

Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter

**Een advies over vroegtijdige signalering en interventies
bij opvoed- en opgroei problemen**

**Opgesteld door de Inventgroep, te weten:
Prof. Dr. Jo Hermanns, Dr. Ferko Öry, Prof. Dr. Guus Schrijvers
Met medewerking van: Prof. Dr. Marianne Junger, Drs. Marjolijn Blom**

September 2005

**Correspondentieadres:
Dhr. A.J.P. Schrijvers
Julius Centrum
Postbus 85500
3508 GA Utrecht
Tel. 030-250 9359
E. a.j.p.schrijvers@umcutrecht.nl**

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
-----------	---

<u>Samenvatting</u>	<u>7</u>
---------------------	----------

Hoofdstuk 1

<u>Opgroeien en opvoeden in Nederland aan het begin van de 21^e eeuw</u>	13
<u>1.1 De problemen van de jeugd</u>	13
<u>1.2 Een globale taxonomie van de problemen van de jeugd</u>	14
<u>1.3 De noodzaak van een vroegtijdige aanpak</u>	15
<u>1.3.1 Vroegtijdige signalering is vaak mogelijk</u>	15
<u>1.3.2 Vroegtijdig ingrijpen is beter</u>	16
<u>1.3.3 Vroegtijdig signaleren en interveniëren is een kerntaak voor allen die met kinderen of ouders werken</u>	17
<u>1.3.4 Internationale ontwikkelingen</u>	18

Hoofdstuk 2

<u>Risicofactoren, protectieve factoren, risicoprocessen en vier strategieën van vroegtijdige signalering</u>	21
<u>2.1 Risicofactoren</u>	21
<u>2.2 Protectieve factoren en veerkracht</u>	22
<u>2.2.1 Protectieve factoren op het niveau van het kind</u>	23
<u>2.2.2 Protectieve factoren op het niveau van het gezin</u>	24
<u>2.2.3 Protectieve factoren op het niveau van de bredere sociale context</u>	24
<u>2.3 Risicoprocessen</u>	24
<u>2.4 Problemen</u>	27
<u>2.5 Veiligheidsrisico's</u>	27
<u>2.6 Vroegtijdige signalering: verschillende strategieën</u>	27
<u>2.6.1 Vroegtijdige signalering van toekomstige zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties.</u>	28
<u>2.6.2 Vroegtijdige signalering van risicoprocessen die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is.</u>	28
<u>2.6.3 Vroegtijdige signalering van problemen in opvoeding en ontwikkeling die, ondanks de eerste twee strategieën toch kunnen ontstaan</u>	28
<u>2.6.4 Taxatie van veiligheidsrisico's vóór, tijdens en na interventies die na signalering van een probleem aanwezig kunnen zijn</u>	29
<u>2.7 Signaleren in verschillende contexten</u>	29
<u>2.7.1 De rol van de verschillende beroepskrachten bij het signaleren</u>	29
<u>2.7.2 Ervaringen van ouders zijn belangrijk</u>	29
<u>2.7.3 Taken voor verschillende voorzieningen</u>	30

Hoofdstuk 3

<u>Instrumenten voor risicosignalering</u>	33
<u>3.1 Inleiding: criteria voor kwaliteit</u>	33
<u>3.1.1 Geen enkel instrument is als 'stand alone' toereikend om een probleem te onderkennen</u>	33
<u>3.1.2 Werken met meervoudige informatiebronnen verdient de voorkeur</u>	34
<u>3.1.3 Keuze instrumenten</u>	34
<u>3.2 Vroegtijdige signalering van toekomstige ernstig zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (voor de meest extreme risicosituaties) (strategie 1)</u>	35

<u>3.3</u>	<u>Vroegtijdige signalering van risicoprocessen die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is (strategie 2)</u>	36
	<u>3.3.1 Prospectieve procedures</u>	36
	<u>3.3.2 Retrospectieve procedures</u>	38
<u>3.4</u>	<u>Vroegtijdige signalering van problemen in opvoeding en ontwikkeling die, ondanks de eerste twee strategieën toch kunnen ontstaan</u>	38
	<u>3.4.1 Problemen in de opvoeding</u>	38
	<u>3.4.2 Internaliserende en externaliserende problemen van kinderen en jongeren</u>	39
<u>3.5</u>	<u>Taxatie van veiligheidsrisico's vóór, tijdens en na interventies (bij vastgestelde problemen)</u>	40
<u>3.6</u>	<u>Een eerste ordening</u>	40
<u>3.7</u>	<u>Het combineren van instrumenten en procedures</u>	41
<u>3.8</u>	<u>De noodzaak van een onderzoeksprogramma voor de verdere ontwikkeling van en onderzoek naar instrumenten</u>	42
<u>3.9</u>	<u>Van signaal naar interventie</u>	42

Hoofdstuk 4

	<u>Van signaal naar interventie</u>	49
<u>4.1</u>	<u>Een signaal is niet meer dan een signaal</u>	49
<u>4.2</u>	<u>Wat is nodig om van een signaal tot een interventie te komen</u>	50
	<u>4.2.1 Erkenning van het signaal door ouder en/of jongere</u>	50
	<u>4.2.2 Verificatie van het signaal</u>	50
	<u>4.2.3 Probleemverheldering</u>	50
	<u>4.2.4 Een plan van aanpak</u>	51
	<u>4.2.5 Evaluatie van het effect</u>	51
<u>4.3</u>	<u>Functionele eisen voor het zorgsysteem</u>	51
	<u>4.3.1 Deskundigheid in het bespreekbaar maken van problemen in het opvoeden en opgroeien</u>	51
	<u>4.3.2 Deskundigheid in probleemanalyse en diagnostiek</u>	51
	<u>4.3.3 Bemoeizorg</u>	52
	<u>4.3.4 Beschikbaarheid van evidenc- based interventiemethodieken</u>	52
	<u>4.3.5 Coördinatie van de hulp</u>	52
	<u>4.3.6 Aansluiting bij verdere zorg en hulp</u>	52
	<u>4.3.7 Shortcuts bij spoedeisend ingrijpen</u>	52

Hoofdstuk 5

	<u>Effectieve interventies bij internaliserende en externaliserende problemen van kinderen en jongeren en zorgwekkende opvoedingssituaties</u>	55
<u>5.1</u>	<u>Een preventiecontinuüm</u>	55
	<u>5.1.1 Vijf punten op een continuüm</u>	55
	<u>5.1.2 Universele preventie, gericht op de gehele populatie van ouders, andere opvoeders en kinderen</u>	55
	<u>5.1.3 Selectieve vroegtijdige interventies</u>	55
	<u>5.1.4 Vroegtijdige preventie, gericht op risico-individuen die op grond van individuele kenmerken geselecteerd worden door een screening.</u>	56
	<u>5.1.5 Vroegtijdige interventie bij signalen van risicoprocessen</u>	56
	<u>5.1.6 Interventies in termen van zorg en behandeling bij vastgestelde problemen</u>	56
	<u>5.1.7 Interventies waar de Inventgroep zich over uitspreekt</u>	56
<u>5.2</u>	<u>Een verdere ordening</u>	56
<u>5.3</u>	<u>Wat kenmerkt effectieve programma's?</u>	57
<u>5.4</u>	<u>Methode van onderzoek</u>	58
<u>5.5</u>	<u>Kwaliteitsbewaking: certificeren en fidelity checks</u>	60
<u>5.6</u>	<u>Implementatievraagstukken</u>	61
<u>5.7</u>	<u>Andere aspecten die effectiviteit kunnen beïnvloeden</u>	61

5.8	Praktische aspecten	61
5.9	Belang van doorlopend evaluatieonderzoek en monitoring	62

Hoofdstuk 6

De voorgestelde interventies		67
6.1	Overzicht	67
6.2	Selectieve vroegtijdige interventies in het gezin bij internaliserende problemen	67
6.3	Geïndiceerde vroegtijdige interventies in het gezin bij internaliserende problemen	68
6.4	Vroegtijdige interventies bij signalen van risicoprocessen in het gezin	69
6.5	Selectieve vroegtijdige interventies voor internaliserende problemen in school	69
6.6	Geïndiceerde vroegtijdige interventies bij internaliserende problemen in school	70
6.7	Vroegtijdige interventies bij signalen van risicoprocessen naar internaliserende problemen in school	71
6.8	Vroegtijdige selectieve interventies voor externaliserende problemen in het gezin	72
6.9	Vroegtijdige geïndiceerde interventies voor externaliserende problemen in het gezin	74
6.10	Vroegtijdige interventies bij risicoprocessen voor externaliserende problemen in het gezin	75
6.11	Vroegtijdige selectieve interventies voor externaliserende problemen in school	76
6.12	Geïndiceerde interventies bij externaliserende problemen in school	77
6.13	Interventies bij signalen van risicoprocessen in school	77
6.14	Selectieve interventies bij zorgwekkende opvoedingssituaties in gezinnen	77
6.15	Geïndiceerde interventies bij zorgwekkende opvoedingssituaties in gezinnen	78
6.16	Een overzicht	79
6.17	Ten slotte	80

Hoofdstuk 7

De minimale infrastructuur om vroegtijdige signalering en vroege en vroegtijdige interventies uit te voeren		85
7.1	Tien voorwaarden voor optimale uitvoering van vroegtijdige signalering en interventies bij gedrags- en opvoedingsproblemen	85
7.2	De infrastructuur voor Centra voor Signalering, Interventies en Coördinatie Jeugd en Opvoeders	91
7.3	Infrastructuur	93

Hoofdstuk 8

De invoering van vroegtijdige signalering en interventies en daarvoor benodigde implementatie structuur		95
--	--	-----------

<u>BIJLAGES BIJ HET RAPPORT</u>	101
<u>Bijlage 1</u> <u>Over zicht van risicofactoren voor toekomstig externaliserend gedrag, internaliserend gedrag en zorgwekkende opvoedingssituaties</u>	103
<u>Bijlage 2</u> <u>Voorgestelde signaleringsinstrumenten</u>	105
<u>Bijlage 3</u> <u>Risicosignalering, risicotaxatie en risicohantering: naar een effectieve aanpak in het jeugdbeleid</u>	115
<u>Bijlage 4</u> <u>Criteria onderzoek naar effectiviteit</u>	125
<u>Bijlage 5</u> <u>Overzicht Interventies</u>	129
<u>Bijlage 6</u> <u>Bureau Jong Rotterdam, CSICJO Amsterdam, CSICJO Almere</u>	135
<u>Bijlage 7</u> <u>SISA systeem Rotterdam</u>	141

Voorwoord

In december 2004 heeft staatssecretaris drs. C. Ross-Van Dorp in het kader van de Operatie Jong aan enkele wetenschappers verzocht haar te adviseren over vroegtijdige signalering van gedrags- en opvoedingsproblemen bij kinderen, vroegtijdige interventies daartegen en over de minimale infrastructuur om deze signalering en interventies mogelijk te maken.

De Inventgroep bestaat uit de leden:

Jo Hermanns, beleidsadviseur, hoogleraar opvoedkunde en voorzitter van de commissie, Ferko Öry, kinderarts en Guus Schrijvers, hoogleraar structuur en functioneren van de gezondheidszorg.

Zij werden bij het opstellen van hun advies bijgestaan door Marianne Junger, hoogleraar criminologie en Marjolijn Blom, psychologe. Een speciale bijdrage werd geleverd door prof. dr. Corine de Ruiter.

Het voorliggende rapport vormt het antwoord op de vraag van staatssecretaris Ross-Van Dorp. De Inventgroep is tijdens de adviesperiode om de twee tot drie weken bijeengekomen. In eerste instantie heeft zij wetenschappelijke publicaties verzameld over betrouwbare en valide signaleringsinstrumenten en over effectieve, vroegtijdige interventies. Het eerste resultaat heeft zij voorgelegd aan in totaal meer dan 150 professionals afkomstig uit de kringen van onderwijs, welzijn, sport, politie en zorg. Ontmoetingen vonden plaats in drie sessies, te weten op 31 maart en 1 april en op 27 mei 2005. De Inventgroep ontving tientallen reacties van professionals. De reacties op het eerste conceptrapport leverde daarnaast weer tientallen reacties op.

De Inventgroep wil met dit rapport wetenschappelijke kennis over risicofactoren en risicoprocessen voor het ontstaan van psychische problemen, antisociaal gedrag en zorgwekkende opvoedingssituaties beschikbaar maken voor het veld. Ten eerste beveelt de Inventgroep in dit rapport instrumenten aan die deze risicofactoren en processen in kaart brengen. Ten tweede benoemt de Inventgroep effectieve interventies om psychische stoornissen, antisociaal gedrag en zorgwekkende opvoedingssituaties te voorkómen of kinderen die al gedragsstoornissen hebben en hun ouders te helpen. Ten derde geeft de Inventgroep mogelijkheden hoe professionals in het veld contact kunnen leggen met ouders, óók met ouders die in eerste instantie niet openstaan voor hulp en advies. Ten slotte wil de Inventgroep het evalueren van het effect van zowel signalering en interventies stimuleren door een aantal randvoorwaarden in kwalitatieve en organisatorische zin te benoemen en worden er enkele suggesties gedaan voor een implementatietraject.

U vindt in dit rapport een korte schets van risicofactoren en een methode van signalering met instrumenten die hiervoor gebruikt kunnen worden. Ook wordt een aantal effectieve interventies aanbevolen. Tot nu toe wordt in Nederland niet systematisch en niet structureel gesignaleerd of kinderen in risicovolle omstandigheden opgroeien. De Inventgroep meent dat signalering een kerntaak is van allen die als professionals met kinderen in aanraking komen en schetst in dit rapport hoe dit vorm zou kunnen krijgen. In Nederland is het evalueren van het effect van interventies niet een structureel onderdeel van het werk. De Inventgroep meent dat dit wél zou moeten en doet daarom aanbeveling om uitsluitend effectief gebleken interventies in te zetten. Ook daarover leest u meer in dit rapport.

Het werk van de Inventgroep is totstandgekomen met behulp van vele anderen, die werken met ouders en kinderen, die beleid op dit terrein maken of als onderzoeker en/of werkontwikkelaar actief zijn. Het is onmogelijk de vele tientallen personen persoonlijk te bedanken. Dat maakt onze dank voor hun inbreng niet minder groot.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Na een algemeen inleidend hoofdstuk 1 over aard en omvang van gedrags- en opvoedproblematiek gaat hoofdstuk 2 in op de begrippen risicofactoren, risicoprocessen en strategieën van signaleren. In hoofdstuk 3 wordt een signaleringsinstrumentarium voorgesteld. Hoofdstuk 4 beschrijft de overgang van signalering naar vroegtijdige interventies. Hoofdstuk 5 bespreekt de uitgangspunten van 'evidence-based interventies'. In hoofdstuk 6 worden concrete interventieprogramma's voorgesteld. In hoofdstuk 7 worden enkele opmerkingen gemaakt over de minimale infrastructuur die nodig is om de voorstellen uit de voorafgaande hoofdstukken te kunnen uitvoeren. Het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 8) bevat enkele beschouwingen over implementatievraagstukken.

Rest ons te melden dat ondanks alle bijdragen van anderen het hier volgende stuk alleen voor de verantwoordelijkheid komt van ondergetekenden.

September 2005

De Inventgroep

Prof. dr. Jo Hermanns (jhermans@coact.nl)

Dr. Ferko Öry, kinderarts (fg.ory@pg.tno.nl)

Prof. dr. Guus Schrijvers (a.j.p.schrijvers@umcutrecht.nl)

Samenvatting

Vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeioproblemen

De opdracht aan de Inventgroep

Veel problemen in het leven van mensen hebben hun wortels in de jeugd. Het tijdig signaleren van (het ontstaan van) deze problemen en het bieden van de benodigde ondersteuning, hulp of zorg aan kinderen, jongeren en hun ouders kan vaak voorkómen dat er onnodig menselijk leed en vermijdbare maatschappelijke kosten ontstaan. Het thema ‘Vroegsignalering’ is daarom één van de speerpunten van de ‘Operatie Jong’. Door de staatssecretaris van VWS, mevrouw drs. Clémence Ross-van Dorp, is een ‘Inventgroep’ samengesteld die de opdracht kreeg om voorstellen te doen op dit terrein. Deze Inventgroep kreeg de opdracht om op basis van onderzoek van de nationale en internationale wetenschappelijke literatuur voorstellen te doen voor instrumenten en procedures om problemen in het opvoeden en opgroeien tijdig te signaleren, voorstellen te doen voor effectief gebleken interventies en voor een infrastructuur waarin signalering en interventie effectief en efficiënt kunnen plaatsvinden.

De Inventgroep heeft zich in haar opdracht geconcentreerd op externaliserende en internaliserende problemen bij kinderen en jongeren, en zorgwekkende opvoedingssituaties. Onder externaliserende problemen wordt negatief, naar buiten gericht gedrag verstaan: ernstige ongehoorzaamheid, dwars en tegendraads gedrag, fysieke en verbale agressie, delinquentie. Vaak is er een samenhang met verslaving en ‘risk taking behavior’. Internaliserende problemen zijn meer naar binnen gericht zoals angsten, dwangmatig gedrag, depressie, suïcidaliteit. Zorgwekkende opvoedingssituaties zijn gezinsomstandigheden waarin kinderen niet de garantie hebben dat er een ‘good enough’ opvoeding geboden wordt. Dit impliceert dat de rechten van kinderen geschonden worden.

Werkwijze

De Inventgroep heeft haar voorstellen gebaseerd op een nationaal, maar vooral internationaal literatuuronderzoek en contacten met een aantal toonaangevende internationale onderzoekers. Verder onderhield zij tijdens haar studie nauw contact met vertegenwoordigers van verschillende departementen en stemde zij haar werkzaamheden af met eindverantwoordelijken voor de Operatie Jong. Daarnaast is er op verschillende momenten overleg geweest met circa 150 Nederlandse beroepsbeoefenaren, werkontwikkelingsorganisaties, koepelorganisaties, onderzoekers, overheden enzovoorts. Dit kreeg onder andere de vorm in twee series groepsbijeenkomsten en in het vragen om schriftelijke reacties aan circa zestig landelijke organisaties op een eerste concept. Prof. dr. Corine de Ruiter en prof. dr. Dolf van Veen hebben op verzoek van de Inventgroep met een positionpaper gereageerd op een eerste concept. Dit heeft er onder andere toe geleid dat een bijlage over risicotaxatie van de hand van prof. de Ruiter aan het rapport is toegevoegd.

De Inventgroep heeft wetenschappelijke criteria voorop gesteld in de keuzes die gemaakt zijn. Dat betekent dat een relatief groot aantal Nederlandse, goed doordachte, veelbelovende, maar nog niet voldoende wetenschappelijk geëvalueerde instrumenten en interventies niet de eerste keuze konden zijn.

Voorstellen voor instrumenten voor vroegsignalering

De Inventgroep stelt vast dat signaleren in beginsel een taak is voor een ieder die met kinderen en ouders omgaat. Professionals zoals leidsters in de peuterspeelzalen en kinderopvang, leerkrachten, medewerkers van de jeugdgezondheidszorg, maar ook werkers in de volwassenenzorg zoals maatschappelijk werkers, verslavingswerkers en werkers in de geestelijke gezondheidszorg hebben de plicht om alert te zijn op signalen van problemen en moeten daarvoor open staan. Ouders, kinderen en jongeren zelf zijn daarbij niet alleen een belangrijke bron van informatie maar vaak ook degenen die een probleem het eerst signaleren en daarvoor hulp gaan zoeken. Dat veronderstelt een bepaalde deskundigheid bij deze professionals maar ook structuren waarin signalen besproken en beoordeeld kunnen worden en zonodig kunnen leiden tot doorverwijzing. Van grote betekenis is dat professionals deze signalen kunnen interpreteren, ook rekening houdend met culturele en etnische verschillen in de

samenleving. De hier voorgestelde instrumenten zijn een aanvulling op deze competenties van professionals en instellingen.

Voorgesteld wordt een systeem van een signaleringsinstrumentarium dat met elkaar aanvullende strategieën werkt.

Zo vroeg mogelijk (lieft vóór of snel na de geboorte) door een korte screening signaleren van toekomstige ernstig zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties op basis van een lijst van risicofactoren.

Op verschillende momenten in de ontwikkeling van een kind signaleren van internaliserende en externaliserende problemen alsmede zorgwekkende opvoedingssituaties op basis van indicaties van risicoprocessen die erop wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is.

Het op vastgestelde tijdstippen met eenvoudige breed toegepaste screeningsinstrumenten signaleren van problemen in opvoeding en ontwikkeling die, ondanks de eerste twee strategieën toch niet eerder onderkend zijn en nu manifest zijn.

Taxatie van veiligheidsrisico's (voor en door kinderen) en jongeren vóór tijdens en na interventies.

Voor verschillende leeftijdsfasen worden verschillende instrumenten voorgesteld. Niet in alle strategieën, alle leeftijdsgroepen en alle typen problemen blijken er instrumenten beschikbaar te zijn die aan alle eisen voldoen. In die gevallen is een indicatie gegeven van een instrument dat voor verdere ontwikkeling in aanmerking komt. Verder onderzoek zal moeten aantonen of dit een goede keuze is of dat het beter is nieuwe instrumenten te ontwikkelen.

Bij de keuze van de instrumenten is, naast de eis dat ze in technische zin valide zijn, erop gelet of ze in de professionele en institutionele context waarin ze gebruikt dienen te worden ook praktisch toepasbaar zijn (kijkend naar bijvoorbeeld beschikbare tijd van professionals en de vereiste deskundigheid in de instelling). Daarnaast is er gelet op 'ketenkwaliteit', dat wil zeggen dat er gezocht is naar instrumenten die in meerdere sectoren toepasbaar zijn en instrumenten waarvan de resultaten eenvoudig overdraagbaar zijn.

Tabel 1 bevat de voorgestelde signaleringsinstrumenten. Cursief gedrukte instrumenten vereisen nog verder onderzoek.

Naast de instrumenten in de tabel bepleit de Inventgroep het gebruik van (eenvoudige) meldcodes voor kindermishandeling in alle instellingen en voorzieningen die met kinderen en ouders werken, ook in sportverenigingen en vrijetijdsclubs.

De tabel laat zien dat er nog witte plekken zijn. Ook hier is nog speurwerk, ontwikkelwerk en onderzoek nodig.

Bij uitvoering van de bovenstaande voorstellen zullen bij een aantal kinderen, jongeren en gezinnen (toekomstige) problemen gesignaleerd worden. Met die signalen moet vervolgens iets gebeuren.

Als met de voorgestelde instrumenten een probleem wordt gesignaleerd, is doorgaans niet direct duidelijk wat er precies aan de hand is en wat het best kan gebeuren. Van signaal naar interventie zal een procedure moeten worden gevolgd waarin een signaal wordt gecheckt, een probleem wordt geanalyseerd en een plan van aanpak wordt vastgesteld. Valide risicotaxatie-instrumenten hebben het voordeel dat ze, naast het bepalen van het risico, ook de mogelijkheden en richting aangeven voor het hanteren van die risico's, dus van de interventies. Ook is het zo dat interventies soms worden aangeboden terwijl er nog geen enkel individueel probleem of risicoproces gesignaleerd is. Dat is bijvoorbeeld het geval als een kind of gezin tot een zogenaamde risicogroep behoort.

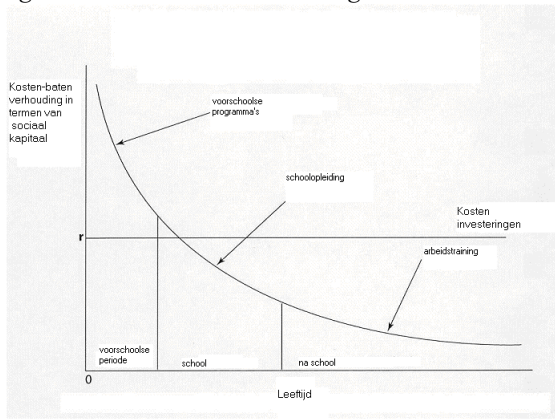
Tabel 1. Overzicht signaleringsinstrumenten.

	1	2	3	4
Jeugdgezondheidszorg 0-19	Dunedin Family Services Indicator	<i>Protocol Samen Starten</i>	1. Parent Child Conflict Tactics Scale 2. <i>Vragenlijst Onvervulde Behoeftte aan Opvoedingsondersteuning</i> 3. Juvenile Victimization Questionnaire 4. <i>Infant-Toddler Social & Emotional Assessment</i> 5. Suicide Ideation Questionnaire (+ JR) 6. Strengths and Difficulties Questionnaire	
Onderwijs		<i>Diagnostisch Informatie en Management Systeem</i>	Strengths and Difficulties Questionnaire	
Peuterspeelzalen en kinderopvang			Strengths and Difficulties Questionnaire	
Huisarts	Dunedin Family Services Indicator		1. Suicide Ideation Questionnaire (+ JR) 2. Strengths and Difficulties Questionnaire	
Ziekenhuizen			<i>SPUTOVAMO</i> (par. 3.4)	
Politie				
HALT		<i>Risicovolle Ontwikkelingspaden Delinquentie</i>	Strengths and Difficulties Questionnaire	
Tweedelijns voorzieningen				1. <i>Child Abuse Risk Evaluation</i> 2. Early Assessment Risk List 3. Structured Assessment of Violence in Youth

Voorstellen voor interventies

De Inventgroup stelt vast dat wereldwijd een redelijke consensus is ontstaan over de noodzaak van vroegtijdig ingrijpen boven interventies op latere leeftijd. In figuur 1 wordt duidelijk dat het rendement van vroege investeringen in het opvoeden en opgroeien groter is dan latere investeringen. Een aanbeveling is dan ook om de financiële middelen zo te verdelen dat dit principe tot zijn recht komt: verhoog de investeringen in signalering en interventies tijdens de zwangerschap en tijdens de eerste levensjaren zodat situaties niet onnodig verslechteren.

Figuur 1. Kosten-batenverhouding.



De interventies voor de drie probleemgebieden (internaliserende, externaliserende problemen en zorgwekkende opvoedingssituaties) zijn verdeeld naar *selectief* (bedoeld voor een groep met een verhoogd risico op problemen; bijvoorbeeld alle kinderen in een bepaalde wijk, alle kinderen met een zeer laag geboortegewicht, alle gezinnen waarin een echtscheiding plaatsvindt), *geïndiceerd* (voor individuele kinderen/gezinnen die op basis van de strategieën 1, 2 of 4 gesignaleerd zijn) en interventies bij *signalen van risicoprocesen* (voor individuen die volgens strategie 3 de eerste signalen van beginnende problemen afgeven). Een volledig overzicht van de aanbevolen interventies staat per probleemgebied in tabel 2.

Tabel 2. Overzicht interventies.

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocesen
Internaliserende problemen gezin	1. Children of Divorce Intervention Program 2. Family Bereavement Program	Coping With Stress Course	Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project
Internaliserende problemen school		1. Counselors Care en Coping and Support Training 2. Penn Prevention Program 3. Coping with depression	1. Primary Mental Health Project 2. Stress Inoculation Training 3. Social Effectiveness Therapy for Children
Externaliserende problemen gezin	1. Behavioral Family Intervention (Triple P programma) 2. Perry Preschool Project	1. Parent Management Training Oregon (PMTO) 2. The Montreal Longitudinal-Experimental Study 3. Incredible Years	1. Video Feedback Training 2. PCIT 3. PMTO
Externaliserende problemen school	1. Taakspel 2. Coping Power		
Zorgwekkende opvoedingssituaties	Chicago Child-Parent Centers Project	Nurse-Family Partnership	

Twee van deze in het buitenland als effectief beoordeelde interventies zijn al in Nederland (soms gedeeltelijk) getest, namelijk de programma's *Taakspel* en *Kaleidoscoop* (Perry Preschool Project). Drie ervan zijn in ontwikkeling, namelijk de programma's *VoorZorg*, (Nurse-Family Partnership), *Triple P* en de *Incredible Years*.

Professioneel- inhoudelijke randvoorwaarden

De voorgestelde signaleringsinstrumenten zijn voor een groot deel niet in het Nederlands vertaald, aangepast en op werkzaamheid getoetst. Hetzelfde geldt voor een aanzienlijk deel van de voorgestelde interventies. Daarnaast is het zo dat de ontwikkelingen op dit terrein gelukkig niet stilstaan. Zowel in Nederland als daarbuiten wordt voortdurend gewerkt aan nieuwe instrumenten en interventies. De Inventgroep is van mening dat signaleringsinstrumenten en interventies eerst valide respectievelijk effectief moeten zijn gebleken alvorens invoering in de praktijk toegestaan is. Een geformaliseerde erkenningsinstantie zal nodig zijn om instrumenten en interventies te beoordelen. Van financiers mag verwacht worden dat ze uitsluitend de toepassing van erkende instrumenten en interventies toestaan.

Een gecoördineerd en langdurig onderzoeksprogramma zal noodzakelijk zijn om deze methodische ontwikkeling op niveau te brengen. Het werk van de Inventgroep is slechts een eerste aanzet tot zo'n methodische ontwikkeling. Het is niet bedoeld als laatste woord of standaardwerk met een eeuwigheidsduur over valide signaleringsinstrumenten en effectieve interventies. De Inventgroep ziet haar werk als een impuls voor een wetenschappelijk en maatschappelijk debat over instrumenten en interventies en niet als een afsluiting daarvan. De Inventgroep dringt er wel op aan om meer dan nu het geval is, gebruik te maken van het vaak zeer uitgebreide en zorgvuldige werk dat internationaal in de ontwikkeling en het onderzoek van instrumenten en interventies is gestoken. Het in Nederland geheel nieuw ontwikkelen van instrumenten en interventies of het introduceren van buitenlandse interventies die nog niet doorontwikkeld en goed onderzocht zijn, zal naar de mening van de Inventgroep meer tijd en geld kosten dan het aansluiten bij de omvangrijke internationale expertise.

De professionele uitvoering van signalering en interventie vraagt specifieke competenties van vele professionals. De Inventgroep beveelt aan een nationaal programma voor deskundigheidsbevordering op dit terrein op te zetten. Daarnaast wordt aanbevolen het thema 'het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties' onder te brengen in het curriculum van de opleidingen van professionals die met kinderen in aanraking komen zodat de kennis in de professionals zélf verankerd is.

De uitvoering van signalering en interventies stelt op een aantal punten extra kwaliteitseisen aan instellingen. Toepassing van valide instrumenten en effectieve interventies stelt niet alleen eisen aan de beschikbaarheid en opleiding van professionals, ICT, fysieke ruimten, protocollen, procedures, mogelijkheden om de kwaliteit van de uitvoering te controleren. Ook behoren deze randvoorwaarden tot de criteria die bij erkenning en certificering van belang zijn.

Met bovenstaande aanbevelingen sluit de Inventgroep aan bij ontwikkelingen in het werkveld zelf. Op tal van deze terreinen zijn er daarom ook al initiatieven ontplooid. De Inventgroep beveelt als eerste stap aan deze initiatieven te bundelen en te organiseren.

Randvoorwaarden in de infrastructuur

De Inventgroep beschrijft een aantal organisatorische voorwaarden die noodzakelijk zijn voor een optimale uitvoering van signalering en van interventies bij gedragsproblemen. Enkele daarvan zijn:

- De mogelijkheid om alle kinderen longitudinaal te volgen;
- De toepassing van elektronische signaleringssystemen als onderdeel van de gehele zorg-, onderwijs- en justitieketen;
- Een centraal beheerd elektronisch kinddossier;
- Voldoende expertise bij professionals om de signaleringsinstrumenten toe te passen onder zowel autochtone als allochtone kinderen en ouders;
- De mogelijkheid om (mede met behulp van dit dossier) één persoon de zorg te laten coördineren;
- Afspraken over wat er moet gebeuren als interventies niet helpen en de rechten van het kind geschonden worden;

Een eenheid van subsidievoorwaarden van verschillende subsidiënten en afspraken over besparingen ten gevolge van verschuiving van late naar vroegtijdige interventies.

Om de organisatie van signalering en interventies goed te kunnen uitvoeren, stellen wij voor om door te gaan met de oprichting van een netwerk van kleinschalige centra in stadwijken en in plattelandsgebieden. Met een centrum wordt niet per definitie bedoeld een nieuwe institutie, maar een bundeling en ‘upgrading’ van een aantal ook nu al aanwezige functies. In de praktijk ziet men op een aantal plaatsen in het land dit type centra al ontstaan. Er worden her en der verschillende namen gebruikt. Als ‘werktitel’ gebruikt de Inventgroep in dit rapport de naam Centra voor Signalering, Interventies en Coördinatie voor Jeugd en Opvoeders (CSICJO’s). Deze naam dient echter terstond vergeten te worden. In de praktijk kan men zelf meer aansprekende namen bedenken, die niet overal hetzelfde hoeven te zijn.

De taken van de CSICJO’s op het terrein van opvoeden en opgroeien zijn:

- Informatie en voorlichting verstrekken over opvoeding;
- Het organiseren van onderlinge steun tussen ouders en andere opvoeders;
- Het pedagogisch adviseren van ouders en andere opvoeders;
- Het zelf actief opsporen van risico’s en problemen op het terrein van opvoeden en opgroeien;
- Het beoordelen en verder uitwerken van signalen van opvoed- en opgroei problemen van al degenen die met kinderen en ouders werken;
- Het coördineren van opvoedhulp en opgroeihulp voor kinderen vanaf het begin van de zwangerschap tot 19 jaar in hun werkgebied;
- Het verwijzen van kinderen of ouders naar gespecialiseerde hulpverleners;
- Het adviseren van gemeentebestuur, scholen en andere instanties over opvoedingsondersteuning en opgroeihulp.

Bij deze rij activiteiten stelt de Inventgroep voor dat de CSICJO’s werken voor de leeftijdsgroepen vanaf de zwangerschap tot 19 jaar. Deze centra en platforms zullen nauwe samenwerkingsrelaties met vooral het onderwijs (bijvoorbeeld met de Zorg- en Adviesteams) moeten hebben.

De centra en platforms zullen op het terrein van de toegang tot de jeugdzorg en de GGZ hun werkzaamheden met die van het Bureau Jeugdzorg voor een deel moeten integreren.

De Inventgroep stelt tot slot voor om een Task Force Implementatie Signaleren en Intervenieren in te stellen, die een geïntegreerd plan voor invoering van de voorstellen, deskundigheidsbevordering, wetenschappelijk onderzoek en certificering dient op te stellen.

Gezien het grote enthousiasme voor het thema vroegsignalering en interventie dat zij bij talloze betrokken tegenkwam, is de Inventgroep ervan overtuigd dat er op dit terrein in de komende jaren wezenlijk belangrijke stappen gezet gaan worden. Door dit rapport hoopt zij een bijdrage geleverd te hebben aan een gemeenschappelijk begrippenkader, aan de keuze voor een bruikbaar signaleringsinstrumentarium, de keuzes voor effectieve interventies en het inrichten van de benodigde infrastructuur.

1 Opgroeien en opvoeden in Nederland aan het begin van de 21^e eeuw

1.1 De problemen van de jeugd

De Nederlandse samenleving wordt naar internationale normen niet gekenmerkt als een samenleving waarin risicofactoren voor opvoeding en ontwikkeling zich massaal opeenstapelen. In een overzicht van de Nederlandse situatie constateren Aalbers-van Leeuwen, Hees, & Hermanns (2002) dat er in de moderne samenleving zich weliswaar nieuwe risico's voordoen, maar dat er zich ook nieuwe protectieve factoren manifesteren. De balans blijft grosso modo in evenwicht. Op basis van die analyse mag verondersteld worden dat het in grote lijnen met de Nederlandse opvoeding in de meeste gevallen wel goed zal verlopen. Het zelfde geldt voor de ontwikkelingsuitkomsten bij de jeugd. Problemen horen bij het leven en die komen dus ook in vele gezinnen voor. Vooral bij (een relatief beperkt aantal) gezinnen, waarbij er wel sprake is van risicocumulatie bestaat een verhoogde kans op ernstige tot zeer ernstige problemen. Dat is ook het beeld dat uit onderzoek naar voren komt.

Voor zover er in Nederland empirisch onderzoek plaatsvindt waarin met kinderen, ouders en anderen gesproken en met gestandaardiseerde instrumenten gekeken wordt naar 'de staat van de jeugd' (Rispen, Hermanns, & Meeus, 1996; Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp, & Reijneveld, 2005) is de uitkomst doorgaans dat er weinig zorgen zijn over het gemiddelde Nederlandse kind en de Nederlandse jongere. De 'doorsnee opvoeding' wordt in ons land in de meeste gevallen redelijk succesvol afgerond. Er zijn aanwijzingen dat de algemene toestand van gezondheid, welbevinden, psychische- en gedragsontwikkeling, cognitieve ontwikkeling van de jeugd zich op een hoog niveau bevindt in vergelijking met andere Europese landen en op een aantal punten bovendien verbeterd (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003; Zeijl et al., 2005; Luijpers, Overbeek en Meeus, 2001). Moderniseringstendenzen in gezin en samenleving leveren nieuwe risico's op, maar hebben ook grote voordelen (Aalbers-van Leeuwen et al., 2002; Bois-Reymond-du, Poel-te, & Ravesloot, 1998).

Studies naar de manier waarop de doorsnee Nederlandse opvoeding plaatsvindt, wijzen op een gunstige situatie: kinderen worden met veel aandacht, emotionele betrokkenheid en toch voldoende structuur opgevoed (Rispen et al., 1996). Kinderen zelf zijn doorgaans tevreden over de opvoeding die ze krijgen. In een onderzoek in opdracht van het dagblad Trouw in december 2000 gaven kinderen tussen de 6 en 18 jaar hun ouders het rapportcijfer 8 voor het vak opvoeden.

De beleving van de gezinsopvoeding is ook bij de betrokkenen zelf positief en is de afgelopen decennia gegroeid. In een rapport van het Centraal Bureau van de Statistiek uit 2001 stond te lezen dat 'hoe later generaties geboren zijn, hoe meer mensen het gezinsleven positief hebben ervaren. Bij generaties geboren in de jaren zeventig is dit opgelopen tot 85%' (CBS, 2001, pagina 32.) Uit hetzelfde rapport blijkt dat 97% van de jongens tussen de 15 en 18 jaar gelukkig is en 96% tevreden is met het eigen leven. De meisjes zijn iets kritischer, maar scoren toch nog twee keer 91%. En om maar meteen het beeld van een individualistische jeugd recht te zetten: steeds meer jongeren nemen maatschappelijke taken op zich: in twee jaar tijd (tussen 1997 en 1999) is het percentage jongeren dat aan vrijwilligerswerk doet van 38 tot 50% gestegen (CBS, 2001).

De gunstige cijfers op populatieniveau betekenen niet dat kinderen en jongeren niet af en toe behoorlijk in de knoop kunnen zitten of problemen kunnen veroorzaken. Op een willekeurig moment heeft, afhankelijk van de definities en criteria, tussen de vijf en de vijftien procent van de kinderen wel een, soms aanzienlijk, probleem. Zo blijkt uit een recent rapport uit Oost Nederland waaraan 35.000 leerlingen hebben meegedaan van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs dat 16% van deze jongeren een probleem heeft dat hen dag en nacht bezig houdt, 17% van hen heeft in de laatste maanden aan suicide gedacht en 57% heeft wel eens een strafbaar feit gepleegd (Jong-Mares, Mureau, & Rexwinkel, 2005). Voor de meeste kinderen zijn dat echter tijdelijke en oplosbare problemen.

Er is echter ook een groep die fundamenteel en ernstig in de ontwikkeling bedreigd wordt. Gelukkig is deze groep niet groot: schattingen komen in de buurt van de 2% tot 5%

(Keuzekamp en Zeijl, 2005). Men moet zich bij het noemen van deze percentages wel realiseren dat dit schattingen op de totale Nederlandse populatie betreft. In verschillende groeperingen binnen de Nederlandse populatie (allochtone groepen, grote steden) kunnen deze percentages aanzienlijk afwijken. Hierop zal later worden teruggekomen. Deze percentages betekenen in ieder geval dat er ieder jaar opnieuw tussen de 4000 en 10.000 kinderen geboren worden die het in hun leven bijzonder moeilijk zullen krijgen

Uit verschillende studies (CBS, 2001; Praag-van & Niphuis-Nell, 1997; Zeijl, 2003; Zeijl et al., 2005) blijkt dat achtergrondkenmerken van kinderen en jongeren een belangrijke rol spelen. Op de eerste plaats zijn er in alle lagen en groeperingen van de samenleving kinderen en jongeren die eenvoudigweg meer dan gemiddeld 'pech' hebben en te maken krijgen met een opeenstapeling van problemen. Dit kan te maken hebben met aanleg, ziekte, traumatische ervaringen, problematische gezinsomstandigheden, psychische en andere problemen van ouders en andere opvoeders. Op de tweede plaats zijn er in onze samenleving meer structurele risicosituaties voor het opvoeden en opgroeien. In de meeste genoemde studies wordt gewezen op de sociaal-economische status van het gezin (opleiding, werksituatie en inkomen) en (vaak daaraan gekoppeld) cultureel-etnische achtergronden als variabelen die gerelateerd zijn aan een opeenstapeling van risicofactoren en daarmee aan een verhoogde kans op een problematische ontwikkelingsuitkomst.

Dit rapport richt zich niet op de groep kinderen en jongeren die wel eens een moeilijke fase doormaken, hoe ingrijpende en negatief deze ook ervaren wordt. Het gaat om de groep die ernstige en chronische problemen heeft, die naar alle waarschijnlijkheid ook een sterk negatieve impact op hun latere leven zullen hebben. Het wordt door de auteurs van belang geacht dat vroegtijdig onderkend wordt om welke kinderen, jongeren en ouders het gaat, dat zo snel mogelijke effectieve ondersteuning wordt aangeboden en zondig meer specifieke interventies worden toegepast.

Hierbij maakt de Inventgroep wel een kanttekening. Het vroegtijdig signaleren van individuele problemen en het op individueel niveau reageren met een adequate interventie mag niet de aandacht afleiden van het basale gegeven dat grote groepen kinderen en jongeren leven en opgroeien in structureel ontwikkelingsbedreigende situaties.

Uit de nationale studie van het SCP (Zeijl et al., 2005) blijkt dat de groep kinderen die ernstige en langdurig in hun ontwikkeling bedreigd worden, niet willekeurig over de Nederlandse populatie verdeeld zijn. Als de ouders een niet-westerse achtergrond en/of een lage opleiding en/of een laag inkomen hebben en/of alleenstaand zijn, is de kans op grote problemen vele malen groter dan voor doorsnee kinderen. Ook factoren als het wonen in verarmde protestadswijken, het bezoeken van scholen waarin zich veel risicoleerlingen verzamelen, het niet beschikbaar of bereikbaar van voorschoolse educatie zijn risicofactoren voor latere problemen.

Individuele vroegtijdige signalering en interventie, hoe vroeg ook, zullen deze problemen niet oplossen en kinderen niet vrijwaren van de invloed van deze risicovolle context.

Om Zigler, een internationale autoriteit op het gebied van de vroegtijdige interventies en family support, (1992, pagina xiii), te citeren:

'The problems of many families will ...only be solved by changes in the basic features of the infrastructure of society. No amount of counselling, early childhood curricula, or home visits will take the place of jobs that provide decent incomes, affordable housing, appropriate health care, optimal family configurations or integrated neighbourhoods where children encounter positive role models'.

1.2 Een globale taxonomie van de problemen van de jeugd

Er zijn talloze manieren om problemen in het opvoeden en opgroeien te rubriceren (Oudshoorn, Brans, Duyx, & Eussen, 1995; Verheij, 1995; Verhulst & Sanders-Woudstra, 1987).

In deze publicatie wordt een driedeling gemaakt. Onderscheiden worden bij kinderen en jongeren externaliserende problemen (1) internaliserende problemen (2) zorgwekkende opvoedingssituaties (3).

Onder externaliserende problemen wordt in algemene zin negatief, naar buiten gericht gedrag verstaan: ernstige ongehoorzaamheid, dwars en tegendraads gedrag, fysieke en verbale agressie, delinquentie. Vaak is er een samenhang met verslaving en 'risk taking behavior'.

Internaliserende problemen zijn meer naar binnen gericht, bijvoorbeeld angsten, dwangmatig gedrag, depressie, suicidaliteit.

Zorgwekkende opvoedingsituaties zijn gezinsomstandigheden waarin kinderen niet de garantie hebben dat er een 'good enough' opvoeding geboden wordt. Dit impliceert dat de rechten van kinderen geschonden worden. Onderscheiden worden de categorieën verwaarlozing, fysieke en psychische kindermishandeling en geconfronteerd worden met huiselijk geweld. Verwaarlozing betekent dat kinderen niet de (fysieke) zorg, (emotionele en pedagogische) aandacht en toezicht krijgen die ze minimaal nodig hebben om psychisch gezond op te groeien. Fysieke mishandeling is het uitoefenen van geweld tegen kinderen of jongeren. Psychische mishandeling is het door gedrag en bejegening beschadigen van de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind. Onder confrontaties met huiselijk geweld wordt verstaan dat een kind op de een of andere manier getuige is of betrokken is bij geweld in of rond het gezin (Osofsky, 2003). De effecten van confrontatie met huiselijk geweld zijn vaak even negatief als de gevolgen van mishandeling van het kind zelf (Osofsky, 2003).

Met deze indeling worden niet alle huidige maatschappelijke problemen gedekt. De Inventgroep is er zich van bewust dat het van belang is bijvoorbeeld aandacht te besteden aan het tijdig signaleren van rechts-radicalisering van sommige jeugdigen, het kiezen voor terrorisme, cultuurgerelateerd geweld zoals eerwraak of vrouwelijk genitale verminking en suicidaliteit onder bepaalde etnisch-religieuze groepen.

De Inventgroep onderkent het grote individuele en maatschappelijke belang van het tijdig onderkennen en voorkomen van deze problemen. De opdracht voor de Inventgroep en – in samenhang daarmee – de expertise van de Inventgroep ligt echter vooral op het terrein van de ontwikkelingspsychopathologie. Voor zover de bovenstaande problemen samenhangen met ontwikkelingspsychopathologie zullen de voorstellen van de Inventgroep bijdragen aan het vroegtijdig signaleren en interveniëren op deze terreinen. Een deel van de bovengenoemde problemen (bijvoorbeeld rechts extremisme) lijken voor sommige jongeren immers samen te hangen met een problematische opvoedings- en opgroeisituatie. Bij andere problemen (overgaan tot terroristische aanslagen) blijkt er echter nauwelijks sprake van determinanten die te maken hebben met ontwikkelingspsychopathologie. Zie bijvoorbeeld (Moghaddam, 2005) voor een analyse van gemeenschappelijke kenmerken van het stapsgewijze proces dat leidt tot terrorisme in verschillende landen en culturen. Een ander voorbeeld in deze lijn is vrouwelijk genitale verminking die inmiddels als een vorm van kindermishandeling wordt beschouwd, maar in de overtuiging van de culturen waarin deze verminking plaatsvond en soms nog plaatsvindt oorspronkelijk gebeurde met juist de bedoeling het kind te beschermen (Commissie Bestrijding Vrouwelijk Genitale Verminking, 2005). Signaleringsmethodieken voor kindermishandeling zullen tegen deze achtergrond nauwelijks kunnen bijdragen aan het tijdig signaleren van deze vrouwelijk genitale verminking.

1.3 De noodzaak van een vroegtijdige aanpak

1.3.1 Vroegtijdige signalering is vaak mogelijk

Onderzoek op het terrein van de ontwikkelingspsychopathologie (de studie van de ontwikkeling van ernstige gedrags- en psychische problemen bij kinderen) levert in toenemende mate kennis op over de manier waarop ernstige problemen in de ontwikkeling van kinderen ontstaan. Uit onderzoek is duidelijk geworden dat ernstige internaliserende (Kovacs & Devlin, 1998) en meer nog externaliserende problemen hun wortels al vroeg in een mensenleven hebben (Offord & Bennet, 1994). Ook de condities waaronder verwaarlozing en kindermishandeling optreden worden steeds duidelijker (zie bijvoorbeeld Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998). In hoofdstuk 2 worden deze condities verder beschreven. De gevolgen van kindermishandeling op de langere termijn zijn ook goed beschreven (Hermanns, 2003). Inmiddels is uit onderzoek bekend dat kindermishandeling een belangrijke oorzaak is van schooluitval, criminaliteit, verslaving, geweld, zwerfgedrag en psychisch lijden. Kindermishandeling is daarnaast een belangrijke risicofactor voor ernstige lichamelijke ziektes. De effecten van kindermishandeling werken in meerdere generaties door (Oliver, 1993; Baas, 2001; Pears & Capaldi, 2002).

Er is dus kennis beschikbaar over de manier waarop problemen in het leven van mensen zich over een langere periode ontwikkelen. De meeste ernstige problemen zijn er niet opeens en ook niet onverwacht. Dat betekent dat er kansen zijn om vroegtijdig problemen te onderkennen en vervolgens te pogen deze problemen te voorkomen of minder ernstig te laten zijn. Vroegtijdig houdt in: vroeg in de levensloop van een mens en/of vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf. Vroegtijdig wil dus niet per definitie zeggen 'in de eerste levensjaren'. Ook in de latere ontwikkelingsfasen kunnen problemen klein beginnen en groot eindigen.

De beschikbare kennis over risicofactoren, ontwikkelingspsychopathologische processen en trajecten kan benut worden om het proces van vroegtijdig signaleren zo effectief en efficiënt mogelijk te doen verlopen.

Daarnaast is het zo dat er in een snel tempo in internationaal onderzoek inzicht ontstaat in welke vormen van ondersteuning en interventie effectief zijn, welke niet effectief zijn en welke zelfs negatieve gevolgen hebben. Onder meer de meta-analyses die over interventiepraktijken gepubliceerd worden dragen sterk bij aan het inzicht in effectiviteit en werkzame bestanddelen (M Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoorn, & F Juffer, 2003; Davis & Gidycz, 2000; Gray & Halpern, 1990; N. Guterman, 1999; MacLeod & Nelson, 2000; Rispens, Aleman, & Goudena, 1997; M. Sweet & M. Appelbaum, 2004).

Dit alles maakt het mogelijk om onderbouwde en op empirisch onderzoek gebaseerde voorstellen te doen voor probleemsigalering, ondersteuning en interventies op het terrein van het opgroeien en opvoeden.

