

2. cognitieve problemen, zoals leerproblemen, maar ook denkstoornissen, zoals dwanggedachten, wanen, hallucinaties en bizar gedrag;
3. emotionele problemen, zoals depressiviteit, stemmingswisselingen, angsten en teruggetrokken zijn;
4. sociale problemen, zoals anti-sociaal gedrag, gebrekkige sociale vaardigheden en delinquentie;
5. schoolproblemen, zoals slechte, afnemende of sterk wisselende prestaties, relatieproblemen met klasgenoten, pesten of gepest worden, gedragsproblemen, autoriteitsproblemen en spijbelen;
6. vrijetijdsproblemen, zoals een risicovolle vriendenkring, riskant alcohol- en drugsgebruik, relatieproblemen met leeftijdgenoten en zwerven;
7. individuele problemen van de ouders, zoals psychiatrische problemen, verslavingsproblemen en een incest- of een ander mishandelingsverleden;
8. relatieproblemen tussen ouders, zoals blijkt uit veelvuldige ruzies, onderling geweld (mishandeling) en echtscheiding;
9. relatieproblemen tussen ouder(s) en hun kind, zoals blijkt uit onderlinge ruzies, gezagsproblemen van de ouder(s) en het weglopen van de jeugdige;
10. opvoedingscapaciteiten ouders, zoals problemen hebben met de handhaving van het ouderlijk gezag, de opvoeding aankunnen (*good enough parents*) of juist spankracht hebben, dat wil zeggen: de opvoeding van een kind met (psychische) handicaps aankunnen;
11. kwetsbaarheid van de jeugdige, zoals weinig weerstand hebben voor tegenslag (kwetsbaar) of juist ondanks tegenslag ondernemend en levenslustig zijn (weerbaar);
12. steun van belangrijke andere personen dan de ouders, zoals steun ondervinden buiten het gezin door een goede relatie met een onderwijzer, buurvrouw of een scoutingleider;
13. duur van het probleem;
14. eerder contact met de hulpverlening, zoals het advies van een schoolbegeleidingsdienst, ambulante hulp of een opname(n).

Deze veertien kenmerken typeren de problematiek op het gebied van de ontwikkeling van de jeugdige (kenmerk 1 tot en met 4) en de gezinssituatie of de problematiek van de ouders (kenmerk 7 tot en met 10). De jeugdige kan ook problemen ervaren op de andere levensterreinen dan die van het gezin, namelijk de school en de vrije tijd (kenmerken 5 en 6). Ook is er een aantal beschermende factoren opgenomen dat de probleemsituatie kan compenseren (kenmerken 10 tot en met 12). De laatste kenmerken (13 en 14) geven aanwijzingen over de persistentie van de problematiek. In het onderzoek is ook rekening gehouden met de ernst van de problematiek. Hoe dit gebeurd is, wordt bij de beschrijving van de onderzoeksvariabelen in hoofdstuk 5 beschreven.

Demografische kenmerken zijn in het onderzoek niet opgenomen als probleemkenmerken. In de probleembeschrijvingen zijn echter wel leeftijd en geslacht van de jeugdigen gespecificeerd, omdat dit de casussen levensechter maakt. Bij de analyse

is gecontroleerd op de invloed van leeftijd en geslacht op de indicatie. Deze bleken tegen de verwachting in toch van belang voor de indicatie. Om deze reden is de invloed van beide kenmerken ook nader onderzocht.

3.9 Samenvatting

Ter inkadering van dit onderzoek naar de indicatiestelling in de jeugdzorg is voorafgaand aan de opzet een literatuuronderzoek verricht. Een van de doelstellingen van dit literatuuronderzoek was om het belang van de voor de indicatie relevante probleemkenmerken nader te onderzoeken. Deze probleemkenmerken vormden de basis voor de constructie van de vignetten, die zijn voorgelegd aan indicatiestellers in de jeugdzorg. De geselecteerde probleemkenmerken zijn in paragraaf 2.3.1 reeds genoemd. In dit hoofdstuk is uitgebreider ingegaan op de resultaten van dit deel van het literatuuronderzoek.

Omdat uit de literatuur niet duidelijk naar voren kwam welke probleemkenmerken van direct belang zijn voor de indicatie, zijn ook indelingen voor de problematiek van jeugdigen besproken. Dit maakt het gemakkelijker in te schatten in hoeverre mogelijke kenmerken ontbreken in de uiteindelijke selectie.

