

EEN GEZIN, EEN PLAN: EEN QUICK SCAN

Ontwikkeling van een bruikbaar instrument voor de gezinssituatie van risicjongeren bij het
Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven

Inge A. van der Zande

Universiteit Utrecht



EEN GEZIN, EEN PLAN: EEN QUICK SCAN

Ontwikkeling van een bruikbaar instrument voor de gezinssituatie van risicojongeren bij het
Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven

Naam: Inge van der Zande

Studentnummer: 0373915

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Pedagogische Wetenschappen

Master: Maatschappelijke OpvoedingsVraagstukken

Datum: 1-12-2008

Eerste begeleider: Monique van Londen

Tweede begeleider: Micha de Winter

Samenvatting

In het hier gepresenteerde onderzoek naar een geschikt meetinstrument voor het CJG Eindhoven, is allereerst gekeken of er een bruikbaar instrument voorhanden was om de gezinsproblematiek en gezinskracht in beeld te kunnen brengen. Dit was niet het geval, daarom is er een Quick scan ontwikkeld. Het doel van dit onderzoek was om een meetinstrument te ontwikkelen om inzichtelijk te maken, wat er met een individueel gezin aan de hand is, of er voortgang wordt geboekt en inzicht te verschaffen over de ontwikkeling van alle gezinnen die betrokken zijn bij het CJG Eindhoven. De Quick scan is getoetst op bruikbaarheid. Uiteindelijk kon de Quick scan bij 32 van de 111 gezinnen worden gebruikt, om de voortgang van het gezin te meten. Bij de eerste meting werd er vaker “niet bekend” gescoord, hierdoor werd een toename op de risico- en beschermende factoren gemeten. Om te kunnen beoordelen of er daadwerkelijk een toename op het aantal risicofactoren of een afname op het aantal beschermende factoren te meten is, dient de Quick scan tijdens het casusoverleg te worden ingevuld. Deze Quick scan kan door alle partners van het CJG in tien minuten worden ingevuld waardoor de situatie van het hele gezin in beeld komt en zichtbaar wordt waar de kracht van het gezin ligt.

Abstract

This study had investigated the opportunities for an adequate measuring device for the CJG Eindhoven. This device has to be suitable to get the family problems and family power in sight. There was no suitable instrument, therefore a Quick scan was developed. By measuring risk- and protective factors a complete image was available of the family situation. The Quick scan was tested on usefulness. The aim of this study was to develop a measuring device to visualize the individual family, their progress and the progress of all families within the CJG Eindhoven. Finally the Quick scan could be used by 32 of 111 families to measure the progress of the individual family and to describe all families. At the first measurement “not known” was scored more often, so an increase on risk- and protective factors was measured. To judge if there was really a decrease on risk factors or an increase in protective factors, the Quick scan has to be used during the meeting with all workers which are involved with the family. This Quick scan can be used by all partners of the CJG Eindhoven and it takes ten minutes to use it. This makes it a suitable measuring device to get the whole family in sight with its protective factors.

Ontwikkeling van een bruikbaar instrument voor de gezinssituatie van risicojeugd bij Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven

Dit onderzoek heeft zich gericht op de ontwikkeling van een nieuw meetinstrument dat kan worden gebruikt bij casusoverleggen van het Centrum Jeugd en Gezin. Bij deze casusoverleggen zijn direct betrokken hulpverleners aanwezig. Ook schulden, problematiek van de ouders en opvoeding spelen een centrale rol bij deze gezinnen. Deze ontwikkelde Quick scan geeft een snel overzicht van de aanwezigheid of afwezigheid van de risico- en beschermende factoren in het gezin. De ontwikkelde Quick scan kan daarnaast de voortgang van het gezin inzichtelijk maken na een bepaalde periode. De Quick scan is getoetst op bruikbaarheid bij het Centrum Jeugd en Gezin in Eindhoven.

Nederlands beleid Centrum Jeugd en Gezin

Naar aanleiding van een aantal incidenten: meisje van Nulde, Savannah en het gezinsdrama in Roermond, kwam de jeugdzorg in een slecht daglicht te staan. De school, familie, hulpverleners en omgeving hadden afzonderlijk van elkaar signalen, maar geen van hen greep daadwerkelijk in. Ook op bestuurlijk niveau dienden er zaken veranderd te worden. Uiteindelijk is onder de naam Operatie JONG een onderzoek gestart. Een van de aanbevelingen was het aanstellen van een minister voor Jeugd en Gezin. Op die manier zou er een betere afstemming komen tussen de verschillende departementen (van Dam & de Rie, 2007). Bij de kabinetsformatie in 2007 is er dan ook daadwerkelijk een programmaminister gekomen. Minister Rouvoet gaat er in zijn beleid vanuit dat alle kinderen en jongeren, ongeacht culturele achtergrond of handicap, alle kansen moeten krijgen om veilig op te kunnen groeien (Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007). Eén van de onderdelen van zijn beleid is dat er in 2011 in elke gemeente in Nederland een Centrum Jeugd en Gezin (CJG) moet zijn.

Minister Rouvoet schrijft niet exact voor hoe een Centrum Jeugd en Gezin eruit moet zien. Hij vindt het belangrijk dat men met de vorming van het CJG aansluit op de infrastructuur die al aanwezig is. Hij geeft echter wel richtlijnen. Een CJG heeft een tweetal kerntaken: inlooppunt voor ouders en professionals en coördineren van zorg rondom risicokinderen. Deze twee kerntaken zijn hieronder omschreven:

1. Inlooppunt voor ouders en professionals:

- *Informatie en advies.* Het gaat hierbij zowel om ongevraagde informatie over opvoeden en opgroeien, als om het beantwoorden van specifieke vragen van ouders en professionals.

- *Signalering*. Het gaat hierbij om vroegtijdig signaleren van problemen van jeugdigen en opvoeders, maar ook om de signalen van verschillende instanties te bundelen.
- *Licht pedagogische hulp*. Het bieden van opvoedingsondersteuning en lichte ondersteuning aan ouders en gezinnen waar problemen zijn, of dreigen te ontstaan en om School Maatschappelijk Werk.
- *Toeleiding naar hulp*. Het gaat hier om het totale lokale en regionale aanbod, zoals vroeg- en voorschoolse educatie, onderwijsachterstandsvoorzieningen en leerplichtzaken, maar ook bijvoorbeeld het AMK (algemeen Meldpunt Kindermishandeling) en de geïndiceerde jeugdzorg.

2. Coördinatie rondom zorgkinderen:

- *Coördinatie van zorg*. Het afstemmen en bundelen van zorg in het geval dat meerdere hulpsoorten nodig zijn om een jeugdige of gezin te ondersteunen (programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007).

Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven

Dit onderzoek is uitgevoerd bij het Centrum Jeugd en Gezin in Eindhoven. Het CJG Eindhoven is geopend in september 2007. Als eerste is het CJG een inlooppunt waar ouders en professionals terecht kunnen met hun vragen omtrent het opvoeden en opgroeien van kinderen. De gemeente Eindhoven is al sinds 2000 bezig om van alle basisscholen SPIL-centra (Spelen, Integreren en Leren) te maken. In een SPIL-centrum zijn in ieder geval de kinderopvang, het peuterwerk en de basisschool gebundeld. Per wijk kan er voor gekozen worden om de functies van een SPIL-centrum uit te breiden. Op dit moment is bij iedere basisschool School Maatschappelijk Werk (SMW) en opvoed- en opgroeiondersteuning aanwezig. Zij zijn vooral belast met de zorg rondom zorgleerlingen, maar ouders kunnen hen ook alle vragen stellen rondom opvoeden en opgroeien. Het SMW en de opvoed en opgroeiondersteuning op de middelbare scholen zal nog uitgebreid gaan worden, zodat de infrastructuur voor 12+ ook goed gewaarborgd is.

De coördinatie rondom risicokinderen is in Eindhoven vast gelegd in sluitende afspraken Wanneer kinderen tussen 0 en 4 jaar zijn, voert Zuidzorg (verpleegkundigen van het consultatiebureau) de coördinatie uit, bij kinderen tussen 4 en 18 jaar ligt deze taak bij het SMW, wanneer kinderen tussen 18 en 23 jaar oud zijn is het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) belast met deze taak. SMW en AMW vallen in Eindhoven onder de organisatie van Welzijn Eindhoven. Wanneer Bureau Jeugdzorg bij een gezin betrokken is, zijn zij ketencoördinator. Daarnaast heeft het Centrum Jeugd en Gezin 2 regisseurs risicojeugd. Met behulp van het signaleringssysteem, Zorg voor Jeugd, is het de bedoeling

dat makkelijk te achterhalen is welke hulpverleners er in het gezin aan het werk zijn. Wanneer er een signaal wordt afgegeven in het signaleringssysteem kan de regisseur risicojeugd, samen met de signaalgever en de ketencoördinator besluiten om een casusoverleg te plannen. De werkwijze van de regisseurs risicojeugd heeft vorm gekregen tijdens de stageperiode van de auteur en is opgenomen in bijlage 1. Het doel van het casusoverleg is te komen tot: één gezin, één plan. Het is erg belangrijk dat alle partners achter dit plan staan. Op die manier zal de samenwerking het meest effectief zijn. In de nabije toekomst is bij het plannen van het casusoverleg een grotere rol weggelegd voor de ketencoördinatoren. Zij moeten dan in principe zo'n overleg kunnen plannen en voorzitten. Alleen bij de zaken die niet op gang lijken te komen of wanneer deze zeer complex blijken te zijn zullen de regisseurs risicojeugd het casusoverleg plannen en voorzitten, hierdoor zullen zij meer tijd krijgen om hun zaken te monitoren. Dat Eindhoven voor regisseurs risicojeugd heeft gekozen is vrij uniek. Hierdoor heeft de gemeente meer invloed gekregen in het hulpverlenersproces. De complete afspraken die de gemeente Eindhoven heeft gemaakt met de verschillende hulp verlenende instanties zijn opgenomen in een convenant. Het convenant is opgenomen in bijlage 2.

Het casusoverleg zoals dat in Eindhoven bezig is vorm te krijgen is een middel om een betere samenwerking tussen de hulpverleners te realiseren. De samenwerking zou beter op elkaar afgestemde zorg voor het gezin moeten opleveren. In dit eerste halfjaar heeft men geprobeerd in de praktijk een bruikbare werkvorm te ontwikkelen. Dit proces is in ontwikkeling en nog niet uitgekristalliseerd. De vraag is in hoeverre de samenwerkingsvorm die nu ontwikkeld wordt ook het uiteindelijke beoogde doel, vermindering van de gezinsproblematiek, bereikt. Het is niet eenvoudig deze vraag te beantwoorden in een zo dynamisch praktijkproces. Toch is dit onderzoek erop gericht een vorm te vinden om het casusoverleg van CJG Eindhoven te evalueren, dicht aansluitend bij de uitvoeringspraktijk, zodat de evaluatie voor de professionals ook uitvoerbaar is. Dat is waar dit onderzoek om draait: *Wat is een bruikbaar meetinstrument om de gezinssituatie in beeld te krijgen van de gezinnen bij het Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven?*

Dit onderzoek heeft allereerst gekeken wat het begrip bruikbaarheid inhoudt. Daarna is er gekeken of er al een bruikbaar instrument bestaat dat het CJG Eindhoven zou kunnen gebruiken. Dit was niet het geval. Het was daarom nodig om een nieuwe Quick scan te ontwikkelen die aan alle bruikbaarheidscriteria zou voldoen. Als laatste is gecontroleerd of alle aspecten die het CJG en het Nederlands Jeugd instituut (NJI) hebben genoemd over bruikbaarheid daadwerkelijk in de Quick scan zijn opgenomen.

Bruikbaarheid

Op dit moment werken professionals die zich bezig houden met kinderen, jongeren of ouders met verschillende meetinstrumenten. Het NJi is van start gegaan om een bundeling van deze meetinstrumenten te realiseren. In de Databank Instrumenten Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden (DIRK) zijn op het moment 64 meetinstrumenten opgenomen. De databank geeft een overzicht van instrumenten, protocollen, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. Deze hulpmiddelen worden gebruikt in de jeugdzorg, het jeugdwelzijnswerk, de voor- en vroegschoolse educatie, het peuterspeelzaalwerk of de kinderopvang. De databank is nog in ontwikkeling, hierdoor zijn nog niet alle meetinstrumenten beschreven. De databank tracht om alle informatie, over bijvoorbeeld betrouwbaarheid en validiteit, die beschikbaar is over een meetinstrument te bundelen (Algemene informatie over de DIRK van het NJi, 2008).

Het NJi heeft een aantal criteria opgesteld voor de bruikbaarheid en de hanteerbaarheid van meetinstrumenten. Als eerste wordt de moeilijkheidsgraad genoemd. Het gaat er hier om dat de items in een meetinstrument niet te makkelijk en niet te moeilijk mogen zijn voor de doelgroep die het meetinstrument gaan gebruiken. Als tweede wordt het onderscheidend vermogen genoemd. Dit houdt in dat een test voldoende verschillen tussen respondenten moet opleveren. Als derde wordt de praktische toepassing aangehaald. Het is van belang dat het instrument een resultaat oplevert. Als laatst noemt het NJi de doelmatigheid van een instrument. Het gaat hierbij vooral om de hoeveelheid tijd en inspanning dat het kost om het meetinstrument te gebruiken in verhouding met wat het oplevert (bruikbaarheidscriteria NJi, 2008).

