

DE VRAGENLIJST SOCIALE EN PEDAGOGISCHE SITUATIE

Versie 4.2

E.M. Scholte

DE VRAGENLIJST
SOCIALE EN PEDAGOGISCHE SITUATIE

Handleiding bij het gebruik van de VSPS

Versie 4.2

E.M. SCHOLTE

ISBN 90-5166-784-1

Uitgeverij Eburon

Postbus 2867

2601 CW Delft

infor@eburon.nl

www.eburon.nl

Redactionele ondersteuning: J. Harting

(c) 1993; 1996; 2000 Dr. E.M. Scholte

Behoudens uitzonderingen door de wet gesteld, mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbenden, c.q. de rechthebbenden gemachtigd namens dezen op te treden, niets uit deze uitgave worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van fotocopie, microfilms of anderszins. De rechthebbenden, c.q. de rechthebbenden gemachtigd namens dezen op te treden, zijn niet verantwoordelijk voor gevolgen van welke aard dan ook die voortvloeien uit het gebruik en/of de toepassing van deze uitgave.

WOORD VOORAF

Vanuit de samenleving klinkt de laatste jaren steeds vaker een roep om meer duidelijkheid over de kwaliteit van de orthopedagogische hulpverlening aan jeugdigen met psychosociale (gedrags)problematiek. Het is voor de hulpverlening echter geen eenvoudige zaak om aan dit verzoek te voldoen. De problematiek van de aangemelde jeugdigen is vaak zeer complex en het is dikwijls niet gemakkelijk om goed inzicht te krijgen in de kern van de zaak. In zo'n situatie dreigt de hulpverlening niet alleen een slag in de lucht te worden, ook zal het niet eenvoudig zijn om anderen duidelijk te maken waar de kwaliteit van de hulp precies uit heeft bestaan.

Het voorliggende instrument beoogt een oplossing te bieden voor dit probleem. Met behulp van de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS) kan de psychosociale (probleem)situatie van voor hulp aangemelde jeugdigen in kaart worden gebracht. Aan de hand van het overzicht dat hierdoor ontstaat, kan een hulpverleningsplan (HVP) worden opgesteld. Dat zet niet alleen de hulpverlening gericht in gang, maar maakt tevens (de start van) het hulpproces voor buitenstaanders inzichtelijker. Daarmee is een eerste stap gezet op weg naar expliciete bewaking van de kwaliteit van de hulpverlening.

De VSPS is in de loop der tijden tot stand gekomen dankzij de hulp van velen. Hen wil ik dan ook hier bedanken. Mijn bijzondere erkentelijkheid gaat uit naar Ed Oudejans, directeur van de Stichting Jeugd en Gezin Noord-Holland. Door zijn geloof in het project is de dialoog met de praktijk ook daadwerkelijk tot stand gekomen én in stand gebleven.

Amsterdam, najaar 1996
Evert Scholte

WOORD VOORAF BIJ DE VERSIE 4.2

Het gebruik van de VSPS in de praktijk heeft de afgelopen jaren een aantal suggesties ter verbetering opgeleverd. Deze werden grotendeels in de voorliggende versie 5.0 verwerkt. Naast vele detailverbeteringen vond een aantal belangrijke wijzigingen plaats.

Allereerst werd, op theoretisch niveau, het onderliggende model van de VSPS omgedoopt tot het meervoudig risicomodel. Hierdoor ontstaat terminologisch een betere aansluiting met de bestaande literatuur. Daarnaast leek het nuttig om enkele misverstanden omtrent basisdiagnostiek op te helderen. Dit gebeurt in bijlage 1. Omdat de interpretatie van het VSPS-risicoprofiel in de praktijk nogal eens lastig blijkt, zijn in deze bijlage tevens enkele concrete voorbeelden opgenomen. Deze illustreren hoe het VSPS-risicoprofiel bij de (basis)-diagnostiek en indicatiestelling kan worden gebruikt.

Uit de praktijk kwam verder het verzoek de ontwikkelingsanamnese uit te breiden. In bijlage 3 is daarom een lijst met aandachtspunten opgenomen die desgewenst bij het anamnestic interview als leidraad kan worden gebruikt.

Voorts lag er een vraag om bronnen van steun en stress explicieter dan voorheen te kunnen inventariseren. In antwoord daarop werd de VSPS uitgebreid met de risicofactoren 'sociale steun jeugdige' en 'sociale steun gezin'.

Verder bleek het gebruik van de VSPS telkens een aantal zelfde vragen op te roepen. Deze zijn samen met de antwoorden in bijlage 5 opgenomen.

Tenslotte diende het computerprogramma van de VSPS met zijn tijd mee te gaan. Hiertoe werd een WINDOWS® versie van de VSPS gemaakt.

Rest mij nog de gebruikers te bedanken voor de vele nuttige suggesties die werden aangereikt ter verbetering van de VSPS.

Amsterdam, voorjaar 2000
Evert Scholte

INHOUDSOPGAVE

1	DOEL EN ACHTERGROND	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Planmatig handelen	5
1.3	Voorbeeld basisdiagnostiek	7
1.4	Opbouw handleiding	13
1.5	Over de VSPS	14
2	HET MEERVOUDIG RISICOMODEL	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Het meervoudig risicomodel	15
2.3	De risicofactoren	18
2.4	De risicofactoren in het meervoudig risicomodel	25
2.5	Fasespecifieke ontwikkelingsproblemen	29
2.6	Sociaal netwerk en sociale steun	33
3	DE VSPS ALS REGISTRATIE-INSTRUMENT	35
3.1	Inleiding	35
3.2	De algemene opbouw van de VSPS	36
3.3	Het VSPS-risicoprofiel	39
3.5	De uitgebreide procedure	41
3.6	De korte procedure	45
3.7	Het invullen van de VSPS	46
4	HET HULPVERLENINGSPLAN	49
4.1	Inleiding	49
4.2	Omschrijving van de probleemsituatie	52
4.3	Hulpdoelen en hulpmiddelen	56
4.4	Haalbaarheid hulpverlening	65
4.5	Hulpactiviteiten	66
4.6	Indicatiestelling	66
4.7	De interpretatie van VSPS-profielen	69

5	DE VSPS-RISICOFACTOREN	85
5.1	Inleiding	85
5.2	Gedrag, gezondheid en persoonlijkheid	85
5.3	Het primaire leefmilieu	94
5.4	Het secundaire leefmilieu	110
5.5	Het tertiaire leefmilieu	114
6	PSYCHOMETRISCHE ASPECTEN	117
6.1	Inleiding	117
6.2	Interne consistentie	119
6.3	Predictieve validiteit bij uithuisplaatsing	121
6.4	Onderliggende profielstructuur	129
6.5	Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	136
	Literatuur	141
	Bijlage 1 Basisdiagnostiek en klinische diagnostiek	143
	Bijlage 2 Lijst van VSPS-begrippen	153
	Bijlage 3 Aandachtspunten ontwikkelingsanamnese	155
	Bijlage 4 Normering van de VSPS-factoren	161
	Bijlage 5 Vaak gestelde vragen	165

1.1 Inleiding

*basisdiag-
nostiek*

Om jeugdigen met psychosociale (gedrags)problemen een geschikt hulpaanbod te kunnen doen, dient de hulpverlener voldoende informatie te hebben over de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige. Immers, voor een hulpverlener ook maar toekomt aan de vraag of bijvoorbeeld thuisbehandeld dan wel uithuisgeplaatst moet worden, zal hem eerst duidelijk moeten zijn om welke problemen het gaat, waardoor de problemen veroorzaakt of in stand gehouden worden, en welke mogelijkheden er in het leefmilieu bestaan om de probleemsituatie ten gunste te keren. Alvorens hulpverlening gericht in gang kan worden gezet, dient eerst een analyse van de (probleem)situatie van de jeugdige te worden gemaakt. Dit wordt 'basisdiagnostiek' genoemd.

*diversi-
teit pro-
blemen*

De problemen van de jeugdigen in voorzieningen voor psychosociale jeugdzorg zijn doorgaans echter zeer uiteenlopend van aard. Er kan sprake zijn van ernstige ontwikkelingsbedreigende omstandigheden in de opvoedingssituatie, zoals mishandeling, incest, verwaarlozing of pedagogische onmacht bij de ouders, maar ook van een verkeerd gekozen school of van gedrags- of intrapsychische problematiek bij de jeugdige zelf. Verder kunnen allerlei aspecten in de leefsituatie van de jeugdige - in steeds wisselende mate - een rol spelen bij het tot stand komen én het in stand houden van de problemen. Zo kan kindermishandeling bijvoorbeeld een verscheidenheid aan achtergronden hebben. Het kan samenhan-

gen met pedagogische onmacht, maar ook veroorzaakt zijn doordat de opvoeder(s) problemen hebben op hun werk, door gezinsrelationele problemen, door overbevoeglijk gedrag van het kind, door diens herhaaldelijke ongehoorzaamheid, enzovoort. Daarnaast kunnen ontwikkelingsbedreigende omstandigheden op het ene gebied soms worden vereffend door gunstige omstandigheden op een ander gebied. Zo kan een gebrek aan ouderlijke ondersteuning worden gecompenseerd door de steun van grootouders of leraren.

*meervoudig
risicomodel*

Door deze complexiteit is basisdiagnostiek vaak geen eenvoudige zaak. Men heeft immers al snel met een onoverzichtelijk groot aantal factoren van doen. In zo'n situatie is het goed denkbaar dat de aandacht zich richt op minder belangrijke kanten, of dat één probleemaspect dermate domineert dat andere belangrijke factoren over het hoofd worden gezien.

De vraag die zich dan ook voordoet is: op welke aspecten moet in de basisdiagnostiek precies worden gelet?

Het antwoord hierop kan in het meervoudig risicomodel worden gevonden (Scholte, 1991; Van der Ploeg, 1998; Scholte, 1999). In dit model worden risicovolle aspecten in de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsontwikkeling van jeugdigen in verband gebracht met risico- en beschermende factoren in het gezin, op school, in de vrije tijd en in het sociaal netwerk. Het model biedt daardoor een raamwerk van de belangrijkste psychosociale factoren die de ontwikkeling van jeugdigen kunnen bedreigen dan wel bevorderen.

*basisdiag-
nostiek,
meervoudig
risicomodel
& de VSPS*

Door de psychosociale (probleem)situatie van jeugdigen systematisch aan de hand van het meervoudig risicomodel te onderzoeken, kan worden voorkomen dat er probleemfactoren of gunstige omstandigheden over het hoofd worden gezien.

De probleeminventarisatie dient echter niet alleen systematisch te verlopen, maar moet ook zo objectief mogelijk zijn. Bij een professionele aanpak van de basisdiagnostiek mag het immers niet zo zijn dat de ene diagnosticus wel problemen ziet, terwijl een ander vindt dat er niets aan de hand is of de situatie zelfs als positief beoordeelt. De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS) werd ontworpen om de basisdiagnostiek in dit opzicht te ondersteunen. Met behulp van dit instrument kan men volgens de systematiek van het meervoudig risicomodel psychosociale gegevens van jeugdigen verzamelen. Daarbij beoogt de VSPS te voldoen aan een aantal eisen van betrouwbaarheid en validiteit. Het instrument is daarmee geschikt om de beoogde systematische en objectieve probleemanalyse te ondersteunen.

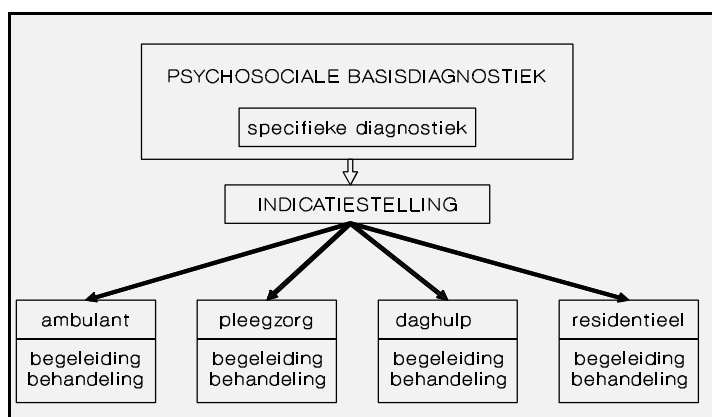
*specifieke
diagnostiek*

De brede inventarisatie van psychosociale (probleem)-factoren kan aanleiding geven om bepaalde onderdelen nader uit te diepen met behulp van psychodiagnostisch testonderzoek. Zo kan bij de probleeminventarisatie naar voren komen dat een jeugdige ernstige schoolmotivatie- en prestatieproblemen heeft. Dit kan reden vormen voor een testonderzoek van de cognitieve ontwikkeling, het IQ of de beroepsinteresse van de jeugdige. Evenzo kan gesignaleerde emotionele of gedragsproblematiek een reden zijn om de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdige nader te onderzoeken, bijvoorbeeld met behulp van een persoonlijkheidstest of via gedragsobservatie.

Omdat het hier gaat om een uitgebreide analyse van bepaalde onderdelen van de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige, wordt dit aanvullende onderzoek aangeduid met de term 'specifieke diagnostiek' (zie bijlage 1 voor de relatie tussen basisdiagnostiek en klinische diagnostiek).

-
- werkwijze* In de praktijk wordt als volgt te werk gegaan. Met behulp van de VSPS-vragenlijst wordt eerst een groot aantal gegevens verzameld. Deze probleeminventarisatie betreft allereerst de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdige en zijn functioneren in het sociale leefmilieu (gezin/leefgroep, de school/werksituatie en vriendengroep). Daarnaast worden gegevens verzameld over het functioneren van belangrijke personen in de omgeving van de jeugdige (ouders, leraren en vrienden). Ook de uitslagen van specifiek diagnostische onderzoeken worden in deze probleeminventarisatie betrokken.
- basisdiagnose* De verzamelde gegevens worden vervolgens zodanig samengevat dat een overzicht ontstaat van de sterke en de zwakke aspecten, zowel in de persoon van de jeugdige als in diens sociale omgeving. Aan de hand van dit zogeheten 'risicoprofiel' vormt de hulpverlener zich vervolgens een beeld van de factoren die de problemen veroorzaken of in stand houden, en van de factoren die eventueel kunnen worden ingezet om de probleemsituatie te verbeteren. Zoals we al zagen kunnen de bevindingen daarbij eventueel aanleiding vormen om deelaspecten van de probleemsituatie via een nieuw specifiek diagnostisch onderzoek nader uit te diepen. Het aldus verkregen inzicht in de kern van de probleemsituatie wordt de basisdiagnose genoemd.
- indicatiestelling* Dit inzicht kan vervolgens worden gebruikt om te bepalen welke vorm van hulp nodig is. Zo kan via de analyse van het risicoprofiel worden bepaald of ambulante hulp, pleegzorg, semi-residentiële dan wel residentiële hulpverlening nodig is, en of daarbinnen een begeleidings- dan wel een behandelingsaccent is vereist. Het bepalen van de vorm en intensiteit van hulpverlening die de bes-

te oplossing geeft voor de problemen van de jeugdige wordt de 'indicatiestelling' genoemd. In afbeelding 1.1 wordt dit schematisch weergegeven.



Afbeelding 1.1 Basisdiagnostiek en indicatiestelling

Terzijde wordt opgemerkt dat de probleemanalyse alleen ook wel *verklarende basisdiagnostiek* wordt genoemd, terwijl de combinatie van probleemanalyse en indicatiestelling ook wel wordt aangeduid als *indicerende basisdiagnostiek*.

1.2 Planmatig handelen

De hulpverlening aan jeugdigen met psychosociale (gedrags)problematiek wordt uiteraard niet zomaar in gang gezet, maar heeft uitdrukkelijk de bedoeling de probleemsituatie van de jeugdigen te verbeteren. In de basisdiagnostiek wordt de oorzaak van de problemen opgespoord en in de indicatiestelling wordt aangegeven welke hulp de meeste kansen biedt om de probleemsituatie te verbeteren. Een jeugdige wordt bijvoorbeeld uithuisgeplaatst omdat dit betere ontwikkelingsmogelijkheden biedt dan het verblijf thuis.

Men weet op voorhand echter nooit of de voorgestelde oplossing inderdaad de juiste is. Dit kan immers pas na afloop blijken, wanneer duidelijk wordt of de hulp inderdaad het gewenste effect heeft gehad. Met andere woorden, bij de indicatiestelling gaat de hulpverlener er vanuit dat de voorgestelde oplossing effectief zal zijn. Een professionele aanpak van de hulpverlening vereist echter dat deze veronderstelling op haar juistheid wordt getoetst. Dit betekent dat periodiek moet worden nagegaan in hoeverre de hulpverleningsdoelen zijn bereikt.

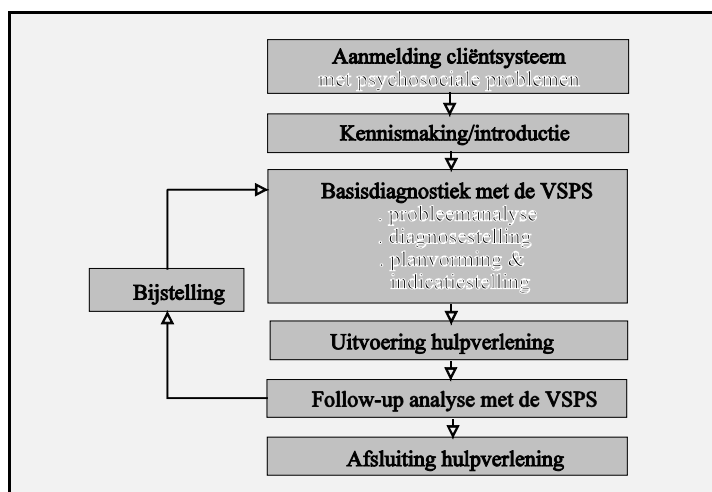
*hypothese-
toetsend
model*

Het bovenstaande houdt in dat er volgens een hypothese-toetsend model te werk wordt gegaan (Van der Kooi et al, 1994). Dit model omvat de volgende probleemoplossende stappen:

0. Na aanmelding vindt kennismaking plaats met het cliënt-systeem en wordt de aanmeldingsklacht beschouwd.
1. Vervolgens wordt het probleem van het cliëntsysteem beschreven, geanalyseerd en verklaard: basis- en specifieke diagnostiek.
2. Dan wordt aangegeven via welk soort hulp men het probleem effectief denkt te kunnen oplossen: planvorming en indicatiestelling.
3. Daarna wordt het hulpplan uitgevoerd: de feitelijke hulp.
4. Tot slot wordt nagegaan of de ingreep het beoogde effect heeft gehad, dus of de hulp ertoe bijgedragen heeft dat het probleem opgelost of op zijn minst verminderd is: toetsing van het effect van de hulp. Zo ja, dan kan de hulp worden gestopt. Zo nee, dan dienen de stappen 1 tot en met 4 opnieuw te worden doorlopen.

De bovengenoemde cyclus wordt ook wel de 'regulatieve cyclus van het planmatig handelen' genoemd (Knorth & Smit, 1999). We zagen reeds dat de VSPS bij de basisdiagnostiek en de indicatiestelling kan worden gebruikt (stap 1 en 2). De VSPS kan echter ook worden gebruikt

om het effect van de hulpverlening te bepalen (stap 4). Via follow-up vergelijking van de VSPS-risicoprofielen van individuele jeugdigen, kan worden bepaald of over een bepaalde periode vooruitgang werd geboekt, en zo ja, op welk gebied. Indien er geen vooruitgang blijkt te zijn, kan op grond van het follow-up profiel desgewenst een nieuwe probleemomschrijving worden gemaakt en een alternatief traject van vervolghulp worden uitgezet. Afbeelding 1.2 geeft dit gebruik van de VSPS schematisch weer.



Afbeelding 1.2 Plaats van de VSPS in het planmatig handelen

1.3 Voorbeeld basisdiagnostiek

casus

Ter illustratie van het gebruik van de VSPS in de hulpverlening schetsen we het risicoprofiel van een (denkbeeldige) jeugdige die werd aangemeld voor hulp bij een Instelling voor Gezinsvoogdij. Het voorbeeld is bedoeld om een globale indruk te geven van de functie die de VSPS kan hebben bij de basisdiagnostiek, de indica-

tiestelling en het maken van het hulpverleningsplan. De casusinformatie is - beknopt weergegeven - als volgt:

Appie is 13 jaar. Samen met een aantal oudere vrienden is hij een paar keer bij de politie geweest in verband met diefstal en vernieling. De politie heeft de Raad voor de Kinderbescherming ingeschakeld, die tot een ongunstige beoordeling kwam van de opvoedingssituatie van Appie. De Kinderrechter heeft inmiddels een Ondertoezichtstelling uitgesproken en Appie en zijn ouders doorgestuurd naar de Gezinsvoogdij. Uit de informatie van de Raad voor de Kinderbescherming, en uit gesprekken die de maatschappelijk werker van de Instelling voor Gezinsvoogdij met Appie en zijn ouders heeft gehad, blijkt het volgende. Appie zwerft na schooltijd vaak over straat. Zelf zegt hij eigenlijk helemaal geen zin te hebben in school, want daar 'heb je toch niks aan'. Op school gaat het behoorlijk slecht. Voor rekenen en taal haalt hij voortdurend zware onvoldoendes. Appie's leerkracht is echter van mening dat 'Appie, hoewel hij af en toe behoorlijk lastig is, en vaak veel te laat en soms helemaal niet komt, best wel een aardige knul is, die ook nog wel wat kan als-ie wil'. Appie zelf maakt in eerste instantie een verlegen, timide en wantrouwige indruk. Volgens moeder luistert Appie thuis echter nooit. Hij heeft regelmatig driftuitbarstingen, met name als vader er niet is. Appie heeft een jonger broertje, waar moeder min of meer dezelfde problemen mee zegt te hebben. De vader van Appie is eind dertig en werkzaam in de bouw, waar hij door veel en hard werken snel veel geld wil verdienen. Hij werkt regelmatig op contractbasis in Duitsland en is daardoor vaak langere tijd weg van huis, hetgeen de gezinscommunicatie niet ten goede komt. Als hij thuis is wil hij 'geen gezeur aan zijn kop'. Hij wordt snel driftig als de dingen niet lopen zoals hij dat wil. Hij vindt de kinderen lastig, en slaat ze

regelmatig om ze stil te krijgen. Daarbij krijgt zijn vrouw af en toe ook wel eens een tik. Vader gaat regelmatig de kroeg in met zijn maten voor de gezelligheid. Zijn vrouw blijft dan alleen thuis. De moeder van Appie is rond de dertig en komt van het platteland. Ze heeft haar man via haar broer leren kennen, die Appie's vader weer kent van militaire dienst. Ze is op vrij jonge leeftijd met hem getrouwd en meegetrokken naar de stad. Appie werd in het eerste huwelijksjaar geboren, zijn broertje in het tweede. De moeder heeft nooit kunnen wennen aan de grote stad. Ze leeft sociaal geïsoleerd, en heeft heimwee naar haar geboortedorp. Ze voelt zich door het leven in het algemeen, en door haar man in het bijzonder, tekort gedaan. Als haar man voor een verre klus weg is, brengt ze soms dagen door in bed. Haar zorg en aandacht voor het huishouden en de kinderen is dan minimaal. Impliciet geeft ze aan de situatie beu te zijn en wel iets anders te willen.

**voor-
beeld
profiel**

Afbeelding 1.3 toont het risicoprofiel van de bovenomschreven casus. Het (verkort weergegeven) profiel werd verkregen via het invullen van de VSPS. Links staan de risicofactoren (☞ hoofdstuk 2 en 5), rechts worden de bijbehorende probleemsectoren genoemd (☞ hoofdstuk 2). De balkjes in het midden tonen de score op elke risicofactor (☞ hoofdstuk 3).

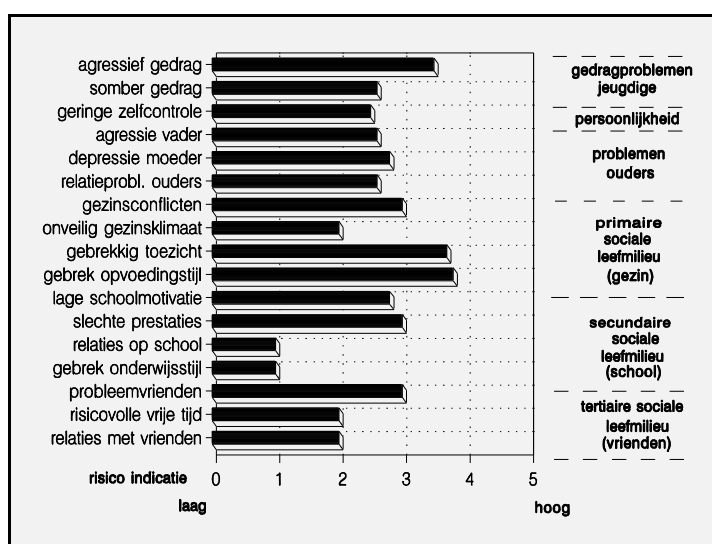
**inventarisatie
risico-
factoren**

Uit het risicoprofiel (☞ hoofdstuk 3) blijkt dat het hier om een jeugdige gaat die op de buitenwereld gerichte gedragsproblemen vertoont, met een agressieve ondertoon. Ook blijkt hij te kampen met emotionele problematiek, zij het in lichtere mate.

In het gezin doen zich af en toe ernstige ruzies en conflicten voor. Er is duidelijk sprake van een gebrekkige opvoedkundige aanpak en van een gebrekkig ouderlijk

toezicht op het doen en laten van de jeugdige. Bij de ouders zelf blijken eveneens een aantal problemen te liggen. De vader gedraagt zich agressief en autoritair, de moeder lijdt aan gedeprimeerdheid.

Verder zijn er aanwijzingen dat het op school in een aantal opzichten minder goed gaat. Met name de motivatie en de schoolprestaties van de jeugdige vormen een probleem. De relaties op school zijn echter niet problematisch, en ook heeft de jeugdige geen specifieke leer- of ontwikkelingsachterstanden. Voorts trekt hij op met leeftijdgenoten die probleemgedrag vertonen.



Afbeelding 1.3 VSPS-risicoprofiel van Appie, jongen, 13 jaar

interpretatie risicoprofiel

Het VSPS-risicoprofiel geeft een opsomming van de probleemfeiten. Het legt echter geen oorzakelijk verband tussen de diverse probleemfactoren (zie hoofdstuk 4). Het risicoprofiel zegt bijvoorbeeld niet dat Appie agressief is, zwerft en optrekt met delinquente vrienden omdat het thuis slecht gaat. De hulpverlener dient deze verbanden zelf te leggen door het risicoprofiel te interpreteren.

teren. Hij stelt met andere woorden een hypothese op omtrent de meest waarschijnlijke samenhang tussen de probleemfeiten van het risicoprofiel.

Afgaande op het risicoprofiel en onze kennis van de context van de zaak stellen we vast dat Appie's probleemsituatie vooral bestaat uit externaliserende gedragsproblematiek die veroorzaakt wordt door een negatief gezinsklimaat en te kort schietend opvoedingsgedrag. Deze gezinsproblematiek lijkt op haar beurt weer te zijn bepaald door persoonlijke en relationele problemen van de ouders.

*sterkte/
zwakte
analyse*

Het gebruik van de VSPS gaat echter verder dan alleen de probleeminventarisatie. Het VSPS-risicoprofiel geeft immers ook aanwijzingen over de aspecten van de leefsituatie die minder problematisch zijn (☞ hoofdstuk 4). In het voorbeeld lijkt de schoolsituatie, voorzover het de sociale relaties en de onderwijsstijl betreft, niet problematisch te zijn. In zo'n geval is het nuttig om na te gaan of zo'n aspect ook als een beschermende factor kan fungeren. In het voorbeeld zou de hulpverlener bijvoorbeeld uit kunnen zoeken of Appie in de vrije tijd niet méér betrokken zou kunnen worden bij naschoolse activiteiten, bijvoorbeeld bij een hobby- of sportclub. De negatieve invloed van zijn problematische vrienden zou hierdoor wellicht eveneens kunnen worden afgeremd.

*indicatie-
stelling*

Ter illustratie maken we het voorbeeld af. We geven een aantal overwegingen om tot een juiste indicatiestelling ofwel keuze van de meest geschikte vorm van hulpverlening te komen (☞ hoofdstuk 4).

Het is duidelijk dat de problemen in het voorbeeld niet gering zijn en van velerlei aard. De moeder lijkt een ge-

brek aan basislevensvaardigheden te hebben (assertiviteitsproblemen, uitmondend in sociale isolatie, gezinsrelatieproblemen en een gedeprimeerde stemming), de vader heeft arbeidsproblemen en hem ontbreekt het aan vaardigheden in de gezinscommunicatie (een sterk autoritaire opstelling, leidend tot gezinsrelatieproblematiek), en beide ouders tonen tekorten in het opvoeden. Dat met name de moeder aangeeft wel gevoelig te zijn voor verandering, en dat het gezin nog niet eerder professionele hulp heeft gehad, maakt het de moeite waard om na te gaan of de problemen via ambulante hulpverlening op te lossen zijn.

Daarbij zal een geïntegreerde aanpak nodig zijn, gericht op de meervoudige problemen die er zijn. Gedacht kan worden aan:

1. vergroting van de assertiviteit van de moeder via een vaardigheidstraining;
2. het hanteerbaar maken van de gezinsrelatieproblemen via gestructureerde gezinsgesprekken of gezins therapie;
3. het vergroten van de ouderlijke opvoedingscompetentie via intensieve thuishulp of een cursus 'effectief ouderschap';
4. bijsturen, naast de thuishulp, van het gedrags- en emotionele functioneren van de jeugdige, via bijvoorbeeld het versterken van de schoolbinding.

Indien de draagkracht van de moeder als gering wordt beoordeeld, dan zou men kunnen overwegen de ambulante hulp aan te vullen met een dagbehandeling. Indien de ouders in ons voorbeeld echter reeds uitgebreid professionele ambulante of semi-residentiële hulp zouden hebben gehad, en dit niet tot verbetering van de problemen zou hebben geleid, dan zou een pleeggezinplaatsing eerder overwogen kunnen worden, of - gelet op

Appie's gedragsproblematiek - een plaatsing in een tehuis voor de verzorging en opvoeding van jeugdigen, van wie de psychosociale ontwikkeling wordt bedreigd.

Aldus blijkt dat het risicoprofiel niet alleen richting kan geven aan de bepaling van de probleemsituatie van de cliënt (de basisdiagnose), maar dat het in principe ook een aantal handvatten geeft ter beantwoording van de vraag hoe hulpverlening verbetering kan brengen in de probleemsituatie van de jeugdige (de indicatiestelling).

Het systematisch onderzoeken van persoonlijke en sociale omgevingsfactoren maakt derhalve niet alleen inzichtelijk welke risicofactoren werkzaam zijn, maar kan ook aangeven welke factoren en hulpbronnen eventueel geactiveerd kunnen worden om de problematiek te verbeteren. Het risicoprofiel verwijst zodoende eveneens naar mogelijke vervolgoplossingen.

1.4 Opbouw handleiding

Het vervolg van deze handleiding beoogt richtlijnen te geven voor het gebruik van de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie versie 5.0.

Zoals reeds aangegeven werd, is de VSPS gebaseerd op een model waarin de ontwikkeling van psychosociale (gedrags)problematiek in verband wordt gebracht met enerzijds risicovolle aspecten in de persoon van de jeugdige en anderzijds risicofactoren in diens sociale leefmilieu. Dit meervoudig risicomodel wordt kort omschreven in hoofdstuk 2.

Hoofdstuk 3 bespreekt de opbouw van de VSPS als diagnostische registratie-instrument. Hier worden ook de richtlijnen voor het gebruik ervan gegeven.

Hoofdstuk 4 behandelt kort het planmatig handelen in de jeugdhulpverlening en het daarop geënte hulpverle-

ningsplan. Hier wordt ook aangegeven hoe de VSPS bij de indicatiestelling kan worden gebruikt.

Hoofdstuk 5 geeft de definities van de begrippen van de VSPS en van het risicoprofiel. Een overzicht van deze begrippen is tevens te vinden in de bijlage 2.

Hoofdstuk 6 ten slotte beschrijft een aantal psychometrische kenmerken van de VSPS.

1.5 Over de VSPS

De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie kent een korte en een uitgebreide procedure. In de uitgebreide procedure worden de VSPS-risicofactoren aan de hand van itemsets onderzocht, waarna per factor een totaalscore wordt berekend. In de korte procedure worden de VSPS-risicofactoren per onderwerp direct, dus zonder gebruikmaking van de itemsets, gescoord. Een nadere uitleg over beide versies is te vinden in hoofdstuk 3.

De VSPS wordt uitgegeven als een interactief computerprogramma. Tijdens een computersessie vult de gebruiker de VSPS-vragenlijsten in, waarbij de antwoorden het verloop van het programma verder bepalen. Daarbij kunnen de uitgebreide en de korte procedure naar behoefte afwisselend worden gebruikt.

De gegevens van de jeugdigen worden opgeslagen in de vorm van een databestand. Vandaaruit kunnen ze in principe ook voor beleids- en/of wetenschappelijke analyses beschikbaar worden gemaakt.

In bijlage 6 is kort weergegeven hoe de MS-DOS versie van het computerprogramma van de VSPS werkt. In bijlage 7 is te vinden hoe de WINDOWS®-versie van de VSPS kan worden bestuurd.

2.1 Inleiding

drie niveaus

Dit hoofdstuk beschrijft het meervoudig risicomodel dat ten grondslag ligt aan de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie. Dit model kent drie niveaus van algemeenheid. Het *hoogste* niveau geeft de algehele samenhang weer tussen de belangrijkste risicogebieden die een rol spelen in de psychosociale (gedrags)ontwikkeling van jeugdigen, namelijk:

- het gedrag;
- de persoonlijkheid;
- het gezinsmilieu;
- de schoolsituatie;
- de vrije tijd en de vriendengroep.

Het *middelste* niveau expliciteert welke risicofactoren op elk van deze vijf hoofdgebieden een rol spelen.

Het *laagste* niveau geeft weer uit welke kenmerken de risicofactoren van het middelste niveau zijn opgebouwd. Deze elementaire risicokenmerken worden in kaart gebracht door de VSPS-itemlijsten.

Opgemerkt wordt dat de navolgende beschrijving een verkorte weergave is van het meervoudig risicomodel. Een nadere verantwoording van dit model is te vinden in: Van der Ploeg & Scholte, 1990; Scholte, 1991; Scholte, 1994a; Van der Ploeg, 1998; Scholte 1999.

2.2 Het meervoudig risicomodel

hoogste model-niveau

We beginnen met het meest algemene niveau en 'dalen' vervolgens 'af' naar het niveau van de risicofactoren. Het niveau van de elementaire risicokenmerken komt in hoofdstuk 3 aan bod.

structurele factoren

Allereerst wordt een onderscheid gemaakt tussen *structurele* en *veranderbare* factoren. Structurele factoren zijn die kenmerken van het leefmilieu van jeugdigen die min of meer constant zijn, en die niet of moeilijk te veranderen zijn via hulpverlening. Deze factoren bepalen als het ware de speelruimte waarbinnen de hulpverlener moet werken. Voorbeelden van zulke factoren zijn: de sociaal-economische status van het gezin, het opleidingsniveau van de ouders, langdurige werkloosheid of arbeidsongeschiktheid bij de ouders, de intelligentie van de jeugdige, geestelijke en lichamelijke handicaps en andere tekorten in de psychische en/of biologische toerusting, enzovoort.

veranderbare factoren

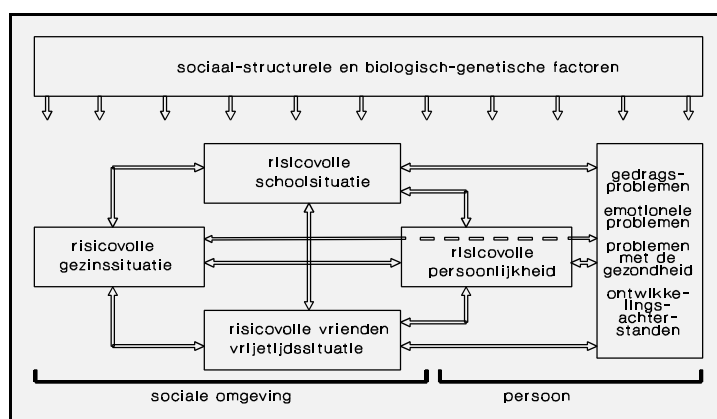
De veranderbare factoren zijn die kenmerken van de probleemsituatie, die door psychosociale hulpverlening veranderd kunnen worden. Het betreft hier enerzijds aspecten met een intrapersonlijke grondslag en anderzijds factoren met een sterk relationele of interpersoonlijke component. Het zelfbeeld of de zelfcontrole van de jeugdige zijn voorbeelden van intrapersonlijke aspecten. Enkele voorbeelden van interpersoonlijke factoren zijn: het probleemgedrag van jeugdigen, de stijl van opvoeding van ouders en het leerklimaat op school. Het beïnvloedbare gebied is derhalve onderverdeeld in de volgende *twee sectoren*:

- de persoon van de jeugdige en
- zijn sociale omgeving.

De sector *persoon van de jeugdige* is op zijn beurt weer onderverdeeld in een aantal persoonlijkheidsaspecten (met name zelfcontrole, zelfbeeld, zelfbepaling en zelfhandhaving) en in een aantal gedrags- en gezondheidskenmerken.

De sociale omgeving is onderverdeeld in de drie leefmilieus die van invloed zijn op de sociale (gedrags)ont-

wikkeling, namelijk: het gezin, de school en de vriendengroep. Afbeelding 2.1 geeft dit algemene model weer.



Afbeelding 2.1 De gebieden van het meervoudig risicomodel

risico & bescherming

Wanneer psychosociale kenmerken in de leefsituatie van jeugdigen problematisch zijn, dan kan dit een gezonde psychosociale (gedrags)ontwikkeling bedreigen. Zulke problematische psychosociale kenmerken worden *risicofactoren* genoemd.

Wanneer de psychosociale kenmerken gunstig zijn, dan kan dit de gezonde psychosociale (gedrags)ontwikkeling bevorderen. Indien zulke gunstige aspecten aanwezige risicofactoren compenseren, dan worden zij *beschermende factoren* genoemd.

Affectief-verwaarlozend gedrag van ouders/opvoeders is een voorbeeld van een interpersoonlijke risicofactor die de gezonde (gedrags)ontwikkeling van jeugdigen kan bedreigen. De aanwezigheid van grootouders kan in zo'n situatie beschermend werken, met name wanneer door hen wel het - voor de gezonde sociale en emotionele (gedrags)ontwikkeling vereiste - klimaat van basisveiligheid wordt verschaft.

2.3 De risicofactoren

<i>middelste model-niveau</i>	De vraag die vervolgens rijst is, welke risico- en beschermende factoren een rol spelen in de ontwikkeling van jeugdigen. Met andere woorden: hoe ziet het model er op het tweede niveau van algemeenheid uit?
<i>structurele factoren</i>	Om te beginnen zijn daar de structurele risicofactoren. Hieronder vallen een aantal biologisch-genetische, sociaal-structurele en individueel-historische risicokenmerken.
<i>biologische factoren</i>	De <i>biologische factoren</i> betreffen allereerst een aantal <i>zwangerschaps- en geboortecomplicaties</i> . Risicovolle omstandigheden, zoals medicijn- of drugsgebruik door of een bepaald dieet van de moeder, kunnen de ontwikkeling van de eerste functies bemoeilijken: ze verhogen de kans op stofwisselingsstoornissen en op problemen met de motorische ontwikkeling en de eerste taalverwerving. Datzelfde geldt voor een vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en een navelstrengomstrengeling. Verder blijkt de <i>seks van de jeugdige</i> samen te hangen met bepaalde ontwikkelingsproblemen. Zo tonen jongens vaker agressieve en anti-sociale gedragsproblemen, terwijl meisjes vaker kampen met emotioneel gekleurde (gedrags)problematiek. Voorts blijkt een <i>'temperamentvol' kind</i> een grote kans te hebben om op latere leeftijd externaliserende gedragsproblemen te ontwikkelen. Tot slot moet nog worden vermeld dat een laag IQ of 'begaafdheidstekort' het risico verhoogt op ontwikkelings- of aanpassingsstoornissen.
<i>sociaal-structurele factoren</i>	De <i>sociaal-structurele factoren</i> verwijzen naar een aantal <i>structurele gezinskenmerken</i> , waarvan herhaaldelijk werd aangetoond dat zij de kans op ontwikkelingsproblemen bij jeugdigen vergroten.

Het gaat met name om: sociaal-economische achterstandssituaties, een gering opleidingsniveau van de ouders, slechte materiële omstandigheden, zoals werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, financiële en huisvestingsproblemen, een éénuoudergezinssituatie, een etnisch-culturele achtergrond geassocieerd met maatschappelijke kwetsbaarheid, enzovoort. De genoemde structurele factoren staan doorgaans niet op zichzelf, maar komen vaak voor in combinatie en in wisselwerking met de hierna nog te behandelen interactionele risicofactoren.

*individueel
historische
factoren*

Verder wijzen we nog op een aantal specifieke risicovolle omstandigheden die in de loop van het individuele leven kunnen optreden. *Ingrijpende gebeurtenissen*, zoals echtscheiding, overlijden van ouders, langdurige ziekte en ziekenhuisopname op jonge leeftijd, frequent verhuizen en veel schoolwisselingen, kunnen het risico op psychosociale problemen vergroten. Daarnaast kan in het verleden sprake zijn geweest van *extreem ingrijpende ervaringen*, zoals het meemaken van oorlogen, verblijf in een kamp, terrorisme, verkrachting, aardbevingen, gijzelingen, enzovoort. Van deze omstandigheden wordt in het algemeen aangenomen dat zij een traumatische uitwerking hebben.

*veranderbare
factoren*

Naast de genoemde structurele factoren volgt nu een overzicht van de zogeheten veranderbare risicofactoren. Om te beginnen het gedrag van de jeugdige.

*internalise-
rend & exter-
nalisierend
gedrag*

Probleemgedrag kan worden gedefinieerd als 'gedrag, dat door personen in de omgeving van de jeugdige (ouders, leraren, vrienden, alsmede leden en vertegenwoordigers van de samenleving) of door het kind zelf als problematisch wordt ervaren of beoordeeld'.

