

**EFFECTIEVE HULPVERLENING AAN JEUGDIGEN
MET MEERVOUDIGE
PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN**

**DEEL I
PROBLEMATIEK, INDICATIESTELLING EN
CLIËNTTEVREDENHEID**

DR E.M. SCHOLTE
PROF. DR J.D. VAN DER PLOEG

**NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PEDAGOGISCH EN PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK
POSTBUS 75428 1070 AK AMSTERDAM**

INHOUD

Inleiding en onderzoeksopzet	1
1. Inleiding	1
2. Doel en globale werkwijze	2
3. Onderzoeksopzet	3
4. Opbouw van het rapport	5
1 Populatiekenmerken	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Onderzoeksgroep	7
1.3 Biografische kenmerken	8
1.4 Meervoudig risicomodel	12
1.5 Risicofactoren in de gedrags-, emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling	13
1.6 Gedrags- en emotionele ontwikkeling: perspectief ouders	15
1.7 Risicofactoren in het tweede en derde milieu (school en vrije tijd)	16
1.8 Enkele typerende kindgebonden hulpvragen	18
1.9 Hulpverleningsgerelateerde risicofactoren	19
1.10 Samenvatting	20
2 Gezinskenmerken	23
2.1 Gezinsproblemen	23
2.2 Materieel-structurele risicofactoren	23
2.3 Bijzondere risicofactoren	24
2.4 Interactionele risicofactoren	24
2.5 Hulpverleningsgerelateerde risicofactoren	26
2.6 Steunbronnen	27
2.7 Ernst van de problematiek	28
2.8 Enkele systematische verbanden	28
2.9 Samenvatting	31
3 Cliëntcontacten	33
3.1 Inleiding	33
3.2 Aantal cliëntcontacten	33
3.3 Duur cliëntcontacten	34
3.4 Plaats cliëntcontacten	35
3.5 Inhoud gesprekken	35
3.6 Probleemverkenning	36
3.7 Hulpverleningsactiviteiten	37
3.8 Methodiek van cliëntbenadering	38
3.9 Samenvatting	40

4	Indicatiestelling	43
4.1	Pedagogische doelstellingen	43
4.2	Indicatiestelling	45
4.3	De beoogde basispedagogische hulp	47
4.4	De beoogde intensieve pedagogische hulp	48
4.5	De beoogde contactfrequentie	49
4.6	Overeenstemming met cliënten	49
4.7	Samenvatting	51
5	Onderlinge samenhangen	53
5.1	Inleiding	53
5.2	Samenhang met enkele biografische kenmerken	53
5.3	Samenhang problemen en doelen	54
5.4	Samenhang problemen, doelen en VSPS-gebruik	56
5.5	Samenhang problemen en beoogde middelen	59
5.5	Samenvatting	62
6	De visie van de cliënten	65
6.1	Inleiding	65
6.2	Formele informatieverstrekking	65
6.3	Beoordeling werkhouding	66
6.4	Tevredenheid	67
6.5	Enkele systematische verbanden	67
6.6	Samenvatting	69
7	Samenvatting en conclusies	71
7.1	Inleiding	71
7.2	Biografische kenmerken	71
7.3	Kindgebonden risicofactoren	72
7.4	Gezinsgebonden risicofactoren	73
7.5	Cliëntcontacten	74
7.6	Doel- en indicatiestellingen	75
7.7	Onderlinge samenhangen	77
7.8	De visie van cliënten	79
7.9	Conclusies	80
	Literatuur	83

Voorwoord

Het wordt de laatste jaren steeds duidelijker dat psychosociale problematiek bij jeugdigen een voorbode vormt van ernstige aanpassingsproblemen op latere leeftijd. Hulpverleningsinstellingen zien zich dan ook in toenemende mate geconfronteerd met de vraag hoe jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen het beste geholpen kunnen worden. Men ziet zich daarbij gesteld voor de volgende opgaven:

- hoe de meervoudige problematiek op een verantwoorde wijze te bepalen
- hoe de jeugdigen op een effectieve manier hulp te bieden.

Ook de ambulante bureau's jeugdzorg en de instellingen voor gezinsvoogdij worden met deze vragen geconfronteerd.

Hoewel er verscheidene werkwijzen bestaan om te bepalen of er sprake is van meervoudige problematiek zijn er aanwijzingen dat de diagnoses nogal eens te wensen over laten. Zo geeft onderzoek aan dat die diagnoses meer dan eens onjuist of twijfelachtig zijn, met als gevolg dat jeugdigen nogal eens in een voor hun problematiek te lichte of te zware hulpvoorziening worden geplaatst.

Voorts blijkt - ondanks het feit dat een groot deel van de jeugdigen baat heeft bij de bestaande hulpverlening - een substantieel aantal jeugdigen niet effectief te worden geholpen. Bovendien blijkt het effect van veel behandelingsmethoden (nog) niet in kaart te zijn gebracht.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat hulpverleners in toenemende mate de behoefte voelen aan duidelijke criteria voor welke hulpverleningsvormen het beste kunnen worden aangeboden bij welk soort problemen om de jeugdigen optimaal verder te helpen.

Het voorliggende onderzoek beoogt onder andere criteria te ontwikkelen voor indicatiestelling om jeugdigen met ernstige en meervoudige problemen effectief verder te helpen.

In dit eerste deel van deze rapportage wordt melding gemaakt van de meervoudige problematiek van de jeugdigen en hun gezinnen alsmede van het verstrekte hulpaanbod en de werkwijze van de hulpverlening. In het tweede deel wordt nagegaan wat de hulpverlening heeft opgeleverd en welke factoren kunnen bijdragen tot optimale hulpverlening.

Het onderzoek is mogelijk gemaakt door de financiële steun van de Stichting Kinderpostzegels Nederland en van het Juliana Welzijn Fonds. We zijn beide instellingen dankbaar dat zij het belang van dit onderzoek hebben onderkend.

Daarnaast gaat onze dank uit naar de hulpverleners van de deelnemende instellingen, die onder zware werkomstandigheden de gevraagde medewerking hebben verleend, en naar de leden van de commissie die het onderzoek hebben begeleid.

Amsterdam/Leiden september 2002

Prof. dr J.D. van der Ploeg

Dr E.M. Scholte

Begeleidingscommissie:

Voorzitter:

dhr. Prof. Dr J.C. van der Wolf, Hoogleraar psychosociale stress bij jeugdigen, Universiteit van Amsterdam

Leden:

mw. Dr N. Ten Haaf, Stafid Stichting voor Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming Gelderland

mw. Drs P. Breedland, Gedragwetenschapper Bureau Jeugdzorg Friesland

dhr. Drs T. Partiman, stafid inhoudelijk beleid Stichting Jeugd en Gezin Noord Holland (tot januari 2001)

Drs M. Gouwenberg, stafid inhoudelijk beleid Stichting Jeugd en Gezin Noord-Holland (vanaf 1 januari 2001)

dhr. S. Paas, stafid Bureau Jeugdzorg Limburg

Dr J. Van Harten, directeur Bureau Jeugdzorg Limburg

Onderzoekers:

Prof Dr J.D. van der Ploeg, Directeur Nippo Amsterdam

Dr E.M. Scholte, wetenschappelijk onderzoeker Nippo Amsterdam en Universiteit Leiden

Inleiding en onderzoekopzet

1. Inleiding

Nederland beschikt over een groot aantal professionele voorzieningen om jeugdigen met psychosociale problemen te helpen. Er zijn aanwijzingen dat de hulpverlening aan deze jeugdigen niet altijd even goed verloopt. Zo blijkt uit onderzoek 30-50% van de interventies in de ambulante sector, in de residentiële hulpverlening en in de pleegzorg minder succesvol te zijn (Scholte & Van der Ploeg, 1995; Van der Ploeg & Scholte, 1996a; Scholte, 1997a). Meer specifiek kunnen we hier aan toevoegen dat uit een recent onderzoek onder jeugdigen met een jeugdbeschermingsmaatregel naar voren komt dat grofweg gezien bij een derde de risicovolle opvoedingssituatie verbetert, deze bij een derde gelijk blijft en de opvoedingsomstandigheden bij eveneens een derde zelfs verslechteren (Slot e.a., 2002).

Om tot een optimale zorg voor jeugdigen te komen is het van belang inzicht te verkrijgen in de factoren die de resultaten van de jeugdzorg bevorderen dan wel tegengaan. Dit onderzoek beoogt hieraan een bijdrage te leveren.

Er zijn een aantal redenen waarom de hulpverlening aan jeugdigen soms minder goed verloopt. In de eerste plaats zijn de psychosociale problemen van jeugdigen zeer uiteenlopend van aard (Verhulst, 1985; Achenbach, Howell, Quay & Connors, 1991; Scholte, 1991). Bovendien worden ze door uiteenlopende risicofactoren in het gezin, op school en in het sociale netwerk van leeftijdgenoten bepaald (Rutter, 1985; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986; Scholte, 1991; 1999; Ten Brink & Veerman, 1998). Deze meervoudigheid en complexiteit van de problematiek maakt het voor de hulpverlener vaak moeilijk de precieze hulpvraag van de jeugdige te achterhalen.

In de tweede plaats is er weinig gedetailleerde empirische kennis voorhanden om bij de hulpvragen van individuele jeugdigen de beste hulpvorm te vinden. Empirisch onderbouwde en gemakkelijk toe te passen richtlijnen over welk soort hulp (ambulant of residentieel) met welke intensiteit (licht of zwaar) de beste ontwikkelingskansen biedt aan welk soort jeugdigen en gezinnen met welk soort problemen ontbreken echter grotendeels (Scholte, 1995b; Van Yperen & Van Geffen, 1997). In de praktijk wordt de keuze voor een bepaald hulpaanbod - de indicatiestelling - dan ook vaker op ervaring en traditie gebaseerd dan op overwegingen van wat het probleem precies is en wat er effectief aan kan worden gedaan. De kans bestaat hierdoor dat een minder passend hulpaanbod wordt gedaan. Dat kan inhouden dat enerzijds jeugdigen

met te lichte problemen soms te snel uit huis worden geplaatst en dat anderzijds jeugdigen met ernstige problemen te laat uit huis worden geplaatst, dat wil zeggen op een moment dat de problemen al zo ver voortgeschreden zijn dat ook residentiële hulp niet meer baat (Van der Ploeg & Scholte, 1996b).

In de derde plaats hangt een groot deel van het succes van de hulpverlening af van de wijze waarop de jeugdige en diens gezin worden begeleid. Naast het verstrekken van informatie/advies, diagnostiek en indicatiestelling, het inschakelen van derden en het doorverwijzen naar de meest geschikte zorgvariant bestaat de taak van de hulpverlener vooral uit het motiveren van de jeugdige en het gezin, alsook uit het bewaken dat de hulpverlening verloopt zoals gepland (Scholte & van der Ploeg, 1995; Van Yperen & Van Geffen, 1997). Daarbij lijken benaderingen die de bestaande cultuur in een gezin respecteren en reëel aanwezige ontwikkelingsmogelijkheden als vertrekpunt nemen tot gunstiger uitkomsten te leiden dan inzichtgevende benaderingen die sterk moraliseren en hulpvragers diskwalificeren (Webster-Stratton & Herbert, 1993; Blythe, Patterson-Sally & Jayaratne, 1994; Scholte, 1996a; Weterings & Pruijs, 1996; Scholte, Colton & Casas, 1998).

2. Doel en globale werkwijze

Dit onderzoek beoogt te bepalen welke psychosociale hulp het beste kan worden aangeboden om jeugdigen en gezinnen met meervoudige psychosociale problemen verder te helpen. Het gaat daarbij vooral om jeugdigen met een jeugdbeschermingsmaatregel, daar deze jeugdigen meer dan anderen risico lopen later ernstig in de problemen te geraken. Daarnaast zal aandacht besteedt worden aan jeugdigen die hulp op vrijwillige basis ontvangen.

Onderzocht wordt welke hulpvragen de jeugdigen hebben en welke hulpvragen effectief worden opgelost door een ambulante aanpak, een pleegzorgplaatsing of een residentiële plaatsing. We hopen dat de criteria die daarbij naar voren komen kunnen worden gebruikt om de jeugdigen en hun gezinnen in de toekomst gericht een hulpaanbod te doen.

De beoogde criteria worden in grote lijnen als volgt verkregen. Allereerst worden de belangrijkste problemen of ‘objectieve hulpvragen’ in kaart gebracht van de jeugdigen en gezinnen die zijn aangemeld voor hulpverlening. Vervolgens zal van een aantal typerende zorgprogramma’s worden nagegaan in hoeverre zij bijdragen tot een vermindering van de problematiek en met welke programmakenmerken dit samenhangt.

3. Onderzoeksopzet

3a Algemeen

Het onderzoek omvat twee delen: een aanvangsonderzoek en een follow-up gedeelte.

Het eerste onderzoeksgedeelte houdt een inventarisatie in van de meervoudige problematiek van alle aangemelde jeugdigen. Dat omvat niet alleen de gedrags- en persoonskenmerken, maar ook de schoolcarrière, de gezinsachtergrond en de hulpverleningsgeschiedenis.

Daarnaast wordt de werkwijze van de indicerende hulpverlener in kaart gebracht, alsook welk hulpaanbod voorgesteld wordt. Dit eerste deel van het onderzoek vond in de periode 1999-2000 plaats.

Het tweede onderzoeksdeel betreft een longitudinaal onderzoek. Hierin wordt over een langere periode gezien hoe de aanvangsproblematiek zich ontwikkeld heeft, welke professionele hulp er geboden werd en welke samenhang er bestaat tussen het ontwikkelingsverloop van de jeugdigen en de hulpverlening. Dit follow-up onderzoek vond in de periode 2001-2002 plaats.

In dit rapport worden de bevindingen van het eerste onderzoeksdeel - het aanvangsonderzoek - gerapporteerd. De bevindingen van het follow-up onderzoek zijn te vinden in het tweede deel van het onderzoeksverslag¹.

3b De onderzoeksgroep

Het onderzoek beoogt een afspiegeling te geven van de groep jeugdigen die op basis van een kinderbeschermingsmaatregel hulpverlening krijgen. In dit verband is een random steekproef jeugdigen uit gezinsvoogdij-instellingen geselecteerd in het Noorden, het Oosten, het Westen en het Zuiden van Nederland.

Gaandeweg het onderzoek bleek echter dat niet alle instellingen de toegezegde participatie in het onderzoek konden waarmaken. De reden hiervoor is dat de sector van de Gezinsvoogdij in de periode van het onderzoek met een zware werkdruk te kampen had. Hierdoor moest de gezinsvoogdijsector uit het Noorden van Nederland uiteindelijk helaas afvallen. Besloten werd echter de sector van de vrijwillige hulpverlening uit deze regio aan het onderzoek te laten deelnemen, zodat de bevindingen uit de gezinsvoogdijsector deels kunnen worden geprofileerd in het licht van de vrijwillige ambulante hulpverlening.

Aldus werden er 230 jeugdigen met hun gezinnen verworven voor deelname aan het onder-

¹ Scholte, E.M. & Van der Ploeg, J.D. (2002). *Criteria voor effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel II: Effecten van de hulp en werkzame bestanddelen in de hulpverlening*. Amsterdam: www.nippo.nl/publicaties.

zoek. Van deze jeugdigen kwam 70% uit de sector van de gezinsvoogdij en 30% uit de sector van de vrijwillige ambulante hulpverlening.

3c Bepaling van de problematiek

Om zicht te krijgen op de problematiek en methodiek werden de volgende gegevens in kaart gebracht:

a. Algemene gegevens omtrent problematiek, school, gezin en hulpverleningsgeschiedenis.

Hier is gebruikt gemaakt van de zogeheten de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie of kortweg de VSPTS (Scholte, 1996). Het betreft hier een instrument dat geënt is op het meervoudig risicomodel (Van der Ploeg & Scholte, 1994; Van der Ploeg, 1998). Via dit model kan worden vastgesteld welke risico-factoren er in de ontwikkeling aanwezig zijn. Dat betreft risicofactoren in het gezin, op school, in de vrije tijd en in de persoon van de jeugdige zelf.

De VSPTS heeft een goede validiteit en betrouwbaarheid en werd op representatieve populaties uit de jeugdzorg genormeerd (Scholte, 2000; Scholte en Douma, 1999). Het instrument kan worden gebruikt om op basis van door de ambulante hulpverlener gemaakte taxaties te bepalen welke risico's er zijn in de gedrags-, de emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdigen, alsmede welke risico- en beschermende factoren er in het gezin, op school en in de vrije tijd aanwezig zijn. Het overzicht van risico- en beschermende factoren dat hierbij ontstaat kan worden gebruikt om een beeld te vormen van de meervoudige problemen die er zijn en aldus grondslag vormen voor een diagnose van de meervoudige psychosociale problematiek van de jeugdige en diens gezin.

b. Specifieke gegevens met betrekking tot de psychosociale problematiek.

De hiervoor genoemde problematiekgegevens worden door de hulpverlener aangeleverd. Van alle onderzoeksjeugdigen wordt daarnaast het perspectief van de cliënten bepaald.

Dat geschiedt allereerst met behulp van de CBCL (Verhulst e.a., 1996). Via deze lijst kan worden bepaald in hoeverre de sociale en emotionele ontwikkeling van de jeugdigen afwijkt van de normale Nederlandse jeugdpopulatie. Deze gegevens zijn door de ouders van de deelnemende jeugdigen aangeleverd.

Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdigen afwijkt van die van de Nederlandse jeugdbevolking. Dit vindt plaats met behulp van de Junior Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst ofwel kortweg de NPV-J (Luteyn e.a., 1989). Deze lijst wordt door de jeugdigen (vanaf 11 jaar) ingevuld.

Tot slot worden de risicofactoren in het gezin bepaald. Dit vindt plaats met behulp van de Vragenlijst Gezinsproblemen of kortweg de VGP (Koot, 1999). Met behulp van deze lijst kan worden nagegaan in hoeverre er in de gezinnen van de jeugdigen andere problemen spelen dan wat er gemiddeld zoal in Nederlandse gezinnen wordt gevonden.

Helaas kon de verzameling van de NPV-J en VGP-gegevens vanwege de eerdergenoemde werkdrukproblemen voor slechts een beperkt aantal cases worden uitgevoerd. Het uiteindelijk verkregen resultaat bleek te weinig representatief om deze instrumenten verder in het onderzoek nog mee te nemen. Om die reden wordt in het navolgende alleen over de CBCL-gegevens gerapporteerd.

3d Bepaling van de werkwijze

Op basis van de door Van der Ploeg en Scholte (1988; 1994; 1996a;b) ontwikkelde doelstellingen- en methodiek vragenlijst werd de Vragenlijst Hulpverlening (VH) opgesteld. Het betreft hier een specifiek op dit onderzoek toegesneden lijst waarmee vastgelegd wordt welke pedagogische doelen bij elke cliënt worden nagestreefd, alsook welk hulpaanbod wordt voorgesteld of 'geïndiceerd'. Hierbij is gebruik gemaakt van bestaande indelingen in werkvelden (Van der Ploeg, 1994). Daarnaast wordt de werkwijze van de ambulante hulpverlener via de VH in kaart gebracht, zoals hoe de basisdiagnostiek plaatsgevonden heeft en hoe het cliëntstelsel benaderd werd. Deze gegevens zijn wederom door de indicerende hulpverleners aangeleverd.

3e Bepaling van de ontwikkeling en het effect van de hulp

In dit eerste deel van het onderzoek kan de ontwikkeling van de jeugdigen en het effect van de hulpverlening nog niet in kaart worden gebracht. Daarvoor dient de longitudinale follow-up van het tweede deel van het onderzoek te zijn uitgevoerd.

Wel werd de cliënten (jeugdigen en ouders) gevraagd een oordeel te geven over de hulpverlening tijdens de eerste fase van de hulpverlening (de fase waarin de diagnose en de indicatie werd gesteld). Daartoe werd de vragenlijst Evaluatie Hulpverlening Cliënten (EHC) ontwikkeld. Met behulp van deze lijst wordt in kaart gebracht hoe de cliënt de interactie met de hulpverlener ervaren heeft, alsook hoe tevreden de cliënt is met de geboden hulp. Op basis van deze gegevens kan een beeld worden gevormd omtrent de mate waarin de cliënten de hulpverlening in de beginfase al dan niet positief ervaren hebben.

In het follow-up onderzoek is bepaald in hoeverre de hulpverlening op de middellange termijn succesvol is. Het antwoord op deze vraag is te vinden in deel II van het onderzoeksrapport.

4. Opbouw van het rapport

De opbouw van dit eerste deel van het rapport is als volgt.

In hoofdstuk 1 rapporteren we de kenmerken van de jeugdigen en met welke problematiek zij kampen. In hoofdstuk 2 komen de risicofactoren in het gezin en de opvoeding aan bod.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de eerste fase van de hulpverlening. Hier wordt ingegaan op de cliëntcontacten tijdens de kennismaking, de probleemanalyse en de indicatiestelling.

In hoofdstuk 4 behandelen we de pedagogische doelstellingen die in de hulpverlening worden gesteld alsook de daarbij geïndiceerde hulpverlening. In hoofdstuk 5 onderzoeken we de samenhang tussen de problematiek, de pedagogische doelen en de geïndiceerde hulp.

Tot slot geven we in hoofdstuk 7 een korte samenvatting van de bevindingen en presenteren we enkele voorlopige conclusies.

1.1 Inleiding

Om wat voor jongens en meisjes gaat het nu eigenlijk als we de aandacht richten op de jeugd in de gezinsvoogdij en in de ambulante vrijwillige hulpverlening?

In dit hoofdstuk staan we stil bij de kenmerken en de problemen van de jeugdigen. In het volgende hoofdstuk zullen we ingaan op de kenmerken en de problemen van hun gezinnen. Maar eerst schetsen we kort een beeld van de onderzoeksgroep.

1.2 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat allereerst uit een groep van 185 jeugdigen die met een jeugdbeschermingsmaatregel waren aangemeld bij instellingen voor gezinsvoogdij. Deze onderzoeksgroep werd verkregen door een aselechte steekproef jeugdigen te nemen die zijn aangemeld bij instellingen voor gezinsvoogdij in het Oosten (provincie Gelderland), Westen (provincie Noord-Holland) en Zuiden (provincie Limburg) van Nederland.

Daarnaast werd het bureau jeugdzorg uit de noordelijke regio (met name de provincie Friesland) gevraagd om voor een aselekt gekozen aantal jeugdigen eveneens de onderzoeksgegevens aan te willen leveren. Aldus kon een tweede onderzoeksgroep van 45 jeugdigen in de vrijwillige ambulante hulpverlening worden samengesteld. Deze groep zal onder andere worden gebruikt om de bevindingen van de gezinsvoogdij te profileren. In totaal komt de onderzoeksgroep daarmee op 230 jeugdigen.

Tabel 1.1 geeft weer hoe de onderzoeksgroep precies is samengesteld.

Tabel 1.1 Samenstelling van de onderzoeksgroep

<i>Regio</i>	<i>type instelling</i>	<i>N</i>
Zuid-Nederland	gezinsvoogdij	55 (24%)
West-Nederland	gezinsvoogdij	64 (27%)
Oost-Nederland	gezinsvoogdij	66 (29%)
Noord-Nederland	vrijwillig ambulant	45 (20%)
Totaal		230 (100%)

Zoals de tabel laat zien zijn de onderzoeksjeugdigen vrijwel gelijk over de deelnemende instellingen verdeeld. Hierdoor heeft elke regio een gelijk gewicht in het uiteindelijk resultaat.

Ten aanzien van de navolgende presentatie van de onderzoeksgegevens over deze groepen merken we nog het volgende op.

Geschaalde variabelen zoals leeftijden zullen bij de groepsvergelijkingen worden onderzocht met behulp van t-toetsen. Bij categorale variabelen zoals sekse zal de χ^2 toets worden toegepast. Bij vergelijking van meer dan twee groepen zal een variantieanalyse worden toegepast met een meervoudige post-hoc t-toets.

Daarbij zullen eventuele verschillen tussen de diverse onderzoeks- en analysegroepen alleen worden genoemd wanneer zij een statistische waarschijnlijkheid bereiken van meer dan 95% ofwel een P-waarde hebben van kleiner dan 0.05 (Hays, 1988).

1.3 Biografische kenmerken

Sekse, leeftijd en etniciteit

Tabel 1.2 geeft de belangrijkste biografische kenmerken van de jeugdigen weer.

Tabel 1.2 Biografische kenmerken

<i>Regio</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Sekse</i>	<i>Etniciteit²</i>
Zuid-Nederland (N=55)	12.1 (3.8) ¹	43% ♀	14% allocht.
West-Nederland (N=64)	12.4 (3.6)	54% ♀	25% allocht.
Oost-Nederland (N=66)	11.9 (4.1)	49% ♀	21% allocht.
Noord-Nederland (N=45)	11.1 (3.8)	27% ♀ ³	7% allocht. ³
Totaal (N=230)	11.9 (3.9)	43% ♀	17% allocht.

¹ gemiddelde met standaarddeviatie tussen haakjes

² allochtoon is gedefinieerd als: het geboorteland van één of van beide ouders is buiten Nederland

³ p < 0.05

De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen was ongeveer 12 jaar. De leeftijden variëren van 1 tot en met 17 jaar. De verhouding jongens-meisjes is bijna 1 op 1. Ongeveer een vijfde van de jeugdigen heeft een allochtone achtergrond.

Uit de tabel blijkt verder dat de jeugdigen in de gezinsvoogdigroepen zowel qua leeftijd als sekse goed vergelijkbaar zijn. De gemiddelde leeftijd bedraagt ongeveer 12 jaar en de groepen bestaan voor ongeveer de helft uit jongens en meisjes. De gezinsvoogdigroep uit de regio Zuid blijkt wel een iets geringer percentage allochtone jeugdigen te bevatten dan die uit de regio's West en Oost.

Voorts blijkt dat de jeugdigen in de onderzoeksgroep uit de vrijwillige ambulante sector (de regio Noord) de jongste leeftijd hebben. Daarnaast omvat deze groep meer jongens dan meisjes, terwijl ook het percentage allochtone jeugdigen in deze groep relatief gering is.

Het bovenstaande demografische beeld van de jeugd in de gezinsvoogdij komt grotendeels overeen met het landelijk beeld dat voor deze sector wordt geschetst (Ministerie van Justitie, 1996). Over een periode van vijf jaar gezien worden er iets meer jongens (55%) dan meisjes (45%) onder toezicht gesteld, terwijl de gemiddelde leeftijd ruim 12 jaar bedraagt. Wel blijkt het percentage allochtone jeugdigen in de onderzoeksgroepen lager te liggen dan de 30-35% die landelijk wordt gerapporteerd.

De redelijke demografische gelijkenis van de regionale groepen uit de gezinsvoogdij in dit onderzoek biedt voldoende grond om de gezinsvoogdijgroep in het navolgende als één onderzoeksgroep te presenteren en af te zetten tegen de groep jeugdigen in de vrijwillige ambulante sector. Opvallende regionale verschillen zullen echter wel apart worden vermeld.

Primaire woonsituatie bij aanmelding

Tabel 1.3 toont de primaire woonsituatie van de jeugdigen bij de aanmelding.

Tabel 1.3 Primaire woonsituatie bij aanmelding

<i>primaire woonsituatie</i>	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
gezin met beide ouders	27%	22%	46%
gezin met vader/moeder + nieuwe partner	15%	16%	14%
gezin met alleen vader of moeder	25%	24%	27%
vervangend (pleeg)gezin	6%	6%	5%
tehuis	9%	12%	--
anders	18%	20%	8%

Zoals de tabel laat zien verblijven veruit de meeste jeugdigen in een gezinssituatie. Opvallend is echter dat dit slecht voor een kwart van de jeugdigen een gezin met beide ouders betreft.

