

# Opvoedingsondersteuning in Drenthe

Welke behoefte is er?

Willem Jan van der Veen  
Marjan Kuilman  
Nynke van Zanden

Themarapporten GGD Drenthe  
Assen, mei 2011  
[www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl](http://www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl)



## Inhoud

Samenvatting.....	v
1. Opvoedingsondersteuning .....	1
1.1. Joost van 14 .....	1
1.2. Deskundige hulp als topje van de ijsberg .....	2
1.3. Aanpak in dit themarapport .....	3
2. Drentse resultaten .....	5
2.1. Inleiding.....	5
2.2. Ouders over de opvoeding.....	5
2.2.1. Inleiding.....	5
2.2.2. Waarover ouders zich zorgen maken .....	5
2.2.3. Behoeftte aan deskundige hulp of advies.....	8
2.2.4. Informele zorg.....	12
2.3. Ouders over hun kind .....	13
2.3.1. Inleiding.....	13
2.3.2. Sterke kanten en moeilijkheden bij kinderen.....	14
2.3.3. Ervaren belasting in het gezin.....	15
2.4. Psychosociale problemen bij jongeren .....	18
2.4.1. Inleiding.....	18
2.4.2. Indicaties voor psychosociale problematiek .....	19
2.4.3. Sterke kanten en moeilijkheden bij jongeren .....	21
3. De Drentse IJsberg.....	27
3.1. Inleiding.....	27
3.2. Problemen aan de basis.....	27
3.3. Zorgen in het gezin.....	28
3.4. Behoeftte aan deskundige hulp.....	29
3.5. Het topje van de ijsberg .....	29
Literatuur .....	31
Bijlage 1: bespreking van literatuur.....	33
Inleiding.....	33
Kinderen in Nederland.....	33
Jongeren en hun ouders .....	34
Opvoedingsbelasting en steunbehoefte .....	36
Perspectieven van ouders en kinderen .....	37
Bijlage 2: data en methoden .....	39
Inleiding.....	39
Volwassenenonderzoek 2009 .....	39
Ouders en kinderen .....	40
SDQ .....	42
Jeugdonderzoek 2008.....	44
KIVPA.....	45
Bijlage 3: beperkingen van dit onderzoek.....	49
Problemen die onzichtbaar blijven.....	49
Weinig aandacht voor probleemgedrag .....	49
Organisatie van de hulpverlening geen constante .....	49
Verlies van informatie .....	50
Aanbeveling voor het onderzoek .....	50
Bijlage 4: relevante links .....	52



## Samenvatting

Met de meeste kinderen en gezinnen in Drenthe gaat het goed. Ruim 86% van de ouders geeft aan geen deskundige hulp bij de opvoeding nodig te hebben. Wanneer er wel behoefte aan deskundige hulp is, maken de meeste ouders daar ook al gebruik van. Ruim 11% van de ouders in Drenthe maakt gebruik van deskundige hulp of advies bij de opvoeding. Deze ouders geven aan hulp te ontvangen van verschillende instellingen en hulpverleners en ze noemen daarbij ook huisartsen, medisch specialisten en leerkrachten. Slechts enkele ouders geven aan hulp te hebben gezocht maar daarvoor nergens terecht te kunnen. Ouders met (behoefte aan) deskundige hulp ontvangen vaker informele hulp en ze geven vaker aan meer informele hulp of steun te willen ontvangen.

De behoefte aan opvoedingsondersteuning is sterker bij ouders van kinderen in de leeftijd van 5 tot en met 12 jaar dan bij ouders van jongere of oudere kinderen. De zorgen van deze ouders rond de opvoeding zijn divers en er is niet één probleemgebied dat er uit springt. Dat is wel het geval bij ouders van jonge kinderen. Hun zorgen hebben vooral betrekking op ontwikkelingsproblemen rond eten, slapen, groei en gezondheid. Ouders van opgroeiende jongeren maken zich vooral zorgen over schoolprestaties en angst, onzekerheid of faalangst bij hun kind. Wanneer ouders zich zodanig zorgen maken dat zij behoefte aan deskundige hulp hebben gaat het veel vaker over problemen van jongens dan van meisjes.

Welke relatie is er tussen de behoefte aan opvoedingsondersteuning bij ouders en de onderliggende (psychosociale) problematiek bij hun kinderen? Ouders van kinderen op de basisschool leggen het accent op problemen die zich meer zichtbaar bij jongens manifesteren. Niet alle problemen die door kinderen of hun ouders gesignaleerd worden, leiden tot belasting in het gezin en tot een hulpvraag. Meisjes lijken meer overstuurd of van slag te zijn door problemen dan jongens. Van belasting voor het gezin lijkt echter vaker sprake te zijn bij jongens met problemen dan bij meisjes. Daarnaast neemt de belasting voor het gezin toe naarmate kinderen meer afzonderlijke problemen hebben.

Welke ouders maken zich vooral zorgen over hun kinderen? De psychische gezondheid van ouders komt naar voren als een sterk onderscheidend gegeven, waarbij psychisch minder gezonde ouders zich op bijna alle terreinen meer zorgen maken en ook beduidend vaker behoefte hebben aan deskundige hulp dan psychisch gezonde ouders.

Wanneer jongeren zelf rapporteren over hun gedrag, gezondheid en welbevinden ontstaat een ander beeld dan wanneer ouders erover rapporteren. Waar ouders het accent leggen op zichtbare en belastende problemen bij hun zonen geven jongens op de middelbare school veel minder vaak dan meisjes zelf aan (psychosomatische of emotionele) problemen te hebben.



# 1.

## Opvoedingsondersteuning

### 1.1. Joost van 14

*Joost is 14 jaar en zit in de tweede klas van de HAVO. Twee weken geleden heeft hij op een vragenlijst ingevuld hoe het met hem gaat en hoe hij het thuis en op school vindt. Hij heeft hierover vandaag een afspraak met Gerard, jeugdverpleegkundige van de GGD.*

*Gerard heeft Joost uitgenodigd voor dit gesprek. Hij vermoedt, op basis van de antwoorden die Joost op enkele vragen heeft gegeven, dat het met Joost niet zo goed gaat. In het dossier dat de GGD over Joost heeft aangelegd, staat dat hij de basisschool zonder al te veel problemen heeft doorlopen. Wel had hij daar wat moeite om aansluiting te vinden bij zijn klasgenootjes. In het dossier staat dat zijn ouders destijds aan de jeugdarts hebben verteld dat Joost vaak driftbuien had en een gebrek aan zelfvertrouwen. Volgens hen had Joost daar echter zelf geen last van en leidde het ook niet tot een extra belasting voor het gezin.*

*Ter voorbereiding op het gesprek heeft Gerard gesproken met de decaan om te horen hoe Joost het op school doet. Volgens de decaan gaan de schoolprestaties van Joost achteruit en is het niet zeker of hij wel zal overgaan naar de derde klas. Hij typeert Joost als een beetje een "loner" en vertelt dat Joost aansluiting probeert te vinden bij een groepje dat de laatste tijd overlast geeft rond het schoolgebouw.*

*Gerard introduceert zichzelf aan het begin van het gesprek en legt uit dat de vragenlijst die door Joost is ingevuld aanleiding is voor het gesprek. Gerard geeft aan dat hij zich zorgen maakt over het spijbelen en de ruzies thuis. Joost heeft aanvankelijk weinig zin om hierover te praten. Hij geeft wel aan dat hij het moeilijk heeft thuis en vaak ruzie heeft met zijn jongere broertje. Vooral van zijn vader ervaart Joost dan weinig steun. Volgens Joost vindt zijn vader deze ruzies niet zo'n probleem, want "je wordt er hard van". Joost vertelt dat hij een moeizame relatie heeft met zijn vader en dat hij veel last heeft van de ruzies die zijn ouders regelmatig hebben. Hij praat hier met hen niet over, piekert veel en slaapt de laatste tijd slecht. Als Gerard er naar vraagt, geeft Joost met enige gêne toe dat hij zich vaak eenzaam voelt en met andere jongens wel eens wat drinkt en blout. School interesseert hem niet zo, hij heeft niet zo veel zin om goed te presteren en voelt zich er vaak ook te moe voor. Aan het eind van het gesprek vertelt Gerard aan Joost hoe hij zijn situatie beoordeelt. Hij wil Joost inzicht geven in de relatie tussen de problemen die hij ervaart en zijn thuissituatie. Daarnaast probeert Gerard te peilen of en op welke manier Joost gemotiveerd is iets aan de situatie te doen en welke rol zijn ouders daarbij zouden kunnen spelen. Joost gaat er aarzelend mee akkoord dat Gerard contact opneemt met zijn ouders. Hij vindt het niet direct een fijn vooruitzicht om samen met zijn ouders en Gerard te moeten praten. Hij verwacht wel dat zijn ouders een gesprek op prijs stellen, omdat ze zich volgens hem vooral zorgen maken over zijn schoolprestaties en rapportcijfers.*

*Gerard spreekt met Joost af om over drie weken nog eens met z'n tweeën contact te hebben om te bespreken of hij baat zou kunnen hebben bij een verwijzing naar het maatschappelijk werk of een GGZ-instelling in de buurt. Gerard zal ook contact opnemen met de ouders van Joost om hen te vragen op welke manier ze met elkaar een gesprek kunnen hebben.*

## 1.2. Deskundige hulp als topje van de ijsberg

Opgroeien en opvoeden gaan niet vanzelf. Soms zijn deskundige hulpverleners nodig om ouders en kinderen te helpen bij hun problemen. Problemen zijn echter niet altijd zichtbaar voor alle betrokkenen en bovendien is er niet altijd overeenstemming over oorzaken en mogelijke oplossingen. Uit de casus van de 14-jarige Joost komt naar voren dat er verschillende informanten zijn (Joost zelf, de ouders van Joost, Gerard, de decaan, de jeugdarts van de basisschool) die op hun eigen manier naar de situatie kijken. In de praktijk van hulpverlening aan gezinnen en kinderen wordt vanuit de beelden van verschillende informanten een inschatting gemaakt van de aard van de problematiek en de ondersteuning die daarbij zou passen. Bij deze inschatting is sprake van subjectiviteit en worden soms problemen over het hoofd gezien. Ook in onze presentatie van resultaten op basis van gegevens uit de praktijk spelen zichtbaarheid, interpretatie en subjectiviteit een belangrijke rol.

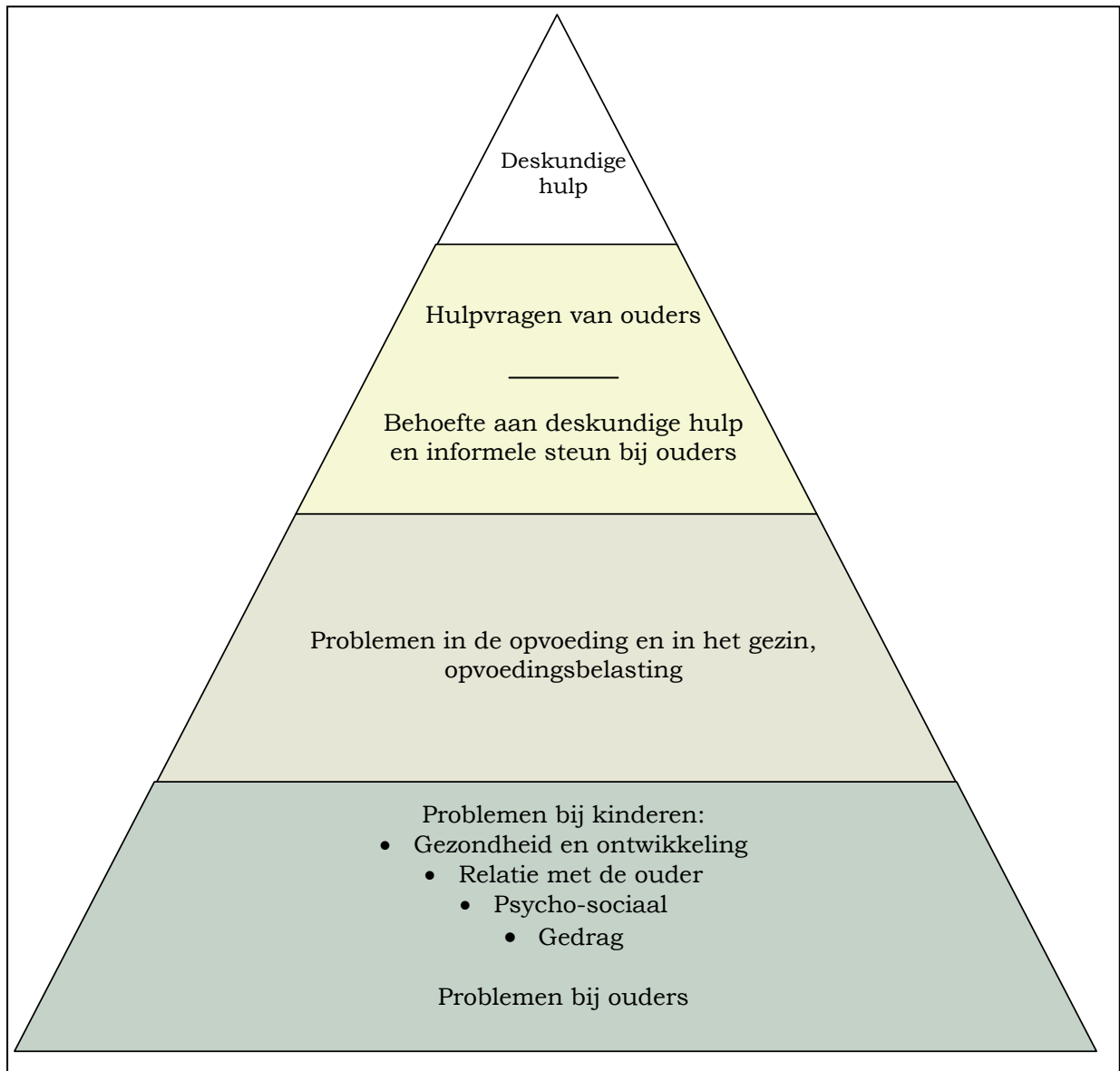
De verstrekking van deskundige hulp bij de opvoeding kan gezien worden als laatste schakel in een keten of als zichtbaar topje van de ijsberg. Vaak gebeurt het dat ouders die wellicht gebaat zouden zijn bij hulp en advies onzichtbaar blijven, terwijl andere ouders wel de weg vinden naar hulpverlenende instanties. De hulpbehoefte die zichtbaar wordt via de toeleiding naar en verstrekking van hulp en advies vormt slechts een fractie van de werkelijke gezinsproblematiek die aanleiding zou kunnen geven tot hulpvragen van ouders. De relaties tussen onderliggende problemen bij kinderen en in het gezin en de verstrekking van (formele) hulp bij de opvoeding kan gevisualiseerd worden met het ijsbergmodel (Figuur 1). Hiermee kan zichtbaar gemaakt worden dat de groep die gebruik maakt van formele ondersteuning veel kleiner is dan de gehele populatie die kampt met problemen waarvoor die ondersteuning geboden zou kunnen worden.

De verklaringen waarom de populatie van ouders die deskundige ondersteuning bij de opvoeding ontvangt zoveel kleiner is dan de populatie van ouders die in aanmerking zou kunnen komen voor deze steun zijn divers. De belangrijkste verklaringen hiervoor zijn:

- Ouders zijn zich niet bewust van problemen bij hun kind.
- Ouders ervaren de problemen van hun kind niet als belastend voor het gezin en de opvoeding.
- Ouders geven niet toe dat er problemen in hun gezin zijn.
- Ouders hebben liever niet dat anderen zich met de opvoeding / problemen bemoeien.
- Ouders vinden het moeilijk hulp te vragen bij de opvoeding.
- Problemen worden niet vanuit screening (met behulp van vragenlijsten) geïdentificeerd (probleem van 'fout-negatieven').
- Ouders kunnen zelf omgaan met problemen die belastend zijn voor het gezin en de opvoeding.
- Ouders vinden andere wegen dan deskundige hulp bij de opvoeding (bijvoorbeeld via informele hulp) om belastende problemen het hoofd te bieden.
- Ouders maken gebruik van andere vormen van deskundige hulp (bijvoorbeeld via medische zorg) om belastende problemen het hoofd te bieden.



- Ouders die deskundige hulp zouden willen inschakelen vinden niet de geschikte instantie die hen deze hulp zou kunnen bieden.



**Figuur 1. Ijsbergmodel van opvoedproblemen en opvoedingsondersteuning**

### 1.3. Aanpak in dit themarapport

De Drentse resultaten staan in dit themarapport centraal. In het volgende hoofdstuk komen eerst de ouders aan het woord vanuit het volwassenenonderzoek en onderzoek onder ouders van kinderen op de basisschool. Vervolgens wordt vanuit het perspectief van de jongeren op de middelbare school geschetst in welke mate zij te maken hebben met psychosociale problemen, hoe zij hun thuissituatie ervaren en in welke mate zij contact hebben met hulp- en zorgverleners. In hoofdstuk 3 worden de belangrijkste resultaten samengevat.

Aan de analyse en presentatie van de Drentse resultaten is literatuuronderzoek voorafgegaan. Hiervan wordt in Bijlage 1 verslag gedaan. In deze bijlage wordt inzicht gegeven in de mate en aard van (psychosociale) problemen bij kinderen en jongeren, welke factoren bij deze problemen een rol spelen en hoe ouders mogelijke problematiek bij hun kinderen inschatten. Daarnaast komt aan de orde hoe ouders in Nederland de opvoeding van hun kinderen ervaren en welke verschillen er zijn tussen het perspectief van ouders en van hun kinderen.

