

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

**DEEL II  
EFFECTEN VAN DE HULP EN WERKZAME BESTANDELEN  
IN DE HULPVERLENING**

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	7
1    Follow-up situatie	9
1.1  Inleiding	9
1.2  Onderzoeksgroep	9
1.3  Woonsituatie en school	10
1.4  Samenvatting	12
2    Hulpverlening	15
2.1  Inleiding	15
2.2  Cliëntcontacten casemanagers	15
2.3  De gerealiseerde hulpverlening	17
2.4  Integriteit van de hulp	20
2.5  Succesvolheid van de hulp	21
2.6  Lopende en beëindigde hulp	22
2.7  Samenvatting	23
3    Ontwikkelingen	25
3.1  Inleiding	25
3.2  De gedragsontwikkeling	25
3.3  School, werk en vrije tijd	26
3.4  De ontwikkelingen in het gezin	27
3.5  Hulpdoelen	28
3.6  Onderlinge samenhangen	30
3.7  Samenvatting	31
4    Effecten van de hulpverlening	33
4.1  Inleiding	33
4.2  Onderzoeksgroep	33
4.3  Instrumenten	34
4.4  werkwijze	34
4.5  Effecten volgens de CBCL	35
4.6  Effecten volgens de NPVJ	37
4.7  Onderlinge samenhangen	39
4.8  Samenvatting	40
5    De visie van de cliënten	41
5.1  Inleiding	41
5.2  Optreden	41
5.3  Hulpverlening	43
5.4  Ervaren effect van de hulpverlening	44
5.5  Systematische verbanden	45
5.6  Samenvatting	46

6	Cliëntkenmerken en ontwikkeling .....	47
6.1	Inleiding .....	47
6.2	Demografische cliëntkenmerken .....	47
6.3	Problematiekkenmerken bij de aanvang van de hulp .....	48
6.4	Steunbronnen .....	50
6.5	Cliënttevredenheid .....	50
6.6	Samenvatting .....	51
7	Hulpverlening, ontwikkeling en effecten .....	53
7.1	Inleiding .....	53
7.2	Probleemverkenning en hulpverleningsplan .....	53
7.3	Aantal, duur en plaats cliëntcontacten .....	55
7.4	De benadering van de cliënten .....	55
7.5	Hulpverleningsactiviteiten casemanagers .....	57
7.6	De hulpverleningsdoelen .....	58
7.7	Hulpverlening en ontwikkeling .....	60
7.8	Effecten op de 'overall'-ontwikkeling .....	62
7.9	Effecten bij specifieke gedragsbeelden .....	65
7.10	Hulpverlening en cliënttevredenheid .....	67
7.11	Herziene indicaties .....	68
7.12	Samenvatting .....	70
8	Samenvatting .....	73
8.1	Inleiding .....	73
8.2	Biografische kenmerken en follow-up situatie .....	73
8.3	Woonsituatie en school .....	74
8.4	Hulpverlening .....	74
8.5	Ontwikkelingen volgens de hulpverlening .....	76
8.5	Effecten van de hulpverlening .....	77
8.6	De visie van de cliënten .....	78
8.7	Cliëntfactoren .....	79
8.8	Casemanagement in de startfase .....	81
8.9	Vervolghulphulpverlening .....	82
9	Conclusies en aanbevelingen .....	85
9.1	Inleiding .....	85
9.2	Effect van de hulpverlening .....	85
9.3	Casemanagement .....	86
9.4	Indicatiestelling .....	89
9.5	Uithuisplaatsen of niet? .....	90
9.6	Gebruik van instrumenten .....	93
9.7	Tot slot .....	94
	Literatuur .....	97
	Bijlage 1 Effectiviteit van hulpvarianten volgens de CBCL .....	101

## 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 het eerste deel van deze rapportage werd melding gemaakt van de meervoudige problematiek van de jeugdigen en hun gezinnen alsmede van het verstrekte hulpaanbod en de werkwijze van de hulpverlening. In dit 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 deze 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 onderzoeksoverzicht

### 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, en welke begeleidingswijze daar toe kan bijdragen. 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 wordt aandacht besteed aan jeugdigen die hulp op vrijwillige basis ontvangen.

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 hulpverlening in kaart gebracht, alsook welk hulpaanbod voorgesteld wordt.

Dit eerste onderzoeksdeel - het aanvangsonderzoek - vond in de periode 1999-2000 plaats. De

---

bevindingen van dit onderzoek zijn te vinden in het eerste deel van dit onderzoeksverslag<sup>1</sup>.

Het tweede onderzoeksdeel betreft een longitudinaal onderzoek. Hierin wordt over een lange 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 vond in de periode 2001-2002 plaats.

In dit rapport worden de bevindingen van dit tweede onderzoeksdeel - het effectonderzoek - gerapporteerd.

### **3. Onderzoeksopzet**

#### **3a Algemeen**

In het onderhavige effectonderzoek komt aan de orde welke hulpvragen van jeugdigen effectief worden opgelost door een ambulante aanpak, een pleegzorgplaatsing of een residentiële plaatsing.

Daarnaast wordt onderzocht welke factoren bij de cliënt en bij de hulpverlening bijdragen tot een gunstige ontwikkeling van de jeugdigen en welke de ontwikkeling eventueel belemmeren. We hopen dat de indicaties die daarbij naar voren komen kunnen worden gebruikt om de jeugdigen en hun gezinnen in de toekomst een effectiever hulpaanbod te doen.