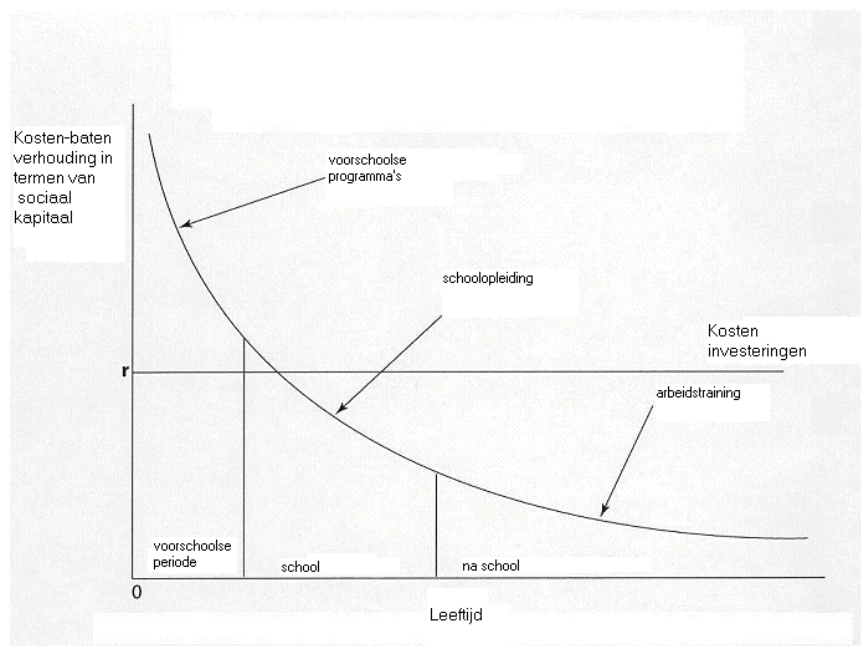
Het is van belang daarbij wel te bedenken dat het bij het signaleren steeds om waarschijnlijkheidsuitspraken gaat. Er is vrijwel nooit zekerheid dat een bepaald psychisch of gedragsprobleem zich later zal voordoen. Een lakmoesproef is niet beschikbaar. Men kan hoogstens spreken van een verhoogde kans op, en soms van een aanzienlijk verhoogde kans. Zo bleek bijvoorbeeld in een onderzoek van Brown et al., (1998) de kans op het vóórkomen van kindermishandeling bij de aanwezigheid van vier of meer van de bekende risicofactoren 10 maal zo hoog dan wanneer er geen of maar een enkele risicofactor aanwezig is. Niettemin komt ook in de gezinnen met vier of meer risicofactoren kindermishandeling vaker niet dan wel voor. In het gunstigste geval heeft men te maken met kansuitspraken in de orde van grootte van 'er is een kans van 30% dat er later in dit gezin kindermishandeling zal plaatsvinden'.

1.3.2 Vroegtijdig ingrijpen is beter

Als men weet welke groepen een verhoogd risico lopen op latere problemen, is het mogelijk vroegtijdig in te grijpen. In het algemeen zijn onderzoekers het er over eens dat interventies op jonge leeftijd effectiever zijn. Op basis van een overzicht van programma's gericht op de preventie van jeugd delinquentie concluderen Tremblay en Craigh (1995) dat interventies die eerder in het leven plaats vinden, effectiever zijn dan interventies die later in het leven plaats vinden. De effect sterktes nemen af met de startleeftijd van de interventie. Bij kinderen in de voorschoolse leeftijd zijn de effect sterktes .48 en .54, bij vroege adolescenten: .26 en bij adolescenten: .20 (Tremblay, 1995). Ook Durlak en Wells (1997) die 177 preventieprogramma's analyseerden door middel van een meta-analyse dat het ontwikkelingsstadium van het kind samenhangt met de effecten van interventies. Yoshikawa (1994) concludeert na een literatuuranalyse dat een start van de interventie vóór de leeftijd van vijf jaar het meest effectief is.

Interventies op jonge leeftijd blijken kosten-effectiever dan interventies op latere leeftijd. Uit economische studies, gebaseerd op experimenten zoals de Perry preschool programma's is gebleken dat investeringen die worden gedaan voor de opvoeding en opleiding van jonge kinderen effectiever zijn dan investeringen die later in het leven worden gedaan. Carneiro en Heckman (2003) hebben deze gegevens samengevat in een model (figuur 1). Hierin wordt duidelijk gemaakt dat hoe vroeger in het leven wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van kinderen, hoe groter de opbrengst. Vanuit dit perspectief is voorschoolse educatie een betere investering dan het lager onderwijs en is het lager onderwijs zelf weer belangrijker dan het middelbaar beroepsonderwijs, dat op zijn beurt weer belangrijker is dan het hoger en wetenschappelijk onderwijs, dit allemaal vanuit het perspectief van 'returns on investment'.

Figuur 1: Rendement van maatschappelijke investeringen in de jeugd (Carneiro and Heckman (2003)).



Omgekeerd hebben verschillende studies laten zien dat interventies op latere leeftijd met adolescenten die in hoge mate geïnvolveerd zijn in allerlei vormen van probleemgedrag en/of criminaliteit moeilijk te realiseren zijn en vaak gelimiteerd succes hebben (Gibbons, 1991; Tremblay, 1995). Onder jongeren uit justitiële behandelingsinrichtingen is bijvoorbeeld de recidive na vier jaar 63%. Recidive blijkt bovendien moeilijk te beïnvloeden en interventies die recidive moeten voorkomen hebben meestal zwakke effecten (Gottfredson, 1990; Lipsey, 1992; Tremblay, 1995; Thornberry, 1995).

Een van de redenen waarom vroeg ingrijpen zo effectief kan zijn is dat een negatieve spiraal van psychosociale problemen voorkomen kan worden (bijvoorbeeld van agressie naar problematische sociale relaties) die op latere leeftijd moeilijker om te buigen is (Shure, 2001). Een laatste reden om interventies zo vroeg mogelijk in te zetten is de bescherming van kinderen die het slachtoffer zijn van kindermishandeling of verwaarlozing. Niet alleen hebben kinderen er recht op dat mishandeling of verwaarlozing zo snel mogelijk stopt, maar deze kinderen hebben ook een verhoogde kans om later externaliserend en internaliserend probleemgedrag te ontwikkelen (Draijer, 1988; Widom, 2001). Interventies op vroege leeftijd, kunnen de kans op geweld of verwaarlozing verminderen.

1.3.3 Vroegtijdig signaleren en interveniëren is een kerntaak voor allen die met kinderen of ouders werken

De belangrijkste reden om te investeren in vroegtijdige signalering en vroegtijdige interventies is dat kinderen daar recht op hebben. De Inventgroep meent dat signaleren van risico's op het ontstaan van opvoed- en opgroei problemen een kerntaak is voor alle professionals die met kinderen in aanraking komen. Daarmee worden niet alleen bedoeld de medewerkers in de engere zorg voor ouders en kinderen. Met professionals worden ook bedoeld, de verloskundigen, kraamzorgmedewerkers, leerkrachten, de peuterspeelzalleidsters, leidsters in de kinderopvang, huisartsen, maatschappelijk werkers, medewerkers verslavingszorg, medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, verslavingszorg, medewerkers spoedeisende hulp, politie-agenten, enzovoorts enzovoorts. Ook van de vrijwilligers die in club of verenigingsverband met kinderen werken hebben hier een, zij het beperkte, taak. Wordt deze kerntaak niet uitgevoerd, dan gaan kansen voorbij om het proces dat schade aan het kind berokkent te stoppen of in ieder geval het effect van die schade te verminderen. Dat zou strijdig zijn met het door Nederland geratificeerde Internationale Verdrag

Inzake de Rechten van het Kind (IVRK). Artikel 4 en artikel 19 zijn voor het signaleren van risicovolle opvoedingssituaties relevante artikelen uit dit verdrag:

Artikel 4: De Staten die partij zijn, nemen alle nodige wettelijke, bestuurlijke en andere maatregelen om de in dit Verdrag erkende rechten te verwezenlijken. Ten aanzien van economische, sociale en culturele rechten nemen de Staten die Partij zijn deze maatregelen in de ruimste mate waarin de hun ter beschikking staande middelen zulks toelaten en, indien nodig, in het kader van internationale samenwerking.

Artikel 19: De Staten die partij zijn, nemen alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen en maatregelen op sociaal en opvoedkundig gebied om het kind te beschermen tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van seksueel misbruik, zolang het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft.

Sommige professionals maken bezwaar tegen signaleren van risicovolle opvoedingssituaties omdat zij menen dat signaleren niet tot hun 'kerntaak' behoort. En dus moet de politie zich beperken tot het handhaven van de wet, verloskundigen zorgen voor zwangere vrouwen zodat die veilig bevallen en leerkrachten zich beperken tot het geven van onderwijs. De Inventgroep meent echter dat, in het verlengde van de overheidstaak zoals vastgelegd in het IVRK, signaleren en interveniëren bij (dreigende) problemen van gezinnen en kinderen kerntaken zijn voor alle professionals die met kinderen in aanraking komen. Doen zij dat niet, dan gaan kansen voorbij om het proces dat schade aan het kind wordt berokkend te stoppen of in ieder geval het effect van die schade te verminderen. Gelukkig wordt het belang van vroegsignalering steeds meer ingezien. Zo blijkt uit een onderzoek in juli 2005 onder 81 aselect gekozen vroedvrouwen in Nederland dat 98% van hen actiever zorgwekkende opvoedingssituaties actief wil signaleren en 96% meer wil leren over vroegsignalering, óók als zij in eigen tijd worden getraind (van Dijk & Öry 2005). In het bijzonder moet nu al gewezen worden op de noodzaak van meldcodes en het regelen van het 'meldrecht' bij vermoedens van verschillende vormen van kindermishandeling.

1.3.4 Internationale ontwikkelingen

Opgemerkt kan worden dat inmiddels meer landen zijn gestart met het formuleren en uitvoeren van een beleid van vroegtijdige interventies om de gezonde ontwikkeling van kinderen te bevorderen. In Canada zijn al initiatieven genomen. In de VS zijn verschillende organisaties en staten hiermee bezig. Ook bracht de Surgeon General in de US een rapport hierover uit (Surgeon General, 2004). In de UK is al enige jaren geleden begonnen met het *Sure Start*-beleid (<http://www.surestart.gov.uk>)¹ en in de Scandinavische landen is al van oudsher een uitgebreid sociaal beleid aanwezig ter ondersteuning van de goede ontwikkeling van kinderen (Andersson, 2005). Ook de wereldbank heeft inmiddels een uitgebreide internetsite die het belang beschrijft van het stimuleren van de gezonde ontwikkeling voor alle kinderen - in alle opzichten - en het belang hiervan aangeeft voor ontwikkelingslanden. Deze website is te vinden via:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTEDUCATION/EXTECD/0,,me nuPK:344945~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:344939,00.html>

De Inventgroep is van mening dat de ontwikkelingen in Nederland sterk kunnen profiteren van het aangaan van een gerichte en intensievere samenwerkingsrelaties met drie groepen van actoren in andere landen: overheden, onderzoekers en uitvoerende organisaties. Er is tot nu toe wel veel samenwerking op gang gebracht, maar die is versnipperd, komt vaak via toevallige contacten tot stand en beperkt zich doorgaans tot een van de genoemde groepen actoren.

¹ Ook gedegen onderzoeksevaluaties horen erbij, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de onderzoekssite van *Sure Start* (<http://www.ness.bbk.ac.uk>).

Literatuur

- Aalbers-van Leeuwen, M., Hees, L. v., & Hermanns, J. (2002). Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen: reden tot optimisme of reden tot pessimisme. *Pedagogiek*, 22(1), 41-54.
- Andersson, B.-E. (2005, 3/21/2005). *Child Care and Its Impact on Children 0–2 Years of Age. Commenting: Belsky, Howes, and Owens*. Centre of Excellence for Early Childhood Development. Available: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/AnderssonANGxp.pdf>.
- Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M. v., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Bois-Reymond-du, M., Poel-te, Y., & Ravesloot, J. (1998). *Jongeren en hun keuzes*. Bussum: Coutinho.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17- year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065-1078.
- CBS. (2001). *Jeugd. Cijfers en feiten*. Heerlen: CBS/SCP jeugd algemeen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2003). *Jeugd 2003. Cijfers en feiten*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Commissie Bestrijding Vrouwelijk Genitale Verminking. (2005). *Bestrijding vrouwelijke genitale verminking*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Davis, K., & Gidycz, C. (2000). Child abuse prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 257-265.
- Gray, E., & Halpern, R. (1990). *Meta-analysis of preventive early parenting interventions*. New York: National Council of Jewish Women, Center for the Child.
- Guterman, N. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the 'universal versus targeted' debate: a meta-analysis of population based and screening based programs. *Child Abuse and Neglect*, 23, 863-890.
- Hermanns, J. (2003). *Het bestrijden van kindermishandeling: welke aanpak werkt*. Woerden: COACT Consult.
- Jong-Mares, N., Mureau, J., & Rexwinkel, H. (2005). *Gezondheid, welzijn en leefwijze van jongeren in de gemeente Rheden. Verslag van een onderzoek onder jeugd 2003*. Arnhem: Hulpverlening Gelderland Midden/ GGD Arnhem.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47-63.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1127-1149.
- Moghaddam, F. (2005). The staircase to terrorism. *American Psychologist*, 60(2), 161-169.
- Offord, D., & Bennet, K. (1994). Conduct disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 33(8), 1069-1078.
- Osofsky, J. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 161-170.
- Oudshoorn, D., Brans, H., Duyx, J., & Eussen, M. (1995). *Kinder- en adolescentenpsychiatrie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Praag-van, C., & Niphuis-Nell, M. (1997). *Het gezinsrapport: SCP*.
- Rispens, J., Aleman, A., & Goudena, P. (1997). Prevention of child abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse and Neglect*, 21(10), 975-987.
- Rispens, J., Hermanns, J., & Meeus, W. (Eds.). (1996). *Opvoeden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.

- Surgeon General. (2004). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*. U.S. Department of Health & Human Services. Available: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/cmh/childreport.htm> [April 27, 2004, June 7, 2005].
- Sweet, M., & Appelbaum, M. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.
- Verheij, F. (1995). *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F., & Sanders-Woudstra, J. (1987). *Kinderpsychiatrie voor de praktijk*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Stafleu.
- Zeijl, E. (Ed.). (2003). *Rapportage jeugd 2002*. den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag-Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau- TNO Kwaliteit van Leven.

2 Risicofactoren, protectieve factoren, risicoprocessen en vier strategieën van vroegtijdige signalering

2.1 Risicofactoren

Vroegtijdig signaleren wordt in dit rapport gedefinieerd als het zo vroeg mogelijk onderkennen van (het risico op) een opgroei- of opvoedprobleem. Deze onderkenning leidt tot een attendering van de direct betrokkenen (ouders, kinderen, jongeren) op deze risico's of dit probleem en, zonodig, tot het attenderen van andere professionals. Dit laatste gebeurt meestal met instemming van de betrokkenen. Zonodig en na een zorgvuldige afweging kan dit ook zonder hun instemming plaatsvinden.

Bij het vroegtijdige signalering speelt het concept 'risicofactor' derhalve een belangrijke rol. Een risicofactor wordt gedefinieerd als een kenmerk van kinderen (bijvoorbeeld een moeilijk temperament) of ouders (geen of zeer weinig opleiding), een omstandigheid (bijvoorbeeld leven in armoede) of een gebeurtenis (bijvoorbeeld een traumatische ervaring) waarvan in goed opgezet onderzoek duidelijk is geworden, dat er een verband bestaat met latere, minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten van welke aard dan ook. (Hermanns, 1998). Het gaat hierbij steeds om factoren die voorafgaan aan een later probleem, met andere woorden: factoren die een zekere voorspellende waarde hebben ten opzichte van het probleem. Deze omschrijving maakt het concept risicofactor interessant. Door te kijken naar risicofactoren kan men tot op zekere hoogte problemen zien aankomen en er dus iets aan doen voordat het probleem kan ontstaan.

In de literatuur zijn tientallen risicofactoren geïdentificeerd, zoals ongewenste zwangerschap, roken of drinken van alcohol tijdens de zwangerschap, geboortecomPLICaties, psychische en psychiatrische problemen bij ouders, verslaving, een moeilijk temperament van het kind, een te trage hartslag, echtscheiding, schulden, geweld in het gezin, laag opleidingsniveau van de ouders, te kleine behuizing, wonen in een onveilige buurt, oorlogservaringen, het meegemaakt hebben van natuurrampen, enzovoort. In bijlage 1 wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste risicofactoren die in een aantal studies gevonden zijn. Voor vrijwel al deze risicofactoren geldt dat er weliswaar een statistisch significante, maar vrijwel steeds zwakke relatie van één zo'n factor met ongunstige ontwikkelingsuitkomsten is. Dit laatste betekent dat de kans op latere problemen in de aanwezigheid van slechts één risicofactor doorgaans slechts enkele procenten hoger is dan bij het geheel ontbreken van risicofactoren (Appleyard, Egeland, Dulmen, & Sroufe, 2005; Asscher & Paulussen- Hoogenboom, 2005; Sameroff & Fiese, 2000). Dat laatste komt overigens zelden voor: meer dan 90% van de Nederlandse kinderen heeft met minstens één risicofactor te maken (Woldringh & Peeters, 1995). Zo krijgt al 1 op de ongeveer 7 kinderen te maken met een echtscheiding van hun ouders (CBS, 2004).

Voor risicofactoren gelden de systeemtheoretische begrippen *equifinaliteit* en *multifinaliteit*. Equifinaliteit wil zeggen dat één bepaald probleem in de latere ontwikkeling voort kan komen uit een scala van sterk uiteenlopende risicofactoren. Zo hebben vrijwel alle hiervoor genoemde risicofactoren een voorspellende waarde ten opzichte van latere jeugddelinquentie, maar die is voor elke factor afzonderlijk zwak. Welke risicofactor of combinatie van risicofactoren de doorslag geeft en de kans op internaliserende, extrenaliserende problemen op opvoedingsproblemen (sterk) vergroot, kan per kind verschillen. Multifinaliteit betekent het omgekeerde: één specifieke risicofactor kan een verband hebben met een reeks van problematische ontwikkelingsuitkomsten. Echtscheiding in een gezin, bijvoorbeeld, is een risicofactor voor psychische problemen, gedragsproblemen, schoolproblemen en delinquentie. De 'fuzzy relaties' die tussen risicofactoren en latere problemen gevonden worden, wijst er op dat een eenvoudig oorzaak-gevolgdenken niet houdbaar is als het erom gaat ernstige gedrags- en psychosociale problemen te verklaren. Dit wordt nog duidelijker als we naar het begrip *risicocumulatie* kijken. Een steeds terugkerende bevinding in het onderzoek naar risicofactoren is dat er een rechtlijnig, lineair, verband is tussen aan de ene kant het aantal risicofactoren dat in

de opvoedingssituatie van kinderen wordt aangetroffen en aan de andere kant de kans dat een problematische ontwikkelingsuitkomst optreedt. Een lineair verband betekent dat als de ene variabele (in dit geval het aantal risicofactoren) toeneemt, de andere variabele (in dit geval de problematische ontwikkelingsuitkomst) ook steeds met een constante factor toeneemt. Een opeenstapeling van risicofactoren, risicocumulatie genoemd, verhoogt dus de kans op latere problemen aanzienlijk. Daarbij is het nauwelijks van belang *welke* risicofactoren of *welke combinaties* van risicofactoren er optreden: het *aantal* bepaalt de kans dat een kind problemen krijgt. Bij geen of één risicofactor is er nauwelijks een verhoogde kans op problemen, maar neemt het aantal verder toe, dan nemen navenant ook de (latere) problemen toe. Verschillende onderzoeken ondersteunen deze gedachtegang. In de meeste daarvan blijkt dat bij een cumulatie van vier of meer risicofactoren bij het kind of in de directe omgeving van het kind, de kans dat er een probleem ontstaat substantieel is (meer dan 30%). Dit verband tussen het aantal risicofactoren en problematische ontwikkelingsuitkomsten is over de leeftijdsrange van 0-19 jaar onder andere aangetoond voor intelligentieontwikkeling (Sameroff, Seifer, Baldwin, & Baldwin, 1993), psychische en gedragsproblemen (Rutter, 1978; Garbarino & Kostelny, 1996), kindermishandeling (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998), en delinquentie (Loeber, 1997) en recentelijk opnieuw voor gedreagsproblemen (Appleyard et al., 2005). Ook in Nederlands onderzoek is het beschreven verband een aantal malen gevonden bij kinderen en bij jongeren (Dekovic, 1999; Leseman & Hermanns, 2002). Er is, met andere woorden, sterke evidentie dat een willekeurig samengestelde groep risicofactoren, mits voldoende in aantal, allerlei ernstige problemen kan veroorzaken.

Interessant is nu de vraag of de specifieke inhoud van het probleem dat een kind krijgt, net zo willekeurig is als de verzameling risicofactoren die de kans op het probleem verhogen. Hierover kan door gebrek aan empirisch onderzoek alleen nog maar worden gespeculeerd. Het ligt echter voor de hand te veronderstellen dat de *richting* die de probleemontwikkeling neemt, bepaald wordt door enerzijds de aanleg van het kind en anderzijds de actuele context waarin het kind zich bevindt. Zo zullen kinderen met een aanleg om fel en intens te reageren op frustraties (een aangeboren temperamentkenmerk) in een situatie van risicocumulatie eerder antisociaal gedrag ontwikkelen, terwijl kinderen die van nature angstiger zijn meer psychische problemen zoals depressies en angststoornissen zullen krijgen. Kinderen die in aanleg niet erg intelligent zijn zullen in een situatie van risicocumulatie eerder schoolproblemen ontwikkelen dan kinderen die in aanleg normaal of bovennormaal intelligent zijn. De actuele context waarin een kind opgroeit, kan ook richting geven aan het probleem. Kinderen die met een andere taal, in een andere cultuur opgroeien, zullen in een situatie van risicocumulatie eerder problemen hebben met de aansluiting bij het onderwijs in de dominante taal en cultuur. Dat is ook wat in de praktijk vaak gebeurt als allochtone kinderen uit gezinnen met weinig opleiding en een laag inkomen in het onderwijs aankomen.

2.2 Protectieve factoren en veerkracht

In de ontwikkelingspsychopathologische literatuur bestaat tegenwoordig niet alleen aandacht voor risicofactoren, maar ook voor protectieve factoren (Dekovic, 1999; Yoshikawa, 1994). Protectieve factoren zijn per definitie die factoren die bescherming bieden tegen negatieve invloeden (Brink & Veerman, 1998). De populariteit van het begrip is ontstaan in de jaren tachtig van de vorige eeuw toen men zich ging realiseren dat veel kinderen evenwichtig en gelukkig opgroeiden, ondanks het feit dat ze in hun leven te maken hadden met aanhoudende tegenspoed. Onderzoek liet zelfs zien dat de meeste kinderen die blootgesteld werden aan meerdere risico's daar redelijk doorheen kwamen. Zelfs de kinderen met een maximale opeenstapeling van risico's bleken voor het grootste gedeelte zonder al te grote problemen en in ieder geval zonder evidente psychopathologie, delinquentie of sociale problemen op te groeien. In dit rapport wordt de opvatting van een meerderheid van de wetenschappelijke onderzoekers gevolgd (Brink & Veerman, 1998) die als meest fundamentele kenmerk van een protectieve factor het 'buffer effect' zien. Dit betekent dat protectieve factoren bescherming bieden tegen verstoringen van het opvoedings- en ontwikkelingsproces. Protectieve factoren zijn pas aantoonbaar als er sprake is van risicofactoren. Ten Brink en Veerman (1998) formuleren het als volgt: 'Protectieve factoren zijn, in een groep, factoren die samengaan met een verminderde kans op het vertonen van een stoornis, gegeven de aanwezigheid van een onderkend risico'. Een

protectieve factor heeft dus per definitie een interactieve werking: het effect van een protectieve factor is niet zichtbaar in afwezigheid van een risicofactor. Slechts wanneer een risico aanwezig is, verkleint de protectieve factor de kans op nadelige effecten van dat risico.

In de praktijk wordt vaak minder stringent met het begrip protectieve factor omgegaan. Alles wat een positieve invloed op de ontwikkeling en opvoeding van kinderen kan hebben, bijvoorbeeld een omgeving waarin veel positieve aandacht is voor een kind, wordt al gauw protectief genoemd. Deze invulling is niet conform bovenstaande definitie. De onbegrensde verruiming die bij de laatste invulling van het begrip optreedt, maakt het begrip theoretisch gezien ook een lege huls. Als alles wat goed is voor kinderen protectief genoemd wordt, verliest het begrip zijn theoretische kern. Protectieve factoren moeten, met andere woorden, niet verward worden met ontwikkelingsbevorderende factoren.

Zoals al uit bovenstaande definitie blijkt, is er bij het begrip protectieve factor sprake van een kansuitspraak, evenals bij het begrip risicofactor: er wordt iets gezegd over de kans dat een verstoring in de ontwikkeling al dan niet optreedt. De aanwezigheid van een protectieve factor verkleint de kans dat het nadelige effect van een risico tot uiting komt. Ook is van belang te constateren dat protectieve factoren meer zijn dan alleen het tegendeel of het ontbreken van risicofactoren. Wanneer bepaalde kinderen in een risicogroep zich succesvoller ontwikkelen dan andere kinderen in die groep alleen omdat hun risicobelasting minder is, kunnen we niet spreken van de beschermende werking van protectieve factoren.

De term 'resilience' (in het Nederlands wordt de term 'resilience' doorgaans vertaald met veerkracht) wordt vaak genoemd wanneer gesproken wordt over protectieve factoren en beide termen worden soms door elkaar gebruikt. Volgens sommigen verwijst veerkracht naar een individuele 'toestand' die het gevolg is van het bufferende effect van protectieve factoren en die het individu in staat stelt effectief om te gaan met risico's en bedreigingen (Werner 2000). Luthar, Cicchetti en Becker (2000) omschrijven veerkracht als een term die verwijst naar een dynamisch proces van aanpassing wanneer men geconfronteerd wordt met aanmerkelijke tegenslagen. Hoewel veerkracht in de eerste omschrijving gezien wordt als het gevolg van het bufferende effect van protectieve factoren, en daarmee een gunstige ontwikkelingsuitkomst genoemd zou moeten worden, is het effect van veerkracht hetzelfde als het effect van een protectieve factor: het verminderen van de werking van risicofactoren. Om die reden kiezen we ervoor veerkracht te beschouwen als een protectieve factor. Het door elkaar gebruiken van de term protectieve factoren en de term veerkracht is daarmee nog niet terecht: protectieve factoren zijn veelomvattender dan veerkracht. Veerkracht is een subklasse van protectieve factoren. Al eerder werd gezegd dat het onderzoek naar protectieve factoren tot op heden beperkt is, zeker in vergelijking met het onderzoek naar risicofactoren. De meeste onderzoekers die zich wel hebben beziggehouden met protectieve factoren onderscheiden drie niveaus waarop deze factoren werkzaam kunnen zijn (Groenendaal & Van Yperen 1994; Luthar et al. 2000; Werner 2000). Dit zijn het niveau van het kind, het niveau van het gezin en het niveau van de bredere sociale context.

2.2.1 Protectieve factoren op het niveau van het kind

Protectieve factoren op het niveau van het kind betreffen (doorgaans aangeboren of vroeg verworven) eigenschappen van het kind zelf die bescherming bieden tegen de nadelige effecten van risicofactoren. Verschillende onderzoekers geven een lijst van werkzaam gebleken factoren. We bespreken hier een aantal daarvan. Als eerste noemen we het eerder besproken 'veerkracht'. Duidelijk is dat sommige kinderen van nature de strijd met problemen gemakkelijker aangaan en dus ook gemakkelijker winnen dan anderen. Het 'gemakkelijke temperament' komt ook in diverse onderzoeken als protectieve factor naar voren (Ten Brink & Veerman 1998; Werner 2000). Een makkelijk temperament blijkt onder andere uit een gerichtheid op anderen, een stabiele emotionaleiteit en een actieve en alerte instelling. Een andere eigenschap die door meerdere onderzoekers als protectieve factor wordt genoemd is intelligentie (Ten Brink & Veerman 1998; Groenendaal & Van Yperen 1994; Werner 2000). Kinderen die beschikken over een goede intelligentie zijn beter bestand tegen negatieve invloeden van stressoren. Humor is een volgende factor die als protectieve factor genoemd wordt (Groenendaal & Van Yperen 1994). Ook kunnen genoemd worden: speciale talenten, zoals aanleg voor muziek, en een aantrekkelijke fysieke verschijning.

2.2.2 *Protectieve factoren op het niveau van het gezin*

Het betreft hier eigenschappen van een gezin als geheel, of eigenschappen van relaties tussen verschillende gezinsleden. Een goede relatie met (één van de) ouders komt in diverse onderzoeken naar voren als protectieve factor (Ten Brink & Veerman 1998; Groenendaal & Van Yperen 1994; Werner 2000). De steun die een kind van de ouder krijgt speelt in deze relatie een belangrijke rol.

Van een ondersteunende, warme en ontwikkelingsstimulerende houding van de ouder ten opzichte van het kind, kan ook een bufferende werking uitgaan (Groenendaal & Van Yperen 1994). Responsiviteit en sensitiviteit van de ouder zijn hierbij belangrijke begrippen. Een centraal thema bij de twee factoren op gezinsniveau die we zojuist hebben beschreven, is de steun die de gezinsleden onderling van elkaar ontvangen en aan elkaar geven. De aandacht bij deze twee factoren ging voornamelijk uit naar de steun die ouders aan hun kinderen geven. Maar ook de steun die broertjes en zusjes van elkaar ontvangen kan een bufferende werking hebben (Werner 2000). Daarnaast kunnen van belang zijn in een gezin: een stabiele financiële situatie en een hechte religieuze affiliatie (Pearce, Jones, Schwab-Stone, & Ruchkin, 2003).

2.2.3 *Protectieve factoren op het niveau van de bredere sociale context*

Als slot van de bespreking van protectieve factoren op drie niveaus, volgt nu een overzicht van veronderstelde factoren op het niveau van de bredere sociale context. Hiermee wordt de sociale omgeving rond een gezin bedoeld. Dit kan zijn de werkomgeving van de ouders, de familie- en vriendenkring of bijvoorbeeld de school van het kind.

Op het niveau van het gezin was al een belangrijke protectieve factor zichtbaar: de sociale steun vanuit de omgeving (Ten Brink & Veerman 1998; Groenendaal & Van Yperen 1994; Hermanns 1998; Werner 2000). In eerste instantie speelt voor een kind de steun die het ontvangt van de ouders een belangrijke rol (protectieve factor op het niveau van het gezin), maar naarmate een kind meer de 'wijde wereld' intrekt, gaat ook de ondersteuning vanuit andere bronnen een belangrijke rol spelen. Toegang tot zorgzame volwassenen die kinderen aanhoren, serieus nemen en ze proberen te helpen, hebben een sterk beschermende werking. De leerkrachten, maar ook familie, burens en leeftijdgenootjes maken deel uit van de bredere sociale context van een kind.

Niet alleen is ondersteuning van het kind door de bredere sociale omgeving van belang, ook ouders kunnen profiteren van die steun. Als ouders zich gesteund voelen, zijn zij op hun beurt weer beter in staat ondersteuning te bieden aan hun kind. Zo constateerden Hashima en Amato (1994) dat negatief opvoedingsgedrag (schreeuwen tegen kinderen, kinderen slaan) afneemt en dat positief opvoedingsgedrag (knuffelen en complimenten geven) toeneemt naarmate ouders een voor hen bevredigender ondersteunend netwerk hebben.

Naarmate moeders van kleuters meer personen kunnen noemen op de vraag 'noem eens personen die jou als ouder helpen of steunen', hebben ze een optimistischere beleving van het opvoeden en meer het gevoel zelf greep te hebben op de opvoeding. Bovendien correleert de omvang van het steunende netwerk positief met scores van de kleuters op tests voor de cognitieve ontwikkeling en sociale vaardigheden, zoals beoordeeld door enkele leerkrachten (Melson, Ladd & Hsu 1993).

Uit onderzoek blijken protectieve factoren de negatieve effecten van risicocumulatie voor een deel te kunnen opheffen. Of volledige uitschakeling van risicocumulatie mogelijk is door evenveel protectieve factoren tegenover de aanwezige risicofactoren kan plaatsvinden is niet aangetoond. Het zogenaamde 'balans' model wacht dus nog op empirische onderbouwing.

2.3 **Risicoprocessen**

Vroegtijdige interventie zoals in hoofdstuk 1 bepleit is alleen goed en kosteneffectief mogelijk als het mogelijk is om externaliserend probleemgedrag, internaliserende problemen en zorgwekkende opvoedingssituaties vroegtijdig te onderkennen.

Het mooiste zou zijn als men deze problemen van te voren zou kunnen zien aankomen. Het in de vorige paragraaf beschreven model van de risicocumulatie lijkt hiervoor mogelijkheden te bieden. De conclusie is echter dat het inventariseren van risicofactoren of het opstellen van een risicoprofiel alleen in situaties waarin er sprake is van risicocumulatie, leidt tot een effectieve en efficiënte vroegtijdige signalering. Dit is zeer waardevol, maar niet voldoende.

De menselijke ontwikkeling en de opvoeding van kinderen zijn namelijk zeer complexe processen die zich over langere tijd afspelen en waarbij er, zoals uit het bovenstaande duidelijk wordt in de loop van de tijd allerlei invloeden in positieve en negatieve zin kunnen doen gelden. De wijze waarop genetische factoren, gezinskenmerken, gedrag van ouders en invloeden vanuit de bredere maatschappelijke en culturele context de opvoeding en ontwikkeling beïnvloeden wordt in kaart gebracht door studies in de wereldgemeenschap van ontwikkelingspsychologische, kinder- en jeugdpsychiatrische, pedagogische en sociologische onderzoekers. Maandelijks worden er tientallen empirische studies over deze onderwerpen gepubliceerd². Met name longitudinaal onderzoek, waarin grote groepen kinderen en opvoeders gedurende vele jaren gevolgd worden, levert een schat aan informatie op. De kennis en inzichten die dit onderzoek oplevert is echter onvolledig. De genoemde wetenschappen zijn nog relatief jong en staan voor de herculische taak om het meest ingewikkelde fenomeen op deze planeet te doorgronden: het menselijke gedrag en de ontwikkeling daarvan. Belangrijker is misschien nog dat de genoemde studies vrijwel uitsluitend uitspraken op het niveau van populaties en subpopulaties toestaan. En niet op individueel niveau. Om het voorbeeld uit het eerste hoofdstuk te vervolgen: er is een goed inzicht in factoren die de kans op bijvoorbeeld fysieke kindermishandeling verhogen en er is een goed inzicht in de effecten die kindermishandeling kan hebben op het psychisch, sociaal en somatisch functioneren in het latere leven van mishandelde kinderen. Het gaat hierbij echter steeds om waarschijnlijkheidsuitspraken waarbij de hoogte van de kans dat iets voorkomt relatief klein is (ook al is de relatieve kans aanzienlijk verhoogd). Zelfs de in dit type onderzoek krachtigste predicties (zoals bij een cumulatie van vier of meer bekende risicofactoren voor kindermishandeling) voorspellen ook dat de meeste kinderen die met deze risicocumulatie te maken hebben niet mishandeld worden. Als men de zogenaamde protectieve factoren meeneemt in de predictie verbetert de voorspelling wel iets, maar wordt niet wezenlijk beter (Laucht, Esser, & Schmidt, 1997). Een uitspraak dat in een specifiek gezin een individueel kind eerder wel dan niet mishandeld zal worden is dus niet mogelijk. Dat wil niet zeggen dat de wetenschap dat er een verhoogd risico is, niet kan leiden tot de noodzaak van een interventie. In een aantal gevallen is het aan toch aan te raden om, ook al is er weinig zekerheid, de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren te laten leiden tot een interventie. In paragraaf 2.5 wordt hier op ingegaan.

Vroegtijdige signalering in de betekenis van het aanwijzen van individuele kinderen of gezinnen die later problemen zullen krijgen is in de meeste gevallen dus problematisch. Een belangrijk uitgangspunt in het werk van de Inventgroep is dat het niet mogelijk is een eenvoudig lijstje van risicofactoren of indicatoren op te stellen (het zogenaamde risicoprofiel) waarmee, nog vóór er problemen zijn, kinderen of gezinnen aangewezen kunnen worden waarbij een interventie (ondersteuning, hulp al dan niet met dwang of drang) nodig is omdat er anders ernstige problemen zullen ontstaan.

De lange lijn tussen de aanwezigheid van risicofactoren en het uiteindelijke probleem is te grillig en wordt te vaak onderbroken om alleen op het concept risicofactor een systeem van vroegtijdige signalering op te zetten. Naarmate de ontwikkelingslijn van kind en gezin in de tijd dichter bij het probleem komt (of juist niet) wordt het voorspellen echter beter mogelijk. Tussen risicofactor en probleem ligt namelijk een risicoproces.

Een voorbeeld. Als er bij de geboorte van het kind risicofactoren zijn die de kans op latere externaliserende problemen zoals delinquentie verhogen én het kind in de peuterleeftijd extreem moeilijk hanteerbaar gedrag begint te vertonen, waarop de ouders geen ander antwoord dan een mengsel van permissiviteit en fysieke straf kunnen vinden, wordt de kans dat er ook later inderdaad behoorlijke gedragsproblemen zullen zijn steeds groter. Als het kind kort na de entree in de basisschool ook daar antisociaal gedrag gaat vertonen en bijvoorbeeld voortdurend ruzie maakt met andere kinderen, waarbij de ouders vooral de schuld aan die andere kinderen en aan de school geven is duidelijk dat zich een risicoproces aan het voltrekken is dat zonder interventie met een relatief hoge kans leidt tot ernstige en moeilijk te behandelen externaliserende gedragsproblemen. Als het kind in de jaren daarna regelmatig spijbelt en ook

² Voor een selectie van internationale publicaties die voor Nederland van belang zijn zie het tijdschrift 'Kind en Adolescent Review' (1994 – heden).

nog eens met de politie in aanraking komt en de ouders de greep op het kind verloren hebben is er een relatief grote kans op een delinquente carrière.

Een tweede voorbeeld. Het is al jaren bekend dat kindermishandeling intergenerationele overdracht kent. De kans dat een kind dat mishandeld, verwaarloosd of misbruikt is, later als ouder het eigen kind of de eigen kinderen gaat mishandelen is relatief groot. Vijf studies komen, afhankelijk van definities, onderzoeksmethodiek, termijnen en onderzochte populaties tot een herhalingskans van 8 tot 44%. De meest valide schatting is nog altijd die van Kaufman & Zigler (Kaufman & Zigler, 1987), waarin drie prospectieve studies werden geanalyseerd: 30%. Dat er tot op zekere hoogte transgenerationale overdracht plaatsvindt staat wel vast. Hoe dat proces precies verloopt, is minder duidelijk. Er is dus een gedocumenteerde risicofactor, maar hoe het risicoproces verloopt, moet nog beter beschreven worden. Onderstaand voorbeeld wordt wat uitgebreider beschreven om duidelijk te maken wat concreet bedoeld wordt.

In een grootschalig onderzoek probeerden Dixon en haar collega's van de universiteit van Birmingham (2005) meer inzicht te krijgen in het verloop van de risicoprocessen. Zij volgden een groep van ruim 4000 pasgeborenen en hun ouders in het eerste levensjaar van het kind. Enkele weken na de geboorte werd een uitgebreid interview afgenomen. Er werd gevraagd naar 13 bekende risicofactoren voor kindermishandeling: geboortecomplicaties, een van de ouders jonger dan 21 jaar, een stiefouder, een tweeling of een broertje of zusje dat nog geen 18 maanden jonger is, een kind met een handicap, ouders die zich geïsoleerd voelen, ernstige financiële problemen, een van de ouders heeft ooit psychiatrische zorg nodig gehad, verslaving, ernstige ziekte of pre- of dysmaturiteit, alleenstaand ouderschap, een ouder met neiging tot gewelddadig gedrag, onverschilligheid ten opzichte van de baby. Ook werd gevraagd of een van de ouders in haar of zijn jeugd mishandeld of misbruikt was. Dat bleek in 135 gezinnen het geval te zijn.

Na een jaar werd gekeken of kinderen waren gemeld bij de kinderbeschermingsautoriteiten voor enige vorm van kindermishandeling: verwaarlozing, fysieke mishandeling, emotionele verwaarlozing of seksueel misbruik. In totaal bleken er 27 kinderen gemeld te zijn: 9 van zelf mishandelde ouders (6,7%) en 18 van de overige (0,04%). De intergenerationele overdracht was aanwezig (een 17 maal zo grote kans), maar relatief klein in vergelijking met ander onderzoek. De leeftijd van het kind (maximaal 13 maanden) speelde zeker een rol. Ook het criterium voor kindermishandeling (een officiële melding) was streng. Hoewel de mishandelende ouders op vrijwel alle risicofactoren hoger scoorden, speelden in een analyse van mediërende processen maar drie risicofactoren een duidelijke rol: 'een van de ouders jonger dan 20 jaar', 'minstens een van de ouders heeft ooit psychiatrische zorg nodig gehad' en 'een van de ouders heeft de neiging zich gewelddadig te gedragen'. De risicofactoren verklaarden echter maar 20% van de variantie.

In een tweede onderzoek (L. Dixon, K. Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005) is daarom gekeken naar het opvoedingsgedrag en attributies van ouders als mogelijke volgende mediator van de transgenerationale overdracht. Het risicoproces werd verondersteld als volgt te verlopen. Kindermishandeling beïnvloedt mensen op een negatieve manier. De gevolgen kunnen onder andere zijn: psychiatrische problemen ontwikkelen, te jong kinderen krijgen en geweld in intieme relaties. In de groep die deze probleemkenmerken ontwikkelt hoeft echter niet altijd kindermishandeling te ontstaan. Sterker nog: meestal gebeurt dat niet. De onderzoekers veronderstellen dat kindermishandeling pas optreedt als er na de eerste twee stappen vervolgens geen veilige relatie tussen ouder en kind ontstaat, als ouders problemen attribueren aan het kind in plaats van aan henzelf en als ouders onrealistische verwachtingen ten opzichte van het kind hebben. Gegevens over al deze kenmerken van de ouder-kind relatie werden verzameld door rating scales die werden gescoord op verschillende momenten in het eerste levensjaar.

Op de eerste plaats bleek dat de mishandelende ouders (ongeacht of ze nu zelf als kind mishandeld waren) op bijna alle aspecten van de ouder-kind relatie negatiever scoorden. Deze scores voorspelden echter maar matig het voorkomen van kindermishandeling: 18,5% van de variantie. De combinatie van de drie risicofactoren en het vervolgens zich niet ontwikkelen van een realistische en veilige ouder-kind relatie bleek maar liefst 62% van de variantie te verklaren. Deze studie laat zien dat rijtjes van risicofactoren (de zogenaamde risicoprofielen) ons maar zeer beperkt in staat stelt om kindermishandeling te voorspellen. Het is dan ook riskant om interventies alleen maar op grond van risicoprofielen in te zetten. Het in kaart brengen van

risicoprocessen over de tijd (deels retrospectief en deels door het volgen van de ontwikkeling) lijkt een betere manier om gezinnen te signaleren die hulp nodig hebben.

Door de risicocumulatie het ontbreken van protectieve factoren en de daarop volgende verschillende signalen te interpreteren als symptomen van een risicoproces, ontstaan er nieuwe mogelijkheden van vroegsignalering. Door niet te focussen op factoren maar op processen ontstaat inzicht in de mechanismen waarlangs het risico proces verloopt dat leidt tot psychopathologie. Het is noodzakelijk na te gaan of en hoe risicofactoren en het ontbreken van protectieve factoren in sommige gevallen leiden tot tekort schieten in het oplossen van problemen op het sociale vlak, het niet beheersen van geweld of een tekort schietende impulscontrole, tekort schietend ouderlijke supervisie of het afwezig zijn van een betrokken, warme ouder kind relatie de werkelijke processen zijn waarlangs psychopathologie ontstaat. Hiermee is ook de relatie met interventies gemakkelijker te leggen. Immers, de risicofactoren die op zich niet een oorzakelijk aangrijpingspunt bieden zijn ook vaak juist die factoren waar wij niets meer aan kunnen doen, zoals de leeftijd waarop je een kind krijgt of extreme armoede. De wijze waarop het risicoproces verloopt, geeft wel inzicht in elementen in de situatie waaraan mogelijk iets gedaan kan worden, zoals het aanleren van impuls controle, het verwerven van parent management technieken, het afkicken van alcohol en drugs, het leren van supervisie en het leren oplossen van problemen.

2.4 Problemen

Ergens in de ontwikkeling van het kind kunnen de problemen die zich tijdens het risicoproces voordoen zo ernstig worden dat er sprake is van een 'diagnose', dat wil zeggen dat terzake deskundige beroepsbeoefenaren als ze met het gedrag geconfronteerd worden het gedrag zo afwijkend van de norm zouden vinden dat hulpverlening of behandeling noodzakelijk is. Dit hoeft niet eens te betekenen dat het probleem niet nog ernstiger kan worden, maar wel dat er sprake is van een diagnoseerbaar probleem. Vroegtijdige signalering zou er dus ook op gericht moeten zijn diagnoseerbare problemen zo snel mogelijk op te sporen. Dit gebeurt doorgaans door screening.

2.5 Veiligheidsrisico's

Signalering leidt als het goed is uiteindelijk tot interventies. Dat wil niet altijd zeggen dat het kind geen veiligheidsrisico's meer loopt of er geen veiligheidsrisico meer is. Let wel: de term risico wordt hier anders gebruikt: het gaat niet om risico's op latere problemen in de ontwikkeling, maar om actuele risico's met betrekking tot veiligheid. Enkele voorbeelden. Uit de jaarcijfers van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling blijkt bijvoorbeeld dat jaarlijks een aantal kinderen overlijdt ná de melding. In 2004 waren dit er bijvoorbeeld 12 (Horn en Hermanns, 2005). Uit onderzoek is daarnaast bekend dat kindermishandeling tijdens hulpverlening in een substantieel aantal gevallen doorgaat (Baartman, 1996). Ook interventies voor delinquent jongeren leiden lang niet altijd tot het verdwijnen van delinquent gedrag. De recidive is in het algemeen hoog. In alle voorbeelden zou het daarom van groot belang zijn te kunnen inschatten of er risico's zijn op (fatale) kindermishandeling dan wel recidive. Omdat het begrip risico in dit document vooral gebruikt wordt om risico's in de latere ontwikkeling van kinderen te beschrijven wordt hier expliciet gesproken van 'taxatie van veiligheidsrisico's'.

2.6 Vroegtijdige signalering: verschillende strategieën

De volgende vragen kunnen nu over het onderwerp vroegtijdige signalering worden gesteld. Zoals: bij welke kans op latere ernstige problemen is het verantwoord een interventie (al dan niet met overheidsdwang) toe te passen, hoewel we weten dat dit voor veel van deze gezinnen en kinderen niet terecht is? En: als voorspellen niet mogelijk is, hoe kunnen problemen die zich aan het ontwikkelen zijn zo snel mogelijk onderkend worden? En: als er eenmaal grote problemen zijn, hoe kunnen we die zo snel mogelijk constateren? En: als er eenmaal een interventie wordt of is toegepast, hoe verkleinen we zoveel mogelijk de risico's voor gezinnen en kinderen om alsnog ernstige problemen te krijgen?

Er zal derhalve een genuanceerd systeem van vroegtijdige signalering ontworpen moeten worden dat een antwoord op deze verschillende vragen mogelijk maakt. Voorgesteld wordt een systeem van vroegtijdige signalering dat met vier, elkaar aanvullende strategieën werkt:

- Zo vroeg mogelijk (lieft vóór of snel na de geboorte) door middel van een korte screening signaleren van toekomstige ernstig zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties op basis van een lijst van risicofactoren.
- Op verschillende momenten in de ontwikkeling van een kind signaleren van internaliserende en externaliserende problemen alsmede zorgwekkende opvoedingssituaties op basis van indicaties van risicoprocessen die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is.
 - 1 Het op vastgestelde tijdstippen met eenvoudige breed toegepaste screeningsinstrumenten signaleren van problemen in opvoeding en ontwikkeling die, ondanks de eerste twee strategieën toch niet eerder onderkend zijn en nu manifest zijn.
 - 2 Taxatie van veiligheidsrisico's (voor en door kinderen) en jongeren vóór tijdens en na interventies.

In het onderstaande wordt eerst kort besproken wat iedere strategie inhoudt. Vervolgens zal besproken worden wat de strategie in verschillende institutionele contexten betekent. In het volgende hoofdstuk zullen voorstellen worden gedaan voor concrete instrumenten en procedures voor de toepassing van de strategieën in verschillende contexten. Eerst moet echter gesteld worden dat signalering als zodanig slechts een beperkte hoeveelheid informatie oplevert. De belangrijkste informatie is dat er een probleem is, waarbij de aard van het probleem slechts globaal aangegeven kan worden. Er zal vervolgens verdere probleemverheldering, vraaganalyse en/of diagnostiek moeten plaatsvinden om duidelijk te krijgen wat het probleem precies is en wat de interventie moet inhouden. Daarnaast moet opgemerkt worden dat het signaleren en verder analyseren van problemen geen zin heeft als er geen adequate interventie op kan volgen. In hoofdstuk 4 zal ingegaan worden op de stappen die gezet moeten worden tussen signalering en interventie.

2.6.1 Vroegtijdige signalering van toekomstige zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties.

Deze signalering is gebaseerd op extreme risicocumulatie en is bedoeld voor een zeer kleine groep gezinnen en kinderen. Het gaat hier om gezinnen en kinderen die functioneren in een context van meervoudige risicofactoren. De kans dat in deze situaties problemen zullen ontstaan, dient naar de mening van de Inventgroep minimaal tien keer zo groot te zijn als in doorsnee gezinnen om tot deze categorie te behoren. In situaties waarin meer dan vier of meer risicofactoren bij elkaar komen is dat doorgaans het geval (Hermanns & Leu, 1998). Het feit dat er door deze werkwijze ook een aanzienlijk aantal gezinnen en kinderen als mogelijk problematisch worden aangemerkt en de daarbij behorende negatieve effecten zoals stigmatisering en onnodige kosten wordt hierbij geaccepteerd. Door een zorgvuldige probleemanalyse na signalering moeten deze effecten zo beperkt mogelijk gehouden blijven.

2.6.2 Vroegtijdige signalering van risicoprocessen die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is.

Hiermee wordt bedoeld het signaleren dat een aantal stappen in een risicoproces gezet zijn. Dit kan prospectief door de ontwikkeling van kind en gezin in de tijd te volgen of retrospectief door op enig moment terug te kijken in de tijd.

2.6.3 Vroegtijdige signalering van problemen in opvoeding en ontwikkeling die, ondanks de eerste twee strategieën toch kunnen ontstaan

Hierbij gaat het om het vaststellen van de aanwezigheid van een probleem. Dit kan door systematisch screenen gebeuren met instrumenten voor bijvoorbeeld psychische en gedragsproblemen, maar ook door signaalgevoeligheid bij professionals te verhogen voor bijvoorbeeld kindermishandeling.

2.6.4 *Taxatie van veiligheidsrisico's vóór, tijdens en na interventies die na signalering van een probleem aanwezig kunnen zijn*

Op een systematische wijze worden veiligheidsrisico's voor en door kinderen in kaart gebracht op het moment dat ze gesignaleerd zijn en aangemeld zijn voor een interventie. Het inschatten van deze risico's wordt doorgaans risicotaxatie genoemd. Omdat het begrip risico in dit document vooral gebruikt wordt om risico's in de latere ontwikkeling van kinderen te beschrijven wordt hier expliciet gesproken van 'taxatie van veiligheidsrisico's. Het gaat hierbij om gestructureerde professionele oordelen van professionals (vaak vanuit verschillende disciplines).

2.7 Signaleren in verschillende contexten

2.7.1 *De rol van de verschillende beroepskrachten bij het signaleren*

Signalering van risicovolle opvoedingssituaties door beroepskrachten zoals verloskundigen, medewerkers van peuterspeelzalen en kinderopvang, wijkverpleegkundigen en jeugdartsen, de politie en leerkrachten is essentieel om drie redenen. In de eerste plaats zien professionals kinderen soms in situaties waarin niemand anders deze kinderen waarneemt. Een wijkagent die vrijdagavond wegens huiselijk geweld wordt opgeroepen en op de bank een peuter van drie jaar aantreft die er getuige is van hoe vader moeder mishandelt, een verloskundige die een moeder van 15 jaar begeleidt tijdens haar zwangerschap, een leraar die opvalt dat een kind zich steeds meer afsluit van de buitenwereld en depressief wordt, zijn getuigen van situaties die geen andere beroepskracht kan waarnemen. Hun beroepsrol geeft hen derhalve een specifieke verantwoordelijkheid ten opzichte van deze kinderen. Want als die wijkagent het schadelijke effect van huiselijk geweld op de ontwikkeling van dat kind niet beseft en dit niet signaleert, dan gaat een kans om vroegtijdig het kind te beschermen verloren.