Tijdens gesprekken met medewerkers van het CJG Eindhoven kwamen daarnaast ook de volgende aspecten aan bod. De Quick scan moet een snelle beeldvorming opleveren, het moet relevante informatie geven, het moet in maximaal tien minuten in te vullen zijn, de Quick scan moet laten zien hoe een individueel gezin en de populatie zich ontwikkelt, het moet bruikbaar zijn voor alle soorten gezinnen met alle soorten problematiek, het moet bruikbaar zijn voor jongeren tussen de nul en drieëntwintig jaar en het moet in te vullen zijn door alle partners van het CJG.

De CBCL, de TRF en de STEP

In dit onderzoek zijn een drietal veel gebruikte instrumenten uitgelicht, namelijk de Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) de Teacher's Report Form (TRF) (Verhulst, van der Ende & Koot, 1997) en de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP) (van Yperen, van den Berg, Eijgenraam & de Graaf, 2007). Zij trachten ieder een beeld te

geven van de problematiek van het kind of de jongere. Zoals te zien zal zijn in dit hoofdstuk wordt ieder meetinstrument door een andere informant ingevuld; de ouder(s) (CBCL) (Achenbach, 1991), de Leerkracht (TRF) (Verhulst et al., 1997) of door een hulpverlener (STEP) (Van Yperen et al., 2007) Deze drie meetinstrumenten hebben onder andere als basis gediend voor de nieuw ontwikkelde Quick scan.

De vertaalde versie van de CBCL (Achenbach, 1991) wordt in Nederland in de jeugdzorg gebruikt om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen op een gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De CBCL (Achenbach, 1991) is niet ontworpen om diagnostische interpretaties te verschaffen, maar kunnen wel bijdragen, tezamen met andere gegevens, aan het stellen van een diagnose. De eerste versie met een Nederlandse handleiding dateert uit 1990, de laatste versie is afkomstig uit 2003. De CBCL vragenlijst wordt individueel door de ouders of verzorgers van het kind ingevuld. De CBCL heeft de volgende schalen op probleemgedrag: teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, angstig/depressief, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, normafwijkend gedrag en agressief gedrag. Daarnaast kijkt de CBCL ook naar vaardigheden. Hierin zijn de volgende schalen te onderscheiden: activiteiten, sociaal en school. Er bestaan twee versies van de CBCL. Een voor kinderen tussen de anderhalf en vijf jaar en de andere is voor kinderen tussen de zes en achttien jaar (Achenbach, 1991; Ferdinand, 2008).

Achenbach, et al (2008) hebben onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de CBCL. Bij de hertest na 14 dagen bleken alle correlaties hoger te zijn dan .80. Uitzonderingen werden op 4 subschalen (subactiviteit, sociaal, lichamelijke klachten en denkproblemen) gevonden, de correlatie was dan hoger dan .70 (Achenbach et al., 2008). Wat betreft de inter-beoordelaar betrouwbaarheid (van beide ouders) werden er significante correlaties gemeten voor de Totale probleemscore (.65 tot .81), totale competentiescore (.53 tot .76), internaliserend en externaliserend probleemgedrag (allemaal boven .50) (Achenbach et al., 2008). Met behulp van gegevens uit 33 verschillende landen blijkt de interne consistentie internationaal ook goed te zijn. De COMmissie TestAangelegenheden Nederland (COTAN) heeft de betrouwbaarheid, de begripsvaliditeit en de normering van de in de Nederland gebruikte CBCL 4-18 van 1996 als goed beoordeeld (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2000). De afname kost ongeveer vijftien tot twintig minuten (Achenbach, 1991) Van de nieuwste Nederlandse versie van de CBCL uit 2003 zijn nog geen gegevens over de betrouwbaarheid en de validiteit bekend.

De Teacher's Report Form (TRF) (Verhulst, et al., 1997) is een gedragsvragenlijst voor kinderen die door leerkrachten of groepsleiders van een kinderdagverblijf worden

ingevuld. De TRF (Verhulst, et al., 1997) is gebaseerd op de CBCL (Achenbach, 1991). Net zoals bij de CBCL (Achenbach, 1991) zijn er twee versies. De TRF bestaat uit 118 vragen die geclusterd worden in de volgende probleemschalen: teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, angstig/depressief, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, normafwijkend gedrag en agressief gedrag (Verhulst, et al., 1997). De COTAN heeft onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid, validiteit en de normering. De betrouwbaarheid van de totaalscores van de TRF uit 1997 werd als goed beoordeeld. De begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit werden als voldoende beoordeeld en de normering werd als goed beoordeeld (Evers, et al., 2000). Benner, Beaudoin, Mooney, Uhing en Pierce (2008) hebben de instrument validiteit onderzocht door de uitkomsten van de TRF (Achenbach, 1997) met de Teacher Rating Scale of the behavior and emotional Rating Scale Second Edition (BERS-2) te vergelijken. De convergerende validiteit tussen beide meetinstrumenten was sterk, zeker wanneer er gekeken werd naar externaliserend probleemgedrag. Er was minder overeenkomst wanneer er gekeken werd naar internaliserend probleemgedrag (Benner, et al., 2008). De afname kost ongeveer tien tot vijftien minuten (Verhulst, et al., 1997).

Als laatste is er gekeken naar de STEP (van Yperen, et al., 2007). Dit meetinstrument heeft als doel om de ernst van de problematiek in te schatten van de jeugdige. Het instrument wordt gebruikt bij kinderen en jongeren die cliënten zijn van de jeugdzorg. De STEP wordt ingevuld door een hulpverlener. De STEP bestaat uit zes schalen (functioneren jeugdige, kwaliteit omgeving, zwaarte zorg, urgentie zorg, risico jeugdige en risico omgeving). Door de totaalscores per schaal in te tekenen ontstaat er een ernstprofiel (van Yperen, et al., 2007).

Het concept ernst bestaat uit vier aspecten: 1) abnormaliteit van het gedrag; dit heeft betrekking op de mate waarin het gedrag afwijkt van wat als normaal kan worden beschouwd. 2) bijdragende factoren in de jeugdige, het gezin, de opvoeding en de omgeving; zoals risicofactoren die het probleem verzwaren en beschermende factoren die het probleem verlichten. 3) gevolgen van probleemgedrag; zoals de lijdensdruk voor de jeugdige, de gevolgen voor de jeugdige zelf en zijn omgeving. 4) kwaliteit van leven; het algemeen welbevinden, bepaald door objectieve indicatoren (Eijgenraam, et al., 2008).

Van Yperen, et al. (2003) hebben onderzoek gedaan naar de interne consistentie. Het functioneren van de jeugdige en de zwaarte van de zorg waren redelijk betrouwbaar en de kwaliteit van de omgeving werd als goed betrouwbaar beoordeeld. Ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is onderzocht. De schalen Functioneren jeugdige, Kwaliteit omgeving, Zwaarte Zorg, Risico jeugdige en Risico omgeving lieten een voldoende

mate van overeenstemming tussen beoordelaars zien. Echter de schaal Urgentie liet een matige overeenstemming zien. Hetzelfde onderzoek geeft aanwijzingen dat de STEP een valide meetinstrument is, hier moet nog wel verder onderzoek naar worden gedaan. (Eijgenraam et al. 2008). De COTAN heeft dit meetinstrument nog niet beoordeeld op betrouwbaarheid en validiteit. De eerste keer dat de STEP ingevuld wordt is de tijdsinvestering vijftien tot dertig minuten. De tijd dat men bezig is om de STEP in te vullen zal afnemen wanneer men er meer mee heeft gewerkt (van Yperen, et al., 2007).

De STEP kijkt, anders dan de CBCL en de TRF, ook naar aspecten buiten de individuele jongere. Dit is echter te beperkt voor de gezinsproblematiek waar het CJG Eindhoven mee te maken heeft. De individuele problematiek van de opvoeders komt bij de STEP onvoldoende naar voren. Ook schoolse aspecten komen bij de STEP niet naar voren. De CBCL en TRF zijn verder geen bruikbare instrumenten omdat er alleen gekeken wordt of een kind internaliserend of externaliserend probleemgedrag laat zien. Kortom de CBCL, de TRF en de STEP zijn minder bruikbaar voor het CJG omdat zij niet kijken naar beschermende factoren en de rol van de opvoeders wordt onderbelicht.

Het ecologisch model van Bronfenbrenner (1986) laat het belang zien van het hele systeem om het kind. Het ecologisch model schrijft voor dat alle leefgebieden waar een kind direct of indirect in participeert invloed heeft op zijn of haar ontwikkeling (Bronfenbrenner, 1986). Het CJG in Eindhoven ziet dit belang ook en heeft als motto “één gezin, één plan”. Om dit motto in praktijk te brengen is samenwerking noodzakelijk. Het CJG Eindhoven heeft dit vorm gegeven door middel van een casusoverleg waarbij alle actoren rond het gezin samen komen. Hierdoor kunnen concrete afspraken tot stand komen en de kracht van het gezin in beeld komen. Daarom is om een beter beeld te krijgen van de voortgang van het gezin een meetinstrument ontwikkeld. Het doel van de Quick scan is om op een gestructureerde manier een overzicht te krijgen van de sterke en zwakke kanten van het hele gezinssysteem.

Quick scan gezinsproblematiek en -kracht

Risico- en beschermende factoren zijn een veel gebruikt middel om aan te geven hoe het met een kind of jongere gaat. De theorie over risicofactoren is in de jaren 70 ontstaan (Rutter, 1979). Wanneer risicofactoren de overhand krijgen, wordt statistisch de kans vergroot dat het kind zich niet optimaal zal ontwikkelen (Asscher & Paulussen- Hooageboom, 2005; Hermans, 1987; Schaffer, 1996). Rutter (1979) heeft onderzoek gedaan naar de relatie tussen gedragsstoornissen en risicofactoren bij de familie. Wanneer een kind één risicofactor had was de kans ongeveer even groot als wanneer een kind geen enkele risicofactor had om

probleemgedrag te ontwikkelen. De kans steeg vooral als er twee of drie risicofactoren aanwezig waren. Vooral de cumulatie van risicofactoren speelt een rol bij het ontwikkelen van problemen (Rutter, 1979). De theorie over beschermende factoren is later gevormd om aan te kunnen geven waarom sommige kinderen geen probleemgedrag ontwikkelen en andere wel (Garnezy, 1985; Rutter, 1979). Garnezy (1985) heeft onderzocht dat er over het algemeen drie gebieden zijn waar beschermende factoren kunnen optreden: persoonlijke kenmerken, familie cohesie en externe ondersteuningssystemen (Garnezy, 1985). Rutter (1979) beschrijft in zijn onderzoek dat risicofactoren vooral een directe (sterke of zwakke) invloed hebben op stoornissen en beschermende factoren hebben een indirecte invloed.

In dit onderzoek wordt, aan de hand van de theorie over risico- en beschermende factoren, van de volgende veronderstelling uitgegaan: Het gaat beter met een gezin wanneer de risicofactoren afnemen óf wanneer de beschermende factoren toenemen. Onder deze veronderstelling is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar veranderbare risico- en beschermende factoren. De volgende zoektermen zijn gebruikt: internaliserend, externaliserend, risicofactor, beschermende factor, delinquentie, cumulatieve risicofactoren, school, verslaving, opvoeding, risicotaxatie, draagkracht, draaglast, veerkracht en multi problem gezinnen. Al deze termen zijn ook in het Engels gebruikt.

Deze zoektermen leverden onderzoeken op die vaak toegespitst waren op één onderdeel. Zoals: Drugsgebruik (Bond, Toumbourou, Thomas, Catalano & Patton, 2005), depressieve symptomen (Bond, et al., 2005), het gezin (Aalbers, Hees & Hermanns, 2002), school (Jimerson, Egeland, Sroufe & Carlson, 2000), cumulatieve risicofactoren (Appleyard, Egeland, van Dulmen & Sroufe, 2005; Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005; Dekovic, 1999), bepaalde leeftijdsgroep, zoals peuters of adolescentie (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005; Dekovic, 1999), etniciteit (Tinsley Li, Nussbaum & Richards, 2007), criminaliteit (Henrich, Brookmeyer, Shahar, 2005; Orobio de Castro, Veerman, Bons & Beer, 2001; Reese, Vera, Simon & Ikeda, 2000) en externaliserend probleem gedrag (Piko, Fitzpatrick & Wright, 2005). Deze artikelen hebben allemaal risico- en beschermende factoren gebruikt om aan te geven welke factoren van invloed waren op het probleem gedrag. Dit onderzoek heeft getracht om alle leefgebieden van kinderen en jongeren samen te nemen om op die manier een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het gezin. De inventarisatie van de risico en beschermende factoren is verwerkt tot een Quick scan gezinsproblematiek en gezinskracht. Het ontwikkelde meetinstrument is in bijlage 3 opgenomen. De handleiding staat vermeld in bijlage 4. Hieronder wordt de literatuurstudie naar risico- en beschermende

factoren beschreven. Alle genoemde factoren zijn opgenomen in de Quick scan. In tabel 1 worden alle factoren genoemd met de verwijzing naar de literatuur.

