegen vaker emotionele problemen dan jongens. Die nemen bij meisjes met de leeftijd toe, terwijl ze bij jongens vrij stabiel blijven. Waarschijnlijk heeft dit te maken met een seksspecifieke hormonale en sociale ontwikkeling (vgl. Ge et al. 2001). Verder laten oudere kinderen (vanaf 5 jaar) in het algemeen meer problemen en specifiek meer emotionele problemen, en problemen met leeftijdgenoten zien. Ze hebben daarentegen minder last van gedragsproblemen en vertonen vanaf de leeftijd van 12 jaar ook minder hyperactief gedrag. Hun ouders rapporteren meer zorgen en meer problemen in de ouder-kindrelatie en een lagere mate van opvoedingscompetentie dan ouders van jongere kinderen.
 - 6 Bovendien treden de verschillende gebeurtenissen op jongere leeftijd van het kind minder vaak op. Zo komt bijvoorbeeld het overlijden van een naaste bij 14% van de gezinnen met 0-4-jarige kinderen voor en bij 23% van de gezinnen met 12-17-jarige kinderen.

4 Het gebruik van jeugdzorg

Klarita Sadiraj en Saskia Keuzenkamp

Lang niet iedereen die te maken heeft met kind- en opvoedproblemen maakt gebruik van jeugdzorg. Alvorens in te gaan op de relatie tussen het al dan niet hebben van problemen en het gebruik van jeugdzorg (hoofdstuk 5) geven we eerst een feitelijk overzicht van het gebruik van jeugdzorg. Hoeveel gebruikers van verschillende vormen van jeugdzorg zijn er, in hoeverre is er sprake van overlap in het gebruik (bv. zowel pleegzorg als ggz) en in hoeverre maken jeugdigen gebruik van andere, verwante voorzieningen?

4.1 Eerste en tweede lijn

Zoals ook in hoofdstuk 1 is vermeld, kunnen jeugdigen en hun opvoeders voor eventuele problemen terecht bij de eerste- en soms ook de tweedelijnszorg. De eerste lijn omvat de algemeen toegankelijke zorg, waar iedereen die daaraan behoefte heeft in beginsel terecht kan. Voor problemen rond de ontwikkeling en opvoeding van kinderen zijn hier vooral de jeugdgezondheidszorg (het consultatiebureau en de schoolarts) en de huisarts van belang, maar ook de wat specifiekere hulpverlening van bijvoorbeeld MEE (voor lichte ondersteuning van mensen met beperkingen). Als deze zorg niet toereikend is, kan worden doorverwezen naar de tweede lijn: de gespecialiseerde jeugdzorg. Hier bestaan grofweg vier typen voorzieningen: de provinciale jeugdzorg (pjz), de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz), de zorg voor jeugd met een verstandelijke beperking (jeugd-lvb) en de zorg in het gedwongen kader (jeugdbescherming en jeugd-reclassering) en overige gesloten jeugdzorg. De toegang tot deze voorzieningen is niet vrij. Vooral Bureau Jeugdzorg, maar ook de huisarts, het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) en de rechter spelen hier een belangrijke rol.

Er is dus sprake van een breed scala aan hulpverlenende instellingen, veelal elk met een eigen financierings- en verantwoordingsystematiek. Het was tot nu toe bijzonder lastig om een goed beeld te krijgen van de omvang van het gebruik van de jeugdzorg. Volgens het meest recente overzicht waren er in 2009 377.000 gebruikers van tweedelijnsjeugdzorg, oftewel 10,7% van alle 0-17-jarigen (Pommer et al. 2011). Dat zijn echter niet allemaal unieke cliënten. Een deel van hen maakt gebruik van meer dan één voorziening. Op basis van analyses van enkele provinciale bestanden konden Pommer et al. (2011) nagaan hoe vaak er sprake is van dubbelstellingen. Als daarvoor wordt gecorrigeerd, schatten zij dat 7,5% van de 0-17-jarigen gebruikmaakt van een of andere vorm van tweedelijnsjeugdzorg.

Dankzij het OJO is het eigenlijk voor het eerst mogelijk om een betrouwbaar overzicht te geven van het integrale gebruik van jeugdzorg in Nederland.¹ De vragenlijst was zo samengesteld dat zicht kon worden verkregen op het gebruik van verschillende soorten hulp, afzonderlijk en eventueel tegelijkertijd (zie voor de precieze weergave van hoe dit

is nagegaan de bijlagen bij het rapport op de website (www.scp.nl). Bovendien was de omvang van de steekproef groot genoeg om dit te kunnen doen.

Om na te gaan of de eerste lijn is geraadpleegd, is uitgezocht of men in de laatste twaalf maanden in verband met problematiek van het kind over wie men de vragenlijst invult, contact heeft gehad met een van de volgende voorzieningen: consultatiebureau, huisarts, psycholoog, opvoedpoli, schoolmaatschappelijk werk, ZAT, MEE en Bureau Jeugdzorg (BJZ). Het OJO wijst uit dat voor 11% van de 0-17-jarigen uitsluitend een beroep is gedaan op de eerste lijn.

Voor de tweedelijnszorg werd gevraagd of men in het afgelopen jaar is doorverwezen of gebruik heeft gemaakt van gespecialiseerde jeugdzorg voor langerdurende zorg (meer dan enkele afspraken). Voor 7,5% van de 0-17-jarigen was dit het geval. Bij iets minder dan 6% ging het om een doorverwijzing naar of gebruik van ambulante zorg en bij 1,6% om zorg met verblijf en dagbehandeling (eventueel in combinatie met ambulante zorg).

Tabel 4.1

Gebruik van eerste- of tweedelijnsjeugdzorg of overige zorg in de afgelopen twaalf maanden (in procenten)

uitsluitend eerste lijn	11,2
tweede lijn: ambulante zorg	5,9
tweede lijn: residentiële zorg en dagbehandeling ^a	1,6
overige tweedelijns zorg (vanwege lichamelijke of zintuigelijke beperkingen)	1,4
geen zorg	79,9
totaal	100

a Eventueel in combinatie met ambulante zorg.

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

De overgrote meerderheid van de 0-17-jarigen (80%) heeft dus geen gebruikgemaakt van eerste- of tweedelijnsjeugdzorg.

4.2 Gebruik van de tweedelijnsjeugdzorg nader belicht

Binnen de tweede lijn bestaan verschillende sectoren. De provinciale jeugdzorg (pjz) is gericht op het bieden van hulp bij opvoed- en opgroei-problematiek, de jeugd-ggz op hulp in verband met psychische aandoeningen van het kind en de jeugd-lvb op hulp aan kinderen met een verstandelijke beperking. Deze zorgvormen zijn overigens vaak inhoudelijk moeilijk van elkaar te onderscheiden, waardoor een kind met een bepaald probleem in verschillende sectoren kan belanden – we gaan daar straks nader op in. Bovendien maakt een en hetzelfde kind soms gebruik van meerdere hulpverleners tegelijk.

In tabel 4.2 is een onderscheid gemaakt naar het gebruik van de verschillende vormen van jeugdzorg. Daarbij maken we gebruik van het OJO en zetten deze gegevens naast cijfers die afkomstig zijn uit diverse registraties. De grootste groep (6% van de 0-17-jarigen)

maakt gebruik van jeugd-ggz, 2,5% van provinciale jeugdzorg en 1% van hulp voor licht verstandelijk gehandicapten. Zoals uit de tabel blijkt, liggen de percentages op basis van de hier gebruikte bronnen dicht bij elkaar.

Tabel 4.2

Gebruik van tweedelijnsjeugdzorg door 0-17-jarigen (in procenten)

	op basis van het OJO	op basis van registratiecijfers
provinciale jeugdzorg (pjz)	2,5	2,2
jeugd-ggz	6,0 ^b	6,2 ^c
jeugd-lvb	1,0	0,9
totaal ^a	7,5	

- a Omdat jeugdigen van meer dan een vorm van jeugdzorg gebruik kunnen maken, tellen de percentages niet op tot het totaal van 7,5%.
- b Dit is een overschatting. In de vragenlijst is namelijk niet te achterhalen of het gaat om gebruik van een psycholoog via de eerste of tweede lijn.
- c De registratiecijfers van de jeugd-ggz gaan over het gebruik van de eerste- en tweedelijnszorg. Het gebruik van de tweede lijn is 5%. Gebruikers met een AwbZ-indicatie zijn hier niet bij inbegrepen (gegevens over de omvang daarvan zijn niet voorhanden).

Bron: CBS/SCP (OJO'11), voor de registratiecijfers zijn de volgende bronnen gebruikt: Brancherapportage Jeugdzorg 2010 (pjz), Zvw informatie 2009 (jeugd-ggz) en CIZ (jeugd-lvb)

In beginsel zouden jeugdigen terecht moeten komen in die zorgvorm die logisch aansluit bij hun problematiek: als er bijvoorbeeld problemen zijn in de opvoeding bij de provinciale jeugdzorg en bij psychische problematiek in de jeugd-ggz. De praktijk ziet er echter anders uit. Jonge zorgvragers laten zich niet zo eenvoudig in één bepaalde sector onderbrengen. Hiervoor zijn verschillende redenen.

Allereerst kan er sprake zijn van meer dan een en elkaar overlappende problemen (multiproblematiek). Zo kampen jongeren met een licht verstandelijke handicap vaak ook met meer algemene psychosociale problemen, of is er sprake van problemen in de opvoeding.

Een tweede punt betreft het voorlopige karakter van diagnostiek. Het is voorafgaand aan de behandeling niet altijd helemaal duidelijk wat de aard van de problematiek is. Aanvankelijk wordt vooral afgegaan op wat het meest zichtbaar is. Zo kan bij een kind dat agressief gedrag vertoont later blijken dat deze problemen voortkomen uit een psychische stoornis.

Een derde verklaring kan de beschikbaarheid van de hulpverlening zijn. Het is niet uitzonderlijk dat er wachtlijsten zijn. Daardoor zal een verwijzer er soms voor kiezen om de jeugdige door te verwijzen naar een andere dan de meest aangewezen zorgvorm. Dit is mogelijk omdat de behandelingsmethoden binnen de sectoren op een aantal punten overeenkomen.

In zijn totaliteit maakt zoals we eerder zagen 7,5% van de 0-17-jarigen gebruik van jeugdzorg. 1,9% van de 0-17-jarigen is cliënt in meer dan een sector (niet in tabel). In tabel 4.3 is weergegeven hoe groot het aandeel cliënten per sector is dat ook gebruikmaakt van

zorg uit een andere sector. Dat geldt het vaakst voor cliënten in de provinciale jeugdzorg. Ongeveer vier op de tien krijgen alleen daar hulp, maar ruim vijf op de tien ook vanuit de jeugd-ggz. Voor de cliënten uit de jeugd-lvb geldt iets vergelijkbaars. In dit geval maakt iets meer dan een op de vier alleen gebruik van de jeugd-lvb, terwijl iets minder dan een op de vier ook gebruikmaakt van de jeugd-ggz. Bij de jeugd-ggz wijkt het beeld wat af. We zagen eerder dat in deze sector de grootste groep gebruikers is (6%) en uit tabel 4.3 blijkt verder dat zeven op de tien van deze gebruikers uitsluitend daar hulp krijgen. Twee op de tien krijgen daarnaast hulp van een instelling voor provinciale jeugdzorg.

Tabel 4.3

Gebruik van verschillende vormen van tweedelijsjeugdzorg tegelijkertijd (in procenten)

	cliënt provinciale jeugdzorg (n = 551)	cliënt jeugd-ggz (n = 1480)	cliënt jeugd-lvb (n = 241)
maakt alleen gebruik van jeugd-ggz		70	
maakt alleen gebruik van pjz	38		
maakt alleen gebruik van jeugd-lvb			43
gebruikt jeugd-ggz en pjz	53	22	
gebruikt jeugd-ggz en jeugd-lvb		7	36
gebruikt pjz en jeugd-lvb	8		18
gebruikt jeugd-ggz, pjz en jeugd-lvb	1	1	3
totaal	100	100	100

Bron: CBS/SCP (010'11)

In dit rapport zullen we het gebruik van tweedelijsjeugdzorg meestal integraal onderzoeken en geen onderscheid maken tussen de verschillende vormen. Er is immers tot op zekere hoogte sprake van een soort waterbedeffect: het gebruik van de ene voorziening kan dat van een andere verminderen of overbodig maken. Overigens kan het gebruik van de ene voorziening ook dat van een andere stimuleren, bijvoorbeeld doordat tijdens de behandeling ook andere problemen aan de oppervlakte komen. Een tweede reden om de drie zorgvormen integraal te analyseren is dat de financiering van de jeugdzorg in de nabije toekomst wordt samengevoegd (ontschotting).

4.3 Gebruik van tweedelijsjeugdzorg in relatie tot de AWBZ

De tweedelijsjeugdzorg wordt momenteel dus via verschillende kanalen geregeld en gefinancierd. De provinciale jeugdzorg valt onder de Wet op de jeugdzorg, waarbij de middelen via de provincies worden uitgekeerd aan verschillende concrete aanbieders. De jeugd-ggz wordt gefinancierd via de Zorgverzekeringswet (voor kortdurende behandeling) en de AWBZ (voor langdurige zorg en begeleiding) en de jeugd-lvb eveneens via de AWBZ. Met de invoering van het nieuwe financieringsstelsel voor de jeugdzorg worden al deze middelen overgeheveld naar de gemeenten (zie het conceptvoorstel Jeugdwet van 18 juli 2012).²

Vervolgens gaan we na hoeveel cliënten in de tweedelijnsjeugdzorg een AWBZ-indicatie hebben. We onderscheiden daarbij achtereenvolgens de gebruikers van ambulante en van residentiële zorg en de gebruikers van de drie verschillende sectoren binnen de jeugdzorg. Zoals ook al uit tabel 4.1 bleek, bestaat het grootste deel van de tweedelijnsjeugdzorg uit ambulante hulp. Bijna een kwart van deze cliënten heeft in het afgelopen jaar een (her)indicatie gekregen krachtens de AWBZ. Bij de cliënten in de residentiële zorg is dat aandeel bijna twee keer zo groot.

Als we kijken naar het aandeel gebruikers met een AWBZ-indicatie per sector is duidelijk te zien dat dit in de jeugd-lvb – zoals men zou verwachten – het hoogst is (83%). Het is bovendien eigenlijk vreemd dat dit niet 100% bedraagt. De verklaring is mogelijk dat er een groep gebruikers in de jeugd-lvb is voor wie de indicatie langer dan een jaar geleden is afgegeven en dat zij in de laatste twaalf maanden geen herindicatie hebben hoeven te vragen (dit was de vraag in het OJO). Een derde van de gebruikers van provinciale jeugdzorg en iets minder dan een derde van de gebruikers van jeugd-ggz hebben (ook) een AWBZ-indicatie.

Tabel 4.4

Gebruik van verschillende vormen van tweedelijnsjeugdzorg en het aandeel daarvan met een AWBZ-indicatie (in procenten)

	cliënten in de tweedelijns jeugdzorg van wie met een AWBZ-indicatie	
Tweedelijns jeugdzorg totaal	7,5	29
tweedelijns jeugdzorg		
ambulante zorg	5,9	24
residentiële zorg ^a	1,6	47
tweedelijns jeugdzorg		
jeugd-ggz	6,0	29
provinciale jeugdzorg	2,2	32
jeugd-lvb	1,0	83

a Eventueel in combinatie met ambulante zorg.

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Zorg in het kader van de AWBZ kan het karakter van 'zorg-in-natura' hebben, maar ook als persoonsgebonden budget (pgb) worden verstrekt. Het pgb is in het leven geroepen zodat mensen met beperkingen zelf de regie kunnen houden over de zorg. Ruim twee derde van de cliënten in de jeugdzorg met een AWBZ-indicatie maakte in het afgelopen jaar uitsluitend gebruik van een pgb en nog eens een op de tien van zowel een pgb als zorg-in-natura. De populariteit van het pgb onder ouders is dus overduidelijk. Onder de totale populatie AWBZ-gebruikers is dat aandeel veel kleiner, namelijk 25% (CIZ BasisRapportage).

AWBZ-uitkeringen zijn overigens ook van belang voor andere zorgvormen, die in dit rapport verder buiten beschouwing zijn gebleven: de zorg voor jeugdigen met een lichamelijke of zintuiglijke beperking. Ook voor deze zorg is het pgb populair, hoewel het

aandeel dat uitsluitend zorg-in-natura gebruikt hier wel hoger ligt dan het geval is bij de jeugdzorg (32% resp. 23%).

Tabel 4.5

Gebruik van pgb en/of zorg-in-natura onder jeugdigen met een AWBZ-indicatie (in procenten)

	persoonsgebonden budget	zorg-in-natura	allebei	totaal
tweedelijns jeugdzorg totaal	68	23	9	100
tweedelijns jeugdzorg				
ambulante zorg	71	23	6	100
residentiële zorg ^a	63	23	14	100
tweedelijns jeugdzorg				
jeugd-ggz	71	20	9	100
provinciale jeugdzorg	33	23	44	100
jeugd-lvb	30	41	29	100
andere zorgvormen ^b	66	32	2	100

a Eventueel in combinatie met ambulante zorg.

b Zorg voor jeugdigen met een lichamelijke of zintuiglijke aandoening.

Bron: CBS/SCP (010'11)

4.4 Tweedelijnsjeugdzorg en speciale onderwijsvoorzieningen

Een deel van de jeugdigen met kind- en opvoedproblemen krijgt te maken met een of andere vorm van speciaal onderwijs. In de toekomst zal het een van de taken van de gemeenten zijn om voor deze kinderen de zorg en ondersteuning van verschillende voorzieningen te regelen. In onze studie is niet uitgebreid op het speciaal onderwijs ingegaan, maar wel weten we in hoeverre degenen die gebruikmaken van tweedelijnsjeugdzorg een rugzakje hebben of een school voor speciaal onderwijs bezoeken. Zoals men zou verwachten zitten vooral veel gebruikers van de jeugd-lvb ook in het speciaal onderwijs, maar ook bij de beide andere groepen gaat het om een vrij grote groep (20% van de cliënten in de jeugd-ggz en 25% van die in de provinciale jeugdzorg). Ongeveer een op de tien cliënten van een of andere vorm van tweedelijnsjeugdzorg heeft een rugzakje.

Tabel 4.6

Aandeel kinderen met een rugzakje en aandeel dat speciaal onderwijs volgt onder de gebruikers van tweedelijnsjeugdzorg (in procenten)

	rugzakje	speciaal onderwijs
gebruikers jeugd-ggz	11	20
gebruikers provinciale jeugdzorg	13	25
gebruikers jeugd-lvb	11	66

Bron: CBS/SCP (010'11)

4.5 Conclusies

De gegevens van onze enquête onder ouders wijzen uit dat 7,5% van de 0-17-jarigen in Nederland gebruikmaakt van tweedelijnsjeugdzorg. Meestal gaat het daarbij om ambulante hulp (5,9%) en meestal wordt gebruikgemaakt van de jeugd-ggz (6%). Overigens komt het vaak voor dat er gebruik wordt gemaakt van meer dan een vorm van jeugdzorg (1,9% van de kinderen is cliënt in meer dan een sector). Het aandeel dat een beroep doet op eerstelijnsjeugdzorg is hoger dan dat in de tweede lijn, namelijk 11,2%.

Bijna een derde van de cliënten in de jeugdzorg heeft (ook) een AWBZ-indicatie. Meestal kiezen ouders voor een uitkering in de vorm van een persoonsgebonden budget, zodat zij zelf de zorg kunnen regelen.

Veel jeugdigen die een of andere vorm van gespecialiseerde jeugdzorg ontvangen, maken tevens gebruik van speciale voorzieningen in het onderwijs. Zo heeft een op de tien van hen een rugzakje. Het deel dat een school voor speciaal onderwijs bezoekt, is aanzienlijk hoger (20% van de jeugdigen in de jeugd-ggz, 25% van die met hulp vanuit de provinciale jeugdzorg en 66% van de gebruikers van jeugd-lvb).

Noten

- 1 Het gedwongen kader kunnen we met het 010 niet apart zichtbaar maken. Dit ligt heel gevoelig en het is de vraag of ouders hier eerlijk antwoord op geven. Bovendien gaat het om een te klein aantal om via een survey boven tafel te krijgen.
- 2 <http://www.internetconsultatie.nl/jeugdwet>

5 Het verband tussen ervaren problemen en gebruik van geïndiceerde jeugdzorg

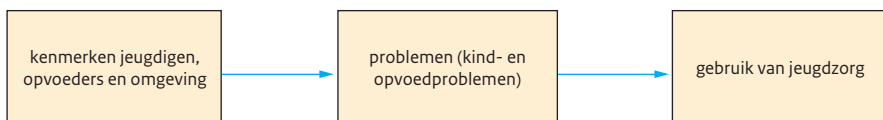
Sander Bot

5.1 Discrepantie in jeugdzorggebruik?

In hoofdstuk twee, ‘Determinanten van ernstige kind- en opvoedproblematiek’, hebben we voor een groot aantal (kind-, ouder- en gezins- en omgevings)kenmerken gekeken in hoeverre deze samenhangen met opvoed- en ontwikkelingsproblematiek. In dit hoofdstuk gaan we in op de samenhang tussen deze door ouders ervaren problemen en het gebruik van tweedelijnsjeugdzorg. Het is natuurlijk de bedoeling dat gebruik wordt gemaakt van jeugdzorg door diegenen die problemen hebben. Het is de vraag of dit ook altijd het geval is. Er zijn namelijk diverse redenen denkbaar waarom niet elk gezin met problemen jeugdzorg gebruikt. Ouders kunnen bij het ervaren van problemen bijvoorbeeld besluiten de situatie nog even aan te zien. Ook kunnen er verschillen zitten tussen het oordeel van de ouders en dat van de professionals die verantwoordelijk zijn voor de toeleiding naar de zorg. Verder kan er sprake zijn van wachtlijsten voor de hulpverlening, en zo zijn er wel meer oorzaken denkbaar om dit verschil te verklaren. In dit hoofdstuk zullen we eerst bekijken in hoeverre er sprake is van een overeenstemming of juist een discrepantie tussen problemen en jeugdzorggebruik. In het schema (figuur 5.1) gaat dit om de stap van ‘problemen’ naar ‘gebruik van jeugdzorg’. Hoeveel gezinnen maken gebruik van tweedelijnsjeugdzorg zonder dat zij ernstige problemen rapporteren? En hoeveel gezinnen maken geen gebruik van tweedelijnsjeugdzorg, terwijl zij wel ernstige problemen melden? Vervolgens bekijken we welke achtergrondkenmerken samenhangen met meer of minder gebruik van tweedelijnszorg; we controleren hierbij voor de ervaren problematiek. Hierna zullen we een aantal mogelijke verklaringen aandrazen voor de discrepantie tussen ervaren problemen en zorggebruik.

Figuur 5.1

Schematische samenhang tussen kenmerken (van jeugdigen, opvoeders en omgeving), problemen en jeugdzorggebruik



In tabel 5.1 is weergegeven wat de verhouding, in aantallen gezinnen, is tussen hen die al dan niet serieuze problematiek ervaren (10% hoogste scores op problematiek; zie hoofdstuk 2) en hen die gebruikmaken van de tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen. Hierin is te zien dat het totale gebruik van deze voorzieningen 7,3% is¹. Echter, van alle gezinnen

die serieuze problemen ervaren, maakt slechts 42,5% (4,5% van het totaal) gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen. Dat wil zeggen dat bijna 60% van de gezinnen met serieuze problemen hier geen gebruik van maakt. Overigens betekent dit niet dat er door deze gezinnen helemaal geen ondersteuning gebruikt wordt. Mogelijk maken zij gebruik van zorg in een ander verband, zoals vanuit de eerste lijn door bijvoorbeeld een Centrum voor Jeugd en Gezin of de huisarts. Ook is het mogelijk dat er gebruik wordt gemaakt van professionele zorg die voor eigen kosten ingeschakeld is en dus niet binnen de tweedelijnsjeugdzorg valt, of dat er voldoende ondersteuning en hulp beschikbaar is vanuit de eigen sociale omgeving.

Tabel 5.1

De verhouding tussen het aantal gezinnen met ernstige kind- en opvoedproblemen en het gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen (tussen haakjes staan de percentages vermeld)

ernstige kind- en opvoedproblemen	gebruik tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen		
	niet	wel	totaal
niet	20.465 (96,9)	658 (3,1)	21.123 (100)
wel	1.432 (57,5)	1.059 (42,5)	2.491 (100)
totaal	21.897 (92,7)	1.717 (7,3)	23.614 (100)

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Ook zien we in tabel 5.1 dat 3,1% van de gezinnen niet bij de 10% met de hoogste gerapporteerde problemen hoort, maar wel degelijk gebruikmaakt van de relatief zware tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen. Wanneer we vervolgens binnen de groep jeugdzorggebruikers kijken, betekent dit dat bijna 40% van de ouders van gebruikers van tweedelijnsjeugdzorg geen ernstige kind- en opvoedproblemen ervaart bij de opvoeding of de ontwikkeling van hun kind.

Binnen de groep gebruikers van tweedelijnsjeugdzorg, blijkt deze 'discrepantie' niet veel te verschillen per sector (tabel 5.2). Van de gebruikers van provinciale jeugdzorg en de jeugd-ggz rapporteert iets minder dan 35% geen serieuze problemen. Alleen in de groep gebruikers van licht verstandelijk gehandicaptenzorg is de groep die geen serieuze problematiek rapporteert met ruim 26% wat kleiner. In deze sector is het aandeel gezinnen dat ernstige problemen ervaart dus wat groter. We zullen de drie jeugdzorgvormen in het vervolg van dit hoofdstuk in hun totaliteit bespreken.

In hoofdstuk 2 haalden we aan dat afkappunten om wel of niet te spreken van problematiek altijd enigszins arbitrair zijn. Het is dan ook mogelijk dat de match tussen problematiek en gebruik beperkt is omdat veel gezinnen zich rond het grensgebied bevinden van wat wij wel en niet beschouwen als ernstige problematiek. In dat geval zullen veel gezinnen bij wie problemen en zorggebruik volgens de huidige indeling niet matchen, net in de 'verkeerde' groep terecht zijn gekomen. Dit zou betekenen dat de discrepantie in werkelijkheid minder groot is dan deze lijkt. We hebben gekeken of hiervan sprake is door, ter illustratie, de gezinnen in tien groepen in te delen voor wat betreft de

mate van problematiek, en hier het percentage dat tweedelijsjeugd zorg gebruikt tegen af te zetten (figuur 2). Uit deze figuur blijkt dat, hoewel er sprake is van een discrepantie, het algemene beeld is dat de groepen waarin sprake is van meer problemen ook vaker gebruik van zorg maken. Dit is ook terug te zien in de gemiddelde problematiekscore van de gebruikers (.44) en de niet-gebruikers (.08) van tweedelijsjeugd zorg.

Tabel 5.2

De prevalenties ervaren serieuze problemen bij gebruikers van de verschillende jeugd zorgsectoren (tussen haakjes staan de percentages vermeld)

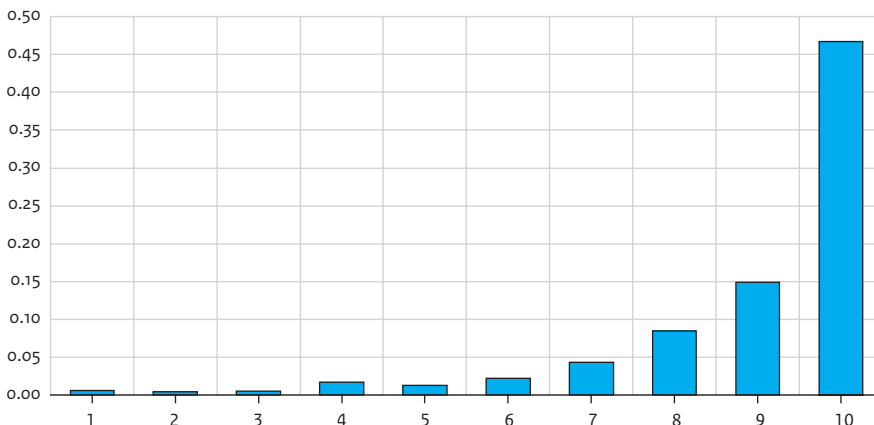
sector	geen ernstige kind- en opvoedproblemen	ernstige kind- en opvoedproblemen	totaal
pjz	182 (34,0)	353 (66,0)	535 (100,0)
jeugd-ggz	508 (34,7)	957 (65,3)	1.465 (100,0)
jeugd-lvb	78 (26,6)	215 (73,4)	293 (100,0)
totaal ^a	658 (38,3)	1.059 (61,7)	1.717 (100,0)

a Het totaal aantal gebruikers is lager dan het gezamenlijk aantal gebruikers per sector, vanwege gebruik van meerdere jeugd zorgvormen door sommige gezinnen.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Figuur 5.2

Het aandeel gebruikers van jeugd zorg in tien groepen ingedeeld in mate van problematiek (in procenten)



Bron: CBS/SCP (010'11)

5.2 Verklaringen voor de discrepantie in beide richtingen

In het nu volgende gedeelte worden onderwerpen behandeld die een verklaring kunnen vormen voor zowel het gegeven dat gezinnen met weinig problemen tweedelijnsjeugdzorg ontvangen, als het gegeven dat gezinnen met veel problemen geen tweedelijnsjeugdzorg ontvangen.

5.2.1 Achtergrondkenmerken

Het tweedelijns-jeugdzorggebruik hangt uiteraard samen met de ernst van de kind- en opvoedproblematiek. Om na te gaan of achtergrondkenmerken iets toevoegen aan de voorspelling van het jeugdzorggebruik is een logistische regressie uitgevoerd waarin gecontroleerd is voor de problematiek (tabel 5.3). We analyseren dezelfde achtergrondkenmerken als die in hoofdstuk 2 besproken zijn. Alleen de significante resultaten zijn in de tabel weergegeven.

Tabel 5.3

Voorspelling van tweedelijns-jeugdzorggebruik met achtergrondkenmerken, gecontroleerd voor ervaren problemen

	OR
ernstige opvoed- en opgroei problemen	12,14
achtergrondkenmerken	
kindniveau	
jongen	1,22
0-4 jaar	ref.
5-11 jaar	3,14
12-17 jaar	3,08
ziekte, aandoening, lichamelijke handicap	3,97
lage opleiding	1,96
ernstig verstandelijk gehandicapt	12,15
licht verstandelijk gehandicapt	4,78
zwakbegaafd	1,37
hoogbegaafd	2,88
ouder- en gezinsniveau	
verslavingsproblematiek	1,80
beide ouders aandoening	1,59
één ouder psychische problemen	1,70
beide ouders psychische problemen	2,83
eenoudergezin	1,44
niet-westerse migrant	0,70
omgevingsniveau	
-	

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

De resultaten zijn weergegeven in odds ratio's.² Als eerste zien we dat gezinnen die tot de 10% met de meeste gerapporteerde kind- en opvoedproblemen behoren, een veel hogere kans hebben om gebruik te maken van tweedelijnsjeugdzorg dan gezinnen die niet daartoe niet behoren. Dit komt overeen met het beeld dat naar voren kwam in de vorige paragraaf, dat gezinnen met meer problemen vaker gebruikmaken van zorg.

Jongens krijgen, gecorrigeerd voor de problemen, vaker tweedelijnsjeugdzorg. Vervolgens hebben oudere kinderen een grotere kans om in de jeugdzorg te belanden, net als kinderen met een ziekte, aandoening of lichamelijke handicap. Ook kinderen die een lagere opleiding volgen lopen meer kans in de zorg terecht te komen. Mogelijk zijn lagere opleidingen specifieke vindplekken voor jongeren met jeugdzorgproblemen en worden jeugdigen met problemen binnen die opleidingen snel doorverwezen. Kinderen met een intelligentieniveau dat afwijkt van het gemiddelde, of dit nu naar boven of naar beneden is, zitten ook vaker in de zorg, ongeacht de problemen. Vooral de ernstig verstandelijk gehandicapte kinderen lopen een sterk vergrote kans om in de jeugdzorg terecht te komen. Dit is opmerkelijk, omdat het waarschijnlijk is dat deze jongeren ook andere vormen van zorg ontvangen, die niet onder onze definitie van tweedelijnsjeugdzorg vallen. Ook voor de licht verstandelijk gehandicapte, zwakbegaafde en hoogbegaafde jeugdigen geldt dat zij, gecontroleerd voor de problemen, een grotere kans hebben om gebruik te maken van tweedelijnsjeugdzorg.

Op het ouder niveau zien we dat wanneer beide ouders een aandoening hebben, of wanneer één of beide ouders psychische problemen hebben, de kans op jeugdzorggebruik, na correctie voor de problemen, groter is. Het lijkt erop dat de ouders die vanwege hun eigen gezondheid vaker met zorg te maken krijgen, ook goed de toegang weten te vinden naar jeugdzorgvoorzieningen.