In de tweede plaats blijkt dat de beschermende factoren die het effect van een risicovolle opvoedingssituatie kunnen verminderen of tegengaan, juist factoren zijn die bovengenoemde professionals kunnen beïnvloeden. De factor die kinderen het duidelijkst een bescherming biedt tegen het risico voor een gestoorde ontwikkeling is toegang tot kundige en zorgzame, liefdevolle volwassenen die kinderen leren problemen op te lossen, hun communicatieve vaardigheden en zelfvertrouwen verhogen en voor de kinderen positieve voorbeelden, dus 'rolmodellen' zijn (Werner 2000). Een leraar, een zorgzame wijkagent, een liefdevolle medewerker van de peuterspeelzaal kunnen deze rol vervullen. Uit onderzoek blijkt dat een zorgzame opvoeding door ouders de sterkste beschermende factor is (Osofsky & Thompson 2000). Professionals die met kinderen werken, kunnen ouders in het geven van een zorgzame opvoeding goed ondersteunen.

Ten derde leidt een kundige signalering van een risico vaak meteen tot een interventie. Zo is tienermoederschap van een alleenstaande tiener op zichzelf géén risico voor het ontstaan van psychopathologie bij het kind, mits de jonge moeder maar voldoende vaardigheden heeft om het kind te verzorgen, als zij leert op de signalen van haar kind adequaat te reageren zodat een goede band ontstaat tussen haar en haar kind en daarbij voldoende sociale steun heeft vanuit haar omgeving. Als de verloskundige deze punten met de jonge moeder nagaat en bij het gemis aan voldoende support haar eventueel gericht verwijst naar een vorm van opvoedingsondersteuning of hulp die de moeder op deze punten ondersteunt, dan verkleint de verloskundige het risico op een negatieve ontwikkeling van het kind. Het te vroeg ter wereld komen, prematuriteit, is een risicofactor en kan angst en onzekerheid bij de ouders veroorzaken waardoor zij niet goed reageren op de kindsignalen wat weer een goede hechting met de ouders in de weg staat. Worden de ouders in dit proces door een verpleegkundige begeleid die het risico van een te vroege geboorte vanuit haar vakkennis begrijpt en daarop adequaat handelt, dan voorkomt zij daarmee latere stoornissen. Hiermee wordt nogmaals onderstreept dat vroegtijdige signalering in vele situaties een proces is dat plaatsvindt als beroepskrachten begrip en inzicht hebben in de risicoprocessen en niet uitsluitend afgaan op risicofactoren of profielen.

2.7.2 *Ervaringen van ouders zijn belangrijk*

Het signaleren van problemen met kinderen en gezinnen kan op tal van manieren gebeuren. In de meeste gevallen zullen het de ouders zelf zijn die merken dat er iets niet goed gaat met hun kind of dat ze vastlopen in het opvoeden. Ouders die op zoek gaan naar steun of hulp, zoeken

dat het eerst in het eigen gezin (de partner) en eigen kring (Rispens et al., 1996). Daarnaast of daarna leggen ze hun probleem aan de huisarts voor of bespreken het, als het kind nog geen vier is, op het consultatiebureau. Ook medische specialisten (bijvoorbeeld kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters) worden vaak geraadpleegd. Relatief weinig (minder dan 7% van de ouders) gebruiken de leiding van de kinderopvang, leerkrachten, schoolarts of maatschappelijk werk (Zeijl e.a. 2005). Dit wil overigens niet zeggen dat ouders leerkrachten en leidsters in de kinderopvang en peuterspeelzalen niet als een steunende partner kunnen ervaren bij het opvoeden. Voor 'echte' problemen spreken ze echter doorgaans anderen aan.

Een eerste vereiste voor een systeem van vroegsignalering is dat men een antwoord kan vinden op het hulpzoekgedrag van ouders, kinderen en jongeren. Dat veronderstelt dat ouders weten waar ze moeten zijn en veronderstelt deskundigheid bij professionals in het opvangen, begrijpen en een vervolg geven aan de vragen die gesteld worden. In hoofdstuk 7 wordt een infrastructuur geschetst waarin dit onderwerp een plaats krijgt.

Het is overigens niet zo, als vaak gedacht wordt, dat ouders uit de zogenaamde risicogroepen (ouders met een lage opleiding, laag inkomen, alleenstaand en uit een niet westerse cultuur) minder snel en minder frequent problemen die er zijn als zodanig ervaren. Juist gezinnen in meervoudige risicosituaties rapporteren relatief vaak problemen (Zeijl e.a. 2005) en ervaren een relatief grote 'onvervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning' (Bertrand, Hermanns, & Leseman, 1998). Het uitgaan van en aansluiten bij de ervaring van ouders is dus van groot belang bij het tijdig signaleren van problemen. Professionals dienen op een systematische en evidence-based wijze op de vragen van ouders te reageren.

Daarnaast hebben ze een eigen verantwoordelijkheid om zich zelf een oordeel te vormen en zelf problemen tijdig te signaleren, al was het maar omdat er altijd ouders zijn die de eigen problemen niet ervaren of daarover niet willen of kunnen communiceren. In de meeste gevallen zijn de signaleringsinstrumenten en methodieken die in het volgende hoofdstuk worden besproken overigens gebaseerd op zelfrapportage van ouders en kinderen en structureren en systematiseren ze de ervaringen van de direct betrokkenen.

2.7.3 Taken voor verschillende voorzieningen

Ouders en kinderen komen in de loop van de jaren met verschillende instellingen en professionals in aanraking. Op al die contactmomenten doen zich mogelijkheden voor om problemen te signaleren. De voorzieningen met het hoogste bereik zijn de jeugdgezondheidszorg (met name de consultatiebureaus voor kinderen tot 4 jaar) en het onderwijs (van 4 tot ongeveer 18 jaar). Vrijwel 100% van de kinderen heeft contact met deze voorzieningen en wel over een periode van meerdere jaren. Daarnaast zijn belangrijke voorzieningen de huisarts, de peuterspeelzalen en de kinderopvang. Ook komen veel kinderen in (sport)clubs en verenigingen, en sociaal en cultureel werk. Ook komen sommige kinderen en jongeren in aanraking met de politie en HALT-bureaus. Ouders zijn soms cliënt van maatschappelijk werk, psychiatrie of verslavingszorg. Daar dient aandacht te zijn voor de kinderen van deze ouders en hun mogelijke problemen. Uiteraard mag men niet aan al deze voorzieningen dezelfde eisen stellen als het gaat om het met gestandaardiseerde instrumenten signalering van internaliserende en externaliserende problemen bij kinderen en/of zorgwekkende opvoedingssituaties. Het ligt voor de hand om, gezien hun hoge bereik onder kinderen, jongeren en ouders, de jeugdgezondheidszorg en het onderwijs een centrale positie te geven. Ook peuterspeelzalen en de kindercentra (die samen meer dan 80% van de kinderen onder de vier jaar bereiken) kunnen een belangrijke bijdrage leveren. Maar ook de verloskundigen, gynaecologen, huisartsen en de ziekenhuizen (bijvoorbeeld de afdeling spoedeisende hulp) kunnen een belangrijke taak vervullen. De politie en de HALT-bureaus hebben een taak om mogelijke achterliggende problemen te signaleren bij de kinderen, jongeren en gezinnen waarmee ze in aanraking komen. Aan de kinderopvang, peuterspeelzalen en sociaal cultureel werk (vooral jongerenwerkers) mogen eveneens eisen gesteld worden. Zelfs sportverenigingen en andere clubs kunnen een functie hebben, bijvoorbeeld bij het onderkennen van kindermishandeling of andere vormen van geweld tegen kinderen.

Voor de tweedelijns voorzieningen zoals de jeugdzorg, GGZ, kindergeneeskunde en justitiële jeugdvoorzieningen hebben als het om signalering gaat vooral een taak op het gebied van taxatie van veiligheidsrisico's. In de volgende tabel (tabel 2.1) is weergegeven van welke

voorzieningen naar de mening van de Inventgroep bijdragen aan welke van de vier strategieën verwacht mogen worden.

Tabel 2.1: Een tentatieve toedeling van taken van voorzieningen met betrekking tot het gestandaardiseerd signaleren met behulp van de vier strategieën:

1. *Vroegtijdige signalering van toekomstige ernstig zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (voor de meest extreme risicosituaties)*
2. *Vroegtijdige signalering van risicoprocessen die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is.*
3. *Signalering van manifeste problemen in opvoeding en ontwikkeling*
4. *Taxatie van veiligheidsrisico's vóór, tijdens en na interventies die na signalering van een probleem aanwezig kunnen zijn.*

	1	2	3	4
Verloskundigen/ kraamzorg	x			
Jeugdgezondheidszorg	x	x	x	
Onderwijs		x	x	
Peuterspeelzaal en kinderopvang			x	
Sociaal Cultureel Werk/verenigingen			x	
Huisarts	x		x	
Ziekenhuizen	x		x	x
Politie	x	x	x	
HALT		x	x	
Tweedelijns voorzieningen voor kinderen en jongeren ³				x
Tweede lijnsvoorzieningen voor volwassenen (zoals maatschappelijk werk, psychiatrie, verslavingszorg)	x		x	x

In het volgende hoofdstuk zal een overzicht gegeven worden van beschikbare instrumenten voor de verschillende signaleringsstrategieën.

Bovenstaande tabel betreft bijdragen aan signalering voor zover er gebruik wordt gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten. In algemene zin is de signaleringstaak ruimer. Het reageren op vragen van ouders, kinderen en jongeren zelf is voor iedere instelling een taak. Dat geldt ook voor het constructief en productief om kunnen gaan met het zogenaamde 'niet plus' gevoel en signalen van zorgwekkende opvoedingssituaties. Juist in voorzieningen met een hoge contactfrequentie met kinderen en ouders (peuterspeelzalen, kinderopvang, scholen, maar misschien ook wel sport- en andere clubs) zal deze persoonlijke betrokkenheid op kinderen en ouders een belangrijkere bijdrage kunnen leveren aan vroegsignalering dan het af en toe gebruiken van gestandaardiseerde instrumenten. Investeren in vroegsignalering is dan ook op de eerste plaats investeren in competenties van professionals.

Signaleringstaken geven aan instellingen betekent naast het bovenstaande ook het opnemen van die taak in de subsidievoorwaarden of contracten. Over deze aspecten van het signaleren spreekt de Inventgroep zich niet in detail uit. Dat zal echter wel moeten gebeuren.

In hoofdstuk 8 zal een voorstel worden gedaan voor een Task Force die onder meer op deze terreinen voorstellen moet gaan ontwikkelen.

³ Hieronder worden onder andere verstaan jeugdzorgvoorzieningen (inclusief Bureau Jeugdzorg en AMK), voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen. Deze voorzieningen hebben geen taak op het gebied van vroegsignalering anders dan het ondersteunen van andere voorzieningen. Een uitzondering moet wellicht gemaakt worden voor kinderen en jongeren waar deze voorzieningen mee in aanraking komen via de jeugdige die hun cliënt is. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om broers en zussen van cliënten. Een verdere uitwerking van dit thema past niet in dit rapport en kan het best door de tweede lijnsvoorzieningen zelf worden uitgewerkt.

Literatuur

- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. v., & Sroufe, A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 235-245.
- Asscher, J., & Paulussen- Hoogenboom, M. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26(1), 45-55.
- Baartman, H. (1996). *Opvoeden kan zeer doen*. Utrecht: SWP.
- Bertrand, R., Hermanns, J., & Leseman, P. (1998). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning in Nederlandse, Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen van 0-6 jaar. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14(1/2), 50-71.
- Brink, L. t., & Veerman, J. (1998). Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. In J. Bosch & H. Bosma & G. R. v. d. A & W. Ruijsseenaars & A. Vyt (Eds.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 3 (1998-1999)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-684.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child malteratment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child malteratment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- Hermanns, J., & Leu, H. (1998). *Family risks and family support*. Delft: Eburon.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. (1997). Wovor schützen schutzfaktoren. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 19(3), 260-270.
- Pearce, M., Jones, S., Schwab-Stone, M., & Ruchkin, V. (2003). The protective effects of religiousness and parent involvement on the development of conduct problems among youth exposed to violence. *Child Development*, 74(6), 1682-1696.
- Rispens, J., Hermanns, J., & Meeus, W. (Eds.). (1996). *Opvoeden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Woldringh, C., & Peeters, J. (1995). *De relatie tussen risico- en protectieve factoren en het functioneren van het kind*. Nijmegen: ITS.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as Cumulative Protection: Effects of Early Family Support and Education on Chronic Delinquency and Its Risks. *Psychological Bulletin*, 115(1), 28-54.

3 Instrumenten voor risicosignalering

3.1 Inleiding: criteria voor kwaliteit

3.1.1 *Geen enkel instrument is als ‘stand alone’ toereikend om een probleem te onderkennen*

Signalering kan men zien als het onderzoeken van een bepaalde populatie op de aanwezigheid van een (problematisch) kenmerk. In technische zin spreekt men dan van ‘screenen’. De eerste kwaliteitseis voor een signaleringsinstrument (een vragenlijst, checklist, gestructureerd interview een test, een video-opname) is dat deze het probleem dat men wil signaleren met grote zekerheid kan detecteren waarbij zo weinig mogelijk mensen met het probleem worden gemist, en tegelijkertijd zo weinig mogelijk gevallen aanwijst als problematisch, terwijl deze dat niet zijn. De kwaliteit van een signaleringsinstrument drukt men doorgaans uit met de parameters ‘sensitiviteit’ en ‘specificiteit’. Met sensitiviteit wordt bedoeld het percentage van de probleemgroep dat correct wordt geïdentificeerd. Met specificiteit wordt bedoeld het percentage van de niet-probleemgroep dat correct wordt geïdentificeerd als probleemloos. Daarnaast zijn belangrijk de ‘positieve predictieve waarde (PPW)’: het percentage als problematisch benoemde gevallen die inderdaad problematisch blijken te zijn en de ‘negatieve predictieve waarde NPW)’: het percentage niet problematische gevallen van de als probleemloos aangewezen gevallen. In tabel 2 wordt dit toegelicht.

Tabel 2: Contingentietabel voor effectiviteit van een signaleringsinstrument

	Probleem	Geen Probleem	Totaal
Gesignaleerd	a	b	a+b
Niet gesignaleerd	c	d	c+d
Totaal	a+c	b+d	N

Sensitiviteit:	$a/a+c$
Specificiteit:	$d/b+d$
Positive predictieve waarde:	$a/a+b$
Negatieve predictieve waarde:	$d/c+d$

Van belang is nog op te merken dat de ‘base rate’, dat wil zeggen het percentage gevallen in de totale populatie dat een probleem heeft een grote invloed heeft op de positieve en negatieve predictieve waarde. Hoe lager de base rate, des te ongunstiger de PPW en NWP. Stel dat 15% van een populatie een bepaald probleem heeft en een signaleringsinstrument een sensitiviteit van .80 en een specificiteit van .95 heeft (hetgeen voor signaleringsinstrumenten in de gedragswetenschappen zeer goede waarden zijn), dan is de PPW ongeveer 74%. Dat betekent dat ongeveer 1 op de vier gesignaleerde gevallen ten onrechte aangewezen is als probleemgeval.

Als de base rate echter 7% is (hetgeen nog redelijk hoog is voor de gedragsproblemen of zorgwekkende gezinssituaties die in dit rapport het onderwerp zijn), daalt de PPW tot 46% en is daarmee lager dan kansniveau. Meer dan de helft van de gesignaleerde gevallen zouden ten onrechte gesignaleerd zijn. Dat wil overigens niet zeggen dat het geen zin heeft het instrument toe te passen. Het kan immers, na het maken van een kostenbaten analyse, van groot belang zijn om toch zoveel mogelijk problemen op te sporen, ook al zijn er veel zogenaamd ‘vals positieven’.

Gegeven de sensitiviteit en specificiteit van de hieronder te bespreken instrumenten en de te verwachten base rate van 2 tot 5% voor ernstige problemen in opvoeding en ontwikkeling (Zeijl et al., 2005) moet men er dus rekening mee houden dat een groot deel van de door de signaleringsinstrumenten aangewezen kinderen en gezinnen geen probleem hebben. Het is daarom onverantwoord om welk signaleringsinstrument dan ook te gebruiken als enige aanleiding tot een interventie. Niet alleen is interventie dan vaak voor de meeste kinderen en

gezinnen overbodig, maar heeft ook negatieve effecten in de zin van stigmatisering en zelfvervulling prophecies. De base-rate van de internaliserende en externaliserende problemen en zorgwekkende opvoedingssituaties zal hoger zijn in populaties die te maken hebben met een aantal risicofactoren. Daarmee zal een screening in die populaties betere resultaten opleveren. Zoals later duidelijk zal worden stelt de Inventgroep echter voor om de eerder genoemde strategieën van vroegtijdige signalering waarbij screening aan de orde is (strategie 1 en strategie 3), bij de gehele populatie uit te voeren.

De trefzekerheid van de screening zal dus op een andere manier verhoogd moeten worden. Iedere signalering met de hieronder voorgestelde instrumenten dient daarom gevolgd te worden door ofwel een uitvoeriger assessment ofwel een verdergaande stapsgewijze signaleringsprocedure. De PPW zal na iedere stap stijgen aangezien de base rate sterk zal stijgen na een eerdere signaleringsstap.

Een geslaagde poging om een meertrapscreening te realiseren bij het signaleren van risico's op delinquent gedrag wordt beschreven door Loeber c.s. (1984). Een eerste selectie vond plaats op grond van een korte checklist voor leerkrachten en een tweede door een vragenlijst voor moeders over het probleemgedrag van het kind. Als derde stap werd vervolgens een vragenlijst voor moeders over hun opvoedingsstrategieën toegepast.

3.1.2 *Werken met meervoudige informatiebronnen verdient de voorkeur*

Waar dat mogelijk is dienen signaleringsinstrumenten gebruik te maken van meerdere informatiebronnen: dossierinformatie, informatie van de ouder(s), van het kind of de jongere en van anderen die het kind of de jongere goed kennen (leidsters kinderopvang en peuterspeelzalen, leerkrachten). Uit onderzoek blijkt dat dezelfde vragenlijsten die door verschillende personen worden ingevuld (ouder, kind, leerkracht) doorgaans slechts matig correleren. Dit heeft minder met de (on)betrouwbaarheid van de verschillende informanten te doen dan wel met het gegeven dat er specifieke, niet-overlappende informatie bij de drie bronnen bekend is (Zie: Hoffenaar, P. & Hoeksma, J, Understanding informant disagreement, in press). Een 'multiple gating' screening werd bijvoorbeeld succesvol toegepast door Lochman e.a. (1995) bij het vroegtijdig onderkennen van gedragsproblemen in het begin van de basisschool: een checklist voor het gedrag van het kind voor leerkrachten werd gecombineerd met een checklist voor kindgedrag door ouders en een vragenlijst over opvoedingsgedrag voor ouders. Werken met meerdere informatiebronnen is om nog een reden aan te bevelen. In sommige situaties hebben ouders er belang bij dat de situatie gunstiger wordt voorgesteld dan deze in feite is. Bijvoorbeeld omdat men bang is dat het laten blijken dat er problemen zijn tot ingrijpen van de overheid leidt.

3.1.3 *Keuze instrumenten*

De keuze van de instrumenten is gebaseerd op onderzoek van de (inter)nationale literatuur. De literatuurstudie is gedaan met behulp van de volgende databases:

- 1 Omega zoekmachine van de UU
- 2 PiCarta
- 3 PsycInfo
- 4 PubMed
- 5 Scholar.Google.com

Wanneer relevant is op referenties vanuit aanwezige artikelen gezocht. Er is in eerste instantie gezocht naar review artikelen, meta-analyses en epidemiologische studies.

Er is gezocht met behulp van de voor de verschillende domeinen en ontwikkelingsproblemen relevante trefwoorden. Via key-articles van auteurs in de referentielijsten is zonodig verder gezocht. Van interessante instrumenten zijn de oorspronkelijke publicaties gezocht. Met een aantal auteurs is contact opgenomen. Alle instrumenten zijn opgevraagd en beschikbaar via de Inventgroep. De meest relevante informatie over de voorgestelde instrumenten is in dit rapport weergegeven.

Het toepassen van signaleringsinstrumenten vindt niet plaats in een vacuüm. Het gaat om professionele activiteiten in een institutionele context. Een kwaliteitskenmerk van instrumenten is derhalve dat er een match is tussen professionele competenties en eisen die het instrument stelt aan de professional die het instrument toepast. Gespecialiseerde professionals moeten geen eenvoudige checklists invullen en professionals die niet gespecialiseerd zijn op het terrein van

de ontwikkelingspsychopathologie moeten geen uitgebreide interviews houden waarbij diagnoses op grond van interpretaties van antwoorden gesteld worden. Daarnaast moet het instrument uiteraard inpasbaar zijn in de doelstelling en dagelijkse praktijk van de instelling. Dat stelt beperkingen aan de aard van de instrumenten en aan het tijdsbeslag.

In de nu volgende paragrafen zal een aantal instrumenten worden voorgesteld. Aan het eind van het hoofdstuk zal een voorstel worden gedaan door welke voorziening welk instrument op welke leeftijd gebruikt dient te worden. Ieder instrument wordt in dit hoofdstuk kort besproken. In bijlage 2 een is overzicht gegeven van de belangrijkste gegevens van de instrumenten die de Inventgroep voorstelt.

De zoektocht van de Inventgroep leidde tot een aantal instrumenten die al in het Nederlands vertaald waren en of (hier en daar) al toegepast worden (de SDQ in verschillende versies, de ITSEA, de Care en CTSCP).

Het omgekeerde was echter ook het geval. In Nederland wordt een aantal instrumenten gebruikt die onvoldoende onderzocht zijn op validiteit (zoals sensitiviteit en specificiteit). Een daarvan is bijvoorbeeld de KIPPPI (Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie). Daarnaast zijn er instrumenten waarvan de sensitiviteit en specificiteit wel voldoende onderzocht zijn en ook toereikend zijn (bijvoorbeeld de PSYBOBA (Psychosociale Problemen Bovenbouw Basisonderwijs)) en de PSC (Pediatric Symptom Checklist). In dat geval is een afweging gemaakt. Daarbij speelde een grote rol dat het gebruik van een en hetzelfde instrument in verschillende sectoren en voor verschillende leeftijdsgroepen grote voordelen heeft. Ook de mogelijkheid om een instrument door zowel kinderen, ouders al leerkrachten te laten invullen vond de Inventgroep van belang. Om die reden heeft de SDQ bijvoorbeeld de voorkeur gekregen boven de PSYBOBA en de PSC. Dat wil overigens niet zeggen dat de SDQ niet voor verbetering in aanmerking komt. (Zie bijvoorbeeld Vogels, Crone, Hoekstra, & Reijneveld, 2005.)

3.2 Vroegtijdige signalering van toekomstige ernstig zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (voor de meest extreme risicosituaties) (strategie 1)

Het voorspellen van zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties dient liefst al vóór de geboorte van het kind plaats te vinden of hooguit enkele weken daarna. Op basis van een systematische review van tientallen instrumenten om een zorgwekkende opvoedingssituatie te voorspellen komen Peters en Barlow (Peters & Barlow, 2003) tot de conclusie dat slechts twee instrumenten aan minimale eisen voldoen. Beide instrumenten worden tijdens de zwangerschap toegepast. De Dunedin Family Services Indicator uit Nieuw Zeeland heeft (met als criterium meldingen van vermoedens van kindermishandeling binnen twee jaar) een sensitiviteit van 100%, een specificiteit van 87,3%, een PPW van 48,1% en een NPW van 100% (Muir et al., 1989). Het gaat om een checklist van 9 items betreffende sociaal demografische klinische data, een semigestructureerd interview en een korte vragenlijst voor ouders. De DFSI kan door een verpleegkundige worden ingevuld tijdens de zwangerschap van de moeder.

Eveneens valide was de Kempe Family Stress Inventory die toegepast werd in een afdeling verloskunde van een ziekenhuis in Denver. De sensitiviteit was 80%, de specificiteit was 91,9%, de PPW was 52,6% en de NPW was 97,6% als 'eenduidige evidentie van mishandeling of verwaarlozing binnen 2_ jaar in het ziekenhuisdossier werd vastgesteld' (Murphy, Orkow, & Nicole, 1985). De KFSI is een uitgebreide lijst die op basis van inschattingen wordt gescoord door een maatschappelijk werkende. De DFSI lijkt, mede omdat een verpleegkundige deze lijst kan invullen het meest geschikt om in Nederland gebruikt te worden.

Als tweede stap in de screening kan de uitgebreide Vlaamse lijst 'Screening van ernstige problematische opvoedingssituaties (SEPO)' worden toegepast (Hellinckx, Grietens, Geeraert, Moors, & Assche, 2001).

Uiteraard kan er ook in latere ontwikkelingsfasen van het kind zich een zorgwekkende situatie ontwikkelen. De Inventgroep heeft echter geen valide instrumenten kunnen vinden die het mogelijk maken op relatief eenvoudige wijze zorgwekkende opvoedingssituaties te signaleren.

3.3 Vroegtijdige signalering van risicoprocessen die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is (strategie 2)

3.3.1 *Prospectieve procedures*

In deze procedures worden kinderen en gezinnen in de tijd gevolgd. Het gaat hierbij niet (alleen) om concrete instrumenten, maar ook om een structuur om signalen te registreren en er een follow up aan te geven. Het betreft brede, de ontwikkeling en opvoeding volgende methodieken, waarbij de structurering van de negatieve ervaringen/beleving van de ouder een belangrijke rol spelen.

Een voorbeeld van zo'n benadering is het programma 'Staying on track' (Landy et al., 1998). In een evaluatie van dit programma werd een aantal cohorten kinderen vanaf een maand na de geboorte tot 5 _ jaar gevolgd met een grote hoeveelheid gestandaardiseerde instrumenten (screening tests en vragenlijsten voor de ouders), met een aantal huisbezoeken en met per post toegestuurde vragenlijsten. In de gesprekken in de huisbezoeken werd een variatie van onderwerpen besproken zoals: borstvoeding, veiligheid van het kind, voeding, allergieën, slaap en eetpatronen van het kind, regels leren, speelgoed, sociale steun, huiselijk geweld en dergelijke.

Daarnaast was er ruimte voor de ouders om zelf problemen en vragen naar voren te brengen. Indien de gebruikte gestandaardiseerde instrumenten of de gesprekken met de ouders daartoe aanleiding gaven, volgde een advies, een extra bezoek of een verwijzing naar een andere voorziening. In de bijna 500 gezinnen die aan het onderzoek meededen bleek in ruim de helft van de gezinnen een of andere vorm van een (soms zeer lichte) interventie nodig.

De kinderen die het 'staying on track' programma volgden bleken in vergelijking met een groep die 'care as usual' kreeg, op bijna alle uitkomstvariabelen (gezondheid, zelfregulatie, opvoeder-kind interactie, spelniveau, gedrag emoties, ook in school) beter te scoren. Deze aanpak blijkt dus de moeite waard te zijn.

In principe voorziet de Nederlandse jeugdgezondheidszorg in een dergelijke aanpak. De beschikbare tijd, een gebrek aan goed instrumentarium en het ontbreken van specifieke deskundigheid bij de medewerkers bouwt echter nogal wat beperkingen in.

Een poging om hier verandering in te brengen is het project Samen Starten (www.samenstarten.nl, Tenhaeff et al., 2004) voor kinderen en gezinnen vanaf zes weken na de geboorte tot de leeftijd van vier jaar.

In dit programma wordt door het consultatiebureau van de Centra voor Signalering, Interventie en Coördinatie voor Jeugd en Opvoeders (CSICJO's) vanaf enkele weken na de geboorte systematisch, maar voor een groot deel interactief en vraaggestuurd, met de ouders gekeken naar de ontwikkeling en het welbevinden van het kind, naar het welbevinden van de ouders, naar de onderlinge steun tussen de ouders, de sociale inbedding van het gezin en naar externe belemmeringen en risicofactoren die het opvoeden kunnen bemoeilijken. Indien er signalen zijn dat er een probleem is gaat de verpleegkundige jeugdgezondheidszorg (vp-jgz) op korte termijn, bij voorkeur binnen één week, op huisbezoek. In samenspraak met de ouders analyseert de vp-jgz volgens de Stap voor Stap methode het probleem en besluit wie het betreffende gezin gaat begeleiden. Daarvoor bestaan de volgende mogelijkheden:

1. Zijzelf begeleidt het gezin, omdat het probleem wel ernstig is (bijvoorbeeld een baby die alsmat huilt), maar de vp-jgz zélf voldoende vaardigheden/tijd heeft om het probleem zelf op te lossen.
2. Er wordt een contact tot stand gebracht tussen de ouder en een hulpverlener (bijvoorbeeld Algemeen Maatschappelijk Werk of schuldsanering).
3. Er wordt een vorm van gezinscoaching ingezet, al dan niet samen met de vp-jgz.
4. Het probleem is té ernstig en ligt buiten het gebied van de vp-jgz. Zij legt het gezin voor aan een taakgroep, bestaande uit maatschappelijk werk, bureau jeugdzorg en thuiszorg. Hierbij wordt één persoon verantwoordelijk voor het volgen van het gezin. Indien er signalen zijn dat er zich risicoprocessen voordoen leidt dit bij het volgende contact tot extra

aandacht voor de mogelijke problemen. Samen Starten gaat ervan uit dat de manier waarop het contact tussen gezin en consultatieverloop zich afspeelt van belang is⁴. Naar de mening van de Inventgroep is het de moeite waard verder onderzoek naar deze methodiek te doen. Dat onderzoek loopt nu. Een overtuigd advies kan echter nog niet gegeven worden.

Scholen zijn bij uitstek geschikt om kinderen in de tijd te volgen en risicoprocessen in kaart te brengen. Hierbij is het belang dat leerkrachten situaties rond leerlingen die zij opmerken, zoals een leerling die opeens ongewoon stil is, maar niet goed weten hoe zij die moeten interpreteren, aan de hand van gevalideerde en betrouwbare signaleringsinstrumenten omzetten in een signaal. Dit signaal kunnen zij dan met de mentor en leerlingbegeleider bespreken zodat met behulp van het instrument een interventie opgezet kan worden. Overleg met het schoolmaatschappelijke werk is hierbij van belang. De jeugdgezondheidszorg is hier in principe een belangrijke partner. De jeugdgezondheidszorg heeft immers alle gegevens van het kind vanaf de geboorte longitudinaal verzameld en kan, mede op grond van deze gegevens, in belangrijke mate bijdragen aan het interpreteren en nader invullen van signalen.

Door (Mooij, 2004) is een systeem opgezet voor kinderen van 4 tot 12 jaar in de basisschool: het Diagnostisch, Instructie en Managementsysteem. In dit systeem worden met verschillende instrumenten kinderen vanaf de entree in het basisonderwijs gevolgd om de speel/leerstoflijnen en problemen daarin in kaart te brengen. Zonodig volgt daarop passende diagnostiek of interventies binnen of buiten de school. Alle informatie wordt in een digitaal dossier opgeslagen. Er is nog onvoldoende onderzoek naar deze aanpak bekend om aanbevelingen te kunnen doen. De Inventgroep beveelt aan verder onderzoek naar deze en vergelijkbare systemen te doen.

Bij het verder ontwikkelen van programma's voor het vroegtijdig signaleren op basis van geconstateerde risicoprocessen zijn inhoudelijke punten nog van belang.

Een centraal kenmerk van ouders die in risicoprocessen terechtkomen is het gaan vertonen van symptomen van depressief gedrag door ouders. Hiermee wordt niet de klinische diagnose depressie bedoeld, maar het uiten van depressieve klachten. Zowel bij jonge als oudere kinderen staan depressieve klachten van ouders centraal in het risicoproces (Asscher, Hermanns, & Dekovic, submitted; McLoyd, Epstein-Jayaratne, Ceballo, & Borquez, 1994). Depressieve symptomen van vaders spelen hierbij evenzeer een rol als die van moeders (Kane & Garber, 2004). Bij verdere instrumentontwikkeling op dit terrein dient hier rekening mee gehouden te worden.

Een tweede punt is dat risicoprocessen voor verschillende ontwikkelingsuitkomsten verschillende risicoprocessen of ontwikkelingspaden kennen. Een proces dat leidt tot delinquentie is een ander traject dat leidt tot eetstoornissen of pestgedrag. Signalen die wijzen op het ontstaan van dwanghandelingen zijn anders dan de signalen die wijzen op het ontstaan van seksuele delinquentie, enzovoorts. Gedrag van ouders dat er op wijst dat ze de grens naar fysieke kindermishandeling overschrijden, zijn anders dan de signalen die wijzen op het toenemen van de kans op verwaarlozing. Van de werkers in de eerste en soms ook in de tweede lijn mag niet verwacht worden dat ze alle indicatoren van alle risicoprocessen kunnen onderkennen.

Alleen al voor het algemene welbevinden van het kind kunnen al ruim 100 indicatoren genoemd worden (Pollard & Lee, 2003). Een benadering waarin globale domeinen gedefinieerd worden als gespreksthemata en waarbij ouder en kind zoveel mogelijk aangemoedigd worden om te vertellen dat er iets mis gaat en wat dat is, heeft daarom de voorkeur boven lange checklists die aan de ouders en kinderen worden voorgelegd. De domeinen die in Samen Starten gehanteerd worden (het functioneren van het kind, het welbevinden van de ouder, de partnerrelatie en contextuele items zoals sociale steun, woonomstandigheden, inkomen en dergelijke zijn hiervan een voorbeeld.

⁴ Het gespreksprotocol dat in Samen Starten de basis vormt voor het contact tussen de professionals op het consultatiebureau en de ouders is in opdracht van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente Amsterdam ontwikkeld door de Universiteit van Amsterdam.

3.3.2 *Retrospectieve procedures*

In Nederland is voor kinderen vanaf twaalf jaar die met de HALT-afdoening te maken krijgen een instrument ontwikkeld: de Reconstructie Ontwikkelingspad Delinquentie (ROD, Hermanns & Groen, 2004). Met dit instrument is een HALT-medewerker in relatief korte tijd in staat om samen met ouders en kind te kijken naar risicoprocessen voor delinquentie. Dit gebeurt door zeven potentiële 'milestones' in delinquente ontwikkelingspaden te bespreken: onhanteerbaar gedrag op jonge leeftijd, ernstige gedragsproblemen in de basisschoolleeftijd, beginnende delinquentie aan het einde of na de basisschool, signalen van schooluitval in het voortgezet onderwijs, feitelijke delinquentie na de 12^e verjaardag, kindermishandeling en middelengebruik. De Inventgroep beveelt aan eerst verder onderzoek binnen de HALT-bureaus naar de validiteit van dit instrument te doen. Afhankelijk van de uitkomsten kunnen verdere beslissingen over implementatie genomen worden. Voor de groep jongeren die na een strafbaar feit met de Raad voor de Kinderbescherming in contact komt is ook het Basis Raadsonderzoek (BARO) beschikbaar. Dit screeningsinstrument heeft als doel om vroegtijdig achterliggende problematiek van de jongeren te signaleren, zodat daar snel op ingespeeld kan worden en recidive in de toekomst wordt voorkomen. Deze is echter te uitgebreid om als instrument van vroegsignalering in te zetten.

3.4 **Vroegtijdige signalering van problemen in opvoeding en ontwikkeling die, ondanks de eerste twee strategieën toch kunnen ontstaan**

3.4.1 *Problemen in de opvoeding*

Er zijn enkele instrumenten beschikbaar om van tijd tot tijd door systematisch te screenen nieuwe gevallen te signaleren. De Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC) is bedoeld om de relatie tussen ouders en kind (0-18 jaar) vast te stellen, met name met aandacht voor fysieke en emotionele mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998). De Inventgroep vindt dit een geschikt screeningsinstrument.

Er is ook een aantal vragenlijsten voor kinderen zelf. Uiteraard is hier een ondergrens aan de leeftijd. De Inventgroep stelt voor om de Juvenile Victimization Questionnaire - JVQ - (Hamby & Finkelhor, 2001) te introduceren. Deze is bruikbaar voor kinderen vanaf 8 jaar. De JVQ is een lijst met 37 vragen over ervaringen van kinderen met allerlei vormen van geweld: criminaliteit, kindermishandeling, pesten (thuis en in school), seksueel misbruik (thuis en elders) en getuigen zijn van (huiselijk) geweld.

Bijzonder aandacht moet er zijn voor ziekenhuizen, met name door de afdeling spoedeisende hulp. In een aantal ziekenhuizen zijn positieve ervaringen opgedaan met het zogenaamde SPUTOVAMO –protocol (Zie meldcode kindermishandeling KNMG). Aan de hand van een korte checklist van 9 vragen kan een vermoeden ontstaan op kindermishandeling.

Dit leidt doorgaans tot verwijzing naar de afdeling kindergeneeskunde en zonodig tot melding bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK).

Een geheel andere, namelijk vraaggestuurde aanpak, is ontwikkeld door Bertrand, Hermanns en Leseman (Bertrand et al., 1998). In dit onderzoek is een instrument ontwikkeld (VOBO), waarmee de niet- vervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning gemeten wordt. Dit gebeurt door met de ouders 12 domeinen van het functioneren van het kind te bespreken, per domein te vragen of er vragen of problemen zijn, hoe belastend die zijn, of men steun of hulp gezocht heeft of nog steeds zoekt. De lijst is in een half uur door een minimaal HBO-opgeleide beroepskracht af te nemen en te scoren. De ouders die een belastend probleem hebben dat ze niet zelf kunnen oplossen en die daarvoor geen steun hebben gevonden, hebben derhalve een 'onvervulde' behoefte aan opvoedingsondersteuning. Het instrument is toegepast en onderzocht bij ouders van kinderen van verschillende leeftijden (0-15) in verschillende culturen (Nederlands laag en hoog opgeleid, Marokkaans, Turks en verschillende landen (Nederland, Indonesië en Curacao); (Bertrand et al., 1998); (Leseman & Hermanns, 2002); (Hermanns & Groen, 2005); (Zeeman, Hermanns en Hoffenaar, in voorbereiding)). Gegevens over specificiteit en sensitiviteit zijn nog niet beschikbaar. De Inventgroep stelt voor hier verder onderzoek naar te laten verrichten.

Van peuterspeelzalen, kinderopvang, scholen en vrijetijdsvoorzieningen mag niet verwacht worden dat ze actief en systematisch instrumenten gebruiken voor het signaleren van zorgwekkende opvoedingssituaties (lees: kindermishandeling). Wel mag van alle professionals

die met kinderen werken verwacht worden dat ze een ‘niet pluis’-gevoel krijgen als het niet goed gaat met een kind dat aan hun zorg is toevertrouwd. Als dat gebeurt moeten ze in staat zijn dat gevoel te verwoorden en moet er een stappenplan klaarliggen dat voorschrijft hoe te handelen. In het geval van zeer zorgwekkende opvoedingssituaties spreken we van een meldcode kindermishandeling. Vaardigheden van professionals om in gesprek te gaan met ouders of om het contact met ouders open te houden, zijn in deze situatie onontbeerlijk. Professionals moeten voldoende gesteund worden bij het omgaan met ‘niet pluis’ gevoelens en zonedig direct toegang hebben tot voorzieningen die kind en gezin verder kunnen helpen. In het hoofdstuk over de infrastructuur voor signalering en preventie zal daarop terug worden gekomen.

3.4.2 *Internaliserende en externaliserende problemen van kinderen en jongeren*

Ten aanzien van internaliserende en externaliserende problemen van kinderen geldt dat alle professionals die dagelijks met kinderen werken een ‘professionele antenne’ horen te hebben voor opvallend en afwijkend gedrag van kinderen. Voor een aantal beroepsgroepen is aanvullende deskundigheidsbevordering noodzakelijk. Vooruitlopend op hoofdstuk 6 kan reeds worden opgemerkt dat een stappenplan na een opgevangen signaal of een gerezen vermoeden, ondersteuning en verwijsmogelijkheden beschikbaar moeten zijn.

Daarnaast geldt echter voor professionals in de peuterspeelzalen, kinderopvang en scholen dat ze met enige regelmaat systematisch en gestandaardiseerd kijken of er problemen met kinderen zijn, die nog niet opgevallen zijn.

Het is niet mogelijk om bij kinderen in het eerste levensjaar met een screening vast te stellen dat er sprake is van internaliserende of externaliserende (toekomstige) gedragsproblemen. Wel is het goed mogelijk om ernstige stoornissen vast te stellen, zoals een pervasieve ontwikkelingsstoornis, een ernstige verstandelijke handicap of syndromen die met ontwikkelingsvertragingen of ernstige gedragsafwijkingen gepaard gaan. Er is een aantal gevalideerde instrumenten voor ontwikkelingsscreening beschikbaar, die in Nederland niet of nauwelijks worden toegepast (Mirret, Baily, Roberst, & Hotton, 2004). Hoewel dit thema buiten de opdracht van de Inventgroep valt, wil zij toch opmerken dat het de kwaliteit van de zorg voor kinderen sterk zou verbeteren als ook op dit punt een meer evidence-based werkwijze mogelijk zou zijn.

De Inventgroep wil in het eerste levensjaar wel aandacht vragen voor sterk prikkelbare baby’s, ook wel huilbaby’s genoemd. Er is een verhoogde kans op kindermishandeling. Op consultatiebureaus zou hier systematisch aandacht aan besteed moeten worden.

Voor het vroegtijdig signaleren van externaliserende en internaliserende problemen van kinderen in de leeftijd van 12 maanden tot drie jaar wordt de Infant-Toddler Social & Emotional Assessment Revised (ITSEA) voorgesteld (Carter, Briggs-Gowan, Jones, & Little, 2003). De ITSEA bestaat uit een lijst van ongeveer 50 vragen met meerkeuze-antwoordcategorieën voor ouders. Subschalen zijn: gedrag en emoties, sociale interacties en indicatoren van psychopathologie. Een Nederlandse vertaling is gemaakt door Visser, Smeekens, Riksen-Walraven en van Bakel. De ITSEA is op grote schaal in het SCP onderzoek ‘Kinderen in Nederland’ afgenomen. De Inventgroep adviseert dit instrument verder in ontwikkeling te brengen, dat wil zeggen onderzoek te doen naar de sensitiviteit en specificiteit en naar de implementatiemogelijkheden.

Voor kinderen vanaf drie jaar zijn een aantal instrumenten beschikbaar. Voorgesteld wordt de Strengths and Difficulties Questionnaire voor alle leeftijdscategorieën boven de drie jaar te gebruiken. (Zie onder andere: (Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003)). Dit is een vragenlijst voor kinderen, ouders of leerkrachten van 25 items. Er zijn vijf subschalen: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit-aandachtstekort, problemen in de sociale ontwikkeling en prosociaal gedrag.

Voor de verschillende leeftijdscategorieën (tot 18 jaar) zijn Nederlandse vertalingen beschikbaar. Nog niet voor alle leeftijdsgroepen zijn Nederlandse normen bekend. Door verschillende instellingen (TNO, Trimbos Instituut) en Universiteiten (Maastricht, Leiden, Utrecht) wordt op dit moment onderzoek naar de validiteit van de SDQ uitgevoerd. Er worden ook aanvullingen op de SDQ ontwikkeld. De eerste resultaten steunen de internationale positieve bevindingen.

Met uitzondering van de allerjongste groep (tot 24 maanden) kan de CBCL als tweede stap in de procedure voorgesteld worden.

Bijzondere aandacht in de adolescentie moet er zijn voor het thema suïcidaliteit. In een recent review van wetenschappelijke en klinische vorderingen in de preventie van suicide (Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003) wordt gewezen op een aantal screeningstests (zelfrapportage en/of interviews) om suïcidaliteit te signaleren.

De meest valide instrumenten zijn de Suïcide Ideation Questionnaire-Jr voor 11 tot 13 jarigen en de Suïcide Ideation Questionnaire voor 14-18 jarigen (Reynolds, 1987). Van de laatste is ook onderzoek naar specificiteit en sensitiviteit gedaan. Deze bleken 80% respectievelijk 86% te zijn (Winters, Myers, & Proud, 2002) in relatie tot uitgebreidere diagnostiek. Beide instrumenten bestaan uit 15 vragen die het kind zelf invult. Als tweede stap in de procedure dient er voor kinderen die boven een bepaald apkappunt punt scoren een klinisch interview afgenomen te worden. De Inventgroep adviseert de SIQ-Jr en SIQ te vertalen en op validiteit bij toepassing in Nederland te onderzoeken.

3.5 Taxatie van veiligheidsrisico's vóór, tijdens en na interventies (bij vastgestelde problemen)

Voor gezinnen en kinderen die ofwel vanwege zorgwekkende opvoedingssituaties ofwel vanwege problematisch gedrag van het kind in aanraking komen met tweedelijnsvoorzieningen of justitiële voorzieningen is het in een aantal gevallen raadzaam om een risicotaxatie te doen. Dit is, zoals in paragraaf 2.2 beschreven, noodzakelijk omdat zich vóór, tijdens en na hulpverlening regelmatig ernstige risico's voor en door kinderen voordien. Wereldwijd is een aantal instrumenten in ontwikkeling om deze veiligheidsrisico's in te schatten. Voor zorgwekkende opvoedingssituaties is dat de CARE (Child Abuse Risk Evaluation), afkomstig van de Simon Frase University, Vancouver, Canada. Deze lijst vraagt een beoordeling van een gezin op veertien punten. Voor de beoordeling zijn professionele vaardigheden nodig en wordt gebruik gemaakt van meerdere bronnen. Er is nog maar beperkt onderzoek naar de validiteit van het instrument gedaan. Er is een Nederlandse versie: de CARE-NL, door Pollman en de Ruiter voorgesteld voor gebruik in AMK's na melding (Ruiter & Pollman, 2003). Voor kinderen onder de twaalf jaar is een aantal instrumenten ontworpen om anti-sociaal, delinquent gedrag en/of recidive te voorspellen (Tiffin & Kaplan., 2004). Een instrumenten die regelmatig genoemd worden is de Early Assessment Risk List (EARL20B).

Lodewijks, Ruiter, & Dorelijers (2003) bespreken een aantal instrumenten voor taxaties bij gewelddadige adolescenten. Zij wijzen onder andere op de Structured Assessment of Violence in Youth (SAVRY) als veelbelovend instrument. Hoewel de SAVRY betrekking heeft op gewelddadige delinquenten, overlappen de risicofactoren grotendeels met andere soorten delinquenten zodat het als risicotaxatie instrument breder ingezet kan worden dan alleen voor gewelddadige delinquenten.

De meeste instrumenten die in deze publicaties worden besproken stellen hoge eisen aan de professionaliteit van de persoon of personen die het instrument moeten gebruiken.

Het voorstel betreffende de instrumenten voor risicotaxaties zijn door de Inventgroep gekozen op basis van publicaties van Prof. Dr. Corine de Ruiter. In bijlage 3 treft u een uitgebreidere tekst aan over risicotaxatie van prof. De Ruiter. De Inventgroep neemt de aanbevelingen voor verder onderzoek van prof. De Ruiter over.

3.6 Een eerste ordening

De hier besproken instrumenten kunnen nu gekoppeld worden aan instellingen. Niet alle cellen van de matrix kunnen worden ingevuld omdat er niet voldoende toepasbare instrumenten beschikbaar zijn.

Tabel 3.3⁵: Instrumenten voor voorzieningen met betrekking tot:

- 1 Signalering zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (voor de meest extreme risicosituaties)
- 2 Signalering van risicoprocessen (die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is)
- 3 Signalering van diagnosticeerbare problemen (als er een probleem ontstaan is)
- 4 Taxatie van veiligheidsrisico's vóór, tijdens en na interventies (bij omschreven problemen)

	1	2	3	4
Jeugdgezondheidszorg 0-19	Dunedin Family Services Indicator	<i>Protocol Samen Starten</i>	Parent Child Conflict Tactics Scale <i>Vragenlijst on vervulde Behoeft e aan opvoedingsondersteuning</i> Juvenile Victimization Questionnaire <i>Infant-Toddler Social & Emotional Assesment</i> Suicide Ideation Questionnaire (+ JR) Strengths and Difficulties Questionnaire	
Onderwijs		<i>Diagnostisch Informatie en Management Systeem</i>	Strengths and Difficulties Questionnaire	
Peuterspeelzalen en kinderopvang			Strengths and Difficulties Questionnaire	
Huisarts	Dunedin Family Services Indicator		Suicide Ideation Questionnaire (+ JR) Strengths and Difficulties Questionnaire	
Ziekenhuizen			<i>SPUTOVAMO</i> (par. 3.4)	
Politie				
HALT		<i>Risicovolle Ontwikkelingspaden Delinquentie</i>	Strengths and Difficulties Questionnaire	
Tweedelijns voorz ieningen				<i>Child Abuse Risk Evaluation</i> Early Assessment Risk List Structured Assessment of Violence in Youth

3.7 Het combineren van instrumenten en procedures

Het gebruiken van meerdere strategieën, meerdere typen instrumenten en meerdere invalshoeken (constaterend en vraaggestuurd) en uiteraard in combinatie met een professionale follow-up van signalen zal nodig zijn om optimaal problemen te signaleren, dat wil zeggen zo vroeg mogelijk en zo trefzeker mogelijk.

In de ontwikkeling van het kind betekent dit idealiter een opdeling zoals aangegeven in tabel 3.4.

⁵ De cursief gedrukte instrumenten in deze tabel worden niet aanbevolen om toe te passen. De Inventgroep adviseert in eerste instantie om het onderzoek naar deze instrumenten voort te zetten. Indien de resultaten positief zijn kan systematischer onderzoek plaatsvinden dat wellicht kan leiden tot een implementatietraject.

Tabel 3.4: Instrumenten per ontwikkelingsfase en per setting⁶.

Ontwikkelingsfase	Setting	Instrument
Perinataal	Controles verloskundigen	Dunedin Family Services Indicator
0-12 maanden	<i>Protocol Samen Starten op CB</i>	<i>Vragenlijst onvervulde Behoeftte aan opvoedingsondersteuning (VOBO)</i>
12-24 maanden	<i>Protocol Samen Starten op CB</i>	<i>Infant-Toddler Social & Emotional Assesment</i>
24 maanden-48 maanden	<i>Protocol Samen Starten</i>	24 mnd VOBO voor ouders 36 maanden Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) voor ouders en evt leiding opvang 48 maanden Parent Child Conflict Tactics Scale
48 maanden-12 jaar	<i>DIMs in school</i> en PGO van JGZ	Tweejaarlijks SDQ en <i>tweejaarlijks VOBO</i> ,
12-18 jaar	PGO van JGZ	Tweejaarlijks SDQ voor kind, ouders en leerkracht Op 13 jaar de Juvenile Victimization Questionnaire voor kind Op 14 jaar de Suicide Ideation Questionnaire (JR) voor kind Op 16 jaar de Suicide Ideation Questionnaire voor kind
Alle leeftijden	Spoedeisende hulp	<i>SPUTOFAMO</i>
Op alle leeftijden	Alle voorzieningen	Meldcode kindermishandeling
Vóór, tijdens en na hulptrajecten	Zorginstellingen	Risicotaxatie: <i>Child Abuse Risk Evaluation</i> Early Assessment Risk List Structured Assessment of Violence in Youth

3.8 De noodzaak van een onderzoeksprogramma voor de verdere ontwikkeling van en onderzoek naar instrumenten

Een deel van de voorgestelde instrumenten is in het Nederlands vertaald en voor een klein deel is er onderzoek naar de validiteit gedaan. Over de sensitiviteit en specificiteit is er soms buitenlands onderzoek en geen enkel Nederlands onderzoek. Het is evident dat er in ons land een grote achterstand is op het terrein van instrumentontwikkeling. Alvorens instrumenten en procedures op grote schaal gaan worden toegepast, is het derhalve noodzakelijk dat er eerst onderzoek naar de toepasbaarheid en de doeltreffendheid van alle hier voorgestelde instrumenten plaatsvindt. Hiervoor is een systematisch opgezet specialistisch onderzoeksprogramma noodzakelijk. Daarnaast is het van belang dat implementatie, training, certificering van de instrumenten en continue monitoring van de opbrengsten van de instrumenten centraal gecoördineerd worden.