Bond et al. (2005) hebben onderzoek gedaan naar de samenhang tussen alcohol- en drugsgebruik en depressieve symptomen. Slechte relatie met school en met klasgenoten zijn risicofactoren die samenhangen met alcohol- en drugsgebruik en die zijn opgenomen in dit onderzoek. Religie werkt als een beschermende factor ten opzichte van het genoemde probleemgedrag. In dit onderzoek kwam daarnaast duidelijk naar voren dat hoe meer risicofactoren aanwezig waren, hoe meer kans er was op depressieve symptomen. De cumulatie van risico- en beschermende factoren is dan ook een voorspellende factor voor depressieve symptomen (Bond et al., 2005). Ook Appleyard et al. (2005) hebben onderzoek gedaan naar het verband tussen de cumulatie van risicofactoren en gedrag van kinderen. Het aantal risicofactoren in de vroege kindertijd hing samen met gedragsproblemen in de adolescentie. Zij concludeerden dat iedere risicofactor die gereduceerd kon worden de poging waard zou zijn en op die manier het probleemgedrag zou doen verminderen. Het probleemgedrag hebben zij, net als de CBCL (Achenbach, 1991) en de TRF (Verhulst, et al., 1997), gedefinieerd als internaliserend en externaliserend. Daarnaast waren belangrijke items in het onderzoek verwaarlozing en armoede (Appleyard et al., 2005).

Asscher en Paulussen-Hoogeboom (2005) hebben eveneens gekeken naar risicocumulatie. Een toename van het aantal risicofactoren hing net zoals de andere onderzoeken samen met probleemgedrag van de peuter. Zij hebben echter eerst gekeken naar individuele factoren bij moeders en bij hun peuters. Moeilijk temperament van het kind, laag opleidingsniveau van moeder, alleenstaand ouderschap, armoede en vier of meer kinderen werden als items gebruikt om te meten of deze samenhangen met probleemgedrag van een peuter.

Dekovic (1999) heeft gekeken naar internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij adolescenten. De factoren die zij onder andere heeft gebruikt waren: een negatief zelfbeeld van de jongere, slechte schoolprestaties, de jongere heeft een negatieve houding ten opzichte van school of gezag en de jongere heeft een lage verwachting op succes. Wederom werd er een sterke relatie gevonden tussen het aantal risico en beschermende factoren en internaliserende en externaliserende gedragsproblemen (Dekovic, 1999).

Schooluitval is een voorspeller van probleemgedrag bij jongeren. Jimerson (2000) noemde in zijn longitudinale onderzoek een lage intelligentie, armoede, lage school resultaten, internaliserende en externaliserende gedragsproblemen als belangrijke voorspellers van schooluitval. De taalontwikkeling is van belang om de schooltijd tot een goed einde te

laten komen. De taalontwikkeling begint in een vroeg stadium bij het kind. Of er thuis wel of geen Nederlands wordt gesproken is een belangrijke voorspeller voor de taalontwikkeling van het kind (Goorhuis & Schaerlaekens, 1994) Brown et al. (1998) hebben longitudinaal gekeken naar kindermishandeling en verwaarlozing. De volgende risicofactoren hadden een grote voorspellende waarde: alleenstaande ouder, armoede, behorende tot een culturele minderheid, laag opleidingsniveau van de ouder en ouder met psychosociale problemen. Religie werd aangemerkt als een beschermende factor. Wederom was vooral de cumulatie van risicofactoren een belangrijke voorspeller van kindermishandeling of verwaarlozing (Brown et al., 1998).

Tinsley et al. (2007) hebben gekeken naar Afro-Amerikaanse jongeren in steden. De onderzoekers brachten de volgende factoren in kaart om het risico en de veerkracht van Afro-Amerikaanse jongeren te kunnen omschrijven: het kind veroorzaakt overlast in de buurt, internaliserend en externaliserend probleemgedrag van het kind, armoede, verpaupering, het kind heeft zelfvertrouwen en er is een sociaal netwerk voor het kind en de ouders (Tinsley et al., 2007). Al deze items zijn opgenomen in de Quick scan.

Aalbers et al. (2002) hebben onderzocht welke trends op het gebied van het moderne gezin van invloed zijn op het kind. De risicofactoren die in moderne gezinnen voor kwamen zijn de volgende: inadequate opvoedstijl, overprotectie, ontbreken van toezicht, het kind heeft een positieve relatie met de ouders en met de broertjes en zusjes, er is een sociaal netwerk voor de ouders en voor het kind, ouders zijn competent en ouders zijn consequent. Aangezien ouders, in tegenstelling tot vroeger, bewuster kiezen voor het ouderschap, lijkt dit tot uitdrukking te komen in meer affectief, weloverwogen en reflectieve manier van opvoeden. (Aalbers et al., 2002).

Henrich et al. (2005) hebben onderzoek gedaan hoe de binding met school en ouders als beschermende factoren kunnen werken tegen geweld. Een negatieve houding ten opzichte van geweld en delinquentie en een betrokken leerkracht bleken factoren die van invloed waren op het geweld dat jongeren pleegden. Het onderzoek van Reese et al. (2000) heeft ook gekeken naar risico- en beschermende factoren bij jongeren die gewelddadig gedrag laten zien. Riskante gewoonten op jonge leeftijd, slechte sociale vaardigheden, verwaarlozing, verslaving van vader of moeder, het ontbreken van toezicht, lage verwachting op succes en armoede waren belangrijke voorspellers van gewelddadig gedrag op latere leeftijd.

Orobio de Castro et al. (2001) hebben ook onderzoek gedaan naar welke factoren van invloed zijn op criminaliteitspreventie. Zij hebben een signaleringslijst ontwikkeld om de kans te kunnen inschatten of kinderen tussen de nul en twaalf jaar later crimineel gedrag

zullen gaan vertonen. Factoren die bij dit onderzoek een rol speelden waren onder andere: in- en externaliserende gedragsproblemen, broer en/of zus met gedragsproblemen, riskante gewoonten op jonge leeftijd, seksueel misbruik van het kind, het kind vertoont seksueel uitdagend gedrag, lage intelligente, het kind heeft een arme vrijetijdsbesteding, het kind is slachtoffer van pesten en/of mishandeling, het kind heeft slechte schoolprestaties, het kind zit op het speciaal onderwijs, het kind spijbelt, het kind vertoont afwijkend gedrag op school, het kind heeft slechte relaties met klasgenoten, het kind heeft een negatieve houding ten opzichte van school of gezag, de ouder(s) hebben geringe pedagogische kwaliteiten, er is sprake van verwaarlozing, het kind heeft delinquente of anti-sociale ouder(s), ouder(s) hebben psychosociale problemen, ouder(s) hebben een problematisch verleden, laag opleidingsniveau van vader en/of moeder en er is geweld in het gezin. Wederom kwam in dit onderzoek naar voren dat vooral een combinatie van factoren de kans vergroot op later crimineel gedrag (Orobio de Castro et al., 2001).

Piko et al. (2005) hebben Amerikaanse en Hongaarse jongeren met elkaar vergeleken wat betreft externaliserende gedragsproblemen. De risicofactoren die in dit onderzoek werden gebruikt waren: slechte schoolprestaties en slachtoffer van mishandeling. De beschermende factoren die in dit onderzoek werden gebruikt waren: lid van een (sport) club, ouders houden toezicht op de jongere en de jongere heeft zelfvertrouwen (Piko et., 2005).

Jessor et al. (1995) hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het onderzoek naar beschermende factoren. Zij hebben een positieve attitude naar school toe, negatieve houding naar delinquentie en geweld, positieve relatie met ouders, sterke sociale controle en vrienden die als rolmodel kunnen fungeren in verband gebracht met probleemgedrag bij adolescenten. Het hebben van deze beschermende factoren was negatief gerelateerd aan probleemgedrag (Jessor et al., 1995). De items die in deze artikelen zijn benoemd hebben geleid tot de Quick scan. In tabel 1 is samenvattend de theoretische verantwoording van de Quick scan weergegeven. De factoren ontwikkelingsachterstand, het gezin maakt gebruik van alle financiële middelen van de gemeente en het gezin maakt gebruik van de hulpverlening zijn afkomstig uit de dossiers.

Tabel 1

Theoretisch verantwoording Quick scan

Risicofactoren bij het kind	
1.	Lage intelligente (Jimerson, 2000; Orobio de Castro et al., 2001)
2.	Negatief zelfbeeld (Dekovic, 1999)
3.	Moeilijk temperament (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005)
4.	Slechte sociale vaardigheden (Reese et al., 2000)

5.	Internaliserende gedragsproblemen (Appleyard et al., 2005; Dekovic, 1999; Jimerson, 2000; Orobio de Castro et al., 2001; Tinsley et al., 2007)
6.	Externaliserende gedragsproblemen (Appleyard et al., 2005; Dekovic, 1999; Jimerson, 2000; Orobio de Castro et al., 2001; Piko et al., 2005; Tinsley et al., 2007)
7.	slachtoffer van pesten (Orobio de Castro et al., 2001)
8.	slachtoffer van mishandeling (Orobio de Castro et al., 2001; Piko et al., 2005)
9.	Riskante gewoonten op jonge leeftijd (Orobio de Castro et al., 2001; Reese et al., 2000)
10.	Seksueel misbruik (Orobio de Castro et al., 2001)
11.	Seksueel uitdagend gedrag (Orobio de Castro et al., 2001)
12.	Het kind veroorzaakt overlast in de buurt (Tinsley et al., 2007)
13.	Broer en/of zus met gedragsproblemen (Orobio de Castro et al., 2001)
14.	ontwikkelingsachterstand

Risicofactoren bij de ouder

1.	Alleenstaande ouder (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005; Brown et al., 1998)
2.	Geringe pedagogische kwaliteiten (Orobio de Castro et al., 2001)
3.	Inadequate opvoedstijl (Aalbers et al., 2002)
4.	Verwaarlozing (Appleyard et al., 2005; Orobio de Castro et al., 2001)
5.	Overprotectie (Aalbers et al., 2002)
6.	Ontbreken van toezicht (Aalbers et al., 2002; Reese et al., 2000)
7.	Ouder(s) met psychosociale problemen (Brown et al., 1998; Orobio de Castro et al., 2001)
8.	Delinquente of anti-sociale ouder(s) (Orobio de Castro et al., 2001)
9.	Verslaving van moeder/vader (Reese et al., 2000)
10.	Er wordt thuis geen Nederlands gesproken (Goorhuis & Schaerlaekens, 1994)
11.	Ouder(s) met een problematisch verleden (Orobio de Castro et al., 2001)
12.	Laag opleidingsniveau moeder (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005; Brown et al., 1998; Orobio de Castro et al., 2001)
13.	Laag opleidingsniveau vader (Brown et al., 1998; Orobio de Castro et al., 2001)
14.	Geweld in het gezin (Orobio de Castro et al., 2001)
15.	4 of meer kinderen in het gezin (Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005)
16.	Armoede in het gezin (Aalbers et al., 2002; Appleyard et al., 2005; Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005; Brown et al., 1998; Jimerson, 2000; Reese et al., 2000; Tinsley, 2007)

Risicofactoren op school/vrije tijd

1.	Slechte schoolprestaties (Dekovic, 1999; Jimerson, 2000; Orobio de Castro et al., 2001; Piko et al., 2005)
2.	Zit op het speciaal onderwijs (Orobio de Castro et al., 2001)
3.	Spijbelen (Orobio de Castro et al., 2001)
4.	Afwijkend gedrag op school (Orobio de Castro et al., 2001)
5.	Slechte relaties met klasgenoten (Bond et al., 2005; Orobio de Castro et al., 2001)
6.	Negatieve houding t.o.v. school en/of gezag (Bond et al., 2005; Dekovic, 1999; Henrich et al., 2005; Orobio de Castro et al., 2001)
7.	Lage verwachting van succes (Dekovic, 1999; Reese et al., 2000)
8.	Kind heeft anti-sociale vrienden (Orobio de Castro et al., 2001)
9.	Beperkte vrijetijdsbesteding (Orobio de Castro et al., 2001)

Risicofactoren in de omgeving	
1.	Verpaupering (Tinsley et al., 2007)
2.	Slechte voorzieningen (Reese et al., 2000)
3.	Behorende tot een culturele minderheid (Brown et al., 1998)
4.	Discriminatie (Brown et al., 1998)

Beschermende factoren bij het kind	
1.	Goede intelligentie (Orobio de Castro et al., 2001)
2.	Kind heeft zelfvertrouwen (Piko et al., 2005; Tinsley et al., 2007)
3.	Goede sociale vaardigheden (Reese et al., 2000)
4.	Positieve attitude naar school toe (Jessor et al., 1995)
5.	Staat negatief tegenover geweld en delinquentie (Jessor et al., 1995)
6.	Positieve relatie met ouders (Aalbers et al., 2002; Jessor et al., 1995)
7.	Positieve relatie met broertje(s)/zusje(s) (Aalbers et al., 2002)
8.	Aanwezigheid van een sociaal netwerk voor het kind (Tinsley et al., 2007)
9.	Lid van een sport club (Piko et al., 2005)
10.	Heeft vrienden die als rolmodel kunnen fungeren (Jessor et al., 1995)
11.	Het kind ervaart steun uit de omgeving (Tinsley et al., 2007)