Op gezinsniveau zien we dat wanneer problemen met verslaving spelen, de kans op tweedelijns-jeugdzorggebruik vergroot is. Hetzelfde geldt wanneer er sprake is van een eenoudergezin. Mogelijk raakt jeugdzorg soms betrokken bij gezinnen naar aanleiding van contacten met verslavingszorg of naar aanleiding van een echtscheiding, waarna het gezin in het vizier blijft terwijl de problemen verminderd zijn. Wanneer er sprake is van een niet-westerse herkomst, is de kans op het gebruik van jeugdzorg juist verkleind. Uit verdiepende analyses bleek verder dat de niet-westerse migranten die zorg ontvangen vaak ook weinig problemen ervaren. Er blijkt dus sprake van een grote discrepantie van niet-westerse migranten met de jeugdzorg, als we afgaan op de rapportage van problemen door de ouders. Deze discrepantie is vaker gevonden in onderzoek naar gebruik van voorzieningen door jeugdigen van niet westerse herkomst (bijvoorbeeld Van den Broek et al. 2010; Zwirs et al. 2006; zie ook hoofdstuk 7). Op omgevingsniveau ten slotte zijn er geen kenmerken die verband houden met meer of minder kans op jeugdzorggebruik. Opvallend aan deze uitkomsten is dat de achtergrondkenmerken die samenhangen met een vergrote kans op het gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen (op de niet-westerse migranten na) allemaal kenmerken zijn die we vooraf als risicokenmerken voor problematiek hadden aangemerkt. Het lijkt er dus op dat bij de gezinnen waarbij sprake is van deze risicokenmerken, bij ouders, omgeving of professionals, ongeacht de zwaarte van de ervaren problemen een sterkere geneigdheid is gebruik te maken van tweedelijns-jeugdzorg. Deze bevinding ligt in de lijn van de constatering door de Raad voor Maat-

schappelijke Ontwikkeling (RMO 2012) dat er tegenwoordig een tendens is om potentiële gebruikers van jeugdzorg te screenen aan de hand van risicokenmerken; met als gevolg dat ieder kind of elk gezin een potentieel risicogeval is en er mogelijk minder aandacht is voor daadwerkelijke problemen. Alleen niet-westerse migranten hebben een kleinere kans om, gezien de voorkomende problemen, in de tweedelijnsjeugdzorg terecht te komen. Dit is een bekend gegeven; niet-westerse migranten zijn (in verhouding tot de mate van problematiek) ondervertegenwoordigd in de vrijwillige zorg en oververtegenwoordigd in de justitiële sector.

Bij deze uitkomsten moet aangetekend worden dat onze vaststelling van een discrepantie tussen problemen en jeugdzorggebruik gedaan wordt aan de hand van door één ouder gerapporteerde problemen. Als mogelijke verklaring voor de door ons gevonden discrepantie kan dus ook nog gedacht worden aan een beperkt inzicht door de ouder in de spelende problemen. In bijvoorbeeld het geval van verslavingsproblematiek bij de ouders is het heel goed denkbaar dat ouders, vanwege de eigen gerichtheid op middelengebruik, minder gericht zijn op het oplossen van problemen van hun kinderen of omtrent opvoeding. Dat laat onverlet dat zij zich wel zorgen maken om hun kinderen (hoofdstuk 2).

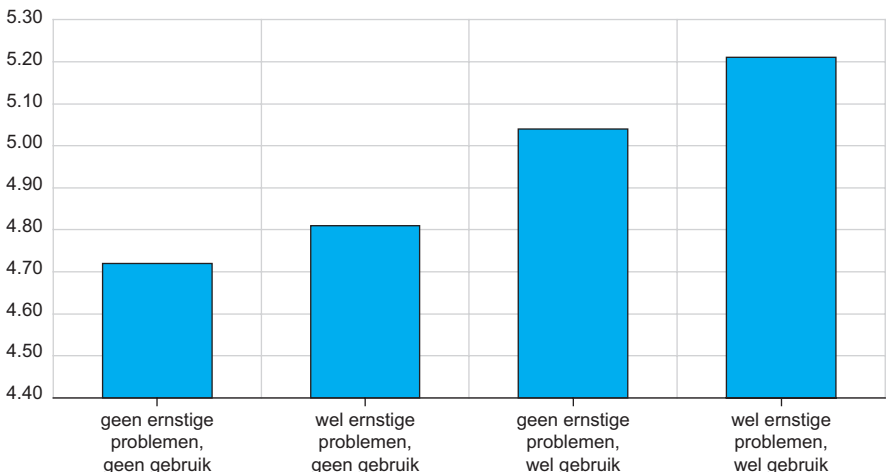
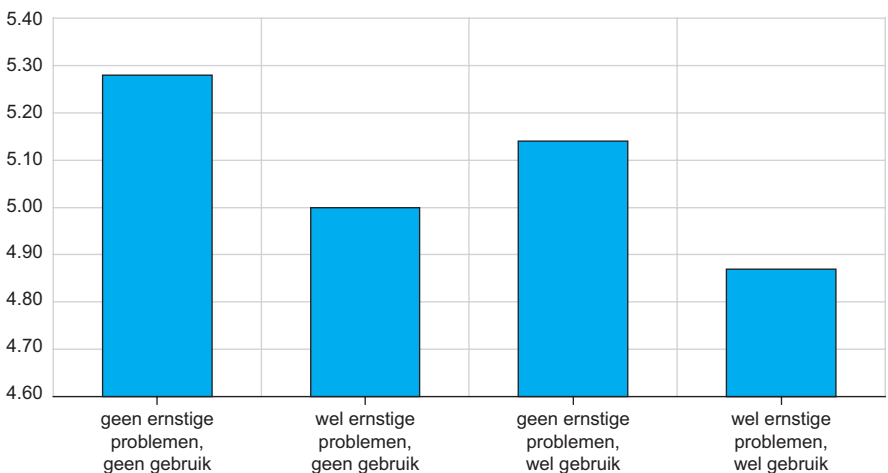
5.2.2 Oriëntatie in de omgang met problemen

We hebben in onze vragenlijst ook stellingen opgenomen over de manier waarop ouders tegen problemen en het nut van hulpverlening kunnen aankijken. Dit zijn vragen die volgen uit de theorie over beheersingsoriëntatie (Locus of control; Rotter 1966). Beheersingsoriëntatie is een subjectief gevoel van controle. Mensen zijn ofwel 'extern georiënteerd' (de oorzaak ligt buiten henzelf) ofwel 'intern georiënteerd' (de oorzaak ligt bij henzelf). Extern georiënteerde mensen denken dat situaties hun overkomen door de omgeving, het lot, toeval of andere mensen. Binnen de externe oriëntatie wordt in onderzoek naar gebruik van zorg vaak onderscheid gemaakt tussen expertoriëntatie en kansoriëntatie. In het eerste geval denkt men dat de oplossing voor problemen te halen is bij 'machtige anderen', zoals een hulpverlener; in het tweede geval denkt men dat ontstaan en overgaan van problemen vooral een kwestie is van toeval. Intern georiënteerde personen denken dat situaties ontstaan door hun eigen toedoen. De oriëntatie die bij mensen het sterkst is, kan bepalend zijn voor de mate waarin mensen geneigd zijn hulp te zoeken wanneer ze problemen hebben. We hebben in ons onderzoek drie stellingen voorgelegd die overeenkomen met de drie beschreven oriëntaties (geïnspireerd op de multidimensional health locus of control scales, MHCL; Wallston et al. 1978). De interne oriëntatie werd gemeten met de stelling 'Ik heb het zelf in de hand of mijn kind een goede opvoeding krijgt', de expertoriëntatie met de vraag 'Om te voorkomen dat het misloopt met de opvoeding van mijn kind is het goed om bij problemen een professional te raadplegen'; de kansoriëntatie ten slotte werd gemeten met de stelling 'Hoe snel problemen bij de opvoeding en ontwikkeling van mijn kind overgaan, wordt grotendeels door toeval bepaald'. Deelnemers konden antwoorden op een schaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 6 (helemaal mee eens). In figuren 5.3a tot en met 5.3c laten

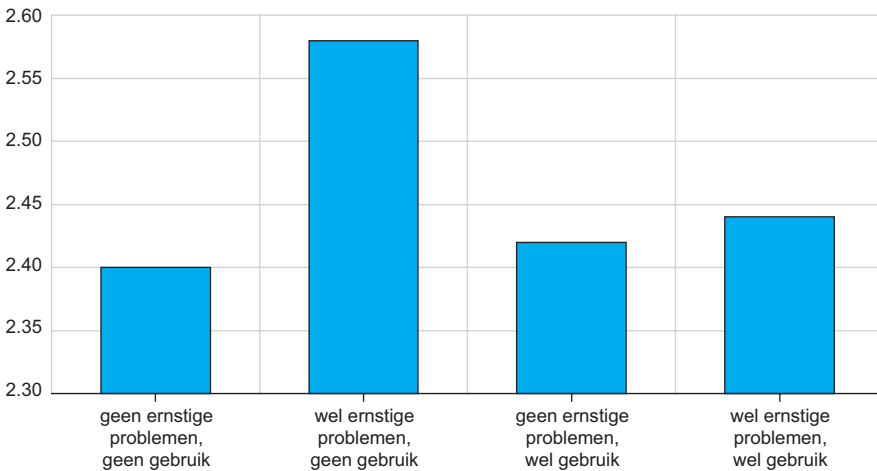
we zien hoe de vier onderzochte typen gezinnen antwoorden op de vragen omtrent hun beheersingsoriëntatie. De besproken verschillen zijn alle significant.

Figuren 5.3a t/m 5.3c

Scores op 'interne oriëntatie', 'expertoriëntatie' en 'kansoriëntatie' voor de vier groepen combinaties van problemen en jeugdzorggebruik



Figuren 5.3a t/m 5.3c (vervolg)



Bron: CBS/SCP (OJO'11)

De interne oriëntatie (figuur 5.3a) komt het meest voor bij de gezinnen die geen ernstige problemen rapporteren en geen gebruik maken van tweedelijnsjeugdzorg. Verrassend genoeg scoren ook gezinnen die jeugdzorg ontvangen zonder ernstige problemen te hebben gerapporteerd hoog op deze oriëntatie. Schijnbaar zijn mensen die denken de opvoeding van hun kind zelf in de hand te hebben, ook zo assertief om hulp in te roepen bij de opvoeding in de gevallen waarin de problemen volgens onze problematiekmaat niet zo groot zijn. Degenen ten slotte die jeugdzorg ontvangen en wel serieuze problemen ervaren, hebben de laagste score op de interne beheersingsoriëntatie. In deze groep zitten dus meer mensen die denken de opvoeding van de kinderen niet zelf in de hand te hebben. Dit kan de reden zijn dat zij om jeugdzorg hebben gevraagd, omgekeerd is het ook mogelijk dat de problemen met het kind de ouder minder zeker hebben gemaakt over de mogelijkheden die hij heeft de opvoeding tot een goed einde te brengen. Zoals te verwachten scoren de gezinnen die zorg ontvangen het hoogst op de expertoriëntatie (figuur 5.3b). Kennelijk ondersteunt deze oriëntatie de kans dat een gezin hulp zoekt in de jeugdzorg. Wanneer een gezin als gevolg van deze oriëntatie hulp zoekt, kan dat zowel terecht als onterecht zijn. Zowel degenen met als degenen zonder gerapporteerde ernstige problemen komen met deze oriëntatie namelijk vaker in de jeugdzorg voor. De gezinnen die geen gebruik maken van jeugdzorg zijn het minst op experts georiënteerd.

Op kansoriëntatie (figuur 5.3c) scoren gezinnen over het geheel genomen lager dan op de andere oriëntaties. Ouders hebben dus over het algemeen het idee dat in het geval van problemen hier iets aan gedaan kan worden, door henzelf dan wel door een professional. De ouders in de groep die geen gebruik maakt van jeugdzorg terwijl er wel serieuze

problemen spelen, scoort op de kansoriëntatie het hoogst. Dit betekent dat in gezinnen waarin gedacht wordt dat het komen en gaan van problemen vooral een kwestie van toeval is, de kans kleiner is dat er professionele hulp gezocht wordt in het geval van serieuze problemen. De gevonden discrepantie tussen problemen en jeugdzorggebruik zou dus (deels) verklaard kunnen worden doordat ouders verschillen in beheersingsoriëntatie. De andere groepen ouders scoren lager op deze oriëntatie.

5.2.3 Tijdig de zorg in, tijdig de zorg uit?

Voordat een gezin op zoek gaat naar hulp, moeten problemen eerst herkend en erkend worden. Ouders denken in eerste instantie vaak dat problemen met de tijd minder worden of verdwijnen (zie verderop in dit hoofdstuk), maar soms zijn problemen blijvend of worden ze erger. Het is dus logisch dat er enige tijd verstrijkt voordat er hulp ingeroepen wordt.

Wanneer gezinnen vervolgens te maken krijgen met jeugdzorgvoorzieningen, doorlopen zij een proces waarin onderzocht wordt wat de problemen zijn en waar de oorzaken liggen, en er wordt een plan gemaakt hoe de problemen op te lossen of hanteerbaar te maken. Dit proces is in zekere mate gestandaardiseerd.³ Indien mogelijk is het de bedoeling dat na een bepaalde periode van jeugdzorg, of na het behalen van bepaalde doelen, een gezin ook weer de zorg verlaat. Het is niet duidelijk of dit ook altijd (op tijd) gebeurt, ofwel of er drempels zijn om de zorg uit te stromen. Omdat we van de deelnemers aan onze survey geen retrospectieve gegevens hebben, is het niet mogelijk onderzoek te doen naar het moment waarop specifieke gezinnen de zorg uitstromen. Wel kunnen we op een indirecte wijze verkennen of er gezinnen zijn die later dan wenselijk de jeugdzorg instromen of vaker of langer gebruikmaken van jeugdzorg dan nodig is. Een manier om dit te doen is door te bekijken of oudere kinderen vaker in de groep vallen die gebruikmaakt van jeugdzorg zonder serieuze problemen te ervaren. De gedachte hierachter is dat de kans dat jeugdigen te maken hebben gehad met jeugdzorg stijgt met de leeftijd. Wanneer jeugdigen op hogere leeftijd vaker gebruikmaken van jeugdzorg zonder dat er sprake is van serieuze problemen, kan dit komen doordat zij 'in de molen' van de jeugdzorg zitten. In bepaalde gevallen kan zorg dan doorgegaan zijn terwijl de problemen niet meer groot zijn.

Om deze overweging te toetsen hebben we een index aangemaakt die de verhouding aangeeft tussen het gebruikmaken van een tweedelijns-jeugdzorgvoorziening en de ervaren problemen. We hebben de gemiddelden van deze verhoudingsgetallen per levensjaar van de kinderen afgezet in figuur 5.4. Een hoger gemiddelde op de index duidt op een groter gebruik van zorg ten opzichte van de problemen.

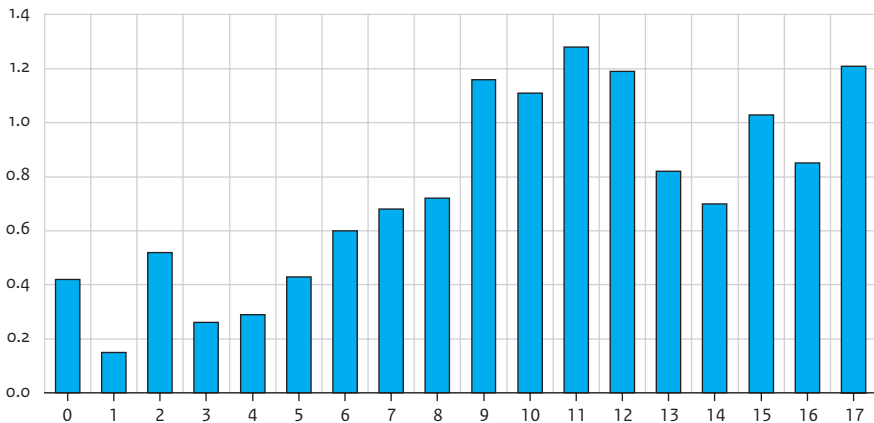
Kinderen tot 4 jaar komen in de groep 'wel problemen, geen zorggebruik' vaak voor, terwijl oudere kinderen hier juist wat minder in voorkomen. Dit is opvallend; bij het aanmaken van de problematiekvariabele in hoofdstuk 2 hebben we de drempel voor problemen bij de jongste kinderen al hoger gelegd. Zelfs deze selecte groep van 5% maakt minder gebruik van jeugdzorg dan de gezinnen met oudere kinderen waarvan de drempel voor problematiek door meer kinderen (10%) wordt bereikt. Mogelijk wordt bij de jongste kinderen eerder gedacht dat er sprake is van een fasegebonden probleem,

of komen zij in geval van problemen vaker in het medisch circuit terecht. We zien vervolgens dat het zorggebruik ten opzichte van de problemen gedurende de basisschoolleeftijd hoger wordt naarmate de kinderen ouder worden.

In de beginjaren van het voortgezet onderwijs wordt deze ontwikkeling vervolgens doorbroken. Mogelijk worden jongeren in het meer anonieme (vanwege wisselende leerkrachten per vak) voortgezet onderwijs sneller over het hoofd gezien, waardoor ze minder de zorg instromen, of is er in de puberjaren meer sprake van problematiek waarvoor geen of niet direct hulp wordt gezocht. Dit zou ook aansluiten bij de vaakst voorkomende redenen die gegeven wordt voor het niet zoeken van hulp bij problemen en past bij de perceptie van de puberleeftijd; de problemen zijn niet erg of duren niet zo lang.

Figuur 5.4

Verhouding tussen tweedelijs-jeugdzorggebruik en ervaren problemen, per leefjaar van de jeugdige



Bron: CBS/SCP (OJO'11)

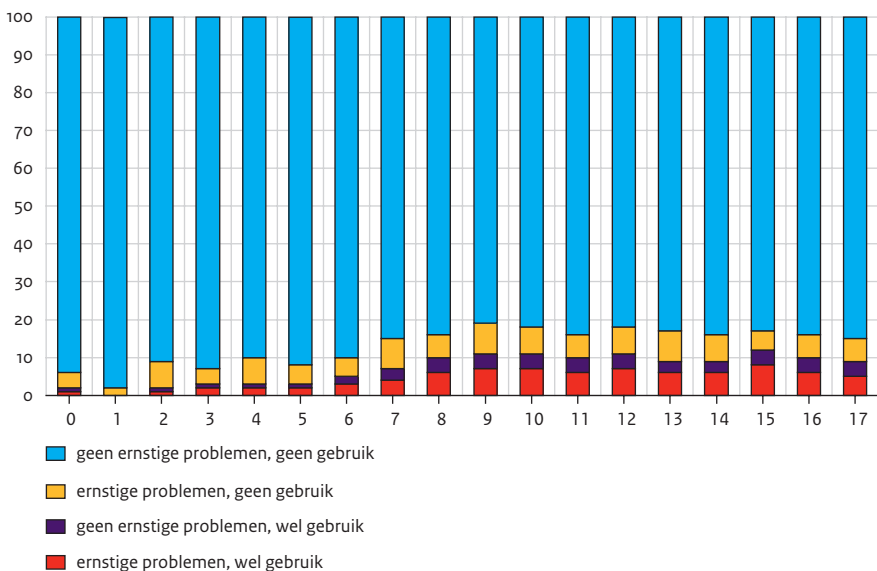
Leesvoorbeeld: hoe hoger de staaf, hoe groter het gebruik van jeugdigen in die leeftijdsgroep ten opzichte van de gerapporteerde problemen; bij 1-jarigen wordt het minst gebruikgemaakt van tweedelijsjeugdzorg wanneer we de problemen in aanmerking nemen, bij 11-jarigen het meest.

Om het leeftijdseffect verder te onderzoeken hebben we de percentages jeugdigen bij wie sprake is van een discrepantie tussen problemen en jeugdzorggebruik (figuur 5.5) per leeftijdjaar naast elkaar gezet. Hiermee wordt geïllustreerd hoe de verhouding is tussen hen die zorg krijgen terwijl ze weinig problemen hebben, en hen die geen zorg krijgen terwijl ze wel veel problemen hebben. Hier valt op dat de groep die geen zorg ontvangt terwijl ze wel veel problemen heeft, relatief groot blijft over de jaren. De groep die weinig problemen ervaart maar wel gebruikmaakt van jeugdzorg groeit relatief tot de leeftijd van acht jaar, om daarna tot de volwassen leeftijd een belangrijk aandeel te blijven van het totale zorggebruik. Concluderend kunnen we stellen dat over de

leeftijdjaren zowel de ervaren problemen als het jeugdzorggebruik toenemen. Relatief veel gezinnen, met kinderen van alle leeftijden, ervaren ernstige problemen en maken geen gebruik van jeugdzorg, terwijl er met het stijgen van de leeftijd van de jeugdige meer gezinnen zijn die gebruikmaken van jeugdzorg terwijl zij niet heel veel problemen ervaren. Of dit komt doordat de jeugd en gezinnen met problemen steeds beter de weg naar de zorg weten te vinden, of doordat gezinnen met problemen lang of te lang in de zorg verblijven, valt niet te zeggen.

Figuur 5.5

De relatieve aandelen van vier groepen gezinnen (combinaties van problemen en gebruik van jeugdzorg), uitgesplitst per levensjaar van het kind



Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Een alternatieve verklaring voor het feit dat gerapporteerde problemen niet goed overeenkomen met jeugdzorggebruik, kan zijn dat de bevroegde ouders de problemen van hun kinderen niet adequaat rapporteren. Het is goed mogelijk dat de andere ouder, de directe omgeving of professionals in de omgeving van het gezin anders denken over de problemen waarin het gezin in bevindt. Hiervan is mogelijk vooral sprake in gevallen waarin ouders niet gemotiveerd of onmachtig zijn om inzicht te hebben in de problemen waarin het gezin zich bevindt. Bijvoorbeeld wanneer ouders last hebben van persoonlijkheidsproblematiek of verslaving, of beperkte verstandelijke vermogens hebben. Dit kan oorzaak zijn van serieuze verwaarlozing, mishandeling of misbruik (Alink et al. 2011). We hebben daarom gekeken of ouders bij wie de kans groter is dat er sprake is van kindermishandeling (de ouders die aangaven vanwege problemen met hun kind ooit te

maken hebben gehad met de Raad voor de Kinderbescherming of rechter⁴) minder problemen rapporteren dan het zorggebruik doet vermoeden. We vonden in onze gegevens inderdaad dat de ouders die te maken hebben gehad met kinderbescherming of rechter relatief het vaakst voorkwamen in de groep die jeugdzorg gebruikte zonder zelf serieuze problemen te ervaren (tabel 5.4).

Tabel 5.4

Prevalentie contact met kinderbescherming en rechter door de vier groepen combinaties van problemen en jeugdzorggebruik (in procenten)

weinig problemen, geen gebruik	0,4
veel problemen, geen gebruik	1,3
weinig problemen, wel gebruik	7,9
veel problemen, wel gebruik	5,1

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Er lijkt bij hen dus sprake te zijn van ontkenning van de problemen; hoewel inschakeling van de Raad voor de Kinderbescherming en het (al dan niet vrijwillig) gebruik van jeugdzorgvoorzieningen geen garantie vormen dat er echt sprake is van problemen in een gezin, is het wel een sterke aanwijzing. Over het algemeen echter mogen we aannemen dat ouders een behoorlijk inzicht hebben in wat er goed en minder gaat in de ontwikkeling en opvoeding van hun kind.

5.3 Verklaringen 'veel problemen, geen gebruik'

In het vorige gedeelte werden verklaringen voor de discrepantie aangedragen die twee kanten op kunnen werken; tweedelijs-jeugdzorggebruik terwijl de gerapporteerde problemen niet heel groot zijn, en niet-gebruik van tweedelijsjeugdzorg terwijl de gerapporteerde problemen groot zijn. In dit gedeelte bespreken we verklaringen die alleen op kunnen gaan in het geval van het niet gebruik van tweedelijsjeugdzorg terwijl wel ernstige problemen gerapporteerd zijn. Uit tabel 5.1 bleek dat 57,5% van de gezinnen die veel problemen ervaren in de opvoeding of bij de ontwikkeling van hun kind geen gebruikmaakt van tweedelijsjeugdzorg. Dit is bijna 6% van het totaal aantal jeugdigen in Nederland, wat staat voor een aanzienlijk aantal, zo'n 200.000. We zullen in de volgende paragrafen ingaan op het gebruik van eerstelijs-jeugdzorgvoorzieningen door deze groep, de redenen die zij geven om geen gebruik van tweedelijsjeugdzorg te maken en de mogelijke rol van indicatiestelling en wachtlijsten in het niet ontvangen van tweedelijsjeugdzorg.

5.3.1 Gebruik van eerstelijsjeugdzorg

Tweedelijsjeugdzorg is gespecialiseerde zorg. In het verleden kwamen gezinnen en jeugdigen slechts in de tweedelijs zorg terecht indien de problemen waarmee zij

kampten ernstig waren. Voor de lichtere problemen waren er veel eerstelijnsvoorzieningen beschikbaar. Maatschappelijk werk en andere eerstelijnsvoorzieningen hielden zich bezig met hulpverlening aan gezinnen waarvan de problemen te licht waren om in de geïndiceerde zorg terecht te komen. In recente jaren lijkt de verschaftte hulpverlening in de eerste lijn echter in omvang afgenomen, en wordt er vaker doorverwezen naar de tweede lijn. Dit komt onder andere doordat de financiering van eerstelijnsvoorzieningen op de tocht kwam te staan, en doordat cliënten of verwijzende instanties beter de weg wisten te vinden naar de meer gespecialiseerde tweede lijn, waarvan het beeld bestaat dat er betere zorg wordt verleend. Recentelijk zijn er weer initiatieven om de eerste lijn te versterken, de meest opvallende het besluit van voormalig minister Rouvoet om in elke gemeente een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) in te laten richten. In deze centra is het de bedoeling dat op een laagdrempelige manier verschillende vormen van oudervoorlichting en begeleiding gecombineerd worden. Ook de RMO (2012) pleit voor een versterking van de gehele eerste lijn in de jeugdzorg.

Een belangrijk doel van de eerste lijn is, door het beschikbaar stellen van lichte en toegankelijk zorg, te voorkomen dat problemen zwaarder worden en zwaardere hulpverlening nodig is. Eerste- en tweedelijnsjeugdzorg zijn complementair, in die zin dat bij de behoefte aan meer specialistische zorg tweedelijnszorg ingeschakeld zou moeten worden. In de praktijk is het natuurlijk ook mogelijk dat gezinnen met serieuze problemen zorg krijgen vanuit de eerste lijn, en hierdoor niet in de tweede lijn terechtkomen. Het is daardoor mogelijk dat gezinnen die we vanwege de ernstige problematiek in de tweede lijn verwachten feitelijk gebruikmaken van de eerstelijnszorg. Daarmee kan het gebruik van eerstelijnsjeugdzorg een verklaring vormen voor de discrepantie tussen gerapporteerde problematiek en tweedelijnsjeugdzorg.

Wanneer we kijken naar de verhouding tussen problematiek en het totale jeugdzorggebruik (zowel eerste- als tweedelijnsjeugdzorg; zie tabel 5.5) valt te zien dat er van de totale jeugdzorgvoorzieningen bijna driemaal zoveel gebruik wordt gemaakt (19,5%) als van de tweedelijnsjeugdzorg alleen (7,3%; zie tabel 5.1). De overeenstemming tussen problematiek en jeugdzorggebruik wordt door het meenemen van eerstelijnsjeugdzorggebruik echter niet beter. Uit de tabel is af te lezen dat veel van de gezinnen die gebruikmaken van zorg namelijk niet bijzonder veel problemen ervaren, en lang niet alle gezinnen met ernstige problemen maken gebruik van de eerstelijnsjeugdzorg. Al met al blijkt er voor zowel de tweedelijnsjeugdzorg als de jeugdzorg in brede zin (eerste- en tweedelijnszorg) een discrepantie te zijn met door ouders ervaren problemen. Daarom kunnen we vaststellen dat het gebruik van eerstelijnsjeugdzorg geen verklaring vormt voor de geringe overeenstemming tussen problematiek en gebruik van tweedelijnszorg. Het is natuurlijk niet per definitie ongewenst dat gezinnen met weinig problemen gebruikmaken van jeugdzorg. De eerste lijn wordt ook wel de preventieve zorg genoemd, wat direct aangeeft dat een onderdeel van de taak is om te voorkomen dat gezinnen in de problemen komen. Dat gezinnen die hier gebruik van maken niet veel problemen ervaren, is dan ook normaal.

Tabel 5.5

De verhouding tussen het aantal gezinnen met serieuze opvoed- en opgroeioproblemen en het gebruik van eerste- en tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen (tussen haakjes staan de percentages vermeld)

ernstige opvoed- en opgroeioproblemen	gebruik eerste- en tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen		
	niet	wel	totaal
niet	18.192 (86,1)	2.931 (13,9)	21.123 (100)
wel	819 (32,9)	1.673 (67,0)	2.492 (100)
totaal	19.011 (80,5)	4.604 (19,5)	23.615 (100)

Bron: CBS/SCP (OJO'11) gewogen gegevens

In hoofdstuk 6 zullen we verder ingaan op de relatie tussen de geïndiceerde zorg, de eerstelijnszorg en de ondersteuning door de sociale omgeving. In dit hoofdstuk zullen we ons verder richten op de relatie tussen ervaren problemen en het gebruik van tweedelijnsjeugdzorg.

5.3.2 Redenen om geen zorg te vragen

Aan elke beslissing om gebruik te maken van jeugdzorg gaat een heel proces binnen een gezin vooraf. Het gebruik van tweedelijnsjeugdzorg is geen impulsieve beslissing, maar het resultaat van (soms langdurig) overleg met anderen uit de directe omgeving, eerstelijns hulpverleners en verwijzers. In sommige gevallen (zoals jeugdbeschermingsmaatregelen) ligt de beslissing over te verlenen/aanvaarden hulp in eerste instantie bij anderen dan de ouder, zoals de rechter of de gezinsvoogd, maar in de meeste gevallen speelt de beslissing van de ouder een grote rol in het wel of niet vragen van hulp. De beslissing om hulp te vragen is volgens de literatuur vaak de uitkomst van het nemen van een aantal 'drempels', of de uitkomst van een *trade-off*: de overweging van voor- en nadelen van het vragen van hulp (zie voor een bespreking van deze theorieën Wildeboer Schut en Hoff 2007).

Om de redenen in kaart te brengen die gezinnen hebben om bij problemen geen zorg in te roepen, hebben we de deelnemers in ons onderzoek die hadden aangegeven zich zorgen te maken om hun kind, maar geen professionele hulp hadden ingeroepen⁵, gevraagd welke redenen zij hadden om geen hulp in te roepen. De lijst redenen waarnaar gevraagd werd, is een bewerking van lijsten die in eerder onderzoek van het SCP gebruikt waren. De antwoorden werden in twee blokken aangeboden. In het eerste blok werden vooral functionele (soms logistieke) redenen aangedragen die ouders kunnen hebben om geen professionele hulp in te roepen; een voorbeeld hiervan is dat de problemen niet lang zullen duren. In het tweede blok ging het om redenen die meer sociaal van aard zijn, bijvoorbeeld dat men zich schaamt voor de problemen. Ouders mochten per blok meerdere antwoorden geven.

Uit de antwoorden bleek dat ouders veel vaker functionele redenen geven voor het niet gebruiken van zorg dan sociale redenen. In de eerste categorie (tabel 5.6) gaf meer dan de helft van de ouders aan dat de problemen met hun kind niet zo groot zijn of niet zo

lang zullen duren. Er is ook een grote groep (bijna 40%) die aangeeft zelf oplossingen te hebben gevonden voor de problemen en daarom geen hulp nodig te hebben. Er zijn helaas geen aanvullende vragen gesteld over welke oplossingen dit zijn. Andere functionele redenen om geen hulp te vragen komen veel minder vaak voor. Rond de 2% van de ouders denkt dat hulp geen oplossing biedt voor problemen, is nog niet toegekomen aan het vragen van hulp of weet niet naar wie ze toe moeten gaan voor ondersteuning. Slechts een fractie van de ouders denkt geen recht te hebben op hulp. Voor ruim 15% van de ouders spelen functionele redenen geen rol in het niet vragen van hulp.

Tabel 5.6

Functionele redenen die ouders noemen om geen professionele hulp in te roepen in het geval van zorgen om hun kind (meerdere antwoorden mogelijk n = 682)

reden	percentage bevestigend
omdat het niet nodig is; de problemen zijn niet zo groot of duren niet lang	54,6
omdat het niet nodig is, u heeft zelf oplossingen gevonden	39,3
omdat u denkt dat hulp geen oplossing biedt	2,1
omdat u hier nog niet aan toegekomen bent	1,7
omdat u niet weet naar wie u moet gaan voor ondersteuning	1,5
omdat u denkt geen recht te hebben op hulp	0,2
geen van de bovenstaande antwoorden	15,2

Bron: CBS/SCP (010'11)

Sociale redenen om geen hulp te vragen (tabel 5.7) werden veel minder vaak genoemd. Geen van de antwoordmogelijkheden werd door meer dan 2% van de ouders aangedragen. De meest genoemde was dat mensen slechte ervaringen hadden met hulpverlening, gevolgd door de stelling dat men liever niet heeft dat anderen zich met het gezin bemoeien, of omdat er een meningsverschil bestaat over de vraag of het nodig is om hulp te zoeken. Deze vraag laat overigens in het midden of dit meningsverschil speelt binnen het gezin (bijvoorbeeld tussen ouders) of tussen ouder en omgeving of hulpverleners. Ook geeft maar een fractie van de ouders aan geen hulp te vragen omdat ze zich schamen voor de problemen of bang zijn dat anderen hen op de problemen aan zullen kijken. Het is bij deze redenen natuurlijk wel de vraag of de ouders dit wel toe zouden geven in een vragenlijst, zeker in de gevallen waarin deze in een persoonlijk interview is afgenomen.

Tabel 5.7

Sociale redenen die ouders noemen om geen professionele hulp in te roepen in het geval van zorgen om hun kind (meerdere antwoorden mogelijk; n = 682)

reden	percentage bevestigend
omdat u slechte ervaringen met hulpverlening heeft	1,8
omdat u liever niet wilt dat anderen zich met u bemoeien	1,4
omdat er een meningsverschil is over de vraag of het nodig is om hulp te zoeken	1,4
omdat u het moeilijk vindt om hulp te vragen of zich voor uw problemen schaamt	0,6
omdat u denkt dat anderen u op uw problemen aan zullen kijken	0,3
om een andere reden	7,3
geen van de bovenstaande antwoorden	85,9

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Ook gaf een klein aandeel van de ouders aan om andere dan de genoemde redenen geen hulp te hebben gevraagd. Welke redenen dit zijn is niet bekend.