Daarbij valt een onderscheid te maken tussen het op het eigen innerlijk gerichte probleemgedrag, de *internalise-*

rende gedragsproblemen, en het op de buitenwereld gerichte probleemgedrag, de *externaliserende gedragsproblemen*. De internaliserende gedragsproblemen worden ook wel emotionele problemen genoemd. De VSPS onderscheid daarin: *somber gedrag*, *angstig gedrag*, *sociaal-angstig gedrag* en *overige emotionele of intrapsychische problematiek*, zoals psychosomatische klachten. De externaliserende gedragsproblemen die worden onderscheiden zijn: *overbeweeglijk of hyperactief gedrag*, *agressief gedrag*, *anti-sociaal gedrag* en *overige gedragsproblematiek*.

Buiten deze twee clusters van gedragsproblemen, worden in de VSPS bovendien ontwikkelings- en/of leerachterstanden, (rand)psychiatrische klachten, seksuele problemen en gezondheidsproblemen in kaart gebracht.

*gezins-
factoren*

Naast het gedrag van de jeugdige zelf, is de gezinssituatie van belang voor zijn psychosociale ontwikkeling. In de VSPS beslaat het gezin niet alleen de ouders/opvoeders en de broers en zussen van de jeugdige, maar ook de overige personen die nauw bij de opvoeding zijn betrokken.

In *het gezin* zijn de volgende interactionele risicofactoren te onderscheiden: ernstige gezinsconflicten, gebrek aan gezinscommunicatie, een onveilig affectief opvoedingsklimaat, gebrek aan begeleiding van de ontwikkeling en/of gebrek aan ouderlijk toezicht op het doen en laten van het kind, een problematische opvoedingsstijl en persoonlijke problematiek bij de opvoeders.

Gezinsconflicten kunnen uiteenlopende vormen aannemen. Ze kunnen zich uiten in vaak, of voortdurend gekibbel en gekrakeel in het gezin, tijdelijke of permanente scheiding van gezinsleden als gevolg van ernstige ruzie, vijandigheid en negatieve gevoelens tussen gezinsleden. Andere uitingsvormen zijn het afwijzen van de kinderen, frequent schelden, schreeuwen, slaan of mis-

handelen, en het opblazen van kleine meningsverschillen tot enorme conflicten.

Een *gebrek aan gezinscommunicatie* kan tot uitdrukking komen doordat gezinsleden weinig belangstelling voor elkaar hebben en het onderlinge contact tot een minimum wordt beperkt. Daarnaast kan er sprake zijn van verwaarlozing, mishandeling en/of incest. In zo'n geval is ook het emotioneel-affectieve aspect van de gezinscommunicatie verstoord en bestaat er een *onveilig affectief opvoedingsklimaat*.

Het niet (bij)sturen van de gedragsontwikkeling, of het op inconsistente wijze grenzen stellen aan het gedrag van de jeugdige, kan bijdragen tot de ontwikkeling van probleemgedrag. Een en ander gaat veelal gepaard met een *gebrek aan ouderlijk toezicht* op het doen en laten van het kind. Dat blijkt onder andere uit het afwezig zijn van regels en afspraken (bv. over uitgaan en thuiskomen), uit het kind op straat laten rondzwerven, uit het niet op de hoogte zijn van het doen en laten van het kind en uit het weinig samen ondernemen met het kind.

Tot slot staat de ontwikkeling van (gedrags)moeilijkheden nog in verband met een *risicovolle opvoedingsstijl*. Met name autoritaire, verwaarlozende, toegeeflijke of inconsequente opvoedingspatronen kunnen leiden tot psychosociale problematiek bij jeugdigen.

Ook *persoonlijke problemen of deviantie bij opvoeders en/of overige gezinsleden* (broertjes, zusjes e.d.) kan een bedreiging vormen voor de ontwikkeling van jeugdigen. Zo tonen jeugdigen van ouders met psychiatrische klachten op latere leeftijd relatief vaak gedrags- en emotionele problemen. Wanneer ouders zelf als kind sterk verwaarloosd of mishandeld werden, is er een grote kans dat dit disfunctionele patroon zich bij het opvoeden van de eigen kinderen herhaalt. Verder kan de aanwezigheid van anti-sociaal gedrag bij de opvoeders

zelf of bij overige gezinsleden, zoals broertjes en zusjes, een slechte voorbeeldwerking hebben op een jeugdige. Ook het aanmoedigen van agressief of wetsovertredend gedrag of de aanwezigheid van anti-maatschappelijke normen en waarden in de opvoeding, verhoogt de kans op onaangepast gedrag later.

*school-
factoren*

Naast het gezin levert *de school* een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van jeugdigen. Hier wordt de jeugdige voorzien van kennis en vaardigheden die nodig zijn om zichzelf in de maatschappij te handhaven (kwalificatie). Voorts worden op school de gedragspatronen en de normen en waarden overgedragen die het maatschappelijk leven in het algemeen reguleren (identificatie). Belangrijke risicofactoren in de schoolsituatie zijn: (te) geringe schoolmotivatie en schoolprestaties, problematische relaties op school, met name met de leerkracht, en een ineffectieve onderwijsstijl.

Een *gebrek aan schoolmotivatie* blijkt vooral uit reacties van jeugdigen zelf. Ze zeggen bijvoorbeeld dat ze de schoolvakken niet leuk vinden, school niet belangrijk vinden en het niet naar de zin hebben op school. Verder blijkt vaak dat ze geen huiswerk maken, onvoldoende tijd aan huiswerk besteden en de school niet nuttig vinden voor later. Motivatieproblemen gaan vaak gepaard met regelmatig verzuim (spijbelen) en slechte leerprestaties.

Voorts blijken jeugdigen, van wie de (gedrags)ontwikkeling problematisch verloopt, zich vaker agressief en/of impulsief te gedragen in en buiten de klas. *Probleemgedrag in en buiten de klas* heeft uiteraard gevolgen voor het sociale functioneren. Deze jeugdigen lopen een grotere kans straf te krijgen en worden door leraren relatief vaak omschreven als 'herrieschoppers'.

Probleemgedrag op school hangt onder meer samen met een *problematische verstandhouding tussen leerkracht*

en leerling. Het is duidelijk dat eventueel probleemgedrag van leerlingen beter bijgestuurd kan worden indien de relatie tussen leerling en leerkracht goed is. De leerling zal in dat geval immers veel eerder bereid zijn zich te richten naar de (gedrags)wensen van de leraar.

De kwaliteit van de relatie tussen leerling en leerkracht blijkt verder samen te hangen met de *onderwijsstijl* van laatstgenoemde. Net als bij de gezinsopvoeding kunnen sterk autoritaire, verwaarlozende, toegeeflijke of inconsequente onderwijspatronen in de klas leiden tot psychosociale (gedrags)problematiek bij jeugdigen.

vriendengroep

De *vrienden* die in de vrije tijd worden ontmoet, vormen een belangrijke derde factor in de sociale ontwikkeling van jeugdigen. De vriendengroep biedt mogelijkheden tot imitatie van gedrag dat op latere leeftijd van belang is, bijvoorbeeld de omgang met personen van het andere geslacht. In de vriendengroep is het mogelijk te experimenteren met sociale rollen en gedrag, zonder dat dit al te zeer tot iets verplicht. Hier kan de jeugdige zich oriënteren op normen en waarden. Daarnaast ontleent de jeugdige aan zijn vriendengroep een gevoel van betrekkelijke veiligheid en zekerheid.

Belangrijke *risicofactoren in de vriendengroep* zijn: vrienden met psychosociale (gedrags)problemen, een risicovolle vrijetijdsbesteding en verstoorde relaties met leeftijdgenoten.

Probleemgedrag van jeugdigen blijkt doorgaans samen te gaan met de aanwezigheid van *probleemgedrag onder vrienden*. Zo hebben veel jeugdige wetsovertreders, spijbelaars, weglopers en alcohol- en/of druggebruikers vaak vrienden of kennissen die eveneens de wet overtreden, spijbelen, alcohol en/of drugs gebruiken of die weggelopen zijn, dan wel het normaal vinden om weg te lopen indien zich problemen met ouders voordoen. Onder *risicovolle vrijetijdsbesteding* wordt het typische

vrijetijdsgedrag van jeugdigen verstaan, dat bestaat uit het zonder duidelijk doel rondhangen op straat, in cafés, disco's of speelhallen, met (veel) vage vrienden en kennissen en onder gebruikmaking van alcohol en drugs. Dit soort vrijetijdsbesteding verhoogt de kans op psychosociale (gedrags)problematiek.

Verder bestaan er aanwijzingen dat een aantal gedragsproblematische jeugdigen *verstoorde relaties* onderhouden *met leeftijdgenoten*. Deze jeugdigen laten zich veelal minder gelegen liggen aan de mening van hun pro-sociale leeftijdgenoten en worden vaak vanwege hun drukke, agressieve of anti-sociale gedrag, zoals lastig vallen, pesten en treiteren, door hen afgewezen. Hierdoor wordt de kans vergroot dat - bij gebrek aan beter - aansluiting wordt gezocht bij jeugdigen die eveneens gedragsproblematisch zijn. Het al dan niet deviante karakter van het gedrag van de leeftijdgenoten die in de vrije tijd worden ontmoet, speelt daarmee een belangrijke rol in de ontwikkeling van probleemgedrag. In een 'conformerende' vriendengroep verwerven jeugdigen vooral de heersende maatschappelijke gedragspatronen. In een 'niet-conformerende' vriendengroep daarentegen is de kans groot dat gedragspatronen worden geleerd die afwijken van de heersende maatschappelijke normen en waarden. De motivatie van jeugdigen om zich normafwijkend te gedragen kan veroorzaakt zijn door de, als belonend ervaren, waardering van non-conformistische vrienden. Ook kan een dergelijke motivatie ontstaan door de sociale dwang vanuit een vriendengroep met een anti-sociale gedragscultuur of vanuit een groep waarin zich zo'n cultuur ontwikkelt.

*persoon
van de
jeugdige*

Tot slot kunnen in *de persoon van de jeugdige* nog een aantal gedragsdisposities bestaan die de kans op ontwikkelingsproblemen vergroten. Deze blijken vaak herleid te kunnen worden tot tekorten in cognitief-emotio-

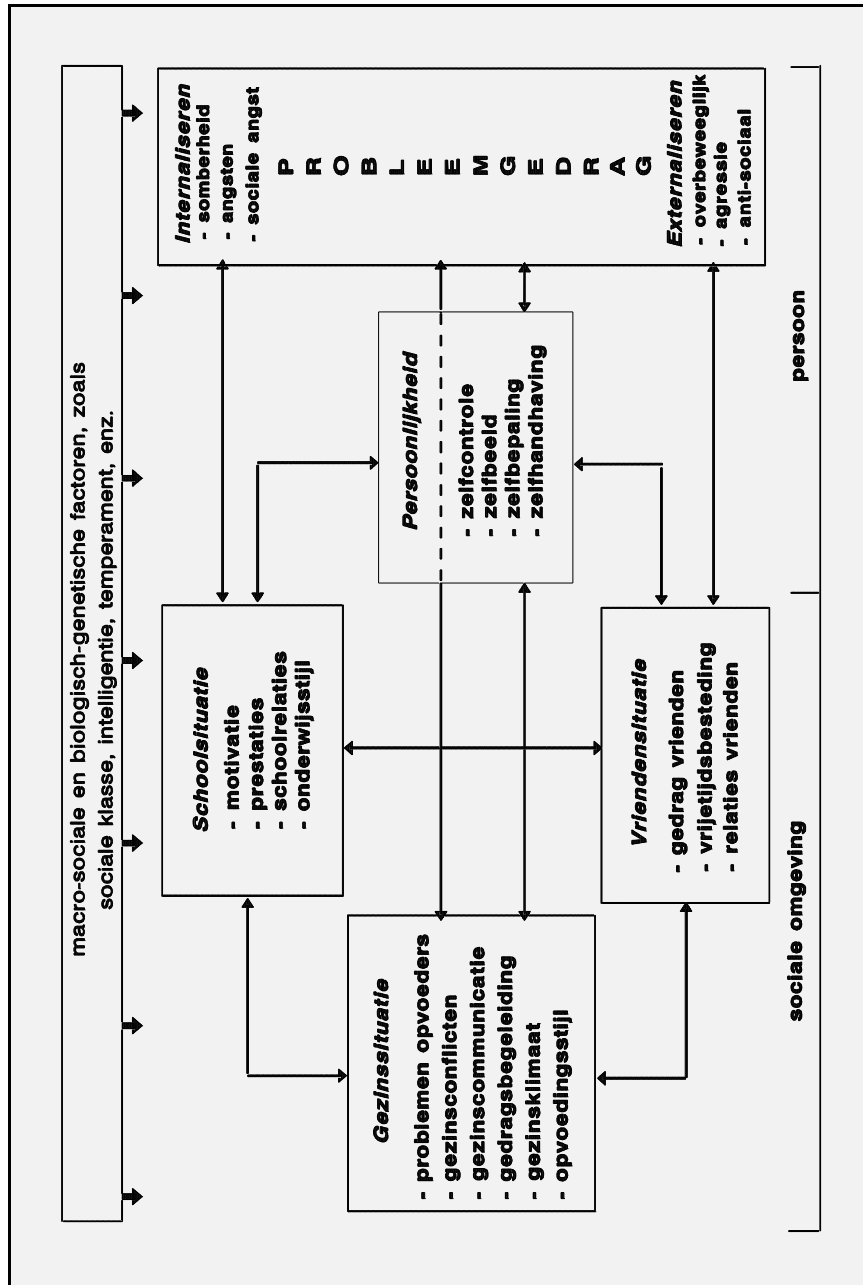
nele vaardigheden. Het gaat hierbij om een geringe ego-veerkracht en een gebrekkige ego- of zelfcontrole. Daarbij verwijst ego-veerkracht naar de eigenschap flexibel, doch vasthoudend te reageren in probleemsituaties. Deze vorm van zelfhandhaving is nodig voor het oplossen van de taken waarvoor de jeugdige zich gesteld ziet tijdens zijn ontwikkeling en ingroei in de samenleving. Kinderen met (te) geringe ego-veerkracht zijn geneigd om op stereotiepe en weinig creatieve wijze te reageren op nieuwe omgevingseisen, en snel op te geven wanneer dingen tegenzitten.

Zelfcontrole is de eigenschap om impulsen en gevoelens op het juiste moment te onderdrukken dan wel aan bod te laten komen, afhankelijk van de situatie. Kinderen met een (te) sterke zelfcontrole zijn rigide en geremd, hebben angst voor nieuwe situaties en sluiten zich af voor ongewenste informatie. Kinderen met een (te) zwakke zelfcontrole daarentegen, leven zich vaak direct uit, gedragen zich impulsief, willen direct hun behoeften bevredigd zien en kunnen zich meestal niet op meer dan één taakopdracht tegelijk concentreren.

Cognitief-emotionele problemen bij jeugdigen komen aldus allereerst tot uitdrukking in de vorm van een gebrekkige zelfcontrole. Daarnaast kunnen ze blijken uit een problematisch zelfbeeld, zoals de eigen mogelijkheden onder- of juist overschatten. Ook een problematische zelfbepaling, zoals denken geen invloed te hebben op het leven, en een ineffectieve zelfhandhaving, zoals wegvlugten of gaan slaan bij problemen, kunnen duiden op tekorten op cognitief-emotioneel gebied.

2.4 De risicofactoren in het meervoudig risicomodel

Afbeelding 2.2 (blz. 26) geeft de risicofactoren van het meervoudig risicomodel weer.



Afbeelding 2.2 Risicofactoren van het meervoudig risicomodel

*samenhang
tussen risi-
cofactoren*

De ontwikkeling van gedrags- en emotionele problematiek bij jeugdigen kan aan de hand van dit model als volgt worden geschetst.

Problematische gezinsinteracties, gebrek aan communicatie en het ontbreken van adequate begeleiding vormen een belemmering voor de ontwikkeling van een evenwichtige zelfcontrole en eigenwaarde bij de jeugdige, en vergroten de kans op problemen met de zelfbepaling en de zelfhandhaving. Deze risicovolle omstandigheden werken negatief in op de motivatie, de prestaties en de sociale relaties op school. Daarnaast kan de problematische gezinssituatie aanleiding geven tot weglopen en/of opstandig gedrag.

De problemen op school dragen op hun beurt weer bij aan een verdere verzwakking van de persoonlijkheidsontwikkeling, zoals een afname van het gevoel voor eigenwaarde. Daarnaast bevorderen ze allerlei nieuwe vormen van probleemgedrag, zoals spijbelen en wets-overtredend gedrag. Zowel de problemen thuis als de moeilijkheden op school kunnen ertoe leiden dat aansluiting wordt gezocht bij een problematische vriendengroep. Doordat de verschillende problematische ontwikkelingslijnen elkaar wederzijds versterken, is een ontwikkeling in gang gezet van steeds ernstiger gedrags- en emotionele problematiek. Het risico dat bovenstaande ontwikkelingsbedreigende processen optreden is nóg groter wanneer de jeugdige zelf, of diens primaire leefmilieu, zich in een maatschappelijk kwetsbare positie bevindt.

Omgekeerd veronderstelt het meervoudig risicomodel dat een goed functionerende gezinssituatie en een positief verlopende schoolcarrière bijdragen tot een evenwichtige gedrags- en emotionele ontwikkeling. Ook beschermt een goed verlopende sociale integratie in het gezin en op school de jeugdige af van deelname in een vriendengroep waar deviant gedrag wordt gecultiveerd.

- wederzijdse causaliteit* Volgens het meervoudig risicomodel staat de jeugdige aan de ene kant bloot aan omstandigheden die buiten hem om gegeven zijn. Aan de andere kant oefent de jeugdige via zijn gedrag invloed uit op die omgeving en schept zo tot op zekere hoogte zijn eigen opvoedingsomstandigheden. Een voorbeeld van het eerste: ouders die vanwege hun persoonlijke problemen een in aanleg psycho-sociaal gaaf kind pedagogisch verwaarlozen. Een voorbeeld van het tweede: een hyperactief kind dat (in principe opvoedingsvaardige) ouders tot uitputting en moedeloosheid drijft en zo affectieve verwaarlozing over zich afroept. Risicofactoren kunnen elkaar aldus wederzijds versterken. Anderzijds kunnen ze ook door gunstige omstandigheden worden afgezwakt (zie hoofdstuk 1). Het hangt van de combinatie van risico- en beschermende factoren af of een problematische ontwikkeling in gang gezet of juist afgewend wordt.
- probleemgedrag als risicofactor* In het verlengde van het voorafgaande heeft psychosociaal probleemgedrag eveneens een dubbelrol. Het kan enerzijds worden opgevat als het effect of de uitkomst van (interacties tussen) omgevingsgebonden risicofactoren. Anderzijds kan het worden opgevat als een in de jeugdige gelegen risicofactor die problemen in de omgeving kan oproepen of versterken. Bovendien vormt psychosociaal probleemgedrag op zichzelf een belangrijke risicofactor. De kans dat probleemgedrag als gedragspatroon in de persoonlijkheid van de jeugdige ‘neerslaat’ en blijft voortbestaan in de volwassenheid neemt namelijk toe naarmate het probleemgedrag 1. op een vroegere leeftijd ontstaan is, 2. langer aanwezig is en 3. in meer socialisatiemilieu’s voorkomt (bijvoorbeeld zowel thuis, als op de school en op de sportclub). Psychosociale problematiek in de kindertijd vormt dan ook een belangrijke voorspeller van psychosociale problematiek op latere leeftijd.

2.5 Fasespecifieke ontwikkelingsproblemen

Tijdens hun groei naar de volwassenheid dienen jeugdigen een aantal ontwikkelingsfasen te doorlopen. Daarbij horen een aantal specifieke taken die niet alleen de jeugdigen voor problemen stellen, maar ook een opgave voor de opvoeders vormen.

invloed van leeftijd

Afhankelijk van de leeftijd of de ontwikkelingsfase van de jeugdige kan probleemgedrag als meer of als minder 'normaal' worden opgevat. Wetsovertredend gedrag steekt bijvoorbeeld tijdens de adolescentie regelmatig de kop op maar verdwijnt daarna vaak weer vanzelf. Dit komt doordat adolescenten vaak experimenteren met de sociale spelregels. Daarentegen neigt probleemgedrag dat op jonge leeftijd is ontstaan ernaar om te blijven voortbestaan. Het leeftijdsgebonden karakter van veel psychosociaal probleemgedrag maakt het soms moeilijk om de ernst van de gedragsproblematiek van het kind juist in te schatten. Daarom volgen hierna kort de belangrijkste 'fasespecifieke' ontwikkelingsproblemen.

baby- & peuterperiode

In de *baby- en peuterperiode (0-2 jaar)* staat het onder controle krijgen van de primaire lichamelijke functies centraal. In deze fase gaat het om basale taken, zoals eten, slapen en zindelijkheid. Emoties worden gestuurd door somatische en externe impulsen, en zijn zowel labiel als oppervlakkig. Verder staat het vinden van een balans tussen emotionele afhankelijkheid en onafhankelijkheid centraal. De opvoeders dienen op elk moment beschikbaar te zijn, een soepele verzorging te bieden, en flexibel en non-verbaal op de gewoontes van het kind te reageren. Eet-, slaap-, zindelijkheids- en temperamentsproblemen kunnen in de baby- en peuterperiode tamelijk gewoon zijn en hoeven niet direct op een risico te

duiden. Verwaarlozing, mishandeling en 'onhandige' reacties, zoals het kind oppakken terwijl het net is gaan slapen, verhogen daarentegen wel de kans op ontwikkelingsproblemen.

*kleuter-
fase*

In de *kleuterfase* (2-4 jaar) komt het ontdekken van de omgeving op de voorgrond te staan. Er worden flinke stappen gezet op taal-cognitief (benoemen van dingen in de wereld) en op sociaal gebied (contact met leeftijdsgenootjes). Hierdoor ontstaat onder andere het eerste besef van sekse-onderscheid. Aan de opvoeders stelt deze fase de eis van een soepele sturings- en discipline-ringsstructuur. De ontwikkeling kan vanaf nu via beloning, straf en voorbeeldwerking worden bijgestuurd. Daarbij is het van belang dat instructies en uitleg goed aansluiten op het (nog beperkte) cognitieve niveau dat het kind heeft bereikt. Verder zijn positieve hechtingservaringen in deze fase van groot belang.

In de kleuterperiode hangen de fasespecifieke problemen vooral samen met het tot stand komen van sociaal-cognitief geleid gedrag. Tijdelijke agressie, koppigheid of ongehoorzaamheid komen in deze fase bijvoorbeeld relatief vaak voor. Ook kunnen zich in deze fase problemen voordoen met de emotionele hechting, bijvoorbeeld angst om alleen te zijn.

*basisschool-
periode*

In de *basisschoolperiode* (5-11 jaar) ontstaat een toenemend vermogen tot logisch en abstract denken. De verdere ontwikkeling van taal biedt de mogelijkheid om verhalen en ideeën te uiten. Het begrip van sociale regels neemt toe en er ontstaat een eerste besef van goed en kwaad (enkelvoudig moreel oordelen). De sociale relaties gaan verder dan de ouders, en de formele vertegenwoordigers van de samenleving, zoals leraren, komen voor het eerst in het vizier. De primaire taken lig-

gen in het verlengde hiervan: het ontwikkelen van cognitieve basisvaardigheden (rekenen en taal), het leren hanteren van nieuwe sociale situaties, met name het omgaan met autoriteitsfiguren (leraren), de acceptatie van en door leeftijdgenoten en het leren handhaven van een stabiele emotionele staat. Vooral leraren en leeftijdgenoten sturen in deze fase de ontwikkeling door hun reacties op de wijze waarop het kind zijn ontwikkelingstaken uitvoert. Van de opvoeders wordt een begeleiding verwacht die zowel begripvol en ondersteunend als sturend is.

Fasespecifieke problemen die in de basisschoolperiode voorkomen hebben vooral betrekking op de school en de schoolse autoriteit, zoals schoolweigering, gebrek aan motivatie, prestatieproblemen en conflicten met leraren. Daarnaast treden nogal eens problemen op in de omgang met klas- en leeftijdgenootjes (ruzie, pesten of gepest worden, sociaal teruggetrokken gedrag, e.d.).

adolescentie De *adolescentie* (12-16 jaar) wordt gekenmerkt door de puberteit met zijn groei naar seksuele volwassenheid. Deze vangt bij jongens doorgaans iets later aan dan bij meisjes. Verder leert de jeugdige tijdens de adolescentie abstract en logisch redeneren. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid tot zelfreflectie. Deze vormt de basis voor persoonlijke autonomie, moraliteit en identiteit. Op sociaal gebied vinden grote veranderingen plaats. Het aantal vrienden neemt toe en de leeftijdgenoten vormen een steeds belangrijker oriëntatiebron naast de ouders en de leraren. De belangrijkste taak is het zelfstandig worden: het weggaan van thuis en het vinden van een persoonlijke en maatschappelijke identiteit. Dit proces van 'separatie en individuatie' verloopt soepeler naarmate jeugdigen en opvoeders een gelijkwaardiger relatie weten te ontwikkelen.

De fasespecifieke problemen die tijdens de adolescentie kunnen optreden liggen in het verlengde van het verzelfstandigingsproces. Ze omvatten onder meer risicovol experimenteergedrag (jeugddelinquentie zoals diefstal, vandalisme, reizen zonder kaartje, gebruik van psychotrope stoffen e.d.), botsingen met autoriteiten (zoals conflicten met ouders, leraren en politie), als ook identiteitsverwarring. Tijdens de adolescentie moeten de opvoeders vaak veel tolerantie opbrengen voor het experimentele (probleem)gedrag van de jeugdige.

De opvoeders dienen een opvoedingsomgeving te bieden die de zelfstandigheid en individuele verantwoordelijkheid bevordert. De opvoedingsrelatie dient zoveel mogelijk uit te gaan van gelijkwaardigheid en een duidelijke doch rechtvaardige structuur te bieden. Deze dient elementen te omvatten zoals onderhandelen, uitleg van normen en waarden en het maken van bindende afspraken. Daarnaast dient op het juiste moment veel steun te worden geboden of juist veel afstand te worden genomen.

Uit het voorafgaande blijkt dat een aantal van de in het meervoudig risicomodel genoemde risicofactoren samenhangen met de (ontwikkelings)leeftijd van de jeugdige. Afhankelijk daarvan is sprake van een ernstiger dan wel minder ernstig risico. Zo duidt zindelijkheidsproblematiek tijdens de baby- en peuterperiode in mindere mate op ontwikkelingsproblematiek. Deze problemen zijn op die leeftijd min of meer ‘normaal’ en geven niet zonder meer aanleiding voor hulpverlening. Indien deze problemen in een latere ontwikkelingsfase echter nog steeds aanwezig zijn, dan vormen zij een ontwikkelingsachterstand die het risico van psychosociale (gedrags)problematiek kan vergroten.

**ontwikkelings
anamnese** De ontwikkelingsproblemen die zich in het verleden van de jeugdige eventueel voorgedaan hebben worden samengevat in de risicofactor *vroegere ontwikkeling*. De factor wordt doorgaans aan de hand van een anamnestic interview met de primaire opvoeders gescoord. Ten behoeve hiervan is een lijst opgesteld met aandachtspunten die in de ontwikkelingsanamnese aan de orde dienen te komen (☞ bijlage 3). Desgewenst kan deze lijst als leidraad worden gebruikt bij het anamnestic interview.

2.6 Sociaal netwerk en sociale steun

**sociaal netwerk &
sociale steun** De laatste jaren is steeds duidelijker geworden dat mensen in de directe nabijheid van de jeugdige en/of diens gezin een belangrijke functie kunnen vervullen in het oplossen van problemen. Deze factor wordt de sociale steun vanuit het sociale netwerk genoemd. Familieleden, de huisarts, leraren, vrienden of anderen kunnen in tijden van crises zodoende een belangrijke bron van steun vormen. Anderzijds kan tegenwerking of het ontbreken van steun van zulke personen de problemen aanzienlijk verergeren.

Het sociaal netwerk en de daarmee samenhangende bronnen van *steun en stress* zijn in het meervoudig risicomodel impliciet verwerkt in de risicofactoren die verwijzen naar de kwaliteit van de relaties met belangrijke personen. Daarbij gaat het om de relaties met de ouders, de broers/zussen, de (groot)ouders, de leraren, de vrienden en de overige direct bij de opvoeding van de jeugdige betrokken personen.

Omdat sociale steun een belangrijke factor vormt in de psychosociale hulpverlening aan jeugdigen, zijn deze bronnen van steun en stress vanaf de versie 5 van de VSPS tevens als aparte risicofactoren opgenomen.

Met het voorafgaande is het meervoudig risicomodel in grote lijnen geschetst. In het volgende hoofdstuk zal worden behandeld hoe dit model in de VSPS wordt toegepast ten behoeve van het gericht verzamelen en interpreteren van gegevens betreffende de (probleem)situatie van jeugdigen die aangemeld zijn bij instellingen voor psychosociale jeugdzorg.

3.1 Inleiding

In hoofdstuk twee werd kort het meervoudig risicomodel geschetst. Dit model vormt de theoretisch-empirische basis van de VSPS als diagnostisch registratiesysteem.

risico- profiel

Met behulp van de VSPS kunnen de risicofactoren in de psychosociale leefsituatie van voor hulp aangemelde jeugdigen in kaart worden gebracht. Dit vindt plaats door de in het meervoudig risicomodel gespecificeerde risicofactoren onder elkaar te zetten, en aan te geven welke factoren een gunstige, en welke een ongunstige invloed hebben op de (gedrags)ontwikkeling van de jeugdige. Dit totaalbeeld van (risico)factoren wordt het *VSPS-risicoprofiel* genoemd.

profielfor- mulier

Het *VSPS-risicoprofielformulier* bestaat uit enkele bladzijden A4, waarop de scores op alle risicofactoren van het meervoudig risicomodel onder elkaar zijn gezet. Het overzicht toont eerst de emotionele, de gedrags- en de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdige. Daarna komen de risicofactoren in het gezin, op school en in de vrije tijd aan bod. Per factor vermeldt een score welk risico er is. Op deze wijze ontstaat een breed overzicht van de gunstige en ongunstige factoren in de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige.

uitgebreide & korte VSPS

Het VSPS-risicoprofiel kan op twee manieren worden verkregen. In de *uitgebreide procedure* vult de gebruiker voor elke VSPS-risicofactor een korte achterliggende

vragenlijst in. Deze wordt de 'itemlijst' genoemd. Op basis van de gegeven antwoorden wordt vervolgens een risicoscore berekend. In de *korte procedure* beoordeelt of 'scoort' de gebruiker direct in welke mate de VSPS-factoren een risico inhouden.

Dit hoofdstuk geeft een aantal algemene richtlijnen voor het gebruik van de VSPS. Eerst behandelen we de opbouw van de VSPS en van het VSPS-risicoprofiel. Vervolgens geven we de richtlijnen voor het gebruik van de uitgebreide en van de korte procedure. Daarna gaan we kort in op het invullen van de VSPS.

3.2 De algemene opbouw van de VSPS

opbouw VSPS- vragen- lijst

De VSPS is opgebouwd volgens een pyramidestructuur (zie afbeelding 3.1). De top is onderverdeeld in vier hoofdgebieden. Deze zijn elk weer onderverdeeld in een aantal onderwerpen, die op hun beurt weer bestaan uit een aantal concrete vragen. De hoofdgebieden van de VSPS zijn:

I Algemene gegevens

Het gaat hier om de demo- en biografische gegevens van de jeugdige en zijn gezin, zoals sekse, leeftijd, etniciteit, sociaal-economische status en dergelijk.

II Gedrag, gezondheid en persoonlijkheid

Dit gebied beslaat de persoon van de jeugdige. Het betreft hier allereerst de emotionele of op de eigen persoon gerichte (gedrags)problemen, zoals somberheid, eenzaamheid, angsten en sociale angst. Daarnaast gaat het om de op de buitenwereld gerichte gedragsmoeilijkheden, zoals ongedurigheid, agressie, ongezeglijkheid, delinquentie/vandalisme of brutaal gedrag. Verder wordt een aantal vragen gesteld over

eventuele gezondheidsproblemen van de jeugdige. Dit kan zowel het verleden als het heden betreffen, zoals problemen rond de zwangerschap en de geboorte, maar ook eventuele ziekenhuisopnamen en medicijngebruik. Voorts bestaat de mogelijkheid om psychiatrische klachten te vermelden en wordt een aantal persoonlijkheidskenmerken geïnventariseerd.

III Sociale omgeving

Dit gebied betreft de sociale omgeving van de jeugdige. Als eerste wordt gevraagd naar het functioneren van de gezins/opvoedingssituatie en de bronnen van steun en stress die zich daarin voordoen. Het tweede onderdeel gaat over het functioneren op school en het derde over de vrijetijdsbesteding en de vriendengroep.

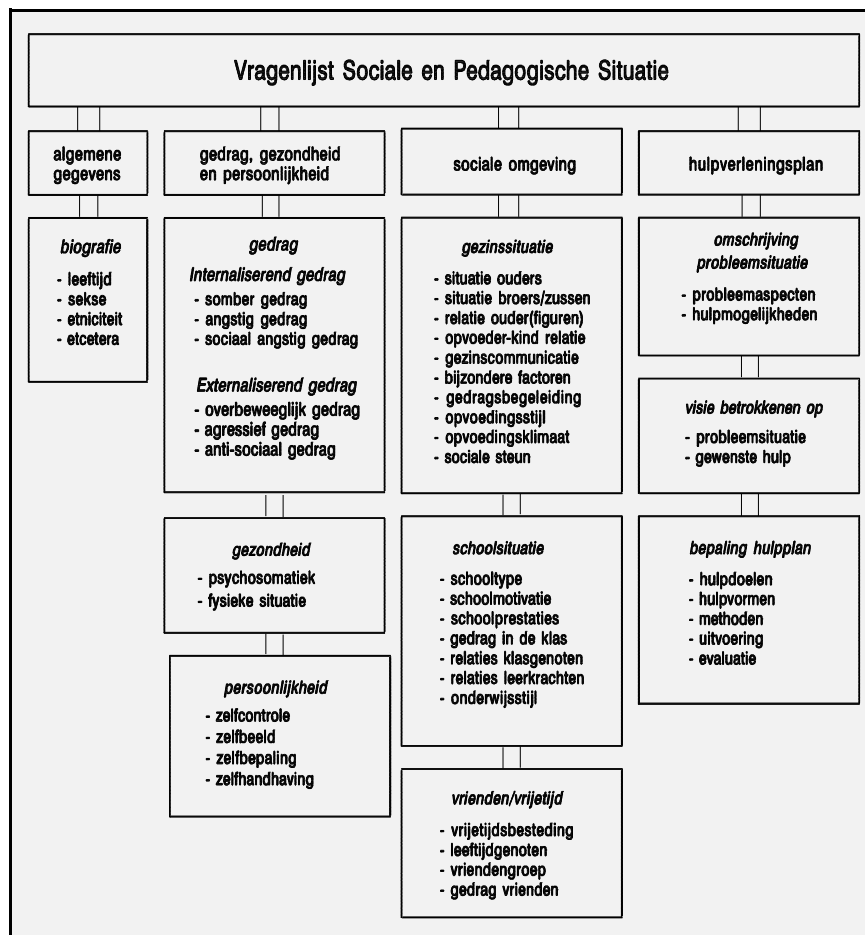
IV Hulpverleningsplan

De eerste drie onderdelen van de VSPS geven de feiten over de psychosociale (gedrags)problemen van de jeugdige, en de achtergronden en de mogelijke oorzaken daarvan. De volgende stap is het uitschrijven van een plan van actie ter verbetering van de probleemsituatie. Dit vindt plaats in het vierde onderdeel van de VSPS: het hulpverleningsplan. Omdat het hulpverleningsplan per werksoort nogal varieert, is dit onderdeel losgekoppeld van het VSPS-risicoprofiel en de VSPS-vragenlijst.

Aan het hulpverleningsplan kan wel een algemene structuur worden toegekend. Eerst wordt de uitkomst van de basisdiagnose of 'de kern van de probleemsituatie' samengevat. Daarna vindt een beschrijving plaats van de mogelijkheden die de hulpverlener ziet ter verbetering van de problematiek. Voorts wordt geïnventariseerd wat de jeugdige en zijn ouders vinden van de probleemsituatie. Ook komen de verwachtingen en/of de wensen met betrekking tot toe-

komstige ontwikkelingen en de hulpverlening aan bod. Tot slot geeft het hulpverleningsplan weer aan welke probleemaspecten naar de mening van de hulpverlener voor hulp in aanmerking komen, welke de hulpdoelen zijn, zowel op de korte als op de lange termijn, welke hulpmiddelen daarbij worden ingezet, en op welke wijze de ouders en/of gezinsleden van de jeugdige bij de hulpverlening worden betrokken.

Afbeelding 3.1 geeft de opbouw van de VSPS weer.



Afbeelding 3.1 Opbouw VSPS

begrippen kader De VSPS is gebaseerd op de risicofactoren van het meervoudig risicomodel (☞ hoofdstuk 2). Deze worden in de VSPS met abstracte termen aangeduid, zoals 'overbeveeglijk gedrag', 'agressief gedrag', 'anti-sociaal gedrag', enzovoort. Om valide te kunnen zijn is het van groot belang dat de gebruikers eenzelfde voorstelling hebben van wat deze begrippen precies inhouden. In hoofdstuk 5 wordt daarom de precieze omschrijving van de VSPS-risicofactoren gegeven.

3.3 Het VSPS-risicoprofiel

VSPS-profiel-formulier Op het VSPS-profielformulier zijn de risicofactoren van het meervoudig risicomodel als volgt gegroepeerd:

- het gedrag, de gezondheid en de persoonlijkheid van de jeugdige
- het primaire leefmilieu, ofwel de gezins- of de gezinsvervangende situatie
- het secundaire leefmilieu, ofwel de situatie op school of op het werk van de jeugdige, en zijn toekomstbeeld
- het tertiaire leefmilieu, ofwel de vrienden van de jeugdige en zijn vrijetijdsbesteding.

VSPS-risico profiel Het VSPS-risicoprofiel is identiek aan het VSPS-profielformulier. Het verschil is echter dat de gebruiker nu het risico op de diverse factoren heeft aangegeven of 'gescoord'.

betekenis profiel-scores Profiel- of risicoscores kunnen waarden aannemen van 0 tot en met 5. In de praktijk komen deze scores overeen met de mate waarin een bepaalde risicofactor een probleem vormt of aandacht van de hulpverlening behoeft. Ze hebben de volgende betekenis:

score 0 =	risico niet aanwezig; het bijbehorende aspect vormt geen probleem; er is geen hulp nodig
score 1 =	risico enigszins aanwezig; het bijbehorende aspect vormt wel een probleem, maar slechts in lichte mate; er is <i>nòg geen hulp nodig</i>
score 2 =	risico tussen enigszins en duidelijk in; het bijbehorende aspect is enigszins problematisch; er is <i>wellicht hulp nodig</i>
score 3 =	risico duidelijk aanwezig; het bijbehorende aspect vormt een probleem; er is <i>zeker hulp nodig</i>
score 4 =	risico tussen duidelijk en zeer duidelijk in; het bijbehorende aspect vormt een groot probleem; er is <i>dringend hulp nodig</i> .
score 5 =	risico zeer duidelijk aanwezig; het bijbehorende aspect is zeer problematisch; er is <i>direct hulp nodig</i> .

Verder moet worden opgemerkt dat lage scores een bijzondere positie innemen. Deze impliceren dat het desbetreffende aspect niet of nauwelijks een probleem is. In zo'n geval is het zinvol na te gaan of dat aspect als een beschermende factor kan worden gebruikt.

Toegekende risicoscores worden op het VSPS-profielformulier afgedrukt achter de bijbehorende VSPS-factoren. Ze worden ook grafisch weergegeven als een balkje, dat langer is naarmate het toegekende risico groter is.

***genormeerde
risico-
profiel***

Het VSPS-risicoprofiel geeft aan welke risicofactoren aanwezig zijn. De mate waarin een bepaalde risicofactor bedreigend is, wordt echter mede bepaald door de ontwikkelingsfase waarin de jeugdige zich bevindt (zie hoofdstuk 2). Zwakke (ongunstige) en sterke (gunstige) psychosociale aspecten kunnen daarom worden opgespoord door het risicoprofiel van een bepaalde jeugdige te vergelijken met de profielen van jeugdigen van wie de biografische kenmerken (leeftijd, sekse e.d.) verge-

lijkbaar zijn. Deze vergelijking vindt plaats in het zogeheten 'genormeerde' VSPS-risicoprofiel (zie hoofdstuk 4; bijlage 4).

Het computerprogramma van de VSPS kan genormeerde VSPS-profielscores berekenen en als een apart risicoprofiel afdrukken. Op dit profiel drukt een balkje naar rechts een relatief problematisch aspect uit. Een balkje naar links duidt op een relatief gunstig aspect.

*scoren
risico-
factoren*

De profiel- of risicoscores op de VSPS-factoren kunnen worden verkregen via een uitgebreide of via een korte procedure.

3.5 De uitgebreide procedure

itemlijsten

De risicofactoren van de VSPS zijn geoperationaliseerd in een aantal subvragenlijsten ofwel 'itemlijsten'. Bij de *uitgebreide procedure* worden de profiel- of risicoscores berekend op grond van de antwoorden op de bij een risicofactor behorende 'achterliggende' VSPS-itemlijst. Deze bestaat telkens uit vijf tot negen vragen. De antwoordalternatieven in deze lijsten hebben een getal meegekregen lopend van 0 tot en met 3. Via deze getallen geeft de gebruiker aan in hoeverre het bevraagde kenmerk van toepassing is op de situatie van de jeugdige. De getallen betekenen het volgende:

- score 0: het bevraagde kenmerk is *niet of nauwelijks* aanwezig
- score 1: het bevraagde kenmerk is *soms of incidenteel tot maandelijks* aanwezig
- score 2: het bevraagde kenmerk is *duidelijk of maandelijks tot wekelijks* aanwezig
- score 3: het bevraagde kenmerk is *zeer duidelijk of wekelijks tot dagelijks* aanwezig.