Beschermende factoren bij de ouders/gezin	
1.	Competente ouder(s) (Aalbers et al., 2002)
2.	Consequente ouder(s) (Aalbers et al., 2002)
3.	Ouders houden toezicht op kind (monitoring) (Piko et al., 2005)
4.	Er wordt thuis alleen Nederlands gesproken (Goorhuis & Schaerlaekens, 1994)
5.	Religie (Bond et al., 2005; Brown et al., 1998)
6.	Sterke sociale controle (Tinsley, 2007)
7.	Ouders ervaren steun uit de omgeving (Tinsley, 2007)

Beschermende factoren in de omgeving van het kind	
1.	Het gezin maakt gebruik van alle financiële middelen van de gemeente.
2.	Positief klimaat op school (Henrich et al., 2005)
3.	Het gezin maakt gebruik van de hulpverlening

Categorieën

De CBCL en de TRF maken ieder gebruik van een drie puntschaal (0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms en 2 = duidelijk of vaak) om aan te geven of een item aanwezig of afwezig is. De STEP hanteert een vijf puntschaal om de ernst van de situatie in te kunnen schatten. De Quick scan gebruikt een drietal categorieën namelijk: aanwezig, niet aanwezig en niet bekend. Hier is voor gekozen om een eenduidiger beeld van risico- of beschermende factoren te kunnen geven. De Quick scan dient namelijk bruikbaar te zijn voor verschillende organisaties, die allen een verschillende doelgroep hebben. BJZ werkt doorgaans met een zwaardere doelgroep dan Zuidzorg. Zuidzorg is meer preventief bezig terwijl BJZ zwaardere zorg indiceert. Daarnaast is een belangrijk criterium voor de Quick scan dat het snel door alle

verschillende hulpverlenende instanties te gebruiken moet zijn. Dit is alleen mogelijk wanneer er gemaakt wordt van de drie criteria; aanwezig, niet aanwezig en niet bekend. Een uitgebreide handleiding zal zeer waarschijnlijk niet gelezen worden, zodat er geen eenduidig beeld zal gaan bestaan wanneer er gebruik wordt gemaakt van een drie- of vijf puntsschaal

De ontwikkelde Quick scan is gebruikt om het gebruiksgemak te toetsen. Het is getoetst bij het CJG Eindhoven waar al een aantal casusoverleggen waren geweest waar het hele gezin centraal stond. De volgende vraagstelling staat centraal in het volgende stuk: *Is de Quick scan te gebruiken om individuele gezinnen te volgen en is een beschrijving van het totaal aantal gezinnen mogelijk?*

Methode

procedure

De gegevens die opgenomen zijn in dit onderzoek zijn verzameld in de periode september tot en met mei 2008 bij het CJG in Eindhoven. In tabel 2 valt af te lezen dat het CJG benaderd is over 111 gezinnen in deze periode. Voor 27% van de gezinnen was te weinig informatie beschikbaar om te achterhalen wat er in dat gezin speelde en of er wel of geen casusoverleg was geweest. In 25.2% van de casussen was er geen casusoverleg geweest. De regisseurs hebben in die casussen andere acties ondernomen, het is voorgekomen dat de regisseurs risicojeugd individuele gesprekken hebben gevoerd met ouders en hen op weg hebben geholpen. Evenwel is het voorgekomen dat het uiteindelijk toch geen zaak bleek te zijn voor een casusoverleg. In 9.9% van de gevallen was er wel een casusoverleg geweest, maar was niet duidelijk wie de ketencoördinator was. In 9.0% van de casussen was er nog geen casusoverleg geweest, maar was deze wel gepland (oftewel een lopende zaak).

Tabel 2
Gezinnen

	Aantal	Procentueel
Wel een casusoverleg	32	28.8%
Onvoldoende informatie beschikbaar	30	27.0%
Andere actie dan een casusoverleg	28	25.2%
Ketencoördinator onbekend	11	9.9%
Lopende zaak	10	9.0%
Totaal	111	100.0%

Uiteindelijk kon er in de periode september 2007 – mei 2008 bij 32 gezinnen op basis van de dossiergegevens met de ontwikkelde Quick scan een eerste meting worden

uitgevoerd: er was een casusoverleg geweest, de ketencoördinator was bekend en er was voldoende informatie beschikbaar uit de dossiers.

Op twee momenten is geïnterviewd wat de stand van zaken omtrent de risico- en beschermende factoren was. De eerste meting was het moment van het casusoverleg. Informatie was retrospectief afkomstig van de 32 dossiers van het CJG Eindhoven. Voor het tweede meetmoment zijn de 27 betrokken ketencoördinatoren gevraagd om hetzelfde meetinstrument in te vullen. Zij waren werkzaam bij de volgende instanties: Bureau Jeugdzorg (11), Welzijn Eindhoven (8) (hier vallen onder andere SMW en AMW onder), MEE (4), Zuidzorg (3) en de Combinatie (1). Op die manier kon er gemeten worden of er een afname van de risicofactoren of een toename van het aantal beschermende factoren te meten was.

Strategie van analyse

Om de bruikbaarheid van de Quick scan te testen is deze op twee manieren gebruikt. Allereerst is de Quick scan retrospectief ingevuld aan de hand van de beschikbare dossiers bij het CJG Eindhoven. Dit diende ook om het meetinstrument compleet te maken en om te kijken of het aansloot bij de in de dossiers genoemde plus- en minpunten in het gezin. Daarna zijn alle ketencoördinatoren van de geschikte dossiers benaderd om de Quick scan voor een tweede keer in te vullen. Op die manier kon er gekeken worden of er een afname op het aantal risicofactoren en een toename op het aantal beschermende factoren te meten was. Om uitspraken te doen over de af- en toename zijn t-testen uitgevoerd. Allereerst is er gekeken naar alle risico en beschermende factoren die in de Quick scan zijn opgenomen. Daarna is er alleen gekeken naar de veranderbare risico- en beschermende factoren.

Resultaten

De ketencoördinatoren hadden gemiddeld 10 minuten nodig om het meetinstrument in te vullen. Sommige risico- en beschermende factoren waren niet helder, na uitleg van de onderzoekster kon het item wel worden ingevuld. Deze uitleg staat ook in de handleiding beschreven. De verwachting is dan ook dat iedere ketencoördinator met behulp van de handleiding ieder item zou kunnen scoren. De handleiding is opgenomen in bijlage 4.

In tabel 3 is weergegeven wat het gemiddelde en de standaarddeviatie per schaal op de voor- en nameting was. Uit tabel 2 valt verder af te lezen dat er een significante toename was op het aantal risicofactoren bij het kind $t(31) = -3.89$ $p < .001$, op het aantal risicofactoren bij de ouder $t(31) = -2.87$, $p < .01$, op het aantal risicofactoren op school $t(31) = -3.03$, $p < .01$ en op het aantal risicofactoren in de omgeving $t(31) = -4.74$, $p < .001$. Ook is er bij de beschermende factoren een significante toename te zien: beschermende factoren in het kind:

$t(31) = -6.47, p < .001$, beschermende factoren bij de ouder: $t(31) = -5.463, p < .001$ en beschermende factoren in de omgeving: $t(31) = 5.39, p < .001$.

Tabel 3

t-toets bij groepen risico- en beschermende factoren

	Voormeting		Nameting		<i>t</i>	<i>df</i>
	M	SD	M	SD		
Risicofactoren bij het kind	3.00	2.31	5.16	3.22	-3.89**	31
Risicofactoren bij de ouder	5.75	2.21	7.59	3.71	-2.87*	31
Risicofactoren op school	1.63	1.64	3.19	2.99	-3.03*	31
Risicofactoren in de omgeving	0.28	0.58	1.31	1.42	-4.74**	31
Beschermende factoren in het kind	0.72	1.30	3.81	2.66	-6.47**	31
Beschermende factoren bij de ouder	0.44	0.67	2.22	1.72	-5.46**	31
Beschermende factoren in de omgeving	0,69	0,16	2,00	1,05	-5.39**	31

* $p < .01$ ** $p < .001$

Veranderbare risico- en beschermende factoren

In de Quick scan zijn ook risico- en beschermende factoren opgenomen die niet veranderbaar zijn, maar wel een belangrijke verklarende factor in het probleemgedrag kunnen zijn. Deze paragraaf laat alleen resultaten zien op veranderbare risico- en beschermende factoren. De risicofactoren die niet veranderbaar zijn en bij deze analyse zijn uit de Quick scan zijn weggehaald zijn de volgende: risicofactoren die bij het kind: een lage intelligentie en een moeilijk temperament. Bij de risicofactoren bij de ouder waren dat: ouder(s) met psychosociale problemen, delinquente of anti-sociale ouders, ouder(s) met een problematisch verleden, laag opleidingsniveau van vader of moeder en een gezin van vier of meer kinderen. Risicofactoren op school waren allen veranderbaar. Bij de risicofactoren in de omgeving waren verpaupering en behorend tot een culturele minderheid niet veranderbaar. Alle andere risicofactoren waren wel veranderbaar. Vervolgens was bij de beschermende factoren bij het kind een goede intelligentie niet veranderbaar en als laatste was religie bij de beschermende factoren bij de ouder niet veranderbaar. De beschermende factoren in de omgeving waren allen veranderbaar.

Wederom is er een t-test test uitgevoerd op de veranderbare risico- en beschermende factoren. De gegevens hiervan zijn opgenomen in tabel 4. Te zien was een significante toename in het aantal veranderbare risicofactoren bij het kind $t(31) = -4.12, p < .001$. Er was

geen significant verschil te zien in het aantal veranderbare risicofactoren bij de ouder. Een significante toename bij de veranderbare risicofactoren op school werd wel gemeten $t(31) = -3.03, p < .01$. De veranderbare risicofactoren in de omgeving zijn significant toegenomen $t(31) = -3.94, p < .001$. De veranderbare beschermende factoren zijn allen significant toegenomen: beschermende factoren in het kind $t(31) = -7.04, p < .001$, beschermende factoren in het gezin $t(31) = -5.35, p < .001$, en beschermende factoren in de omgeving $t(31) = -5.39, p < .001$.

Tabel 4

veranderbare risico- en beschermende factoren

	Voormeting		Nameting		<i>t</i>	<i>df</i>
	M	SD	M	SD		
Risicofactoren bij het kind	2.63	1.96	4.38	2.60	-4.12**	31
Risicofactoren bij de ouder	4.13	1.77	4.88	2.45	-1.86	31
Risicofactoren op school	1.63	1.64	3.19	2.99	-3.03*	31
Risicofactoren in de omgeving	.03	.03	.53	.13	-3.94**	31
Beschermende factoren in het kind	.56	1.19	3.44	.39	-7.04**	31
Beschermende factoren bij de ouder	.41	.12	2.06	.30	-5.35**	31
Beschermende factoren in de omgeving	0,69	0,16	2,00	1,05	-5,39**	31

* $p < .01$ ** $p < .001$

Totaal aantal (veranderbare) risico- en beschermende factoren

In de literatuur is veel gesproken over risicocumulatie (Appleyard, Egeland, van Dulmen & Sroufe, 2005; Asscher & Paulussen-Hoogeboom, 2005; Dekovic, 1999; Rutter, 1979). Om die reden werd er een groep gemaakt waar alle risicofactoren in zijn opgenomen (43 items) en een groep waar alle beschermende factoren in zijn opgenomen (21 items). Op die manier kon er gekeken worden of er op het totaal aantal risicofactoren een afname en op het totaal aantal beschermende factoren een toename te meten was. Hiervoor is wederom een t-test uitgevoerd. De gegevens hiervan zijn opgenomen in tabel 5. Het totaal aantal risicofactoren nam significant toe $t(31) = -4.28, p < .001$. Het totaal aantal beschermende factoren is ook significant toegenomen $t(31) = -7.54, p < .001$. Ook is gekeken naar het totaal aantal veranderbare risico- en beschermende factoren. In totaal waren er 33 veranderbare risicofactoren en 19 veranderbare beschermende factoren. Hierin waren de volgende significante verschillen te zien: totaal aantal veranderbare risicofactoren steeg significant

$t(31) = -4.16, p < .001$. Het totaal aantal veranderbare beschermende factoren steeg eveneens significant $t(31) = -8.45$.

Tabel 5

totaal aantal (veranderbare) risico- en beschermende factoren

	Voormeting		Nameting		<i>t</i>	<i>df</i>
	M	SD	M	SD		
Totaal aantal risicofactoren	10.66	4.10	17.25	9.36	-4.28 **	31
Totaal aantal beschermende factoren	1.84	2.13	8.03	4.38	-7.54**	31
Totaal aantal veranderbare risico-factoren	8.41	3.58	13.13	7.26	-4.16**	31
Totaal aantal veranderbare beschermende factoren	1.66	1.99	7.56	3.86	-8.45**	31

* $p < .01$ ** $p < .001$

Gezinssituatie bij de tweede meting

Eén van de doelen van de Quick scan was om het totaal aantal gezinnen van het CJG te kunnen beschrijven. Hier worden de gegevens van de tweede meting weergegeven, de eerste meting gaf geen volledig beeld en was daarom minder bruikbaar. De meest voorkomende risico- en beschermende factoren op meting 1 zijn opgenomen in bijlage 5. Gemiddeld had een gezin bij de tweede meting 18 (minimaal 3 en maximaal 37) risicofactoren. In tabel 6 is weergegeven welke risicofactoren het vaakste voorkomen.