Het uitgangspunt voor dit themarapport wordt gevormd door enkele vragen die werden voorgelegd aan volwassenen in het kader van het periodiek terugkerende gezondheidsonderzoek in Drenthe. In het volwassenenonderzoek van 2009, uitgevoerd door GGD Drenthe, zijn enkele vragen gesteld over die onderwerpen waarover ouders zich bij de opvoeding zorgen maken en over de behoefte aan deskundige hulp of advies bij de opvoeding. Met andere gegevensbronnen dalen we verder af naar dieper liggende lagen van de Drentse ijsberg, en daarmee laten we niet alleen ouders maar ook jongeren aan het woord. Tabel 1 geeft een overzicht van deze gegevensbronnen. In Bijlage 2 worden de geselecteerde gegevensbronnen en de analysemethoden uitgebreid toegelicht.

**Tabel 1. Overzicht van gebruikte databronnen in dit onderzoek**

		onderzoekspopulatie	resultaten hebben betrekking op...	thema's
Databron	SDQ	Ouders van basisschool-leerlingen	Basisschool-leerlingen groep 7	Psychosociale problemen, Belasting voor kind en gezin
	KIVPA	Jongeren klas 2 VO	Jongeren klas 2 VO	Psychosociale problemen, Thuisituatie, Zorggebruik
	Jeugd-onderzoek	Jongeren VO	Jongeren VO	Psychosociale problemen, Zorggebruik
	Volwassenen-onderzoek	Ouders	Ouders en kinderen t/m 18 jaar	Zorgen in de opvoeding, Steunbehoefte, Informele hulp

Het onderzoek dat we op grond van bovengenoemde gegevensbronnen uitvoerden kent een aantal beperkingen. Deze beperkingen worden in Bijlage 3 besproken. Vanuit deze beperkingen wordt ook een aanbeveling gedaan om beschikbare registratiegegevens te integreren en nieuwe vormen van dataverzameling te ontwikkelen. Bijlage 4 bevat enkele links van instanties die actief zijn in het onderzoek naar en de praktijk van hulpverlening aan kinderen en gezinnen.

# 2.

## Drentse resultaten

### 2.1. Inleiding

Welke problemen zijn er bij kinderen en opgroeiende jongeren, welke belasting ervaren ouders in het gezin, op welke terreinen hebben ouders zorgen over hun kind en in welke mate hebben ouders behoefte aan deskundige hulp of advies?

Eerst komen ouders aan het woord over de onderwerpen in de opvoeding waarover zij zich zorgen maken. Vervolgens kijken we naar de mate waarin ouders van jonge kinderen (van de basisschool) moeilijkheden bij hun kind zien en belasting ervaren in het gezin. Dit hoofdstuk wordt besloten met een presentatie van gegevens die op het basisniveau van het ijsbergmodel betrekking hebben, namelijk de problemen die kinderen en opgroeiende jongeren ervaren.

### 2.2. Ouders over de opvoeding

#### 2.2.1. Inleiding

In deze paragraaf gaat de aandacht uit naar de analyse van de vragen rond opvoedingsondersteuning uit het Volwassenenonderzoek 2009 van de GGD Drenthe. De mate waarin ouders problemen ervaren en behoefte hebben aan deskundige hulp wordt besproken. Ook wordt aandacht geschonken aan verschillen tussen ouders in hun behoefte aan deskundige hulp.

#### 2.2.2. Waarover ouders zich zorgen maken

Als ouders van jonge kinderen (0-4 jaar) zich zorgen maken (zodanig dat behoefte aan deskundige hulp ontstaat), gaat het vooral om ontwikkelingsproblemen rond eten, slapen, groei en de gezondheid. De zorgen van ouders van kinderen van de basisschoolleeftijd hebben vaker betrekking op problemen rond de opvoeding in engere zin, dat wil zeggen op luisteren en gehoorzamen, grenzen en regels, druk en agressief zijn. Evenals ouders van jongeren in het voortgezet onderwijs maakten de ouders van kinderen van 5-12 jaar zich ook zorgen over schoolprestaties en over angst, onzekerheid of faalangst bij hun kind. Opvallend is dat er bij ouders van kinderen van 5-12 jaar niet één probleemgebied uitspringt, maar juist veel onderwerpen zijn waar veel van deze ouders zich zorgen over maken. In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de zorgen die ouders hebben om hun kind.

**Tabel 2. Zorgen die ouders hebben om hun kind (waarvoor behoefte aan deskundige hulp is), in percentages**

		ouders kinderen 0-4 jaar	ouders kinderen 5-12 jaar	ouders kinderen 13-18 jaar
Zorgen om kind	eten, slapen, groei	24,5	9,3	6,2
	gezondheid	13,6	7,3	6,5
	druk, agressief zijn	5,9	10,4	7,2
	angst, onzekerheid, faalangst	1,7	14,4	12,0
	spraak- en taalontwikkeling	4,8	7,1	2,6
	pesten, gepest worden	0,8	7,5	4,3
	luisteren, gehoorzamen	9,9	13,3	7,4
	sociaal contact, spelen	3,8	10,4	6,6
	grenzen, regels	5,3	12,5	12,3
	verdriet, depressief zijn	1,5	6,2	6,5
	schoolprestaties	1,3	12,4	14,1
	besteding vrije tijd	1,4	4,0	6,8
	vriendschap, uitgaan	0,5	3,3	8,1
	stelen, vandalisme	0,4	0,7	2,2
	roken, alcohol, drugs	0,4	0,7	5,0
	seksualiteit	0,3	1,0	3,4
anders	2,4	3,7	5,5	

Maken ouders met een zoon (of zonen) zich nu meer zorgen op bepaalde terreinen dan ouders met een dochter (of dochters)? Tabel 3 toont bij welke samenstelling van het gezin ouders zich meer zorgen maken. Uit deze tabel blijkt dat zorgen rond de opvoeding het vaakst gezinnen betreffen met uitsluitend één of meerdere zonen of gezinnen met tenminste één zoon (de categorie 'beide'). De uitzondering die deze regel bevestigt, betreft de zorgen van ouders rond de gezondheid van jongeren van het voortgezet onderwijs. Daarover maken ouders van dochters zich relatief meer zorgen.

**Tabel 3. Significant verhoogde mate van zorg die ouders hebben om hun kind, op basis van verschillen naar geslachtssamenstelling van het gezin, naar leeftijd van het kind/de kinderen**

		ouders kinderen 0-4 jaar	ouders kinderen 5-12 jaar	ouders kinderen 13-18 jaar
Zorgen om kind	eten, slapen, groei	jongen		
	gezondheid	jongen		meisje, beide
	druk, agressief zijn	jongen	jongen, beide	
	angst, onzekerheid, faalangst		beide	
	spraak- en taalontwikkeling	jongen, beide	beide	
	pesten, gepest worden		jongen, beide	
	luisteren, gehoorzamen	jongen, beide		
	sociaal contact, spelen		jongen, beide	
	grenzen, regels	jongen		
	verdriet, depressief zijn	jongen		
	schoolprestaties			
	besteding vrije tijd	jongen, beide	beide	jongen
	vriendschap, uitgaan		jongen, beide	
	stelen, vandalisme			
	roken, alcohol, drugs			
	seksualiteit			
anders			beide	

Noot: Bij statistisch significante verbanden worden de categorieën aangegeven met de meeste zorgen rond de opvoeding

Maken vaders zich meer zorgen dan moeders? En zijn er verschillen naar opleiding, woonsituatie en psychische gezondheid? Uit Tabel 4 blijkt dat er over het algemeen geen verschil bestaat tussen vaders en moeders als het gaat om zorgen waardoor behoefte aan deskundige hulp ontstaat. Als moeders zich meer zorgen maken dan vaders gaat het om het temperament (druk en agressief zijn) van jonge kinderen. Vaders maken zich vaker dan moeders zorgen om gezagskwesaties in de opvoeding (luisteren en gehoorzamen) bij hun oudere kinderen.

Anders dan uit enkele geraadpleegde bronnen uit de literatuur (zie Bijlage 1) is gebleken, blijken de opleiding en de leefsituatie van de ouders geen rol te spelen bij de zorgen die zij hebben over de opvoeding. Lager opgeleide ouders maken zich niet meer of minder zorgen. Bij de leefsituatie (éénoudergezinnen versus andere gezinssituaties) speelt mee dat de aantallen te gering zijn om daaruit significante verbanden vast te stellen.

De belangrijkste factor die in dit onderzoek naar voren komt is de psychische gezondheid van de ouder: op veel terreinen van de opvoeding maken psychisch minder gezonde ouders zich significant meer zorgen dan psychisch gezonde ouders. Dit verband geldt vooral voor de kinderen op de basisschool en de jongeren op het voortgezet onderwijs. Over de aard van dit verband tussen psychische gezondheid van de ouder en de zorgen rond de opvoeding kan in

causale zin niets gezegd worden. Vanuit psychische problemen van de ouder kunnen opvoedingsproblemen ontstaan, maar opvoedingsproblemen kunnen ook leiden tot een verslechtering van de psychische gezondheid van de ouder. Bovendien kan het zijn dat psychisch gezonde ouders op een andere manier naar de opvoeding kijken dan psychisch minder gezonde ouders.

**Tabel 4. Significante verbanden tussen de vijf belangrijkste zorgen om kind en achtergrondkenmerken van de ouder, per leeftijds categorie**

		geslacht	leef-situatie	opleiding	psychische gezondheid
Belangrijkste zorgen om kind	0-4 jaar				
	eten, slapen, groei				
	gezondheid				
	luisteren, gehoorzamen				
	druk, agressief zijn	moeder			
	grenzen, regels				minder gezond
	5-12 jaar				
	angst, onzekerheid, faalangst				minder gezond
	luisteren, gehoorzamen				minder gezond
	grenzen, regels				
	schoolprestaties				minder gezond
	sociaal contact, spelen				minder gezond
	13-18 jaar				
	schoolprestaties				minder gezond
	grenzen, regels				minder gezond
	angst, onzekerheid, faalangst				minder gezond
	vriendschap, uitgaan				minder gezond
	luisteren, gehoorzamen	vader			minder gezond

Noot: bij statistisch significante verbanden worden de categorieën aangegeven met de meeste zorgen rond de opvoeding

### 2.2.3. Behoeftte aan deskundige hulp of advies

Aan de ouders is gevraagd of er in het afgelopen jaar zodanige zorgen zijn geweest dat behoefte aan deskundige hulp of advies ontstond. Tabel 5 laat zien dat ouders van kinderen op de basisschool deze zorgen vaker hebben gehad dan ouders van jongere of oudere kinderen.

**Tabel 5. Zorgen in de afgelopen 12 maanden die leidden tot behoefte aan deskundige hulp of advies, in percentages**

		ouders van kinderen 0-4 jaar	ouders van kinderen 5-12 jaar*	ouders van kinderen 13-18 jaar
Zorgen om kind	(Bijna) nooit	76,3	68,4	75,0
	Soms	18,0	20,8	17,9
	Vaak	5,1	7,8	5,3
	(Bijna) altijd	0,6	3,0	1,8

\* Statistisch significant verschil

Tabel 6 laat zien aan welke kenmerken van de ouder deze zorgen gerelateerd zijn. Ook hier springt de psychische gezondheid van de ouder eruit als een bepalende factor.

**Tabel 6. Soms, vaak, of (bijna) altijd zorgen in de afgelopen 12 maanden die leidden tot behoefte aan deskundige hulp of advies, naar achtergrondkenmerken, in percentages**

		ouders kind(eren) 0-4 jaar	ouders kind(eren) 5-12 jaar	ouders kind(eren) 13-18 jaar
Geslacht	Man	22,2	29,3	23,3
	Vrouw	25,3	33,9	26,4
Leefsituatie	Eénoudergezin	11,8	28,8	32,8
	Anders	23,8	31,6	24,1
Opleiding	Lager opgeleid	24,9	30,2	25,2
	Hoger opgeleid	19,4	34,6	25,1
Psychische gezondheid*	Psychisch gezond	22,5	29,1	21,6
	Psychisch minder gezond	31,5	46,5	43,6

\* Statistisch significante verschillen bij alle leeftijdsgroepen

Aansluitend op de vragen over de terreinen waarop ouders zich zorgen maken, is de vraag gesteld of ouders momenteel behoefte hebben aan deskundige hulp of advies met betrekking tot de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kind(eren). In gezinnen met kinderen van de basisschoolleeftijd is meer behoefte aan deskundige hulp of advies dan in gezinnen zonder kinderen van de basisschoolleeftijd (Tabel 7). Uit Tabel 7 blijkt ook dat de behoefte aan deskundige hulp in de meeste gevallen al vervuld is. Het komt niet vaak voor dat ouders de hulp niet krijgen waaraan zij wel behoefte hebben.

**Tabel 7. Behoeftte aan deskundige hulp of advies, in percentages**

		ouders met kind(eren) 0-4 jaar	ouders met kind(eren) 5-12 jaar *	ouders met kind(eren) 13-18 jaar	alle ouders
Behoeftte aan deskundige hulp of advies	Nee, ik heb momenteel geen hulp nodig	88,8	81,7	86,4	86,3
	Ja, en die krijg ik ook al	7,6	15,0	11,3	11,1
	Ja, ik sta op een wachtlijst	0,6	0,8	0,3	0,5
	Ja, en ik heb hulp gezocht maar ik kon nergens terecht	0,1	0,3	0,5	0,2
	Ja, maar ik heb nog niet geprobeerd om hulp te zoeken	2,3	1,9	1,0	1,4
	Ja, maar ik weet niet waar ik de hulp moet zoeken	0,6	0,3	0,5	0,5

\* Statistisch significant verschil

Tabel 8 laat zien dat gezinnen met tenminste één zoon of alleen zonen beduidend meer behoefte aan deskundige hulp hebben dan gezinnen met alleen dochters. Deze grotere behoefte aan deskundige hulp is er ook bij gezinnen met kinderen van de basisschoolleeftijd. Ouders die alleen kinderen hebben in de leeftijd van 0-4 jaar óf 13-18 jaar hebben het minst behoefte aan deskundige hulp of advies.

**Tabel 8. Behoeftte aan deskundige hulp of advies, naar samenstelling van het gezin naar geslacht en leeftijd van het kind/de kinderen, in percentages**

		%	totaal aantal
Samenstelling gezin naar leeftijd*	Alleen 0-4	7,3	397
	0-4 en 5-12	15,6	289
	0-4 en 13-18	40,0	5
	Alle leeftijdsgroepen	17,6	17
	Alleen 5-12	18,4	435
	Alleen 13-18	8,9	450
	5-12 en 13-18	20,8	260
Samenstelling gezin naar geslacht*	Jongen(s)	14,1	601
	Meisje(s)	8,0	528
	Beide	17,6	727
Totaal		13,7	1856

\* Statistisch significante verschillen

Net zoals bij de zorgen die ouders hebben over de opvoeding is de psychische gezondheid van de ouder ook bij de behoefte aan deskundige hulp of advies een belangrijke factor. Andere ouderkenmerken laten geen verschillen zien (Tabel 9).

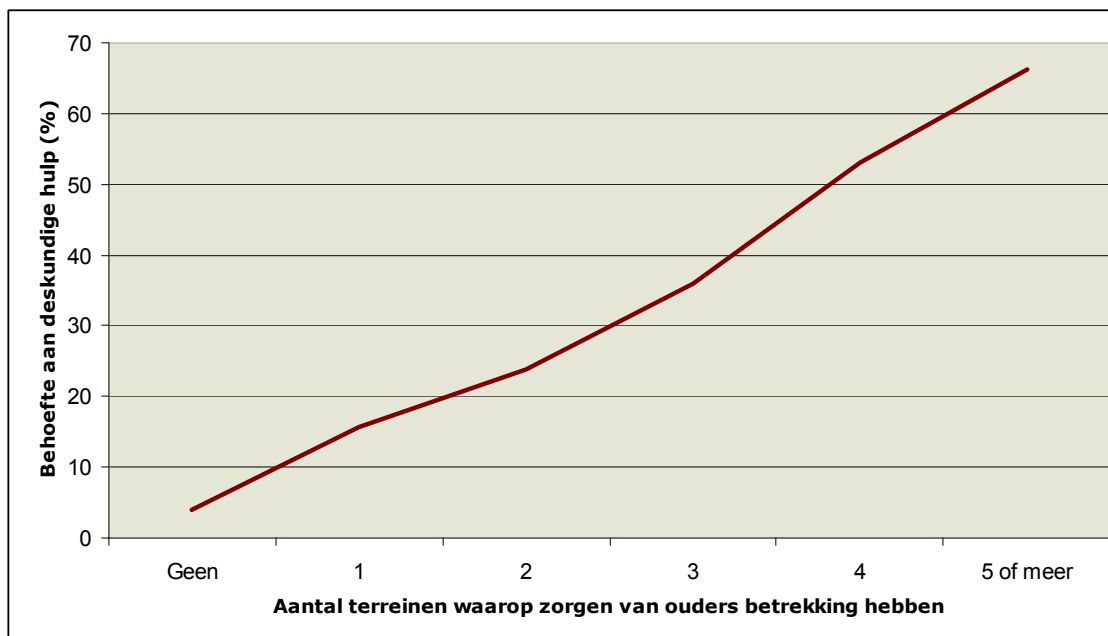


**Tabel 9. Behoeftte aan deskundige hulp of advies, naar achtergrondkenmerken, in percentages**

		%	totaal aantal
geslacht	Man	12,4	942
	Vrouw	15,0	913
leefsituatie	Eénoudergezin	17,9	117
	Anders	13,4	1737
opleiding	Lager opgeleid	14,3	1310
	Hoger opgeleid	12,2	533
psychische gezondheid*	Psychisch gezond	11,8	1596
	Psychisch minder gezond	25,9	247

\* Statistisch significante verschillen

Daarnaast blijkt het *aantal* onderwerpen waarover ouders zich zorgen maken belangrijk. Figuur 2 laat zien dat er een rechtevenredig verband is tussen het aantal terreinen waarop ouders zich zorgen maken en de behoefte aan deskundige hulp of advies.