Samenvattend blijkt uit de antwoorden dat de meeste ouders die zich zorgen maken over hun kind maar geen hulp hebben gezocht, in feite weinig behoefte ervaren aan professionele hulp. Veruit de vaakst opgegeven reden was dat de problemen voorbijgaand waren of dat de ouders zelf oplossingen hadden gevonden. Dit geeft de indruk dat het ook niet zinvol is om deze groep te proberen te bereiken en uit te lokken actiever hulp te gaan zoeken. Echter, deze redenering gaat natuurlijk alleen op als er geen sprake van is dat ouders de problemen van hun kinderen feitelijk onderschatten en op deze manier hun ontwikkeling in gevaar brengen. Om dit te onderzoeken hebben we gekeken naar de probleemscores van de kinderen van deze ouders. We hebben hiervoor gekeken naar de scores op de vragenlijst die voor de meerderheid van de jeugdigen gebruikt is, de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Deze lijst is gebruikt voor alle kinderen van 3 tot 18 jaar (enkele items verschillen per leeftijdsgroep in verband met de ontwikkelingsfase). De vragen van de SDQ betreffen voornamelijk feitelijke gedragingen van het kind; daarmee is de kans dat ouders hun kinderen onterecht laag aanduiden op de problematiek kleiner. De kinderen van de ouders die hadden aangegeven dat ze de problemen niet groot vonden/dat de problemen niet lang zouden duren of dat ze zelf al oplossingen hadden gevonden, scoorden op de totale probleemschaal alle gemiddeld 6,6. Wanneer we dit vergelijken met de gemiddelde scores op deze schaal voor alle kinderen in gezinnen die in de groep met weinig problemen vallen (4,7) en de gemiddelde score voor hen die veel problemen rapporteren (16,2), zien we dat de scores van deze ouders weliswaar hoger zijn dan die van de gezinnen die weinig problemen rapporteren, maar absoluut niet in de buurt komen van de gezinnen die in de groep met veel problemen vallen. We kunnen dus concluderen dat ouders die zich zorgen maken om hun kind maar hier geen professionele zorg voor hebben ingeschakeld, over het algemeen vermoedelijk ook geen zorg nodig zullen hebben.

Overigens is het relevant aan te tekenen dat er steeds meer bewijs uit psychologisch onderzoek is dat beslissingen vaak niet volgens een strikt rationele afweging plaatsvinden. Mensen zijn behalve denkende ook emotionele wezens en beslissingen vinden dan ook voor een groot gedeelte plaats op basis van gevoel en intuïtie (zie voor meer informatie hierover de literatuur over *dual-process*-theorieën, bijvoorbeeld Evans en Frankish 2009). Dit zal ook gelden voor de beslissing om wel of geen contact op te nemen met (verwijzers naar) jeugdzorginstellingen.

5.3.3 Indiciestelling en wachtlijsten

Niet in alle gevallen waarin gezinnen toegang zoeken of waarin er voor hen toegang wordt gezocht tot de tweedelijnsjeugdzorg, wordt deze verkregen. Dit is een gevolg van het systeem van indicatiestelling dat in Nederland bestaat. De drie jeugdzorgvoorzieningen (provinciale jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-lvb) die in deze publicatie centraal staan, hebben elk hun eigen toegang en indicatieprocedures. In deze procedures wordt een (voorlopige) inschatting gemaakt van de problemen van het gezin en de jeugdige en hun oorzaken, en aan de hand daarvan wordt bepaald of er sprake is van een recht op zorg. Dit recht op zorg is nodig om in aanmerking te kunnen komen voor tweedelijnsjeugdzorg. In het indicatietraject worden ideeën en ervaringen van ouders en andere directbetrokkenen over de situatie van de jeugdige en het gezin geconfronteerd met de expertise van de indicatiesteller. Deze heeft minder kennis over de dagelijkse problemen van het gezin dan de gezinsleden en de directbetrokkenen zelf, maar stelt hier professionele kennis over de voorkomende problematiek tegenover. Bovendien wordt veelal input gegeven door eerstelijnsprofessionals als huisartsen over de specifieke omstandigheden van het gezin. De uitkomst van dit traject, het wel of niet ontvangen van een indicatie, is ook relevant in het kader van onze survey. Worden de door ouders ervaren problemen als serieus probleem erkend door indicatiestellers of verschillen zij veel in hun inschatting van problematiek? Dit kan een verklarende factor zijn voor de discrepantie tussen de door ouders ervaren problemen en de ontvangen jeugdzorg.

Uit onze gegevens blijkt dat veel van de ouders uit de groep ‘veel problemen, geen gebruik’ in verband met de problemen met hun kinderen contact hebben gehad met instanties die het ‘voorveld’ vormen voor de tweedelijnsjeugdzorg. 79% heeft gesproken met instanties of professionals die doorverwijzen naar minimaal een van de tweedelijnsjeugdzorgvoorzieningen. Bijna een kwart (24,0%) heeft zonder succes geprobeerd toegang te krijgen tot tweedelijnsjeugdzorg (ter vergelijking: van de groep die weinig problemen ervaart en geen gebruik maakt van zware jeugdzorg heeft 5,0% geprobeerd een indicatie te krijgen). Van 1,2% liep het indicatietraject nog ten tijde van de survey. Concluderend is er dus een duidelijk verschil van inzicht in de problematiek zoals deze door ouders wordt ervaren en zoals deze door de indicatiestellers wordt beoordeeld. Ook lijkt de groep die veel problemen heeft maar geen zorg gebruikt uit relatief weinig zorgmijders te bestaan.

De gezinnen die een indicatie hebben maar (nog) geen zorg krijgen omdat zij op een wachtlijst staan, zijn in onze analyses ingedeeld in de groepen ‘wel gebruik’, omdat ons selectie criterium voor gebruik was of gezinnen een indicatie voor zorg hebben

ontvangen. Zij worden dus niet apart geanalyseerd binnen de groep ‘veel problemen, geen gebruik’.⁶

5.4 Verklaringen ‘weinig problemen, wel gebruik’

Uit tabel 5.1 bleek niet alleen dat er gezinnen zijn die veel problemen hebben maar geen gebruik van jeugdzorg maken. Er zijn ook veel gezinnen die relatief weinig problemen ervaren maar wel degelijk gebruikmaken van tweedelijnsjeugdzorg; 3,1% van deze gezinnen, wat staat voor ongeveer 90.000 jongeren in Nederland. In dit deel van het hoofdstuk gaan we in op mogelijke verklaringen voor deze discrepantie.

5.4.1 Jeugdzorg verhelpt problemen

Het doel van jeugdzorg is de problemen van gezinnen op te lossen, hanteerbaar of draaglijk te maken. De weerbarstigheid en veranderlijkheid van de problematiek van jeugdigen en gezinnen zorgt ervoor dat het niet in alle gevallen lukt om te komen tot verbeteringen (zie bijvoorbeeld Warren et al. 2009 voor uitkomsten van de geestelijke gezondheidszorg voor jeugd in de Verenigde Staten). Wanneer we echter aannemen dat jeugdzorgvoorzieningen over het algemeen een positief effect hebben op hun gebruikers, zal de problematiek van de jeugdige (of het gezin) dalen tijdens de periode waarin zorg ontvangen wordt. Dit zou een deel van de verklaring kunnen zijn voor de geringe overeenstemming tussen gebruik en gerapporteerde problemen; met diegenen die gebruikmaken van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen gaat het wellicht beter op het moment dat de juiste zorg ontvangen wordt. Om dit in kaart te brengen hebben we gekeken in hoeverre de mate van problematiek verschilt tussen degenen die tweedelijns-jeugdzorg ontvangen en degenen die een indicatie voor jeugdzorg hebben maar op het moment van de survey op jeugdzorg wachten. Bij de laatsten zou volgens deze redenering meer problematiek voor moeten komen. Uit de analyses bleek dat dit inderdaad het geval was.⁷

5.4.2 Jeugdigen met een ooit gestelde diagnose onnodig in de jeugdzorg?

Een andere verklaring voor het feit dat jeugdigen jeugdzorg ontvangen terwijl zij relatief weinig problemen ervaren, kan zijn dat een jeugdige op enig moment een diagnose heeft gekregen voor een zekere problematiek en door die diagnose blijvend als hulpbehoevend wordt gezien. Het stellen van een diagnose is in de jeugd-ggz een voorwaarde voor behandeling in de tweede lijn. Ook voor de provinciale jeugdzorg moet de problematiek geconcretiseerd worden om een recht op zorg te verkrijgen. Dit systeem is op zich te verdedigen, maar aangezien jeugdigen grillig kunnen zijn in hun ontwikkeling, kan het zijn dat een diagnose op een later moment in de tijd niet meer gesteld zou worden (diagnoses worden namelijk veelal gesteld op basis van kenmerken in het gedrag, en dit gedrag kan over de tijd veranderen en minder problematisch worden). Het is dan niet uit te sluiten dat de eens gestelde diagnose op een gegeven moment een etiket zonder lading wordt. Dit etiket kan leiden tot simplificering in de beeldvorming van een

jeugdige, geleid door de verwachte kenmerken behorende bij het label. Wanneer een kind eenmaal een diagnose heeft, wordt het voor langere tijd beschouwd als een kind met problematiek. Dit kan mogelijk tot gevolg hebben dat een kind verblijft in de jeugdzorg terwijl de feitelijke problemen verdwenen of aanmerkelijk verminderd zijn. In onze survey zou dit tot uiting kunnen komen doordat kinderen met een diagnose een lagere score hebben op onze problematiekmaat dan kinderen die zonder diagnose in de zorg zitten. Deze laatsten zijn namelijk in de zorg gekomen vanwege op dat moment ervaren problemen (die niet of nog niet gelabeld zijn) van jeugdige of gezin, en niet omdat bekend is dat een kind een bepaalde aandoening of een bepaald intelligentieniveau heeft en problemen hieraan automatisch gerelateerd worden zonder te inventariseren of deze binnen de normale opvoeding ook opgelost kunnen worden.

We hebben hiervoor gekeken naar de prevalenties van ernstige ervaren problemen (volgens onze maat) bij de gezinnen die in jeugdzorg zitten, uitgesplitst naar diagnoses die de kinderen ontvangen hebben op het gebied van intelligentie en psychische problemen. In tabel 5.8 worden de uitkomsten voor de jeugdigen binnen de tweedelijnsjeugdzorg weergegeven. Hier is te zien dat de jeugdigen in de tweedelijnsjeugdzorg die gediagnosticeerd zijn met een psychische aandoening veel vaker ook serieuze problemen ervaren dan de jeugdigen die zonder zo'n diagnose in de jeugdzorg verblijven. De ouders van jeugdigen zonder diagnose rapporteren maar in de helft van de gevallen serieuze problemen, terwijl dit voor jeugdigen met een gediagnosticeerde aandoening loopt van 72% (voor de categorie andere stoornis) tot 94% (gedragsstoornis). Samenvattend kunnen we stellen dat gezinnen met kinderen met een diagnose voor een psychische aandoening in de tweedelijnsjeugdzorg vaker serieuze problemen ervaren dan gezinnen met kinderen zonder psychische aandoening.

Tabel 5.8

Gerapporteerde prevalentie ernstige problematiek binnen de groep gebruikers van tweedelijnsjeugdzorg (n = 1717; in procenten)

	prevalentie ernstige problemen	geen ernstige problemen
geen diagnose psychische aandoening	51	49
diagnose psychische aandoening uitkomst:	78	22
ADHD/ADD	82	18
autismespectrum	81	19
leerstoornis	81	19
gedragsstoornis	94	6
angststoornis	76	24
depressieve stoornis	79	21
andere stoornis	72	28

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Voor jeugdigen wier intelligentie getest is, is het beeld hetzelfde (tabel 5.9). Gezinnen die gebruikmaken van jeugdzorg zonder dat de intelligentie van het kind getest is, rapporteren minder ernstige problemen dan die bij wie de intelligentie wel getest is. Opvallend

is dat dit ook geldt voor de jeugdigen wier intelligentie gemiddeld of bovengemiddeld is beoordeeld. Met bijna 70% wordt voor hen ruim meer problematiek gerapporteerd dan voor hen die niet getest zijn. Voor de gezinnen in de tweedelijnsjeugdzorg met zwakbegaafde jeugdigen wordt het vaakst ernstige problematiek gerapporteerd.

Tabel 5.9

Gerapporteerde ernstige problematiek binnen de groep gebruikers van tweedelijnsjeugdzorg (n = 1717; in procenten)

	prevalentie ernstige problemen	geen ernstige problemen
niet getest	53	47
getest gemeten intelligentie:	71	29
matig tot ernstig verst. gehandicapt (< 50)	70	30
licht verst. gehandicapt (50-70)	72	28
zwakbegaafd (70-85)	81	19
gem. begaafd (85-115)	69	31
begaafd of hoogbegaafd (> 115)	69	31

Bron: CBS/SCP (010'11)

Vervolgens hebben we bekeken of er ook verschillen zijn in de gerapporteerde problemen bij gezinnen die een diagnose hebben gekregen maar geen gebruik maken van tweedelijnsjeugdzorg. Ook bij deze groep waren de probleemscores hoger bij hen die ooit een diagnose hadden gekregen voor een psychische stoornis of bij wie ooit een intelligentiemeting was gedaan dan bij de andere jongeren die geen gebruik maakten van tweedelijnsjeugdzorg. Dit resultaat ligt natuurlijk meer voor de hand dan de gevonden verschillen bij de gebruikers van jeugdzorg; in deze groep zitten ook veel jongeren die hoe dan ook weinig problemen ervaren en voor wie nooit aanleiding is geweest om tests naar psychische aandoeningen of afwijkingen in intelligentie uit te voeren.

Samenvattend is er geen aanwijzing dat jongeren met een diagnose of vastgestelde afwijkingen in de intelligentie vaker (en mogelijk onnodig) gebruik zouden maken van tweedelijnsjeugdzorg zonder dat er sprake is van ernstige problemen.

5.5 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we gekeken in hoeverre de door ouders gerapporteerde problematiek samenhangt met het gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen. Vervolgens hebben we gezocht naar verklaringen voor een discrepantie tussen deze twee. Ook al vonden we dat gerapporteerde problemen sterk samenhangen met tweedelijns-jeugdzorggebruik, van de gebruikers van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen (ruim 7% van de jeugdigen en hun opvoeders) rapporteert minder dan twee derde problemen die zo ernstig zijn dat ze tot de 10% gezinnen met de zwaarste problematiek behoren. Tegelijkertijd rapporteert een deel van de gezinnen die geen gebruik maken van jeugdzorg wel ernstige kind- of opvoedproblemen. Om deze discrepantie

te verklaren keken we achtereenvolgens naar verklaringen die de discrepantie in beide richtingen kunnen verklaren, verklaringen voor gezinnen met veel problemen die geen gebruik maakten van jeugdzorg, en gezinnen met minder problemen die wel gebruik maakten van jeugdzorg.

Als mogelijke verklaringen voor een discrepantie in beide richtingen hebben we gekeken naar de achtergrondkenmerken van de gezinnen, hun oriëntatie in de omgang met problemen en de vraag of er aanwijzingen zijn dat gezinnen met problemen niet vroegtijdig in de jeugdzorg komen, of juist in de jeugdzorg blijven terwijl de problemen verminderd zijn. Een aantal risicokenmerken voor het ontwikkelen van opvoed- en opgroei-problematiek bleek ook samen te hangen met een vergrote kans om, na controle voor problemen, gebruik te maken van jeugdzorg. Dit geeft de indruk dat met name de gezinnen waarbij vanwege hun kenmerken problemen worden verwacht, gebruikmaken van jeugdzorg. Uitzondering hierop zijn niet-westerse migranten. Zij maken, gecontroleerd voor de ervaren problemen, minder gebruik van tweedelijnsjeugdzorg. Ook bleek dat het uitmaakt welke oriëntatie ouders hebben bij het nadenken over oplossingen voor opvoed- en opgroei-problemen. Ouders die denken dat vooral professionals in staat zijn problemen op te lossen maken vaker gebruik van jeugdzorg dan ouders die denken dat toeval een belangrijke rol speelt in het verloop van problemen. Ouders die denken de ontwikkeling van het kind zelf in de hand te hebben rapporteren vooral minder problemen; op het jeugdzorggebruik lijkt dit geen invloed te hebben. Verder lijkt het erop dat gezinnen die eenmaal in de zorg terecht zijn gekomen, ook vaak in de zorg blijven; in elk geval gaat de proportie jeugdigen in de jeugdzorg omhoog met de leeftijd. Deze gebruikers van zorg bestaan uit zowel gezinnen die ernstige problemen rapporteren als gezinnen die dit niet doen, waardoor het lastig is uitspraken te doen over de wenselijkheid van de toename van het gebruik van jeugdzorg met de leeftijd.

Specifiek als verklaring voor het ervaren van veel problemen zonder tweedelijnsjeugdzorg te ontvangen hebben we gekeken naar het gebruik van eerstelijns-jeugdzorgvoorzieningen, de redenen die gegeven worden om geen gebruik van tweedelijnsjeugdzorg te maken en de rol van indicatiestelling en wachtlijsten in het niet ontvangen van tweedelijnsjeugdzorg. Het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen vormde geen verklaring voor de discrepantie tussen problemen en gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen. Wat wel een verklaring lijkt te zijn voor de discrepantie zijn de redenen die ouders aangaven om geen hulp te vragen; veel ouders die zich zorgen maken om hun kind nemen aan dat de problemen beperkt zijn of voorbijgaand, of hebben zelf oplossingen gevonden voor de problemen. Dit kan ervoor zorgen dat ouders ondanks behoorlijk veel ervaren problemen toch geen tweedelijnsjeugdzorg inroepen. Ten slotte bleek dat lang niet alle ouders die problemen ervoeren en hiervoor hulp zochten, een indicatie voor hulp hadden gekregen. De inschatting van professionals omtrent de gezinsproblemen kan dus heel anders zijn dan die van de ouders, wat deels een verklaring kan zijn voor de door ons gevonden discrepantie.

Voor wat betreft het gebruik van tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen terwijl er geen serieuze problematiek gerapporteerd is, hebben we onderzocht of we kunnen aannemen dat tweedelijnsjeugdzorg effectief is in het verminderen van problemen, en of jeugdigen met een label mogelijk onnodig (lang) gebruikmaken van jeugdzorg (vanwege

stigmatisering). Als indicatie voor een vermindering van problemen door jeugdzorg vonden we dat de problematiek ernstiger blijkt te zijn bij gezinnen die op wachtlijsten staan voor zorg in vergelijking met gezinnen die gebruikmaken van zorg. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het ontvangen van zorg een duidelijke verlichting biedt van de problemen. Er bleek verder geen sprake van te zijn dat jongeren met een label (psychische diagnose of beperkingen in de intelligentie) onnodig in de zorg zaten vanwege stigma; jeugdigen met een label ervaren wel degelijk meer problemen dan jeugdigen zonder label, ongeacht of ze gebruikmaken van jeugdzorgvoorzieningen.

De bevinding in dit hoofdstuk dat de door ouders gerapporteerde problemen maar tot op zekere hoogte samenhangen met jeugdzorggebruik is opmerkelijk en verdient verdiepend onderzoek. Een beperking van onze benadering is dat onze maat voor problemen volledig afhankelijk is van de visie van de ouder die de vragenlijst heeft ingevuld. Zo bleek dat ouders die contact hadden gehad met kinderbescherming of rechter (in verband met problemen met het kind) minder problemen rapporteerden dan hun zorggebruik doet vermoeden. Mogelijk zijn vragenlijstgegevens juist voor deze groep minder betrouwbaar.

Noten

- 1 Dit percentage wijkt iets af van de gegevens in hoofdstuk 4, omdat circa 400 respondenten de maten voor ernstige problematiek niet (volledig) hebben ingevuld.
- 2 De odds geeft de verhouding weer van de waarschijnlijkheid dat iets gebeurt (of zo is) tot de waarschijnlijkheid dat het niet gebeurt (of niet zo is). De odds ratio is deze verhouding in de ene groep gedeeld door deze verhouding in de andere groep.
- 3 Per sector wordt voor dit proces andere terminologie gebruikt. In de jeugd-ggz gaat dit bijvoorbeeld in de vorm van diagnose-behandelcombinaties (DBC's). In de DBC's worden alle verrichtingen die een cliënt ondergaat gedurende een vastgestelde periode weergegeven. In de registratie zijn opgenomen met welke klacht en hoe een cliënt binnenkomt, welke diagnose er gesteld is, en het beschrijft de voorgenomen behandeling. Voor een overzicht van werking van de financiering in de jeugdzorg; *Marktanalyse in het kader van de transitie jeugdzorg, 2011*.
- 4 Niet vanwege een echtscheiding.
- 5 Deze groep komt niet een op een overeen met de groep 'veel problemen, geen gebruik', omdat de vraag over zich zorgen maken in de vragenlijst bepalend was voor het aangeboden krijgen van de vragen naar redenen om geen hulp te vragen. Een vergelijking van de antwoorden van deze groep met die van de groep die ernstige problemen ervoer (volgens onze definitie van hoofdstuk 2) zonder hulp te ontvangen liet zien dat de antwoordtendensen vergelijkbaar zijn.
- 6 Voor de volledigheid geven we aan dat van de groep gezinnen 'veel problemen, wel gebruik' 16,8% aangeeft op een wachtlijst te staan voor hulp. Zouden deze gezinnen onderdeel zijn van de groep 'veel problemen, geen gebruik', dan zouden zij 11,1% van deze groep uitmaken. Het is overigens niet uitgesloten dat deze gezinnen op een wachtlijst staan voor eerstelijns hulp en niet voor tweedelijns hulp, maar aangezien zij over een indicatie voor tweedelijns hulp beschikken, ligt het voor de hand dat ze hiervoor op de wachtlijst staan.
- 7 De gezinnen die op een wachtlijst staan, scoren significant hoger op onze problematiekmaat dan de gezinnen die op dat moment zorg ontvangen (0,49 versus 0,35).

6 Ondersteuning uit de omgeving, preventieve en geïndiceerde jeugdzorg

Sander Bot en Klarita Sadiraj

6.1 Zorg voor jeugd op verschillende niveaus

Voor het grootbrengen van kinderen zijn in eerste instantie de ouders verantwoordelijk. Maar het is helder dat dit niet altijd en in alle gezinnen lukt. Gelukkig is er vaak extra ondersteuning vanuit de omgeving beschikbaar, zoals door burens of familieleden. Dat kan in veel gevallen voldoende verlichting bieden om ernstiger problemen te voorkomen. Dit is echter niet in alle gevallen afdoende. Daarom is er in de loop van de tijd een spectrum ontstaan van voorzieningen die zich bezighouden met zorg voor jeugdigen en hun opvoeders. Sommige daarvan zijn voor iedereen toegankelijk: de eerstelijnszorg. Die is bij voorkeur laagdrempelig en in de buurt. De tweedelijnszorg kan alleen aangewend worden wanneer er sprake is van een doorverwijzing, ook wel een indicatie genoemd. Deze voorzieningen zijn meer gespecialiseerd.¹ Ze zijn niet altijd in de buurt van een gezin en in sommige gevallen woont de jeugdige in de zorginstelling.

De relevantie van voorzieningen voor de gezinnen waarin de opvoeding of ontwikkeling van kinderen duidelijk een probleem is (zoals vaak bij de tweedelijnsjeugdzorg), is onomstreden; hooguit over de inhoud en omvang van de hulpverlening verschillen de meningen. Een voortdurend spelende vraag is echter hoe ver de bemoeienis moet gaan met het opgroeien van jeugdigen bij wie minder duidelijk is dat er problemen zijn, of wanneer er sprake is van lichte of beginnende problemen. Is het wellicht zinvol om alle gezinnen ondersteuning te bieden? En moet dergelijke ondersteuning altijd professioneel zijn, of kan de directe omgeving ook een rol spelen in het voorkomen van en omgaan met problemen? (zie voor een bespreking over beleidskeuzes in het verleden en de mening van de burger: Bucx en Bot 2012).

Het aanbieden van zorg in gevallen waarin sprake is van weinig of geen problemen zou nuttig kunnen zijn om te voorkomen dat problemen ontstaan of erger worden, waardoor zwaardere en duurdere zorg nodig wordt. Daarnaast zou het tijdig oplossen van problemen bijvoorbeeld ook kunnen voorkomen dat een jongere van school uitvalt, zodat deze door problemen op het ene gebied niet ook nog op andere gebieden in de problemen komt. Door vroeg in te grijpen zou dus allerlei 'vervolg schade' kunnen worden voorkomen. De vraag in hoeverre dergelijke preventieve zorg effect heeft, is niet eenvoudig te beantwoorden, maar wel zeer relevant in de discussie over de inrichting van de jeugdzorg. Hiervoor zou longitudinaal onderzoek nodig zijn, waarbij op verschillende momenten wordt gemeten in hoeverre er sprake is van afname van problemen. Ons onderzoek betreft echter een eenmalige meting. We kunnen hiermee wel nagaan in hoeverre er samenhang is in het gebruik van verschillende vormen van ondersteuning door het gebruik van hulp van mensen uit de omgeving, van eerste- en tweedelijnsjeugdzorg naast elkaar zetten.

Een manier waarop de verschillende ‘niveaus’ van (jeugd)zorg zich tot elkaar kunnen verhouden wordt wel getrapte zorg, of *stepped care* genoemd (zie bv. Tiemens et al. 2004).² Volgens deze benadering wordt zorg verleend die zo licht als mogelijk is en zo zwaar als nodig. Ofwel: cliënten krijgen in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste behandeling. Pas als een lichte aanpak onvoldoende effect sorteert, komt een intensievere aanpak in beeld. In dezelfde lijn wordt ook wel gesproken van de zo-zo-zo-benadering. Jeugdzorg moet dus zo dicht mogelijk bij huis, van zo kort mogelijke duur en in zo licht mogelijke vorm plaatsvinden. Volgens Van Lieshout (2012) wordt dit vaak aangevuld met ‘zo tijdig mogelijk’ en ‘zo goedkoop mogelijk’. Bij het volgen van deze benadering ligt het in de lijn dat jongeren met problemen, ongeacht of deze licht zijn of zwaar, bij de lichtere vormen de zorg binnenkomen. Afhankelijk van de inschatting van de problematiek of de uitkomst van een aanvankelijk gekozen behandeling van de problemen, zal de zorg opgeschaald worden naar een zwaarte die als passend bij de problemen gezien wordt.

Volgens deze benadering hebben de lagere ‘niveaus’ in de zorg verschillende functies. Om te beginnen kunnen zij ondersteuning bieden bij problemen en daarmee het gebruik van zwaardere zorg verhinderen. Aan de andere kant kunnen zij ook signaleren dat er sprake is van problemen waarvoor zij geen oplossing kunnen bieden en jeugdigen of hun ouders adviseren over of doorverwijzen naar meer gespecialiseerde zorg. Op die manier ontstaan er ‘verwijzingen’ van de directe omgeving van het gezin (nulde lijn) naar de eerste lijn, en van de eerste lijn naar de tweede lijn.

Hoewel de eerstelijnsjeugdzorg het meest basale en toegankelijke professionele niveau van jeugdzorg is, wordt een meer basaal niveau van zorg door derden erkend: personen uit de directe omgeving van het gezin die ondersteuning kunnen geven bij problemen, ook wel de ‘nulde lijn’ genoemd. Dit kunnen bijvoorbeeld grootouders, vrienden of burens zijn. Ook professionals als leerkrachten en sporttrainers, die niet tot de jeugdzorgvoorzieningen behoren, maar wel met de jeugdigen of ouders te maken krijgen, worden tot de nulde lijn gerekend. Steun uit de omgeving wordt beschouwd als een belangrijke factor in het welbevinden van individuen (zie bv. Doorten en Bucx 2011). Het wordt gezien als een buffer tussen de problematiek die in het leven wordt ervaren en de uitkomsten in termen van welbevinden.

De ondersteuning vanuit deze nulde lijn zal vaak op een spontane wijze vorm krijgen via de contacten in de familie, de buurt en de kring van vrienden en kennissen. Tegelijkertijd klinkt de roep om deze nulde lijn te versterken. Zo refereert de RMO regelmatig aan wat zij noemt de ‘pedagogische civil society’ (RMO/RVZ 2009). Hiermee doelt zij op ‘gemeenschappelijke activiteiten van burgers rondom het grootbrengen van kinderen, de bereidheid om in de eigen sociale netwerken en in het publieke domein de verantwoordelijkheid rond het opgroeien en opvoeden van kinderen te delen.’ In deze visie wordt het belang van de naaste omgeving bij het bieden van hulp benadrukt.

De professionele hulp zal veelal in eerste instantie bij de eerstelijnszorg gezocht worden. Deze voorzieningen, zoals de huisarts of het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), zijn bedoeld als inlooppunt bij vragen of ervaren problemen. Sommige benaderen jeugdigen en gezinnen ook actief. Zo heeft de jeugdgezondheidszorg op reguliere basis contact om de ontwikkeling van jeugdigen te volgen (Dunnink en Lijs-Spek 2008). Door de blik van

de professionals in de eerste lijn is het mogelijk om zorgvuldiger problemen te signaleren en inventariseren. Deze problemen kunnen vervolgens binnen de eerstelijnszorgvoorzieningen aangepakt worden, waarmee mogelijk wordt voorkomen dat zwaardere zorg nodig is. Echter, deze 'generieke' voorzieningen kunnen ook doorverwijzen naar tweedelijnsvoorzieningen als meer gespecialiseerde hulp volgens hen op zijn plaats is. De logica achter een dergelijke getrapte zorg lijkt simpel en aantrekkelijk. Effecten van preventie worden in onderzoek buiten de jeugdzorg ook met regelmaat gevonden. Een voorbeeld uit de gezondheidszorg: volgens Polder (2011) heeft het introduceren van de gordelplicht en het terugdringen van tabaksgebruik duizenden ernstige ziektegevallen voorkomen en duizenden levens gespaard. Hij betoogt dat de investeringen in preventieve gezondheidszorg slechts een fractie zijn van die van de curatieve gezondheidszorg, terwijl ze veel opleveren in termen van bijvoorbeeld gezond ervaren levensjaren. Voor de jeugdgezondheidszorg stelt Dam (2012) dat elke euro die geïnvesteerd wordt uiteindelijk elf euro oplevert. Dat wil natuurlijk niet automatisch zeggen dat elke euro besteed aan preventieve gezondheidszorg ook goed besteed is, maar in het algemeen lijkt preventie ernstige problemen deels te kunnen voorkomen.

Bij de voorbeelden van Polder zijn oorzaak en gevolg duidelijk te onderscheiden en is het nut van preventie makkelijk aan te tonen. In het geval van jeugdproblematiek is dit echter moeilijker. Zoals in hoofdstuk 2 staat beschreven, zijn veel factoren bepalend voor de ontwikkeling van jeugdigen en zijn oorzaak en gevolg bij het ontstaan van problemen moeilijk uiteen te rafelen. Dit maakt het complex om de effecten van ondersteuning uit de omgeving en eerstelijnsjeugdzorg wetenschappelijk aan te tonen. Er is dan ook weinig onderzoek waarin claims met die strekking gedaan worden en er zijn weinig interventies die bewezen effectief zijn, of zij zijn enkel bewezen effectief voor buitenlandse situaties (Janssens 2012; Verdurmen et al. 2003). Dit ondergraaft de positie van preventieve zorg, aangezien behandelingen tegenwoordig steeds vaker worden geëvalueerd op basis van hun bewezen effectiviteit (Hopman 2012). Toch zijn er aanwijzingen dat preventieve zorg kan voorkomen dat jeugdigen zwaardere zorg nodig zullen hebben. In de Verenigde Staten vonden Bickman en collega's (1996) bijvoorbeeld dat kinderen en adolescenten minder kans hadden opgenomen te worden wanneer er sprake is van een zogenoemd continuüm van zorg; een zorgsysteem waarbij voor alle niveaus van problematiek zorg aanwezig is.

In dit hoofdstuk zullen we in kaart brengen in hoeverre gezinnen hulp krijgen vanuit de nulde lijn, zoals van familie, vrienden en burens, en in hoeverre van eerstelijnsprofessionals. Ook bekijken we hoe ontvangen zorg samenhangt met ervaren problemen. Verder onderzoeken we op welke manier het gebruik van nuldelijnszorg samenhangt met het gebruik van eerstelijnsjeugdzorg, en op welke manier het gebruik van eerstelijnsjeugdzorg samenhangt met het gebruik van tweedelijnsjeugdzorg. Ten slotte onderzoeken we of het aannemelijk is dat de nuldelijnszorg het gebruik van eerstelijnszorg, en eerstelijnszorg het gebruik van tweedelijnszorg voorkomt, of juist stimuleert.

6.2 Gebruik van ondersteuning uit de omgeving

Hoe vaak maken gezinnen gebruik van steun uit de nulde lijn? We hebben gevraagd naar de mate waarin ouders³ gebruikmaken van advies over de opvoeding of ontwikkeling van hun kinderen en van praktische hulp zoals oppassen, verzorgen en vervoeren⁴. Daarbij zijn diverse personen uit de omgeving van het gezin genoemd: de ouders en schoonouders, andere familieleden, vrienden en kennissen, buren, en (indien de ouder gescheiden was) de ex-partner (tabel 6.1).