Eveneens een kwart van de jeugdigen woont in een eenouder gezinssituatie, doorgaans met de moeder, terwijl een substantieel aantal bij één der ouders en een vervangende ouder woont. Het betreft hier merendeels de moeder met een tweede vader.

De overige jeugdigen wonen (officieel) in een vervangend gezin, in een tehuis of in een tijdelijke opvangsituatie, zoals in een crisisopvangcentrum, bij familie of bij bekenden.

Voort blijkt uit de tabel dat de gezinsvoogdij-jeugd in vergelijking met de jeugd in de vrijwillig ambulante sector minder vaak uit intacte gezinnen komt. Daarnaast woont de gezinsvoogdij-jeugd relatief vaak in een tehuis of verblijft ze in een opvanggezin of crisiscentrum.

Dit verschil zien we ook terug in het echtscheidingspercentage, dat bij de gezinsvoogdij-jeugd op 60% ligt tegen 47% bij de jeugd in de ambulante vrijwillige sector.

De leeftijd van de moeders van de jeugdigen liep uiteen van 24 tot 70 jaar. Gemiddeld was de natuurlijke moeder 38 jaar oud (spreiding 7,6 jaar). Van een groot aantal der natuurlijke vaders was de leeftijd niet bekend (65%). De vaders waarvan de leeftijd wel bekend was waren van 28 tot 68 jaar oud. Gemiddeld waren de vaders 41 jaar oud (spreiding 7,4 jaar).

De moeders in de gezinsvoogdij waren gemiddeld iets ouder dan de moeders in de vrijwillig ambulante sector (39 versus 35 jaar), terwijl de gemiddelde leeftijd van de vaders niet verschilde (beiden 41 jaar).

Tussen de gezinsvoogdijsectoren uit de verschillende regio doen zich wat de leeftijd van de ouders betreft geen opvallende verschillen voor.

Het beroepsniveau van de kostwinners in de gezinnen van de jeugdigen was in 29% ongeschoolde arbeid en in 31% geschoolde arbeid, waarmee de lagere beroepseconomische klasse in de onderzoeksgroep overheerst.

In 24% had de kostwinner een middelbaar tot hoger geschoold beroepsniveau, terwijl 2% in de categorie academici valt. Bij de resterende 14% kon het beroepsniveau niet worden gekwalificeerd omdat de moeders voornamelijk werkzaam waren in de eigen 'huishouding'. Noch tussen de beide onderzochte sectoren, noch tussen de gezinsvoogdijsectoren uit de diverse regio doen zich wat beroepsniveau betreft opvallende verschillen voor.

Voorts had 88% van jeugdigen in broertjes en/of zusjes. Het aantal loopt uiteen van 1 tot 6 met een gemiddelde van 1,7 broer en/of zus (spreiding 1,2). Noch de gezinsvoogdij versus de vrijwillige sector, noch de verschillende regio's in de gezinsvoogdij verschillen opvallend wat deze beide gegevens betreft.

Er bestaat echter wel een opvallend verschil tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillige sector voor wat betreft het aantal broertjes en/of zusjes dat is uithuisgeplaatst. Dat bedraagt in de gezinsvoogdij 42% tegen 5% in de vrijwillig ambulante sector.

Eerdere hulpverlening en politie/justitiecontacten

Tabel 1.4 geeft een overzicht van de eerdere hulpverlening die de jeugdigen en/of de gezinnen voorafgaand aan de aanmelding kregen, evenals de eerdere contacten met politie en justitie van zowel de jeugdige als diens ouders.

Zoals de tabel laat zien is een derde van de jeugdigen wel eens in het ziekenhuis opgenomen. Dat geldt zowel voor de gezinsvoogdij als de vrijwillig ambulante sector. Daarnaast blijkt driekwart eerder ambulante hulp te hebben gehad en twee vijfde residentiële hulp.

Opvallend is dat de jeugd in de gezinsvoogdij veel vaker eerder ambulante en residentiële hulp heeft gehad dan de jeugd in de vrijwillig ambulante sector. Dat geldt ook voor de fre-

quentie waarmee eerder hulp werd ontvangen. In de gezinsvoogdij ontvingen de jeugdigen gemiddeld 1.6 maal eerder ambulante hulp (spreiding 1.5) en .8 maal eerder residentiële hulp (spreiding 1.7). In de vrijwillig ambulante sector liggen de cijfers op 1.2 (spreiding 1.7) respectievelijk .3 (spreiding .6).

Eerdere plaatsingen in een opvang/pleeggezin en in de daghulp kwamen relatief minder vaak voor. De sectoren verschillen wat dit aangaat niet opvallend van elkaar.

Tabel 1.4 Eerdere hulpverlening en politie/justitiecontacten

<i>hulpvariant</i>	<i>Totaal (N=230)</i>	<i>Gezinsvoogdij (N=185)</i>	<i>Vrijw. Ambulant (N=45)</i>
ziekenhuisopnames	33%	32%	36%
ambulante hulp	75%	82%	51% ¹
daghulp	8%	7%	10%
opvang/pleeggezin	13%	14%	10%
residentiële hulp	40%	43%	27% ¹
politie/justitiecontacten jeugdige	39%	39%	41%
politie/justitiecontacten ouders	29%	32%	--

¹ p < 0.01

Wat betreft de politie/justitiecontacten voorafgaand aan de aanmelding laat de tabel het volgende zien. In alle sectoren blijkt ruim een derde van de jeugdigen wel eens met de politie en/of justitie in aanraking te zijn geweest. Het aantal loopt uiteen van 1 to 6 keer. Gemiddeld worden .8 eerdere politie/justitiecontacten gevonden (spreiding .3).

De gezinsvoogdijsectoren en de ambulante vrijwillige sector blijken wat deze gegevens betreft niet opvallend van elkaar verschillen.

Daarnaast blijkt ruim een kwart van de ouders in de gezinsvoogdij wel eens met de politie/justitie in aanraking te zijn geweest. Het betreft hier vooral de vaders. Het aantal contacten loopt hier uiteen van 1 tot 5 keer. De frequentie van de contacten bedraagt hier .8 (spreiding 1.4). In de vrijwillig ambulante sector nemen we geen politie/justitiecontacten bij de ouders waar.

Onderwijssituatie

Tot slot van deze paragraaf staan we stil bij de onderwijssituatie. Het blijkt dat 63% van de jeugdigen het voorafgaande halve jaar een vorm van onderwijs heeft gevolgd (inclusief de 3% jeugdigen die een vorm van kinderopvang bezochten), 4% van de jeugdigen werkt en 2% heeft werk noch gaat naar school. Van de resterende 31% is onduidelijk wat hun dagbesteding precies is.

Voor 34% van de jeugdigen liggen de schooltypen die door de jeugdigen werden bezocht in de sector van het speciaal onderwijs (de vroegere schooltypen (V)SO, SO, (Z)MLK en LOM). Verder zat 30% nog op het gewone basisonderwijs, terwijl 29% naar een schooltype in het

VMBO ging. De resterende 7% bezoekt de HAVO of het VWO.

Ten aanzien van de sectoren in het gezinsvoogdij en de vrijwillige ambulante sector merken we op dat er op de meeste schoolaspecten geen opvallende verschillen bestaan. Wel blijkt het percentage jeugdigen dat het basisonderwijs volgt in de vrijwillige ambulante sector iets hoger te liggen dan in de gezinsvoogdij (38% versus 28%). Dat komt overeen met de gemiddeld iets jongere leeftijd van de jeugdigen in eerstgenoemde sector.

Daarnaast blijkt de jeugd in de vrijwillig ambulante sector minder vaak het speciaal onderwijs te bezoeken, namelijk 23% versus 38%.

We besluiten met op te merken dat in beide sectoren de percentages jeugdigen in het speciaal onderwijs hoog zijn in vergelijking met de Nederlandse situatie waar 'slechts' 7% van de jeugdigen een vorm van speciaal onderwijs volgt (CBS, 2000).

Met andere woorden: zowel de jeugdigen in de gezinsvoogdij als in de vrijwillige ambulante sector hebben veel gebruik gemaakt van het speciaal onderwijs en/of doen dat nog.

1.4 Meervoudig risicomodel

Met welke psychosociale problemen kampten de jeugdigen die voor hulp werden aangemeld. We beschrijven deze problemen aan de hand van het meervoudig risicomodel². In dit model worden de socialisatie-relevante risicofactoren in de drie opvoedings-, c.q. leefmilieus van jeugdigen (gezin, school en vriendengroep), alsook de relevante risicovolle aspecten in de persoon van de jeugdige, in verband gebracht met de ontwikkeling van psychosociale gedragsproblematiek.

Daarbij verwijst de term 'gedragsproblematiek' naar de twee hoofdclusters van gedragsproblemen bij jeugdigen, namelijk: de op de buitenwereld gerichte gedragsproblemen (het zogenaamde geexternaliseerde probleemgedrag of 'acting out' gedragsproblematiek, zoals ongeduldig of hyperactief gedrag, agressief of oppositioneel gedrag, anti-sociaal gedrag of delinquentie et cetera), en de op het eigen innerlijk gerichte gedragsproblemen (het zogenaamde geïnternaliseerde probleemgedrag of de emotionele gedragsproblematiek, zoals eenzaamheid, angsten, sociale isolatie, depressie, suïcide, psychiatrische klachten e.d.).

Ten aanzien van de gezinsomstandigheden inventariseert het model risicofactoren zoals: conflicten tussen gezinsleden (tussen ouders onderling en tussen ouders en kinderen); slechte ge-

2

Uitgebreidere beschrijvingen van dit model zijn te vinden in: van der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (1990) *Lastposten of slachtoffers van de samenleving*. Rotterdam: Lemniscaat. Scholte, E.M. (1993). Basisdiagnostiek in de psychosociale jeugdhulpverlening. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, pp 335-351. Van der Ploeg, J.D. (1998) *Gedragsproblemen: ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat. Scholte, E.M. (1999), Sociaal-ecologische analyse. In: Hermans, J., van Nijnatten, C., Smit, M., Verheij, F. & Zwiep, C., *Handboek Jeugdzorg* (F.1-1-F1.26). Houten: Bohn Stafleu van Loghem.

zinscommunicaties; onveiligheid van het affectieve gezinsklimaat, vaak tot uitdrukking komend in mishandeling of seksueel misbruik; een gebrekkige begeleiding van de gedragsontwikkeling en/of gebrekkig toezicht op het doen en laten van het kind; een problematische opvoedingsstijl; alsook emotionele, gedrags- en psychische problemen bij de ouders/verzorger(s) en structurele gezinsproblemen, zoals materiele gezinsproblemen (financiën/huisvesting), problemen met omgangsregeling, eenoudergezinssituaties, e.d.

Als ontwikkelingsbedreigende omstandigheden op school, in de vrije tijd en in de vriendengroep brengt het model onder andere in kaart: gebrek aan schoolmotivatie en aan leerprestaties, al dan niet in combinatie met leer en/of ontwikkelingsachterstanden; probleemgedrag in en buiten de klas; problematische relaties op school, in het bijzonder met de leerkracht; een risicovolle vrijetijdsbesteding; probleemgedrag bij vrienden; alsmede problematische relaties met leeftijdgenoten, zoals veel ruzie hebben met vrienden, of juist geen vrienden of een sociaal netwerk van leeftijdgenoten hebben.

In dit onderzoek werden de in risicofactoren van het meervoudig risicomodel bepaald met behulp van de VSPTS. Bij dit instrument worden de risicoscores aangeduid op een schaal die loopt van 0 tot 5. Daarbij geeft de score 0 aan dat er geen risico aanwezig is, de score 3 dat hulp duidelijk nodig is voor het bijbehorende aspect en de score 5 dat ingrijpen direct nodig is.

In het navolgende behandelen we de risicofactoren die aan de jeugdige zijn gerelateerd. De gezinskenmerken komen in het volgende hoofdstuk aan bod.

1.5 Risicofactoren in de gedrags-, emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling

Tabel 1.5 geeft de percentages jeugdigen in de onderzoeksgroep met een risicoindicatie (score 3 of hoger) op de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsfactoren van de VSPTS.

De tabel laat zien dat bijna de helft van de jeugdigen een indicatie tot hulp heeft met betrekking tot de emotionele ontwikkeling. Hierbij gaat het in ruim een derde van de gevallen ging om somber en terneergeslagen gedrag en in ongeveer een vijfde om angstig en sociaal angstig of teruggetrokken gedrag.

Problemen in de gedragsontwikkeling worden bij bijna driekwart van de jeugdigen vastgesteld. Hier liggen de meeste risico's op het gebied van het ongedurig, rusteloos gedrag en agressief, oppositioneel gedrag: ruim tweederde van de jeugdigen heeft hier een indicatie tot hulp. Iets minder dan een vijfde van de jeugdigen krijgt een indicatie tot hulp bij anti-sociaal en delinquent gedrag.

Bij meer dan de helft van de jeugdigen worden problemen in de persoonlijkheidsontwikkeling

gesignaleerd. De meeste problemen betreffen een gebrek aan zelfcontrole en moeilijkheden met de zelfhandhaving (coping stijl), zoals bij problemen agressief reageren of wegvluchten. Zelfbepalingsproblemen of moeilijkheden met de zelfsturing (het greep krijgen op de eigen levensloop) worden in een derde van de gevallen vastgesteld. Daarnaast heeft ruim tien procent van de jeugdigen problemen met het zelfbeeld of de eigenwaarde.

Voorts is er bij een vijfde van de jeugdigen volgens de hulpverleners sprake van zwakbegaafdheid. Indicaties tot hulp bij randpsychiatrisch klachten of seksuele problematiek komen in minder dan een tiende van de gevallen voor.

Tabel 1.5 Risicofactoren in de emotionele, de gedrags- en de persoonlijkheidsontwikkeling

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
<i>internaliseren</i>	45%	42%	59%
somberheid	34%	35%	34%
angsten	18%	17%	22%
sociale angsten	19%	18%	25%
<i>externaliseren</i>	70%	46%	81% ¹
ongedurig	40%	34%	71% ¹
agressief	30%	24%	59% ¹
anti-sociaal	17%	18%	13%
<i>persoonlijkheid</i>	58%	52%	86% ¹
zelfcontrole	56%	47%	83% ¹
zelfbeeld	13%	12%	13%
zelfbepaling	34%	29%	60% ¹
zelfhandhaving	43%	40%	60% ¹
<i>overige ontwikkelingsproblemen</i>			
zwakbegaafdheid	20%	21%	18%
randpsychiatrische klachten	5%	5%	6%
seksuele problematiek	4%	5%	--
<i>gemiddeld aantal risicofactoren (spreiding)</i>	2.8 (2.5)	2.5 (2.4)	4.2 (2.4) ¹

¹ p < 0.01

Wanneer we de problemen van de jeugd in de gezinsvoogdij vergelijken met die van de jeugd in de vrijwillige ambulante hulpverlening dan valt op dat de hulpverleners in de laatstgenoemde sector gemiddeld meer risicofactoren signaleren dan in de eerstgenoemde sector.

Verschillen liggen allereerst op het gebied van het ongedurig, onrustig gedrag en agressief, oppositioneel gedrag: deze probleemgedragingen komen vaker voor in de vrijwillig ambulante

sector. Daarnaast zien we in deze sector meer kinderen met problemen in de sfeer van de zelfcontrole, de zelfsturing en de zelfhandhaving.

Ook tussen de in dit onderzoek betrokken gezinsvoogdijregio's treffen we enkele verschillen aan. In de regio Zuid wordt bij de jeugdigen vaker onrustig, overbeweeglijk en agressief gedrag gesignaleerd (48% versus 21%), alsook meer persoonlijkheidsproblematiek (61% versus 44%), terwijl in de regio's West en Oost het anti-sociaal gedrag iets meer domineert (21% versus 12%). Verder wordt in de regio Zuid vaker emotionele gedragsproblematiek waargenomen (56% versus 31%), met name somber en angstig gedrag.

Gemiddeld gezien treffen in de regio Zuid de meeste kindgebonden risicofactoren aan (3.1), daarna volgt regio Oost (2.6) en tot slot de regio West (2.1).

Om na te gaan of het hier gaat om systematische verschillen tussen de sectoren of dat het verschillen in het methodisch gebruik van de VSPS betreft is de hulpverleners in de Vragenlijst Hulpverlening (VH) los van de VSPS gevraagd aan te geven in hoeverre de jeugdigen gedrags- en emotionele problemen hadden bij de aanmelding. Hier vinden we een parallel beeld. In beide sectoren worden bij gelijke percentages jeugdigen emotionele problemen gesignaleerd (80% respectievelijk 88%), terwijl wat gedragsproblematiek betreft de percentages in de ambulante vrijwillige sector hoger liggen dan in de gezinsvoogdij (95% versus 80%). We merken daarbij overigens wel op dat de via de directe vraagstelling van de VH verkregen percentages hoger liggen dan de percentages die met de VSPS worden verkregen. Dit duidt erop dat het gebruik van een betrouwbaar en valide diagnostisch screeningsinstrument beter discrimineert dan een globale inschatting via de klinische blik.

1.6 Gedrags- en emotionele ontwikkeling: perspectief ouders

Omdat de VSPS door de hulpverlener wordt ingevuld biedt dit instrument het perspectief van de hulpverleners. Teneinde na te gaan welke problemen door de ouders worden gesignaleerd werd hen de CBCL voorgelegd. Op grond van de wel ingevulde CBCL's kan het beeld van tabel 1.6 worden geschetst. De percentages hebben betrekking op de kinderen die in de klinische range van de CBCL scoren. Helaas werd dit instrument om redenen van privacy slechts voor een beperkt aantal jeugdigen ingevuld. De gepresenteerde bevindingen hebben hierdoor slechts een beperkte reikwijdte.

De tabel laat zien dat de ouders bij bijna tweederde van de jeugdigen internaliserende gedragsproblemen waarnemen. Daarbij gaat het vooral om angstig, depressief gedrag. Daarnaast signaleren ze bij bijna driekwart van de jeugdigen externaliserende gedragsproblematiek. De problemen bestrijken hier alle drie de subdomeinen van de CBCL: zowel delinquent gedrag, agressief gedrag en in iets mindere mate aandachtstekort. We tekenen daarbij overigens wel

aan dat de term ‘delinquent gedrag’ wat zwaar oogt. Bedoeld wordt eerder anti-sociaal gedrag, zoals diefstalletjes, tegenspreken, spijbelen en dergelijke.

Tabel 1.6 Risicofactoren in de emotionele en gedragsontwikkeling volgens de CBCL

	<i>Totaal</i> (N=100)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=88)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=12)
<i>internaliseren</i>	62%	61%	69%
angstig/depressief	38%	37%	45%
teruggetrokken gedrag	32%	31%	36%
<i>externaliseren</i>	69%	66%	90%
agressief gedrag	50%	47%	82% ¹
delinquent gedrag	53%	56%	36%
<i>overige aspecten</i>			
sociale problemen	38%	37%	45% ¹
denkproblemen	26%	27%	18%
aandachtstproblemen	49%	45%	82% ¹
<i>gemiddeld aantal risicofactoren (spreiding)</i>	3.0 (2.2)	2.9 (2.2)	3.6 (2.1)

¹ p < 0.01

Vergelijking van beide sectoren wijst uit dat er op het gebied van de internaliserende gedragsproblemen geen opvallende verschillen zijn, echter wel op externaliserend gebied. In de vrijwillige ambulante sector nemen de ouders meer gedragsproblematiek bij hun kinderen waar. Dit betreft met name aandachtstekort en agressief gedrag. Dit beeld komt overeen met het hiervoor geschetste perspectief van de hulpverleners.

Wanneer we samenhang tussen de VSPS en de CBCL bezien dan zien we correlaties zoals we die zouden verwachten. Zo hangen de VSPS-factoren somber en angstig gedrag beiden samen met de CBCL-factor angstig depressief ($r=.37$ respectievelijk $r=.25$) en correleren de VSPS factoren ongedurig gedrag, agressief gedrag en antisociaal gedrag met respectievelijk de CBCL-factoren aandachtstekort ($r=.49$), agressief gedrag ($r=.58$) en delinquent gedrag ($r=.60$). Dit duidt op een redelijke concurrente validiteit (Carmines en Zeller, 1994).

1.7 Risicofactoren in het tweede en derde milieu (school en vrije tijd)

Tabel 1.7 geeft de percentages jeugdigen in de onderzoeksgroep met een risicoindicatie op de school en de vrije tijdsdimensies van de VSPS.

Op school bestaan de risico's in ongeveer de helft van de gevallen uit het ontbreken van een duidelijk toekomstperspectief en gebrekkige leerprestaties, op enige afstand gevolgd door ern-

stig verstoorde relaties met klasgenoten. Voorts is in ruim een kwart van de gevallen de relatie met de leerkrachten ernstig verstoord, terwijl eveneens een kwart van de jeugdigen ernstige motivatie problemen heeft.

Tabel 1.7 Risicofactoren op school en in de vrije tijd

	<i>Totaal</i> (N=147)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=117)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=30)
<i>school</i>			
motivatieproblematiek	25%	21%	40%
prestatieproblematiek	42%	40%	46%
relaties klasgenoten	31%	24%	60% ¹
relaties leerkrachten	26%	22%	40% ¹
toekomstbeeld	51%	48%	65%
<i>gemiddeld aantal risicofactoren tweede milieu</i>	<i>1.4 (1.6)</i>	<i>1.2 (1.4)</i>	<i>2.4(1.7)¹</i>
<i>vrije tijd</i>			
risicovolle besteding	42%	45%	33%
relaties leeftijdgenoten	33%	30%	43%
delinquente vriendengroep	46%	49%	31%
<i>gemiddeld aantal risicofactoren derde milieu</i>	<i>0.7 (0.9)</i>	<i>0.7 (0.9)</i>	<i>0.6 (0.9)</i>

Wanneer we beide sectoren naast elkaar bezien dan blijkt de jeugd in de vrijwillige ambulante sector opvallend vaker te kampen met ernstige relatiestoornissen, vooral met klasgenoten. Ook kampt deze jeugd gemiddeld met meer risicofactoren in het tweede milieu.

Voorts treffen we in de sector van de gezinsvoogdij in de regio Zuid de meeste risicofactoren op school aan (gemiddeld 1.4), op de voet gevolgd door de regio Oost (gemiddeld 1.3). In de groep jeugdigen uit de regio West treffen we gemiddeld de minste risicofactoren op school aan (gemiddeld 0.8).

In de vrije tijd signaleren de hulpverleners bij bijna de helft van de jeugdigen risicofactoren op het gebied van een risicovolle vrijetijdsbesteding (rondhangen in stad of buurt, uitgaan, soft-drugs en drankgebruik, e.d.) en deelname aan een problematische vriendengroep, dat wil zeggen met jeugdigen die maatschappelijk lastig of ‘anti-sociaal’ gedrag vertonen. Een derde heeft ernstige problemen in de omgang met leeftijdgenoten.

De risicofactoren op het gebied van het maatschappelijk lastige gedrag treffen we tendentieel vaker aan onder de gezinsvoogdijjeugd, terwijl de jeugd in de vrijwillig ambulante sector vaker kampt met relatieproblematiek met leeftijdgenoten.

Tussen de drie regio’s uit de gezinsvoogdij treffen we op het gebied van de vrije tijd geen opvallende verschillen aan in het gemiddeld aantal risicofactoren.

Onderzoek van de samenhang met de sekse en leeftijd van de jeugdigen levert het volgende beeld op. Bij het merendeel der schoolfactoren vinden we geen significante verbanden met de leeftijd en de sekse. Wel heeft de oudere jeugd iets vaker motivatie- en prestatieproblemen op school ($r=.37$ resp. $r=.35$).

Bij de vrije tijdsbesteding bleek de oudere jeugd vaker op te trekken met vrienden die anti-sociaal gedrag ondersteunden dan de jongere ($r=.42$).

1.8 Enkele typerende kindgebonden hulpvragen

We onderzochten met behulp van een exploratieve factoranalyse in hoeverre de VSPS-risicofactoren in de emotionele, de gedrags- en de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdigen onderling samenhangen. Aldus achterhaalden dat de problemen van de jeugdigen tot een drietal hoofdtypen of ‘centrale hulpvragen’ te reduceren waren. We vonden de volgende clusters (varimax rotatie, alleen factoren met de lading >0.55 worden genoemd).

Het eerste cluster (verklaarde variantie 40%) was samengesteld uit de risicofactoren agressief gedrag, anti-sociaal gedrag, gebrek aan zelfcontrole en een gebrek aan zelfbepaling. Het eerste en belangrijkste hoofdtype aan hulpvragen kan daarmee getypeerd worden als het agressieve-antisociale gedragsprobleemsyndroom.

Het tweede cluster (verklaarde variantie 11%) omvatte de aspecten somber gedrag, angstig gedrag en sociaal angstig gedrag. Het tweede hoofdtype aan hulpvragen was daarmee te typeren als het emotionele probleemgedragssyndroom.

Het derde en laatste cluster (verklaarde variantie 9%) omvatte de risicofactoren onrustig, overbeweeglijk gedrag, ontwikkelingsachterstand, psychiatrische klachten en problemen met de vroegkinderlijke ontwikkeling. Het derde hoofdtype aan hulpvragen kan daarmee getypeerd worden als het aandachtstekortstoornis met hyperactief gedrag.

Met behulp van correlatieve analyse gingen we na in hoeverre bovenstaande hulpvragen samenhangen met de leeftijd en sekse van de jeugdigen. We rapporteren alleen de significante correlaties > 0.3 .

Naar voren kwam dat onder de jongens iets vaker externaliserende risicofactoren worden gesignaleerd. Het ging daarbij met name om ongedurig en agressief gedrag, alsook om een gebrek aan zelfcontrole en een inadequate zelfhandhaving. Wat dit betreft wijkt het beeld niet af van wat meestal als verschil tussen jongens en meisjes naar voren komt.

Met betrekking tot de overige risicofactoren in de gedrags- en de persoonlijkheidsontwikkeling werden tussen de jongens en de meisjes echter geen aantoonbare verschillen gevonden.

Dit betekent onder andere dat er geen opvallende verschillen bestaan tussen de seksen voor wat betreft de emotionele risicofactoren, zoals somber en angstig gedrag.

Bij de leeftijd kwam naar voren dat anti-sociale gedragsproblematiek vaker voorkomt bij de oudere jeugd. Ook somber gedrag komt onder oudere jeugdigen vaker voor.

1.9 Hulpverleningsgerelateerde risicofactoren

De hiervoor behandelde risicofactoren betreffen de ontwikkeling van jeugdigen in het algemeen. Daarnaast kunnen nog een aantal risicofactoren onderscheiden worden die samenhangen met het feit dat de jeugdigen hulpverlening krijgen. Het betreft hier de motivatie voor hulpverlening, alsmede de mate van zelfinzicht en vaardigheden om profijt te kunnen hebben van psychosociale hulpverlening.

Motivatie en vaardigheden

In tabel 1.8 staan we stil bij de motivatie en vaardigheden van de jeugdigen. Deze aspecten zijn door de hulpverleners gescoord op een vierpuntsschaal, lopend van 1 = niet via 2 = enigszins en 3 = tamelijk tot 4 = sterk.

In de tabel staat telkens de gemiddelde score vermeld, evenals het percentage jeugdigen dat tamelijk of sterk op het betreffende aspect scoorde, d.w.z. dat gemotiveerd is respectievelijk zelfinzicht en vaardigheden heeft om profijt te kunnen hebben van hulpverlening.

Tabel 1.8 Motivatie en vaardigheden bij jeugdigen

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
. motivatie	2.6 (54%)	2.6 (56%)	2.6 (50%)
. vaardigheden	1.9 (23%)	2.0 (26%)	1.7 (16%)

¹ p<0.05

De tabel laat zien dat de hulpverleners de motivatie voor hulpverlening bij de helft van de jeugdigen positief inschatten. Dit betekent tegelijkertijd dat de overige helft als minder gemotiveerd wordt beoordeeld.