De beoogde indicaties worden daarbij in grote lijnen als volgt verkregen. In de eerste plaats richten we de aandacht op de belangrijkste psychosociale problemen waarmee de jeugdigen werden aangemeld bij de jeugdzorg. Vervolgens gaan we voor de verschillende hoofdvarianten van jeugdzorg na in hoeverre zij bijdragen tot een vermindering van deze problematiek, c.q. leiden tot een gunstiger ontwikkeling van de jeugdigen.

In de tweede plaats wordt onderzocht welke invloed het proces heeft dat vooraf gaat aan de uiteindelijke hulpverlening. Dit proces wordt heden ten dage 'de toegang tot de jeugdzorg' genoemd. Het omvat de fasen van de aanmelding, de probleemdiagnose, de indicatiestelling en het begeleiden van de gerealiseerde vervolghulpverlening.

Deze functies die betrekking hebben op het 'management van de case' worden in de gezinsvoogdij uitgevoerd door de gezinsvoogd en in de vrijwillig ambulante hulpverlening door de

---

<sup>1</sup>Scholte, E.M. & Van der Ploeg, J.D. (2002). *Effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel I: Problematiek, indicatiestelling en cliënttevredenheid*. Amsterdam: [www.nippo.nl/publicaties](http://www.nippo.nl/publicaties).



ambulante hulpverlener, terwijl de uiteindelijke hulpverlening doorgaans door derden wordt uitgevoerd, de zogeheten voorzieningen voor geïndiceerde zorg.

We merken verder nog volgende op. In de beoogde nieuwe wet op de jeugdzorg worden alle bestaande hulpvormen die de toegang tot de jeugdzorg regelen (te weten de gezinsvoogdij, de vrijwillig ambulante hulpverlening en de jeugdgezondheidszorg) samengevoegd en is nog slechts sprake van één toegang tot de jeugdzorg. In het navolgende spreken we daarom niet langer over de 'gezinsvoogd' en de 'ambulante hulpverlener', maar duiden we beiden zoveel mogelijk aan met de titel 'casemanager'.

### **3b De onderzoeksgroep**

In het onderzoek werd allereerst een groep jeugdigen betrokken die via een kindbeschermingsmaatregel hulpverlening krijgen. Daarnaast werd een aantal jeugdigen uit de sector van de vrijwillige hulpverlening in het onderzoek opgenomen. Hierdoor kunnen de bevindingen uit de gezinsvoogdijsector deels worden geprofileerd in het licht van de vrijwillige ambulante hulpverlening.

In het aanvangsonderzoek werden 230 jeugdigen met hun gezinnen uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Deze respondenten kwamen voor 70% uit de gezinsvoogdij en voor 30% uit de vrijwillige ambulante hulpverlening.

Het was de bedoeling al deze jeugdigen en hun gezinnen in het follow-up onderzoek te betrekken. Zoals bij het meeste onderzoek in veldsituaties kon dat ook in dit onderzoek niet volledig worden gerealiseerd. De reden hiervoor was deels dat een aantal cliënten bij de follow-up liever niet meer wilde deelnemen aan het onderzoek. Maar het was echter vooral de werkdruk van de gezinsvoogden en de vrijwillige jeugdhulpverleners die de onderzoekers hierbij parten speelden. In de oorspronkelijke opzet van het onderzoek zouden de hulpverleners de follow-up gegevens namelijk bij de cliënten verzamelen. Door de werkdruk dreigde deze gegevensverzameling te stranden. Om die reden besloten de onderzoekers in samenspraak met de instellingen de jeugdigen en de ouders direct (via de administraties van de instellingen) anoniem te benaderen. Ook werd besloten een deel van de gegevens die de gezinsvoogden zouden aanleveren via dossieronderzoek te verwerven.

### **3c onderzoeksinstrumenten en bepaling van het effect van de hulp**

Om zicht te krijgen op de effecten van de hulp werden de volgende gegevens gebruikt:

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

Deze gegevens werden verzameld met behulp van de zogeheten de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie of kortweg de VSPS (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 VSPS 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 psychosociale problematiek van de jeugdige en diens gezin.

*b. Gegevens betreffende de hulpverlening*

Hier werd gebruikt gemaakt van de Vragenlijst Hulpverlening (VH). Het betreft hier een specifiek op dit onderzoek toegesneden lijst. Hierin worden allereerst een aantal algemene cliëntgegevens vastgelegd, zoals de leeftijd van de jeugdigen bij de follow-up. Daarnaast wordt geïnventariseerd op welke gebieden van het meervoudig risicomodel zich vooruitgang heeft voorgedaan. Daartoe worden de risicofactoren van de VSPS onderzocht. Tot slot wordt nog geïnventariseerd welke hulp de cliënt tijdens de hulpverlening kreeg. Het betreft hier zowel de activiteiten van de casemanagers (de begeleidende gezinsvoogden/hulpverleners) als de door hen geïndiceerde hulp die door derden werd verstrekt. Bij dit laatste werd gebruik gemaakt van bestaande indelingen in werkvelden (Van der Ploeg, 1994; 2002). De gegevens over de hulpverlening werden aangeleverd door de casemanagers of aan de dossiers ontleend.