Tabel 6

veel voorkomende risicofactoren

Ouders met psychosociale problemen	28 keer aanwezig
Ouders met geringe pedagogische kwaliteiten	27 keer aanwezig
Ouders hanteren een inadequaat opvoedstijl	25 keer aanwezig
De ouder(s) heeft een problematisch verleden	23 keer aanwezig
Het kind of de jongere heeft een moeilijk temperament	21 keer aanwezig
Alleenstaande ouder	20 keer aanwezig
Armoede	20 keer aanwezig
De jongere heeft internaliserende gedragsproblemen	20 keer aanwezig

Gemiddeld had een gezin 8,3 beschermende factoren (minimaal 2 en maximaal 17) tijdens de tweede meting. In tabel 7 is weergegeven welke beschermende factoren het vaakste voorkwamen.

Tabel 7

Veel voorkomende beschermende factoren

Het gezin maakt gebruik van de hulpverlening	26 keer aanwezig
Er is een positief klimaat op school	25 keer aanwezig
Ouders houden toezicht op het kind	16 keer aanwezig
Het kind of de jongere heeft een positieve relatie met zijn of haar ouders	16 keer aanwezig
Het kind of de jongere heeft een positieve attitude naar school	15 keer aanwezig
Er wordt thuis alleen Nederlands gesproken	15 keer aanwezig
Het gezin maakt gebruik van alle financiële middelen van de gemeente	15 keer aanwezig
Het kind of de jongere heeft een goede intelligentie	15 keer aanwezig

Opvallend was, dat de meeste risicofactoren vooral bij de ouders te lokaliseren waren (psychosociale problemen, pedagogische problemen, problematisch verleden, alleenstaand ouderschap), terwijl er minder vaak risicofactoren bij het kind voor kwamen (moeilijk temperament en internaliserende problematiek) en risicofactoren in de omgeving (armoede). De beschermende factoren kennen een grotere diversiteit en zijn ook vaker via hulpverlening te beïnvloeden.

Discussie

Dit onderzoek heeft zich bezig gehouden met de vraag: *wat is een bruikbaar meetinstrument om de gezinssituatie in beeld te krijgen bij het Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven?* Er was nog geen meetinstrument voorhanden die voldeed aan de criteria van het CJG Eindhoven, daarom is er een Quick Scan ontwikkeld. De Quick scan is bij 32 gezinnen gebruikt in de periode september 2007 tot en met mei 2008, om de bruikbaarheid te toetsen. Het CJG Eindhoven heeft een aantal criteria gegeven, waaraan is voldaan: de Quick scan was in tien minuten in te vullen, hierdoor ontstond een snelle beeldvorming over het individuele gezin, het leverde relevante informatie op voor de hulpverleners, de Quick scan was bruikbaar voor alle problematiek binnen de gezinnen, het was bruikbaar voor gezinnen met kinderen in de leeftijd van nul tot en met drieëntwintig jaar, er kon een omschrijving van de populatie worden weergegeven en het was in te vullen door verschillende organisaties. Eveneens wordt aan de opgestelde criteria van het NJi voldaan. De moeilijkheidsgraad was

correct; de items waren niet te moeilijk of te makkelijk. De onderzoekster is steeds bij het invullen aanwezig geweest, hierdoor is de handleiding niet getoetst, de uitleg die de onderzoekster heeft gegeven was wel afkomstig uit de handleiding. Als tweede noemt het NJi het onderscheidend vermogen. De Quick scan omvat veel verschillende risico- en beschermende factoren waardoor er voldoende verschillen tussen respondenten is geleverd. Als derde noemt het NJi de praktische toepassing. Zoals hierboven is beschreven voldeed de Quick scan aan alle door het CJG genoemde criteria. Als laatste noemt het NJi de doelmatigheid van het instrument. In zeer geringe tijd geeft de Quick scan een compleet beeld van de gezinssituatie. Kortom aan alle criteria voor bruikbaarheid heeft de Quick scan voldaan.

In bovenstaande is beschreven dat het aantal risicofactoren in het gezin zijn gestegen. Dit is niet de gewenste uitkomst en tegen de verwachtingen in. De verklaring hiervoor kan worden gevonden in de onvolledige dossiers bij het CJG Eindhoven die gebruikt zijn bij meting 1. Bij de eerste meting is er significant vaker “niet bekend” gescoord dan bij meting 2. Dit impliceert dat op het moment van het casuoverleg veel risico- en beschermende factoren niet bekend waren, terwijl het waarschijnlijker is dat deze risicofactoren niet goed gedocumenteerd waren. De ketencoördinatoren, die de nameting hebben geleverd, kenden inmiddels allen het gezin en konden om die reden een veel completer en dus correcter weergave geven van de gezinssituatie op meting 2. De toename van het aantal risicofactoren is dus waarschijnlijk het gevolg van een vollediger rapportage op meting 2 en een onderrapportage op meting 1.

De tweede verklaring voor het niet dalen van de risicofactoren kan worden gevonden in de methodieken die aan de gezinnen zijn aangeboden. In de dossiers was niet terug te vinden welke methodieken gebruikt zijn om een verandering te weeg te brengen. Hierdoor kon niet achterhaald worden of deze methoden wel ‘evidence based’ (bewezen effectief) waren en of de methoden wel correct werden uitgevoerd (behandelintegriteit).

Verondersteld werd, dat het beter met de gezinnen gaat wanneer er een stijging te zien is in het aantal beschermende factoren. De beschermende factoren waren wel allen significant toegenomen. Een verklaring hiervoor zou eveneens gezocht kunnen worden in de manier van meten. Bij meting 1 werd er ook significant vaker “niet bekend” gescoord in vergelijking met meting 2. Daarnaast was één van de beschermende factoren “het gezin maakt gebruik van de hulpverlening.” Het is waarschijnlijk dat na een casuoverleg het gezin meer gebruik van de hulpverlening maakt omdat deze beter op elkaar is afgestemd. Mogelijk

kan de toename van het aantal beschermende factoren vooral toegeschreven worden aan de verbeterde samenwerking door het casusoverleg.

Geconcludeerd kan worden dat op basis van dit onderzoek van de eerste casussen via retrospectief dossieronderzoek op meting 1 nog niet gesteld kan worden of er minder risico's en meer beschermende factoren zijn, enige tijd na het casusoverleg. Verbetering van de registratie met dit instrument door inzet van gegevens van alle betrokken hulpverleners tijdens het casusoverleg zal dit in de toekomstige analyses wel mogelijk maken.

Dit onderzoek heeft een aantal tekortkomingen. Het aantal bruikbare dossiers was geringer dan verwacht. In eerste instantie waren er 111 casussen beschikbaar, er waren er echter maar 32 bruikbaar. De overige dossiers waren niet compleet, de ketencoördinator was niet bekend, er was geen casusoverleg geweest of er was nog geen casusoverleg geweest. Het was niet mogelijk om een controlegroep bij dit onderzoek te betrekken. Daarvoor werken verschillende gemeenten te verschillend om ze goed te kunnen vergelijken. Daarnaast was het ethisch niet verantwoord om gezinnen uit te sluiten van een casusoverleg. Deze gezinnen zouden dan geen goed op elkaar afgestemde zorg krijgen. De Quick scan biedt niet de mogelijkheid om een mate van ernst aan te geven. Het is denkbaar dat een risicofactor niet helemaal verdwenen is, maar wel verminderd is. Er moet gekeken worden of het in de toekomst wenselijk is om toch een bepaalde mate van ernst aan te kunnen duiden. Als laatste heeft dit onderzoek alleen gekeken naar de bruikbaarheid van de Quick scan. Uitspraken over de betrouwbaarheid of de validiteit van de Quick scan kunnen dan ook niet worden gedaan. In de toekomst zou hier wel onderzoek naar gedaan moeten worden.

Aanbevelingen

Aangezien de dossiers niet volledig waren bij de eerste meting zal het gebruik van de Quick scan tijdens het casusoverleg de rapportage op meting 1 verbeteren. Hierdoor zou er daadwerkelijk gemeten kunnen worden dat de risicofactoren dalen en de beschermende factoren toenemen. Mogelijk draagt het casusoverleg vooral bij aan betere hulpverlening door het laten toenemen van beschermende factoren. Dit dient nader te worden onderzocht.

In dit onderzoek is alleen de bruikbaarheid van de Quick scan onderzocht. Het zou wenselijk zijn om ook de betrouwbaarheid en de validiteit van het meetinstrument te toetsen. Wanneer de betrouwbaarheid en de validiteit voldoende zijn, kan met meer zekerheid worden gezegd dat de Quick scan inderdaad een goed middel is om individuele gezinnen en de populatie van het CJG Eindhoven te bespreken. De Quick scan is bruikbaar gebleken en draagt vooral bij aan de beschrijving van de gezinssituatie en aan de beschrijving van beschermende factoren. Hierdoor kan het motto "één gezin, één plan" blijven bestaan.

Literatuur

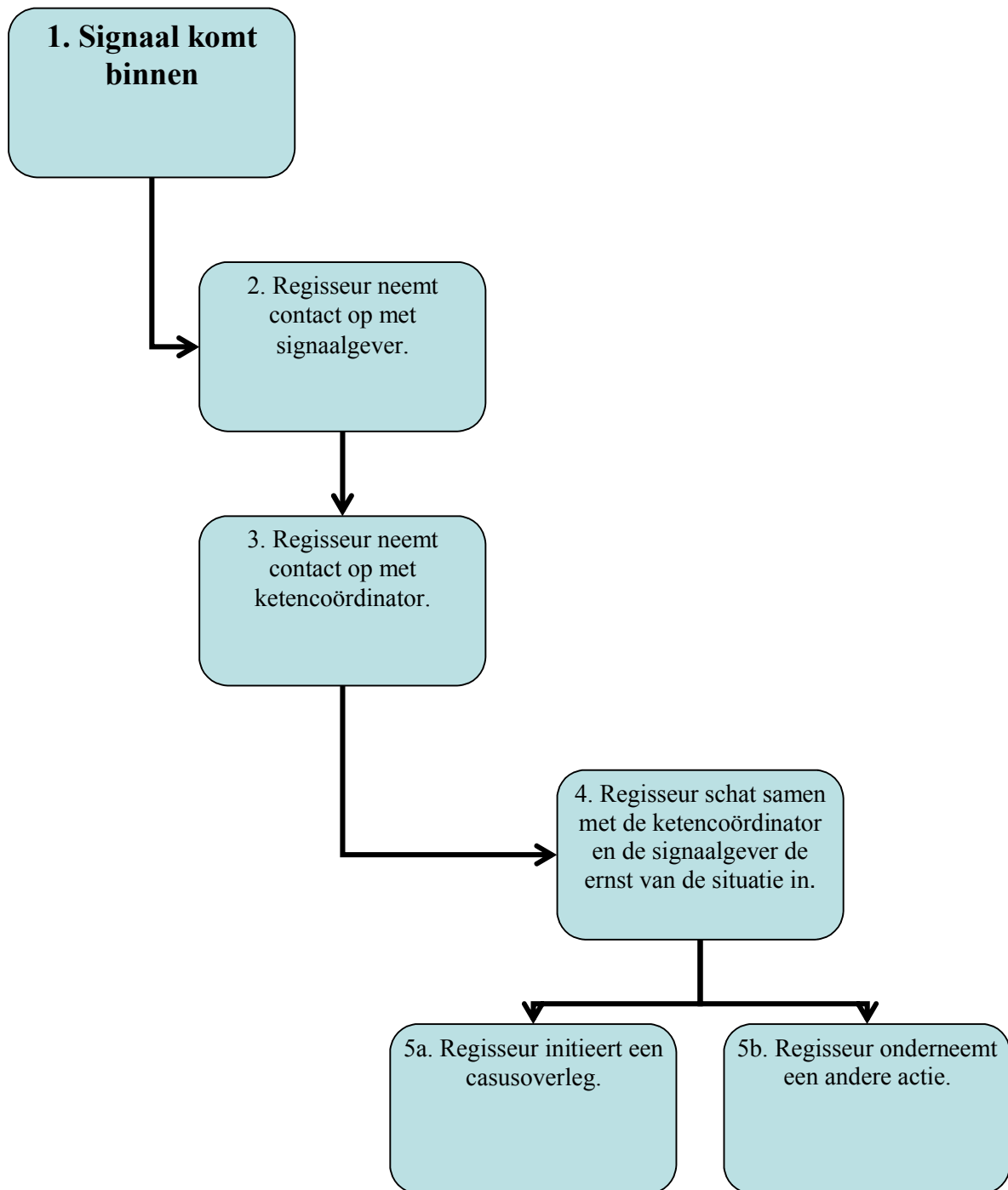
- Aalbers-van Leeuwen, M., Hees, van L., & Hermanns, J. (2002). Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen: reden tot optimisme of reden tot pessimisme? *Pedagogiek*, 22, 41-54.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 profiles*. Burlington, VT: department of psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.
- Algemene informatie over de DIRK van het NJi (2008).
<http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=40219>.
- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. H. M., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46, 235-245.
- Asscher, J. J., & Paulussen-Hoogeboom, M. C. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en adolescent*, 26, 56-69.
- Benner, G. J., Beaudoin, K., Mooney, P., Uhing, B. M., & Pierce, C. D. (2008). Convergent Validity with the BERS-e teacher rating scale and the Achenbach Teacher's Report Form: a replication and extension. *Journal of child and family studies*, 17, 427-436.
- Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F., & Patton, G. (2005). Individual, Family, school and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: a comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. *Prevention science*, 6, 73-87.
- Brink, L. T. ten, & Veerman, J. W. (1998). Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. In J.D. Bosch e.a. (red.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kindpsychiatrie 3 (13-46)*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self reported child abuse and neglect. *Child abuse and neglect*, 22, 1065- 1078.