De aanwezigheid van voldoende vaardigheden om profijt te hebben van de hulpverlening wordt duidelijk lager ingeschat. Slecht bij een kwart van de jeugdigen denkt men vooralsnog dat er voldoende vaardigheden voorhanden zijn.

Verder bestaat er tussen de beoordeling van de motivatie en de vaardigheden een verband, in die zin dat een gebrekkiger motivatie vaak gepaard gaat met beperktere vaardigheden ($r=.40$).

Voorts beoordeelt men in de vrijwillig ambulante sector de motivatie en de vaardigheden van de jeugdigen tendentieel minder gunstig dan in de gezinsvoogdij.

Wanneer we de verschillende gezinsvoogdijregio's bezien dan blijkt dat aan de jeugd in de regio Zuid minder motivatie (45% gemotiveerd) en vaardigheden (20% vaardig) wordt toegeschreven dan aan de jeugdigen in de regio West (61% gemotiveerd en 31% vaardig) en Oost (60% gemotiveerd en 27% vaardig).

1.10 Samenvatting

Het onderzoek heeft betrekking op een aselechte groep van 185 jeugdigen die met een jeugdbeschermingsmaatregel aangemeld zijn bij instellingen voor gezinsvoogdij in het Westen, Oosten en Zuiden van Nederland, alsmede op een aselechte groep van 45 jeugdigen die aangemeld zijn bij de vrijwillige ambulante jeugdhulpverlening in het Noorden van Nederland.

De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen lag rond de 12 jaar. De onderzoeksgroep bestaat uit iets meer jongens dan meisjes.

De kenmerken van de onderzoeksgroep uit de gezinsvoogdij komen redelijk overeen met het landelijk beeld dat onder de jeugd in de gezinsvoogdij wordt gevonden. Wel treffen we iets minder allochtone jeugdigen aan. Waar het landelijk percentage op 30-35% ligt omvat onze onderzoeksgroep slechts ongeveer 20% allochtone jeugdigen. Voor wat betreft de vrijwillig ambulante hulpverlening valt dit niet te beoordelen, omdat landelijke cijfers ontbreken.

Tweederde van de jeugdigen verblijft in een gezin als zij worden aangemeld. De jeugd in de gezinsvoogdij woont bij de aanmelding echter vaker in een tehuis of in een opvangsituatie, terwijl de jeugd in vrijwillig ambulante sector vaker in een intacte gezinssituatie verblijft. Dat geldt ook voor de broertjes en/of zusjes van de jeugdigen. Deze zijn in de gezinsvoogdij veel vaker uithuisgeplaatst dan in de vrijwillige ambulante sector.

Voorts blijken de ouders van de gezinsvoogdijjeugdigen vaker gescheiden te zijn. Het beroepsniveau van de kostwinners in de gezinnen kan in alle sectoren worden bestempeld als relatief laag.

Ten aanzien van de schoolsituatie blijkt dat ruim een derde van de jeugdigen in zowel de gezinsvoogdij als in de vrijwillige ambulante hulpverlening een vorm van speciaal onderwijs bezoekt. Dat is hoog in vergelijking met het landelijk beeld van 7%.

In beide sectoren hebben de meeste jeugdigen en hun gezinnen al eens eerder ambulante en/of residentiële hulp gehad. In de gezinsvoogdij kreeg men echter aanzienlijk vaker eerder hulp

dan in de vrijwillig ambulante sector.

Het aantal jeugdigen met eerdere politie en/of justitiecontacten ligt in beide sectoren ongeveer gelijk, namelijk rond de 40%.

Een derde van de ouders van de jeugdigen in de gezinsvoogdij, merendeels de vaders, blijkt eerder in contact te zijn geweest met de politie en/of justitie. In de vrijwillig ambulante hulpverlening doen zich geen politie en/of justitiecontacten bij de ouders voor.

Wat de kindgebonden hulpvragen betreft kan het volgende worden opgemerkt. Inventarisatie van de gedragsproblematiek wijst uit dat ongeveer de helft van de jeugdigen met internaliserende of emotionele problemen kampt. Met name somber, terneergeslagen gedrag komt vaak voor, maar we treffen ook angsten en sociaal angstig gedrag aan.

Verder blijkt meer dan tweederde van de jeugdigen externaliserende gedragsproblemen te hebben. Dit betreft opvallend vaak onrustig, overbeweeglijk gedrag, maar ook agressief, oppositioneel gedrag komt veel voor. Alhoewel duidelijk aanwezig komt anti-sociaal gedrag minder vaak voor. Bij ongeveer twee derde van de jeugdigen treffen we tevens persoonlijkheidsproblematiek aan. Hier zijn vooral een gebrek aan zelfcontrole, een beperkte zelfsturing en een inefficiënte zelfhandhaving dominant.

Op school bestaan de risico's in ongeveer de helft van de gevallen uit het ontbreken van een duidelijk toekomstperspectief en gebrekkige leerprestaties, op enige afstand gevolgd door ernstig verstoorde relaties met klasgenoten. In ruim een kwart van de gevallen is de relatie met de leerkrachten ernstig verstoord, terwijl eveneens een kwart van de jeugdigen ernstige motivatie problemen heeft.

De hulpverleners signaleren verder bij bijna de helft van de jeugdigen risicofactoren op het gebied van een risicovolle vrijetijdsbesteding (rondhangen in stad of buurt, uitgaan, softdrugs en drankgebruik, e.d.) en deelname aan een problematische vriendengroep, dat wil zeggen met jeugdigen die maatschappelijk lastig of 'anti-sociaal' gedrag vertonen. Een derde heeft ernstige problemen in de omgang met leeftijdgenoten.

Ongedurig, onrustig gedrag en agressief, oppositioneel gedrag komt vaker voor in de vrijwillig ambulante hulpverlening, terwijl anti-sociaal gedrag vaker aangetroffen wordt onder de jeugdigen in de gezinsvoogdij. De risicofactoren in de vrije tijd die verwijzen naar maatschappelijk lastig gedrag (delinquente vrienden, onduidelijke vrijetijdsbesteding) treffen we tendentieel vaker aan onder de gezinsvoogdijjeugd, terwijl de jeugd in de vrijwillig ambulante sector vaker kampt met relatieproblematiek met leeftijdgenoten. Hulpvragen op emotioneel gebied komen in beide sectoren in gelijke mate voor.

Vergelijking van beide sectoren wijst verder uit dat de jeugd in de vrijwillig ambulante sector gemiddeld meer kindgebonden risicofactoren heeft dan de jeugd in de gezinsvoogdij.

Ook tussen de gezinsvoogdijregio's treffen we enkele verschillen aan. In het zuiden wordt bij de jeugdigen vaker onrustig, overbeweeglijk en agressief gedrag gesignaleerd, alsook meer persoonlijkheidsproblematiek, terwijl in het westen en het oosten het anti-sociale gedrag wat meer domineert. Verder wordt het zuiden vaker emotionele gedragsproblematiek waargenomen, met name somber en angstig gedrag. Onder de gezinsvoogdij-instellingen treffen we gemiddeld gezien in het zuiden de meeste kindgebonden risicofactoren aan.

We merken ten aanzien van de kindgebonden hulpvragen verder nog op dat het via de VSPS verkregen beeld van de gedrag- en emotionele problematiek van de jeugdigen bevestigd wordt door het gedragsbeeld van de CBCL.

Tot slot merken we nog op dat de hulpverleners bij de helft van de jeugdigen de motivatie en vaardigheden voor de hulpverlening als positief inschatten. Dit betekent tegelijkertijd ook dat de overige helft als niet of minder goed gemotiveerd wordt gezien. Wat de beoordeling van dit aspect betreft verschillen de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante sector niet van elkaar.

2.1 Gezinsproblemen

Jeugdigen met psychosociale problemen komen vrijwel altijd uit problematische gezinnen. Aan de hand van de gezinsaspecten van de VSPTS werd de gezinsproblematiek nader in kaart gebracht. Dat betrof achtereenvolgens de clusters materiële gezinsproblemen, bijzondere risicofactoren in het gezin zoals mishandeling, seksueel misbruik en eventuele gedrags- en psychische problemen bij de ouders, alsook de gezinsinteracties en de opvoeding.

2.2 Materieel-structurele risicofactoren

Tabel 2.1 geeft de percentages jeugdigen in de onderzoeksgroep met een risico-indicatie op de materieel-structurele factoren van de VSPTS.

Tabel 2.1 Materieel-structurele risicofactoren

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
financiën	26%	30% ¹	10%
huisvesting	14%	15%	10%
werkloosheid	17%	16%	20%
gevolgen echtscheiding	41%	43% ¹	29%
problemen met omgangsregeling	21%	22%	16%
sociale inbedding	23%	26% ¹	6%
gevolgen eenoudergezinssituatie	26%	28%	16%
<i>gemiddeld aantal mat.-struct. risicofactoren</i>	1.8 (1.6)	1.9 (1.7) ¹	1.0 (1.4)

De tabel maakt duidelijk dat er in nogal wat gezinnen van de jeugdigen materiële en structurele problemen spelen, zoals problemen met de financiën en de huisvesting, werkloosheid en de gevolgen van echtscheiding. Gemiddeld treffen we 1.8 van zulke problemen aan.

De tabel laat voorts zien dat materiële risicofactoren vaker voorkomen in de gezinnen van de jeugd in de gezinsvoogdij. Op alle onderzochte gebieden treffen we hier meer problemen aan, doch met name financiële problemen en problemen als gevolg van echtscheiding treffen we in de gezinsvoogdij opvallend vaker aan dan in de vrijwillige ambulante sector.

2.3 Bijzondere risicofactoren

Tabel 2.2 geeft de percentages jeugdigen in de onderzoeksgroep met een risico-indicatie op de bijzondere risicofactoren van de VSPP, zoals eventuele gedrags- en emotionele problemen bij de ouders, mishandeling, seksueel misbruik, pedagogische onmacht e.d.

Tabel 2.2 Bijzondere risicofactoren

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
gedragsproblemen ouders	29%	31% ¹	19%
emotionele problemen ouders	64%	63%	66%
bewezen seksueel misbruik	6%	7%	--
bewezen mishandeling	15%	16%	11%
vroegkinderlijke verwaarlozing	40%	43% ¹	25%
problemen a.g.v. culturele verschillen	12%	11%	14%
pedagogische onmacht	84%	83%	92%
<i>gemiddeld aantal bijzondere risicofactoren</i>	2.7 (1.7)	2.7 (1.7)	2.5 (1.7)

¹ p < 0.01

Hier zien we dat ruim tweederde van de ouders kampt met emotionele problematiek. Gedragsproblemen doen bij een derde van de ouders voor, waarbij de gezinsvoogdij zich weer in negatieve zin onderscheidt van de vrijwillig ambulante sector. Vroegkinderlijke verwaarlozing speelt in twee vijfde van de gezinnen een rol. Ook dit facet treffen in de gezinsvoogdij vaker aan. Bij een beperktere groep jeugdigen werd mishandeling of seksueel misbruik vastgesteld. In beide sectoren lijkt bij vrijwel alle ouders sprake te zijn van een ervaren onvermogen om de kinderen adequaat te kunnen opvoeden (ook wel pedagogische onmacht genoemd).

2.4 Interactionele risicofactoren

Tabel 2.3 geeft de percentages jeugdigen in de onderzoeksgroep met een risico-indicatie op de interactionele en opvoedingsfactoren van de VSPP. In de tabel staan tevens het totaal aantal risicofactoren in het gezin vermeld.

Zoals uit de tabel blijkt spelen er ook op het gebied van de gezinsinteracties en de opvoeding veel problemen in de gezinnen.

Op gezinsinteractioneel gebied treffen we gemiddeld 2.5 risicofactoren aan. Zonder voorbij te willen gaan aan de ernst van de risicofactoren die in de gezinnen van de jeugd in de vrijwillige ambulante hulpverlening een rol spelen, zoals ernstige ouder-kind conflicten, communicatie-

problemen en gebrek aan begeleiding, onderscheidt ook hier de gezinsvoogdij zich op een aantal cruciale opvoedingsfactoren weer in negatieve zin van de ambulante vrijwillige sector. In de gezinsvoogdij doen zich opvallend vaker ernstige relatieconflicten tussen de ouders voor. Daarnaast laat de begeleiding van de ontwikkeling van de jeugdigen in veel gezinsvoogdijgezinnen sterk te wensen over, terwijl bovendien het affectieve klimaat in veel gezinnen een bedreiging vormt voor de ontwikkeling van de jeugdigen.

Tabel 2.3 Interactionele risicofactoren in het gezin

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
relatieconflicten tussen ouders	38%	42% ¹	20%
ouder-kind relatieconflicten	53%	52%	61%
gebrek aan gezinscommunicatie	49%	51%	38%
gebrekkige gedragsbegeleiding	58%	62% ¹	38%
affectief verwaarlozend klimaat	36%	39% ¹	21%
inconsistente opvoedingsstijl	47%	49%	41%
<i>gemiddeld aantal interactierisicofactoren</i>	2.5 (1.9)	2.6 (1.9) ¹	2.1 (1.9)
<i>gemiddeld aantal risicofactoren in het gezin</i>	7.0 (4.2)	7.3 (3.9) ¹	5.6 (4.1)

¹ p < 0.01

Wanneer we de drie gezinsvoogdijregio's onderling vergelijken dan zien we dat gemiddeld de meeste gezinsrisicofactoren aangetroffen worden in de regio West. Het betreft hier zowel de materiële risicofactoren, zoals huisvesting en financiën (in de regio West gemiddeld 2.3), risico's in de gezinsinteracties, zoals conflicten en opvoedingsmoeilijkheden (in de regio West gemiddeld 2.9) en de bijzondere risicofactoren, zoals mishandeling, seksueel misbruik en pedagogische onmacht (in de regio West gemiddeld 3.0).

Op de tweede plaats komt de regio Oost (met gemiddeld 1.7 materiële risicofactoren, 2.6 risicofactoren in de gezinsinteracties en 2.9 bijzondere risicofactoren) en op de derde plaats de regio Zuid (met gemiddeld 1.7 materiële risicofactoren, 2.2 risicofactoren in de gezinsinteracties en 2.4 bijzondere risicofactoren).

Samenvattend stellen we vast dat er in de gezinnen van de jeugd in de gezinsvoogdij gemiddeld 7.3 risicofactoren spelen. In de gezinnen van de jeugd in de vrijwillige ambulante sector worden gemiddeld 5.6 risicofactoren aangetroffen. Alhoewel nog steeds aanzienlijk is het aantal risicofactoren in het gezin in deze laatste sector duidelijk geringer. Voor wat betreft de gezinsvoogdij blijkt voorts dat er in de regio West gemiddeld de meeste risicofactoren in het gezin spelen en in de regio Zuid de minste. De regio Oost ligt daar tussenin.

2.5 Hulpverleningsgerelateerde risicofactoren

Net als bij de jeugdigen (zie §1.9) kunnen er nog een aantal risicofactoren onderscheiden worden die samenhangen met het feit dat de gezinnen, i.c. de ouders, hulpverlening krijgen. Het betreft hier de motivatie van de ouders voor de hulpverlening, alsmede de mate waarin de ouders over zelfinzicht en sociale vaardigheden beschikken om profijt te kunnen hebben van psychosociale hulpverlening. Daarnaast is de hulpverleners nog gevraagd de ernst van de problematiek te willen inschatten.

Motivatie en vaardigheden

In tabel 2.4 staan we stil bij motivatie en de vaardigheden van de ouders. Deze aspecten werden weer door de hulpverleners gescoord op een vierpuntsschaal, lopend van 1 = niet via 2 = enigszins en 3 = tamelijk tot 4 = sterk. In de tabel staat telkens de gemiddelde score vermeld, evenals het percentage ouders dat tamelijk of sterk op het betreffende aspect scoorde, d.w.z. voldoende gemotiveerd is, respectievelijk voldoende zelfinzicht en vaardigheden heeft om profijt te kunnen hebben van de hulpverlening.

Tabel 2.4 Motivatie en vaardigheden bij ouders

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
. motivatie	3.1 (72%)	2.9 (67%)	3.5 (91%) ¹
. vaardigheden	2.4 (47%)	2.3 (43%)	2.8 (61%) ¹

¹ p<0.05

De tabel laat zien dat in de gezinsvoogdij een kleiner percentage van de ouders voldoende gemotiveerd is voor de hulpverlening dan in de vrijwillig ambulante hulpverlening, alwaar het overgrote merendeel van de ouders goed gemotiveerd is.

Ook treffen we in de gezinsvoogdij minder ouders die als vaardig beoordeeld worden om profijt te kunnen hebben van psychosociale hulpverlening.

Regionale vergelijking van de gezinsvoogdij wijst uit dat gezinsvoogdijouders in Zuid en Oost Nederland de minste motivatieproblemen hebben (71% respectievelijk 70% goed gemotiveerd) en die in West Nederland de meeste ('slechts' 53% goed gemotiveerd). Eenzelfde beeld bestaat er ten aanzien van de ouderlijke vaardigheden (regio Zuid 46% vaardige ouders, regio Oost 47% en regio West 32%).

Net als bij de jeugdigen treffen we ook hier tussen de motivatie en de vaardigheden een verband aan, in die zin dat minder motivatie gepaard gaat met beperktere vaardigheden ($r=.60$).

2.6 Steunbronnen

In het voorafgaande vond een inventarisatie plaats van de vele risicofactoren die een bedreiging vormen voor de jeugdigen die een beroep doen op de gezinsvoogdij en op de vrijwillige ambulante hulpverlening. Risicofactoren zijn echter slechts één kant van de medaille, gunstige factoren in de persoon of in de leefsituatie van de jeugdigen vormen een tweede belangrijke aspect, daar deze de aanwezige risicofactoren kunnen compenseren. Daarom staan we in deze paragraaf kort stil bij de steunbronnen waarover de jeugdigen en de gezinnen beschikken. Tabel 2.5 geeft de belangrijkste weer.

Tabel 2.5 Steunbronnen

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
voldoende financiën	55%	52%	64%
goede huisvesting	76%	72%	88% ¹
emotionele stabiliteit bij jeugdige	21%	30%	25%
stabiele school/werk situatie jeugdige	51%	47%	61%
steun van grootouders	39%	37%	44%
steun van burens/vrienden	26%	23%	35%
adequate sociale vaardigheden	42%	41%	43%
opvoedingsvaardigheden ouders	29%	28%	34%
overige steunbronnen	55%	52%	64%
<i>gemiddeld aantal steunbronnen</i>	2.7 (2.2)	2.4 (2.2)	3.5 (2.0) ¹

¹ P < 0.05

Zoals de tabel laat zien signaleren de hulpverleners gemiddeld 2 à 3 steunbronnen op een totaal van negen verschillende aspecten van steun. Daarbij scoort een goede huisvesting het hoogst, op de voet gevolgd door voldoende financiële middelen en een stabiele school/werk situatie bij de jeugdige. Ook worden er nogal eens adequate sociale vaardigheden bij de jeugdige als positief punt gesignaleerd. Ongeveer een derde van de jeugdige en de gezinnen kan rekenen op steun van grootouders of burens/vrienden. Adequate opvoedingsvaardigheden bij de ouders worden het minste als steunbron gesignaleerd.

Wanneer we de gezinsvoogdij vergelijken met de vrijwillig ambulante hulpverlening dan zien we dat het aantal steunbronnen in de eerste sector gemiddeld significant lager uitkomt. De jeugdigen en de gezinnen in de gezinsvoogdij beschikken daarmee over minder steunbronnen dan de jeugdigen en de gezinnen in de vrijwillig ambulante sector.

Vergelijking van de regio's in de gezinsvoogdij toont dat ook hier verschillen bestaan. Zo signaleert men in de regio Zuid gemiddeld 3.2 steunbronnen. In de regio Oost worden gemiddeld 2.5 steunbronnen gevonden en in de regio West gemiddeld 1.8. In de regio Zuid worden vooral de volgende steunbronnen relatief vaker gesignaleerd: voldoende financiële middelen,

adequate huisvesting, stabiele school/werk situatie, emotionele stabiliteit bij het kind alsmede meer steun van burens en vrienden.

2.7 Ernst van de problematiek

De hulpverleners is verder nog gevraagd op een vierpuntsschaal aan te geven hoe ernstig ze de problemen beoordelen. Tabel 2.6 geeft dit oordeel weer.

Tabel 2.6 Ernst problematiek/moeilijkheidsgraad

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
niet ernstig/moeilijk	18%	17%	21%
enigszins ernstig/moeilijk	46%	44%	55%
ernstig/moeilijk	34%	37%	25%
zeer ernstig/moeilijk	2%	3%	--

De tabel laat zien dat men bij ongeveer een vijfde de problematiek als niet ernstig beoordeeld en goed hanteerbaar vindt. In ongeveer de helft van de gevallen beoordeeld men de problematiek als enigszins ernstig en in een derde van de gevallen vindt men de problematiek ernstig en moeilijk hanteerbaar. Incidenteel worden probleemsituaties als zeer ernstig beoordeeld.

Tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante sector vinden we wat betreft de beoordeling van de ernst van de problematiek geen grote echt verschillen, zij het dat wel een tendens te bespeuren valt dat de problematiek in de gezinsvoogdij als moeilijker wordt beoordeeld.

Verder wijst een vergelijkende inspectie uit dat de beoordeling van de ernst van de problematiek in de gezinsvoogdij niet opvallend anders uitvalt in de regio's West, Oost en Zuid.

2.8 Enkele systematische verbanden

Een belangrijke vraag is welke samenhang er bestaat tussen de kindgebonden problemen enerzijds en de risicofactoren in de gezinssituatie anderzijds.

We bepaalden in dit verband allereerst welke hoofdpatronen die in de gezinsproblemen te onderscheiden zijn. Vervolgens onderzochten we middels een correlatieve analyse de samenhang tussen de kindgebonden probleemfactoren en de risicofactoren in het gezin.

Gezinsgebonden hulpvragen

Middels factoranalyse achterhaalden we dat de gezinsproblemen tot een zestal hoofdtypes of

‘centrale hulpvragen’ te reduceren waren. We vonden de volgende clusters (varimax rotatie, alleen factoren met de lading >0.55 worden genoemd).

Het eerste gezinscluster (verklaarde variantie 28%) bestaat uit een gebrekkige begeleiding van de ontwikkeling van het kind, een risicovol affectief opvoedingsklimaat, gebrekkige gezinscommunicaties, een verstoorde relatie en gedragsproblemen bij de ouders, alsmede uit relatieproblemen tussen de ouders en het kind. Het eerste en belangrijkste type aan gezinsgebonden hulpvragen kan daarmee getypeerd worden als de problematische opvoedingssituatie.

Het tweede cluster (verklaarde variantie 13%) omvat de aspecten financiële gezinsproblemen, een gebrekkige sociale positie in de buurt, alsmede ernstige emotionele en persoonlijke problemen bij de ouders. Het tweede type aan gezinsgebonden hulpvragen is daarmee op te vatten als psychisch-maatschappelijke problematiek bij de opvoeders.

Het derde cluster (verklaarde variantie 10%) omvat de risicofactoren problemen als gevolg van scheiding, omgangsproblematiek en problemen als gevolg van een eenoudergezinssituatie. Het derde type aan hulpvragen kan daarmee getypeerd worden als interactionele problemen samenhangend met scheiding van de ouders.

Het vierde cluster (verklaarde variantie 7%) omvat de risicofactoren financiële problemen, werkeloosheid, huisvestingsproblemen en een gebrekkige sociale positie in de buurt. Dit type aan gezinsgebonden hulpvragen kan daarmee benoemd worden als maatschappelijk-materiële gezinsproblemen.

Het vijfde cluster (verklaarde variantie 6%) omvat de risicofactoren mishandeling, seksueel misbruik en vroegkinderlijke verwaarlozing. Dit type aan gezinsgebonden hulpvragen kan daarmee benoemd als verwaarlozing, misbruik en mishandeling.

Tot slot omvat het zesde cluster (verklaarde variantie 6%) de risicofactoren pedagogische onmacht en stoornissen in de ouder-kind relatie. Dit type aan gezinsgebonden hulpvragen kan daarmee benoemd als pedagogische onmacht in de opvoeder-kind relatie.

Een vergelijkende analyse wijst uit dat de eerste vijf typen gezinsgebonden hulpvragen relatief vaker voorkomen in de gezinsvoogdij, terwijl de laatste typerende hulpvraag relatief vaker voorkomt in de vrijwillige ambulante sector.

We moeten bij het voorafgaande overigens wel opmerken dat het om gemiddelde typeringen gaat. In de praktijk zullen de hier gevonden gezinsgebonden hulpvragen niet altijd zuiver voorkomen. Dit betekent dat er in individuele gevallen naast de hoofdtyperingen ook kenmer-

ken aanwezig kunnen zijn die hier bij een ander hoofdcluster vermeld staan. Zo kan het in de praktijk voorkomen dat een problematische opvoedingssituatie eveneens gepaard gaat met psychisch-maatschappelijke problematiek bij de opvoeders of met maatschappelijk-materiële problematiek.

Samenhang met leeftijd en sekse

Met behulp van correlatieve analyse gingen we vervolgens na in hoeverre de risicofactoren in het gezin samenhangen met de leeftijd en sekse van de jeugdigen. Dit leverde merendeels geen opvallende verbanden op. Dit duidt erop dat de risicofactoren in het gezin zich in vrijwel gelijke mate voordoen bij zowel de jongens als de meisjes, alsook bij de jongere als de oudere jeugd.

Wel is er een verband tussen jongere leeftijd van het kind en de risicofactoren financiële problematiek ($r=.29$), eenoudergezinssituatie ($r=.18$) en persoonlijke problematiek bij de ouders ($r=.25$), hetgeen erop duidt dat de eenoudergezinnen met jonge kinderen wat vaker kampen met persoonlijke en financiële problemen.

Overige systematische verbanden

Voorst gingen we via correlatieve analyses na hoe de gedrags- en emotionele problematiek van de jeugdigen samenhangt met de risicofactoren in het gezin. We vermelden alleen de significante correlaties groter dan .2

Naar voren komt dat in de gezinnen van de *sombere en angstige jeugdigen* vaker sprake is van stoornissen in de ouder-kind relatie en in de ouder-kind communicaties. Voorts treffen we in de gezinnen nogal eens een affectief verwaarlozend klimaat en een inconsistente opvoedingsstijl aan. De ouders van deze jeugdigen hebben zelf vaak eveneens emotionele problemen. De *somber-angstige jeugd* heeft verder relatief vaak motivatie- en prestatieproblemen op school. De *sociaal angstige jeugd* komt uit gezinnen waarvan de materiële opvoedingsomstandigheden relatief gunstig zijn. Deze jeugd heeft echter relatief vaak ernstige problemen in de omgang met de leeftijdgenoten, zowel op school als in de vrije tijd.

De jeugdigen die *onrustig, overbeweeglijk en agressief gedrag* vertonen hebben in het gezin vooral ernstige stoornissen in de relatie met de ouders, waarbij de ouders melding maken van pedagogisch onmacht. Daarnaast kampt deze jeugd met motivatie, prestatie, gedrags- en relatieproblemen op school. Een deel van deze jeugdigen vertoont bovendien anti-sociaal gedrag.