*c. Ontwikkeling volgens de hulpverlening*

De psychosociale ontwikkeling van de jeugdigen en de ontwikkeling in de gezinnen vormde naast de bij a. genoemde hulpverlening het tweede onderwerp van de Vragenlijst Hulpverlening (VH). In deze lijst werd de casemanagers gevraagd op vier-puntsschalen te taxeren in hoeverre zich tijdens de hulpverlening op psychosociaal gebied positieve dan wel negatieve ontwikkelingen voordeden bij de jeugdigen, in de gezinnen en bij de ouders, zoals verbeteringen van het gedrags- en emotionele functioneren, van de schoolsituatie, de gezinsrelaties, het ouderlijk functioneren e.d. Daarnaast werd de casemanagers gevraagd aan te geven in hoeverre de doelen van de hulpverlening werden bereikt. Daartoe werd een lijst met pedagogische doelen voorgelegd die bij het aanvangsonderzoek als relevant naar voren kwamen. Op vier-puntsschalen kon worden aangegeven in hoeverre de diverse doelen tijdens de hulpverlening waren bereikt. Op basis van deze gegevens kan een beeld

van de ontwikkelingen van de cliënten worden geschetst zoals de begeleidende hulpverleners of casemanagers dit waarnemen.

*d. Objectieve ontwikkeling of het effect van de hulp*

De hiervoor genoemde gegevens werden door de casemanagers aangeleverd of aan de instellingsdossiers ontleend. Het betreft hier derhalve het perspectief van de hulpverlening. Daarnaast kan de psychosociale ontwikkeling via gestandaardiseerde meetinstrumenten in kaart worden gebracht (Evers, e.a., 2000). Omdat dergelijke bepalingen objectiever zijn, spreken we in dit verband niet van ontwikkelingen maar van het effect van de hulp.

In dit onderzoek werd het effect van de hulp allereerst in kaart gebracht via de CBCL (Verhulst e.a., 1996). Met deze lijst kan worden bepaald in hoeverre het sociale en emotionele functioneren van de jeugdigen zich tijdens de hulpverlening ontwikkeld in de richting van de normale Nederlandse jeugdpopulatie. Naarmate dit meer het geval is kan worden gesproken van een groter positief effect van de hulp. De CBCL-gegevens werden door de ouders van de deelnemende jeugdigen aangeleverd.

Daarnaast is nagegaan in hoeverre de persoonlijkheid van de jeugdigen zich tijdens de hulpverlening ontwikkelde in vergelijking met de Nederlandse jeugdbevolking. Dit vond plaats met behulp van de Nederlandse Persoonlijkhedsvragenlijst voor Jeugdigen ofwel de NPV-J (Luteyn e.a., 1989). Deze lijst werd door de jeugdigen (vanaf 11 jaar) ingevuld.

*e. Visie van de cliënt*

Om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen dient naast de ontwikkelingen die de hulpverlening ziet en het objectief bepaalde effect nog de visie van de cliënt te worden gelegd. Deze werd bepaald door de ouders en jeugdigen vanaf 11 jaar de Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH) voor te leggen. Deze lijst omvatte een aantal beweringen over de begeleiding van de casemanagers (de gezinsvoogden en de hulpverleners uit de vrijwillig ambulante sector), evenals over de geïndiceerd hulpverlening die men tijdens de follow-up periode kreeg. Daarnaast werd gevraagd aan te geven hoe tevreden men was over de hulp, en of de hulp geholpen had. De scoring vond plaats op een vijf-puntsschaal lopend van volledig mee eens via neutraal tot volledig mee oneens.

### **3d analyses**

Het succes van de hulpverlening zal als volgt worden bepaald. Allereerst zal worden nagegaan of de geïndiceerde hulpverlening conform de bedoelingen en afspraken werd uitgevoerd, welke (positieve dan wel negatieve) ontwikkelingen er bij de jeugdigen en de gezinnen te bespeuren zijn en of de aanvankelijk gestelde hulpverleningsdoelen werden bereikt. De hulpverlening leverde deze informatie aan.

---

Het effect van de hulp zal daarnaast in meer objectieve zin worden bepaald door de gestandaardiseerde scores op de CBCL en de NPVJ bij de aanvang van de hulp en bij de follow-up te vergelijken. Een belangrijke vraag daarbij is wanneer we in objectieve zin kunnen spreken van een positief dan wel een negatief effect van de hulp. Omdat het doel van hulpverlening is klachten in het functioneren van cliënten weg te nemen kan een 'positief effect van de hulp' worden gedefinieerd als een verbetering van het functioneren van de cliënt onder invloed van de hulp, waarbij de betrouwbare overgang van klinisch naar niet klinisch functioneren als criterium wordt genomen (Jacobson & Truax, 1991). Evenzo kan een 'negatief effect' worden gedefinieerd als een verslechtering van het functioneren van de cliënt onder invloed van de hulp, waarbij de betrouwbare overgang van niet-klinisch naar klinisch functioneren het criterium vormt. 'Geen effect' kan worden gedefinieerd als de continuering van het klinisch functioneren van de cliënt ondanks het feit dat hulp werd verstrekt.

Het effect van de hulp wordt aldus beschreven door de volgende gegevens op een rij te zetten:

- positief effect: het aantal klinische jeugdigen bij de aanvang van de hulp dat zich bij de follow-up in de niet klinische groep bevindt
- negatief effect: het aantal niet-klinische jeugdigen bij de aanvang van de hulp dat zich bij de follow-up in de klinische groep bevindt
- geen effect: het aantal klinische jeugdigen bij de aanvang van de hulp dat zich bij de follow-up in de klinische groep bevindt
- restgroep: het aantal niet-klinische jeugdigen bij de aanvang van de hulp dat zich bij de follow-up in de niet-klinische groep bevindt.