Uit het bovenstaande blijkt dat gebruikers antwoord kunnen geven op basis van een kwalitatieve (niet, soms, duidelijk, zeer duidelijk) of een kwantitatieve inschatting (niet, incidenteel-maandelijks, maandelijks-wekelijks, wekelijks tot dagelijks). De kwantitatieve beoordelingen hebben de voorkeur. Zulke antwoorden zijn beter controleerbaar voor derden. Ze hebben bovendien een hogere (interbeoordelaars)betrouwbaarheid.

*voorbeeld
uitgebreide
procedure*

De *risicoscores* worden in de uitgebreide versie dus bepaald op basis van de gegeven antwoorden in de itemlijsten van de VSPS. Een voorbeeld mag dit verduidelijken. Het betreft hier de factor *internaliserende of emotionele (gedrags)problemen*, met name het aspect *somber gedrag*. Deze risicofactor omvat een aantal vragen naar kenmerken van somberheid. Afbeelding 3.2 geeft de (ingevulde) itemlijst weer.

Is er sprake van somber gedrag?

$$\text{profielscore} = (10/5) * (5/3) \Rightarrow 3,3$$

				De jeugdige:
0	1	2	<u>3</u>	1 wekt indruk dat niemand van hem houdt
0	1	<u>2</u>	3	2 is verdrietig/ongelukkig, gedeprimeerd
0	<u>1</u>	2	3	3 wisselt vaak van stemming (bv. huilen/lachen)
0	1	<u>2</u>	3	4 voelt zich eenzaam/in de steek gelaten
0	1	<u>2</u>	3	5 voelt zich verwaarloosd/tekort gedaan

Afbeelding 3.2 Scoring op de factor *somberheid*

De risicofactor *somber gedrag* omvat de volgende elementaire risicokenmerken: de jeugdige wekt de indruk dat niemand van hem houdt, de jeugdige is verdrietig, ongelukkig of gedeprimeerd, de jeugdige wisselt vaak van stemming, de jeugdige voelt zich eenzaam of in de steek gelaten, en de jeugdige voelt zich verwaarloosd of tekort gedaan. Per vraag geeft de invuller aan in hoeverre het gevraagde van toepassing is op een bepaalde

jeugdige. Wanneer het zeer duidelijk is dat de jeugdige het gevoel heeft dat niemand van hem houdt - hij zegt dat bijvoorbeeld zeer vaak (wekelijks tot dagelijks) te ervaren, dan wordt een 3 gescoord. Als de jeugdige zegt duidelijk (maandelijks tot wekelijks) dat gevoel te hebben, dan wordt een 2 gescoord, wanneer hij zegt daar soms (incidenteel tot maandelijks) last van te hebben is de score een 1, en als er niet of nauwelijks sprake is van dit gevoel, dan wordt een 0 aangegeven. Jonge kinderen spreken zich uiteraard niet zo expliciet uit. De hulpverlener zal zijn beoordeling dan af moeten lezen uit het gedrag van het kind en uit welke indruk dat wekt.

De antwoorden op de itemlijst van de risicofactor worden omgezet naar een risicoscore. Dit gebeurt door alle itemscores op te tellen, te delen door het aantal items en om te zetten naar de vijfpuntschaal van het VSPS-risicoprofiel. In het voorbeeld wordt het getal 10 (de som van alle antwoorden) gedeeld door het getal 5 (het aantal oorspronkelijke items), en de uitkomst vermenigvuldigd met 5/3 (lineaire schaalcorrectie). Dit levert een totale risicoscore op van 3,3 voor de risicofactor *somber gedrag*. Omdat de totale risico-score wordt vastgelegd op het VSPS-risicoprofiel, wordt hij in het navolgende ook wel de *profielscore* genoemd. Deze berekeningen worden overigens automatisch door het computerprogramma van de VSPS uitgevoerd.

In het voorbeeld is derhalve duidelijk sprake van een indicatie voor somber gedrag. Uit de antwoorden op de individuele items kan men teruglezen om welk gedrag het precies gaat. Zo heeft de jeugdige van het voorbeeld de score 3 (zeer duidelijk of wekelijks tot dagelijks van toepassing) gekregen op het item 1, de score 2 (duidelijk of maandelijks tot wekelijks van toepassing) op de items 2, 4 en 5 en de score 1 (soms of incidenteel tot maandelijks van toepassing) op het item 3. Volgens de beoordelaar wekt de jeugdige dus sterk de indruk dat

niemand van hem houdt. Verder is hij regelmatig verdrietig en gedeprimeerd, en voelt hij zich vaak eenzaam, verwaarloosd en tekortgedaan.

*n.v.t. &
onbekend*

Het is denkbaar dat bepaalde vragen die in de VSPS-itemlijsten worden gesteld, niet van toepassing zijn op de onderzochte situatie, of dat de beoordelaar het antwoord op bepaalde vragen niet weet. In de VSPS wordt het antwoord 'niet van toepassing' (n.v.t.) aangegeven met een liggend streepje (-). Is het antwoord 'onbekend', dan wordt dat aangeduid met een vraagteken (?).

Ontbrekende of 'missende' informatie heeft in principe tot gevolg dat de bijbehorende profiel- of risicoscores niet uitgerekend kunnen worden. Om in zo'n geval toch een score te kunnen bepalen, wordt in de VSPS een correctieformule gehanteerd. Deze komt erop neer dat de profiel- of risicoscore uitgerekend wordt op basis van de antwoorden die wél werden gegeven, waarbij voor de 'niet van toepassing zijnde' en voor de 'missende' antwoorden naar evenredigheid wordt gecorrigeerd. Bij gebruik van de uitgebreide procedure moet voor het berekenen van de profiel- of risicoscores derhalve bekend zijn hoeveel vragen er met 'niet van toepassing' of met 'onbekend' werden beantwoord (zie bijlage 4).

*ondergrens
bij het sco-
ren van risi-
cofactoren*

Het is denkbaar dat een beoordelaar *geen* der bevraagde elementaire risicokenmerken van een risicofactor kan scoren, bijvoorbeeld omdat hij geen informatie heeft over de gevraagde onderwerpen. Het VSPS-computerprogramma rekent geen profielscores uit indien een gebruiker op meer dan de helft van de vragen in een itemlijst 'onbekend' of 'niet van toepassing' heeft gescoord. In het eerste geval wordt op het VSPS-risicoprofiel een vraagteken (?) afgedrukt. In het tweede geval wordt het antwoord opengelaten.

Het kan echter ook voorkomen dat de beoordelaar geen der bevroagde onderwerpen van een risicofactor kan scoren, maar toch van mening is dat de jeugdige te kampen heeft met de desbetreffende risicofactor. Deze situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen wanneer de beoordelaar onvoldoende tijd heeft om alle VSPS-itemlijsten in te vullen. In zo'n geval kan de factor direct in haar geheel beoordeeld worden. Bij de korte procedure wordt beschreven hoe dit in zijn werk gaat.

factoren met en zonder uitgebreide procedure Niet alle risicofactoren die op het VSPS-profielformulier worden genoemd hebben een achterliggende itemlijst. Zo biedt het VSPS-computerprogramma de gebruiker de mogelijkheid om aspecten die niet standaard zijn in de VSPS maar wel van groot belang volgens de gebruiker, op te voeren als overige risicofactoren. Zulke 'overige' risicofactoren hebben uiteraard geen achterliggende VSPS-itemlijst. Een aantal andere factoren heeft geen achterliggende vragenlijst omdat deze begrippen nog onvoldoende te operationaliseren zijn aan de hand van de bestaande literatuur. Als er geen achterliggende itemlijsten zijn, dan past het computerprogramma automatisch de korte procedure toe.

3.6 De korte procedure

korte procedure In de korte procedure geeft de hulpverlener per risicofactor direct aan hoe groot hij de kans acht dat deze factor een negatieve uitwerking heeft op de ontwikkeling van de jeugdige. De profiel- of risicoscore wordt dus direct gescoord, zonder hulp van de achterliggende VSPS-itemlijsten. Daarbij worden de scoringsregels van het risicoprofiel gevolgd, zoals deze op pagina's 39 tot en met 41 van deze handleiding zijn beschreven.

De korte procedure kost veel minder tijd dan de uitgebreide procedure. Door het 'globale' karakter ervan is de korte versie echter gevoeliger voor subjectieve invloeden dan de uitgebreide procedure. Indien men van de verkorte procedure gebruik maakt, dan dient aan de volgende voorwaarden te zijn voldaan:

- a. de beoordelaar is zeer goed op de hoogte van de inhoud (betekenis) van de te scoren risicofactor
- b. de beoordelaar is zeer goed op de hoogte van de (leef)situatie van de cliënt, en hij heeft goed inzicht in de mate waarin daarin risico's aanwezig zijn.

Ten behoeve van het eerstgenoemde punt is in hoofdstuk vijf de exacte omschrijving gegeven van alle VSPS-risicofactoren. Daarbij wordt in grote lijnen de indeling van het VSPS-profielformulier gevolgd.

Ten aanzien van de betrouwbaarheid merken we terzijde nog het volgende op. Alhoewel de korte VSPS minder betrouwbaar is dan de uitgebreide, zal het gebruik ervan wel tot betrouwbaarder diagnoses leiden dan wanneer helemaal geen instrument zou worden gehanteerd. Bij gebruik van de korte VSPS vindt de probleeminventarisatie systematisch plaats aan de hand van de risicofactoren van het het meervoudig risicomodel (ofwel het VSPS-risicoprofiel). Indien geen instrument wordt gebruikt bepaalt de hulpverlener willekeurig zelf op welke risicofactoren wordt gelet. In zo'n geval is de kans groot dat de ene hulpverlener andere dingen in de beschouwing betreft dan de andere, hetgeen de betrouwbaarheid van de gestelde diagnoses niet zal bevorderen.

3.7 Het invullen van de VSPS

***VSPS-
computer-
programma***

Het VSPS-profielformulier is samen met de vragenlijsten van de korte en de uitgebreide procedure ondergebracht in het computerprogramma VSPS.

<i>soorten vragen</i>	In de VSPS vindt de informatieverzameling plaats via het beantwoorden van een groot aantal uiteenlopende vragen over het gedrag, de ontwikkeling, de persoonlijkheid en de sociale achtergrond van jeugdigen die voor psychosociale hulpverlening worden aangemeld. Deze vragen hebben betrekking op de in afbeelding 3.1 geschetste gebieden. In grote lijnen kent de VSPS twee soorten vragen, nl.: 1. vragen zonder voorgestructureerde antwoordmogelijkheden, de '<i>open vragen</i>' en 2. vragen met voorgestructureerde antwoordmogelijkheden, de '<i>meerkeuze vragen</i>'.
<i>open vragen</i>	<i>Open vragen</i> worden gekenmerkt door het ontbreken van voorgestructureerde antwoordmogelijkheden. Het staat de gebruiker dan ook vrij elk antwoord te geven dat hem bij de desbetreffende vraag voor ogen staat. Open vragen worden gevolgd door een - veelal beperkte - schrijfruimte. Het antwoord op open vragen wordt gegeven door het antwoord op de vraag kernachtig samen te vatten en op te schrijven. Indien het antwoord op een open vraag niet bekend is wordt 'onbekend' ingevuld. Indien het antwoord op een open vraag niet van toepassing is wordt 'n.v.t.' (= niet van toepassing) ingevuld.
<i>meerkeuze vragen</i>	<i>Meerkeuzevragen</i> worden gekenmerkt door de aanwezigheid van een voorgestructureerde antwoordmogelijkheid. De invuller wordt verzocht uit de gepresenteerde mogelijkheden het antwoord uit te zoeken dat het meeste overeenkomt met het antwoord dat hem bij deze vraag voor ogen staat. Indien het antwoord onbekend is, wordt het antwoordalternatief 'onbekend' gekozen. Indien het antwoord niet van toepassing is, dan kiest de invuller het antwoordalternatief 'n.v.t'.

***meerdere
juiste ant-
woorden***

De VSPS-gebruiker kan twee soorten meerkeuze vragen tegenkomen. De meest voorkomende is die, waarbij de invuller uit de verschillende antwoordmogelijkheden slechts één alternatief mag kiezen. Soms kan het antwoord echter meerdere alternatieven omvatten. In dat geval geeft de beoordelaar alle antwoordmogelijkheden aan die volgens hem van toepassing zijn. Dit type vraag is echter niet standaard.

***open ant-
woorden***

Bij sommige meerkeuze vragen komt het voor dat één van de antwoordmogelijkheden open is. Van dit type vraag is (met name) sprake wanneer de gepresenteerde antwoordmogelijkheden niet alle mogelijkheden dekken. Het open antwoordalternatief is toegevoegd om ook andere dan de voorgecodeerde antwoorden te kunnen registreren. Indien de gebruiker voor het open antwoordalternatief kiest, dan dient hij de kern van het antwoord kort schriftelijk samen te vatten binnen de beschikbare schrijfruimte.

Met het voorafgaande is de opbouw van de VSPS in grote lijnen weergegeven. Tevens werd kort een aantal richtlijnen voor het gebruik ervan geschetst. Het volgende hoofdstuk behandelt hoe de VSPS kan worden gebruikt bij het opstellen van het hulpverleningsplan.

4.1 Inleiding

Hulpverlening aan jeugdigen met psychosociale (gedrags)problematiek wordt niet zomaar in gang gezet, maar heeft uitdrukkelijk de bedoeling de probleemsituatie van de jeugdigen te verbeteren. Kenmerkend voor een professionele aanpak van de hulpverlening is dat deze doelgericht of planmatig plaatsvindt.

planmatig werken

In grote lijnen kan het planmatig werken in de hulpverlening worden onderverdeeld in de volgende vier fasen (Knorth & Smit, 1999):

1. problemdiagnose

Nadat een cliënt-systeem is aangemeld voor hulp maakt de hulpverlener een brede analyse van de psychosociale (probleem)situatie van de cliënt. Deze stap wordt in het navolgende de basisdiagnostiek genoemd.

2. opstellen hulpverleningsplan

Nadat in de basisdiagnose de kern van de probleemsituatie van de jeugdige duidelijk is geworden, maakt de hulpverlener een plan ter verbetering daarvan. Dit opstellen van het hulpverleningsplan is op te splitsen in de onderstaande drie onderdelen.

2a. bepalen hulpverleningsdoelen

Uit de problemdiagnose leidt de hulpverlener af welke psychosociale aspecten van de probleemsituatie van de jeugdige verbetering behoeven, of welke psychosociale

eindsituatie hij met de hulp beoogt te bereiken.

2b. bepalen hulpmiddelen

Nadat de hulpverlener de hulpverleningsdoelen heeft vastgesteld, dient hij een selectie te maken van de hulpmiddelen waarmee de beoogde eindsituatie kan worden gerealiseerd.

2c. bepalen haalbaarheid

Nadat de hulpverlener de beoogde verbeteringen en de daartoe geschikte hulpmiddelen in kaart heeft gebracht, dient hij nog af te wegen of het bedachte hulpplan in de praktijk ook een kans van slagen heeft. Allereerst dient hij te onderzoeken of de beoogde hulpmiddelen voorhanden en feitelijk beschikbaar zijn. Daarnaast dient hij na te gaan of de voorgestelde hulp voor de cliënt acceptabel is. Met het cliënt-systeem dient de hulpverlener overeen te komen welke onderdelen van het hulpplan uitgevoerd gaan worden, wanneer dit plaats zal vinden en door wie. In het algemeen zal het de duidelijkheid van de hulpverlening bevorderen, wanneer het overeengekomene in een hulpverleningscontract tussen hulpverlener en cliënt wordt vastgelegd.

3. uitvoeren hulpplan

Na de vaststelling van het hulpverleningsplan wordt de in dit plan gespecificeerde hulp in gang gezet. De hulpverlener verstrekt deze hulp zelf, of schept de condities om die hulp door derden te laten uitvoeren.

4. (periodieke) evaluatie

Niet alleen bij de aanvang van de hulp dient het handelen planmatig te zijn, ook tijdens de uitvoering van de hulp behoort de aandacht van de hulpverlener op het bereiken van de hulpdoelen te zijn gericht.

Dit betekent allereerst dat de hulpverlener er gedurende

het gehele hulpverleningsproces alert op dient te zijn dat de hulpverstrekking volgens plan verloopt. Hij doet dit allereerst door periodiek, bijvoorbeeld maandelijks, na te gaan in hoeverre de beoogde hulp daadwerkelijk werd verstrekt.

Daarnaast dient de hulpverlener systematisch te onderzoeken of de probleemsituatie van de cliënt verbetert. Deze doeleffectiviteit kan hij bepalen door periodiek, bijvoorbeeld halfjaarlijks - in kaart te brengen in hoeverre de beoogde psychosociale eindsituatie is bereikt. Het is daarom van groot belang om in het hulpverleningsplan expliciet een termijn vast te leggen waarbinnen de hulpdoelen bereikt zullen zijn.

Indien de in de hulpdoelen geëxpliciteerde psychosociale eindsituatie binnen de vooraf geplande tijd is gerealiseerd, dan kan het hulpverleningsproces als succesvol worden afgesloten. Indien de beoogde eindsituatie echter niet binnen de geplande periode realiseerbaar bleek, dan dient de hulpverlener te overwegen de hulp te stoppen of de hulpverlening bij te stellen. Dit laatste betekent in de praktijk dat er een nieuwe hulpplanningscyclus start, bestaande uit een probleemdefinitie, bepaling van hulpdoelen en hulpmiddelen, toetsing van haalbaarheid, uitvoering van de beoogde hulp, controle van de voortgang van de hulp en evaluatie van het effect.

het hulpverleningsplan

Het is in principe mogelijk om volgens de bovenstaande indeling planmatig te werken zonder daarvan schriftelijke neerslag te doen in een uitgeschreven hulpverleningsplan. Het vermogen van de mens - en dus ook van de hulpverlener - om overzicht te krijgen over het zelf geplande handelen is echter beperkt. Dat geldt zeker naarmate het complexere zaken betreft, zoals hulpverlening aan jeugdigen met psychosociale (gedrags)problemen. Mede daarom wordt in professionele hulpverle-

ning doorgaans schriftelijk verslag gedaan van het geplande handelen: een uitgeschreven hulpverleningsplan. Door het hulpverleningsplan op papier te zetten krijgt én houdt de hulpverlener overzicht over wat volgens hem precies de problemen zijn, welke streefsituatie wenselijk is, met welke hulp deze te bereiken is, en - na verloop van tijd - wat er feitelijk van de hulpverlening terechtgekomen is. Daarnaast is een uitgewerkt hulpverleningsplan bruikbaar om aan de overige bij de zaak betrokken personen (de jeugdige, de ouders, de kinderrechter, de collega's, de overheid, enz.) inzichtelijk te maken wat de hulpverlening precies inhoudt en bereikt.

Hoewel elk hulpverleningsplan in grote lijnen de hiervoor geschetste algemene structuur van het planmatig handelen volgt, verschilt de opzet van het hulpverleningsplanformulier in de praktijk sterk per werksoort. Om die reden behandelen we in dit hoofdstuk alleen die onderdelen van het hulpverleningsplan, die betrekking hebben op de algemene structuur van het planmatig handelen. Aan de orde komen: de omschrijving van de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige, de bepaling van hulpdoelen en de hulpmiddelen ofwel de indicatiestelling voor hulp, en de toetsing van de haalbaarheid van de hulp. Daarbij gaan we tevens kort in op de rol van het VSPS-risicoprofiel bij elk van deze onderdelen.

4.2 Omschrijving van de probleemsituatie

***probleem-
situatie***

Uitgangspunt van de psychosociale benadering is dat de (gedrags)problematiek van jeugdigen zeer uiteenlopende oorzaken kan hebben. Zo kan angstig gedrag, delinquentie of weglopen van thuis samenhangen met een

persoonlijkheidsstoornis bij de jeugdige. Dit gedrag kan echter ook voortvloeien uit problemen op school, of het gevolg zijn van verwaarlozing of mishandeling thuis. Om de probleemsituatie van de jeugdige gericht aan te kunnen pakken, dient de hulpverlener niet alleen te weten wat de manifeste problemen zijn, maar moet hij ook inzicht hebben in de achtergrondfactoren die daarbij een rol spelen. Zo zal een ingreep die louter op het gedrag en de persoonlijkheid van de jeugdige is gericht, weinig effect sorteren wanneer het opvoedingsklimaat de bron van de (gedrags)problemen is. In zo'n situatie ligt het meer voor de hand om de problemen in de opvoedingssituatie aan te pakken. Met andere woorden: alvorens de hulpverlener gericht hulp kan verschaffen, dient hij duidelijk voor ogen te hebben wat de kern van de probleemsituatie is.

***probleem-
situatie &
VSPS-risicoprofiel***

Het VSPS-risicoprofiel kan onder andere worden gebruikt om een indruk te verkrijgen van de kern van de probleemsituatie van de jeugdige. Het profiel biedt immers een overzicht van de risicofactoren in de psychosociale situatie van voor hulp aangemelde jeugdigen. Door alle VSPS-risicofactoren systematisch langs te lopen, krijgt de hulpverlener zicht op de aspecten die wel en die niet problematisch zijn. Door tussen deze probleemgebieden verbanden te leggen, krijgt hij een beeld van de kern van de problematiek.

Bij de bepaling van de problematische aspecten met het VSPS-risicoprofiel geldt als regel: hoe hoger de VSPS-profielscore, hoe problematischer het bijbehorende aspect. Dat impliceert tevens dat het betreffende aspect meer aandacht in de probleembepaling en in de hulpverlening dient te krijgen. Volgens de VSPS betekent een profielscore van '0' dat het bijbehorende psychosociale aspect niet problematisch is, betekent '3' dat het bij-

behorende aspect duidelijk problematisch is en impliceert '5' dat er sprake is van een zeer ernstig probleem-aspect. In de praktijk kan de hulpverlener de kern van de probleemsituatie derhalve bepalen, door alle risicofactoren met een score van drie en hoger naast elkaar te leggen (opsommen van probleemfeiten) en hypothesen op te stellen betreffende hun onderlinge samenhang (interpretatie van probleemfeiten).

Verder is het van belang dat de betekenis van de aldus bepaalde psychosociale probleemaspecten is ontleend aan de definities van de risicofactoren van de VSPS. Zo impliceert een profielscore van 5 op de VSPS-gedragsrisicofactor 'anti-sociaal gedrag' dat zaken zoals weglopen, spijbelen, overmatig alcohol- en druggebruik en delinquentie onderdeel uitmaken van de psychosociale (gedrags)problematiek van de jeugdige. De hoge score van 5 betekent dat de jeugdige deze gedragingen in zeer hoge mate vertoont. De jeugdige kampt met andere woorden met ernstige anti-sociale gedragsproblematiek.

sterke aspecten & VSPS-risicoprofiel

Het is van minstens even groot belang om naast de risicovolle aspecten ook de niet-problematische aspecten te bepalen, omdat deze voor de jeugdige wellicht een beschermende factor kunnen vormen. Ook voor het opsporen van deze 'sterke' aspecten kan de hulpverlener in principe het VSPS-risicoprofiel gebruiken. In de VSPS betekent een lage profielscore dat het bijbehorende aspect geen probleem vormt. Positief geïdentificeerd betekent dit dat het betreffende aspect wellicht kan worden ingezet als een ontwikkelingsbevorderende factor.

In de praktijk bepaalt de hulpverlener de positieve aspecten door alle VSPS-risicofactoren met een profielscore van 0 tot en met 1 op een rijtje te zetten. Hij kan vervolgens overwegen welke van deze aspecten als beschermende factor kunnen dienen. Zo betekent een profielscore

van 0 op de factor 'relatie met leerkrachten' dat de jeugdige en de leerkracht(en) op school positief tegenover elkaar staan, en goed met elkaar overweg kunnen. Het is waard te bezien of deze positieve relatie het proces van hulpverlening kan ondersteunen, bijvoorbeeld door de jeugdige en de leerkracht bij naschoolse activiteiten te betrekken.

*genormmeerd
VSPS-risico-
profiel*

De VSPS-profielscores geven aan in welke mate risicofactoren aanwezig zijn in het opvoedingsmilieu van jeugdigen. Het zijn derhalve absolute scores. De mate waarin een bepaalde risicofactor een probleem is wordt echter mede bepaald door de ontwikkelingsfase waarin de jeugdige zich bevindt (zie hoofdstuk 2). Het is daarom aan te bevelen om de opgespoorde zwakke (risico) en sterke (gunstige) psychosociale aspecten te toetsen. Dit doet men door de absolute profielscores van de onderzochte jeugdige te vergelijken met die van een groep jeugdigen van wie de biografische kenmerken (leeftijd, sekse e.d.) vergelijkbaar zijn. Met de computerversie van de VSPS kunnen genormeerde profielscores worden uitgerekend. Deze geven het percentage jeugdigen van de normgroep weer dat op een bepaalde VSPS-risicofactor gelijk of lager scoort dan de onderzochte jeugdige. Dit wordt de percentielscore genoemd.

Een lage percentielscore (<15) betekent dat in de normgroep slechts weinig jeugdigen gelijk of lager scoorden. De jeugdige scoort hier dus relatief gunstig. Een hoge percentielscore (>85) duidt erop dat in de normgroep slechts weinig jeugdigen gelijk of hoger scoorden. De jeugdige scoort hier dus relatief problematisch. Een percentielscore tussen 35 en 65 valt binnen het gemiddelde van de normgroep.

VSPS-risicofactoren zijn dus relatief (want in vergelijking met de jeugdigen in de gekozen normgroep) pro-

blematischer naarmate hun genormeerde percentielscores hoger zijn, en relatief gunstiger naarmate hun genormeerde percentielscores lager zijn.

4.3 Hulpdoelen en hulpmiddelen

***begripsom-
schrijving
doelen***

In de organisatieleer wordt het begrip 'doelstelling' of 'doel' omschreven als 'wenselijk geachte of na te streven toestanden, standen van zaken of resultaten met betrekking tot een bepaald inhoudelijk gebied' (Verkaik, 1978). Uit deze definitie blijkt dat het begrip 'doelstelling' betrekking heeft op twee zaken. Allereerst omschrijven de *doelen* (nog niet bestaande) eindsituaties die individuen of groepen van individuen wenselijk of nastrevenswaardig achten. Doelen worden om die reden ook wel *doeleinden* genoemd. Daarnaast drukken *doelstellingen* de handelingsintentie uit om de in de doelen geformuleerde eindsituaties te verwezenlijken.

Als voorbeeld van een doelstelling kan hier die van de jeugdhulpverlening dienen. Deze luidt: 'het voorkomen, verminderen of opheffen van problemen/stoornissen op lichamelijk, psychisch-sociaal en/of pedagogisch terrein, die van negatieve invloed zijn op de ontwikkeling van jeugdigen' (Ministerie van WVC en Justitie, 1991).

***begripsom-
schrijving
middelen***

Omdat doelen of beoogde eindsituaties doorgaans niet vanzelf tot stand komen, dient de hulpverlener een aantal activiteiten te ondernemen om de door hem beoogde doeleinden te realiseren. Deze activiteiten worden de *middelen* genoemd. Met deze middelen tracht de hulpverlener de in de doelen geformuleerde eindsituaties te bereiken. Deze activiteiten kunnen door hem zelf worden uitgevoerd, door anderen, of door voorzieningen.

Een voorbeeld van een middel om de hiervoor omschreven doelstelling van jeugdhulpverlening te realiseren

zou kunnen zijn: 'het aanbieden van een sluitend netwerk van hulpvoorzieningen voor jeugdigen'.

***algemene &
concrete
doelen***

In doelstellingen geformuleerde eindsituaties kunnen een globaal karakter hebben of naar meer concrete zaken verwijzen. Zo geeft de doelstelling 'het bevorderen van de *ontwikkeling* van jeugdigen' slechts zeer globaal de gewenste eindsituatie weer, omdat die niet specificeert om welk aspect van de ontwikkeling het precies gaat. De formulering 'het bevorderen van de *gedragsontwikkeling* van jeugdigen' is concreter, omdat die duidelijk maakt dat het hier de ontwikkeling van gedrag betreft. Een nog concreter doelformulering is 'het terugdringen van het spijbelen van 3 naar 0 keer per week bij de jeugdige X'. Nu is niet alleen de aard van het te verminderen probleemgedrag gespecificeerd, maar ook de na te streven reductie van de frequentie van dat gedrag per tijdseenheid, en de persoon die het betreft.

In het algemeen geldt dat de communicatie over de in de hulpverlening te bereiken doelen of eindsituaties gemakkelijker verloopt, naarmate deze concreter zijn geformuleerd. Enerzijds maakt een exacte omschrijving het voor de betrokken hulpverleners, ouders, kinderen en overigen duidelijker, welke toekomstige eindsituatie(s) er precies worden nagestreefd. Anderzijds kunnen de betrokkenen beter toetsten of de beoogde eindsituatie(s) worden bereikt.

Het bovenstaande betekent overigens niet dat globaal of algemeen geformuleerde doel- of eindsituaties van minder groot belang zijn dan concreet omschreven doeleinden. Met name wanneer de problematiek complex is, bijvoorbeeld met zowel gedrags- als persoonlijkheidsproblemen, of een scala van gezinsproblemen, dan is men in de praktijk vaak wel gedwongen om de hulpdoelen in globale of samenvattende termen te duiden.

***korte- &
lange-
termijn-
doelen***

Omdat de doelen of eindsituaties verwijzen naar gewenste toekomstige situaties, is het nodig om er altijd een termijn aan te verbinden waarbinnen men de beoogde eindsituaties denkt te bereiken. Als die termijn afzienbaar is - bijvoorbeeld enkele dagen, maanden of een half jaar - dan betreft het *korte-termijndoelen*. Wanneer de periode langer is, bijvoorbeeld een, twee of vijf jaar, dan is sprake van *lange-termijndoelen*.

***doelen &
middelen***

Het voornemen om binnen een vastgelegde periode bepaalde doelen of eindsituaties te bereiken, vormt een essentiële voorwaarde voor het planmatig handelen. Het doelgericht handelen zelf bestaat echter uit het inzetten van geschikte middelen. Wanneer het doel bijvoorbeeld bestaat uit het vergroten van de sociale vaardigheden van probleemjongeren [beoogde doel of eindsituatie], dan zal men de sociale vaardigheden van deze jongeren moeten trainen [middel om doel te bereiken].

Een middel kan - zoals in het voorbeeld - direct bijdragen aan het bereiken van het beoogde doel. Het effect kan echter ook minder direct zijn. Soms moeten eerst een aantal voorwaardelijke doelen worden verwezenlijkt. Om bijvoorbeeld langdurig werkeloze jongeren aan werk te kunnen helpen [gewenste eindsituatie], is het vaak nodig om eerst de sociale vaardigheden van deze jongeren te vergroten [voorwaardelijke doel] middels een training van sociale vaardigheden [middel om voorwaardelijke doel te bereiken].

In de organisatieleer wordt de uiteindelijk te bereiken doelsituatie wel met de term 'einddoel' aangeduid. De tussenliggende situaties worden wel 'middellijke doeleinden', 'instrumentele doeleinden' of 'voorwaardelijke doeleinden' genoemd. Verder is het zo dat het bereiken van het middellijke of voorwaardelijke doel theoretisch gezien het middel vormt om het einddoel te bereiken.

Deze formele onderscheidingen kunnen behoorlijk verwarrend zijn. In de praktijk hoeft dit echter geen probleem te vormen. De hulpverlener blijkt namelijk heel goed te kunnen volstaan met:

- a. expliciet aangeven welke doelen of eindsituaties hij in de hulpverlening op de korte en de lange termijn nastreeft;
- b. expliciet aangeven op welke wijze of met welke hulpmiddelen hij de doelen of eindsituaties denkt te bereiken;
- c. expliciet aangeven binnen welke termijn hij denkt de doelen of eindsituaties te zullen bereiken.

*algemene &
concrete
middelen*

Net als de doeleinden kunnen ook de middelen in algemene of globale termen worden beschreven. Zo geeft de formulering 'het aanbieden van een training sociale vaardigheden' slechts een globale aanduiding van het soort hulpmiddel dat men gebruikt, omdat de te volgen trainingsmethode niet gespecificeerd is. De omschrijving 'het aanbieden van een sociale vaardigheidstraining op basis van cognitieve gedragstherapie' is al concreter, omdat de aard van de training nu duidelijk is. De formulering 'het aanbieden van programma X' is een voorbeeld van een verwijzing naar een concreet middel, althans wanneer precies omschreven is welke sociale gedragsvaardigheden op welk moment volgens welke techniek in het programma X geoefend worden.

In de praktijk van de psychosociale jeugdhulpverlening zullen doorgaans alleen de eenvoudiger middelen in concrete termen te duiden zijn. Wanneer een hulpverlener zich bijvoorbeeld ten doel stelt de financiële problemen te verlichten van een jeugdige die recht heeft op een sociale uitkering, dan zouden het aanvragen van een sociale uitkering en het verstrekken van een voorschot concrete middelen kunnen zijn. Of wanneer een jeug-

dige door zijn ouders uit huis gezet werd, dan zou het wegvallen van de primaire basiszorg bijvoorbeeld kunnen worden hersteld met het middel 'plaatsing in een centrum voor crisisopvang'.

De meeste middelen in de psychosociale jeugdhulpverlening zullen echter - net als de doelen - vanwege hun complexe karakter slechts in globale of algemene termen kunnen worden beschreven. Zo verwijst het middel 'cognitieve gedragstherapie' naar een zeer complex geheel van interacties tussen een therapeut en de jeugdige cliënt, en het middel 'uithuisplaatsing in een tehuis voor opvoeding en verzorging' naar een complex van leef- en opvoedingscondities.

Net als bij de doelen is het ook bij de formulering van de middelen van groot belang om dit zo concreet mogelijk te doen. Naarmate concreter omschreven is wat de hulp precies omvat, zal het voor de betrokken hulpverleners, jeugdigen, ouders en overigen duidelijker zijn wat hen precies te wachten staat. Daarnaast kan men bij de bepaling van het effect van de hulp scherper in kaart brengen via welke concrete hulpinhouden het (gunstige dan wel minder gunstige) effect tot stand kwam.

We merken terzijde nog op dat het voor de bepaling van het effect van de hulp in eerste instantie niet uitmaakt of de hulpmiddelen in concrete, dan wel in meer algemene termen omschreven zijn. Hierbij wordt immers vooral getoetst of de in de hulpdoelen genoemde eindsituatie werd bereikt, en dat kan heel goed zonder de concrete inhoud van de verstrekte hulp te kennen. Een hulpverlener wenst bijvoorbeeld de agressieve gedragsproblematiek van een bepaalde jeugdige binnen een half jaar terug te dringen [korte termijndoel] en hij probeert dit te bereiken via plaatsing in een tehuis voor opvoeding en verzorging [middel om korte termijndoel te realiseren].

Vervolgens stelt hij na een half jaar vast dat er geen sprake van vermindering van agressie is [effect]. Het is dan duidelijk dat het ingezette middel *bij deze jeugdige* niet het gewenste effect heeft gesorteerd. Het is uiteraard wel informatiever om ook te weten welke concrete leef- en opvoedingscondities er in het desbetreffende tehuis precies werden toegepast. Dan is namelijk na te gaan welke inhoudelijke aspecten van het ingezette hulpaanbod het minder gunstige effect precies veroorzaakt hebben.

***bepaling van
hulpdoelen
via de VSPS***

Het VSPS-risicoprofiel kan niet alleen inzicht geven in de kern van de probleemsituatie van de jeugdige, maar ook bijdragen aan de bepaling van de doelen van de hulpverlening. De kern van planmatige hulpverlening bestaat uit het op doelgerichte wijze verbeteren van de psychosociale probleemsituatie van de jeugdige. Omdat het VSPS-risicoprofiel een overzicht geeft van de probleemsituatie van de jeugdige, kan de hulpverlener de doelen eenvoudigweg bepalen door bij elke VSPS-risicofactor na te gaan of een vermindering van het gesignaleerde risico tot een zinvolle eindsituatie van hulpverlening leidt. Daarbij geldt weer als regel: hoe hoger een VSPS profielscore is, hoe problematischer het bijbehorende psychosociale aspect. Nu ligt echter het accent op de toevoeging: *hoe meer aandacht er in de hulpverlening voor deze risicofactor nodig is*. Een profielscore van '0' betekent dat het bijbehorende psychosociale aspect geen aandacht behoeft, '3' betekent dat het gesignaleerde probleemaspect wel aandacht van hulpverlening dient te krijgen en '5' impliceert dat er direct hulpverlening nodig is (☞ hoofdstuk 3, blz. 39-40).

In principe kan een hulpverlener de doelen van de hulpverlening derhalve bepalen door alle VSPS-risicofactoren met een score van drie en hoger naast elkaar te zet-

ten en zich vervolgens af te vragen of vermindering van de gesignaleerde problemen op de korte dan wel op de lange termijn een wenselijke eindsituatie vormt.

Wanneer een VSPS-risicoprofiel bijvoorbeeld een score van '5' heeft op de gedragsrisicofactor 'anti-sociaal gedrag', dan betekent dit niet alleen dat de desbetreffende jeugdige zeer frequent gedrag vertoont zoals weglopen, spijbelen, druggebruik en delinquentie, maar eveneens dat men bij de probleeminterpretatie en in de probleemdefinitie aan deze probleemgedragingen prioriteit dient te geven. Het doel van de hulpverlening zou dan kunnen luiden: 'het verminderen van (anti-sociale) gedragsproblematiek bij de jeugdige'.

Overigens zal het de hulpverlening doorgaans vergemakkelijken - denk bijvoorbeeld aan de communicatie met de betrokken cliënt - wanneer doelstellingen positief worden geformuleerd. De hiervoor genoemde doelstelling had dan ook beter kunnen luiden: 'het bevorderen van de sociale aanpassing van de jeugdige'.

*bepaling van
middelen
via de VSPS*

Planmatig werken bestaat niet alleen uit het opstellen van concrete hulpdoelen. Minstens zo belangrijk is dat de verwerkelijking van deze doelen actief wordt nagestreefd met het inzetten van geschikte middelen. Daarbij geeft de term 'geschikt' al aan dat er een nauwe samenhang bestaat tussen doelen en middelen. Bepaalde doelen (of klassen van doelen) verwijzen doorgaans naar bepaalde middelen (of klassen van middelen). Wanneer de hulpverlening bijvoorbeeld beoogt om 'de fysieke gezondheid van de jeugdige te bevorderen', dan verwijst dit naar een klasse van fysiek georiënteerde ingrepen. Daartoe behoren onder meer het trainen van gezondheidsgedrag, het toedienen van medicatie en het geven van een fysiotherapeutische behandeling. Wanneer een hulpverlener zich ten doel stelt om 'de effectiviteit van

het ouderlijk opvoedingsgedrag te bevorderen', dan verwijst dit naar een klasse van pedagogische instructies. Deze kunnen bijvoorbeeld bestaan uit opvoedingsvoorlichting of pedagogische thuishulp (bv. video-hometraining). De relatie tussen doelen en middelen kan overigens ook complexer of indirecter kan zijn. Zo zou men de fysieke gezondheid ook kunnen bevorderen door een training van het gezondheidsgedrag op te nemen als onderdeel van een meer omvattende persoonlijkheids-training, gericht op een versterking van het zelfbeeld en de zelfbepaling. In zo'n geval dient het ingezette middel meerdere doelen. Zo'n integrale aanpak is met het oog op een efficiënt gebruik van middelen zeker aan te bevelen.

Het voorafgaande beschreef hoe de hulpverlener de doelen van de hulpverlening kan bepalen door op het VSPS-risicoprofiel systematisch na te gaan welke probleemfactoren opgelost moeten worden. De bepaling van de hulpmiddelen ligt in het verlengde hiervan. Het bestaat namelijk uit het aangeven van de weg waarlangs de hulpverlener het doel (de beoogde eindsituatie) denkt te kunnen bereiken: door welke activiteiten of middelen welke voorzieningen kunnen de gesignaleerde problemen - op de korte dan wel op de lange termijn - verminderen, of welke inzet leidt tot de gewenste psychosociale eindsituatie.

'gemiddelde' oplossingen In het voorafgaande werd in grote lijnen aangegeven hoe een hulpverlener het VSPS-risicoprofiel kan gebruiken om de doelen en de middelen van de hulpverlening te bepalen. Daarbij bleek dat een lineaire afleiding van doelen en middelen uit het VSPS-risicoprofiel - bij profiel A horen altijd doel B en middel C - meestal niet mogelijk is. Dit hangt samen met een aantal factoren: psychosociale (gedrags)problematiek is vaak zeer com-

plex, er zijn veelal meerdere oplossingen mogelijk, in de praktijk zijn de hulpmiddelen niet altijd beschikbaar, de cliënten moeten zich kunnen vinden in de probleemomschrijving en in de voorgestelde oplossing, enzovoort. Het is doorgaans de hulpverlener zelf die, op basis van zijn kennis, ervaring en zijn contacten met het cliënt-systeem en de overige betrokkenen, bij elke hulpvraag weer opnieuw moet bepalen wat de kern van de probleemsituatie is, welke hulpdoelen haalbaar zijn en welke middelen het beste kunnen worden ingezet om de beoogde eindsituatie te bereiken.

Het bovenstaande betekent echter niet dat het in voorkomende probleemsituaties niet mogelijk zou zijn om op voorhand suggesties te doen omtrent de in te zetten hulpmiddelen. In de vakliteratuur is immers wel degelijk bekend welke middelen de hulpverlening doorgaans aanbiedt bij welke (constellaties van) problemen (Hoghugi, 1990). Bovendien is op basis van empirisch onderzoek aan te geven aan welke hulp en aan welke oplossingen doorgaans wordt gedacht bij een bepaald VSPS-probleemprofiel*.

Het is echter niet zo dat het 'gemiddelde' hulpaanbod per definitie ook het meest effectieve is. Van veel middelen in de jeugdhulpverlening werd het effect nog niet onderzocht. Hierdoor is het (nog) niet goed mogelijk om koppelingen te maken in de trant van: bij problematiek x heeft hulpaanbod y het meeste succes.

* In hoofdstuk 4.7 worden een aantal 'gemiddelde' VSPS-profielen gepresenteerd. Zie voor de toepassing van VSPS-profielen ook: Scholte, 1992 en Scholte, 1994b.