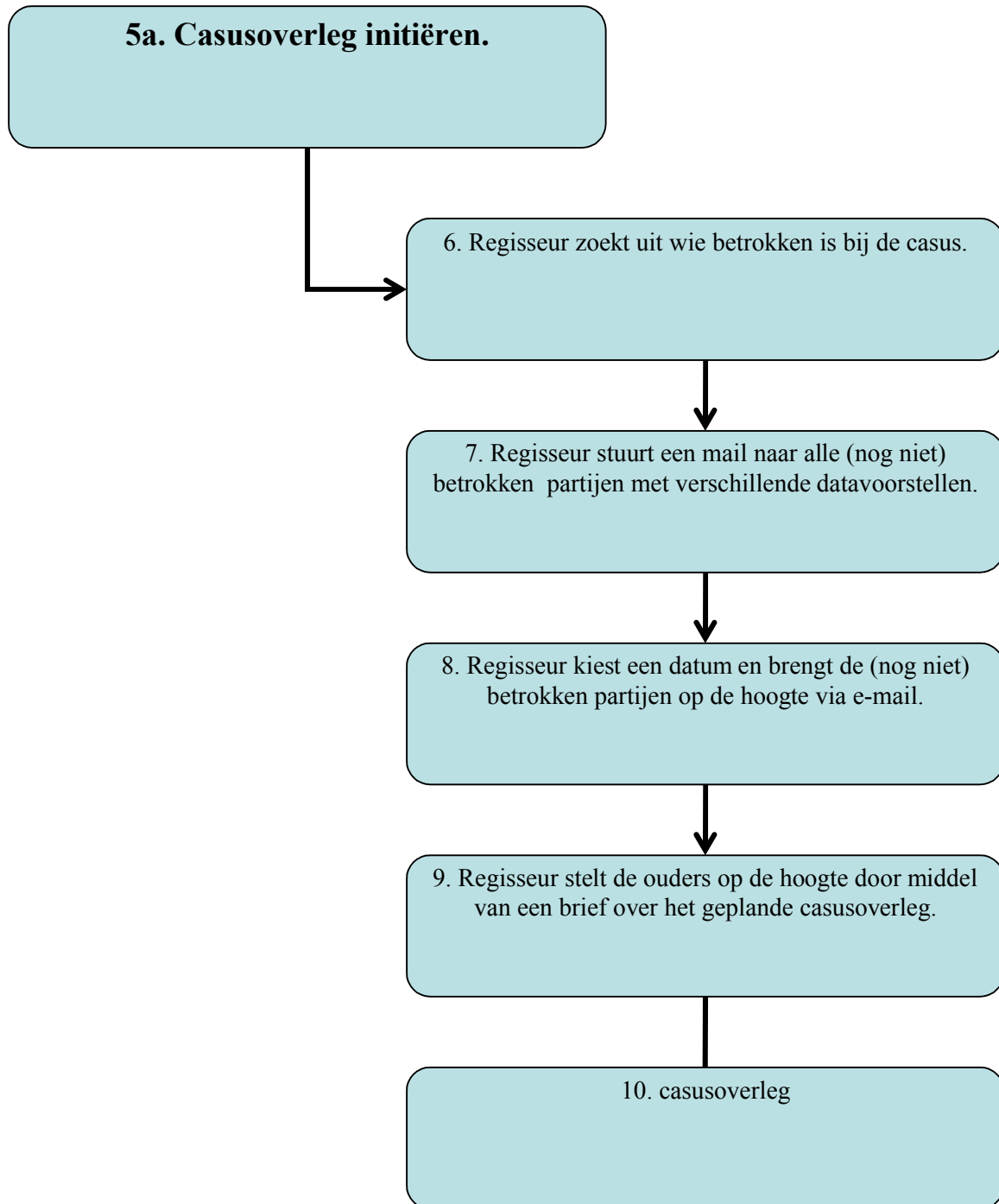
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context of human development. *American psychologist*, 32, 513-531.
- Bruikbaarheidscriteria van het NJi (2008). <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/06/392.html>
- Dam, S. van, & Rie, R. de. (2007). *Jong geleerd!* Amsterdam: de Raat & de Vries.
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 28, 667-685.
- Eijgenraam, K., Yperen, T. van, Pijll, M. van der., Post, F. & Graaf, M. de. (2008). *Interbeoordelaarbetrovbaarheid Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/NJi.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J. C. van & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II*. Assen: Van Gorcum.
- Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales anxiety problems and Affective problems. *Journal of anxiety disorders*, 22, 126-134.
- Garnezy, N., (1985) Stress resistant children: The search for protective factors. In: J. E. Stevenson (ed). *Recent research in developmental psychopathology. Journal of child psychology and psychiatric book supplement No 4* (213-233). Oxford, England: Pergamon press.
- Gemeente Eindhoven, Dienst MO, (2007). *Notitie Centrum Jeugd en Gezin*.
- Goorhuis, S. M., & Schaerlaekens, A. M., (1994). *Handboek taalontwikkeling, taalpathologie en taaltherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., & Shahar, G. (2005). Weapon violence in adolescence: Parent and school connectedness as protective factor. *Journal of adolescent health*, 37, 306-312.
- Hermanns, J. M. A. (1987). Risicofactoren in de ontwikkeling. De rol van de bijsturende omgeving. *Kind en adolescent*, 8, 49-58.
- Jessor, R., Bos, J., Vanderryn, J., Costa, M., & Turbin, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior; moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933.
- Jimerson, S., Egeland, B., Sroufe, L.A., & Carlson, B. (2000) A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of school psychology*, 38, 525-549.
- Orobio de Castro, B., Veerman, J. W., Bons, E. & Beer, de L. (2001) *kansen gekeerd? Criminaliteitspreventie door vroegtijdige signalering en gezinsondersteuning*. Universiteit Utrecht.

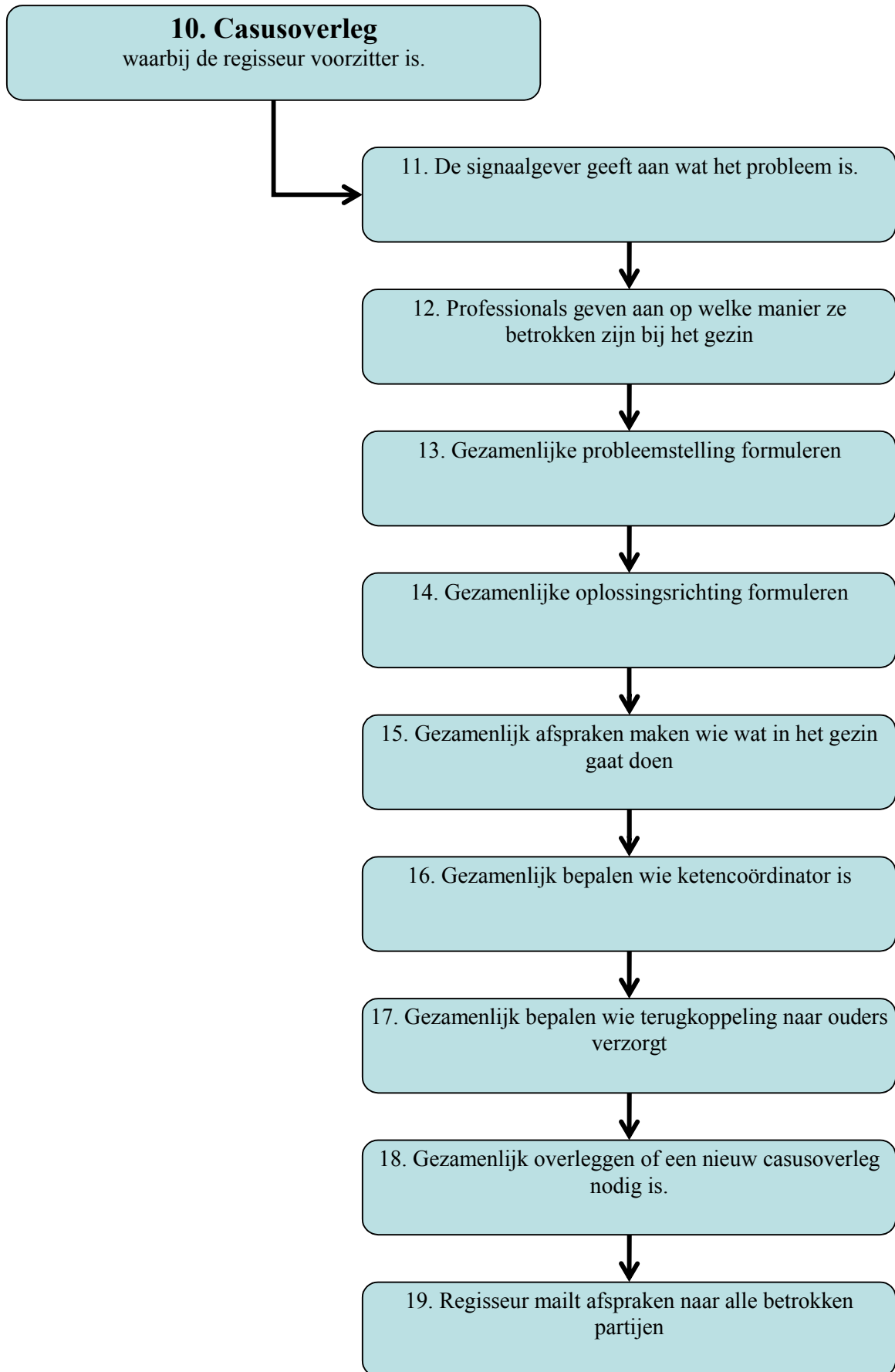
- Piko, B. F., Fitzpatrick, K. M. & Wright, D. R. (2005). A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings. *European child and adolescent psychiatry*, 14, 95-103.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin. (2007). *Alle kansen voor alle kinderen programma Jeugd en Gezin 2007-2011*. Den Haag.
- Reese, R. E., Vera, E. M., Simon T. R., & Ikeda R. M. (2000). The role of families and care givers as risk and protective factors in preventing youth violence. *Clinical child and family psychology review*, 3, 61-77.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In Kent M. W. & Rolf, J. E. (eds.). *Social competence in children: primary prevention of psychopathology*. Hanover, N. H.: University press of new England.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial reliance and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Schaffer, H. S. (1996). *Social development*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Tinsley Li, S., Nussbaum, K. M. & Richards, M. H. (2007). Risk and protective factors for urban African-American youth. *Community psychology*, 39, 21-35.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus MC.
- Yperen, T. van., Berg, G. van den., Eijgenraam, K., & de Graaf, M. (2007). (Quick)STEP Standaard taxatie ernst problematiek: handleiding 2007. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/NJi.

Bijlage 1

Stroomschema werkwijze regisseur risicojeugd CJG Eindhoven







Toelichting stroomschema wekwijze regisseur risicojeugd CJG Eindhoven

De cijfers in de tekst verwijzen terug naar de cijfers in het stroomschema.

Binnen komen van een signaal

1. Op verschillende manieren komen er signalen binnen. Enerzijds via het signaleringssysteem en anderzijds via de telefoon of via de e-mail. De regisseurs risicojeugd reageren wanneer er een match is van twee signalen.

2, 3, 4, De regisseur neemt contact op met de signaalgever en de ketencoördinator om de personalia, de probleemstelling en het doel van het overleg helder te krijgen. Hierbij komt het hele gezin in beeld. Bij een signaal van het laagste niveau kan er een casusoverleg worden geïnitieerd of er zal een andere actie worden ondernomen. Het eerste contact zal altijd binnen 5 kalenderdagen worden gelegd. Bij een signaal van een hoog niveau zal er altijd een casusoverleg worden geïnitieerd. Het eerste contact zal altijd binnen 3 kalenderdagen worden gelegd. Het casusoverleg zal binnen 10 werkdagen plaats vinden.

5b. Wanneer er geen casusoverleg plaats vindt, onderneemt de regisseur vaak een andere actie. Voorbeelden hiervan zijn: mensen met elkaar in contact brengen, de juiste zorg regelen en professionals advies geven.

Casusoverleg initiëren

6. Aan alle betrokken professionals wordt gevraagd of ze nog iemand weten die bij het overleg aanwezig zou moeten zijn. Het kan voorkomen dat nog niet betrokken partijen uitgenodigd worden voor het casusoverleg. Voorbeelden hiervan zijn GGzE, BJZ (wanneer er een raadmelding wordt verwacht) en MEE.

7, 8. De regisseur stelt verschillende data voor en weegt af wanneer het casusoverleg plaats zal vinden. Het is belangrijk dat er zo veel mogelijk mensen aanwezig kunnen zijn, in ieder geval moeten de direct betrokken professionals aanwezig zijn.

9. De regisseur stuurt een brief naar de ouders om hen op de hoogte te stellen van het op handen zijnde casusoverleg. Hierin staat vermeld dat er een terugkoppeling wordt verzorgd. Hierin wordt vermeld wie er allemaal aanwezig zullen zijn. In voorkomende gevallen zullen de ouders zelf aanwezig zijn.