3.9 Van signaal naar interventie

Na een signaal door één van de voorgestelde instrumenten is het vrijwel nooit verantwoord direct een interventie in te zetten. In het volgende hoofdstuk zal beschreven worden hoe de Inventgroep de stappen tussen signaal en interventie wil zetten.

⁶ Bij de cursief gedrukte settings en instrumenten kunnen nog vraagtekens geplaatst worden.

Literatuur

- Aalbers-van Leeuwen, M., Hees, L. v., & Hermanns, J. (2002). Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen: reden tot optimisme of reden tot pessimisme. *Pedagogiek*, *22*(1), 41-54.
- Andersson, B.-E. (2005, 3/21/2005). *Child Care and Its Impact on Children 0–2 Years of Age. Commenting: Belsky, Howes, and Owens*. Centre of Excellence for Early Childhood Development. Available: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/AnderssonANGxp.pdf>.
- Antonuccio, D. O. (1998). The coping with depression course: A behavioral treatment for depression. *The Clinical Psychologist*, *51*, 3-5.
- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth* (04-07-3901). Washington, DC: Washington State Institute for Public Policy.
- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. v., & Sroufe, A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(3), 235-245.
- Asscher, J., Hermanns, J., & Dekovic, M. (submitted). Maternal Well-Being and Toddler behaviour Problems: Concurrent and Longitudinal Relationships.
- Asscher, J., & Paulussen- Hoogenboom, M. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, *26*(1), 45-55.
- Baartman, H. (1996). *Opvoeden kan zeer doen*. Utrecht: SWP.
- Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1991). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The future of children*, *9*, 116-123.
- Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M. v., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, *129*, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M. v., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 195-215.
- Barlow, J., & Parsons, J. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child*, *31*, 33-43.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 1072-1080.
- Bernazzani, O., Côté, C., & Tremblay, R. E. (2001). Early Parent Training to Prevent Disruptive Behavior Problems and Delinquency in Children. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *578*, 90-103.
- Bertrand, R., Hermanns, J., & Leseman, P. (1998). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning in Nederlandse, Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen van 0-6 jaar. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, *14*(1/2), 50-71.
- Blok, H., Fukkink, R., Gebhardt, E., & Leseman, P. (2005). The relevance of delivery mode and other programme characteristics for the effectiveness of early childhood intervention. *International Journal of Behavioral Development*, *29*(48-57).
- Blokland, G., Prinsen, B., Kok, C., & Wijngaarden, J. v. (2003). *De jeugd heeft de toekomst*. Utrecht, NI: NIZW / GGD Nederland.
- Boendemaker, L., Veldt, M.-C. v. d., & Booij, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NI: NIZW.
- Bois-Reymond-du, M., Poel-te, Y., & Ravesloot, J. (1998). *Jongeren en hun keuzes*. Bussum: Coutinho.
- Brink, L. t., & Veerman, J. (1998). Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. In J. Bosch & H. Bosma & G. R. v. d. A & W. Ruijsenaars & A. Vyt (Eds.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 3 (1998-1999)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17- year prospective study of officially

- recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065-1078.
- Carter, A., Briggs-Gowan, M., Jones, S., & Little, T. (2003). The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 495-514.
- CBS. (2001). *Jeugd. Cijfers en feiten*. Heerlen: CBS/SCP jeugd algemeen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2003). *Jeugd 2003. Cijfers en feiten*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Chaffin, M., & Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 26, 1097-1113.
- Commissie Bestrijding Vrouwelijk Genitale Verminking. (2005). *Bestrijding vrouwelijke genitale verminking*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Cowen, E. L., Work, W. C., Wyman, P. A., Parker, G. R., Wannon, M., & Gribble, P. (1992). Test comparisons among stress-affected, stress-resilient, and nonclassified fourth-through sixth-grade urban children. *Journal of Community Psychology*, 20, 200-214.
- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Iker, M. R. (1995). A preventive intervention for enhancing resilience among highly stressed urban children. *The Journal of Primary Prevention*, 15, 247-260.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. *Behavior Therapy*, 29, 521-533.
- Davis, K., & Gidycz, C. (2000). Child abuse prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 257-265.
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-684.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- Duggan, A., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 28, 597-622.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Embry, D. D. (2002). The Good Behavior Game: a best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 273-297.
- Farrington, D. P., & Welsh, B. C. (in press-a). Family-Based Prevention of Offending: A Meta-Analysis. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*.
- Farrington, D. P., & Welsh, B. C. (in press-b). Randomized Experiments in Criminology: What Have We Learned in the Last Two Decades? *Journal of Experimental Criminology*.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Gray, E., & Halpern, R. (1990). *Meta-analysis of preventive early parenting interventions*. New York: National Council of Jewish Women, Center for the Child.
- Greenwood, P. W. (2004). Cost-Effective Violence Prevention through Targeted Family Interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036, 201-214.
- Guterman, N. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the 'universal versus targeted' debate: a meta-analysis of population based and screening based programs. *Child Abuse and Neglect*, 23, 863-890.
- Guterman, N. B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the 'Universal versus targeted' debate: A meta-analysis of

- population-based and screening-based programs. *Child Abuse and Neglect*, 23, 863-890.
- Hellinckx, W., Grietens, H., Geeraert, L., Moors, G., & Assche, V. v. (2001). *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak*. Leuven: Acco.
- Hermanns, J. (2003). *Het bestrijden van kindermishandeling: welke aanpak werkt*. Woerden: COACT Consult.
- Hermanns, J., & Groen, H. (2005). *Pilot signaleringsinstrumenten Halt-bureaus*. Woerden: COACT Consult.
- Hermanns, J., & Leu, H. (1998). *Family risks and family support*. Delft: Eburon.
- Hood, K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports on maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 419-429.
- Ince, D., Beumer, M., Jonkman, H., & Vergeer, M. (2004). *Veelbelovend en effectief. Overzicht van preventieve projecten en programma's in de domeinen gezin, school, jeugd, wijk (tweede volledig herziene editie CiC-gids)*. Utrecht: NI: NIZW.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillam, J., & Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavioral Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Jong-Mares, N., Mureau, J., & Rexwinkel, H. (2005). *Gezondheid, welzijn en leefwijze van jongeren in de gemeente Rheden. Verslag van een onderzoek onder jeugd 2003*. Arnhem: Hulpverlening Gelderland Midden/ GGD Arnhem.
- Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339-360.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- Kellam, S. (2001, 2001). *Good behavior game*. American Psychological Association. Available: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001app14.html>.
- Kellam, S. G., Ling, X., Merisca, R., Brown, C. H., & Ialongo, N. (1998). The effect of the level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology*, 10, 165-185.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., Williams, D., & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of disease in childhood*, 82, 443-451.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47-63.
- Landy, S., Peters, R., Arnold, R., Allen, B., Brookes, F., & Jewell, S. (1998). Evaluation of 'staying on track'. An early identification, tracking and referral system. *infant Mental Health Journal*, 19(1), 34-58.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. (1997). Wovor schützen schutzfaktoren. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 19(3), 260-270.
- Leseman, P., & Hermanns, J. (2002). Vragen van ouders over de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen in drie ethnisch-culturele gemeenschappen. *Pedagogisch Tijdschrift*, 27(4), 253-226.
- Lochman, J., & Conduct Problems Prevention Research Group. (1995). Screening of child behavior problems for prevention programs at school entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 549/559.
- Lochman, J. E. (1992). Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 426-432.
- Lochman, J. E., Burch, P. R., Curry, J. F., & Lampron, L. B. (1984). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 915-916.

- Lodewijks, H., Ruiters, C. d., & Dorelijers, T. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Directieve Therapie*, 23(1), 25-42.
- Loeber, R., Dishion, T., & Patterson, G. (1984). Multiple gating: a multistage assessment procedure for identifying youths at risk for delinquency. *Journal of Research on Crime and Delinquency*, 21, 7-32.
- Lorion, R. P. (1990). Developmental analyses of community phenomena (pp. 32-41). In P. Tolan & C. Keys & F. Chertok & L. Jason (Eds.), *Researching community psychology: Issues of theories and methods*. Washington, DC: American Psychological Association.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1127-1149.
- McLoyd, V., Epstein-Jayaratne, T., Ceballo, R., & Borquez, J. (1994). Unemployment and work interruption among African American single mothers: effects on parenting and adolescent socio-emotional functioning. *Child Development*, 65, 562-589.
- Mirret, P., Baily, D., Roberst, J., & Hotton, D. (2004). Developmental screening and detection of developmental delays in infants and toddlers with Fragile X Syndrome. *Development and Behavioral Pediatrics*, 25, 21-27.
- Moghaddam, F. (2005). The staircase to terrorism. *American Psychologist*, 60(2), 161-169.
- Mooij, T. (2004). Naar verantwoorde zelfregulatie in opvoeding, onderwijs en diagnostiek. In H. Baartman & D. Graas & d. R. Groot & T. Zandberg (Eds.), *Wie maakt de dienst uit. Macht en onmacht in opvoeding en hulpverlening*. (pp. 187/198). Utrecht: Uitgeverij Agiel.
- Muir, R., Monogan, S., Gilmore, R., Clarkson, J., Crooks, T., & Egan, T. (1989). Predicting child abuse and neglect in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 255-260.
- Mulvey, E. P., Arthur, M. W., & Reppucci, N. D. (1993). The prevention and treatment of juvenile delinquency: a review of the research. *Clinical Psychology Review*, 13, 133-167.
- Murphy, S., Orkow, B., & Nicole, R. (1985). Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 9, 225-223.
- Nelson, G., Westhues, A., & MacLeod, J. (2003). A Meta-Analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children. *Prevention & Treatment*, 6, 1-32.
- Nixon, R. D. V., Lynne Sweeney, Erickson, D. B., & Touyz, S. W. (2003). Parent-child interaction therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260.
- Offord, D., & Bennet, K. (1994). Conduct disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 33(8), 1069-1078.
- Olds, D., Charles R. Henderson, J., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., & Powers, J. (1998). Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(14), 1238-1244.
- Olds, D., Pettitt, L. M., Robinson, J., Henderson, C. J., Eckenrode, J., Kitzman, H., Cole, B., & Powers, J. (1998). Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology*, 26, 65-83.
- Olds, D. L., Charles R. Henderson, J., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses: Recent Findings
A review of 20 years of research on a program that employs nurses as home visitors. *The Future of children*, 9, 44-65.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L. M., & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect; Fifteen year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 278(8), 637-643.

- Olds, D. L., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The future of children*, 3, 53-92.
- Öry, F. (Ed.). (2003). *Toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg voor Marokkaanse en Turkse gezinnen*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Osofsky, J. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 161-170.
- Oudshoorn, D., Brans, H., Duyx, J., & Eussen, M. (1995). *Kinder- en adolescentenpsychiatrie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Patterson, G. R. (2005). The next generation of PMTO models. *Behavior Therapist*, 28(2), 25-32.
- Patterson, G. R. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist*, 28, 27-33.
- Pearce, M., Jones, S., Schwab-Stone, M., & Ruchkin, V. (2003). The protective effects of religiousness and parent involvement on the development of conduct problems among youth exposed to violence. *Child Development*, 74(6), 1682-1696.
- Peters, R., & Barlow, J. (2003). Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review*, 12, 416-439.
- Pollard, E., & Lee, P. (2003). Child well-being: a systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 61, 59-78.
- Praag-van, C., & Niphuis-Nell, M. (1997). *Het gezinsrapport*: SCP.
- Reynolds, A. J., & Robertson, D. L. (2003). School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. *Child Development*, 74, 3-26.
- Reynolds, A. J., Temple, J., & Ou, S. (2003). School-based early intervention and child well-being in the Chicago longitudinal study. *Child Welfare*, LXXXII, 633-656.
- Reynolds, W. (1987). *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rispens, J., Aleman, A., & Goudena, P. (1997). Prevention of child abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse and Neglect*, 21(10), 975-987.
- Rispens, J., Hermanns, J., & Meeus, W. (Eds.). (1996). *Opvoeden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Ruiter, C., & Pollman, P. (2003). De risico's van kindermishandeling. *Tijdschrift over Kindermishandeling*, 17(1), 18-20.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schweinhart, L. J. (2003, April 26). *Benefits, costs, and explanation of the high/scope Perry preschool program*. Paper presented at the Paper presented at the Meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, FL. US.
- Schweinhart, L. J. (2004). *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary, Conclusions, and Frequently Asked Questions* (monograph). Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation.
- Sherman, L. W., Gottfredson, D. C., MacKenzie, D., Eck, J., Reuter, P., & Bushway, S. (1997). *Preventing crime: what work, what doesn't, what's promising. A report to the United States Congress, prepared for the National Institute of Justice*. College Park, MD: University of Maryland. Department of Criminology and Criminal Justice.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, 22(4), 249-270.
- Surgeon General. (2004). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*. U.S. Department of Health & Human Services. Available: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/cmh/childreport.htm> [April 27, 2004, June 7, 2005].

- Sweet, M., & Appelbaum, M. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development, 75*(5), 1435-1456.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. L. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development, 75*, 1435-1456.
- Tenhaeff, C., Dijkstra, N., Havinga, M., Janssen L, Kaaij, I. v. d., van Laar, L., Nelissen, S., SchrijveR, A., Simons, M., Woltering, M., & Öry, F. (2004). Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in Samen Starten: wijkverpleegkundigen onderzoeken hun eigen dossiers. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg, Augustus*.
- Thomlison, b. (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare, LXXXII*, 541-569.
- Tiffin, P., & Kaplan., C. (2004). Dangerous children: assessment and management of risk. *Child and Adolescent Health, 9*(2), 56-64.
- Tremblay, R. E., & Japel, C. (2003). Prevention during pregnancy, infancy and the preschool years. In D. P. Farrington & J. W. Coid (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp. 205-242). Cambridge, UK.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety. A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton & Company.
- Verdurmen, J., Oort, M. v., Meeuwissen, J., Ketelaars, T., Graaf, I. d., Cuijpers, P., & Ruiters, C. d. (2004). *Effectiviteit van preventieve interventies gericht op jeugdigen: de stand van zaken, Een onderzoek naar de effectiviteit van in Nederland uitgevoerde preventieve programma's gericht op kinderen en jeugdigen*. Utrecht, NL: Trimbos Instituut.
- Verheij, F. (1995). *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F., & Sanders-Woudstra, J. (1987). *Kinderpsychiatrie voor de praktijk*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Stafleu.
- Vogels, A., Crone, M., Hoekstra, F., & Reijneveld, M. (2005). *Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar*. Den Haag: ZonMw.
- Weiner, A., Kuppermintz, H., & Guttmann, D. (1994). Video Home Training (the Orion Project): A Short-Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children. *Family Process, 33*, 441-453.
- Weissberg, R. P., Barton, H. A., & Shriver, T. P. (1997). The Social Competence Promotion Program for Young Adolescents. In G. W. Albee & T. P. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Widenfelt, B. v., Goedhart, A., Treffers, P., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*, 281-289.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 136-149.
- Winters, N., Myers, K., & Proud, L. (2002). Ten-year review of rating scales. II: scales assessing suicidality, cognitive style, and self-esteem. *Journal of the Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 41*(10), 1150-1181.
- Wolchik, S. A., West, S. G., Westover, S., Sandler, I. N., Martin, A., Lustig, J., Tein, J., & Fisher, J. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology, 21*, 293-331.
- Woldringh, C., & Peeters, J. (1995). *De relatie tussen risico- en protectieve factoren en het functioneren van het kind*. Nijmegen: ITS.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as Cumulative Protection: Effects of Early Family Support and Education on Chronic Delinquency and Its Risks. *Psychological Bulletin, 115*(1), 28-54.
- Zeijl, E. (Ed.). (2003). *Rapportage jeugd 2002*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag-Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau- TNO Kwaliteit van Leven.

4 Van signaal naar interventie

4.1 Een signaal is niet meer dan een signaal

Er is zelden een rechtstreekse relatie tussen een bepaald signaal dat er sprake is van een risicoproces of zelfs een signaal dat verwijzen kan naar een specifieke diagnose aan de ene kant en de specifieke kenmerken van opgroei- en opvoedproblemen aan de andere kant. Enkele voorbeelden. Onhanteerbaar gedrag op jonge leeftijd kan verwijzen naar een heftig doorgemaakte ‘terrible two’s’, naar een specifieke stoornis bij het kind, maar ook naar een chaotische gezinssituatie. Depressieve symptomen bij adolescenten kunnen verwijzen naar de diagnose depressie, maar ook naar een rouwproces of naar seksueel misbruik. Als ouders vastlopen in de opvoeding van hun kind kan dat wijzen op een moeilijk temperament van het kind, maar ook op sociale isolatie of een probleem in de partnerrelatie. Als een kind in de peuterspeelzaal vrijwel niet aanspreekbaar is kunnen de oorzaken variëren van een gehoorstoornis tot een pervasieve ontwikkelingsstoornis, van onhandig opvoedgedrag tot een voor het kind angstige ervaring in de peuterspeelzaal zelf. Opstandigheid in de klas kan gebaseerd zijn op een vergelijkbare variatie aan achtergronden. Het constateren van ernstige risico’s op een zorgwekkende opvoedingssituatie hoeft nog niet te betekenen dat er altijd kindermishandeling zal plaatsvinden.

Zoals in de hoofdstukken 2 en 3 is uiteengezet is het ontstaan van internaliserende problemen, externaliserende problemen en zorgwekkende opvoedingssituaties een complex proces waarin doorgaans vele factoren een rol spelen. De signalen, die met de instrumenten en procedures die in het vorige hoofdstuk worden voorgesteld worden opgevangen, leiden in de meeste gevallen alleen nog maar tot de constatering dat er sprake is van een probleem. Welk probleem dat is en welke interventie in die specifieke situatie het best kan worden ingezet moet vervolgens nog worden bepaald.

Op dit moment worden de meeste probleemsignalen (van licht tot zeer zwaar) naar het Bureau Jeugdzorg toegeleid. Dat is geen wenselijke situatie. Zoals uit het eerder besproken project ‘Staying on Track’ bleek, bestaan veel interventies uit beperkte acties. Uit de cijfers van de Bureau’s Jeugdzorg zelf blijkt ook dat slechts een deel van deze signalen leidt tot een indicatie voor jeugdzorg. Op landelijk niveau wordt gemiddeld 55% van de aangemelde kinderen en jongeren geïndiceerd. In een aantal provincies is dat niet meer dan 30% (Cijfers uit ‘Kernindicatoren Wachtlijsten Jeugdzorg’, Vijfde rapportage; meting per 1-1-2004 van de landelijke ‘Taskforce Wachtlijsten Jeugdzorg’). De wachtlijsten bij de Bureau’s jeugdzorg zouden dus aanzienlijk korter kunnen zijn als het proces van signaleren tot interventie meer differentiatie zou kunnen krijgen. In grote lijnen wordt de noodzakelijke differentiatie hier besproken. Deze bespreking geschiedt in functionele termen. Beschreven wordt wat er moet gebeuren. Hoe dat precies in de verschillende contexten waarin signalen worden opgevangen verloopt, zal voor iedere context weer anders zijn.

Om misverstanden te vermijden is het goed alvast op te merken dat de stappen die in de volgende paragraaf beschreven worden bij voorkeur niet vertaald moeten worden in administratieve procedures of sequentiële ketenafspraken. Soms kunnen alle stappen in één sessie binnen één voorziening worden opgelost, of in een samenwerkingsverband door verschillende instellingen op één plaats, in één sessie worden opgelost. Dit heeft sterk de voorkeur boven een benadering waarin iedere stap in de tijd apart georganiseerd wordt. Tot slot moet in deze paragraaf worden opgemerkt dat de Inventagroep er niet voor kiest om vanuit interventies terug te redeneren naar signalen. In de geneeskunde is het niet ongebruikelijk om, als het effect van een interventie bewezen is, pas de ‘bijbehorende patiënten’ te gaan opsporen. Men zoekt dan alleen signalen (symptomen of kenmerken) van de ziekte die men kan behandelen. Op deze wijze wordt bijvoorbeeld de screening op stofwisselingsziekten ingericht. In die gevallen is er een directe relatie tussen (eventueel in een tweede screening geverifieerd) signaal en interventie.

Als het gaat om opgroei- en opvoedproblemen is dit geen goede strategie. Alle kinderen en ouders met problemen hebben er recht op dat hun probleem opgemerkt wordt en dat er, binnen

de beperkingen van wat mogelijk is, aandacht voor dat probleem is. Het feit dat er niet altijd een uit onderzoek effectief gebleken interventie beschikbaar is, mag geen reden zijn om de ogen te sluiten voor signalen van hun problemen en soms schendingen van hun rechten.

4.2 Wat is nodig om van een signaal tot een interventie te komen

4.2.1 *Erkenning van het signaal door ouder en/of jongere*

Op de eerste plaats is het noodzakelijk dat de persoon die het signaal ontvangt (bij het toepassen van een van de vier strategieën die in het vorige hoofdstuk besproken zijn) of iemand namens deze persoon (als die persoon bijvoorbeeld een betere toegang in het gezin heeft) het signaal bespreekt met degene die het signaal betreft. Meestal betekent dit een gesprek met de ouders of de jongere zelf. Alleen als daar grote bezwaren tegen bestaan kan een rechtstreekse melding bij bijvoorbeeld een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of een zorgmelding bij het Bureau Jeugdzorg. Om de stap van signaal naar interventie (hoe licht ook) te kunnen maken is immers in vrijwel alle gevallen de medewerking van het betrokken gezin noodzakelijk. In veel gevallen zal dit geen probleem opleveren. De praktijk wijst echter uit dat veel professionals in het bijzonder het bespreken van zorgwekkende opvoedingssituaties moeilijk vinden.

In een onderzoek in vier regio's constateerde Van Burik (2005) het volgende: 'circa 15% (jeugdgezondheidszorg) tot 80% (peuterspeelzaal met VVE) van de werkers vindt zichzelf niet voldoende toegerust om vermoedens van kindermishandeling met ouders te bespreken'.

In het onderwijs is een veel gehoorde klacht dat ouders vaak een probleem dat bij hun kind gesignaleerd is niet willen erkennen en geen stap naar hulp willen zetten.

Indien het niet mogelijk is een zorgwekkend signaal te bespreken met de ouders of de jongere zodat geen verdere actie in de richting van een interventie ondernomen kan worden, dient een afweging gemaakt te worden of men de situatie ernstig genoeg vindt om een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van verwaarlozing, fysieke mishandeling, seksueel misbruik of huiselijk geweld te doen. Als het om overlastgevend of delinquent gedrag van jongeren gaat kan een aangifte bij de politie overwogen worden.

In alle instellingen die met ouders, kinderen of jongeren werken dient een meldcode kindermishandeling te worden ingevoerd en te worden gebruikt die voorschrijft hoe in een dergelijk geval gehandeld moet worden. Een bij het type instelling passende beoordeling en afhandeling van het zorgwekkende signaal wordt hierin beschreven. Dit hoeft niet altijd in te houden dat degene die het signaal opgevangen heeft ook degene is die de melding of aangifte doet.

Hoewel vele professionals die met kinderen en ouders werken zeer goed in staat zijn om moeilijke gesprekken met ouders te voeren zal het toch nodig zijn om op grote schaal trainingen te geven in de hierboven bedoelde gespreksvoering.

4.2.2 *Verificatie van het signaal*

Een tweede stap moet zijn dat getoetst wordt of het signaal terecht was of dat het vals alarm was. Soms kan dat met een tweede instrument (zie hoofdstuk 3). Vaker zal het zo zijn dat in een gesprek met een professional systematisch nagegaan wordt of er inderdaad een probleem achter het signaal ligt. Deze stap loopt vaak automatisch over in de volgende.

4.2.3 *Probleemverheldering*

Als betrokkenen het eens zijn dat er een terecht signaal is opgevangen dan moet het probleem in kaart gebracht worden. Van welke aard is het probleem? Hoe lang bestaat het al? Is er al eerder geprobeerd iets aan te doen? Is het probleem al bekend? Hoe groot is het probleem? In hoeverre is het probleem van invloed op het functioneren van kind en gezin? Is verdere diagnostiek noodzakelijk? Een mogelijk risicoproces dient zo compleet mogelijk in kaart gebracht te worden.

Het is hierbij van belang vast te stellen dat sommige problemen die voor het eerst gesignaleerd zijn van bijzonder ernstige aard kunnen zijn. De directe beschikbaarheid van (ook kinder- en jeugdpsychiatrische) diagnostische mogelijkheden is van groot belang.

4.2.4 *Een plan van aanpak*

Na de probleemverheldering dient een plan van aanpak ontworpen te worden. Ook hierbij is het van belang dat de betrokken ouders en kinderen dit mede opstellen. Hun medewerking is essentieel voor het slagen van welk plan dan ook. Alleen in uitzonderingsgevallen (na een civielrechtelijke of strafrechtelijke ingreep) kunnen plannen van aanpak min of meer opgelegd worden. Dat plan kan heel eenvoudig zijn: een wat uitvoeriger gesprek, een extra huisbezoek, een gesprek met een schoolmaatschappelijk werker, een bezoek aan een pedagogisch spreekuur, het geven van informatiemateriaal enzovoorts. Het kan wat meer inhouden: enkele gesprekken of één van de interventies die in het volgend hoofdstuk besproken zullen worden. In een aantal gevallen zal het plan van aanpak inhouden dat er gestart wordt met een verwijzing naar een tweedelijnsvoorziening. Hierbij is het van groot belang dat de verwijscriteria voor zowel verwijzers als ontvangende voorziening zo specifiek mogelijk zijn. Bij voorkeur wordt met afgesproken instrumenten en methodieken gewerkt. Dat betekent voor ouders en kinderen grote winst als ze niet telkens opnieuw (ongeveer dezelfde) vragen moeten beantwoorden. Het maken van de keuzes uit de verschillende mogelijkheden is een taak die een aantal kwalificaties vraagt van de persoon die deze keuzes moet maken. Voor de verschillende interventiemogelijkheden wordt verwezen naar het volgende hoofdstuk.

4.2.5 *Evaluatie van het effect*

Welk plan van aanpak ook wordt uitgevoerd: er zal een evaluatie van het effect moeten plaatsvinden. Ook hier is de inbreng van ouders, kinderen en jongeren essentieel. Indien het plan niet gewerkt heeft of het effect is niet voldoende geweest, dient er een nieuw plan gemaakt te worden.

4.3 **Functionele eisen voor het zorgsysteem**

Het bovenstaande leidt tot een aantal functionele eisen aan het systeem van instellingen waarin de route van signaal moet worden afgelegd. In hoofdstuk 7 wordt, mede op basis van deze functionele eisen, een schets van de infrastructuur gegeven die deze functionaliteit mogelijk maakt.

4.3.1 *Deskundigheid in het bespreekbaar maken van problemen in het opvoeden en opgroeien*

Het signaal moet direct gevolgd worden door een gesprek met ouders, kind of jongere waarin aan de orde gesteld kan worden dat er mogelijk een probleem is en dat daar wellicht iets aan gedaan moet worden. Dit veronderstelt een aantal vaardigheden bij de beroepskrachten die het signaal opvangen. Een werkzame methode om ook met agressieve en ontkennende ouders in gesprek te komen is Signs of Safety, ontwikkeld door Andrew Turnell en Steve Edwards in Australië (Turnell & Edwards, 1999). Hierbij wordt een afweging gemaakt tussen de positieve krachten in het gezin en de tekenen van verminderde veiligheid. Op grond van deze afweging komt men met de ouders als partners tot actieplannen.

De Inventgroep heeft de indruk gekregen dat vele professionals uit de jeugdgezondheidszorg, peuterspeelzalen, kinderopvang en uit het onderwijs in afnemende mate gezinnen thuis bezoeken.

Dat is jammer. Een huisbezoek, liefst voor het eerst gebracht in een situatie waarin er nog geen sprake is van problemen, levert een positieve bijdrage aan de relatie tussen gezin en professional, stelt de professional in staat om de mogelijke problemen van het kind beter te begrijpen en is een situatie waarin moeilijke gesprekken vaak beter verlopen.

4.3.2 *Deskundigheid in probleemanalyse en diagnostiek*

Om te kunnen toetsen of het signaal inderdaad verwijst naar een onderliggend probleem en van welke aard dat probleem is, moet een arsenaal aan deskundigheid beschikbaar zijn. Bij lichte problemen dient er directe lichte pedagogische hulp door beroepskrachten op HBO-niveau beschikbaar te zijn. Bij problemen die verwijzen naar risicoprocessen: pedagogische deskundigheid op academisch niveau of gespecialiseerd HBO-niveau. Bij ernstige problemen: deskundigheid op gespecialiseerd academisch niveau: GZ-psychologie, kinder- en jeugdpsychiatrie.

4.3.3 Bemoeizorg

In een aantal gevallen zal een signaal niet direct leiden tot een erkenning of herkenning door de ouders of de jongere van de mogelijkheid van een probleem. In die gevallen is bemoeizorg noodzakelijk, dat wil zeggen de mogelijkheid om outreachend herhaalt contact te leggen met ouders, kind en/of jongere.

4.3.4 Beschikbaarheid van evidence-based interventiemethodieken

Er dient een gedifferentieerd aanbod van zeer licht tot zeer zwaar beschikbaar te zijn, dat op maat antwoorden kan formuleren op de problemen van individuele ouders, kinderen en jongeren.

Zie verder hoofdstuk 5.

4.3.5 Coördinatie van de hulp

Het gehele traject van signaal tot evaluatie van de interventie dient gecoördineerd te worden.

4.3.6 Aansluiting bij verdere zorg en hulp

Op het niveau waarop de signalen worden opgevangen en met de betrokkenen wordt besproken, geverifieerd en verhelderd, dient op verschillende momenten specialistische deskundigheid aanwezig te zijn. Er zijn gespecialiseerde taken op het terrein van deskundigheidsbevordering, consultatie, diagnostiek, zorg en hulpverlening.

4.3.7 Shortcuts bij spoedeisend ingrijpen

In alle fasen en alle stappen van bovenstaand proces moet onmiddellijke toegang tot crisisinterventie of ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing van het kind bestaan als dat nodig wordt geacht.

Literatuur

Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety. A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton & Company.

5 Effectieve interventies bij internaliserende en externaliserende problemen van kinderen en jongeren en zorgwekkende opvoedingssituaties

5.1 Een preventiecontinuüm

5.1.1 Vijf punten op een continuüm

In het vorige hoofdstuk is beschreven dat er geen rechte lijn bestaat van één der vier signaleringsstrategieën naar een bepaalde interventie. In dit hoofdstuk wordt daarom, los van de signaleringsstrategieën, een ordening aangebracht in interventies.

Om te beginnen wordt een preventiecontinuüm voorgesteld. Op dit continuüm worden vijf punten onderscheiden:

1. Universele preventie, gericht op de gehele populatie
2. Vroegtijdige selectieve interventie, gericht op populaties met bepaalde risicokenmerken.
3. Vroegtijdige geïndiceerde preventie bij individuen die op basis van een screening als risicovol worden beschouwd
4. Vroegtijdige interventie bij signalen van risicoprocessen
5. Interventies in termen van zorg en behandeling bij vastgestelde problemen.

De eerste drie punten representeren een proactief beleid. Er is nog geen manifest probleem, maar er zou wel een probleem kunnen ontstaan. De laatste twee punten betreffen een reactief beleid. Er is een (beginnend) probleem waar iets aan moet gebeuren.

Uit de beschrijving wordt ook al duidelijk dat een deel van de interventies niet plaatsvindt na signalering van problemen met de in het hoofdstuk beschreven instrumenten of op basis van een beoordeling van een individuele situatie door een professional, maar op grond van het feit dat een kind, jongere of gezin behoort tot een bepaalde subpopulatie die als groep een verhoogd risico loopt. Ook interventies in deze situatie zullen hieronder beschreven worden. Deze punten op het continuüm worden nu uitgebreider beschreven.

5.1.2 Universele preventie, gericht op de gehele populatie van ouders, andere opvoeders en kinderen

Onder universele preventie valt algemene opvoedingsvoorlichting, psycho-educatie, algemene oudercursussen en voorlichting over ontwikkeling en gedrag. Tijdschriften, boeken, websites, tv-programma's, folders, groepsbijeenkomsten en dergelijke zijn vaak de middelen die gebruikt worden.

Een rapport van NIZW en GGD-Nederland uit 2001 raadt aan om op het gebied van de algemene preventie van opvoedings- en gedragsproblemen een breed aanbod te organiseren van opvoedingsondersteuning waar informatie, cursussen en trainingen in verschillende vormen toe kunnen behoren (Blokland, Prinsen, Kok, & Wijngaarden, 2003). Hierbij kan men denken aan informatie en voorlichting, pedagogische advisering, begeleiding en training, het bevorderen van sociale steun en zelfhulp en praktische hulp. (Blokland et al., 2003). Er is overigens weinig informatie beschikbaar over wat effectieve vroegtijdige interventies zijn voor een breed publiek.

5.1.3 Selectieve vroegtijdige interventies

Deze richten zich meestal op demografisch (bijvoorbeeld alleenstaande tienermoeders), geografisch (bijvoorbeeld achterstandswijken) afgebakende doelgroepen of doelgroepen met een bepaald kenmerk (van kinderen of ouders), waarin een verhoogde prevalentie van problemen aanwezig is. Deze zogenaamde risicogroepenbenadering houdt vaak in dat men voorlichting, training op individueel of groepsniveau aanbiedt aan subpopulaties waarvan men weet dat ze verhoogde risico's hebben. Het kan zoals gezegd gaan om bepaalde wijken, maar

ook om bepaalde groepen personen zoals allochtone ouders, alleenstaande tienermoeders, of kinderen van ouders met een psychiatrisch probleem, kinderen met een zeer laag geboortegewicht, kinderen die een echtscheiding hebben meegemaakt, etcetera. Nadelen van deze benadering zijn doorgaans dat men de kans loopt weinig effectief met middelen om te gaan (lang niet ieder lid van een risicopopulatie zal ook problemen krijgen) en dat groepen zich gestigmatiseerd kunnen voelen of 'apart' gezet worden. Een ervaringsgegeven is ook dat binnen de subpopulatie de individuele gezinnen die de interventie het meest nodig hebben juist niet meedoen aan de programma's (Öry, 2003). Ook kunnen er self fulfilling prophecies optreden. Terughoudendheid bij het omgaan met deze interventies is aan te bevelen. Een goede kosten-baten analyse is steeds noodzakelijk.

5.1.4 Vroegtijdige preventie, gericht op risico-individen die op grond van individuele kenmerken geselecteerd worden door een screening.

Op grond van de aanwezigheid van een aantal risicofactoren wordt een interventie aangeboden. Er is dus nog geen probleem en er is zijn zelfs nog geen signalen van een risicoproces. Er worden bij deze benadering hoge eisen gesteld aan de validiteit van de screening. Deze benadering sluit aan bij de in de vorige hoofdstukken besproken strategie 1 van de 'Vroegtijdige signalering van toekomstige zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties voor de meest extreme risicosituaties'.

5.1.5 Vroegtijdige interventie bij signalen van risicoprocessen

Vroege interventies gericht op individuen die risicotrajecten zijn ingegaan, dat wil zeggen, individuen die eerste signalen van beginnende problemen afgeven die gerelateerd zouden kunnen zijn aan internaliserende en externaliserende en zorgwekkende opvoedingssituaties en daarmee als 'high risk' kunnen worden beschouwd. Deze benadering sluit aan bij in de vorige hoofdstukken beschreven procedures om risicoprocessen in kaart te brengen.

5.1.6 Interventies in termen van zorg en behandeling bij vastgestelde problemen

Hier gaat het om diagnostiek en behandeling, hulp of zorg bij vastgestelde problemen: 'clinical interventions'. Op dit laatste punt van het continuüm is het te laat voor preventie en is het doel zo snel mogelijk effectieve hulp te bieden. In feite spreekt men hier over de zorg die in Nederland 'geïndiceerde zorg' is. Dat wil zeggen dat er, vaak nadat een vorm van 'slagboomdiagnostiek' is toegepast, er door gespecialiseerde voorzieningen hulp, behandeling of zorg wordt aangeboden.

5.1.7 Interventies waar de Inventgroep zich over uitspreekt

Gezien de opdracht aan de Inventgroep valt een deel van het continuüm onder opdracht van de Inventgroep. Populatiegerichte interventies vallen buiten de opdracht. Er is immers geen sprake van risico's en dus evenmin van het signaleren daarvan. De selectieve interventies en geïndiceerde interventies vallen wel binnen de taak van de Inventgroep. De interventies in termen van geïndiceerde zorg en behandeling vallen daarentegen weer buiten het bestek van dit rapport.

5.2 Een verdere ordening

Het overblijvende deel van het continuüm (selectieve en geïndiceerde vroegtijdige interventies) kan nu worden gecombineerd met de drie typen problemen die het onderwerp van dit rapport zijn: internaliserende problemen, externaliserende problemen en zorgwekkende opvoedingssituaties. Dit levert een matrix van twee rijen en drie kolommen op. Binnen iedere cel zou men vervolgens nog een aantal onderverdelingen kunnen maken, bijvoorbeeld of een interventie binnen het gezin, binnen de school of binnen een instelling plaatsvindt (of in combinatie daarvan). Ook zou men onderscheid kunnen maken naar individuele of groepsgewijze benaderingen, naar intensiteit en duur of naar andere kenmerken. In dit rapport zal om redenen van overzichtelijkheid binnen de bovengenoemde matrix alleen nog verder worden gedifferentieerd tussen gezinsinterventies en schoolinterventies. Er komen ook combinaties voor (die overigens juist daardoor naar verhouding effectiever zijn). Dat zal dan

uiteraard worden aangegeven. Interventies bij zorgwekkende opvoedingssituaties zijn vrijwel uitsluitend gericht op gezinnen.

Er ontstaat de volgende ordening:

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

Alvorens aan de hand van deze matrix een overzicht gegeven zal worden van effectieve interventies, zal eerst in enkele paragrafen iets worden gezegd over het begrip ‘effectiviteit’.

5.3 Wat kenmerkt effectieve programma’s?

Het is niet gemakkelijk duurzame veranderingen tot stand te brengen bij ouders en/of bij kinderen. In het algemeen blijkt dat het gemakkelijker is om het cognitieve niveau van kinderen te verhogen dan om hun sociale gedrag te veranderen (Blok, Fukkink, Gebhardt, & Leseman, 2005).

Een plausibele vraag wanneer men naar de interventieliteratuur kijkt is: zijn er kenmerken van effectieve programma’s op de drie probleemgebieden die de Inventgroep onderscheid die leiden tot een effectief programma? Deze vraag was de leidraad van overzichten en meta-analyses. Vele auteurs hebben geprobeerd om te bekijken wat de algemene kenmerken zouden kunnen zijn van het mogelijke ideale en perfecte programma. Zo zijn er bijvoorbeeld verschillende meta-analyses gewijd aan vragen als: welke typen home visiting’ programma’s zijn effectief? (Kendrick et al., 2000; M. A. Sweet & M. L. Appelbaum, 2004); welke typen voorschoolse programma’s zijn effectief? (Nelson, Westhues, & MacLeod, 2003) en welke typen programma’s bij het bestrijden van kindermishandeling zijn effectief (Chaffin & Friedrich, 2004)?

Op basis van de literatuur over effectieve interventies is een aantal criteria te destilleren die kenmerkend zijn voor effectiviteit.

De Inventgroep concludeert dat de volgende zeven criteria van belang zijn.

Een interventie is effectiever:

1. naarmate deze beter doordacht, gestructureerd en gestandaardiseerd is
2. naarmate er een beter evenwicht bestaat tussen de omvang van de problematiek en de omvang van de beschikbare inzet
3. naarmate deze meer aansluit bij de wijze waarop ouders, kinderen en jongeren zelf hun problemen ervaren
4. naarmate deze meer gericht is op het weer greep krijgen op het eigen leven van ouders, kinderen en jongeren (empowerment)
5. naarmate deze beschikbaar is in de verschillende leefsituaties van ouders, kinderen en jongeren
6. naarmate deze meer werkt met overeengekomen concrete doelen
7. naarmate deze sociale netwerken rond ouders, kinderen en jongeren meer activeert.

Door een programma uit te voeren dat voldoet aan deze criteria is succes echter niet gegarandeerd. De realiteit is ingewikkelder. Sommige *home visiting* programma's zijn effectief en anderen niet en voor voorschoolse educatie geldt hetzelfde. Wat daarom nodig is, is te bekijken welk specifiek *home visiting* programma de beste resultaten laat zien en welk specifiek voorschoolse educatie programma de grootste vooruitgang bij kinderen heeft kunnen aantonen.

Niettemin vormen de zeven criteria een kader om a. te begrijpen waarom bepaalde programma's werken en andere niet, b. de effectiviteit van bestaande programma's te vergroten door ze te verbeteren aan de hand van de criteria.

5.4 Methode van onderzoek

Het is de bedoeling dat de Inventgroep uitsluitend interventies en programma's voorstelt die *evidence-based* zijn, dit wil zeggen, waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dan ze effectief zijn. Effectiviteit kan worden vastgesteld in studies die aan een aantal kwaliteitseisen voldoen. In het kort samengevat, *evidence-based* programma's zijn onderbouwd door:

- 1 adequaat onderzoek, d.w.z. een *randomized control trial*
- 2 er behoren onafhankelijke replicaties van de bevindingen te zijn
- 3 de resultaten moeten ook op de lange termijn effecten laten zien.

De randomized control trial (RCT) is wereldwijd de beste methode om tot een gefundeerde uitspraak te komen over het effect van onderzoek. Soms wordt het uitvoeren van een RCT bijzonder moeilijk door omstandigheden die buiten de controle liggen van de onderzoekers. Het NIZW hanteert op de website www.jeugdinterventies.nl⁷ een classificatie waarin naast RCT's ook andere onderzoeksmethoden worden gepresenteerd. Daarnaast heeft Veerman een voorstel gedaan voor het indelen van wetenschappelijk onderzoek naar effecten van programma's (Veerman 2003). De Inventgroep geeft echter uiteindelijk de voorkeur aan onderzoek met RCT als de internationale standaard voor effectonderzoek. Een uitgebreid overzicht over kwaliteitseisen die men aan onderzoek moet stellen is opgenomen in de bijlage 4.

Er was geen ruimte in de procedure van de Inventgroep om nieuw onderzoek op te zetten naar effectieve interventies. Dit zou tot op zekere hoogte echter ook overbodig zijn. Verschillende recente studies hebben selecties gemaakt van programma's die door middel van *randomized controlled trials* waren geëvalueerd. In dit rapport hebben wij ons vooral gebaseerd op deze overzichten. Het gaat om:

- 1 Aos (2004), die een uitgebreide studie deden naar de effectiviteit en de daaraan gerelateerde kosteneffectiviteit van programma's voor (vroegtijdige) interventie gericht op, onder andere, gedragsproblemen en criminaliteit
- 2 Bernazzani (2001)
- 3 Farrington (in press-a)
- 4 Barlow (2005)
- 5 Tremblay (2003)
- 6 Het overzicht van het Trimbos Instituut (Verdurmen et al., 2004)
- 7 De overzichten van het NIZW (Boendemaker, Veldt, & Booij, 2003; Ince, Beumer, Jonkman, & Vergeer, 2004).

Op basis van deze overzichten is bekeken welke preventie en interventie programma's tot de beste behoorden. Daarnaast is ook een aantal belangrijke *review* artikelen geraadpleegd, waaronder publicaties van Bunting (2004), Coren (2004), Thomas (1999), Woolfenden (2001), Greenberg (2001), Smith (2003), Brestan (1998), Bakermans-Kranenburg (2003) en Wilson (2003).

Wanneer men deze methodologische eisen stelt aan evaluatieonderzoek dan blijkt dat er niet zoveel studies zijn, ook wereldwijd, die aan de belangrijkste kwaliteitseisen voldoen, namelijk een *Randomized Controlled Trial*, en tevens longitudinale gegevens presenteren (Farrington & Welsh, in press-a, in press-b; Greenwood, 2004). Dit betekent dat slechts een beperkt aantal programma's in aanmerking komen voor een relatief grootschalige toepassing in Nederland. Zelfs als wordt afgezien van de eis dat er ook langere termijn resultaten beschikbaar moeten zijn dan blijken er slechts enkele programma's te zijn die aangetoond effectief zijn. Als men afziet van een effectiviteit van minimaal zes jaar (Farrington & Welsh, in press-a) dan zijn er meer programma's bewezen effectief. Dit betekent echter dat in dat geval nog onbekend is of de gevonden effecten beklijven. Dit lijkt een hoge eis, maar, teruggrijpend op het basisconcept

⁷ Ga naar Verantwoording, dan naar Classificatie.

achter vroegtijdige signaleren en interveniëren, dat problemen op de lange termijn voorkomen kunnen worden (hoofdstuk 1 van dit rapport) is een essentieel punt. In ons overzicht wordt aangegeven of er lange termijn effecten bekend zijn.

Men zou kunnen beargumenteren dat een nadeel van een strenge selectie van programma's op basis van effectiviteit is dat er een betrekkelijk korte lijst overblijft van effectieve programma's. Maar deze beperking heeft ook voordelen. Indien de geselecteerde programma's bijvoorbeeld vereisen dat professionals worden getraind, dan kan zo'n training op een efficiënte manier plaats vinden. Als het beleid zich richt op een beperkt aantal programma's is - hopen wij - de kans dat het programma verwatert (onvoldoende *program fidelity*, zie par. 5.6) geringer. Relatief grote aantallen mensen kennen het programma, begrijpen wat de kern ervan is en wat precies de bedoeling ervan moet zijn. Dat is een gunstiger situatie dan wanneer in het land tegelijkertijd vele soorten programma's worden uitgetoetst en waardoor dispersie in plaats van concentratie op activiteit plaats vindt. Om die reden hebben wij ervoor gekozen om slechts met enkele voorbeelden van goed geëvalueerde programma's voor te stellen.

Als de voorgestelde interventies worden vergeleken met de huidige Nederlandse praktijk van interventies dan blijkt er slechts een beperkte overlap te bestaan tussen de uit onderzoek effectief gebleken programma's en de interventies die in Nederland worden toegepast. Volgens de NIZW-publicatie *Veelbelovend en Effectief* zijn er in Nederland niet meer dan 4 interventies beschikbaar waarvan de implementeerbaarheid en effectiviteit zijn bewezen.

De Inventgroep stelt hierbij niet dat de huidige praktijk geen effectieve interventies zou kennen, wel is het zo dat van veel interventies die worden aangeboden niet voldoende onderzocht is of ze effectief zijn. In hoofdstuk 6 wordt hier in meer detail op teruggekomen.

Een aantal van de voorgestelde effectieve programma's is (gedeeltelijk) naar het Nederlands vertaald of is in de pilotfase. De meeste programma's zijn echter niet vertaald.

De Inventgroep heeft haar conceptrapport op 6 juli 2005 aan een groot aantal organisaties dat betrokken is bij kinderen zoals peuterspeelzalen, kinderopvang, bureaus jeugdzorg, onderwijs, gemeenten, de jeugd(gezondheids)zorg, onderwijs en de politie ter commentaar voorgelegd. Sommige van hen spreken hun teleurstelling uit dat er niet meer instrumenten en interventies die in Nederland zijn ontwikkeld en momenteel in Nederland worden toegepast door de Inventgroep zijn aanbevolen. De Inventgroep heeft inderdaad, op een enkele uitzondering na, gekozen voor instrumenten en interventies die in het buitenland zijn ontwikkeld. De argumenten van de Nederlandse organisaties voor het gebruik van Nederlandse instrumenten en programma's zijn divers. Programma's die in het buitenland zijn ontwikkeld zouden niet toepasbaar of haalbaar zijn in de Nederlandse situatie en de interventies zouden niet zijn getoetst qua "culturele validiteit" in Nederland. Op zich interessante argumenten in het licht van het feit dat tot nu toe buitenlandse programma's naar Nederland zijn gehaald en gefinancierd door de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport VWS/ZonMw (Tripple P, VoorZorg) en Justitie (Communities That Care), ondanks het feit dat criteria voor de keuze van deze buitenlandse programma's tot nu toe ontbraken, waaronder een toetsing op "culturele validiteit". Ook is er bij deze programma's geen haalbaarheidsonderzoek verricht.

In 2002 hebben Hermans en Vergeer in Nederland ruim 4.500 programma's geïdentificeerd voor opvoedingsondersteuning. Slechts een handvol van deze programma's zijn op hun effecten getoetst. Verdurmen e.a. publiceerden in 2003 een rapport waaruit blijkt dat in Nederland programma's in de jeugd(gezondheids)zorg nauwelijks op hun effecten worden geëvalueerd. Slechts 60 van de ruim 600 programma's waren op hun effect onderzocht en van deze 60 bleken 6 effectief. Bovendien is er bij géén van deze programma's het effect voldoende lang in de tijd gevolgd zodat een eventueel "uitdoofeffect" al dan niet kon worden aangetoond. Ook zijn er programma's als "effectief" bestempeld terwijl het effect slechts een deel van de onderzoekspopulatie betrof. In Nederland wordt dus al vele jaren gewerkt zonder dat het effect van het werk wordt onderzocht. Mede op grond van het ontbreken van effectonderzoek van deze programma's was de Inventgroep genooddaakt om te kijken naar evidence-based en effectieve programma's in het buitenland. Het argument dat het wiel niet steeds opnieuw uitgevonden moet worden, heeft hierbij ook een rol gespeeld. Het aanpassen van effectief gebleken "buitenlandse" programma's waarbij wordt samengewerkt met instellingen in het buitenland heeft het voordeel dat de professionaliteit van de Nederlandse medewerkers een enorme stimulans krijgt, dat 'fidelity checks' vaak een onderdeel zijn in veel van de

buitenlandse programma's zodat de kwaliteit van het programma wordt gewaarborgd en dat het gaat om al bewezen effectieve programma's. Natuurlijk moet goed worden onderhandeld over de kosten en de mogelijkheid het programma te beïnvloeden. En invoering van een buitenlands programma zal gevolgd moeten worden door een certificatie traject en continue intervisie van de medewerkers om de kwaliteit te blijven waarborgen.

De Inventgroep beveelt aan dat effectevaluatie een routineonderdeel wordt van het dagelijkse werk en dat bij het begroten van elke interventie een deel van het budget opzij wordt gelegd voor effectevaluatie. Op grond van evaluatieonderzoek kunnen programma's die niet effectief zijn, worden gestopt om geld en tijd vrij te maken voor wat wél werkt. In hoofdstuk 8.2 wordt hierop teruggekomen. Vastgesteld moet worden dat er dus een kloof is tussen de huidige praktijk en de ideale praktijk. Deze kloof is niet eenvoudig te overbruggen. Het is onmogelijk om op korte termijn niet effectieve programma's te vervangen door effectieve. Dat is niet alleen onmogelijk omdat de gegroeide praktijk niet gemakkelijk kan worden veranderd. Ook is een probleem dat de effectieve interventies nog moeten worden aangepast aan de Nederlandse situaties en er nog effect-onderzoek in Nederland moet plaatsvinden. In het slothoofdstuk over de Implementatie van de adviezen van de Inventgroep zal hier op worden teruggekomen.