De psychosociale problemen bij de aanvang en de ontwikkelingen daarvan worden vervolgens allereerst afgezet tegen de contextvariabelen van de hulpverlening van de casemanagers, zoals de wijze waarop de casemanagers te werk gingen en de manier waarop ze hun cliënten hebben benaderd. Vervolgens wordt de ontwikkeling van de jeugdigen in verband gebracht met de gerealiseerde hoofdvarianten van hulp. Aldus ontstaat in grote lijnen een beeld van welke aanpak bij welk type problematiek het gunstigste ontwikkelingseffect bij de jeugdigen heeft. Ook het perspectief van de cliënt komt daarbij in beeld. Voorzover mogelijk zal tevens worden nagegaan welke samenhangen er zijn met de ervaren bejegening en de tevredenheid van de jeugdigen en de ouders.

#### **4. Opbouw van het rapport**

De opbouw van dit tweede rapport is als volgt.

Hoofdstuk 1 beschrijft de algemene situatie van de jeugdigen en de gezinnen bij de follow-up en hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de hulp die de cliënten kregen.

In hoofdstuk 3 worden de ontwikkelingen gepresenteerd die volgens de casemanagers bij de jeugdigen en in de gezinnen optraden. Verder wordt nagegaan in welke mate de door casemanagers gestelde hulpdoelen werden bereikt.

Hoofdstuk 4 behandelt het effect dat de jeugdzorg als geheel heeft gehad op de middellange termijn ontwikkeling van de jeugdigen. Eerst komt de gedrags- en de emotionele ontwikkeling volgens de CBCL aan bod, daarna de persoonlijkheidsontwikkeling volgens de NPVJ.

Hoofdstuk 5 geeft de visie van de cliënten weer. Hier wordt nagegaan hoeveel cliënten er tevreden zijn en hoeveel ontevreden en om welke aspecten het daarbij gaat. In dit hoofdstuk wordt tevens in beeld gebracht of de tevredenheid bij de follow-up een samenhangt met de tevredenheid bij de aanvang van de hulp.

In hoofdstuk 6 komt aan bod welke kind- en gezinsfactoren bij de aanvang van de hulp op de middellange termijn bijdragen tot een gunstiger verloop van de ontwikkeling van de jeugdigen en welke factoren dit ontwikkelingsverloop eventueel belemmeren.

In hoofdstuk 7 wordt eenzelfde analyse uitgevoerd, maar nu voor de hulpverlening. Nagegaan wordt of de wijze waarop de cliënten benaderd zijn en de werkhouding van de casemanagers van invloed zijn op de middellange termijnontwikkeling van de jeugdigen. In dit hoofdstuk wordt tevens in kaart gebracht welk effect de verschillende hoofdvarianten van hulpverlening hebben gehad op de ontwikkeling van de jeugdigen.

Tot slot volgt in hoofdstuk 8 een samenvatting van de bevindingen en worden in hoofdstuk 9 de belangrijkste conclusies en aanbevelingen gepresenteerd.

## 1.1 Inleiding

Welke jeugdigen hebben deelgenomen aan het follow-up onderzoek, hoe oud zijn ze op dat moment, waar wonen ze en hoe brengen zij de dag door. In dit hoofdstuk staan we stil bij deze algemene vragen.

## 1.2 Onderzoeksgroep

Bij de follow-up konden 137 cliënten worden betrokken. Dit komt neer op een responspercentage van 61% van de oorspronkelijke groep van 230 cliënten.

Verder was de respons van de cliënten die via een jeugdbeschermingsmaatregel werden begeleid door de gezinsvoogdij hoger dan die van de cliënten in vrijwillige ambulante hulpverlening, te weten: 115 cliënten (64%) respectievelijk 22 cliënten (49%). Dit betekent dat de gezinsvoogdij in het beeld dat in dit rapport wordt geschetst iets meer vertegenwoordigd is.

Tussen de jeugdbeschermingsinstellingen uit het Oosten (provincie Gelderland), Westen (provincie Noord-Holland) en Zuiden (provincie Limburg) van Nederland werden geen significante verschillen in respons vastgesteld. Hierdoor hebben de drie gezinsvoogdijregio's elk een gelijk gewicht in het uiteindelijke beeld.

Of de onderzoeksgroep representatief is voor de totale groep die bij de aanvang in het onderzoek betrokken werd kan worden bepaald door de responsgroep en de non-responsgroep op een aantal kernvariabelen te vergelijken, zoals de leeftijd, sekse en problematiek bij de aanvang van de hulpverlening.

Voordat we deze vergelijking geven merken we bij de te presenteren onderzoeksbevindingen eerst nog de volgende technische zaken op.

Geschaalde variabelen zoals leeftijden zijn bij de groepsvergelijkingen onderzocht met behulp van t-toetsen. Bij categorale variabelen zoals sekse werd de  $\chi^2$  toets toegepast. Bij vergelijkingen met meer dan twee groepen werd (co)variantie-analyse uitgevoerd.

Verder worden eventuele verschillen tussen de diverse onderzoeks- en analysegroepen alleen

genoemd wanneer zij een statistische waarschijnlijkheid bereiken van meer dan 95% ofwel een *P*-waarde hebben van kleiner dan 0.05 (Hays, 1988).

Tabel 1.1. geeft een vergelijking tussen de responsgroep en de non-responsgroep voor wat betreft een aantal centrale demografische - en problematiekkenmerken.