**Figuur 2. Relatie tussen behoefte aan deskundige hulp of advies en het aantal terreinen waarop ouders zorgen over hun kind hebben**

Tabel 7 liet zien dat de meeste ouders met steunbehoefte al deskundige hulp of advies krijgen. Tabel 10 toont van welke hulpverlener of instantie men deze deskundige hulp het liefst ontvangt (in veel gevallen krijgt men daarvan ook al hulp).

**Tabel 10. Van wie het liefst deskundige hulp of advies verkregen wordt, bij ouders die behoefte aan deskundige hulp of advies hebben, in percentages**

	%
Consultatiebureau- of schoolarts/verpleegkundige	13,2
Opvoeddeskundige (bijv. psycholoog, pedagoog, opvoedkundige, medewerker van een opvoedwinkel/opvoedspreekuur)	32,7
Leerkracht	18,3
Huisarts	16,4
Medisch specialist (bijv. kinderarts)	16,4
Maatschappelijk werker, hulpverlener van Bureau Jeugdzorg, of de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)/Riagg	40,5
MEE (ondersteuning en begeleiding voor mensen met een beperking)	10,2
Overige adviseurs (bijv. voorlichter eigen taal en cultuur (VETC-er)	1,2
Anders	15,2
Weet ik niet	11,3

#### 2.2.4. Informele zorg

Het verlenen van deskundige hulp bij de opvoeding vindt plaats in een context waarbinnen ook andere vormen van (informele) hulp en steun worden verleend. Wat is de relatie tussen deskundige hulp en informele steun? Is het zo dat deskundige hulp meer wordt ingewonnen door ouders die relatief weinig informele steun van familie, vrienden, kennissen of burens ontvangen? Of is er sprake van een continuüm, waarbij ouders met zorgen rond de opvoeding en met behoefte aan deskundige hulp ook relatief veel gebruik maken van informele steun en een luisterend oor? Tabel 11 en Tabel 12 wijzen in de richting van dit continuüm: ouders met behoefte aan deskundige hulp ontvangen vaker informele hulp en hebben vaker de mogelijkheid om met familie, vrienden, kennissen of burens te praten. Opmerkelijk is dat deze ouders ook vaker aangeven wel meer informele hulp of steun te willen ontvangen.

**Tabel 11. Verkrijgen van hulp van familie, vrienden, kennissen of burens, uitgesplitst naar ouders met en zonder behoefte aan deskundige hulp of advies, in percentages**

		behoefte aan deskundige hulp of advies		totaal
		nee	ja	
Hulp van familie, vrienden, kennissen of burens*	Vaak	4,4	10,2	5,1
	Regelmatig	16,0	18,1	16,3
	Af en toe	29,0	36,3	30,0
	Zelden of nooit	50,6	35,3	48,6
	Totaal	100	100	100
Vindt u deze hulp voldoende?*	Ja, voldoende (het is precies goed zo)	60,6	67,0	61,4
	Nee, onvoldoende (ik zou graag meer hulp willen)	1,1	13,5	2,7
	Ik vind dat ik te VEEL hulp krijg	0,4	0,0	0,3
	Niet van toepassing, ik krijg geen hulp	37,9	19,5	35,5
	Totaal	100	100	100

\* Statistisch significant verschil tussen ouders zonder en met behoefte aan deskundige hulp

**Tabel 12. Mogelijkheid om te praten met familie, vrienden, kennissen of buren, uitgesplitst naar ouders met en zonder behoefte aan deskundige hulp of advies, in percentages**

		behoefte aan deskundige hulp of advies		totaal
		nee	ja	
Kunt u met familie, vrienden, kennissen of buren praten?	Vaak	30,2	29,0	30,1
	Regelmatig	30,0	32,7	30,4
	Af en toe	25,6	29,4	26,1
	Zelden of nooit	14,2	8,9	13,5
	Totaal	100	100	100
Vindt u deze steun voldoende?*	Ja, voldoende (het is precies goed zo)	84,7	77,5	83,7
	Nee, onvoldoende (ik zou graag meer steun willen)	0,6	16,0	2,6
	Ik vind dat ik te VEEL steun krijg	0,1	0,5	0,1
	Niet van toepassing, ik krijg geen steun	14,6	6,1	13,5
	Totaal	100	100	100

\* Statistisch significant verschil tussen ouders zonder en met behoefte aan deskundige hulp

## 2.3. Ouders over hun kind

### 2.3.1. Inleiding

Hoe kijken ouders naar hun kind? Welke problemen signaleren ze? Leiden die problemen ook tot belasting voor het gezin? Deze vragen komen aan de orde in de vragenlijst (de SDQ voor ouders, zie Bijlage 2) over de sterke kanten en moeilijkheden van kinderen in groep 7 van de basisschool. Problemen van kinderen kunnen betrekking hebben op hun emotionele ontwikkeling, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten. Aan de ouders wordt gevraagd of hun kind moeilijkheden heeft op deze gebieden. Als dat het geval is, krijgen de ouders enkele vervolgvragen over de duur en de gevolgen van de problemen en de mogelijke belasting voor het gezin.

In deze paragraaf geven we vanuit het perspectief van de ouders een beeld van de mate waarin kinderen uit groep 7 van de basisschool problemen hebben. We onderzoeken daarbij de aanname dat ouders vooral die problemen en de belasting ervan voor het kind en het gezin signaleren die te maken hebben met naar buiten gericht ('externaliserend') gedrag. Anders dan bij internaliserend, naar binnen gericht, gedrag is externaliserend gedrag voor omstanders vaker zichtbaar, herkenbaar en belastend. Aangezien externaliserend gedrag vaker voorkomt bij jongens dan bij meisjes laten de antwoorden op de hier besproken SDQ voor ouders naar verwachting meer probleemscores bij jongens dan bij meisjes zien. We verwachten ook dat de belasting voor het gezin hoger ligt bij ouders die externaliserend probleemgedrag bij jongens signaleren.

### 2.3.2. Sterke kanten en moeilijkheden bij kinderen

De resultaten laten van jaar tot jaar een vergelijkbaar beeld zien, ook al lijkt er wel sprake te zijn van een lichte trend waarbij het aandeel van kinderen met een probleemscore stijgt (Tabel 13).

**Tabel 13. SDQ-totaalscore per schooljaar in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		schooljaar			totaal
		2007-08	2008-09	2009-10	
SDQ-totaalscore	normaal	88,9	88,7	88,4	88,6
	afwijkend	11,1	11,3	11,6	11,4
Totaal		100	100	100	100

Vanuit de perceptie van ouders komt naar voren dat jongens vaker psychosociale problemen hebben dan meisjes (Tabel 14).

**Tabel 14. SDQ-totaalscore naar geslacht in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		geslacht*		totaal
		jongen	meisje	
SDQ-totaalscore	normaal	85,8	91,7	88,7
	afwijkend	14,2	8,3	11,3
Totaal		100	100	100

\* Statistisch significant verschil

Deze verhoogde mate van psychosociale problematiek bij jongens is vooral toe te schrijven aan meer problemen rond hyperactiviteit (Tabel 15).

**Tabel 15. Subschalen van de probleemscore SDQ, naar geslacht, in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		geslacht		totaal
		jongen	meisje	
Emotionele problemen Schaal	normaal	96,7	96,9	94,1
	probleem	3,3	3,1	2,7
Gedragsproblemen Schaal	normaal	96,5	98,2	94,5
	probleem	3,5	1,8	2,8
Hyperactiviteit Schaal*	normaal	87,3	94,2	85,3
	probleem	12,7	5,8	5,4
Problemen met leeftijdsgenoten Schaal	normaal	96,4	97,7	90,3
	probleem	3,6	2,3	6,8
Pro-sociaal gedrag Schaal	normaal	97,2	98,9	95,6
	probleem	2,8	1,1	2,5

\* Statistisch significant verschil tussen jongens en meisjes

### 2.3.3. Ervaren belasting in het gezin

De mate van belasting die ouders ervaren is afhankelijk van enkele factoren die in Hoofdstuk 1 bij de bespreking van het ijsbergmodel zijn aangedragen: de probleemherkenning van ouders (en de bereidheid daartoe), de aard en ernst van de problemen, de eigen competenties om met problemen om te gaan en de context van het gezin.

Tabel 16 laat zien dat er een sterk verband bestaat tussen de SDQ-totaalscore en de mate waarin ouders over het geheel genomen problemen bij hun kind signaleren. De meeste ouders die op grond van de 25 deelvragen probleemgedrag of probleemsituaties registreerden vinden ook dat hun kind moeilijkheden heeft. Slechts in 8,6% van de gevallen herkennen ouders niet dat hun kind over het geheel genomen moeilijkheden heeft, ook al wezen hun antwoorden wel in die richting. Dat kinderen geen probleemscore krijgen wil overigens niet zeggen dat hun ouders dan ook altijd zeggen dat ze geen moeilijkheden hebben: 23,9% van de ouders met een kind met een normale score signaleerde wel kleine moeilijkheden. Bijna 5% van deze ouders signaleerde duidelijke of ernstige moeilijkheden.

**Tabel 16. Inschatting van problemen van kind, naar de probleemscore SDQ, in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		inschatting van problemen kind door ouder*				totaal
		nee	ja, kleine moeilijkheden	ja, duidelijke moeilijkheden	ja, ernstige moeilijkheden	
SDQ-totaalscore	normaal	71,2	23,9	4,7	0,2	100
	afwijkend	8,6	37,4	46,8	7,1	100
Totaal		64,1	25,5	9,5	1,0	100

\* Statistisch significante verschillen

Voor de groep van ouders van kinderen die moeilijkheden ervoeren vanwege hun problemen laat Tabel 17 zien dat de meeste kinderen de gesignaleerde problemen al langer dan een jaar hebben. Bij jongens lijkt nog meer dan bij meisjes sprake te zijn van structurele problemen.

**Tabel 17. Duur van moeilijkheden voor kinderen met afwijkende probleemscore SDQ, naar geslacht, in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		geslacht		totaal
		jongen	meisje	
Duur van moeilijkheden*	Korter dan een maand	0,5	2,0	1,0
	1 tot 5 maanden	2,2	2,4	2,3
	6 tot 12 maanden	1,9	8,7	4,3
	Meer dan een jaar	95,3	86,9	92,4
Totaal		100	100	100

\* Statistisch significant verschil tussen jongens en meisjes

Niet alle kinderen met moeilijkheden (volgens de ouders op het gebied van emoties, gedrag of vermogen met andere mensen op te schieten) ervaren

problemen op dezelfde manier. We onderzochten de gevolgen van deze moeilijkheden voor alle kinderen van ouders die aangaven dat hun kind over het geheel moeilijkheden had (36%). In Tabel 18 wordt getoond dat belemmeringen in de klas wat betreft het leren door ouders het meest genoemd worden. Ruim een kwart van de ouders geeft aan dat de moeilijkheden hun kind ‘tamelijk’ of ‘heel erg’ overstuur of van slag maken. Meisjes lijken daarbij meer overstuur of van slag te zijn dan jongens door hun moeilijkheden. Jongens ervaren volgens hun ouders wat meer belemmeringen in de klas en in hun vrije tijd.

**Tabel 18. Gevolgen van moeilijkheden van kinderen, naar geslacht, in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		geslacht		totaal
		jongen	meisje	
Kind overstuur of van slag*	Helemaal niet	29,3	24,2	27,2
	Een beetje maar	45,1	48,8	46,6
	Tamelijk	22,0	22,7	22,3
	Heel erg	3,5	4,3	3,8
Belemmering thuis	Helemaal niet	39,7	42,9	41,0
	Een beetje maar	43,2	40,7	42,2
	Tamelijk	14,7	14,0	14,5
	Heel erg	2,4	2,3	2,4
Belemmering vriendschappen*	Helemaal niet	49,0	45,0	47,4
	Een beetje maar	31,6	35,7	33,2
	Tamelijk	15,7	15,9	15,8
	Heel erg	3,8	3,3	3,6
Belemmering leren in de klas*	Helemaal niet	22,1	28,9	24,8
	Een beetje maar	40,0	41,2	40,5
	Tamelijk	31,1	24,8	28,6
	Heel erg	6,8	5,2	6,2
Belemmering activiteiten vrije tijd*	Helemaal niet	52,0	55,5	53,4
	Een beetje maar	32,4	32,1	32,3
	Tamelijk	12,6	10,4	11,7
	Heel erg	3,0	2,1	2,6

\* Statistisch significant verschil tussen jongens en meisjes

Tabel 19 laat zien dat ruim 18% van de ouders aangeeft dat de moeilijkheden van hun kind henzelf of hun gezin ‘tamelijk veel’ of ‘heel erg’ belasten. Wanneer alleen naar kinderen met moeilijkheden én een afwijkende SDQ-totaalscore wordt gekeken loopt dit percentage op tot bijna 42% (niet hier in de tabel verder uitgewerkt). Moeilijkheden bij jongens lijken vaker dan bij meisjes te leiden tot belasting in het gezin. Dit gegeven sluit aan bij onze veronderstelling dat het bij jongens vaker gaat om externaliserende, zichtbare gedragsproblemen die belasting van de omgeving tot gevolg kunnen hebben.

**Tabel 19. Belasting voor het gezin door moeilijkheden bij kind, naar geslacht, in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		geslacht		totaal
		jongen	meisje	
Belasting gezin*	Helemaal niet	35,6	40,4	37,6
	Een beetje maar	44,6	43,4	44,1
	Tamelijk	17,1	14,3	16,0
	Heel erg	2,7	1,9	2,4
Totaal		100	100	100

\* Statistisch significant verschil tussen jongens en meisjes

Vanuit de gedachte dat niet alle moeilijkheden leiden tot dezelfde mate van belasting in het gezin onderzochten we wat de relatie is tussen de soorten van problemen en de belasting in het gezin. Tabel 20 toont dat de belasting voor het gezin het grootst is bij kinderen met gedragsproblemen en emotionele problemen. Een opmerkelijke bevinding is dat hyperactiviteitsproblemen relatief weinig leiden tot belasting in het gezin.

**Tabel 20. Belasting voor het gezin door moeilijkheden bij kind, naar subschaal van de SDQ, in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		belasting gezin tamelijk/heel erg
Emotionele problemen Schaal*	normaal	14,0
	probleem	44,3
Gedragsproblemen Schaal*	normaal	13,4
	probleem	52,4
Hyperactiviteit Schaal*	normaal	12,3
	probleem	30,1
Problemen met leeftijdsgenoten Schaal*	normaal	13,9
	probleem	34,7
Pro-sociaal gedrag Schaal*	normaal	15,8
	probleem	43,4

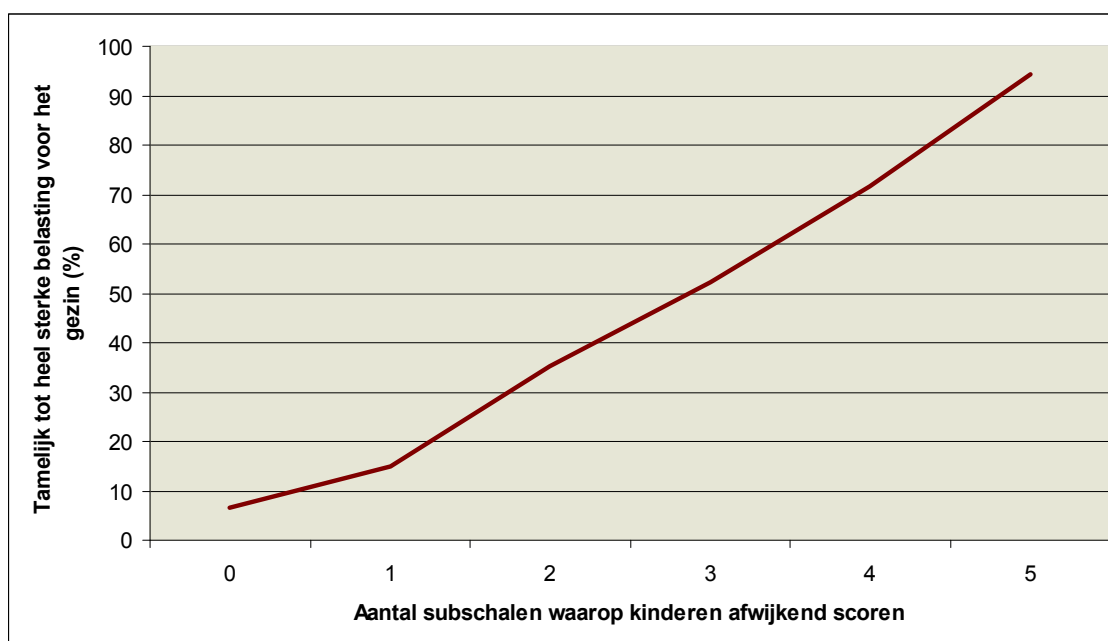
\* Statistisch significante verschillen tussen kinderen met een normale score en kinderen met een probleemscore

Zoals in paragraaf 2.2.3 is gekeken naar het aantal onderwerpen waarover ouders zich zorgen maken, kijken we nu ook naar de optelsom van de probleemgebieden (subschalen) waarop kinderen afwijkend kunnen scoren. Hoe vaak is er sprake van meerdere problemen bij een kind? Tabel 21 laat zien dat bijna driekwart van de kinderen bij geen enkel probleemgebied een verhoogde score heeft, en dat een score op één van de probleemgebieden vaker voorkomt dan op meerdere probleemgebieden.