5.5 Kwaliteitsbewaking: certificeren en fidelity checks

Een programma kan aan alle eisen voldoen, wanneer het niet op adequate wijze wordt uitgevoerd dan mag men niet verwachten dat het effect zal sorteren dat men ervan kan verwachten. Vele, ook Nederlandse auteurs hebben gewezen op het cruciale belang van het bewaken van de kwaliteit van de uitvoering van het programma. Er zijn vele aspecten van belang bij de uitvoering. Het is het verschil tussen een geslaagd en effectief project of een totale mislukking waarbij men de inspanning net zo goed achterwege had kunnen laten (Aos et al., 2004). Voor een aantal programma's is het nodig, wil men ze uitvoeren, om een certificering te behalen om de naam te kunnen voeren. Een van de belangrijkste argumenten hiervoor is de eis, van de oorspronkelijke oprichters, dat programma's correct dienen te worden geïmplementeerd. Met een correcte implementatie staat of valt het programma. De oprichters willen aldus zeker zijn dat de evaluaties van het programma ook betrekking zullen hebben op hun programma en niet op een (meestal) gesimplificeerde versie ervan.

Behalve een correcte implementatie is het verstandig om *fidelity checks* in te bouwen. Dit betekent dat op gezette tijden, meestal door middel van een onderzoek, bekeken wordt of de programma-uitvoerders zich inderdaad houden aan de juiste procedures. Uit de meta-analyse van Lipsey (1998) blijkt dat organisatieaspecten rondom het toepassen van therapie in jeugdinrichtingen een belangrijke impact hebben op effectiviteit. Een van de belangrijkste aspecten binnen de inrichting was of er werd gecheckt in de organisatie of de methodieken correct werden toegepast. Daarnaast bleek voor therapieën in de gemeenschap dat enigszins vergelijkbare praktische aspecten rondom de toepassing van de methodiek ook relevant waren voor effectiviteit.

Interessant is dat de implementatie soms een U-vorm volgt: slechte implementatie levert slechter uitkomsten op, degelijke implementatie levert goede uitkomsten op, en te strikte implementatie (die te weinig rekening houdt met de praktijksituatie) levert opnieuw slechte uitkomsten op (Embry, 2002).

Naast de bovengenoemde nadelen om conclusies uitsluitend te baseren op resultaten uit meta-analyses moet ten aanzien van de setting van interventies op scholen nog het volgende worden opgemerkt. Wilson, Lipsey en Derzon waarschuwen in de conclusies van hun meta-analyse wat betreft interventies op scholen voor het voorkomen en aanpakken van agressief gedrag dat zij de positieve effecten van deze interventies bijna uitsluitend in demonstratieprojecten aantreffen. Van de 334 beschikbare metingen van effectgroottes in hun meta-analyse waren er slechts 26 die afkomstig waren van routine programma's op scholen. Er is dus maar in beperkte mate onderzoek gedaan naar interventies in een routine setting op scholen (Wilson, Lipsey & Derzon 2003).

5.6 Implementatievraagstukken

Een belangrijke vraag is of problematische gezinnen wel hulp wensen, en of zij willen meewerken aan interventies. Om die reden is aandacht nodig voor het bereiken van ouders en/of jongeren met interventies. Effectieve programma's hebben vaak procedures om ouders te overtuigen van het belang van meedoen en ook hen te blijven motiveren. Een groot deel van de gezinnen lijkt graag hulp te willen aanvaarden. Maar toch wordt ook vaak gemeld dat participatie een probleem kan zijn (Baker, Piotrkowski, & Brooks-Gunn, 1991; Durlak & Wells, 1997). Een gerechtvaardigde conclusie is inmiddels dat indien voldoende wordt geïnvesteerd in een goede benadering van de gezinnen, een hoge mate van participatie mogelijk is. Wanneer gezinnen eenmaal hebben besloten om mee te werken aan een interventie, is het zaak om ze voor de gehele periode van de interventie (soms meerdere jaren!) erbij te betrekken. Sommige auteurs vermelden dat een hoog risico samenhangt met een grotere kans om aan de interventie te blijven meedoen (N. B. Guterman, 1999). Anderen vermelden dat de meest problematische gezinnen moeite hebben de gehele training of de interventie te voltooien en dat *drop-out rates* van 50% niet uitzonderlijk zijn (Mulvey, Arthur, & Reppucci, 1993). Is het personeel voldoende gekwalificeerd, is hun opleiding adequaat? Wanneer uitvoerend en superviserend personeel voldoende is opgeleid, draagt dat bij tot het slagen van een project (Duggan et al., 2004). Ook een adequate leiding en een stabiele bezetting van de staf zijn van belang. Sommige projecten worden geplaagd door hoge mobiliteit van de staf en dit werkt versturend (Duggan et al., 2004). Vaak zal extra training noodzakelijk zijn. Een goed personeelsbeleid verschaft de basis voor het slagen van een interventie. Het principe van bijvoorbeeld de Home Visitation programma's, is om naar de moeders thuis te gaan (Olds, Charles R. Henderson et al., 1998). Als dat niet altijd kan, is het belangrijk voor het bereik van het programma dat dit zo dichtbij als mogelijk beschikbaar is (community based; (Baker et al., 1991). Tegelijkertijd is het duidelijk dat er voordelen zijn verbonden aan programma's die óók in centra, zoals kindercentra (nu kinderdagverblijven of peuterspeelplaatsen) worden uitgevoerd. Juist armere gezinnen lijken hieraan deel te nemen.

5.7 Andere aspecten die effectiviteit kunnen beïnvloeden

Naast de kwaliteit van de implementatie kunnen andere kenmerken van interventies van belang zijn. Onderzoek naar psychotherapie laat zien dat de motivatie van cliënten van belang is. Daarnaast kan de band tussen therapeut en cliënt van invloed zijn op de effectiviteit (Lambert, 1996; van Yperen, 2003; Beutler, 2000). Ook is van belang of de interventie wordt afgemaakt (Lambert, 1996; Van Yperen, 2003). Wetenschappelijke evaluaties van effecten van therapieën of interventies houden rekening met dergelijke zaken omdat zij ondermeer (1) cliënten (kinderen, jongeren, gezinnen) per toeval toewijzen aan de experimentele versus de controle conditie (via randomisatie-procedures) en (2) effecten bestuderen van beide complete groepen (dus: de experimentele en de controle groep) waarbij cliënten die uitvallen mee horen te tellen in de berekening van effectgroottes (zie ook bijlage 4).

5.8 Praktische aspecten

Tussen het moment dat voor een programma wordt gekozen en de daadwerkelijk uitvoering in de praktijk zit meestal nog een zekere tijd. De daadwerkelijke uitvoering van een programma is niet van de ene op de andere dag te realiseren. Er zijn praktische consequenties verbonden aan de uitvoering. Het is van belang om zich dat te realiseren zodat er rekening mee kan worden gehouden en zodat niet, tijdens de werkzaamheden, problemen opdoemen die een goede realisatie in de weg staan. Simpele - praktische - problemen kunnen grote hindernissen worden. Bij de concrete uitvoering van programma's komen onder meer de onderstaande problemen aan bod.

Ruimte. Van te voren moet helder zijn wat voor type ruimte nodig is voor de uitvoering van het programma. Is er een zaal nodig voor groepsbijeenkomsten (voor ouder-groepen) of een laboratoriumruimte met een one-way screen (bij sommige versie van Parent child Interaction therapy (PCIT))? Een correcte uitvoering van een programma zal over geschikte lokalen moeten beschikken.

Praktische problemen voor gezinnen om deel te nemen aan een programma. Gezinnen kunnen gemotiveerd zijn om deel te nemen maar desondanks worden geconfronteerd met praktische problemen die deelname bemoeilijken. Het is noodzakelijk om deze praktische moeilijkheden te onderkennen en zo mogelijk op te vangen. Wellicht hebben gezinnen of kinderen vervoer nodig om zich te kunnen begeven naar de plaats waar het programma wordt gegeven. Deelname kost ook tijd en veel risicogezinnen staan onder tijdsdruk en financiële druk. Sommige programma's bieden maaltijden aan tijdens de bijeenkomsten, zodat er thuis niet meer hoeft te worden gekookt. Op deze wijze worden concrete hindernissen verkleind. Ook een babysit-service kan behulpzaam zijn voor gezinnen met kleine kinderen.

Voor gezinnen die rond of onder de armoede grens leven zal het nodig zijn hun financiële situatie te onderkennen. Sommige diensten, bijvoorbeeld de diensten geleverd door kindercentra, zullen wellicht gratis moeten worden aangeboden. Zo niet dan valt vermoedelijk de groep af waarvan de kinderen de grootste risico's lopen op negatieve uitkomsten. Armoede blijkt in de meeste studies een belangrijke risicofactoren voor vele negatieve uitkomsten van kinderen.

Helpdesk. De concrete uitvoering van programma's zal vermoedelijk altijd leiden tot vele praktische vragen, bijvoorbeeld: wat te doen als de professional ziek wordt? In die gevallen dient er vervanging te zijn zodat het programma niet uitvalt als gevolg van het uitvallen van één professional. Een ander probleem is: wat te doen als deelnemers ziek worden? Gaat de professional naar het gezin thuis? Er horen instructies te zijn over hoe te handelen in dergelijke situaties. De aanwezigheid van een helpdesk voor een programma zal nodig zijn om te kunnen ondersteunen op het gebied van uitvoering en praktische problemen. Tevens kan men zich voostellen dat de helpdesk een rol krijgt bij de informatieverzameling ten behoeve van het monitoren van het programma.

Technische en ICT ondersteuning. Voor een adequate uitvoering zal ter ondersteuning een technische staf, waaronder ICT deskundigheid, noodzakelijk zijn.

Voor een succesvolle uitvoering van programma's zullen alle praktische aspecten die horen bij de implementatie correct moeten worden ingeschat zodat er van te voren rekening mee kan worden gehouden. Het blijkt in de praktijk voor te komen dat een effectief programma niet werkt omdat, bijvoorbeeld, de coördinator ziek werd, de therapeut verhuisde, de ICT ondersteuning niet afdoende was of omdat er geen stopcontacten beschikbaar waren waardoor de computers niet konden worden gebruikt. Dit soort moeilijkheden kan door een goede planning worden voorkomen.

5.9 Belang van doorlopend evaluatieonderzoek en monitoring

De wetenschap van alle deelnemers dat het programma wordt begeleid door onderzoek houdt allen scherp. Dit is in een eerste fase een belangrijke eerste aanzet tot succes. Het volgen van wat er gebeurt in het programma is mogelijk door het blijvend te volgen op belangrijke input, implementatie en uitkomstmaten. Het voert te ver om hier in detail op in te gaan. Wat van essentieel belang is, is dat een goed programma goed moet worden geïmplementeerd.

Een centrale organisatie zou de deskundigheid in huis moeten hebben (of ontwikkelen) om de kwaliteit te bewaken van de uitvoering en ervoor te zorgen dat het betreffende programma's met goed getrainde mensen werkt.

Om gezondheidsbeleid te maken en om dat beleid goed te kunnen evalueren is daarnaast inzicht nodig in de gezondheid, welbevinden en psychisch functioneren van jeugdigen (0-19 jaar) en de determinanten daarvan. GGD'en en thuiszorginstellingen doen regelmatig onderzoek naar de gezondheid en gezondheidsgerelateerde onderwerpen van kinderen en jeugdigen op lokaal niveau. Goede voorbeelden van lokale monitoren zijn de Rotterdamse Jeugdmonitor en de elektronische monitor en voorlichting E-MOVO in de regio Oost Nederland⁸. De Nationale Monitor Jeugdgezondheid uniformeert vraagstellingen in enquêtes en registraties van GGD-en en Thuiszorginstellingen (in de zogenaamde "standaardvraagstellingen") en brengt gegevens in een landelijke database samen. Door de resultaten met voorgaande jaren te vergelijken krijgen

8

<http://www.ggdkennisnet.nl/kennisnet/explorer/subdomeinexplorer.asp?display=2&atoom=16384&atoomsrt=10&actie=2>

gemeenten, provincies en rijk een beeld of het gevoerde beleid vruchten afwerpt. De gegevensverzameling wordt hiermee efficiënter en (lokale en landelijke) beleidsmakers krijgen (recente) informatie in handen voor onderzoek, beeldvorming en toetsing van beleid en implementatie.

Literatuur

- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth* (04-07-3901). Washington, DC: Washington State Institute for Public Policy.
- Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1991). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The future of children*, 9, 116-123.
- Barlow, J., & Parsons, J. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child*, 31, 33-43.
- Bernazzani, O., Côté, C., & Tremblay, R. E. (2001). Early Parent Training to Prevent Disruptive Behavior Problems and Delinquency in Children. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578, 90-103.
- Blok, H., Fukkink, R., Gebhardt, E., & Leseman, P. (2005). The relevance of delivery mode and other programme characteristics for the effectiveness of early childhood intervention. *International Journal of Behavioral Development*, 29(48-57).
- Blokland, G., Prinsen, B., Kok, C., & Wijngaarden, J. v. (2003). *De jeugd heeft de toekomst*. Utrecht, NI: NIZW / GGD Nederland.
- Boendemaker, L., Veldt, M.-C. v. d., & Booij, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NI: NIZW.
- Chaffin, M., & Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 26, 1097-1113.
- Duggan, A., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 28, 597-622.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Embry, D. D. (2002). The Good Behavior Game: a best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 273-297.
- Farrington, D. P., & Welsh, B. C. (in press-a). Family-Based Prevention of Offending: A Meta-Analysis. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*.
- Farrington, D. P., & Welsh, B. C. (in press-b). Randomized Experiments in Criminology: What Have We Learned in the Last Two Decades? *Journal of Experimental Criminology*.
- Greenwood, P. W. (2004). Cost-Effective Violence Prevention through Targeted Family Interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036, 201-214.
- Guterman, N. B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the 'Universal versus targeted' debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse and Neglect*, 23, 863-890.
- Ince, D., Beumer, M., Jonkman, H., & Vergeer, M. (2004). *Veelbelovend en effectief. Overzicht van preventieve projecten en programma's in de domeinen gezin, school, jeugd, wijk (tweede volledig herziene editie CtC-gids)*. Utrecht: NI: NIZW.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., Williams, D., & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of disease in childhood*, 82, 443-451.
- Mulvey, E. P., Arthur, M. W., & Reppucci, N. D. (1993). The prevention and treatment of juvenile delinquency: a review of the research. *Clinical Psychology Review*, 13, 133-167.
- Nelson, G., Westhues, A., & MacLeod, J. (2003). A Meta-Analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children. *Prevention & Treatment*, 6, 1-32.
- Olds, D., Charles R. Henderson, J., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., & Powers, J. (1998). Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a

- Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(14), 1238-1244.
- Öry, F. (Ed.). (2003). *Toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg voor Marokkaanse en Turkse gezinnen*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. L. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
- Tremblay, R. E., & Japel, C. (2003). Prevention during pregnancy, infancy and the preschool years. In D. P. Farrington & J. W. Coid (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp. 205-242). Cambridge, UK.
- Veerman, J.W. (2004). Effectieve behandelingen gezocht. De zorgpraktijk als onderzoekslaboratorium voor effectiviteitsbepaling. In P. Steerneman, J. van Vandormael & J. Coolen (Red.), *Kind in de knel. Ontwikkelingsstoornissen in de praktijk van de jeugdzorg: samen-werken* (blz. 95-113). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Verdurmen, J., Oort, M. v., Meeuwissen, J., Ketelaars, T., Graaf, I. d., Cuijpers, P., & Ruiters, C. d. (2004). *Effectiviteit van preventieve interventies gericht op jeugdigen: de stand van zaken. Een onderzoek naar de effectiviteit van in Nederland uitgevoerde preventieve programma's gericht op kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos Instituut.

6 De voorgestelde interventies

6.1 Overzicht

Het ordeningsschema uit het vorige hoofdstuk wordt nu ingevuld met effectieve interventies. Iedere cel van de matrix wordt in een korte paragraaf beschreven. Het gehele schema wordt voorafgaand aan iedere paragraaf weergegeven. Het besproken gedeelte is uitgelicht en ingevuld. Van ieder van de hier kort beschreven interventies wordt in bijlage 5 een factsheet weergegeven met de belangrijkste kenmerken van de interventie. In de loop van het hoofdstuk zal blijken dat sommige cellen goed gevuld zijn, maar dat er niet altijd voor ieder probleem en iedere leeftijdsgroep een interventie beschikbaar is. Sommige cellen zijn beperkt gevuld en andere zijn zelfs helemaal leeg.

6.2 Selectieve vroegtijdige interventies in het gezin bij internaliserende problemen

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin	Children of Divorce Intervention Program Family Bereavement Program		
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

Children of Divorce Intervention Program (CODIP) (Alpert-Gillis, Pedro-Carroll & Cowen 1989; Pedro-Carroll, Alpert-Gillis & Cowen 1992, Pedro-Carroll & Cowen 1985) biedt kinderen een ondersteunende manier om zich te uiten over het scheiden van hun ouders en leert de kinderen hun verwachtingen over de scheiding realistisch in te schatten en leert hen problemen van de scheiding op te lossen. Het programma is aangepast aan kinderen uit verschillende populaties. Gegevens gebaseerd op uitspraken van verschillende informanten zoals de kinderen zelf, hun ouders en leerkrachten droegen in belangrijke mate bij aan het succes van het programma.

Family Bereavement Program (Sandler, West, Baca, Pillow, Gersten, Rogosch, Virdin, Beals, Reynolds, Kallgren, Tein, Kriege, Cole & Ramirez 1992). Dit programma is gericht op rouwverwerking na het overlijden van een ouder. Het programma richt op het hele gezin door het geven van informatie en uitleg (education) en sociaal support. Kinderen worden aangepaste manieren geleerd om met het verlies om te gaan en de ouder wordt gestimuleerd hoe zij stress kunnen verminderen, hoe zij positieve activiteiten kunnen plannen en hoe zij betrokken kunnen blijven bij de gezinsleden. Het programma is succesvol in het verminderen van depressieve symptomen en in het verminderen van gedragsproblemen van de kinderen.

6.3 Geïndiceerde vroegtijdige interventies in het gezin bij internaliserende problemen

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin		Coping With Stress Course	
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

Coping With Stress Course (or Programme) (Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn & Seeley 1995). Een cognitief gedragstherapeutische interventie voor jongeren die al een verhoogd niveau van depressieve symptomen hadden. De doelgroep bestond uit jongeren met een score van 24 of meer op de Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D; Redloff, 1977). Een volgstudie toonde na 12 maanden aan dat jongeren die de cursus hadden gevolgd statistisch significant minder last hadden van MDD (Major Depressive Disorder) of Dysthymia (DD) dan jongeren uit de controle groep.

6.4 Vroegtijdige interventies bij signalen van risicoprocessen in het gezin

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

De Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project (Dadds, Holland, Laurens, Mullins, Barrett & Spence 1999; Dadds, Spence, Holland, Barrett & Laurens 1997). Dit programma hanteert cognitieve, gedragsmatige en fysiologische manieren om te leren omgaan met situaties die angst verwekken. Het programma richt zich op het individuele kind met drie sessies waarbij ook de ouders betrokken zijn. Zes maanden na afloop van het programma hadden de kinderen statistisch significant minder internaliserende problemen dan kinderen op de controle scholen.

6.5 Selectieve vroegtijdige interventies voor internaliserende problemen in school.

Er zijn geen interventies gevonden.

6.6 Geïndiceerde vroegtijdige interventies bij internaliserende problemen in school

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school		Counselors Care (C-Care) en Coping and Support Training (CAST) Penn Prevention Program Coping with depression	
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

Counselors Care (C-Care) en Coping and Support Training (CAST) (Randell, Eggert & Pike 1998) zijn programma's om suïcide te voorkómen. Middelbare scholieren kregen deze programma's aangeboden als zij een verhoogde kans liepen om uit te vallen of als zij een verhoogde score hadden op een lijst van de auteurs voor het meten van een verhoogd risico op suïcide. Het programma was effectief in het verminderen van depressie en in het reduceren van de risico's op suïcide.

Penn Prevention Program

Programma's voor vroegtijdige interventies bij depressie voor risicogroepen zijn eveneens succesvol. Een succesvol programma voor **kinderen** (groep 7) is het *Penn Prevention Program* (Jaycox, Reivich, Gillam, & Seligman, 1994). Dit is een breed programma voor schoolkinderen die volgens een eerste *screening* een verhoogd risico hebben voor depressie, omdat zij relatief hoog scoren op een depressiemaat of omdat zij rapporteren dat er thuis conflicten zijn (dit was ruim opgevat: 57% behoorden tot deze groep). De training wordt gegeven in groepen. Ook hier bestaat er een cognitieve en een sociale component. In de cognitieve component wordt aandacht geschonken aan een correcte interpretatie van omstandigheden, minder pessimisme in verklaringen, het leren omgaan met emoties, en een zekere flexibiliteit in het denken. In de module sociaal cognitieve probleemoplossing gaat het om het stellen van doelen, het inschatten van verschillende perspectieven, doelstellingen formuleren en naar een besluitvorming toewerken. Er werd huiswerk mee gegeven. Het programma had duidelijke en blijvende effecten (Jaycox et al., 1994).

Coping with depression

Een programma met een eenvoudige benadering voor **adolescenten** die een wat hoger risico lopen op depressie is het '*Coping with Depression*' programma (Antonuccio, 1998). Dit betreft een serie van twaalf bijeenkomsten plus twee herhalingen waarin, in de vorm van een onderwijsprogramma, een aantal gedrags- en cognitieve benaderingen worden aangeleerd. Het gaat om ontspanningstechnieken, sociale vaardigheden, cognitieve vaardigheden, en het leren bevorderen van 'plezierige ervaringen'. Het is een gestructureerd lespakket. Dit programma bleek nagenoeg even behulpzaam te zijn als psychotherapie voor depressie (met een effectgrootte van .65 (Cuijpers, 1998)). De effecten zijn blijvend en studies die langer duurden

constateerden zelfs een toename in het effect. Een dergelijke benadering heeft vele praktische voordelen. Het voordeel van dit programma is dat het niet intensief is, de resultaten hangen niet af van kenmerken van de trainer, het is weinig stigmatiserend en heeft een relatief groot bereik. Dit laatste is van belang omdat veel depressieve mensen zich niet laten behandelen (Antonuccio, 1998).

6.7 Vroegtijdige interventies bij signalen van risicoprocessen naar internaliserende problemen in school

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school			Primary Mental Health Project) Stress Inoculation Training Social Effectiveness Therapy for Children
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

Primary Mental Health Project (PMHP) (Cowen et al., 1992; Cowen, Wyman, Work, & Iker, 1995; Lorion, 1990; Weissberg, Barton, & Shriver, 1997; Wolchik et al., 1993) geeft gericht support aan kinderen op de lagere school die al sociaal-emotionele of leerproblemen hebben. Het programma wordt uitgevoerd door paraprofessionals die gecoördineerd worden door een beroepskracht met een opleiding in de geestelijke gezondheidszorg. De interventie richt zich zowel op de sfeer in de school als ook op het individuele kind. De paraprofessional ontmoet het kind alleen of in een kleine groep en stimuleert het vrije en expressieve spel. Er worden tevens grenzen gesteld aan onaangepast gedrag. Het kind worden levensvaardigheden geleerd zoals om de beurt spelen, regels te volgen en zich aan een bepaalde taak te wijden. Het programma was effectief in het reduceren van humeurige en teruggetrokken gedrag en kinderen die het programma hadden gevolgd waren minder agressief naar anderen kinderen (acting out).

Stress Inoculation Training I (SIT) (Hains 1992; Hains & Ellmann 1994; Hains & Szyjakowski 1990) richt zich op het verminderen van een negatieve emotionele beleving van stress. Ook hier werden kinderen geselecteerd die een combinatie hadden van angst, depressie en een slechte beheersing van hun woede (anger control). Het programma bestaat uit 13 sessies waarin de kinderen cognitieve vaardigheden leren om hun gedachten te herstructureren (cognitive restructuring), leren om problemen op te lossen en hun angst te beheersen. Leerlingen met een hoog stress niveau hadden de meeste baat bij het programma.

Stress Inoculation Training II (Kiselica, Baker, Thomas & Reedy 1994) richt zich op adolescenten met een verhoogd angstniveau om hen cognitieve technieken en vaardigheden te leren om hun angst te beheersen, om met hun angst om te gaan en om hen meer assertief te maken.

Social Effectiveness Therapy for Children (Set-C) In dit programma worden vrijetijdsactiviteiten georganiseerd met daarbij ook sociaal vaardige kinderen en worden tevens

verschillende bijeenkomsten met het hele gezin gepland (Beidel, Turner, & Morris, 2000; Kashdan & Herbert, 2001 voor een overzicht). Opmerkelijk is dat het succespercentage steeg na verloop van tijd: het aantal kinderen dat niet meer behoorden tot de selectiecriteria van het programma steeg van 67% direct na afloop, tot 85% 6 maanden na afloop van het programma (Kashdan & Herbert, 2001). Interessant is dat het tegengaan van (sociale) angst bij kinderen een grote impact heeft op hun algehele welbevinden (Kashdan & Herbert, 2001).

6.8 Vroegtijdige selectieve interventies voor externaliserende problemen in het gezin

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin	Behavioral Family intervention (Triple P programma) Perry Preschool Project		
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

Behavioral Family intervention (Triple P)

Behavioral Family Intervention (Triple P) is een interventie om ouders een aantal opvoedingsvaardigheden aan te leren. Het programma is flexibel en heeft universele toepassingen en interventies die zich richten op specifieke groepen ouders waar al gedragsproblemen bij kinderen zijn vastgesteld (Sanders, 2003). Het programma baseert zich op de sociale leerprincipes zoals beschreven door Patterson en collega's (Patterson, 2002). Het is vooral toegepast bij kinderen jonger dan 10 jaar.

De *self-directed versie* bestaat uit 10 sessies waarin voornamelijk opvoedingsvaardigheden worden getraind. De *standaard versie* bestaat uit ongeveer hetzelfde pakket als het *self-directed*-pakket. Extra zijn onder meer: een sterkere actieve training door een begeleider, waarbij ook huiswerk wordt gegeven. Ook worden ouders aangemoedigd om hun kind mee te nemen om hun nieuw aangeleerde vaardigheden te oefenen. De *'plus-versie'* ('enhanced version') bestaat uit het voorgaande, maar er zijn twee extra sessies. Er wordt onder meer aandacht besteed aan 'co-parenting': hoe je als ouders samen je taak kunt vervullen en elkaar kunt ondersteunen. Bij deze versie leren zij de vaardigheden die daarbij kunnen helpen, zoals naar elkaar luisteren. Een jaar na de interventie bleek dat vooral de plus-versie de beste resultaten behield, maar er waren niet veel verschillen met de standaard versie. Om die reden wordt deze laatste versie aanbevolen. Verder onderzoek zal moeten aanwijzen of er redenen zijn om met beide versies is door te gaan, wellicht voor verschillende groepen, waarbij de plusversie nodig zou kunnen zijn voor groepen met hogere risico's.

Het effectonderzoek naar Triple P gaat niet verder dan 3 jaar, maar daar staat weer tegenover dat Triple P in meerdere landen en in meerdere gewone praktijksituaties steeds consistent positieve effecten laat zien op het opvoedingsgedrag van ouders en vermindering van gedragsproblemen bij kinderen. Wat vooral aanspreekt in Triple P is de opbouw naar

verschillende interventieniveaus en de stevige basis in een populatiegerichte aanpak. Daardoor is a) het beter op te bouwen van proactief populatiegericht naar reactieve zorg en behandeling, b) het veel beter in te passen in bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg (JGZ) of het maatschappelijk werk dan andere programma's en c) de aansluiting bij het uitgangspunt 'evenwicht tussen inzet en probleem' (Sanders, 2003). Er is een studie die laat zien dat de resultaten van Triple P als interventie gericht op ouders, generaliseren naar gedrag in de klas (McTaggart, 2003).

High/scope Perry preschool project

Een geschikt programma voor kinderen in de leeftijd van 3 tot en met 4 jaar, is het High/scope Perry preschool project. Het doel van het programma is om kinderen uit achterstandmilieus schoolrijp te maken. Kinderen van 3 en 4 jaar krijgen gedurende twee en een half uur per dag, vijf maal per week, een programma aangeboden waarbij het de bedoeling is om hun cognitieve, sociale en lichamelijke ontwikkeling te bevorderen. Daarnaast worden er ook wekelijks huisbezoeken afgelegd. Wat het programma interessant maakt is dat de investeringen betrekkelijk gering waren en dat de opbrengsten (aangetoond dankzij longitudinaal onderzoek) duurzaam bleken te zijn en op vele terreinen zichtbaar. De kinderen die het programma volgden, ontwikkelden zich in vele opzichten beter dan een controlegroep⁹. Een samenvatting van de belangrijkste resultaten laat zien dat de 'programma-kinderen', in vergelijking met een controlegroep, betere resultaten lieten zien op 40 jarige leeftijd op onder meer de volgende punten minder delinquent gedrag en minder contacten met het justitiële systeem, hogere score op IQ tests en betere schoolresultaten, minder schooluitval (33% versus 51%) en grotere kans een diploma te behalen (71% versus 54%), een betere economische positie: een hogere deelname aan de arbeidsmarkt (50% versus 32%), een hoger inkomen (inkomen van meer dan \$2.000: 29% versus 7%), een geringer gebruik van uitkeringen (ooit een uitkering: 59% versus 80%), minder tienerzwangerschappen, sterkere huwelijksrelatie en minder kinderen geboren buiten het huwelijk.

De auteurs van de evaluatiestudie concluderen dat het programma de kinderen meer kracht had gegeven om zichzelf te ontplooiën, de ouders meer kracht had gegeven in het begeleiden van hun kind en de leraren meer kracht had gegeven door hen een programma aan te bieden dat hen in hun werk ondersteunde (Schweinhart, 2003, 2004).

⁹ Van belang is dat er aselecte toewijzing plaatsvond van kinderen aan de experimentele en de controle conditie.

6.9 Vroegtijdige geïndiceerde interventies voor externaliserende problemen in het gezin

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin		Parent Management Training Oregon (PMTO) The Montreal Longitudinal-Experimental Study Incredible Years	
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

Parent Management Training Oregon

PMTO is een evidence-based en effectief gebleken trainingsprogramma voor ouders van kinderen van 3 – 12 jaar met ernstige gedragsmoeilijkheden. Ouders leren vijf vaardigheden om hun kinderen met ernstige gedragsmoeilijkheden beter te kunnen opvoeden: het oplossen van problemen, het scheppen van een “warm nest” thuis, de kinderen in de gaten houden, het bijbrengen van discipline door toepassen van straf en beloning en door het oefenen van vaardigheden die passen bij de leeftijdsfase van het kind. De training bestaat uit ongeveer 25 sessies en is volledig gebaseerd op een handboek. De sessies worden vastgelegd op video. Er wordt steeds gecontroleerd of de training op de voorgeschreven wijze wordt uitgevoerd door zogenaamde “fidelity scoring”. PMTO is ontwikkeld door Gerald Patterson en zijn medewerkers aan het Oregon Social Learning Center in Oregon (OSLC) in de Verenigde Staten. Het werk in het OSLC was de basis voor een groot aantal oudertrainingen zoals voor Triple P in Australië, het Parent Child Interaction Training (PCIT) in Florida, Verenigde Staten, Earslcourt in Toronto, Canada en Incredible Years door Webster-Stratton in Seattle, Verenigde Staten. Het theoretische model dat ten grondslag ligt aan PMTO is Social Interaction Learning (SIL; G. R. Patterson, 2005). De Inventgroep beveelt een aantal programma's aan, die zijn gebaseerd op deze *social learning* principes: PMTO, The Montreal Longitudinal-Experimental Study, de ‘Incredible Years’ en Triple P.

The Montreal Longitudinal-Experimental Study

Tremblay *et al.* (1995) organiseerden een interventie die twee methodieken combineerden: een vorm van *Parent management training*, geïnspireerd door Patterson en collega's (Gerald R. Patterson, 2005) en *social skills* training voor kinderen met een kleine groepen sociaal vaardige klasgenoten. Zij selecteerden jongens uit achterstandswijken, en daarbinnen jongens met een hoge score op probleemgedrag. De interventiegroep bleek ook op de lange termijn minder delinquent gedrag te vertonen.

6.10 Vroegtijdige interventies bij risicoprocessen voor externaliserende problemen in het gezin

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin			Video Feedback Training Parent Child Interaction Training PMTO
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

Video Feedback Training (of Video Home Training)

De Video Feedback Training (Weiner, Kuppermintz, & Guttman, 1994) is een effectieve interventie volgens een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg (2003). Het betreft een project dat in Nederland is ontwikkeld en waarmee in Israël is geëxperimenteerd. Het doel is om moeders te leren om belangrijke vaardigheden te oefenen met hun kind, zoals goedkeuring, om beurten gaan, volgbaar zijn, 'ja' zeggen, ondersteunend zijn, en af en toe de leiding nemen¹⁰. De video wordt hierbij als ondersteuning gebruikt.

Parent Child Interaction Training (PCIT)

PCIT is een programma dat geschikt is voor ouders en jonge kinderen. Er is bewijs voor effectiviteit. Er zijn verschillende replicaties en longitudinale metingen verricht (Hood & Eyberg, 2003; Nixon, Lynne Sweeney, Erickson, & Touyz, 2003). De eerste vorm waarin de therapie werd geleverd was in de vorm van een individuele behandeling, maar recent is er ook een groepsversie ontwikkeld.

De therapie bestaat uit het trainen van de ouder op het moment dat deze interacteert met het kind. De therapeut kan dus heel direct ingrijpen in die interactie. In de eerste fase wordt gewerkt aan het versterken van de affectieve band tussen ouder en kind. In de tweede fase wordt gewerkt aan het adequaat leren straffen en corrigeren van ongewenst gedrag. Gemiddeld zijn ongeveer 14 sessies nodig voor een goed resultaat. Hiermee is PCIT dus efficiënt. Volgens Aos et al. (2004) is PCIT een kosteneffectief programma. Er is een one-way screen en een bepaald type audio-installatie nodig om het programma te kunnen uitvoeren. Van belang is dat dit programma net als de huisbezoeken ook wordt aanbevolen als een van de beste opties om kindermishandeling tegen te gaan (Aos et al., 2004; Chaffin & Friedrich, 2004).

PMTO

Zie paragraaf 6.9

¹⁰ Deze basisvaardigheden komen ook in andere interventies terug, zoals Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).

Incredible years

Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series beoogt twee doelen te bereiken. Het eerste is om een totaalpakket aan te bieden ten behoeve van jonge kinderen met gedragsproblemen. Het tweede doel is om een kosteneffectief programma te bieden dat uitgevoerd kan worden in de woonbuurt en geschikt is om bij alle kinderen en hun ouders de sociale competentie te bevorderen en de ontwikkeling van gedragsproblemen te voorkomen. Het programma wil gehoorzaamheid thuis stimuleren, negatief gedrag voorkomen en agressief gedrag in de klas verminderen. Het wil tevens kinderen pro-sociaal gedrag bijbrengen, hun empathisch vermogen verbeteren, conflicten leren hanteren en cognitief succes stimuleren. Het uiteindelijke doel is in alle gevallen om gedragsproblemen, zoals delinquent gedrag, drugsgebruik en geweld op de lang duur te voorkomen. Het programma is goed geëvalueerd, hoewel de effectgrootte bescheiden lijkt te zijn (-.10; zie bijlage 5) en nog geen langere termijn effecten bekend zijn. Het is interessant omdat er een Nederlandse variant in ontwikkeling is. Het programma wordt op dit moment in een testfase uitgevoerd in Nederland door prof. Matthys (Kinder- en jeugdpsychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht).

6.11 Vroegtijdige selectieve interventies voor externaliserende problemen in school

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school	Taakspel Coping power		
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin			

The Good behavior game - Taakspel

Het Taakspel is een effectieve methode om zowel agressief als verlegen gedrag te verminderen in de klas. Kinderen in de klas worden in teams ingedeeld en moeten zich tijdens de tijdspanne dat het spel wordt gespeeld (in het begin tien minuten) goed gedragen. Dit wil zeggen: geen interrupties, geen agressief gedrag, niet van de stoel afkomen, geen anderszins verstoring of ongehoorzaam gedrag. Het spel geeft strafpunten bij slecht gedrag, maar belooft goed gedrag (Kellam, 2001). Het effect van de *Good Behavior Game* op agressief gedrag is aangetoond in de VS (Kellam, Ling, Merisca, Brown, & Jalongo, 1998) en in Nederland (Ince et al., 2004). Kinderen met bestaande ernstige gedragsstoornissen profiteren nauwelijks van Taakspel. De effecten blijven op de langere termijn bestaan voor de meest agressieve jongens. In Nederland is er echter nog géén langdurige follow-up studie verricht.

Het is van belang om te wijzen op het feit dat men van programma's die worden uitgevoerd binnen het klaslokaal wellicht alleen korte termijn effecten kan verwachten en dat dan nog alleen voor de setting waarin ze plaats vinden, namelijk de school. Wilson e.a. (2003) stellen, op basis van hun meta-analyse, dat schoolinterventies in het algemeen niet de ontwikkeling van agressief gedrag kunnen voorkomen, maar wellicht het niveau van agressief gedrag doen afnemen. Een programma als de *Good Behavior Game*, of Taakspel (de Nederlandse variant),

helpen de leerlingen en de leraren om de sfeer en het leren in klas te verbeteren. Dat is op zichzelf al een groot goed. Voor preventie van agressief gedrag moet men eerder beginnen, zo stelt Wilson (2003) en daar sluiten wij ons als Inventgroep bij aan. De American Psychological Association beveelt aan om het taakspel te combineren met *Mastery learning*, een instructieprogramma dat door leraren kan worden gebruikt voor effectieve instructie in de klas¹¹.

Coping power

Coping power is een van de programma's die zich richten op sociale competentie in de brede zin. Een aantal van deze gedragsprogramma's, die expliciet een gedrags- en een cognitieve component combineren, hebben zich gericht op moeilijke, agressieve jongeren (Lochman, 1992; Lochman, Burch, Curry, & Lampron, 1984). Deze interventies zijn succesvol geweest in het terugdringen van zowel middelengebruik (met effect grootte van -.44) als delinquent gedrag (met effect grootte van -.30 (Sherman et al., 1997). De programma's die zijn geëvalueerd behoren tot de beste interventies die bekend zijn en die via de scholen werken (Sherman et al., 1997).

6.12 Geïndiceerde interventies bij externaliserende problemen in school

Geen interventies gevonden.

6.13 Interventies bij signalen van risicoprocessen in school

Geen interventies gevonden.

6.14 Selectieve interventies bij zorgwekkende opvoedingssituaties in gezinnen

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin	Chicago Child-Parent Centers Project		

Chicago Child-Parent Centers Project

Een programma van voorschoolse educatie dat ook een component heeft die doorgaat tijdens de eerste 2 jaren van de basisschool is het *Chicago Child-Parent Centers project* (Reynolds & Robertson, 2003; Reynolds, Temple, & Ou, 2003). In dit project wordt brede educatie in kindercentra gecombineerd met een vraaggericht aanbod van opvoedingsondersteuning. Onder deze laatste vallen diverse activiteiten, waaronder een parallel educatief programma om in het gezin uit te voeren, maar ook ouderactiviteiten, huisbezoeken en instrumentele sociale steun

¹¹ Zie http://www.funderstanding.com/mastery_learning.cfm en <http://chiron.valdosta.edu/whuitt/col/instruct/mastery.html>.

door maatschappelijk werkers. Daarnaast is er financiële ondersteuning van de gezinnen door onder andere gratis gezondheidszorg en goedkope maaltijden voor het kind op school. De ruim 1500 kinderen die in 1983 en 1984 als peuter in het project participeerden, werden systematisch gevolgd in een effectonderzoek. Toen de kinderen 17 jaar oud waren, kon de volgende balans opgemaakt worden. In vergelijking met controlegroepen scoorden de kinderen hoger op instaptoetsen, waren ze minder vaak blijven zitten, hadden ze minder vaak remedial teaching nodig gehad en waren ze minder vaak naar het speciaal onderwijs verwezen. Daarnaast werden de kinderen significant minder vaak mishandeld, kwamen ze minder vaak met justitie in aanraking en haalden ze vaker diploma's in het voortgezet onderwijs. Ook hier zien we dus een brede set van gewenste uitkomsten. Van belang is ook dat het hier gaat om een grootschalig programma dat desondanks belangrijke en relatief sterke positieve uitkomsten heeft laten zien (Reynolds & Robertson, 2003; Reynolds et al., 2003).

6.15 Geïndiceerde interventies bij zorgwekkende opvoedingssituaties in gezinnen

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin			
Internaliserende problemen school			
Externaliserende problemen gezin			
Externaliserende problemen school			
Zorgwekkende opvoedingssituaties gezin		Nurse-Family Partnership	

Nurse-Family Partnership Program

Voor ouders waarvan men inschat dat er een relatief groot risico is, bijvoorbeeld omdat zij zelf grote problemen hebben, maar waarbij tevens wordt aangenomen dat zij graag willen en kunnen leren, zal intensieve begeleiding nodig zijn. Een van de meest effectieve programma's hiervoor is de *Nurse-Family partnership for low income women*. Dit is een programma gericht op zwangere vrouwen met de beste uitkomsten, waarvan de uitkomsten ook op de lange termijn zichtbaar zijn. De positieve uitkomsten van Nurse-Family partnership waren veelzijdig: minder kans op crimineel gedrag bij zowel moeder als kind, minder problemen tijdens de schoolloopbaan en minder kindermishandeling. De resultaten zijn uitvoerig beschreven (Olds, Charles R. Henderson et al., 1998; Olds, Pettitt et al., 1998; Olds et al., 1999; Olds et al., 1997; Olds & Kitzman, 1993). Een voordeel is dat een Nederlandse versie momenteel wordt uitgetest (onder de naam *Voorzorg*).

Van belang is dat dit programma tevens wordt aanbevolen als een van de best opties om kindermishandeling tegen te gaan (Aos et al., 2004; Chaffin & Friedrich, 2004; Thomlison, 2003).

6.16 Een overzicht

Onderstaande tabel (tabel 6.1) geeft een overzicht van de voorgestelde interventies. Duidelijk is dat er witte plekken zijn. Selectieve interventies voor internaliserende problemen in school zijn niet gevonden. Geïndiceerde interventies en interventies bij risicoprocessen in school voor externaliserende problemen evenmin. Dit laatste is opvallend. Juist het externaliserende probleemgedrag van individuele kinderen en vooral jongeren wordt door de onderwijssector toch als een groot probleem gezien.

Daarnaast betreffen de interventies in de diverse categorieën soms een beperkt aantal specifieke problemen of richten ze zich op een beperkte leeftijdsrange. Soms zijn daar goede argumenten voor (suicide-preventieprogramma's voor kleuters zijn onzinnig), maar soms ook niet. Waarom zijn programma's voor zorgwekkende opvoedingssituaties alleen gericht op gezinnen met zeer jonge kinderen? En: waarom zou Stress Inoculation ook niet belangrijk kunnen zijn voor basisschool-leerlingen, enzovoorts. Onderstaande tabel kan gezien worden als een eerste begin van een onderzoeksprogrammering op dit domein.

Tabel 6.1 Bewezen effectieve interventies

	Selectieve interventies	Geïndiceerde interventies	Interventies bij signalen van risicoprocessen
Internaliserende problemen gezin	Children of Divorce Intervention Program Family Bereavement Program	Coping With Stress Course	Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project
Internaliserende problemen school		Counselors Care en Coping and Support Training Penn Prevention Program Coping with depression	Primary Mental Health Project) Stress Inoculation Training Social Effectiveness Therapy for Children
Externaliserende problemen gezin	Behavioral Family intervention (Triple P programma) Perry Preschool Project	Parent Management Training Oregon (PMTO) The Montreal Longitudinal-Experimental Study Incredible Years	Video Feedback Training PCIT PMTO
Externaliserende problemen school	Taakspel Coping power		
Zorgwekkende opvoedings-situaties	Chicago Child-Parent Centers Project	Nurse-Family Partnership	

6.17 Ten slotte

Een aantal opmerkingen is nog van belang. Allereerst hebben wij niet alle Nederlandse projecten die nu nog lopen, maar waarvan de evaluatie niet gereed is, kunnen opnemen in onze selectie. Zo is ons bekend dat er ondermeer projecten en evaluaties worden uitgevoerd naar bijvoorbeeld het project Oke, het SPRINT-project, het project Tegendraads en het 'Infant Behavioral Assessment and Intervention Program (IBAIP). Veel van deze interventies zien er veelbelovend uit maar alleen wetenschappelijk onderzoek kan aantonen dat ze effectief zijn. Totdat de evaluaties beschikbaar zijn kan dus niets worden geconcludeerd ten aanzien van het opnemen van deze evaluaties in onze selectie van evidence-based interventies. Het combineren van bepaalde interventies in de praktijk is een mogelijkheid die altijd kan worden overwogen. Sommige interventies (Montreal Longitudinal-Experimental Study) zijn in feite al een combinatie van maatregelen. Het is goed denkbaar om programma's die zich vooral op gedrag op school richten te combineren met programma's (bijv. Taakspel), die meer gericht zijn op ouders (bijv. PCIT). Voor kinderen die onvoldoende profijt lijken te hebben van Taakspel kunnen de ouders wellicht worden benaderd voor PCIT. Onderzoek zou dan moeten uitwijzen of combinaties van interventies beter zijn dan afzonderlijke interventies.

Nu de signaleringsinstrumenten in hoofdstuk 3 en de interventie in dit hoofdstuk zijn beschreven, komt de Inventegroep toe aan het beschrijven van de minimale infrastructuur om deze mogelijk te maken en te implementeren. Daar gaan hoofdstuk 7 en 8 over.

Literatuur

- Antonuccio, D. O. (1998). The coping with depression course: A behavioral treatment for depression. *The Clinical Psychologist*, *51*, 3-5.
- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth* (No. 04-07-3901). Washington, DC: Washington State Institute for Public Policy.
- Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M. v., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, *129*, 195-215.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 1072-1080.
- Chaffin, M., & Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, *26*, 1097-1113.
- Cowen, E. L., Work, W. C., Wyman, P. A., Parker, G. R., Wannan, M., & Gribble, P. (1992). Test comparisons among stress-affected, stress-resilient, and nonclassified fourth-through sixth-grade urban children. *Journal of Community Psychology*, *20*, 200-214.
- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Iker, M. R. (1995). A preventive intervention for enhancing resilience among highly stressed urban children. *The Journal of Primary Prevention*, *15*, 247-260.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. *Behavior Therapy*, *29*, 521-533.
- Delicat, J. W., Janssens, J. M. A. M., & Veerman, J. W. (2004). *Meta-analyse methodieken intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen, NL: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Hood, K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports on maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*, 419-429.
- Ince, D., Beumer, M., Jonkman, H., & Vergeer, M. (2004). *Veelbelovend en effectief. Overzicht van preventieve projecten en programma's in de domeinen gezin, school, jeugd, wijk (tweede volledig herziene editie CtC-gids)*. Utrecht: NL: NIZW.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillam, J., & Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavioral Research and Therapy*, *32*, 801-816.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*, 37-61.
- Kellam, S. (2001, 2001). *Good behavior game*, from <http://www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001app14.html>
- Kellam, S. G., Ling, X., Merisca, R., Brown, C. H., & Ialongo, N. (1998). The effect of the level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology*, *10*, 165-185.
- Lochman, J. E. (1992). Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 426-432.
- Lochman, J. E., Burch, P. R., Curry, J. F., & Lampron, L. B. (1984). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 915-916.
- Lorion, R. P. (1990). Developmental analyses of community phenomena (pp. 32-41). In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok & L. Jason (Eds.), *Researching community psychology: Issues of theories and methods*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McTaggart, P., & Sanders, M. R. (2003). The Transition to School Project: Results from the classroom. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *2*, 12.
- Nixon, R. D. V., Lynne Sweeney, Erickson, D. B., & Touyz, S. W. (2003). Parent-child interaction therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for

- oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260.
- Olds, D., Charles R. Henderson, J., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., et al. (1998). Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(14), 1238-1244.
- Olds, D., Pettitt, L. M., Robinson, J., Henderson, C. J., Eckenrode, J., Kitzman, H., et al. (1998). Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology*, 26, 65-83.
- Olds, D. L., Charles R. Henderson, J., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses: Recent Findings
A review of 20 years of research on a program that employs nurses as home visitors. *The Future of children*, 9, 44-65.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect; Fifteen year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 278(8), 637-643.
- Olds, D. L., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The future of children*, 3, 53-92.
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington DC, US: American Psychological Association.
- Patterson, G. R. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist*, 28, 27-33.
- Reynolds, A. J., & Robertson, D. L. (2003). School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. *Child Development*, 74, 3-26.
- Reynolds, A. J., Temple, J., & Ou, S. (2003). School-based early intervention and child well-being in the Chicago longitudinal study. *Child Welfare*, LXXXII, 633-656.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). Behavioural family therapy reduced disruptive behaviour in children at risk for developing conduct problems. The Triple P-Positive Parenting Program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624-640.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P – Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, 1, 1-21.
- Schweinhart, L. J. (2003, April 26). *Benefits, costs, and explanation of the high/scope Perry preschool program*. Paper presented at the Meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, FL, US.
- Schweinhart, L. J. (2004). *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary, Conclusions, and Frequently Asked Questions* (monograph). Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation.
- Sherman, L. W., Gottfredson, D. C., MacKenzie, D., Eck, J., Reuter, P., & Bushway, S. (1997). *Preventing crime: what work, what doesn't, what's promising. A report to the United States Congress, prepared for the National Institute of Justice*. College Park, MD: University of Maryland. Department of Criminology and Criminal Justice.
- Thomlison, b. (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*, LXXXII, 541-569.
- van de Wiel, N. M. H., Hoppe, A., & Matthys, W. C. H. J. (2003). *Minder boos en opstandig: Een gedragstherapeutisch programma voor kinderen met disruptieve gedragsstoornissen en hun ouders*. Utrecht: UMC Utrecht: afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie. Utrecht, NI: UMC Utrecht: afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie.
- van Lier, P. A. C., Muthen, B. O., van der Sar, R. M., & Crijnen, A. A. M. (2004). Preventing Disruptive Behavior in Elementary Schoolchildren: Impact of a Universal Classroom-Based Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 467-478.

- Weiner, A., Kuppermintz, H., & Guttman, D. (1994). Video Home Training (the Orion Project): A Short-Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children. *Family Process, 33*, 441-453.
- Weissberg, R. P., Barton, H. A., & Shriver, T. P. (1997). The Social Competence Promotion Program for Young Adolescents. In G. W. Albee & T. P. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 136-149.
- Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Plummer, B. A., Greene, S. M., Anderson, E. R., et al. (2002). Six-year follow-up of a randomized, controlled trial of preventive interventions for children of divorce. *Journal of the American Medical Association, 288*, 1874-1881.
- Wolchik, S. A., West, S. G., Westover, S., Sandler, I. N., Martin, A., Lustig, J., et al. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology, 21*, 293-331.