**Tabel 1.1 Vergelijking respons- en non-responsgroep**

	<i>Responsgroep</i> ( <i>N</i> =137)	<i>Non-respons-</i> <i>groep</i> ( <i>N</i> =93)	<i>Statistiek</i>
. Leeftijd bij aanvang	12.0 (3.9)	11.6 (3.8)	$t=-.84, df=197, p=.40$
. Sekse	44% ♀	44% ♀	$\chi^2=0.01, df=1, p=.96$
. Etniciteit	83% allochtoon	85% allochtoon	$\chi^2=0.11, df=1, p=.73$
. Ouderlijke situatie bij aanvang	59% gescheiden	54% gescheiden	$\chi^2=0.43, df=1, p=.51$
. Woonsituatie bij aanvang	36%-38%-26% <sup>1</sup>	32%-41%-27%	$\chi^2=0.32, df=2, p=.85$
. Schoolsituatie bij aanvang	35% SO <sup>2</sup>	31% SO	$\chi^2=0.46, df=1, p=.50$
. Probleemzwaarte bij aanvang	7.2 (4.2) <sup>3</sup>	6.6 (4.0)	$t=-.88, df=197, p=.38$

<sup>1</sup> de achtereenvolgende percentages hebben betrekking op jeugdigen die uit huis zijn geplaatst, in een gezin met één biologische ouder wonen, respectievelijk in een /intact gezin wonen

<sup>2</sup> SO = speciaal onderwijs

<sup>3</sup> bepaald als het gemiddeld aantal VSPS-risicofactoren met de standaarddeviatie tussen haakjes

De tabel laat zien dat de responsgroep op alle onderzochte kernvariabelen niet significant verschilt van de non-responsgroep. Dit duidt erop dat de follow-up groep voor wat betreft demografische en probleemkenmerken een redelijke afspiegeling vormt van de oorspronkelijke onderzoeksgroep.

Rest de vraag welk tijdsbestek er lag tussen de aanvang van de hulp en de follow-up. Deze periode kan worden bepaald door de leeftijd van de jeugdigen bij de follow-up te verminderen met de leeftijd bij de aanvang. Aangezien de follow-up leeftijd ligt op gemiddeld 14.4 (standaarddeviatie 4.0) komen we uit op een follow-up periode van ruim 2 jaar.

### 1.3 Woonsituatie en school

#### *Woonsituatie*

Tabel 1.2 geeft weer waar de jeugdigen woonden bij de follow-up. Hij geeft per type woonsituatie de percentages jeugdigen weer bij de aanvang van de hulp resp. bij de follow-up.

Tabel 1.2 Primaire woonsituatie bij de aanvang van de hulp en bij de follow-up

<i>primaire woonsituatie</i>	<i>Totaal (N=137)</i>		<i>Gezinsvoogdij (N=115)</i>		<i>Vrijw. Ambulant (N=22)</i>	
	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>
. gezin van herkomst	65%	42%	59%	39%	95%	67%
. <i>gezin beide ouders</i>	26%	--	21%	--	58%	--
. <i>gezin vader/moeder + nieuwe partner</i>	11%	--	10%	--	16%	--
. <i>gezin alleen vader of moeder</i>	27%	--	28%	--	21%	--
. pleeggezin	7%	22%	8%	24%	5%	7%
. residentieel	16%	34%	22%	36%	--	20%
. onbestemd	10%	2%	12%	2%	--	7%

De tabel laat zien dat bij de follow-up minder dan de helft van de jeugdigen in het oorspronkelijke gezin woont. Bij de aanvang van de hulp was dat nog ruim tweederde.

De jeugdigen die uit huis zijn gegaan blijken bij de follow-up vooral in een pleeggezin te wonen of in een residentieële voorziening te verblijven. Dat betreft niet alleen de gezinsvoogdij-jeugd, maar voor een belangrijk deel ook de jeugd in de vrijwillige ambulante hulpverlening.

Zoals we in hoofdstuk 7, §7.11, nog zullen zien hangt de geconstateerde overgang van thuis naar residentieel deels samen met het feit dat een aantal jeugdigen tijdens de follow-up vanwege de ernst van de probleemsituatie alsnog uit huis werd geplaatst.

Overigens betekent de overgang van thuis naar uit huis niet dat er alleen in deze richting een beweging plaatsvond. Ook het omgekeerde komt voor. Zo stellen we vast dat bijna een derde (31%) van het kwart (23%) jeugdigen dat bij de aanvang van de hulp in een pleeggezin of residentieel centrum verbleef bij de follow-up weer in het gezin van herkomst woont.

We merken tot slot nog op dat het percentage jeugdigen zonder vaste woon- of verblijfplaats bij de follow-up lager is dan bij de aanvang van de hulp. De jeugd die bij de aanvang van de hulp geen vaste woon- of verblijfplaats had blijkt bij de follow-up vooral in een pleeggezin of in een residentieel centrum te wonen.

### *Dagbesteding*

Als tweede algemeen situatiekenmerk geven we de dagbesteding weer van de jeugdigen. Wat doen deze ruim twee jaar later overdag: gaan zij naar school, werken zij of brengen zij de dag onbestemd door zonder school of werk? Tabel 1.3 geeft hiervan een overzicht.