Tabel 6.1

Mate van advies of praktische hulp door personen uit de omgeving van het gezin (in procenten)

relatie	dagelijks	paar keer per week	paar keer per maand	paar keer per jaar	zelden	nooit
(schoon)ouders	1,8	13,3	16,7	16,0	26,0	26,2
andere familieleden	0,6	3,0	10,2	19,2	34,9	32,1
vrienden/ kennissen	0,5	3,1	13,8	24,8	32,5	25,3
buren	0,2	1,4	5,8	11,1	23,3	58,1
ex-partner	5,9	17,5	27,1	16,3	18,7	14,5

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Ouders en schoonouders (de grootouders van de kinderen) blijken een door velen benutte hulpbron; bijna de helft van de ouders maakt minimaal een paar keer per jaar gebruik van advies of praktische hulp van hun ouders of schoonouders. Tegelijkertijd maakt een kleine meerderheid (52%) van de gezinnen zelden of nooit gebruik van advies of praktische hulp van de ouders. Van de hulp van andere familieleden wordt nog minder gebruikgemaakt; 67% van de ouders doet dat zelden of nooit. Vrienden en kennissen worden iets vaker ingeschakeld. Zij vallen qua frequentie van verschaft hulp tussen de (schoon)ouders en andere familieleden in. Buren spelen nauwelijks een rol. Meer dan 80% van de gezinnen maakt zelden of nooit gebruik van hun advies of praktische hulp. Het meeste wordt gebruikgemaakt van de hulp van de ex-partner (dit is gevraagd in de gevallen waarin sprake is van een verbroken relatie en het kind woonachtig is bij de ouder die de survey invulde; dit betreft 0,9% van de respondenten). De helft van deze gescheiden ouders maakt minimaal een paar keer per maand gebruik van hun advies en praktische hulp. In de meeste gevallen zal deze ex-partner de andere ouder van de kinderen betreffen.

Daarnaast hebben we bekeken in hoeverre de steun die ouders gebruiken bij het grootbrengen van hun kinderen samenhangt met opvoed- en ontwikkelingsproblemen bij het kind op wie de enquête betrekking had. Hebben ouders met problemen meer steun uit hun omgeving dan ouders die de ontwikkeling en opvoeding geen zorgen baart? We hebben de respondenten in twee groepen ingedeeld: zij die minimaal een paar keer per jaar gebruikmaken van advies of praktische hulp, en zij die dat zelden of nooit doen (tabel 6.2). Het blijkt dat degenen die problemen rapporteren bij hun kinderen van 3 tot

18 jaar meer advies en praktische hulp ontvangen. Hetzelfde geldt voor ouders die zich zorgen maken om hun kind. Bij de overige problemen vonden we geen significante verschillen in de ontvangen hulp (wat wellicht ook verklaard kan worden doordat de groepen soms kleiner zijn).

Tabel 6.2

Ervaren kind- en opvoedproblemen door ouders die weinig en veel advies en praktische steun ontvangen (in procenten)^a

	totaal	kindproblemen			opvoedproblemen		
		huilbaby 0-jarigen	problemen 1-2-jarigen	problemen 3-17-jarigen	zorgen om kind	opvoedings- problemen ouder- kindrelatie	opvoedings- incompe- tentie
weinig advies en praktische hulp	57	32	36	53	51	56	57
veel advies en praktische hulp	43	68	64	47	49	44	43

a De vetgedrukte resultaten wijken significant ($p < 0,01$) af van het totaal.
Leesvoorbeeld: 47% van de ouders van jeugdigen van 3-18 jaar met problemen krijgt veel advies en praktische hulp. Van het totaal aantal ouders is dit maar 43%. Dit verschil is significant.

Bron: CBS/SCP (010'11)

6.3 Hulp uit de nulde en eerste lijn

Vervolgens bezien we het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen. Er is gevraagd of de ouder in de afgelopen twaalf maanden wel eens contact heeft gehad met een aantal voorzieningen omtrent het gedrag, de ontwikkeling of de opvoeding van de jeugdige. Sommige van deze voorzieningen richten zich heel specifiek op de situatie van de jeugdige of zijn opvoeding, zoals het CJG, andere zijn meer algemeen gericht op de bevolking (zoals het maatschappelijk werk) maar kunnen ook worden geraadpleegd bij opvoedproblemen. In hoofdstuk 4 bleek dat 11% van de ouders van 0-17-jarigen gebruikmaakt van de eerste lijn. In deze paragraaf gaan we daar dieper op in. Anders dan in hoofdstuk 4 betrekken we in dit hoofdstuk ook de rol van de leerkracht, oppas of leidster (van kinderdagopvang of peuterspeelzaal) hierbij. Deze personen zouden als nuldelijnsvoorziening beschouwd kunnen worden, maar hebben we bij de eerste lijn meegenomen omdat er sprake is van een professionele relatie met het gezin.

Meer dan de helft van de ouders heeft met de leerkracht, oppas of leidster gesproken wordt over het gedrag, de opvoeding of de ontwikkeling van hun kind (tabel 6.3). Ook met de jeugdgezondheidszorg is er veel contact; in een kwart van de gevallen. Veel minder contact is er met de andere onderzochte eerstelijnsvoorzieningen. In sommige gevallen komt dit doordat de voorzieningen zich op een specifieke, kleine groep richten (zoals MEE, voor mensen met een beperking). Slechts weinig voorzieningen worden door veel ouders ingeschakeld. Met het CJG bijvoorbeeld heeft slechts 1,4% van de ouders contact gehad. Dit komt overeen met de constatering van de Algemene Rekenkamer (2012) dat er

van het CJG nog relatief weinig gebruik wordt gemaakt, terwijl dat bij de decentralisering naar de gemeenten mogelijk wel een centrale rol krijgt.

Tabel 6.3

Gebruik van eerstelijns-jeugdzorgvoorzieningen en relatie met ontvangen ondersteuning uit de omgeving (in procenten)^a

voorziening	alle gezinnen (n = 25.175)	weinig advies en praktische hulp (n = 14.447)	veel advies en praktische hulp (n = 10.728)
leerkracht, oppas of leidster	57,2	52,1	64,0
jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau/schoolarts)	25,5	18,7	34,8
huisarts	9,3	7,4	11,7
psycholoog/pedagoog (één of enkele contacten)	3,8	3,5	4,3
Bureau Jeugdzorg (contact)	3,3	3,0	3,7
(school)maatschappelijk werk	2,4	2,1	2,9
zorg- en adviesteam	0,4	0,3	0,6
CJG	1,4	1,1	1,8
MEE	1,1	0,9	1,5
religieuze instelling	0,7	0,6	0,9
andere	5,8	5,0	6,8

a De vetgedrukte resultaten wijken significant ($p < 0,01$) van elkaar af.

Leesvoorbeeld: van alle gezinnen maakt 1,1% gebruik van zorg van MEE; van de gezinnen die veel advies en praktische steun uit hun omgeving ontvangen is dit 1,5%.

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Alle door ons gevraagde problemen, zowel bij het kind als in de opvoeding, zorgen voor een hoger dan gemiddeld gebruik van eerstelijnsjeugdzorg (tabel 6.4). Zo maakt van de ouders met een huilbaby bijna de helft gebruik van eerstelijnsjeugdzorg, waar dit gemiddeld nog geen 20% is. Gezinnen die gebruikmaken van eerstelijnszorg ervaren gemiddeld ook duidelijk meer problemen dan de personen die gebruikmaken van veel ondersteuning uit de omgeving (vergelijk met tabel 6.2).

Tabel 6.4

Door ouders ervaren kind- en opvoedproblemen in gezinnen die gebruikmaken van de eerstelijns jeugdzorg, in relatie tot ervaren kind- en opvoedproblemen in alle gezinnen (in procenten)^a

	kindproblemen				opvoedproblemen		
	totaal	hulbaby 0-jarigen	problemen 1-2-jarigen	problemen 3-17-jarigen	zorgen om kind	problemen ouder- kindrelatie	opvoedings- incompe- tentie
niet-gebruikers eerstelijnszorg	81	53	70	46	52	63	66
gebruikers eerstelijnszorg	19	47	30	54	48	37	34

a De vetgedrukte resultaten wijken significant ($p < 0,01$) van elkaar af.
Leesvoorbeeld: van alle gezinnen maakt 19% gebruik van eerstelijnsjeugdzorg. Van de ouders die zich zorgen maken is dit 48%. Dit is significant hoger

Bron: CBS/SCP (010'11)

Vervolgens hebben we onderzocht in hoeverre het ontvangen van advies en praktische steun uit de omgeving samenhangt met het gebruik van eerstelijns- jeugdzorgvoorzieningen (eveneens in tabel 6.3). Gezinnen die veel advies en/of praktische steun ontvangen, maken ook vaker gebruik van eerstelijns-jeugdzorgvoorzieningen. Dit geldt voor alle eerstelijnsvoorzieningen waarnaar we gevraagd hebben.

6.4 Samenhang gebruik geïndiceerde en preventieve jeugdzorg

In hoofdstuk 4 werd beschreven dat 7,5% van de 0-17-jarigen gebruikmaakt van tweedelijnsjeugdzorg. Hoe hangt het gebruik daarvan samen met het gebruik van de preventieve jeugdzorg? Het ligt voor de hand dat veel cliënten van de tweede lijn ook van de eerste lijn gebruik hebben gemaakt, al was het maar omdat ze een indicatie vanuit de eerste lijn nodig hebben voordat ze een beroep kunnen doen op de gespecialiseerde jeugdzorg. En inderdaad hebben gebruikers van de drie onderzochte tweedelijnsvoorzieningen met alle eerstelijnsvoorzieningen meer contact gehad dan gezinnen gemiddeld (tabel 6.5). Zoals we eerder zagen, heeft bijvoorbeeld 57% van de ouders een beroep gedaan op de leerkracht, oppas of leidster in de kinderopvang; bij degenen die gebruikmaken van tweedelijnsjeugdzorg is dat percentage veel hoger (85%). Als we kijken naar de verschillen tussen de gebruikers van gespecialiseerde jeugdzorg ten opzichte van de rest valt vooral op dat een heel groot deel van de eerste groep (42%) ook een beroep doet op de huisarts. Dat ook veel van hen contact hebben met het Bureau Jeugdzorg is niet zo vreemd, gezien de centrale rol die dat bureau speelt bij de verwijzing naar de tweedelijnsjeugdzorg.

Tabel 6.5

Percentage gezinnen dat contact heeft gehad met eerstelijnsvoorzieningen in verband met het gedrag, de opvoeding of de ontwikkeling van de jeugdige, afgezet tegen het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen

voorziening	alle gezinnen	alle gebruikers tweedelijns-			
		jeugd- jeugd- zorg	pjz	jeugd-ggz	jeugd-lvb
leerkracht, oppas of leidster	57,2	85,0***	83,8***	87,5***	89,7***
jeugdgezondheidszorg	25,5	35,0***	36,4***	36,1***	34,4***
huisarts	9,3	41,8***	40,4***	48,5***	30,2***
psycholoog/pedagoog (één of enkele contacten)	3,8	14,0***	12,6***	17,2***	12,3***
Bureau Jeugdzorg (contact)	3,3	30,7***	65,7***	29,5***	23,4***
(school)maatschappelijk werk	2,4	14,1***	17,1***	13,8***	15,6***
zorg- en advies-team	0,4	3,4***	3,3***	4,0***	4,6***
CJG	1,4	8,0***	10,9***	7,1***	5,5***
MEE	1,1	9,5***	12,0***	9,9***	30,4***
religieuze instelling	0,7	1,8***	2,6***	2,1***	2,5**
andere	5,8	30,0***	28,6***	31,6***	30,1***

Leesvoorbeeld: 1,4% van de gezinnen heeft contact gehad met het CJG. Van de gebruikers van tweedelijnsjeugdzorg is dit 8,0%. Dit verschil is significant. Significantie: ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

6.5 Lagere niveaus jeugdzorg: stimuleren of voorkomen zij zorg van hogere niveaus?

De eerste lijn kan tot gevolg hebben dat escalatie van problemen wordt voorkomen. Of en in hoeverre dat het geval is, kunnen we met onze gegevens echter niet nagaan. Wel kunnen we onderzoeken of het gebruik van eerstelijnsjeugdzorg het gebruik van tweedelijnsjeugdzorg stimuleert dan wel voorkomt. We doen dit op twee manieren. Allereerst bekijken we op regioniveau of het totale gebruik van eerstelijnsjeugdzorg samenhangt met het totale gebruik van tweedelijnsjeugdzorg. En als tweede kijken we naar de samenhang tussen eerstelijns- en tweedelijns-jeugdzorggebruik binnen gezinnen.

6.5.1 Samenhang eerstelijns- en tweedelijnsjeugdzorg op regioniveau

Om zicht te krijgen op de vraag of het gebruik van eerstelijnszorg dat van de tweede lijn voorkomt, maken we gebruik van gegevens op een geaggregeerd niveau (groepen gezinnen in gemeenten of regio's). Als het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen door *meer* gezinnen in een deel van het land samengaat met het gebruik van

tweedelijnsvoorzieningen door *minder* gezinnen in hetzelfde deel van het land, is dit een aanwijzing dat gebruik van de eerste lijn dat van de tweede lijn voorkomt. Een eerste inzicht krijgen we door analyses op basis van verschillende gemeentegroottes te presenteren.⁵ Tabel 6.6 geeft een overzicht van de percentages kinderen met ernstige problemen en het jeugdzorggebruik (eerste lijn, tweede lijn totaal en per sector), uitgesplitst naar gemeentegrootte gebaseerd op het aantal jeugdigen tot 18 jaar in de gemeente. De gemeenten zijn gesplitst in drie groepen: klein tot middelgroot (tot 17.500 kinderen), groot (17.500 tot 50.000 jeugdigen) en de vier grote steden (met meer dan 50.000 jeugdigen). De onderste rij geeft het landelijk gemiddelde van de problemen en het gebruik van de jeugdzorgvormen. De kleine en middelgrote gemeenten vertonen de meeste overeenkomsten met het landelijk gemiddelde. Om die reden zetten we de resultaten van grote gemeenten en de vier grote steden af tegen de kleine en middelgrote gemeenten. Tabel 6.6 laat zien dat in de steden met 17-50.000 kinderen 9,1% van de kinderen problemen heeft (op basis van de SDQ), 12,1% gebruikmaakt van eerste lijnsjeugdzorg en 8,4% van tweedelijnsjeugdzorg. Die percentages zijn beide significant hoger dan het gemiddelde van de kleine en middelgrote gemeenten.

Tabel 6.6

Aandeel 0-17-jarigen met problemen en hun zorggebruik, naar gemeentegrootte (in procenten)^a

gemeente- grootte (kindertal)	kind- problemen ^b	eerste lijn	tweede lijn	twee- delijns ambulant	tweede- lijns ove- rige zorg	pjz	jeugd- ggz	jeugd- lvb
< 17.500 (ref.)	8,3	10,6	7,5	5,9	1,6	2,4	6,0	1,1
17.500-50.000	9,1	12,1	8,4	6,5	1,9	2,9	6,9	1,0
> 50.000	9,0	12,8	6,0	4,8	1,1	2,2	4,4	1,0
landelijk gemiddelde	8,5	11,2	7,5	5,9	1,6	2,5	6	1,1

a De significante verschillen met het gemiddelde van de groep 'kleine en middelgrote gemeenten' ($p < 0,05$) zijn vet gedrukt.

b SDQ = maat voor jeugdproblemen: wel of geen probleem wordt bepaald door een afkappunt van 13 op de totale probleemschaal van de SDQ.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Jeugdigen in de grote gemeenten hebben meer problemen dan jongeren in kleine en middelgrote gemeenten. Ook het zorggebruik in de grote steden is hoger. Dit geldt voor zowel de eerste- als de tweedelijnsjeugdzorg, en voor alle drie sectoren binnen de tweedelijnsjeugdzorg. Bij de steden met meer dan 50.00 jeugdige inwoners (de vier grote steden) zien we dat het gebruik van de eerstelijnszorg bovengemiddeld hoog is terwijl die van de tweede lijn juist onder het gemiddelde ligt.⁶ Dit kan betekenen dat (bij de grote steden) mogelijk sprake is van substitutie tussen de eerste- en tweedelijnsjeugdzorg, oftewel het gebruik van eerstelijnsjeugdzorg zou het gebruik van tweedelijnsjeugdzorg kunnen voorkomen.

Om te kunnen bepalen of een hoger gebruik van de eerstelijnszorg leidt tot een lager gebruik van de tweedelijnszorg kijken we naar de mate van samenhang (of correlaties)

tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Om deze samenhang te kunnen berekenen hebben we informatie op het niveau van individuele gemeenten nodig. Het OJO-bestand leent zich echter niet voor analyses op gemeenteniveau. Het aantal waarnemingen op dat niveau in het OJO is te beperkt. Het laagste niveau waarop we met de gegevens uit het OJO correlaties kunnen schatten is dat van de GGD-indeling. Om toch inzicht te bieden in de samenhang tussen het gebruik van de eerste- en tweedelijnszorg op gemeenteniveau schatten we ook correlaties op basis van registratiegegevens. Nadeel van registratiegegevens is dat deze aan een specifieke sector gekoppeld zijn. Dus wanneer we bijvoorbeeld de samenhang tussen het gebruik van de eerste- en tweedelijnszorg voor de ggz willen bekijken, nemen we in de eerstelijnszorg alleen de ggz-gebruikers mee. In tabel 6.7 worden de schattingen van de correlaties gepresenteerd. In de eerste regel staat informatie over de samenhang tussen het percentage kinderen dat gebruikmaakt van de eerstelijnszorg en het percentage kinderen dat gebruikmaakt van de tweedelijnszorg. De volgende drie regels geven informatie weer over de samenhang tussen het gebruik van de verschillende zorgvormen binnen de tweedelijnszorg. De eerste kolom toont de correlaties op basis van OJO-gegevens. In de tweede kolom worden de uitkomsten gepresenteerd die gebaseerd zijn op registratiegegevens. Correlaties liggen tussen de waarden -1 en 1. Wanneer de correlatiecoëfficiënt 0 is, betekent dit dat het gebruik van de verschillende zorgvormen geen samenhang vertoont. Als de correlatiecoëfficiënt negatief is en dicht bij -1 ligt, wijst dit op substitutie tussen twee zorgvormen. Een positieve correlatie betekent dat tussen de verschillende zorgvormen een complementaire relatie bestaat.

Tabel 6.7

Correlaties tussen het gebruik van de zorgniveaus en -vormen*

	OJO-GGD-niveau	registratie gemeenteniveau
eerste- vs. tweedelijns- jeugdzorg	-0,49	-0,23^a
pjz vs. j-ggz	0,50	0,27
j-ggz vs. j-lvb	0,03	0,37
pjz vs. j-lvb	0,36	0,41
(n) =	28	418

a Alleen voor ggz-sector.

* Significante correlaties ($p < 0,05$) zijn vet gedrukt.

Leesvoorbeeld: tussen de eerste- en tweedelijnszorg bestaat een significant negatieve samenhang (-0,49) Dit betekent dat er sprake is van substitutie tussen de eerste- en tweedelijnszorg.

Bronnen: CBS/SCP (OJO '11); bron voor registraties ggz: cvz 2009 (APE-bewerking); bron voor registraties lvb: c1z 2009 (SCP-berekeningen); bron voor registraties pjz: Kinderen in Tel 2009 (Verwey Jonker Instituut-bewerking), aantal kinderen met een nieuwe indicatie voor provinciale jeugdzorg.

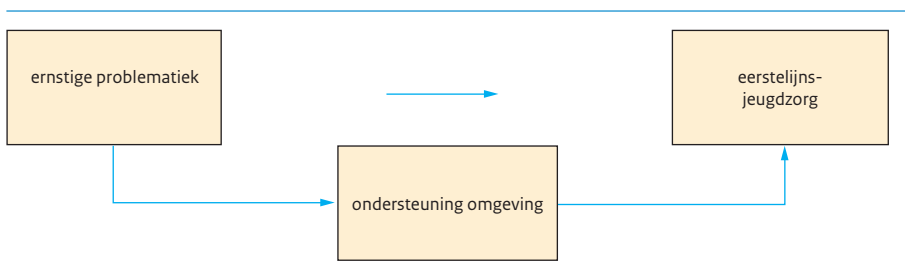
Tabel 6.7 leert ons dat op basis van beide databronnen (OJO en registratiegegevens) een negatieve correlatie bestaat tussen het gebruik van de eerste- en de tweedelijnszorg. Dit duidt op substitutie tussen jeugdzorg in de eerste en tweede lijn; daar waar meer gebruik wordt gemaakt van eerstelijnszorg wordt minder gebruikgemaakt van tweedelijnszorg. Verder zien we dat er tussen de verschillende vormen van jeugdzorg binnen de tweede lijn

sprake is van een duidelijk complementaire relatie. Dit betekent dat bijvoorbeeld meer gebruik van jeugd-ggz in een regio samenhangt met meer gebruik van pjz en jeugd-lvb.

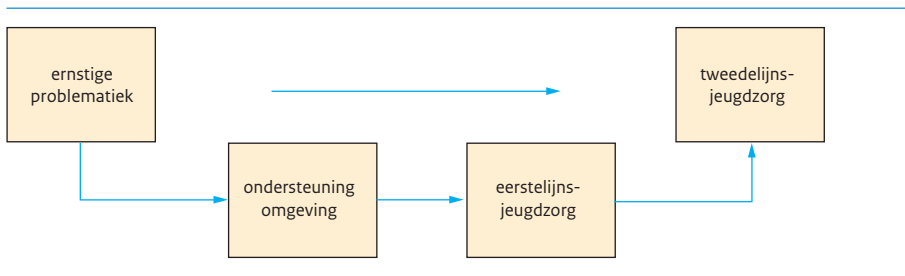
6.5.2 De samenhang tussen gebruik van verschillende niveaus van jeugdzorg binnen gezinnen

Een andere manier waarop we het verband tussen de nulde-, eerste- en tweedelijnsjeugdzorg duiden, is door het doen van zogenoemde mediatieanalyses (Baron en Kenny 1986). Aan de hand daarvan kan onderzocht worden of en in hoeverre een verband tussen twee variabelen verklaard wordt door een tussenliggende variabele. In dit geval: in hoeverre kan een lager gebruik van eerstelijnsjeugdzorg dan verwacht op grond van de aanwezige problematiek worden verklaard doordat gebruik wordt gemaakt van ondersteuning uit de omgeving (figuur 6.1)? En in het verlengde daarvan: in hoeverre kan een lager gebruik van tweedelijnsjeugdzorg worden toegeschreven aan het gebruik van hulp uit de nulde en eerste lijn (figuur 6.2)?

Figuur 6.1



Figuur 6.2



We doen dit met behulp van logistische regressieanalyses. In de eerste analyse voorspellen we het eerstelijnszorggebruik aan de hand van de gerapporteerde problemen en de ontvangen ondersteuning uit de directe omgeving (grafisch weergegeven in figuur 6.1). We doen dit in twee stappen (tabel 6.8). In de eerste stap (model 1) zien we dat er sprake

is van een verband tussen problemen en eerstelijns-jeugd zorggebruik. Degenen die ernstige problemen hebben, hebben een veel grotere kans⁷ om eerstelijnsjeugd zorg te hebben gebruikt in vergelijking met degenen die geen ernstig problemen hebben. Bij het toevoegen van de mate van ondersteuning uit de omgeving in de voorspelling (model 2) zien we dat de kans op het gebruikmaken van eerstelijnsjeugd zorg iets groter is voor personen die veel worden ondersteund door de omgeving dan voor hen bij wie dit minder gebeurt. Voor de verklaring van het totale gebruik van eerstelijnsjeugd zorg voegt dit overigens weinig toe (de verklaarde variantie wordt nauwelijks groter). Dit betekent dat de omgeving maar een bescheiden rol lijkt te hebben in de mate waarin er gebruik wordt gemaakt van de (eerstelijns)jeugd zorg.

Tabel 6.8

Verklaring van eerstelijns-jeugd zorggebruik op basis van problematiek en ondersteuning uit de omgeving (odds ratio's^a)

	model 1	model 2
ernstige problematiek	12,38	12,23
ondersteuning uit de omgeving		1,47
verklaarde variantie (Nagelkerke R ²)	0,196	0,202

a Vetgedrukte getallen betreffen significante effecten, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

In de tweede analyse (grafisch weergegeven in figuur 6.2) voorspellen we het tweedelijns-jeugd zorggebruik aan de hand van problemen, ondersteuning uit de omgeving en eerstelijns-jeugd zorggebruik (tabel 6.9). Ook hier zien we dat (zoals men zou verwachten) het hebben van ernstige problematiek sterk voorspellend is voor jeugd zorggebruik (in dit geval de tweede lijn; model 1). En in model 2 is te zien dat de gezinnen die veel ondersteuning uit de omgeving krijgen een iets grotere kans hebben om tweedelijnszorg te ontvangen. Wanneer we in een volgende stap (model 3) ook het gebruik van eerstelijnsjeugd zorg toevoegen, blijkt dat de kans om tweedelijnsjeugd zorg te gebruiken substantieel groter is voor degenen die eerstelijnsjeugd zorg hebben gebruikt. Dit is natuurlijk niet verwonderlijk, aangezien bijna alle gebruikers van tweedelijnszorg via de eerstelijnszorg binnenkomen (zij ontvangen hier hun indicatie). Ook is te zien dat het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen de gerapporteerde problemen 'medieert'. Dit betekent dat de eerstelijnsjeugd zorg verantwoordelijk is voor de doorgeleiding van een groot deel van de gezinnen die problemen rapporteren, wat te zien is aan het sterk dalen van de odds ratio van problematiek op het tweedelijns-jeugd zorggebruik. Wat echter vooral opvalt, is dat de voorspelling van jeugd zorggebruik met deze toevoeging veel beter wordt. De verklaarde variantie van het model stijgt van 29% naar 58%. Dit betekent dat het gebruik van eerstelijnszorg bijna 30% verklaart van het tweedelijns-jeugd zorggebruik, boven op de door ouders gerapporteerde problemen. Dit zou betekenen dat de eerstelijnszorg problemen signaleert die door de ouders niet gezien of herkend worden (althans niet voor zover deze door onze vragenlijst gedekt worden). Een alternatieve

verklaring zou zijn dat de eerstelijnszorg in veel gevallen het zekere voor het onzekere neemt en bij twijfel doorverwijst naar de tweedelijnszorg.

Tabel 6.9

Verklaring van tweedelijns-jeugd zorggebruik op basis van problematiek, ondersteuning uit de omgeving en eerstelijns-jeugd zorggebruik (odds ratio's^a)

	model 1	model 2	model 3
ernstige problematiek	21,11	20,92	6,07
ondersteuning uit de omgeving		1,14	0,87
gebruik eerstelijnsjeugd zorg (totaal)			86,57
verklaarde variantie (Nagelkerke R ²)	0,286	0,287	0,583

a Vetgedrukte getallen betreffen significante effecten, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (2011)

Er moet bij deze analyses een kanttekening worden geplaatst. Doordat de gegevens waarmee deze analyses zijn gedaan op één moment in de tijd zijn verzameld, en niet met meerdere metingen over de tijd, is geen inzicht verkregen in het verloop van individuele jeugdigen en gezinnen door de zorgketen. Veranderingen in problematiek en zorggebruik zijn op basis van deze gegevens niet te kennen. We interpreteren onze gegevens over problemen en zorggebruik in de zin dat problemen leiden tot zorggebruik. Echter, het doel van zorg is dat problemen afnemen, en zorggebruik kan dus ook leiden tot een afname van problemen. Deze beide oorzakelijke verbanden zijn met een analyse op één moment niet apart te beoordelen.

6.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is het gebruik van en de samenhang tussen ondersteuning bij de opvoeding door mensen uit de omgeving van het gezin, eerstelijns- en tweedelijnsjeugd-zorg naast elkaar gezet. Hiermee wilden we input geven aan de discussie over de rol van steun uit de directe omgeving en preventieve jeugd zorgvoorzieningen in het voorkomen van ernstige kind- en opvoedproblematiek. We vonden dat binnen gezinnen het gebruik van alle zorgvoorzieningen positief samenhangt met ervaren problematiek, en dat het gebruik van de diverse niveaus van hulpverlening ook positief met elkaar samenhangt. Aan de hand van verdiepende analyses naar de samenhang tussen de zorgniveaus vonden we dat, op het niveau van stadsgrootte, het gebruik van meer eerstelijnsvoorzieningen samenhangt met een lager gebruik van tweedelijns-jeugd zorgvoorzieningen. Binnen de tweedelijnsjeugd zorg echter, hangt het gebruik van zorg uit de ene sector positief samen met dat uit een andere sector. Wanneer in een regio bijvoorbeeld meer gebruikt wordt gemaakt van provinciale jeugd zorg, wordt er ook meer gebruikgemaakt van jeugd-ggz. Dit impliceert dat er geen sprake is van een zogenoemd waterbedeffect, waarbij zorg door de ene sector zou worden verleend wanneer zorg door de andere sector binnen een

regio in mindere mate beschikbaar is. In dat geval zou een verhoogd gebruik van de ene sector namelijk samenhangen met een verlaagd gebruik van een andere sector.

Toen we binnen gezinnen keken naar de samenhang tussen het gebruik van diverse niveaus van zorgverlening en daarbij de mate van problematiek in aanmerking namen, bleek dat de lagere niveaus van hulpverlening een rol spelen in het doorverwijzen naar de hogere niveaus van hulpverlening. De directe omgeving lijkt dit in beperkte mate te doen. De eerstelijnszorg doet dit daarentegen in sterke mate, zelfs op zo'n manier dat veel gezinnen worden doorverwezen waarvan dit op basis van de gerapporteerde problematiek in ons onderzoek niet verwacht zou worden. Dit geeft aan dat de eerste lijn een zeer belangrijke stimulator is voor het gebruik van de tweede lijn door gezinnen die zelf weinig problemen ervaren. Aangenomen dat de eerstelijnsprofessionals een juiste inschatting maken van de problemen wanneer ze gezinnen doorsturen voor gespecialiseerde zorg, is dit een duidelijke indicatie van het nut van de eerste lijn als laagdrempelige, makkelijk toegankelijke zorgvorm, en dat van een systeem als *stepped care*.

We vonden in dit hoofdstuk dat de eerstelijnszorg veel gezinnen doorstuurt naar de tweede lijn die zelf weinig ernstige problemen ervaren. In contrast hiermee vonden we (in hoofdstuk 4) ook dat veel van de ouders die veel problemen ervaren met hun kinderen of opvoeding zonder gebruik te maken van tweedelijnsvoorzieningen, wel contact hebben gehad met de eerstelijnsjeugd zorg. Van hen heeft 79% gesproken met instanties of professionals die doorverwijzen naar minimaal een van de tweedelijns-jeugd zorgvoorzieningen en bijna een kwart heeft actief geprobeerd toegang te krijgen tot tweedelijnszorg zonder dat dit gelukt is. Concluderend is er dus een belangrijk verschil in inzicht in de mate van problematiek zoals deze door ouders wordt ervaren en zoals deze door de eerste lijn en indicatiestellers wordt beoordeeld.

Er moet bij deze resultaten aangetekend worden dat het gebruik van jeugd zorg behalve afhankelijk van problemen, ook afhankelijk is van bijvoorbeeld financiering. In het geval van eerstelijnszorg heeft een gemeente veelal de mogelijkheden om ervoor te kiezen meer of minder te investeren. Voor wat betreft de tweedelijnsjeugd zorg is het gebruik niet alleen afhankelijk van de vraag, maar ook van de beschikbare middelen. Deze is voor de provinciale jeugd zorg afhankelijk van de door het Rijk aan de provincies en stadsregio's beschikbaar gestelde middelen en de verdere verdeling hiervan. Voor de jeugd-lvb en jeugd-ggz is deze beschikbaarheid afhankelijk van de indicatiestelling ter plaatse, die op afstand ook gestuurd wordt door de beschikbare financiële middelen in de sector. Overigens zijn door ons niet alle eerstelijnsvoorzieningen in kaart gebracht. We zijn bijvoorbeeld niet ingegaan op de justitiële ingang van de jeugd zorg. Veel jeugdigen worden doorgeleid naar Bureau Jeugd zorg naar aanleiding van contacten met politie, of naar aanleiding van een HALT-afdoening. Dit zijn jeugdigen die mogelijk geen contact hebben gehad met eerstelijns-jeugd zorgvoorzieningen voordat zij een indicatie voor tweedelijnsjeugd zorg ontvingen. Doordat er de laatste jaren een tendens is om meer met alle mogelijk betrokken partijen rondom jongeren onderling contact te hebben, wordt de kans op verwijzingen tussen bijvoorbeeld het justitiële en het zorgkader groter. Een andere ontwikkeling die we niet in kaart hebben gebracht, is welke hulp er wordt ontvangen van online hulpbronnen. Steeds vaker zoeken mensen naar antwoorden op hun vragen via internet, op sites waarvan de inhoud bepaald wordt door professionals,

maar ook via fora waarin ouders elkaar tips geven. Ook zijn er steeds meer officiële interventies die via internet te volgen zijn, met op de voor- of achtergrond monitoring door een therapeut. Het gebruik van dergelijke bronnen zou in de vragenlijst ondergebracht kunnen zijn bij de categorie 'ander persoon of organisatie', maar het is de vraag of respondenten de online ondersteuning voor ogen hadden toen ze de lijst invulden. In de toekomst zou het nuttig zijn het gebruik van online mogelijkheden voor ondersteuning in vragenlijsten expliciet op te nemen.

Ten slotte: in dit hoofdstuk hebben we in kaart gebracht op welke manier verschillende niveaus van jeugdzorg zich tot elkaar verhouden en of deze niveaus het gebruik van andere niveaus van zorg faciliteren of voorkómen. Wat we met onze resultaten echter niet vast kunnen stellen, is of het (vanuit behandelooqpunt) al dan niet gerechtvaardigd is dat het gebruik van hulpverlening mogelijk wordt voorkómen of gefaciliteerd. De vraag in hoeverre en in welke mate het een goede zaak is dat jongeren of hun ouders preventief jeugdzorg krijgen, en bij welke mate van problemen het verstandig is hen door te verwijzen naar zwaardere vormen van zorg, kan alleen beantwoord worden wanneer de ontwikkeling en het welzijn van groepen jeugdigen en de door hen ontvangen zorg gedurende een lange tijd in kaart worden gebracht.