4.4 Haalbaarheid hulpverlening

Volgens het schema van het planmatig werken komt de hulpverlener aan de hand van een inspectie van het VSPS-risicoprofiel eerst tot een omschrijving van de kern van de psychosociale probleemsituatie van de jeugdige. Vervolgens stelt hij op grond van deze probleemanalyse hulpverleningsdoelen op, en kiest hij de middelen om deze doelen te verwezenlijken. Het aldus opgestelde hulpplan heeft echter vooralsnog slechts een theoretisch of 'ideaal' karakter. Het plan moet immers ook nog praktisch haalbaar zijn. Niet alleen moeten de voorgestelde oplossingen voorhanden zijn, ook moet de cliënt bereid zijn om met het hulpaanbod in zee te gaan. Alvorens het 'ideale' hulpplan feitelijk uitgevoerd kan worden, dient vastgesteld te worden of het cliënt-systeem het voorgestelde hulpaanbod aanvaardt. Men dient zich daarbij te realiseren dat het onderzoek daarnaar meer inhoudt dan het aan de cliënt vragen wat hij van het hulpplan vindt. Het aanbieden van hulp heeft vaak meer weg van een onderhandeling, waarin de hulpverlener zijn hulpaanbod aan de cliënt 'verkoopt'.

haalbare doelen & middelen

Met de in paragraaf 4.3 omschreven werkwijze zijn dan ook alleen nog maar de *potentiële* doelen en middelen van de hulpverlening in kaart gebracht.

De uit het VSPS-risicoprofiel afgeleide doelen verwijzen pas naar feitelijke doelen van hulpverlening, nadat onderzocht én vastgesteld is dat ook de betrokken cliënten (de jeugdige, de ouders) bereid zijn om de potentiële doel- of eindsituaties als gewenste doel- of eindsituaties van hulpverlening te accepteren.

Hetzelfde geldt voor de middelen. Deze verwijzen pas naar echt inzetbare middelen, als de volgende twee condities aanwezig zijn. In de *eerste* plaats moeten de hulp-

middelen voorhanden en feitelijk beschikbaar zijn. Het heeft immers weinig zin om een gedragstherapie of een opname in een behandelingstehuis voor te schrijven, wanneer deze hulpmiddelen in de regio van de cliënt niet aangeboden worden, of wanneer de verstrekking vanwege wachtlijsten of andere bureaucratische procedures niet binnen redelijke termijn mogelijk is. In de *tweede* plaats moeten de voorgestelde middelen ook door de betrokkenen (de jeugdige, de ouders) worden geaccepteerd.

4.5 Hulpactiviteiten

***begripsom-
schrijving***

Vanaf het moment dat een cliënt-systeem is aangemeld, onderneemt de hulpverlener activiteiten die betrekking hebben op de hulpverlening. Zo kan hij een jeugdige in een crisis uithuisplaatsen, maakt hij in het kader van de probleemdiagnose kennis met het cliënt-systeem en/of wint hij informatie in bij derden. Nadat het hulpplan met de betrokkenen is vastgesteld, zet hij de hulpverlening in gang, waarbij de hulp door hemzelf wordt verstrekt, door derden wordt uitgevoerd, enzovoort.

4.6 Indicatiestelling

***begripsom-
schrijving***

De kern van het planmatig werken in de hulpverlening bestaat uit het gericht aanbieden van hulpmiddelen om gesignaleerde psychosociale probleemsituaties op te lossen of een wenselijker psychosociale eindsituaties in het leven te roepen. Zo is het probleem van dakloos geworden jeugdigen bijvoorbeeld op te lossen door hen in een opvangcentrum te plaatsen. Het wegvallen van de zorg is de kern van de probleemsituatie, het doel van de

hulpverlening is 'het oplossen van het wegvallen van de zorg' of - positiever geformuleerd - 'het herstellen van zorg', en de hulpverlener koos 'een plaatsing in een opvangcentrum' als middel aan om de gewenste eindsituatie te realiseren. In het verlengde hiervan verwijst de term 'indicatiestelling' naar het antwoord op de vraag welk hulpaanbod de beste kansen heeft om de probleemsituatie van de jeugdige te verbeteren.

In het proces van planmatige hulpverlening past de indicatiestelling in de intrede-fase, en wel na de diagnosestelling en voorafgaand aan de feitelijke hulp.

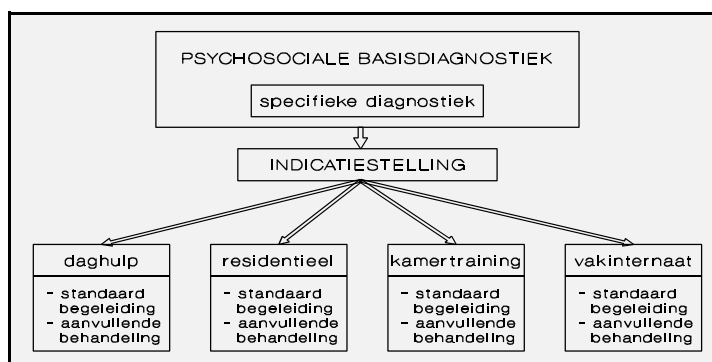
Afbeelding 1.1 op pagina 5 gaf dit schematisch weer voor de ambulante of 'plaatsende' instellingen. Deze afbeelding kan als volgt worden gelezen. Wanneer een jeugdige bij een willekeurige voorziening voor jeugdhulp binnen komt, dan vormt de hulpverlener zich eerst een beeld van de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige. Deze activiteit heet 'basisdiagnostiek'.

Deze basisdiagnostiek kan desgewenst worden aangevuld met een onderzoek van specifieke aspecten van de psychosociale (probleem)situatie, zoals de cognitieve ontwikkeling, de beroepsinteresse, de persoonlijkheidsontwikkeling, enzovoort. Dit wordt de 'specifieke diagnostiek' genoemd.

Op grond van zijn diagnostische bevindingen stelt de hulpverlener zijn hulpdoelen op en bepaalt hij of ambulante dan wel semi-residentiële hulp nodig is, of dat plaatsing in een pleeggezin of opname in een residentieel centrum meer van toepassing is. Daarnaast dient hij te bepalen of er binnen de gekozen hulpvorm een behandeling nodig is, of dat een begeleidingsaccent volstaat. Daarbij doelt de term 'begeleiding' op hulpactiviteiten, waarbij een evenwichtige voortgang van het leven van alledag voor de cliënt veilig wordt gesteld middels structurerende, inzichtgevende, ondersteunende en/

of regulerende gesprekken of maatregelen. De term 'behandeling' verwijst naar hulpactiviteiten, waarbij via bepaalde methoden veranderingen bij de cliënt of in diens omgeving worden bewerkstelligd, zodanig dat een structurele verbetering in de probleemsituatie van de cliënt ontstaat (Scholte e.a., 1992).

Deze zaken zijn niet alleen van belang voor ambulante of 'plaatsende' hulpvoorzieningen. Ook bij opname in een (semi-)residentieel centrum is het belangrijk om precies te weten wat de probleemsituatie van de jeugdige is, zodat de hulpverlening het (semi-)residentiele hulpaanbod op de specifieke hulpbehoefte van de jeugdige kan richten. Afbeelding 4.1 geeft deze situatie schematisch weer bij opname van een jeugdige in een bepaalde multifunctionele residentiele organisatie.



Figuur 4.1 Indicatiestelling bij residentiele opname

De figuur kan als volgt worden gelezen. Wanneer een jeugdige voor opname bij de multifunctionele voorziening is aangemeld, dan vormt ook hier de hulpverlener zich eerst weer een beeld van de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige. Deze 'residentiele basisdiagnostiek' kan zonodig nog worden aangevuld met een specifiek diagnostisch onderzoek.

Aan de hand van de diagnostische bevindingen bepaalt de opnemende instelling allereerst welke hulpvorm van het centrum de jeugdige optimale ontwikkelingskansen biedt: de afdeling voor daghulp, voor opvoeding en verzorging, voor kamertraining of voor opvoeding, verzorging en scholing (vakinternaat). Daarnaast dient de instelling te bepalen of het voor de ontwikkeling van de jeugdige nodig is dat deze in een behandelingsgroep wordt geplaatst, of dat de begeleidingsaccenten van een 'standaardleefgroep' voldoende zijn. Voorts dient vastgesteld te worden of er een aanvullende individuele begeleiding of een therapeutische behandeling nodig is.

Met het voorafgaande is geïllustreerd dat basisdiagnostiek én indicatiestelling ook in het residentiële hulpverleningsproces een onontbeerlijke schakel vormen. Het spreekt voor zich dat basisdiagnostiek, specifieke diagnostiek en de daaruit voortvloeiende indicatiestelling van de plaatsende en de opnemende voorzieningen in het ideale geval samenvallen.

4.7 De interpretatie van VSPS-profielen

***algemene
richtlijn***

Het VSPS-risicoprofiel geeft een overzicht van de risicovolle aspecten in de (probleem)situatie van de voor hulp aangemelde jeugdigen. De gevonden constellatie van risicofactoren kan behulpzaam zijn bij het formuleren van het hulpaanbod. Zoals in de paragrafen 4.2 en 4.3 werd uiteengezet, geldt daarbij de volgende richtlijn: naarmate de profielscore hoger is, is het bijbehorende psychosociale aspect problematischer. Daarmee is tevens gezegd dat het desbetreffende aspect bij de probleeminterpretatie meer aandacht dient te krijgen. Verder kunnen aspecten met risicoscores van 0 tot 1 wellicht als beschermende factoren worden aangemerkt.

Zoals uit het navolgende zal blijken, kan aan deze richtlijn nog de volgende worden toegevoegd:

1. naarmate een risicoscore hoger is, zal in het algemeen ook een intensievere - dat wil zeggen een meer op behandeling dan op begeleiding gerichte - vorm van hulpverlening nodig zijn;
2. naarmate er op meerdere gebieden risico's aanwezig zijn, zal doorgaans een meer integrale - dat wil zeggen een op meerdere probleemgebieden gerichte - aanpak nodig zijn.

Een voorbeeld: *anti-sociale gedragstendenties* bij *pre-adolescente jeugdigen* kunnen vaak nog worden bijgestuurd middels het consequent toepassen van corrigerende opvoedingsmaatregelen in het gezin. Wanneer anti-sociaal gedrag een *gedragspatroon* geworden is, dan is doorgaans een zwaardere ingreep nodig, bijvoorbeeld een ambulant therapeutisch gedragsmodificatieprogramma. Wanneer anti-sociaal gedrag zich tot een *levensstijl* ontwikkeld heeft die meerdere gebieden omvat - bijvoorbeeld samen met vrienden gepraktiseerd en als een legitieme inkomens/arbeidsituatie opgevat - dan zal een gedragsmodificatieprogramma alleen niet voldoende zijn, maar zal de hulpverlening tevens zorg dienen te dragen voor een verandering van het normen- en waardenpatroon. In zo'n geval is een opname in een tehuis voor intensieve behandeling meer aangewezen.

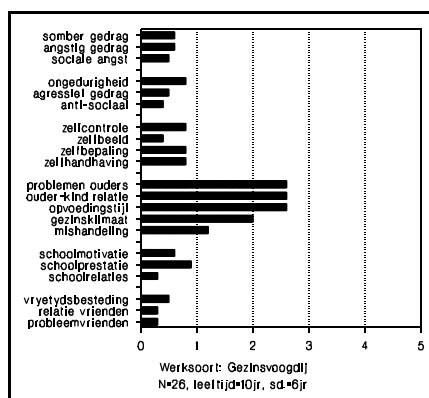
'gemiddelde' profielen Wanneer het VSPS-risicoprofiel op de eerder beschreven wijze gebruikt is om het hulpaanbod te bepalen, dan rijst direct de vraag of een bepaald type risicoprofiel per definitie verwijst naar een bepaald soort hulpaanbod. Als dat zo zou zijn, dan zou dit de keuze van het hulpaanbod zeer kunnen vergemakkelijken. Bij een profiel zou dan alleen nog maar een standaardhulpaanbod behoeven te worden gezocht.

Helaas is het antwoord op deze vraag ontkennend. Zoals al eerder werd aangegeven bestaat er tussen het risico-profiel en het hulpaanbod geen lineair verband waarbij bepaalde constellaties van risicofactoren met een ijzeren wetmatigheid verwijzen naar bepaalde oplossingen. De complexiteit van de psychosociale problematiek van jeugdigen, de wisselende beschikbaarheid van hulpmiddelen en de persoonlijke inbreng van zowel de cliënt als de hulpverlener impliceren dat er bij elke hulpvraag weer opnieuw moet worden afgewogen welk hulpaanbod geschikt en haalbaar is om de problemen op te lossen. Wat dit betreft doet ook de VSPS een beroep op de deskundigheid van de hulpverlener.

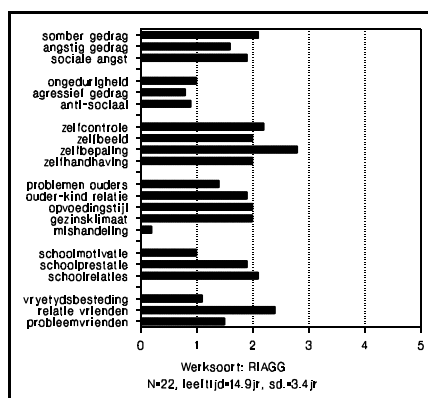
Het is echter wel mogelijk om de gemiddelde risicoprofielen te presenteren van groepen jeugdigen die een bepaald type hulp kregen. Door het VSPS-profiel van voor hulp aangemelde individuele jeugdigen te vergelijken met deze 'gemiddelde' profielen, krijgt men een indruk van het soort hulp dat in zulke situaties 'doorgaans' aangeboden wordt. Dit kan de keuze voor het hulpaanbod wellicht vergemakkelijken.

In afbeelding 4.3 tot en met 4.8 zijn een zestal van deze 'gemiddelde' profielen op een rij gezet. De profielen zijn ontleend aan een groep jeugdigen die in 1990 door zes instellingen voor (Gezins)voogdij, Adviesbureaus en Riaggs werden begeleid (Scholte e.a., 1992). Alleen die risicofactoren zijn opgenomen waarvan normgegevens voorhanden zijn. Het betreft de volgende hulpvarianten:

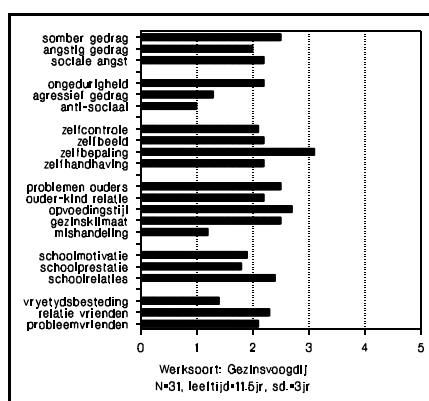
- pleeggezinplaatsing (afbeelding 4.3);
- ambulante psychotherapie (afbeelding 4.4);
- begeleiding of behandeling thuis (afbeelding 4.5);
- opname in een tehuis voor opvoeding en verzorging (afbeelding 4.6);
- opname in een behandelingstehuis (afbeelding 4.7);
- opname in een internaat voor intensieve behandeling (afbeelding 4.8).



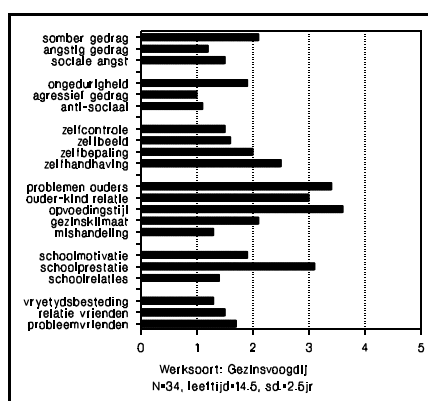
Figuur 4.3 Pleegzorgplaatsing



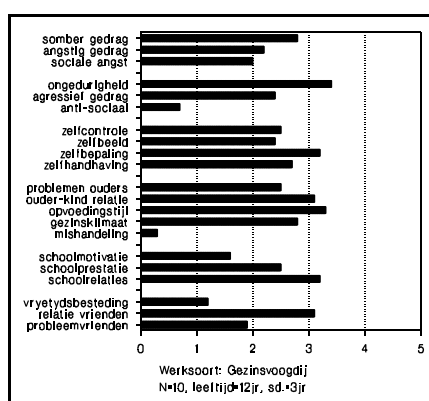
Figuur 4.4 Individuele Psychotherapie



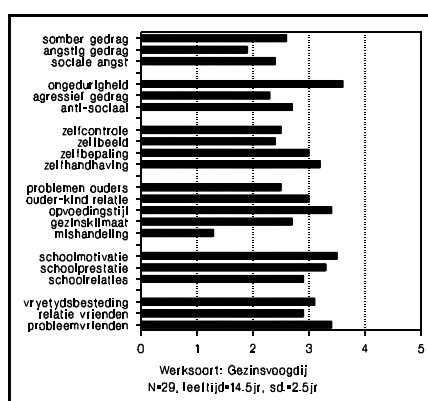
Afbeelding 4.5 Thuisbegeleiding



Afbeelding 4.6 Opvoedingstehuis



Afbeelding 4.7 Behandelingstehuis



Afbeelding 4.8 Intensieve Behandeling

De gepresenteerde staafdiagrammen geven de gemiddelde risicoscores weer, de spreiding rond deze gemiddelden varieert van 0,5 tot 1,5 schaaleenheid. We merken verder nog op dat de berekeningen op relatief kleine aantallen jeugdigen zijn gebaseerd. Vooralsnog moet de geboden normering dan ook als niet meer dan illustratief worden beschouwd.

*pleeggezin-
plaatsing*

De in *pleeggezinnen* (afb. 4.3) geplaatste jeugdigen zijn bij hun plaatsing gemiddeld gezien 10 jaar oud (bij een spreiding van 6 jaar). De gemiddelde risicoscores op de emotionele, gedrags-, persoonlijkheids-, school- en derde-milieufactoren verwijzen niet naar grote risico's, en zeker niet naar problemen die aandacht van hulpverlening behoeven (gem. risicoscores < 1). Voor deze jeugdigen liggen de risico's voornamelijk in het primaire opvoedingsmilieu van het gezin van herkomst. Dit blijkt uit de risicoscores op de factoren 'problemen van ouders', 'de ouder-kind relatie', 'de opvoedingsstijl' en 'het affectieve klimaat in het gezin'. Deze geven duidelijk reden tot zorg en dienen als zodanig onderwerp van hulpverlening te zijn (gem. scores van 2 tot 3).

*individuele
ambulante
behandeling*

De jeugdigen aan wie een *individuele gedragstherapeutische behandeling met psychodynamisch of cognitief accent* (afb. 4.4) wordt aangeboden zijn gemiddeld 14,9 jaar oud (bij een spreiding van 3,4 jaar). Deze jeugdigen vertonen weinig gedragsproblemen (gem. risicoscores < 1). Het emotionele functioneren van deze jeugdigen geeft enige reden tot bezorgdheid (gem. risicoscores rond de 2). Er springen echter twee aspecten uit die zorgwekkend zijn. Dit zijn de persoonlijkheidsontwikkeling, waarvan vooral de zelfcontrole en de zelfbepaling duidelijk zorgwekkend zijn, en de relatieproblemen op school en met leeftijdgenoten (gem. risicosco-

res van 2 tot 3). De ouder-kind relatie, de opvoedingsstijl, alsmede het gezinsklimaat geven enige reden tot zorg, echter vooralsnog niet zodanig dat direct aandacht van hulpverlening is vereist (gem. risicoscores van 1 tot 2). De schoolmotivatie, de vrijetijdsbesteding, alsmede het optrekken met probleemvrienden geven eveneens weinig reden tot zorg (gem. risicoscores van 1 tot 2).

Het gepresenteerde 'gemiddelde' risicoprofiel past goed bij een individuele psychotherapeutische behandeling: de relatief hoge risico's op het emotionele functioneren, de persoonlijkheidsontwikkeling en de relaties met leeftijdgenoten verwijst - in combinatie met hun adolescentie leeftijd - naar een hulpaanbod, dat in eerste instantie gericht is op een verhoging van het persoonlijk-interpersoonlijke functioneren van de jeugdige. De relatief lage risico's op de gedrags-, gezins-, school- en vrijetijdsvariabelen maken dat uithuisplaatsing niet aan de orde is.

*profiel
thuisbe-
geleiding*

De jeugdigen die *thuis begeleid of behandeld worden* (afb. 4.5) zijn gemiddeld 11.5 jaar (bij een spreiding van 5 jaar). Gemiddeld gezien hebben deze jeugdigen op zowel de emotionele, de gedrags-, en de persoonlijkheidsfactoren, als op het merendeel van de opvoedings-, school- en derde-milieufactoren, risicoscores die enige reden tot zorg geven (gem. risicoscores rond de 2). De risico's zijn (nog) niet in die mate aanwezig dat ze expliciet aandacht van de hulpverlening vereisen. Het is echter wel aan te bevelen om in de gaten te houden of het risico niet toeneemt. Daarnaast springen er twee aspecten uit die duidelijk reden geven tot zorg: de opvoedingsstijl van de ouders en de schoolprestaties van de jeugdige (gem. risicoscores van 2 tot 3).

Het gepresenteerde 'gemiddelde' risicopatroon is goed te rijmen met een thuisinterventie: de relatief lage leef-

tijd van de jeugdigen, het relatief geringe risico op het merendeel van de factoren, en de zorgwekkende opvoedingsstijl van de ouders die aandacht van de hulpverlening behoeft, verwijzen naar een hulpaanbod dat in eerste instantie gericht is op een versterking van het gezinsfunctioneren en op een verhoging van de opvoedingskwaliteit in het gezin.

*tehuis voor
opvoeding &
verzorging*

De jeugdigen die in *tehuizen voor opvoeding en verzorging* (afb. 4.6) verblijven zijn bij plaatsing gemiddeld 14.5 jaar oud (bij een spreiding van 2.5 jaar). Deze jeugdigen scoren op het merendeel van de gedrags-, persoonlijkheids-, school- en derde-milieufactoren zodanig dat het van belang is om de ontwikkeling op deze gebieden in de gaten te houden (gem. risicoscores van rond de 2). Ze zijn echter niet van dien aard dat expliciet aandacht van hulpverlening is vereist. In het primaire leefmilieu bestaan echter een groot aantal duidelijke risico's. De ouders hebben persoonlijke problemen die aandacht van hulpverlening behoeven, de ouder-kind relatie en het affectieve klimaat in het gezin zijn sterk verstoord en de opvoedingsstijl van de ouders laat veel te wensen over. Hiervoor is flink wat aandacht van de hulpverlening vereist (gem. risicoscores van 2 tot 3). Verder lijkt de zorgwekkende opvoedingssituatie - net als bij de thuisbegeleide jeugdigen - negatief door te werken op de schoolprestaties.

Het verschil met de thuisbegeleide jeugdigen is derhalve vooral dat er bij de uithuisgeplaatste jeugdigen sprake is van een opeenstapeling (cumulatie) van risico's in het primaire opvoedingsmilieu.

Het gepresenteerde 'gemiddelde' risicopatroom stemt overeen met een uithuisplaatsing in een tehuis voor opvoeding en verzorging. Wanneer door een opeenstapeling van risico's in het primaire leefmilieu een thuisbe-

geleiding niet meer haalbaar is, dan lijkt het (al dan niet tijdelijk) aanbieden van een vervangend primair leefmilieu een voor de hand liggende weg.

***begeleide
kamerbe-
woning***

Omdat hun gemiddeld VSPS-profiel niet significant afwijkt van dat van de jeugd in de tehuizen voor opvoeding en verzorging (afb. 4.6), wordt van de jeugd in de *centra voor begeleide kamerbewoning* geen apart staafdiagram gepresenteerd. Bij plaatsing zijn zij gemiddeld 17 jaar oud (bij een spreiding van 0.8 jaar). Ook voor deze jongeren geldt dat zij gemiddeld gezien tot op zekere hoogte moeilijkheden hebben in hun gedrags- en de persoonlijkheidsontwikkeling, op school en in het derde milieu, maar dat deze problemen geen specifieke aandacht van hulpverlening vereisen. De risico's liggen vooral in de gezinsproblemen, waarbij door de opeenstapeling van probleemfactoren een uithuisplaatsing nodig is. Omdat het hierbij om oudere jeugd gaat, die op de grens van zelfstandig leven staat, ligt een plaatsing in een centrum voor kamertraining meer in de rede dan een plaatsing in een opvoedingstehuis.

***behande-
lingshuis***

De in een *behandelingstehuis* (afb. 4.7) geplaatste jeugdigen zijn bij plaatsing gemiddeld 13 jaar oud (bij een spreiding van 3.4 jaar). Deze jeugdigen vertonen zoveel gedragsproblematiek dat er duidelijk hulpverlening nodig is (gem. risicoscores van 3 en hoger). De gedragsproblematiek is vooral van agressieve en hyperactieve signatuur (gem. risicoscores van rond de 3), terwijl er in mindere mate sprake is van anti-sociaal gedrag (gem. risicoscore tussen 1 en 2).

Verder vertoont ook de persoonlijkheidsontwikkeling op meerdere gebieden haperingen (gem. risicoscores van rond de 3 op zelfcontrole, zelfbeeld, zelfbepaling en zelfhandhaving). Ook is er een opeenstapeling van

risico's in het primaire opvoedingsmilieu, waaronder 'problemen van ouders', 'ouder-kind relatie', 'opvoedingsstijl' en 'opvoedingsklimaat', en in de relaties met leeftijdgenoten (gem. risicoscore rond de 3). Voorts blijken er problemen te zijn op school. Deze zijn in vergelijking met de eerder genoemde problematiek echter relatief gering (gem. risicoscores rond de 2).

Het 'gemiddelde' risicoprofiel past wederom goed bij het hulpaanbod. De agressieve en hyperactieve gedragsproblemen verwijzen - samen met de verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling - naar de noodzaak van een op de jeugdige gerichte behandeling. Omdat sprake is van meerdere risico's in het gezin, lijkt een uithuisplaatsing in een behandelingstehuis de aangewezen weg.

*tehuis voor
intensieve
behandeling*

De in *tehuizen voor intensieve behandeling* (afb. 4.8) geplaatste jeugdigen zijn gemiddeld 14.5 jaar oud (bij een spreiding van 2.5 jaar). Gemiddeld gezien hebben deze jeugdigen op praktisch alle psychosociale gebieden ernstige problemen (gem. risicoscores van 3 en hoger). Ze hebben niet alleen relatief veel agressieve, hyperactieve en/of anti-sociale gedragsproblematiek in combinatie met stoornissen in de zelfcontrole, het zelfbeeld, de zelfbepaling en de zelfhandhaving, maar daarnaast ook een opeenstapeling van risico's in alle drie de sociale leefmilieu's. De gezinsachtergrond is in meerdere opzichten problematisch, de jeugdigen functioneren in elk opzicht slecht op school en ze besteden hun vrije tijd risicovol. Ze trekken op met leeftijdgenoten die anti-sociaal gedrag bevorderen en hun relaties met 'normale' leeftijdgenoten zijn ernstig verstoord.

Dit 'gemiddelde' risicopatroom is weer goed te rijmen met het bijbehorende hulpaanbod. De aanwezigheid van veel agressief, hyperactief en anti-sociaal gedrag in combinatie met een meervoudige verstoring van de per-

soonlijkeidsontwikkeling vereist een op de jeugdige gerichte intensieve behandelingsaanpak. Omdat er daarnaast ook nog meervoudige risico's op praktisch alle gebieden van het sociale leven bestaan, lijkt het aanbieden van een residentiële plek voor intensieve behandeling een onvermijdelijke weg.

*indicatie-
stelling aan
de hand van
VSPS-
risico-
profielen*

In het voorafgaande werd een aantal belangrijke vormen van jeugdhulpverlening getypeerd aan de hand van het 'gemiddelde' VSPS-*risicoprofiel* van de erin opgenomen jeugdigen. We weten daarmee niet alleen welk type jeugdige gemiddeld gezien welk soort hulp krijgt, maar ook welk type hulp doorgaans aangeboden wordt bij welk soort problematiek. Deze wetenschap kan men gebruiken bij de indicatiestelling: wanneer de hulpverlener bij een voor hulp aangemelde jeugdige een bepaalde constellatie aan VSPS-*risicofactoren* aantreft, dan kan hij opzoeken welk soort hulp daarbij doorgaans aangeboden wordt.

Het vergelijken met normprofielen is echter - door het grote aantal *risicofactoren* van de VSPS - in de praktijk doorgaans geen eenvoudige zaak. Het is handiger om de normprofielen te vertalen in een aantal richtlijnen omtrent welk type hulpaanbod geïndiceerd is bij welk type problematiek. We onderzochten daartoe met behulp van een 'multipale rangtoets' welke probleemkenmerken de diverse hulpvormen typeren. Daarbij hanteerden we de statistische significantie ($P < 0.05$) als het onderscheidend criterium. Afbeelding 4.9 presenteert de bevindingen. Voor de overzichtelijkheid zijn de *risicofactoren* in de tabel per risicogebied samengevoegd.

Afbeelding 4.9 VSPS-profiel en hulpaanbod

	pleeg- gezin	therapie ambulant	thuisbe- handeling	normaal tehuis	behande- lingshuis	intensief tehuis
leeftijd	10	15	12	15	13	15
internaliseren	-	±	±	±	±	±
externaliseren	-	-	±	±	+	+
persoonlijkheid	-	±	±	±	+	+
probl. ouders	+	-	±	+	±	+
opvoedingstijl	±	-	±	+	±	+
gezinsklimaat	±	-	±	+	±	+
schoolsituatie	-	±	±	±	±	+
vriend/vrije tijd	-	±	±	±	±	+

contrasten op basis van multiële rangetoets over gemiddelden ($p < 0.05$)

- = gemiddelde VSPS-profielscore < 1

± = gemiddelde VSPS-profielscore 1-3

+ = gemiddelde VSPS-profielscore > 3

De statistisch significante verschillen worden aangeduid met de volgende drie contrasten:

- teken: een relatief laag risico of een relatief weinig problematisch aspect;
- ± teken: een gemiddeld risico of een gemiddeld problematisch aspect;
- + teken: een relatief hoog risico of een relatief ernstig problematisch aspect.

Het in afbeelding 4.9 gepresenteerde beeld komt uiteraard overeen met dat van de afbeeldingen 4.3 tot en met 4.8. Het beeld is echter enigszins gecomprimeerd, doordat de risicofactoren nu per risicogebied zijn samengenomen. De tabel geeft weer welke verschillen of contrasten er zijn tussen de diverse hulpvormen wat betreft de psychosociale problematiek waartegen zij een remedie vormen.

Op grond van afbeelding 4.9 kunnen de volgende 'gemiddelde' indicatiestellingen worden geformuleerd.

Een *pleeggezinplaatsing* is geïndiceerd voor jeugdigen met ouder(s) die relatief veel psychosociale problemen hebben. Die problemen gaan veelal gepaard met een verstoring van de ouder-kind relatie, opvoedingsproblemen en onvoldoende affectief-emotionele veiligheid in het gezin. Typerend is verder dat de jeugdigen zelf (nog) niet of slechts in zeer geringe mate psychosociale problemen hebben. Het betreft hier bovendien relatief vaak de wat jongere jeugd.

Een *ambulante gedragstherapie met een psychodynamisch of cognitief accent* is geïndiceerd bij adolescente jeugdigen, die een zwakke zelfbepaling hebben en die kampen met emotionele gedragsproblematiek. Dit gaat gepaard met een verstoorde relatievorming met leeftijdgenoten, zowel op school als in de vrije tijd. Typerend daarbij is voorts dat de ouders en het primaire opvoedingsmilieu geen of slechts geringe stoornissen tonen.

Een *ambulante thuis/gezinsbegeleiding* is van toepassing op (vroeg)adolescente jeugdigen van wie de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsontwikkeling verstoord wordt door een problematische opvoedingssituatie in het gezin. Dit hangt deels samen met persoonlijke problemen bij de ouders, met stoornissen in de ouder-kind relatie en met een verstoring van de affectief-emotionele band tussen opvoeder en kind, maar vooral met een problematische ouderlijke opvoedingsstijl. Daarbij staat de maatschappelijke integratie van de jeugdige op het spel, wat blijkt uit motivatie- en prestatieproblemen op school, terwijl er ook duidelijke aanwijzingen zijn dat de jeugdige zijn vrije tijd op een risicovolle wijze besteedt.

Een *plaatsing in een tehuis voor opvoeding en verzorging (tehuis voor 'normale' jeugd)* is geïndiceerd voor adolescente jeugdigen, van wie de gedrags-, de emotio-

nele en de persoonlijkheidsontwikkeling en de maatschappelijke integratie bedreigd worden door een problematische opvoedingssituatie thuis. Het verschil met de thuisbegeleide jeugd is echter dat de persoonlijke problemen van de opvoeders, de stoornissen in de opvoeder-kind relatie, de verstoring van het affectief-emotionele gezinsklimaat en de opvoedingsproblemen van de ouders nu zodanig zijn, dat een thuisbegeleiding niet meer mogelijk lijkt. Wanneer we in eenzelfde situatie te doen hebben met laat-adolescente jeugdigen, dan is begeleide kamerbewoning een goed alternatief.

Een *plaatsing in een behandelingstehuis* komt in aanmerking voor adolescente en vroeg-adolescente jeugdigen, die kampen met hyperactieve en/of agressieve gedragsproblematiek die samenhangt met stoornissen in de zelfcontrole en de zelfhandhaving. Daarbij is tevens sprake van een verstoring van de primaire opvoedingssituatie. Voorts zijn er aanwijzingen dat zowel de integratie op school als de relatievorming met leeftijdgenoten worden bedreigd.

Een *plaatsing in een tehuis voor intensieve behandeling* is geïndiceerd bij adolescente jeugdigen die kampen met ernstige problemen op praktisch alle gebieden van de psychosociale (gedrags)ontwikkeling. Het gaat om jeugdigen die veel hyperactieve, agressieve en/of anti-sociale gedragsproblemen vertonen, veelal in combinatie met een ernstige verstoring van de zelfcontrole en de zelfhandhaving. Voorts is de opvoedingssituatie in het gezin zeer problematisch, waarbij meervoudige probleemaspecten een rol spelen, zoals veel persoonlijke problemen bij opvoeders, een ernstige verstoring van de opvoeder-kind relatie, alsmede een hoge mate van opvoedingsincompetentie bij de opvoeders.

Daarnaast wordt de reguliere maatschappelijke integratie van deze jeugdigen geblokkeerd, zoals blijkt uit rela-

tief veel motivatie-, prestatie- en relatieproblemen op school en veel relatieproblemen met leeftijdgenoten, een risicovolle vrijetijdsbesteding en frequente contacten met leeftijdgenoten die de ontwikkeling van anti-sociaal gedrag bevorderen.

Samenvattend leiden we uit het voorgaande de volgende algemene aanwijzingen voor indicatiestelling af:

- ▶ een ambulante, individuele gedragstherapie met een psychodynamisch of cognitief accent is geïndiceerd wanneer de jeugdige relatief veel emotionele en persoonlijkheidsproblematiek heeft;
- ▶ een pleeggezinplaatsing is van toepassing wanneer de ouders/opvoeders veel persoonlijke problemen hebben, waardoor de - vooralsnog niet problematische - ontwikkeling van de jeugdige wordt bedreigd;
- ▶ een thuisbehandeling is aan de orde wanneer er op meerdere gebieden problemen zijn, doch deze problemen nog niet al te ernstig zijn;
- ▶ een uithuisplaatsing in een tehuis voor opvoeding en verzorging (of in een centrum voor begeleid wonen) komt in aanmerking wanneer er - net als bij thuisbehandeling - op meerdere gebieden psychosociale problemen zijn. Het verschil met de thuisbehandeling is echter dat er daarnaast veel persoonlijke, relatie- en opvoedingsproblemen in het gezin bestaan.
- ▶ een uithuisplaatsing in een behandelingstehuis is aan de orde wanneer er - net als bij plaatsing in het tehuis voor opvoeding en verzorging - sprake is van meerdere problemen met een accent op gezinsproblematiek. Het verschil is dat de jeugdige nu veel hyperactieve en agressieve persoonlijkheidsproblemen heeft;
- ▶ een uithuisplaatsing in een tehuis voor intensieve be-

handeling is geïndiceerd wanneer zowel de gedrags- als de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdige ernstige stoornissen vertoont en wanneer tevens zijn sociale integratie in alle drie de sociale leefmilieu's geblokkeerd is.

*voorbehoud
indicatie-
stellingen*

Ten aanzien van de voorafgaande richtlijnen dient nog het volgende te worden opgemerkt.

De gepresenteerde normprofielen en indicatiestellingen hebben betrekking op hoofdvormen van jeugdhulpverlening die slechts in algemene termen konden worden aangeduid. Alhoewel deze hoofdvormen in de meeste regio's voorhanden zullen zijn, bevatten ze geen verwijzingen naar concrete instellingen. Op grond van een analyse van de doelgroepomschrijvingen van regionale instellingen zal per regio bepaald dienen te worden welke instellingen er precies onder de verschillende hoofdvormen vallen.

Verder zijn de gepresenteerde indicatiestellingen abstracties. Ze zijn ontleend aan berekende 'gemiddelde' probleemsituaties van jeugdigen die in bepaalde voorzieningen werden geplaatst. In de gepresenteerde normeringen wordt derhalve verondersteld dat jeugdigen met psychosociale (gedrags)problemen 'gemiddeld gezien' in een op hun problematiek toegesneden voorziening werden geplaatst. Nog niet verdisconteerd is, of de diverse hulpvoorzieningen ook werkelijk een gunstig effect hebben op de ontwikkeling van de jeugdigen. Dit aspect van normering moet in een nader langlopend onderzoek nog worden bepaald.

Daarnaast zal het verband tussen het VSPS-profiel en het hulpaanbod in de praktijk niet zo rechtlijnig zijn als de normprofielen wellicht suggereren. Dat is het gevolg van de meervoudige bepaaldheid van psychosociale problematiek, de wisselende beschikbaarheid van hulp-

vormen en de persoonlijke inbreng van de hulpverlener en de cliënt. Een en ander betekent dat de hulpverlener bij elke hulpvraag weer opnieuw zal moeten afwegen welk hulpaanbod het meest geschikt is om de problemen op te lossen. Het is daarom denkbaar dat jeugdigen met een bepaald type risicoprofiel in de praktijk een geheel ander hulpaanbod wordt gedaan dan wat men volgens het bijbehorende normprofiel wellicht zou mogen verwachten.

Het richtinggevend karakter van de richtlijnen voor indicatiestelling die aan de VSPS-normprofielen werden ontleend, wordt door de geschetste voorbehouden echter niet in fundamentele zin aangetast.

5.1 Inleiding

Het VSPS-risicoprofiel geeft een overzicht van psychosociale risicofactoren in de (leef)situatie van jeugdigen. Om het profiel op een juiste manier te kunnen gebruiken, dient men goed op de hoogte zijn van de betekenis van deze risicofactoren. Dit hoofdstuk geeft een nadere omschrijving van de VSPS-factoren. Daarbij wordt in grote lijnen de indeling van het VSPS-risicoprofiel gevolgd.

5.2 Gedrag, gezondheid en persoonlijkheid

5.2.1 (Psychosociale) gedragsontwikkeling

gedragsontwikkeling

Het onderdeel ***gedragsontwikkeling van de jeugdige*** is onderverdeeld in drie groepen met in totaal negen risicofactoren. Deze weerspiegelen de belangrijkste clusters van probleemgedragingen en ontwikkelingsproblemen bij jeugdigen.

De eerste groep risicofactoren verwijst naar de op de eigen persoon gerichte (internaliserende, emotionele of intrapsychische) gedragsproblemen. De tweede groep omvat de op de buitenwereld gerichte (externaliserende of 'acting out') gedragsproblemen. De derde groep heeft betrekking op ontwikkelingsachterstanden, randpsychiatrische klachten, seksuele gedragsproblematiek en overige psychosociale (gedrags)problemen.

*Internaliserende gedragsaspecten**somber
gedrag*

Somber gedrag is een betrekkelijk aanhoudende emotionele staat, waarin de jeugdige zich zonder duidelijke aanleiding terneergeslagen, bedrukt of sterk gedeprimeerd voelt. Ook schuldgevoel en overmatige zelfkritiek, of gevoelens van minderwaardigheid behoren hier toe. Een en ander gaat vaak gepaard met een minder vlot verloop van motorische en denkprocessen.

Somberheid moet niet verward worden met de tijdelijke, voorbijgaande staat van bedruktheid die kan ontstaan als gevolg van incidentele negatieve gebeurtenissen (tegenslagen) in het dagelijkse leven.

*angstig
gedrag*

Angst is een relatief aanhoudende emotionele staat, waarbij de jeugdige zonder duidelijke aanleiding erg gespannen of bang is. Ook het overdreven streven naar perfectie, erg gevoelig zijn voor kritiek, alsmaar zoeken naar zelfbevestiging, en overmatig bang zijn om fouten te maken (faalangst) zijn kenmerken hiervan.

Angstig gedrag moet niet verward worden met de tijdelijke, voorbijgaande angst, die kan ontstaan als gevolg van incidentele beangstigende gebeurtenissen (bedreigingen) in het dagelijkse leven. Dat is namelijk een vorm van angst die functioneel is voor het overleven.

*sociaal
angstig
gedrag*

Sociale angst is een relatief aanhoudende emotionele staat, waarbij de jeugdige overmatig veel moeite heeft om in contact te staan met of te verkeren onder andere mensen. Dat komt veelal tot uitdrukking in het niet kunnen leggen van contacten met leeftijdgenoten en in het liefst alleen willen zijn. De jeugdige is erg teruggetrokken of introvert. Hij kan zijn gevoelens en gedachten niet uiten aan bekenden. Hij is zeer verlegen of schuchter en durft niet om hulp en aandacht te vragen.

Sociale angst moet niet verward worden met een voorbijgaande staat van spanning, die ieder mens in meer dan wel mindere mate ervaart bij het in contact treden met nieuwe sociale situaties en/of personen.

Externaliserende gedragsaspecten

overbeweeglijk gedrag *Overbeweeglijk gedrag* is een aanhoudende mentale staat, waarin het de jeugdige overmatig moeite kost om zich te concentreren op begonnen activiteiten (spelen, werk, studie, huistaken, gesprek, sport, hobby). Dat kan onder andere blijken uit het steeds weer oppakken van nieuwe activiteiten, het niet afmaken of snel wisselen van activiteiten en snel afgeleid zijn. De jeugdige is overmatig beweeglijk, onrustig of ongedurig, hij kan zich niet op afspraken vast leggen, enzovoort.

agressief gedrag *Agressie* is het bij herhaling, zonder duidelijke aanleiding, fysiek en/of verbaal dreigen om anderen materiële, sociale en/of psychische schade toe te brengen, of het daadwerkelijk uitvoeren van dit soort dreigementen. Dit kan blijken uit ruzie zoeken, anderen bedreigen, vechten, vloeken, schelden, schreeuwen, pesten, vernielen, tegenspreken, ongehoorzaam zijn, brutaal zijn, het hebben van driftbuien, enzovoort.