**Tabel 21. Aantal subschalen waarop kinderen afwijkend scoren, in percentages, basisschoolleerlingen groep 7, Drenthe 2007-2010**

		%
Aantal subschalen waarop een kind afwijkend scoort	0	74,0
	1	16,9
	2	5,5
	3	2,4
	4	1,0
	5	0,2
	Totaal	100

Leiden meerdere problemen ook vaker tot belasting in het gezin? Weliswaar zijn kinderen met problemen op meerdere terreinen in de minderheid, maar de belasting voor het gezin neemt rechtevenredig toe wanneer er meerdere problemen zijn (Figuur 3).



**Figuur 3. Relatie tussen belasting voor het gezin en het aantal subschalen waarop kinderen afwijkend scoren**

## 2.4. Psychosociale problemen bij jongeren

### 2.4.1. Inleiding

In twee onderzoeken komen jongeren zelf aan het woord: jongeren in klas 2 van het voortgezet onderwijs via het invullen van de Vragenlijst gezondheidsonderzoek (met daarin de KIVPA) en een grotere groep van jongeren, variërend in leeftijd van 12 tot en met 18 jaar, via deelname aan het Jeugdonderzoek 2008 (zie Bijlage 2).



De gebruikte vragenlijsten verschillen van elkaar en ze hebben een verschillende functie. De verschillen tussen beide metingen kunnen het best getoond worden door te laten zien hoe deze metingen uitpakken voor jongens en meisjes. Onze aanname hierbij is dat jongens vaker dan meisjes een probleemscore zullen hebben op grond van een vragenlijst waarin ook naar externaliserend gedrag (bijvoorbeeld probleemgedrag) gevraagd wordt. Meisjes echter zullen vaker een probleemscore hebben op grond van een vragenlijst die zich vooral richt op internaliserende variabelen en niet zozeer op (probleem)gedrag. Om inzichtelijk te maken hoe sterk de gebruikte vragenlijsten de resultaten beïnvloeden richten we ons op de componenten waaruit de totaalscores van de KIVPA en de SDQ zijn opgebouwd en op de verdeling naar geslacht.

#### 2.4.2. Indicaties voor psychosociale problematiek

Tabel 22 laat zien dat door de jaren heen het percentage jongeren met een psychosociale indicatie stabiel is (variërend tussen 15% en 16%), en dat het percentage jongeren met een matige tot slechte ervaren gezondheid ongeveer op hetzelfde niveau ligt.

**Tabel 22. Resultaten uit de Vragenlijst gezondheidsonderzoek, jaargangen 2005 t/m 2010**

		% 2005-2006	% 2006-2007	% 2007-2008	% 2008-2009	% 2009-2010
Aantal jongeren		n=4508	n=3990	n=4332	n=3643	n=3900
wel / geen indicatie psychosociale problematiek	KIVPA Probleemscore	16%	16%	16%	15%	15%
ervaren gezondheid	matig/slecht	17%	17%	16%	16%	16%
thuisbeleving	(helemaal) niet zo leuk	5%	5%	4%	5%	4%
praten met ouders/verzorgers	gaat wel/nee	17%	16%	15%	15%	15%
afgelopen jaar contact AMW	Ja	5%	6%	6%	8%	8%
afgelopen jaar contact Jeugdzorg	Ja	3%	4%	4%	5%	4%
afgelopen jaar contact psycholoog	Ja	4%	4%	4%	4%	5%

De belangrijkste indicator van psychosociale problemen bij jongeren wordt in de KIVPA gevormd uit drie samengestelde groepen vragen (Bijlage 2). De verdeling naar geslacht voor deze samengestelde indicator van psychosociale problemen laat een beduidend sterkere mate van problemen bij meisjes zien dan bij jongens (Tabel 23).

**Tabel 23. Probleemscore KIVPA, naar geslacht, in percentages, 2005-2010**

		geslacht*		totaal
		jongen	meisje	
indicatie psychosociale problematiek KIVPA	probleemscore	8,6%	22,3%	15,3%
	normale score	91,4%	77,7%	84,7%

\* Statistisch significant verschil

De eerste component van de KIVPA-score wordt berekend uit 8 indicatieve vragen, die onder andere betrekking hebben op de eigen gezondheid, het kunnen praten met ouders, de thuisbeleving en tevredenheid over het uiterlijk. De tweede component heeft betrekking op psychosomatische kenmerken, zoals moeheid, hoofdpijn en het niet goed kunnen ontspannen. De derde component richt zich op de zelfanalyse van de respondent en bestaat uit vragen over tevredenheid met zichzelf, eenzaamheid, gelukkig zijn, zenuwachtigheid en verlegenheid. De KIVPA-score wordt berekend vanuit weging van deze drie componenten en weerspiegelt vooral het welbevinden van de respondent. Afwijkend (probleem)gedrag wordt hiermee echter slechts in beperkte mate geïdentificeerd.

Jongeren kunnen op één of een combinatie van de drie componenten een verhoogde score hebben. Tabel 24 laat zien dat jongens beduidend vaker dan meisjes op geen enkele component een verhoogde score hebben en dat meisjes in een kwart van de gevallen op alle componenten een verhoogde score hebben. Daarnaast hebben meisjes vaker dan jongens een verhoogde score op de psychosomatische component (al dan niet in combinatie met andere componenten).

**Tabel 24. Verdeling van de componenten van de KIVPA-score, naar geslacht, 2005-2010**

		geslacht*		totaal
		jongen	meisje	
Verhoogde score op componenten van de KIVPA-score	Geen van de componenten	40,8	25,5	33,3
	Alleen zelfanalyse	7,9	5,5	6,7
	Alleen psychosomatische schaal	6,1	10,4	8,2
	Zelfanalyse en psychosomatische schaal	3,3	7,2	5,2
	Alleen indicatieve vragen	17,1	9,5	13,3
	Indicatieve vragen en psychosomatische schaal	6,2	10,0	8,1
	Indicatieve vragen en zelfanalyse	9,0	6,7	7,9
	Alle componenten	9,6	25,3	17,3
Totaal		100	100	100

\* Statistisch significante verschillen

In de KIVPA worden vragen gesteld over de thuissituatie ('hoe vind je het bij jou thuis?') en over het praten met ouders ('vind je dat je goed kunt praten met je ouder(s) of degenen die je verzorgen?'). Tabel 25 laat zien dat ongeveer éénvijfde deel van de jongeren met psychosociale problemen het thuis niet leuk of helemaal niet leuk heeft, terwijl dit bij jongeren met een normale score veel minder het geval is (in 1,5 % van de gevallen). Jongeren met een normale score zijn daarnaast uitgesprokener in hun positieve beoordeling van de thuissituatie. Zij selecteerden veel vaker de categorie 'heel leuk'. Jongeren met psychosociale problemen vinden veel vaker dan hun leeftijdsgenoten met een normale score dat ze niet goed met hun ouder(s) kunnen praten of dat het 'wel gaat' (Tabel 26). Met deze bevindingen wordt duidelijk dat problemen van jongeren niet los gezien kunnen worden van de gezinssituatie, de verstandhouding met ouders en de belasting in het gezin.

Over de aard van de geconstateerde verbanden (in causale zin) in Tabel 25 en Tabel 26 kan uiteraard niets gezegd worden. Problemen bij een jongere kunnen

leiden tot een verstoorde relatie met de ouders, maar deze problemen kunnen ook het gevolg zijn van een verstoorde relatie.

**Tabel 25. Beleving in de thuissituatie, naar indicatie voor psychosociale problematiek, in percentages, KIVPA 2005-2010**

		beleving thuis			
		heel leuk	leuk	niet zo leuk	helemaal niet zo leuk
indicatie psychosociale problematiek KIVPA*	probleemscore	21,1	58,5	17,0	3,4
	normale score	56,9	41,7	1,3	0,2
Totaal		51,4	44,2	3,7	0,7

\* Statistisch significant verschil

**Tabel 26. Mogelijkheid om met ouders te praten, naar indicatie voor psychosociale problematiek, in percentages, KIVPA 2005-2010**

		praten ouders		
		ja	gaat wel	nee
indicatie psychosociale problematiek KIVPA*	probleemscore	51,0	41,4	7,6
	normale score	91,0	8,6	0,4
Totaal		84,8	13,7	1,5

\* Statistisch significant verschil

De totaalscore die vanuit de KIVPA-vragenlijst wordt berekend dient als indicatie voor het contact tussen de jeugdarts of jeugdverpleegkundige en de leerling tijdens het spreekuur JGZ. Tabel 27 laat zien dat een verhoogde score vaker gerelateerd is aan contact met hulpverleners (algemeen maatschappelijk werk (AMW), Jeugdzorg of psycholoog) en dat ongeveer een kwart van de jongeren met een probleemindicatie contact heeft met één of meerdere van deze hulpverleners/hulpverlenende instanties.

**Tabel 27. Contact met hulpverleners gedurende het afgelopen jaar, voor jongeren met of zonder indicatie voor psychosociale problematiek, in percentages, KIVPA 2005-2010**

		contact AMW	contact Jeugdzorg	contact psycholoog	contact met AMW, Jeugdzorg en/of psycholoog
indicatie psychosociale problematiek KIVPA*	probleemscore	16,6	10,9	11,8	26,6
	normale score	5,5	3,1	2,8	9,2
Totaal		7,2	4,3	4,1	11,9

\* Statistisch significant verschil

#### 2.4.3. Sterke kanten en moeilijkheden bij jongeren

In de vragenlijst van het Jeugdonderzoek 2008 wordt gebruikt gemaakt van de SDQ (zie ook Bijlage 2 en paragraaf 2.3). In deze paragraaf gaat het om de vragenlijst die nu is ingevuld door jongeren in het voortgezet onderwijs. Tabel 28 laat zien dat meisjes vaker een verhoogde score hebben op deze SDQ. Vergeleken met de KIVPA-scores van paragraaf 2.4.2 is het verschil tussen jongens en meisjes echter gering.

**Tabel 28. Probleemscore SDQ, naar geslacht, in percentages, Jeugdonderzoek 2008**

		geslacht		totaal
		jongen	meisje	
psychosociale problematiek SDQ*	geen	89,8	85,6	87,7
	mild/matig/ernstig	10,2	14,4	12,3
Totaal		100	100	100

\* Statistisch significant verschil tussen jongens en meisjes

Opvallend is dat vergeleken met de SDQ voor ouders de verschillen naar geslacht zijn omgedraaid: waar ouders beduidend vaker psychosociale problemen bij hun zoon dan bij hun dochter signaleerden zijn het in het Jeugdonderzoek meisjes die vaker dan jongens aangeven psychosociale problemen te hebben. Voor dit opmerkelijke verschil kunnen verschillende verklaringen gegeven worden. Allereerst is er een verschil in leeftijdscategorie waarop de uitkomsten betrekking hebben. Bij middelbare scholieren spelen emotionele problemen vaker een rol (vooral bij meisjes) dan in de fase van de basisschool. Daarnaast is het perspectief van ouders anders dan dat van middelbare scholieren. Ouders zullen vaker gedragsproblemen bij hun zoon herkennen en benoemen dan emotionele problemen bij hun dochter.

Vanuit Tabel 29 en de eerder gepresenteerde resultaten vanuit de SDQ voor ouders (zie paragraaf 2.3.2, Tabel 15) kan afgeleid worden dat deze verklaringen beide valide zijn en elkaar aanvullen. Meisjes in klas 2 van het voortgezet onderwijs laten veel vaker emotionele problemen zien dan ouders van een dochter in groep 7 van de basisschool registreren. Ouders van een zoon op de basisschool registreren veel vaker hyperactiviteit dan jongens in het voortgezet onderwijs bij zichzelf herkennen. De bevinding dat meisjes vaker een probleemscore hebben dan jongens komt ook voort uit het gegeven dat het verschil naar geslacht bij emotionele problemen (meer meisjes dan jongens) groter is dan bij gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten (meer jongens dan meisjes).

Dat jongens vooral gedragsproblemen hebben en meisjes emotionele problemen komt ook tot uiting in verschillen naar geslacht wat betreft de ervaren gezondheid. In Tabel 30 wordt getoond in welke mate de ervaren gezondheid samenhangt met geslacht en psychosociale problematiek. Meisjes geven vaker dan jongens aan dat hun gezondheid te wensen overlaat en dit geldt vooral voor meisjes met psychosociale problematiek.

**Tabel 29. Subschalen van de probleemscore SDQ en schaal van pro-sociaal gedrag, naar geslacht, in percentages, Jeugdonderzoek 2008**

		geslacht		totaal
		jongen	meisje	
Emotionele problemen Schaal*	normaal	97,0	85,6	91,4
	probleem	3,0	14,4	8,6
Gedragsproblemen Schaal*	normaal	84,6	90,4	87,5
	probleem	15,4	9,6	12,5
Hyperactiviteit Schaal	normaal	73,9	75,5	74,7
	probleem	26,1	24,5	25,3
Problemen met leeftijdsgenoten Schaal*	normaal	85,9	88,6	87,2
	probleem	14,1	11,4	12,8
Pro-sociaal gedrag Schaal*	normaal	76,0	93,5	84,6
	probleem	24,0	6,5	15,4

\* Statistisch significant verschil tussen jongens en meisjes

**Tabel 30. Minder goede ervaren gezondheid, naar geslacht en psychosociale problematiek, in percentages, Jeugdonderzoek 2008**

			ervaren gezondheid gaat wel/niet zo best/slecht
jongen*	psychosociale problematiek*	geen	10,3
		mild/matig/ernstig	32,1
	alle jongens		12,4
meisje*	psychosociale problematiek*	geen	14,8
		mild/matig/ernstig	43,9
	alle meisjes		19,0

\* Statistisch significante verschillen naar geslacht en psychosociale problematiek

Het hebben van contact met hulpverleners of hulpverlenende instanties hangt samen met psychosociale problematiek en geslacht. Tabel 31 laat voor nagenoeg alle vormen van hulpverlening zien dat meer jongeren met psychosociale problemen recente contacten hebben gehad. De verschillen tussen jongeren met en zonder psychosociale problemen zijn het sterkst bij contacten met de jeugdhulpverlening, psycholoog of psychiater, GGZ-instelling en diëtist.

**Tabel 31. Hulpverlener of hulpverlenende instantie waarmee het afgelopen jaar contact is geweest, naar psychosociale problematiek (SDQ), in percentages, Jeugdonderzoek 2008**

	psychosociale problematiek		totaal
	geen	mild/matig/ernstig	
Huisarts: afgelopen 3 maanden*	40,2	54,4	42,0
Fysiotherapeut*	15,3	20,7	16,0
Diëtist*	1,7	5,3	2,1
Medisch specialist*	9,5	13,0	9,9
GGD, spreekuur van schoolarts of –verpleegkundige*	9,8	14,3	10,3
(school)maatschappelijk werker*	5,6	15,5	6,8
Psycholoog of psychiater*	3,5	13,6	4,7
Bureau Jeugdzorg*	2,4	7,0	3,0
Jeugdhulpverlening*	1,0	4,6	1,4
Verslavingszorg Noord-Nederland*	0,5	1,5	0,6
GGZ-instelling*	2,1	8,1	2,8
Sense*	0,4	1,1	0,5
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)	0,4	0,8	0,4
Politie*	9,4	20,2	10,8
Anders*	9,5	15,8	10,3
Geen van deze personen of instellingen*	51,8	30,1	49,1

\* Statistisch significant verschil

De verschillen in contact met hulpverleners tussen jongens en meisjes zijn wat meer divers (Tabel 32). Meer meisjes hebben contact met een huisarts, medisch specialist, psycholoog of psychiater en met een diëtist; meer jongens hebben contact met Sense, de politie en met Verslavingszorg Noord-Nederland. Ook hebben meer meisjes contact met de GGD en de schoolarts of –verpleegkundige.