Noten

- 1 Eerste- en tweedelijns hulp zijn dus niet synoniem voor lichte en zwaardere zorg, maar eerder voor generieke en gespecialiseerde zorg. Over het algemeen verschaffen de tweedelijnsvoorzieningen echter wel zwaardere en duurere zorg.
- 2 Een ander beschreven model is dat van matched care. Volgens dit model wordt gepoogd ineens de meest passende zorg te verlenen. Hiervoor is over het algemeen meer uitgebreide diagnostiek nodig. De aanloop naar de zorg is dus duurder, met als rechtvaardiging dat vervolgens geen geld verspild wordt aan niet-passende zorg.
- 3 Steun tussen jeugdigen onderling kan ook van groot belang zijn voor een jeugdige, maar heeft een eigen dynamiek, die sterk wisselt per leeftijdsgroep. In deze publicatie gaan we alleen in op steun aan de ouders.
- 4 Advies en praktische steun zijn in hun aard verschillend, maar omdat hiernaar in onze survey niet apart gevraagd is, kunnen we deze niet onderscheiden.
- 5 Dit zou ook met andere indelingen kunnen, zoals provincies, maar met het oog op de overgang van de jeugdzorg naar de gemeenten is gekozen voor deze indeling.
- 6 Dit laatste gegeven uit de vragenlijst hebben we voor de ggz gestaafd met de registratiegegevens van de zorgverzekeraars en hiervoor blijkt hetzelfde te gelden.
- 7 Weergegeven in odds ratio: de odds geeft de verhouding weer van de waarschijnlijkheid dat iets gebeurt (of zo is) tot de waarschijnlijkheid dat het niet gebeurt (of niet zo is). De odds ratio is deze verhouding in de ene groep gedeeld door deze verhouding in de andere groep.

7 Verschillende groepen, verschillend jeugdzorggebruik?

Angela van den Broek, Ellen Kleijnen en Sander Bot

7.1 Toegang tot de jeugdzorg voor minderheidsgroepen

Een belangrijke verantwoordelijkheid van de overheid is dat alle groepen in de samenleving die jeugdzorg nodig hebben, hiertoe in dezelfde mate toegang hebben. In dit hoofdstuk zullen we nagaan in hoeverre bepaalde groepen meer, minder of op een andere manier toegang krijgen tot jeugdzorgvoorzieningen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren doordat sommige groepen meer of minder geneigd zijn hulp voor problemen te zoeken, maar ook doordat indicatiestellers of professionals problemen anders inschatten, of andere oplossingen voor problemen zien en daarom andere zorg adviseren of voorschrijven (zie ook Van den Broek et al. 2010).

Herkomst, opleidingsniveau en gezinsvorm (eenoudergezin) zijn factoren die in onderzoek regelmatig naar voren komen wanneer het gaat om ervaren kind- en opvoedproblemen en het gebruik van jeugdzorg. Niet-westerse migranten maken over het algemeen minder gebruik van jeugdzorg dan autochtoon Nederlandse ouders, en eenoudergezinnen weer meer dan tweeoudergezinnen. Ook voor ouders met een laag opleidingsniveau wordt gevonden dat er meer gebruik wordt gemaakt van jeugdzorg.

Deze verschillen worden verklaard doordat voor migrantenouders bijvoorbeeld geldt dat zij vaker kampen met schaamte, een taalbarrière of met een negatievere houding en andere verwachtingen ten opzichte van de hulpverleners. Gezinnen met een laag opleidingsniveau zouden problemen minder snel herkennen en minder zicht hebben op het voorzieningenaanbod (Van den Broek et al. 2010). We vonden in hoofdstuk 2 echter dat zij meer kindproblemen rapporteren. Zij maken zich echter minder vaak zorgen en ervaren een even goede ouder-kindrelatie en opvoedingscompetentie. In ander onderzoek wordt echter ook gevonden dat gezinnen met een laag opleidingsniveau evenals eenoudergezinnen meer opvoedstress ervaren, die in het geval van een eenoudergezin ook niet met een partner gedeeld kan worden (Doorten en Bucx 2011). Hierdoor zijn zij wellicht minder goed in staat om eventuele problemen zelf op te lossen en doen zij juist eerder een beroep op jeugdzorg.

In dit hoofdstuk zullen we dieper ingaan op het gebruik van de verschillende typen zorg door deze drie minderheidsgroepen. In welke mate maken zij gebruik van de jeugdzorg? En wat voor verklaringen liggen aan dit (niet-)gebruik ten grondslag? Gekeken wordt naar het gebruik van drie typen jeugdzorg: provinciale jeugdzorg (pjz), de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz) en de zorg voor licht verstandelijk beperkten (jeugd-lvb). Bij de verklaringen gaan we in op factoren die in eerdere hoofdstukken naar voren gekomen zijn – de opvattingen die ouders hebben ten aanzien van kind- en opvoedproblemen, de mate waarin zij steun ontvangen vanuit hun sociale omgeving,

hun contacten met professionals – en specifieke redenen die ouders geven om geen gebruik te hebben gemaakt van zorg.

7.2 Autochtone Nederlanders versus migranten

De afgelopen decennia is het aantal migrantengezinnen in Nederland fors gegroeid. Momenteel heeft ruim 14% van alle gezinnen één of twee ouders met een niet-westerse achtergrond (CBS StatLine, februari 2011). De meeste van deze ouders hebben een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond, maar ook gezinnen met een vluchtelingenachtergrond (Afghanen, Iraniërs, Irakezen en Somaliërs) en gezinnen van Chinese herkomst komen steeds vaker voor in Nederland (Gijsberts et al. 2011; Van Vliet et al. 2010). Niet-westerse migrantenjongeren groeien vaker op in minder gunstige gezins- en leefomstandigheden dan de autochtone Nederlandse jeugd, waardoor zij een groter risico lopen op problemen in hun ontwikkeling (Bucx 2009). Maken niet-westerse migranten ook meer gebruik van jeugdzorg dan de andere gezinnen?

7.2.1 Gebruik van jeugdzorg

Niet-westerse migrantenouders geven aan minder gebruik te maken van jeugdzorg dan westerse migranten en autochtone Nederlanders (6,3% tegenover resp. 7,3% en 7,8%). Met name ouders met een Turkse, Marokkaanse of Aziatische achtergrond zeggen weinig gebruik te maken van jeugdzorg. Omdat de verschillende niet-westerse migrantengroepen ouders die gebruikmaken van jeugdzorg in ons onderzoek erg klein zijn, wordt in de rest van dit hoofdstuk voornamelijk gesproken over de groep niet-westerse migranten als geheel.

Niet alle gezinnen hoeven gebruik te maken van een vorm van jeugdzorg; met name gezinnen waarin sprake is van serieuze kind- of opvoedproblemen zouden in beginsel een beroep moeten doen op jeugdzorg. Ondanks de eerdere bevindingen dat niet-westerse migranten een groter risico lopen op kind- en opvoedproblemen is het aandeel van deze gezinnen dat aangeeft serieuze problemen (volgens de definitie van hoofdstuk 2) te hebben (10,0%) in dit onderzoek ongeveer gelijk aan het percentage westerse en autochtone Nederlandse gezinnen (9,8% versus 10,7%). Mogelijk maken niet-westerse migranten zich minder snel zorgen over de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen, of signaleren ze eventuele problemen bij hun kinderen minder snel. Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders rapporteren overigens minder problemen dan de andere niet-westerse migrantenouders. Als we – om verschillen in de problemen uit te sluiten – alleen naar de ouders kijken die serieuze problemen ervaren (tabel 7.1), zien we dat zij niet in gelijke mate gebruikmaken van de jeugdzorg; van de niet-westerse migrantengezinnen maakt dan 31% gebruik van jeugdzorg, tegenover 44% van de autochtone Nederlanders en 41% van de westerse migranten. Niet-westerse migrantengezinnen doen dus door de bank genomen relatief weinig een beroep op jeugdzorg, en dit geldt met name voor ouders van Turkse, Marokkaanse en Aziatische herkomst.

Tabel 7.1

Gebruik van tweedelijnsjeugdzorg door gezinnen met ernstige kind- en opvoedproblematiek, naar herkomst (gewogen gegevens; in procenten)

	totaal gebruik van jeugdzorg (n = 2543)
autochtoon Nederlands	44
westers migrant	41
niet-westers migrant	31 ^{a,b}
Turks	28
Marokkaans	37
Surinaams	42
Antilliaans	39
Afrikaans	41
Aziatisch	31
Zuid-Amerikaans	40

a Verschilt significant van zowel autochtoon Nederlandse ouders als westerse migranten, $p < 0,05$.

b Voor de verschillende niet-westerse migrantengroepen in deze studie is het aantal ouders dat gebruikmaakt van jeugdzorg te klein om dit uit te splitsen naar het type jeugdzorg dat zij gebruiken.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Richten we ons vervolgens op de gezinnen die gebruikmaken van jeugdzorg, dan blijken de groepen in verschillende mate gebruik te maken van de drie typen jeugdzorg (tabel 7.2). Zo maken niet-westerse migranten significant vaker gebruik van pjz dan zowel autochtone Nederlanders als westerse migrantengezinnen. Eerder onderzoek laat zien dat niet-westerse migrantenjeugdigen ook vaker gedragsproblemen vertonen dan de autochtoon Nederlandse jeugd (Kleijnen en Van den Broek 2010a; Vollebergh 2010). Niet-westerse migranten zijn juist relatief weinig te vinden in voorzieningen op het gebied van de jeugd-ggz; zij maken hier significant minder gebruik van dan autochtone Nederlanders (zie ook Pommer et al. 2011). Het gebruik van de jeugd-lvb verschilt niet tussen de diverse groepen ouders. Er zijn echter wel aanwijzingen dat een verstandelijke beperking enigszins vaker voorkomt bij jeugdigen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond, vanwege het voorkomen van huwelijken tussen bloedverwanten (zoals neef-nicht). Bij de tweede generatie Turkse Nederlanders lijken deze huwelijken zelfs nog vaker voor te komen dan bij de eerste generatie. Echter, factoren zoals een taalbarrière of gevoelens van schaamte kunnen het gebruik van jeugd-lvb door deze groepen belemmeren (Ras et al. 2010; Yerden 2000). Het aandeel gezinnen dat serieuze problemen ervaart en op de wachtlijst staat voor een vorm van jeugdzorg is ook niet significant anders voor autochtoon Nederlandse gezinnen (11%), dan voor westerse (10%) en niet-westerse migrantengezinnen (11%).

Tabel 7.2

Gebruik van de verschillende tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen door gezinnen binnen de tweedelijns jeugdzorg, naar herkomst (in procenten)

	aandeel van de gezinnen die gebruikmaken van jeugdzorg (n = 1063)		
	pjz	jeugd-ggz	jeugd-lvb
autochtoon Nederlands	30,5	89,0	14,4
westers migrant	33,9	85,7	18,6
niet-westers migrant	50,2 ^a	72,3 ^a	16,7

a Verschilt significant van autochtoon Nederlandse ouders, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

7.2.2 Verklaringen

Oriëntatie van ouders

Of ouders op zoek gaan naar hulp bij (problemen met) de opvoeding kan mede bepaald worden door hun opvattingen ten aanzien van het voorkomen dan wel verminderen van kind- en opvoedproblemen. Ouders die oorzaken van problemen buiten zichzelf leggen, zullen bijvoorbeeld minder snel geneigd zijn gebruik te maken van opvoedingsondersteuning. Zowel de meeste autochtoon Nederlandse als westerse en niet-westerse migrantenouders hebben het idee dat zij het zelf in de hand hebben of hun kind een goede opvoeding krijgt (tabel 7.3). In vergelijking met de andere ouders zijn niet-westerse migranten het echter significant minder vaak eens met de stelling dat het goed is om bij problemen een professional te raadplegen om te voorkomen dat het misloopt. Dit heeft mogelijk te maken met de grotere terughoudendheid onder niet-westerse migranten om hun problemen met anderen te bespreken, vanwege bijvoorbeeld schaamtegevoelens of angst voor nadelige consequenties (Kleijnen en Van den Broek 2010a). Dat niet-westerse migranten het minder vaak nodig vinden een professional te raadplegen kan eraan bijdragen dat zij over het algemeen relatief weinig gebruikmaken van jeugdzorg. Daarnaast hebben niet-westerse migrantenouders significant vaker dan autochtone Nederlanders het idee dat het toeval grotendeels bepaalt hoe snel problemen bij de opvoeding en ontwikkeling van hun kind overgaan, wat samenhangt met een lager gebruik van jeugd-ggz-voorzieningen en een hoger gebruik van jeugd-lvb-voorzieningen. Deze bevinding is in lijn met literatuur die erop wijst dat niet-westerse migranten vaker hun eigen rol bij de ontwikkeling(sproblemen) van hun kinderen onderschatten, waardoor ze ook minder snel geneigd zijn hulp te zoeken (Kleijnen en Van den Broek 2010a).

Tabel 7.3

Opvattingen van ouders ten aanzien van het oplossen van opvoed- en ontwikkelingsproblemen naar herkomst, aandeel dat het eens is met de stellingen (gewogen gegevens; n = 24.835; in procenten)

	autochtoon Nederlands	westers	niet-westers
een goede opvoeding heb je zelf in de hand ^a	99	98	98
bij problemen is een professional raadplegen nodig ^b	93	90	85
het overgaan van problemen is grotendeels toeval ^c	24	26	40

- a Significant verschil tussen autochtone Nederlanders en niet-westerse migranten, $p < 0,05$.
 b Alle herkomstgroepen verschillen significant van elkaar, $p < 0,05$.
 c Niet-westerse migranten verschillen significant van zowel autochtoon Nederlandse ouders als westerse migranten, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Informele hulp

Ouders die vragen of problemen hebben met betrekking tot de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen wenden zich vaak in eerste instantie tot personen uit hun eigen informele sociale netwerk (Speetjens et al. 2009). Als ouders in dit onderzoek gevraagd wordt hoe vaak zij advies of praktische hulp ontvangen van hun sociale omgeving (ouders, familie, vrienden en/of burens), blijken autochtoon Nederlandse ouders iets meer steun te rapporteren dan niet-westerse migrantenouders (tabel 7.4). Dit kan er mogelijk wederom mee te maken hebben dat niet-westerse migranten veelal minder geneigd zijn hun zorgen over de opvoeding en hun kinderen met anderen te delen. Van de niet-westerse migranten zeggen Antilliaans-Nederlandse ouders de meeste informele steun te ontvangen, en ouders met een Marokkaanse herkomst de minste steun.

Tabel 7.4

Mate van advies en praktische steun vanuit de sociale omgeving (gewogen gegevens; n = 24.792; gemiddelde scores^a)^b

	autochtoon Nederlands	westers	niet-westers
steun vanuit sociale omgeving (totaal)	2.3	2.2	2.1
ouders	2.8	2.5	2.3
familie	2.2	2.1	2.2
vrienden	2.4	2.4	2.2
burens	1.7	1.6	1.6

- a De scores zijn gemiddelden op een schaal van 1 (nooit steun) – 6 (dagelijks steun).
 b Vetgedrukte percentages zijn significant verschillend van de andere herkomstgroep(en), $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Specifieker gezien ervaren niet-westerse migrantenouders minder steun van hun ouders, vrienden en burens dan de andere ouders. Een lagere mate van steun van vrienden is

gerelateerd aan een lager gebruik van jeugdzorg, en in het bijzonder aan een lager gebruik van pjz en jeugd-ggz (hoofdstuk 6); dit verband tussen de steun van vrienden en het gebruik van pjz lijkt voor niet-westerse migranten niet te gelden. Niet-westerse migrantenouders maken wel in dezelfde mate gebruik van advies of praktische hulp van hun familie als autochtone Nederlanders; westerse migrantenouders doen dit iets minder vaak. Alle herkomstgroepen ervaren de meeste hulp van hun ouders; hun burens raadplegen zij het minst.

Contacten met professionals

In Nederland bestaan er verschillende voorliggende voorzieningen die gezinnen kunnen ondersteunen bij kind- en opvoedproblemen en hen kunnen adviseren over of doorverwijzen naar verdere jeugdzorg. In deze paragraaf bekijken we voor de gezinnen die gebruikmaken van tweedelijnsjeugdzorg met welke instanties zij in de twaalf maanden voor bevraging contact hebben gehad (tabel 7.5). Zowel autochtoon Nederlandse gezinnen als migrantengezinnen blijken over het algemeen het vaakst contact te hebben gehad met een medewerker van de GGD, gevolgd door een leerkracht en een psycholoog of pedagoog (tabel 7.5, kolom totaal). De niet-westerse migranten hebben overigens wel significant minder vaak contact gehad met eerstelijnsprofessionals dan de andere herkomstgroepen, en dit geldt het sterkst voor de psycholoog/pedagoog. Dit kan ermee te maken hebben dat niet-westerse migranten vooral moeite lijken te hebben met het (h)erkennen van psychosociale problemen (Van den Broek et al. 2010). Dat niet-westerse migrantenouders significant minder vaak met de leerkracht hebben gesproken, komt wellicht doordat zij (en dan met name niet-Nederlandssprekende) veelal minder betrokken zijn bij de school van hun kinderen (Van Gerven et al. 2009). Bureau Jeugdzorg, Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) (of vergelijkbare voorzieningen) en schoolmaatschappelijk werk zijn daarentegen juist significant vaker door niet-westerse migranten bezocht. Een CJG is in principe (voor hen) een laagdrempelige voorziening en het contact met Bureau Jeugdzorg en/of schoolmaatschappelijk werk kan ook door anderen, zoals de leerkracht, in gang gezet zijn, wat het (h)erkennen van problemen door de ouders zelf niet noodzakelijk maakt. Dat niet-westerse migranten relatief vaak contact hebben met BJZ en weinig met een psycholoog/pedagoog kan eraan bijdragen dat ze vaker terechtkomen bij pjz en minder vaak bij de jeugd-ggz dan autochtoon Nederlandse gezinnen.

Kijken we naar de gezinnen die gebruikmaken van pjz, dan blijken de niet-westerse migranten significant minder contact te hebben gehad met een psycholoog of pedagoog dan de andere gezinnen. Zij hebben daarentegen wel significant vaker contact gehad met een CJG. Niet-westerse migranten die gebruikmaken van voorzieningen op het gebied van de ggz hebben eveneens significant vaker contact gehad met een CJG dan autochtoon Nederlandse gezinnen, alsook met Bureau Jeugdzorg, de kerk/moskee en MEE. Daarnaast zijn zij, net als de westerse migrantengezinnen, significant vaker in contact geweest met schoolmaatschappelijk werk dan autochtone Nederlanders. Kijken we naar de gezinnen die gebruikmaken van jeugd-lvb, dan komen er geen verschillen naar voren in de mate van contact met de instanties tussen autochtoon Nederlandse, westerse en niet-westerse migrantenouders.

Tabel 7.5

Contact met professionals door jeugdzorggebruikers, naar type jeugdzorg en herkomst (gewogen gegevens; in procenten)^a

	totaal (n= 1983)			pjz (n = 591)			jeugd-ggz (n = 1476)			jeugd-lvb (n= 315)		
	NL	W	NW	NL	W	NW	NL	W	NW	NL	W	NW
leerkracht	76	70	64	78	73	73	78	73	68	77	81	63
GGD	77	73	68	80	67	72	79	73	74	81	84	74
psycholoog	68	65	47*	61	59	39	83	85	78	50	50	41
BJZ	29	29	41*	65	66	70	28	28	41	25	7	22
huisarts	43	44	36	42	30	37	48	53	48	29	31	37
kerk/moskee	1.7	1	3	3	0	1	2	2	5	2	0	5
CJG	7	9	16	9	12	18	6	11	12	5	4	10
SMW	13	16	18	17	20	18	12*	21	22	15	22	14
ZAT	4	2	4	3	4	4	4	4	5	5	4	5
MEE	9	8	10	13	15	9	9	9	16	31	21	31

a Vetgedrukte percentages verschillen significant van elkaar, $p < 0,05$;

* Deze groep verschilt significant van de andere herkomstgroepen.

NL: autochtoon Nederlands; W: westerse migrant; NW: niet-westerse migrant; GGD: Gemeentelijke Gezondheidsdienst; BJZ: Bureau Jeugdzorg; CJG: Centrum voor Jeugd en gezin (of opvoedwinkel/Ouder-Kindcentrum); SMW: schoolmaatschappelijk werk; ZAT: Zorg- en Adviesteam; MEE: Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Redenen om geen zorg te vragen

Of ouders zich zorgen maken over de opvoeding of ontwikkeling van hun kinderen kan een rol spelen bij het al dan niet op zoek gaan naar hulp. Niet-westerse migrantenouders geven vaker aan zich geen zorgen te hebben gemaakt (78%) dan westerse migrantenouders (75%) en autochtoon Nederlandse ouders (73%). Niet-westerse migrantenouders lijken iets meer moeite te hebben met het signaleren en (h)erkennen van opvoed- en opgroei problemen (Kleijnen en Van den Broek 2010a), waardoor zij mogelijk minder vaak zorgen rapporteren en minder gebruikmaken van jeugdzorg.

Niet alle ouders die zich zorgen hebben gemaakt over de opvoeding of ontwikkeling van hun kinderen doen daadwerkelijk een beroep op een vorm van jeugdzorg. Als deze ouders verschillende redenen hiervoor voorgelegd krijgen, noemen ouders van alle herkomstgroepen vaker praktische dan sociale redenen (tabel 7.6). De belangrijkste (praktische) redenen om geen hulp te zoeken zijn dat de problemen niet groot waren of niet lang duurden, en dat ouders intussen zelf een oplossing hadden gevonden. In vergelijking met autochtone Nederlanders geven westerse migrantenouders vaker aan niet te weten bij wie ze terecht kunnen voor hulp, en denken niet-westerse migranten iets vaker dat zij geen recht hebben op hulp, al gaat het hierbij wel om een zeer klein percentage. De migrantenouders lijken dus in die opzichten over wat minder kennis te beschikken. Opvallend is overigens dat niet-westerse migrantenouders ook significant vaker dan

autochtone Nederlanders aangeven dat geen enkele van de praktische redenen voor hen een rol speelde om geen hulp te zoeken. Ook sociale redenen, zoals slechte ervaringen of schaamte, worden door hen – net als overigens door autochtoon Nederlandse en westerse migrantenouders – weinig genoemd. Voor niet-westerse migranten lijken er dus ook andere dan de genoemde redenen te zijn waarom ze over het algemeen relatief weinig gebruikmaken van jeugdzorg (en dan vooral jeugd-ggz).

Tabel 7.6

Redenen om geen gebruik te maken van hulp, naar herkomst (gewogen gegevens; in procenten)^a

	autochtoon Nederlands (n = 567)	westers (n = 37)	niet-westers (n = 83)
praktische redenen			
problemen niet groot of duren niet lang	57	43	47
zelf oplossing gevonden	41	48	32
niet weten waarheen te gaan	1	6	1
denken geen recht te hebben op hulp	0	0	2
hulp biedt geen oplossing	2	2	0,9
nog niet aan toegekomen	1	3	3
geen van deze redenen	14	15	25
sociale redenen			
slechte ervaringen met hulpverlening	2	0	0
schaamte	0,5	0	1
door anderen erop worden aangekeken	0,2	0	1
liever niet dat anderen zich bemoeien	2	0	0,9
meningsverschil of er hulp nodig is	1	0,2	3
andere reden	7	14	7
geen van deze redenen	86	81	84

a Vetgedrukte percentages betreffen significante verschillen, $p < 0,05$; percentages >1 zijn afgerond.

Bron: CBS/SCP (010'11)

We zagen bijvoorbeeld al dat niet-westerse migranten andere opvattingen hebben ten aanzien van problemen, een andere mate van sociale steun ervaren en zich minder vaak zorgen maken dan autochtone Nederlanders. Eerder onderzoek wijst er daarnaast op dat er bij een deel van de niet-westerse migranten sprake is van negatieve beeldvorming omtrent formele opvoedingsondersteuning. Sommige ouders zijn bang niet begrepen te worden en vrezen dat hun kinderen 'afgepakt' worden als zij uitkomen voor hun opvoedvragen of -problemen. Ook een taalbarrière kan bijdragen aan een lager gebruik van zorg. Bovendien sluit het bestaande aanbod veelal onvoldoende aan bij de behoeften van niet-westerse migrantenouders vanwege een gebrek aan diversiteitsgevoeligheid, en zijn professionals ook niet altijd toegerust om deze opvoeders te ondersteunen (Van den Berg 2010; Distelbrink 2009; Kalthoff 2009; Kleijnen en Van den Broek 2010a).

7.2.3 Conclusie

Niet-westerse migrantengezinnen maken over het algemeen minder gebruik van jeugdzorg dan westerse migranten en autochtone Nederlanders; dit geldt met name voor ouders van Turkse, Aziatische en Marokkaanse herkomst. Vooral in de jeugd-ggz is het aandeel niet-westerse migranten laag; van p/z maken niet-westerse migrantengezinnen juist relatief veel gebruik. Ondanks het feit dat de zwaarte van de problemen van niet-westerse migrantenouders in deze studie niet verschilt van die van autochtone Nederlanders en westerse migranten, maken niet-westerse migrantenouders zich bijvoorbeeld wel minder vaak zorgen over de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen en hebben ze andere opvattingen ten aanzien van (het oplossen van) kind- en opvoedproblemen. Ook ervaren niet-westerse migrantenouders relatief weinig steun van hun sociale netwerk (ouders, familie, vrienden en burens), wat gerelateerd is aan een lager gebruik van jeugdzorg. Ook met formele ondersteuners zoals de GGD, een leerkracht en een psycholoog of pedagoog hebben niet-westerse migranten over het algemeen minder contact gehad; met Bureau Jeugdzorg, SMW en CJG hebben zij daarentegen vaker contact gehad dan autochtone Nederlanders. In vergelijking met autochtone Nederlanders geven westerse migrantenouders vaker aan niet te weten bij wie ze terecht kunnen voor hulp, en denken niet-westerse migranten vaker dat zij geen recht hebben op hulp.

7.3 Opleidingsniveau van ouders

Het opleidingsniveau van ouders is de tweede factor die we in dit hoofdstuk onder de loep nemen. In 2009 was er in circa 13% van de gezinnen sprake van een laag opleidingsniveau (Van den Broek et al. 2012). In deze gezinnen is de kwaliteit van de opvoeding over het algemeen minder goed. In vergelijking met hogeropgeleide ouders ervaren laagopgeleide ouders meer opvoedingsstress en hebben zij een minder positieve beleving van de opvoeding. Ook maken lageropgeleide ouders meer gebruik van autoritaire disciplineringsstrategieën (zoals straffen, belonen en negeren) en zijn zij minder voorspelbaar en consistent in hun gedrag dan de andere ouders. Bovendien vertonen lageropgeleide moeders minder liefdevol gedrag dan hogeropgeleide moeders (Bucx en De Roos 2011). Een laag opleidingsniveau van ouders hangt dan ook samen met een minder gunstige ontwikkeling van kinderen, zoals leerproblemen en emotionele problematiek (Mason et al. 1999; Smeets et al. 2007). In de rest van deze paragraaf gaan we na of gezinnen waarin de ouders laagopgeleid zijn ook meer gebruikmaken van jeugdzorg, en bekijken we welke factoren bijdragen aan eventuele verschillen in het gebruik van jeugdzorg tussen laag- en hogeropgeleide ouders.

7.3.1 Gebruik van jeugdzorg

Laagopgeleide ouders maken meer gebruik van jeugdzorg dan hogeropgeleide ouders¹ (resp. 12% en 8%). Hoewel het verschil niet groot is, blijken gezinnen met laagopgeleide ouders ook iets vaker serieuze kind- en opvoedproblemen te hebben dan de andere gezinnen (resp. 12,3% en 10,2%). Als we nu alleen kijken naar ouders die hebben

aangegeven serieuze problemen te hebben, dan is het aandeel gezinnen dat gebruik maakt van jeugdzorg eveneens hoger onder gezinnen met laagopgeleide ouders dan onder gezinnen waar de ouders gemiddeld hogeropgeleide zijn (tabel 7.7).

Tabel 7.7

Gebruik van jeugdzorg door gezinnen met ernstige kind- en opvoedproblematiek, naar opleidingsniveau van de ouders (gewogen gegevens; in procenten)

	totaal gebruik van jeugdzorg* (n = 2543)
laagopgeleid	56,3
hogeropgeleid	41,1

* Verschil is significant, $p < 0,05$;

Bron: CBS/SCP (010'11)

Tabel 7.8

Gebruik van de verschillende tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen door gezinnen binnen de tweedelijnsjeugdzorg, naar opleidingsniveau van de ouders (gewogen gegevens; in procenten)

	aandeel van de gezinnen die gebruikmaken van jeugdzorg (n = 1063)		
	pjz*	jeugd-ggz*	jeugd-lvb*
laagopgeleid	45,6	74,3	20,7
hogeropgeleid	29,3	90,9	12,9

* Verschil is significant, $p < 0,05$;

Bron: CBS/SCP (010'11)

Voor pjz en jeugd-lvb geldt dat gezinnen met laagopgeleide ouders hier vaker een beroep op doen dan de hoogopgeleide gezinnen (zie tabel 7.8). Aangezien een verstandelijke beperking meestal is aangeboren is, via erfelijkheid, een effect van opleidingsniveau voor het gebruik van jeugd-lvb te verwachten. In lijn met eerder onderzoek (Vollebergh et al. 2003) maken laagopgeleide ouders daarentegen significant minder gebruik van de jeugd-ggz. Door hogeropgeleide ouders worden problemen wellicht sneller toegekend aan (psychische) problemen van het kind zelf. Gezinnen waarin de ouders laagopgeleide zijn, staan overigens wel weer vaker op een wachtlijst voor jeugdzorg: 15% tegenover 10% van de gezinnen met hogeropgeleide ouders.

7.3.2 Verklaringen

Oriëntatie van ouders

Laag- en hogeropgeleide ouders blijken verschillende opvattingen te hebben over (het oplossen van) opvoed- en ontwikkelingsproblemen (tabel 7.9). Laagopgeleide ouders zijn het significant minder vaak eens met de stelling dat het goed is om bij problemen

een professional te raadplegen om te voorkomen dat het misloopt dan ouders die hogeropgeleid zijn. Hogeropgeleide ouders zijn zich er mogelijk meer van bewust dat het ongunstig is voor de ontwikkeling van hun kind als er geen adequate ondersteuning plaatsvindt (Kleijnen en Van den Broek 2010b). Ouders met een laag opleidingsniveau zijn daarnaast beduidend vaker van mening dat hoe snel problemen overgaan grotendeels door het toeval wordt bepaald. Dit kan te maken hebben met een verschil in kennis van problemen. Zowel de meeste hoger- als laagopgeleide ouders hebben het idee dat zij het zelf in de hand hebben of hun kind een goede opvoeding krijgt. De gevonden verschillen in opvattingen, hoewel klein, kunnen wellicht deels verklaren waarom lageropgeleide ouders minder gebruikmaken van jeugd-ggz, zowel als het hogere gebruik van pjz (waar gezinnen soms vanuit een gedwongen kader ondersteuning krijgen).

Tabel 7.9

Opvattingen van ouders ten aanzien van het oplossen van opvoed- en ontwikkelingsproblemen, naar opleidingsniveau van ouders, aandeel dat het eens is met de stellingen (gewogen gegevens; n = 23.895; in procenten)

	laagopgeleid	hogeropgeleid
goede opvoeding zelf in de hand*	97	99
bij problemen naar professional*	85	93
overgaan problemen is toeval*	43	22

* Verschil is significant, $p < 0,05$

Bron: CBS/SCP (010'11)

Informele hulp

In overeenstemming met eerder onderzoek (Doorten en Bucx 2011) blijken laagopgeleide ouders relatief weinig informele steun te rapporteren (tabel 7.10). Zij maken minder gebruik van advies en praktische steun van hun ouders, vrienden, familie en/of bureaus dan ouders die hogeropgeleid zijn. Lageropgeleide moeders werken minder uren buitenshuis dan hogeropgeleide moeders en dit kan eraan bijdragen dat lageropgeleiden bijvoorbeeld minder behoefte hebben aan praktische steun in de zin van oppas (Cloin 2010). Hogeropgeleide ouders praten mogelijk meer met mensen uit hun informele netwerk doordat ze het erg goed willen doen (Van Egten et al. 2008; Kiene en Stoffelen 2010); zij zouden meer reflecteren op hun opvoedpraktijken en zich er vaker van bewust zijn dat er diverse mogelijkheden bestaan om hun kinderen goed op te voeden (Kleijnen en Van den Broek 2010a). In hoofdstuk 6 zagen we dat meer informele steun samenhangt met een hoger gebruik van eerste- en tweedelijnsjeugd zorg. Wellicht dat de lagere mate van informele steun bijdraagt aan een lager gebruik van jeugd zorg (zoals ggz) door gezinnen met laagopgeleide ouders.

Tabel 7.10

Mate van gebruik van advies en praktische steun van de sociale omgeving, naar opleidingsniveau van ouders (gewogen gegevens; n = 24.792; gemiddelde scores^a)

	laagopgeleid	hogeropgeleid
totaal steun*	2.0	2.3
ouders*	2.3	2.8
familie*	2.0	2.2
vrienden*	2.1	2.5
buren*	1.5	1.7

a De scores zijn gemiddelden op een schaal van 1 (nooit steun) – 6 (dagelijks steun).