Agressie moet niet verward worden met de voorbijgaande staat van verdedigingsagressie, die ieder mens in meer of mindere mate ervaart in fysiek en/of verbaal bedreigende situaties. Dat is namelijk een vorm van agressie die functioneel is voor het overleven.

anti-sociaal gedrag *Anti-sociaal gedrag* is het bij herhaling in meer of minder vooropgezette mate toebrengen van materiële, sociale en/of psychische schade aan zichzelf, de directe sociale omgeving en/of de samenleving. Het betreft hier

gedrag zoals spijbelen, voortijdig schoolverlaten, weglopen van huis, het vernielen of bekladden van openbaar bezit, diefstallen plegen, inbreken, gebruik van alcohol en/of drugs, enzovoort.

Overige psychosociale (gedrags)aspecten

ontwikkelingsniveau

Er bestaat een **achterstand in ontwikkelingsniveau** wanneer het niveau van motorische, cognitieve, emotionele, sociale en/of morele ontwikkeling beduidend lager ligt dan de gemiddelde ontwikkelingsstand bij leeftijdgenoten van de jeugdige met eenzelfde demografische achtergrond (sekse, kalenderleeftijd, opleiding en sociaal-economische achtergrond van het gezin).

Dat kan blijken uit te jong gedrag voor de leeftijd of kinderlijk taalgebruik. In vergelijking met zijn kalenderleeftijd kan de jeugdige minder goed uit de voeten met praktische alledaagse zaken, zoals aankleden, eten, fietsen en naar school gaan. Ook kan de jeugdige minder goed weten om te gaan of te spelen met leeftijdgenoten, en wil hij graag als jonger kind behandeld worden, enzovoort.

randpsychiatrische klachten

(Rand)psychiatrische klachten omvatten alle intrapsychische klachten en 'acting-out' gedragsproblemen, die niet bij één van de andere factoren van het onderdeel 'gedragsproblematiek' indeelbaar zijn. De klachten verwijzen naar psychiatrische stoornissen. Daaronder vallen schizofrene stoornissen (waanvoorstellingen, hallucinaties), psychotische stoornissen, affectieve stoornissen, zoals manische episoden, angststoornissen (fobieën en angstneurosen, dissociatieve stoornissen (hysterische neuroses), en dergelijke. Voor de omschrijvingen raadplege men Koster van Groos, 1995.

seksuele problemen

Onder de risicofactor **seksuele problemen** worden gedragsproblemen van de jeugdige gerangschikt, die wij-

zen op verstoringen in, of op problemen met de psycho-seksuele ontwikkeling, die voor de jeugdige zelf of in diens contact met derden moeilijkheden op kunnen leveren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om overmatig praten over seksualiteit, zich ongevraagd/ongewenst seksueel gedragen ten opzichte van derden, geen controle hebben over seksuele driften, plegen van seksuele misdrijven, zoals aanranding, of om minderheidsinteressen op seksueel gebied, zoals exhibitionisme, travestie, fetisjisme, enzovoort.

5.2.2 Gezondheid

gezondheid

De factor ***gezondheid van de jeugdige*** is opgesplitst in de twee onderdelen 'vroegere ontwikkeling' en 'actuele gezondheid'.

vroegere ontwikkeling

Onder de risicofactor ***vroegere ontwikkeling*** worden alle risicovolle gebeurtenissen en ontwikkelingsproblemen gerangschikt, die in het verleden plaatsgevonden hebben. Hieronder vallen problemen en/of moeilijkheden tijdens de zwangerschapsperiode, zoals ziekenhuisopnamen en diëten van de moeder, problemen bij de geboorte, zoals het gebruik van een tang, zuignap of keizersnede bij de bevalling. Verder betreft het zuurstoftekort of een navelstreng-omstrengeling. Daarnaast kunnen er tijdens de eerste levensjaren risicofactoren bestaan zoals eet-, slaap- en zindelijkheidsproblemen, evenals motorische, cognitieve en sociale ontwikkelingsachterstanden of handicaps (zie bijlage 3 voor een leidraad met concrete aandachtspunten, die eventueel bij de ontwikkelingsanamnese kan worden gebruikt).

actuele gezondheid

Onder de risicofactor ***actuele gezondheid*** worden alle gezondheidsproblemen gerangschikt waarmee de jeugdige rond de aanmelding kampte, inclusief zindelijk-

heidsproblematiek, evenals alle gebeurtenissen die wijzen naar gezondheidsklachten in het heden, zoals lopende medische of paramedische behandelingen.

5.2.3 Persoonlijkheid(sontwikkeling)

*persoon-
lijkheids
ontwik-
keling*

De risicofactor ***persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdige*** verwijst naar die persoonlijkheidstrekken van de jeugdige, die in combinatie met ongunstige omgevingscondities het risico verhogen op psychosociale gedragsproblematiek. Het betreft de volgende aspecten:

- een problematische zelfcontrole;
- een problematisch zelfbeeld;
- een problematische zelfbepaling;
- een ineffectieve zelfhandhaving.

De beoordeling van de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdige dient mede gebaseerd te zijn op een vergelijking met een groep leeftijdgenoten die een vergelijkbare sociaal-demografische achtergrond hebben, zoals een overeenkomstige leeftijd, sekse, opleiding en een eendere sociaal-economische status van het gezin van herkomst.

De persoonlijkheidsaspecten kunnen in twee opzichten een risico inhouden. Ze kunnen in te geringe mate aanwezig zijn, maar ook te sterk domineren. Op het VSPS-risicoprofiel staat voor de profiel- of risicoscores van de persoonlijkheidsaspecten telkens vermeld welk aspect overheerst. Daarbij betekent 'zwak' dat het zwakke aspect overheerst en 'sterk' dat het sterke aspect overheerst. 'Zwak/sterk' duidt aan dat beide aspecten in ongeveer gelijke mate aanwezig zijn.

*zelf-
controle*

De term ***zelfcontrole*** heeft betrekking op de bemiddelende rol die de jeugdige speelt bij het afstemmen van

zijn wensen en behoeften op die van de sociale omgeving. De risicofactor 'zelfcontrole' verwijst naar het bij herhaling optreden van ernstige verstoringen in deze bemiddelende rol. Er is sprake van een (te) *zwakke zelfcontrole* (onder-controle) wanneer de jeugdige bij herhaling zijn eigen wensen en behoeften doorzet ten koste van die van zijn sociale omgeving. Dit blijkt onder andere uit de neiging om behoeften direct te willen bevredigen. De jeugdige kan beloningen niet uitstellen, hij ziet bijvoorbeeld niet het nut in van het afmaken van een schoolopleiding, en hij kan de nabije en verre toekomst niet goed plannen. Daarnaast is hij weinig vatbaar voor rede, en reageert hij agressief wanneer dingen tegenzitten of niet lopen zoals hij wil.

Er is sprake van een (te) *sterke zelfcontrole* (over-controle) wanneer de jeugdige bij herhaling ingaat op eisen of wensen van zijn sociale omgeving ten koste van zijn eigen wensen en behoeften. Een (te) sterke zelfcontrole blijkt onder andere uit de neiging om af te (willen) zien van de eigen behoeftebevrediging. De jeugdige stelt zich sterk afstandelijk op, kan zijn gevoelens niet goed uiten en hij gedraagt zich star (rigide) en/of sterk formeel wanneer dingen tegen zitten of niet lopen zoals hij had gewild.

*zelf-
beeld*

De term *zelfbeeld* heeft betrekking op het oordeel dat de jeugdige over zichzelf heeft. Het gaat daarbij om een waarderende houding tegenover het zelf, zoals men tegenover allerlei objecten (personen, dingen, groeperingen etc.) een waarderende houding kan ontwikkelen. Deze waardering van het zelf kan positief zijn, maar ook negatief uitvallen of extreem positief zijn. Daar waar het positief zelfbeeld bijdraagt aan een gunstige psychosociale ontwikkeling, blijkt een negatief zelfbeeld de kans op ontwikkelingsproblemen te ver groten. Dat geldt evenzeer voor het extreem positieve zelfbeeld

(cf. Van der Ploeg, 1995).

Bij het bepaling van zelfbeeld kan het zelf worden opgevat als een ondeelbaar geheel. De gedachte daarbij is dat het denken en voelen tegenover zichzelf zodanig is geïntegreerd dat er slechts sprake is van één zelfbeeld. Doorgaans wordt echter een onderscheid gemaakt naar verschillende aspecten. Zo verwijst het *fysieke zelfbeeld* naar het oordeel over zijn eigen lichamelijke voorkomen, zoals zichzelf te dik/te dun of te vlot/ te sloom vinden. Ook gaat het hier om zijn oordeel over de eigen sportieve vaardigheden, zoals zichzelf een goede/een - slechte sporter vinden. Het *cognitieve zelfbeeld* verwijst naar het zelfoordeel omtrent het intellectuele functioneren, zoals zichzelf goed/slecht vinden op school of in het spelen van intellectuele spelletjes. Het *sociale zelfbeeld* verwijst naar het eigen oordeel over het eigen sociaal functioneren in het leven van alledag (thuis, op school en onder vrienden). Dit blijkt bijvoorbeeld uit de ingeschatte eigen populariteit bij leraren, klasgenoten en/of vrienden. Het *emotionele zelfbeeld* betreft het eigen oordeel omtrent het omgaan met emoties. De jeugdige vindt bijvoorbeeld van zichzelf dat hij de aanwezigheid van behoeften en emoties (boosheid, angst, somberheid/terneergeslagenheid en dergelijke) bij anderen goed/slecht kan onderkennen, maar ook dat hij zijn eigen behoeften en emoties goed/slecht kan onderkennen en/of kan uiten, enzovoort.

In de context van de VSPS is er sprake van een (te) *zwak zelfbeeld* wanneer de jeugdige zichzelf systematisch negatief beoordeelt of minderwaardig voelt op bovengenoemde gebieden. Er is sprake van een (te) *sterk zelfbeeld* wanneer de jeugdige zichzelf op deze gebieden systematisch extreem positief beoordeelt of superieur voelt. Omdat het zelfbeeld een waarderende houding ten opzicht van het zelf is, speelt het geen rol of de inhoud van het zelfbeeld overeenkomt met de werke-

lijkheid of niet. Zo is sprake van een laag cognitief zelfbeeld indien iemand zichzelf altijd dommer voelt dan anderen. Het maakt daarbij niet uit of de betrokkene daadwerkelijk dommer, even slim of juist veel slimmer is dan anderen.

*zelf-
bepaling*

De term *zelfbepaling* heeft betrekking op de mate waarin een jeugdige zijn gedrag en handelingen baseert op de wetenschap dat zijn eigen handelen bijdraagt tot bepaalde resultaten of uitkomsten. Er is sprake van een *evenwichtige zelfbepaling* wanneer een jeugdige zich laat leiden door de wetenschap dat zijn eigen gedrag, activiteiten en inspanningen bijdragen tot bepaalde resultaten, en daarbij tevens rekening houdt met het feit dat ook de omstandigheden het resultaat meebepalen. De aanwezigheid van een evenwichtige zelfbepaling blijkt onder andere uit het met succes aanpakken van probleemsituaties. Een voorbeeld hiervan is het wegwerken van slechte schoolresultaten door harder te gaan leren, op grond van het idee dat harder werken leidt tot betere schoolresultaten.

Er is sprake van een *problematische zelfbepaling* wanneer een jeugdige zich niet of nauwelijks laat leiden door het idee dat zijn eigen gedrag, activiteiten en inspanningen bijdragen tot bepaalde resultaten. In dit geval spreken we van een (te) *zwakke zelfbepaling*. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een passieve opstelling in probleemsituaties, op grond van de gedachte dat hij er toch geen invloed op uit kan oefenen. Hij berust bijvoorbeeld in onvoldoende schoolcijfers vanwege het idee dat schoolcijfers meer bepaald worden door het humeur van de leraar dan door de eigen studie-inspanningen.

Daarnaast is sprake van een problematische zelfbepaling wanneer een jeugdige zich louter laat leiden door het idee greep te hebben op de situatie, dat wil zeggen geen rekening houdt met de omstandigheden. In dit ge-

val spreken we van een (te) *sterke zelfbepaling*. Dit kan onder andere blijken uit een ondoordachte opstelling in probleemsituaties, waardoor contra-productieve resultaten ontstaan. Zo kan de jeugdige denken dat onvoldoende schoolresultaten zijn weg te werken door leerkrachten te intimideren.

zelfhandhaving

De term *zelfhandhaving* verwijst naar het op doelmatige wijze reageren op bedreigende gebeurtenissen en omstandigheden. Er is sprake van een *effectieve zelfhandhaving* wanneer een jeugdige met succes stress- en/of probleemsituaties op kan lossen, zonder zichzelf en/of zijn sociale omgeving fysieke en/of emotionele schade te berokkenen. We spreken van een (te) *zwakke zelfhandhaving* wanneer een jeugdige in dergelijke situaties sterk emotioneel of agressief reageert, bijvoorbeeld met overmatig huilen, schreeuwen, slaan of schelden. Zijn zelfhandhaving is eveneens te zwak wanneer de jeugdige zijn moeilijkheden ontkent, negeert of daarvan wegvlucht, bijvoorbeeld in drank- of druggebruik. Ook de afwezigheid van doelmatig probleemoplossingsgedrag kan duiden op een zwakke zelfhandhaving. Dat blijkt onder meer uit het niet om hulp en aandacht (durven) vragen in stress- en/of probleemsituaties, het niet opsporen en wegnemen van de oorzaken bij moeilijkheden, het niet zoeken van deskundige hulp in probleemsituaties en het niet inschakelen van personen uit het sociale netwerk. We spreken van een (te) *sterke zelfhandhaving* wanneer de doelmatigheid al te zeer op de voorgrond staat. De jeugdige vraagt zich bijvoorbeeld niet af welke aanpak onder de voorliggende omstandigheden adequaat is. Hij houdt geen rekening met anderen bij het oplossen van probleemsituaties, of hij hanteert een autoritaire of sterk dominante aanpak bij het oplossen van zijn moeilijkheden.

5.3 *Het primaire leefmilieu*

5.3.1 *Definitie primaire leefmilieu*

*het primaire
leefmilieu*

Onder het ***primaire leefmilieu*** wordt de sociale leefeenheid verstaan, die op het moment van de aanmelding van de jeugdige de primair verzorgende functie voor hem vervult. Dit kan het oorspronkelijke gezin van de jeugdige zijn. Ook kan het de gezinsvervangende situatie zijn waar de jeugdige verblijft, zoals een opvanggezin, een pleeggezin of een tehuis.

De VSPS-vragen worden beantwoord voor het primaire leefmilieu van waaruit de jeugdige (mede) voor begeleiding werd aangemeld. Indien een jeugdige in een opvanggezin of tehuis verblijft vanwege crisisinterventie, dan wordt derhalve het oorspronkelijke thuismilieu beoogd en niet het milieu waarin de jeugdige opgevangen werd. Indien een beoordelaar toch beide leefsituaties in kaart wenst te brengen, dan bestaat uiteraard altijd de mogelijkheid een extra VSPS-onderdeel *primaire leefmilieu* voor dit tweede 'gezin' in te vullen.

5.3.2 *Structurele aspecten primaire leefmilieu*

*structurele
aspecten*

De ***structurele aspecten van het primaire leefmilieu*** zijn die sociaal-structurele (probleem)aspecten van de primaire leefeenheid, die niet of moeilijk via psychosociale interventies te wijzigen zijn. Het gaat hierbij om zaken als inkomen, arbeidssituatie, gezinsvolledigheid, gezinsomvang, en dergelijke.

5.3.3 Problemen van *primaire opvoeders*

*problemen
primaire
opvoeders*

De *primaire opvoeders* zijn die ouderfiguren, die op het moment van de aanmelding van de jeugdige de verantwoording hebben voor zijn opvoeding. Vaak zijn dit de natuurlijke (biologische) ouders. Indien de primaire opvoedingssituatie van de jeugdige bestaat uit één natuurlijke ouder en één vervangende ouderfiguur, dan worden de vragen voor deze personen ingevuld. Indien daarnaast de (niet in het primaire gezin verblijvende) tweede natuurlijke ouder een rol van betekenis heeft in de opvoeding, dan kan voor deze ouder het onderdeel 'primaire leefmilieu' van een tweede VSPS-vragenlijst ingevuld en aan het dossier van de jeugdige toegevoegd worden. Indien er zowel een natuurlijk als een vervangend ouderpaar is, dan kan men overwegen om het primaire milieu twee keer in te vullen, namelijk voor beide ouderparen apart, en deze aan het dossier toe te voegen. In het algemeen is het aan te raden om bij *complexe primaire opvoedingssituaties* de volgende beslissingsregel te volgen. Indien sprake is van *één primaire opvoeder* dan wordt het onderdeel 'primaire leefmilieu' van de VSPS alleen voor deze persoon ingevuld. Indien sprake is van *twee primaire opvoeders* dan wordt het onderdeel 'primaire leefmilieu' voor deze twee personen ingevuld. Indien sprake is van *drie of meer primaire opvoeders* dan wordt eerst bepaald welke de twee belangrijkste opvoeders zijn. Het onderdeel 'primaire leefmilieu' wordt vervolgens voor deze personen ingevuld. Indien de resterende personen eveneens een belangrijke inbreng hebben in de opvoeding van de jeugdige, dan kan men overwegen om voor deze personen een extra onderdeel 'primaire leefmilieu' van de VSPS in te vullen.

*emotionele
problemen*

Emotionele problemen van primaire opvoeders zijn de op de eigen persoon en het eigen innerlijk gerichte pro-

blematische gedragspatronen van de ouderfiguren, de zogeheten internaliserende gedragsproblemen.

gedragsproblemen *Gedragsproblemen van primaire opvoeders* zijn de op de buitenwereld gerichte problematische gedragspatronen van de ouderfiguren, de zogeheten externaliserende gedragsproblemen.

persoonlijke problemen Bij de factor *persoonlijke problemen van primaire opvoeders* gaat men na in hoeverre de ouderfiguren kampen met persoonlijke problemen die het dagelijks functioneren belemmeren. Het gaat hierbij om (rand)psychiatrische klachten, die al dan niet samenhangen met het verleden, zoals een niet verwerkt kinderbeschermings-, tehuis- en/of incestverleden, enzovoort.

5.3.4 Problemen van broers/zussen

andere kinderen De *broers/zussen* zijn *alle thuis- én niet thuiswonende kinderen*, waarvoor de ouderfiguren van de jeugdige de opvoedkundige zorg dragen of hebben gedragen. Het betreft hier dus alle broers en/of zussen van de jeugdige, inclusief de niet-natuurlijke broers en/of zussen (zoals pleeg/adoptiekinderen, halfbroers/zussen, kinderen van nieuwe partners, enzovoort).

emotionele problemen De *emotionele problemen van broers/zussen* beslaan de op de eigen persoon en het eigen innerlijk gerichte problematische gedragspatronen van broers en/of zussen van de jeugdige, de zogeheten internaliserende gedragsproblemen.

gedragsproblemen De *gedragsproblemen van broers/zussen* zijn de op de buitenwereld gerichte problematische gedragspatronen van de broertjes en/of zusjes van de jeugdige, de zogeheten externaliserende gedragsproblemen.

persoonlijke problemen Bij de factor *persoonlijke problemen van broers/zussen* gaat men na in hoeverre bij de broers en/of zussen van de jeugdige de persoonlijkheidsaspecten 'zelfcontrole', 'zelfbeeld', 'zelfbepaling' en 'zelfhandhaving' problematisch zijn.

5.3.5 Risicovolle gezinsaspecten

gezinsaspecten Het onderdeel *gezinsaspecten* heeft betrekking op de probleemaspecten in het gezin van de jeugdige, die samenhangen met problematische onderlinge relaties of omgang tussen de leden van het gezin. Hieronder vallen zaken zoals conflicten, communicatiestoornissen, affectief-relatieve problemen, pedagogische onmacht, enzovoort. Voorts wordt bedoeld op verstoringen die een relatief permanent karakter hebben. Zo moeten conflicten tussen de gezinsleden niet verward worden met tijdelijke relationele problemen die zijn ontstaan als gevolg van incidentele negatieve gebeurtenissen (tegenslagen) in het dagelijkse leven of door een ruzie van voorbijgaande aard.

Nb. Indien men de VSPS voor beide ouderfiguren invult, dan geeft het VSPS-risicoprofiel bij de gezinsfactoren telkens drie profiel- of risicoscores weer. De eerste score heeft betrekking op de vader(figuur). Dit wordt aangeduid met het voorvoegsel 'V='. De tweede score heeft betrekking op de moeder(figuur) en heeft als voorvoegsel 'M='. De derde score is het gemiddelde van de scores van beide opvoeders. Deze score vormt de uiteindelijke profiel- of risicoscore.

relatie primaire opvoeders De risicofactor *relatie primaire opvoeders* is te omschrijven als een bij herhaling optredende ernstige verstoring van de onderlinge interactie van de ouderfiguren. Deze verstoring kan de vorm aannemen van fre-

quente ruzies en/of ernstige conflicten tussen de ouderfiguren, zoals het elkaar fysiek en/of verbaal bedreigen. Daarnaast kan de verstoring zich uiten in een negatieve houding of in negatief gedrag. De ouderfiguren voelen zich bijvoorbeeld niet erg prettig bij elkaar, kunnen niet met elkaar overweg, keuren elkaars ideeën, plannen en/of gedrag af, spreken kwaad van elkaar, negeren elkaar, en dergelijke.

opvoeder-kind relatie

De risicofactor **opvoeder-kind relatie** is te omschrijven als een regelmatig optredende ernstige verstoring van de interactie tussen de jeugdige en de ouderfiguren. Dit kan zich uiten in frequente ruzies en/of ernstige conflicten tussen de ouderfiguren en de jeugdige, zoals het elkaar fysiek en/of verbaal bedreigen. Daarnaast kan de verstoring blijken uit een negatieve houding en/of negatief gedrag. Het kind en de ouder(s) hebben het niet naar de zin bij elkaar, vinden elkaar lastig, keuren elkaars ideeën, plannen en/of gedrag af, spreken kwaad van elkaar, negeren elkaar, en dergelijke.

overige gezins & familie relaties

De risicofactor **overige gezinsrelaties** is een regelmatig optredende ernstige verstoring van de interactie tussen de jeugdige en overige gezinsleden, zoals broers en/of zussen, of bij de ouders inwonende grootouders of andere familieleden. Het gaat hierbij om frequente ruzie en/of ernstige conflicten tussen de jeugdige en de overige gezinsleden, of tussen de overige gezinsleden onderling. Zij bedreigen elkaar bijvoorbeeld fysiek en/of verbaal. De verstoring kan ook blijken uit een negatieve houding en/of negatief gedrag. Ze zien elkaar bijvoorbeeld niet zitten, trekken niet met elkaar op, vinden elkaar lastig of keuren elkaars ideeën, plannen en/of gedrag af, en dergelijke.

**gezinscom-
municatie**

De risicofactor **gezinscommunicatie** kan worden omschreven als een aanhoudend gebrek aan geestelijk en fysiek verkeer tussen de gezinsleden. Dit kan tot uitdrukking doordat gesprekken over alledaagse en persoonlijke (intieme) kwesties afwezig zijn of tot een minimum beperkt blijven. Dit kan zich voordoen tussen de ouderfiguren onderling, tussen de ouderfiguren en de kinderen, en tussen de kinderen onderling. Een gestoorde communicatie kan ook aan het licht komen doordat de gezinsleden niet, of in beperkte mate gezamenlijk dingen ondernemen (bv. in het huishouden, de vrije tijd of tijdens vakanties).

**gedrags-
begelei-
ding**

De risicofactor **gedragsbegeleiding** verwijst naar een aanhoudende toestand van onvoldoende en/of verkeerde begeleiding van de gedragsontwikkeling van de jeugdige. Hiervan is sprake als de ouderfiguren zich niet voldoende bekommeren om het wel en wee van de jeugdige, niet of nauwelijks op de hoogte zijn van zijn doen en laten, geen huisregels hebben of daar inconsequent mee omgaan, de jeugdige niet of nauwelijks stimuleren dingen aan te pakken of hem niet laten zien hoe dingen aangepakt kunnen worden, en dergelijke. In dit geval spreken we van een (*te*) *zwakke gedragsbegeleiding*. Daarnaast kan een risicovolle gedragsbegeleiding bestaan uit een overmatige controle op het doen en laten van het kind. De ouderfiguren hanteren bijvoorbeeld zeer streng een (onoverzichtelijk) groot aantal gedrags- en huisregels, geven de jeugdige zeer weinig ruimte om met zijn gedrag te experimenteren, hebben veel kritiek op (het gedrag van) de jeugdige ('muggeziften' of 'vitten'), en/of geven permanent aan hoe dingen beter aangepakt kunnen worden ('weten het het altijd beter'), enzovoorts. In dit geval spreken we van een (*te*) *sterke gedragsbegeleiding*.

Nb. Op het VSPS-risicoprofiel wordt achter de profiel-scores van de ouderfiguren telkens vermeld welk risico-aspect overheerst. Daarbij betekent een 'z' dat het zwakke aspect overheerst en een 's' dat het sterke aspect overheerst. De 'm' van meenvorm duidt aan dat beide aspecten in gelijke mate aanwezig zijn.

*opvoe-
dingsstijl*

De risicofactor *opvoedingsstijl* is een bij herhaling optredend geheel van onvoldoende en/of onjuiste opvoedkundige reacties van de ouderfiguren op de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige. Dit kan blijken doordat zij onvoldoende geïnformeerd zijn over gedrag dat behoort bij de door het kind bereikte ontwikkelingsleeftijd, onvoldoende kennis hebben van of onvoldoende ervaring hebben met specifieke begeleidingsvaardigheden die passen bij de bereikte ontwikkelingsleeftijd van het kind, of doordat zij niet, onvoldoende of op een verkeerde wijze aandacht geven aan de behoeften van het kind.

*principes
effectief
opvoeden*

Principes van effectief opvoeden

De VSPS-vragen betreffende de opvoedingsstijl zijn gebaseerd op de principes van het effectief opvoeden (Patterson, 1982; Van der Ploeg & Scholte, 1990; Scholte & Sontag, 1992b).

In deze benadering wordt de adequate sociale en emotionele (gedrags)ontwikkeling in grote lijnen door een combinatie van twee factoren bepaald, namelijk:

- een evenwichtige balans tussen het stimuleren van gewenst (pro-sociaal) gedrag door middel van beloning en het corrigeren van ongewenst (anti-sociaal) gedrag door middel van straf en beloning;
- een affectief veilig opvoedingsklimaat.

Beloning en straf kunnen een materiële inhoud hebben,

zoals het geven/onthouden van snoep, geld, cadeautjes of toestemming iets te ondernemen. Daarnaast kunnen zij van immateriële aard zijn, zoals het geven of onthouden van emotionele steun, waardering of affectie.

Voor een evenwichtige sociale en emotionele ontwikkeling is het belangrijk dat beide aspecten aanwezig zijn. Verder is het van belang dat straf en beloning aansluiten bij de ontwikkelingsbehoeften van de jeugdige. Indien dit het geval is, spreken we van *responsief* opvoedingsgedrag. Een bepaalde verschijningsvorm daarvan is de *empathie*. Hierbij beschouwt de opvoeder de (ontwikkelings)behoeften van de jeugdige door zich diens positie voor ogen te halen of zich in te leven in het standpunt van de jeugdige.

Enkele voorbeelden van niet-responsief opvoedingsgedrag zijn: het stellen van (gedrags)eisen die de door het kind bereikte ontwikkelingsleeftijd (ver) te boven gaan, bij de dagbesteding of de dagindeling (te) weinig aandacht schenken aan wat de jeugdige (zelf) wil, of niet luisteren naar wat de jeugdige te zeggen heeft. Zulke opvoedingshoudingen kunnen uitmonden in frustratie en in een negatieve zelfevaluatie bij de jeugdige. Daardoor wordt de kans op verstoringen van toekomstige interacties met de sociale omgeving sterk vergroot.

Tot slot zijn voor de evenwichtige sociale en emotionele (gedrags)ontwikkeling nog een aantal voorwaarden van belang. De straf en de beloning moeten *duidelijk* zijn, dus voor de jeugdige begrijpbaar zijn ofwel door hem begrepen worden. Ook moeten de straf en de beloning *stelselmatig* (consequent) worden toegepast, echter zonder dat daarbij sprake is van starheid of verkramptheid. Verder behoren de opvoedingsmaatregelen en de uitvoering daarvan op basis van *redelijkheid* te geschieden, dus niet op basis van macht of met een beroep op autoriteit, doch op basis van argumenten die voor een redelijk denkend persoon te accepteren zijn.

Op grond van deze principes kunnen we vier opvoedingsstijlen onderscheiden. In afbeelding 5.1 worden ze genoemd en in verband gebracht met de kenmerken van effectief opvoeden.

	autoritair	permissief	verwaarlozend	democratisch
responsief	afwezig	aanwezig	afwezig	aanwezig
empathisch	afwezig	aanwezig	afwezig	aanwezig
stimulerend	aan/afwezig	afwezig	afwezig	aanwezig
straffend	aanwezig	afwezig	afwezig	aanwezig
belonend	aan/afwezig	aan/afwezig	afwezig	aanwezig
consequent	aanwezig	afwezig	aan/afwezig	aanwezig
duidelijk	aan/afwezig	aan/afwezig	aan/afwezig	aanwezig
dominant	aanwezig	afwezig	afwezig	afwezig

Afbeelding 5.1 Opvoedingsstijl en opvoedingsgedrag

De opvoedingsstijlen worden als volgt omschreven:

- Bij een *autoritaire* of *machtsbevestigende opvoeding* stellen de opvoeders hoge eisen aan de kinderen en is er sprake van veel controle. Regels worden strikt gesteld, er is weinig discussie mogelijk en overtredingen worden streng gestraft. Autoritair opgevoede kinderen functioneren in sociaal opzicht minder goed. Ze zijn weinig spontaan en ontwikkelen nauwelijks initiatieven op sociaal gebied. Ze laten zich sterk door hun eigen overwegingen leiden en zijn moeilijk beïnvloedbaar door de buitenwereld. Het toepassen van machtsbevestigende disciplinerings technieken als fysiek straffen, privileges en bezittingen afnemen, bevelen geven of bedreigen, kan leiden tot gedrag dat gebaseerd is op angst voor ontdekking en straf. Dat kan resulteren in heimelijk probleemgedrag, bijvoorbeeld diefstal en alcohol- en/of druggebruik.

- Bij een *permissieve* of *anti-autoritaire opvoeding* reageren de opvoeders responsief, maar omvat hun reactie weinig controlerende elementen. Aan (het gedrag van) het kind worden weinig eisen gesteld, terwijl richtlijnen voor dat gedrag niet of nauwelijks worden verstrekt. Kortom: het kind moet zelf zijn gedrag maar reguleren. Permissief opgevoede kinderen ontbreekt het vaak aan zelfcontrole. Ze reageren veelal impulsief, ontwikkelen vaak agressieve, dwingerige gedragspatronen en lijken in mindere mate in staat om verantwoordelijkheid te dragen.
- De *afwezige* of *verwaarlozende opvoeding* wordt gekenmerkt door een grote onverschilligheid bij de opvoeders. Er worden geen eisen aan het kind gesteld en de opvoeders reageren niet responsief op de behoeften en wensen van het kind. Het kind kan zijn eigen gang gaan, zolang het de opvoeder niet voor de voeten loopt. De afwezigheid van opvoeding lijkt met name de emotionele ontwikkeling in negatieve zin te beïnvloeden. De kinderen in kwestie hebben een laag zelfbeeld, kunnen agressief gedrag ontwikkelen, zijn vaak ongehoorzaam en laten zich sterk beïnvloeden door hun omgeving.
- Bij een *democratische* of *autoritatieve opvoeding* reageren de opvoeders responsief op redelijke behoeften en wensen van het kind. De communicatie tussen opvoeder en kind verloopt op basis van wederzijds begrip en respect. De opvoeders hebben oog voor de opvattingen van het kind en brengen hun eigen visie als mogelijkheid naar voren. De opvoeders stellen duidelijke en eenduidig eisen aan het kind en ze houden vast aan duidelijke regels. Bij overtredingen wordt consequent gestraft. De autoritatieve opvoeding geeft de beste ontwikkelingsprognose. Op deze wijze opgevoede kinderen hebben een hoge mate van controle

over hun impuls- en agressiehuishouding, ze zijn in staat verantwoordelijkheid te dragen en gedragen zich zelfstandig. Verder hebben deze kinderen een positief zelfbeeld, en zijn ze sociaal en cognitief vaardig.

Nb. Op het VSPS-risicoprofiel wordt achter de profiel-scores van de opvoedingsstijl van de ouderfiguren telkens vermeld welk risicoaspect overheerst. Daarbij betekent een 'a' dat het autoritaire aspect overheerst, een 'v' dat het verwaarlozende element de overhand heeft en een 'p' dat de permissieve component de boventoon voert. De 'm' van mengvorm geeft aan dat alle aspecten gelijkelijk aanwezig zijn. Dit kan duiden op een inconsequent opvoedingsbeleid.

**opvoedings-
klimaat**

De risicofactor **opvoedingsklimaat** bestaat uit twee tegenovergestelde componenten.

Enerzijds kan sprake zijn van een aanhoudend afwezig zijn van basisveiligheid in het gezin van de jeugdige. In dat geval spreekt men van *emotionele, pedagogische en/of lichamelijke verwaarlozing* van de jeugdige door de ouderfiguren. Dit kan blijken uit een gebrek aan ouderlijke warmte, affectie en/of aandacht, al dan niet in combinatie met een gebrek aan materiële basisverzorging (voeding, kleding, lichamelijke verzorging).

Aan de andere kant kan er een situatie van *emotionele overbescherming (overprotectie)* in het primaire gezin van de jeugdige bestaan. Er is dan sprake van een sterke overdaad aan ouderlijke warmte, affectie en/of aandacht, al dan niet in combinatie met een overdreven nadruk op de materiële (basis)verzorging (bv. overladen met cadeau's of verwennerij).

Een aantal gedragsreacties van de jeugdige wijzen op de aanwezigheid van een onveilig opvoedingsklimaat. Hiertoe behoren onder meer het vermijden van de ou-

derfiguren, het afweren van ouderlijke toenaderingspogingen, het zich bij herhaling negatief uitlaten over de ouderfiguren, het zich niet op zijn gemak voelen in de nabijheid van anderen, bang zijn voor verlies van (ouder)liefde, al dan niet in combinatie met het overmatig zoeken naar (zelf)bevestiging.

Een onveilig opvoedingsklimaat moet niet worden verward met een gebrekkige gedragsbegeleiding en/of een problematische opvoedingsstijl. Zo kan de ouderlijke gedragsbegeleiding onvoldoende zijn, terwijl de ouderfiguren wel positief affectief betrokken zijn bij het kind.

Nb. Op het VSPS-risicoprofiel wordt achter de profiel-scores van de ouderfiguren telkens vermeld welk risicoaspect overheerst. Een 'v' betekent dat het verwaarlozende aspect overheerst, en een 'o' dat de overbeschermende component het meest op de voorgrond treedt. De 'm' van mengvorm geeft aan dat beide aspecten in gelijke mate aanwezig zijn.

5.3.6 Sociaal netwerk en sociale steun

sociaal netwerk & sociale steun

Het sociaal netwerk is op te vatten als een geheel van sociale relaties. In de meest brede betekenis kan de gehele samenleving worden opgevat als een sociaal netwerk van individuele en groepsrelaties (Van der Ploeg, 1998). Hier verwijst het begrip echter naar de relaties die rondom een bepaalde persoon aanwezig zijn, in het bijzonder rond de jeugdige en diens primaire opvoeders. De literatuur noemt uiteenlopende kenmerken om deze relaties te beschrijven. Veelvuldig genoemd worden het aantal, de stabiliteit, de diepgang en de wederkerigheid van de contacten, de frequentie, de intensiteit, de duur en de inhoud van de interacties, en de hulp en steun die de relaties bieden.

Uit deze opsomming blijkt dat het sociaal netwerk niet

gelijk gesteld mag worden aan sociale steun. Het deel uitmaken van een sociaal netwerk vormt weliswaar voorwaarde voor het krijgen van sociale steun, maar de aanwezigheid van een groot sociaal netwerk betekent niet zonder meer dat men dan ook veel sociale steun ontvangt. Relaties zijn immers niet altijd positief, ze kunnen ook oppervlakkig zijn, een bron van ergernis vormen of conflicten oproepen. Of er sprake is van sociale steun hangt af van de vraag of de bestaande netwerkrelaties daadwerkelijk hulp bieden en of deze hulp metterdaad door betrokkene als steun wordt ervaren (Sarason, Sarason & Pierce, 1990). De al dan niet steunende kwaliteit van het sociale netwerk vormt daarmee, meer dan de omvang van het netwerk en de frequentie en intensiteit van de contacten, een risicofactor.

Op grond van het bovenstaande kan de risicofactor (*gebrek aan*) *sociale steun* worden omschreven als:

- . de mate waarin iemands sociaal netwerk al dan niet een helpende hand biedt bij problemen, dus de daadwerkelijk geboden hulp, en
- . de mate waarin iemand al dan niet steun ervaart of tevreden is met de geboden hulp.

Deze definitie impliceert dat sociale steun volledig ontbreekt bij een volkomen afwezigheid van relaties.

sociale steun
gezin De risicofactor ***sociale steun gezin*** verwijst naar het ontbreken van een netwerk van relaties dat het gezin, in het bijzonder de primaire opvoeders, op de hiervoor omschreven tweeledige wijze hulp en steun biedt bij moeilijkheden of problemen. Daarbij wordt het netwerk van de primaire opvoeders opgedeeld naar:

1. eigen ouders, broers/zussen en familie
2. vrienden, burens, collega's en bekenden
3. leraren, hulpverleners en andere (semi-)professionals.

sociale steun jeugdige De risicofactor **sociale steun jeugdige** verwijst naar het ontbreken van een netwerk van relaties dat de jeugdige op de hiervoor omschreven tweeledige wijze hulp en steun biedt bij moeilijkheden of problemen. Daarbij wordt het netwerk van de jeugdige opgedeeld naar:

1. de primaire opvoeders
2. grootouders, broers/zussen en familie
3. vrienden, burens en bekenden
4. leraren, club/sportleiders, hulpverleners en andere (semi-)professionals.

5.3.7 Bijzondere risicofactoren (in het gezin)

bijzondere risico-factoren Het onderdeel **bijzonder risicofactoren** omvat een aantal risicovolle gezinskenmerken die in de praktijk van de jeugdzorg een belangrijke rol kunnen spelen. Het betreft onder meer: zeer jonge ouderfiguren, conflicten vanwege cultuurverschillen, pedagogische onmacht, vroegkinderlijke verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik. Omdat de VSPS voor deze aspecten geen aparte itemlijsten gebruikt, worden deze aspecten individueel bevraagd en apart op het VSPS-risicoprofiel vermeld. Voor de bijzondere risicofactoren worden de volgende definities gehanteerd.

culturele verschillen De risicofactor **culturele verschillen** verwijst naar bij herhaling optredende, ernstige stoornissen in de interactie tussen kinderen en ouderfiguren, ontstaan door verschillen in cultureel-maatschappelijke oriëntatie. Het gaat hierbij om verschillen in opvatting over de wenselijkheid/gepastheid van bepaald gedrag in uiteenlopende (maatschappelijke) situaties op grond van religieuze, levensbeschouwelijke of sektarische overtuigingen. Deze stoornissen komen tot uitdrukking als ernstige botsingen tussen de ouderfiguren en de kinderen, tussen

de ouderfiguren onderling, of tussen de kinderen onderling, onder andere over de vraag hoe men zich dient te gedragen. Daaronder vallen dan kledingvoorschriften voor Islamitische meisjes en vrouwen, of de gewoonte in bepaalde culturen om meisjes na schooltijd direct thuis te laten komen en niet, zoals wel gebruikelijk is onder Nederlandse meisjes, na schooltijd met leeftijdsgenootjes buiten te laten spelen.

Problemen door culturele verschillen moeten niet verward worden met gezinsconflicten vanwege sociaal-maatschappelijke achterstandssituaties, zoals problemen met huisvesting, financiën, arbeid/werk, persoonlijke problemen van ouders (bv. alcoholisme, psychiatrische klachten) en/of opvoedingsproblemen.

*pedago-
gische
onmacht*

De risicofactor ***pedagogische onmacht*** heeft betrekking op de ineffectiviteit van het opvoedingshandelen, die door de opvoeders zelf ervaren wordt. Zij zeggen bijvoorbeeld dat zij geen greep hebben op hun kinderen, of dat zij problemen hebben bij het opvoeden.

Pedagogische onmacht dient niet verward te worden met het professionele oordeel van derden dat de opvoeders niet juist of ineffectief opvoeden. In dat geval spreken we niet van pedagogische onmacht, maar van een problematische (gedrags)begeleiding of van een risico-volle opvoedingsstijl.

*vroegkinder-
lijke ver-
waarlozing*

De risicofactor ***vroegkinderlijke verwaarlozing*** verwijst naar fysiek-materiële en/of affectief-emotionele tekorten gedurende de eerste levensjaren (0-7 jaar).

*mishan-
deling*

Onder ***mishandeling*** vallen alle handelingen en activiteiten van de ouderfiguren, overige gezinsleden en/of overige personen, die de lichamelijke, dan wel geestelijke gezondheid van de jeugdige bedreigen.

***seksueel
misbruik***

Onder ***seksueel misbruik*** vallen alle handelingen en activiteiten van ouderfiguren, familieleden, vrienden en kennissen die seksueel contact met de jeugdige beoogmerken. Hieronder vallen ook incestueuze handelingen.

***eerdere
hulpver-
lening***

Onder ***eerdere hulpverlening*** vallen alle bemoeienissen van instellingen en instanties die de jeugdige of diens gezin in het verleden hulp hebben verstrekt bij medische, materiële of psychosociale problemen.