De jeugd met *anti-sociale gedragstendenties* komt uit gezinnen waarin de ouders zelf relatief weinig persoonlijke problemen hebben. Verhoudingsgewijs was in de gezinnen van deze jeugdigen echter vaker sprake van ernstige stoornissen tussen de ouders en de jeugdige en van een gebrek aan ouder-kind communicatie. De begeleiding of supervisie door de ouders laat te wensen over zonder dat daarbij overigens sprake is van affectieve verwaarlozing. De jeugd met anti-sociale gedragsproblemen toont voorts veel motivatie- en prestatieproblemen op

school. Ook de ernstig verstoorde relatie met de leerkracht valt op. De jeugdigen besteden verder hun vrije tijd relatief vaak risicovol en hebben bovendien vaak een vriendengroep die een anti-sociale gedragscultuur ondersteunde. Tot slot roepen we nog in herinnering dat het hier relatief vaak om adolescente jongens gaat.

2.9 Samenvatting

In de gezinnen van de jeugdigen in de hulpverlening blijken een groot aantal problemen te spelen. In de eerste plaats is nogal eens sprake van materieel-structurele gezinsproblematiek, zoals werkloosheid, financiële problemen, huisvestingsproblemen, een gebrekkige sociale inbedding in de buurt (alle factoren in ongeveer een vijfde van de gezinnen) en problemen als gevolg van scheiding (in tweevijfde van de gezinnen).

Gemiddeld treffen we 1.8 van dergelijke problemen aan. De gezinnen in de gezinsvoogdij staan er wat betreft dit type problematiek beduidend minder gunstig voor dan de gezinnen in de vrijwillige ambulante sector.

In de tweede plaats treffen we vaak de volgende risicofactoren aan: gedrags- en emotionele problemen bij de ouders (een derde respectievelijk tweederde van de gezinnen), mishandeling (ruim een tiende), seksueel misbruik (minder dan een tiende), vroegkinderlijke verwaarlozing (twee vijfde) en pedagogische onmacht (meer dan vier-vijfde).

Gemiddeld zien we 2.7 van deze bijzondere risicofactoren in de gezinnen. De gezinnen in de gezinsvoogdij staan er wat betreft dit type problematiek wederom minder gunstig voor dan de gezinnen in de vrijwillige ambulante hulpverlening.

In de derde plaats zien we veel risicofactoren aan in de sfeer van de gezinsinteracties en de opvoeding. Zo is er bij ruim de helft van de gezinnen sprake van conflicten tussen ouders en kinderen, van communicatieproblemen, van een gebrekkige begeleiding van de ontwikkeling van de jeugdige en van een inconsistente opvoedingsstijl. Ruim een derde van de ouders gedraagt zich affectief verwaarlozend ten opzichte van het kind, eveneens ruim een derde van de ouders is betrokken in relatieconflicten met de partner.

Gemiddeld treffen we 2.5 van deze interactionele risicofactoren aan in de gezinnen, waarbij de gezinnen in de gezinsvoogdij weer aanzienlijk ongunstiger scoren dan de gezinnen in de vrijwillige ambulante hulpverlening.

Naast de risicofactoren werden eveneens de steunbronnen in kaart gebracht. Deze blijken deels betrekking te hebben op de materiële gezinsaspecten, zoals een goede huisvesting (driekwart van de gezinnen), voldoende inkomen (iets meer dan de helft van de gezinnen) en sta-

biliteit in de school/ werksituatie voor de jeugdige (ongeveer de helft van de jeugdigen). Kunnen terugvallen op steun van grootouders, burens en vrienden, alsook voldoende opvoedingsvaardigheden wordt bij ruim een derde van de gezinnen gesignaleerd.

Gemiddeld gezien kunnen de jeugdigen en hun gezinnen een beroep doen op 2.7 van zulke steunbronnen. De jeugdigen en de gezinnen in de vrijwillige ambulante hulpverlening zijn met gemiddeld 3.5 steunbronnen beter af dan de jeugdigen en de gezinnen in de gezinsvoogdij, die het met gemiddeld 2.4 steunbronnen moeten toedoen.

Tot slot merken we nog op dat de hulpverleners bij driekwart van de ouders de motivatie en vaardigheden voor hulpverlening als positief inschatten. Daar moet aan worden toegevoegd dat de motivatieproblematiek in de gezinsvoogdij groter is dan in de vrijwillig ambulante sector. Hier treffen we meer dan 90% goed gemotiveerde ouders aan tegen 'slechts' 65% in de gezinsvoogdij.

Samenvattend stellen we op grond van het voorafgaande het volgende vast. Zonder af te willen dingen op de ernst van de gezinsproblemen in de vrijwillige ambulante hulpverlening stellen we vast dat de jeugdigen er in deze sector qua risicofactoren in het opvoedingsmilieu gunstiger voorstaan dan de jeugdigen in de gezinsvoogdij: niet alleen hebben ze gemiddeld minder risicofactoren in hun gezins- en opvoedingsmilieu, ook beschikken ze over meer bronnen van steun en zijn hun ouders doorgaans meer gemotiveerd en vaardiger om profijt te kunnen hebben van hulpverlening.

3

Cliëntcontacten

3.1 Inleiding

Alvorens hulpverlening inhoudelijk in gang kan worden gezet dient er contact met het cliënt-systeem te worden gemaakt en in overleg met de betrokken cliënten te worden bepaald wat de problemen precies zijn en welke hulp nodig en haalbaar is.

In dit hoofdstuk behandelen we een aantal aspecten van deze eerste fase van het hulpverleningsproces, waarin het accent vooral ligt op het opstellen van het plan van aanpak. We beginnen met de cliëntcontacten die in deze aanvangsfase van de hulp plaatsgevonden hebben.

3.2 Aantal cliëntcontacten

Het contact kan allereerst plaats vinden via een face to face gesprek. Daarnaast kan er telefonisch worden overlegd. Tabel 3.1 geeft het aantal face to face gesprekken alsook de telefonische contacten die er in de fase van de problemdiagnose volgens de hulpverleners plaatsvonden met de cliënten en overige bij de zaak betrokken personen, zoals grootouders, de school of opnemende voorzieningen.

Tabel 3.1 Aantal cliëntcontacten

	<i>Totaal</i> (<i>N=230</i>)	<i>Gezinsvoogdij</i> (<i>N=185</i>)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (<i>N=45</i>)
<i>face to face</i>			
. jeugdige	3.6	3.7	3.2
. moeder	4.7	4.8	4.3
. vader	3.2	3.2	2.7
. overigen	3.1	3.1	3.1
<i>telefonisch</i>	(<i>N=230</i>)	(<i>N=185</i>)	(<i>N=45</i>)
. jeugdige	2.0	1.6	3.1 ¹
. moeder	5.2	5.3	4.9
. vader	3.1	3.3	2.3
. overigen	4.3	3.9	5.8

¹ p<0.01

Met de jeugdigen vonden er gemiddeld drie à vier face to face contacten plaats, met de moeders vier à vijf en met de vaders ongeveer drie. Dat laatste geldt ook voor de contacten met overige bij de zaak betrokkenen. Bij dit gemiddelde moet echter wel worden gerealiseerd dat het aantal cliëntcontacten sterk uiteen kan lopen, namelijk van 0 tot zo'n 25. Dat geldt zowel voor de contacten met de jeugdige, de ouders als met de overige betrokkenen.

Uit de tabel lijkt verder naar voren te komen dat in de gezinsvoogdij iets meer face to face cliëntcontacten plaats hebben dan in de vrijwillige ambulante sector. Vanwege de grote spreiding in het aantal contacten is dit verschil echter niet statistisch aantoonbaar.

Voorts blijken er in de gezinsvoogdijregio West gemiddeld minder face to face contacten met de jeugdigen plaats te hebben (2.6) dan in de regio's Oost (4.7) en Zuid (4.2). Dat geldt ook voor de face to face contacten met de moeders (3.1 resp. 6.5 en 5.7)

Hiernaast vinden er met de jeugdige gemiddeld 2 telefonische contacten plaats, met de moeders gemiddeld ruim 5, met de vaders ongeveer 3 en met overigen ruim 4. Ook hier loopt het aantal uiteen van 0 tot 25. Verder is het aantal telefonische contacten met de jeugdigen in de vrijwillige ambulante sector is groter dan in de gezinsvoogdij.

3.3 Duur cliëntcontacten

Tabel 3.2 geeft de duur van de face to face gesprekken met de cliënten weer.

Tabel 3.2 Duur gesprekken

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
<i>jeugdige</i>			
. kwartier tot een half uur	34%	34%	34%
. drie kwartier tot een uur	19%	21%	16%
. uur of meer	47%	45%	50%
<i>ouders</i>	(N=230)	(N=185)	(N=45)
. kwartier tot een half uur	4%	5%	3%
. drie kwartier tot een uur	10%	13%	2%
. uur of meer	86%	83%	95%

Voor het overgrote merendeel duren de gesprekken met de ouders gemiddeld een uur of langer. Dat geldt eveneens voor de helft van de gesprekken met de jeugdigen. Bij een derde is de gespreksduur echter korter, namelijk een kwartier tot een half uur. Het blijkt in deze gevallen vooral om jongere kinderen te gaan.

Tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillige ambulante sector, alsook tussen de gezinsvoogdijsectoren onderling worden wat gespreksduur betreft geen opvallende verschillen aangetroffen.

3.4 Plaats cliëntcontacten

Ruim de helft van de gesprekken met de jeugdigen vindt thuis plaats (56%), ruim een tiende op het kantoor van de instelling (12%) en bijna een vijfde zowel op kantoor als thuis (16%). Het resterende deel van de gesprekken vindt elders plaats (17%), zoals op de school van de jeugdige. Wat deze gesprekslocaties betreft bestaan er geen opvallende verschillen tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante sector, zij het dat in de gezinsvoogdij wat meer gesprekken elders plaatsvinden, zoals op school of het politiebureau.

Met de ouders wordt merendeels thuis gesproken (67%) of zowel thuis als op kantoor (28%). De resterende gesprekken vonden op kantoor (5%) of elders (1%) plaats.

Een verschil tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillige ambulante sector is hier wel dat er in de gezinsvoogdij wat vaker alleen bij de ouders thuis gesprekken worden gevoerd (75% versus 49%), terwijl in de vrijwillig ambulante sector de gesprekken vaker zowel thuis als op kantoor plaatsvinden (42% versus 22%).

3.5 Inhoud gesprekken

In de gezinsvoogdij is het bij wet verplicht het doel van de maatregel in de eerste cliëntcontacten te bespreken. De gezinsvoogden geven aan dat zij het doel van de maatregel met bijna de helft van de jeugdigen uitgebreid bespreken (46%), met een derde (31%) gedeeltelijk en aan een tiende dit doel alleen mededelen (10%). Met ongeveer een tiende (13%) bespreken zij het doel van de maatregel in het geheel niet. Het betreft in dit laatste geval jonge kinderen.

Voorts bespreekt men met bijna driekwart van de ouders (70%) het doel van de maatregel uitgebreid en met een kwart (23%) gedeeltelijk. In de resterende gevallen (7%) wordt het doel van de maatregel alleen meegedeeld. Tussen de gezinsvoogdijregio's bestaan wat dit aangaat geen opvallende verschillen.

Hiernaast zijn zowel gezinsvoogden als vrijwillig ambulante hulperleners verplicht de cliënten te wijzen op hun rechten en hen de mogelijkheden tot beklag te schetsen.

Met ruim een derde van de jeugdigen (38%) en meer dan de helft van de ouders (58%) worden de rechten van de cliënt uitgebreid besproken. Ruim een tiende van de jeugdigen (15%) en de ouders (14%) worden daarover gedeeltelijk geïnformeerd. Een kwart van de jeugdigen (23%) en een vijfde van de ouders (19%) wordt de rechten alleen medegedeeld, terwijl eveneens een

kwart jeugdigen (25%) en bijna een tiende van de ouders (8%) niet over hun rechten worden geïnformeerd.

Wat bovenstaande beeld betreft bestaat er tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillige ambulante sector weinig verschil.

Wel wordt de cliënten in de gezinsvoogdij vaker de beklagregeling uiteengezet. In de gezinsvoogdij wordt dit met 58% van de ouders expliciet besproken, in 28% meegedeeld en in 14% niet besproken. In de vrijwillig ambulante sector liggen deze percentages op 32%, 45% respectievelijk 24% ($p < 0.05$).

Naast de rechten en de beklagregeling staat in de eerste cliëntcontacten uiteraard de probleemsituatie en de mogelijkheden tot oplossing daarvan centraal. Wat dit aangaat geven de hulpverleners aan dat zij de probleemsituatie en het hulpverleningsplan uitgebreid met de ouders bespreken. Alleen in de gezinsvoogdij komt het incidenteel voor dat dit niet plaatsvindt of plaats kan vinden (9%).

Met ongeveer een kwart van de jeugdigen (24%) worden de problemen en het hulpverleningsplan niet uitgebreid besproken, voornamelijk omdat het jonge kinderen betreft. Dit percentage geldt zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillig ambulante hulpverlening.

3.6 Probleemverkenning

Zoals gesteld staan in de eerste fase van de hulpverlening vooral de nadere probleemverkenning en het opstellen van een plan van aanpak (hulpverlenings- of behandelplan) centraal. In de beginfase van de hulpverlening leggen dan ook vrijwel alle hulpverleners een sterk accent op deze activiteit.

Bij de probleemverkenning baseert de hulpverlener zich doorgaans op alle informatie die er over een zaak voorhanden is. Daarnaast wint hij informatie in bij de personen die bij de zaak betrokken zijn, zoals de jeugdige, de ouders, de school enzovoort.

Tabel 3.3 geeft weer aan welke bronnen de hulpverleners hun informatie ontleen. De schaling van de gepresenteerde gemiddelden loopt van 1 = geen gebruik van gemaakt via 2 = enigszins en 3 = veel tot 4 = zeer veel. Het percentage heeft betrekking op het aantal zaken waarin er (enigszins tot zeer veel) gebruik werd gemaakt van de informatiebron.

De belangrijkste informatiebron vormen de ouders. Deze werden in beide sectoren gemiddeld veel tot zeer veel geraadpleegd. Daarna volgt de jeugdige en - uiteraard alleen in de gezinsvoogdij - het raadsrapport. Deze bronnen werden gemiddeld veel geraadpleegd.

Dan volgen de informatie van derden, zoals school en andere hulpverleners, alsook de VSPS.

Het minst werd gebruik gemaakt van aanvullend psycho-diagnostisch onderzoek.

Tabel 3.3 Informatiebronnen probleemverkenning

	<i>Totaal</i> (<i>N</i> =230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (<i>N</i> =185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (<i>N</i> =45)
. raadsrapport	2.7 (81%)	2.9 (95%) ¹	1.1 (4%)
. VSPS-basisdiagnose	2.5 (86%)	2.6 (89%)	2.4 (76%)
. psychodiagnostisch onderzoek	2.0 (37%)	2.0 (32%)	2.4 (56%) ¹
. jeugdige	2.7 (94%)	2.7 (93%)	2.6 (95%)
. ouders	3.2 (99%)	3.2 (98%)	3.3 (100%)
. overigen (school, hulpverlening e.d.)	2.6 (83%)	2.5 (80%)	2.9 (95%) ¹

¹ p < 0.05

De tabel laat verder zien dat men in de vrijwillig ambulante sector vaker gebruik maakt van een aanvullend psycho-diagnostisch onderzoek en informatie inwint bij derden dan in de gezinsvoogdij.

Tussen de gezinsvoogdijregio's komen geen opvallende verschillen naar voren voor wat betreft de informatiebronnen die in het kader van de probleemverkenning worden gebruikt.

Ten aanzien van het gebruik van de VSPS merken we nog het volgende op. Dit instrument wordt in 55% van de gevallen veel tot zeer veel gebruikt bij de probleemverkenning, in 33% enigszins en in 12% vrijwel niet.

De gemiddelde tijd die het neemt om de VSPS in te vullen bedroeg in de gezinsvoogdij 1.7 uur (spreiding .8 uur). In de vrijwillige ambulante sector neemt het invullen van de VSPS gemiddeld 1.1 uur (spreiding 0.5 uur) in beslag.

We vroegen verder hoe nuttig men het gebruik van de VSPS vond. Dan blijkt dat 53% het instrument nuttig tot zeer nuttig vindt, 39% vindt het tamelijk nuttig en 8% niet nuttig.

Voorts blijkt dat de hulpverleners die de VSPS nuttig vinden vaker de jeugdigen raadplegen als informatiebron, waarbij terzijde moet worden opgemerkt dat er geen verband bestaat tussen de VSPS nuttig vinden en de leeftijd van de jeugdigen. Daarnaast raadplegen VSPS-gebruikers vaker het raadsrapport. De overige informatiebronnen worden door de VSPS en de niet VSPS-gebruikers in gelijke mate geraadpleegd.

3.7 Hulpverleningsactiviteiten

Naast de probleemanalyse worden er in de eerste fase van de hulpverlening vaak ook nog een aantal andere algemene hulpverlenende activiteiten uitgevoerd die het proces van hulpverlening beogen te faciliteren, zoals het verstrekken van informatie, adviseren, regelen van mate-

riële zaken (geld uitkering e.d.), bemiddelen, doorverwijzen en dergelijke.

In tabel 3.4 staan deze activiteiten vermeld naar de mate waarin deze door de hulpverleners benadrukt werden. De schaling loopt daarbij van 1 = niet benadrukt via 2 = enigszins en 3 = tamelijk sterk tot 4 = zeer sterk benadrukt. Het percentage heeft betrekking op het aantal zaken waarin een duidelijk accent lag op de betreffende activiteit.

Tabel 3.4 Algemene hulpverlenende activiteiten in de eerste hulpverleningsfase

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
<i>met jeugdige</i>			
. informatieverstrekking	2.4 (48%)	2.5 (50%)	2.1 (41%) ¹
. advisering	2.4 (48%)	2.5 (50%)	2.1 (41%) ¹
. regelen materiële zaken	1.4 (11%)	1.4 (13%)	1.2 (8%)
. bemiddelen	2.3 (39%)	2.5 (48%)	2.1 (16%) ¹
. doorverwijzen	1.7 (23%)	1.7 (21%)	1.8 (26%)
<i>met ouders</i>			
. informatieverstrekking	3.0 (69%)	3.0 (69%)	3.2 (81%)
. advisering	3.0 (70%)	3.0 (73%)	2.8 (61%)
. regelen materiële zaken	1.6 (19%)	1.7 (23%)	1.3 (7%) ¹
. bemiddelen	2.3 (42%)	2.5 (46%)	2.0 (29%) ¹
. doorverwijzen	2.1 (39%)	2.2 (42%)	2.0 (31%) ¹

¹ $p < 0.05$

Het meeste accent wordt gelegd of informatieverstrekking, advisering en bemiddelen tussen jeugdige en ouders. Dat geldt al voor de gesprekken met de jeugdige, maar in nog hogere mate voor de gesprekken met de ouders.

Materiële hulpverlening speelt bij minder zaken een rol. Daarnaast ligt er in de gesprekken met de ouders ook nog een tamelijk sterk accent op doorverwijzen.

De tabel toont verder dat er in de gezinsvoogdij een sterkere nadruk ligt op bemiddelen dan in de vrijwillig ambulante hulpverlening. In de gezinsvoogdij is dit in bijna de helft van de gesprekken aan de orde.

Tussen de verschillende gezinsvoogdijregio's doen zich qua hulpverlenende activiteiten geen grote verschillen voor. Uitzondering vormt het bemiddelen tussen ouders en kind dat in de regio Oost iets vaker plaatsvindt dan in de regio's West en Zuid.

3.8 Methodiek van cliëntbenadering

Om tot een werkbaar contact met de cliënten te komen kan de hulpverlener bepaalde methoden inzetten. De hulpverlener kan bijvoorbeeld de cliënt confronteren met zijn problemen of

eigen functioneren, kaders stellen (sturen/reguleren), emotionele ondersteuning of ‘een luisterend oor’ bieden, proberen het vertrouwen van de cliënt te winnen of draagvlak te scheppen, zaken die goed lopen naar voren halen (activeren), of de probleemsituatie van de cliënt trachten te structureren enzovoort. Voor welke aanpak of benadering van de cliënten wordt nu in de beginfase van de hulpverlening gekozen?

In tabel 3.5 staan een aantal van deze methoden vermeld naar de mate waarin deze door de hulpverleners benadrukt werden. De schaling loopt daarbij weer van 1 = niet benadrukt via 2 = enigszins en 3 = tamelijk sterk tot 4 = zeer sterk benadrukt. Het percentage heeft wederom betrekking op het aantal zaken waarin een duidelijk accent lag op het methodische aspect.

Tabel 3.5 Methodische accenten in de eerste hulpverleningsfase

	<i>Totaal</i> (<i>N</i> =230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (<i>N</i> =185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (<i>N</i> =45)
<i>met jeugdigen</i>			
. confronteren	2.5 (46%)	2.5 (46%)	2.5 (48%)
. kaders stellen (sturen/reguleren)	2.6 (53%)	2.7 (69%)	2.4 (36%) ¹
. emotionele ondersteuning bieden	3.0 (71%)	3.1 (72%)	2.9 (68%)
. scheppen draagvlak	3.0 (70%)	3.1 (74%)	2.8 (58%) ¹
. activeren van positieve aspecten	2.8 (66%)	2.9 (66%)	2.7 (67%)
. eigen waarde cliënt benadrukken	2.9 (69%)	2.9 (69%)	2.8 (69%)
. activeren sociaal netwerk	1.7 (15%)	1.7 (18%)	1.4 (10%)
<i>met ouders</i>	(<i>N</i> =230)	(<i>N</i> =185)	(<i>N</i> =45)
. confronteren	2.8 (62%)	2.9 (66%)	2.5 (50%) ¹
. kaders stellen (sturen/reguleren)	2.8 (63%)	3.0 (74%)	2.3 (34%) ¹
. emotionele ondersteuning bieden	3.4 (94%)	3.4 (94%)	3.6 (95%)
. scheppen draagvlak	3.2 (82%)	3.3 (84%)	3.2 (79%)
. activeren van positieve aspecten	3.0 (69%)	3.0 (67%)	3.1 (76%)
. eigen waarde cliënt benadrukken	3.0 (75%)	3.0 (70%)	3.1 (86%)
. activeren sociaal netwerk	1.8 (23%)	1.8 (22%)	1.8 (25%)

¹ $p < 0.05$

In de gesprekken wordt veel accent gelegd op het respecteren, c.q. benadrukken van de eigen waarde van de cliënt, emotionele ondersteuning bieden alsook op het naar voren halen van dingen die goed lopen (activering/empowerment). Dat geldt zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillig ambulante sector. Ook het scheppen van draagvlak krijgt in de eerste gesprekken in beide sectoren een sterk accent, zij het dat dit aspect bij de jeugdigen in de gezinsvoogdij sterker benadrukt wordt.

Bij ongeveer de helft van de cliëntsystemen treedt men regulerend op en stelt men duidelijke kaders. Dat geldt eveneens voor confronteren van de cliënten met de probleemsituatie of met het eigen aandeel daarin. Zulke sturende accenten worden in de gezinsvoogdij echter aanzienlijk vaker toegepast dan in de vrijwillige ambulante sector.

Tot slot wordt het activeren van het sociaal netwerk als methodiekaccent in de beginfase het minst toegepast. Dat geldt voor beide sectoren.

Tussen de verschillende gezinsvoogdijregio's doen zich wat de methodiekaccenten betreft geen opvallende verschillen voor. Uitzondering vormt het inschakelen van het sociale netwerk, dat in de regio Zuid in de beginfase al iets vaker wordt geactiveerd dan in de regio's West en Oost.

3.9 Samenvatting

In de beginfase van de hulpverlening staat het leggen van contact met cliënten, alsook de probleemverkenning en het opstellen van het hulpverleningsplan centraal.

In deze fase vinden er gemiddeld drie à vier face to face gesprekken plaats met de jeugdige, vier à vijf met de moeders, ongeveer drie met de vaders en eveneens ongeveer drie met andere bij de zaak betrokken personen. Het aantal gesprekken loopt sterk uiteen, namelijk van 0 tot zo'n 25. Hiernaast zijn er met de jeugdige gemiddeld 2 telefonische contacten, met de moeders ruim 5, met de vaders ongeveer 3 en met overigen ruim 4.

De gesprekken met de ouders duren gemiddeld een uur. Dat geldt eveneens voor de helft van de gesprekken met de jeugdigen. Met de wat jongere jeugdigen zijn deze gesprekken doorgaans wat korter, namelijk een kwartier tot een half uur.

Ruim de helft van de jeugdigen spreekt men thuis, een tiende op kantoor, een vijfde zowel op kantoor als thuis en eveneens een vijfde elders. De ouders spreekt men merendeels thuis of zowel thuis als op kantoor. In de gezinsvoogdij vinden de gesprekken wat vaker bij de ouders thuis plaats, terwijl de gesprekken in de vrijwillig ambulante hulpverlening nogal eens zowel thuis als op kantoor plaatsvinden.

In de gezinsvoogdij dient in het eerste gesprek het doel van de maatregel te worden aangekaart. Met driekwart van de ouders werd het doel van de maatregel uitgebreid besproken, in de resterende gevallen had deze bespreking een gedeeltelijk karakter. Daarnaast dient te worden ingegaan op de beklagregeling. In de gezinsvoogdij ging men hier in meer dan de helft van de eerste gesprekken uitgebreid op in, in de vrijwillige ambulante sector was dit bij ruim een derde van de eerste gesprekken het geval.

Verder leggen vrijwel alle hulpverleners in de beginfase van de hulpverlening het accent op de

probleemverkenning. De jeugdige en de ouders vormen daarbij de belangrijkste informatiebron. In de gezinsvoogdij kan het raadrapport daar nog aan worden toegevoegd. Daarnaast wordt de informatie ten behoeve van de probleemdiagnose ontleend aan de VSPS, aan psychodiagnostisch onderzoek en aan overige bij de zaak betrokken personen.

De VSPS wordt in ruim de helft van de zaken veel tot zeer veel gebruikt bij de probleemverkenning, in een derde enigszins en in een tiende niet. Het invullen duurde in de gezinsvoogdij gemiddeld 1.7 uur. In de vrijwillige ambulante sector lag dit veel lager, namelijk gemiddeld 1.1 uur. In ruim de helft van de zaken beoordeelt men het gebruik van de VSPS als nuttig tot zeer nuttig, in ruim een derde als tamelijk nuttig en minder dan een tiende als niet nuttig. De VSPS-gebruikers blijken relatief vaker de jeugdigen en het raadrapport als informatiebron te raadplegen dan de niet VSPS-gebruikers.

De hulpverleners voeren in de beginfase naast de probleemverkenning de volgende hulpverleningsactiviteiten uit (in volgorde van voorkomen): informatie verstrekken en adviseren, bemiddelen, doorverwijzen en regelen van materiële zaken. In de gezinsvoogdij blijkt een sterkere nadruk te liggen op bemiddeling tussen de jeugdigen en hun ouders dan in de vrijwillig ambulante hulpverlening.

In de benadering van de cliënten wordt veel accent gelegd op het respecteren, c.q. benadrukken van de eigen waarde van de cliënt, op emotionele ondersteuning en op het naar voren halen van positieve cliëntkenmerken. Dit geldt zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillig ambulante sector. Ook het scheppen van draagvlak wordt sterk geaccentueerd, zij het dat dit bij de jeugdigen in de gezinsvoogdij meer accent heeft.

Daarnaast treedt men bij ongeveer de helft van de cliëntsystemen confronterend, regulerend en kaderstellend op. Deze sturende accenten worden in de gezinsvoogdij aanzienlijk vaker toegepast dan in de vrijwillige ambulante sector.

Het activeren van het sociaal netwerk wordt als methodiekaccent in de beginfase van de hulpverlening het minst toegepast.

Tussen de gezinsvoogdijregio's doen zich wat het bovenstaande betreft geen opvallende verschillen voor. Uitzondering vormt het sociale netwerk, dat in de regio Zuid iets vaker wordt ingeschakeld dan in de regio's West en Oost.