Casusoverleg

10, 11, 12. De regisseur is voorzitter van het casusoverleg. De regisseur legt het doel van het overleg uit en vraagt daarna aan de signaalgever het probleem toe te lichten. Vervolgens kunnen de andere professionals aanvullen.

13, 14 gezamenlijke probleemstelling en oplossingsrichting is gericht op het hele gezin: 1 gezin 1 plan.

15. Tijdens het casusoverleg wordt er afgesproken wie wat in het gezin gaat doen. Er wordt een termijn afgesproken wanneer zaken afgehandeld moeten zijn.

16. In principe wordt er door het signaleringssysteem aangegeven wie ketencoördinator is. In een casusoverleg kan men afspreken dat iemand anders ketencoördinator wordt. In zeer complexe situaties zal de regisseur de taken van ketencoördinator uitvoeren. De regisseur kan naar aanleiding van een casusoverleg bepalen dat er een gezinscoach in het gezin ingezet moet worden. De gezinscoach is in zo'n situatie altijd ketencoördinator. De regisseur heeft regelmatig contact met de gezinscoach om de regie op de voortgang te bewaken.

Aanvullende opmerking.

Na een casusoverleg heeft de SMW-er de taak om het overleg terug te koppelen naar SPIL/school. Wanneer SMW niet aanwezig is, zal de ketencoördinator deze taak op zich nemen.

Bijlage 2

Convenant

**Signaleringsstelsel Zorg voor Jeugd en
Stedelijk casusoverleg Risicojeugd Eindhoven**

Eindhoven, 4 december 2006

De partijen

- b Gemeente Eindhoven, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de wethouder Jeugd en Gezin G.M. Mittendorff, ter uitvoering van het besluit van het college van 28 november 2006, hierna te noemen de gemeente;
- b Bureau Jeugdzorg, vestiging Eindhoven, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de directeur W. van Mil.
Hierna te noemen BJZ;
- b Lumens Groep, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de algemeen directeur A.A.M. van der Linden.
Hierna te noemen Lumens Groep;
- b De stichting Novadic-Kentron, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de vestigingsmanager Zuidoost Brabant H.Schreurs.
Hierna te noemen Novadic;
- b MEE Zuidoost Brabant, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door lid van de Raad van Bestuur W.M.B. van Hoof.
Hierna te noemen MEE;
- b De stichting Zuidzorg, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door lid van de Raad van Bestuur P.E. Smit.
Hierna te noemen Zuidzorg;
- b De Gemeente Eindhoven, onderdeel GGD, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door waarnemend directeur GGD Eindhoven W.J.A. Lamers.
Hierna te noemen GGD;
- b Raad voor de Kinderbescherming, Regio Noord en Zuidoost Brabant, locatie Eindhoven, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de regiodirecteur F. van Montfoort,
Hierna te noemen Raad;
- b Regiopolitie Brabant Zuid-Oost, Afdeling Eindhoven in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door de commissaris P. van der Linden.
Hierna te noemen Politie.

overwegende dat;

- b Partijen vanaf 4 december 2006 wensen te starten met het signaleringssysteem Zorg voor Jeugd en het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd met als doel risico's bij kinderen, jongeren en gezinnen vroegtijdig te signaleren om zodoende snel en gezamenlijk te komen tot een efficiënte en effectieve aanpak;
- b Partijen middels dit convenant taken, verantwoordelijkheden en werkwijzen wensen vast te leggen;
- b Partijen voor wat betreft de verwerking van persoonsgegevens een privacyprotocol hebben vastgesteld.

zijn het volgende overeengekomen;

Paragraaf 1 Afspraken omtrent het Signaleringsstelsel Zorg voor Jeugd

Artikel 1 Het stelsel

1. Partijen hebben vastgesteld welke bij hen bekende kinderen en jongeren opgenomen worden in het 'slappend' bestand van het signaleringssysteem (ketenregistraties) en werken mee aan het vullen van het signaleringssysteem met de namen van deze kinderen en jongeren.
2. De partijen melden risico's bij kinderen, jongeren en gezinnen aan het signaleringssysteem. Iedere aangesloten organisatie heeft een profiel opgesteld op basis waarvan risicosignalen afgegeven worden.

Artikel 2 De zorgcoördinator

1. Indien twee of meer organisaties een signaal afgeven over dezelfde jongere, dan is er sprake van een match en wordt automatisch, conform afspraken, een zorgcoördinator aangewezen.
2. Als zorgcoördinator treedt op:
 - b BJZ als zij betrokken zijn bij de casus of
 - b Lumens Groep, onderdeel SMW, als BJZ niet betrokken is bij de casus en het niet gaat om een kind van onder de 4 of een jongere van boven de 18 of
 - b Zuidzorg als het gaat om een kind van onder de 4 of
 - b Lumens Groep, onderdeel AMW, als het gaat om een jongere van boven de 18 of
 - b Een andere partij indien dit gezamenlijk wordt besloten in het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd.
3. De zorgcoördinator wordt door zijn werkgever in staat gesteld de taken uit te voeren zoals bedoeld in lid 1 van artikel 3.

Artikel 3 Taken en bevoegdheden zorgcoördinator

1. De zorgcoördinator heeft de volgende taken:
 - b Nagaan of bij de casus nog andere partijen betrokken zijn dan de partijen vermeld in het signaleringssysteem. Deze toevoegen aan de lijst van mensen die benaderd moeten worden voor het casusoverleg.
 - b Deelnemen aan het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd dan wel zorgen voor gelijkwaardige vervanging
 - b Het monitoren van de uitvoering van de afspraken gemaakt in het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd. Inhoudelijke afspraken worden hiertoe vastgelegd in het kinddossier van de betreffende instellingen.
 - b Aanspreken van de partijen als zij zich niet aan de gemaakte afspraken houden.
 - b Zonodig in onderling overleg aanpassen of uitbreiden van de afspraken en dit ook bijhouden in signaleringssysteem.
 - b Zorgdragen voor de informatie-uitwisseling tussen betrokken hulpverleners en indien nodig vervolgbijeenkomsten organiseren.
 - b Knelpunten voorleggen aan de voorzitter casusoverleg. Aangeven als er nog een centraal casusoverleg gewenst is.

2. De zorgcoördinator is bevoegd om:
 - b Partijen bij te sturen op die punten waar meer of minder actie moet worden ingezet gekoppeld aan een handelingstermijn.
 - b Bij het niet nakomen van afspraken uit het gezamenlijk vastgestelde plan van aanpak dit voor te leggen aan de voorzitter van het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd die vervolgens contact op kan nemen met de direct leidinggevende van de betreffende medewerker(s).

Paragraaf 2 Afspraken omtrent het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd

Artikel 4 Stedelijk casusoverleg risicojeugd

1. Het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd heeft tot doel om complexe gevallen, die onder andere voortkomen uit het signaleringssysteem en vanwege de problematiek niet binnen de zorgteams op scholen opgepakt kunnen worden, te bespreken, om zodoende tot een gedeelde probleemanalyse en oplossingsrichting te komen. Als er geen schoolgaande kinderen zijn wordt de casus voorafgaand aan het stedelijk casusoverleg risicojeugd besproken in het voorschools zorgoverleg waaraan de OKZ verpleegkundige, de O & O er en de kinderopvang deelnemen.
2. Via de schoolmaatschappelijk werker vindt - indien hier sprake van is - terugkoppeling met het zorgteam plaats.
3. Het overleg wordt voorgezeten door een door de gemeente geleverde voorzitter.

Artikel 5 Taken voorzitter

1. De voorzitter heeft de volgende taken:
 - b In overleg met zorgcoördinator zoals bedoeld in lid 1 van artikel 2 bepalen of een casus geschikt is voor het casusoverleg.
 - b Nagaan of de casus al in andere overleggen besproken wordt en indien nodig zorgen voor afstemming.
 - b Beleggen van casusbesprekingen en de besprekingen voorzitten.
 - b Zorgen dat er een gedeelde probleemanalyse komt en een gedeelde oplossingsrichting (plan van aanpak).
 - b Vastleggen van de gemaakte afspraken in het signaleringssysteem zoals bedoeld in het eerste lid van artikel 1.
 - b Voortgang van casus bewaken en ingrijpen indien dit nodig is.
 - b Aantal (zeer) complexe casussen nauwlettend volgen en sturen.
 - b Knelpunten oppakken, indien de partijen er gezamenlijk niet uitkomen knelpunten voorleggen aan de directies en uiteindelijk aan de wethouder Jeugd en Gezin van de gemeente.
 - b Periodiek evalueren van de werkwijze.
 - b Op beleidsniveau signaleren van en rapporteren over knelpunten in de aanpak van risicojeugd en risicogezinnen.

Artikel 6 Afstemming zorgcoördinatoren en voorzitter

De zorgcoördinatoren en de voorzitter van het casusoverleg werken nauw samen in het zo snel en efficiënt mogelijk oppakken van de casussen. De zorgcoördinator is inhoudelijk verantwoordelijk voor het oppakken en de voortgang van de casus, de voorzitter van het casusoverleg is verantwoordelijk voor de procesbewaking, ondersteunt de zorgcoördinatoren in het optimaal invullen van hun rol, kan deze rol in zeer complexe casussen overnemen en/of sturend optreden.

Artikel 7 Deelname partijen

1. De partijen dragen er zorg voor dat een medewerker aanwezig is bij die casusbesprekingen waar een van hun cliënten besproken wordt (uitzondering vormt de politie, zie hiervoor laatste punt).
2. De partijen dragen er zorg voor dat diegene die namens hen aanwezig is bij de casusbespreking goed op de hoogte is van de betreffende casus en gemandateerd is om een plan van aanpak vast te stellen.
3. De politie levert voor die casusbesprekingen waar hun cliënten worden besproken relevante informatie aan de voorzitter van het casusoverleg. Indien nodig sluit de bij een casus betrokken politiefunctionaris aan bij het casusoverleg.

Paragraaf 3 Algemene Bepalingen

Artikel 8 Interventiemacht

1. Partijen spreken ten aanzien van de aanpak van een casus het volgende met elkaar af:
 - Een casus wordt besproken in het overleg dat zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van het kind of de jongere staat. Dit betekent dat de meeste casussen besproken en afgehandeld worden in de zorgteams op de scholen. Of als er geen schoolgaande kinderen zijn in het voorschools zorgoverleg waaraan de OKZ verpleegkundige, de O & O er en de kinderopvang deelnemen.
 - Komt men in het zorgteam (of ander overleg) niet tot een oplossing dan wordt de casus overgedragen aan het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd.
 - Slaagt ook dit overleg er niet in met een geschikte aanpak te komen dan benadert de voorzitter van het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd binnen twee dagen de directies van de betrokken instellingen. Of indien het een probleem binnen de gemeente betreft de directies van de betrokken diensten. De uitkomst van dit crisisberaad is een acceptabele en door alle betrokken partijen gedragen oplossing voor het kind.
 - Indien het Stedelijk casusoverleg Risicojeugd niet leidt tot een op maat gemaakte aanpak voor de casus en ook het crisisberaad niet leidt tot een oplossing, dan wordt de casus binnen twee dagen na het crisisberaad voorgelegd aan de wethouder voor Jeugd en Gezin van de gemeente Eindhoven die in eerste instantie in overleg met de hoogste leiding van de betrokken partijen, een oplossing van partijen kan afdwingen (interventiemacht).

Artikel 9 Loopduur en evaluatie

1. Dit convenant treedt in werking met ingang van de dag na ondertekening en eindigt op 1 januari 2010.
2. Partijen treden uiterlijk voor 1 januari 2009 in overleg over voortzetting van dit convenant.
3. Alvorens dit convenant wordt verlengd, evalueren partijen de uitvoering en werking van dit convenant. Een eerste evaluatiemoment vindt plaats in april 2007 waarna eventuele wijzigingen aan dit convenant kunnen worden toegevoegd. Na dit evaluatiemoment sluiten mogelijk nieuwe partners aan.
4. Elke partij mag dit convenant slechts met inachtneming van een opzegtermijn van één jaar schriftelijk opzeggen, indien zich onvoorziene omstandigheden voordoen die voortzetting voor die partij onmogelijk maken.

Artikel 10 Slotbepaling

1. In situaties waar niet conform dit convenant wordt gehandeld zal de gemeente interveniëren.

2. De gemeente maakt van elke interventie melding aan de verantwoordelijke bestuurder van betreffende partij.
3. Dit convenant ontslaat partijen niet van hun eigen verantwoordelijkheden die voortvloeien uit wet en regelgeving of uit de opdracht waarmee de organisatie/instelling belast is.
4. Wijzigingen en aanvullingen van dit convenant behoeven de instemming van alle Partijen.