Eerdere hulpverleningscontacten vormen in die zin een risicofactor dat het welslagen van actuele hulpverlening aanzienlijk kan worden belemmerd door niet of weinig succesvolle hulpverleningservaringen die de jeugdige of diens gezin in het verleden opdeden. In zulke gevallen is het raadzaam te bezien waarom de in het verleden verstrekte hulp niet succesvol was en of dit het beoogde actuele hulpaanbod zal bemoeilijken.

***politie &
justitie-
contacten***

Onder ***(eerdere en actuele) politie- en justitiecontacten*** vallen alle strafrechterlijk contacten die de jeugdige of leden van het gezin van de jeugdige in het verleden hadden of op dit moment hebben met politie en justitie. Strafrechterlijke politie- en justitiecontacten vormen in die zin een risicofactor dat zij een afspiegeling kunnen vormen van anti-sociaal gedrag. Het risico van ontwikkelingsproblemen is met name verhoogd naarmate de aanleiding van het politie- of justitiecontact - het delict - ernstiger is of deze contacten bij herhaling voorkomen.

Daarnaast wordt het risico van een verstoorde persoonlijke ontwikkeling en een gebrekkige maatschappelijke aanpassing aanzienlijk verhoogd door de eventueel uit deze contacten voortvloeiende gevolgen, zoals detentie of maatschappelijke uitsluiting.

5.4 Het secundaire leefmilieu

Het *secundaire leefmilieu* verwijst naar de school die de jeugdige rond de aanmelding bezocht of naar het werk dat hij op dat moment had. De risicofactoren op dit gebied hebben betrekking op problemen in de omgang tussen de jeugdige en de personen die direct bij zijn school/werksituatie zijn betrokken. Ook gaat het hierbij om eventuele sociale en intrapsychische problemen die met school of werk samenhangen. Het betreft bijvoorbeeld conflicten met leraren en medeleerlingen, tekorten in pedagogisch-didactische aanpak, een onveilig klimaat op school, een gebrekkige leer- of schoolmotivatie, problemen met schoolprestaties, enzovoort.

*school-
motivatie*

De risicofactor *schoolmotivatie* verwijst naar een aanhoudende ongeïnteresseerdheid in het verwerven van schoolse kennis. Dat kan tot uitdrukking komen in het ontbreken van leer- en nieuwsgierigheid, het ongeïnteresseerd zijn in leren, vakken op school niet leuk of boeiend vinden, het behalen van school/vakdiploma's niet belangrijk vinden, enzovoort.

*school-
prestaties*

De risicofactor *schoolprestaties* is te omschrijven als het aanhoudend behalen van onvoldoende schoolresultaten voor de belangrijkste schoolvakken. Dit is bijvoorbeeld af te leiden uit lage rapportcijfers, onvoldoende resultaten bij het toetsen van schoolvorderingen en ongunstige beoordelingen bij schoolonderzoeken.

*gedrags-
problemen
op school*

De risicofactor *gedragsproblemen op school* verwijst naar het bij herhaling vertonen van probleemgedrag op school en/of in de klas. Daaronder valt spijbelen, regelmatig te laat komen, desinteresse en lesaanwijzingen niet opvolgen (onhandelbaar of ongehoorzaam zijn). Andere kenmerken zijn het agressief benaderen van de

leerkracht(en) en/of van de medeleerlingen (grote mond geven, schieten met propjes, potloden of pennen, bekrassen van meubilair). Daarnaast betreft het ordeverstoring, concentratieproblemen en ongedurig gedrag.

*relaties
klasgenoten*

De risicofactor ***relaties met klasgenoten*** bestaat uit een aanhoudende ernstige verstoring van de interactie tussen de jeugdige en zijn klasgenoten. Dit blijkt uit onderling geruzie en gekibbel, gepest worden, vechtpartijtjes, sociale isolatie of het niet optrekken met klasgenoten en impopulariteit.

*relaties
leerkrachten*

De risicofactor ***relaties met leerkrachten*** wordt omschreven als een aanhoudende ernstige verstoring van de interactie tussen de jeugdige en zijn leerkracht(en). Dit kan tot uitdrukking komen in het uitlokken en krijgen van straf, in een onwelwillende of achterdochtige houding van de jeugdige jegens de leerkracht of van de leerkracht jegens de jeugdige, in het elkaar wederzijds afkeuren, enzovoort.

*onderwijs-
stijl*

De risicofactor ***onderwijsstijl*** is te omschrijven als een geheel van onvoldoende en/of onjuiste pedagogisch-didactische reacties van een leerkracht op de specifieke leer- en gedragsbehoeften en op de mogelijkheden van de jeugdige. Dit kan de vorm aannemen van een weinig aantrekkelijke presentatie van de leerstof, het stellen van te hoog gegrepen leerdoelen en het toepassen van onderwijsmethoden die niet toegesneden zijn op de bereikte ontwikkelingsleeftijd van de jeugdige of die hem beslist niet aanspreken. Ook kan het blijken uit het onvoldoende, niet consequent of niet op het juiste moment reageren op de leerbehoeften, de schoolvorderingen en/of het sociale gedrag van de leerlingen in de klas, in het bijzonder van de jeugdige. Voorts kan de leerkracht te weinig belonend zijn of op autoritaire wijze op de jeug-

dige reageren. Zie voor een omschrijving van deze begrippen ook de principes van het effectief opvoeden bij de risicofactor 'opvoedingsstijl'.

leerachterstanden

De risicofactor ***leerachterstanden*** is te omschrijven als een niveau van ontwikkeling in de leervakken op school (lezen, taal, rekenen) dat beduidend lager ligt dan het gemiddelde niveau van de leeftijdgenoten van de jeugdige. De leerachterstanden of de leerproblemen kunnen zich uitstrekken over alle op school onderwezen gebieden. In dit geval spreken we van een *algehele leerachterstand*. Daarnaast kunnen er leerachterstanden of leerproblemen op een bepaald gebied zijn, bijvoorbeeld alleen bij lezen. In dat geval bestaat er een *specifieke leerachterstand*.

De leerachterstanden of de leerproblemen kunnen samenhangen met tekorten in de *biologische en/of de psychische uitrusting* van de jeugdige. Zulke leerachterstanden zijn in principe niet, of slechts met zeer grote inspanningen, in te halen. Daarnaast kunnen de leerachterstanden of de leerproblemen het gevolg zijn van *een gebrek aan motivatie*, wat samenhangt met ongunstige omstandigheden in de persoon van de jeugdige of in diens sociale omgeving. Deze leerachterstanden zijn in principe in te halen. Specifieke vormen hiervan zijn leerachterstanden en leerproblemen in samenhang met maatschappelijke achterstandssituaties die ontstaan zijn door *cultuurverschillen*.

werkmotivatie

De risicofactor ***werkmotivatie*** is een toestand van aanhoudende desinteresse of een negatieve houding bij de jeugdige tegenover het verrichten van arbeid. Dit kan zich uiten in ongeïnteresseerdheid in het eigen werk en het eigen werk niet leuk of boeiend vinden. Ook kan de jeugdige frequent zonder duidelijke aanleiding niet verschijnen op het werk (verzuimen), of zich trachten te

onttrekken aan arbeid in de eigen werksituatie. Voorts kan onvoldoende werkmotivatie tot uitdrukking komen in een negatieve beoordeling van arbeid in het algemeen en/of de eigen werksituatie in het bijzonder.

*relaties op
het werk*

De risicofactor ***relaties op het werk*** omvat een aanhoudend aanwezige, ernstige verstoring van de omgang tussen de jeugdige en zijn meerderen en/of collega's op het werk. De jeugdige vertoont bijvoorbeeld ordeverstoring gedrag, lokt frequent ruzies uit op het werk en gaat die ook aan. Ook een onwelwillende en/of achterdochtige houding van de jeugdige tegenover zijn meerderen en/of collega's alsook een afkeurende beoordeling van de jeugdige door meerderen en/of collega's kunnen duiden op verstoorde werkrelaties.

*toekomst-
beeld*

De risicofactor ***toekomstbeeld*** verwijst naar alle voorstellingen die de jeugdige heeft van de door hem voorgenomen activiteiten op de korte- en middellange termijn. Het gaat hierbij om zijn ideeën over onderwijs, studie, werk, huisvesting, financiën en persoonlijke relatievorming. Van belang worden geacht: 1. de duidelijkheid of de concreetheid van de toekomstplannen van de jeugdige; 2. de reële haalbaarheid van de toekomstplannen in het licht van de cognitieve (o.a. intelligentie), de sociale (o.a. vaardigheden) en de maatschappelijke (o.a. schooldiploma's) mogelijkheden van de jeugdige; en 3. het geloof dat de jeugdige ten toon spreidt in de haalbaarheid van de door hem beoogde toekomstplannen, zoals onder andere blijkt uit reeds ondernomen activiteiten.

5.5 Het tertiaire leefmilieu

Het ***tertiaire leefmilieu*** verwijst naar de vrijetijdssituatie van de jeugdige. De risicofactoren op dit gebied heb-

ben betrekking op problemen in de besteding van de vrije tijd en op de moeilijkheden in de omgang met de leeftijdgenoten die in de vrije tijd worden ontmoet. Het gaat daarbij om zaken zoals risicovol gedrag en anti-sociale activiteiten, conflicten met vrienden en leeftijdgenoten of juist geen vrienden hebben, enzovoort.

*vrijetijds-
besteding*

Onder ***vrijetijdsbesteding*** vallen alle activiteiten die de jeugdige buiten schooltijd of buiten de normale werktijd onderneemt en die de sociale (gedrags)ontwikkeling kunnen bedreigen. Daartoe behoren het zonder duidelijk doel rondhangen in de stad of in de buurt, bezoeken van gok- of speelhallen en coffeeshops. Verder gaat het om in groepjes lastig vallen van anderen, een overmatig gebruik van alcohol en/of softdrugs, of het frequent bezoeken van cafés, disco's en dergelijke.

Een risicovolle vrijetijdsbesteding moet niet verward worden met het elkaar ontmoeten van (groepjes) jeugdigen op straat, of in openbare gelegenheden, voortkomend uit de behoefte van adolescenten om te experimenteren met sociaal gedrag en relatievorming met leeftijdgenoten van de eigen en andere sekse.

*relaties
leeftijd-
genoten*

De risicofactor ***relaties met leeftijdgenoten*** verwijst naar een aanhoudende ernstige verstoring in de relaties, en/of de relatievorming met leeftijdgenoten. Hiervan is mogelijk sprake als de jeugdige geen vrienden heeft niet optrekt met of (bij herhaling) afgewezen wordt door leeftijdgenoten. Ook een geringe deelname aan schoolse en buitenschoolse activiteiten van de leeftijdgenoten (bv. tijdens schoolpauzes, in de buurt of op een sportclub) kan op problemen wijzen. Dat geldt ook voor frequente ruzies met leeftijdgenoten door anti-sociaal gedrag van de jeugdige, zoals pesten, bedriegen, verklikken en/of voor het stelen van de eigen vrienden.

***vrienden-
groep***

De risicofactor ***vrienden/kennissengroep*** wordt omschreven als het omgaan of optrekken met een groepje leeftijdgenoten die anti-sociaal gedrag van de jeugdige bevorderen. Dit ontstaat door groepsprocessen, zoals wederzijdse stimulering, voorbeeldwerking of (sociale en/of fysieke) dwang. Deze risicofactor kan blijken uit het samen met vrienden lastig vallen en bedreigen van anderen, wetsovertredend gedrag (vandalisme, diefstal, inbreken, agressie), oplichten, bedriegen, doelloos rondhangen op straat, alsmede uit overmatig alcohol- en/of druggebruik, en dergelijke.

Nb. Deze groep jeugdigen kan de vriendengroep van de jeugdige zijn, dus de groep leeftijdgenoten waar de jeugdige regelmatig uiteenlopende activiteiten mee onderneemt in zijn vrije tijd. Dit hoeft echter niet zo te zijn. Het kan ook een geheel andere groep jeugdigen zijn, bestaand uit 'toevallige kennissen' die de jeugdige alleen maar 'van de straat' kent.

***probleem-
gedrag
vrienden***

De risicofactor ***probleemgedrag van vrienden/kennissen*** kan worden omschreven als de aanwezigheid van externaliserende (acting-out) gedragsproblemen bij één of meer vrienden van de jeugdige.

6.1 Inleiding

*validiteit
& betrouw-
baarheid*

Het doel van diagnostisch onderzoek is om binnen het gekozen diagnostisch kader een zo objectief mogelijk beeld te schetsen van de werkelijke (probleem)situatie van de jeugdige. Om die reden dienen vragenlijsten zoals de VSPS (inhouds)valide en betrouwbaar te zijn (zie De Zeeuw, 1994). Om deze eisen te toetsen kan de test-constructeur in grote lijnen de volgende wegen volgen: een kwalitatieve (of klinische) benadering, een kwantitatieve, of beide.

Bij de kwalitatieve benadering worden alle centrale begrippen van het instrument van sluitende criteriumdefinities voorzien, aan de hand waarvan het verschijnsel dat men wenst te bepalen eenduidig te herkennen is. Daaraan gekoppeld dienen er expliciete scoringsregels te zijn, waarmee bepaald kan worden of empirisch sprake is van het verschijnsel of niet. Deze klinisch-empirische definities leggen de inhoudsvaliditeit van de in het instrument gehanteerde begrippen vast. De betrouwbaarheid van de via het instrument gemaakte bepalingen kan worden vastgesteld door onderzoek, waarin meerdere waarnemers aan de hand van het instrument hetzelfde empirische verschijnsel beoordelen (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid).

Bij de kwantitatieve benadering worden alle centrale begrippen van het instrument geoperationaliseerd in een itemset. Die bestaat uit concrete vragen met eenduidige antwoorden. De beantwoording van deze itemset bepaalt of er sprake is van het verschijnsel of niet. De in-

houdsvaliditeit van de in het instrument gebruikte begrippen wordt bepaald door de combinatie van de betekenissen van de antwoorden op de vragen van de itemset. Wanneer we ervan uitgaan dat deze itemsets homogene concepten meten, dan kan de inhoudsvaliditeit van de begrippen kwantitatief worden weergegeven als de interne consistentie van de bijbehorende itemsets. Deze kan worden uitgedrukt als de coëfficiënt Alfa (Carmine en Zeller, 1993). De betrouwbaarheid van de via een itemset gemaakte beoordelingen kan uiteraard ook nu weer worden vastgesteld via onderzoek van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

*garanties
voor
validiteit
& betrouw-
baarheid*

Bij de constructie van de VSPS is zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve benadering gebruikt.

Allereerst werd aan alle risicofactoren van de VSPS een definitie plus een scoringsregel toegekend. Deze definities dienen om de validiteit en de betrouwbaarheid van met name de korte procedure te waarborgen. De gebruiker van de korte versie van de VSPS dient om die reden dan ook goed op de hoogte te zijn van de betekenis van deze definiërende criteria en scoringsregels. Ze zijn te vinden in hoofdstuk 3 en 5 van deze handleiding.

Daarnaast werden alle risicofactoren van de VSPS geoperationaliseerd in itemsets met concrete vragen. Deze item- of vragensets vormen de 'uitgebreide versie' van de VSPS.

*onderzoek
validiteit
& betrouw-
baarheid*

Een indruk van de validiteit en de betrouwbaarheid is verkregen via empirisch onderzoek onder hulpverleners die de VSPS toepasten. In het navolgende staan de bevindingen daarvan beschreven.

Eerst behandelen we de interne consistentie van de diverse VSPS-factoren, wanneer de uitgebreide procedure (of de VSPS-vragenlijst) wordt gebruikt. Dan analyseren

we de predictieve validiteit van de uitgebreide VSPS met betrekking tot de uithuisplaatsing van jeugdigen. Daarna onderzoeken we in hoeverre het VSPS-risicoprofiel empirisch gezien gereduceerd kan worden tot de onderliggende hoofddimensies van het psychosociale ontwikkelingsmodel. We doen dit met gegevens die via de korte VSPS-vragenlijst werden verzameld. Vervolgens behandelen we de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van zowel de korte als de uitgebreide VSPS. Tot slot zullen we op grond van het eerste validiteitsonderzoek aangeven hoe met een ingevuld VSPS-risicoprofiel het meest voor de hand liggende hulpaanbod kan worden bepaald. We laten ons daarbij leiden door de vraag welk type hulp bij welk soort problematiek empirisch gezien het meest frequent aangeboden wordt.

6.2 *Interne consistentie*

interne consistentie

De interne consistentie (inhoudsvaliditeit) van de uitgebreide procedure van de VSPS werd onderzocht bij een populatie jeugdigen van zes RIAGG's, Adviesbureaus en Instellingen voor Gezinsvoogdij in Haarlem en Rotterdam (Scholte et al, 1992a). De populatie bestond uit een aselechte steekproef van 300 jeugdigen die door 60 hulpverleners werden beoordeeld. De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen was 14.9 jaar, en de verhouding jongens op meisjes bedroeg 1 op 1. Een kwart van de jeugdigen was afkomstig uit etnische minderheden.

Tabel 6.1 geeft de interne consistentie van de VSPS-dimensies weer. Het betreft hier uiteraard alleen die risicofactoren van het VSPS-risicoprofiel, waarbij de hulpverlener de beschikking heeft over een uitgebreide itemset.

Tabel 6.1 Interne consistentie van de VSPS-dimensies

Tabel 6.1a Gedragsontwikkeling					Tabel 6.1c Gezin				
	N ¹	n	α	item-rest		N	n	α	item-rest
somberheid	246	5	.79	.48	gezinsconflicten	132	10	.84	.48
angsten	244	5	.84 ²	.57	gez. communicatie	167	12	.74	.40
sociale angsten	259	5	.77	.51	gedragbegeleiding	144	14	.79	.43
ongedurigheid	257	5	.90	.66	opvoedingsstijl	146	18	.76	.33
agressief gedrag	266	7	.88	.59	opvoedingsklimaat	148	12	.71	.37
anti-sociaal	253	7	.78	.41					

Tabel 6.1b Persoonlijkheid					Tabel 6.1d School				
	N	n	α	item-rest		N	n	α	item-rest
zelfcontrole	232	10	.89 ²	.31	schoolmotivatie	148	8	.83	.46
zelfbeeld	190	10	.89 ²	.47	schoolprestaties	141	8	.88	.46
zelfbepaling	200	10	.72 ²	.32	relaties leerlingen	162	6	.89	.66
zelfhandhaving	224	10	.87 ²	.40	relaties leraren	150	6	.88	.60
					onderwijsstijl	81	8	.83	.50

Tabel 6.1e Vrienden/vrije tijd				
	N	n	α	item-rest
vrijetijdsbesteding	160	10	.79	.38
relaties leeftijdgenoten	132	8	.85	.43
risicovolle vriendengroep	132	4	.70	.42

¹ N = aantal respondenten, n = aantal items

² Vanaf VSPS versie 4.0 is de itemlijst bijgesteld. De gepresenteerde waarden gelden allen voor deze en hogere versies.

Zoals uit de tabel blijkt kan de interne consistentie van het merendeel der VSPS-dimensies goed (.70 tot .80) tot zeer goed (.80 en hoger) genoemd worden. Tevens zijn de item-rest correlaties merendeels ruim voldoende (item-rest correlatie > 0.3, Carmines & Zeller, 1993).

De interne consistentie van de gedrags- en de persoonlijkheidsschalen van de VSPS werd daarnaast onderzocht in een populatie van 250 adolescenten in residentiële centra voor lichamelijk gehandicapte en chronisch zieke jeugdigen (Scholte & Douma, 1999). Daarbij werd voor de gedragschalen een gemiddelde interne consistentie van .86 gevonden. Bij de persoonlijkheidsschalen was de interne consistentie gemiddeld .80. In de literatuur worden als ondergrens voor de interne consistentie een waarde van .80 gehanteerd (Carmines & Zeller, 1993). De betrouwbaarheid van de VSPS-dimensies kan voorlopig dan ook als bevredigend worden beschouwd.

6.3 Predictieve validiteit bij uithuisplaatsing

predictieve validiteit

In hoeverre kunnen we het via de VSPS verkregen inzicht in de probleemsituatie van de jeugdige nu gebruiken om te bepalen of een ambulante thuisbehandeling in de rede ligt, of dat het verstandiger is om tot uithuisplaatsing over te gaan. Daarvoor onderzoeken we of de VSPS-risicofactoren empirisch kunnen voorspellen of jeugdigen een ambulante behandeling krijgen, uit huis zijn geplaatst in een residentieel centrum voor opvoeding/verzorging, of opgenomen zijn in een centrum voor residentiële behandeling.

De discriminant analyse is een geschikte methode om de predictieve validiteit van de VSPS voor het al dan niet uithuisplaatsen van jeugdigen nader te onderzoeken (Klecka, 1982). Deze analysetechniek berekent de verschillen tussen twee of meerdere groepen op basis van een lineaire combinatie van predictieve factoren, in dit geval de VSPS-risicofactoren. De aldus gevonden combinatie van predictieve kenmerken wordt 'discriminant-functie' genoemd. Als deze functie statistisch significant is, dan betekent dit dat de onderzochte groepen wat be-

treft (de lineaire combinatie van) predictieve kenmerken empirisch-statistisch gezien van elkaar verschillen.

Een discriminantanalyse heeft verder het voordeel dat de samenhang van predictieve kenmerken eenvoudig en overzichtelijk wordt gerepresenteerd. Allereerst wordt per predictieve factor een gestandaardiseerde discriminant of β -coëfficiënt toegekend. De omvang van deze coëfficiënt drukt uit hoe belangrijk de factor is voor het maken van de predictie. Naarmate β groter is, speelt de bijbehorende factor in de lineaire combinatie van predictieve factoren een grotere rol bij het onderscheiden van de criteriumgroepen. De β -coëfficiënt geeft derhalve het relatieve gewicht dat een bepaalde factor heeft, wanneer we het totaal van alle predictieve factoren gezamenlijk bezien. Daarnaast kunnen er correlaties worden berekend tussen de predictoren en de discriminantfunctie. Deze coëfficiënten geven de verschillen tussen de groepen univariaat weer (Tatsuoka, 1979).

Teneinde de predictieve validiteit van de VSPS voor de vraagstelling 'uithuisplaatsen of niet' te onderzoeken, hebben we de steekproef (Gezins)voogdij en Adviesbureau-jeugdigen in drie groepen ingedeeld, te weten:

1. een groep jeugdigen die thuis worden begeleid;
2. een groep jeugdigen die zijn geplaatst in een tehuis voor opvoeding en verzorging;
3. een groep jeugdigen die in een behandelingstehuis zijn geplaatst.

Vervolgens gaan we via een discriminantanalyse na in hoeverre aan de hand van de VSPS-risicofactoren kan worden voorspeld tot welke groep de jeugdigen behoren. Omdat er drie groepen zijn, worden er twee discriminantfuncties bepaald. Tabel 6.2 geeft de resultaten van de analyse weer.

Uit tabel 6.2a blijkt dat van 136 jeugdigen de volledige gegevens van de criterium- en predictorvariabelen voorhanden zijn. Uit de tabel blijkt verder dat 35% van de jeugdigen in de onderzoeksgroep ambulant begeleid wordt, dat 42% uithuisgeplaatst is in een tehuis voor opvoeding/verzorging, en dat 23% opgenomen werd in een behandelingshuis.

Tabel 6.2a Criteriumgroepen (onafhankelijke variabele)

criterium	N	%	aanvangskans
groep 1: Opvoedingstehuis	57	42%	.42
groep 2: Behandelingstehuis	31	23%	.23
groep 3: Ambulante hulp	48	35%	.35
totaal in analyse	136	100%	1.0

Tabel 6.2b Statistieken Discriminantanalyse

	Functie 1	Functie 2
Canonische correlatie	.74	.69
Chi-kwadraat	64.940	29.158
Df	32	15
P-waarde	< 0.01	< 0.05

Tabel 6.2c Predictietabel 1: analyse-afhankelijke steekproef

<i>feitelijke situatie</i>	<i>voorspelde situatie</i>		
	Opvoedingshuis	Behandelingshuis	Ambulant
Opvoedingshuis	43 (82%)	5 (10%)	4 (8%)
Behandelingshuis	3 (10%)	23 (80%)	3 (10%)
Ambulante hulp	6 (16%)	2 (5%)	30 (79%)
gem. % juiste voorspellingen	81%		

Tabel 6.2d Predictietabel 2: analyse-onafhankelijke steekproef

<i>feitelijke situatie</i>	<i>voorspelde situatie</i>		
	Opvoedingshuis	Behandelingshuis	Ambulant
Opvoedingshuis	24 (75%)	5 (20%)	1 (5%)
Behandelingshuis	6 (27%)	13 (60%)	3 (13%)
Ambulante hulp	1 (5%)	3 (16%)	14 (79%)
gem. % juiste voorspellingen	70%		

Uit de statistieken van de discriminantanalyse (tabel 6.2b) blijkt dat het criterium - het krijgen van ambulante hulp, de opname in een tehuis voor opvoeding/verzorging, of de plaatsing in een behandelingstehuis - aan de hand van twee statistisch significante functies kan worden voorspeld (canonische correlaties van .74, resp. .69, P-waarden < 0.01 resp. < 0.05). Uit de predictietabel 6.2c blijkt dat met behulp van beide functies ongeveer 80% van de jeugdigen in de juiste criteriumgroep wordt geplaatst. Omdat bij het berekenen van deze predictietabel sprake kan zijn geweest van kanskapitalisatie (doordat de voorspelling op dezelfde groep jeugdigen wordt getoetst als die waarmee de predictieformule berekend werd), dient de predictie daarnaast nog in een onafhankelijke steekproef te worden onderzocht. Tabel 6.2d geeft de bevindingen van deze onafhankelijke toets weer. We zien dat de predictietabel weliswaar iets minder gunstig is, maar dat met discriminantfuncties nog steeds van 70% van de jeugdigen de juiste hulpvorm kan worden voorspeld.

Overigens geven de bovenstaande bevindingen geen definitief uitsluitsel over het predictieve vermogen van de VSPS bij uithuisplaatsing en behandeling. Het resultaat van de predictie wordt namelijk mede bepaald door de betrouwbaarheid van het criterium. Die is in dit geval twijfelachtig, omdat uit onderzoek blijkt dat de jeugdigen in de jeugdzorg niet altijd juist worden geplaatst. Zo worden behandelingscentra nogal eens bevolkt door jeugdigen met lichte problematiek, terwijl een flink deel van de jeugdigen in gewone tehuizen voor behandeling in aanmerking komt (Van der Ploeg & Scholte, 1996).

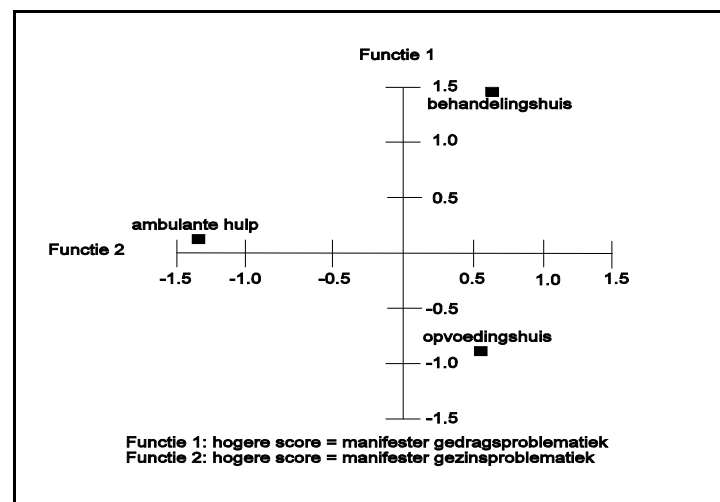
Wanneer een betrouwbaarder criterium wordt genomen, blijkt het predictief vermogen aanzienlijk hoger te liggen. Zo voorspelt de VSPS in 93% van de gevallen het

CBCL-criterium 'klinische versus niet klinische groep' accuraat (Scholte & Douma, 1999).

Tabel 6.2e en de bijbehorende figuur geven weer hoe de drie hulpvormen in relatie staan tot de beide discriminantfuncties.

Tabel 6.2e Discriminant functiescores per groep

	Functie 1	Functie 2
Opvoedingshuis	-.91	.60
Behandelingshuis	1.50	.67
Ambulante Hulp	.15	-1.32



Grafische voorstelling discriminantscores

Uit de figuur blijkt dat de jeugdigen in de behandelings-
tehuizen en de jeugdigen in de tehuizen voor opvoeding
en verzorging zich van elkaar onderscheiden op basis
van functie 1. De jeugdigen met ambulante hulp scoren
op deze functie precies tussen beide groepen uithuisge-
plaatste jeugdigen in. De ambulante jeugdigen onder-
scheiden zich met name op functie 2 van de jeugdigen
in de residentiële centra. Dit betekent dat functie 1 het
verschil tussen residentiële opvoeding en behandeling

weergeeft, en dat functie 2 het onderscheid tussen ambulante en residentiële hulp beschrijft.

Op grond van deze bevindingen concluderen we dat de jeugdigen in de drie hulpvormen goed van elkaar te onderscheiden zijn met beide discriminantfuncties.

Vervolgens zijn we nagegaan welke inhoudelijke betekenis aan deze beide functies moet worden toegekend.

Nadere bestudering van de β - en de correlatiecoëfficiënten werpt hier licht op. Deze staan in tabel 6.2f vermeld.

We betrekken in onze interpretatie alleen coëfficiënten groter dan .25.

Tabel 6.2f Coëfficiënten predictorvariabelen (varimax geroteerd)

	β -coëfficiënten		correlaties	
	Functie 1	Functie 2	Functie 1	Functie 2
somberheid	.00	.45	-.01	.09
angsten	-.02	-.20	.16	-.16
sociale angsten	-.03	-.03	.11	-.02
ongedurigheid	.32	.24	.51	.11
agressief gedrag	.44	-.01	.44	.12
anti-sociaal gedrag	-.27	-.08	.22	.27
zelfcontrole	-.13	-.17	.12	.02
zelfbeeld	.06	-.25	.26	-.12
zelfbepaling	.07	-.38	.27	-.16
zelfhandhaving	-.61	.13	.17	-.14
gezinsconflict	-.16	.63	-.06	.53
gezinscommunicatie	.06	.51	-.04	.48
gedragsbegeleiding	-.40	-.38	-.01	.23
opvoedingsstijl	.28	.24	.01	-.26
gezinsklimaat	-.39	-.21	-.03	-.22
schoolmotivatie	-.28	-.19	.32	.16
relaties leerlingen	.13	-.38	.37	-.10
relaties leraren	.07	-.64	.30	.39
onderwijsstijl	.28	.25	.01	.26
vrijtijdsbesteding	.06	-.21	.34	.25
rel. leeftijdgenoten	.52	.15	.45	-.05
vriendengroep	.79	-.27	.46	.16

*residentiële
opvoeding
versus
behandeling*

Uit de opbouw van de eerste functie blijkt dat jeugd in *behandelingstehuizen* zich onderscheiden van de jeugd in de *opvoedingstehuizen* door ernstiger gedragsproblematiek, bestaand uit een combinatie van ongedurig ($\beta = .32$) en agressief ($\beta = .44$) gedrag, en door specifieke persoonlijkheidsproblematiek, met name een weinig flexibele of rigide zelfhandhaving ($\beta = -.61$). Deze problemen gaan gepaard met relatief veel problemen in de omgang met pro-sociale leeftijdgenoten ($\beta = .52$), en een frequent optrekken met leeftijdgenoten die risicovol vrijetijdsgedrag vertonen ($\beta = .79$). De jeugd in opvoedingstehuizen daarentegen vertoont in vergelijking met de jeugd in de behandelingstehuizen iets vaker gedragsproblematiek met een anti-sociale ondertoon ($\beta = -.27$). Deze problematiek hangt samen met een achtergrond van opvoedkundige verwaarlozing, zoals blijkt uit een tekort aan gedragsbegeleiding/supervisie ($\beta = -.40$) en een affectief verwaarlozend gezinsklimaat ($\beta = -.39$).

Bezien we de kenmerken van de jeugd in de behandelings- en de opvoedingstehuizen onafhankelijk van elkaar (univariaat), dan blijkt het volgende beeld. Jeugdigen in de behandelingstehuizen vertonen in vergelijking met de jeugdigen in de opvoedingstehuizen relatief meer ongedurig (correlatie $r = .51$) en agressief gedrag ($r = .44$). Daarnaast kampen ze vaker met een problematisch zelfbeeld ($r = .26$) of met zelfbepalingsproblematiek ($r = .27$). Wanneer we de gezinsfactoren univariaat beschouwen, dan lijken de jeugdigen in de tehuizen elkaar niet te ontlopen wat betreft problemen in de gezinsachtergrond. Verder hebben de jeugdigen in behandelingstehuizen meer problemen in het tweede (schoolmotivatie, prestaties en relaties) en het derde leefmilieu (vrijetijdsbesteding, omgang leeftijdgenoten en optrekken met anti-sociale vrienden) dan de jeugdigen in de opvoedingstehuizen.

*ambulante
versus
residentiële
hulp*

Wanneer we de jeugd met *ambulante* hulp in multivariaat opzicht vergelijken met de jeugd in de *residentiële* centra, dan ontstaat op basis van de discriminantfuncties het volgende beeld. Dat de ambulante jeugd op de eerste discriminantfunctie een tussenpositie inneemt, impliceert dat zij met relatief minder gedragsproblematiek te kampen heeft dan de jeugd in de behandelingshuizen. Daarnaast betekent het echter ook dat de ambulante jeugd in gedragsmatig opzicht meer problemen heeft dan de jeugd in de tehuizen voor opvoeding en verzorging. Uit de opbouw van de tweede discriminantfunctie kunnen we afleiden dat de uithuisgeplaatste jeugd in vergelijking met de ambulante jeugd relatief vaak kampt met somberheid ($\beta=.45$) en met een risicovolle gezinsachtergrond. Deze bestaat uit ernstige ouder-kind conflicten ($\beta=.63$) en gebrek aan communicatie in het gezin ($\beta=.51$). De problematiek van de ambulante jeugd wordt in vergelijking met die van de jeugd in de behandelings- en de opvoedingstehuizen daarentegen getypeerd door zelfbepalingsproblematiek ($\beta=-.38$). Daarin speelt een gezinsachtergrond van opvoedkundige verwaarlozing een belangrijke rol, wat onder meer blijkt uit het relatief grote gebrek aan begeleiding van de gedragsontwikkeling door de ouders ($\beta=-.38$). In het verlengde hiervan heeft de ambulante jeugd in vergelijking met de tehuisjeugd vaker relatieproblemen op school, zowel met leerkrachten ($\beta=-.64$) als met medeleerlingen ($\beta=-.38$). Univariaat gezien onderscheiden de jeugd in zowel de behandelings- als de opvoedingstehuizen zich van de jeugd met ambulante hulp door een problematischer gezinsachtergrond met ernstiger gezinsconflicten ($r=.53$), meer ontwikkelingsbedreigende gezinscommunicaties ($r=.48$) en een gebrekkiger gedragsbegeleiding ($r=.23$). Verder kampen ze vaker met gedragsproblematiek van anti-sociale signatuur ($r=.27$)

en hebben ze meer problemen met leerkrachten ($r=.39$). Ook besteden ze hun vrije tijd vaker risicovol ($r=.25$).

Samenvattend kunnen we de jeugd in de drie onderzochte hulpvormen op grond van het bovenstaande derhalve als volgt typeren. De jeugd in zowel de behandelings- als de opvoedingstehuizen wordt in vergelijking met de jeugd in de ambulante hulp gekenmerkt door ernstiger gezins- en schoolproblematiek. De jeugd in de behandelingstehuizen onderscheidt zich op zijn beurt van de jeugdigen in de opvoedingstehuizen door hun ernstiger gedrag-, persoonlijkheids- en derde-milieuproblematiek. Verder neemt de jeugd in de ambulante zorg wat betreft gedragsproblematiek een middenpositie in tussen de jeugd in behandelingstehuizen en de jeugd in de tehuizen voor opvoeding en verzorging.

Deze bevindingen komen overeen met die van ander onderzoek (Van der Ploeg & Scholte, 1988; Van der Ploeg & Scholte, 1996). In behandelingstehuizen verblijven vooral jeugdigen met ernstige gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen. In de tehuizen voor opvoeding en verzorging treffen we jeugdigen aan met veel gezinsproblematiek. In de ambulante sector wordt jeugd begeleid die weliswaar (gedrags)problemen heeft, doch deze zijn minder ernstig dan die van de jeugd in behandelingshuizen. Verder heeft de ambulante jeugd relatief weinig problemen in het gezinsmilieu.

6.4 Onderliggende profielstructuur

***profiel-
structuur***

Op het VSPS-risicoprofiel worden per risicogebied van het psychosociale ontwikkelingsmodel (gedrag, persoonlijkheid, gezin, school en vrije tijd/vriendengroep) een groot aantal risicofactoren gespecificeerd. Aan de

hand van deze factoren kan de hulpverlener in meer kwalitatieve zin bepalen welke aspecten van de opvoedingssituatie problematisch zijn. De hulpverlening kan vervolgens op bijsturing van het gesignaleerde risico worden gericht. Zo ligt het voor de hand om de hulpverlening bij aanwezigheid van gezinsconflicten vooral te richten op de verbetering van de conflicthantering in een gezin, terwijl gebrek aan gezinscommunicatie meer verwijst naar een hulpactiviteit die op een versterking van de omgang in het gezin is gericht. De uiteenlopende risicofactoren op het VSPS-risicoprofiel dienen derhalve in het licht van de individueel diagnostische functie van de VSPS te worden gezien. De risicofactoren zijn er om inhoudelijk te bepalen welke aspecten van de opvoedingssituatie problematisch zijn.

We kunnen de risicofactoren echter ook volgens de hoofddimensies van de psychosociaal ontwikkelingsmodel clusteren. Indien deze clusters intern consistent zijn, dan kunnen we de problematiek van jeugdigen aan de hand van deze clusters in meer algemene termen beschrijven. We onderzoeken deze vraag door de samenhang tussen de risicofactoren te analyseren met behulp van een analyse van de interne consistentie. We delen de VSPS-risicofactoren daartoe in volgens de grondstructuur van het psychosociaal ontwikkelingsmodel. Het betreft de volgende basisdimensies:

Gedragscluster 1: internaliserend probleemgedrag

Dit cluster bestaat uit de risicofactoren 'sombere gedrag', 'angstig gedrag' en 'sociaal-angstig gedrag'.

Gedragscluster 2: externaliserend probleemgedrag

Dit cluster bestaat uit de risicofactoren 'ongedurig gedrag', 'agressief gedrag' en 'anti-sociaal gedrag'.

Persoonlijkheid: risicovolle persoonlijkheid

Tot dit cluster behoren de risicofactoren 'problemen met de zelfcontrole', 'onevenwichtig zelfbeeld', 'gebrekkige zelfbepaling' en 'ineffectieve zelfhandhaving'.

Gezinscluster 1: problemen van ouders

Dit cluster omvat de risicofactoren 'emotionele', 'gedrags-' en 'persoonlijke problemen van ouders', in combinatie met de factor 'verstoring van de ouder-partner relatie'.

Gezinscluster 2: risicovol gezinsklimaat

Binnen dit cluster vallen de risicofactoren 'onveilig gezinsklimaat', 'gebrek aan gezinscommunicaties' en 'verstoring van de ouder-kind relatie'.

Gezinscluster 3: gebrek aan begeleiding/supervisie

Dit cluster is opgebouwd uit de risicofactoren 'gebrek aan gedragbegeleiding', 'pedagogische onmacht' en 'risicovolle opvoedingsstijl'.

Tweede milieu: risicovolle schoolomgeving

Dit cluster is een combinatie van de risicofactoren 'motivatie- en prestatieproblemen', 'schoolleerachterstanden' en 'verstoring van relaties met medeleerlingen en leerkrachten'.

Derde milieu: risicovolle vrijetijdsbesteding

Dit cluster bestaat ten slotte uit de risicofactoren 'risicovol vrijetijdsgedrag', 'stoornissen in de omgang met leeftijdgenoten' en 'optrekken met leeftijdgenoten die anti-sociaal probleemgedrag vertonen'.

Tabel 6.3 geeft de bevindingen van de analyse van de interne consistentie van de basisdimensies weer.

Tabel 6.3: Interne consistentie analyse VSPS risicoprofiel korte procedure

	item-rest		item-rest
	correlatie		correlatie
<i>Internaliseren</i>		<i>Externaliseren</i>	
Somber gedrag	.65	Ongedurig gedrag	.52
Angstig gedrag	.69	Agressief gedrag	.69
Sociale angst	.65	Anti-sociaal	.55
Alfa .82		Alfa .75	
N 150		N 149	
<i>Persoonlijkheid</i>		<i>Gezin 1: Problemen van ouders</i>	
Zelfcontrole	.61	Emotionele problemen	.74
Zelfbeeld	.56	Gedragsproblemen	.51
Zelfbepaling	.72	Persoonlijke problemen	.72
Zelfhandhaving	.74	Ouder-partner problemen	.46
Alfa .83		Alfa .79	
N 125		N 123	
<i>Gezin 2: Gezinsklimaat</i>		<i>Gezin 3: Begeleiding/supervisie</i>	
Ouder-kind relatie	.66	Gedragbegeleiding	.63
Communicatie	.63	Opvoedingsstijl	.69
Gezinsklimaat	.64	Pedagogische onmacht	.64
Alfa .80		Alfa .81	
N 140		N 137	
<i>Schoolomgeving</i>		<i>Vrienden/vrije tijd</i>	
Schoolmotivatie	.77	Vrijtijdsbesteding	.82
Schoolprestatie	.70	Omgang leeftijdgenoten	.62
Relaties leerlingen	.69	Vriendengroep	.85
Relaties leerkracht	.80	Probleemgedrag vrienden	.78
Leerachterstand	.64	Alfa .88	
Alfa .88		N 89	
N 140			

Bovenstaande uitkomsten werden gebaseerd op een ase-lecte steekproef jeugdigen uit de Gezinsvoogdij. Deze groep had een gemiddelde leeftijd van 14.5 jaar en de verhouding jongens/meisjes was 1 op 1. Verder was 15% afkomstig uit een etnische minderheidsgroep.