4.1 Pedagogische doelstellingen

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de hulp aan jeugdigen steeds aankoerst op bepaalde doelstellingen. Uit onderzoek in de jeugdzorg (Van der Ploeg & Scholte, 1988, 1996) blijkt dat het niet ontbreekt aan gestelde doelen. Het probleem is veeleer dat er vaak op te veel doelen tegelijkertijd wordt gemikt. Toch bleek het in genoemde onderzoekingen mogelijk een aantal basale doelstellingen te onderscheiden. Ook in dit onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van deze basisdoelen. Voor elke onderzoeksjeugdige is geïnventariseerd op welke doelen het accent zal worden gelegd in de hulpverlening.

Tabel 4.1 geeft inzicht in de vraag hoe sterk deze verschillende basisdoelen gemiddeld werden nagestreefd. De scoring loopt van 1 (geen accent) tot 4 (zeer sterk accent). Dat betekent dus hoe hoger de score uitvalt hoe meer nadruk op de betreffende doelstelling werd gelegd.

We hebben de accentuering van de doelen uitgesplitst voor jeugdigen in de gezinsvoogdij en voor jeugdigen in de vrijwillige ambulante sector.

Tabel 4.1 Pedagogische doelstellingen

	<i>Totaal</i> (<i>N=230</i>)	<i>Gezinsvoogdij</i> (<i>N=185</i>)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (<i>N=45</i>)
<i>jeugdige gericht</i>			
. basisveiligheid bieden	2.9	3.0	2.7
. verbeteren gedragsproblematiek	2.8	2.7	3.2 ¹
. ondersteunen persoonlijkheidsontwikkeling	2.8	2.8	3.0
. verbeteren emotioneel functioneren	2.6	2.6	2.7
. sociale vaardigheden bevorderen	2.6	2.5	3.0 ¹
. verbeteren schoolsituatie	2.4	2.3	2.7 ¹
. leren omgaan met leeftijdgenoten	2.4	2.2	2.9 ¹
. zelfstandigheid bevorderen	2.3	2.2	2.5 ¹
. losmaking van thuis	1.8	1.9	1.6
. opheffen psychiatrische klachten	1.7	1.7	1.8
<i>gezins- c.q. oudergericht</i>			
. verbeteren gezinsinteracties	2.8	2.8	3.0
. vergroten opvoedingsvaardigheden ouders	2.6	2.6	2.7
. basisveiligheid opvoeders vergroten	2.5	2.5	2.6
. opheffen persoonlijke problematiek ouders	2.4	2.4	2.3
. herstel opvoedingssituatie	2.2	2.4 ¹	1.6
. verbeteren materiële gezinsomstandigheden	1.5	1.6 ¹	1.3

¹ $p < 0.05$

Uit de tabel kunnen we een paar conclusies trekken. Ten eerste stellen we vast dat de volgende drie doelstellingen gemiddeld het sterkst bij de jeugdigen worden nagestreefd:

- bieden van een opvoedingsklimaat van basisveiligheid
- verbeteren van de gedragsproblematiek
- ondersteunen van de persoonlijkheid (zoals het versterken van het zelfbeeld).

Deze doelstellingen vormen voor de jeugdigen kennelijk de belangrijkste kerndoelen. Dat geldt zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillige ambulante jeugdhulpverlening.

Ten tweede stellen we vast dat de volgende twee doelstellingen gemiddeld het sterkst bij de gezinnen worden nagestreefd:

- verbeteren van de gezinsinteracties
- het vergroten van opvoedingsvaardigheden.

Deze doelstellingen vormen voor de gezinnen de belangrijkste kerndoelen. Ook dit geldt zowel voor de gezinsvoogdij als de vrijwillig ambulante sector.

Deze bevindingen lijken er voorshands op te wijzen dat de jeugdigen vooral moeten leren hun gedrag en omgang (ten opzichte van volwassenen) bij te sturen, terwijl in de gezinnen de interacties moeten verbeteren en de ouders hun opvoedingsvaardigheden dienen te vergroten.

Het bovenstaande betekent overigens niet dat de verschillende doelen in beide sectoren in gelijke mate nagestreefd worden.

Uit de tabel blijkt dat in de gezinsvoogdij bepaalde doelen sterker benadrukt worden dan in de vrijwillige sector en dat andere doelstellingen minder accent krijgen. Zo worden in de gezinsvoogdij als doelen meer geaccentueerd: herstel van de oorspronkelijke opvoedingssituatie en verbeteren van de materiële gezinsomstandigheden. Daar staat tegenover dat het verbeteren van de gedragsproblematiek, het verbeteren van de schoolsituatie, het bevorderen van sociale vaardigheden, het leren omgaan met leeftijdgenoten en het bevorderen van de zelfstandigheid in de vrijwillig ambulante sector meer worden geaccentueerd.

We merken tot slot nog op dat de laatste bevindingen goed sporen met de analyse van de problematiek van de jeugdigen in beide sectoren. Zoals we in hoofdstuk 1 en 2 zagen wordt de psychosociale problematiek van de jeugdigen in de vrijwillige ambulante hulpverlening gedomineerd door gedrags-, school en relatieproblematiek bij de jeugdigen, terwijl in de psychosociale problematiek van de jeugdigen in de gezinsvoogdij juist ernstig problematische opvoedingsomstandigheden domineren.

4.2 Indicatiestelling

Voor het bereiken van de doelen worden bepaalde middelen ingezet. Er wordt voor een bepaalde aanpak of begeleiding gekozen die de probleemsituatie van de jeugdigen en de gezinnen zal verbeteren. De gezinsvoogd en de ambulante hulpverlener voeren deze hulp vaak niet zelf uit maar verwijzen de jeugdige en/of het gezin vaak door naar een hulpinstelling met een op de problematiek van de jeugdige toegesneden hulpaanbod. Daarbij kunnen de hulpverleners putten uit een scala aan hulpvarianten, zoals ambulante thuisbegeleiding, pleegzorgplaatsing, daghulpplaatsing of residentiële plaatsing. Bovendien kan binnen deze hulpvarianten de intensiteit van de geboden ondersteuning uiteenlopen van lichte begeleiding tot aan intensieve en gestructureerde behandeling.

Ten behoeve van dit tussentijdse rapport geven we hier hulpopties of indicatiestellingen weer die door de ambulante hulpverleners werden opgesteld. We presenteren in tabel 4.2 eerst de hulpvarianten waarvoor in de hulpverleningsplannen wordt geopteerd. Daarna geven we in tabel 4.3 welke intensiteit van de hulp nodig is.

Tabel 4.3 Geïndiceerde hulpvarianten

<i>hoofdvariant</i>	<i>Totaal (N=230)</i>	<i>Gezinsvoogdij (N=185)</i>	<i>Vrijw. Ambulant (N=45)</i>
. Thuishulpverlening	54%	49%	78%¹
. Ambulante hulp	45%	42%	66%
. Daghulp	9%	7%	12%
. Uithuisplaatsing	46%	51%	22%
. Adoptie/pleeggezin	10%	12%	1%
. Residentieel centrum	36%	39%	21%

¹ $p < 0.05$

De tabel laat zien dat ongeveer de helft van de jeugdigen een ambulant hulpaanbod krijgt, voor een deel in combinatie met daghulp, terwijl de overige helft uit huis wordt geplaatst, voor het grootste deel in een residentieel centrum en voor een kleiner deel in een adoptie-/pleeggezin. Verder komt naar voren dat in de vrijwillig ambulante sector vaker sprake is van een ambulant hulpaanbod, terwijl uithuisplaatsing zich vaker voordoet in de gezinsvoogdij.

Tussen de verschillende gezinsvoogdijregio's lopen de percentages uithuisgeplaatste jeugdigen licht uiteen. In de Zuidelijke gezinsvoogdijregio (44%) doen zich minder plaatsingen voor dan in het Westen (61%). De Oostelijke regio bevindt zich tussen beiden in (50%).

De pleegzorgvoorzieningen waar de jeugdigen worden geplaatst lopen uiteen van netwerkpleeggezinnen, gewone pleeggezinnen tot intensieve pleegzorg.

De residentiële opnames vinden plaats in crisisopvangcentra, tehuizen voor opvoeding en verzorging, vakinternaten, behandelingshuizen, jeugdpsychiatrische klinieken, gesloten tehuizen alsook in centra voor begeleide kamerbewoning.

Als redenen om tot uithuisplaatsing over te gaan werden de volgende geregistreerd (in volgorde van voorkomen):

1. de ernst van het probleemgedrag van de jeugdige (68%, in beide sectoren)
2. ambulante hulpverlening bleek ineffectief (43%, in beide sectoren maar iets vaker in vrijwillige sector)
3. de ernst van het probleemgedrag van de ouders (34%, vooral in de gezinsvoogdij)
3. motivatiegebrek voor ambulante hulpverlening bij de ouders (12%, beide sectoren)
4. motivatiegebrek voor ambulante hulpverlening bij de jeugdige (10%, beide sectoren)
5. ontbrekende ambulante voorzieningen (3% totaal, maar 18% in vrijwillige sector)

Bij uithuisplaatsing werd de hulpverleners tevens gevraagd of het de bedoeling is dat de jeugdige weer terugkeert in zijn oorspronkelijke gezin. Dat blijkt in 40% niet de bedoeling te zijn, in 45% wel doch zonder dat de termijn als bekend is, in 9% denkt men binnen een half jaar tot terugplaatsing thuis te kunnen overgaan en in de resterende 6% binnen een jaar.

Tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillige ambulante sector bestaat wat dit aangaat geen opvallend verschil. Vergelijking van de regio's wijst uit dat de gezinsvoogdij in de Zuidelijke regio vaker op terugplaatsing mikt (75%) dan in de Westelijke regio (44%). De Oostelijke regio bevindt zich tussen deze beide uitersten in (59%).

intensiteit van de geïndiceerde hulp

Tabel 4.4 geeft de intensiteit van de hulp weer die volgens de hulpverleners nodig is om de probleemsituaties te kunnen oplossen.

Tabel 4.4 Benodigde intensiteit van de hulpverlening

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
. Zeer lichte hulp (minvariant 2)	2%	2%	3%
. Lichte hulp (minvariant 1)	6%	6%	6%
. Gemiddelde hulp (basisvariant)	42%	40%	49%
. Intensieve hulp (plusvariant 1)	41%	41%	40%
. Zeer intensieve hulp (plusvariant 2)	9%	11%	3%

¹ $p < 0.05$

De tabel laat zien dat de benodigde intensiteit van de hulp merendeels min of meer gelijkelijk verdeeld is over de categorieën gemiddelde hulp (basisvariant) en Intensieve hulp (plusvariant 1). Noch tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante sector, noch tussen de gezins-

voogdijsectoren onderling treffen we wat de benodigde intensiteit van de hulp betreft opvallende verschillen aan.

4.3 De beoogde basispedagogische hulp

Naast doorverwijzing van de jeugdigen en hun gezinnen naar de geïndiceerde hulpverlening alwaar de beoogde specialistische hulp zal worden uitgevoerd plant de ambulante hulpverlener, c.q. gezinsvoogd doorgaans ook nog door hem zelf te geven hulp aan de jeugdigen en/of de gezinnen. Tabel 4.5 vermeldt de beoogde pedagogische basishulp.

Tabel 4.5 Beoogde basispedagogische hulp

	<i>Totaal</i> (<i>N</i> =230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (<i>N</i> =185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (<i>N</i> =45)
. opvoedingsondersteuning	83%	85%	76%
. contactonderhoud (uithuis)plaatsing	57%	59%	48%
. omgangsregeling na scheiding	46%	48%	42%
. herstellen sociaal netwerk	31%	32%	24%
. zoeken school/werk	30%	31%	22%
. financiële hulp	25%	28% ¹	11%
. herstel sociale positie	25%	28% ¹	14%
. reguleren huishouden	17%	19%	10%
. huisvesting	15%	18% ¹	--
. reactivering bestaande hulp	9%	9%	8%
. begeleiden strafrechtelijke procesgang	7%	8% ¹	--
<i>gemiddeld aantal interventies (spreiding)</i>	2.6 (2.0)	2.7 (2.1) ¹	2.4 (1.6)

¹ $p < 0.01$

De tabel laat zien dat de hulpverlener in het merendeel der gevallen voornemens is de gezinnen gericht te ondersteunen in de opvoeding. In ongeveer de helft van de gevallen vindt contactonderhoud bij de uithuisplaatsing plaats, terwijl in bijna de helft van de gevallen ondersteuning zal worden geboden bij de omgang tussen ex-partners. In een derde van de gevallen is men voornemens de jeugdige hulp te bieden bij het herstellen van diens sociaal netwerk en bij het zoeken van een nieuwe school of een geschikte werksituatie.

De gezinsvoogdij en de ambulante vrijwillige sector verschillen niet significant van elkaar wat betreft het aantal jeugdigen en gezinnen waarbij deze basispedagogische interventies worden ingezet.

Er bestaan wel verschillen tussen beide sectoren wat betreft het aantal gezinnen dat materiële hulpverlening krijgt. Dat ligt in de gezinsvoogdij op ruim een kwart tegen ongeveer een tiende in de vrijwillige ambulante sector. Het aantal verschillende basispedagogische interventies dat

de gezinsvoogden beogen uit te voeren ligt gemiddeld op 2.4. Dit is significant meer dan het aantal van 1.6 die men in de vrijwillige ambulante sector voornemens is uit te voeren. Tussen de gezinsvoogdijregio's vinden we wat pedagogische basishulp betreft geen verschillen.

4.4 De beoogde intensieve pedagogische hulp

Welke intensieve hulp wordt er naast de basispedagogische hulp geïndiceerd? Tabel 4.6 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 4.6 Beoogde intensieve pedagogische hulp

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
. psycho-diagnostisch onderzoek	29%	28%	30%
. speciaal onderwijs	22%	21%	23%
. sociale vaardigheidstraining	20%	18%	25%
. intensieve thuishulp	19%	14%	34% ¹
. gedragstherapie	15%	16% ¹	9%
. dagbehandeling	9%	8%	14%
. psychodynamische therapie	9%	11% ¹	2%
. gezinstherapie	8%	7%	14% ¹
. psychiatrische behandeling	7%	9% ¹	--
<i>gemiddeld aantal interventies (spreiding)</i>	1.2 (1.4)	1.2 (1.4)	1.3 (1.2)

¹ p < 0.01

Naar voren komt dat er per cliëntsysteem gemiddeld iets meer dan 1 intensieve hulpinterventie wordt beoogd. De gezinsvoogdij en de vrijwillige ambulante sector verschillen wat dit aantal niet opvallend van elkaar.

Bovenaan staat het aanvullend psycho-diagnostisch onderzoek, dat in bijna een derde van de gevallen wordt geïndiceerd. In ruim een vijfde van de gevallen is men voornemens een doorverwijzing naar het speciaal onderwijs te realiseren, terwijl men voor een vijfde van de jeugdigen een sociale vaardigheidstraining in petto heeft.

Ongeveer een vijfde van de gezinnen kan rekenen op intensieve thuishulp. Zoals de tabel toont wordt deze vorm van intensieve interventie vooral in de vrijwillig ambulante sector ingezet. Dat geldt ook voor de gezinstherapie. Deze wordt op het totaal gezien echter minder frequent toegepast.

Ongeveer een tiende tot een vijfde van de jeugdigen krijgt een gedrags- of psychodynamische therapie. Deze hulpvormen blijken iets vaker in de gezinsvoogdij te worden geïndiceerd dan in de vrijwillige ambulante hulpverlening. Psychiatrische behandeling wordt eveneens in de gezinsvoogdij vaker geïndiceerd.

4.5 De beoogde contactfrequentie

Het voorafgaande roept de vraag op met welke frequentie de hulpverleners de beoogde interventies willen gaan uitvoeren, c.q. begeleiden of coördineren. Tabel 4.7 geeft dit weer.

Tabel 4.7 Beoogde contactfrequentie

	<i>Totaal</i> (<i>N=230</i>)	<i>Gezinsvoogdij</i> (<i>N=185</i>)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (<i>N=45</i>)
<i>met jeugdige</i>			
. incidenteel	15%	12%	27%
. maandelijks	63%	66%	50%
. wekelijks	22%	22%	23% ¹
<i>met ouders</i>			
. incidenteel	5%	4%	8%
. maandelijks	68%	72%	51%
. wekelijks	27%	24%	41% ¹

¹ $p < 0.05$

Het merendeel der jeugdigen en ouders kan uitzien naar een maandelijks contact met de hulpverlener. Maar ook één tot tweewekelijkse contacten met de jeugdigen en de ouders komen frequent voor. In de vrijwillige ambulante sector ligt de voorgenomen contactfrequentie met name de ouders aanzienlijk hoger dan in de gezinsvoogdij.

Tussen de verschillende gezinsvoogdijregio's worden geen opvallende verschillen gevonden qua voorgenomen contactfrequentie.

4.6 Overeenstemming met cliënten

Een belangrijke vraag in de psychosociale hulpverlening is of de hulpverlener en de cliënt overeenstemming weten te bereiken over de probleemomschrijving en het hulpverleningsplan. Zoals in de inleiding van dit rapport werd gesteld zal dit het succes van de hulpverlening kunnen bevorderen. Welnu, zoals tabel 4.8 toont blijkt men in veel gevallen tot een goede overeenstemming te komen. Echter in een aantal gevallen ook niet.

Vooraf in de gezinsvoogdij komt het nogal eens voor dat de jeugdige en/of diens ouders niet instemmen met het voorgestelde hulpverleningsplan, of daar maar beperkt enthousiasme voor kunnen opbrengen. De vrijwillige ambulante sector staat er wat dit aangaat aanzienlijk beter voor. Hier wordt in vrijwel alle gevallen een redelijke tot goede overeenstemming bereikt met zowel de ouders als de jeugdigen over de te volgen hulpverleningslijn.

Tabel 4.8 Overeenstemming tussen hulpverlener en cliënt over de oplossing van de problematiek

	<i>Totaal</i> (N=230)	<i>Gezinsvoogdij</i> (N=185)	<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=45)
<i>met jeugdige</i>			
. niet	12%	16%	--
. enigszins	25%	21%	38%
. (zeer) veel	63%	63%	63%
<i>ouders</i>			
. niet	6%	6%	2%
. enigszins	14%	16%	5%
. (zeer) veel	82%	76%	93%

Een vraag die na het voorafgaande opkomt is of de jeugdigen en de ouders waarmee men in mindere mate overeenstemming bereikt bepaalde kenmerken hebben. We onderzochten deze vraag door de mate van overeenstemming te correleren met de belangrijkste kind- en gezinsgebonden problematiekkenmerken. We vermelden alleen correlaties van .3 en groter.

Exploratie wijst uit dat de jeugdigen waarmee geen of in mindere mate overeenstemming wordt bereikt allereerst gekenmerkt worden door agressief gedrag. Daarnaast hebben ze motivatie en leerproblemen op school, een minder helder toekomstbeeld en besteden ze hun vrije tijd risicovol. Ze worden door hun ouders in mindere mate gesuperviseerd. Het betreft hier jeugdigen die door de hulpverlener worden omschreven als minder gemotiveerd voor hulpverlening. Ook beschikken ze in mindere mate over zelfinzicht en sociale vaardigheden om profijt te kunnen hebben van psychosociale hulpverlening.

De ouders waarmee geen of in mindere mate overeenstemming wordt bereikt blijken allereerst financiële en huisvestingsproblemen te hebben, alsook problemen met de sociale positie in de buurt. Daarnaast vertonen de ouders zelf vaak gedrags- en emotionele problematiek en worstelen ze met een ernstig verstoorde relatie met de (ex)-partner. Qua opvoeding zijn een inconsistente opvoedingsstijl, gebrek aan begeleiding van de ontwikkeling van de jeugdige alsmede een affectief verwaarlozend opvoedingsklimaat predictief voor minder overeenstemming tussen hulpverlener en cliënt. Net als bij de jeugdigen gaat het hier om ouders die volgens de hulpverleners minder gemotiveerd zijn. Ook beschikken ze in mindere mate over zelfinzicht en sociale vaardigheden om profijt te kunnen hebben van psychosociale hulpverlening.

De cliëntengroep waarvan de kans om tot overeenstemming te geraken gering is lijkt daarmee als zeer problematisch te kunnen worden getypeerd.

Een nauw verwante vraag is of er ook bepaalde methodiekenmerken zijn die de kans op overeenstemming met de cliënt bevorderen. We exploreerden deze vraag middels een correlatieve analyse met de hoofdstuk 3 gegeven methodiekaspecten in de cliëntcontacten. Zowel bij de ouders als de jeugdigen komt daarbij één kenmerk duidelijk naar voren die de kans op

overeenstemming bevordert, namelijk respecteren, c.q. benadrukken van de eigen waarde van de betrokken cliënten.

Bij de jeugdigen vinden we verder dat het naar voren halen van dingen die goed lopen, alsook het inschakelen van het sociaal netwerk de kans op overeenstemming met de jeugdige bevordert. Ook het bieden van materiële steun werkt hier positief.

Bij de ouders vinden we dat het inschakelen van het sociale netwerk de kans op overeenstemming licht verhoogd. Voorts vinden we dat het bieden van emotionele ondersteuning aan de jeugdige (hetgeen geduid kan worden als partij kiezen voor de jeugdige) de kans op overeenstemming met de ouders verminderd.

4.7 Samenvatting

De hulpverlening beoogt de probleemsituatie van de jeugdigen te verbeteren. Het ligt dan ook voor de hand te veronderstellen dat de hulp aankeerst op bepaalde doelstellingen. Dat blijkt inderdaad het geval te zijn.

Bij de jeugdigen wordt gemiddeld het sterkste accent gelegd op de doelstellingen: het bieden van een opvoedingsklimaat van basisveiligheid, het verbeteren van de gedragsproblematiek en het ondersteunen van de persoonlijkheidsontwikkeling.

Bij de gezinnen wordt gemiddeld het sterkste accent gelegd op: het verbeteren van de gezinsinteracties en het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

Deze bevindingen duiden erop dat de jeugdigen vooral moeten leren hun gedrag en omgang (ten opzichte van volwassenen) bij te sturen, terwijl de gezinnen hun interacties moeten verbeteren en de ouders hun opvoedingsvaardigheden dienen te vergroten.

Doelen worden uiteraard niet zomaar bereikt, daarvoor moeten hulpmiddelen worden ingezet. Inspectie van het geïndiceerde hulpaanbod wijst uit dat ongeveer de helft van de jeugdigen in de gezinsvoogdij een ambulante hulpaanbod krijgt, terwijl de andere helft voorverwezen wordt naar een pleeggezin of de residentiële hulpverlening. In de vrijwillig ambulante hulpverlening krijgt ruim driekwart een ambulante hulpaanbod en ligt het aantal uithuisplaatsingen op iets minder dan een kwart.

De belangrijkste redenen om tot uithuisplaatsing over te gaan zijn: de ernst van het probleemgedrag van de jeugdige of van diens ouders en de ineffectiviteit van eerdere ambulante hulp, of afstand gevolgd door motivatieproblematiek bij de jeugdige en/of diens ouders.

Qua intensiteit kan de benodigde hulp in ongeveer de helft van de gevallen worden ingedeeld in de categorie van de basispedagogische hulp (basisvariant). De overige helft valt in de categorie intensieve hulp (plusvariant 1). Incidenteel wordt lichte (minvariant) dan wel zeer intensieve hulp (plusvariant 2) geïndiceerd.

De uithuisplaatsingen die men beoogt lopen uiteen van opvanggezinnen, netwerkplaatsingen, begeleide kamerbewoning, tehuizen voor opvoeding en verzorging, behandeltehuizen, jeugd-psychiatrische klinieken tot gesloten inrichtingen.

De beoogde pedagogische basishulp zal grotendeels door de plaatsende hulpverleners zelf worden verstrekt. De belangrijkste interventievormen waar men aan denkt zijn (in volgorde van belangrijkheid): opvoedingsondersteuning, contact bij uithuisplaatsing, bevorderen contact tussen ex-partners na scheiding (omgangsregeling), herstellen van het sociaal netwerk, hulp bij het zoeken van school/werk en materiële ondersteuning, zoals hulp bij financiën, huisvesting, werkloosheid en de sociale positie in de buurt. Deze materiële interventies worden vaker in de gezinsvoogdij geïndiceerd dan in de vrijwillig ambulante hulpverlening. In het kader van bovenstaande begeleiding beoogt men merendeels gemiddeld maandelijks contact met de cliënten te onderhouden.

Hiernaast wordt echter ook intensieve hulp ingezet. Naast uithuisplaatsing betreft het doorverwijzing naar het speciaal onderwijs, sociale vaardigheidstrainingen en intensieve thuisondersteuning, waarbij men de laatste twee met name in de vrijwillige ambulante hulpverlening bij respectievelijk een kwart tot een derde van de cliëntsystemen beoogt in te zetten. In zulke gevallen wordt voor een intensievere, namelijk wekelijkse, begeleiding van het cliëntstelsel geopteerd. Meer incidenteel heeft men een gedrags- of psychodynamische therapie, dagbehandeling, gezinstherapie of een psychiatrische behandeling op het oog.

Tot slot onderzochten we in hoeverre er overeenstemming is tussen de cliënt en de hulpverlener over de te volgen hulpverleningslijn. In de gezinsvoogdij is dat met driekwart van de ouders en in de vrijwillige ambulante hulpverlening met vrijwel alle ouders. Bij de jeugdigen ziet dit beeld er in beide sectoren met tweederde overeenstemming iets minder gunstig uit. Zowel de jeugdigen als de ouders waarmee men minder overeenstemming bereikt zijn minder gemotiveerd. Daarnaast kampen ze relatief vaak met forse problemen, zoals met ernstige emotionele, gedrags-, persoonlijkheids- of opvoedingsproblematiek.

5.1 Inleiding

Tot zover is geïnventariseerd welke problemen aan de orde zijn, welke doelen zijn gesteld en welke middelen zijn geïndiceerd. De vraag is vervolgens of er ook een inzichtelijke samenhang bestaat tussen deze elementen. Dat wil zeggen in hoeverre bestaat er een systematische (significante en substantiële) samenhang tussen enerzijds de problematiek van de jeugdige en anderzijds de beoogde doelstellingen en de beoogde hulpverlening.

Om die vraag te beantwoorden hebben we allereerst gebruik gemaakt van correlatieve analyse. Een dergelijke analyse (uitgedrukt in correlatiecoëfficiënten en in significantieniveaus) stelt ons in staat na te gaan in hoeverre een bepaalde problematiek systematisch in verband staat met gestelde doelen. In het navolgende vermelden we alleen de significante correlaties van .3 en hoger.

Omdat de indeling in hulpvormen categoriaal is kan de correlatieve strategie niet gebruikt worden om de samenhang tussen problematiek en geïndiceerde hulp te analyseren. We maken hier daarom gebruik van een analyse van gemiddelden en zullen nagaan in hoeverre de diverse hulpvarianten significant afwijken van wat gemiddeld aan problematiek voor de gehele populatie wordt gevonden.

Teneinde de leesbaarheid van dit tussentijdse onderzoeksverslag niet te zeer in gevaar te brengen, beperken we ons tot een analyse van de belangrijkste probleemclusters in samenhang met de belangrijkste doelen en hulpvormen.

5.2 Samenhang met enkele biografische kenmerken

Alvorens de beoogde samenhangen tussen problemen, doelen en middelen te analyseren staan we eerst stil bij een mogelijke samenhang met drie biografische kenmerken. Anders geformuleerd: in hoeverre hangen leeftijd, sekse en etniciteit hiermee samen?

Leeftijd

Allereerst blijkt dat oudere jeugdigen meer somber en anti-sociaal gedrag vertonen dan de jongere. Ook geven zij meer problemen te zien met name op school en in hun vrije tijd. Ook zijn

er bij hen meer relationele problemen in het gezin, met name conflicten tussen de jeugdigen en de ouders.