**Tabel 32. Hulpverlener of hulpverlenende instantie waarmee het afgelopen jaar contact is geweest, naar geslacht, in percentages, Jeugdonderzoek 2008**

	geslacht		totaal
	jongen	meisje	
Huisarts: afgelopen 3 maanden*	36,0	47,2	42,0
Fysiotherapeut	15,1	16,7	15,9
Diëtist*	1,8	2,5	2,2
Medisch specialist*	8,6	11,1	9,9
GGD, spreekuur van schoolarts of -verpleegkundige*	9,2	11,3	10,3
(school)maatschappelijk werker	7,1	6,5	6,8
Psycholoog of psychiater*	3,7	5,6	4,7
Bureau Jeugdzorg	3,3	2,8	3,0
Jeugdhulpverlening	1,6	1,2	1,4
Verslavingszorg Noord-Nederland*	0,9	0,3	0,6
GGZ-instelling	3,2	2,5	2,8
Sense*	0,6	0,3	0,5
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)	0,6	0,3	0,4
Politie*	15,1	7,0	10,8
Anders	10,0	10,6	10,3
Geen van deze personen of instellingen	48,1	49,9	49,1

\* Statistisch significant verschil tussen jongens en meisjes





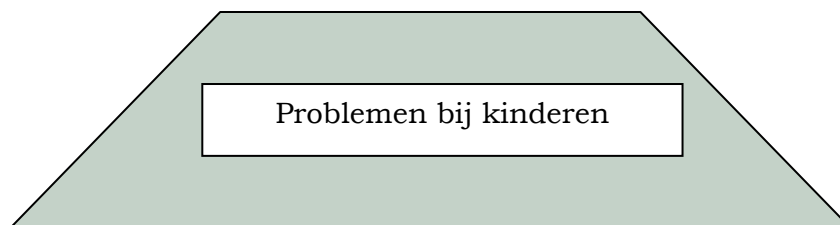
# 3.

## De Drentse IJsbberg

### 3.1. Inleiding

Het verlenen van deskundige hulp bij de opvoeding kan gezien worden als het topje van de ijsberg. Wat voorafgaat aan de inschakeling van deskundige hulp is minder goed zichtbaar. Slechts een deel van de problemen die zich bij kinderen en jongeren voordoen leidt tot belasting in het gezin of tot een wens om deskundige hulp bij de opvoeding te ontvangen. In dit afsluitende hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van dit onderzoek samengevat. We beginnen bij de problemen aan de basis van de ijsberg en richten ons vervolgens op de belasting van het gezin en de behoefte aan ondersteuning die hieruit kan voortvloeien. We besluiten met een beschrijving van het topje van de ijsberg waar de behoefte aan opvoedingsondersteuning zichtbaar wordt voor hulpverlenende instanties.

### 3.2. Problemen aan de basis



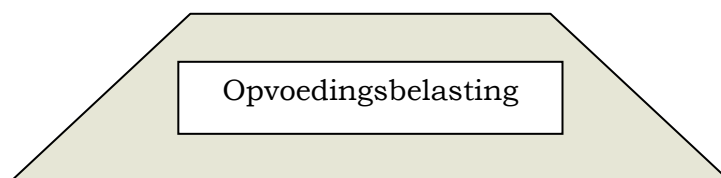
Vanuit het gebruik van de *Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten* (KIVPA) in Drenthe blijkt dat 15% van de jongeren in klas 2 van het voortgezet onderwijs een indicatie heeft voor psychosociale problematiek. Jongeren met psychosociale problemen geven veel vaker dan jongeren met een normale score aan het thuis niet leuk te vinden. Jongeren met psychosociale problemen vinden ook veel vaker dan hun leeftijdsgenoten met een normale score dat ze niet goed met hun ouder(s) kunnen praten of dat het 'wel gaat'. Meisjes (22,3%) hebben beduidend vaker dan jongens (8,6%) een probleemscore. Dit verschil is te verklaren vanuit de hogere mate waarin meisjes aangeven psychosomatische klachten te hebben. Bovendien geven zij veel vaker dan jongens aan dat ze problemen ervaren op meerdere gebieden.

Vanuit de antwoorden die jongeren op het voortgezet onderwijs in het kader van het Jeugdonderzoek 2008 gaven op de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) blijkt dat 12% te maken heeft met psychosociale problemen. Bij meisjes heeft 14,4% een verhoogde score vanuit de SDQ, bij jongens ligt dit percentage

lager: 10,2%. Meisjes hebben vaker dan jongens een probleemscore vanwege emotionele problemen.

Uit de antwoorden die ouders gaven op 25 specifieke vragen over hun kind in groep 7 van de basisschool komt naar voren dat ruim 11% van de kinderen een probleemscore heeft. De verdeling naar geslacht is omgekeerd aan die vanuit het Jeugdonderzoek, ook al is gebruik gemaakt van dezelfde set aan vragen (de SDQ). Jongens hebben in 14,2% van de gevallen een probleemscore, meisjes in 8,3% van de gevallen. De verklaring voor dit opmerkelijke verschil tussen deze twee bronnen is gezocht in de probleemherkenning door ouders en het verschil in levensfase tussen basisschoolkinderen en middelbare scholieren. Emotionele problemen die bij meisjes vaker voorkomen worden door ouders waarschijnlijk minder goed herkend dan problemen die met hyperactiviteit te maken hebben en die bij jongens vaker voorkomen. Daarnaast spelen bij meisjes op de basisschoolleeftijd in mindere mate al emotionele en psychosomatische problemen een rol dan in het voortgezet onderwijs.

### 3.3. Zorgen in het gezin

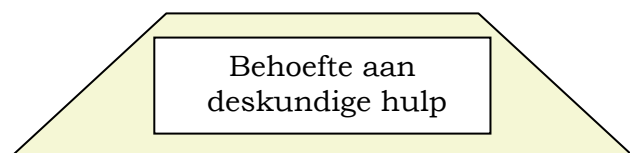


Wanneer vanuit de SDQ voor ouders van basisschoolkinderen een probleemscore naar voren komt, geven de meeste ouders aan dat hun kind daarvan moeilijkheden ondervindt. In meer dan de helft van de gevallen signaleren zij 'duidelijke' of 'ernstige' moeilijkheden. Ook ouders met een kind zonder probleemscore signaleren soms dat hun kind moeilijkheden heeft, maar in de meeste gevallen hebben ze het dan over 'kleine moeilijkheden'. De meeste kinderen hebben de gesignaleerde problemen volgens de ouders al langer dan een jaar. Bij jongens lijkt nog meer dan bij meisjes sprake te zijn van structurele problemen. Meisjes lijken daarbij meer overstuurd of van slag te zijn door hun moeilijkheden. Van belasting voor het gezin lijkt vaker sprake te zijn bij jongens met moeilijkheden dan bij meisjes. Meisjes hebben vaker te maken met moeilijkheden die henzelf beroeren ('internaliserend gedrag'), terwijl moeilijkheden bij jongens vaker belastend zijn voor het gezin ('externaliserend gedrag'). De belasting voor het gezin neemt toe met het aantal probleemgebieden waarop kinderen afwijkend scoren.

Ouders van kinderen van 5 tot en met 12 jaar blijken zich het meest zorgen te maken. Deze zorgen hebben vooral betrekking op angst, onzekerheid en faalangst, luisteren en gehoorzamen, het stellen van grenzen en regels, en de schoolprestaties. Zorgen van ouders van kinderen tot 5 jaar hebben vooral betrekking op ontwikkelingsproblemen rond eten, slapen, groei en gezondheid en op opvoedingsproblematiek in engere zin (luisteren en gehoorzamen, grenzen en regels, druk en agressief zijn). De belangrijkste zorg van ouders van opgroeiende jongeren van 13-18 jaar betreft de schoolprestaties. Zoals ook bij ouders van kinderen van 5-12 jaar worden door deze ouders angst, onzekerheid en faalangst genoemd als een terrein waarop zij zich zorgen maken. Daarnaast

worden door deze ouders van kinderen op de middelbare school problemen van de opvoeding (luisteren en gehoorzamen, grenzen en regels) als zorgen genoemd.

### 3.4. Behoeftte aan deskundige hulp

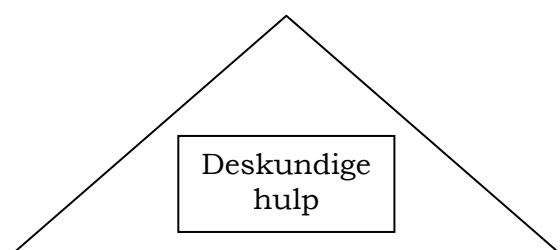


Vanuit probleemherkenning en belasting voor het gezin kan de behoefte aan deskundige ondersteuning ontstaan. Ouders van kinderen tot en met 18 jaar is gevraagd om aan te geven of en op welke terreinen ze zich zorgen maken over de opvoeding en of ze behoefte hebben aan deskundige hulp of advies.

De behoefte aan deskundige hulp varieert naar de leeftijd van het kind. Zo blijken ouders van kinderen van 5 tot en met 12 jaar het vaakst behoefte aan hulp te hebben (18,3%). Naarmate ouders op meerdere terreinen zorgen rond de opvoeding en hun kind hebben geven zij vaker aan behoefte te hebben aan deskundige hulp of advies.

Naast de leeftijd van het kind is ook de invloed van een aantal andere achtergrondvariabelen op de zorgen van ouders en hun behoefte aan deskundige hulp onderzocht. Over het algemeen bestaat daarbij geen duidelijk verschil tussen vaders en moeders. Als moeders zich meer zorgen maken dan vaders gaat het om het temperament (druk en agressief zijn) van jonge kinderen. Vaders maken zich echter vaker dan moeders zorgen om gezagskwesties in de opvoeding (luisteren en gehoorzamen) bij hun oudere kinderen. Moeders lijken wat vaker behoefte te hebben aan deskundige hulp of advies. De psychische gezondheid van de ouder komt naar voren als een sterk onderscheidend gegeven, waarbij psychisch minder gezonde ouders zich op bijna alle terreinen meer zorgen maken en ook beduidend vaker behoefte hebben aan deskundige hulp dan psychisch gezonde ouders.

### 3.5. Het topje van de ijsberg



De meeste ouders die aangeven behoefte aan deskundige hulp of advies te hebben krijgen die hulp ook al. In mindere mate is die behoefte er wel maar heeft de ouder nog niet geprobeerd om hulp te zoeken. Slechts enkele ouders geven aan hulp te hebben gezocht maar daarvoor nergens terecht te kunnen, of niet te weten waar ze hulp zouden moeten zoeken. Enkele ouders gaven aan op een wachtlijst te staan.

Vanuit de KIVPA blijkt dat jongeren in klas 2 van het voortgezet onderwijs in bijna 12% van de gevallen een recent contact gehad hebben met een maatschappelijk werker, de Jeugdzorg of een psycholoog. Voor jongeren met een indicatie voor psychosociale problematiek ligt dit percentage meer dan twee maal hoger: 26,6%. Deze jongeren hebben het vaakst contact gehad met een maatschappelijk werker (16,6%).

Vanuit het Jeugdonderzoek 2008 bleek dat een verhoogde probleemscore bepalend was voor het hebben van contact met hulpverleners of hulpverlenende instanties. Jongeren met een probleemscore hadden vooral veel meer contact met een psycholoog/psychiater of een GGZ-instelling dan jongeren met een normale score.

Van die ouders die behoefte hebben aan deskundige hulp zou ruim 40% deze willen ontvangen van een maatschappelijk werker, hulpverlener van Bureau Jeugdzorg of de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)/Riagg en bijna 33% van een opvoeddeskundige (bijv. psycholoog, pedagoog, opvoedkundige of medewerker van een opvoedwinkel/opvoedspreekuur). De mate waarin ouders deskundige hulp (bovenop de basiszorg, bijvoorbeeld van het consultatiebureau) ontvangen, is gerelateerd aan de leeftijd van hun kind. Ouders van de jongste kinderen ontvangen relatief de minste deskundige hulp (bijna 8%), terwijl ouders van kinderen van 5-12 jaar in bijna 12% van de gevallen en ouders van kinderen van 13-18 jaar in ruim 9% van de gevallen deskundige hulp ontvangen. Dit percentage ligt voor alle vormen van professionele hulpverlening op een lager niveau dan wat jongeren in het voortgezet onderwijs over hun contact met maatschappelijk werk, Jeugdzorg of een psycholoog rapporteerden.

Ouders met (behoefte aan) deskundige hulp ontvangen vaker informele hulp en hebben vaker de mogelijkheid om met familie, vrienden, kennissen of burens te praten. Opmerkelijk is dat deze ouders ook vaker aangeven dat ze nog meer informele hulp of steun zouden willen ontvangen.

## Literatuur

Asscher J, Hermanns J, Deković M (2008). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning van ouders van jonge kinderen. *Pedagogiek* 28 (2): 114-127.

Blom-Schakel S, van Ede J, Deković M (2007) Horen, zien en screenen. In Gerris JRM (red.) *Jeugdzorg: Professionaliteit, integrale aanpak, overdracht van waarden en normen*, Assen, Van Gorcum.

Kuilman, M, van der Veen WJ, van Zanden N (2009). *Jeugd in Drenthe, Basisrapport van het jeugdonderzoek 2008 over de gezondheid en leefgewoonten van Drentse jongeren 12 t/m 18 jaar*. GGD Drenthe, Assen. Verkrijgbaar op: [www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl](http://www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl)

Kuilman, M, van der Veen WJ, van Zanden N (2011). *Volwassenen in Drenthe, Basisrapport van het volwassenenonderzoek 2009 over de gezondheid en leefgewoonten van Drentse volwassenen*. GGD Drenthe, Assen. Verkrijgbaar op: [www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl](http://www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl)

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2008). *Versterken van de village. Preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving*. RMO, Den Haag.

Van der Meer M, Dixon A, Rose D (2008). Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17: 491-497.

Van Dorsselaer S, De Looze M, Vermeulen-Smit E, De Roos S, Verdurmen J, Ter Bogt T, Vollebergh W (2010). *HBSC 2009 Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Trimbos-instituut, Utrecht.

Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M (2005). *Kinderen in Nederland. Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag.



## Bijlage 1: bespreking van literatuur

### Inleiding

De achtergronden van opvoedingsondersteuning komen aan bod in de eerste paragrafen van deze bijlage, waarbij het SCP-rapport *Kinderen in Nederland* is gebruikt om een breed scala aan onderwerpen te introduceren. Verschillende berichtgevers, zoals ouders, hulpverleners en kinderen zelf komen in dit onderzoek aan het woord. Jongeren in de leeftijd van 11 tot en met 16 jaar staan centraal in het periodiek uitgevoerde onderzoek *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Wij bespreken enkele hoofdstukken uit het in 2009 uitgevoerde onderzoek (Van Dorsselaer et al., 2010) die betrekking hebben op psychosociale problematiek en op enkele opvoedingsaspecten.

De thema's gezinsbelasting en steunbehoefte worden besproken aan de hand van twee recente onderzoeken onder ouders van jonge kinderen. Het probleem van de verschillen in perspectief tussen ouders en kinderen wordt besproken aan de hand van een evaluatie-onderzoek naar het gebruik van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* bij ouders en kinderen.

### Kinderen in Nederland

In 2005 verscheen van het Sociaal en Cultureel Planbureau en TNO Kwaliteit van Leven de uitgave *Kinderen in Nederland*. Voor de eerste keer in Nederland werd een veelomvattend beeld geschetst van de groep van jonge kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar. In dit rapport wordt ingegaan op de leefsituatie, het welzijn, de tijdsbesteding en het voorzieningengebruik van deze kinderen. Bijzonder aan het rapport is dat diverse databronnen ('berichtgevers') zijn gebruikt. Per kind werden vaak twee en soms zelfs drie informanten geraadpleegd. De gegevensverzameling heeft plaatsgevonden via instellingen voor de JGZ, gekoppeld aan de reguliere contacten. Aan het onderzoek hebben uiteindelijk 4776 kinderen deelgenomen, waarbij informatie over hen beschikbaar kwam via de kinderen zelf, hun ouders en artsen of verpleegkundigen van JGZ-instellingen.

Van belang is het onderscheid dat in *Kinderen in Nederland* wordt gemaakt tussen externaliserende en internaliserende problemen. Bij externaliserende problemen gaat het om gedragsproblemen, zoals agressief gedrag, sociale problemen en delinquent gedrag. Externaliserend gedrag betekent 'naar buiten gericht gedrag'. De omgeving ondervindt hier hinder van. Bij internaliserende, 'naar binnen gerichte', problemen gaat het om emotionele problemen, zoals teruggetrokkenheid, psychosomatische klachten, angsten, depressieve klachten en emotionele reactiviteit

Voor de uitwerking van het thema 'Problemen bij de opvoeding' zijn de volgende resultaten en discussiepunten uit *Kinderen in Nederland* van belang:

- Een grote meerderheid van de ouders is tevreden over de opvoeding. De mate van tevredenheid over de opvoeding varieert niet sterk naar de leeftijd van het

- Bijna de helft van de ouders heeft over één of meerdere onderwerpen een beetje of veel zorgen gehad gedurende het afgelopen jaar. De zorgen van ouders hebben doorgaans betrekking op verschillende zaken. Ouders met jonge kinderen maken zich vaker zorgen dan ouders met oudere kinderen. Ouders van jongens hebben in het algemeen meer zorgen dan ouders van meisjes. Het gaat hierbij hoofdzakelijk om zorgen om gedragsproblemen, achterstanden in de ontwikkeling en de opvoeding in het algemeen. Vooral ouders uit eenoudergezinnen vinden de opvoeding belastend. Een kleine groep ouders (1-4 %) heeft veel zorgen over de opvoeding.
- Van de ouders die zich zorgen maakten, heeft meer dan de helft (56%) hulp gezocht. Vooral de huisarts, maar ook familie en vrienden en het consultatiebureau worden geraadpleegd als ouders zorgen hebben.
- Door ondervraagde JGZ-artsen of -verpleegkundigen werden bij de grote meerderheid van de gezinnen geen opvoedproblemen waargenomen. Bij 10% was dit wel het geval met lichte problematiek, bij 4% met matige problematiek, en bij 1% met zware opvoedproblemen. Bij eenoudergezinnen werden vaker opvoedproblemen gesignaleerd, evenals bij ouders met jongens en bij ouders met peuters en basisschoolkinderen. Hoogopgeleide ouders hebben volgens de ondervraagde JGZ-medewerkers minder vaak opvoedproblemen dan laagopgeleide ouders.
- Ondervraagde JGZ-medewerkers zien het gedrag van kinderen als de belangrijkste oorzaak van de geconstateerde opvoedproblemen, gevolgd door beperkte opvoedvaardigheden van de ouders en emotionele problemen van het kind. Ouders die zich meer zorgen maken hebben ook meer opvoedproblemen.
- Volgens JGZ-medewerkers varieert het aandeel kinderen met psychosociale problemen tussen 11% bij baby's van 14 maanden en 28% bij 5-6 jarigen. Bij 8-12 jarigen bedraagt dit percentage 21%. In alle leeftijdsgroepen worden meer psychosociale problemen bij jongens dan bij meisjes gesignaleerd.
- JGZ-medewerkers rapporteren veel vaker psychosociale problemen bij een kind, dan de ouders doen. Ouders van jongens rapporteren meer externaliserende problemen dan ouders van meisjes.
- Depressie bij kinderen wordt in geringere mate door JGZ-medewerkers herkend dan externaliserend, teruggetrokken of angstig gedrag.
- De meeste 8-12-jarige kinderen zijn tevreden over hun thuissituatie: 86% heeft het thuis naar de zin, 90% vindt de sfeer goed.
- 2% tot 7% van de kinderen was ten tijde van het onderzoek onder behandeling voor een psychosociaal probleem.