7 De minimale infrastructuur om vroegtijdige signalering en vroege en vroegtijdige interventies uit te voeren

In de vorige hoofdstukken heeft de Inventgroep een keuze gemaakt voor een aantal methodieken om te signaleren, voor meetinstrumenten die daarbij te gebruiken zijn, voor een sluitende overgang van signalering naar vroegtijdige interventies en voor een set effectief gebleken interventies. Organisatorische voorwaarden die uit deze keuzes voortvloeien, komen in dit hoofdstuk aan de orde. Na het beschrijven van de minimaal noodzakelijke infrastructuur in paragraaf 7.1, volgt in paragraaf 7.2 hoe de bundeling van deze voorwaarden leidt tot centra voor Signalering, Interventies en Coördinatie Jeugd en Opvoeders (CSICJO's).

7.1 Tien voorwaarden voor optimale uitvoering van vroegtijdige signalering en interventies bij gedrags- en opvoedingsproblemen

Op basis van een recente, internationale literatuurstudie benoemt Spreeuwenberg (2005) tien voorwaarden voor optimale uitvoering van preventieve interventies en daarop aansluitende zorg- en dienstverlening. Wij gebruiken in dit advies de term *infrastructuur* voor de verzameling van deze tien randvoorwaarden. Dit begrip is afkomstig uit de ruimtelijke ordening. Daar wordt het onder meer gebruikt om aan te geven aan welke functionele eisen gebouwen en wegen moeten voldoen. Binnen de infrastructuur van een wijk of een industrieterrein zijn vele vormen van architectuur en inrichting mogelijk. Het woord *infrastructuur* gebruiken wij op deze wijze als metafoor in ons advies. Wij werken hier geen uitgewerkte organisatiestructuren of blauwdrukken uit met daarin aangegeven een wenselijke machtsverdeling, schaalgrootte of bestuurlijke inrichting. Slechts redenerend vanuit de signalering van opvoedingsproblemen van ouders en gedragsproblemen van kinderen en de vroege en vroegtijdige interventies passen wij de tien randvoorwaarden van Spreeuwenberg als volgt in dit advies toe:

1. De populatie waarop de vroegtijdige signalering en interventies zich richten, is nauw omschreven.
2. Er bestaat nauwe samenhang tussen signalering en interventies.
3. Signalering en interventies zijn geprotocolleerd en gebaseerd op wetenschappelijke bewezen evidentie.
4. Er is veel aandacht voor educatie van kinderen en ouders en het bevorderen van hun zelfredzaamheid: interventies mogen dus niet verslavend werken.
5. Er bestaat een grote mate van taakverdeling tussen hoog opgeleide en laag opgeleide hulpverleners vanuit het principe: eenvoudig wat eenvoudig kan en complex wat complex moet
6. Signalering en interventies worden zo opgezet dat ze goed aansluiten op subgroepen uit de populatie.
7. Er bestaat een elektronisch kinddossier waarin relevante gesignaleerde gedrags- en opvoedingsproblemen worden genoteerd en worden bewaard zolang het belang van het kind daarmee gediend is.
8. Aansturing en uitvoering van de signalering en de interventies vinden plaats op basis van management instrumenten zoals te hanteren prestatie indicatoren, benchmarking en kwaliteitsborging
9. De organisatie van de signalering en de interventies is helder, eenvoudig en transparant voor derden
10. De financiering van signalering en interventies stimuleert de kwaliteit en doelmatigheid van deze diensten.

Bij de totstandkoming van dit advies heeft de Inventgroep contact gehad met professionals, leidinggevend en beleidsmakers bij voorschoolse voorzieningen zoals peuterspeelzalen en kinderopvang, het onderwijs, het maatschappelijk werk, de buurt- en clubhuizen, jongerenwerk,

sportorganisaties, de politie en justitie en de jeugd(gezondheids)zorg. Deze contacten vonden plaats tijdens hoorzittingen, andere gesprekken en een consultatieronde. Hierin heeft de Inventegroep deze tien voorwaarden voorgelegd om commentaar. Daarbij kwamen ervaren knelpunten en bedachte oplossingen aan de orde. Hieronder noemen wij per voorwaarde enkele knelpunten en oplossingen die thans in het land voorkomen. Daarna volgen per punt onze eigen opvattingen over probleem en oplossing.

1. Omschreven populatie

Probleem: er zijn weinig betrouwbare statistische gegevens per regio beschikbaar over incidentie (jaarlijkse aantal nieuwe problemen) en prevalentie (jaarlijks aantal bestaande problemen) van gedrags- en opvoedingsproblemen bij 0 – 19 jarigen. De meeste instanties houden wel aantallen cliënten bij, maar veelal is onduidelijk uit welke bevolkingsgroepen deze voortkomen. Ook ontbreken geaggregeerde tijdreeksen om ontwikkelingen te kunnen volgen en vergelijken.

Oplossingen: Sommige Afdelingen Epidemiologie van GGD'en, bijvoorbeeld de GGD Midden Nederland te Zeist en Nieuwegein richten zich op het in kaart brengen van de gedrags- en opvoedingsproblematiek.

Inventegroep: De oplossingen liggen in zogeheten *gezondheidsmonitoren* of *jeugdmonitoren*. Van het in te voeren elektronische kinddossier (zie ook voorwaarde 7) verwachten wij met vele anderen dat het statistische informatie oplevert die makkelijk te aggrereren en te analyseren is. Een wenkend perspectief biedt hier de Gemeente Rotterdam, die op basis van een elektronisch kinddossier regelmatig een jeugdmonitor uitbrengt. Voorwaarde voor een elektronisch kinddossier is dat de gegevens in het dossier niet vermeld zijn in open velden, ofwel Word documenten, maar in een elektronisch formulier met geprecodeerde antwoorden. Het ontwerpen van een gebruiksvriendelijk, snel toegankelijk en makkelijk aggregeerbaar kinddossier was lange tijd een belemmering. In een overleg van VWS, VNG, LVT en GGD Nederland met Nictiz zijn in 2005 standaarden voor een minimale dataset vastgesteld. Deze worden thans geïmplementeerd in bestaande software programma's. Ook in het onderwijs zijn vele ontwikkelingen aan de gang om te komen tot een leerlingen volgsysteem. Om de omvang van de probleempopulaties goed in beeld te kunnen krijgen is het noodzakelijk, dat op termijn alle software programma's compatibel zijn.

2. Samenhang signalering en interventie

Probleem: Sommige professionals gaven tijdens hoorzittingen aan niet te signaleren, omdat er toch niets mee gedaan wordt in verband met de wachtlijsten bij instanties die interventies aanbieden. Vanuit de medische wereld wordt aangeraden om alleen te screenen, indien er een behandeling beschikbaar is.

Oplossing: In sommige regio's zoals in Rotterdam bestaan afspraken tussen signalerende professionals zoals leerkrachten en politiefunctionarissen enerzijds en interveniërende instanties zoals Jeugdgezondheidszorg en Bureaus Jeugdzorg over vragen, zoals: 1. Wie ontvangt de signalering en is verantwoordelijk om er iets mee te doen? 2. Welke wachtduur is aanvaardbaar bij welke problematiek? De Inventegroep staat een sluitende signalering voor ogen zoals in Rotterdam reeds ontwikkeld is (zie ook bijlage 6).

Inventegroep: In de vorige hoofdstukken hebben wij geschetst hoe signalering en interventies professioneel samenhangen. Het voert ons te ver om signaleren achterwege te laten, indien er geen bewezen interventie beschikbaar is. Hulpverlening is altijd mogelijk, al is het maar in een minimale vorm van begrip, steun en een aantal praktische oplossingen. Wij gaan ervan uit, dat op lokaal niveau afspraken worden gemaakt over de bovengenoemde twee vragen. Bij het beantwoorden van vraag 2 gaat het erom een wachtduurnorm per jaar af te spreken, die met enige inspanning in de betreffende regio haalbaar is. Niet haalbare, idealistische normen hebben voor de dagelijkse praktijk geen kracht en leiden tot sterven in schoonheid. De derde vraag die bij dit punt aan de orde is, betreft de taakafbakening tussen signalerende en interveniërende professionals. Of in een voorbeeld: wat doen leerkrachten, die ernstige slaapproblemen bij een schoolkind signaleren zelf, en wanneer verwijzen zij dat kind door naar een zorgverlenende of hulpverlenende instelling? Het antwoord is niet te geven door te wijzen op de

kerncompetenties van de verschillende professionals. Er is sprake van een vaag grensgebied van elkaar overlappende competenties, waarin zowel de leerkracht, de wijkagent als de jeugdarts als eerste contactpersoon kan optreden. De Inventgroep wijst daarom een probleemlijst met daaraan gekoppeld de eerstverantwoordelijke discipline af. Belangrijker is, dat er altijd één coördinator beschikbaar is. Die is dan de enige die communiceert met kind en ouders, een interventie bespreekt en afsprekt en daarna eventuele andere professionals hierover informeert dan wel inschakelt. Een dergelijke *coördinator* functioneert met deze taken op dezelfde wijze als een huisarts, een Evv'er (eerst verantwoordelijk verpleegkundige) in de zwakzinnigzorg, de hoofdbehandelaar in een ziekenhuis, de case manager in de ouderenzorg en de mentor in het middelbaar onderwijs.

In de visie van de Inventgroep dient de gemeentelijke taak coördinatie zo vorm gegeven te worden dat in het (later te beschrijven) Centrum voor Signalering, Interventies en Coördinatie Jeugd (SCIC's) deze coördinator beschikbaar is. Deze coördinatie richt zich op verticale en horizontale coördinatie. Vertikaal vanaf de prenatale fase tot minimaal 19 jaar er overzicht ontstaat. Het signaleren van risicoprocessen wordt op die manier beter mogelijk. Horizontale coördinatie betekent dat er op enig moment coördinatie plaatsvindt tussen de voorzieningen waar kind en gezin op dat moment contact mee hebben.

In situaties waarin het accent van de hulpverlening tijdelijk in de meer gespecialiseerde zorg komt te liggen (bijvoorbeeld de Jeugdzorg of de Geestelijke Gezondheidszorg) komt de centrale coördinerende taak daar te liggen. Ook kan in een bepaalde periode de het zwaartepunt van hulp en zorg in en rond het onderwijs liggen. Dan dient er vanuit het onderwijs gecoördineerd te worden. De coördinator van het CSICJO blijft echter op de achtergrond aanwezig en neemt de coördinatie weer over als de gespecialiseerde zorg of de hulp in school stopt. Kinderen hebben doorgaans immers voor een beperkte periode extra professionele zorg nodig en kinderen gaan allemaal ook van school af of veranderen van school.

3. Protocollen en wetenschappelijk bewezen evidentie

Probleem: Signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies zijn in drie groepen in te delen:

wetenschappelijk bewezen effectieve, instrumenten en interventies
onvoldoende maar wel veel belovende instrumenten en interventies
wetenschappelijke bewezen, NIET effectieve instrumenten en interventies.

Het probleem is dat er in Nederland onvoldoende wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt om groep 1 te vergroten, groep 2 te testen en groep 3 te stoppen.

Oplossing: Zowel bij de Ministeries van Justitie, Onderwijs en WVS en bij ZonMw en het NIZW, wordt dit probleem onderkend. Er wordt thans initiatieven genomen om onderzoek op gang te brengen.

Inventgroep: Dit probleem blijft continu aan de orde. De ontwikkeling van nieuwe instrumenten gaat door. Van belang is dat in de toekomst innovaties op dit terrein bestuurlijk en professioneel gecoördineerd en wetenschappelijk begeleid plaats vinden. Een vergelijking is te trekken met het introduceren van nieuwe geneesmiddelen in ons land. Deze zijn pas na een serie onderzoeken beschikbaar voor toepassing in de dagelijkse praktijk. Zo zouden ook nieuwe instrumenten en interventies pas na een serie van studies in de dagelijkse professionele praktijk rond het kind beschikbaar mogen zijn. In het implementatie hoofdstuk gaan wij nader in op deze oplossingsrichting.

4. Bevorderen zelfredzaamheid

Probleem: Sommige kinderen en gezinnen redden het, ondanks vroegtijdige signalering en interventies, niet om zich te handhaven. Zij blijven komen en gaan bij de Bureaus Jeugdzorg en andere instanties. Dan is een interventie gericht op herstel kennelijk niet beschikbaar en valt niet te ontkomen aan langdurige begeleiding, ondersteuning en toezicht. In een aantal gevallen dient er ingegrepen te worden als een situatie onoplosbaar is.

Oplossing: In een aantal regio's wordt dit probleem onderkend, zo bleek tijdens de hoorzittingen. Oplossingen worden gezocht in het aanstellen van gezinscoaches en in het inzetten van jeugdartsen die multi-probleemfamilies blijven begeleiden.

Inventgroep: Bij een bepaalde groep helpt behandeling niet meer, alleen continue begeleiding. Door de continue begeleiding worden crisissituaties eerder gesignaleerd en is bijtijds bij te sturen. Wij wijzen erop dat deze continue begeleiding door middel van gezinscoaches en jeugdartsen niet los te zien is van de overige jeugdzorg. Zodra deze zich inzetten, zijn zij de *eerste contactpersoon* voor kind en ouders die de overige hulpverleners informeren en inschakelen. Zie ook punt 2.

In situaties waarin er geen sprake is van 'good enough' parenting dient er naar de mening van de Inventgroep tijdig ingegrepen te worden. Kinderen hebben rechten op voldoende zorg, aandacht, toezicht en familielevens. Als interventies of continue begeleiding binnen een termijn van zes maanden niet in staat zijn voor het kind een perspectief op 'good enough' parenting te realiseren dient er ten behoeve van het kind een nieuw opvoedingsarrangement gecreëerd te worden. Hiermee wordt voorkomen dat een gezin van de ene succesloze in de andere succesloze interventie valt. De afloop voor het kind is dan immers niet zelden erg slecht. Nieuwe opvoedingsarrangementen (bij voorkeur pleegzorg) kunnen soms op vrijwillige basis met de ouders geregeld worden. Vaak zal er een kindbeschermingsmaatregel genomen moeten worden.

5. Taakverdeling tussen professionals

Probleem: Niet te ontkennen valt dat er in veel regio's sprake is van verkoking tussen diverse beroepsgroepen als leerkrachten, politiefunctiearissen en zorgverleners die omgaan met de jeugd. Een ieder heeft een eigen professionele taal, richtlijnen en werkprocedures.

Oplossing: In een aantal regio's zoals in Utrecht bestaan tegenwoordig netwerken waarbinnen genoemde professionals elkaar leren kennen en waarderen. Dit maakt afstemming en herverdelen van taken gemakkelijker. Daarnaast ontstaan er nieuwe beroepen die het beste van de oude combineren. Zo functioneert in Almere de 'nurse practitioner' die zowel taken van jeugdartsen als van jeugdverpleegkundigen uitvoert. Een nieuwe clustering en herverdeling van taken komen naar voren in Zorgadviesteams binnen het onderwijs.

Inventgroep: Graag ondersteunen wij de reeds her en der ingeslagen wegen. Er zijn twee vormen van taakherschikking te onderkennen: horizontale en verticale. Bij de horizontale gaan taken over van de ene professie naar de andere, bijvoorbeeld van een leerkracht naar een wijkagent. Bij verticale taakverdeling gaan taken over van een hoger opgeleide naar een lager opgeleide persoon in dezelfde professie. Het werken met afspraken en protocollen (zie punt 3) biedt de mogelijkheid om taken te herschikken. Binnen het totaal van de jeugdzorg zou nog meer het principe moeten gelden: *eenvoudig wat eenvoudig kan en complex wat complex moet*. Op langere termijn biedt competentie management op teamniveau kansen voor taakverschuiving. Hierbij wordt niet meer naar individuele professionals gekeken maar naar het professionele team. Dat behoort als totale groep een aantal competenties te bezitten. Wie van de teamleden deze bezit, doet dan niet meer ter zake.

Het zal duidelijk zijn dat een (her-)verdeling van taken ketenproof moet zijn en dus geaccepteerd moet worden door alle beroepskrachten die met jeugd te maken hebben. Gebeurt dat niet dan valt het gemeenschappelijke gebruik van signaleringsinstrumenten in het water. Immers dan zal de neiging bestaan om vragenlijsten opnieuw af te nemen. Verder leidt een goede taakverdeling ertoe, dat verwijscriteria van de ene professional overeenstemt met de intakecriteria van de volgende professional in de keten.

6. Onderscheiden van subgroepen

Probleem: Opvoedingsproblemen in allochtone gezinnen, in gezinnen met een chronische zieke, in éénouder gezinnen en in andere typen gezinnen verschillen van elkaar. Te weinig wordt specifieke kennis over de problematiek bij deze subgroepen systematisch verzameld en aan professionals overgedragen. Te weinig vormen problematiek bij specifieke

subgroepen aanleiding tot een specifieke interventies en het bevorderen van lotgenotencontact.

Oplossing: De centra voor Singalering, Interventies en Coördinatie Jeugd (CSICJO's) die onder meer in Amsterdam, Rotterdam en Almere op gang komen trachten subgroepen binnen wijken te onderscheiden en te komen tot maatwerk per subgroep. In Bijlage 6 van dit advies staan beschrijvingen van de CSICJO's in de genoemde plaatsen.

Inventgroep: Het is de taak van professionals om subgroepen te definiëren en expertise te ontwikkelen over met name allochtone groepen. Van grote betekenis is, dat de uitkomsten van de universeel toepasbare signaleringsinstrumenten worden geïnterpreteerd, rekening houdend met cultuurspecifieke aspecten. Dan gaat de toegankelijkheid tot de hulpverlening omhoog en zijn informele netwerken makkelijker in te schakelen. De Inventgroep wijst af, dat er categorale organisatiestructuren komen voor bijvoorbeeld de hulp aan allochtone gezinnen of aan gezinnen met een chronisch ziek gezinslid. Dat leidt tot herzuiling en toch ook weer tot indelingsproblemen: wie biedt bijvoorbeeld de hulp aan een allochtoon gezin met kinderen met gedragsproblemen en ook een chronisch zieke ouder?

7. Beschikbaar zijn van elektronisch kinddossier

Probleem: Veel gegevens over 0 – 19 jarigen zijn nog steeds in papieren dossiers opgeslagen en in beheer bij afzonderlijke instanties: de school, de politie, de jeugd(gezondheids)zorg. Dit belemmert de uitwisseling van informatie, de continuïteit van de registratie en het aggregeren van individuele data op subgroep- en populatieniveau.

Oplossing: Allerwege wordt getracht een elektronisch kinddossier in te voeren. Goede voorbeelden daarvan bestaan in Rotterdam en Amsterdam, terwijl provincies als Zeeland op de goede weg zijn.

Inventgroep: Er zijn thans enkele software leveranciers van elektronische kinddossiers binnen het onderwijs, de jeugdgezondheidszorg en de politie op de markt. De meeste zijn alleen geschikt voor toepassing binnen de eigen sector. Het zoeken is naar een dossier dat een algemeen deel bevat dat door alle professionals is te hanteren en specifieke, beschermde delen per professie. In het algemene gedeelte zouden ten eerste persoonsgegevens moeten staan en ten tweede met welke professionals het kind wanneer contact heeft gehad. Het specifieke gedeelte bevat de waarnemingen, diagnose en interventies per professional.

Een interessante ontwikkeling is het Rotterdamse SISA model, waarin het feit dat er een contact is tussen een kind en meer dan één instelling automatisch gemeld wordt op een centraal punt. Zie bijlage 7 voor een beschrijving.

8. Gebruik management instrumenten

Probleem: Onduidelijk is of er grote verschillen bestaan in kwaliteit en doelmatigheid van signalering en interventies tussen regio's en tussen gelijksoortige instellingen en instanties: statistische gegevens hiervoor zijn niet beschikbaar. Management instrumenten zoals onderlinge bedrijfsvergelijking (benchmarking), prestatie overeenkomsten en wachtlijstmonitoring komen daarom niet van de grond. Meninge over kwaliteit en doelmatigheid blijven daarom anecdotisch en casuïstisch van aard, zo bleek het de Inventgroep na het lezen van tal van rapporten over signaleren van gedragsproblemen en vroegtijdige interventies. Wel viel op dat in gezinnen waarin zich calamiteiten voordeden zoals in Roermond meestal vele verschillende hulpverleners problematiek hadden gesignaleerd en bij de gezinnen over de vloer kwamen zonder dat van elkaar te weten.

Oplossing: Tal van gelijksoortige instellingen zoals onderwijsinstellingen, politiecorpsen, Consultatiebureaus, en Bureaus Jeugdzorg voeren thans kwaliteitsbeleid, waarbij men elkaar vergelijkt op een of meer kenmerken. Hierbij gaat het veelal om het vergelijken van beschikbare competenties en beschikbare procedures.

Inventgroep: De Inventgroep ondersteunt graag de hierboven genoemde vergelijking van de structuur- en proceskwaliteit van gelijksoortige instellingen. Het introduceren van gestandaardiseerde indicatoren en het hierboven genoemde elektronische kinddossier bieden de mogelijkheid om een begin te maken met het hanteren van kwantitatieve management instrumenten om signalering en interventies aan te sturen. De Inventgroep merkt hierbij op, dat de aanwezigheid van management instrumenten op zich geen garantie

bieden voor verhoging van kwaliteit en doelmatigheid van de signalering en de interventies. Even belangrijk is dat er openheid en een verbetercultuur bestaat tussen professionals en hun instellingen.

9. Heldere organisatie

Probleem: In tal van regio's is de organisatie van het onderwijs, de politie, de buurthuizen en de jeugd(gezondheids)zorg, en hun onderlinge relatie niet helder. Ten eerste speelt soms het probleem, dat fusies tussen en binnen sectoren nog niet zijn afgerond. Ten tweede speelt het probleem van onvoldoende taakafstemming en feed back naar elkaar over cliënten.

Oplossing: Waar bovengenoemde instellingen eenmaal gefuseerd en uitgekristalliseerd zijn dan wel aangestuurd worden als één geheel, bestaat wel een heldere organisatie. Wij denken hierbij aan Amsterdam, Nijmegen en Almere. Daar komen (onder andere namen) Centra voor Singalering, Interventies en Coördinatie Jeugd (CSICJO's) met geïntegreerde en continue aanpak van problemen van 0 – 19 jarigen wel van de grond. Willen voorstellen van de Inventgroep veilig landen in het veld van de professionals, dan moeten de genoemde fusies daar niet mee interfereren.

Inventgroep: Meestal belemmeren fusies, reorganisaties en grote bezuinigingen de introductie van nieuwe professionele instrumenten voor signalering en vroegtijdige interventies. De aandacht van managers is dan immers niet bij de professionele problematiek maar bij het herordenen van de organisatie en het sluitend krijgen van de begroting. Bovendien komt de continuïteit van de organisatie in het geding, omdat bij genoemde grote veranderingen meestal een deel van de professionals de organisatie verlaat. De Inventgroep pleit er daarom voor dat professionele innovaties ofwel voorafgaande aan grote organisatorische ingrepen of wel pas na deze plaatsvinden. Gelijktijdig bestuurlijk én professioneel vernieuwen is een garantie voor chaos.

10. Financiering die kwaliteit en doelmatigheid stimuleert

Probleem: Een rapport van het Ministerie van Financiën toont aan dat vele instanties de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg en de Bureaus Jeugdzorg financieren: de zorgverzekeraar, het zorgkantoor, de Provincies, gemeenten, het Ministerie van Justitie, het Ministerie van VWS en tal van particuliere fondsen betalen alle op een eigen betalingsgrondslag de diverse professionals die met de jeugd te maken hebben. Dit levert vier problemen op. Ten eerste werkt iedere financier op een eigen schaalgrootte, variërend van zorgverzekeraars die meerdere provincies bedienen tot kleine gemeenten met een omvang van zo'n tienduizend inwoners. Ten tweede wil de ene financier de concurrentie bevorderen bijvoorbeeld de zorgverzekeraar bij de kraamzorg, terwijl de andere de samenhang tussen aanbieders van interventies wil bevorderen, zoals gemeenten met voorzieningen in dezelfde wijk. Ten derde verschillen de subsidievereisten per financier, hetgeen extra administratie veroorzaakt en soms ook gaten in de begroting, indien subsidiënten het niet eens worden over de toedeling van indirecte kosten. Ten vierde werken de betaalprijken soms negatief, bijvoorbeeld als een langere wachtlijst meer geld oplevert. Of indien vroegtijdige interventies besparen op kosten van late interventies, zonder geld van deze laatste overgaat naar de eerste.

Oplossing: Het Ministerie van VWS en van Justitie hebben thans geen rechtstreekse subsidielijnen naar de bureaus Jeugdzorg: de geldstromen lopen via de provincies en de drie grote steden. Dat levert het voordeel op, dat genoemde hulpverlenende instanties slechts aan één financier verantwoording afleggen. Een andere oplossing voor de genoemde vier problemen is, dat kleine gemeenten soms samenwerken met elkaar en met de provincie om toch tot eenheid in financieel beleid te komen.

Inventgroep: Wij ondersteunen graag de oplossingsrichtingen van de overheden om de hulpverlening vanuit slechts één overheidsinstantie aan te sturen. Het genoemde rapport van het Ministerie van Financiën noemt als oplossing de eenheid van subsidievoorwaarden vooraf en de eenheid van verslaglegging achteraf bij alle subsidiënten. Centraal moeten dan de te leveren prestaties zijn en niet de te financieren formatieplaatsen of kantoorruimte. Dan is te volstaan met één begrotingsopzet en één financiële verslaglegging. De subsidiënten worden dan maatschappelijke aandeelhouders die in één overleg begrotingen

en jaarrekeningen zouden moeten goedkeuren. Daarbij moeten zij rekening houden met doelmatigheidswinsten die ontstaan, indien vroege signalering en interventies leiden tot besparingen op late interventies. Niet opgelost is tot nu toe de gescheiden financiering van de kraamzorg door zorgverzekeraars, de jeugdgezondheidszorg en andere basale jeugdhulpverlening door gemeenten en de financiering van de tweedelijns Bureaus Jeugdzorg door de provincies. Omdat de Inventgroep pleit voor samenhang tussen deze drie, moet dit ook gelden voor de financiering van alle drie. Hier ligt een taak voor Zorgverzekeraars, gemeenten en provincies om gecoördineerd en gezamenlijk op te trekken.

7.2 De infrastructuur voor Centra voor Signalering, Interventies en Coördinatie Jeugd en Opvoeders

De Inventgroep is onder de indruk van alle oplossingen die worden uitprobeernd om meer te gaan voldoen aan de hierboven genoemde tien voorwaarden voor een ideaal functioneren van vroege en vroegtijdige signalering en interventies. Wij ondersteunen de oplossingen graag, maar missen een totaalaanpak. Soms is men alleen bezig met een nieuwe, wetenschappelijk bewezen interventie. Dan weer staat alleen een betere signalering door leerkrachten en politiefunctionarissen centraal. Of men is vooral bezig met een elektronisch kinddossier of met het helder maken van de organisatie. Wat ontbreekt, is een samenhangende oplossing voor de hierboven genoemde tien infrastructurele problemen.

De Inventgroep ziet die samenhangende oplossing in het creëren van Centra voor Singalering, Interventies en Coördinatie Jeugd en Opvoeders (CSICJO's) zoals deze recentelijk tot stand zijn gekomen in Amsterdam, Rotterdam, Den Bosch, de Zorg- en Adviesteams te Leiden, de Integrale Vroeghulp Arnhem en het Zorgteam Maastricht en thans onder andere worden voorbereid in Almere. Wij pleiten hiervoor in navolging van de justitiële werkgroep Vroegsignalering die als onderdeel van het project *Jeugd Terecht* tot een vergelijkbare aanbeveling kwam. Wij hebben lang gediscussieerd over de naam. Andere termen zoals *Ouderen Kindcentra*, *Bureau Jong* in Rotterdam, *Medisch Opvoedkundig Bureau*, *Servicepunt Jeugd*, *Jeugdwinkel* en *Bureau Jeugdgezondheidszorg* passeerden de revue. Uiteindelijk kozen wij voor de term Centrum voor Signalering, Interventies en Coördinatie Jeugd en Opvoeders. Daarmee benadrukken wij de missie van zo'n centrum. Deze naam mag echter ogenblikkelijk vergeten worden. In de verschillende gemeenten blijkt men creatief genoeg om meer aansprekende namen te bedenken. Deze namen kunnen ook heel goed voor verschillende gemeenten of regio's verschillen.

Wij kunnen ons voorstellen, dat CSICJO's in stadswijken een ander pakket aan functies onder één dak aanbieden dan op het platteland. De Inventgroep wijst erop, dat zij geen nieuwe voorziening voor ogen heeft die naast de bestaande functioneert. In implementatiehoofdstuk 8 geven wij aan, hoe de CSICJO's geleidelijk aan uit de thans beschikbare voorzieningen kunnen ontstaan. Nogmaals gezegd, wij doen hierbij geen uitspraken over de wenselijke bestuurlijke inrichting, schaalgrootte en rechtsvorm. Die kunnen verschillen. En dat doen ze ook. In Amsterdam en Rotterdam vallen de CSICJO's onder de GGD In Almere komen ze onder de Zorggroep-Almere, een aanbieder van eerstelijnszorg en ouderenzorg. Belangrijker dan deze bestuurlijke architectuur van de CSICJO's zijn hun activiteiten en infrastructuur. In bijlage 6 zijn beschrijvingen opgenomen van bestaande CSICJO's in Amsterdam en Rotterdam. Hieronder volgt een algemene beschrijving die ook opgaat voor minder stedelijke en plattelandsgebieden.

Voorzieningen

De CSICJO's hebben ten eerste de vijf functies die gemeentebesturen hebben bij opvoedingsondersteuning, te weten:

- informatie en voorlichting verstrekken over opvoeding
- het pedagogisch ondersteunen van ouders en andere opvoeders
- het signaleren van opvoed- en opgroei problemen
- het bieden van een toegang tot ondersteuning en hulp

het coördineren van opvoedhulp en opgroeihulp voor kinderen in hun werkgebied (zie ook punt 2).

Daarnaast, en voor een deel als uitwerking van de bovenstaande functies zouden CSICJO's naar de mening van de inventagroep het volgende voorzieningspakket moeten bieden:

- het ontvangen, beoordelen en afhandelen van signalen over gedrags- en opvoedingsproblemen vanaf de prenatale periode – 19 jarigen van professionals die met de jeugd te maken hebben: leerkrachten, peuterspeelzaalleidsters, buurthuiswerkers, politiefunctionarissen, huisartsen, verloskundigen, kraamverzorgsters, maatschappelijk werkenden en buurtbewoners. Uitgangspunt is dat de CSICJO's buurt- en wijkgebonden werken en contact onderhouden met andere professionals die voor dezelfde buurt of wijk werken
- het actief en zelfstandig opsporen van risico's voor en daadwerkelijk aanwezige gedrags- en opvoedingsproblemen vanaf de prenatale periode – 19 jarigen
- het indiceren voor jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg
- het actief en zelfstandig opsporen van risico's voor en daadwerkelijke problemen met de lichamelijke ontwikkeling vanaf de prenatale periode – 19 jarigen
- het vroeg en vroegtijdig aanbieden van interventies gericht op het verkleinen van gedrags- en opvoedingsproblemen
- het aangaan van relaties met instanties in het justitiële circuit over veiligheid thuis, justitieel casusoveleg en het linken van het kinddossier met informatie van politie en justitie
- het mede vormgeven aan schooladviesteams met basisscholen binnen hun wijk en het onderhouden van relaties met middelbare scholen met leerlingen uit het verzorgingsgebied waarvoor het CSICJO functioneert
- het aangaan van relaties met peuterspeelzalen, babynetwerken, kinderopvang en andere voorzieningen met en intensief contact met jonge kinderen over de aanpak van gesignaleerde gedrags- en opvoedingsproblematiek
- het bijhouden, beheren, bewaken en ontwikkelen van een elektronisch kinddossier en de continuïteit van de informatie die daarin is opgeslagen
- het beheren en ondersteunen van netwerken van professionals die met jeugd te maken hebben
- het bieden van geaggregeerde, epidemiologische informatie over het verzorgingsgebied waarvoor het CSICJO werkt.

Kort samengevat, de CSICJO's hebben een eigen takenpakket en functioneren als onderdeel van een netwerk van scholen en als signaalopvangpunt voor het onderwijs, justitiële voorzieningen, peuterspeelzalen en andere voorzieningen.

De medewerkers van de CSICJO's die deze activiteiten uitvoeren zijn afkomstig uit de kring van maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, gedeeltelijke uit de jeugdzorg en uit andere voorzieningen die binnen gemeenten opvoedingsondersteuning bieden. Wij gaan ervan uit dat deze medewerkers veel contacten hebben met alle professionals zoals leerkrachten, peuterspeelzaalleidsters, wijkagenten, sportleiders en huisartsen die in wijk of dorp met de jeugd omgaan. Zij coördineren de signalering en vroegtijdige interventies van deze professionals en zorgen dat deze totstandkomen en blijven plaatsvinden. Zij lopen als het ware rond en onderhouden persoonlijke contacten met ieder van hun. Zij zorgen ervoor dat professionals signalen over gedrags- en opvoedingsproblemen oppakken en soms doen zij dat zelf. Kortom zij hebben een groot loopvermogen.

Omdat de CSICJO's buurt- en wijkgebonden werken, onderhouden zij intensieve contacten met de basisscholen. Wij gaan ervan uit dat zo'n CSICJO niet aan een enkele school is gelieerd, omdat een basisschool meestal voor een kleiner verzorgingsgebied werkt dan een CSICJO, die zich richt op een inwonertal van circa 2500 kinderen. Wij merken op dat het oprichten van CSICJO's niet leidt tot opheffing van de Bureaus Jeugdzorg. Wel worden intake en voorposten van de Bureaus jeugdzorg in de CSICJO's opgenomen. De Bureaus Jeugdzorg en de CSICJO's schuiven op deze manier voor een deel in elkaar.

Kinderen tussen 12 en 19 jaar gaan meestal naar een middelbare school gelegen buiten de eigen woonwijk. Dit betekent dat één middelbare school dan contact moet onderhouden met vele CSICJO's en één CSICJO's met vele middelbare scholen. Vanwege de continuïteit van

signalering en interventies is het beter, als voor kinderen van 12 – 19 jaar Zorgadviesteams binnen middelbare scholen de functies van de CSICJO's uitoefenen. Voor zover gedrag- en opvoedingsproblemen zich binnen de school en zijn omgeving voordoen, komen signalen daarover in eerste instantie terecht bij deze teams. Speelt de problematiek vooral thuis, dan ligt het voor de hand dat het Schooladviesteam eventueel het CSICJO inschakelt. Om de centrale coördinatie taak te kunnen uitvoeren op CSICJO niveau dienen activiteiten van de Zorgadviesteams altijd gemeld en afgestemd te worden met de CSICJO's en omgekeerd.

Wij gaan ervan uit, dat de CSICJO's zich ook bezig houden met lichamelijke ontwikkeling en de raakvlakken daarvan met het geestelijk functioneren van het kind. Het signaleren van bijvoorbeeld verstandelijke, zintuigelijke en motorische beperkingen, overgewicht en lichamelijke mishandeling horen tot de kerntaken van de CSICJO's. Omdat het advies van de Inventgroep zich concentreert op het vroeg- en vroegtijdig signaleren en interventie bij gedrags- en opvoedingsproblemen, blijven deze kerntaken in dit rapport buiten beschouwing.

7.3 Infrastructuur

Om de hierboven voorzieningen uit te voeren bepleit de Inventgroep voor de CSICJO's een infrastructuur met de volgende tien, eerder genoemde voorwaarden:

- nauw omschreven buurt- en wijkpopulatie waarvoor het CSICJO werkt
- alleen signalering waarvoor interventies beschikbaar zijn
- alleen gebruik makend van bewezen instrumenten voor signalering en interventies
- met ondersteuningsaanbod voor gezinnen en jongeren, indien interventies gericht op herstel niet meer werken
- met een interventieaanbod dat rekening houdt met verschillen in subgroepen in de populatie
- met een taakverdeling over professionals vanuit het principe *eenvoudig wat eenvoudig kan en complex wat complex moet*
- met een elektronisch kinddossier
- aangestuurd met behulp van management instrumenten
- met een heldere organisatiestructuur voor ouders, kinderen, externe professionals en eigen medewerkers
- met een eenheid van subsidievoorwaarden van verschillende subsidiënten en afspraken over besparingen ten gevolge van verschuiving van late naar vroege interventies

Wij beseffen dat de CSICJO's binnen een grotere organisatie moeten werken. Het valt buiten de opdracht van de Inventgroep om voorstellen voor deze grotere organisatie te doen. De gedachtegang van de Inventgroep was om eerst het kind centraal te stellen, ten tweede het aanbod van bewezen signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies en ten derde de CSICJO's. Hoe deze laatste dan weer moeten samenhangen, moet volgen uit de logica van de eerste drie stappen: hoe deze drie te zetten, vormt onderwerp van beschouwing in het volgende hoofdstuk dat gaat over de implementatie van de bepleite signalering, interventies en CSICJO's.

Literatuur

Spreeuwenberg, C. (2005) Het ideale disease management programma, in: Spreeuwenberg c.s., *Disease management in de Nederlandse context*, Utrecht: Igitur Archiving and Publishing Services.

8 De invoering van vroegtijdige signalering en interventies en daarvoor benodigde implementatiestructuur

Wat moet er gebeuren om te realiseren dat alle professionals in Nederland, die met jeugd te maken hebben, eenzelfde doeltreffende instrumentarium gedrags- en opvoedingsproblematiek signaleren hebben, dezelfde effectieve interventies aanbieden bij overeenkomstige problematiek? En dat de infrastructuur overal in Nederland in die mate overeenkomt dat informatie-uitwisseling, vergelijkbare dataverzameling en bedrijfsvergelijking mogelijk worden? Sinds 1992 zijn tal van publicaties verschenen met antwoorden op deze implementatievraag (Stocking, 1992; Grol RT e.d., 1996; Kessler & Chakabarti, 1996; Solomon e.a., 1998; Gladwell, 2000; Grol & Wensing, 2002; Schrijvers e.a., 2002; Cozijnsens & Vrakking, 2003; Ham e.a., 2003; Pepels e.a., 2004; Naber & Iske, 2004; Schrijvers e.a., 2005), zij het dan dat deze algemener wordt gesteld. Een synthese van deze studies leverde een aantal conclusies op (Schrijvers e.a., 2005). Zij staan hieronder vermeld. Waar in het oorspronkelijke stuk wordt gesproken van diagnose en therapie, wordt hieronder gesproken van signalering en interventie. De conclusies zijn:

Er bestaat geen eenvoudig kookboekrecept om de verspreidingsnelheid van nieuwe methoden van signalering en interventies over professionals te meten.

Implementatie van nieuwe vormen van signalering en interventies gaat niet vanzelf. Het is onvoldoende om kennis alleen maar ter beschikking te stellen. Dat leidt er niet toe dat professionals de nieuwe instrumenten in hun dagelijkse routine opnemen.

Structuurveranderingen leveren geen oplossing om de verspreiding van innovaties te versnellen. Fusies, stelselwijzigingen, topdown herschikking van taken en nieuwe structuurwetgeving bleken in de genoemde studies op korte termijn contra-productief, omdat ze managementaandacht vragen voor nieuwe positionering en herinrichting van de organisaties en afleiden van het moderniseren van de professionele werkprocessen.

Wat wel werkt, is het rechtstreeks (en niet via herstructurering) beleidsmatig bevorderen van de verspreiding van de nieuwe signaleringsinstrumenten en interventies. Hierbij spelen vier actoren een rol: cliënten, professionals, beleidsmakers en wetenschappers. Vanaf conclusie 5 komen deze rollen achtereenvolgens aan de orde.

Cliënten van een professional zijn niet alleen hulpvragers, maar ook collega-professionals die bijvoorbeeld een advies vragen. Voor cliënten in deze brede zin is het van belang dat elke professional transparant werkt. Dat bekend is welke signaleringsinstrumenten en interventies men wel en niet in welke situatie hanteert. Dit betekent dat professionals toetsbaar werken voor collega-professionals en voor hulpvragers.

Bij *professionals* gaat het erom de bereidheid te vergroten om hun dagelijkse routine te veranderen. Dat kan door tijdens het implementatieproces ondersteuning te bieden door gerichte bijscholing, het creëren van helpdesks, het geven van gerichte financiële prikkels (wie met de nieuwe signalering en interventies werkt, wordt direct of indirect via de organisatie financieel beloond) en door feedback over de effecten van het werken op de nieuwe manier. Ham e.a. (2003) benadrukken hierbij de betekenis van professionele beroepsverenigingen en van leidinggevenden professionals binnen de beroepsgroepen. Ondersteunen zij de nieuwe signaleringsinstrumenten en interventies, dan volgen andere professionals sneller. Tenslotte blijken professionals innovaties sneller over te nemen als de infrastructuur op allerlei concrete punten wordt aangepast, zoals functieomschrijvingen van professionals, software, tijdsbesteding en aanpassing van spreekuurroosters.

Beleidsmakers hebben als eerste taak het aanpassen van de infrastructuur, zodat professionals de beoogde nieuwe signalering en interventies kunnen uitvoeren: men moet de innovaties willen faciliteren. Een tweede taak is het open staan voor en het enthousiast bepleiten van de nieuwe werkvormen. In de hierboven genoemde studies wijzen Gladwell (2000) en Schellekens (Naber, 2004) erop, dat het voor beleidsmakers erom gaat om de eerste circa 25% van de professionals aan het werk te krijgen op de nieuwe manier. Is dat eenmaal gelukt met allerlei faciliteringsregelingen, dan volgt de rest vanzelf.

Wetenschappers hebben bij de invoering van nieuwe signaleringsinstrumenten en interventies tot taak om de te verspreiden innovaties wetenschappelijk voldoende te onderbouwen. Daarnaast ligt er een taak om de dagelijkse praktijk via onderzoek te monitoren en gebruikte instrumenten op basis daarvan aan te passen en waar mogelijk te vereenvoudigen. In de hier aangegeven studies worden twee implementatiestrategieën onderscheiden: een lineaire en een consensusaanpak. Bij de lineaire aanpak testen wetenschappers eerst een nieuw signaleringsinstrument of interventie uit. Daarna rollen zij deze uit naar beleidsmakers die ze daarna voordragen aan professionals. Bij de consensusaanpak ontwerpen, testen en verspreiden de vier genoemde actoren gezamenlijk de nieuwe instrumenten en interventies.

Tot zover wat er uit wetenschappelijk onderzoek anno 2004 bekend is over implementatie van nieuwe signaleringsinstrumenten en interventies. Gaan deze algemene theorieën ook op voor de invoering van nieuwe instrumenten voor het signaleren van gedrags- en opvoedingsproblemen bij nul tot 19 jarigen en van vroegtijdige interventies ter vermindering daarvan? De Inventgroep denkt van wel. De onderzochte implementatiestudies vonden immers plaats in diverse landen en in diverse sectoren zoals onderwijs, landbouw, massamedia en gezondheidszorg. Daarom vormen de hierboven genoemde punten de basis voor haar implementatie-advies. Ter aanvulling daarop geven wij hieronder aan elk van de punten een specifieke uitwerking.

Geen kookboek voor implementatie

Zoals gezegd bestaat er geen universele aanpak voor de implementatie van nieuwe signaleringsinstrumenten, vroegtijdige interventies en de infrastructuur die daarbij hoort. Om die reden pleit de Inventgroep voor de instelling van een Task Force, samengesteld uit onafhankelijke personen uit de kring van organisaties van hulpvragers, beroepsorganisaties, branche-organisaties van hulpaanbieders, financiers en wetenschappers, om invoeringsstrategie voor de komende jaren in te vullen. Bij het Ministerie van VWS bestaat ervaring met dergelijke Task Forces. Zo bestond er een voor de Modernisering van de AWBZ en functioneert het NICTIZ de implementatie van de moderne Informatie- en Communicatie Technologie (ICT) in de gezondheidszorg.

Implementatie gaat niet vanzelf

Gelet op haar opdracht voert het te ver dat de Inventgroep in dit rapport een conceptprogramma schrijft voor de bij punt 1 genoemde Taskforce. Wij volstaan daarom met het noemen van enkele punten die zo'n Task Force moet oppakken:

Het ontwikkelen van een, regionaal uit te voeren, standaard scholingsprogramma om professionals te leren omgaan met de door de Inventgroep voorgestelde signaleringsaanpak en de daarbij behorende specifieke instrumenten, vroegtijdige interventies en infrastructuur. Bij voorkeur zou dit programma gericht moeten zijn op heterogene groepen in dezelfde regio, zodat verschillende professionals, zoals leerkrachten, politiefunctionarissen en jeugdartsen elkaar in dezelfde cursus ontmoeten. Van grote betekenis is, dat beroepskrachten leren om de meetinstrumenten te gebruiken bij zowel allochtone als autochtone bevolkingsgroepen.

Het ontwikkelen van een onderzoeksprogramma om a) buitenlandse instrumenten en interventies waar nodig te valideren voor de Nederlandse situatie en b) de evidentie te bewijzen van in Nederland ontwikkelde signaleringsinstrumenten en interventies.

Het ontwikkelen van een nationaal gestandaardiseerd Kinddossier. De Inventgroep is onder de indruk van wat op dit terrein is gepresteerd in Amsterdam en Rotterdam.

Het schrijven van software-programma's die professionals in de keten kunnen gebruiken om hun signalering te mailen naar het Centrum voor Singalering, Interventies en Coördinatie Jeugd (CSICJO's) en daar binnen te laten komen.

Het aanleggen van een databank met effectief gebleken signaleringsinstrumenten en interventies. De Inventgroep denkt hierbij aan de voortzetting en uitbreiding van de Databank Effectieve Interventies Jeugd, die onder beheer staat van het NIZW.

Het uitkiezen van enkele proefregio's waarin de effecten van de nieuwe instrumenten en interventies en van de aanwezigheid van CSICJO's worden gemeten op ervaren gedragsproblematiek en op het zorgaanbod.

Het inrichten van een Implementatie-instituut dat voor het onderwijs, politie, justitie en de zorg werkt.

3. *Geen structuurveranderingen*

Zoals gezegd, leren ervaringen elders dat structuurwijzigingen op korte termijn contraproductief werken voor het stimuleren van innovaties in werkprocessen van professionals. Vanwege de grote noodzaak om snel de signalering en interventies te standaardiseren en op wetenschappelijk niveau te brengen, ziet de Inventgroep af van het doen van voorstellen voor stelselherziening en structuurwijzigingen. Tijdens de voorbereiding van haar rapport kreeg de Inventgroep wel tal van structuurwijzigingen aanbevolen, die wij geen van alle overnamen. Wij wezen af: het creëren van één Ministerie voor de Jeugd met een kategoriale beleidsaanpak, het fuseren van jeugdgezondheidszorg met Bureaus Jeugdzorg tot CSICJO's, het creëren van zorgstructuren bij het basisonderwijs, het verleggen van de geldstroom via provincies voor Bureaus Jeugdzorg naar een subsidiekanaal via gemeenten en het wettelijk benoemen van de CSICJO's als basisvoorziening zoals het basisonderwijs dat ook is. Dat betekent, dat de door ons voorgestelde CSICJO's alleen van de grond komen als lokale actoren daarachter staan. Deze weg is begaanbaar, zo blijkt uit de al eerdere genoemde initiatieven te Den Bosch, Arnhem, Maastricht, Rotterdam en Amsterdam. Indien Gemeentebesturen en provinciebesturen elkaar vinden om de infrastructuur van de bestaande Jeugdgezondheidszorg en Bureaus Jeugdzorg dichterbij elkaar te organiseren, moet het mogelijk zijn dat deze twee tezamen beter toegankelijk worden voor onderwijs, justitie, kinderopvang, peuterspeelzalen en andere dan zorgsectoren.

4. *Rechtstreekse beleidsmatige steun*

Op dit moment financieren zeven departementen, zestien provincies en honderden gemeenten delen van de jeugdzorg. De door hun gefinancierde instellingen, zoals basisvoorzieningen, zien niet altijd in dat signaleren een basiscompetentie is voor elke professional die met jeugd te maken heeft. Wij wijzen erop dat signaleren tijd kost en vaardigheden vereist. Dat betekent dat financierende overheden de ontwikkeling van bewezen effectieve signaleringsinstrumenten en interventies beleidsmatig moeten ondersteunen en wel op vier manieren: a) door een gemeenschappelijke implementatiestrategie te ondersteunen en indien nodig financiële middelen ter beschikking te stellen om te signaleren en nieuwe interventies toe te passen (zie punt 1), b) op termijn alleen wetenschappelijk bewezen instrumenten en interventies te financieren, c) hun inspecties te laten toetsen of professionals hun taken uitvoeren in overeenstemming met de beschikbare instrumenten en interventies en d) een gemeenschappelijke college te benoemen dat een oordeel uitspreekt welke bewezen signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies worden toegelaten in de diverse maatschappelijke sectoren die met jeugd te maken hebben. Dit college is vergelijkbaar met erkenningscommissies die binnen het Ministerie van Justitie bestaan en met de Gezondheidsraad die de minister adviseert over het al dan niet toelaten van nieuwe wetenschappelijke inzichten in de praktijk van de gezondheidszorg.

5. *Transparantie voor cliënten*

Een niet te onderscheiden machtsfactor, om moderne signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies te verspreiden, is het informeren van burgers en andere professionals over toegang en kwaliteit van de geboden diensten. Aan te bevelen is deze openbaar te maken op websites, voor zover dat niet al gebeurt. Voor het overige wijst de Inventgroep op de opmerkingen die in algemene zin bij de transparantie voor cliënten zijn gemaakt.

6. *Professionals zijn bereid om mee te doen*

Beroepsorganisaties die het gebruik van de door de Inventgroep voorgestelde signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies ondersteunen, hebben grote invloed op de implementatie daarvan. Wel hebben deze organisaties enkele harde noten te kraken. Zo is het voor ons de vraag, of het indiceren voor specifieke programma's altijd moet gebeuren door sociale wetenschappers. Of mag dat ook door ervaren algemeen maatschappelijk werkenden of door jeugdverpleegkundigen? En accepteert de ene professional de uitkomsten van een signaleringsinstrument, bijvoorbeeld de SDQ, als die al is toegepast door een andere professional? De Inventgroep gaat ervan uit dat dat het geval is en dat het herhalen van signalering nauwelijks voorkomt. Een andere vraag is de volgende. Hoort de diagnostiek van kindermishandeling ook thuis bij jeugdartsen, werkzaam op de CSICJO's, of gebeurt dat alleen bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling? De Inventgroep spreekt de hoop uit, dat de betrokken beroepsgroepen dit soort vragen professioneel benaderen vanuit competentieniveaus die zij noodzakelijk achten voor indiceren en diagnostiek van kindermishandeling.