In dit hoofdstuk is als eerste aangegeven dat niet alleen genetisch bepaalde kenmerken, maar ook kenmerken van de omgeving van belang zijn. Problemen van jeugdigen zijn in te delen in externaliserende en internaliserende problematiek. Deze indeling naar problematiek is erg globaal en differentieert wellicht onvoldoende naar gepaste zorg. Daarom zijn de vier ontwikkelingsdomeinen van jeugdigen als uitgangspunt genomen. Op deze vier domeinen kunnen zich biologisch-lichamelijke, cognitieve, emotionele en sociale problemen voordoen.

De omgeving bestaat uit verschillende levensterreinen, namelijk het gezin, de school, de vrije tijd en maatschappij. Elk kan de indicatie beïnvloeden. Zowel factoren in aanleg als in de omgeving kunnen een negatieve of positieve invloed hebben doordat ze fungeren als risicofactor of protectieve factor. Bij probleemgedrag gaat het niet zozeer om één enkelvoudige factor, maar om een combinatie van factoren. Dit geldt zowel voor de negatieve invloed van risicofactoren als voor de beschermende werking van protectieve factoren. Samen bepalen ze de ernst van de situatie. Daarnaast geven ook de aard van de problemen en de ervaren last door betrokkenen, elk vanuit een andere dimensie, de ernst van de problematiek aan.

In paragraaf 3.8 zijn de kenmerken van de problematiek genoemd die op basis van de literatuur als relevant beschouwd worden voor de te stellen indicatie. Deze zijn in dit onderzoek als onafhankelijke variabelen opgenomen. Demografische factoren, zoals leeftijd, geslacht en etniciteit van de jeugdige en sociaal-economische status van het gezin, hebben een indirecte invloed en zijn niet als afzonderlijke probleemkenmerken in het onderzoek opgenomen. Aan de jeugdigen in de casussen zijn wel een bepaalde leeftijd en een geslacht toegekend. Omdat bij de analyse bleek dat leeftijd en geslacht tegen de verwachting in invloed uitoefenden op de indicatie is hun bijdrage daaraan nader onderzocht.

niet relevant is voor de indicatie.

Beide analyses zijn in principe op alle zorgactiviteiten toegepast. Dit geldt niet alleen voor de zorgactiviteiten die in de vragenlijst zijn opgenomen, maar ook voor de vijf zorgactiviteiten die uit de categorieën 'overig' gedestilleerd zijn. In deze paragraaf worden de resultaten van deze analyses beschreven.

Frequentieverdeling van de beoordelingen

In paragraaf 5.6.1 is summier de frequentieverdeling van de gepaste zorgactiviteiten beschreven. Hieruit bleek dat de percentages nogal uiteenliepen. Sommige zorgactiviteiten zijn vaak genoemd en andere minder vaak. Enkele activiteiten noemden de beoordelaars incidenteel als gepast. Incidenteel houdt in dit geval in dat bij een aantal casussen één beoordelaar of soms twee beoordelaars, de zorgactiviteit als gepast beschouwde(n). In dergelijke situaties kan nauwelijks gesproken worden over enige vorm van differentiatie. Dit wil niet zeggen dat deze zorgactiviteiten in de praktijk onbelangrijk zijn. In het onderzoek ging het om de samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten. De probleemkenmerken zijn niet verdeeld over de casussen al naargelang de frequentie, waarin ze voorkomen in de praktijk van de jeugdzorg. Alle probleemkenmerken die mogelijk van belang zijn voor de indicatiestelling hadden een even grote kans om in een casus opgenomen te worden. Hierdoor vormden de casussen wel een representatieve afspiegeling van de aard van problemen waarmee jeugdigen en hun ouders te maken kunnen krijgen, maar niet van de frequentie, waarin deze problemen in de praktijk van de jeugdzorg voorkomen.

De incidenteel genoemde activiteiten kunnen dus wel van belang zijn voor het zorgaanbod, maar statistische analyse is bij dergelijke kleine aantallen niet verantwoord. Besloten is om de zorgactiviteiten die in minder dan 1% van de beoordelingen als gepast genoemd zijn niet nader te analyseren. Het gaat om: 'begeleiding van de pleegouders', 'training van de beroepsvaardigheden', 'begeleiding bij zelfstandig wonen', 'educatieve therapie', 'ergotherapie', 'logopedie', 'straf' en 'bescherming van de maatschappij'.