* Verschil is significant, $p < 0,05$

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Contacten met professionals

Kijken we naar de contacten met professionals in de twaalf maanden voor bevraging (tabel 7.11), dan blijken zowel de hoger- als laagopgeleide ouders het vaakst een beroep te hebben gedaan op de GGD, een leerkracht en een psycholoog of pedagoog. Laagopgeleide ouders hebben hen echter significant minder vaak geraadpleegd, en hetzelfde geldt voor het contact met de huisarts. Ze hebben daarentegen significant vaker contact gehad met Bureau Jeugdzorg, een CJG, schoolmaatschappelijk werk en MEE dan hogeropgeleiden. Het relatief hoge gebruik van bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg en schoolmaatschappelijk werk alsook de relatief lage mate van contact met bijvoorbeeld een leerkracht en de huisarts wijzen er mogelijk op dat laagopgeleide ouders problemen minder snel zelf signaleren dan wel er iets mee doen.

Wat de verschillende vormen van jeugdzorg betreft, constateren we dat laagopgeleide ouders die een beroep hebben gedaan op pjz significant minder vaak contact hebben gehad met de GGD, een leerkracht en een psycholoog/pedagoog dan hogeropgeleide ouders. Laagopgeleide ouders die gebruik hebben gemaakt van jeugd-ggz hebben eveneens minder vaak contact gehad met een psycholoog/pedagoog dan hogeropgeleide ouders. Ook hebben deze laagopgeleide ouders minder contact gehad met de huisarts, terwijl zij juist vaker in contact zijn geweest met Bureau Jeugdzorg, een CJG, schoolmaatschappelijk werk en MEE. Als we specifiek kijken naar gezinnen die gebruik hebben gemaakt van jeugd-ivb, nemen we geen verschillen waar tussen laag- en hogeropgeleide ouders in de mate waarin zij contact hebben gehad met instanties.

Tabel 7.11

Contact met professionals door jeugdzorggebruikers, naar type jeugdzorg en opleidingsniveau van ouders (gewogen gegevens; in procenten)^a

	totaal (n = 1930)		pjz (n = 568)		jeugd-ggz (n = 1445)		jeugd-lvb (n = 301)	
	laag	hoger	laag	hoger	laag	hoger	laag	hoger
leerkracht	67	76	65	81	72	78	73	76
GGD	69	77	67	83	73	79	75	82
psycholoog	51	69	40	64	77	84	40	51
BJZ	42	27	70	63	38	28	27	22
huisarts	35	44	37	44	42	50	31	30
kerk/moskee	2	2	2	3	2	2	4	2
CJG	12	6	13	9	11	6	9	4
SMW	21	12	20	16	23	12	17	15
ZAT	4	4	3	4	5	4	6	4
MEE	12	9	10	14	16	8	32	29

a Vetgedrukte percentages betreffen significante verschillen tussen laagopgeleide en hogeropgeleide ouders, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Redenen om geen zorg te vragen

Laagopgeleide ouders blijken zich vaker geen zorgen te hebben gemaakt over de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen dan hogeropgeleide ouders (76% versus 73%). Desondanks laten zij een hoger gebruik van jeugdzorg zien. Mogelijk zijn laagopgeleide ouders dan ook iets minder in staat zelf problemen te herkennen (Van den Broek et al. 2010).

Als hoger- en laagopgeleide ouders die geen gebruik hebben gemaakt van hulp, maar zich wel zorgen hebben gemaakt een aantal redenen hiervoor wordt voorgelegd, noemen zij vaker praktische redenen dan sociale redenen (tabel 7.12). Als belangrijkste redenen geven zij dat de problemen niet groot waren of niet lang duurden, en dat zij zelf reeds een oplossing hadden gevonden. Laagopgeleide ouders blijken echter wel iets vaker het idee te hebben dat zij geen recht hebben op hulp, al gaat het om een zeer klein percentage. Er komen verder geen significante verschillen naar voren tussen laagopgeleide en hogeropgeleide ouders wat betreft de redenen die zij hebben genoemd.

Tabel 7.12

Redenen om geen gebruik te maken van hulp, naar opleidingsniveau (gewogen gegevens; in procenten)

	laagopgeleid (n = 115)	hogeropgeleid (n = 555)
praktische redenen		
problemen niet groot of duren niet lang	51	56
zelf oplossing gevonden	35	41
niet weten waarheen te gaan	3	1
denken geen recht te hebben op hulp*	1	0
hulp biedt geen oplossing	1	2
nog niet aan toegekomen	0	2
geen van deze redenen	19	14
sociale redenen		
slechte ervaringen met hulpverlening	2	2
schaamte	1	0,5
door anderen erop worden aangekeken	0	0,3
liever niet dat anderen zich bemoeien	2	1
meningsverschil of er hulp nodig is	2	1
andere reden	6	8
geen van deze	84	86

* Vetgedrukte percentages zijn significant verschillend van elkaar, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

7.3.3 Conclusie

Gezinnen met laagopgeleide ouders maken significant vaker gebruik van pjz en jeugd-lyb dan gezinnen met hogeropgeleide ouders, en zijn juist minder vaak te vinden in de jeugd-ggz. Mogelijk dragen de gevonden verschillen tussen laag- en hogeropgeleide ouders in hun opvattingen over het oplossen van opvoed- en ontwikkelingsproblemen hieraan bij. De relatief lage mate van ervaren sociale steun door laagopgeleide ouders kan eveneens een rol spelen. Kijken we naar de contacten met professionals, dan blijken laagopgeleiden vaker contact te hebben gehad met Bureau Jeugdzorg, een CJG, Schoolmaatschappelijk Werk en MEE dan hogeropgeleiden. Met een leerkracht, de GGD, een psycholoog/pedagoog en de huisarts hebben laagopgeleiden daarentegen juist minder contact gehad dan de andere ouders. Als bezorgde ouders die geen gebruik hebben gemaakt van jeugdzorg naar hun redenen gevraagd wordt, geven laagopgeleide ouders iets vaker aan het idee te hebben dat zij geen recht hebben op hulp.

7.4 Een- versus tweoudergezinnen

De laatste groep waar we naar kijken zijn eenoudergezinnen. Het aantal alleenstaande ouders is de afgelopen jaren flink toegenomen. In 2010 betrof het aandeel eenoudergezinnen 19% van de gezinnen, oftewel ruim 486.000 gezinnen (ter vergelijking; in 2000

betrof het ruim 384.000 gezinnen (15%) (CBS StatLine, oktober 2011). Alleenstaande ouders hebben geen partner met wie de zorg voor de kinderen en werk gedeeld kan worden. Dit brengt een grotere taakbelasting met zich mee en kan een minder positieve beleving van de opvoeding en opvoedproblemen als gevolg hebben (Bucx 2009). Kinderen uit eenoudergezinnen ontwikkelen dan ook vaker problemen dan kinderen uit een tweoudergezin (o.a. Hermanns et al. 2005). Alleenstaand ouderschap kan een bewuste keuze zijn, maar bijvoorbeeld ook het gevolg van een echtscheiding. Eventuele conflicten tussen ouders die voorafgaan aan of samengaan met een echtscheiding zijn gerelateerd aan een lager welbevinden en meer depressieve gevoelens bij kinderen (Spruijt 2007). Maken een- en tweoudergezinnen ook in andere mate gebruik van de jeugdzorg? En als dit het geval is, wat zijn dan de redenen daarvoor?

7.4.1 Gebruik van jeugdzorg

Eenoudergezinnen maken significant meer gebruik van jeugdzorg dan tweoudergezinnen; respectievelijk 14,7% en 6,4% van de ouders zegt hiervan gebruik te hebben gemaakt. Dit kan wellicht voor een deel verklaard worden doordat alleenstaande ouders ook meer kind- en opvoedproblemen rapporteren dan ouders uit tweoudergezinnen. Zo rapporteert 16,9% van de alleenstaande ouders serieuze problemen tegenover 9,6% van de ouders uit tweoudergezinnen. Echter, ook als we alleen kijken naar ouders met serieuze problemen vinden we dat eenoudergezinnen significant meer gebruikmaken van jeugdzorg dan tweoudergezinnen (resp. 50% en 40%; tabel 7.13).

Tabel 7.13

Gebruik van tweedelijnsjeugdzorg door gezinnen met ernstige kind- en opvoedproblematiek, naar gezinsvorm (gewogen gegevens; in procenten)

	totaal gebruik van jeugdzorg (n = 2543)
eenoudergezin	50,2
tweoudergezin	40,0

* Verschil is significant, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Wanneer we kijken naar het type jeugdzorg (tabel 7.14), dan vinden we dat tweoudergezinnen significant meer gebruikmaken van de jeugd-ggz dan alleenstaande ouders. Deze laatste groep ouders maakt daarentegen meer gebruik van pjz; hier kom je onder andere terecht in het geval van zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties en conflicten binnen het gezin (Nederlands Jeugdinstituut 2011), waarvan in eenoudergezinnen vaker sprake is vanwege meer opvoedstress en problemen door bijvoorbeeld een echtscheiding. Jeugd-lvb wordt door beide groepen ouders ongeveer evenveel gebruikt; dit kan verklaard worden doordat een verstandelijke beperking meestal is aangeboren (Pommer et al. 2011). Het percentage ouders dat op de wachtlijst staat voor jeugdzorg is niet significant verschillend voor een- en tweoudergezinnen (resp. 13,2% en 10,6%).

Tabel 7.14

Gebruik van de verschillende tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen door gezinnen binnen de tweedelijnsjeugdzorg, naar gezinsvorm (in procenten)

	aandeel van de gezinnen die gebruikmaken van jeugdzorg (n = 1063)		
	pjz*	jeugd-ggz*	jeugd-lvb
eenoudergezin	43,9	79,1	14,1
tweeoudergezin	29,2	89,6	15,2

* Verschil is significant, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

7.4.2 Verklaringen

Oriëntatie van ouders

Beide groepen denken in grote mate hetzelfde over het oplossen van problemen in de opvoeding (tabel 7.15); bijna alle ouders vinden dat ze het zelf in de hand hebben dat hun kind een goede opvoeding krijgt, en gemiddeld 91% van de ouders vindt dat het goed is om bij problemen een professional te raadplegen. Een- en tweeoudergezinnen verschillen echter duidelijker van elkaar met betrekking tot de opvatting 'hoe snel problemen bij de opvoeding en ontwikkeling van mijn kind overgaan, wordt grotendeels door het toeval bepaald'; alleenstaande ouders zijn het hier significant vaker mee eens dan ouders in tweeoudergezinnen.

Tabel 7.15

Opvattingen van ouders ten aanzien van het oplossen van opvoed- en ontwikkelingsproblemen, naar gezinsvorm, aandeel dat het eens is met de stellingen (gewogen gegevens; n = 23.895; in procenten)

	eenoudergezin	tweeoudergezin
goede opvoeding zelf in de hand*	97	99
bij problemen naar professional*	90	92
overgaan problemen is toeval*	32	25

* Verschil is significant, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Informele hulp

Zoals gezegd kunnen ouders behalve van de professionele jeugdzorg ook steun of advies krijgen vanuit hun informele kring, zoals ouders, familie, vrienden en/of burens. Doordat alleenstaande ouders er vaak letterlijk alleen voor staan (Van Egten et al. 2008), doen zij mogelijk vaker een beroep op hun omgeving. Ondanks het feit dat de verschillen zeer klein zijn, zeggen alleenstaande ouders vaker hun familie en vrienden om steun en advies te vragen dan ouders in tweeoudergezinnen (tabel 7.16). In hoofdstuk 4 hebben

we gezien dat ouders die meer steun van vrienden ervaren meer gebruikmaken van zorg, behalve van jeugd-lvb. Mogelijk worden de ouders door hen doorwezen naar bepaalde typen jeugdzorg. Alleenstaande ouders zeggen daarentegen iets minder vaak steun en advies te vragen aan hun ouders en burens. Met deze laatste groep hebben alleenstaande ouders mogelijk ook minder contact; het kan zijn dat gescheiden ouders bijvoorbeeld net zijn verhuisd en ze nog niet voldoende tijd hebben gehad om in de nieuwe buurt een sociaal netwerk op te bouwen, of dat ze in een buurt wonen met veel alleenstaande ouders die naast de eigen opvoeding en werk geen tijd meer hebben om ook nog bezig te zijn met de andere kinderen in de buurt (Doorten en Bucx 2011).

Tabel 7.16

Mate van advies en praktische steun vanuit de sociale omgeving (gewogen gegevens; n = 24.792; gemiddelde scores^a)

	eenoudergezin	tweeoudergezin
totaal steun	2.2	2.2
ouders*	2.6	2.7
familie*	2.2	2.2
vrienden*	2.5	2.4
burens *	1.6	1.7

a De scores zijn gemiddelden op een schaal van 1 (nooit steun) – 6 (dagelijks steun).

* Verschil is significant, $p < 0,05$.

Bron: CBS/SCP (OJO'11)

Ook in eerder onderzoek – naar opvoedingsondersteuning – is gevonden dat eenoudergezinnen de meeste ondersteuning krijgen vanuit zowel het formele als het informele netwerk, en dat deze blijkbaar toch nog steeds als ontoereikend wordt ervaren. Mogelijk zijn de problemen waarvoor deze gezinnen zich gesteld zien talrijk en complex van aard en zijn ze niet gemakkelijk op te lossen of te verlichten, ook niet door de omgeving (Doorten en Bucx 2011; Kleijnen en Van den Broek 2010a).

Contacten met professionals

Als we kijken naar het contact van ouders met professionals in de twaalf maanden voor bevraging (tabel 7.17), vinden we dat verreweg de meeste ouders contact met de leerkracht en GGD hebben gehad over de ontwikkeling van hun kinderen; zij hebben deze ouders gewezen op de benodigde extra hulp. Over het algemeen is te zien dat alleenstaande ouders die gebruikmaken van jeugdzorg vaker contact hebben gehad met (een van) de genoemde instanties dan ouders in tweeoudergezinnen; dit geldt met name voor het contact met Bureau Jeugdzorg, Centrum voor Jeugd en Gezin en schoolmaatschappelijk werk. Mogelijk duidt de hogere mate van contact met een CJG en schoolmaatschappelijk werk erop dat alleenstaande ouders vaker op een laagdrempelige manier hulp of advies zoeken bij de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen (omdat zij de aanwezigheid van een partner missen). Ook kan het zijn dat scholen vaak

op de hoogte zijn van echtscheiding/conflicten in het gezin en schoolmaatschappelijk werk inschakelen.

Tabel 7.17

Contact met professionals door jeugdzorggebruikers, naar type jeugdzorg en gezinsvorm^a (gewogen gegevens; in procenten)

	totaal (n = 1983)		pjz (n = 591)		jeugd-ggz (n = 1476)		jeugd-lvb (n = 315)	
	eenouder	twee-ouder	eenouder	twee-ouder	eenouder	twee-ouder	eenouder	twee-ouder
leerkracht	71	75	73	79	74	77	78	74
GGD	80	73	77	78	84	75	83	79
psycholoog	63	65	48	61	84	82	58	46
BJZ	44	26	77	60	38	27	37	19
huisarts	40	42	39	41	47	49	25	32
kerk/moskee	3	1	3	2	4	1	5	2
CJG	12	7	14	9	10	6	12	3
SMW	22	11	22	14	24	11	20	14
ZAT	4	3	3	3	5	4	5	5
MEE	8	10	10	13	10	10	31	30

a Vetgedrukte percentages verschillen significant tussen een- en tweeoudergezinnen, $p < 0,05$.
GGD: Gemeentelijke Gezondheidsdienst; BJZ: Bureau Jeugdzorg; CJG: Centrum voor Jeugd en gezin (of opvoedwink/Ouder-Kindcentrum); SMW: schoolmaatschappelijk werk; ZAT: Zorg- en Adviesteam; MEE: Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking.

Bron: CBS/SCP (010'11)

Kijken we naar de verschillende typen zorg, dan zien we bijvoorbeeld dat alleenstaande ouders die gebruikmaken van pjz vaker contact hebben gehad met Bureau Jeugdzorg en schoolmaatschappelijk werk dan tweeoudergezinnen. Deze laatste groep heeft echter meer contact gehad met een psycholoog/pedagoog. Alleenstaande ouders die gebruikmaken van de jeugd-ggz hebben significant vaker contact gehad met de GGD, Bureau Jeugdzorg, kerk/moskee en schoolmaatschappelijk werk dan tweeoudergezinnen in de jeugd-ggz. Alleenstaande gebruikers van jeugd-lvb hebben significant vaker contact gehad met Bureau Jeugdzorg en met een CJG.

Redenen om geen zorg te vragen

Alleenstaande ouders zeggen zich significant vaker zorgen te maken over de opvoeding en/of de ontwikkeling van de kinderen dan ouders in tweeoudergezinnen (resp. 38% en 25%). De belangrijkste redenen die zowel een- als tweeoudergezinnen noemen om in geval van zorgen toch geen hulp te vragen, zijn dat de problemen niet groot zijn of niet lang duren, en dat ze zelf al een oplossing gevonden hebben (tabel 7.18). Dergelijke praktische redenen worden door zowel een- als tweeoudergezinnen beduidend vaker genoemd dan de meer sociale redenen (zoals slechte ervaringen en schaamte). Dat de problemen niet groot zijn of niet lang duren wordt door eenoudergezinnen minder vaak

genoemd als reden om geen hulp te vragen dan door tweeoudergezinnen. Eenoudergezinnen zeggen daarentegen vaker slechte ervaringen met de hulpverlening te hebben gehad, wat hen dus nu belemmert in het vragen om hulp. Veel ouders antwoorden ook dat geen van onderstaande redenen van toepassing zijn; voor hen gelden dus andere redenen of obstakels om niet naar hulp te vragen.

Tabel 7.18

Redenen om geen gebruik te maken van hulp, naar gezinsvorm (gewogen gegevens; in procenten)

	eenoudergezin (n = 97)	tweeoudergezin (n = 587)
praktische redenen		
problemen niet groot of duren niet lang*	44	57
zelf oplossing gevonden	38	40
niet weten waarheen te gaan	0	2
denken geen recht op hulp	0	0.2
hulp biedt geen oplossing	2	2
nog niet aan toegekomen	2	2
geen van deze redenen*	26	13
sociale redenen		
slechte ervaringen met hulpverlening*	6	1
schaamte	0	0.7
door anderen erop worden aangekeken	0	0.3
liever niet dat anderen zich bemoeien	3	1
meningsverschil of er hulp nodig is	1	2
andere redenen*	13	6
geen van deze redenen*	73	88

* Vetgedrukte percentages verschillen significant van elkaar, $p < 0,05$; percentages > 1 zijn afgerond.

Bron: CBS/SCP (010'11)

7.4.3 Conclusie

Eenoudergezinnen maken meer gebruik van jeugdzorg dan tweeoudergezinnen – ongeacht hun ervaren serieuze problematiek. Zij maken met name meer gebruik van pjz, wat verklaard kan worden door het type problematiek dat vaker voorkomt bij eenoudergezinnen, zoals stressvolle opvoedsituaties en conflicten bij een echtscheiding. De mate van informele steun die ouders ontvangen is voor beide groepen ongeveer gelijk, evenals de mate van contact met leerkrachten en de GGD. Alleenstaande ouders zeggen daarentegen wel vaker contact te hebben gehad met Bureau Jeugdzorg, een CJG en schoolmaatschappelijk werk. Als we echter vragen naar redenen om geen gebruik te maken van zorg, noemen zij vaker dat ze slechte ervaringen hebben gehad met de hulpverlening en dat er vaak sprake is van andere dan de genoemde redenen.

7.5 Conclusies en discussie

Jeugdzorggebruik door ‘kwetsbare groepen’

Hoewel het een belangrijke verantwoordelijkheid van de overheid is dat alle groepen in de samenleving die jeugdzorg nodig hebben hiertoe in dezelfde mate toegang hebben, lijkt dit nog niet het geval te zijn. Ook als we rekening houden met verschillen in de problematiek – bepaald aan de hand van zelfgerapporteerde kind- en opvoedproblemen en zorgen hierover bij ouders – vinden we dat niet alle groepen in gelijke mate gebruikmaken van (de drie typen) jeugdzorg. Zo maken niet-westerse migrantengezinnen in mindere mate gebruik van jeugdzorg dan autochtone Nederlanders. Laagopgeleide ouders en alleenstaande ouders maken daarentegen meer gebruik van jeugdzorg dan respectievelijk hogeropgeleide ouders en ouders uit tweeoudergezinnen.

Als we kijken naar de verschillende typen jeugdzorg – provinciale jeugdzorg (pjz), geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz) en licht verstandelijke gehandicaptenzorg (jeugd-lvb) – komt er een bepaald patroon naar voren. Voor alle ouders geldt dat zij het meest gebruikmaken van jeugd-ggz in vergelijking met pjz en jeugd-lvb. Voor de ‘kwetsbare’ groepen (d.w.z. niet-westerse migranten, laagopgeleide ouders en alleenstaande ouders) geldt echter wel dat zij minder gebruikmaken van de jeugd-ggz dan de andere ouders. De pjz wordt daarentegen door de ‘kwetsbare’ groepen meer gebruikt dan door de andere groepen. Vaak is er in deze gezinnen – als er problemen spelen – door allerlei omstandigheden sprake van een zorgwekkende opvoed- en opgroeisituatie; zo wonen deze gezinnen vaker in een minder gunstige buurt en is er vaker sprake van opvoedstress in het gezin (Bucx 2011). Wat de jeugd-lvb betreft zien we dat alleen gezinnen met laagopgeleide ouders er significant meer gebruik van maken (dan hogeropgeleide ouders); een verstandelijke beperking is meestal aangeboren, waardoor een genetisch effect van intelligentie (en dus opleidingsniveau) te verwachten is.

Verklaringen voor de verschillen

Als genoemde verschillen in het gebruik van jeugdzorg niet volledig verklaard kunnen worden door de mate van opvoed- en opgroeioproblemen in het gezin, wat kan dan zorgen voor de verschillen? Allereerst kan de mate van advies en steun die ouders ontvangen vanuit hun informele sociale netwerk van belang zijn. Ouders die veel advies of steun krijgen, hoeven mogelijk geen beroep meer te doen op de formele hulpverlening. Aan de andere kant kunnen informele contacten ouders ook juist wijzen op hun ‘problemen’ en op formele vormen van ondersteuning. Over het algemeen lijken de ‘kwetsbare’ groepen ouders minder steun te ontvangen vanuit hun sociale netwerk. Mogelijk bestaat hun sociale netwerk ook uit ‘kwetsbare’ ouders (Van den Broek et al. 2012), of willen ouders hun problemen en moeilijkheden liever voor zichzelf houden. Alleenstaande ouders en laagopgeleide ouders die weinig steun ontvangen vanuit hun sociale netwerk maken wel meer gebruik van de tweedelijnsjeugdzorg. Voor niet-westerse migrantenouders geldt dit echter niet; zij lijken überhaupt minder open te staan voor hulp of advies bij de opvoeding. Niet-westerse migranten zijn vaak niet gewend met buitenstaanders te praten over de opvoeding en problemen die er spelen (Distelbrink 2009), onder andere door gevoelens van schaamte.

Ouders verschillen ook in de oriëntatie die ze hebben ten aanzien van het voorkomen of verminderen van opvoed- en ontwikkelingsproblemen. In vergelijking met de andere ouders vinden meer 'kwetsbare' ouders dat het overgaan van problemen grotendeels door het toeval wordt bepaald. Ook hebben zij minder vaak het idee dat ze een goede opvoeding zelf in de hand hebben, en zijn ze minder vaak van mening dat het goed is om bij problemen een professional in te schakelen. Dit kan bijdragen aan het lagere jeugdzorggebruik door niet-westerse migrantengezinnen.

Ook doorverwijzing door eerstelijnsprofessionals naar tweedelijnszorg kan een rol spelen. De 'kwetsbare' ouders hebben in vergelijking met de andere groepen ouders vaker contact gehad met Bureau Jeugdzorg en schoolmaatschappelijk werk. Voor deze instanties geldt dat zij ook zelf initiatief kunnen nemen tot contact met ouders/gezinnen. Voor migrantenouders kan bijvoorbeeld gelden dat zij zelf problemen minder snel zien, maar dat Bureau Jeugdzorg of schoolmaatschappelijk werk contact met hen zoekt. Ook in het geval van een echtscheiding kan schoolmaatschappelijk werk hiervan op de hoogte gesteld worden, en kan hulp geboden worden. De 'kwetsbare' ouders hebben ook meer contact gehad met CJG's dan de andere ouders. Deze centra bieden laagdrempelig hulp en advies bij kind- en opvoedproblemen, en het lijkt er dus op dat met name de 'kwetsbare' groepen hiervan gebruikmaken.

Ouders die geen gebruik hebben gemaakt van jeugdzorg, maar zich de afgelopen maanden wel zorgen hebben gemaakt omtrent de opvoeding en ontwikkeling van hun kind, is een aantal mogelijke redenen voor hun niet-gebruik voorgelegd. Het valt op dat met name alleenstaande ouders sociale redenen aangeven; vanwege bijvoorbeeld slechte ervaringen met de hulpverlening hebben zij geen hulp gezocht. Niet-westerse migrantenouders en laagopgeleide ouders denken juist vaker dat zij geen recht hebben op hulp, een praktische reden. Mogelijk zijn zij minder bekend met het aanbod van jeugdzorg, door bijvoorbeeld een taalbarrière of een gebrek aan kennis (Van den Broek et al. 2010).

Jeugdzorg voor iedereen

Kennis over het (type) jeugdzorggebruik van de verschillende groepen ouders kan bijdragen aan een verbetering van het beleid over het bereik van de diverse jeugdzorgvoorzieningen. Knelpunten lijken met name voor niet-westerse migrantenouders aanwezig te zijn; zij maken relatief weinig gebruik van jeugdzorg. Hun opvattingen ten aanzien van het voorkomen en verminderen van problemen kunnen hieraan bijdragen, alsook de lagere mate van informele steun, en de contacten die zij (niet) hebben met professionals in de eerste lijn. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat ook drempels zoals schaamte, ingewikkelde procedures en een negatievere houding en andere verwachtingen ten opzichte van hulpverleners het gebruik voor migrantenouders kunnen belemmeren (Van den Broek et al. 2010; Distelbrink 2009; Kalthoff 2009). Voor niet-westerse migranten geldt dan ook dat drempels weggenomen dan wel verlaagd moeten worden, zodat zij in gelijke mate gebruik kunnen maken van jeugdzorg als autochtoon Nederlandse ouders. Voor alleenstaande ouders en laagopgeleide ouders die ernstige problematiek ervaren, geldt juist dat zij meer gebruikmaken van jeugdzorg dan respectievelijk tweeoudergezinnen en hogeropgeleide ouders die die problematiek ook rapporteren. De omvang/ernst van de problematiek lijkt bij deze 'kwetsbare' ouders

dan ook groter te zijn; alleenstaande ouders zeggen zich meer zorgen te maken over de opvoeding en rapporteren meer kind- en opvoedproblemen bij de kinderen. Laagopgeleide ouders rapporteren meer kindproblemen. Hoewel laagopgeleide ouders en alleenstaande ouders de tweedelijnsjeugdzorg wel weten te vinden, kan mogelijk nog wel gekeken worden of en hoe het informele netwerk en de eerstelijnszorg (zoals het contact met leerkrachten) versterkt kunnen worden.

Noot

- 1 Ouders zijn laag opgeleid indien de lagere school, mavo/vmbo of het lager beroepsonderwijs hun hoogst genoten opleiding is. Als we spreken over gezinnen met hogeropgeleide ouders, heeft ten minste een van de ouders havo/vwo of middelbaar/hoger/wetenschappelijk onderwijs afgerond. Als we in deze paragraaf spreken over 'ouders' bedoelen we in het geval van eenoudergezinnen de alleenstaande ouder.

8 Determinanten van jeugdzorggebruik: slotbeschouwing

Simone de Roos en Sander Bot

8.1 Problemen en jeugdzorggebruik

De jeugdzorg is een sterk groeiende sector en krijgt volop aandacht van de overheid, vanuit de wetenschap en in de media. Ernstige incidenten zoals in de zaak van peuter Savanna roepen de vraag op of kinderen met problemen wel voldoende door jeugdzorg gesignaleerd en geholpen worden. Aan de andere kant neemt het aantal cliënten van de jeugdzorg toe en rijst de vraag of er tegenwoordig niet te snel en te vaak een beroep op de jeugdzorg wordt gedaan. Wanneer de overheid een beeld wil hebben van de te verwachten ontwikkelingen in het gebruik van jeugdzorg (om organisatie en financiering hierop af te kunnen stemmen), of actief wil sturen in het proces van probleem naar jeugdzorggebruik, is het van belang te weten welke gezinnen kind- en opvoedproblemen hebben en welke gezinnen feitelijk zorg ontvangen. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (scP) in 2009 daarom een ramings- en verdeelmodel gemaakt over de te verwachten ontwikkelingen in het gebruik van jeugdzorg en de verdeling van middelen over regio's (Stevens et al. 2009). Momenteel wordt gewerkt aan een verbeterde versie. Parallel hieraan heeft het scP een meer inhoudelijk onderzoek gedaan naar de relatie tussen het voorkomen van problemen bij jeugdigen en opvoeders, en het gebruik van verschillende vormen van jeugdzorg. Deze publicatie is daar een uitvloeisel van. Voor deze onderzoeken is een survey (Onderzoek Jeugd en Opgroeien, oJO) uitgevoerd onder een representatieve groep ouders van kinderen van 0 tot 18 jaar. Ruim 25.000 ouders vulden een vragenlijst in over mogelijke kind- en opvoedproblemen, contacten met hulpverleners en allerlei factoren die samen kunnen hangen met het voorkomen van dergelijke problemen en het gebruik van jeugdzorg. In deze slotbeschouwing zullen we antwoord geven op de twee centrale vragen van dit rapport:

- 1 Wat zijn de determinanten van het ontstaan van ernstige kind- en opvoedproblematiek?
- 2 Welke samenhang is er tussen de gerapporteerde problemen en het gebruik van jeugdzorg?

8.2 Ouders zijn informanten

Voordat we ingaan op de twee onderzoeksvragen willen we eerst aandacht besteden aan onze onderzoeksmethode. Ons rapport is vooral gebaseerd op informatie van ouders. Hiervoor is bewust gekozen. Ouders zijn degenen die het best geïnformeerd zijn over hun kinderen, qua welbevinden, maar ook qua voorzieningen waarvan zij gebruikmaken. Bovendien spelen zij via hun opvoeding een belangrijke rol in de ontwikkeling van de jeugdige tot volwassene. Een voor de hand liggende bron dus. Maar rapportages

van ouders kennen ook een aantal mogelijke tekortkomingen. Doordat ouders zo nauw betrokken zijn bij hun kinderen zijn zij mogelijk niet geheel objectief in de beantwoording van de vragen over hun kinderen, bijvoorbeeld wanneer er een beoordeling van het gedrag moet worden gegeven. Ook zijn zij mogelijk niet allemaal in staat aan te geven van welke voorzieningen er door de jeugdigen of het gezin gebruik wordt gemaakt. De wetgeving is complex, de gebruikte voorzieningen zijn divers, en sommige ouders wordt de bureaucratie omtrent de zorgvoorziening uit handen genomen. Zij zullen in zulke gevallen vaak alleen de naam van de instelling kennen waarvan zorg genoten wordt. Dergelijke tekortkomingen zouden opgevangen kunnen worden door het gebruik van andere bronnen, zoals leerkrachten en jeugdzorgmedewerkers. Leerkrachten zijn mogelijk meer objectief over het gedrag van kinderen, maar weten verder veel minder over het gezin dan de ouders. En jeugdzorgmedewerkers zullen beter op de hoogte zijn van de gebruikte zorg en de problemen van de jeugdigen die bij hen in behandeling zijn, maar kunnen weer geen beeld geven van de problemen in de rest van de jeugdpopulatie, terwijl dat voor dit onderzoek nodig is.

Uit eerder onderzoek kwam naar voren dat er verschillen kunnen zijn tussen professionals, ouders en kinderen in de inschatting van problemen bij kinderen. Zeijl et al. (2005) vonden bijvoorbeeld dat medewerkers van de jeugdgezondheidszorg vaker problemen bij een kind zagen dan de ouders. Ook schatten ouders problemen van het kind anders in dan het kind dat zelf doet; zo rapporteren ouders over het algemeen meer problemen (Manders 2006). Aan de andere kant wordt in het algemeen aangenomen dat ouders uit multiprobleemgezinnen problemen vaak onderschatten of bagatelliseren.

Het kan soms ook zijn dat bepaalde kindproblemen niet zozeer thuis spelen (zoals druk en ongeconcentreerd gedrag), maar zich voornamelijk elders openbaren, zoals op school. Dan zullen de ouders wellicht minder geneigd zijn problemen te rapporteren, tenzij de leerkracht bij hen aan de bel heeft getrokken.

Over het algemeen nemen we aan dat ouders redelijk in staat zijn aan te geven wat goed en minder goed gaat in de ontwikkeling en opvoeding van hun kind en dit in onze vragenlijst ook hebben kunnen doen. Zij zijn bovendien niet gevraagd om een oordeel te geven over de aanwezigheid van problemen, maar vragen te beantwoorden over het gedrag dat zij bij hun kind waarnamen en over hun eigen beleving van de opvoeding van en relatie met het kind. Daarbij is zoveel mogelijk gewerkt met gevalideerde instrumenten en is meestal op basis van vastgestelde afkappunten bepaald of er sprake was van problemen.