## Jongeren en hun ouders

In het najaar van 2009 is voor de derde maal het onderzoek *Health Behaviour in School-aged Children* (HSBC) uitgevoerd (Van Dorsselaer et al., 2010). In dit kader zijn gegevens verzameld bij een representatieve steekproef onder 11- tot en met 16-jarige Nederlandse scholieren (groep 8 van de basisschool en de eerste vier leerjaren van het voortgezet onderwijs). Met de verzamelde gegevens kan de samenhang worden bestudeerd tussen gezondheid en welbevinden, risicogedrag, schoolbeleving, thuissituatie, (materiële) welvaart en de relatie met



ouders en vrienden. Bovendien kan inzicht worden verkregen in veranderingen in gedrag, gezondheid en welbevinden die samenhangen met leeftijd en met de overgang van het basisonderwijs naar het voortgezet onderwijs. Bijzonder aan dit rapport is dat naast de steekproef onder jongeren een parallel onderzoek is verricht onder ouders van deze jongeren.

Voor de uitwerking van het thema 'Problemen bij de opvoeding' zijn de volgende resultaten uit het HSBC-onderzoek van belang:

- In het algemeen hebben jongeren goede relaties met hun ouders. Een duidelijke meerderheid zegt gemakkelijk met hun ouders te kunnen praten als zij ergens mee zitten. Leerlingen van het VWO zijn het meest positief over de relatie met hun ouders en leerlingen van het VMBO het minst positief. Jongeren uit welvarende en volledige gezinnen zeggen gemakkelijker met hun ouders te kunnen praten over problemen en ervaren meer steun en toezicht dan kinderen uit armere en onvolledige gezinnen.
- Naarmate jongeren ouder worden praten ze minder makkelijk met hun ouders en weten hun ouders ook steeds minder wat ze zoal doen. In het voortgezet onderwijs hebben ouders veel meer kennis over het doen en laten van hun dochters dan over dat van hun zonen.
- Ruim 700 kinderen uit het onderzoek (1%) geven aan ruw en agressief door hun ouders behandeld te worden.
- Aan de jongeren is gevraagd een cijfer op een schaal van 1 tot 10 te geven voor hoe zij zich over het algemeen voelen. Op de basisschool scoren jongens een 8,4 en meisjes een 8,2, maar dan is het verschil nog niet significant. De cijfers voor middelbare scholieren vallen lager uit. Jongens komen gemiddeld uit op een 8 terwijl meisjes gemiddeld uitkomen op 7,7. De laagste scores zijn te vinden onder 15- en 16-jarige meisjes, 7,4 en 7,5, terwijl jongens van die leeftijd dan nog altijd een 7,9 en 7,7 rapporteren. Onder 13-, 14- en 15-jarigen zijn de verschillen tussen jongens en meisjes significant; meisjes zijn op die leeftijd minder gelukkig dan jongens.
- Gemiddeld heeft rond de 15 procent van de jongeren een probleemscore op basis van de *Strengths and Difficulties Questionnaire*. Meisjes vertonen een (veel) hoger percentage emotionele problemen, terwijl jongens een veel hoger percentage gedragsproblemen laten zien. Jongens rapporteren daarnaast veel minder prosociale gedragingen dan meisjes.
- Bij emotionele problemen in het voortgezet onderwijs zijn de verschillen tussen meisjes en jongens groot en deze worden groter naarmate leerlingen ouder worden. Bij gedragsproblemen nemen de verschillen minder toe met de leeftijd. In het basisonderwijs is het percentage jongens met gedragsproblemen ongeveer twee keer zo hoog en in het voortgezet blijft dit verschil tussen jongens en meisjes tot en met 16 jaar met enige schommelingen gelijk.
- Leerlingen uit lagere opleidingsniveaus rapporteren de meeste problemen. Dit hogere probleemniveau manifesteert zich het meest bij gedragsproblemen en problemen met leeftijdsgenoten. Het opleidingsniveau heeft geen invloed op emotionele problemen.
- Leerlingen die in een volledig gezin opgroeien maken minder melding van emotionele en gedragsproblemen en van hyperactiviteit.
- Vrijwel alle ouders zeggen toezicht te houden op het doen en laten van hun kind, terwijl dat volgens minder dan de helft van de meisjes en slechts een kwart van de jongens daadwerkelijk het geval is.

## Opvoedingsbelasting en steunbehoefte

Blom-Schakel, van Ede en Deković (2007) hebben onderzoek gedaan naar de ervaren opvoedingsbelasting in het werkgebied van Vèrian (voormalig Thuiszorg Oost Veluwe, afdeling Jeugdgezondheidszorg 0 tot 4 jaar). Van de ouders met kinderen in de leeftijd van twee tot drie jaar rapporteert 13,5% een bovengemiddelde tot zeer hoge opvoedingsbelasting. De overige ouders die het consultatiebureau bezoeken ervaren een lage tot gemiddelde opvoedingsbelasting.

Voor dit themarapport zijn de volgende resultaten uit het onderzoek van Blom-Schakel, van Ede en Deković van belang:

- De gezinsstructuur (twee ouders versus éénooudergezinnen) is niet van invloed op de ervaren opvoedingsbelasting van ouders.
- Vaders rapporteren een gemiddeld lagere opvoedingsbelasting dan moeders.
- Ouders ervaren de opvoeding van jongens significant zwaarder dan de opvoeding van meisjes.
- De Sociaal Economische Status (SES) van het gezin vertoont een sterke samenhang met de ervaren opvoedingsbelasting. Ouders die laag zijn opgeleid en een beneden modaal inkomen hebben, rapporteren aanzienlijk hogere belasting in de opvoeding dan ouders met een hoge SES.
- Verminderd ouderlijk welzijn hangt samen met moeilijk kindgedrag.
- Er is een samenhang tussen de opvoedingsbelasting die ouders ervaren en de behoefte aan opvoedingsondersteuning.

Vanuit problemen die ouders bij de opvoeding ervaren kan behoefte ontstaan om deskundige hulp te zoeken. In het artikel van Asscher, Hermanns en Deković (2008) gaat de aandacht uit naar de behoefte aan opvoedingsondersteuning van ouders van jonge kinderen (in de leeftijd tussen 1,5 en 3,5 jaar). Via consultatiebureaus in de regio IJmond kregen duizend gezinnen een screeninglijst thuisgestuurd. Daaruit vulden 373 primaire verzorgers (97% was vrouw) een vragenlijst in over hun behoefte aan steun met betrekking tot het opvoeden van hun kind (52% meisje). In een tweede stap werden 177 ouders (allen moeders) die verder wilden meewerken aan het onderzoek benaderd met een vragenlijst. Deze vragen hadden betrekking op opvoedingsgedrag, probleemgedrag van kinderen, kenmerken van de ouders en sociale steun. Een kanttekening bij dit onderzoek is dat de onderzoeksgroep (zeker bij de tweede vragenlijst) niet representatief is voor de Nederlandse populatie van ouders van jonge kinderen.

Relevant voor de uitwerking van dit themarapport zijn de volgende conclusies en discussiepunten uit het artikel van Asscher, Hermanns en Deković (2008):

- Van de deelnemers die de eerste beknopte vragenlijst invulden gaf 40% aan behoefte aan informatie te hebben en gaf 10% aan behoefte te hebben aan gezins- en sociale steun. Behoefte aan een steuntje in de rug of iemand om mee te praten was er bij 33% van de respondenten.
- Bij een substantieel aantal moeders is er behoefte aan opvoedingsondersteuning; 14% van de moeders gaf aan aan een specifiek programma te willen deelnemen, waarbij vrijwilligers een dagdeel per week bij het gezin thuis komen.

- Binnen de onderzoeksgroep wordt een zekere mate van onvervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning geconstateerd.
- Hoe meer probleemgedrag de kinderen hadden, hoe meer behoefte aan steun ouders rapporteerden.
- Hoe meer risicofactoren er in het gezin zijn, hoe meer behoefte er is aan opvoedingsondersteuning. Deze risicofactoren hebben betrekking op verschillende niveaus, van het kind, de ouder of het gezin. Op het niveau van het kind voorspelde een moeilijk temperament de behoefte aan steun significant. Depressieve stemming van de moeder was een belangrijke voorspeller. Op het gezinsniveau had het aantal ingrijpende levensgebeurtenissen een voorspellende waarde.
- Moeders die meer steunbehoefte ervaren, hebben ook meer steunbronnen. Hoe tevredener moeders zijn over de beschikbare steunbronnen, hoe minder behoefte aan steun zij rapporteerden.

## Perspectieven van ouders en kinderen

Wanneer ouders reflecteren op problemen van hun kinderen komt een ander beeld naar voren dan wanneer kinderen zelf hun gezondheidssituatie, welbevinden en gedrag beschrijven. Zelfs wanneer in onderzoek gebruik wordt gemaakt van een gevalideerde vragenlijst kan het veel uitmaken aan wie, wanneer en in welke setting deze vragenlijst wordt voorgelegd. Dit besef is vooral belangrijk in de praktijk van hulpverlening aan kinderen, jongeren of ouders, want zowel ouders als kinderen leveren informatie vanuit hun eigen perspectief. Aangezien in dit themarapport ook gebruik wordt gemaakt van verschillende soorten informatie (waaronder de SDQ) geldt hier dezelfde vraag als in de praktijk van de hulpverlening: welke werkelijkheid gaat schuil achter de verschillende bronnen en berichtgevers van informatie?

Over het gebruik van de SDQ bij ouders of kinderen en de verschillen die daaruit naar voren komen is enige literatuur verschenen. In deze paragraaf bespreken we een artikel van Van der Meer, Dixon en Rose (2008), gebaseerd op een onderzoek naar het gebruik van de SDQ in Sydney, Australië. De auteurs gaan uit van de aanname dat de mate waarin het perspectief van ouders en kinderen overeenstemt groter is bij externaliserende dan bij internaliserende problemen.

Aan het onderzoek deden 379 ouder-kind paren mee die de afdeling psychologie van een kinderziekenhuis in Sydney bezochten. De kinderen hadden allen een psychiatrische diagnose op basis van categorieën van de Internationale Classificatie van Ziekten (de ICD-10). Ze waren tussen 11 en 18 jaar oud (47% jongens). Deze kinderen en hun ouders vulden afzonderlijk de SDQ in (zie ook Bijlage 2 voor meer informatie over deze vragenlijst). De totaalscore van de SDQ wordt berekend vanuit vier van de vijf subschalen, namelijk de *emotional problems scale*, *conduct problems scale*, *hyperactivity-inattention scale* en de *peer problems scale*. De *personal strengths (prosocial behaviour) scale* wordt onafhankelijk hiervan berekend. Vanuit de totaalscore wordt een indeling gemaakt in drie categorieën: normaal, grensgeval, abnormaal. In het hier besproken artikel werden de eerste twee categorieën samengenomen en werd de laatste categorie beschouwd als aanduiding van een klinisch probleem. Vanuit de scores van de ouders en de kinderen werden vier combinaties onderscheiden:

- ‘Geen van beide’ waarbij ouder noch kind een klinisch probleem (bij het kind) signaleerde.
- ‘Beide’ waarbij zowel ouder als kind een klinisch probleem signaleerde.
- ‘Alleen de ouder’ waarbij de ouder, maar niet het kind, een klinisch probleem signaleerde.
- ‘Alleen het kind’, waarbij het kind, maar niet de ouder, een klinisch probleem signaleerde.

De mate van overeenstemming blijkt het hoogst te zijn bij kinderen met een depressie, angststoornis of een somatoforme aandoening. Deze overeenstemming bestaat er overigens vooral uit dat zowel ouder als kind *niet* een klinisch probleem signaleerden. Wanneer zowel ouder als kind overeenstemmen dat er een klinisch probleem is, gebeurt dat vaker bij externaliserende problemen (bijvoorbeeld gedragsstoornis) dan bij internaliserende problemen (bijvoorbeeld angststoornis). Ouders signaleerden ook vaker externaliserende problemen dan internaliserende problemen in het geval hun kind dat niet deed. Ouders signaleren internaliserende problemen minder goed dan externaliserende problemen. Dat kinderen hun problemen niet altijd goed signaleren, blijkt vooral uit de scores voor externaliserende problemen: in meer dan de helft van de gevallen waarbij kinderen een gedragsstoornis hebben is er een situatie dat wel de ouder maar niet het kind zelf dit als een klinisch probleem ziet.

Relevant voor de uitwerking van dit themarapport zijn de volgende conclusies en discussiepunten uit het artikel van Van der Meer et al. (2008):

- De mate van overeenstemming tussen ouders en hun kinderen wat betreft het signaleren van klinische problemen is matig. Bij bijna een kwart (23%) van de ouder-kind paren was er overeenstemming over de aanwezigheid van een probleem. Bij bijna de helft (46%) was er overeenstemming over de *afwezigheid* van een probleem (terwijl er wel sprake was van een gediagnosticeerd probleem).
- In situaties van overeenstemming tussen ouder en kind over de *aanwezigheid* van een klinisch probleem gaat het vaker over externaliserende dan over internaliserende problemen.
- In situaties van overeenstemming tussen ouder en kind over de *afwezigheid* van een klinisch probleem gaat het vaker over internaliserende dan over externaliserende problemen.
- Internaliserende problemen worden slecht herkend door ouders én kinderen, maar soms zijn er gevallen waarin het kind deze problemen wel signaleert en de ouder niet.
- Jongens zijn vaker te vinden in de groep ‘Beide’ en de groep ‘Alleen de ouder’; meisjes zijn vaker te vinden in de groep ‘Geen van beide’ en de groep ‘Alleen het kind’. Internaliserende problemen zijn frequenter aanwezig bij meisjes, maar worden relatief weinig door hun ouders als klinisch probleem gesignaleerd.
- De bevinding dat 46% van de ouder-kind paren gediagnosticeerde aandoeningen niet als klinisch probleem signaleert (de ‘fout-negatieven’) roept vragen op over de bruikbaarheid van de SDQ als screening instrument.