De oudere jeugdigen krijgen daarnaast relatief vaak als pedagogische doelstellingen mee: ondersteunen van de persoonlijkheidsontwikkeling, versterking van de sociale vaardigheden en bevorderen van het zelfstandig worden. Gezinsdoelen zoals het vergroten van basisveiligheid en bevorderen van opvoedingsvaardigheden bij de ouders worden bij de oudere jeugdigen in mindere mate gesteld dan bij de jongere.

Tot slot vinden we nog dat de kans op een residentiële uithuisplaatsing groter is naarmate de jeugdigen ouder zijn. Jongere kinderen die uithuis worden geplaatst komen doorgaans in de pleegzorg terecht.

Sekse

Tussen jongens en meisjes bestaan meer overeenkomsten dan verschillen. Een belangrijk verschil vormt echter het gegeven dat jongens iets meer gedragsproblemen vertonen. Het betreft dan met name ongedurig en agressief gedrag. Ook vertonen zij iets vaker ontwikkelingsachterstanden, terwijl meisjes iets vaker seksuele problemen te zien geven. Bij meisjes is ook iets vaker sprake van verwaarlozing in de vroegere ontwikkeling.

In de pedagogische doelstellingen is slechts één duidelijk verschil op te merken. Voor jongens wordt vaker als doel gesteld: verbetering van de gedragsproblematiek.

Qua hulpaanbod zien we dat jongens vaker intensieve ambulante thuishulp krijgen (14%[♂] versus 3%[♀]). Dit kan echter vrijwel geheel op het conto van de vrijwillig ambulante hulpverlening worden geschreven. Wanneer uithuisplaatsing aan de orde is dan worden meisjes vaker naar een centrum voor verzorging en opvoeding doorverwezen (32%[♀] versus 12%[♂]), terwijl men bij de jongens vaker een behandelingshuis op het oog heeft (17%[♂] versus 9%[♀]).

Etnische achtergrond

Tussen allochtone en autochtone jeugdigen vinden we vrijwel geen verschillen. Het enige verschil is dat er bij de allochtone jeugdigen relatief vaker sprake is van mishandeling. Qua doelstellingen treffen we geen opvallende verschillen aan. Wat geïndiceerde hulp betreft worden allochtone jeugdigen iets vaker residentieel uithuis geplaatst dan autochtone jeugdigen (56% allochtonen versus 46% autochtoon). Dat geldt met name voor zowel het centrum voor opvoeding en verzorging als voor het behandelingshuis.

5.3 Samenhang problemen en doelen

In dit onderdeel zullen we de samenhang tussen de problematiek zoals die is vastgesteld met de VSPS en de pedagogische doelen die in de hulpverlening worden gesteld.

Omdat het bij meervoudige problematiek om een groot aantal risicofactoren gaat splitsen we de beschrijving op. We geven eerst de samenhang met de kindgebonden problemen (tabel 5.1) en daarna die met de gezinsgebonden problemen (tabel 5.2).

In de tabellen betekent het plusteken (+) dat het kenmerk typerend (er is een significante positieve samenhang tussen problematiek en doelstelling), het plus/min-teken (\pm) dat het kenmerk gemiddeld of niet typerend is (er is geen significante samenhang tussen problematiek en doelstelling en het minteken (-) dat het tegenovergestelde van het kenmerk typerend is (er is een significante negatieve samenhang tussen problematiek en doelstelling).

Tabel 5.1 Samenhang tussen kindgebonden problematiek en pedagogische doelen

<i>doelstellingen:</i>	<i>somber/ angstig</i>	<i>ongedurig/ agressief</i>	<i>antiso- ciaal</i>	<i>zelfcon- trole</i>	<i>relatie- probl.</i>	<i>school- probl.</i>	<i>vrijheids probl.</i>
. verbeteren gedragsproblemen	+ ¹	++	++	++	++	++	+
. verbeteren emotioneel functioneren	++	\pm	\pm	\pm	+	\pm	\pm
. vergroten sociale vaardigheden	+	+	++	++	+	+	\pm
. verbeteren schoolsituatie	+	+	+	+	++	+	\pm
. verbeteren omgang leeftijdgenoten	+	+	+	++	++	+	\pm

¹ ++ = $r > 0.4$; + = $r > 0.2$; \pm = $r < 0.2$

Uit de bovenstaande matrix leiden we het volgende af. Ten eerste blijkt dat er bij ongedurige en agressieve jeugdigen, bij jeugdigen met antisociaal gedrag en bij jeugdigen met een zwakke zelfcontrole relatief sterk voor het doel 'gedragsverbetering' wordt gekozen. Dat geldt ook wanneer jeugdigen relatieproblemen met leeftijdgenoten en schoolproblemen hebben. Dat men dit doel over een zo breed gebied van problematiek stelt wordt inzichtelijk wanneer we bedenken dat er grote overlap (of hoge comorbiditeit) is tussen de genoemde problematieken: sterk gedragsproblematieke jeugdigen hebben veelal ook problemen op school en in de omgang met leeftijdgenoten.

Ten tweede stellen we vast dat bij de sombere, angstige jeugdigen vooral als doel wordt gesteld 'het emotioneel functioneren te verbeteren'.

In de derde plaats merken we op dat jeugdigen die kampen met zelfcontrole en relatieproblemen vooral de doelen 'het verbeteren van de sociale vaardigheden' en 'het bevorderen van de omgang met leeftijdgenoten' accentueert.

Tot slot krijgen jeugdigen met een accent op schoolproblemen relatief vaak 'het verbeteren van de schoolsituatie' mee als doel.

Samenvattend kunnen we derhalve concluderen dat er een duidelijke logische samenhang bestaat tussen de kindgebonden problematiek en de doelen die men in de hulpverlening stelt.

De volgende vraag is welke samenhang er is tussen gezinsproblematiek en doelstellingen. Tabel 5.2 geeft dit weer.

Tabel 5.2 Samenhang tussen gezinsproblematiek en pedagogische doelen

<i>doelstellingen: verbeteren</i>	<i>materiële problemen</i>	<i>problemen ouders</i>	<i>ouder-kind-conflicten</i>	<i>gebrekkige opvoedstijl</i>	<i>gezinsklimaat</i>	<i>verw./mishandeling</i>
. verbeteren functioneren ouders	+ ¹	++	±	++	±	++
. verbeteren materiële gezinssituatie	++	+	±	±	±	++
. verbeteren gezinsinteracties	±	±	++	±	±	±
. vergroten opvoedingsvaardigheden	+	±	±	±	±	±
. vergroten basisveiligheid	+	++	+	+	++	++

¹ ++ = $r > 0.4$; + = $r > 0.2$; ± = $r < 0.2$

Wanneer het gezin een geschiedenis heeft van verwaarlozing en mishandeling van de jeugdige, en de ouders kampen met persoonlijke (gedrags)problemen en gebrekkig opvoeden dan streeft men vooral het doel ‘verbeteren van het ouderlijk functioneren’ na.

Bij gezinnen met materiële problemen, alsook gezinnen waar sprake is (geweest) van verwaarlozing en mishandeling streeft men relatief vaak naar het doel ‘verbeteren van de materiële gezinsomstandigheden’.

Het doel ‘verbeteren van de gezinsinteracties’ blijkt vooral te worden nagestreefd wanneer sprake is van ouder-kind conflicten.

Het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders differentieert niet naar een bepaalde problematiek. Kennelijk vormt dit een doelstelling die bij alle vormen van gezinsproblematiek in gelijke mate een rol speelt.

Tot slot streeft men het vergroten van de basisveiligheid na in gezinnen waar de ouders persoonlijke problemen hebben, waar een verwaarlozend affectief opvoedingsklimaat heerst en waar sprake is (geweest) van verwaarlozing en mishandeling. In de gezinnen spelen daarnaast materiële problemen en ouder-kind conflicten. Daarnaast is er sprake van een iets meer dan gemiddeld problematische opvoedingsstijl.

Samenvattend stellen we vast dat er een redelijk logische samenhang bestaat tussen de pedagogische doelen die voor het gezin worden gesteld en de problematiek waar men in de gezinnen mee kampt.

5.4 Samenhang problemen, doelen en VSPPS-gebruik

Een belangrijke vraag ten aanzien van de VSPPS is of het gebruik van dit instrument in de praktijk nu leidt tot passender diagnoses. We exploreren deze kwestie door de onderzoeks-

groep met hulpverleners in te delen in een groep die dit instrument veel tot zeer veel gebruikt bij de probleemanalyse (de gebruikers) en een groep die dit instrument niet of slechts enigszins gebruikt bij de probleemanalyse (de niet-gebruikers). Vervolgens berekenen we in beide groepen de correlaties tussen de problematiek van de jeugdigen en de pedagogische doelstellingen. Als kindgebonden problematieken hanteren we de VSPS-factoren ‘internaliseren (somber, angstig en sociaal angstig gedrag)’ en ‘externaliseren (agressie, overbeweeglijk en anti-sociaal gedrag)’. Als kindgerichte doelstellingen gebruiken we de drie hoofddoelstellingen die bij het kind worden gesteld, te weten ‘gedragsverbetering’, ‘verbeteren emotioneel functioneren’ en ‘basisveiligheid scheppen’.

Omdat de problematiekaspecten aan de VSPS zijn ontleend kunnen de verbanden die ontstaan veroorzaakt zijn door het feit dat sommige hulpverleners de VSPS wel hebben gebruikt en anderen niet. Daarom hebben we de samenhang eveneens onderzocht met een VSPS-onafhankelijk maat, namelijk de factoren internaliseren en externaliseren van de CBCL. Tabel 5.3 geeft de resultaten weer. Alleen de significante verbanden zijn vermeld.

Tabel 5.3 Samenhang kindgebonden problematiek en doelen bij VSPS en niet VSPS gebruikers

<i>doelstellingen</i>	<i>VSPS-Externaliseren</i>		<i>CBCL-Externaliseren</i>		<i>VSPS-Internaliseren</i>		<i>CBCL-Internaliseren</i>	
	<i>niet¹</i>	<i>wel</i>	<i>niet</i>	<i>wel</i>	<i>niet.</i>	<i>wel.</i>	<i>niet</i>	<i>wel</i>
. verbeteren gedrag	.44	.55	.40	.53				
. verbeteren emot. funct.						.31		.28
. herstellen basisveiligheid						.33		.36

¹ niet=niet VSPS-gebruikers; wel=VSPS-gebruikers

De tabel laat allereerst zien dat de samenhang tussen problematiek en doelstellingen die voor de VSPS worden gevonden bevestigd worden door de CBCL.

Verder blijkt dat zowel de VSPS-gebruikers als de niet-gebruikers van de VSPS streven naar gedragsverbetering bij jeugdigen die externaliserende probleemgedrag vertonen. Wat dat aangaat presteren beide groepen ongeveer gelijk, zij het dat het verband bij de VSPS-gebruikers iets groter is dan bij de niet VSPS-gebruikers.

De tabel laat echter tevens zien dat de VSPS-gebruikers bij jeugdigen met internaliserende of emotionele problematiek duidelijk streven naar het verbeteren van het emotioneel functioneren. Daarnaast streven zij bij deze jeugdigen tevens naar het bieden van basisveiligheid. In de groep niet VSPS-gebruikers zien we deze samenhang niet verschijnen.

Dit betekent dat de hulpverleners die de VSPS niet of in mindere mate bij hun probleemanalyse gebruiken bij jeugdigen met emotionele problematiek in hun hulpverlening kennelijk geen duidelijk op deze problematiek toegesneden doelen stellen, terwijl hulpverleners die de VSPS wel bij hun probleemanalyse gebruiken dat wel doen. Dit impliceert dat het gebruik van de VSPS kan bijdragen tot een gerichtere afstemming van de doelen op de problematiek.

Op eenzelfde wijze onderzochten we de samenhang tussen enkele belangrijke gezinsgerichte doelen en de gezinsgebonden problematiek. Tabel 5.4 geeft de verbanden weer.

Tabel 5.4 Samenhang gezinsgebonden problematiek en doelen bij VSPS en niet VSPS gebruikers

<i>doelstellingen</i>	<i>Materiele problemen</i>		<i>Problemen ouders</i>		<i>Gezinsrelatieproblemen</i>		<i>Gebrek.opvoedstijl</i>	
	<i>niet</i>	<i>wel</i>	<i>niet</i>	<i>wel</i>	<i>niet.</i>	<i>wel.</i>	<i>niet</i>	<i>wel</i>
. verbeteren materiele situatie	.75	.53	.42				.42	
. verbeteren functioneren ouders	.30	.36		.62				.47
. verbeteren gezinsinteracties					.34	.43		
. verbeteren opvoeden								

¹ niet=niet VSPS-gebruikers; wel=VSPS-gebruikers

Hier zien we allereerst dat het streven naar verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouders in beide groepen niet differentieert naar kenmerken van de gezinsproblematiek. Zoals we al eerder zagen betreft het hier kennelijk een dermate algemene doelstelling dat deze bij alle gezinnen, dat wil zeggen ongeacht de aard van de problematiek, wordt nagestreefd.

Uit de tabel lezen we verder af dat zowel de VSPS als de niet VSPS-gebruikers streven naar verbetering van de gezinsrelaties wanneer er relatieproblemen in het gezin zijn. Wat dit problematiekaspect betreft presteren beide groepen weer ongeveer hetzelfde, zij het dat het verband bij de VSPS gebruikers weer iets groter is dan bij de niet VSPS gebruikers.

Voorts zien we dat zowel de VSPS als de niet VSPS gebruikers een verbetering van de materiele gezinsproblematiek nastreven wanneer er materiele problemen zijn in het gezin. Dit is een goed inzichtelijk verband. De niet VSPS-gebruikers streven echter eveneens naar verbetering van de materiele gezinsomstandigheden wanneer de ouders met persoonlijke problemen kampen en een gebrekkige opvoedingsstijl ten toon spreiden, terwijl ze bij deze gezinsproblematieken - naar men zou verwachten - niet evident streven naar een verbetering van het persoonlijk functioneren van de ouders. De VSPS gebruikers streven dit echter wel duidelijk na wanneer Bij de ouders die kampen met persoonlijke problemen en die een gebrekkige opvoedingsstijl ten toon spreiden streven de VSPS gebruikers echter wel naar een verbetering van het persoonlijk functioneren van de ouders. Dit betekent dat we ook bij deze gezinsaspecten onder de VSPS-gebruikers een beter gedifferentieerde aansluiting tussen problematiek en doelstellingen aantreffen dan onder de niet VSPS-gebruikers.

Samenvattend kunnen we voorlopig dan ook concluderen dat zowel de VSPS als de niet VSPS gebruikers inzichtelijke doelen stellen wanneer het gaat om evidente problematieken zoals gedragsproblemen bij de jeugdige, materiele gezinsproblemen en gezinsconflicten. Wanneer er echter tevens minder evidente problematieken een rol spelen, zoals emotionele problemen bij de jeugdigen, persoonlijke problemen bij de ouders of een gebrekkige manier van opvoeden dan zijn de VSPS gebruikers in die zin in het voordeel dat zij tevens voor deze wat minder direct waarneembare problemen passende hulpverleningsdoelen weten te stellen.

5.5 Samenhang problemen en beoogde middelen

Tabel 5.5 geeft de samenhang tussen de kindgebonden risicofactoren enerzijds en de geïndiceerde hulpverleningsvormen anderzijds.

Tabel 5.5 Samenhang tussen kindgebonden risicofactoren en beoogde middelen

<i>beoogde hulpvorm</i>	<i>leef- tijd</i>	<i>seks %♂</i>	<i>somber/ angstig</i>	<i>ongedurig/ agressief</i>	<i>antiso- ciaal</i>	<i>zelfcon- trole</i>	<i>relatie- probl.</i>	<i>school- probl.</i>	<i>vrijetijds probl.</i>
. ambulante	10	65%	- ¹	±	±	±	±	±	±
. pedagogische basishulp	11	56%	-	-	±	±	-	±	-
. intensieve huishulp	11	86%	-	+	-	+	±	±	±
. dagbehandeling	8	85%	-	+	±	+	±	±	++
. pleegzorg	11	53%	--	--	--	--	--	--	--
. residentieel	14	53%	++	+	+	+	+	+	+
. opvoeding/verzorging	13	38%	++	-	±	-	-	±	±
. behandelingshuis	13	71%	++	++	++	++	++	++	+
. gesloten setting	15	63%	++	+	+++	+	+++	+++	++
. terugplaatsing thuis	13	57%	++	++	±	+	++	++	±

¹ -- = onder gemiddeld (<-4*s_E); - = licht ondergemiddeld (<-2*s_E); ± = gemiddeld; += licht bovengemiddeld (>+2*s_E); ++ boven gemiddeld (>+4*s_E); +++ = zeer sterk bovengemiddeld (>+6*s_E)

jeugd met een ambulante hulpindicatie

De tabel laat allereerst zien dat de jeugdigen die ambulante hulp krijgen gemiddeld 10 jaar zijn en iets vaker jongen dan meisje. Dit laatste wordt vooral veroorzaakt doordat meer jongens dan meisjes intensieve huishulp krijgen of in dagbehandeling worden geplaatst. Qua kindgebonden problematiek scoort de ambulante jeugd op alle aspecten gemiddeld. Er bestaat echter wel een duidelijke differentiatie naar type ambulante hulp, want:

- . Jeugdigen met de indicatie *pedagogische basishulp* blijken relatief weinig emotionele en gedragsproblemen te hebben. Ook hebben ze weinig problemen in de vrije tijd. Wat betreft anti-sociaal gedrag en zelfcontrole zijn ze gemiddeld problematisch.
- . Jeugdigen waarvoor men *intensieve huishulpverlening* op het oog heeft vertonen meer dan gemiddeld ongedurig en agressief gedrag. Ook tonen ze een meer dan gemiddeld gebrek aan zelfcontrole. Ze staan er echter beter dan gemiddeld voor wat betreft somber, angstig gedrag en anti-sociaal gedrag, terwijl hun school, vrije tijds- en relatieproblematiek met leeftijdgenoten gemiddeld problematisch is.
- . De jeugdigen waarvoor een *dagbehandeling* is geïndiceerd lijken qua problematiek sterk op de hiervoor beschreven jeugd, echter met dit verschil dat hun vrijetijdsbesteding sterk bovengemiddeld problematisch is. Deze jeugd zwerft vaak over straat met vriendjes die pre-delinquent zijn.

Uithuis geplaatste jeugd

Hier blijkt allereerst dat ongeveer gelijke aantallen jongens en meisjes uithuis geplaatst worden. Bij *pleegezorgplaatsingen* gaat het om jeugdigen van gemiddeld ongeveer 11 jaar oud, die op alle kindgebonden probleemvelden in vergelijking met het gemiddelde zeer gunstig scoren. Met andere woorden, deze jeugdigen vertonen (nog) vrijwel geen kindgebonden problemen.

De jeugdigen waarvoor een *residentieel centrum* is geïndiceerd zijn gemiddeld 13 jaar oud en vertonen daarentegen op alle kindgebonden aspecten meer dan gemiddelde problemen. Ook hier blijkt het type residentiële voorziening dat wordt geïndiceerd goed te discrimineren, want:

- . Voor meisjes heeft men vaker een *centrum voor opvoeding en verzorging* in petto, terwijl jongens vaker naar een behandelingshuis of een gesloten setting gaan. Verder heeft de jeugd die naar een verzorgingscentrum gaat weliswaar meer dan gemiddeld emotionele problemen, doch ze geeft relatief weinig gedrags- en zelfcontrole problemen te zien.
- . De jeugd met een indicatie *behandelingshuis* vertoont op vrijwel alle kindgebonden aspecten veel meer problematiek dan die gemiddeld onder de jeugdigen in de jeugdhulpverlening wordt aangetroffen: het betreft zowel kinderen met somber, angstig gedrag, als kinderen met agressief, ongedurig gedrag, kinderen met anti-sociaal, oppositioneel gedrag en kinderen met zelfcontrole problemen. Deze jeugdigen hebben verder veel problemen in de relaties met leeftijdgenoten, alsook op school en met de vrijetijdsbesteding.
- . De jeugd waarvoor een *gesloten setting* is geïndiceerd heeft eveneens op alle kindgebonden gebieden meer dan gemiddelde problemen. Deze jeugd onderscheidt zich echter van die in het behandelingshuis doordat zij veel meer dan gemiddeld anti-sociaal gedrag vertoont, ernstige schoolproblemen heeft evenals ernstige stoornissen in de relaties met leeftijdgenoten. Het betreft hier vrijwel alleen jeugdigen die via een strafmaatregel geplaatst worden.

Een aparte categorie vormt de jeugd die men vanuit een residentieel centrum *terug in het gezin* beoogt te plaatsen. Zoals uit de matrix blijkt vertoont deze jeugd op vrijwel alle kindgebonden risicofactoren een meer dan gemiddelde problematiek.

Het bovenstaande beeld dient uiteraard nog te worden aangevuld met problemen die er in de gezinnen van de jeugdigen spelen. Hoe nu zien de gezinsgebonden risicofactoren eruit in relatie tot de geïndiceerde hulp? Tabel 5.6 geeft hiervan het overzicht. We leiden hieruit het volgende af.

jeugd met een ambulante hulpindicatie

Voor wat betreft de materiële gezinsproblemen en de persoonlijke problemen van ouders, alsook het problematisch zijn van de opvoedingsstijl en van het affectieve klimaat in het gezin kan de problematiek van de jeugdigen met een ambulante hulpindicatie als gemiddeld ernstig worden getypeerd. Verder spelen er in mindere mate ouder-kind conflicten.

Tabel 5.6 Samenhang tussen gezinsgebonden risicofactoren en beoogde middelen

<i>beoogde hulpvorm</i>	<i>materiële problemen</i>	<i>problemen ouders</i>	<i>ouder-kind conflicten</i>	<i>gebrekkige opvoedstijl</i>	<i>gezins-klimaat</i>	<i>verw./mis-handeling</i>
. ambulante	± ¹	±	-	±	±	±
. pedagogische basishulp	±	-	--	-	-	±
. intensieve thuishulp	+	±	-	±	±	+
. dagbehandeling	+	+	±	++	±	±
. pleegzorg	±	+	±	++	+	++
. residentieel	±	±	++	±	+	±
. opvoeding/verzorging	+	±	+	±	++	±
. behandelingshuis	±	±	++	±	±	+
. gesloten setting	±	--	++	±	±	-
. terugplaatsing thuis	--	--	--	--	--	--

¹ -- = onder gemiddeld (<-4*s_E); - = licht ondergemiddeld (<-2*s_E); ± = gemiddeld; +=licht bovengemiddeld (>+2*s_E); ++ boven gemiddeld (>+4*s_E); +++ = zeer sterk bovengemiddeld (>+6*s_E)

Net als bij de kindgebonden problematiek bestaat er ook hier een duidelijke differentiatie naar type ambulante hulp. Zo tonen gezinnen met de indicatie *pedagogische basishulp* relatief weinig problemen. In gemiddeld ernstige mate doen zich materiële gezinsproblemen voor, opvoedingsproblemen en affectieve problemen tussen ouders en kind. Persoonlijke problemen van de ouders en ouder-kind conflicten houden echter een minder dan gemiddeld risico in.

Tot op zekere hoogte geldt het bovenstaande beeld eveneens voor de jeugdigen waarvoor men *intensieve thuishulpverlening* op het oog heeft. Het verschil is echter dat deze gezinnen meer dan gemiddeld kampen met materiële gezinsproblemen en dat er in meer dan gemiddelde mate sprake is (geweest) van verwaarlozing en/of mishandeling van de jeugdige.

De gezinnen van de jeugdigen waarvoor een *dagbehandeling* is geïndiceerd vallen op doordat zij meer dan gemiddeld materiële problemen hebben. Ook zien we tamelijk veel persoonlijke problemen en een gebrekkige opvoedingsstijl bij de ouders. Op de overige gezinsfactoren scoren deze gezinnen gemiddeld.

Uithuis geplaatste jeugd

Hier zien we allereerst dat de gezinnen van de kinderen met een *pleegzorgindicatie* zich op de volgende punten onderscheiden: de ouders hebben relatief ernstige persoonlijke problemen, ze voeden hun kind opvallend gebrekkig op en er is in meer dan gemiddelde mate sprake (geweest) van verwaarlozing en mishandeling van de jeugdige.

De jeugdigen waarvoor men een *residentieel centrum* in petto heeft komen uit gezinnen waar meer dan gemiddeld materiële problemen heersen, waar ernstige ouder-kind conflicten spelen en waar het gezinsklimaat getoongezet is door affectieve verwaarlozing.

De gezinnen van de jeugdigen met een indicatie voor het *behandelingshuis* worden vooral ge-

kenmerkt door ernstige ouder-kind conflicten waarbij tevens sprake is (geweest) van verwaarlozing en mishandeling van de jeugdige.

De jeugd waarvoor een *gesloten setting* is geïndiceerd wordt eveneens getypeerd door ernstige conflicten met de ouders. Er is evenwel weinig sprake van persoonlijke problemen bij de ouders, terwijl ook in mindere mate sprake is (geweest) van verwaarlozing en mishandeling van de jeugdige

Tot slot blijken de gezinnen van de jeugdigen die men vanuit een residentieel centrum *terug in het gezin* beoogt te plaatsen op alle fronten minder dan gemiddeld problematisch te zijn.

5.5 Samenvatting

De belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk zijn dat er vrij duidelijke samenhangen bestaan tussen de problemen, doelen en middelen. Dat betekent dat er een inzichtelijk verband is gevonden tussen deze drie aspecten.

Zo krijgen jeugdigen met externaliserende gedragproblemen een duidelijk daar op afgestemde doelstelling (gedragsverbetering). Dat geldt ook voor jeugdigen met somber, angstig (internaliserend) probleemgedrag (verbeteren van het psychisch functioneren), jeugdigen met gedrags-, zelfcontrole en relatieproblematiek (verbeteren sociale vaardigheden en bevorderen omgang met leeftijdgenoten) en jeugdigen met school- en relatieproblemen (verbeteren school- en relatieproblematiek).

Verder vormt het verbeteren van de materiële gezinsomstandigheden een belangrijk doel bij gezinnen die kampen met materiële problemen, streeft men er bij persoonlijke problemen van de ouders naar deze weg te nemen en wordt er bij affectieve verwaarlozing, wordt er bij mishandeling in het gezin gestreefd naar een herstel van de basisveiligheid voor de jeugdige en beoogt men de gezinsrelaties te verbeteren wanneer er ouder-kind conflicten zijn. Het doel 'vergroten van de opvoedingsvaardigheden' wordt bij vrijwel alle hier onderzochte vormen van gezinsproblematiek in min of meer dezelfde mate nagestreefd.

Voorts vinden we dat hulpverleners die niet de VSPPS bij de probleemanalyse gebruiken - evenals overigens hulpverleners die de VSPPS wel gebruiken - goed in staat zijn om bij direct waarneembare problematieken zoals gedragproblemen bij de jeugdige, ernstige gezinsconflicten en materiele gezinsproblemen, passende hulpverleningsdoelen te stellen. Ze lijken echter minder in staat om ook bij minder direct waarneembare problematieken, zoals emotionele problemen bij jeugdigen, persoonlijke problemen van ouders en haperingen in de wijze van opvoeden, passende hulpverleningsdoelen te kiezen. De VSPPS-gebruikers slagen daar daarentegen wel goed in.

Naast de inzichtelijke samenhang tussen problematiek en doelen levert ook de analyse van de problematiek in relatie tot de geïndiceerde hulp een duidelijk inzichtelijk beeld op.