8.3 Welke gezinnen ervaren problemen?

8.3.1 Risicofactoren en problemen

Hoe vaak is er sprake van kind- en opvoedproblemen en welke risicofactoren hangen daarmee samen? Om daar antwoord op te kunnen geven is er wat betreft kindproblemen onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen. Bij baby's valt meestal nog weinig te zeggen over gedrags- en psychische problemen. Wel hebben huilbaby's een verhoogde kans op toekomstige problematiek (Hermanns et al. 2005). Uit ons onderzoek

komt naar voren dat ruim 8% van de kinderen tot 1 jaar volgens de ouders een huilbaby is (of is geweest). Bij ruim 11% van de kinderen tot 3 jaar komen probleemgedragingen voor als boos, ongehoorzaam en agressief gedrag, hyperactiviteit, somber en teruggetrokken gedrag en angst, en weinig sociaal gedrag. Bij de kinderen van 3 tot 18 jaar ligt dat percentage hoger, 17%. Opvoedproblemen worden eveneens regelmatig genoemd, zo is bijna 12% van de ouders van kinderen van 0 tot 18 jaar ontevreden over de relatie met hun kind en voelt 17% van die ouders zich incompetent als opvoeder. Ook heeft ruim een kwart van hen in het afgelopen jaar zorgen gehad over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kind. Deze bevindingen liggen in lijn met eerder onderzoek waaruit blijkt dat ongeveer 15% van de jeugdigen in Nederland serieuze kind- en opvoedproblemen heeft (waarbij voor 5% geldt dat er sprake is van ernstige structurele problemen) (Zeijl et al. 2005; Van Dorsselaer et al. 2010). In dit rapport ligt de focus op dusdanig ernstige problematiek dat het waarschijnlijk is dat het gezin er zelf niet meer uitkomt en er bedreigingen ontstaan voor de ontwikkeling van het opgroeiende kind. De kind- en opvoedproblemen hebben we samengenomen in één maat voor ernstige problematiek. De grens waarbij we van ernstige problematiek spreken, hebben we bij 10%¹ gelegd (zie hoofdstuk 2).

Uit de literatuur is bekend dat er veel risicofactoren zijn die van invloed zijn op het ontstaan van ernstige problematiek (vgl. Hermanns et al. 2005; Ormel et al. 2001). Waar in veel eerdere studies een beperkt aantal risicofactoren werd onderzocht, hebben wij een breed scala aan risicofactoren in beeld gebracht. Daarbij hebben we rekening gehouden met de onderlinge verbanden tussen die factoren. Uitgangspunt in ons onderzoek is dat de ontwikkeling van kinderen en daarmee ook het ontstaan van ernstige kind- en opvoedproblemen bepaald wordt door een ingewikkeld samenspel van kind-, ouder- en gezins- en bredere omgevingsfactoren (vgl. Bakker et al. 1998; Deković 2000; Sameroff 2010).

Kindfactoren

De onderzochte kindfactoren hangen het sterkst samen met ernstige kind- en opvoedproblemen. Ouders ervaren vooral veel problemen bij hun kind en in de opvoeding als hun kind langdurig lichamelijke ziek is of lichamelijke of verstandelijke beperkingen heeft (van 34% tot 63%). De aanwezigheid van ziekten of beperkingen bij een kind geeft op zich natuurlijk al aanleiding tot zorgen bij ouders. Kinderen hebben door deze gezondheidsproblemen of verminderde verstandelijke vermogens een grotere kans dat zij niet kunnen deelnemen aan activiteiten die van belang zijn voor hun ontwikkeling. Dat kan leiden tot probleemgedragingen. Verder komen onder kinderen met een laag geboortegewicht, jongens, oudere kinderen (vanaf 5 jaar) en kinderen met een lager onderwijsniveau ook vaker ernstige problemen voor dan bij andere kinderen (van 12% tot 29%). Deze kenmerken kwamen ook in eerder onderzoek als risicofactoren naar voren (Van Dorsselaer 2010; Stevens et al. 2009; Zeijl et al. 2005).

Ouder- en gezinsfactoren

Er zijn enkele ouder- en gezinskenmerken die risicofactoren voor ernstige problematiek vormen. Met name onder gezinnen waarin psychische problematiek bij de ouders

of verslaving speelt of waarin een van de ouders een aandoening of ziekte heeft, wordt vaker ernstige problematiek gerapporteerd (van 17% tot 29%). Dergelijke situaties kunnen voor de nodige stress bij de ouder(s) en het kind zorgen, wat een wissel kan trekken op de kwaliteit van de opvoeding en (daarmee) ook de ontwikkeling van kinderen negatief kan beïnvloeden. Bovendien krijgen veel kinderen in deze gezinnen extra verantwoordelijkheden en taken die soms niet bij hun leeftijd passen (De Veer en Francke 2008; Meijer et al. 2008; Sieh 2012). Al met al verdienen gezinnen waarin lichamelijke en psychische ziekten of verstandelijke beperkingen voorkomen bij kinderen en/of ouders dus extra aandacht. Zo is het van belang dat artsen niet alleen oog hebben voor de lichamelijke kant van de problematiek, maar ook alert zijn op eventuele problemen in gezinnen die hiermee gepaard kunnen gaan.

Een andere gezinssituatie die extra aandacht verdient, is het eenoudergezin. Bijna 14% van de kinderen leeft in een eenoudergezin. Bij een dergelijk gezin is er eveneens een verhoogde kans op ernstige problematiek (17%). Dat ouders in eenoudergezinnen er veelal alleen voor staan, kan veel opvoedingsstress bij hen opleveren, wat ook een negatieve impact op de ontwikkeling van de kinderen kan hebben (De Roos et al. 2011; Spruijt 2007).

Ook in gezinnen waar vaker ingrijpende levensgebeurtenissen hebben plaatsgevonden, zoals het overlijden van een naaste of het slachtoffer zijn geweest van een misdrijf, komt vaker ernstige problematiek voor (13%). Dit geldt het sterkst voor de meest kwetsbare gezinnen (waarin sprake is van minstens vijf risicofactoren). Dergelijke gebeurtenissen kunnen voor stress zorgen bij de ouders, wat een negatieve invloed kan hebben op de kwaliteit van de opvoeding (Tein et al. 2000). Ook kunnen deze gebeurtenissen traumatiserend werken voor de kinderen (Kim et al. 2003).

Gezinnen waarvan de ouders niet in Nederland geboren zijn (23%), kunnen vanwege de multiculturele context waarin zij leven en de stress die dat met zich meebrengt problemen krijgen. Dit geldt met name voor niet-westerse migranten (Stevens et al. 2003). Hoewel de niet-westerse migrantenouders wel meer kindproblemen rapporteren dan gemiddeld (20% bij peuters en 19% bij kinderen van 3 jaar en ouder), ervaren zij juist iets minder vaak ernstige problematiek (10%). Dit komt met name doordat zij zich veel minder zorgen lijken te maken over hun kind en diens opvoeding. Mogelijk laten deze ouders als gevolg van het opgegroeid zijn in een schaamtecultuur ook niet snel hun zorgen blijken (vgl. Kleijnen en Van den Broek 2010a).

Bredere omgevingsfactoren

Bredere omgevingskenmerken, zoals een ongunstige buurt of een stedelijke omgeving waarin kinderen opgroeien, hangen nauwelijks samen met ernstige problematiek. Er komt weliswaar iets vaker ernstige problematiek voor in buurten met een laag gemiddeld huishoudinkomen (ruim 11%), maar dit wordt verklaard door andere achtergrondkenmerken (vgl. De Roos et al. 2011).

Al met al hangen veel risicofactoren weliswaar significant samen met ernstige problematiek, maar wordt door het geheel aan factoren slechts een deel van de variantie verklaard (20%). Hoewel een dergelijk percentage op zich helemaal niet laag is in

sociaal-wetenschappelijk onderzoek, oogt het aan de lage kant, zeker gezien de grote hoeveelheid variabelen die is onderzocht. Het betekent dat er enkel op basis van risicofactoren over specifieke gezinnen met weinig zekerheid te zeggen valt of er sprake is van ernstige problemen.² De achtergrondkenmerken van een gezin zijn niet bepalend of het met een kind goed zal gaan. In andere woorden: uit welk nest je komt, is niet allesbepalend bij de ontwikkeling van problemen. Wat dat betreft lijken de kansen voor verschillende groepen om van kind- en opvoedproblemen verschoond te blijven redelijk verdeeld te zijn in Nederland. Dit sluit ook aan bij de resultaten van een vergelijkend onderzoek onder 24 welvarende landen naar (de verschillen in) het welzijn van kinderen. Nederland blijkt tot de top te behoren wat betreft (de gelijkheid in) het welbevinden van kinderen op het gebied van materiële welvaart, gezondheid en onderwijs (Unicef 2010). Wellicht is dit het gevolg van de tendens in de Nederlandse samenleving en politiek om gelijke kansen voor alle groepen na te streven. In sommige andere landen, waar bepaalde groepen echt slechter af zijn, zal problematiek met kinderen dan meer samenhangen met achtergrondkenmerken.

De risicokenmerken vormen de uitgangspositie voor een gezin, maar of er problemen ontstaan, is afhankelijk van de feitelijke uitdagingen waar een gezin voor komt te staan. Botsende persoonlijkheden, conflicten, maar ook factoren als veerkracht van kinderen en ouders, en de onderlinge relaties binnen gezinnen (Van IJzendoorn 2008) spelen een rol in de manier waarop een gezin functioneert en de jeugdige de kans krijgt een gezonde volwassene te worden.

Dat slechts een vijfde van de ernstige problematiek door achtergrondkenmerken verklaard wordt, zet vraagtekens bij de bruikbaarheid van het *at-risk model* dat soms gehanteerd wordt in de jeugdzorg. Jeugdzorgvoorzieningen die zich hierop baseren, gaan ervan uit dat wanneer binnen gezinnen sprake is van bepaalde achtergrondkenmerken, dit voldoende aanleiding is om hun preventieve zorg te geven, waar andere gezinnen deze niet krijgen. Onze bevindingen laten zien dat achtergrondkenmerken onvoldoende informatie geven om gezinnen met problemen op te sporen.

8.3.2 Cumulatie van risicofactoren en de rol van beschermende factoren

In de literatuur wordt soms verondersteld dat een opeenstapeling van risicofactoren (risicocumulatie) in gezinnen de kans op ernstige problemen meer doet toenemen dan de afzonderlijke risicofactoren (Hermanns et al. 2005; Van den Broek et al. 2012). In ons onderzoek vinden we hier geen aanwijzingen voor; risicocumulatie hangt niet significant samen met ernstige problematiek als we rekening houden met de bijdrage van de afzonderlijke risicofactoren.

De risicofactoren kunnen de draaglast van gezinnen doen toenemen, waardoor deze gezinnen uit balans kunnen raken en er ernstige problemen kunnen ontstaan. Volgens het balansmodel (Bakker et al. 1998) zijn er ook beschermende factoren die de draagkracht van gezinnen kunnen vergroten en de kans op ernstige problematiek juist verkleinen. De bevindingen in ons rapport bevestigen dit slechts zeer ten dele. Als een gezin naast risicofactoren ook over beschermende factoren beschikt (zoals een hoog

onderwijsniveau van het kind en een goede gezondheid van de ouders), verlaagt dit enigszins de kans dat er sprake is van ernstige problematiek.³

8.4 Gebruik van jeugdzorg en overlap met andere voorzieningen

Ongeveer 19% van de gezinnen maakt gebruik van eerste- of tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen. Zo'n 7,5% maakt gebruik van de (gespecialiseerde) tweedelijns-jeugdzorgvoorzieningen. Vooral over hen gaat dit rapport. Ongeveer 6% van de gezinnen maakt gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz), 2,5% van de provinciale jeugdzorg en 1,0% van zorg voor jeugd met een lichte verstandelijke beperking (jeugd-lvb). Er blijkt dus sprake te zijn van relatief veel overlap in het gebruik van de voorzieningen. De cijfers die we vonden in de survey komen behoorlijk overeen met registraties van gebruik.

De gezinnen die jeugdzorg krijgen vanuit de AWBZ (jeugdigen in de jeugd-lvb en zij die langdurig in de jeugd-ggz zitten) maken vaker gebruik van het persoonsgebonden budget dan jeugdigen die vanwege andere redenen (zoals een lichamelijke handicap) gebruikmaken van de AWBZ; deze ontvangen vaker zorg in natura. Jeugdigen die gebruikmaken van jeugdzorg maken ook meer dan gemiddeld gebruik van het speciaal onderwijs. Dit geldt met name voor de jeugdigen in de jeugd-lvb; twee derde van hen zit in het speciaal onderwijs. Bij de andere vormen van jeugdzorg is dit een kwart (provinciale jeugdzorg) tot een vijfde (jeugd-ggz).

8.5 De match tussen problemen en jeugdzorggebruik

Van de gezinnen die ernstige problematiek rapporteren, maakt 43% gebruik van de tweedelijnsjeugdzorg. Dit is 4,5% van alle gezinnen met kinderen onder de 18 jaar. Daarnaast is er een groep kinderen die in de jeugdzorg zit terwijl er volgens de rapportage van de ouders geen sprake is van ernstige problematiek; het gaat hierbij om 2,8% van de gezinnen. Dit betekent dat bijna 40% van de ouders (gezinnen) die gebruikmaken van tweedelijnsjeugdzorg niet bijzonder veel problemen ervaart bij de opvoeding of de ontwikkeling van hun kind. Er is dus regelmatig sprake van een discrepantie tussen ervaren problematiek en geïndiceerde hulp. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn in dit rapport verkend en hebben deels te maken met kenmerken en overwegingen van gezinnen en deels met aspecten van de jeugdzorg.

8.5.1 Discrepantie problemen en gebruik: de rol van gezinsfactoren

Achtergrondkenmerken

Sommige gezinnen maken vaker gebruik van jeugdzorg dan andere gezinnen, hoewel hun problematiek even zwaar of zelfs minder zwaar is. Het gaat om gezinnen waarvan de ouders lichamelijke ziekten en aandoeningen, of verslavings- of psychische problemen hebben. En om eenoudergezinnen, gezinnen met zonen, oudere kinderen en kinderen met verstandelijke beperkingen of een lager onderwijsniveau. Dit zijn veelal dezelfde kenmerken als die we aantreffen als risicofactoren voor problematiek. Mogelijk raakt de

jeugdzorg betrokken bij gezinnen naar aanleiding van bijvoorbeeld een echtscheiding of contacten met verslavingszorg, en blijven deze gezinnen soms in het vizier, hoewel ouders zelf de problemen niet (meer) als ernstig (genoeg) inschatten. Deze bevinding is in lijn met de signalering van de RMO en RVZ (2009) dat er tegenwoordig een tendens bestaat om potentiële gebruikers van de jeugdzorg te selecteren op basis van risicokenmerken en minder aan de hand van daadwerkelijke problemen. Niet-westerse migrantengezinnen hebben juist ongeacht hun problematiek een kleinere kans om in de tweedelijnsjeugdzorg terecht te komen (zie ook Van den Broek et al. 2010; Zwirs et al. 2006).

Beperkt inzicht ouders in problematiek?

De vraag rijst of ontkenning van problemen door ouders of een beperkt inzicht een rol kan spelen bij de relatief geringe samenhang tussen ouderrapportages van problemen en jeugdzorggebruik. Ontkenning van en een beperkt inzicht in problematiek kan bijvoorbeeld optreden als ouders kampen met persoonlijkheids- of verslavingsproblematiek of over beperkte verstandelijke vermogens beschikken. Deze ouderkenmerken hangen samen met ernstige verwaarlozing, mishandeling of misbruik van kinderen (Alink et al. 2011). Ouders bij wie de kans op kindermishandeling bovengemiddeld is – dit zijn de ouders die aangaven vanwege problemen met hun kind ooit te maken hebben gehad met de kindbescherming of rechter – kwamen het vaakst voor in de groep die jeugdzorg gebruikt zonder zelf serieuze problemen te rapporteren. Er lijkt bij hen dus sprake te zijn van onvoldoende inzicht in of erkenning van problemen. Voor sommige ouders biedt dit wellicht een verklaring voor de discrepantie tussen probleem en gebruik. Overigens zijn er ook aanwijzingen dat de jeugdzorginstanties weinig zicht krijgen op de bestaande gevallen van kindermishandeling. Kinderombudsman Dullaert merkte op dat het aantal meldingen van kindermishandeling bij het AMK (krap 20.000 in 2011; Jeugdzorg Nederland) fors lager ligt dan de schattingen van meer dan 100.000 slachtoffers van Alink et al. (2011).

Oriëntatie in omgang met problemen

De discrepantie tussen problemen en gebruik kan deels verklaard worden doordat ouders verschillen in de manier waarop ze tegen (het ontstaan van) problemen en het nut van hulpverlening aankijken. Sommige ouders leggen de oorzaak (en oplossing) van problemen buiten henzelf, zijn 'extern georiënteerd'. Zij denken dat situaties hun overkomen door toedoen van (mensen in) de omgeving, het lot of toeval. Oplossingen voor situaties zijn in deze visie bij experts zoals hulpverleners te halen ('expertoriëntatie') of komen toevallig voorbij ('kansoriëntatie'). Ouders die denken dat vooral professionals voor oplossingen kunnen zorgen, maken vaker gebruik van jeugdzorg dan ouders die denken dat toeval een belangrijke rol speelt in het verloop van problemen. Intern georiënteerde ouders denken dat zij situaties zelf in de hand hebben. Deze ouders rapporteren vooral minder vaak problematiek maar verschillen niet van andere ouders in de mate van zorggebruik.

Functionele en sociale redenen om niet te gebruiken

Er zijn vaak functionele redenen waarom ouders die zich zorgen maken om hun kind en de opvoeding⁴ geen gebruik maken van de jeugdzorg. Die kunnen deels een verklaring bieden voor de discrepantie tussen probleem en gebruik. Zo geeft meer dan de helft van de ouders die zich zorgen maken aan dat de problemen met hun kind niet zo groot zijn of niet zo lang zullen duren. Ook geeft bijna 40% van de ouders aan zelf oplossingen te hebben gevonden voor de problemen en daarom geen hulp nodig te hebben. Sommige ouders geven sociale redenen om geen hulp te zoeken, ondanks de zorgen die zij zich maken. Een kleine 2% van die ouders zegt slechte ervaringen te hebben gehad met de hulpverlening en ruim 1% wil liever niet dat anderen zich met hun gezin bemoeien of noemt dat er een meningsverschil bestaat over de vraag of het nodig is hulp te zoeken.⁵

8.5.2 Discrepantie problemen en gebruik: aspecten van zorg

Indicatiestelling

Niet alle gezinnen die toegang proberen te krijgen tot de tweedelijnsjeugdzorg ontvangen hiervoor een indicatie. Een groot deel van de ouders (bijna 80%) die veel opvoed- of kindproblemen ervaart maar geen gebruikmaakt van geïndiceerde jeugdzorg, blijkt gesproken te hebben met instanties of professionals die doorverwijzen naar tweedelijnszorgvoorzieningen; dit is ongeveer 5% van de totale populatie. Bijna een kwart heeft zonder succes geprobeerd toegang tot deze jeugdzorgsector te krijgen. In deze gevallen schatten de professionals de gezinsproblematiek waarschijnlijk als minder ernstig in dan de ouders zelf.

Gebruik eerstelijnszorg

Een andere mogelijke verklaring voor de discrepantie tussen het ervaren van ernstige problemen en het niet gebruiken van tweedelijnsjeugdzorg is dat de betreffende gezinnen gebruikmaken van eerstelijnsjeugdzorg. Dit zijn voorzieningen waartoe iedereen toegang heeft. Ook bij het gebruik daarvan blijkt er echter een discrepantie te zijn met de door ouders ervaren problemen.

Een vraag die in het verlengde hiervan ligt, is hoe eerstelijns- en tweedelijnsvoorzieningen zich tot elkaar verhouden. En ook welke rol sociale steunnetwerken rondom het gezin spelen bij de toeleiding naar zorgvoorzieningen. Een belangrijk doel van de eerstelijnszorg is het beschikbaar stellen van lichte en toegankelijke zorg waarmee voorkomen kan worden dat problemen ernstiger worden en er gespecialiseerde zorg nodig is. Kan eerstelijnszorg tweedelijnszorg voorkomen? Uit analyses op regioniveau blijkt dat een groter aanbod van eerstelijnsvoorzieningen inderdaad samenhangt met het gebruik van minder tweedelijnsvoorzieningen. Uit analyses op gezinsniveau blijken de sociale netwerken (ook wel 'nuldelijnszorg') het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen te stimuleren, en deze voorzieningen spelen op hun beurt een zeer belangrijke rol in het doorverwijzen naar de tweedelijnszorg.

Jeugdzorg verhelpt problemen

Dat sommige gezinnen weinig problemen ervaren, maar wel tweedelijnsjeugdzorg gebruiken, kan ook komen door positieve effecten van die zorg. Een aanwijzing hiervoor is dat gezinnen die op een wachtlijst staan voor geïndiceerde zorg (zij hebben recht op die zorg) meer problemen rapporteren dan gezinnen die al gebruikmaken van die zorg.

Langer in zorg bij diagnose?

Wanneer kinderen een diagnose hebben gekregen, worden zij beschouwd als kinderen met bepaalde problematiek en als hulpbehoevend. Kan een diagnose ertoe leiden dat kinderen langer in de zorg blijven dan misschien nodig is, en kan dit een verklaring zijn voor het feit dat sommige kinderen in de jeugdzorg verblijven zonder dat er (nog) sprake is van ernstige problematiek? Wij vinden hiervoor geen aanwijzing. Ouders van jeugdigen die in de tweedelijnszorg gediagnosticeerd zijn met een psychische aandoening rapporteren veel vaker ernstige problematiek dan ouders van kinderen zonder een diagnose. Dit beeld gaat ook op voor jeugdige zorggebruikers wier intelligentie getest is; ouders van deze kinderen rapporteren meer problemen dan ouders van kinderen die gebruikmaken van de jeugdzorg zonder dat de intelligentie van het kind getest is.

8.5.3 Discrepantie problemen en gebruik: niet-onderzochte factoren

Er zijn ten slotte eveneens verklaringen voor deze discrepantie die we niet hebben kunnen onderzoeken. Ten eerste is het, zoals we hiervoor bespraken, mogelijk dat bepaalde inzichten van de ouders niet overeenkomen met de werkelijke problemen omtrent hun kind of de opvoeding. Om hier een goed beeld van te krijgen zouden eigenlijk meerdere informanten rondom een kind bij het onderzoek betrokken moeten worden, zoals leerkrachten.

Ook hebben we de rol van de (organisatie van de) jeugdzorgsector niet onderzocht. We zagen hiervoor dat gezinnen die problemen ervaren lang niet altijd een indicatie voor jeugdzorg krijgen. Hoe de indicatiestelling feitelijk verloopt, is wel vastgelegd in protocollen, maar er is weinig onderzoek dat ingaat op de feitelijke indicatiestelling, en wat hierin goed en fout kan gaan.

8.5 Tot slot

We hebben in deze publicatie in kaart gebracht welke kenmerken van gezinnen samenhangen met problemen, en in hoeverre gerapporteerde problemen samenhangen met jeugdzorggebruik. Het is duidelijk dat veel kenmerken gerelateerd zijn aan problemen. De kindkenmerken echter zijn de sterkste voorspellers van problemen. De inschatting van problematiek door ouders hangt tot op zekere hoogte samen met jeugdzorggebruik. We hebben veel factoren verkend die een verklaring kunnen vormen voor de discrepantie tussen ervaren problemen en jeugdzorggebruik. Sommige van deze factoren vormen een heel logische verklaring voor de discrepantie. Zo is de meest genoemde reden om geen hulp te zoeken – de aanname dat problemen wel meevallen en vanzelf over zullen gaan – wellicht een heel gezonde instelling voor ouders. Andere onderzochte

verklaringen geven meer aanleiding tot zorgen over de aansluiting tussen de problemen die er bij jeugdigen in de samenleving spelen en de daarvoor aangeboden jeugdzorg. Zo is het bijzonder dat voornamelijk jeugdigen uit groepen waar vaker problemen worden geconstateerd (zoals eenoudergezinnen) gebruikmaken van jeugdzorg, ook in gevallen waarin geen sprake is van problemen. Dit geeft de indruk dat gezinnen met bepaalde kenmerken toch meer opvallen, of in het vizier staan van hulpverleners. Groepen waarvan op basis van de kenmerken weinig problemen zijn te verwachten, zouden daarentegen juist weleens gemist kunnen worden door de jeugdzorgvoorzieningen, terwijl de ervaren problemen wel ernstig zijn. Dit speelt natuurlijk vooral in de gevallen waar de jeugdzorg een signalerende functie heeft. Veel gezinnen zullen zelf in staat zijn om aan de bel te trekken wanneer er problemen zijn.

Noten

- 1 Door de verdeling van problematiek in de survey ligt dit afkappunt bij 10,5%.
- 2 Voor het ramen en verdelen van middelen is dit overigens geen probleem, omdat het hierbij gaat om het schatten van problemen en jeugdzorggebruik bij groepen gezinnen (bijvoorbeeld in regio's), en niet bij individuele gevallen.
- 3 De verklaarde variantie ligt twee procentpunten hoger met de opname van beschermende factoren en interacties daarvan met risicofactoren.
- 4 Dit is een grotere groep dan de groep die ernstige problemen heeft en niet gebruikt, maar de antwoordtendenzen zijn vergelijkbaar; zie verder hoofdstuk 4.
- 5 Niet duidelijk is of het hier om meningsverschillen tussen ouders onderling of tussen ouders en omgeving/hulpverlening gaat.

Summary

Turning to youth care

Predictors of child and parenting problems and use of youth care services

Which families use second-line youth care services?

Young people or their parents or carers who face difficulties can access youth care services. Heavy use is made of these services in the Netherlands, and that use has been growing for some years. At the same time, research has shown that young people in the Netherlands are among the happiest in the world. Evidently, there are many young people who are doing very well, therefore, but there are also a substantial number with serious problems.

This report concentrates on the use of specialist, second-line youth care services. By this we mean provincial youth care services, youth mental health care services and care for young people with mild intellectual disabilities. The central research questions addressed are as follows:

- 1 What are the determinants of the onset of serious child and parenting problems?
- 2 What is the relationship between the reported problems and the use of youth care services?

To answer these questions, a survey was carried out among over 25,000 parents of children aged up to 18 years.

Characteristics of young people and families with problems

Problems occur more commonly in some groups than others. Before looking at which people make use of youth care services, it is important to know which people have problems. For this study we draw a distinction between child and parenting problems. Problems with children refer to behavioural and psychological problems; parenting problems refer to problems with child-rearing and the parent-child relationship which can have an adverse impact on children's development. Such problems occur in all families from time to time, of course; to be eligible for second-line youth care services, there must be *serious* child and parenting problems, and it is these problems that are the main focus in this report.

We studied a wide range of factors that can influence serious child and parenting problems, both at the level of the child and parents and in the broader setting. Children's characteristics were found to be particularly closely associated with serious problems. Boys, older children and children with low birth weight have problems slightly more often. Intellectual disabilities and long-term physical illnesses and disorders are associated with a greatly increased risk of problems. This also applies for young people who are in a low educational track.

Characteristics of the parents also play a role. Child and parenting problems are much more common in families where there is substance dependency and where parents have physical and/or mental health problems. The risk of problems is also increased in families with a teenage mother and in single-parent families. Families with a low education level and families of non-Western origin, by contrast, report fewer problems. Finally, the chance of problems also increases if (recent) traumatic events have occurred in the family, such as the death of a loved one or being the victim of a crime or accident. This is particularly true in the most vulnerable families, a group in which there are at least five risk characteristics. If there are more risk factors within a family, those traumatic events can go beyond the family's ability to cope. The balance between the burden the family has to bear and its ability to do so is then disrupted, and this leads to problems.

The residential neighbourhood in which a family lives has virtually no influence on the prevalence of child and parenting problems. The chance of problems is only slightly increased for families living in a neighbourhood where average incomes are low. Families with more risk characteristics generally have more problems. It is generally claimed that the more risk factors there are, the greater their combined effect is; in other words, one plus one equals three, as it were. We found no evidence for this, and therefore conclude that there are no indications that such a 'cumulative effect' exists. Another frequently suggested mechanism is that positive characteristics (such as a high parental education level or a high income) offers protection against the effect of risk characteristics in producing problems. We found limited support for this. In families where the children have a high education level and the parents are healthy, the risk of child and parenting problems reduces, but not by much.

Use of youth care services

Youth care services are used by 19% of families and young people in the Netherlands. This includes both first-line (freely accessible) and second-line (referral-based) services. Second-line services, consisting of provincially funded youth care, youth mental health care and care for young people with mild intellectual disabilities, are used by 7.5%. Some families use more than one of these care categories..

Discrepancy between occurrence of problems and use of youth care services

Knowing which young people and families do and do not experience serious problems enabled us to look at which of them use youth care services. Logically, those with more problems more often use these services. However, for some families we found a discrepancy between reported problems and use of youth care services. Around 3% of families that reported no serious problems actually used second-line youth care services. More than half the families who reported serious problems did not use these services. We explored a number of possible explanations for this discrepancy. Those explanations are partly related to family characteristics and considerations. Some families make more use of youth care services than others, even though their problems are comparable or even less severe. These are families where the parents suffer from physical diseases or disorders or have dependency issues or mental health problems. They also include

single-parent families, families with sons, older children and children with intellectual disabilities or a lower school level. Youth care services may become involved with families as a result of a divorce, for example, or through contacts with the dependency care services, and these families then sometimes remain on the radar even though the parents themselves do not (any longer) assess the problems as serious enough.

Families which have already been in contact with youth care services at an earlier time may use the services more often (than might be expected based on their present problems) because they are already familiar with or known to the youth care organisations. An indication for this explanation is that youth care services are used more for older children (after controlling for the problems) than for younger children.

The discrepancy between problems and use of care services can also be partly explained by differences in the way parents perceive the onset of problems and the usefulness of support services. Many parents report that they saw no reason to call on the youth care services because they did not consider the problems especially major or expected them to be fairly short-lived. A proportion also reported that they had found solutions themselves. Parents who are more inclined to think that an expert is needed to resolve problems use youth care services more often. Those who think that problems come and go as a matter of chance use these services less often.

The youth care sector itself also appears to play a role in the discrepancy between problems and use of youth care services. Many of the parents who report problems but do not use youth care services have been in contact with the referral agencies for youth care. A proportion of them were not assessed as requiring specialist care, even though they wished to access it. It is possible that families with problems do receive care, but from first-line rather than second-line services. This does not provide an explanation, however, as there is also a discrepancy between usage and problems among users of first-line youth care services.

The fact that some families experience few problems but still use second-line care services may also be due to the positive effects of the care they received. One indication for this is that families that are on a waiting list following a referral to care report more problems than families that are already making use of that care.

Finally, we find no indications that labelling as a result of past diagnoses plays any role in explaining the discrepancy between the presence of serious problems and the use of youth care services. Young people who have in the past been diagnosed as having a psychological disorder or whose intelligence has been tested experience more problems than those receiving care who have not received such a diagnosis or test. They therefore do not often use youth care services while there are no serious problems.

Relationship between informal support, first-line and second-line care

If parents/carers or children have problems, they need not by definition make use of second-line youth care services. Help is often available from their own networks, for example in the form of advice or practical support from family or neighbours. Problems may also be addressed by the first-line youth care services. It might be expected that parents will first look for help in their immediate network ('zero-line care'); if that is not adequate, they progress to the first line and subsequently perhaps also to the

second line. To what extent such ‘readily accessible’ resources might prevent the use of second-line youth care services is unclear. We tried to gain an insight into this by performing a number of specific analyses.

Analyses at regional level showed a negative correlation between first-line and second-line youth care: where more use is made of first-line youth care, less use is made of second-line care. This could indicate that the use of preventive (first-line) care can avoid the need for second-line care. By contrast, analyses at family level showed that families with more problems more often use both help from their immediate network and first-line and second-line youth care services. The various levels of help are also positively associated: families that use support from their immediate networks make more use of first-line youth care services; and families that make more use of first-line youth care services make more use of second-line youth care. This could indicate that receiving help from the immediate network encourages the use of first-line services and that those services in turn play an important role in referral to second-line care services.

Different groups, different usage

It is important that different groups in the Netherlands have the same level of access to youth care services. We investigated whether different population groups differed in their use of youth care services, and if so what explanations might be found for this. Migrant families with serious child and parenting problems were found to make relatively little use of either first-line or second-line youth care. They also received support from their networks slightly less often than native Dutch families with similar problems. Where they do make use of youth care services, these are often provincially organised services. These families use youth mental health care services less often than native Dutch families. One possible explanation for the lower use of youth care services is that non-Western migrants are less inclined to turn to experts when they have problems and more often believe that chance plays a role in the course of problems.

Families with low-educated parents make more use of youth care services than families where the parents have an intermediate or higher education level. This applies especially for the use of provincially organised youth care services and care for young people with mild intellectual disabilities. They receive less support from their networks and use other first-line youth care services (especially the Youth Care Office (*Bureau Jeugdzorg*) and (school-based) social work. Like non-Western migrants, they are less likely to turn to experts to resolve problems and more often think that chance plays a major role.

Finally, single-parent families more often use second-line youth care services, especially provincially organised services. Among first-line services, they make more frequent use of the Youth Care Office, Youth and Family Centres (*Centrum voor Jeugd en Gezin*) and (school-based) social work. Single parents are less likely than parents from two-parent families to think that problems are less serious or will resolve themselves.

Conclusion

The data used in this report are drawn largely from parent reports. It is known that parents sometimes view the problems of their children differently from others who are involved with the family, such as teachers or support workers. If parents are unable or

unwilling to see problems, or conversely see problems where there are none, this will mean that the outcomes of this study deviate in some cases from the real situation. We do not know to what extent this is the case. Generally, however, it is likely that parents have a realistic view of the problems and well-being of their children. Moreover, in order to chart problems as reliably as possible, we used validated measurement instruments. For the first time, this study investigated how a broad range of factors correlate with the prevalence of child and parenting problems and the use of youth care services. We found that characteristics of the children, in particular, are associated with problems in families. In general, we found that families with serious problems make more use of youth care services, but that there is also a discrepancy between problems and youth care use. It is therefore not only useful to focus on how families in youth care may be helped best. It is also important to keep an eye on whether families may not be reached by youth care, or, on the other hand, are using expensive, specialised youth care while they may not actually need that.