Tabel 1.3 Dagbesteding van de jeugdigen bij de aanvang van de hulp en bij de follow-up

<i>dagbesteding</i>	<i>Totaal (N=137)</i>		<i>Gezinsvoogdij (N=115)</i>		<i>Vrijw. Ambulant (N=22)</i>	
	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>
. schoolgaand	88%	72%	87%	70%	100%	93%
. <i>speciaal onderwijs</i>	30%	31%	32%	29%	21%	47%
. <i>basisonderwijs</i>	23%	15%	22%	16%	32%	7%
. <i>VMBO</i>	30%	26%	29%	26%	37%	20%
. <i>hoger onderwijs</i>	5%	3%	4%	1%	11%	20%
. werkend	6%	13%	6%	14%	--	7%
. onbestemd	6%	12%	7%	14%	--	--

Het blijkt dat het merendeel der jeugdigen bij de follow-up een zinvolle dagbesteding heeft. Bijna driekwart volgt nog een vorm van onderwijs, terwijl ruim een tiende werkt.

Van eveneens ruim een tiende is de dagbesteding onbestemd, in die zin dat deze jeugdigen noch schoolgaand zijn noch werk hebben. Dit is in vergelijking met de situatie van ruim twee jaar geleden iets hoger. Deze noch schoolgaande noch werkende jeugdigen wonen voor tweederde in het gezin van herkomst, voor minder dan een tiende in een pleeggezin en voor een kwart in residentiële centra.

Daarnaast zien we dat een aantal jeugdigen van het basisonderwijs naar het hoger onderwijs is opgeschoven, en dat een aantal jeugdigen is gaan werken. Voorts zien we dat in de sector van de vrijwillige ambulante hulpverlening verhoudingsgewijs veel jeugdigen van het basisonderwijs en het VMBO naar het speciaal onderwijs zijn gegaan.

We besluiten met op te merken dat in beide sectoren, net als twee jaar geleden, de percentages jeugdigen in het speciaal onderwijs nog steeds hoog zijn in vergelijking met de Nederlandse situatie waar 'slechts' 7% 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 tijdens de hulpverlening veel gebruik gemaakt van het speciaal onderwijs.

## 1.4 Samenvatting

Aan de follow-up name 137 cliënten deel. Dit is 61% van de oorspronkelijke onderzoeksgroep. Vergelijking van de demografische en problematiekkenmerken van de (responsgroep)

en de uitvallers (non-responsgroep) laat zien dat beide groepen niet opvallend van elkaar verschillen. De bevindingen bij de follow-up groep zijn daarom redelijke representatief voor de oorspronkelijke groep. Wel zijn de cliënten uit de gezinsvoogdij iets oververtegenwoordigd bij de follow-up, waardoor deze groep het uiteindelijke beeld iets meer bepaalt.

Bij de follow-up woont twee vijfde van de jeugdigen (65%) nog in het gezin van herkomst. Dat is 23% minder dan bij de aanvang, alwaar tweederde van de jeugdigen (42%) nog thuis woonde.

De jeugd die tijdens de follow-up uit huis vertrok blijkt vooral in de pleegzorg (van 7% naar 22% ofwel een toename van 15%) en in residentiële centra (van 16% naar 32% ofwel een toename van 18%) terecht te zijn gekomen. Deze overgang van thuis naar uit huis deed zich zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillig ambulante hulpverlening voor.

Verder is bij de follow-up het aantal jeugdigen met onbestemde verblijfplaats afgenomen van 10% naar 2%. Ook deze jeugdigen kwamen vooral in de pleegzorg en in residentiële centra terecht.

Ook het omgekeerde doet zich voor. Een derde van het kwart jeugdigen dat bij de aanvang van het onderzoek uit huis geplaatst was (31% van 23% ofwel 7% van alle jeugdigen) woonde bij de follow-up weer thuis.

Verder gaat bijna driekwart van de jeugdigen (72%) bij de follow-up nog naar school. Dat is iets minder dan twee jaar geleden (88%). De schoolverlaters bestaat uit een groep jeugdigen die zijn gaan werken, maar ook uit een groep jeugdigen zonder duidelijke dagbesteding.



## **2.1 Inleiding**

Tijdens de follow-up periode hebben de jeugdigen en de gezinnen professionele hulp gekregen. Daartoe hebben de casemanagers (de gezinsvoogden en de hulpverleners uit de vrijwillig ambulante sector) in samenspraak met de cliënten bepaald welke hulp zou worden geboden. Dit wordt de geïndiceerde hulp genoemd. Deze hulp kan door de casemanagers zelf worden gegeven, maar wordt merendeels doorgaans door derden verstrekt, zoals voorzieningen voor intensieve ambulante thuisondersteuning, de geestelijke gezondheidszorg, semi-residentiële instellingen, de pleegzorg, residentiële instellingen e.d.

Wanneer hulp door derden wordt verstrekt houdt de casemanager toezicht op de uitvoering van deze geïndiceerde hulp; de gezinsvoogd en de vrijwillig ambulante hulpverlener is in dit geval verantwoordelijk voor het zogenaamde ‘management van de case’.

In dit hoofdstuk brengen we in kaart welke hulp de jeugdigen en de gezinnen precies kregen. We presenteren eerst het aantal contacten dat de casemanagers met de cliënten hadden. Daarnaast beschrijven we de hulpverlening die uiteindelijk werd gerealiseerd en gaan we na of deze overeenkomt met de hulp die men aanvankelijk op het oog had (de geïndiceerde hulp). Verder bezien we of de door derden verstrekte hulp uitgevoerd werd zoals de casemanagers bedoeld hadden en hoe succesvol de hulpverlening in hun ogen verliep.