Uit de tabel blijkt dat de hoofddimensies van het psychosociale ontwikkelingsmodel op een intern consistente wijze via combinatie van de VSPS-risicofactoren bepaald kunnen worden.

Vervolgens gaan we met behulp van een multiële T-

toets na of er in de gereduceerde dimensies verschillen bestaan tussen jeugdigen met een verschillend hulpaanbod. We hebben gegevens van jeugdigen die thuis worden begeleid, die in een pleeggezin zijn geplaatst, en die in een opvoedings- of in een behandelingstehuis zijn opgenomen. Tabel 6.4 op pagina 131 geeft de bevindingen weer.

Aan de hand van deze tabel kunnen de vier hulpvormen worden getypeerd.

Tabel 6.4 Gemiddelde scores gereduceerde VSPS-risicoprofiel

	ambulant N=118		pleeggezin N=26		residentieel N=34		behandeling [#] N=49	
	M	sd	M	sd	M	sd	M	sd
Leeftijd	12	4.6	10	6.0	14	3.8	14	2.3
Internaliseren	2	1.4	1	0.9*	2	1.0	2	1.2
Externaliseren	2	1.4	1	1.0*	2	1.2	3	1.2*
Persoonlijkheid	2	1.5	1	1.0*	2	1.0	3	1.2*
Eerste milieu								
Problemen ouders	2	1.5*	3	1.8	3	1.1	3	1.4
Opvoedingsklimaat	2	1.4	2	1.7	3	1.0*	3	1.2*
Begeleiding	2	1.6	2	1.6	3	1.0*	3	1.0*
Tweede milieu	2	1.5	1	1.0*	2	1.0	3	1.3*
Derde milieu	2	1.4	1	0.5*	2	1.0	3	1.0*

inclusief tehuis voor zeer intensieve behandeling

* significant verschil met de overige score-categorieën, $P < 0.05$, multiële T-toets volgens Duncan

Jeugdigen in pleeggezinnen

De jeugdigen die in pleeggezinnen zijn geplaatst zijn relatief jong (gem. 10 jr.). Ze vertonen weinig internaliserend en externaliserend probleemgedrag, en ze kampen momenteel niet met persoonlijkheidsproblemen.

Ook op school, in de vrije tijd en in de omgang met

leeftijdgenoten is op dit moment geen sprake van enig risico. De problemen van deze jeugdigen liggen vooral in de gezinsomgeving, en betreffen met name de persoonlijke problemen van de ouders. Daarnaast voorzien de opvoeders onvoldoende in basisveiligheid en zijn ze in mindere mate tot opvoeden in staat.

Thuis begeleide jeugdigen

De jeugdigen die thuis worden begeleid, zijn eveneens relatief jong (gem. 12 jr.), maar gemiddeld ouder dan de jeugdigen die in pleeggezinnen terecht komen. Ze tonen in lichte mate internaliserend en externaliserend probleemgedrag, en kampen met enige persoonlijkheidsproblematiek. Ook op school, in de omgang met leeftijdgenoten en in de gezinsomgeving zijn er enige problemen. Deze laatste omvatten zowel de persoonlijke problemen van opvoeders als hun gebrek aan opvoedingscompetentie en het onvoldoende voorzien in een klimaat van basisveiligheid. De gedrags-, persoonlijkheids- en gezinsproblemen van de jeugdigen die thuis begeleid worden zijn echter minder ernstig dan die van de uithuis geplaatste jeugdigen.

Jeugdigen in opvoedingscentra

De jeugdigen die in centra voor opvoeding/verzorging zijn geplaatst, zijn gemiddeld iets ouder dan de jeugdigen die thuis worden begeleid (gem. 14 jr.). Ze tonen, evenals de thuis begeleide jeugdigen, in enige mate internaliserend en externaliserend probleemgedrag. Ook op school, in de omgang met leeftijdgenoten en in de gezinsomgeving is sprake van problemen. Deze laatste kunnen zowel de persoonlijke problemen van opvoeders betreffen, als een onveilig gezinsklimaat, waarbij mishandeling en seksueel misbruik een belangrijke rol spelen. Kenmerkend voor jeugdigen die in een opvoedingstehuis zijn geplaatst is echter vooral de relatief

grote opvoedingsincompetentie van de opvoeders, in combinatie met een dreigende ernstige verstoring van de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdige.

Jeugdigen in behandelingstehuizen

Deze jeugdigen hebben gemiddeld gezien een leeftijd van 14 jaar. Ze hebben - evenals de jeugdigen die thuis behandeld worden en de jeugdigen in opvoedingstehuizen - te kampen met enige mate van internaliserend probleemgedrag. Ze tonen daarnaast echter relatief veel externaliserend probleemgedrag en bovendien een relatief ernstige verstoring van de persoonlijkheidsontwikkeling. Ook op school, in de omgang met leeftijdgenoten en in de gezinsomgeving bestaat er relatief veel problematiek. Er is relatief vaak sprake van opvoedingsonbekwaamheid bij de opvoeders, die daarnaast vaak ook persoonlijke problemen hebben.

Samenvattend concluderen we derhalve dat jeugdigen in behandelingstehuizen gemiddeld de hoogste leeftijd hebben en op praktisch alle gebieden de ernstigste psychosociale problemen te zien geven. Jeugdigen in opvoedingstehuizen en jeugdigen die thuis worden begeleid vertonen in gelijke mate gedrags- en persoonlijkheidsproblematiek. Het verschil tussen beide groepen zit vooral in de ernstiger gezinsproblematiek van de uithuisgeplaatste jeugd. De in pleeggezinnen geplaatste jeugdigen zijn empirisch gezien relatief jong. Het kenmerkende van hun situatie is dat er weinig gedrags-, persoonlijkheids-, school- en derde-milieu problemen zijn, terwijl de opvoeders veel persoonlijke problematiek hebben.

Tot slot merken we nog op dat de geschetste relaties tussen problematiek en hulpaanbod werden verkregen door een analyse van de problematiek van jeugdigen,

die empirisch gezien in bepaalde voorzieningen zijn geplaatst. Daarbij zijn we niet ingegaan op de vraag of deze voorzieningen de problematiek van deze jeugdigen ook daadwerkelijk effectief oplossen. Bestudering van dit aspect zou nader effectonderzoek vereisen. Omdat zulk onderzoek nog niet is uitgevoerd, maar we toch een normeringsuitspraak willen doen, stellen we ons voorlopig op het standpunt dat jeugdigen - gemiddeld gezien - in die voorziening terecht komen die toegesneden is op hun problematiek. Hierdoor kunnen de gevonden typeringen worden gebruikt om het hulpaanbod te bepalen. In hoofdstuk 4 werd nader ingegaan op dit aspect van indicatiestelling. Daar is behandeld hoe het VSPS-profiel kan worden gebruikt om het hulpaanbod af te grenzen (zie § 4.7 De interpretatie van VSPS-profielen).

6.5 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

betrouw- baarheid

Een beoordelingsinstrument dient niet alleen intern consistent te zijn, maar tevens betrouwbare beoordelingen te produceren. Daarmee kan worden voorkomen dat de ene hulpverlener tot andere conclusies komt dan de andere. De mate waarin gebruikers met behulp van een diagnostische vragenlijst tot eensluidende beoordelingen komen wordt de 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid' genoemd. Een indruk van dit aspect van betrouwbaarheid verkrijgen we door meerdere beoordelaars dezelfde casus te laten beoordelen met het zelfde instrument, en vervolgens te bezien in hoeverre die verschillende beoordelingen overeenstemmen.

Om de betrouwbaarheid van de VSPS te bepalen hebben we een twintigtal gezinsvoogdij-maatschappelijk werkers aan de hand van een rapport van de Raad voor de Kinderbescherming dezelfde casus laten beoordelen, en

wel eerst met de korte versie van de VSPS en daarna met de uitgebreide versie. Deze volgorde werd aangehouden om contaminatie te voorkomen. Als eerst de uitgebreide versie zou zijn ingevuld en daarna de verkorte, dan zou de hulpverlener bij de korte versie beter kunnen scoren omdat hij bij het maken van de uitgebreide versie reeds een diepgaand inzicht heeft verkregen in het risicoprofiel. Het omgekeerde is niet het geval. In de uitgebreide versie wordt het risicoprofiel berekend op basis van de antwoorden op de VSPS-itemsets. Kennis van het (korte versie) risicoprofiel voegt aan de beantwoording van deze itemsets niets toe. Tabel 6.5 geeft de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid weer.

*interbeoor-
delaarsbe-
trouw-
baarheid*

De kolom % van tabel 6.5 vermeldt het percentage beoordelaars dat tot eenzelfde beoordeling kwam op de diverse VSPS-dimensie bij scoring van de voorbeeldcasus (berekening volgens Fleiss, 1981).

De berekeningen zijn gebaseerd op de schaalindeling van de korte versie. Deze bestond in dit onderzoek uit een driepuntschaal. Daarop betekende 0 'geen of nauwelijks risico of het profielonderwerp behoeft geen aandacht', 3 'risico duidelijk aanwezig of het probleemaspect behoeft aandacht' en 5 'risico zeer duidelijk aanwezig of het probleemaspect behoeft direct aandacht'.

Uit de tabel blijkt dat de korte VSPS over de gehele linie gezien tot een geringere overeenstemming in beoordeling leidde dan de uitgebreide VSPS.

Een totaalcijfer wordt verkregen door de gepresenteerde percentages te middelen. In dit geval komt de gemiddelde interbeoordelaarsovereenstemming bij toepassing van de korte VSPS op 55%. Bij toepassing van de uitgebreide VSPS ligt het gemiddelde overeenstemmingspercentage op 78%. Of in aantallen gezinsvoogden uitgedrukt: met de uitgebreide VSPS komen gemiddeld gezien

ongeveer acht van de tien maatschappelijke werkers tot eenzelfde beoordeling. Bij de korte versie van de VSPS is dit vijf van de tien.

Tabel 6.5 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid VSPS-dimensies

Tabel 6.5a Gedragsontwikkeling					Tabel 6.5c Gezinsdimensies				
	kort		uitgebr.			kort		uitgebr.	
	N	%	N	%		N	%	N	%
somberheid	23	48	21	90	gezinsconflicten	23	55	21	82
angsten	23	85	21	82	gez. communicatie	23	64	21	81
sociale angsten	23	50	21	73	gedragbegeleiding	23	53	21	70
ongedurigheid	23	70	21	74	opvoedingsstijl	23	62	21	95
agressief gedrag	23	46	21	56	opvoedingsklimaat	23	40	21	74
anti-sociaal	23	36	21	90					
achterstanden	- ¹	-	-	-					

Tabel 6.5b Persoonlijkheid					Tabel 6.5d Schooldimensies				
zelfcontrole	23	59	21	60	schoolmotivatie	23	47	21	91
zelfbeeld	- ¹	-	-	-	schoolprestaties	23	55	21	100
zelfbepaling	23	51	21	60	relaties leerlingen	23	45	21	81
zelfhandhaving	23	47	21	82	relaties leraren	23	56	21	74
					onderwijsstijl	- ¹	-	-	-

Tabel 6.5e Vrienden/vrije tijd				
vrijtijdsbesteding	23	60	21	82
relaties leeftijdgenoten	23	56	21	50
risicovolle vriendengroep	23	75	21	90

¹ niet gescoord vanwege ontbrekende informatie in de casusbeschrijving

We moeten bij het voorafgaande overigens wel opmerken dat de bovenstaande interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd bepaald op basis van 20 gezinsvoogden, die allen dezelfde casus beoordeelden via de korte en de uitgebreide VSPS. Het gaat hier derhalve om een beperkt onderzoek.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de gedrags-

en persoonlijkheidsschalen van de VSPS werd tevens onderzocht in de eerder genoemde populatie van 250 adolescenten in residentiële centra voor lichamelijk gehandicapte en chronisch zieke jeugdigen (Scholte & Douma, 1999). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd hier bepaald aan de hand van de intraklassecorrelatiecoëfficiënt. Voor de gedragsschalen werd een gemiddelde overeenstemming gevonden van .77 tussen twee groepen onafhankelijke beoordelaars. Bij de persoonlijkheidsschalen was deze overeenstemming gemiddeld .70. In de literatuur wordt een coëfficiënt van .60 als 'voldoende' en van .75 en hoger als 'uitstekend' beoordeeld (Fleiss, 1981). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de VSPS-dimensies kan voorlopig dan ook als bevredigend worden beschouwd.

*korte versus
uitgebreide
VSPS*

Het voorafgaande wijst uit dat de uitgebreide VSPS tot een betrouwbaarder beoordeling van de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige leidt dan de korte VSPS. Indien men subjectieve invloeden van de beoordelaar beoogt te minimaliseren, is het op grond van bovenstaande uitkomsten aan te raden de uitgebreide versie van de VSPS te gebruiken.

Bovendien stelt het gebruik van de korte VSPS hogere eisen aan de beoordelaar. Als kwalitatief systeem maakt de korte VSPS gebruik van criteriumdefinities in combinatie met expliciete scoringsregels. Deze dienen ertoe om te kunnen bepalen of het te beoordelen verschijnsel aanwezig is of niet. Naarmate een verschijnsel eenduidiger onder de criteriumdefinitie en de scoringsregels valt, en naarmate de beoordelaar beter getraind is om deze definities en regels toe te passen, zal de betrouwbaarheid toenemen. Om die reden dienen de beoordelaars die de korte versie van de VSPS gebruiken zeer goed ter zake onderlegd én getraind te zijn.

LITERATUUR

- Bruyn, E.J.J. de, Pameijer, N.K., Ruijsseenaars, A.J.J.M. & Van Aarle, E.J.M. (1995). *Diagnostische besluitvorming. Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven/Apeldoorn: Acco.
- Carmines, E.G. en Zeller, R.A. (1993) Reliability and Validity. In: Lewis-Beck (Ed), *Basic measurement*. London: Sage.
- Fleiss, J.L. (1981) *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New-York: Wiley.
- Hays, W. L. (1988) *Statistics*. New-York: Wiley.
- Hogburghi, M. (1990) *Treating Problem Children*. Londen: Sage.
- Klecka, W.R. (1982) *Discriminantanalysis*. Londen: Sage.
- Knorth, E.J. & Smit, M. (1999) *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening*. Apeldoorn: Garant.
- Koster van Groos (1995) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ministerie van WVC en Justitie (1991) *Wet op de jeugdhulpverlening*. Rijswijk: Ministerie van WVC en Justitie.
- Patterson, G.R. (1982) *Coercive family process*. Eugene: Castalia.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Pierce, G.R. (1990). *Social support: an interactional view*. New-York: John Wiley & Sons.
- Scholte, E.M. (1991) Hulpverlening bij psychosociale gedragsproblematiek. Voorstel voor een sociaal-ecologische benadering. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 30, 80-92;
- Scholte, E.M. (1992) Diagnostiek van psychosociale (gedrags)problematiek bij jeugdigen. In: Knorth, E. J. (ed.) *Gebruik van residentiële jeugdzorg, een waagstuk als diagnostisch vraagstuk*. Apeldoorn/ Leuven: Garant, 49-64.
- Scholte, E.M. (1994a) Adolescent Probleemgedrag. In: Meeus, W. (ed). *Leerboek Adolescentie*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 254-299.
- Scholte, E.M. (1994b) Jeugdigen met psychosociale (gedrags)problematiek: uithuisplaatsen of niet? In: J.Gerris (Ed) *Pedagogische ondersteuning van gezinnen en hulpverleners*. Assen: Van Gorcum & Co., 93-110.
- Scholte, E.M. (1996) *Uitgebreide handleiding bij het computerprogramma*

ma VSPS 4.0. Amsterdam: NIPPO.

Scholte, E.M. (1999) Aandachtsgebieden bij psychosociale basisdiagnostiek. In: Knorth, E.J. & Smit, M. (Eds) , *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening*. Apeldoorn: Garant.

Scholte, E.M. & Douma, M. (1999). Validiteit en betrouwbaarheid van de VSPS. *Kind & Adolescent*, 20: 22-43.

Scholte, E.M., Messing, C.H.T .M., Nijkerk, J., & Van der Ploeg, J.D. (1992a) *Probleemgedrag en Interventie*. Leiden: DSWO-press.

Scholte, E.M. & Sontag, L. (1992b) *Opvoeding en Ontwikkeling. Een onderzoek naar de samenhang tussen opvoedingsgedrag van primair e opvoeders en de ontwikkeling van jeugdigen*. Utrecht/Amsterdam: PCOJ, werkdokument 7.

Tatsuoka, M.M. (1979) *Multivariate analysis*. NewYork: McMillan.

Van der Kooij, R., Raijmakers, L., Baartman, H., Carlier, E., Franken, M., Hamers, H. & In 't Veld-Koelman, G. (1994) *Diagnostiek in de pedagogische hulpverlening*. Utrecht: NVO.

Van der Ploeg, J.D. (1998) *Gedragsproblemen*, Rotterdam: Lemniscaat.

Van der Ploeg, J.D. & E.M. Scholte (1988) *Tehuizen in beeld*. Leiden: WOJ.

Van der Ploeg, J.D. & E.M. Scholte (1990) *Lastposten of slachtoffers van de samenleving*. Rotterdam: Lemniscaat.

Van der Ploeg, J.D. & E.M. Scholte (1996) *Analyse vraag en aanbod jeugdzorg regio Rotterdam*. Amsterdam/Rotterdam: Nippo/GGD.

Verkaik, A.P. (1978) *Doelstellingen van de organisatie*. Alphen a/d Rijn: Samson.

Zeeuw, J. de (1994) *Algemene psychodiagnostiek II: Testtheorie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Overige relevante literatuur

Scholte, E.M. (1993) Basisdiagnostiek in de psychosociale jeugdhulpverlening I: De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 251-270.

Scholte, E.M. (1993) Basisdiagnostiek in de psychosociale jeugdhulpverlening II: gebruik in de praktijk van de Gezinsvoogdij. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 335-351.

Van der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (1995) Andere wegen in de diagnostiek en behandeling binnen de jeugdhulpverlening. *Nederlands tijdschrift voor opvoeding, vorming en onderwijs*, 11, 86-102.

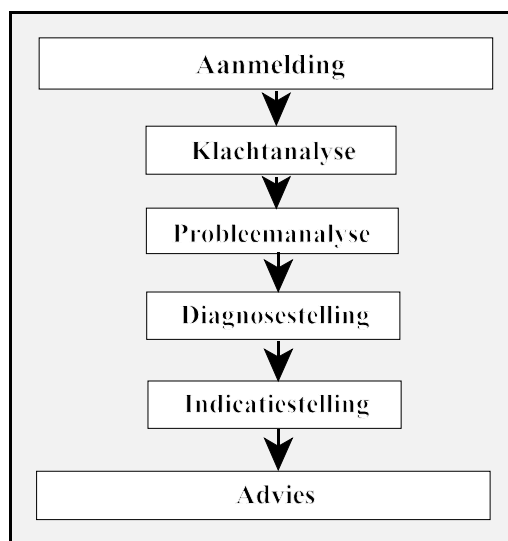
BIJLAGE 1**KLINISCHE DIAGNOSTIEK EN BASISDIAGNOSTIEK**

In de literatuur van de klinische diagnostiek wordt de werkwijze van de diagnosticus doorgaans beschreven als een cyclisch proces. Figuur 1 geeft de fasen die in dit verband kunnen worden onderscheiden (De Bruyn e.a., 1995). We lichten de vier stappen tussen de aanmelding en het advies hieronder kort toe.

1. Klachtanalyse

Elke hulpverlening begint met een klacht of hulpvraag. Klachten zijn uitspraken van de cliënt of diens omgeving dat de situatie of het gedrag van de cliënt ongewenst is of als een probleem wordt ervaren. Klachten vormen daarmee een natuurlijke ingang tot het diagnostisch proces.

In de klachtanalyse controleert de diagnosticus of de hem ter ore gekomen klacht daadwerkelijk is wat de klager bedoelt en probeert hij de precieze inhoud van de klacht of klachten te achterhalen. Aan de ene kant klaagt de moeder van Nico bijvoorbeeld over diens onhandelbare gedrag. Na doorvragen blijkt dat Nico thuis druk en ongehoorzaam is en zich niets laat zeggen. Aan de andere kant wordt Nico door zijn school aangemeld bij de Raad voor de Kinderbescherming, omdat men vermoedt dat hij thuis wordt mishandeld. De diagnosticus vraagt de school om toelichting. Naar voren komt dat Nico op school is verschenen met een gezwollen oog en een dikke wang na een ruzie met zijn vader.



Figuur 1 Stappen diagnostische cyclus

2. Probleemanalyse

Klachten kunnen naar problemen verwijzen, maar hoeven dit niet noodzakelijkerwijs te doen. Zo kunnen blauwe plekken inderdaad samenhangen met mishandeling, maar ook veroorzaakt zijn door een ongelukje. Druk gedrag van een kind kan verwijzen naar hyperactiviteit, maar ook bij de leeftijd horen. Problemen zijn situaties of gedragingen waarvan de diagnosticus op empirische of theoretische gronden heeft vastgesteld dat zij inderdaad ongunstig zijn voor de cliënt of diens omgeving. Dat wil zeggen dat ze de psychosociale aanpassing of de ontwikkeling van de cliënt of diens omgeving verstoren of dreigen te verstoren.

In de probleemanalyse achterhaalt de diagnosticus of een gemelde klacht een probleem vormt door de aard en ernst daarvan op een zo betrouwbaar en valide mogelijke wijze te bepalen. In het geval van Nico zou de diagnosticus dit bijvoorbeeld kunnen doen via afname van een CBCL-gedrags-test. De uitkomst van de probleemanalyse is een specificatie van het probleem of van de eventuele problemen van de cliënt die ten grondslag liggen aan de klacht.

3. Diagnosestelling

Diagnostiek moet niet alleen duidelijk maken dat de cliënt een probleem heeft, maar ook waardoor het veroorzaakt, in stand gehouden of versterkt wordt, zodat de hulpverlening mede op deze oorzaken kan worden gericht. Zo is het van belang te weten of Nico's drukke gedrag samenhangt met een fysiologische stoornis of dat zijn gedrag veroorzaakt wordt door inadequaat ouderlijk opvoedingsgedrag. In het eerste geval zal de oplossing waarschijnlijk in medicijnen of in een gedragstherapie voor Nico moeten worden gezocht, terwijl in het tweede geval een opvoedingsinstructie aan de ouders meer in de rede ligt.

Diagnoses zijn uitspraken over de oorzaken van problemen. In de diagnosestelling gaat de diagnosticus systematisch alle factoren na die het probleem van de cliënt zouden kunnen veroorzaken, in stand gehouden of versterken. De uiteindelijke diagnostische conclusie is die hypothese, die de beste verklaring biedt voor het probleem. Zo kan bij de probleemanalyse van Nico's probleemgedrag naar voren komen dat hij weliswaar druk is, maar niet extreem. Als verder blijkt dat hij dit gedrag alleen thuis vertoont en dat zijn moeder ongestructureerd en inconsequent opvoedt, dan ligt het voor de hand te veronderstellen dat het structuurarme opvoedingsgedrag van de moeder het probleemgedrag van Nico's oproept en versterkt.

Diagnostische hypothesen beschrijven dus de factoren die het probleem

kunnen verklaren. Om plausibel te zijn dienen ze aan de bestaande kennis over de oorzaken van psychosociale problemen te worden getoetst. Als toetsingsbronnen worden in dit verband doorgaans - met afnemende bewijskracht - genoemd: empirisch-wetenschappelijke kennis, theoretische kennis, systematische casuïstiek en persoonlijke ervaringskennis (De Bruijn e.a., 1995).

4. Indicatiestelling

Indicaties zijn aanbevelingen over hoe het probleem het beste aangepakt kan worden. In de indicatiestelling formuleert de hulpverlener in overleg met de cliënt het behandelingsdoel en inventariseert hij de behandelingsvormen die het probleem kunnen oplossen of verminderen. De uitkomst van de indicatiestelling is een overzicht van effectief geachte hulpverleningsvormen. In overleg met de cliënt selecteert de diagnosticus uit deze lijst die hulpverlenings- of behandelingsvorm die voor de cliënt aanvaardbaar is en het beste past bij diens situatie.

Stel dat in het voorbeeld de diagnose is gesteld dat het inconsequent opvoedingsgedrag van de moeder Nico's probleemgedrag heeft veroorzaakt. Behandelingsdoelen die in deze context zouden kunnen worden gekozen zijn: het verminderen van Nico's drukke gedrag of het structureren van het opvoedingsgedrag van de moeder. Als mogelijke hulpverleningsvormen daarbij zouden kunnen worden opgevoerd: een cursus gestructureerd opvoeden voor de moeder, al dan niet in combinatie met een plaatsing van de jeugdige in een centrum voor dagbehandeling, of een uithuisplaatsing van de jeugdige in een gestructureerde behandelingssetting. In het licht van de wensen en mogelijkheden van de jeugdige en diens moeder kan hieruit vervolgens een keuze worden gemaakt.

Bij het bovenstaande dient te worden opgemerkt dat het in de praktijk niet vaak zal voorkomen dat de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden is via een eenmalige afwikkeling van de vier stappen. Gaandeweg het diagnostisch proces kunnen er nieuwe klachten en probleemfeiten opduiken, die in een nieuwe probleemanalyse moeten worden getoetst. Dit kan leiden tot een andere kijk op het probleem en op de oorzaken daarvan. Ook kan het voorkomen dat de oorspronkelijke klachten en problemen gaandeweg het onderzoek moeten worden herzien. In de praktijk is diagnostiek dan ook een cyclisch proces waarin klachtanalyse, probleemanalyse, diagnosestelling en indicatiestelling afwisselend worden toegepast totdat een bevredigende diagnose is bereikt. Dit wordt de diagnostische cyclus genoemd.

Klinische diagnostiek en basisdiagnostiek

In de klinische diagnostiek vormt het kind dat probleemsymptomen heeft het vertrekpunt. De problemen van het kind kunnen daarbij op de volgende gebieden liggen (De Bruyn e.a., 1995): het cognitief functioneren, het functioneren op school, de functieontwikkeling, het emotioneel functioneren, het relationeel/sociaal functioneren en het medisch/(psycho)neurologisch functioneren. In de probleemanalyse wordt bepaald om welke problemen het precies gaat. Vervolgens wordt in de diagnosestelling bepaald door welke kind- of omgevingsfactoren de probleemsymptomen van het kind worden veroorzaakt.

Een moeilijkheid van deze indeling is dat de eventuele niet-kindgebonden psychosociale problemen van het kind, zoals bedreigende opvoedingsomstandigheden, in de probleemanalyse buiten de boot vallen en pas in de diagnosestelling in het vizier komen. Ook is het model minder geschikt om problemen op meerdere gebieden tegelijkertijd in kaart te brengen, en om wederzijds versterkende negatieve interacties tussen het kind en zijn omgeving te analyseren, zoals ouderlijke opvoedingsnood die door gedragsproblemen bij het kind is opgewekt, en die op haar beurt weer de gedragsproblemen van het kind versterken (Patterson, 1982).

In de basisdiagnostiek wordt de geschetste moeilijkheid omzeild door zowel alle kindgebonden probleemaspecten als alle niet-kindgebonden probleemfactoren in de probleemanalyse op te nemen, en pas in de diagnosestelling te bepalen welke van deze probleemfactoren als oorzaak en welke als gevolg moeten worden opgevat. Voorts beoogt de basisdiagnostiek niet alleen de probleembevorderende factoren in de analyse te betrekken, maar ook de probleemverzwakkende of beschermende factoren, omdat deze mede de mogelijkheden tot hulpverlening bepalen. Zo zal minder snel tot een uithuisplaatsing van een door zijn ouders verwaarloosde jeugdige behoeven te worden besloten wanneer er grootouders zijn die wel voor de jeugdige kunnen en willen zorgen.

Toetsende basisdiagnostiek en de VSPS

In de praktijk van de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming vindt de basisdiagnostiek doorgaans als volgt plaats. Allereerst wordt er informatie verzameld via een - al dan niet gestructureerd - psychosociaal interview met de cliënten. Dit wordt vaak aangevuld met informatie van personen uit hun omgeving, zoals familie, burens, leerkrachten en hulpverleners. Op grond van 'ervaringsdeskundigheid' of de 'klinische blik' wordt vervolgens een taxatie gemaakt van de problemen die er zijn. Een nadeel van de-

ze werkwijze is echter dat zij minder betrouwbaar is.

Bij een professionele aanpak mag het niet zo zijn dat de ene diagnosticus wel problemen vindt, terwijl er geen problemen worden gevonden wanneer een ander het onderzoek zou hebben gedaan. Daarom wordt aan professionele diagnostiek de eis gesteld dat zij valide en betrouwbaar dient te zijn (Van der Kooij, 1994). Om hieraan te kunnen voldoen dienen de tijdens de informatieverzameling opgedane vermoedens inzake risico- en beschermende factoren met behulp van valide en betrouwbare instrumenten te worden getoetst. Omdat de basisdiagnostiek uiteenlopende psychosociale gebieden bestrijkt (gedrag, emotie en persoonlijkheid van het kind, functioneren van gezin, school en derde milieu, etc) is toetsing met behulp van testinstrumenten in de praktijk doorgaans niet haalbaar. Men zou dan bijvoorbeeld voor het gedrag een gedragstest zoals de CBCL moeten afnemen, voor de persoonlijkheid een persoonlijkheidstest zoals de NPVJ, voor de gezins- en opvoedingssituatie een gezinstest zoals de VGP, enzovoort.

De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie werd ontworpen om de factoren die voor de basisdiagnostiek van belang zijn systematisch te kunnen inventariseren. Omdat de VSPS tevens voldoet aan een aantal eisen van validiteit en betrouwbaarheid (zie hoofdstuk 6) is het met behulp van dit instrument mogelijk de beoogde toetsing wel in één keer uit te voeren.

Illustratie basisdiagnostiek met de VSPS

Het VSPS-risicoprofiel geeft een overzicht van (risico)factoren in de psychosociale situatie van jeugdigen. De VSPS geeft echter geen uitsluitsel over de oorzaken van de problemen. De 'kern van de probleemsituatie' dient door de gebruiker zelf te worden bepaald. Dit vindt plaats door systematisch alle factoren van het VSPS-profiel in hun onderlinge samenhang te beschouwen en daarbij te bepalen welke ongunstige factoren als oorzaak van de problemen moeten worden opgevat, en welke gunstige factoren zo mogelijk als beschermende factoren kunnen worden ingezet.

In het navolgende zullen we kort illustreren hoe deze interpretatie van het VSPS-risicoprofiel in zijn werk gaat.

Voorbeeld 1

Figuur 2 geeft het - enigszins verkort weergegeven - risicoprofiel van Nico. Het betreft een zevenjarige jongen die via de schoolbegleidingsdienst bij het Bureau Jeugdzorg werd aangemeld vanwege gedragsproblematiek. Nico is het tweede kind uit een gezin met drie kinderen. De ouders werken beiden, de vader voltijds als vorkheftruckchauffeur en de moeder

voor halve dagen als verkoopster.

Het gezin heeft ernstig te lijden onder het onhandelbare gedrag van Nico. De ouders hebben de laatste tijd steeds vaker onenigheid. De vader is van mening dat Nico zijn chaotische gedrag van zijn moeder heeft. Moeder vindt dat onzin. Volgens haar moet vader zich meer met de opvoeding bemoeien en - net als zij - veel straffer optreden.

Risicofactoren

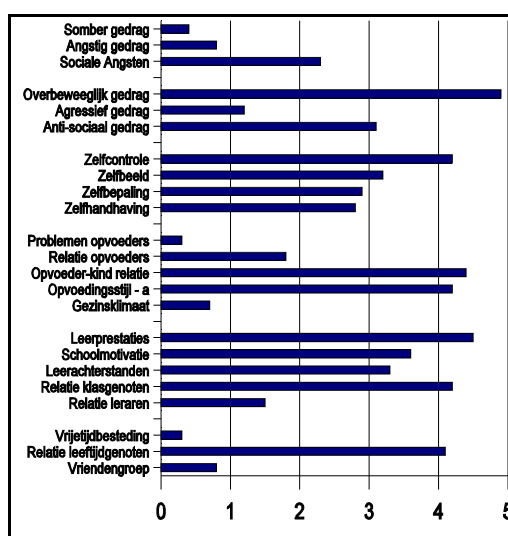
Uit het risicoprofiel blijkt dat we te doen hebben met een jeugdige die zich inderdaad opvallend onrustig gedraagt [zeer hoge risicoscore (± 5) op overbeweeglijk gedrag] met een flinke neiging tot antisociaal gedrag [hoge score (± 3) op antisociaal gedrag]. Uit de itemlijsten blijkt dat dit onder andere slecht luisteren en ongehoorzaamheid betreft.

Het probleemgedrag heeft duidelijk *niet* de vorm aangenomen van agressief gedrag [lage risicoscore (± 1) op agressief gedrag]. Ook

treffen we geen ernstige emotionele problemen aan [lage scores (minder dan 1) op somber en angstig gedrag]. Er zijn echter wel aanwijzingen voor emotionele problematiek in de sociale omgang [tamelijk hoge risicoscore (± 2) op sociale angsten].

Op het gebied van de persoonlijkheidsontwikkeling blijken de zelfcontrole en het zelfbeeld risicovol te zijn. Beide persoonlijkheidsaspecten lijken zwak ontwikkeld te zijn [zeer hoge risicoscore (± 4) op zelfcontrole en hoge score (± 3) op zelfbeeld]. Daarnaast lijkt Nico's vermogen om richting te kunnen geven aan het leven te worden bedreigd. Dat geldt eveneens voor de wijze van omgaan met probleemsituaties [vrij hoge scores (bijna 3) op zelfbepaling en zelfhandhaving].

In het gezin komen ernstige conflicten voor, die zich vooral afspelen tussen de ouders en de jeugdige [zeer hoge score (± 4) op opvoeder-kind relatie]. Maar ook tussen de ouders onderling doen zich wrijvingen voor,



Figuur 2 Risicoprofiel van Nico, jongen, 7 jaar

zij het in mindere mate [vrij hoge score (± 2) op relatie opvoeders].

Daarnaast is sprake van een problematische opvoeding [zeer hoge score (± 4) op opvoedingsstijl], waarin met name een straffe, autoritaire aanpak lijkt te domineren ['a' als achtervoegsel bij de score op opvoedingsstijl]. Het affectieve klimaat in het gezin daarentegen is gunstig [lage score (minder dan 1) op opvoedingsklimaat]. Ook kampen de ouders zelf niet met persoonlijke problematiek [lage score (minder dan 1) op problemen van opvoeders].

Op school doen zich een flink aantal problemen voor. Alhoewel Nico's IQ binnen de normale waarden valt, zijn de schoolleerprestaties flink onder de maat [hoge score (meer dan 4) op leerprestaties]. Ook zijn er flinke stoornissen in de omgang met medeleerlingen [zeer hoge score (meer dan 4) op relatie klasgenoten]. In de omgang met de leerkrachten doen zich slechts in lichte mate wrijvingen voor [tamelijk lage score (± 1) op relatie leerkrachten].

In het derde milieu zijn er geen aanwijzingen dat de jeugdige optrekt met gedragsproblematische jeugdigen, noch dat hij zijn vrije tijd risicovol besteedt [lage scores (minder dan 1) op vrijetijdsbesteding en vriendengroep]. Wel baart ook hier de omgang met leeftijdgenoten flink reden tot zorg [zeer hoge score (± 4) op relatie leeftijdgenoten].

Gunstige aspecten

Het gebruik van het profiel gaat echter verder dan alleen een inventarisatie van problemen. Het profiel geeft ook aanwijzingen met betrekking tot de aspecten van de leefsituatie die niet problematisch zijn. Zo zien we (nog) geen aanwijzingen voor ernstige verstoringen in de emotionele ontwikkeling, alhoewel de factor 'sociale angsten' aandacht behoeft. Daarnaast stellen we vast dat het affectieve klimaat in het gezin (nog) niet ernstig verstoord is. Ook gedraagt de jeugdige zich in zijn vrije tijd niet risicovol.

De kern van de probleemsituatie

Op basis van het profiel kan de kern van de problematiek van de jeugdige voorlopig als volgt worden benoemd.

Er is duidelijk sprake van overbeweeglijk, onrustig gedrag. Dit zou kunnen duiden op ADHD. Dit vermoeden wordt bevestigd door de bevinding dat de jeugdige weinig tot geen andere gedragsproblemen vertoont, maar daarentegen wel een zwakke impuls(zelf)controle vertoont, alsook een zwak zelfbeeld heeft. De aangetaste zelfbepaling en problematische zelfhandhaving bevestigen dit beeld. Ook de risicofactoren op school en in

het derde milieu ondersteunen deze conclusie: de relaties met de leeftijdsgenoten zijn flink verstoord, en de leerprestaties zijn sterk onder de maat. In het gezin doen zich vooral problemen voor bij het opvoeden van de jeugdige. Uit de contextinformatie (de gesprekken met de ouders) leiden we af dat de ouders in de loop der tijd met steeds straffere hand zijn gaan opvoeden. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de ouders zelf of onderling grote problemen hebben, alhoewel de relatie door het gedrag van de jeugdige wel onder druk is komen te staan. Het affectieve klimaat in het gezin lijkt goed te zijn.

De gedrags-, de school- en de sociale omgangsproblemen van de jeugdige, alsook de opvoedingsproblemen van de ouders lijken zodoende vooral samen te hangen met het drukke gedrag van de jeugdige. Dit zou erop kunnen duiden dat de kern van de problematiek vermoedelijk in ADHD moet worden gezocht.

De benodigde hulp

Het Bureau Jeugdzorg concludeert dat er vermoedelijk ADHD-problematiek in het spel is. Het risicoprofiel biedt echter nog niet voldoende garantie om met zekerheid de diagnose 'ADHD' te kunnen stellen. Daarvoor is het VSPS-onderzoek te weinig specifiek op ADHD gericht. Het gevonden risicobeeld pleit er echter wel voor om een meer op deze problematiek toegespitste diagnose te laten voeren. Het Bureau Jeugdzorg besluit dan ook tot een verder onderzoek op dit gebied. Men adviseert Nico tijdelijk in een kinderspsychiatrisch dagcentrum met een bijzondere scholingsvoorziening te plaatsen. Dit zal het gezinssysteem tijdelijk ontlasten, terwijl Nico's probleemgedrag daar tegelijkertijd nader kan worden bestudeerd. Het plan wordt met Nico en zijn ouders besproken, die akkoord gaan met het voorgestelde hulpaanbod.

Voorbeeld 2

Marco werd eerder op 7-leeftijd onderzocht door de schoolbegeleidingsdienst omdat hij problemen had met leren. Naar voren kwam toen dat hij nogal wat moeite had zich bij zijn taken te houden. Uit de anamnese bleek echter niet dat er bijzondere medische omstandigheden waren. Wel bleek het huishouden erg chaotisch te verlopen. De moeder had weinig greep op de situatie en de vader dronk flink. Als Marco weer eens gek deed dan greep vader met straffe hand in en werd Marco hardhandig naar zijn kamer gestuurd. Na het onderzoek werd Marco doorverwezen naar het bijzonder onderwijs. Het gezin kreeg in de tussentijd begeleiding van het algemeen maatschappelijk werk. Er werden herhaalde pogingen ondernomen in het gezin structuur aan te brengen. Dat kwam echter niet van de

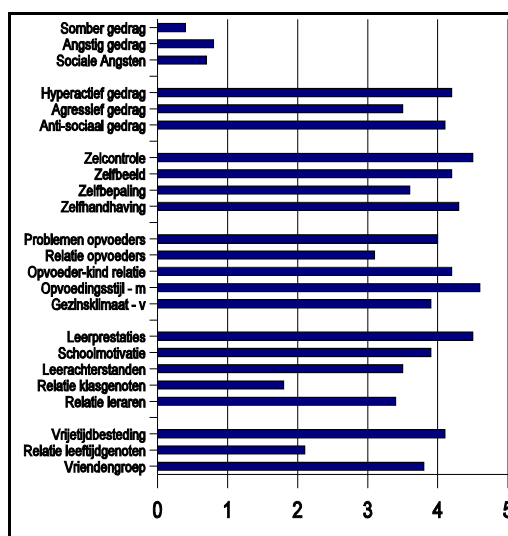
grond. Moeder en Marco verschijnen onregelmatig op afspraken, de vader zag niks in 'sociaal werk'. Op 15-jarige leeftijd komt Marco in aanraking met de politie vanwege een agressief delict. Op advies van de Raad voor de Kinderbescherming wijst de Kinderrechter een gezinsvoogd toe. Om te bepalen of Marco thuis kan blijven of uithuisgeplaatst moet worden, besluit deze een basisdiagnose van de probleemsituatie te maken. Figuur 3 geeft de uitslag weer.

Risicofactoren

Uit het risicoprofiel blijkt dat we van doen hebben met een agressieve, ongedurige jongen, waarbij de gedragsproblematiek tendeeert naar anti-sociaal gedrag. Uit de itemlijsten blijkt dat het met name gaat om spijbelen, om zwerven op straat en om ongehoorzaamheid.

Ook op het gebied van de persoonlijkheid blijkt er met de jeugdige heel wat aan de hand te zijn. Marco heeft een zwakke zelf- of impulscontrole en een zwak zelfbeeld, waarin stoer gedrag domineert. Hij weet niet goed wat hij met zijn leven wil en heeft hij de neiging agressief te reageren als de dingen niet lopen zoals hij dat wil.

In het gezin komen ernstige conflicten voor, die zich vooral afspelen tussen de ouders. Daarnaast is sprake van een problematische opvoedingsituatie. Bij de ouders is sprake van desinteresse voor het doen en laten van Marco, zij treden regelmatig hardhandig, inconsequent en affectieloos op. De ouders zelf kampen met persoonlijke problemen. Raadpleging van de itemlijsten wijst uit dat het gaat om werkloosheid en overmatig drankgebruik bij de vader, ruzies tussen de ouders en financiële nood in het gezin. Ook op school doen zich forse problemen voor. De leerprestaties zijn flink onder de maat en er is sprake van een ernstig gebrek aan schoolmotivatie. In zijn vrije tijd trekt de jeugdige op met gedragsproblematische vrienden, waarmee hij zijn tijd risicovol besteedt.



Figuur 3 Risicoprofiel van Marco, jongen, 15 jaar

Gunstige aspecten

Ook nu kan uit het profiel weer afgelezen worden welke aspecten gunstig zijn. Zo zijn er geen aanwijzingen voor een opvallende verstoring van de emotionele ontwikkeling. Daarnaast blijkt de jeugdige redelijk overweg te kunnen met leeftijdgenoten.