Allereerst blijken de jeugdigen die uithuisgeplaatst worden aanzienlijk meer kind- en gezinsgebonden problemen te hebben dan de jeugdigen waarvoor een ambulante hulpaanbod wordt geïndiceerd. Daarnaast blijkt ook de specifieke vorm van geïndiceerde hulp gekoppeld te zijn aan specifieke problematiek.

Zo hebben jeugdigen die ambulante pedagogische basishulp ontvangen de minste kind- en gezinsgebonden problemen, wordt intensieve ambulante thuishulp verstrekt aan gedragsproblematieke jeugdigen in gezinnen met materiële problemen waar sprake is (geweest) van verwaarlozing, terwijl dagbehandeling met name aan de orde komt bij gedragsproblematieke jeugdigen met vrijetijdproblemen, waarbij het gezin moet worden ontlast omdat de ouders vanwege persoonlijke en materiële problemen in mindere mate in staat zijn de opvoeding van hun kind op zich te nemen.

De jeugdigen waarvoor een pleeggezin wordt geïndiceerd zijn gemiddeld 11 jaar oud en zowel jongen als meisje. Deze kinderen blijken op alle kindgebonden aspecten weinig problemen te vertonen. Op gezinsgebied zijn deze er echter des te meer: de ouders van deze jeugdigen vertonen zelf meer dan gemiddelde problemen, ze voeden gebrekkig op en er is meer dan gemiddeld sprake (geweest) van verwaarlozing en mishandeling van de jeugdige.

De jeugdigen die naar een centrum voor opvoeding en verzorging worden verwezen zijn gemiddeld 13 jaar en vaker meisje dan jongen. Deze jeugdigen kampen vooral met emotionele problemen (angst, somberheid) en tonen in mindere mate gedragsproblemen. De gezinnen vallen vooral op door de conflicten die er tussen de jeugdigen en de ouders spelen en door het verwaarlozende opvoedingsklimaat dat er heerst.

In de behandelingshuizen treffen we jeugdigen van gemiddeld 13 jaar, iets vaker jongens dan meisjes. Deze jeugdigen hebben niet alleen gedrags- en emotionele problemen, maar ook relatie- en schoolproblemen. In de gezinnen ligt het hoofdaccent vooral op pedagogische onmacht, conflicten tussen de ouders en de jeugdige en verwaarlozing, hetgeen erop duidt dat de ouders de (gedrags)problemen van deze jeugdigen niet langer de baas waren.

De jeugdigen waarvoor een gesloten setting is geïndiceerd zijn gemiddeld 15 jaar oud, en eveneens iets vaker jongen dan meisje. Deze jeugdigen vertonen eveneens op alle kindgebonden gebieden ernstige problemen, doch in extreme mate met betrekking tot anti-sociaal, delinquent gedrag en school- en relatieproblematiek. In de gezinnen van deze jeugdigen zijn er vooral ernstige ouder-kind conflicten.

De jeugdigen die vanuit een residentiële setting terug worden geplaatst in het gezin hebben zelf nog behoorlijk wat problemen. Uitgezonderd anti-sociaal gedrag betreft dat zowel gedragsproblemen, emotionele problemen als school- en relatieproblemen. In de gezinnen van deze jeugdigen blijken de risico's echter tot een minimum te zijn teruggebracht, hetgeen erop duidt dat de terugplaatsing goede gronden heeft.

Samenvattend stellen we derhalve vast dat er duidelijke samenhangen bestaan tussen de problemen van de jeugdigen en hun gezinnen, de doelen die in de hulpverlening worden gesteld en de hulpmiddelen die men daarbij indiceert.

Tot slot merken we nog op dat de koppeling tussen problematiek en geïndiceerde hulp door ons eveneens in de beginjaren negentig werd onderzocht (Scholte, 1995). Uitgezonderd de indicaties 'intensieve huishulpverlening', 'dagbehandeling' en 'terugplaatsing thuis', die destijds niet in het onderzoek werden betrokken, komt het beeld van de koppeling dat hiervoor werd geschetst vrijwel volledig overeen met het beeld dat we destijds vonden. Dit betekent dat de koppeling tussen problematiek en geïndiceerde hulp in de onderzochte vormen van jeugdzorg gekenmerkt wordt door een behoorlijke stabiliteit.

6.1 Inleiding

Tot zover is geïnventariseerd welke problemen in de gezinsvoogdij en de vrijwillige ambulante hulpverlening aan de orde zijn, welke pedagogische doelen worden gesteld en welke hulpverlening wordt geïndiceerd. Daarnaast werd nagegaan op welke wijze de hulpverlener de jeugdigen en de gezinnen doorgaans benadert. Het betreft hier gegevens die betrekking hebben op de eerste fase van het hulpverleningsproces, namelijk die van de probleemdiagnose en de indicatiestelling. De gepresenteerde informatie werd in belangrijke mate door de hulpverleners verstrekt.

De vraag is echter hoe de cliënten deze eerste fase hebben beleefd. Om hier zicht op te krijgen werd de cliënten uit de gezinsvoogdij gevraagd een evaluatielijst in te vullen. Hierop gingen 40 jeugdigen en 72 ouders in. In dit hoofdstuk geven we de visie van deze cliënten weer.

6.2 Formele informatieverstrekking

Zoals gesteld dient de gezinsvoogdijinstelling de cliënt bij de aanvang van de uitvoering van de kindbeschermingsmaatregel een informatiefolder toe te zenden waarin het doel van de maatregel wordt uiteengezet. De inhoud van de folder dient in het eerste gesprek aan de orde te worden gesteld. Ook dienen de cliënten duidelijk te worden geïnformeerd over hoe ze hun beklag kunnen doen. Hoe nu zijn deze formele aspecten bij de cliënten overgekomen?

Navraag leert dat 57% van de ouders deze folder vooraf toegezonden kreeg, 26% zegt de folder niet vooraf gekregen te hebben en 17% weet dat niet meer.

Voorts zegt 64% dat de folder met hen werd besproken, 16 zegt van niet en 20% kan zich dat niet meer herinneren.

Tot slot zegt 72% van de ouders dat de beklagregeling met hen werd besproken, 17% is van mening van niet en de resterende 11% geeft aan dat niet meer te weten.

Wat de folder en het bespreken daarvan betreft worden er tussen de gezinsvoogdijregio's geen verschillen gevonden.

Ten aanzien van de beklagregeling blijkt er echter een significant verschil te bestaan. In de regio Zuid zegt 89% dat deze uitgebreid besproken werd. In de regio Oost ligt dit percentage op 79% en in West op 55%.

Samenvattend stellen we derhalve vast dat de formele informatieverstrekking in tweederde tot driekwart van de gevallen overgekomen is bij de cliënten. In de resterende gevallen lijkt dit minder goed te zijn gelukt. Deze getallen sporen goed met de parallelle cijfers die in hoofdstuk 3 door de hulpverleners werden verstrekt.

6.3 Beoordeling werkhouding

Hoe hebben de cliënten de werkhouding van de gezinsvoogd ervaren? Tabel 6.1 geeft een aantal aspecten hiervan weer. De percentages hebben betrekking op het aantal cliënten die het met de betreffende uitspraak eens is.

Tabel 6.1 Beoordeling werkhouding

<i>de gezinsvoogd:</i>	<i>Jeugdigen (N=40)</i>	<i>Ouders (N=72)</i>
. was vriendelijk en welwillend	90%	94%
. kwam zijn afspraken na	85%	98%
. gaf op al mijn vragen duidelijk antwoord	78%	96%
. was altijd direct beschikbaar	55%	76%
. heeft het probleem duidelijk uitgelegd	75%	75%
. vroeg uitgebreid naar mijn mening	75%	86%
. betrok me volledig bij de planvorming	70%	89%

De tabel laat zien dat zowel het merendeel der jeugdigen als ouders de gezinsvoogd als vriendelijk en welwillend heeft ervaren, alsook als iemand die zijn afspraken nakomt.

Verder is een grote meerderheid van de cliënten van mening dat de gezinsvoogd duidelijk antwoord gaf op al hun vragen, dat hij of zij uitgebreid vroeg naar hun visie en hen volledig betrok bij de planvorming. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat ouders over deze aspecten positiever zijn dan de jeugdigen. Hiervan geeft een kwart blijk van een minder gunstig oordeel op deze punten. Het minst te spreken zijn de betrokkenen over de beschikbaarheid van de gezinsvoogd. Een kwart van de ouders en bijna de helft van de jeugdigen vindt dat dit in mindere mate het geval was.

Tussen de gezinsvoogdijregio's doen zich op de meeste aspecten geen opvallende verschillen voor. Uitzondering vormt de welwillendheid van de gezinsvoogd, die in de regio Zuid en Oost gemiddeld iets positiever beoordeeld wordt (100%) dan in de regio West (80%). Verder vinden de cliënten in de regio Zuid (100%) dat de gezinsvoogd zijn visie op de problemen duidelijk aan hen voorgelegd heeft. In de regio's Oost en West zijn wat minder cliënten daar positief over, met name de ouders (83% respectievelijk 50%).

6.4 Tevredenheid

In het voorafgaande werd een beeld verkregen van hoe de cliënten de werkhouding van de gezinsvoogden hebben ervaren. Een andere belangrijke vraag is hoe tevreden de cliënten zijn met de hulp die zij tot nu toe gekregen hebben. Tabel 6.2 geeft een aantal aspecten van de cliënttevredenheid weer. De percentages hebben wederom betrekking op het aantal cliënten dat het met de betreffende uitspraak eens is.

Tabel 6.2 Tevredenheid van cliënten

	<i>Jeugdigen (N=40)</i>	<i>Ouders (N=72)</i>
. tevreden zijn over de hulp van de instelling	75%	82%
. veel vertrouwen hebben in het voorgestelde plan	40%	71%
. anderen met dezelfde problemen deze hulp aanraden	56%	75%

Ruim vier vijfde van de ouders zegt tevreden te zijn over de hulp die ze van de instelling genoten heeft. Ongeveer driekwart geeft aan veel vertrouwen te hebben in het voorgestelde plan om de problemen aan te pakken en zou anderen met dezelfde problemen de hulp die zij kregen kunnen aanraden.

De jeugdigen blijken echter duidelijk minder enthousiast te zijn. Weliswaar zegt driekwart tevreden te zijn met de hulp van de instelling, echter minder dan de helft zegt vertrouwen te hebben in het voorliggende plan van aanpak en slechts iets meer dan de helft zou de hulp van de instelling aan anderen met dezelfde problemen willen aanraden.

6.5 Enkele systematische verbanden

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat de cliëntengroep waarmee de hulpverlener in mindere mate overeenstemming bereikt over de te volgen hulpverleningslijn vooral bestond uit cliënten met meervoudige, ernstige psychosociale problemen. Een vraag die in het verlengde hiervan ligt is of de cliënten waarmee in mindere mate overeenstemming wordt bereikt nu juist ook de groep is die minder tevreden is over de hulp. We onderzochten daartoe middels correlatieve analyse het verband tussen deze variabelen.

Daarbij komt naar voren dat er geen significante verbanden optreden tussen de tevredenheid van de ouders (of de in tabel 6.2 genoemde aspecten) en de mate waarin de hulpverlener en de ouders overeenstemming bereiken over het hulpverleningsplan. Kennelijk hangt de tevredenheid van de ouders niet direct samen met de mate van bereikte overeenstemming. Hulpverleners en ouders worden het wel vaker eens over de te volgen hulpverleningslijn naarmate de ouders vinden dat de hulpverlener meer naar hun visie heeft gevraagd.

Bij de jeugdigen zien we wel een verband. Jeugdigen die met de hulpverlener overeenstemming hebben bereikt over de te volgen hulpverleningslijn zeggen vaker geneigd te zijn de hulp aan anderen te willen aanraden.

We onderzochten verder de samenhang tussen cliënttevredenheid en de beoordeling van de VSPTS als nuttig instrument bij de basisdiagnostiek. Ook hier zien we geen verband tussen de tevredenheid van de cliënt en de mate waarin dit instrument werd gebruikt. Kennelijk ligt er ook hier geen direct verband. Wel zeggen cliënten waarbij de VSPTS werd gebruikt vaker dat zij volledig betrokken werden bij het opstellen van het plan van aanpak.

Verder gingen we na of de tevredenheid van de cliënt samengaat met de kenmerken van de cliënt en diens problematiek. Daarbij komen de volgende verbanden naar voren.

Allereerst blijken de wat oudere jeugdigen minder tevreden dan de jongere. Verder blijken jongens tevredener met de hulp dan de meisjes. Dit laatste geldt ook voor hun ouders, die bij de jongens tevredener over de hulp zijn dan bij de meisjes. Een samenhang met de etnische achtergrond van de cliënten wordt niet gevonden.

Verder zijn de ouders gemiddeld meer tevreden over de hulpverlening naarmate hun kinderen meer gedrags-, emotionele en persoonlijkheidsproblemen hebben, alsook meer problemen op school. De tevredenheid van de ouders hangt niet direct samen met de aard en mate van de gezinsproblemen. Jeugdigen daarentegen hebben meer vertrouwen in het voorgestelde hulpverleningsplan naarmate er minder opvoedings- en gezinsinteractionele risicofactoren zijn in het gezin. Ook zijn jeugdigen die materiële problemen hebben en daarbij hulp kregen tevredener over de hulpverlening. Daar staat tegenover dat sombere, depressieve jeugdigen en jeugdigen met agressieve en delinquente gedragsproblemen weinig enthousiast zijn over de hulp.

Met de aard van het hulpaanbod bestaat er geen verband. Jeugdigen die uithuis worden geplaatst zijn niet meer of minder tevreden dan jeugdigen die ambulantly worden begeleid. Dat geldt eveneens voor hun ouders.

Verder bepaalden we nog of er een samenhang is met de wijze waarop de hulpverleners de cliënten hebben benaderd. Er blijkt geen direct verband te bestaan tussen de wijze waarop de ouders methodisch benaderd werden door de hulpverlener en hun tevredenheid met de hulp. Jeugdigen zijn echter tevredener naarmate de hulpverlener meer emotionele ondersteuning biedt en hun vertrouwen probeert te winnen. Ze zijn gemiddeld minder tevreden naarmate de hulpverlener meer sturende en structurerende accenten legt.

Voorts bestaat er een verband met het aantal contacten. Zowel de jeugdigen als de ouders zijn

meer te spreken over de hulpverlening naarmate er in de beginfase meer face to face contacten zijn geweest.

Tot slot merken we bij het bovenstaande nog op dat het verbanden betreft van een beperkte omvang (alle correlaties tussen .2 en .3). Bovendien gaat het hier slechts om univariate relaties die nog via multivariate analyses nader dienen te worden uitgediept.

6.6 Samenvatting

De belangrijkste bevinding uit dit hoofdstuk is dat de meerderheid der cliënten goed te spreken is over het optreden van de gezinsvoogd. Ook zijn de cliënten in meerderheid tevreden met de hulp. Dat laat onverlet dat er ook een aantal minder tevreden cliënten zijn, met name onder de jeugdigen.

De werkhouding van de gezinsvoogd wordt op punten zoals vriendelijkheid en welwillendheid, het nakomen afspraken, duidelijk antwoord geven op vragen, problemen duidelijk uitleggen, uitgebreid naar de mening van de cliënt vragen en de cliënt betrekken bij het plan van aanpak duidelijk gunstig beoordeeld. Het minst is men te spreken over de beschikbaarheid van de gezinsvoogd, die een kwart van de ouders en bijna de helft van de jeugdigen als minder gunstig beoordeelt. Overigens moeten we bij het voorafgaande wel aantekenen dat de ouders gemiddeld iets beter te spreken zijn over de werkhouding van de gezinsvoogd dan de jeugdigen.

Naast naar de werkhouding van de gezinsvoogd vroegen we de cliënten naar de tevredenheid met de hulpverlening. Ruim driekwart van de jeugdigen en de ouders zegt tevreden te zijn met de hulp. Eveneens driekwart van de ouders zou de hulp van de instelling willen aanraden aan lotgenoten. De jeugdigen zijn wat dit aspect aangaat wat minder enthousiast. Van hen is iets meer dan de helft deze mening toegedaan. Eveneens ongeveer driekwart van de ouders zegt vertrouwen te hebben in het voorgestelde hulpplan. Ook hier zijn de jeugdigen weer minder positief. Van hen zegt tweevijfde vertrouwen te hebben in het plan. De overige jeugdigen hebben daarover zo hun twijfels of zijn ronduit negatief.

We gingen tevens na met welke cliënt- en hulpverleningskenmerken de tevredenheid van de cliënt samenhangt.

Naar voren komt allereerst dat de tevredenheid van de ouders niet direct samenhangt met de mate waarin overeenstemming wordt bereikt over de te volgen hulpverleningslijn. Bij de jeug-

digen is dat wel zo. Naarmate er meer overeenstemming is zijn de jeugdigen ook meer tevreden met de hulp.

Verder zijn de jongere jeugdigen meer tevreden dan de oudere en zijn jongens tevredener met de hulp dan de meisjes. Er is geen samenhang met etnische achtergrond van de cliënt.

Ouders zijn gemiddeld meer tevreden over de beoogde hulpverlening naarmate hun kinderen meer gedrags-, emotionele en persoonlijkheidsproblemen hebben, alsook meer problemen op school. De ouderlijke tevredenheid hangt niet direct samen met de aanwezigheid van gezinsproblematiek.

Jeugdigen hebben meer vertrouwen in het voorgestelde hulpverleningsplan naarmate er minder opvoedings- en gezinsinteractionele risicofactoren zijn in het gezin. Ook zijn jeugdigen die materiële problemen hebben en daarvoor hulp kregen tevredener over de hulpverlening. Sombere jeugdigen en jeugdigen met agressieve en delinquente gedragsproblematiek zijn daarentegen weer minder enthousiast over de beoogde hulpverlening.

Met de aard van het hulpaanbod bestaat er geen verband. Jeugdigen die uithuis worden geplaatst zijn niet meer of minder tevreden dan jeugdigen die ambulantly worden begeleid. Dat geldt eveneens voor hun ouders.

7.1 Inleiding

Het onderzoek naar de hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen met ernstige en meervoudige problemen bestond uit twee delen. Het eerste omvatte een cross-sectionele inventarisatie van de psychosociale problemen van de jeugdigen en de gezinnen en de hulp die daarbij aangeboden werd, het tweede bestond uit een follow-up onderzoek naar de ontwikkeling over een periode van ruim twee jaar en een bepaling van het effect van de hulp.

Dit verslag heeft betrekking op het eerste inventariserende onderzoeksdeel. Over het follow-up onderzoek is apart gerapporteerd³.

Het inventariserende onderzoek is gebaseerd op de gegevens van 230 onderzoeksjeugdigen. Het betreft hier twee groepen jeugdigen: een groep die aangemeld is bij gezinsvoogdijinstellingen in het Westen, Oosten en Zuiden van Nederland (185 jeugdigen) en een groep jeugdigen die aangemeld is bij de vrijwillige ambulante jeugdhulpverlening in het Noorden van Nederland (45 jeugdigen). Het onderzoek van deze beide groepen leidde tot de volgende bevindingen.

7.2 Biografische kenmerken

De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen ligt rond de 12 jaar met een range van 1 tot 17 jaar. De onderzoeksgroep bestaat uit iets meer jongens dan meisjes. Het aantal allochtone jeugdigen in de onderzoeksgroep is beperkt.

De kenmerken van de onderzoeksgroep uit de gezinsvoogdij komen redelijk overeen met het landelijk beeld dat onder de jeugd in de gezinsvoogdij wordt gevonden. Wel treffen we iets minder allochtone jeugdigen aan. Waar het landelijk percentage op 30-35% ligt omvat onze onderzoeksgroep slechts ongeveer 20% allochtone jeugdigen.

De jeugdigen in de vrijwillige ambulante hulpverlening zijn gemiddeld iets jonger (11 jaar)

³ Scholte, E.M. & Van der Ploeg, J.D. (2002). *Criteria voor effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel II: Effecten van de hulp en werkzame bestanddelen in de hulpverlening*. Amsterdam: www.nippo.nl/publicaties.

dan de jeugdigen in de gezinsvoogdij (12 jaar). Voorts treffen we in de vrijwillige sector iets meer jongens (63% tegen 51%) en iets minder allochtone jeugdigen (7% versus 20%) aan dan in de gezinsvoogdij.

Bij de aanmelding woont tweederde van de jeugdigen in een gezin. De jeugd in de gezinsvoogdij woont echter vaker in een tehuis of in een opvangsituatie, terwijl de jeugd in vrijwillig ambulante sector vaker in een intacte gezinssituatie verblijft.

Dat geldt ook voor de broertjes en/of zusjes van de jeugdigen. Deze zijn in de gezinsvoogdij veel vaker uithuis geplaatst dan in de vrijwillige ambulante sector.

Verder zijn de ouders van de gezinsvoogdij-jeugdigen vaker gescheiden. Het beroepsniveau van de kostwinners is in alle twee de sectoren met 60% (on)geschoolde arbeid relatief laag.

Het merendeel der jeugdigen is bij de aanmelding schoolgaand. Zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillige ambulante hulpverlening bezoekt ruim een derde een vorm van speciaal onderwijs. Dat is hoog in vergelijking met het landelijk beeld van 7%. Daarnaast bezoeken de jeugdigen het gewone basisonderwijs en het (V)MBO.

7.3 Kindgebonden risicofactoren

Met behulp van de VSPS en de CBCL stellen we vast dat ruim de helft van de jeugdigen een klinische indicatie voor emotionele problemen heeft, met name op het gebied van depressief en angstig gedrag.

Hiernaast vertoont de helft tot driekwart van de jeugdigen gedragsproblemen, met name (in volgorde van voorkomen): ongedurig, overbeweeglijk gedrag, agressief, oppositioneel gedrag en anti-sociaal, delinquent gedrag.

Bij ruim de helft van de jeugdigen is tevens sprake van persoonlijkheidsproblematiek, met name is vaak sprake van een gebrek aan zelfcontrole en een zwakke zelfbepaling.

Zwakbegaafdheid speelt bij een vijfde van de jeugdigen een rol in de problematiek.

Een vergelijkende analyse wijst uit dat de jeugd in de vrijwillig ambulante hulpverlening iets meer kindgebonden risicofactoren te zien geven (gemiddeld 2.5 kindgebonden risicofactoren) dan de jeugd in de gezinsvoogdij (gemiddeld 4.2 kindgebonden risicofactoren). Dit verschil betreft met name overbeweeglijk, ongedurig en agressief gedrag, alsook persoonlijkheidsproblematiek. De gezinsvoogdijjeugd vertoont daarentegen vaker anti-sociaal en delinquent gedrag.

Op school heeft ongeveer de helft van de kinderen ernstige problemen. Het betreft hier vooral

een onhelder toekomstbeeld, ondermaatse schoolprestaties en relatieproblemen met klasgenoten. In een kwart van de gevallen spelen motivatieproblemen en relatieproblemen met de leerkracht een rol.

Bijna de helft van de jeugdigen heeft daarnaast problemen in de vrije tijd. Het betreft hier met name het optrekken met delinquente vrienden en een gebrek aan een zinvolle vrijetijdbesteding. Verder heeft ongeveer een derde conflicten met leeftijdgenoten.

Vergelijking wijst uit dat de jeugd in de vrijwillig ambulante sector vaker relatieproblemen heeft met leeftijdgenoten, terwijl de jeugd in de gezinsvoogdij vaker vertoeft in een vrienden-groep met maatschappelijk probleemgedrag en opteert voor een riskante besteding van de vrije tijd (rondhangen in stad of buurt, uitgaan, softdrugs en drankgebruik, e.d.).

Wat hulpverlening betreft vinden we dat vrijwel alle jeugdigen al eens eerder hulp hebben gehad. Met name eerdere ambulante hulp (75%), residentiële hulp (40%) en ziekenhuisopnames (33%) komen frequent voor. In mindere mate is sprake geweest van eerdere daghulp en pleeggezinopnames. Verder blijkt de jeugd in de gezinsvoogdij aanzienlijk vaker eerder ambulante en residentiële hulp te hebben gehad.

Zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillige sector treffen we ongeveer tweevijfde jeugdigen aan die gemiddeld ongeveer één contact met politie en/of justitie hebben gehad.

De hulpverleners schatten de motivatie voor de hulpverlening bij ongeveer de helft van de jeugdigen positief in. Ook zien zij bij een ongeveer gelijk aantal jeugdigen voldoende vaardigheden om profijt te kunnen hebben van de hulpverlening. Wat deze beoordeling betreft verschillen de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante sector niet opvallend van elkaar.

7.4 Gezinsgebonden risicofactoren

Het belangrijkste gezinsprobleem is pedagogische onmacht bij de ouders (vrijwel alle ouders), op de voet gevolgd door emotionele problemen bij de ouders (bijna tweederde van de ouders). Dat geldt niet alleen voor de gezinsvoogdij, ook in de vrijwillige ambulante hulpverlening vinden we in grote lijnen deze aantallen.

Verder spelen er in de gezinnen veel problemen in de relationele sfeer. In ruim de helft van de gevallen zijn er ernstige ouder-kind conflicten. Daarnaast is in ongeveer eenzelfde aantal gezinnen sprake van een gebrekkige pedagogische begeleiding van de jeugdige, van een inconsistente opvoedingsstijl en van een gebrek aan gezinscommunicaties, terwijl bij een derde bovendien ook nog sprake is van een affectief verwaarlozend gezinsklimaat en van ernstige conflicten tussen de ouders onderling. Materiële gezinsproblemen komen bij ruim een kwart

van de gezinnen voor, terwijl bij ongeveer een tiende affectieve verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik is vastgesteld.

Een vergelijkende analyse wijst uit dat de gezinnen in de vrijwillig ambulante hulpverlening er in de meeste opzichten veel beter voor staan dan de gezinnen in de gezinsvoogdij: er doen zich minder echtscheidingen voor, er zijn minder relatieconflicten tussen de ouders, er zijn minder materiële gezinsproblemen, de pedagogische begeleiding van de ontwikkeling van het kind toont minder haperingen, er is minder vroegkinderlijke en affectieve verwaarlozing, als ook vrijwel geen sprake van mishandeling en seksueel misbruik. Ook de ouders zelf tonen aanzienlijk minder problemen, met name gedragsproblemen.

Hiernaast blijkt een derde van de vaders in de gezinsvoogdij in het verleden wel eens met politie en/of justitie in aanraking te zijn geweest.

Ook de motivatie en de vaardigheden van de ouders om profijt te kunnen hebben van de hulpverlening worden in de vrijwillig ambulante sector aanzienlijk gunstiger beoordeeld dan in de gezinsvoogdij.

Tot slot blijken de gezinnen in de gezinsvoogdij gemiddeld minder een beroep te kunnen doen op gezinsexterne hulpbronnen zoals steun van grootouders, burens of vrienden.

Met andere woorden, de gezinnen in de gezinsvoogdij tonen ernstiger en meer meervoudige gezinsproblemen en hebben bovendien minder steunbronnen tot hun beschikking dan de gezinnen in de vrijwillig ambulante sector.

7.5 Cliëntcontacten

In de beginfase van de hulpverlening vinden er gemiddeld drie à vier face to face gesprekken plaats met de jeugdige, vier à vijf met de moeders en ongeveer drie met de vaders. Het aantal gesprekken loopt echter sterk uiteen, van 0 tot zo'n 25.

De gesprekken met ouders en jongeren duren gemiddeld een uur, de gesprekken met kinderen zijn korter, namelijk een kwartier tot een half uur.

Ruim de helft van de jeugdigen spreekt men thuis, een tiende op kantoor, een vijfde zowel op kantoor als thuis en eveneens een vijfde elders, bijvoorbeeld op school of op het politiebureau. De ouders spreekt men merendeels thuis of zowel thuis als op kantoor.