Literatuur

- Aalbers-Van Leeuwen, M., L. van Hees en J. Hermanns (2002). Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen: reden tot optimisme of reden tot pessimisme? In: *Pedagogiek*, jg. 22, nr. 1, p. 41-54.
- Algemene Rekenkamer (2012). *Centra voor Jeugd en Gezin in gemeenten; een samenwerkingsproject met gemeentelijke rekenkamers*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Alink, L., R. van IJzendoorn, M. Bakermans-Kranenburg, F. Pannebakker, T. Vogels en S. Euser (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen*. Leiden: Universiteit Leiden/TNO.
- Anderson, K.E., H. Lytton en D.M. Romney (1986). Mothers' interactions with normal and conduct-disordered boys: Who affects whom? In: *Developmental Psychology*, jg. 22, nr. 5, p. 604-609.
- Asscher, J.J. en M.C. Paulussen-Hoogeboom (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. In: *Kind en Adolescent*, jg. 26, p. 16-24.
- Attar, B.K., N.G. Guerra en P.H. Tolan (1994). Neighborhood disadvantage, stressful life events, and adjustment in urban elementary-school children. In: *Journal of Clinical Child Psychology*, jg. 23, p. 391-400.
- Bakker, I., K. Bakker, A. van Dijke en L. Terpstra (1998). *O + O = O2. Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Barnard, M. en N. McKeganey (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? In: *Addiction*, jg. 99, p. 552-559.
- Baron, R.M. en D.A. Kenny (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, jg. 51, p. 1173-1182.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. In: *Developmental Psychology Monograph*, jg. 4, nr. 1, p. 1-103.
- Bell, R. en M. Chapman (1986). Child effects in studies using experimental or brief longitudinal approaches to socialization. In: *Developmental Psychology*, jg. 22, nr. 5, p. 595-603.
- Berg, G. van den (2010). Hulpverlening weet migrantenjeugd slecht te vinden. Interventies houden geen rekening met culturele verschillen. In: *Jeugd en Co Kennis*, jg. 4, nr. 2, p. 8-17.
- Bickman, L., M. Foster en E.W. Lambert (1996). Who Gets Hospitalized in a Continuum of Care. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, jg. 35, p. 74-80.
- Bierings, H., L. Kuijvenhoven, J. van der Laan en R. de Vries (2011). Langdurige werkloosheid, 2002-2009. In: *Bevolkingstrends. Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland – 1e kwartaal 2011* (p. 77-82). Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Bijl, R.V., P. Cuijpers en F. Smit (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, jg. 37, p. 7-12.
- Boelhouwer, J., F. Knol, J. Oppelaar en V. Veldheer (red.) (2006). *De leefsituatie in de grote stad 1997-2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bouma, E.M.C., J. Ormel, F.C. Verhulst en A.J. Oldehinkel (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament, and family environment. In: *Journal of Affective Disorders*, jg. 105, p. 185-193.
- Briggs-Gowan, M.J. en A.S. Carter (2006). *BITSEA Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment Examiner's Manual*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

- Briggs-Gowan, M.J., A.S. Carter, J.R. Irwin, K. Wachtel en D.V. Cicchetti (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Screening for Social- Emotional Problems and Delays in Competence. In: *Journal of Pediatric Psychology*, jg. 29, p. 143-155.
- Broek, A. van den, E. Kleijnen en S.M. Bot (2012). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In: RMO, *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg* (p. 60-126). Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Broek, A. van den, E. Kleijnen en S. Keuzenkamp (2010). *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten. Verdiepingsstudie Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Bucx, F. (2009). De leefsituatie van kinderen en jongeren met een niet-westerse achtergrond. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 291- 316). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bucx, F. (red.) (2011). *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bucx, F. en S. Bot (2012). Opvoeding van kinderen, wiens zorg? In: *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid?* (p. 32-49). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bucx, F. en S. de Roos (2011). Opvoeden in Nederland. In: F. Bucx (red.), *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland* (p. 152-179). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Calsbeek, H., P. Spreeuwenberg, M.J.W. van Kerkhof en P.M. Rijken (2006). *Kerngegevens Zorg 2005. Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten*. Utrecht: NIVEL.
- Casey, B.J., N. Tottenham, C. Liston en S. Durston (2005). Imaging the developing brain: what have we learned about cognitive development? In: *Trends in Cognitive Sciences*, jg. 9, p. 104-110.
- cbs jeugdstatline, geraadpleegd op 14 oktober 2012; <http://jeugdstatline.cbs.nl/JeugdMonitor/selection/default.aspx?DM=SLNL&PA=71009NED&VW=T>.
- cbs statline. Gerapporteerd gebruik medische voorzieningen en geneesmiddelen, maart, 2009. gevonden op: <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/effectiviteit-van-preventie/consultatiebureau/>
- Cloïn, M. (2010). *Het werken waard. Het arbeidsaanbod van laagopgeleide vrouwen vanuit een economisch en sociologisch perspectief* (proefschrift). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Coley, R.L. en P.L. Chase-Lansdale (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidence and future directions. In: *American Psychologist*, jg. 53, p. 152-160.
- Crone, M.R., A.G.C. Vogels, F. Hoekstra, P.D.A. Treffers en S.A. Reijneveld (2008). A comparison of four scoring methods based on the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire as used in the Dutch preventive child health care system. In: *BMC Public Health*, jg. 8, p. 106.
- Dam, P. (2012). *Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg*. Verdonck, Klooster & Associates B.V. in opdracht van ActiZ.
- Deković, M. (2000). *Opvoedingsproblemen in (pre-)adolescentie. Implicaties voor onderzoek en hulpverlening* (oratie). Amsterdam: Vossiuspers AUP.
- Distelbrink, M. (2009). *Ondersteuning van opvoeders in Amsterdam Noord, Slotervaart en Zuidoost; praktijk, beleid en migrantenorganisaties. Inventarisatie voor de KENNISWERKPLAATS Tienplus*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Djelantik, A.A.A.M.J., A.E. Kunst, M.F. van der Wal, H.A. Smit en T.G.M. Vrijkotte (2012). Contribution of overweight and obesity to the occurrence of adverse pregnancy outcomes in a multi-ethnic cohort: population attributive fractions for Amsterdam. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, jg. 119, nr. 3, p. 283-290.
- Doorten, I. en F. Bucx (2011). Steun voor ouders bij de opvoeding: de rol van sociale netwerken, instanties en de buurt. In: F. Bucx (red.), *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland* (p. 180-196). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dorsselaer, S. van, E. Vermeulen-Smit, M. de Looze, S. de Roos, J. Verdurmen, T. ter Bogt, en W. Vollebergh (red.) (2010). *HBS-C 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Driessen, G., T. Mooij en J. Doesborgh (2007). *Hoogbegaafdheid van leerlingen in het primair onderwijs. Ontwikkelingen en samenhangen met kenmerken van thuis, de groep en de school*. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Dunnink, G. en W.J.G. Lijs-Spek (2008). *Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. Rapport 295001001/2008*. Bilthoven: RIVM.
- Egten, C. van, E. Zeijl, S. de Hoog, C. Nankoe en E. Petronia (2008). *Gezinnen van de toekomst. Opvoeding en opvoedingsondersteuning*. Den Haag: E-Quality.
- Einde-Bus, A.E.M. van den, J.E.J. Goldschmeding, L.M. Tielen, F.G. de Waart en P.M. van de Looij-Jansen (2010). Jongeren die opgroeien met een langdurig ziek, gehandicapt of verslaafd familielid: reden tot zorg. In: *TSG*, jg. 88, p. 79-88.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. In: *Science*, jg. 196, p. 129-136.
- Evans, J.St.B.T. en K. Frankish (red.) (2009). *In two minds: Dual processes and beyond*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Fagan, A.A. en J.M. Najjman (2005). The relative contributions of parental and sibling substance use to adolescent tobacco, alcohol, and other drug use. In: *Journal of Drug Issues*, jg. 35, p. 869-883.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, A. Knispel en I. Elfeddali (2006). *Afbakening eerste- en tweedelijnszorg voor psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Garnefski, N. en V. Kraaij (2009). Cognitive coping and psychological adjustment in different types of stressful life events. In: *Individual Differences Research*, jg. 7, nr. 3, p. 168-181.
- Ge, X.J., R.D. Conger en G.H. Elder (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. In: *Developmental Psychology*, nr. 37, p. 404-417.
- Gerven, A. van, J. Bruins en S. Ucar (2009). *Inventarisatie Taal en Ouderbetrokkenheidstrajecten*. Utrecht: FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.
- Gezondheidsraad (2012). *Psychische gezondheid en zorggebruik van migranten jeugd*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GGD Nederland (2006). *Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg: vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar*.
- Gijsberts, M., W. Huijink en R. Vogels (2011). *Chinese Nederlanders. Van horeca naar hogeschool*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Goodman, R., T. Ford, H. Simmons, R. Getward en H. Meltzer (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. In: *The British Journal of Psychiatry*, jg. 177, nr. 6, p. 534-539.

- Graaf, A. de (2011). Gezinnen in cijfers. In: F. Bucx (red.), *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland* (p. 35-61). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Graaf, R. de, M. ten Have en S. van Dorsselaer (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis 2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Guldemon, H., R. Bosker, H. Kuyper en G. van der Werf (2003). *Hoogbegaafden in het voortgezet onderwijs*. Groningen: GION.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd* (oratie). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Hermanns, J., F. Öry en G. Schrijvers (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Julius Centrum.
- Hopman, M. (2012). *Unraveling the Hidden Curriculum; Values in Youth Care Interventions and Youth Policy* (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Janssens, J.M.A.M. (2012). *Jeugdzorg en orthopedagogiek* (afscheidsrede). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Johnson, D.P., M.A. Whisman, R.P. Corley, J.K. Hewitt en S. Huyn Rhee (2012). Association between depressive symptoms and negative dependent life events from late childhood to adolescence. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, DOI 10.1007/s10802-012-9642-7.
- Kalthoff, H. (2009). Een pleidooi voor een krachtig opvoedoffensief. Opvoedingsondersteuning aan migrantengezinnen schiet tekort. In: *Jeugd en Co Kennis*, jg. 3, nr. 4, p. 8-18.
- Kiene, A. (2010). Samen uit de opvoedingskramp. In: *de Volkskrant*, 24 augustus 2010.
- Kiene, A. en A. Stoffelen (2010). Ouders in de stress over opvoeden. In: *de Volkskrant*, 24 augustus 2010.
- Kim, J.K., R.D. Conger, G.H. Elder en F.O. Lorenz (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. In: *Child Development*, jg. 74, nr. 1, p. 127-143.
- Kleijnen, E. en A. van den Broek (2010a). Formele opvoedingsondersteuning. In: A. van den Broek, E. Kleijnen en S. Keuzenkamp (red.), *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten* (p. 20-38). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kleijnen, E. en A. van den Broek (2010b). Speciale onderwijsvoorzieningen. In: A. van den Broek, E. Kleijnen en S. Keuzenkamp (red.), *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kübler-Ross, E. en D. Kessler (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.
- Laan, A.M. van der en M. Blom (2006). *Jeugddelinquentie: risico's en bescherming. Bevindingen uit de WODC Monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005*. Den Haag: WODC.
- Lamborn, S.D., N.S. Mounts, L. Steinberg en S.M. Dornbusch (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. In: *Child Development*, jg. 62, nr. 5, p. 1049-1065.
- Leventhal, T. en J. Brooks-Gunn (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. In: *Psychological Bulletin*, jg. 126, p. 309-337.
- Levine, J.A., C.R. Emery en H. Pollack (2007). The well-being of children born to teen mothers. In: *Journal of Marriage and Family*, jg. 69, p. 105-122.
- Lieshout, M. van (2012). 1994: Bureau Jeugdzorg: Opkomst en ondergang. In: *Canon Jeugdzorg Nederland* (2012). Verkregen via http://www.canonsociaalwerk.eu/nl_jz/details.php?cps=19 op 23 mei 2012.

- Loozen, S., H. de Valk en E. Wobma (2012). Demografie. In: M. Gijsberts, W. Huijnk en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2011* (p. 33-55). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Manders, W.A. (2006). *Families and Adolescent Problem Behavior* (proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Mason, C.A., D.A. Chapman en K.G. Scott (1999). The Identification of Early Risk Factors for Severe Emotional Disturbances and Emotional Handicaps: An Epidemiological Approach. In: *American Journal of Community Psychology*, jg. 27, nr. 3, p. 357-381.
- McLanahan, S. (2004). Diverging destinies: How children are faring under the second demographic transition. In: *Demography*, jg. 41, nr. 4, p. 607-627.
- Meijer, A.M., S.J.E. Oostveen en G.J.J.M. Stams (2008). Zorgen voor een zieke ouder. De relatie tussen mantelzorg, ziekte van de ouder en gedragsproblemen bij kinderen. In: *Kind en Adolescent*, jg. 29, p. 208-220.
- Mongillo, E.A., M. Briggs-Gowan, J.D. Ford en A.S. Carter (2009). Impact of traumatic life events in a community sample of toddlers. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, jg. 37, p. 455-468.
- Mönks, F.J. en I.H. Ypenburg (2011). *Hoogbegaafdheid bij kinderen*. Amsterdam: Boom.
- Nederlands Jeugdinstituut (2011). *Dossier Jeugdzorg*. Geraadpleegd 13 oktober 2011, via www.nji.nl.
- Muris P., C. Meesters en F. van den Berg (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, jg. 12, nr. 1, p. 1-8.
- Nisbett, R.E., J. Aronson, C. Blair, W. Dickens, J. Flynn, D.F. Halpern en E. Turkheimer (2012). Intelligence: New Findings and Theoretical Developments. In: *American Psychologist*, Jan. 2, 2012, online first publication.
- Oppenheimer, V.K. (1988). A theory of marriage timing: Assortative mating under varying degrees of uncertainty. In: *American Journal of Sociology*, jg. 94, p. 563-591.
- Ormel, J., J. Neeleman en D. Wiersma (2001). Determinanten van psychische gezondheid: Implicaties voor onderzoek en beleid. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jg. 43, nr. 4, p. 245-257.
- Pinkster, F.M. en Fortuijn, J. D. (2009). Watch out for the neighborhood trap! A case study on parental perceptions of strategies to counter risks for children in a disadvantaged neighborhood. In: *Children's Geographies*, jg. 7, p. 323-337.
- Polder, J. (2011) *Preventie: niet goedkoop, wel een goede koop!* Seminar 'Betuttelen of genezen?' TNS-NIPO Amsterdam: 20 oktober 2011.
- Pommer, E., H. van Kempen en K. Sadiraj (2011). *Jeugdzorg in groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Potijk, M.R., A.E. de Winter, A.F. Bos, J.M. Kerstjens en S.A. Reijneveld (2011). Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. In: *Archives of Disease in Childhood*, DOI 10.1136/adc.2011.300131.
- Prins, P. en S. van der Oord (2008). Stoornissen in de aandacht en de impulsregulatie. In: P. Prins en C. Braet (red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (p. 325-351). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Prinsen, B. en W. Koch (2001). *Vragen staat vrij. Naar een vraaggerichte opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Ras, M., I. Woittiez, H. van Kempen en K. Sadiraj (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Reijneveld, S.A., M.F. van der Wal, E. Brugman, R.A. Hira Sing en S.P. Verloove-Vanhorick (2004).
Prevalentie van gedragingen van ouders om het huilen van zuigelingen te verminderen die kunnen leiden tot mishandeling. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 148, p. 2227-2230.
- RMO/RVZ (2009). *Investeren rondom kinderen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RMO (2012). *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Roos, S.A. de (2010). De relatie van jongeren met ouders en vrienden. In: S. van Dorsselaer, E. Vermeulen, M. de Looze, S. de Roos, J. Verdurmen, T. ter Bogt, en W. Vollebergh (red.), *HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland* (p. 27-40). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Roos, S. de, F. Bucx en M. Geijer (2011). Gezondheid en probleemgedrag van kinderen: de rol van ouders en de bredere opvoedingsomgeving. In: F. Bucx (red.), *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland* (p. 197-222). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rotter, J.B. (1966). General expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: *Psychological Monographs*, jg. 80, nr. 1, p. 1-28.
- Rudolph, K.D. en C. Hammen (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. In: *Child Development*, jg. 70, nr. 3, p. 660-677.
- Sameroff, A.J. (1975). Transactional models in early social relations. In: *Human Development*, jg. 18, nr. 1, p. 65-79.
- Sameroff, A.J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. In: *Child Development*, jg. 81, nr. 1, p. 6-22.
- Sameroff, A.J. en M.J. Mackenzie (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. In: *Development and Psychopathology*, jg. 15, p. 613-640.
- Sentse, M. (2010). *Bridging contexts: The interplay between family, child, and peers in explaining problem behavior in early adolescence* (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Sieh, D.S., J. M. A. Visser-Meily en A.M. Meijer (2012). Differential outcomes of adolescents with chronically ill and healthy parents. In: *Journal of Child and Family Studies*, DOI 10.1007/s10826-012-9570-8.
- Sieh, D.S. (2012). *The impact of parents' chronic medical condition on children* (proefschrift). Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Smeets, E., I. van der Veen, M. Derriks en J. Roeleveld (2007). *Zorgleerlingen en leerlingenzorg op de basisschool*. Nijmegen: ITS, Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Soede A., S. Hoff en C. Vrooman (2011). Armoede volgens de budgetbenadering. In: CBS/SCP, *Armoedesignalement 2011*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Speetjens, P.D. van der Linden en F. Goossens (2009). *Kennis over opvoeden. De vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spruijt, E. (2007). *Scheidingskinderen. Overzicht van recent sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van ouderlijke scheiding voor kinderen en jongeren*. Amsterdam: SWP.
- Stanley, S. en C. Vanitha (2008). Psychosocial Correlates in Adolescent Children of Alcoholics- Implications for Intervention. In: *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, jg. 12, p. 67-80.
- Steketeer, M., J. Mak en B. Tierolf (2010). *Kinderen in Tel Databoek 2010. Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Stevens, G.W.J.M., T. Pels, L. Bengi-Arslan, F.C. Verhulst, W.A.M. Vollebergh en A.A.M. Crijnen (2003). Parent, teacher and self-reported problem behaviour in The Netherlands. Comparing Moroccan

- immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, jg. 38, p. 576-585.
- Stevens, J., E. Pommer, H. van Kempen, E. Zeijl, I. Woittiez, K. Sadiraj, R. Gilsing en S. Keuzenkamp (2009). *De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Straten, A. van, L. Hakkaart en M. Donker (2004). *Doelmatigheid Ambulante Behandeling. Samenvatting*. Rotterdam/Utrecht: Erasmus Universiteit Rotterdam/Trimbos-instituut.
- Sykes, B. (2009). De buurtcontext en middelbare schoolprestaties in Nederland,. In: S. Mustard en W. Ostendorf (red.), *Problemen in wijken of probleemwijken?* (p. 35-48). Assen: Van Gorcum.
- Tein, J., I.N. Sandler en A.J. Zautra (2000). Stressful life events, psychological distress, coping, and parenting of divorced mothers: A longitudinal study. In: *Journal of Family Psychology*, jg. 14, nr. 1, p. 27-41.
- Tiemens, B., G.J.M. Hutschemaekers en A.J.A. Kaasenbrood (2004). Getrapte zorg als beslismodel. In: *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, jg. 59, p. 11.
- Unicef (2010). *The children left behind: A league table of inequality in child well-being in the world's rich countries. Report Card 9*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Uyl, M. den en L. Emmelkamp (2008). *Tropenjaren: verhalen van modern ouderschap*. Utrecht: De Graaff.
- Veer, A.J.E. de en A.L. Francke (2008). *Opgroeien met zorg. Quick scan naar de aard en omvang van de zorg, belasting en ondersteuningsmogelijkheden voor jonge mantelzorgers*. Utrecht: Nivel.
- Verdurmen, J., M. van Oort, J. Meeuwissen, T. Ketelaars, I. de Graaf, P. Cuijpers, C. de Ruiter en W. Vollebergh (2003). *Effectiviteit van preventieve interventies gericht op jeugdigen: de stand van zaken; een onderzoek naar de effectiviteit van in Nederland uitgevoerde preventieve programma's gericht op kinderen en jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vermulst, A., G. Kroes, R. de Meyer, L. Nguyen en J.W. Veerman (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Vliet, R. van, J. Ooijevaar en A. Boerdam (2010). *Jaarrapport Integratie 2010*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Vogels, A.G.C., M.R. Crone, F. Hoekstra en S.A. Reijneveld (2005). *Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar. Samenvatting*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Vollebergh, W. (2010). Psychische problemen. In: S. van Dorsselaer, E. Vermeulen, M. de Looze, S. de Roos, J. Verdurmen, T. ter Bogt, en W. Vollebergh (red.), *HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland* (p. 83-92). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vollebergh, W.A.M., R. de Graaf, M. ten Have, C.G. Schoemaker, S. van Dorsselaer, J. Spijker en A.T.F. Beekman (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wallston K.A., B.S. Wallston en R. DeVellis (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. In: *Health Education & Behavior*, jg. 6, p. 1160-1170.
- Warren J.S., P.L. Nelson & G.M. Burlingame (2009). Identifying youth at risk for treatment failure in outpatient community mental health services. In: *Journal of Child and Family Studies*, jg. 18, p. 690-701.
- Watte, E.B., S.D. Calkings, S.P. Keane en M. O'Brien (2011). Life events, sibling warmth, and youths' adjustment. In: *Journal of Marriage and Family*, jg. 73, p. 902-912.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disrupter of parent perceptions and family interactions. In: *Journal of Clinical Psychology*, jg. 19, p. 302-312.

- Weesie, J. (1999). Sg121: Seemingly unrelated estimation and the cluster-adjusted sandwich estimator. In: *Stata Technical Bulletin*, nr. 52, p. 34-47. Reprinted in: *Stata Technical Bulletin Reprints*, nr. 9, p. 231-248. College Station, TX: Stata Press.
- Weijters, G., P. Scheepers en J. Gerris (2007). Distinguishing the city, neighborhood and individual level in the explanation of youth delinquency: A multilevel approach. In: *European Journal of Criminology*, jg. 4, nr. 1, p. 87-108.
- Widenfelt, B.M. van, A.W. Goedhart, P.D.A. Treffers en R. Goodman (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, jg. 12, nr. 6, p. 281-289.
- Wildeboer Schut, J.M. en S. Hoff (2007). *Geld op de plank: niet-gebruik van inkomensvoorzieningen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woittiez, I., M. Ras en D. Oudijk (2012). *IQ met beperkingen. De mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Yerden, I. (2000). *Zorgen over zorg: traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- IJzendoorn, M.H. van (2008). *Opvoeding over de grens: gehechtheid, trauma en veerkracht*. Meppel: Boom.
- Zeijl, E., M. Crone, K. Wiefferink, S. Keuzenkamp en M. Reijneveld (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zhou, Q., Y. Wang, X. Deng, N. Eisenberg, S.A. Wolchik en J. Tein (2008). Relations of parenting and temperament to Chinese children's experience of negative life events, coping efficacy, and externalizing problems. In: *Child Development*, jg. 79, nr. 3, p. 493-513.
- 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.
- Zwirs, B.W.C., H. Burger, T.W.J. Schulpen en J.K. Buitelaar (2006). Different treatment thresholds in non-western children with behavioral problems. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, jg. 45, p. 476-483.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het sCP: www.scp.nl.

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het sCP. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

Sociaal en Cultureel Rapporten

Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008.

ISBN 978 90 377 0368-9

Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010. Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8

Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.).

ISBN 978 90 377 0623 9

SCP-publicaties 2012

- 2012-1 *Niet alle dagen feest. Nieuwjaarsuitgave 2012 (2012).* Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0598 0
- 2012-2 *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten (2012).* Bob Kuhry en Flip de Kam (red.). ISBN 978 90 377 0596 6
- 2012-3 *Jaarrapport integratie 2011 (2012).* Mérove Gijsberts, Willem Huijnk en Jaco Dagevos (red.). ISBN 978 90 377 0565 2
- 2012-4 *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek (2012).* Y. Wittenberg, M.H. Kwekkeboom en A. H. de Boer. ISBN 978 90 377 0566 9
- 2012-5 *VeVeRa-1v. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030 (2012).* Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0594 2
- 2012-6 *Van Anciaux tot Zijlstra. Cultuurparticipatie en cultuurbeleid in Nederland en Vlaanderen (2012).* Quirine van der Hoeven. ISBN 978 90 377 0583 6
- 2012-7 *Vraag naar arbeid 2011 (2012).* Edith Josten, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0601 7
- 2012-8 *Measuring and monitoring immigrant integration in Europe (2012).* Rob Bijl en Arjen Verweij (red.) ISBN 978 90 377 0569 0
- 2012-9 *IQ met beperkingen. De mate van versandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht (2012).* Isolde Woittiez, Michiel Ras en Debbie Oudijk. ISBN 978 90 377 0602 4
- 2012-10 *Niet te ver uit de kast. Ervaringen van homo- en biseksuelen in Nederland (2012).* Saskia Keuzenkamp (red.), Niels Kooiman, Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0603 1
- 2012-11 *The Social State of the Netherlands 2011. Summary (2012).* Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Mariëlle Cloin en Evert Pommer (red.) ISBN 978 90 377 0605 5

- 2012-13 *Sturen op geluk. Geluksbevordering door nationale overheden, gemeenten en publieke instellingen* (2012). Cretien van Campen, Ad Bergsma, Jeroen Boelhouwer, Jacqueline Boerefijn, Linda Bolier. ISBN 978 90 377 0608 6
- 2012-14 *Countries compared on public performance. A study of public sector performance in 28 countries* (2012). Jedid-Jah Jonker (red.). ISBN 978 90 377 0584 3
- 2012-15 *Versterking data-infrastructuur sport* (2012). Annet Tiessen-Raaphorst en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0613 0
- 2012-16 *De sociale staat van de gemeente. Lokaal gebruik van de scp-leefsituatie-index* (2012). Jeroen Boelhouwer (SCP), Rob Gilsing (Verwey-Jonker Instituut). ISBN 978 90 377 0612 3
- 2012-17 *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (2012). Maroesjka Versantvoort en Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0616 1
- 2012-18 *Monitor Talent naar de Top 2011* (2012). Ans Merens (red.) en Commissie Monitoring Talent naar de Top. ISBN 978 90 377 0610 9
- 2012-19 *Tevreden met pensioen. Veranderende inkomens en behoeften bij ouderen* (2012). Arjan Soede. ISBN 978 90 377 0572 0
- 2012-20 *Verzorgd uit de bijstand. De rol van gedrag, uiterlijk en taal bij de re-integratie van bijstandsontvangers* (2012). Patricia van Echtelt en Maurice Guiaux. ISBN 978 90 377 0614 7
- 2012-21 *De virtuele kunstkar. Cultuurdeelname via oude en nieuwe media* (2012). Nathalie Sonck en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0619 2
- 2012-22 *Op zoek naar bewijs. Evaluatieontwerpen onderwijsmaatregelen* (2012). Lex Herweijer en Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0618 5
- 2012-23 *Startklaar voor vier jaar. Een verkenning van publieke prestaties voor de kabinetsformatie 2012* (2012). Evert Pommer (red.). ISBN 978 90 377 0640 6
- 2012-24 *Op afstand gezet. Een onderzoek naar de publieke opinie op verzoek van de Parlementaire Onderzoekscommissie 'Privatisering en verzelfstandiging'* (2012). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0639 0.
- 2012-25 *Moslim in Nederland 2012* (2012). Mieke Maliepaard en Mérove Gijsberts. ISBN 978 90 377 0621 5
- 2012-26 *Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010* (2012). Frans Knol. ISBN 978 90 377 0533 1
- 2012-27 *Maten voor gemeenten 2012. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2005-2010* (2012). Evert Pommer, Ingrid Ooms, Ab van der Torre, Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0624 6
- 2012-28 *Op achterstand. Discriminatie van niet-westerse migranten op de arbeidsmarkt* (2012). Iris Andriessen, Eline Nievers en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0615 4
- 2012-29 *Particuliere initiatieven in ontwikkelingssamenwerking. Een casestudy naar nieuwe verbanden in de Nederlandse civil society* (2012). Esther van den Berg m.m.v. Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0631 4
- 2012-30 *Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland* (2012). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0625 3
- 2012-31 *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012* (2012). Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonke van Noije, Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 0623 9
- 2012-32 *Meebetalen aan de zorg. Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg* (2012). Sjoerd Kooiker, Mirjam de Klerk, Judith ter Berg en Yolanda Schothorst. ISBN 978 90 377 0628 4

- 2012-33 *Dichter bij elkaar. De sociaal-culturele positie van niet-westerse migranten in Nederland* (2012). Willem Huijnk en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0627 7
- 2012-34 *Armoedesignalement 2012* (2012). SCP en CBS. ISBN 978 90 377 0633 8
- 2012-35 *Emancipatiemonitor 2012* (2012). Ans Merens, Marijke Hartgers en Marion van den Brakel. ISBN 978 90 377 0630 7
- 2012-36 *Meldingen van discriminatie in Nederland* (2012). Iris Andriessen en Henk Fernee. ISBN 978 90 377 0643 7

SCP-publicaties 2013

- 2013-1 *Van pech en rampspoed. Nieuwjaarsuitgave 2013* (2013). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0611 6
- 2013-2 *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik* (2013). Sander Bot (red.), Simone de Roos, Klarita Sadiraj, Saskia Keuzenkamp, Angela van den Broek, Ellen Kleijnen. ISBN 978 90 377 0629 1
- 2013-3 *Gezinnen onderweg. Dagelijkse mobiliteit van ouders van jonge kinderen in het combineren van werk en gezin* (2013). Marjolijn van der Klis (red.) ISBN 978 90 377 0568 3

SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90 377 0248-1
- 2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90 3770265-1
- 3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90 377 0261 9
- 4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90 377 0262 7
- 5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978 90 5260 260 8

Overige publicaties

- Hoe het ons verging... Traditionele nieuwjaarsuitgave van het SCP* (2010). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0465 5
- Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo* (2010). A. Marangos, M. Cardol, M. Dijkgraaf, M. de Klerk. ISBN 978 90 377 0470 9
- Op weg met de Wmo. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais*. Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans. Samenvatting door Karolien Bais (2010). ISBN 978 90 377 0469 3
- NL Kids online. Risico's en kansen van internetgebruik onder jongeren* (2010). Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0430 3
- Kortdurende thuiszorg in de AWBZ. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening* (2010). Maaikeden Draak. ISBN 978 90 377 0471 6
- De publieke opinie over kernenergie* (2010). Paul Dekker, Irene de Goede, Joop van der Pligt. ISBN 978 90 377 0488 4
- Op maat gemaakt? Een evaluatie van enkele responsverbeterende maatregelen onder Nederlanders van niet-westerse afkomst* (2010). Joost Kappelhof. ISBN 978 90 377 0495 2
- Oudere tehuusbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009* (2010). Maaikeden Draak. ISBN 978 90 377 0499 0

- Kopers in de knel? Een scenariostudie naar de gevolgen van de crisis voor huiseigenaren met een hypotheek* (2010). Michiel Ras, Ingrid Ooms, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0498 3
- Gewoon anders. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0502 7
- De aard, de daad en het Woord. Een halve eeuw opinie- en besluitvorming over homoseksualiteit in protestants Nederland, 1959-2009* (2010). David Bos. ISBN 978 90 377 0506 5
- Werkloosheid in goede banen. Bijdragen aan de SCP-studiemiddag 2010* (2010). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0516 4
- Europa's welvaart. De Lissabon Agenda in een breder welvaartspectief en de publieke opinie over de Europese Unie* (2010). Harold Creusen (CPB), Paul Dekker (SCP), Irene de Goede (SCP), Henk Kox (CPB), Peggy Schijns (SCP) en Herman Stolwijk (CPB). ISBN 978 90 377 0492 1
- Maakt de buurt verschil?* (2010). Merové Gijsberts, Miranda Vervoort, Esther Havekes en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0227 9
- Mantelzorg uit de doeken* (2010). Debbie Oudijk, Alica de Boer, Isolde Woittiez, Joost Timmermans, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0486 0
- Monitoring acceptance of homosexuality in the Netherlands* (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0484 6
- Registers over wijken* (2010). Matthieu Permentier en Karin Wittebrood (SCP), Marjolijn Das en Gelske van Daalen (CBS). ISBN 978 90 377 0499 0
- Data voor scenario's en ramingen van de GGZ* (2010). Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0494 5
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 1* (2010). Paul Dekker, Josje den Ridder en Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0490 7
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 2* (2010). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0507 2
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 3* (2010). Josje den Ridder, Lonneke van Noijs en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0508 0
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 4* (2010). Josje den Ridder, Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0531 7
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 1* (2011). Eefje Steenvoorden, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0549 2
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 2* (2011). Josje de Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0564 5
- Burgerperspectieven 2011 | 3* (2011). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0582 9
- Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp 2012* (2011). Ab van der Torre, Saskia Jansen en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0573 7 (webpublicatie)
- Oudere migranten. Kennis en kennislacunes* (2011). Maaike den Draak en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0597 3 (webpublicatie)
- Armoedesignalement 2011* (2011). CBS/SCP. ISBN 978 90 357 1870 8
- Burgerperspectieven 2011 | 4* (2012). Josje den Ridder, Jeanet Kullberg en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0593 5
- Burgerperspectieven 2012 | 1* (2012). Paul Dekker, Josje den Ridder en Paul Schnabel. ISBN 978 90 377 0607 9
- Burgerperspectieven 2012 | 2* (2012). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0617 8
- Burgerperspectieven 2012 | 3* (2012). Paul Dekker, Pepijn van Houwelingen en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0622 2
- Burgerperspectieven 2012 | 4* (2012). Josje den Ridder, Paul Dekker en Mathilde van Ditmars. ISBN 978 90 377 0645 1