7. *Beleidsmakers zijn enthousiast en faciliteren de opkomst van CSICJO's als ook de totstandkoming van zorgnetwerken*

In hoofdstuk 7 heeft de Inventgroep tien randvoorwaarden geformuleerd die samen de infrastructuur vormen voor de signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies. De bundeling van deze randvoorwaarden leidt tot ons voorstel voor CSICJO's die functioneren binnen een netwerk van professionals die met de jeugd te maken hebben. Deze inbedding in de keten leidt tot een noodzaak van taakverdeling. Welke interventies vinden plaats binnen de CSICJO's en welke elders in het netwerk? Deze vraag is te belangrijk om aan professionals over te laten. De Inventgroep betwijfelt of deze professionals er uit komen zonder steun en invloed van de beleidsmakers. Dat heeft ook te maken met het feit dat er meerdere lokale niveaus bestaan. Zo is de politie regionaal georganiseerd, het onderwijs gemeentelijk, de Raden voor de Kinderbescherming per arrondissement van de rechtbank, de jeugdgezondheidszorg intergemeentelijk en de Bureaus Jeugdzorg provinciaal. De professionals van al deze instellingen kunnen alleen goed samenwerken als hun beleidsmakers en bestuurders bereid zijn een deel van hun autonomie op te geven en over de grenzen van hun eigen verzorgingsgebied heen te kijken. De Inventgroep acht het in eerste instantie een verantwoordelijkheid voor beleidsmakers op de verschillende lokale niveaus om tot samenwerkingsafspraken te komen. Komen zij daar niet uit, of lijkt de samenwerking te zeer afhankelijk van toevallige, lokale politieke krachtenvelden, dan hoort beïnvloeding door koepelorganisaties of betrokken departementen tot de mogelijkheden.

De Inventgroep wijst erop dat het Ministerie van OCW, dat van VWS en de VNG op dit moment verschillend denken over de aanwezigheid van zorgstructuren in de school. In ons voorstel zijn de CSICJO's nauw verbonden met het basis- en middelbaar onderwijs. Zij vormen een schil rond deze onderwijsvoorzieningen. Naar de mening van de Inventgroep is de keuze tussen CSICJO's en zorgstructuren in de school een oneigenlijke: beide zijn tegelijk te realiseren, want de eerstgenoemde functioneren binnen een zorgnetwerk waarbinnen scholen een belangrijke partner zijn naast andere, zoals justitiële voorzieningen, peuterspeelzalen en sportinstellingen.

8. *Wetenschappers werken samen met cliënten, professionals en beleidsmakers*

Hierboven kwamen twee implementatiestrategieën aan bod: de lineaire aanpak waarbij wetenschappers instrumenten eerst uittesten en aanbieden aan beleidsmakers die deze uitrollen over de professionals. Daarnaast bestaat de consensusaanpak, waarbij de wetenschappers met een eigen verantwoordelijkheid participeren in het implementatieproces. De Inventgroep kiest voor deze laatste aanpak. Hierboven onderscheiden we drie gremia waarin deze consensus speelt:

- a) het uitvoeren van het onderzoeksprogramma dat de Task Force Implementatie ontwerpt,
- b) het evalueren van proefregio's die met de voorgestelde signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies en met CSICJO's als kern van professionele netwerken functioneren en c) het participeren in een gemeenschappelijk college voor de toelating van nieuwe signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies. Naast deze drie taken ziet de

Inventgroep nog een laatste taak voor wetenschappers: het doen van statistisch onderzoek op geaggregeerde databestanden die ontstaan door optelling van de gegevens uit de elektronische kinddossiers. Daardoor ontstaat zicht op ontwikkelingen in de gedrags- en opvoedingsproblematiek van de jeugd en kan intelligent beleid, mede gebaseerd op data-analyse, tot stand komen.

Literatuur

- Cozijnsen A en WJ Vrakking, Handboek Verandermanagement, Kluwer, 2003
- Gladwell M., The tipping Point, how little things can make a big difference, Little Brown and Company, Boston-New York-London, 2000
- Grol RT cs, Effectiviteit van methoden en interventies om richtlijnen voor goede zorg in te voeren en het professioneel handelen te beïnvloeden, werkgroep onderzoek Kwaliteit, 1996
- Grol R. M.Wensing, Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg, Elsevier Gezondheidszorg, maart 2001
- Ham C c.s., Redesigning Work processes in health Care: lessons for the national health Services, The Milbank quarterly, 2003, 81:415-439
- Kessler EH en AK Chakrabarti, Innovation Speed: a Conceptual Model of Context, Antecedents and outcomes, The Academy of Management Review, Vol 21, no 4 (oct. 1996), 1143 – 1191
- Naber L. en p. Iske, zorginnovatie in perspectief, een collectieve ambitie, good health Innovation practice, GHIP, 2004, Utrecht
- Pepels R., vooral Doen! Handreiking voor succesvol implementeren van transmurale zorg, Koninklijke Van gorkum, 2004
- Schrijvers G c.s. (red)., Moderne patiëntenzorg in Nederland, Elsevier Gezondheidszorg, maart 2002
- Schrijvers AJP, J. Ravensbergen en RH van Linge, Tien theorieën om de snelheid van verspreiding van zorginnovaties te verklaren, achtergrondstudie voor de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2005
- Solomon DH, c.s., Techniques to improve physician's use of diagnostic tests, a new conceptual framework, JAMA 1998; 280:2020-2027
- Stocking B., promoting change in clinical care, Quality in health Care (1992), 1:56-60

Bijlages bij het rapport

**Helpen bij opgroeien en opvoeden:
eerder, sneller en beter**

**Vroegtijdige signalering en interventies
bij opvoed- en opgroei problemen**

Bijlage 1

Overzicht van risicofactoren voor toekomstig externaliserend gedrag, internaliserend gedrag en zorgwekkende opvoedingssituaties

De roep in het veld om lijstjes met risicofactoren is groot. We hebben getracht hieraan tegemoet te komen. Wij wijzen er echter op dat deze lijst niet volledig is. Bij onze opdracht hebben wij onderscheid gemaakt tussen compleet en concreet versus hoofdzaak en bijzaak. Wij hebben vervolgens de keuze gemaakt voor een focus op de hoofdzaak en ons gericht op factoren die volgens de literatuur als belangrijkste naar voren komen. Gedacht wordt aan een werkwijze waarbij regionale hulpverleners de informatie kunnen bijhouden en de informatie centraal verzameld wordt bij een door de politiek en beleidsmakers nader te bepalen punt.

	Risicofactoren voor externaliserend gedrag	internaliserend	mishandeling & verwaarlozing
Kind	Zwangerschaps- en geboortecomplicaties, laag geboorte gewicht (Raine, Brennan & Mednick, 1994)	–	–
	Peutergewicht (Raine et al 2005) gemeten in kilogrammen, lengte en ‘bulk’		
	Blootstelling aan toxische stoffen	–	
	Mannelijk geslacht		
	Lage intelligentie	–	
	Lage verbale intelligentie gemeten met afmaken van zinnen: laagste 25% van de scores (Nagin & Tremblay, 2001)		
	Moeilijk temperament	–	
	Psychofysiologie: lage autonome arousal	–	
Ouder	Alleenstaande ouder	–	–
	Lage opleiding (Nagin & Tremblay, 2001)		–
	Tienermoeder (nl. jonger dan 19 bij eerste kind)		–
	Middelengebruik (ook tijdens de zwangerschap)	–	–
	Roken tijdens zwangerschap (moeder)		
	Slechte voeding tijdens zwangerschap (moeder)		
	Armoede/lage socio-economische status/schulden	–	–
	Langdurig arbeidsongeschikt/ chronisch ziek		
	Spreekt geen Nederlands		
	Psychopathologie van de moeder		–
	Antisociaal (criminaliteit) gedrag ouders		
	Depressie van moeder	–	–
	Als kind mishandeld		
	Relatieproblemen, conflicten met ex- (Kelly & Emery, 2003; Leon, 2003; Kelly, 2000; Whiteside & Becker, 2000)		
Huwelijksproblemen/mishandeling partners	–	–	
etnische minderheidsstatus			
Gezin	Onvoldoende kwaliteit sensitiviteit (Shaw, 2000; De Wolff en van IJendoorn, 1997)	–	–
	Tekorten in communicatie ouder-kind (gebrek aan warmte)	–	–
	Verwaarlozing en mishandeling (ook tussen ouders)		
	Snelle wisseling in verzorgers van het kind		–

	Huwelijksconflicten/geweld in het gezin	–	–
	Grote gezinsomvang		–
	Hoge mate van stress/Life events: ingrijpende gebeurtenissen in het leven van het kind en zijn gezin: Echtscheiding, overlijden van significant persoon zoals bijvoorbeeld een broer of zus of ouder (van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999)	–	–
Buurt, Vrienden/ school	Delinquente vrienden		
	Peer rejection		
	Geen band met school		
	Slechte school prestaties		
	‘Slechte’ buurt, kansarme buurt, geen sociale controle in buurt	–	
	Concentratie van delinquenten in buurt	–	
	Geweld/Toegang tot wapens	–	
	Onveilige woonomgeving		
	Te kleine huisvesting		
	Achterstandswijk		

Bron: Loeber [1998 #1654; Junger [in press #2461]; Bayer & Sanson2003.

Bijlage 2

Voorgestelde signaleringsinstrumenten

Deze bijlage betreft het overzicht met factsheets met aanbevolen risicosignaleringsinstrumenten behorende bij de eerste opdracht aan de Inventgroep. De Inventgroep heeft zich hierbij gebaseerd op een review van de literatuur. In de tabel worden de validiteitskenmerken van de signaleringsinstrumenten genoemd waar de Inventgroep zich op heeft gebaseerd bij het bepalen van haar voorstellen:

sensitiviteit:	het percentage van de probleemgroep dat correct wordt geïdentificeerd
specificiteit :	het percentage van de niet-probleemgroep dat correct wordt geïdentificeerd als probleemloos
positieve predictieve waarde (ppw):	het percentage als problematisch benoemde gevallen die inderdaad problematisch blijken te zijn
negatieve predictieve waarde (npw):	het percentage niet problematische gevallen van de als probleemloos aangewezen gevallen

VOBO Bertrand, Hermanns en Leseman (1998) Doelgroep: kinderen van 0-15 van verschillende culturen	Niet vervulde behoefte aan opvoedingsondersteuning	Ouders	HBO-niveau	Nog niet beschikbaar
(Brief) Infant-Toddler Social & Emotional Assessment Revised Briggs-Gowan, Carter, Irwin, Wachtel & Cicchetti 2004 (voor sensitivity etc. zie table III, p. 151)	Internaliserende- en externaliserende gedragsproblemen	ouders	selfreport	68,9 – 94,9 afh. van domein
Strengths and Difficulties Questionnaire www.sdqinfo.com Goodman, Ford, Simmons, Gatward, Meltzer 2003, p168; Widenfelt, Goedhart, Treffers & Goodman, 2003		Kinderen, Ouders, Of leerkrachten	Selfreport door ouders, leerkrachten en (oudere) kinderen	63,3 (multi-informant)
Suicide Ideation Questionnaire (SIQ) Reynolds, 1987; Winters, Meyers & Proud, 2002. Voor kinderen van 14-18 jaar oud.	Zelfmoord Eerste van 2 fasen, met als doel preventie van suïcide binnen scholen	Jongeren	Selfreport, retrospectief	86
Suicide Ideation Questionnaire Jr (SIQ-Jr) Reynolds, 1987. Voor kinderen 11-13 jaar oud.	Zelfmoord Eerste van 2 fasen, met als doel preventie van suïcide binnen scholen	Kinderen	Selfreport, retrospectief	

4. Taxatie van veiligheidsrisico's

Child Abuse Risk Evaluation validiteit instrument nog niet onderzocht	Zorgwekkende opvoedingssituaties			
Early Assessment Risk List (EARL20B) eerste valideringsonderzoek gedaan door (Koegl, Augimeri, Webster 2000). Kinderen van 6-12 jaar. Interbeoordelaar betrouwbaarheid lag tussen .79 en .97.	Antisociaal, crimineel en gewelddadig gedrag	Ouders met kind en derden zoals leerkracht, huisarts.	Getrainde professionals	
Structured Assessment of Violence in Youth (SAVRY) (Lodewijks, Ruiters, Dorelijers 2003; Catchpole & Gretton, 2003). komende jaren in NL op validiteit onderzocht	Gewelddadig gedrag			

Verdere details over de voorgestelde signaleringsinstrumenten

Vroegtijdige signalering van toekomstige ernstig zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (voor de meest extreme risicosituaties) (strategie 1)

De Dunedin Family Services Indicator (DFSI)

De DFSI is een checklist van 9 items betreffende sociaal demografische klinische data, een semi-gestructureerd interview en een korte vragenlijst met als criterium meldingen van vermoedens van kindermishandeling binnen twee jaar.

De DFSI kan op basis van informatie van de ouders door een verpleegkundige worden ingevuld tijdens de zwangerschap.

De sensitiviteit is 100%,
de specificiteit is 87,3%,
de PPW is 48,1% en de
NPW is 100% (Muir et al., 1989).

Vroegtijdige signalering van risicoprocessen die er op wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is (strategie 2).

Prospectieve procedures

In deze procedures worden kinderen en gezinnen in de tijd gevolgd. Het gaat hierbij niet (alleen) om concrete instrumenten, maar ook om een structuur om signalen te registreren en er een follow up aan te geven. Het betreft brede, de ontwikkeling en opvoeding volgende methodieken, waarbij de structurering van de negatieve ervaringen/ beleving van de ouder een belangrijke rol spelen.

Samen Starten

Het project maakt gebruik van de *Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional*, waarmee wordt gescreend of er problemen zijn bij het kind. De ASQ:SE bestaat uit acht opeenvolgende vragenlijsten, die de leeftijd van drie tot 66 maanden beslaan. De vragen richten zich op de geestelijke gezondheid van het jonge kind, op de volgende gebieden: zelfregulatie, volgzzaamheid/meegaandheid, communicatie, adaptief gedrag, autonomie, affect en interacties met mensen. De hieronder gegeven cijfers gelden voor deze vragenlijst.

De sensitiviteit is 78% (tussen 70,8 bij 24 maanden tot 84,6 bij 60 maanden)

de specificiteit is 94,5% (tussen 89,5 bij 30 maanden tot 98,2 bij 6 maanden)

de PPW is 73,2% (tussen 61 bij 30 maanden tot 91 bij zes maanden)

NPW is 95,7% (tussen 94,3 bij 36 maanden tot 97,1 bij 60 maanden)

Betrouwbaarheid en validiteit zijn:

Interne consistentie (Cronbach's alpha): .67 op twaalf maanden tot .91 op 48 en 60 maanden. Algehele alpha was .82 (Squires, Bricker, Heo & Twombly, 2001, geciteerd in Squires et. al. 2004; Squires et. al. 2002b, geciteerd in Squires et. al. 2004).

Overeenstemming tussen de verschillende intervals (tijdstippen waarop gemeten) was 94%.

De validiteit is gemeten door de classificatie van kinderen op de ASQ:SE's te vergelijken met hun classificatie (i.e. in klinische range, in typische range) op geselecteerde criterion metingen (CBCL, Vineland Social Emotional Early Childhood Scale). Zie hiervoor bij sensitiviteit en specificiteit.

Vroegtijdige signalering van diagnosticeerbare problemen in opvoeding en ontwikkeling die, ondanks de eerste twee strategieën, toch kunnen ontstaan.

Problemen in de opvoeding

De Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC)

CTSPC is bedoeld om de relatie tussen ouders en kind (0-18 jaar) vast te stellen, met speciale aandacht voor fysieke en emotionele mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998).

De sensitiviteit is niet vermeld

de specificiteit is niet vermeld

de PPW is niet vermeld

NPW is niet vermeld

Betrouwbaarheid en validiteit zijn:

Betrouwbaarheid: Interne consistentie (Cronbach's alpha)

Overall Physical Assault Scale = .55

Psychological Aggression = .60

Nonviolent Discipline = .70

Neglect Scale = .22

Severe Physical Assault = -.02

Validiteit:

Worden verschillende correlaties tussen de verschillende 'gebieden' gegeven. Zo is correlatie tussen nonviolent discipline & ordinary corporal punishment .39; en tussen severe psychological aggression & severe corporal punishment .23; tussen ordinary corporal punishment & ordinary psychological aggression is de hoogste correlatie gevonden, namelijk .56.

Juvenile Victimization Questionnaire – JVQ

De JVQ (Hamby & Finkelhor, 2001) is een lijst met 37 vragen over ervaringen van kinderen met allerlei vormen van geweld: criminaliteit, kindermishandeling, pesten (thuis en in school), seksueel misbruik (thuis en elders) en getuigen zijn van (huiselijk) geweld.

De JVQ is een 'selfreport' instrument voor kinderen vanaf 8 jaar

De sensitiviteit is niet vermeld

de specificiteit is niet vermeld,

de PPW is niet vermeld

NPW is niet vermeld

(Hamby, Finkelhor, Ormrod, Turner, 2005) Validiteit is onderzocht door de correlaties van alle items (zowel individueel als geaggregeerd) van de JVQ met scores voor traumasymptomen (afgenomen d.m.v. Trauma Symptoms Checklist for Children) te berekenen. Tabel laat middelmatige (moderate) maar significante correlaties voor alle aggregaten en voor het gros van de individuele screeners zien (van de 37 items hebben 6 – bij selfreportversie TSCC, en 7 – bij caregiver report versie TSCC items van de JVQ geen significante correlatie met TSCC).

Betrouwbaarheid: test-hertestbetrouwbaarheid. Self-report versie 95%, met een range van de items tussen 77 en 100%. Caregiver report versie 95%, range van de items tussen 80 en 100%. Gemiddelde K is .59 met een range van .22 tot 1.00 (als K .40-.75, dan is dit een vrij goede score, als $K > .75$ dan is dit een excellente score, als $K < .40$ dan is dit een slechte score).

Interne consistentie (Cronbach's alpha):

Volledige JVQ: .80 (aantal items = 34, N = 779)

Conventional crime: .61 (aantal items = 8, N = 1446)

Physical assault: .64 (aantal items = 10, N = 797)

Property victimization: .38 (aantal items = 3, N = 1455)

Child Maltreatment: .39 (aantal items = 4, N = 2018)

Sexual Victimization: .51 (aantal items = 7, N = 806)

Sexual assault: .35 (aantal items = 4, N = 2023)
Peer or sibling victimization: .55 (aantal items = 9, N = 2007)
Peer or sibling assault: .35 (aantal items = 5, N = 802)

SPUTOVAMO –protocol

Dit protocol bestaat uit een korte checklist van 9 vragen op basis waarvan een vermoeden kan ontstaan op kindermishandeling.

Deze checklist kan worden afgenomen in ziekenhuizen, met name door de afdeling spoedeisende hulp. Dit leidt doorgaans tot verwijzing naar de afdeling kindergeneeskunde en zonodig tot melding bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK).

SPUTOVAMO staat voor: Soort letsel, Plaats van het letsel, Tijdstip dat het letsel plaatsvond, Oorzaak van het letsel, Veroorzaker, Anderen, Maatregelen die door de ouders zijn getroffen en Oude letsels.

De sensitiviteit is niet vermeld,
de specificiteit is niet vermeld,
de PPW is niet vermeld en de
NPW is niet vermeld

(VOBO)

De VOBO (Bertrand, Hermanns en Leseman (Bertrand et al., 1998) is een instrument waarmee de niet-gevulde behoefte aan opvoedingsondersteuning gemeten wordt. Dit gebeurt door met de ouders 12 domeinen van het functioneren van het kind te bespreken, per domein te vragen of er problemen zijn, hoe belastend die zijn, of men steun of hulp gezocht heeft of nog steeds zoekt.

De lijst is in een half uur door een minimaal HBO-opgeleide beroepskracht af te nemen en te scoren. De ouders die een belastend probleem hebben dat ze niet zelf kunnen oplossen en die daarvoor geen steun hebben gevonden, hebben derhalve een 'onvervulde' behoefte aan opvoedingsondersteuning. Het instrument is toegepast en onderzocht bij ouders van kinderen van verschillende leeftijden (0-15) in verschillende culturen zoals Nederlands laag en hoog opgeleid, Marokkaans en Turks en in verschillende landen zoals Nederland, Indonesië en Curacao (Bertrand et al., 1998; Leseman & Hermanns, 2002; Hermanns & Groen, 2005; Zeeman, Hermanns en Hoffenaar, in voorbereiding).

De sensitiviteit is nog niet beschikbaar
De specificiteit is nog niet beschikbaar
De PPW is nog niet beschikbaar en ook
De NPW is nog niet beschikbaar

De Inventgroep stelt voor hier verder onderzoek naar te laten verrichten.

Problemen in de ontwikkeling: internaliserende en externaliserende problemen van kinderen en jongeren

(Brief) Infant-Toddler Social & Emotional Assessment Revised (BITSEA)

De BITSEA bestaat uit een lijst van ongeveer 50 vragen met meerkeuze-antwoordcategorieën voor ouders. De (BITSEA) is voor het vroegtijdig signaleren van externaliserende en internaliserende problemen van kinderen in de leeftijd 12 maanden tot drie jaar (Carter, Briggs-Gowan, Jones, & Little, 2003). In het eerste levensjaar wordt aandacht gevraagd voor sterk prikkelbare baby's, ook wel huilbaby's genoemd. Subschalen zijn: gedrag en emoties, sociale interacties en indicatoren van psychopathologie. Een Nederlandse vertaling is gemaakt door Visser, Smeekens, Riksen-Walraven en van Bakel.

Er is een verhoogde kans op kindermishandeling. Een verkorte versie van de ITSEA is op grote schaal in het SCP onderzoek 'Kinderen in Nederland' afgenomen.

Kan worden afgenomen op consultatiebureau's.

De sensitiviteit is 68,9 – 94,9 afhankelijk van domein
 de specificiteit is 67,8 – 95,1 afhankelijk van domein
 de PPW is 73,7 – 93,3 afhankelijk van domein
 NPW is 75,3 – 93,0 afhankelijk van domein

Validiteit:

criterion-related validity: vergeleken met CBCL/1,5-5

BITSEA/P(roblems) – CBCL/1,5-5 total: .71 in jaar 1; .53 in jaar 2

BITSEA/C(ommunication) CBCL/1,5-5 total: .30 jaar 1; -.18 jaar 2

discriminant validity: correlatie tussen 'parental worry about language skills' en score hiervan op BITSEA:

BITSEA/P – parental worry language: .17 jaar 1, parental worry alleen gemeten in jaar 1

BITSEA/C – parental worry language: -.20

Betrouwbaarheid (overgenomen uit Cicchetti en Sparrow, 1981) :

test-hertest betrouwbaarheid: BITSEA/P intraclass corr. Coeff. .87 (N = 119)

BITSEA/C intracl. Corr. Coeff. .85

De Inventgroep adviseert dit instrument verdere in ontwikkeling te brengen, dat wil zeggen onderzoek te doen naar de sensitiviteit en specificiteit en naar de implementatiemogelijkheden.

Strengths and Difficulties Questionnaire

De SDQ (Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003) is voor alle kinderen boven de drie jaar. De SDQ is een vragenlijst voor kinderen, ouders of leerkrachten van 25 items. Er zijn vijf subschalen: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit-aandachtstekort, problemen in de sociale ontwikkeling en prosociaal gedrag.

Voor de verschillende leeftijdscategorieën (tot 18 jaar) zijn Nederlandse vertalingen beschikbaar. Nog niet voor alle leeftijdsgroepen zijn Nederlandse normen bekend.

De sensitiviteit is 63,3 (multi-informant)

de specificiteit is 94,6 (multi-informant)

de PPW is 52,7 (multi-informant)

NPW is 96,4 (multi-informant)

Inter-rater reliability: zie tabel hieronder:

Scales	Parent – teacher (N = 131)	Teacher – selfreport (N = 98)	Parent – selfreport (N = 227)
SDQ scales			
Total difficulties	.52	.29	.47
EmotionalSymptoms	.32	.12*	.24
Conduct problems	.36	.39	.41
Hyperactivity- inattention	.54	.44	.56
Peer problems	.33	.16*	.26
Prosocial behavior	.23	.19*	.14*

* not significant (p > .01)

Interne consistentie:

SDQ scales	Cronbach's alfa		
	Parent	Teacher	Selfreport
Total difficulties	.81	.88	.70
Emotional symptoms	.68	.76	.63
Conduct problems	.62	.77	.47
Hyperactivity – inattention	.84	.89	.66
Peer problems	.57	.74	.39
Prosocial behavior	.57	.81	.60

Door verschillende instellingen (TNO, Trimbos Instituut) en Universiteiten (Maastricht, Leiden, Utrecht) wordt op dit moment onderzoek naar de validiteit van de SDQ uitgevoerd. Er worden ook aanvullingen op de SDQ ontwikkeld. De eerste resultaten steunen de internationale positieve bevindingen.

Suicide Ideation Questionnaire (-Jr)

De SIQ (voor 14-18 jarigen) en de SIQ- Jr (voor 11-13 jarigen) zijn instrumenten bestaande uit 15 vragen die het kind zelf invult voor het signaleren van suïcidaliteit (Reynolds, 1987; Goullid, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003). Als tweede stap in de procedure dient er voor kinderen die boven een bepaald cutoff punt scoren een klinisch interview afgenomen te worden.

Van de SIQ zijn de volgende cijfers bekend (Winters, Myers, & Proud, 2002):

De sensitiviteit is 86%

de specificiteit is 80%,

de PPW is niet vermeld in het beschikbare artikel. Er wordt ook geen referentie gegeven van een artikel dat we hiervoor zouden kunnen gebruiken.

de NPW is niet vermeld. Hiervoor geldt hetzelfde als bovenstaande.

Betrouwbaarheid (Winters, Myers, Proud 2002):

Interne consistentie SIQ: .97 (schoolsubscale); Test-hertest SIQ: .72 (schoolsubscale)

Interne consistentie SIQ-jr: .93 -.94 (schoolsubscale); Test-hertest: niet vermeld

Validiteit:

Concurrent validity SIQ: "good" (schoolsubscale – geen cijfers vermeld)

Convergent validity SIQ: .53-.70 (schoolsubscale)

Discriminative validity SIQ: "very good" (clin)

Convergent validity SIQ-jr: .41-.64 (school, clin) (verder geen cijfers vermeld)

SIQ-jr (Reynolds & Mazza 1999):

Betrouwbaarheid - interne consistentie: $r = .91$

- test-hertest betrouwbaarheid: $r = .89$

Criterion-related validity: vergeleken met SBI clinical interview: multiple correlation coefficient of $R(3,86) = .75$, $p < 0.01$ gevonden.

Gestandaardiseerde beta-coëfficiënt = $.67$, $p < 0.01$

De Inventgroep adviseert de SIQ-Jr en SIQ te vertalen en op validiteit bij toepassing in Nederland te onderzoeken.

Taxatie van veiligheidsrisico's vóór, tijdens en na interventies (bij vastgestelde problemen)

Child Abuse Risk Evaluation (CARE)

de CARE (Child Abuse Risk Evaluation) is voor zorgwekkende opvoedingssituaties en vraagt een beoordeling van een gezin op veertien punten. Voor de beoordeling zijn professionele vaardigheden nodig en wordt gebruik gemaakt van meerdere bronnen (zie ook CARE-ajnl.artsennet.nl-concept.doc)

De enige literatuurverwijzing naar de CARE die ik heb kunnen vinden, is deze: AGAR SE. Manual for the child abuse risk evaluation. Professional guidelines for assessing risk of physical child abuse and neglect. Simon Fraser University, 2001. Deze verwijzing komt uit een document van de AJN Nederland. Deze is aanwezig in ons archief.

Er is een Nederlandse versie: de CARE-NL., door Pollman en de Ruiters voorgesteld voor gebruik in AMK's na melding (Ruiters & Pollman, 2003).

De sensitiviteit is

de specificiteit is ,

de PPW is niet vermeld en de

NPW is niet vermeld

Er is nog geen onderzoek naar de validiteit van het instrument gedaan.

CARE-NL

Zijn hierover nog geen betrouwbaarheids- en validiteitscijfers bekend, dit onderzoek start najaar 2005 in een aantal Nederlandse Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. De CARE-NL bevat zeventien risicofactoren die kunnen worden onderscheiden in Ouderfactoren, Ouder-Kindfactoren en Omgevingsfactoren. Deze lijst van risicofactoren staat vermeld in De Ruijter.

Early Assessment Risk List (EARL20B)

De EARL20B is bedoeld voor de beoordeling van jongens in de leeftijd van zes tot twaalf jaar, die gedragsproblemen vertonen die zouden kunnen wijzen op de ontsporing in de richting van antisociaal, crimineel en gewelddadig gedrag (De Ruijter) (Tiffin & Kaplan., 2004).

Items van de EARL-20B (en de EARL-21G) zijn verdeeld in drie hoofdcategoryen: Gezinsitems; Kinditems en Responsiviteitsitems.

Ieder item wordt op een driepuntsschaal gecodeerd, waarbij 0 aangeeft dat de risicofactor niet aanwezig is, 1 aangeeft dat de risicofactor mogelijk of in enige mate aanwezig is, en 2 aangeeft dat de risicofactor duidelijk aanwezig is (De Ruijter).

Alle items dienen gecodeerd te worden o.b.v. een interview met het kind en de ouders, én collaterale informatie (informatie van derden, zoals leraar, huisarts). In sommige gevallen kan voor het coderen van sommige items nader psychologisch onderzoek nodig zijn.

De scores worden samengevat op een scoreformulier en uiteindelijk komt de professional tot een globale risicotaxatie in de termen van 'laag', 'matig' of 'hoog'. Een eenvoudige optelling van de individuele items volstaat niet, omdat in een individueel geval één enkele risicofactor een zeer grote bijdrage kan leveren aan het risico. Zo'n risicofactor kan dan op het scoreformulier als een 'kritieke factor' worden benoemd.

De sensitiviteit is niet vermeld

de specificiteit is niet vermeld,

de PPW is niet vermeld en de

NPW is niet vermeld.

Betrouwbaarheid en validiteit zijn:

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid EARL-20B (Augimeri et. al. 2001, geciteerd uit de Ruijter): ICC's tussen drie onafhankelijke beoordelaars lagen tussen .97 en .97

In een Zweeds onderzoek (Enebrink, Langstrom, Neij, Grann & Gumpert 2001) werden ICC's tussen .90 en .92 gerapporteerd voor de Totalscore, Kind-itemschaal en Gezins-itemschaal.

Voor de EARL-21G zijn vergelijkbare waarden gevonden in een retrospectief onderzoek (ICC's tussen .64 en .84; Levene et. al. 2001) en in een prospectief onderzoek (Levene et. al. 2004).

Structured Assessment of Violence in Youth (SAVRY)

De SAVRY is een instrument voor taxaties bij gewelddadige adolescenten (Lodewijks, Ruiters, & Dorelijers, 2003)

De sensitiviteit is niet vermeld

de specificiteit is niet vermeld,

de PPW is niet vermeld en de

NPW is niet vermeld.

Bijlage 3

Risicosignalering, risicotaxatie en risicohantering: naar een effectieve aanpak in het jeugdbeleid

C. de Ruiter¹²

Inleiding

De wetenschappelijke basis voor het inschatten van het risico van ongewenst gedrag (bijvoorbeeld: kindermishandeling, antisociaal gedrag bij kinderen, gewelddadig gedrag bij adolescenten, seksueel geweld) ontwikkelt zich snel, getuige het grote aantal studies dat de afgelopen 25 jaar op dit terrein is verschenen (voor overzichten zie o.a.: Borum, 1996; Monahan et al., 2001; Sheldrick, 1999). Op basis van dit onderzoek zijn diverse risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor een groot aantal typen gedragsproblemen, zoals relationeel geweld, kindermishandeling en seksueel geweld, met zeer bevredigende psychometrische eigenschappen (voor een overzicht: zie De Vogel, 2005).

In deze bijdrage zal eerst een overzicht worden gegeven van drie verschillende benaderingen van risicotaxatie. Deze benaderingen hebben ieder hun sterke en zwakke aspecten en zijn daardoor niet geschikt in alle contexten. Vervolgens zullen een aantal individuele risicotaxatie-instrumenten, die veelal in het buitenland zijn ontwikkeld en die relevant zijn voor het Nederlandse jeugdbeleid, besproken worden. Daarbij zal aandacht uitgaan naar hun psychometrische eigenschappen. Tenslotte zal de toepasbaarheid van risicotaxatie-instrumenten in de Nederlandse context besproken worden.

Drie benaderingen van risicotaxatie

Traditioneel vonden risico-inschattingen plaats op basis van het **ongestructureerde klinisch oordeel**. Grove en Meehl (1996) beschrijven het ongestructureerd klinisch oordeel als informeel, subjectief en impressionistisch, en sterk leunend op de expertise van de professional, die geheel vrij is wat betreft de informatie die hij/zij verzameld en hoe hij/zij deze weegt. Het ongestructureerd klinisch oordeel is aan sterke wetenschappelijke kritiek onderhevig (Hart, 2001; Meehl, 1996), omdat de betrouwbaarheid en de voorspellende waarde ervan zwak zijn. Zo zijn klinici bijvoorbeeld geneigd het risico van geweld bij psychiatrische patiënten te overschatten en houden ze te weinig rekening met *base rates* (Belfrage, 1998; Doren, 1998). Een tweede generatie risicotaxatie-instrumenten bestaat uit **zuiver actuariële instrumenten**. Deze instrumenten zijn ontwikkeld op basis van empirisch gevonden factoren die verband houden met het te voorspellen probleemgedrag. De instrumenten zijn relatief snel en eenvoudig volgens vast omliggende regels (algoritmen) te coderen, meestal niet noodzakelijk door een hooggespecialiseerde deskundige. Actuariële risicotaxatie-instrumenten bevatten vooral statische, niet (ten positieve) veranderbare factoren. Zij zijn derhalve vooral geschikt om risicogroepen te **signaleren**, maar ongeschikt om ingezet te worden om als basis te dienen voor een risicohanteringsinterventieplan (Douglas & Kropp, 2002).

Gedurende het afgelopen decennium is een derde generatie risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld die werkt volgens de methode van het **gestructureerd professioneel oordeel (SPO)** (Fuller & Cowan, 1999). De wieg van deze methode stond in het midden van de jaren 90 van de vorige eeuw in de Simon Fraser University in Vancouver, Canada. Het doel van Dr. Christopher Webster en zijn collega's was het overbruggen van de kloof tussen de klinische praktijk van de risicotaxatie en de empirische kennis over risicofactoren. Zo ontstonden in de loop der jaren een aantal gestructureerde risicotaxatie-instrumenten voor diverse typen gedragsproblemen (bijvoorbeeld: de *Spousal Assault Risk Assessment* guide voor relationeel

¹² Prof.dr. Corine de Ruiter, klinisch psycholoog NIP is als bijzonder hoogleraar Forensische psychologie verbonden aan de Universiteit Maastricht, en tevens programmahoofd Nationale Monitor Geestelijke gezondheid, Trimbos-instituut. Website: www.trimbos.nl/default1436.html

geweld, de *Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)*; Hildebrand, de Ruiter, & van Beek, 2001) voor seksueel geweld, de *Historical Clinical Risk management-20 (HCR-20)*; Philipse, de Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000) voor algemeen geweld). Deze instrumenten bevatten allen een checklist met de belangrijkste empirisch onderbouwde risicofactoren voor dat type probleemgedrag. Deze risicofactoren zijn deels statisch en deels dynamisch. De checklist moet volgens een vaste richtlijn gescord worden, er zijn instructies voor het verzamelen en wegen van informatie, en er worden eisen gesteld aan de deskundigheid van de gebruiker. De SPO benadering van risicotaxatie wint de laatste jaren steeds meer terrein, omdat uit empirisch onderzoek blijkt dat zij superieur is aan de eerste twee benaderingen. De meerwaarde van de SPO methoden blijkt vooral uit de accuraatheid van de voorspelling: in de vergelijking van de drie benaderingen komt de SPO methode steeds als significant nauwkeuriger naar voren (De Vogel, de Ruiter, Hildebrand, Bos, & van de Ven, 2004; de Vogel, de Ruiter, van Beek, & Mead, 2004; Douglas, Ogloff, & Hart, 2003; McNiel, Gregory, Lam, Binder, & Sullivan, 2003). De grootste meerwaarde van de SPO benadering van risicotaxatie ligt echter in haar directe link met risicohantering en -interventie. Immers: een gestructureerde risicotaxatie biedt inzicht in de historische en de dynamische, in principe veranderbare, risicofactoren voor het probleemgedrag, en daardoor onmiddellijk aanknopingspunten voor interventie. Onderzoek heeft aangetoond dat de SPO risicotaxatie-instrumenten gevoelig zijn voor het meten van verandering ten gevolge van een interventie (Belfrage & Douglas, 2002). De HCR-20 voor algemeen geweld en de SVR-20 voor seksueel geweld zijn voor Nederland vertaald en bewerkt en hun betrouwbaarheid en predictieve validiteit is aangetoond in een aantal empirische studies naar de voorspelling van delicttherhaling bij forensisch psychiatrische efficiënte (voor een overzicht van deze studies: zie de Vogel, 2005). Voor risicotaxatie van probleemgedrag bij kinderen en jeugdigen zijn inmiddels ook een aantal risicotaxatie-instrumenten volgens de SPO methode ontwikkeld en voor Nederland bewerkt. De stand van zaken in het internationale en Nederlandse onderzoek naar deze instrumenten wordt hieronder samengevat.

Risicotaxatie-instrumenten voor jeugdigen: een overzicht

Het eerste SPO risicotaxatie-instrument dat ontwikkeld en onderzocht is voor het inschatten van het risico van antisociaal gedrag bij kinderen was de *Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B)*; Augimeri, Webster, Koegl, & Levene, 1998; Augimeri, Koegl, Webster, & Levene, 2001). Dit instrument is gemodelleerd naar de HCR-20 en bestaat uit 20 risicofactoren, elk voorzien van een duidelijke coderingsrichtlijn. Later werd volgens dezelfde principes de *Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G)*; Levene, Augimeri, Pepler, Walsh, Webster, & Koegl, 2001) ontwikkeld. Tenslotte verdient de *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*; Borum, Bartel, & Forth, 2002) hier vermelding.

EARL-20B en EARL-21G

Inhoud. De EARL-20B is een risicotaxatie-instrument voor de beoordeling van jongens in de leeftijd van 6 tot 12 jaar, die gedragsproblemen vertonen die zouden kunnen wijzen op ontsporing in de richting van antisociaal, crimineel en gewelddadig gedrag. De beoogde doelen van de EARL-20B, maar ook van de EARL-21G en de SAVRY, zijn: (1) bijdragen aan de kennis over vroege risicofactoren voor antisociaal gedrag onder professionals, (2) een gestructureerd schema bieden waarin risicofactoren voor een individueel kind kunnen worden ondergebracht, en (3) bieden van effectieve risicohanteringsplannen voor deze kinderen en hun gezinnen (Augimeri, Koegl, Levene, & Webster, 2004). De items van de EARL-20B en EARL-21G zijn verdeeld in 3 hoofdcategorieën: Gezins-items, Kind-items and Responsiviteits-items (zie Tabel 1). Omdat wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat sommige risicofactoren zich anders manifesteren bij meisjes en jongens, zijn er kleine verschillen tussen de twee instrumenten.

Tabel 1: Vergelijking van de EARL-20B en de EARL-21G¹³

EARL-20B Versie 2	EARL-21G Versie 1: Consultatie editie
Gezins-items	Gezins-items
G1. Gezinsomstandigheden	G1. Gezinsomstandigheden
G2. Continuïteit van zorg	G2. Continuïteit van zorg
G3. Ondersteuning	G3. Ondersteuning
G4. Stressoren	G4. Stressoren
G5. Opvoedingstijl van de ouders	G5. Opvoedingstijl van de ouders
G6. Antisociale waarden en gedrag	G6. Ouder-dochter interactie
	G7. Antisociale waarden en gedrag
Kind-items	Kind-items
K1. Ontwikkelingsproblemen	K1. Ontwikkelingsproblemen
K2. Begin van de gedragsproblemen	K2. Begin van de gedragsproblemen
K3. Mishandeling/verwaarlozing/trauma	K3. Mishandeling/verwaarlozing/trauma
K4. Hyperactiviteit / impulsiviteit / aandachtsstoornis	K4. Hyperactiviteit / impulsiviteit / aandachtsstoornis
K5. Prettig in de omgang	K5. Prettig in de omgang
K6. Omgang met leeftijdgenoten	K6. Omgang met leeftijdgenoten
K7. Schoolprestaties	K7. Schoolprestaties
K8. Buurt	K8. Buurt
K9. Contact met autoriteiten	K9. Psychoseksuele ontwikkeling
K10. Antisociale houding	K10. Antisociale houding
K11. Antisociaal gedrag	K11. Antisociaal gedrag
K12. Coping mogelijkheden	K12. Coping mogelijkheden
Responsiviteits-items	<i>Responsiviteits-items</i>
R1. Ontvankelijkheid van het gezin	R1. Ontvankelijkheid van het gezin
R2. Ontvankelijkheid van het kind	R2. Ontvankelijkheid van het kind

In de handleiding van de EARL's wordt iedere risicofactor op twee pagina's beschreven. Op de linkerpagina staat een beknopte samenvatting van de onderzoeksliteratuur over de betreffende risicofactor, op de rechterpagina staan de codeerinstrucies. Ieder item wordt op een driepuntschaal gecodeerd, waarbij 0 aangeeft dat de risicofactor niet aanwezig is, en 2 dat de risicofactor duidelijk aanwezig is. Bij een score 1 is de risicofactor mogelijk of in enige mate aanwezig. Alle items dienen gecodeerd te worden op basis van een interview met het kind en de ouders, én collaterale informatie (informatie van derden, zoals leerkracht, huisarts). In sommige gevallen kan voor het coderen van sommige items nader psychologisch testonderzoek nodig zijn. De scores worden samengevat op een Scoreformulier en uiteindelijk komt de professional tot een globale risicotaxatie in termen van 'laag', 'matig', of 'hoog'. Een eenvoudige optelling van de individuele items volstaat niet, omdat in een individueel geval één enkele risicofactor een zeer grote bijdrage kan leveren aan het risico. Bijvoorbeeld, een kind dat een relatief lage totaalscore heeft op de EARL-20B kan toch als 'hoog' risico op een antisociale ontwikkeling worden aangemerkt als het louter met antisociale leeftijdgenoten optrekt. Zo'n risicofactor kan dan op het Scoreformulier als een 'kritieke factor' worden aangemerkt. Uit het

¹³ De EARL-20B is voor Nederland vertaald en bewerkt door Hildebrand, de Ruiter en Ligthart, en zal in de loop van 2005 uitgegeven worden. De Nederlandse vertaling van de EARL-21G is in voorbereiding. (voor informatie: cruijter@trimbos.nl).

bovenstaande moge duidelijk worden dat toepassing van risicotaxatie-instrumenten als de EARL's is voorbehouden aan daartoe getrainde professionals.

Onderzoek. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de EARL-20B werd onderzocht in een retrospectief onderzoek met 229 random geselecteerde kinderen die tussen 1985 en 1999 waren behandeld in het *Earls court Child and Family Center*, Toronto, Canada (Augimeri et al., 2001). De intraklasse correlatie coëfficiënten (ICC's) voor overeenstemming tussen drie onafhankelijke beoordelaars voor de EARL-20B items lagen tussen .79 en .97, een hoog niveau van overeenstemming. In een Zweeds onderzoek werden ICC's tussen .90 en .92 gerapporteerd voor de Totaalscore, Kind-itemschaal en Gezins-itemschaal (Enebrink, Långström, Neij, Grann & Gumpert, 2001). Voor de EARL-21G zijn vergelijkbare waarden gevonden in retrospectief onderzoek (ICC's tussen .64 en .84; Levene et al., 2001) en prospectief onderzoek (Levene et al., 2004).

De eerste studie naar de validiteit van de EARL-20B voor het voorspellen van efficiënte criminele recidive was een retrospectief onderzoek met 447 kinderen die tussen 1985 en 1999 behandeld waren in *Earls court* (Augimeri et al., 2001). Gemiddeld werden de kinderen gevolgd tot het 18^{de} levensjaar. Er was een significante relatie tussen de scores op de EARL-20B en contacten met het strafrechtssysteem voor jongens en meisjes gedurende de follow-up periode (Webster et al., 2002). Recent onderzoek in Zweden biedt verdere steun voor de validiteit van de EARL-20B (Enebrink et al., 2003).

SAVRY

Ook de SAVRY is een SPO methode, die bedoeld is om risicofactoren te identificeren waardoor effectieve risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten mogelijk wordt.

Inhoud. De SAVRY bestaat uit 24 items (Historische, Individuele en Contextuele) afkomstig uit wetenschappelijk onderzoek naar risicofactoren voor agressie en gewelddadig gedrag bij adolescenten. Daarnaast zijn in de SAVRY zes protectieve factoren opgenomen (Borum, Bartel, & Forth, 2002). De items van de SAVRY staan vermeld in Tabel 2.

De risicofactoren van de SAVRY worden gescoord op een driepuntschaal, analoog aan de scoring van de EARL's. De protectieve factoren wordt alleen als aan- of afwezig gecodeerd. Ook voor de SAVRY geldt dat de scores van de schalen kunnen worden opgeteld, maar het meest relevant voor de praktijk is de weging van de risico- en protectieve factoren door de professional, die zo tot een eindoordeel over het risico komt.

Onderzoek. In een eerste onderzoek met de SAVRY vonden Borum en Forth (2000) dat de SAVRY totaalscore significant samenhang met toekomstig geweld, met niet-gewelddadige criminele handelingen en met veelzijdigheid van het geweld (Pearson correlatiecoëfficiënt tussen .20 en .33). Catchpole en Gretton (2003) vonden een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ICC van .81 voor de totaalscore en van .77 voor het eindoordeel in termen van laag-matig-hoog. De predictieve validiteit van de SAVRY totaalscore voor gewelddadige recidive in een steekproef van 74 adolescenten die een gewelddelict hadden gepleegd was goed (Area Under the Curve= .73; Catchpole & Gretton, 2003). Het internationale onderzoek met de SAVRY wordt verder samengevat in een artikel van Lodewijks, De Ruiter & Doreleijers (2003).

Tabel 2: Risico- en protectieve factoren van de SAVRY¹⁴

SAVRY Versie 1. Consultatie editie
Historische risicofactoren
H1. Eerder gewelddadig gedrag
H2. Eerder niet-gewelddadig delinquent gedrag
H3. Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident
H4. Eerdere onttrekking aan toezicht
H5. Eerdere zelfbeschadiging of suïcidepogingen
H6. Getuige geweest van geweld in het gezin
H7. Geschiedenis van mishandeling als kind
H8. Criminaliteit van ouders/verzorgers
H9. Vroege verstoring in de verzorgingssituatie
H10. Slechte schoolprestaties
Contextuele risicofactoren
C11. Omgang met delinquente leeftijdgenoten
C12. Afwijzing door leeftijdgenoten
C13. Ervaren stress en geringe copingvaardigheden
C14. Zwakke opvoedingsvaardigheden van de ouders
C15. Gebrek aan steun van andere volwassenen
C16. Achterstandbuurt
Individuele risicofactoren
I17. Negatieve opvattingen
I18. Riskant gedrag/impulsiviteit
I19. Problemen met middelengebruik
I20. Problemen met hanteren van boosheid
I21. Psychopathische trekken
I22. Aandachtstekortstoornis/hyperactiviteit
I23. Weinig medewerking aan interventies
I24. Weinig interesse/binding met school
Protectieve factoren
P1. Prosociale betrokkenheid
P2. Ondersteuning door een ander/anderen
P3. Hechte band met een ander/anderen
P4. Positieve houding tegenover interventie en autoriteit
P5. Duidelijke positieve gerichtheid op school
P6. Veerkrachtige persoonlijkheid

CARE-NL

Een risicotaxatie-instrument uit de SPO traditie dat zich niet zozeer op de jeugdige zelf richt, maar op zijn of haar ouders/verzorgers is de *Child Abuse Risk Evaluation- NL versie* (de Ruiter & de Jong, 2005). Systematische taxatie van het risico van kindermishandeling mag in een verantwoord jeugdbeleid niet ontbreken.

De CARE-NL is een bewerking van het Canadese risicotaxatie-instrument CARE (Agar, 2001), dat bedoeld is voor risicotaxatie in gevallen van lichamelijke mishandeling en verwaarlozing.

¹⁴ De SAVRY is in het Nederlands vertaald door Lodewijks, Doreleijers, de Ruiter, & de Wit-Grouls (2001). Er loopt in de justitiële jeugdinrichtingen Rentray en Harreveld een valideringsonderzoek naar de SAVRY, dat in 2006 zal worden afgerond. (Voor informatie: hlodewijks@rentray.nl).

Er is voor gekozen de oorspronkelijke CARE aan te vullen op basis van de empirische literatuur over risicofactoren voor seksueel misbruik en emotionele verwaarlozing/mishandeling van kinderen. Het leek ons van groot belang om op basis van de Nederlandse praktijk van kindbescherming een instrument te ontwikkelen dat alle gangbare vormen van kindermishandeling omvat en daardoor breed toepasbaar is. De CARE-NL bevat 17 risicofactoren voor kindermishandeling die kunnen worden onderscheiden in Ouderfactoren, Ouder-kind factoren, Kindfactoren en Omgevingsfactoren (zie Tabel 3).

Tabel 3: Risicofactoren van de CARE-NL voor risicotaxatie van kindermishandeling

CARE-NL
Ouderfactoren
O1. In het verleden gepleegde mishandeling van een kind
O2. Ouder/verzorgen is zelf slachtoffer van kindermishandeling
O3. Ernstige psychische stoornis
O4. Suïcidale/homicidale gedachten
O5. Problemen met middelengebruik
O6. Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit of instabiliteit
O7. Sterke minimalisering of ontkenning van kindermishandeling
O8. Negatieve houding ten opzichte van interventies
O9. Problemen met kennis over de opvoeding van kinderen, opvoedingsvaardigheden en/of -attitudes
O10. Negatieve opvattingen ten aanzien van het kind
O11. Risicotaxatie betreffende seksueel misbruik
Ouder-kind interactie factoren
OK12. Problemen in de interactie tussen ouder en kind
Kindkenmerken
K13. Kwetsbaarheidverhogende kenmerken van het kind
Contextfactoren
C14. Gezinsstressoren
C15. Sociaal-economische stressoren
C16. Ontoereikende sociale steun
C17. Culturele invloeden

Over de CARE-NL zijn nog geen betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens bekend, dit onderzoek start najaar 2005 in een aantal Nederlandse Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK). Het ligt echter in de lijn der verwachting dat de bevindingen vergelijkbaar zullen zijn met de resultaten die gevonden zijn met de andere instrumenten, zoals de HCR-20, SVR-20, EARL's en SAVRY, die gebaseerd zijn op de SPO methode. Dat invoering van een gestructureerd risicotaxatie-instrument voor kindermishandeling binnen de Nederlandse jeugdzorg hard nodig is bewijst een recent onderzoek van De Jong en Reus (2004). Zij vonden in een vergelijkende studie naar besluitvormingsprocessen rondom meldingen van kindermishandeling dat AMK-medewerkers in vergelijking met studenten psychologie, significant minder systematisch tot een besluit kwamen en hun besluiten eveneens significant minder op relevante risicofactoren baseerden. De CARE-NL richtlijn maakt duidelijk dat ouderfactoren de belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling vormen: AMK-medewerkers richtten zich in hun onderzoek van een melding voornamelijk op contextfactoren, de studenten hadden meer aandacht voor de ouderfactoren.

Toepassing van risicotaxatie-instrumenten in de jeugdzorg in Nederland

Zoals hierboven al werd betoogd verdient het gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten **altijd** de voorkeur boven het ongestructureerd klinisch oordeel. Het laatste is notoir onbetrouwbaar en onnauwkeurig en wordt door internationale deskundigen op het gebied van risicotaxatie zelf als professioneel onethisch beschouwd. Aan de gebruiker van de SPO risicotaxatie-instrumenten worden kwalificatie-eisen gesteld, die in de handleidingen van de verschillende instrumenten geëxpliciteerd worden. Dit zijn terechte eisen, omdat een incorrect uitgevoerde risicotaxatie potentieel ernstige gevolgen kan hebben voor het betrokken kind en zijn/haar ouders. Men hoeft hier alleen maar recente gevallen van in Nederland overleden kinderen in herinnering te roepen (bijvoorbeeld de Roermondse casus, het meisje Savanna; de Ruiters & Pollmann, 2003). In deze recente gevallen is uiteraard nog niet met gestructureerde risicotaxatie gewerkt.