Twee van de drie functiegerichte therapieën bleken in minder dan 1% van alle beoordelingen genoemd te zijn. Om bij voorbaat niet teveel informatie uit te sluiten zijn de functiegerichte therapieën (fysiotherapie, ergotherapie en logopedie) samengevoegd tot één variabele. Datzelfde is gedaan met de activiteitentherapieën (creatieve therapie, muziek-, drama- en bewegingstherapie). Elk van deze therapieën is erg weinig genoemd, namelijk in 1%-3% van de beoordelingen. Bovendien bleek uit een eerste voorlopige principale componentenanalyse om combinaties van zorgactiviteiten te identificeren (zie hoofdstuk 7) dat de afzonderlijke variabelen, die tot de activiteitentherapieën behoren, hetzelfde antwoordpatroon hadden. Ditzelfde gold voor de functiegerichte therapieën.

Op de resterende en de samengevoegde zorgactiviteiten is een χ^2 -toets uitgevoerd. Op deze manier is nagegaan in hoeverre de percentages beoordelaars, die de betreffende zorgactiviteit bij elke casus noemden, significant verschilden tussen de casussen.

Verskil in verdeling van de beoordelingen tussen de casussen

De vermelde cijfers in tabel 5.6 geven geen inzicht in de beoordeling van de zorgactiviteiten per casus. Welk percentage beoordelaars een bepaalde zorgactiviteit gepast vindt kan voor elke casus anders zijn. Een wisselend percentage wijst op een wisselende beoordeling van de gepastheid van die zorgactiviteit. Of de zorgactiviteit gepast is hangt dan dus af van de specifieke (combinatie van) problemen. Zorgactiviteiten die bij alle casussen als even gepast beoordeeld worden, differentiëren niet naar problematiek. Analyse van deze zorgactiviteiten zal dus ook geen aanvullende informatie opleveren.

Om een mogelijk gebrek aan differentiatie te achterhalen zijn de beoordelingen van alle casussen naast elkaar gelegd. Met behulp van de χ^2 -toets is nagegaan of de percentages beoordelaars die de zorgactiviteiten bij elke casus gepast vonden, significant verschilden tussen de casussen of juist overeenkwamen. De resultaten staan in tabel 5 in bijlage 3.

Uit de analyse bleek dat de respondenten niet steeds dezelfde zorg als gepast beschouwden. Voor de meeste zorgactiviteiten gold dat de percentages beoordelaars die de zorgactiviteiten gepast vonden significant verschilden tussen de casussen.

Nadere bestudering van de verdelingen van de zorgactiviteiten per casus liet zien dat het percentage respondenten dat 'advies aan de ouders' noemde bij elke casus hoog was. Bij alle 32 casussen noemde ten minste 57% van de beoordelaars deze zorgactiviteit gepast. Bij dertien casussen betrof het zelfs ten minste 75% van de beoordelaars. Vanwege deze hoge percentages bestond het gevaar dat deze zorgactiviteit niet zou differentiëren naar probleemkenmerken. De percentages beoordelaars, die deze zorgactiviteit gepast vonden, verschilden echter significant tussen de casussen. Daarom is 'advies aan de ouders' in eerste instantie gehandhaafd voor verdere analyses.

Behalve 'advies aan de ouders' noemden de beoordelaars ook vaak 'begeleiding van de ouders', 'sociaal-emotioneel onderzoek' en 'gezinstaxatie' als gepast (zie tabel 5.6). Deze drie zorgactiviteiten uit de top vier differentieerden beter, evenals de meeste zorgactiviteiten in de middencategorie (gemiddeld door 25-50% genoemd). Voor deze zorgactiviteiten gold dat de percentages beoordelaars die deze gepast vonden, significant verschilden tussen de casussen en niet bij elke casus zo hoog waren als 'advies aan de ouders' (zie tabel 5 in bijlage 3).

'Opvoeding en verzorging' vonden de respondenten wel relatief belangrijk als zorgactiviteit, maar het percentage beoordelaars dat deze zorgactiviteit gepast vond,