Kern van de probleemsituatie

De gezinsvoogd concludeert mede op basis van het profiel dat de ontwikkeling van Marco ernstig belemmerd wordt door zijn onrustige, agressieve en anti-sociale gedrag, zijn gebrek aan zelfcontrole en zijn geringe mogelijkheden zijn eigen leven vorm te geven. De gedrags- en persoonlijkheidsproblematiek van Marco wordt daarbij versterkt door ernstige gezins- en opvoedingsproblemen, die al vrij lang slepen en waarin ook na herhaaldelijk professioneel ingrijpen geen verbetering is opgetreden. De problemen hebben een negatieve uitwerking gehad op Marco's schoolse ontwikkeling. Op de korte termijn dreigt dit uit te monden in een vroegtijdig schoolverlaten en een toename van anti-sociale activiteiten met leeftijdgenoten. Op lange termijn ligt een volledige uitval uit de samenleving in het verschiet.

Benodigde hulp

De gezinsvoogd concludeert dat Marco's ingroei in de samenleving ernstig bemoeilijkt wordt door diens moeilijke gedrag en de bestaande opvoedingssituatie, en dat noch Marco noch zijn ouders noch de samenleving gebaat zijn bij een continuering hiervan. Mede omdat eerdere hulpverlening aan het gezin niet hielp, Marco zich de komende jaren van thuis los moet maken en hij bovendien redelijk goed met leeftijdgenoten overweg lijkt te kunnen, besluit de gezinsvoogd voor Marco een plaats te zoeken in een residentieel centrum voor verzorging, scholing en behandeling van jeugdigen met gedragsproblematiek.

Het plan wordt met Marco en zijn ouders besproken. De ouders gaan akkoord met de uithuisplaatsing. Marco voelt er echter helemaal niets voor om in een residentieel centrum ergens veraf buiten de stad te gaan wonen. Na onderhandeling gaat Marco ermee akkoord dat voor hem een kamertrainingscentrum zal worden gezocht in de stad waar de benodigde verzorgings-, scholings- en behandelingsfaciliteiten worden geboden, in combinatie met een gestructureerd vrijetijdsaanbod zodat Marco een nieuwe, minder risicovolle vriendenkring kan opbouwen.

BIJLAGE 2**LIJST VAN VSPS-BEGRIPPEN**

actuele gezondheid	89
agressief gedrag	87
angstig gedrag	86
anti-sociaal gedrag	87
bijzonder risicofactoren	107
broers/zussen	96
culturele verschillen	108
eerdere hulpverlening	109
emotionele problemen van primaire opvoeders	96
emotionele problemen van broers/zussen	97
externaliserende gedragsaspecten	87
gedragsbegeleiding	99
gedragsontwikkeling van de jeugdige	85
gedragsproblemen van broers/zussen	97
gedragsproblemen op school	111
gedragsproblemen van primaire opvoeders	96
gezinscommunicatie	99
gezondheid van de jeugdige	89
internaliserende gedragsaspecten	86
leerachterstanden	112
mishandeling	109
onderwijsstijl	111
overbeweeglijk gedrag	87
ontwikkelingsniveau	88
opvoeder-kind relatie	98
opvoedingsklimaat	104
opvoedingsstijl	100
overige gezinsrelaties	98
overige psychosociale (gedrags)aspecten jeugdige	86
pedagogische onmacht	108
persoonlijke problemen van broers/zussen	97
persoonlijke problemen van primaire opvoeders	96
persoonlijkheid(sontwikkeling) van de jeugdige	90
politie- & justitiecontacten	109
primaire leefmilieu	94

primaire opvoeders	95
principes van effectief opvoeden	100
probleemgedrag van vrienden	115
(rand)psychiatrische klachten	88
relatie primaire opvoeders	98
relaties met klasgenoten	111
relaties met leerkrachten	111
relaties met leeftijdgenoten	114
relaties op het werk	113
schoolmotivatie	110
schoolprestaties	110
secundaire leefmilieu	110
seksueel misbruik	109
seksuele problemen	88
sociale angst	86
sociale netwerk & sociale steun	105
sociale steun gezin	107
sociale steun jeugdige	107
somber gedrag	86
structurele aspecten van het primaire leefmilieu	95
tertiaire leefmilieu	114
toekomstbeeld	113
vrienden/kennissengroep	115
vrijtijdsbesteding	114
vroegere ontwikkeling	89
vroegkinderlijke verwaarlozing	109
werkmotivatie	113
zelfbeeld	91
zelfbepaling	92
zelfcontrole	90
zelfhandhaving	93

BIJLAGE 3 AANDACHTSPUNTEN ONTWIKKELINGSANAMNESE

Instructie: Kruis een onderwerp aan indien dit een probleem vormde.

Gebruik de klein gedrukte vragen eventueel als gespreksleidraad. Let daarbij op dat soms de bevestigende en soms de ontkennende antwoorden naar een probleemaspect kunnen verwijzen.

1. Waren er (medische) problemen in de zwangerschap (voor de geboorte), zoals:

- ☐ AANZIENLIJKE GEWICHTSTOENAME OF -AFNAME
- ☐ ONTSTEKINGEN, BLOEDVERLIES, SUIKERZIEKTE OF NIERPROBLEMEN
- ☐ MISSELIJKHEID/OVERGEVEN
- ☐ SIGARETTEN-, DRANK-, DRUGS- OF MEDICIJNGEBRUIK
- ☐ ONGELUKKEN/ZIEKTEN leidend tot medische hulp/ziekenhuisopname
- ☐ OVERIGE MEDISCHE PROBLEMEN ZWANGERSCHAP, nl.:

2. Waren er (medische) problemen tijdens de geboorte van de jeugdige, zoals:

- ☐ LAAG GEBOORTEGEWICHT (minder dan 2500 gram)
- ☐ VROEGGEBOORTE (eerder dan 37 weken)
- ☐ STUITBEVALLING, TANGBEVALLING, KEIZERSNEE
- ☐ NAVELSTRENGOMSTRENGELING/ZUURSTOFTEKORT/BLAUW ZIEN
- ☐ ONGELUKKEN OF ZIEKTEN leidend tot medische hulp, operaties, couveuse of ziekenhuisopname
- ☐ OVERIGE MEDISCHE PROBLEMEN GEBOORTE, nl.:

3. Waren er in de babytijd (0-2 jaar) ontwikkelingsproblemen op het gebied van:

- ☐ HANDICAPS/ZIEKTEN
Had uw kind als baby opvallende gebreken/handicaps, zoals problemen met horen, zien, voelen, gebruik van ledematen e.d.? Had uw kind als baby vanwege ongelukken of ziekten medische hulp nodig? Is uw kind opgenomen geweest in een ziekenhuis?
- ☐ ETEN

Had uw kind als baby moeilijkheden met eten, zoals eten weigeren, spugen, overgeven, een plotselinge toe- of afname in gewicht?

☐ SLAPEN

Had uw kind als baby problemen met het dag-en-nacht-ritme. Werd uw kind onregelmatig wakker?

☐ MOTORIEK

Had uw kind als baby problemen met de motorische ontwikkeling? Kon hij of zij bv. als baby een rammelaar vasthouden, blokjes stapelen/hanteren, los zitten, kruipen, staan en lopen?

☐ SPREKEN/TAAL

Had uw kind moeite om te leren praten/was het later dan andere kinderen met taal? Zei hij of zij als baby bv. papa/mama, sprak hij/ zij woordjes en begreep hij/zij woordjes?

☐ HECHTING

Had uw kind moeite zich aan u te hechten? Onderscheidde uw kind als baby bv. bekenden van vreemden. Was uw kind gerust als u hem/haar oppakte of verstijfde uw kind dan, glimlachte uw kind naar u? Zocht uw kind toenadering, wilde uw kind op schoot zitten, volgde uw kind u door de kamer? Was uw kind bang voor vreemden of juist helemaal niet, was het een 'allemandsbaby'?

☐ TEMPERAMENT

Was uw kind als baby druk, huilerig en/of moeilijk troostbaar?

☐ ANDERE OPVALLENDE ONTWIKKELINGSASPECTEN BABYPERIODE

Vielen u destijds nog andere dingen op waarin uw kind afweek van andere baby's?

4. Waren er tijdens de peuter/kleutertijd (2-4 jaar) ontwikkelingsproblemen op het gebied van:

☐ HANDICAPS/ZIEKTEN

Had uw kind als peuter/kleuter opvallende gebreken/handicaps, zoals problemen met horen, zien, voelen, gebruik van ledematen e.d.? Had uw kind vanwege ongelukken of ziekten medische hulp nodig? Is uw kind opgenomen geweest in een ziekenhuis?

☐ ETEN

Had uw kind als peuter/kleuter moeilijkheden met eten, zoals eten weigeren, spugen, overgeven, een plotselinge toe- of afname in gewicht?

☐ SLAPEN

Had uw kind als peuter/kleuter problemen met inslapen. Werd uw kind onregelmatig wakker, slaapwandelde uw kind, had uw kind last van nachtmerries of bedplassen?

☐ MOTORIEK

Kon uw kind als peuter/kleuter zelfstandig lopen, traplopen, tegen een voorwerp schoppen zonder om te vallen, rijden op een driewieler? Vond uw kind het als peuter/kleuter leuk om rond te rennen, te klimmen en te klauteren?

☐ ZINDELIJKHEID

Had uw kind als peuter/kleuter moeite om zijn plas of ontlasting op te houden?

☐ TAAL/COMMUNICATIE

Kon uw kind als peuter/kleuter twee woordjes combineren, de namen van gezinsleden noemen en verhaaltjes vertellen? Gebruikte uw kind als peuter/kleuter vaak niet-bestaande woordjes, sprak uw kind dwangmatig of peggaaide het? Stotterde uw kind?

☐ EXPLORATIE

Vroeg uw kind als peuter/kleuter vaak naar het 'waarom' van dingen, was uw kind nieuwsgierig, probeerde het graag nieuwe speeltjes uit?

☐ AUTONOMIE

Was uw kind als peuter/kleuter overdreven koppig of juist heel erg rustig? Kon uw kind zijn eigen naam noemen en 'ik' zeggen? Kon uw kind zelfstandig eten/drinken en goed alleen spelen?

☐ GEDRAG

Was uw kind als peuter/kleuter heel erg koppig, snel driftig, altijd overdreven druk in de weer, of maakte het dingen stuk?

☐ SOCIALE OMGANG

Kon uw kind als peuter/kleuter regels accepteren, luisterde het goed naar u? Kon uw kind met leeftijdgenootjes samenspelen. Pakte uw kind wel eens speelgoed af of had het snel ruzie? Had uw kind als peuter/kleuter vriendjes/vriendinnetjes, deed uw kind mee aan groepsspelletjes?

☐ ANDERE OPVALLENDE ONTWIKKELINGSASPECTEN PEUTER/KLEUTERPERIODE

Vielen u destijds nog andere dingen op waarin uw kind afweek van andere kleuters/peuters?

5. Waren er in de basisschoolperiode (4-12 jaar) ontwikkelingsproblemen op het gebied van:

☐ HANDICAPS/ZIEKTEN

Had uw kind in de basisschoolperiode opvallende gebreken/handicaps, zoals problemen met horen, zien, voelen, gebruik van ledematen e.d.? Had uw kind vanwege ongelukken of ziekten medische hulp nodig? Is uw kind opgenomen geweest in een ziekenhuis?

☐ ETEN

Had uw kind destijds moeilijkheden met eten, zoals eten weigeren, spugen,

overgeven, een plotselinge toe- of afname in gewicht?

☐ SLAPEN

Had uw kind moeite met slapen, bv. met inslapen? Werd uw kind vaak wakker, slaapwandelde uw kind, had uw kind last van nachtmerries, werd het wel een gillend wakker, of had het last van bedplassen?

☐ MENTALE HANDICAPS/ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN

Bleek in de basisschoolperiode dat uw kind last had van ontwikkelingsproblemen, zoals zwakbegaafdheid, autisme, ADHD, problemen met lezen (dyslexie), schrijven (dysgrafie) of rekenen (dyscalculie), e.d.?

☐ EMOTIONELE FUNCTIONEREN

Was uw kind destijds erg somber, angstig, depressief, onzeker of in zichzelf gekeerd?

☐ GEDRAG

Vertoonde uw kind destijds moeilijk gedrag? Was uw kind bv. erg impulsief, was het veeleisend of wilde het meestal direct zijn wensen ingewilligd zien? Sprak uw kind u vaak tegen, jekte uw kind of nam het dingen weg? Had uw kind destijds last van concentratieproblemen? Spijbelde uw kind? Liep uw kind wel eens weg? Stookte het vuurtjes, vernielde het dingen? Vond uw kind het erg als het anderen iets aangedaan had, of zat uw kind daar in het geheel niet mee?

☐ SCHOOL

Had uw kind op school moeite met schrijven, lezen of rekenen? Is uw kind blijven zitten of gewisseld van school? Hoe waren de schoolresultaten? Vond uw kind het fijn om naar school te gaan, maakte het zijn huiswerk/taken? Kon uw kind met klasgenootjes en leerkrachten overweg? Kreeg uw kind straf op school?

☐ SOCIALE OMGANG

Accepteerde uw kind gemakkelijk uw regels of die van andere volwassenen, zoals van leerkrachten of de politie? Luisterde/gehoorzaamde uw kind? Kon uw kind met leeftijdgenoten overweg, had uw kind vriendjes/vriendinnetjes? Deed uw kind mee aan groepsactiviteiten, zoals sport of hobby's? Kon uw kind zich goed tegen andere kinderen verweren? Liet het zich meeslepen in riskante activiteiten?

☐ ANDERE OPVALLENDE ONTWIKKELINGSPROBLEMEN BASISCHOOL-PERIODE

Vielen u destijds nog andere dingen op waarin uw kind afweek van andere kinderen?

6. Deden zich in het verleden (tijdens de baby/peuter/kleuter/basisschoolperiode) gezins- en/of opvoedingsproblemen voor op het gebied van:

☐ BASISZORG

Toen uw kind baby was, ging u toen regelmatig naar het consultatiebureau?

Voedde u of uw partner uw kind regelmatig? Waste u of uw partner uw kind regelmatig of zag u erop toe dat uw kind zich waste? Gaf u uw kind nette/leuke kleren, of vond u dat niet belangrijk? Kreeg uw kind speeltjes/speelgoed? Had uw kind wel eens ongelukken in of om het huis? Vonden u en uw partner uw kind leuk? Ergerden u of uw partner zich in het verleden wel eens aan uw kind? Vonden u of uw partner uw kind in het verleden lastig of niet lief?

☐ OPVOEDEN

Was uw kind destijds door u en uw partner gewenst? Waren u en uw partner het eens over de opvoeding van uw kind? Lieten u en uw partner het duidelijk merken als uw kind wat goed had gedaan? Strafte u en uw partner uw kind consequent/altijd als het iets fout had gedaan? Traden u of uw partner in het verleden wel eens hardhandig op tegen uw kind, bv. om het stil te krijgen of te laten gehoorzamen?

☐ EMOTIONEEL FUNCTIONEREN

Had u of uw partner in het verleden wel eens last van depressies, angsten? Was u of uw partner destijds wel eens erg overstuurd?

☐ PARTNER/GEZINS/FAMILIERELATIES

Hadden u, uw partner, uw kind en/of andere gezins- of familieleden in het verleden wel eens ernstige onenigheid, ruzies, conflicten of andere problemen?

☐ MATERIËLE GEZINSOMSTANDIGHEDEN

Deden er zich in het verleden problemen voor met werk, financiën, huisvesting, politie en/of justitie?

☐ SOCIAAL NETWERK EN SOCIALE STEUN

Kon u in het verleden rekenen op steun van uw partner, burens, familie of vrienden?

☐ ANDERE GEZINS- EN OPVOEDINGSPROBLEMEN IN HET VERLEDEN

Speelden er in het verleden nog andere opvoedings- of gezinsproblemen?

7. Deden er zich in het verleden van de jeugdige traumatische of ingrijpende gebeurtenissen voor?

☐ TRAUMATISCHE GEBEURTENISSEN

Was uw kind in het verleden slachtoffer van ernstige verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik, lichamelijke handicaps, ongelukken en/of van geweld? Verloor het kind huis en haard door brand, natuurramp en/of oorlogen, e.d.?

☐ INGRIJPENDE GEBEURTENISSEN

Was er in het verleden bij (groot)ouders, broers, zussen of vrienden van uw kind sprake van dood, suïcide, echtscheiding, ruzies? Was sprake van een langdurige scheiding van ouders, arrestaties, ziekenhuisopnames e.d.?

☐ ANDERE NEGATIEVE ONTWIKKELINGSOMSTANDIGHEDEN

Speelden er in het verleden van de jeugdige nog andere traumatische opvoedings- en/of gezinsproblemen?

Literatuur:

- Berden, G.F.M.G. (1992). Het diagnostisch interview met ouders. In Verhulst, F. & Verhey, F. (1992), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek*. Assen: van Gorcum.
- Cools, A.T.M. & Hermanns, J.M.A. (1979). *Denver ontwikkelingsscreeningstest*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van der Ploeg, J.D. (1999). *Had me dat eerder verteld*. Utrecht: SWP.
- Verhulst, F. (1991). *De ontwikkeling van het kind*. Assen: van Gorkum.

BIJLAGE 4**NORMERING VAN DE VSPS-FACTOREN****Inleidend**

De profiel- of risicoscores op de VSPS-factoren kunnen op twee manieren tot stand komen.

In de *verkorte procedure* (zie hoofdstuk 3, pagina 45) worden de risicoscores direct ingeschat op een oplopende risicoschaal van 0 (= risico niet geïndiceerd of geen hulp nodig) tot en met 5 (= risico zeer duidelijk geïndiceerd of hulp direct nodig).

In de *uitgebreide procedure* (zie hoofdstuk 3, pagina 41) heeft iedere risicofactor een achterliggende itemlijst. Hierin staan vragen naar concrete psychosociale (probleem)gedragingen en/of situaties. De gebruiker geeft op een schaal van 0 (= niet of nauwelijks sprake van het aspect) tot en met 3 (= zeer duidelijk of wekelijks-dagelijks sprake van het aspect) aan in welke mate deze probleemaspecten voorkomen. Op grond van deze antwoorden wordt vervolgens de risicoscore, lopend van 0 tot 5, berekend.

Berekening risicoscores uitgebreide procedure

Bij de uitgebreide procedure berekent het computerprogramma de profielscores aan de hand van de antwoorden op de vragen van de bijbehorende itemlijsten. Daartoe moeten in principe alle vragen van een itemlijst beantwoord zijn. De berekening verloopt dan als volgt:

1. alle in een itemlijst gegeven antwoordscores worden opgeteld;
2. de somscore wordt gedeeld door het aantal vragen van de itemlijst;
3. dit getal wordt gedeeld door 3 (de maximaal haalbare itemscore) en vermenigvuldigd met 5 (de maximaal haalbare profielscore).

Het resultaat is de profiel- of risicoscore. Indien aparte scores werden berekend voor de vader- en moederfiguur, dan bestaat de uiteindelijke profielscore uit het gemiddelde van deze beide subscores.

Het kan voorkomen dat in een itemlijst één of enkele antwoorden ontbreken. In dit geval wordt de somscore van punt 1. als volgt geschat:

- 1a. alle wel bekende antwoorden in de itemlijst worden opgeteld;
- 1b. deze som wordt vermenigvuldigd met het aantal vragen van de itemlijst en gedeeld door het totaal aantal wel beantwoorde vragen.

Als de helft of meer dan de helft van de antwoorden ontbreekt, dan kan

(en mag) een profielscore niet worden berekend. De betrouwbaarheid van de beoordeling is in zulke situaties namelijk te gering. Het computerprogramma plaatst in dit geval bij de betreffende risicofactor een vraagteken.

Empirische normering

Indien VSPS-vragenlijsten een achterliggende itemlijst hebben, kan het computerprogramma desgevraagd genormeerde risicoscores berekenen. De ruwe profiel- of risicoscores op de VSPS-risicofactoren worden in dit geval omgerekend tot percentielscores. Dit vindt plaats door de ruwe profielscores bij iedere VSPS-factor te verminderen met de overeenkomstige gemiddelde ruwe scores in een normgroep, en dit getal te delen door de standaarddeviatie van de normgroep. Hierdoor ontstaat een gestandaardiseerde score ofwel z-score. Uit de gestandaardiseerde z-verdeling of z-tabel (Hays, 1988) wordt vervolgens afgelezen welk percentage jeugdigen in de normgroep eenzelfde of lagere ruwe score had. Dit wordt de percentielscore genoemd. De percentielberekeningen worden in het VSPS-computerprogramma automatisch uitgevoerd, waarbij tevens naar sekse en leeftijd wordt gedifferentieerd.

Tabel 1 (blz. 164) geeft de VSPS-factoren weer die een itemlijst hebben. In de tabel staan tevens de gemiddelden van een normsteekproef jeugdigen uit de jeugdzorg. Deze steekproef kan voor algemene normeringsdoeleinden worden gebruikt. Het betreft een groep van 415 jeugdigen uit de ambulante jeugdzorg (peiljaren 1992-1996). De gemiddelde leeftijd van de groep is 12.9 jaar (met een standaarddeviatie 4.5 jaar en een bereik van 4 tot 18 jaar). De groep omvat 48% meisjes en 32% allochtone jeugdigen. Uit de tabel blijkt dat een aantal VSPS-factoren een gemiddelde hebben rond het absolute schaalgemiddelde van 2.5. Er zijn echter ook factoren die onder en boven dit absolute gemiddelde vallen. Ook lopen de standaarddeviaties van de diverse factoren uiteen. Het is daarom raadzaam bij gebruik van de uitgebreide VSPS naast de uitslagen van het absolute profiel tevens een empirische normering te beschouwen.

Standaardmeetfouten

De klassieke testtheorie veronderstelt dat toevallige omstandigheden, zoals een griepje bij de beoordelaar of afleiding door de omgeving, mede van invloed zijn op de testuitslag (De Zeeuw, 1994). Dit betekent dat een bepaalde testuitslag altijd een bepaalde foutmarge afwijkt van de werkelijke of ware testscore.

De betrouwbaarheid van de verkregen individuele scores van een jeugdige kan worden bepaald met behulp van de standaardmeetfout (S_E). De kans

dat een ware score tussen de verkregen score - $2 \cdot S_E$ en de verkregen score + $2 \cdot S_E$ ligt, bedraagt 95%. Uit tabel 1 blijkt dat de standaardmeetfouten van de diverse VSPS-factoren elkaar weinig ontlopen. De maximale standaardmeetfout bedraagt 0.09. Het volstaat daarom om aan gevonden VSPS-testscores zowel naar onderen als naar boven een foutmarge van 0.18 te hanteren.

Absolute normering

Bij empirische normering worden individuele testcores vergeleken met de scores die in normgroepen behaald werden. Verondersteld wordt dat sprake is van ernstiger problematiek naarmate de behaalde testcores in vergelijking met empirisch bepaalde normscores uitzonderlijker zijn. Zo'n empirische normering mag echter alleen plaatsvinden bij de uitgebreide VSPS en niet bij de korte VSPS omdat de risicoscoregetallen daar op een andere wijze tot stand zijn gekomen.

Bij de korte VSPS werd via afspraken een betekenis aan de VSPS-scoregetallen toegekend. Zo betekent een profielscore van 0 dat er geen hulp nodig is, een score van 3 dat hulp nodig is en een score van 5 dat direct hulp nodig is. Bij de korte VSPS hebben de profielscores dus bij elke factor en voor iedere jeugdige dezelfde betekenis. Dit wordt ook wel een theoretische of absolute normering genoemd.

Tabel 1 VSPS-normgegevens algemene jeugd in de jeugdzorg (N=415)

Gedragsontwikkeling	Gemiddelde	Standaard-deviatie	Standaard-meetfout (S_E)
Somber gedrag	2.28	1.46	.65
Angstig gedrag	1.68	1.33	.59
Sociale angsten	1.82	1.40	.67
Overbeweeglijk gedrag	2.27	1.75	.78
Agressief gedrag	1.82	1.66	.74
Anti-sociaal gedrag	1.97	1.46	.65
Persoonlijkheidsontwikkeling			
Zelfcontrole	2.42	1.59	.71
Zelfbeeld	2.00	1.60	.71
Zelfbepaling	2.50	1.63	.73
Zelfhandhaving	2.64	1.54	.69
Problemen opvoeders			
Emotionele problemen	2.99	1.35	.60
Gedragsproblemen	2.13	1.52	.68
Persoonlijke problemen	2.27	1.44	.64
Gezinsdimensies			
Relatie opvoeders	2.46	1.02	.46
Opvoeder-kind relatie	2.82	1.25	.56
Gezinscommunicaties	2.98	1.46	.65
Gedragsbegeleiding	2.58	1.44	.65
Opvoedingsstijl	3.08	1.43	.64
Opvoedingsklimaat	2.55	1.34	.60
Schooldimensies			
Schoolmotivatie	2.13	1.33	.60
Schoolprestaties	2.65	1.37	.61
Gedragsproblemen	2.12	1.54	.69
Relaties medeleerlingen	2.14	1.36	.61
Relatie(s) lera(a)r(en)	1.66	1.26	.56
Vrienden/vrijetijd			
Risikante vrijetijdsbesteding	2.09	1.28	.56
Relaties met leeftijdgenoten	2.36	1.31	.59
Risicovolle vriendengroep	2.32	1.26	.56

Vraag: Mag de VSPS alleen boven de zes jaar worden afgenomen?

De **uitgebreide** versie van de VSPS is van toepassing op kinderen vanaf een jaar of zes (of eigenlijk vier), omdat het instrument ontwikkeld en geijkt werd op kinderen vanaf deze leeftijd. Dit uit zich onder andere in de aard van de vraagstellingen die minder passen bij jonge kinderen en die daardoor voor jonge kinderen vaak minder goed te beantwoorden zijn. Zo is een vraag als 'kan de jeugdige over persoonlijke dingen praten met zijn opvoeders' in het geval van baby's minder relevant.

Het **korte** versie van de VSPS is wel geschikt voor de basisdiagnostiek bij kinderen onder de zes jaar. Ook bij jonge kinderen kunnen immers de VSPS-risicofactoren in kaart worden gebracht, zoals het ontwikkelingsniveau van het kind, diens emotionele en gedragsmatige functioneren en diens opvoedings- en schoolsituatie.

De betrouwbaarheid van de korte VSPS is geringer dan die van de uitgebreide VSPS. De korte VSPS geeft echter wel een betrouwbaarder beeld dan diagnostiek zonder gebruik van de VSPS. Bij gebruik van de korte VSPS verloopt de probleeminventarisatie immers systematisch aan de hand van het VSPS-risicoprofiel ofwel van het meervoudig risicomodel. Indien geen instrument wordt gebruikt, bepaalt de gebruiker zelf welke risicofactoren in de beschouwing zullen worden betrokken. Het subjectieve karakter van deze keuze zal de betrouwbaarheid van de diagnostiek niet ten goede komen.

Vraag: Waarom heeft de uitgebreide VSPS de voorkeur boven de verkorte?

Diagnostische beoordelingen dienen valide en betrouwbaar te zijn.

Valide wil zeggen dat verschillende beoordelaars onder een bepaald begrip hetzelfde verstaan. Indien bijvoorbeeld beoordelaar 1 onder agressie vernielen verstaat en beoordelaar 2 vechten, dan zullen beiden bij een jeugdige die vecht tot een andere beoordeling van de dimensie 'agressief gedrag' komen. Door beide beoordelaars dezelfde set concrete gedragingen te laten beoordelen wordt voorkomen dat het begrip 'agressief gedrag' naar verschillende dingen verwijst.

Betrouwbaar wil zeggen dat verschillende beoordelaars de mate waarin een bepaald begrip voorkomt hetzelfde beoordelen. Indien bijvoorbeeld beoordelaar 1 twee keer vechten per half jaar ernstig vindt en beoordelaar 2 vindt dat pas bij tenminste vijf keer vechten per half jaar, dan komen beiden tot een andere beoordeling van de ernst van het vechtgedrag van de jeugdige. Door beide beoordelaars frequenties van gedragingen te laten scoren wordt voorkomen dat verschillen in ernstbeoordeling ontstaan.

De uitgebreide VSPS is op deze beide principes gebaseerd, de korte echter niet. De uitgebreide versie produceert daardoor meer valide en betrouwbaarder risicoscores dan de korte versie. Daarom verdient de lange versie de voorkeur. Dit betekent overigens niet dat de korte VSPS geen waarde heeft. Zo leidt de korte VSPS door zijn structuur altijd nog tot een betrouwbaarder basisdiagnose dan basisdiagnostiek zonder VSPS.

Vraag: Waarom gaat het om het ongenormeerde profiel?

Om te bepalen of een risicoscore ernstig is dient een grens te worden afgesproken tussen wat wel en wat niet 'normaal' is of een probleem vormt. Dit kan op twee manieren.

Men kan op theoretische gronden een grens trekken en bijvoorbeeld zeggen: het is normaal dat jeugdigen niet stelen en als een jeugdige twee keer per half jaar steelt dan is dat een probleem. Dit wordt absolute normering genoemd, omdat er een norm wordt gehanteerd die voor alle jeugdigen hetzelfde is.

Men kan de grens echter ook op empirische normen baseren en bijvoorbeeld zeggen: iets is pas een probleem als het in vergelijking met leeftijdgenoten uitzonderlijk is. Als alle jeugdigen bijvoorbeeld gemiddeld twee keer per half jaar iets stelen, dan is twee keer stelen

per half kennelijk heel normaal en niet echt een probleem. Zo'n relatieve vergelijking met een normgroep wordt de empirische normering genoemd. Om deze benadering te kunnen toepassen is een normgroep nodig. Pas daarmee kunnen de kenmerken van de onderzochte jeugdige op 'uitzonderlijkheid' worden beoordeeld.

Deze normgroepen worden doorgaans opgedeeld naar demografische kenmerken, zoals leeftijd en sekse, die empirisch van invloed zijn op veel risicofactoren. Zo vechten jongens gemiddeld vaker dan meisjes. Eenzelfde hoeveelheid vechtgedrag is daarom bij meisjes sneller uitzonderlijk en vormt daarmee een ernstiger probleem dan bij jongens. Evenzo stelen adolescenten vaker dan basisschoolkinderen. Eenzelfde frequentie van stelen is daarom bij jongere kinderen ernstiger als bij adolescenten.

In het verlengde van het bovenstaande geeft het ongenormeerde VSPS-profiel een beoordeling van de ernst van de risicofactoren op absolute gronden. Het genormeerde VSPS-profiel geeft een beoordeling van de ernst van de risicofactoren in vergelijking met de VSPS-normgroep. Omdat deze normgroep uit jeugdigen in de jeugdzorg bestaat (peiljaren 1992-1999), geeft dit genormeerde profiel de ernst van de risico's weer in vergelijking met de jeugdigen in de jeugdzorg.

Wanneer een jeugdige op dit genormeerde profiel hoog scoort (boven percentiel 65), dan betekent dit dat hij in vergelijking met de andere jeugd in de jeugdzorg op dit punt veel risico loopt, ofwel dat dit punt verhoudingsgewijs veel aandacht en intensieve begeleiding behoeft. Wanneer een jeugdige op dit genormeerde profiel laag scoort (onder percentiel 35), dan betekent dit dat hij in vergelijking met anderen op dit punt weinig risico loopt, ofwel dat dit punt verhoudingsgewijs weinig aandacht en intensieve begeleiding behoeft.

Het gebruik van het genormeerde profiel kan het risicobeeld van het absolute profiel aldus relativeren. Het maakt de interpretatie van het risicoprofiel er echter niet gemakkelijker op. Aangeraden wordt daarom in eerste instantie alleen het ongenormeerde profiel te gebruiken. Het genormeerde profiel kan worden gebruikt wanneer een diepergaande analyse wenselijk wordt geacht. Het verdient aanbeveling in dit geval altijd een diagnostisch geschoolde gedragsdeskundige te raadplegen.

Vraag: Moet je de VSPS ijk en waarom?

De normgroep die nu door de VSPS wordt gebruikt is gebaseerd op zaken uit Rotterdam, Noord- en Zuid-Holland en Gelderland. Het is wenselijk deze normgroep uit te breiden.

De vragen in de VSPS betreffende de ijkingsgegevens dienen te worden beantwoord omdat alleen op die manier een empirische normgroep kan worden verkregen die bij de eigen instelling past. Deze vragen kunnen echter pas beantwoord worden nadat de probleemanalyse, de diagnosestelling en de planvorming/indicatiestelling zijn afgerond. De ijkingsvragen kunnen dus pas achteraf worden ingevuld. Om passende normgroepen te verkrijgen verdient het aanbeveling deze vragen toch altijd te beantwoorden.

Vraag: Wat moet bij 'opvoedingssituatie' en bij 'primaire opvoeders' worden ingevuld?

De VSPS is een instrument om de probleemanalyse te ondersteunen. De gebruiker bepaalt derhalve welke situatie men met de VSPS wil analyseren.

Om de juiste vragen te kunnen stellen moet het VSPS-programma echter een aantal dingen weten, zoals de opvoedingssituatie die men wil analyseren. Gaat het bijvoorbeeld om een stamgezin, een pleeggezin of een leefgroep? Wanneer het VSPS-profiel voor de eerste keer wordt benaderd, vraagt het programma een aantal van zulke testcondities op te geven. Ze kunnen later in het profiel nog worden gewijzigd.

Geef bij het onderdeel 'primaire opvoedingssituatie' aan voor welke opvoedingssituatie de (gezins)risicofactoren geanalyseerd moeten worden. Deze keuze is uiteraard afhankelijk van de onderzoeksvraagstelling. Indien de jeugdige bijvoorbeeld in het stamgezin verblijft en de onderzoeker wil weten hoe de opvoedingssituatie er daar uit ziet, dan kiest hij hier voor 'natuurlijk gezin'. Indien de jeugdige in een pleeggezin woont en de onderzoeker wil weten of de jeugdige daar op zijn plaats is, dan kiest hij voor 'pleeggezin'.

Bij het onderdeel 'primaire opvoeders' geeft de onderzoeker aan voor welke primaire opvoeders hij de opvoedingssituatie wil analyseren. Kiest men de optie 'primaire opvoeders samen', dan worden

de bijbehorende vragen voor beide primaire opvoeders gezamenlijk gesteld en volgt er een gezamenlijke score. Dit is niet aan te bevelen indien de ene opvoeder wel problemen heeft en de andere niet. Kiest men de optie 'natuurlijke vader - natuurlijke moeder' (of 'vervangende vader - natuurlijke moeder', 'natuurlijke vader - vervangende moeder', 'vervangende vader - vervangende moeder') dan worden de vragen bij het onderdeel primaire opvoeders voor beide ouders afzonderlijk gesteld. Er verschijnen dan afzonderlijke scores voor beide ouders.

Vraag: Wanneer er voldoende diagnostiek voorhanden is dient dan toch de VSPS te worden ingevuld?

De VSPS wordt in de basisdiagnostiek gebruikt ter ondersteuning van de probleeminventarisatie, dat wil zeggen voor de brede inventarisatie van risicofactoren. Diagnostiek is door gaans specifieke diagnostiek, dat wil zeggen de nadere uitdieping van een bepaalde risicofactor, bijvoorbeeld het gedrag of de persoonlijkheid van de jeugdige.

Indien er alleen specifieke diagnostiek voorhanden is, dan is het toch raadzaam een basisdiagnose te stellen met de VSPS omdat de specifieke diagnostiek waarschijnlijk niet alle risicofactoren omvat. Bovendien kan specifieke diagnostiek ertoe leiden dat de onderzoeker zich daarop fixeert en andere risicofactoren over het hoofd ziet (bv . gezinsconflicten).

Indien er een recente basisdiagnose voorhanden is, bijvoorbeeld een VSPS van de Raad, en deze is nog steeds actueel, dan zou men deze basisdiagnose uiteraard als uitgangspunt kunnen nemen.

Vraag: Hoe moeten broertjes en zusjes gescoord worden?

De VSPS gaat uit van een kind-omgevingsmodel, waarbij een bepaald kind de focus heeft. Broertjes en zusjes van dit kind worden alleen in de test opgenomen voorzover zij de gezinssituatie belasten. Ze vormen dus niet zelf het onderwerp van de test.

Indien men ook de situatie van broertjes en zusjes wil analyseren, dan dient de aandacht zich te richten op deze kinderen. Dit betekent dat men voor al deze kinderen een aparte VSPS dient in te vullen. Dat

is voor de hand liggend, omdat broertjes en zusjes unieke kinderen zijn met een eigen gedrags- en ontwikkelingsrepertoire, en een eigen relatie met hun ouders.

Ook hier geldt dus weer: niet de VSPS bepaalt wat men moet invullen, maar datgene wat men wil analyseren bepaalt hoe de VSPS moet worden geconfigureerd en ingevuld. Als kind 1 centraal staat, dan dient de VSPS voor dit kind te worden ingevuld. Als kind 2 de focus heeft, vult men de VSPS voor dat kind in. Enzovoort.

Vraag: Wat is het verschil tussen 'onbekend' en 'niet van toepassing'?

De score 'onbekend' betekent dat een vraag wel van toepassing is op de situatie die men analyseert, maar dat men het antwoord op de vraag niet weet. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren als het antwoord niet in het overdrachtdossier te vinden is of als men zelf de vraag nog onvoldoende heeft onderzocht. In dat geval dient men uiteraard alsnog op zoek te gaan naar het antwoord. Als echter ook na zorgvuldig onderzoek onvoldoende informatie wordt verkregen, blijft het antwoord op de betreffende vraag 'onbekend'. 'Onbekend' kan ook gescoord worden indien de verschillende informatiebronnen elkaar tegenspreken. In dat geval zal men het juiste antwoord gewoonlijk baseren op de informatiebron die de 'hardste' gegevens levert. Uitspraken van een jeugdige zelf of van diens ouders zijn bijvoorbeeld minder 'hard' dan gegevens uit een politiedossier. Blijft ook bij een dergelijke weging onduidelijk welke van de verschillende informatiebronnen gelijk heeft, dan kan de onderzoeker 'onbekend' scoren.

'Niet van toepassing' kan gescoord worden wanneer een vraag voor de te analyseren situatie niet beantwoord kan worden omdat de vraag in die situatie niet geldig of niet relevant is. Een voorbeeld: een vader(figuur) woont niet bij de jeugdige thuis, hij participeert niet in de opvoeding, maar heeft wel met enige regelmaat contact met het kind. Dan kan de onderzoeker besluiten dat de vragen over de onderlinge interactie en communicatie wel belangrijk zijn, maar de vragen over het opvoedingsgedrag van de vader niet. In dat geval

wordt bij 'primaire opvoeders' gekozen voor de optie 'vader(figuur) en moeder(figuur)'. De vragen over de interactie en communicatie worden dan voor beide ouders ingevuld. Bij de vragen over gedragsbegeleiding, opvoedingsstijl en opvoedingsklimaat wordt voor de vader dan 'niet van toepassing' ingevuld, terwijl deze vragen voor de moeder gewoon beantwoord worden. Er zijn meer situaties waarin bepaalde vragen niet van toepassing zijn. Zo zijn vragen over school in principe niet van toepassing als de jeugdige een schoolverlater is. Ook zijn vragen over alcohol- en druggebruik door gaans niet van toepassing bij heel jonge kinderen, zodat een antwoord als 'niet of nauwelijks' bij hen weinig zinnig is. Het VSPS-computerprogramma is helaas onvoldoende geavanceerd om al deze niet van toepassing zijnde vragen te voorkomen. Hoewel technisch mogelijk, zou dit het programma onevenredig complex maken. Er wordt derhalve een beroep gedaan op het gezonde verstand van de onderzoeker.

Als algemene regel geldt: beantwoord alle vragen. Vermijd zoveel mogelijk het antwoord 'onbekend', bijvoorbeeld door aanvullend onderzoek te doen. Negeer eveneens zoveel mogelijk het antwoord 'niet van toepassing'. Dit kan slechts gescoord worden als bijzonder duidelijk is dat een vraag voor een bepaalde situatie niet geldig of niet relevant is. Zulks is echter altijd ter beoordeling van de gebruiker.

Vraag: De relaties tussen de VSPS-risicofactoren moeten door de gebruiker zelf worden gelegd. Waar komen deze diagnostische hypothesen eigenlijk vandaan?

Diagnoses zijn uitspraken over de oorzaken van problemen. In de diagnosestelling gaat de diagnosticus systematisch alle factoren na die het probleem van de cliënt zouden kunnen veroorzaken, in stand gehouden of versterken. De uiteindelijke diagnostische conclusie is die hypothese, die de beste verklaring biedt voor het probleem. Zo kan bij de analyse van het probleemgedrag met de VSPS naar voren komen dat de jeugdige weliswaar druk is, maar niet extreem. Als verder naar voren is gekomen dat de jeugdige dit gedrag alleen thuis vertoont en dat zijn moeder ongestructureerd en inconsequent opvoedt, dan ligt het voor de hand te veronderstellen dat het structuur-

arme opvoedingsgedrag van de opvoeders het probleemgedrag oproept en versterkt. Aldus vormt het VSPS-profiel - naast een inventarisatie van risicofactoren - tevens een bron voor de vorming van hypothesen die het probleem kunnen verklaren. Deze bron wordt aangesproken door alle verbanden tussen de VSPS-risicofactoren systematisch na te lopen.

Diagnostische hypothesen beogen het probleem te verklaren. Om plausibel te zijn dienen hypothesen echter wel aan de bestaande kennis en theorieën over de oorzaken van psychosociale problemen te worden getoetst. Bruikbare toetsingsbronnen zijn in dit verband: empirisch-wetenschappelijke kennis, theoretische kennis, systematische casuïstiek en persoonlijke ervaringskennis (De Bruyn e.a., 1995). Deze vier bronnen verschillen in mate van hardheid: empirische kennis is het meest betrouwbaar en persoonlijke ervaringskennis het minst. Een en ander betekent overigens dat diagnostische hypothesen in de praktijk uiteindelijk altijd voortkomen uit de kennis, de opleiding en de ervaring van de diagnosticus.



Nederlands Instituut voor
Pedagogisch en Psychologisch Onderzoek
Postbus 75428 1070 AK Amsterdam