De SPO instrumenten als de EARL's, de CARE-NL en de SAVRY zijn geschikt voor toepassing in eerste- en tweedelijns voorzieningen, gezien de tijdinvestering en de deskundigheid die zij vragen. Voor de nuldelijnsvoorzieningen zoals de JGZ zijn actuariële risicotaxatie-instrumenten geschikt. Op basis van de uitslag van zo'n actuariële **risicosignaleringsinstrument** kan dan besloten worden dat ouder en kind verwezen dienen te worden voor een uitgebreidere risicotaxatie met een SPO risicotaxatie-instrument. Het actuariële instrument is eenvoudig af te nemen door een minder geschoolde medewerker; alleen als deze risicosignalering een hoog-risico uitslag geeft, wordt een uitgebreide risicotaxatie gericht op veranderbare risicofactoren uitgevoerd.

Het unieke van de SPO risicotaxatie-instrumenten is naast hun voortreffelijke voorspellende waarde, hun directe relevantie voor interventies. Zij zijn expliciet ontwikkeld met als doel risicofactoren te reduceren en zo ongunstige ontwikkelingsuitkomsten voor het kind te voorkomen. Voor de praktijk van de jeugdzorg betekent dit dat deze instrumenten een hoge mate van praktische relevantie hebben. In onderstaande Tabel 4 staat met een voorbeeld uitgewerkt hoe op basis van een gestructureerde risicotaxatie een interventieplan is opgesteld.

Tabel 4: Casusvoorbeeld Jeroen (7 jaar): van risicotaxatie met de EARL-20B naar risicohanteringsinterventies

Risicotaxatie	Risicohantering
EARL-20B Versie 2	
Gezins-items	
G1. Armoedige woning, te weinig ruimte voor de kinderen	Op wachtlijst plaatsen voor grotere woning
G2. Vader verliet het huishouden 2 jaar geleden	
G3. Eén goede vriendin, geen vrijetijdsactiviteiten	Moeder stimuleren in ieder geval 1 gestructureerde vrijetijdsactiviteit te gaan ondernemen, o.a. om nieuwe sociale contacten op te doen
G4. Hoge mate van ouderlijke stress, geïsoleerd	Idem als voor G3. Structureel in de week rustpunten voor moeder inbouwen/oppas regelen
G5. Inconsequente opvoedingsstijl, slaan, gebrek aan toezicht	Parent Management Training
G6. Vader veroordeeld wegens relationeel geweld	
Kind-items	
K1. Geen ontwikkelingsproblemen	
K2. Begin van de gedragsproblemen op 5-jarige leeftijd	Begin lijkt samen te hangen met vertrek van vader
K3. Getuige van extreem relationeel geweld tussen de ouders	Eventueel traumaverwerking voor de kinderen
K4. Impulsief, concentratieproblemen	Nader onderzoek door een kinderpsychiater om ADHD uit te sluiten
K5. Leuk kind, creatief	
K6. Eén positieve relatie met een vriendje; veel afgewezen	Agressiehanteringsinterventie voor Jeroen
K7. Schoolprestaties: achter met lezen	Begeleiding bij het leesonderwijs
K8. Achterstandbuurt, veel criminaliteit	Zie G1.
K9. Heeft contact met de politie	Eventueel in het kader van herstelrecht een interventie opstarten
K10. Antisociale houding: afwezig, voelt zich schuldig	
K11. Antisociaal gedrag: vechtpartij met gebruik van een mes	
K12. Heeft slaapproblemen	Probleemoplossingsvaardigheden verbeteren, kan in aanvulling op de agressiehanteringsinterventie
Responsiviteits-items	
R1. Ontvankelijkheid van het gezin: wil graag hulp, ietwat gereserveerd	
R2. Ontvankelijkheid van het kind: wil leren omgaan met zijn boosheid	

Literatuur

- Agar, S. (2001). *The development of general risk assessment guidelines for physical child abuse and neglect*. Doctoral Dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canada.
- Augimeri, L.K., Koegl, C.J., Webster, C.D., & Levene, K.S. (2001). *Early Assessment Risk List for boys: EARL-20B, Version 2*. Toronto, Ontario: Earls Court Child and Family Centre.
- Augimeri, L.K., Koegl, C.J., Levene, K.S., & Webster, C.D. (2004). Early Assessment Risk Lists for boys and girls: EARL-20B and EARL-21G. In: *Handbook of Mental Health Screening and Assessment for Juvenile Justice*. New York: Guilford.
- Belfrage, H. (1998). Making risk predictions without an instrument. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 59-64.
- Belfrage, H., & Douglas, K.S. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *International Journal of Forensic Dental Health*, 1, 25-36.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY), Version 1*. Florida: University of South Florida.
- Catchpole, R.H., & Gretton, H.M. (2003). The predictive validity of risk assessment with violent young offenders: A 1-year examination of criminal outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 688-708.
- Doren, D.M. (1998). Recidivism base rates, predictions of sex offender recidivism, and the 'sexual predator' commitment laws. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 97-114.
- Douglas, K.S., & Kropp, P.R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 617-658.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P., & Hart, S.D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.
- Enebrink, P., Långström, N., Hultén, S., & Gumpert, C.H. (2003). *Swedish validation of the EARL-20B, a decision-aid for use with children presenting conduct-disordered behaviour*. manuscript submitted for publication.
- Enebrink, P., Långström, N., Neij, J., Grann, M., & Gumpert, C.H. (2001). *Brief report: Interrater reliability of the EARL-20B: A new guide for clinical evaluation of conduct-disordered boys*. Huddinge, Sweden: Karolinska Institute.
- Fuller, J., & Cowan, J. (1999). Risk assessment in a multi-disciplinary forensic setting: Clinical judgment revisited. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10, 276-289.
- Grove, W.M., & Meehl, P.E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 293-323.
- Hart, S.D. (2001). *Risk assessment: Possibilities and impossibilities*. Retrieved from Simon Fraser University website: www.sfu.ca/psychology/groups/hart/violink.html.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C. & van Beek, D.J. *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Jong, E.M., de, & Reus, C.P.A. (2004). *Kind in Nood II: Besluitvormingsprocessen en risicotaxatie in multidisciplinair teamverband*. Afstudeerscriptie Universiteit van Amsterdam, Afdeling Psychologie.
- Levene, K.S., Augimeri, L.K., Pepler, D., Walsh, M., Webster, C.D., & Koegl, C.J. (2001). *Early Assessment Risk List for Girls: EARL-21G, Version 1, Consultation Edition*. Toronto, Ontario: Earls Court Child and Family Centre.
- Levene, K.S., Walsh, M.M., Augimeri, L.K., & Pepler, D. (2004). Linking identification and treatment of early risk factors for female delinquency. In: M. Moretti, C. Odgers, & M. Jackson (Eds.), *Girls and aggression: Contributing factors and intervention principles: Perspectives in law and psychology* (Vol. 19), pp. 131-146. New York: Kluwer Academic/Plenum.

- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th., de Ruiter, C., & de Wit-Grouls, H. (2001). *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren (geautoriseerde vertaling en onderzoeksversie van de SAVRY)*. Eefde: Rentray.
- Lodewijks, H., de Ruiter, C., & Doreleijers, Th. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Directieve therapie*, 23, 25-42.
- McNiel, D.E., Gregory, A., Lam, J., Binder, R.L., & Sullivan, G. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 945-953.
- Meehl, P.E. (1996). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the literature*. Northvale, NJ: Aronson (original work published in 1954).
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P.C. et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford, Oxford University Press.
- Philipse, M, de Ruiter, C, Hildebrand, M. & Bouman, Y. *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, Versie 2.* Nijmegen/Utrecht: Prof.mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Ruiter, C., de, & Pollmann, P. (2003). De risico's van kindermishandeling. *Tijdschrift over Kindermishandeling*, 17, 18-21.
- Ruiter, C., de, & de Jong, E.M. (2005). *CARE-NL: Professionele richtlijnen voor de beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: Socrates Consultancy.
- Sheldrick, C. (1999). Practitioner review: The assessment and management of risk in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 507-518.
- Vogel, V., de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Dutch University Press.
- Vogel, V., de, de Ruiter, C., Hildebrand, M., Bos, B., & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- Vogel, V., de, de Ruiter, C., van Beek, D. & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 235-251.
- Webster, C.D., Augimeri, L.K., & Koegl, C.J. (2002). The under 12 Outreach Project for antisocial boys: A research based clinical program. In: R.R. Corrado, R. Roesch, S.D. Hart & J.K. Gierowski (Eds.), *Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research needs, interventions, and outcomes*, pp. 207-218. Amsterdam: IOS Press.

Bijlage 4

Criteria onderzoek naar effectiviteit

Het is de bedoeling dat de Inventgroep uitsluitend interventies en programma's voorstelt die 'evidence-based' zijn. Dit wil zeggen dat wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat de interventies ook op de lange termijn effectief zijn gebleken. Dit roept de vraag op wat goed onderzoek is en aan welke criteria goed onderzoek dient te voldoen. Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Er zijn vele aspecten die bepalen of een onderzoek uiteindelijk van zodanige kwaliteit is dat het antwoord geeft op de vraag naar de effectiviteit van een interventie. Er zijn eisen die worden gesteld aan het design van het onderzoek (paragraaf 1) en er zijn eisen met betrekking tot de dataverzameling (paragraaf 2). Daarnaast kunnen er problemen optreden die de validiteit van een studie ondermijnen (paragraaf 3). Tenslotte is van belang voor het vergelijken van interventies dat effectiviteit meestal wordt bepaald in termen van een effect grootte (*effect size*) en tegenwoordig ook steeds vaker in termen van –financieel vertaalbare – kosten en baten (paragraaf 4).

De Scientific Maryland Scale

Farrington, Gottfreson, Sherman and Welsh, [2002] ontwikkelden de Scientific Maryland Scale om te beoordelen wat de kwaliteit van evaluatieonderzoek. De schaal loopt van 1, een lage kwaliteit, naar 5, de beste kwaliteit.

- Niveau 1: het onderzoek laat zien dat er een associatie is tussen een preventie programma en een bepaalde uitkomst op een later tijdstip.
- Niveau 2: Dit betekent dat er tenminste een meetmoment is vooraf aan de interventie aan na de interventie (dus 2 meetmomenten) maar een controle groep ontbreekt.
- Niveau 3: Er zijn twee meetmomenten (vooraf en na de interventie) en er is een experimentele en een controle groep.
- Niveau 4: Er zijn twee meetmomenten (vooraf en na de interventie) en er is een experimentele en een controle groep en er wordt gecontroleerd voor andere factoren die de uitkomsten kunnen beïnvloeden
- Niveau 5: Het hoogste niveau is een *randomized control trial*. Dit betekent: twee meetmomenten (vooraf en na de interventie), een experimentele en een controle groep, waarbij de toewijzing van de deelnemers aan het experimentele versus de controle groep op aselechte wijze is gebeurd.

Algemene kwaliteitseisen

Behalve de criteria die uitmaken van de *Scientific Maryland Scale* is er een aantal andere kenmerken van belang voor de kwaliteit van onderzoek in het algemeen:

- langdurig genoeg om effecten op langere termijn vast te stellen
- metingen bij meerdere bronnen (ouders, leraren, self-reports)
- onafhankelijk van degenen die het experiment uitvoert
- uitschakeling van alternatieve hypothesen

Bedreigingen van de interne validiteit van het experiment

Bedreigingen van de validiteit van experimenten zijn vaak gedocumenteerd en worden in alle boeken over onderzoeksmethoden uiteengezet (Cook, 1979 #1528; Farrington, in press #2528; Littell, 2005 #2649). Voor de volledigheid geven we hier een beknopt overzicht.

3.1 Verlies van participanten: 'Intent to treat' (ITT) analyse

Het is bekend dat proefpersonen uitvallen wanneer ze meedoen aan een experiment. Van belang is dat deze uitval niet aselekt is. Meestal zijn de moeilijkste gevallen, de meest problematische gezinnen/ouders/scholen diegenen die het eerst uitvallen. Aan uitval kleven methodologische aspecten. Indien men alleen gegevens verzamelt over de groep die uiteindelijk overblijft leidt dat tot een vertekening ten faveure van de experimentele conditie. In feit moet het resultaat van

de experimentele conditie worden berekend op de gehele oorspronkelijke groep waarbij de intentie tot behandelen bestond bij de start (de ITT-groep). En dan worden de resultaten wellicht minder gunstig voor de experimentele groep. Omdat de groep die overblijft meestal de minst problematische groep is zullen de resultaten een onterecht gunstig beeld geven van de interventie. Alleen de studie van Aos (2004 #2453) heeft geprobeerd zijn overzicht van effectieve studies te baseren op waarbij rekening werd gehouden met uitval problemen.

'Blinde' beoordeling van uitkomsten

In principe behoort iemand die cliënten of patiënten beoordeelt te weten of deze tot de experimentele dan wel tot de controle groep behoort. In dat geval is de interviewer niet 'blind' met betrekking tot de experimentele status (experimenteel versus controle) van de cliënt. Bij sommige vormen van therapieën, bijvoorbeeld, zoals bij Multi-system Therapy' zijn de beoordelaars niet blind voor de status van cliënten. De kans is niet denkbeeldig dat zij zich laten beïnvloeden door hun eigen ervaringen en percepties en geen 'objectief' beeld kunnen geven van de situatie van, bijvoorbeeld, cliënten die zij zelf hebben behandeld. In een aantal studies, bijv. bij MST is dit probleem geconstateerd.

Selectie-effecten

Er zijn toch verschillen tussen de experimentele en de controle groep, ondanks de matching of randomisatie procedures.

History

Door bijzondere – dus historische, d.w.z. unieke, omstandigheden, zijn er verschillen ontstaan bij de effectmeting. Dit komt gemakkelijk voorbij experimenten zet scholen, waar een specifieke school ineens met speciale gebeurtenissen wordt geconfronteerd waar andere scholen niet mee te maken krijgen.

Maturatie-effecten

Veel problemen nemen af met de leeftijd. Criminelen worden nagenoeg altijd minder actief als zij ouder worden. Wanneer met voor projecten ter vermindering van recidive geen controle groep heeft zullen alle interventies, wanneer men maar lang genoeg wacht, effectief lijken te zijn. Het is mogelijk dat dit alleen het hiervoor genoemde leeftijdseffect weergeeft.

Instrumentatie

Het is ook mogelijk dat het gebruik van specifieke instrumenten invloed heeft uit uitkomsten. Dit kan samenhangen met de hierboven genoemde problemen. De keuze voor bepaalde instrumenten zal uiteraard invloed hebben op het type uitkomsten. Sommige instrumenten zijn beter in het detecteren van verschillen die variëren rond gemiddelde waarden en zijn niet goed in het meten van waarden die sterk van gemiddelden afwijken. Dit kan voorkomen bij instrumenten die IQ meten en moeite hebben om te differentiëren tussen kinderen die allemaal lager dan gemiddeld intelligent zijn. In risicopopulaties kan dit problemen opleveren.

Test-effecten

Door het verrichten van een voor-meting kunnen de nametingen worden beïnvloed. Dit gebeurt wel wanneer ouders beter leren naar hun kind te kijken als gevolg van het herhaald vragen naar het voorkomen van agressief gedrag of ongevallen.

Regressie naar het gemiddelde

Dit is de neiging van extreme scores op 1 meetmoment om terug te gaan naar minder extreme/meer gemiddelde waarden.

Het bepalen van de effectiviteit: effectgrootte en kosteneffectiviteit

De effectiviteit van een programma wordt meestal vastgesteld aan de hand van de effect grootte en de kosten effectiviteit.

Effectgrootte

Vaak wordt de mate van succes van een programma weergegeven met een effect grootte. De effectgrootte geeft aan (in aantal standaarddeviaties op de afhankelijke variabele) hoeveel de experimentele groep het beter doet dan de controle groep. Cohen (1988 #2145) heeft voorgesteld dat bij .2 sprake is van een klein effect, bij .5 een gemiddeld effect en bij .8 een groot effect.

Kosten baten berekeningen

Voor Nederland hebben we geen kosten baten berekeningen kunnen vinden voor in Nederland geïmplementeerde programma's. De kosten en baten van interventies berekenen is een nuttige exercitie. Per definitie zijn de beschikbare middelen in elke samenleving schaars en is een belangrijke vraag (al is het niet de enige) of de samenleving beter af is met of zonder een specifiek beleid of programma.¹⁵ Voor Nederland zijn ons geen kostenberekeningen bekend van preventieprogramma's, maar twee conclusies kunnen wel worden getrokken op basis van overzichten in de Amerikaanse literatuur. In het algemeen blijkt dat interventie kosten effectief zijn, d.w.z. dat de kosten de baten niet overstijgen (Barnett, 2000 #1821; Durlak, 1997 #1712; Welsch, 2001 #1980). Ook is het interessant om op te merken dat er winst is te behalen op vele terreinen (Durlak, 1997 #1712; Welsch, 2001 #1981). Er kan sprake zijn van winsten in termen van: (1) lagere uitgaven aan het politie en justitie apparaat, (2) minder kosten voor burgers als gevolg van inbraak, vandalisme e.d., (3) minder kosten in het bijzonder onderwijs en voor schoolbegeleidingsdiensten, (4) minder (medische) kosten als gevolg van lagere aantallen van kindermishandeling en verwaarlozing, (5) minder uitkeringen voor invaliditeit en werkloosheid, (6) hogere belastingopbrengsten als gevolg van een hogere arbeidsparticipatie. Tenslotte kunnen er baten zijn door een daling van het aantal ongewenste zwangerschappen en een daling van het aantal echtscheidingen (Welsch, 2001 #1981).

¹⁵ Een aantal aantekeningen dient te worden geplaatst bij het inschatten van de kosten van preventie (Durlak, 1997 #1712; Welsch, 2001 #1981). Allereerst is niet altijd precies bekend wat de kosten en baten zijn van het actuele beleid. Dit maakt het vergelijken van de interventie met de actuele situatie ingewikkeld. Het gevaar bestaat dat men dubbele standaarden gaat aanhouden, waarbij preventie kostendekkend moet zijn, terwijl de vele andere beleidssectoren niet met deze vraag worden geconfronteerd. Ten tweede zijn er geen eenduidige methoden om kosten te berekenen. Dit betekent dat het maken van berekeningen en van vergelijkingen tussen verschillende programma's en vormen van beleid zeer gecompliceerd en soms controversieel kan zijn. Voor vele zaken is het niet gemakkelijk een concreet bedrag te bepalen. Hoe moet men het leed van slachtoffers van delicten vertalen, of een stijging in het aantal jongeren met een diploma? [Welsch, 2001 #1980]. Ten derde, sommige kosten zijn specifiek voor een bepaalde context, dit wil zeggen dat zij samenhangen met een bepaalde tijd of plaats. Door wijzigingen in de omstandigheden kunnen de kosten en baten ook anders uitpakken. Tenslotte, het is belangrijk om zich te realiseren dat beleidsmakers en politici niet altijd rekening houden met kosteneffectiviteit. Gevangenen zijn bijvoorbeeld zeer kostbaar, maar dat verhindert niet dat men ze de afgelopen decennia is blijven bouwen in vele Westerse landen (Durlak, 1997 #1712). Omgekeerd betekent dit dat een interventie die zelfs al is het maar in geringe mate de kans op recidive beperkt al snel kosten effectief is omdat 'gevangenis-dagen' nu eenmaal zeer kostbaar zijn.

Bijlage 5

Overzicht Interventies

Legenda:

ES= Effect Size*

N= Omvang steekproef

E= Experimentele groep

C= Controle groep

Ns= Niet significant, m.a.w. geen statistisch significant effect

I= Studie één

II= Studie twee

*Effectgrootte: het is mogelijk dat deze programma's meer opbrengsten hadden en er ook meer effectgrootten bekend zijn. In dit overzicht concentreren we ons echter op de directe effecten op gedragsproblemen en criminaliteit. De additionele positieve effecten op bijvoorbeeld het beperken van schooluitval van sommige programma's wordt verdisconteerd in de kosten baten berekening, indien beschikbaar.

Voor vertaling "first grade- 12th grade" (of k1-k12) zie "Structure of Education in the US" op <http://www.fulbright.co.uk/eas/studyus/schoolstudy/schoolchart.gif>

Overzicht interventies*

	programma	doelgroep	Conditie	Effectgrootte (ES) volgens Aos, S., R. Lieb, et al. (2004), tenzij anders vermeld
1.	Video Home Training Weiner [, 1994 #2583]	gezinnen met babies uit lagere socio-economische klasse	E: Video home training voor jonge kinderen C: babies uit ander gebied dan experimentele gebied	E: verschil T2 -T1= 6.21 op communicatie index C: verschil T2 -T1= -.53 op communicatie index Ook: Vermindering van negatieve interacties ES = 2.12 [Bakermans, M.J., IJzerdoorn, M.H. van, Juffer, F. (2003). → staat in Endnote]
2.	Nurse-Family partnership for low income women * Olds & collega's Aos, S., R. Lieb, et al. (2004) Ned. versie, in voorbereiding: Programma voorzorg (INFORMATIE BIJ HET NIZW)	Tiener moeders met babies uit lager socio-economische klasse	79% Reduction in Child Abuse & Neglect 83% Increase in Labor Force Participation 56% Reduction in Emergency Room visits 30 Month Reduction in Welfare Use 32% Reduction in Subsequent Pregnancy 44% Reduction in maternal behavioral problems due to substance abuse 69% Fewer arrests among E mothers 56% Fewer arrests among E children 81% Fewer convictions among E children	criminaliteit (child): ES= -.188 * criminaliteit (Mother's): ES= -.359 * child abuse & neglect: ES=-.438 * Volgens Farrington [, 2003 #2478]: criminaliteit (child): d= -.544 (d= verschil tussen experimentele en controle groep)
3.	PCIT indicatie: mishandeling en gedragsproblemen Aos, S., R. Lieb, et al. (2004) www.pcit.org	Ouders met jonge kinderen met indicatie van mishandeling en gedragsproblemen	<u>Therapie</u> die gemiddeld 14 sessies duurt. De dyade ouder-kind wordt behandeld en directe instructies worden aan de ouders gegeven <u>Doel</u> : affectieve band versterken en ouders weer grip geven op lastig/ongehoorzaam gedrag van het kind	child abuse & neglect: ES= -.318 (in Aos et al.) E: 133 op de Eyberg Childhood Behavior Inventory (ECBI) C: 171 op de ECBI (Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, & Bagner, in preparation)
4.	Incredible Years Gross [, 2003 #2554] Webster-Stratton [, 1997 #2551] Webster-Stratton [, 1998 #2399] Ned. versie, in voorbereiding (prof. dr. W. Matthys, UMC-Utrecht)	Ouders en leid(st)ers van kinderen van 2-4 jaar	12 weeks training for parents and teachers (children 2-4 jaar) E: parent training (N=78) C: controle (N=59) (er waren ook nog 2 andere condities)	E: parent training: 44,4% verbetering in gedrag in de klas Eyberg Childhood Behavior Inventory (ECBI) C: controle: parent training: 18,8% verbetering in gedrag in de klas (ECBI) Korte termijn effecten positief: ES delinquentie: -.100 [Farrington, 2003 #2478] Effecten na 6 jaar niet bekend
5.	Triple P Behavioural family therapy (Positive Parenting Program) Sanders [, 2000 #2591]	Gezinnen met kinderen van 3-4 jaar	Voor leeftijd 3-4 Verschillende condities oplopend in intensiteit. Meest intensieve conditie: = 60 tot	ES (Short term) op de Eyberg Childhood Behavior Inventory: .256 [Farrington, 2003 #2478]

6.	Perry-preschool * Aos, S., R. Lieb, et al. (2004) Ned. versie, voor een gedeelte, Kaleidoscoop (http://www.kaleidoscoop.org/smartsite.dws?id=5956)	Ouders met kinderen tot 6 jaar oud.	E: een programma voor voorschoolse educatie, in kleine klassen 9< dan 20 kinderen) met minstens 2 leraren aandacht voor andere noden (maaltijden, hulp en verwijzingen) wekelijkse huisbezoeken C: controle	ES criminaliteit= -.162 child abuse & neglect: ES=-.207 high school graduation: ES= .125 special education: ES= -.130
7.	Parent Management Training PMTO			
	1) <u>Oregon Divorce sample ODS</u> preventief bij echtscheiding Leeftijd: Sons: grade 1-3 DeGarmo [, 2004 #2601]	Moeders na echtscheiding met zonen in groep 3-5	E: Parent management training, bij moeders, na een echtscheiding, in groepsverband (n=153) C: geen interventie (n=85)	Posttest, 6, 12, 18, 30 maanden follow-up tests. bij 36 maanden: E: score op Teacher report form (TRF) = 53,9 C: score op TRF = 55,7 ES-groottes [DeGarmo, 2004, #2601]: Mother's effective parenting 6&12 mnd follow-up: d = .35 → 30 mnd follow-up: d = .20 Boy's internalizing behaviours 30 mnd: d = -.24 Boy's externalizing behaviours 30 mnd: d = -.23 Mother's depression 30 mnd: d=-.24 Dit zijn alle ES's die vermeld zijn in het artikel.
8.	Coping Power Lochman [, 1992 #1968; 2004 #2544] Ned. versie, beschikbaar Utrechtse Coping Power programma, NL van de Wiel (2002)	Ouders met (check indien 5 th year gelijk is aan 5 th grade oftewel groep 7).	-Leerlingen leren vaardigheden zoals conflict- en boosheidsmanagement en sociale competentie in 24 wekelijkse sessies. -Ouders krijgen 10 maanden lang 2 maal per maand training in opvoedingsvaardigheden (in de cpi-conditie, zie kolom hiernaast). E= kind en ouderinterventie C= alleen kind interventie	Effect op middelen gebruik Geen effect op delinquent gedrag [Lochman, 2004, #2544 zegt:] 1year follow up: child only intervention = ci child parent intervention = cpi selfreport covert delinquency cpi ES = .42 selfreport covert delinquency ci ES = geen effect selfreport overt delinquency ci/cpi ES=geen effect parent reported drug abuse ci ES = geen effect parent reported drug abuse cpi ES= .64
9.	Basisschool			
10.	Montreal Longitudinal & experimental study [Tremblay, 1995 #2615]	Ouders met zontjes met probleem gedrag in de kleuterklas	E: Sociale vaardigheden en training gebaseerd op PMTO C1: Niets C2: controle met contact.	ES delinquentie= .538 volgens Farrington [, 2003 #2478] lange termijn effect

11.	<p>Good behavior game [Embry, 2002 #2505] Taakspel (Van Lier NOG.) In Nederland beschikbaar Klas in 2 groepen. Op basis van beloningen aan de groep met de minste 'aantekeningen' voor slecht gedrag.</p>	<p>Schoolkinderen uit groep 3.</p>	<p>Baltimore Prevention Project (1985-86) N = 864 groep 3 (first grade) kinderen uit 19 scholen uit Baltimore. Klassen worden in 2 groepen verdeeld. De groep met de minste aantekeningen voor slecht gedrag krijgt beloning in vorm van privileges ed. De verdeling E-C is onduidelijk, er bestaat wel een C-groep.</p>	<p>criminaliteit ES= niet beschikbaar Op lange termijn (na 6 jaar) bleken E-kinderen zich volgens de leraren beter te gedragen dan C-kids. Ook minder kans op roken bij E-kids.</p>
12.	<p>Penn Prevention Project Gillham [, 2001 #2569] Depressie bij kinderen Cognitief en gedragsmatig.</p>	<p>Depressieve kinderen van 10-13 jaar.</p>	<p>E en C, niet vermeld hoe en wat. Aanleren copingstrategieën om 'cognitive distortions' tegen te gaan. Hierbij speciaal aandacht voor 'explanatory style'. Naschools: 12 weken lang 1,5 uur</p>	<p>Bij beide groepen steeg gedurende de 24 maanden na behandeling de 'index of depressive symptomatology'. Bij de C groep steeg deze echter sterker dan bij de E groep. Ouders E gaven tevens aan na 24 maanden dat kind zich thuis beter gedroeg (dan ouders C) Sleepereffect: geen direct effect, pas na verloop van tijd. Directe posttest ns</p>
13.	<p>Coping with Depression Course for Adolescents' Antonuccio [, 1998 #2570] Cognitive-behavioral group intervention, designed to address each of the specific areas which are often problematic for depressed individuals: Discomfort and anxiety; Irrational and negative thoughts; Poor social skills; Low rate of pleasant activities</p>	<p>Depressieve adolescenten van 14-18 jaar.</p>	<p>Drie groepen: Adolescent only (n=19) Adolescent and parent (n=21) Waitlist condition (n=19) 7 weken lang 14 maal 2 uur durende sessies.</p>	<p>[Lewinsohn, Clarke, Hops en Andrews (1990). Cognitive-Behavior Therapy for Depressed Adolescents. <i>Behavior Therapy</i>, 21, 385-401:] Tussen de twee experimentele groepen en de c-groep significante verschillen op 'adolescent questionnaire depression scores', geen significante verschillen tussen 2 e's: BDI: $F(1,38) = 4,27 p < .001$ CES-D $F(1,38) = 4,85 p < .001$ Tussen twee e's wel verschillen op CBCL Adolescent-parent significant lagere scores: Internalizing $F(1,38) = 3.21 p < .001$ Externalizing $F(1,38) = 2.91 p < .001$ Depression $F(1,38) = 4,08 p < .001$ Verder geen ES gegeven!</p>

Bijlage 6

Bureau Jong Rotterdam, CSICJO Amsterdam, CSICJO Almere

JONG centra in Rotterdam

In 2007 moet er in elke deelgemeente minstens één servicecentrum opvoedingsondersteuning genaamd JONG zijn gerealiseerd. De deelgemeenten variëren in grootte van 15.000 tot 75.000 inwoners.

Dit betekent dat er minstens 10 JONG's worden gevormd. Dit komt voort uit de nota "Opvoeden doen we samen" (juli 2003), waarin de gemeente zich ten doel stelt om een basisinfrastructuur opvoedingsondersteuning te ontwikkelen.

Doelstelling:

Ouders, medeopvoeders en kinderen van 0-19 jaar een sluitend laagdrempelig aanbod van preventieve zorg bieden, waaronder opvoedingsondersteuning.

Organisatie:

Het JONG is geen nieuwe voorziening, maar een samenwerking van bestaande reguliere voorzieningen. Er is voor gekozen om de samenwerkende partners, te weten JGZ 0-4 (Thuiszorg), JGZ 4-19 (GGD) en BJZ zo snel mogelijk met elkaar in één gebouw te plaatsen en van daaruit de samenwerking verder uit te werken.

Om te zorgen dat het aanbod dekkend is moet in dit gebouw minimaal aanwezig zijn:

- informatiebalie
- consultatiebureau 0-4 jaar
- jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar
- pedagogen
- Voorpostfunctionaris BJZ
- JONG-coördinator
- gezinscoach/zorgcoördinator

Taken van de CSICJO's:

- Voorlichting, advies, informatievoorziening en structurele ontmoetingsmogelijkheden voor alle ouders.
- Er is een internetverbinding aanwezig, waar cliënten gebruik van kunnen maken om informatie op te zoeken. Aan de informatiebalie kunnen vragen worden gesteld en directe afspraken worden gepland bij een van de partners. Er is een database met de sociale kaart van de deelgemeente.
- Een geïntensiveerd of gedifferentieerd aanbod van voorlichting, informatie, advies en ondersteuning voor specifieke doelgroepen.
- Dekkende en outreachende vroegtijdige signalering (100 %) en ondersteuning met te ontwikkelen risicoprofiel en goede doorverwijzing. De voorpostfunctionaris is de schakel tussen het JONG en de jeugdhulpverlening.
- Informatie en deskundigheidsbevordering van medeopvoeders, zoals scholen, peuterspeelzaal etc.

In enkele gemeenten worden er ook contacten gelegd met de verloskundigen. Verder wordt er getracht de nu bestaande opvoedwinkels zoveel mogelijk te gaan integreren in het JONG.

Voorwaarden voor het goed functioneren van het JONG:

- Protocollen: inhoudelijke werkafspraken tussen de partners
- JONG coördinator; die de samenwerkingsprocessen begeleidt en stimuleert. Die zorgt ook dat een binnengekomen vraag daar komt waar hij hoort. Die de kleinere consultatiebureaus in de deelgemeente bij het samenwerkingsverband JONG betreft
- Elektronisch kinddossier waarmee JGZ 0-4 en JGZ 4-19 jaar werken en waar samenwerkende partners gebruik mogen maken van sommige deelgebieden

SISA signaleringssysteem; een elektronisch systeem waarin alle instanties, die met een bepaald kind bezig zijn dit kunnen registreren. Er wordt niet in geregistreerd wat ze doen, maar alleen dat ze wat doen (zie ook bijlage 7)
Er kan dan vervolgens mondeling overleg plaatsvinden tussen de verschillende instellingen
Kwaliteitsverhoging lokale zorgnetwerken
Evaluatie van pilot JONG. In eerste instantie vooral evaluatie van het proces rond de vorming van de JONG's. In latere instantie effectmetingen.

Financiering:

Budgethouder is de GGD.

Veel komt uit de reguliere budgetten en enkele stimuleringsmaatregelen.

Stedelijke middelen JONG financieren m.n. de huisvesting en de aanstelling van de pedagogen en gezinscoachen.

Van 2004 tot en met 2007 is het extra beschikbare budget bovenop de reguliere budgetten van de verschillende instanties in totaal _ 3.158.000.

Utrecht, 28 juni 2005

Bijlage opgesteld op basis van beleidsstukken en toelichtende interviews

Ingrid Swaans, jeugdarts

Bron: Gesprek met Alice Vlaanderen, projectleider JONG en Marijke de Vries, coördinator integraal jeugdbeleid, concept projectplan

CSICJO's in Amsterdam

De gemeente Amsterdam en de stadsdelen vinden het belangrijk dat er een goed samenhangend volksgezondheidsbeleid wordt gevoerd. Belangrijk speerpunt daarbij is een verbeterde aansluiting van de opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering op de consultatiebureaus. Daarom is er besloten tot de vorming van CSICJO's.

In 2006 moet er in elk stadsdeel minstens één CSICJO zijn gevestigd.

Er is een project tot het opstarten van de CSICJO's in handen gegeven van de GG&GD Amsterdam. Reden: JGZ wordt de spil van het CSICJO's omdat daar het kinddossier ligt en zij probleemeigenaar is.

Doelstelling:

Alle ouders en kinderen van – 9 maanden tot schoolgaand, afhankelijk van noodzaak en behoefte een sluitend en goed bereikbaar aanbod van voorzieningen bieden op het gebied van gezondheid, ontwikkeling en opvoeding.

Per stadsdeel bestaat de ruimte om deze leeftijdsgroep uit te breiden.

Organisatie:

Het CSICJO's is een samenwerkingsverband tussen de volgende partners: verloskundigen, kraambureaus, consultatiebureau, aanbieders van Opvoedingsondersteuning en Ontwikkelingsstimulering (verder genoemd O&O) en de stadsdelen.

Alle consultatiebureaus worden organisatorisch omgevormd tot CSICJO.

Per stadsdeel wordt minstens één consultatiebureau als gebouw ook daadwerkelijk omgevormd tot CSICJO.

In dit gebouw moet minimaal aanwezig zijn:

informatiebalie

consultatiebureau

O&O opvoedspreekuur en zo mogelijk een ontwikkelingsstimulerende functie zoals speel-o-theek

Zorgcoördinator (Vangnet Jeugd)

Bij voorkeur ook verloskundigen, maar dit is moeilijker overal te realiseren

Taken van de CSICJO's:

Informatievoorziening

Eenduidige informatie voor ouders, groeiboekje -9 maanden tot 14 jaar, folders, CSICJO logo, per stadsdeel sociale kaart voor CSICJO's

Signalering

Direct vanuit JGZ, verloskunde, kraamzorg. Maar ook uit 2^e milieu naar JGZ (scholing door Bureau Jeugdzorg voor peuterspeelzaal, voorschool en kinderopvang)

Toegang en toeleiding tot het hulpaanbod

Naar O&O programma's, naar voorschool, naar VTO, medische keten, jeugdhulpverlening

Pedagogische hulp

Coördinatie zorg op lokaal niveau (gezinscoaching)

(Prenataal) Vangnet Jeugd voor verloskundigen, bemoeizorg vanuit JGZ

Gecreëerde voorwaarden voor het goed functioneren van de CSICJO's;

CSICJO protocollen: inhoudelijke werkafspraken tussen de CSICJO partners onderling en tussen het CSICJO en haar omgeving, o.a. over overdrachten tussen partners.

Kwartiermaker (aangesteld door stadsdeel), straks coördinator CSICJO

Verplichte jaarrapportage, registratiesysteem en effectmetingen

Electronisch kinddossier koppelen met verloskundige registratie

In toekomst leerlingvolgsysteem koppelen op punten aan het Electronisch Kinddossier

Financiering:

Voor het totale ombouwtraject, inclusief monitoren en resultaatmeting is 0,9 miljoen euro beschikbaar gesteld door de gemeente.

De kwartiermakers in de afzonderlijke stadsdelen zijn betaald door de stadsdelen uit bestuursakkoordgelden, dit betreft voor 14 stadsdelen formatie van max. 32 uur per week (Noord) tot 8-12 uur per week (kleinste stadsdelen)
Voor het dagelijks functioneren van de CSICJO's wordt gebruik gemaakt van wettelijk beschikbare gelden en van tijdelijke stimuleringsgelden.

Evaluatie van pilots al gevormde CSICJO's:

Voordeel van de bestuursakkoordaanpak is dat CSICJO-protocollen maar eenmaal ontwikkeld hoeven te worden. Deze worden vervolgens in alle stadsdelen gebruikt. Ander voordeel is dat stadsdelen kunnen profiteren van elkaars aanpak en ontwikkeling. Een kwartiermaker (aangesteld door het stadsdeel tijdens de projectfase) die de samenwerking concreet stimuleert en in duidelijke afspraken omzet is onontbeerlijk. De kwartiermaker wordt coördinator CSICJO en dit waarborgt de voortgaande CSICJO ontwikkeling na de projectfase.
Al diverse zorgmeldingen vanuit de verloskundigen naar de zorgcoördinator
Direct verwijzen gaf minder uitval
Beter toeleiding naar voorschool

juni 2006

Bron: gesprek met Annemieke van Woudenberg, projectleider CSICJO Amsterdam, diverse beleidsstukken

Plannen bij de Zorggroep Almere ter inrichting van Centra voor Signalering, Interventie en Coördinatie voor Jeugd en Opvoeders (CSICJO's) in elke wijk van Almere

Doelstelling:

Voor ouders en kinderen in 2006 een zorgcontinuüm realiseren. Binnen dit netwerk moet alle kennis en kunde beschikbaar zijn om ouders en hun kinderen te kunnen begeleiden en te ondersteunen.

Doelgroep:

In eerste instantie 0-4 jarigen en hun ouders.

N.B. Via een pilot op 1 gezondheidscentrum wordt bekeken of dit netwerk op deze wijze ook kan functioneren voor 4-19 jarigen. Er wordt één jeugdarts vanuit de GGD gedetacheerd naar de Zorggroep voor de 0-4 jarigen in één wijk. Er is dan ieder geval continuïteit in persoon in die wijk voor 0-19 jaar.

Praktische uitvoering:

De Zorggroep Almere heeft nu 21 gezondheidscentra onder haar beheer. Per wijk is er 1 gezondheidscentrum. Per stadsdeel zijn er 3- 4 gezondheidscentra. In elk gezondheidscentrum is huisartsenzorg, consultatiebureau en maatschappelijk werk aanwezig. De locatiemanager is verantwoordelijk. De lijnen tussen cb-arts /huisarts / maatschappelijk werk zijn dus al kort. Bij een signalering door de cb arts kan het kind vrijwel altijd meteen door de huisarts worden gezien.

Het netwerk ouder-en kindzorg zal gebruik maken van de bestaande gebouwen. Per stadsdeel zal de functie "CSICJO" worden vormgegeven. In elk stadsdeel zal in ieder geval één zorgcoördinator voor het CSICJO aanwezig zijn. In Almere zijn er nu 5 stadsdelen. Per netwerk zorg over 30.000-40.000 inwoners. De afstand van de ouder tot een gezondheidscentrum is niet verder dan ca. 1 km.

Per netwerk aanwezig:

- Teammanager JGZ
- Teammanager MW
- Coördinator CSICJO
- GezinsVerzorgenden
- Kinder-en jeugdpsychiater vanuit de GGZ
- Pedagogen
- Huisartsen
- Verloskundigen
- Gespec.

Voor de leiding over de CSICJO zal er per netwerk een teammanager JGZ worden ingesteld, die bevoegdheid krijgt om personeel aan te sturen.

Taken teammanager JGZ:

- Zorgen voor een sluitend netwerk qua zorg. Bv. contacten leggen met peuterspeelzaal/kinderdagverblijf / tweede lijn, etc.
- Aanzetten tot differentiatie bij het personeel.
- Eerstelijns differentiatie waardoor er meer in de eerste lijn opgevangen kan worden.
- Overleg met teammanager maatschappelijk werk en andere disciplines binnen de eerste lijn
- Samenwerking tussen de verschillende instellingen bewaken

Taken zorgcoördinator:

- Zorg coördineren
- Andere hulpverleners coachen
- Kennis van de sociale kaart

Financiering:

Budgetafspraken met de gemeenten. Nog niet rond.

Juni 2005

Bijlage opgesteld door: Ingrid Swaans, jeugdarts

Bron: diverse beleidsstukken en een interview met Bert Groot Roessink, huisarts en directeur Zorggroep Almere

Bijlage 7

SISA systeem Rotterdam

Verslag van een werkbezoek aan SISA (Stedelijk Instrument Sluitende Aanpak), Dienst Stedelijk Onderwijs, Gemeente Rotterdam. Gesproken met Wim Hammer en Guy Daniëls. 23 maart 2005.

SISA is een signaleringsmethode in Rotterdam dat jongeren met een risico en/of probleem tot en met 23 jaar die noch onderwijs volgen, noch werken, noch in een zorgtraject zitten signaleert. SISA signaleert deze jongeren door koppeling van informatiebestanden van een aantal gemeentelijke diensten, zoals onderwijs, politie, sociale zaken en werkgelegenheid en deelgemeentelijke organisaties sluitende aanpak (DOSA). Het doel van de signalering is alle jongeren in Rotterdam aan het werk of op school te krijgen en te houden, al of niet in combinatie met een zorgtraject.

De deelnemende diensten hebben zelf de criteria, op grond waarvan een jongere door de betreffende dienst aan SISA wordt gemeld, vastgesteld. Deze criteria worden ook wel risicoprofielen genoemd. Het signaal gaat automatisch van de het digitale registratiesysteem van de bronorganisatie naar de SISA computer, zodat er geen aparte handeling nodig is door een klantmanager en er zo geen signaal verloren gaat. In tabel 1 zijn de criteria vermeld op grond waarvan de deelnemende bronorganisaties een melding maken. SISA weet niet **wát** de reden is van het signaal, maar is alleen op de hoogte **dát** er een signaal is afgegeven. Als de politiecomputer bijvoorbeeld een jongere meldt, weet SISA bijvoorbeeld niet **wát** eventueel het delict is. SISA weet alleen **dat** de politie een signaal heeft afgegeven. Het SISA-signaleringsstelsel maakt gebruik van het GBA-nummer als uniek sleutel. Vanaf 2006 zal dit nummer worden vervangen door het BSN (Burger Service Nummer). De computer registreert automatisch of over dezelfde jongere van meer dan één instelling een signaal is ontvangen. Is dat het geval, dan is er in SISA taal een “match” en krijgt de beheerder van de SISA-applicatie daarover een teken. Beide meldende organisaties worden van de match op de hoogte gesteld. De dienst die de meeste invloed of macht heeft om de jongere weer naar school, aan het werk of naar een zorgtraject te leiden, wordt aangewezen als verantwoordelijk voor het behalen van het resultaat, voor de oplossing van de problematiek. In tabel 2 staan deze “regisseurs” vermeld. Tegelijkertijd krijgen de jongere en zijn ouders thuis een brief met het bericht dat er over de hem/haar meerdere signalen zijn ontvangen en dat dit gemeld is aan de betreffende diensten en geïnformeerd over welke dienst die een gecoördineerde actie gaat ondernemen.

Op grond van deze melding vraagt SISA van de aangewezen verantwoordelijke organisatie een plan van aanpak en een streefdatum waarop dit plan van aanpak gerealiseerd moet zijn. Zo volgt SISA het proces. Stuurt de betreffende organisatie binnen 14 dagen géén plan van aanpak, dan stuurt SISA een rappel. Als er resultaat (werk, onderwijs en/of een hulpverleningstraject) is gerealiseerd dan meldt deze organisatie dit weer aan SISA, waarna SISA de match afsluit. Mocht het antwoord van de organisaties uitblijven, dan heeft SISA de mogelijkheid te interveniëren.

Het SISA-signaleringsstelsel bevat géén inhoudelijke informatie over de jongere. SISA is van het **dat** en niet van het **wat**.

Het SISA systeem geeft inzicht in de volgende variabelen:
Het aantal jongeren met problemen op meer dan één gebied
De doorlooptijden van de gemeentelijke diensten
De bereikte resultaten

In 2004 ontving SISA 29.304 signalen, waarvan DSO 80 procent leverde. (NB. het grote aantal DSO-signalen is veroorzaakt door een administratieve fout. De gevolgen van deze fout zullen naarmate de tijd verstrijkt niet meer merkbaar zijn.) Het aantal jongeren 0-23 jaar in het

werkingsgebied is 196.690. In totaal gaat het om 1391 gematchte jongeren, dus 0,7 procent van alle jongeren. Van 450 jongeren, 32,4 procent, is een resultaat aan het SISA gemeld. Het percentage gerealiseerde resultaten van matches binnen de tijdspanne van één jaar is tegenvallend en voor verbetering vatbaar. 86 procent van de resultaten is binnen een half jaar gerealiseerd. Er wordt naar gestreefd de gemiddelde duur van de doorlooptijden nog meer te bekorten.

Tabel 1: Criteria melding signalen

DSO	JVS	Werkstad	SOZAWE	DOSA's
Absoluut verzuim	Daders	Voortrajecten	Uitkering	Alle aangemelde jongeren voor wie een traject wordt gezocht
Relatief verzuim	Verdachten		Schuldsanering-programma	
Bemiddelingsvragen	Slachtoffers			
Meervoudig schoolwisselen	Vermisten			
Gedrags- en leerproblemen				
Voortijdig schoolverlaten				

Tabel 2: Organisatieprofiel

Bij match tussen	Wijst procesmanager als het volgt de hoofdregisseur aan:
DSO / JVS	Een jongere in contact met politie en leerplicht/RMC. Hoofdregisseur: DSO
DSO / SOZAWE	Een jongere met een uitkering en in contact met leerplicht/RMC. Hoofdregisseur: SOZAWE
DSO / Werkstad	Een jongere in contact met leerplicht/RMC en in een voortraject Werkstad. Hoofdregisseur: DSO
DSO / DOSA's	Een jongere in contact met leerplicht/RMC en aangemeld door een DOSA. Hoofdregisseur: DSO
JVS / DOSA's	Een jongere in contact met politie en aangemeld door DOSA. Hoofdregisseur: JVS
JVS / SOZAWE	Een jongere in contact met politie en met een uitkering. Hoofdregisseur: SOZAWE
JVS / Werkstad	Een jongere in voortraject Werkstad en in contact met politie. Hoofdregisseur: Werkstad
SOZAWE / Werkstad	Een jongere met een uitkering en in een voortraject van Werkstad. Hoofdregisseur: SOZAWE
SOZAWE / DOSA's	Een jongere met een bijstandsuitkering en aangemeld door DOSA. Hoofdregisseur: SOZAWE
Werkstad / DOSA's	Een jongere in voortraject Werkstad en aangemeld door DOSA. Hoofdregisseur: Werkstad

Conclusies

Het SISA systeem is een zeer waardevolle stap om jongeren van 0 tot en met 23 “op het netvlies” te krijgen, om het proces te volgen, het proces te bewaken en om het proces te beïnvloeden. Tegelijkertijd is er nog ruimte voor ingrijpende verbeteringen. Deze worden ingedeeld naar bereik (coverage) van zowel jongeren als diensten, inhoudelijke informatie, invloed en macht om het proces ook te sturen, en het geheel continue te evalueren. Deze punten worden hieronder punt voor punt besproken.

Ad bereik (coverage)

De meeste matches komen voor bij jongeren tussen 18 en 23 jaar. SISA zegt zelf in haar jaarrapport over 2004 dat het aantal deelnemende bronorganisaties dat inzicht heeft in risico's van jongere onder 18 jaar zeer beperkt is. Slechts DSO, JVS en de DOSA's zijn in staat ook signalen van deze categorie jongere kinderen te leveren. De GGD en Bureau jeugdzorg worden

in dit verband node gemist als deelnemende partners. Onderzoek heeft aangetoond dat het effect van interventies om psychische problemen, antisociale gedrag en criminaliteit te voorkómen (kost)effectiever is op de leeftijd van 0-4 jaar dan op de leeftijd van 18 jaar en ouder (Carneiro et al., 2002, National Research Council & Institute of Medicine, 2000).

Ad Inhoudelijke informatie

Het gaat bij het SISA om het dat en niet om het wat. Dit is tegelijkertijd de kracht én de zwakte van het systeem. Immers, door de informatie te beperken, werkt het proces snel en redelijk betrouwbaar. Teveel informatie zou het binnen de kortste keren verstoppert. Aan de andere kant ontbreekt informatie over de risico's van de jongeren, over de soort interventies die effectief zijn, over de combinatie van risico's en het effect van de interventies, kortom: zeer waardevolle en belangrijke inhoudelijke informatie blijft onzichtbaar. Het zou de moeite waard zijn om met behulp van het SISA systeem tóch en beeld te krijgen van de inhoudelijke achtergrond van de jongeren, en van de interventies. Het is ook niet bekend over welke instrumenten de bronorganisaties beschikken om het risico van de jongeren op recidive of de kans op een psychische stoornis in te schatten en die informatie dan te gebruiken om de interventies daarop af te stemmen.

Invloed en macht om te sturen

SISA is afhankelijk van de bereidheid van deelnemende organisaties. Dit is in mijn ogen een ongewenste situatie. Volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid is de gemeente als regisseur verplicht om te signaleren. Het zou aardig zijn om met de beschikbare wetgeving in de hand met de (deel)gemeenten, provincie afspraken te maken dat alle organisaties verplicht zijn deel te nemen in de SISA.

Continue evaluatie

Dit gebeurt in feite al door de automatische tellingen, de plannen van aanpak en de tijden te controleren. Een uitbreiding van de evaluaties naar de inhoudelijke kant, zie onder punt 2 inhoudelijke informatie, wordt hier sterk aanbevolen.

Literatuur:

Carneiro, Pedro, Karsten T. Hansen, James J. Heckman. Removing the Veil of Ignorance in Assessing the Distributional Impacts of Social Policies NBER Working Paper 2002 No. w8840.

National Research Council, Institute of Medicine. From neurons to Neighborhoods: the science of early childhood development. National Academy Press. Washington DC 2000.

Met veel dank aan Wim Hammer en Guy Daniëls voor hun gastvrijheid en professionele rondleiding.

Ferko Öry