Het doel van de maatregel wordt in de gezinsvoogdij met driekwart van de ouders uitgebreid besproken, de beklagregeling wordt met ongeveer de helft van de ouders uitgebreid behandeld. In de vrijwillige ambulante sector bespreekt met ruim een derde van de ouders de beklagregeling uitgebreid.

Vrijwel alle hulpverleners leggen in de beginfase van de hulpverlening het accent op de probleemverkenning. De jeugdige en de ouders zijn daarbij de belangrijkste informatiebron. Verder wordt informatie ontleend aan gesprekken met derden, bestaande dossiers en de VSPS. In de gezinsvoogdij vormt het raadsrapport eveneens een belangrijke bron van informatie.

De VSPS wordt in ruim de helft van de zaken veel tot zeer veel gebruikt bij de probleemverkenning, in een derde enigszins en in een tiende niet. Het invullen van de VSPS duurde in de gezinsvoogdij gemiddeld 1.7 uur. In de vrijwillige ambulante sector was dit korter, namelijk 1.1 uur. In ruim de helft van de zaken beoordeelt men het gebruik van de VSPS als nuttig tot zeer nuttig, in ruim een derde als tamelijk nuttig en minder dan een tiende als niet nuttig.

Naast de probleemverkenning werden in de beginfase de volgende hulpverleningsactiviteiten uit (in volgorde van voorkomen): informatie verstrekken en adviseren, bemiddelen, doorverwijzen en regelen van materiële zaken. In de gezinsvoogdij ligt een grotere nadruk op bemiddeling tussen ouders en jeugdigen dan in de vrijwillig ambulante hulpverlening.

In de benadering van de cliënten legt men een sterk accent op het respecteren, c.q. benadrukken van de eigen waarde van de cliënt, op emotionele ondersteuning en op het naar voren halen van positieve cliëntkenmerken. Dit geldt in beide sectoren. Ook het scheppen van draagvlak wordt sterk geaccentueerd, zij het dat dit in de gezinsvoogdij het meeste accent heeft. Daarnaast komen sterk sturende accenten zoals confronterend, regulerend en kaderstellend optreden in de gezinsvoogdij aanzienlijk vaker voor dan in de vrijwillige ambulante sector.

7.6 Doel- en indicatiestellingen

De belangrijkste pedagogische doelstellingen die men in de hulpverlening aan de jeugdigen nastreeft zijn: het bieden van basisveiligheid, het verbeteren van gedragsproblematiek en het ondersteunen van de persoonlijkheidsontwikkeling.

Hiernaast vormen het verbeteren van de gezinsinteracties en het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders de belangrijkste doelstellingen voor het gezin.

Dit duidt erop dat de hulpverlening vooral beoogt de jeugdigen te leren hun gedrag en omgang (ten opzichte van volwassenen) bij te sturen, terwijl men in de gezinnen de interacties wil verbeteren en bij de ouders de opvoedingsvaardigheden wil vergroten.

Doelen worden uiteraard niet zomaar bereikt, daarvoor moet men geschikte hulpmiddelen inzetten. Analyse van het geïndiceerde hulpaanbod wijst uit dat ongeveer de helft van de cliënten in de gezinsvoogdij een ambulant hulpaanbod krijgt, terwijl de andere helft doorverwezen wordt naar een pleeggezin of de residentiële hulpverlening. In de vrijwillig ambulante hulpverlening krijgt ruim driekwart een ambulant hulpaanbod en ligt het aantal uithuisplaat-

singen op iets minder dan een kwart.

De geïndiceerde hulp bestaat in ongeveer de helft van de gevallen uit pedagogische basishulp (basisvariant). De overige helft valt in de categorie intensieve hulp (plusvariant 1). Incidenteel wordt lichte (minvariant) dan wel zeer intensieve hulp (plusvariant 2) geïndiceerd.

De pedagogische basishulp wordt grotendeels door de plaatsende ambulante hulpverleners zelf verzorgd. De interventievormen waarvoor men daarbij opteert zijn (in volgorde van voorkomen): opvoedingsondersteuning, contact bij uithuisplaatsing, bevorderen contact tussen ex-partners na scheiding (omgangsregeling), herstellen van het sociaal netwerk, hulp bij het zoeken van school/werk en materiële ondersteuning, zoals hulp bij financiën, huisvesting, werkloosheid en de sociale positie in de buurt.

In de gezinsvoogdij wordt materiële hulpverlening vaker geïndiceerd dan in de vrijwillig ambulante hulpverlening.

In het kader van de pedagogische begeleiding beoogt men merendeels gemiddeld maandelijks contact met de cliënten te onderhouden.

Hiernaast wordt er ook intensieve ambulante hulp ingezet. Het betreft dan vooral intensieve thuisondersteuning, sociale vaardigheidstraining en speciaal onderwijs.

In de vrijwillige sector beoogt men intensieve thuishulpverlening vaker in te zetten dan in de gezinsvoogdij. Men opteert daarbij dan tevens voor een intensievere begeleiding, namelijk een wekelijkse.

Incidenteel heeft men in beide sectoren een ambulante gedrags- of psychodynamische therapie, een dagbehandeling, een gezinstherapie of een psychiatrische behandeling op het oog, zowel voor jeugdigen als ouders.

De uithuisplaatsingen lopen uiteen van opvanggezinnen, netwerkplaatsingen, begeleide kamerbewoning, tehuizen voor opvoeding en verzorging, behandeltehuizen, jeugdpsychiatrische klinieken tot gesloten inrichtingen.

De belangrijkste redenen om een uithuisplaatsing te indiceren zijn de ernst van het probleemgedrag van de jeugdige of van diens ouders en de ineffectiviteit van eerdere ambulante hulpverlening. Gebrek aan motivatie voor hulpverlening bij de jeugdige en/of diens ouders speelt in mindere mate een rol.

Een indruk van de mate waarin de hulpverleners er in slagen vraag- en cliëntgericht te werken ontlenen we aan de overeenstemming die er tussen de cliënten en de hulpverleners wordt bereikt over de te volgen hulpverleningslijn. In de gezinsvoogdij is dat met driekwart van de ouders en in de vrijwillige ambulante hulpverlening met vrijwel alle ouders. Bij de jeugdigen ziet het beeld er in beide sectoren met tweederde overeenstemming iets minder gunstig uit.

Zowel de jeugdigen als de ouders waarmee men minder overeenstemming bereikt worden door de hulpverlener als minder gemotiveerd beoordeeld. Daarnaast kampen deze cliënten relatief vaak met flinke problemen, zoals ernstige emotionele, gedrags-, persoonlijkheids- of opvoedingsproblematiek.

7.7 Onderlinge samenhangen

Professionele hulpverlening is een doelgerichte activiteit die de probleemsituatie van de cliënten beoogt te verbeteren. De hulpverlening kan dan ook als meer geslaagd worden betiteld naarmate de hulpverlening er beter in slaagt de problemen van de jeugdigen en de gezinnen te verminderen. Het effect van de hulp kan echter alleen via een follow-up onderzoek worden bepaald waarin vastgesteld wordt in hoeverre de probleemsituatie van de cliënt verbeterd is. In het follow-up gedeelte van dit onderzoek zal hierop nader worden ingegaan (zie deel II van de onderzoeksrapportage).

Niettemin kunnen we ook in dit onderzoek al wel iets zeggen over de kwaliteit van de hulpverlening, want bij doelgerichte hulpverlening mag men minimaal verwachten dat er een inzichtelijk verband bestaat tussen enerzijds de problematiek van de cliënten en anderzijds de doelstellingen die men in de hulpverlening nastreeft en het hulpaanbod dat men voorstelt.

Welnu, een belangrijke bevinding uit dit onderzoek is dat er inderdaad tamelijk inzichtelijke samenhangen zijn tussen de problemen van de jeugdigen en de gezinnen enerzijds en de gestelde doelen en het beoogde hulpaanbod anderzijds.

Zo krijgen jeugdigen met externaliserende gedragproblemen een duidelijk daar op afgestemde doelstelling, namelijk gedragsverbetering. Dat geldt ook voor jeugdigen met emotionele problemen, waarbij men het psychisch functioneren wil verbeteren. Bij jeugdigen met gedrags-, zelfcontrole en relatieproblematiek beoogt men de sociale vaardigheden en de omgang met leeftijdgenoten te bevorderen, terwijl men bij jeugdigen met school- en relatieproblemen streeft naar verbetering van deze school- en relatieproblematiek.

Ook op het gebied van de gezinsproblemen zien we een duidelijk samenhang. Het verbeteren van de materiële gezinsomstandigheden vormt de belangrijkste doelstelling bij gezinnen die materiële problemen hebben, bij persoonlijke problemen van ouders streeft men ernaar deze weg te nemen, bij affectieve verwaarlozing en mishandeling wordt de nadruk gelegd op het herstel van de basisveiligheid voor de jeugdige en bij gezinsconflicten streeft men ernaar deze weg te nemen.

Het ‘vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders’ wordt bij vrijwel alle vormen van gezinsproblematiek nagestreefd en lijkt daardoor een nogal globaal karakter te hebben.

Naast de samenhang tussen problematiek en doelen levert ook de analyse van de problematiek

in relatie tot de geïndiceerde hulp een inzichtelijk beeld op.

Zo hebben de jeugdigen waarvoor men een uithuisplaatsing op het oog heeft aanzienlijk meer kind- en gezinsgebonden problemen dan de jeugdigen waarvoor een ambulante hulpaanbod wordt geïndiceerd.

Voorts blijkt ook de specifiek geïndiceerde hulp gekoppeld te zijn aan specifieke problematieken. Zo wordt ambulante pedagogische basishulp geïndiceerd bij jeugdigen en gezinnen met de minste kind- en gezinsgebonden problemen, wordt intensieve ambulante thuishulp verstrekt aan gedragsproblematische jeugdigen in gezinnen met materiële problemen en waar sprake is (geweest) van verwaarlozing, terwijl dagbehandeling wordt ingezet bij gedragsproblematische jeugdigen waarbij het gezin moet worden ontlast vanwege persoonlijke problemen bij de ouders.

De jeugdigen waarvoor een pleeggezin wordt geïndiceerd zijn relatief jong en vertonen op alle kindgebonden risicofactoren nauwelijks problemen. Op gezinsgebied zijn deze er echter des te meer: de ouders hebben persoonlijk veel problemen, het opvoeden laat meer dan gemiddeld te wensen over en er is meer dan gemiddeld sprake (geweest) van verwaarlozing en mishandeling van de jeugdige.

De jeugd die naar een centrum voor opvoeding en verzorging wordt doorverwezen kampt vooral met emotionele problemen (angst, somberheid) en tonen in mindere mate gedragsproblemen. Het betreft vaker meisjes dan jongens. De gezinnen worden vooral gekarakteriseerd door de conflicten tussen de gezinsleden en door een verwaarlozend opvoedingsklimaat. Naar behandelingshuizen gaan jeugdigen die niet alleen gedrags- en emotionele problemen, hebben, maar ook relatie- en schoolproblemen. In de gezinnen vallen vooral de pedagogische onmacht van de ouders en de conflicten tussen de ouders en de jeugdigen in negatieve zin op.

De jeugdigen waarvoor men een gesloten setting in petto heeft zijn met hun 15 jaar gemiddeld het oudst en iets vaker jongen dan meisje. Deze jeugdigen vertonen op alle kindgebonden gebieden ernstige problemen, doch in extreme mate op anti-sociaal, delinquent gedrag en school- en relatieproblematiek.

Verder blijken de jeugdigen die vanuit een residentiële setting terug worden geplaatst in het gezin nog behoorlijk wat problemen te hebben. Uitgezonderd anti-sociaal gedrag betreft dat zowel gedragsproblemen, emotionele problemen als school- en relatieproblemen. De risicofactoren in het gezin blijken bij deze jeugdigen echter op alle gebieden tot een minimum te zijn teruggebracht, hetgeen betekent dat de terugplaatsing - mist adequaat begeleid - een goede prognose heeft.

We merken bij het voorafgaande tot slot nog op dat de gevonden koppelingen sterk overeenkomen met hetgeen door ons in de beginjaren negentig werd gevonden (Scholte, 1995). Uitzondering vormt de intensieve thuishulpverlening. Deze kon destijds niet worden onderzocht omdat deze hulpvorm toen nog niet zoveel voorhanden was als nu.

7.8 De visie van cliënten

De visie van de cliënten op de hulpverlening werd in dit deel van het onderzoek alleen in de gezinsvoogdij onderzocht. De belangrijkste bevinding is hier dat de meeste cliënten goed te spreken zijn over het optreden van de gezinsvoogd. Ook zijn de cliënten merendeels tevreden met de hulp.

Allereerst blijkt dat met ongeveer tweederde van de cliënten het doel van de maatregel (de zogeheten gezinsvoogdijfolder) uitgebreid wordt besproken, terwijl met driekwart van de ouders de beklagregeling wordt doorgenomen. Deze getallen sporen goed met de cijfers die door de hulpverleners over deze onderwerpen zijn aangereikt.

Door ruim driekwart van de cliënten wordt de werkhouding van de gezinsvoogd (zeer) gunstig beoordeeld. Het betreft hier aspecten zoals vriendelijkheid en welwillendheid, het nakomen afspraken, uitgebreid naar de mening van de cliënt vragen en de cliënt betrekken bij het opstellen van het plan van aanpak. Het minst was men nog te spreken over de beschikbaarheid van de gezinsvoogd, die een kwart van de ouders en bijna de helft van de jeugdigen als minder gunstig beoordeelt.

Ruim driekwart van zowel de jeugdigen als de ouders zegt tevreden te zijn met de hulp. Eveneens driekwart van de ouders zou de hulp van de instelling willen aanraden aan lotgenoten. De jeugdigen zijn wat dit aspect aangaat overigens wat minder enthousiast. Van hen is iets meer dan de helft deze mening toegedaan.

Eveneens ongeveer driekwart van de ouders zegt vertrouwen te hebben in het voorgestelde hulpplan. Ook hier zijn de jeugdigen weer minder positief. Van hen heeft tweevijfde vertrouwen in het plan. De overigen hebben echter zo hun twijfels of zijn ronduit negatief.

Verder komt naar voren dat de tevredenheid van de ouders niet direct samenhangt met de mate waarin overeenstemming wordt bereikt over de te volgen hulpverleningslijn. Bij de jeugdigen is dat echter wel zo. Naarmate er meer overeenstemming is zijn de jeugdigen ook meer tevreden met de hulp.

Daarnaast zijn de jongere jeugdigen tevredener dan de oudere en zijn de jongens tevredener dan de meisjes. Er is geen samenhang met etnische achtergrond van de cliënt. Ook met de aard van het hulpaanbod vinden we geen verband.

Ouders zijn gemiddeld meer tevreden naarmate hun kinderen meer gedrags-, emotionele en persoonlijkheidsproblemen hebben, alsook meer problemen op school. De ouderlijke tevredenheid hangt niet direct samen met de aanwezigheid van gezinsproblematiek, noch met de aard van het hulpaanbod.

7.9 Conclusies

Samenvattend stellen we op grond van het cross-sectionele aanvangsonderzoek vast dat ruim de helft tot driekwart van de jeugdigen in de gezinsvoogdij en in de vrijwillige ambulante hulpverlening met ernstige gedrags-, emotionele of persoonlijkheidsproblemen kampt die in de meeste gevallen negatief doorwerken op school, in de vrijetijd en in het gezin.

Daarnaast stellen we vast dat er in de gezinnen van de jeugdigen veel risicofactoren aanwezig zijn die de ontwikkeling van de jeugdigen bedreigen, uiteenlopend van materiële problemen, persoonlijke problemen van ouders, opvoedingsproblematiek tot aan in wat mindere mate verwaarlozing en mishandeling.

Deze uitkomst bevestigt de bevindingen van eerder door ons uitgevoerd onderzoek (Scholte, Messing, Nijkerk en Van der Ploeg, 1992) waarin naar voren kwam dat de psychosociale problemen van de jeugdigen en de gezinnen in de gezinsvoogdij en in de ambulante jeugdhulpverlening niet alleen ernstig zijn, maar vooral ook complex en meervoudig van aard.

Een belangrijk doch gelet op de opdracht van de gezinsvoogdij niet geheel verassend onderscheid dat in dit onderzoek naar voren komt is dat de problematiek in de gezinnen van de jeugdigen in de gezinsvoogdij veel omvangrijker en ernstiger is dan die van de gezinnen in de vrijwillige ambulante hulpverlening. Daar staat tegenover dat de jeugd in de vrijwillige ambulante hulpverlening gemiddeld meer gedragsproblemen te zien geeft dan de jeugd in de gezinsvoogdij.

In hun pedagogische doelen mikken de hulpverleners bij de jeugdigen vooral op verbetering van de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsproblematiek van de jeugdigen, terwijl in de gezinnen vooral naar een versterking van de gezinsinteracties en een vergroting van de opvoedingsvaardigheden wordt gestreefd. De pedagogische doelstellingen die in de hulpverlening worden gesteld sluiten gemiddeld gezien goed aan op de problematiek.

In hun pedagogische aanpak maken de hulpverleners gebruik van vrijwel alle middelen die ter beschikking staan, uiteenlopend van ambulante pedagogische basishulp, intensieve thuisondersteuning en dagbehandeling tot aan plaatsing in een pleeggezin of in een residentieel centrum voor opvoeding, verzorging, in het behandelingshuis of in een gesloten setting.

Ook hier stellen we vast dat de kind- en gezinsgebonden problematiek gemiddeld telkens goed inzichtelijk correspondeert met de aard en intensiteit van de hulp die in de aangeboden hulpvarianten in principe aanwezig is.

Hieruit kan de voorlopige conclusie worden getrokken dat de hulpverleners hun pedagogische doelen gemiddeld gezien goed afstemmen op de problemen van de jeugdigen en dat zij een hulpaanbod doen dat gemiddeld gezien goed afgestemd is op de aard en de ernst van de problematiek van de jeugdigen. Of, met andere woorden, gemiddeld gezien is het hulpaanbod redelijk goed afgestemd op de objectief vastgestelde hulpvraag van de cliënt.

We merken daarbij op dat instrumenten die de veelheid aan psychosociale risicofactoren op een betrouwbare en systematische wijze in kaart brengen in deze afstemming een belangrijke rol kunnen spelen. Zo blijken hulpverleners die bij hun probleemanalyse de VSPS gebruiken beter dan hulpverleners die dit niet doen in staat om bij complexe en minder evidente problematieken, zoals emotionele problemen bij jeugdigen, persoonlijke problemen van ouders en haperingen in de wijze van opvoeden, passende hulpverleningsdoelen te kiezen..

Dat het hulpaanbod gemiddeld gezien goed aansluit op de objectief vastgestelde hulpvraag van de cliënten houdt uiteraard niet automatisch in dat de cliënten zich eveneens in dit hulpaanbod kunnen vinden. Wat dit aangaat stellen we het volgende vast.

De meeste cliënten zijn goed te spreken zijn over de werkhouding van de hulpverleners en tonen zich tevreden met de in de beginfase verstrekte hulp. Het merendeel zegt door hun hulpverleners uitgebreid bij de planvorming te zijn betrokken. Ook bereiken de hulpverleners en hun cliënten in het merendeel der gevallen consensus over de te volgen hulpverleningslijn.

Op grond hiervan kunnen we voorlopig concluderen dat de hulpverleners er doorgaans eveneens goed in slagen om het hulpaanbod te laten aansluiten bij de wensen van hun cliënten. Of, met andere woorden, ook in het perspectief van de cliënten lijkt men er gemiddeld gezien redelijk in te slagen hulpvraaggericht te werken.

Het voorafgaande betekent overigens niet dat er in alle gevallen een goede aansluiting bij de cliënten wordt gevonden. Met name in de gezinsvoogdij komt het in een derde van de gevallen voor dat er tussen de ouders en de hulpverlener geen of in mindere mate overeenstemming wordt bereikt over de te volgen hulpverleningslijn. Ook geeft een substantieel aantal cliënten in de gezinsvoogdij (ruim een kwart van de ouders en meer dan de helft van de jeugdigen) aan niet zonder meer vertrouwen te hebben in het voorgestelde plan van aanpak. Met het oog op de beschermingsopdracht van de gezinsvoogdij is dit begrijpbaar, want de sociale, de materiële, de gezins- en de gedragsproblematiek van de aarzelende cliënten in ogen-schouw nemend gaat het hier doorgaans niet om de minst problematische zaken. Het zou niettemin wenselijk zijn dat de gezinsvoogdij een werkwijze zou weten te ontwikkelen die ook deze wat moeilijkere groep van cliënten tot meer tevredenheid en coöperatie zou kunnen bewegen. Het valt in het verlengde hiervan op dat er in dit onderzoek in de gezinsvoogdij verhoudingsgewijs weinig wordt doorverwijzen naar de intensieve thuishulpverlening. Dat klemt omdat deze hulpvariant speciaal in het leven is geroepen om jeugdigen en gezinnen met ernstige meervoudige psychosociale problemen effectief verder te helpen (de Kemp, Veerman en ten Brink, 1998). Voorzover een traditie van uit huis plaatsen de grondslag vormt van dit geringe gebruik valt te overwegen deze traditie te herijken. Voorzover een regionaal gebrek aan capaciteit de reden vormt valt te overwegen de zorgaanbieders het aanbod aan intensieve thuishulpverlening te laten vergroten.

Tot slot merken we nog het volgende op. Een consistente afstemming tussen problematiek, doelstellingen en hulpaanbod in combinatie met tevreden cliënten is een eerste vereiste voor effectieve hulpverlening. Het is echter niet de enige voorwaarde waaraan de hulpverlening moet voldoen. Het geïndiceerde en door de cliënten aanvaarde hulpaanbod dient immers ook nog effect te sorteren, dat wil zeggen: de problematiek van de jeugdigen en de gezinnen op termijn te verminderen, c.q. de perspectieven van de betrokken cliënten te verbeteren.

Omdat het onderhavige aanvangsonderzoek cross-sectioneel van opzet was, kon het effect van de geïndiceerde hulp in dit deel van het onderzoek nog niet in kaart worden gebracht. Daarvoor is prospectief onderzoek nodig, dat in het tweede deel van dit onderzoek - het follow-up onderzoek- werd uitgevoerd. Hierin werd de ontwikkeling van de jeugdigen en de gezinnen over een periode van ruim twee jaar gevolgd en in verband gebracht met de hulp die de jeugdigen tijdens deze periode hebben gehad. In het tweede deel van dit rapport wordt uitgebreid op het effect van de hulp ingegaan.

Literatuur

- Achenbach, Th.M., Howell, C.T., Quay, H.C., & Connors, C.K. (1991). National survey of problems and competencies among four to six years olds. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 56, 3, serial no. 225.
- Blythe, B.J., Patterson-Salley, M.P., & Jayaratne, S. (1994). A Review of Intensive Family Preservation Services Research. *Social Work Research*, 18, 223-224.
- De Kemp, R.A.T., Veerman, J.W. & Ten Brink, L.T. (1998). *Evaluatieonderzoek Families First Nederland. Een bundeling van deel een tot en met vijf*. Utrecht: NIZW.
- Dadds, M.R. (1995). *Families, Children, and the Development of Dysfunction*. Londen: Sage.
- De Wit, C.A.M. (1987). *Depressievragenlijst voor kinderen*. Amersfoort/Leuven: Acco.
- Jansen, M.G. & Oud, J.H.L. (1993). *Residentiële hulpverlening geëvalueerd*. Nijmegen: Instituut voor Orthopedagogiek.
- Koot, H.M. (1997). *Vragenlijst Gezinsproblemen (VGP)*. Rotterdam: Erasmus universiteit.
- Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family Factors as Correlates and Predictors of Juvenile Conduct Problems and Delinquency. In N. Morris & M. Tony (Eds.), *Crime and Justice: An Annual Review of Research (Vol 7)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Luteyn, F., Starren, J., & Van Dijk, H. (1980). *NPVJ*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ministerie van Justitie (1996). *Jaarboek 1990*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Rutter, M. (1985). Family and Schoolinfluences on Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 126, 493-509.
- Scholte, E.M. (1991). Hulpverlening bij psychosociale-gedragsproblemen. Voorstel voor een sociaal-ecologische benadering. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 2, 80-92.
- Scholte, E.M. (1993a). Basisdiagnostiek in de psychosociale jeugdhulpverlening I: De vragenlijst Sociale en Pedagogische situatie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 251-270.
- Scholte, E.M. (1993b). Basisdiagnostiek in de psychosociale jeugdhulpverlening II: Gebruik in de praktijk van de Gezinsvoogdij. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 335-351.
- Scholte, E.M. (1995a). Voortijdige tehuisverlaters. *Tijdschrift voor Adolescentenzorg (TIAZ)*, 1, 122-130.
- Scholte, E.M. (1995b). The Effectiveness of Care Services for Juveniles At Risk: Longitudinal Studies. In M. Colton, W. Hellinckx, M. Williams & P. Ghesquire (Eds.), *The Art en Science of Caring*, (pp 27-55). London: Avebury.
- Scholte, E.M. (1996a). *Handleiding bij de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie*. Delft/Amsterdam: Eburon/Nippo.
- Scholte, E.M. (1996b). *De vragenlijsten Explicitering Besluitvorming Raadsadvies en Explicitering Besluitvorming Hulpverlening*. Amsterdam: NIPPO.
- Scholte, E.M. (1997a). Effectiviteit van centra voor opvoeding, scholing en verzorging: uitvallers en blijvers. In J. Gerris (Ed). *Jongerenproblematiek: hulpverlening en ge-*

- zinsproblematiek*. Assen: Van Gorcum en Comp, pp. 40-58.
- Scholte, E.M. (1997). Diagnostiek door de Raad voor de Kinderbescherming en de Gezinsvoogdij. In: Van der Ploeg, J.D., Janssens, J.M.A.M. & De Bruyn, E.E.J. (Eds.). *Diagnostiek in de Jeugdzorg*. Groningen: Wolters-Noordhof.
- Scholte, E.M., Colton, M. & Casas, F. (1998). Psychosociale jeugdzorg en (dis)kwalificatie: de visies van cliënten en hulpverleners. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 3: 97-111.
- Scholte, E.M. & Douma, M. (1999). Validiteit en betrouwbaarheid van de VSPS. *Kind & Adolescent*, 20: 22-43.
- Scholte, E.M., Messing, C.T.H.M., Nijkerk, J.H., & Van der Ploeg, J.D. (1992). *Probleemgedrag en Interventie*. Leiden: DSWO-press.
- Scholte, E.M. & J.D. Van der Ploeg (1995). Ambulante hulp aan jeugdigen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, 547-561.
- Taakgroep Jeugdhulpverlening (1994). *Plaats maken. Op weg naar een goede jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van WVC.
- Ten Brink, L.T. & Veerman, J.W. (1998). Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. In: J.D. Bosch e.a. (red.), *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 3* (pp. 13-46). Houten: Bohn Staleu Van Loghum.
- Van der Ploeg, J. D. (1994) *Werkvelden in de jeugdhulpverlening*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (1996a). *BJ-centra in beeld 3*. Delft: Eburon.
- Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (1996b). *Hulpvraag en hulpaanbod in de regio Rotterdam e.o.* Rotterdam: GGD.
- Van Yperen, T. A., & Van Geffen, L. (1997). *Screening, diagnostiek en indicatiestelling. Toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Van Yperen, T. A., & Van Rest, E. (1997). *Voortbouwen. Discussienota ten behoeve van de stuurgroep programma's in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Vedivo (1994). *Protocolleboek Gezinsvoogdij*. Utrecht: Vedivo.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus universiteit.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1993). What really happens in Parent Training. *Behavior Modification*, 17, 407-456.
- Weterings, T. & Pruijs, L. (1996). Hulp is voor ouders gemakkelijker te accepteren door actieve deelname. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 6, 23-30.