## Bijlage 2: data en methoden

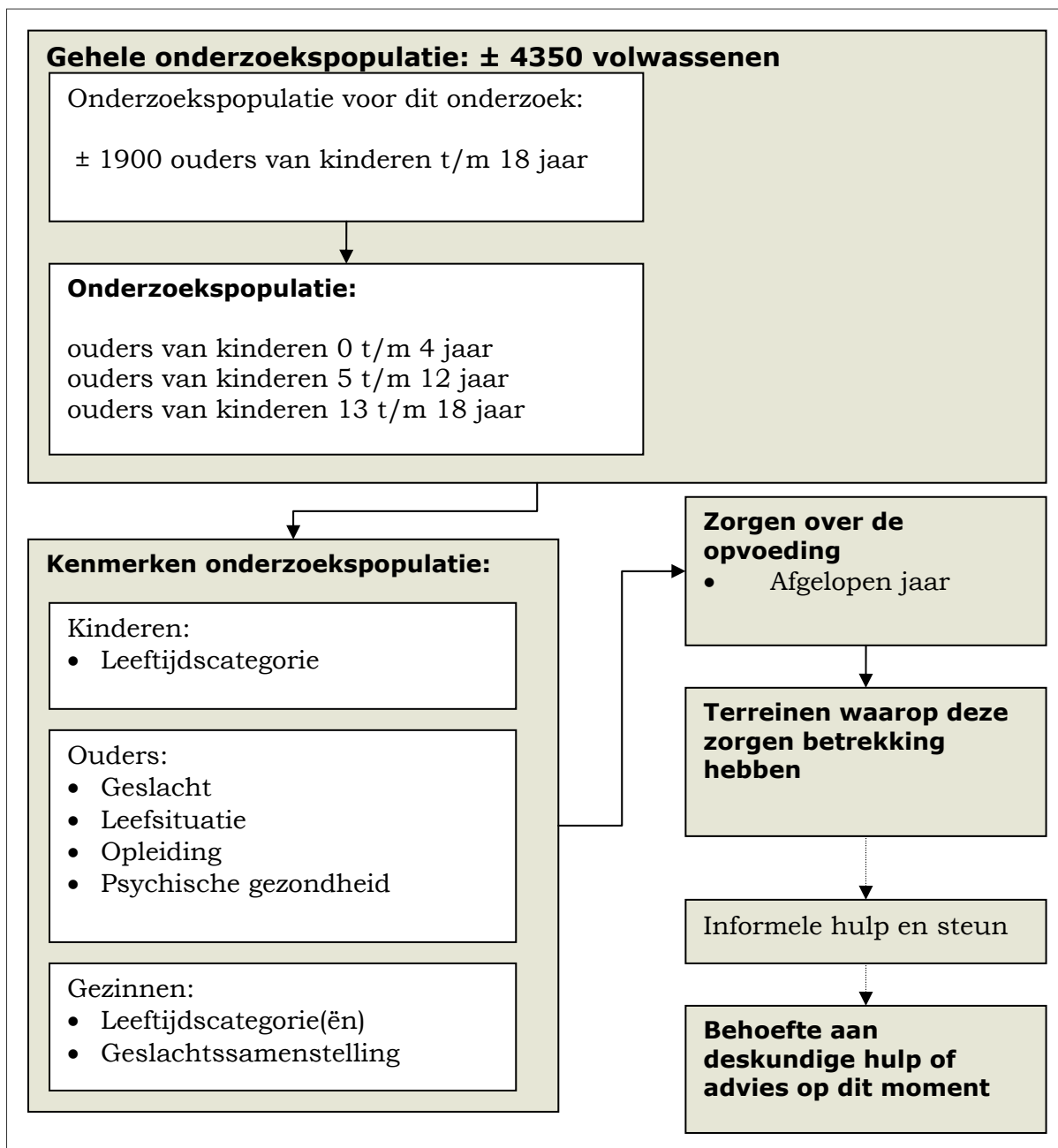
### Inleiding

De behoefte aan deskundige hulp of advies bij de opvoeding komt voort uit factoren die betrekking hebben op problemen van kinderen en hun ouders en de belasting die in een gezin ervaren wordt. Bij de beschrijving en analyse van deze problematiek en van de steunbehoefte die hieruit voortkomt dient rekening gehouden te worden met subjectiviteit van meerdere informanten: het perspectief van ouders kan nogal verschillen van dat van hun kinderen, zeker als het gaat om de inschatting van problemen bij kinderen en de belasting voor het gezin.

De databronnen die voor dit onderzoek zijn geselecteerd verschaffen informatie over de behoefte aan opvoedingsondersteuning vanuit diverse invalshoeken. Twee onderzoeken verschaffen informatie op populatieniveau (het volwassenenonderzoek en het jeugdonderzoek), twee andere bronnen worden in de praktijk gebruikt als screening-instrument om psychosociale problemen bij kinderen op te sporen (de SDQ voor ouders en de KIVPA). In deze bijlage worden de gekozen databronnen en de daarbij passende analyseschema's geïntroduceerd. Een analyseschema geeft het geheel aan variabelen weer dat bestudeerd wordt en de onderlinge samenhang tussen deze variabelen. Deze bijlage wordt afgesloten met een schematisch overzicht van de kenmerken van het gekozen datamateriaal en van de bijdrage die deze gegevens leveren aan dit onderzoek.

### Volwassenenonderzoek 2009

De Wet Publieke Gezondheid (WPG) schrijft gemeenten voor elke vier jaar hun voornemens met het lokaal gezondheidsbeleid vast te leggen in de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid. Om die Nota vorm te geven is inzicht nodig in de gezondheidstoestand van de bevolking en de factoren die daarop van invloed zijn. De GGD doet daarom iedere vier jaar een grootschalig onderzoek onder volwassen inwoners van de provincie Drenthe. Om een actueel beeld te krijgen van de gezondheid en leefgewoonten van volwassenen zijn in het najaar van 2009 ruim 7800 Drentse inwoners van 19 tot en met 64 jaar benaderd met de vraag of ze deel wilden nemen aan een onderzoek (Kuilman, Van der Veen en Van Zanden, 2011). Ruim 4300 volwassenen hebben de vragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst bevatte vragen over onder andere gezondheid, zorggebruik, leefstijl en de woonomgeving. Daarnaast is een aantal vragen aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar voorgelegd over zorgen rond de opvoeding en de behoefte aan deskundige hulp of advies bij de opvoeding. De antwoorden op deze vragen staan in dit themarapport centraal, waarbij de samenhang met enkele kenmerken van de ouder, het gezin en het kind wordt onderzocht (Figuur 4).



**Figuur 4. Analyse schema Volwassenenonderzoek 2009**

### Ouders en kinderen

Voor dit themarapport stelden we uit het totaal aantal respondenten van het Volwassenenonderzoek een onderzoeksgroep samen van ouders van kinderen van 0 tot en met 18 jaar. Vervolgens is voor deze groep een aantal kenmerken vastgesteld op basis van enkele vragen uit de vragenlijst: geslacht, leefsituatie (éénoudergezin of niet), opleiding en psychische gezondheid. De variabele opleiding is ingedeeld naar de categorie lager opgeleid (lager onderwijs, LBO, MAVO, HAVO, VWO, MBO) en hoger opgeleid (HBO, WO). De variabele psychische gezondheid is berekend op grond van 5 vragen die betrekking hebben op het gemoed en op andere psychologische variabelen. Een indeling is daarbij gemaakt naar 'psychisch gezond' en 'psychisch minder gezond' (vanuit

een samenvoeging van de categorieën psychisch ‘licht’, ‘matig’ en ‘ernstig’ ongezond).

Tabel 33 geeft een overzicht van de kenmerken van de onderzoeksgroep van 1902 ouders. De optelsom van de aantallen ouders per leeftijdscategorie ligt hoger dan het totale aantal ouders, want er zijn relatief veel ouders die kinderen in verschillende leeftijdscategorieën hebben.

**Tabel 33. Kenmerken van de onderzoeksgroep uit het volwassenenonderzoek, in percentages**

		ouders van kinderen 0-4 jaar (n=722)	ouders van kinderen 5-12 jaar (n=1022)	ouders van kinderen 13-18 jaar (n=758)
Geslacht	man	51,9	50,8	48,4
	vrouw	48,1	49,2	51,6
Leefsituatie	éénoudergezin	2,4	5,1	9,1
	anders	97,6	94,9	90,9
Opleiding	lager opgeleid	68,7	71,3	74,2
	hoger opgeleid	31,3	28,7	25,8
Psychische gezondheid	psychisch gezond	87,0	86,5	84,8
	psychisch minder gezond	13,0	13,5	15,2
Leeftijdsklasse	19 - 34 jaar	46,4	9,7	0,1
	35 - 49 jaar	51,6	83,1	67,0
	50 - 64 jaar	2,0	7,3	32,9

Een aantal vragen over opvoedproblemen (over de zorgen die ouders hebben over de opvoeding) diende specifiek per leeftijdscategorie van het kind ingevuld te worden. Voor deze vragen kan dan ook eenduidig een verband vastgesteld worden met de leeftijd van het kind (of van meerdere kinderen binnen dezelfde leeftijdscategorie).

Voor enkele andere vragen (over behoefte aan deskundige hulp, over informele hulp) kan dit verband niet eenduidig vastgesteld worden. Deze vragen zijn in de vragenlijst niet uitgesplitst naar leeftijdscategorie en leveren interpretatieproblemen op bij ouders met kinderen in meer dan één leeftijdscategorie. Om toch inzicht te krijgen in de relaties tussen steunbehoefte en de leeftijd van het kind/de kinderen is de onderzoeksgroep verder ingedeeld naar de leeftijdssamenstelling van het gezin. Vanuit deze leeftijdssamenstelling, zoals weergegeven in Tabel 34, kan vastgesteld worden welke relaties tussen de leeftijdssamenstelling in het gezin en de behoefte aan hulp bij de opvoeding van belang zijn.

De beperkingen die ons door de vragenlijst opgelegd worden wat betreft de interpretatie van de rol van de leeftijd(en) van het kind/de kinderen zijn er ook bij de interpretatie van de rol die het geslacht van het kind speelt bij opvoedproblemen en steunbehoefte. Weliswaar is ouders gevraagd naar het geslacht van hun kind(eren) per leeftijdscategorie, maar de specifieke vragen over opvoedproblemen en steunbehoefte zijn niet uitgesplitst naar geslacht. Omdat een gezin ook uit zonen én dochters kan bestaan, bepaalden we de samenstelling van het gezin naar geslacht op dezelfde manier als bij de bepaling van de leeftijdssamenstelling van het gezin (Tabel 35).

**Tabel 34. Samenstelling naar leeftijd van het kind/de kinderen in het gezin, volwassenenonderzoek 2009**

		aantal	%
Leeftijdscategorie(ën) in het gezin	Alleen 0-4	405	21,3
	0-4 en 5-12	294	15,5
	0-4 en 13-18	6	0,3
	Alle leeftijdsgroepen	17	0,9
	Alleen 5-12	445	23,4
	Alleen 13-18	469	24,7
	5-12 en 13-18	266	14,0
	Totaal	1902	100

**Tabel 35. Geslachtssamenstelling van de gezinnen van de onderzoekspopulatie uit het volwassenenonderzoek, naar leeftijdscategorie van het kind/de kinderen, in percentages**

		geslachtssamenstelling gezin		
		alleen jongen(s)	alleen meisje(s)	beide: zowel jongen(s) als meisje(s)
Leeftijd kind(eren)	0-4 jaar	43,7	40,2	16,0
	5-12 jaar	39,5	38,2	22,3
	13-18 jaar	43,9	36,0	20,1
	Gehele gezin	32,6	28,4	39,0

## SDQ

In 2005 is de ouderversie van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) landelijk ingevoerd als standaardinstrument voor de JGZ om psychosociale problemen bij 7-12 jarigen op te sporen. Psychosociale problemen op kinderleeftijd zijn onder te verdelen in internaliserende problemen (zoals angst, depressieve gevoelens, stemmingsstoornissen) en externaliserende problemen (zoals gedragsproblemen en sociale problemen). De SDQ wordt gezien als een gevalideerd screeningsinstrument waarmee een waardevolle bijdrage geleverd kan worden aan de signalering van psychische problemen bij kinderen.

De vragenlijst is bedoeld om kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren. De SDQ meet:

- De aanwezigheid van psychosociale problemen
- Sterke kanten van het kind
- De invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren

De SDQ bevat 25 vragen die zijn onderverdeeld in vijf subschalen:

- Hyperactiviteit/aandachtstekort
- Emotionele problemen
- Problemen met leeftijdsgenoten
- Gedragsproblemen
- Pro-sociaal gedrag



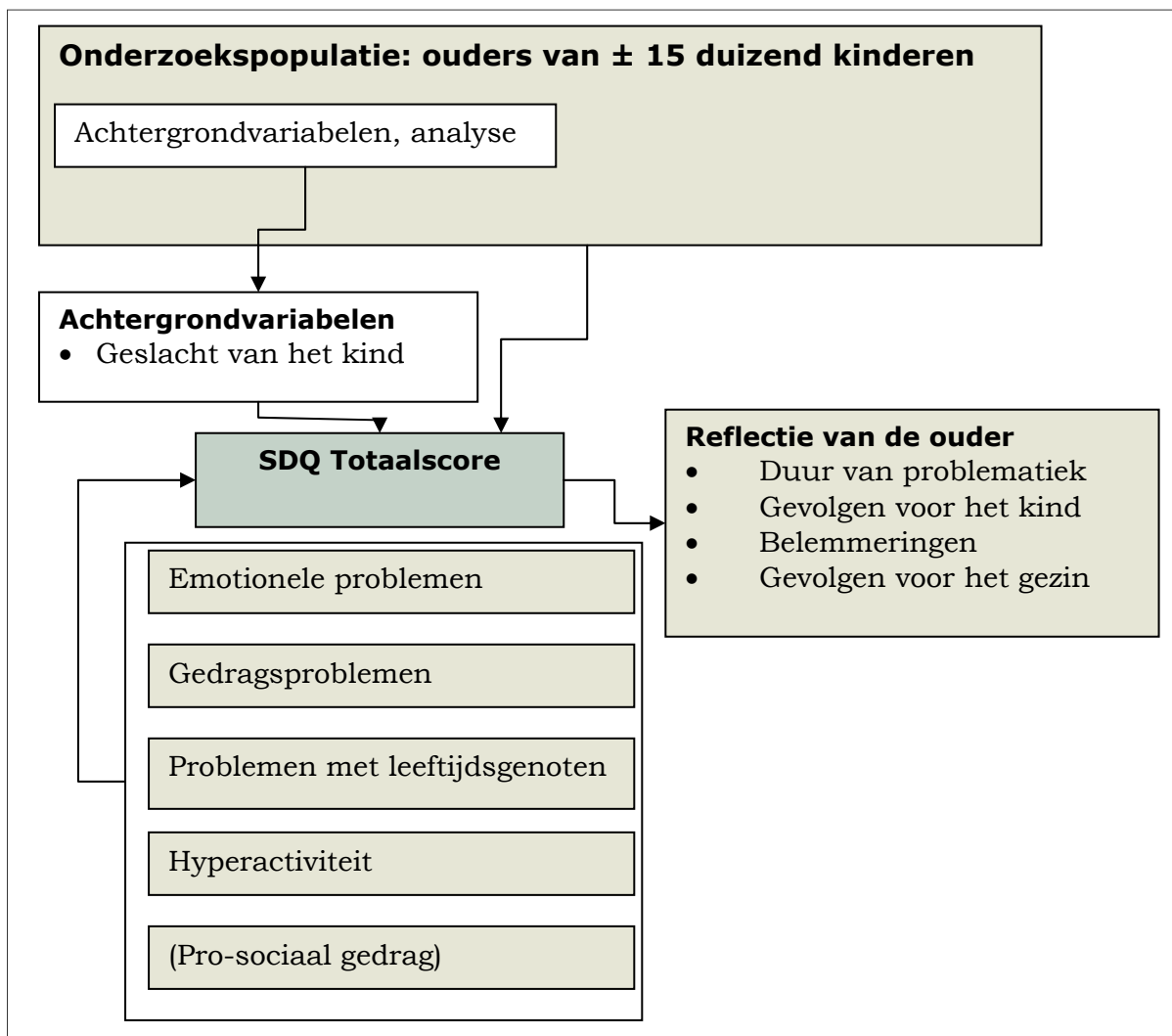
De totale SDQ-score wordt berekend uit de vier eerstgenoemde subschalen. Om vast te kunnen stellen welke leerlingen mogelijk psychosociale problemen hebben, wordt een indicatiegrens gehanteerd. De indicatiegrens voor mogelijke psychosociale problematiek is landelijk gevalideerd en vastgesteld op een score van 14. Deze indicatiegrens wordt zowel voor jongens als voor meisjes toegepast.

Naast de hierboven geïntroduceerde items en subschalen is er een impactschaal. Met de vragen uit deze impactschaal wordt geprobeerd inzicht te krijgen in:

- De reflectie van de ouder.
- De mate waarin aanwezige problematiek (door de ouder als zodanig erkend) het dagelijks functioneren belemmert.
- De ernst en de duur van de problematiek.

Figuur 5 laat zien welke relaties tussen welke vragen en dimensies uit de vragenlijst onderzocht worden. Naast de relaties tussen geslacht, de SDQ-score en de reflectie van de ouders worden ook relaties tussen geslacht en de samenstellende onderdelen van de SDQ-score geanalyseerd.

Bij het gebruik van de SDQ voor ouders speelt non-respons een geringere rol dan bij het volwassenenonderzoek en het jeugdonderzoek. Bij de laatstgenoemde onderzoeken is de deelname vrijwillig en is er geen directe relatie met het werkterrein van de Jeugdgezondheidszorg. De SDQ wordt echter aan alle ouders van kinderen van groep 7 van de basisschool voorgelegd en ouders zijn erbij gebaat om deze vragenlijst in te vullen.