Aldus besloten te Eindhoven op 4 december 2006,

Gemeente Eindhoven
Mevrouw G.M. Mittendorff

Bureau Jeugdzorg
Vestiging Eindhoven
Mevrouw W. van Mil

Lumens Groep
Mevrouw A.A.M. van der Linden

Novadic-Kentron
De heer H.Schreurs

MEE Zuidoost Brabant
De heer W.M.B. van Hoof

Zuidzorg
De heer P.E. Smit

De Gemeente Eindhoven, onderdeel GGD
De heer W.J.A.Lamers

Raad voor de Kinderbescherming
Regio Noord en Zuidoost Brabant

locatie Eindhoven
Mevrouw F. van Montfoort

Regiopolitie Brabant Zuid-Oost
Afdeling Eindhoven
P. van der Linden

EHV/DMO/V&P/CONVENANT RISICOJEUGD.DOC

Bijlage 3

Risicofactoren bij het kind	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet bekend
15. Lage intelligente			
16. Negatief zelfbeeld			
17. Moeilijk temperament			
18. Slechte sociale vaardigheden			
19. Internaliserende gedragsproblemen			
20. Externaliserende gedragsproblemen			
21. slachtoffer van pesten			
22. slachtoffer van mishandeling			
23. Riskante gewoonten op jonge leeftijd			
24. Seksueel misbruik			
25. Seksueel uitdagend gedrag			
26. Het kind veroorzaakt overlast in de buurt			
27. Broer en/of zus met gedragsproblemen			
28. ontwikkelingsachterstand			

Risicofactoren bij de ouder	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet bekend
10. Alleenstaande ouder			
11. Geringe pedagogische kwaliteiten			
12. Inadequate opvoedstijl			
13. Verwaarlozing			
14. Overprotectie			
15. Ontbreken van toezicht			
16. Ouder(s) met psychosociale problemen			
17. Delinquente of anti-sociale ouder(s)			
18. Verslaving van moeder/vader			
10. Er wordt thuis geen Nederlands gesproken			
17. Ouder(s) met een problematisch verleden			
18. Laag opleidingsniveau moeder			
19. Laag opleidingsniveau vader			
20. Geweld in het gezin			
21. 5 of meer kinderen in het gezin			
22. Armoede in het gezin			

Risicofactoren op school/vrije tijd	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet bekend
10. Slechte schoolprestaties			
11. Zit op het speciaal onderwijs			
12. Spijbelen			
13. Afwijkend gedrag op school			
14. Slechte relaties met klasgenoten			
15. Negatieve houding t.o.v. school en/of gezag			
16. Lage verwachting van succes			
17. Kind heeft anti-sociale vrienden			
18. Beperkte vrijetijdsbesteding			

Risicofactoren in de omgeving	Aanwezig	Niet aanwezig	niet bekend
5. Verpaupering			
6. Slechte voorzieningen			
7. Behorende tot een culturele minderheid			
8. Discriminatie			

Beschermende factoren bij het kind	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet bekend
12. Goede intelligentie			
13. Kind heeft zelfvertrouwen			
14. Goede sociale vaardigheden			
15. Positieve attitude naar school toe			
16. Staat negatief tegenover geweld en delinquentie			
17. Positieve relatie met ouders			
18. Positieve relatie met broertje(s)/zusje(s)			
19. Aanwezigheid van een sociaal netwerk voor het kind			
20. Lid van een sport club			
21. Heeft vrienden die als rolmodel kunnen fungeren			
22. Het kind ervaart steun uit de omgeving			

Beschermende factoren bij de ouders/gezin	Aanwezig	Niet aanwezig	niet bekend
8. Competente ouder(s)			
9. Consequente ouder(s)			
10. Ouders houden toezicht op kind (monitoring)			
11. Er wordt thuis alleen Nederlands gesproken			
12. Religie			
13. Sterke sociale controle			
14. Ouders ervaren steun uit de omgeving			

Beschermende factoren in de omgeving van het kind	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet bekend
1. Het gezin maakt gebruik van alle financiële middelen van de gemeente.			
2. Positief klimaat op school			
3. Het gezin maakt gebruik van de hulpverlening			

Bijlage 4

Handleiding bij het invullen van de risico- en beschermende factoren lijst

In deze lijst zijn alle items opgenomen, zodat als u vragen heeft over hoe sommige items in gevuld dienen te worden u deze in de lijst terug vindt. Hopelijk vindt u met behulp van deze handleiding een antwoord op uw vraag. Ik zou u willen vragen om met behulp van een kruisje aan te geven in welke categorie de risico of het beschermende factor thuis hoort.

Risicofactoren bij het kind

1. lage intelligentie: het kind of de jongere kan niet goed meekomen op school vanwege een te lage intelligentie
2. negatief zelfbeeld: het kind of de jongere denkt negatief over zichzelf
3. moeilijk temperament: ouders geven aan dat het vanaf de geboorte een lastig kind is geweest. Het kind of de jongere is snel boos.
4. slechte sociale vaardigheden
5. internaliserende gedragsproblemen: te denken valt aan gedrag als somberheid, teruggetrokkenheid. Daarnaast is het voor internaliserend gedrag kenmerkend dat het niet direct gericht is op een ander
6. externaliserende gedragsproblemen: te denken valt aan ADHD, delinquentie en agressie. Het gedrag is gericht op een ander
7. slachtoffer van pesten: het kind of de jongere wordt gepest door leeftijdgenoten, buurtbewoners of anderen
8. slachtoffer van mishandeling: het kind of de jongere is slachtoffer van fysieke, seksuele of verbale mishandeling (geweest)
9. riskante gewoonten op jonge leeftijd: te denken valt aan jong drugsgebruik, al vroeg betrokken bij vechtpartijen en al jong bezig met criminele zaken
10. seksueel misbruik: het kind of de jongere is seksueel misbruikt/aangerand al dan niet door een familielid
11. seksueel uitdagend gedrag: het kind of de jongere laat gedrag zien dat door anderen als seksueel uitdagend kan worden gezien. Te denken valt aan exhibitionisme
12. het kind veroorzaakt overlast in de buurt: het kind of de jongere veroorzaakt alleen of met een groep overlast. Dit kan zijn door te hangen, graffiti te spuiten, omstanders lastige te vallen of op alle andere manieren
13. broer en/of zus met gedragsproblemen: de broer en/of zus van het kind of de jongere heeft gedragsproblemen
14. Ontwikkelingsachterstand: het kind loopt dermate achter in zijn/haar ontwikkeling dat dit een belemmering is.

Risicofactoren bij de ouder

1. alleenstaande ouder: de ouder is gescheiden en staat voor de dagelijkse opvoedtaken er alleen voor. Ook wanneer er een co-ouderschap is, is de ouder alleenstaand. Wanneer er een nieuwe partner is, is de ouder niet meer alleenstaand
2. geringe pedagogische kwaliteiten: ouders hebben te weinig pedagogische kwaliteiten om het kind of de jongere adequaat op te voeden
3. inadequate opvoedstijl: ouder(s) reageren niet adequaat op het kind of de jongere in opvoedsituaties. Te denken valt aan een te autoritaire of een te toegeeflijke opvoedstijl.
4. verwaarlozing: op lichamelijk of sociaal-emotioneel gebied krijgt het kind of de jongere te weinig aandacht
5. overprotectie: ouder(s) zijn te beschermend naar het kind of de jongere toe

6. ontbreken van toezicht; ouder(s) weten niet wat hun kind doet wanneer deze uit school komt
7. ouder(s) met psychosociale problemen: ouder(s) hebben psychosociale problemen. Te denken valt aan depressie, autisme, ADHD of andere psychosociale problemen
8. delinquente of anti-sociale ouders: ouders hebben een strafblad of laten anti-sociaal gedrag zien
9. verslaving van moeder of vader: vader en/of moeder is verslaafd aan drugs of drank. Nicotine verslaving valt niet binnen deze categorie
10. er wordt thuis geen Nederlands gesproken: de voertaal die thuis wordt gesproken is elke andere taal dan Nederlands
11. ouder(s) met een problematisch verleden: te denken valt bijvoorbeeld aan traumatische gebeurtenissen als migratie en mishandeling, slechte jeugd enz.
12. laag opleidingsniveau moeder: moeder heeft geen school afgerond of alleen (gelijkwaardig aan) basisonderwijs
13. laag opleidingsniveau vader: vader heeft geen school afgerond of alleen (gelijkwaardig aan) basisonderwijs
14. geweld in het gezin: het geweld is niet direct gericht naar het kind of de jongere, maar het kind of de jongere ziet wel veel geweld in het gezin
15. 5 of meer kinderen in het gezin
16. armoede: het gezin leeft op, onder of net boven de armoede grens. Wanneer er veel schulden zijn kan dit ook een teken van armoede zijn

risicofactoren op school/kinderdagverblijf en de vrije tijd

Overall waar school staat kan ook kinderopvang worden gelezen. Het is van belang dat het om een professionele groepsopvang gaat (dus niet bij opa en oma thuis).

1. slechte schoolprestaties: het kind of de jongere haalt slechte punten op school, oorzaak is hierbij niet van belang
2. zit op het speciaal onderwijs: het kind of de jongere gaat niet naar een reguliere school
3. spijbelen: het kind of de jongere komt regelmatig niet naar school, zonder afmelding
4. afwijkend gedrag op school: het kind of de jongere laat storend gedrag zien in de klas of op het speelplein
5. slechte relaties met klasgenoten: het kind of de jongere heeft bijna geen vrienden op school, vindt geen aansluiting, maakt ruzie of kan worden omschreven als “einzelfanger”
6. negatieve houding t.o.v. school of gezag: het kind of de jongere heeft geen zin in school, ziet het nut er niet van in of is tegendraads richting de school
7. lage verwachting op succes: het kind of de jongere verwacht niet dat hij betere schoolprestaties kan halen
8. kind of de jongere heeft antisociale vrienden
9. arme vrijetijdsbesteding: het kind of de jongere weet niet hoe hij zijn vrije tijd in moet vullen

risicofactoren in de omgeving

1. verpaupering: de wijk ziet er niet meer netjes en verzorgd uit, rommel en graffiti zijn hier indicatoren voor
2. slechte voorzieningen: in de wijk zijn niet de voorzieningen te vinden die personen in de wijk nodig hebben
3. behorende tot een culturele minderheid: het kind of de jongere voelt zich verbonden met een culturele minderheidsgroep
4. discriminatie: om wat voor reden dan ook voelt het kind of de jongere zich gediscrimineerd

beschermende factoren in het kind

1. goede intelligentie: het kind of de jongere kan goed meekomen op school vanwege een goede intelligentie
2. kind heeft zelfvertrouwen: het kind of de jongere heeft een positief beeld over zichzelf en zijn eigen kunnen
3. goede sociale vaardigheden: het kind of de jongere is sociaal vaardig
4. positieve attitude naar school toe: het kind of de jongere heeft plezier op school en vindt het fijn om naar school te gaan
5. staat negatief tegenover geweld en delinquentie: wanneer het kind of de jongere iets gewelddadigs of delinquentes ziet denkt hij hier negatief over.
6. positieve relatie met ouders
7. positieve relatie met broertje(s)/zusje(s):
8. aanwezigheid van een sociaal netwerk voor het kind: het kind of de jongere heeft een netwerk waar hij of zij op terug kan vallen. Dit kan de familie, vrienden, buurtbewoners of anderen zijn
9. lid van een (sport) club
10. heeft vrienden die als rolmodel kunnen fungeren: het kind of de jongere heeft vriend(en) die een positieve invloed uit kan oefenen op het kind of de jongere
11. het kind ervaart steun uit de omgeving: Het kind kan op iemand terug vallen. Te denken valt bijvoorbeeld aan een opa/oma buurvrouw/buurman enz.

Beschermende factoren bij de ouders/gezin

1. competente ouder(s): ouder(s) kennen hun kind(eren), monitoren hen en bieden steun en ruimte in de ontwikkeling van hun kind(eren)
2. consequente ouder(s): ouder(s) treden consequent op naar hun kind(eren)
3. ouders houden toezicht op het kind
4. er wordt thuis Nederlands gesproken: de voertaal in huis is voornamelijk Nederlands
5. religie: ouder(s) voelt zich verbonden aan een religie.
6. sterke sociale controle: de buurt, de familie of de gemeenschap voert sociale controle uit op het kind of de jongere
7. ouder(s) ervaren steun uit de omgeving: de ouder(s) hebben iemand op terug te vallen. Te denken valt aan familie maar ook aan burens

beschermende factoren in de omgeving van het kind

1. het gezin maakt gebruik van alle financiële middelen van de gemeente: de gemeente heeft een aantal "potjes met geld" waar ouder(s) met een uitkering op terug kunnen vallen.
2. positief klimaat op school
3. het gezin maakt gebruik van de hulpverlening: ouders/kinderen werken mee aan de hulpverlening.

Bijlage 5

Veel voorkomende risicofactoren meting 1

Veel voorkomende (minimaal bij 30% van de gezinnen) risicofactoren bij de eerste meting:

- Bij het kind: ontwikkelingsachterstand (31,2%), broer en/of zus met gedragsproblemen (31,2%), internaliserende gedragsproblemen (43,8%) en externaliserende gedragsproblemen (43,8%)
- Bij de ouder: verslaving (34,4%), problematische verleden (34,4%), ontbreken van toezicht (37,5%), delinquente of anti-sociale ouders (37,5%), geweld in het gezin (40,6%), armoede (65,5%), psychosociale problematiek (68,8%) alleenstaande ouder (68,8%) en geringe pedagogische kwaliteiten (87,5%).
- Op school: slechte schoolprestaties (31,2%) en afwijkend gedrag op school (46,9%)

Veel voorkomende (minimaal bij 20% van de gezinnen) beschermende factoren bij de eerste meting

- Bij de ouder: ouders monitoren het kind (21,9%) en er wordt thuis Nederlands gesproken (28,1%).
- In de omgeving: positief klimaat op school (28,1%) en maakt gebruik van de hulpverlening (25,0%)