## **2.2 Cliëntcontacten casemanagers**

### *Aantal contacten*

Hoeveel contact hadden de gezinsvoogden en ambulante hulpverleners met de jeugdigen en de gezinnen tijdens de follow-up. Om hier zicht op te krijgen hebben we dit voor elke casus op jaarbasis nagevraagd. Tabel 2.1 geeft hiervan een overzicht.

Uit de tabel blijkt dat er gemiddeld op jaarbasis bijna acht gesprekken met de jeugdigen plaatsvonden en ruim negen met de ouders. Daar komen nog gemiddeld bijna zeven telefonische contacten met de jeugdigen bij en gemiddeld elf telefoongesprekken met ouders.

Tabel 2.1 Aantal contacten casemanagers op jaarbasis

	Totaal (N=137)	Gezinsvoogdij (N=115)	Vrijw. Ambulant (N=22)
<i>Face to face</i>			
. Jeugdige	7.6 (4.6)	8.8 (4.7)	4.4 (2.1)
. Ouders	9.2 (6.2)	11.0 (6.7)	5.6 (1.9)
<i>Telefonisch</i>			
. Jeugdige	6.7 (4.7)	7.8 (4.9)	3.8 (2.9)
. Ouders	11.0 (9.5)	13.4 (10.3)	5.1 (2.7)

In de gezinsvoogdij blijken de gemiddelde aantallen veel hoger te liggen dan in de vrijwillige ambulante hulpverlening. Dit is niet verwonderlijk, want de vrijwillige ambulante hulpverlening voert activiteiten in het kader van de toegang tot de jeugdzorg uit die in duur beperkt zijn (screening, diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie), terwijl de gezinsvoogdij veelal over een langere periode wordt gecontinueerd.

#### *Aantal begeleidende hulpverleners*

Ten tijde van het onderzoek stond de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening flink onder druk. De oprichting van de Bureau's Jeugdzorg speelde, er was sprake van een krappe arbeidsmarkt en in de gezinsvoogdij werden werkdrukdiscussies gevoerd. Het is niet ondenkbaar dat deze zaken een weerslag hebben gehad op de hulpverlening. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het aantal verschillende gezinsvoogden en ambulante hulpverleners dat de jeugdigen en de gezinnen te verwerken kregen. We vroegen daarom hoeveel verschillende hulpverleners werden ingezet tijdens de follow-up periode.

Naar voren komt dat de jeugdigen en gezinnen in de vrijwillig ambulante hulpverlening gedurende de hulpverlening grotendeels dezelfde casemanager hadden. Slechts incidenteel werd hier van begeleidende hulpverlener gewisseld.

In de gezinsvoogdij was echter wel sprake van wisselingen. Hier blijkt 56% van de jeugdigen gedurende de looptijd van het onderzoek dezelfde gezinsvoogd te hebben gehad, terwijl 37% met twee verschillende gezinsvoogden van doen had en 8% zelf met drie of meer verschillende gezinsvoogden te maken kreeg.

### 2.3 De gerealiseerde hulpverlening

In deze paragraaf brengen we in beeld welke hulp tijdens de follow-up periode werd gerealiseerd en of deze hulp overeenstemt met de hulp die bij de aanvang van de hulpverlening werd geïndiceerd.

We beantwoorden deze vragen door de hoofdvarianten van hulpverlening naast elkaar te zetten bij de aanvang van de hulp en bij de follow-up. Bij de 'aanvang van de hulp' vermelden we daartoe telkens de geïndiceerde hulpvariant, terwijl we bij de 'follow-up' telkens de laatste variant van hulp vermelden die de jeugdige en het gezin kregen. Tabel 2.2 geeft de verschillende hoofdvarianten die in dit onderzoek worden onderscheiden.

---

**Tabel 2.2 Hoofdvarianten van hulpverlening**

---

- **ambulante hulp:** de hulp die aan de jeugdige en het gezin werd verstrekt terwijl de jeugdige thuis bleef wonen. We maken hierbij een onderscheid tussen:
    - **lichte ambulante hulp** ofwel de hulp die door de casemanagers zelf werd verstrekt, zoals hulp bij financiën/budgettering, opvoedingsondersteuning, bemiddeling e.d., en
    - **intensieve ambulante hulp** ofwel de ambulante hulp door specialisten aan de jeugdige en het gezin gegeven, zoals intensieve thuisondersteuning of video-hometraining
  - **semi-residentiële hulp:** de hulp die door een daghulpcentrum aan de jeugdige en het gezin werd gegeven
  - **pleegzorg:** de opname van de jeugdige in een pleeggezin
  - **residentiële hulp:** de hulp die de jeugdige kreeg door uithuisplaatsing in een residentieel centrum. We maken hierbij een onderscheid tussen:
    - **lichte residentiële hulp** ofwel de opname van de jeugdige in een tehuis voor verzorging en opvoeding, zoals een residentiële leefgroep, een gezinshuis of begeleidde kamertraining
    - **intensieve residentiële hulp** ofwel de opname van de jeugdige in een behandelingshuis of een gesloten residentiële setting.
- 

Vervolgens presenteren we in tabel 2.3 een overzicht van de geïndiceerde en de uiteindelijke gekregen hulp.

Uit de tabel 2.3 blijkt dat de verdeling van de jeugdigen over de verschillende hoofdvarianten bij de follow-up in grote lijnen overeenkomt met die over de bij de aanvang van de hulpverlening geïndiceerde hulpvarianten. Wel blijkt dat er iets meer jeugdigen uiteindelijk residentiële hulp en pleegzorg kregen ofwel uit huis waren geplaatst (63%) dan aanvankelijk was bedoeld (53%) en dat er derhalve minder vaak ambulante hulp werd verstrekt dan men aanvankelijk beoogde. Dit laatste gold met name in de sector van de vrijwillig ambulante jeugdhulpverlening voor de intensief ambulante hulpvariant.