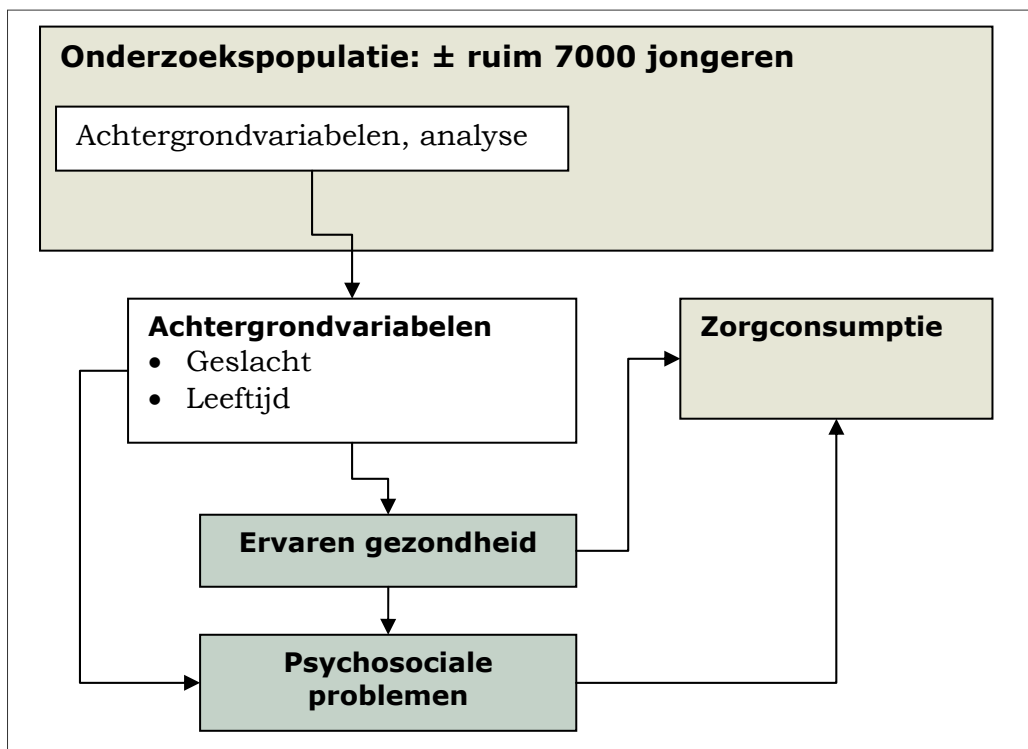


**Figuur 5. Analyseschema SDQ bij ouders van kinderen van de basisschool**

## Jeugdonderzoek 2008

Om een actueel beeld te krijgen van de gezondheid en leefgewoonten van jongeren van 12 tot en met 18 jaar, heeft de GGD Drenthe in het najaar van 2008 een grootschalig onderzoek gehouden onder ruim 7000 jongeren uit klas één tot en met zes op het voortgezet onderwijs en in het MBO (Kuilman, Van der Veen en Van Zanden, 2009).

Voor dit themarapport is uit de resultaten van het jeugdonderzoek een selectie gemaakt van onderwerpen die van belang zijn bij het beschrijven van de achtergronden van opvoedproblemen en de behoefte aan opvoedingsondersteuning. Van belang zijn de aard, omvang en onderlinge relaties van psychosociale problemen (gemeten met de SDQ voor de leeftijdscategorie 12-18 jaar), ervaren gezondheid en de mate waarin er recent contact is geweest met zorg- en hulpverleners.



**Figuur 6. Analyseschema jongeren in het voortgezet onderwijs vanuit het Jeugdonderzoek 2008**

## KIVPA

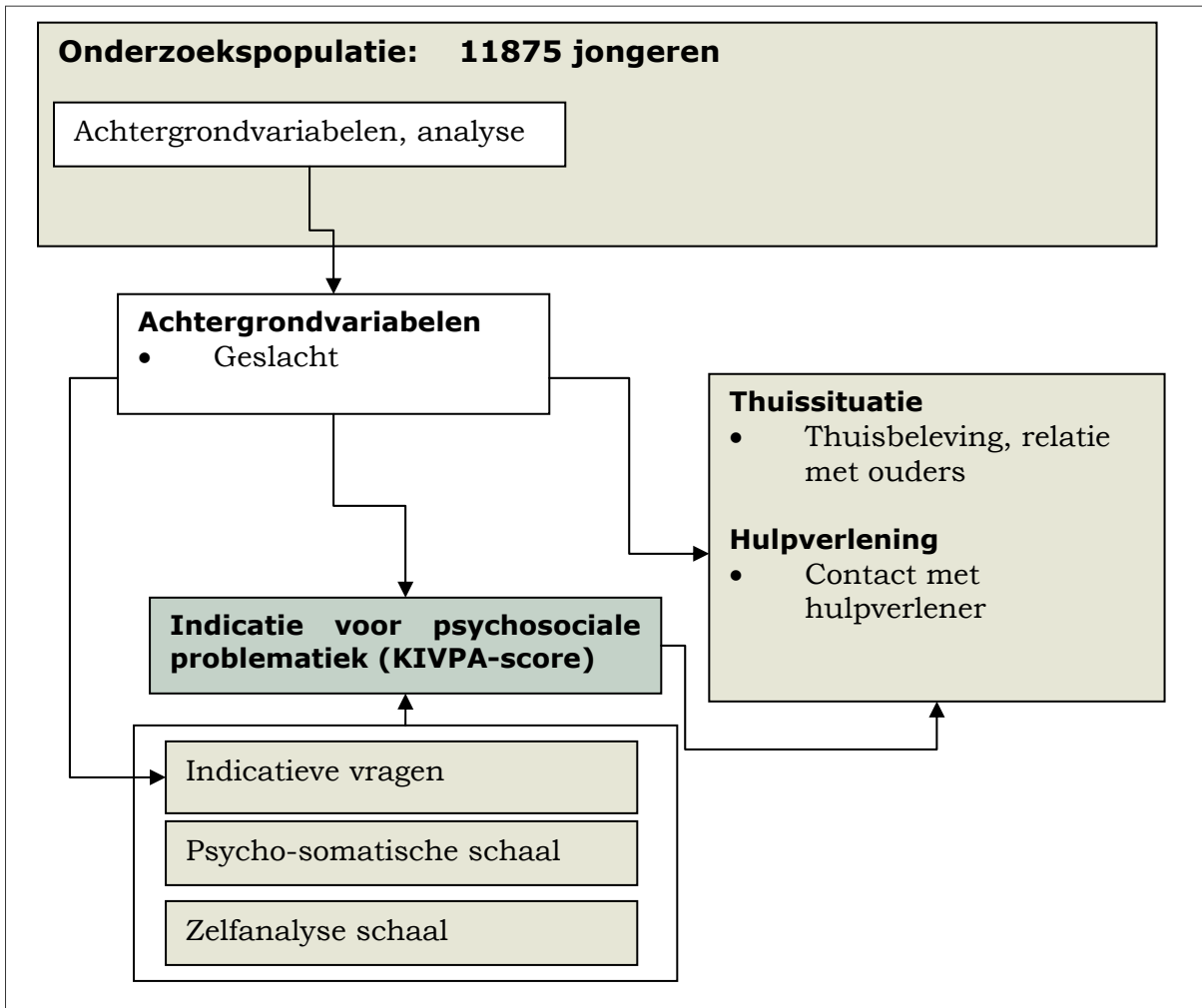
Voor het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) in klas 2 van het voortgezet onderwijs vullen leerlingen de *Vragenlijst gezondheidsonderzoek* in. De *Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten* (KIVPA) maakt hier deel van uit. De KIVPA is gericht op het signaleren van psychosociale problemen in de leeftijdsgroep 12 tot en met 16 jaar. Een probleemscore op de KIVPA geeft aan dat de betreffende leerling een indicatie heeft voor psychosociale problematiek. De probleemscore zegt echter niets over de aard en de ernst van de problematiek.

De vragenlijst van de KIVPA is als volgt opgebouwd:

- Indicatieve vragen die betrekking hebben op de 'sociale inbedding' van de jongere.
- Indicatieve vragen naar het voorkomen van psycho-somatische klachten.
- Vragen naar (bovenmatig) gebruik van genotmiddelen.
- Vragen naar antisociaal gedrag.
- Vragen die betrekking hebben op het zelfbeeld van de jongere.
- Vragen met betrekking tot achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht en onderwijstype.

Een KIVPA-totaalscore wordt berekend uit een drietal subschalen:

- Indicatieve schaal, bestaande uit acht vragen, waarvan de antwoorden een sterke samenhang vertonen met psychosociale problematiek.
- Psycho-somatische schaal, met negen psycho-somatische klachten.
- Een zelfanalyseschaal van 14 vragen. Met behulp van deze vragen wordt nagegaan in hoeverre de leerling zelf vindt dat hij/zij voldoet aan een aantal eigenschappen.



**Figuur 7. Analyseschema KIVPA bij jongeren van klas 2 van het voortgezet onderwijs**

In dit themarapport gaat de aandacht uit naar de KIVPA-score en de subschalen. Om in de praktijk vast te kunnen stellen welke leerlingen mogelijk psychosociale problemen hebben wordt een indicatiegrens gehanteerd. Deze indicatiegrens is een afkappunt van de scores op de KIVPA-vragenlijst. De indicatiegrens voor mogelijke psychosociale problematiek is landelijk gevalideerd en vastgesteld op een score van 6. Dit betekent dat een leerling met een score van 6 of hoger een indicatie heeft voor psychosociale problematiek. Deze indicatiegrens wordt zowel voor jongens als voor meisjes toegepast.

Afgezien van deze vragen ter identificatie van psychosociale problematiek is in dit themarapport gebruik gemaakt van de vraag of de leerling de afgelopen

twaaif maanden contact heeft gehad met iemand van maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg of een psycholoog.

Figuur 7 laat zien welke relaties tussen welke vragen en dimensies uit de vragenlijst gelegd worden.



## Bijlage 3: beperkingen van dit onderzoek

### Problemen die onzichtbaar blijven

De belangrijkste beperking is dat in dit onderzoek bijna uitsluitend gekeken is naar de behoefte aan hulp bij de opvoeding die voortkomt uit problemen van kinderen en de zorgen van hun ouders. Er is niet zozeer gekeken naar de behoefte aan hulp bij de opvoeding die voortkomt uit problemen bij de ouder(s). Het is waarschijnlijk dat ouders die problemen hebben of probleemgedrag vertonen ondervertegenwoordigd zijn in de onderzoeken waarover hier gerapporteerd is. Bovendien zullen de ouders die wel hebben meegedaan aan één van de onderzoeken wellicht op zo'n manier de vragenlijst ingevuld hebben dat uit de antwoorden niet direct een probleemsituatie naar voren komt.

Een andere hier aan gerelateerde beperking is dat geen inzicht kan worden verschaft in die situaties waarin jongeren psychosociale problemen of problemen in de thuissituatie hebben, waarvan ze niet willen dat hun ouders daarvan in kennis worden gesteld. In situaties waarin sprake is van een verstoorde relatie tussen ouder(s) en kind kan een hulpvraag uitblijven, omdat het kind bijvoorbeeld niet met de ouders een traject wil ingaan of omdat de ouders zich niet voldoende van een probleem bewust zijn. Kortom: vragenlijsten zoals de KIVPA, die ervoor zijn bedoeld om problemen te signaleren, worden wellicht minder waarheidsgetrouw ingevuld door kinderen of jongeren die liever niet over hun problemen willen spreken.

### Weinig aandacht voor probleemgedrag

De analyse van problemen bij jongeren vanuit de KIVPA en het Jeugdonderzoek is beperkt gebleven tot een aantal probleemindicatoren: de SDQ-totaalscore, de KIVPA-indicatie voor psychosociale problemen en enkele andere variabelen. Geen aandacht is echter besteed aan probleemgedrag (bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik, roken) dat zich deels buiten het gezichtsveld van het gezin en de ouders afspeelt en dat ook in mindere mate geassocieerd zal worden met opvoedproblemen. Onze keuze om hier minder aandacht aan te besteden is ingegeven door de analyse van gegevens uit het Volwassenenonderzoek. Daaruit bleek dat stelen en vandalisme, roken, alcohol en drugs en seksualiteit niet de onderwerpen zijn waar ouders de meeste zorgen om hebben. Bovendien gingen we ook uit van eerdere bevindingen uit het Jeugdonderzoek 2008 (Kuilman, van der Veen en van Zanden, 2009, Hoofdstuk 13) dat afwijkend (probleem)gedrag zich vaak vertaalt in een afwijkende probleemscore die duidt op psychosociale problematiek.

### Organisatie van de hulpverlening geen constante

Hulpverlening aan kinderen, jongeren en gezinnen kent vele vormen en is dynamisch van karakter. Het institutionele kader van de hulpverlening aan kinderen, jongeren en ouders is geen constante en de vormen waarin deskundige hulp geboden wordt veranderen ook. In dit themarapport is de

aandacht niet zozeer uitgegaan naar het perspectief van de zorgverlener en de organisatie van de zorg, maar zijn de behoefte aan hulp en de onderliggende problemen waaruit deze behoefte voortkomt tot uitgangspunt gekozen. Aan de variatie in de zorgtrajecten die kinderen en hun ouders doorlopen om gezinsproblemen het hoofd te kunnen bieden, is hier nauwelijks aandacht besteed en het topje van de ijsberg ('verleende deskundige hulp') is niet verder uitgewerkt. Wel zijn relaties onderzocht tussen de aanwezigheid van psychosociale problematiek en het contact met hulpverlenende instanties en tussen de zorgen die ouders over de opvoeding hebben en de behoefte aan deskundige hulp of advies.

## Verlies van informatie

In de hulpverlening aan kinderen, jongeren, ouders en gezinnen is het belangrijk om problemen vroegtijdig te signaleren, hierop adequaat te reageren en ze zo mogelijk proberen te verhelpen. Deze vroegsignalering wordt onder andere mogelijk gemaakt door het gebruik van screeningsinstrumenten, waarmee problemen in verschillende stadia van het leven van opgroeiende kinderen en jongeren geïdentificeerd kunnen worden.

In dit onderzoek maakten we gebruik van de gegevens van enkele van deze screeningsinstrumenten die binnen de Jeugdgezondheidszorg 4-19 worden ingezet. De vertaalslag vanuit de praktijk van de hulpverlening naar dit populatie-onderzoek bestond er onder andere uit dat we nauwkeurig de aard van de informatie die in de praktijk verzameld wordt, probeerden te beschrijven en onderling te vergelijken. Deze vertaalslag heeft geleid tot het inzicht dat de probleemherkenning van ouders sterk verschilt van die van kinderen en dat de afzonderlijke bronnen daarom slechts gedeeltelijke informatie leveren. Het maakt een groot verschil welke vragenlijst wordt voorgelegd, wie deze vragenlijst invult, en op welke leeftijd van het kind deze vragenlijst wordt gebruikt. In de praktijk kan het voorkomen dat bepaalde problematiek bij een kind of in het gezin niet met een bepaalde methode van screening aan het licht komt maar wel door andere berichtgevers wordt gesignaleerd.

De vertaalslag van de praktijk naar dit onderzoek ging echter ook gepaard met verlies aan informatie. Waar hulpverleners in de praktijk toegang hebben tot verschillende gegevens over hetzelfde kind (geleverd door verschillende informanten, op verschillende leeftijden, op basis van verschillende vragenlijsten) konden wij de bronnen van informatie slechts naast elkaar op geaggregeerd niveau met elkaar vergelijken. In de praktijk vullen de gegevens die in de loop van het jonge leven van opgroeiende kinderen verzameld worden elkaar aan en bieden ze in samenhang aangrijpingspunten om adequate hulp en ondersteuning te leveren. In dit onderzoek was het echter niet mogelijk om de informatie van verschillende berichtgevers over hetzelfde kind te analyseren en de ontwikkeling van psychosociale problemen in de tijd te beschrijven.

## Aanbeveling voor het onderzoek

Vanwege dit verlies aan informatie verdient het aanbeveling om nieuwe vormen van dataverzameling en gegevensbeheer te ontwikkelen of toe te passen. Deels worden nieuwe vormen al in de praktijk toegepast met behulp van elektronische kinddossiers (in Drenthe met het KD+), deels kan dataverzameling uitgebreid



worden via registraties bij ondersteuningsprogramma's. Het gehele spectrum van daadwerkelijk geboden opvoedingsondersteuning, de onderliggende behoefte hieraan en de gezinsproblemen die hebben geleid tot een hulpvraag zou met de integratie van elektronische kinddossiers en aanvullende registratiegegevens adequaat bestudeerd kunnen worden. Om een zinvolle vertaalslag vanuit het onderzoek terug naar de praktijk te kunnen maken is het wenselijk om gegevens uit de elektronische kinddossiers en aanvullende bronnen voor onderzoekers geanonimiseerd beschikbaar te maken op het niveau van het individuele kind.

## Bijlage 4: relevante links

	Website (URL)	
Instelling	Nederlands Jeugd Instituut	<a href="http://www.nji.nl">www.nji.nl</a>
	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid	<a href="http://www.ncj.nl">www.ncj.nl</a>
	Sociaal en Cultureel Planbureau	<a href="http://www.scp.nl">www.scp.nl</a>
	Jeugdmonitor CBS	<a href="http://jeugdmonitor.cbs.nl">jeugdmonitor.cbs.nl</a>
	GGD Drenthe	<a href="http://www.GGDDrenthe.nl">www.GGDDrenthe.nl</a>
	GGD Drenthe Gezondheidsgegevens	<a href="http://www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl">www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl</a>
	Provincie Drenthe	<a href="http://www.provincie.drenthe.nl">www.provincie.drenthe.nl</a>
	Jeugdmonitor provincie Drenthe	<a href="http://www.jeugdmonitordrenthe.nl">www.jeugdmonitordrenthe.nl</a>
	Ministeries van VWS en OCW	<a href="http://www.samenwerkenvoordejeugd.nl">www.samenwerkenvoordejeugd.nl</a>
	Stichting Opvoeden.nl	<a href="http://www.stichtingopvoeden.nl">www.stichtingopvoeden.nl</a>
	Centra voor Jeugd en Gezin	<a href="http://www.rijksoverheid.nl">www.rijksoverheid.nl</a>
	Positief Opvoeden Drenthe	<a href="http://www.positiefopvoedendrenthe.nl">www.positiefopvoedendrenthe.nl</a>
	Trimbos Instituut	<a href="http://www.trimbos.nl">www.trimbos.nl</a>