Tabel 2.3 Geïndiceerde hulp en gekregen hulp

<i>hulpvariant</i>	<i>Totaal</i> (N=137)		<i>Gezinsvoogdij</i> (N=115)		<i>Vrijw. Ambulant</i> (N=22)	
	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>	<i>aanvang</i>	<i>fu</i>
. ambulante hulp	39%	32%	33%	29%	72%	56%
. licht	17%	17%	15%	17%	10%	18%
. intensief	22%	17%	18%	12%	60%	38%
. semi-residentieel	8%	3%	8%	1%	10%	14%
. pleegzorg	15%	18%	16%	20%	5%	10%
. residentiële hulp	38%	45%	42%	50%	15%	20%
. licht	22%	28%	24%	31%	10%	10%
. intensief	16%	17%	18%	19%	5%	10%

Deze bevinding lijkt te suggereren dat de uiteindelijk verstrekte hulp in grote lijnen overeenstemt met de aanvankelijk geïndiceerde hulp. Dat kan echter niet zonder meer worden gesteld. Immers, de jeugdigen waarvan bij de follow-up naar voren komt dat zij uiteindelijk ambulante of residentiële hulp hebben gekregen kunnen andere jeugdigen zijn dan die waarvoor deze hulpvormen bij de aanvang werden geïndiceerd.

Wanneer we naar het totaal van de vier hoofdvarianten ambulante, semi-residentieel, pleegzorg en residentieel kijken dan stellen we bij de follow-up vast dat het voor bijna twee derde (62%) bij de oorspronkelijk beoogde hoofdvariant van hulp bleef. In de resterende gevallen werd een zwaardere hulpvorm gerealiseerd dan aanvankelijk de bedoeling was.

Dit lijkt erop te duiden dat het voor de hulpverlening kennelijk niet gemakkelijk is de aanvankelijk geïndiceerde hulp uiteindelijk ook daadwerkelijk te realiseren.

In tabel 2.4 is af te lezen bij welke hulpvarianten zich vooral wijzigingen voordeden.

Tabel 2.4 Relatie tussen geïndiceerde hulp en gekregen hulp (N=137)

<i>hulpvariant</i>	<i>Ambulant</i>			<i>Semi-Residentieel</i>	<i>Pleegzorg</i>	<i>Residentieel</i>		
	<i>tot.</i>	<i>licht</i>	<i>intens.</i>			<i>tot.</i>	<i>licht</i>	<i>intens.</i>
. ambulante hulp	<b>56%</b>	25%	31%	4%	13%	27%	21%	6%
. licht	<b>71%</b>	38%	33%	5%	10%	20%	10%	10%
. intensief	<b>45%</b>	15%	30%	4%	19%	34%	30%	4%
. semi-residentieel	10%	--	10%	<b>20%</b>	10%	60%	20%	40%
. pleegzorg	12%	6%	6%	--	<b>78%</b>	12%	6%	6%
. residentiële hulp	24%	13%	11%	--	4%	<b>72%</b>	46%	26%
. licht	23%	19%	4%	--	4%	<b>74%</b>	48%	26%
. intensief	26%	5%	21%	--	5%	<b>68%</b>	42%	26%

In de tabel zijn de percentages waarbij de uiteindelijk gerealiseerde hulp overeenstemt met de geïndiceerde hulp vetgedrukt.

Nu blijkt dat de jeugdigen met een *ambulante hulpindicatie* in ruim de helft van de gevallen (56%) ook daadwerkelijk ambulante hulp hebben gehad. Bijna een kwart van de jeugdigen met een ambulante hulpindicatie werd uiteindelijk echter toch uit huis geplaatst in een residentiële centrum, merendeels in een centrum voor verzorging en opvoeding, terwijl ruim een tiende uiteindelijk in een pleeggezin terecht kwam. Een klein deel kreeg naast de ambulante hulp semi-residentiële hulp.

Van de jeugdigen waarbij men *semi-residentiële hulp* op het oog had bleek men bij slechts een vijfde (20%) met deze hulpvariant te hebben volstaan. Meer dan de helft van deze jeugdigen (60%) kwam uiteindelijk echter toch in een residentiële centrum terecht, voor een groot deel in een behandelingshuis, terwijl een tiende in een pleeggezin werd geplaatst.

De jeugdigen met bij de aanvang een *pleegzorgindicatie* blijken bij de follow-up merendeels inderdaad in een pleeggezin terecht te zijn gekomen (78%). Niettemin werd ruim een tiende alsnog doorgeplaatst naar een residentiële centrum, terwijl eveneens ongeveer een tiende uiteindelijk niet in een pleeggezin terecht kwam maar hulp in de thuissituatie kreeg.

De jeugdigen waarvoor men een *residentieel centrum* in petto had blijken daar merendeels ook inderdaad terecht te zijn gekomen (72%). Bij een kwart van de jeugdigen met aanvankelijk een residentiële indicatie werd echter uiteindelijk toch hulpverlening in de thuissituatie gerealiseerd.

Dat het niet gemakkelijk is om met de aanvankelijk beoogde hulp te blijven kunnen volstaan blijkt ook wanneer we in tabel 2.4 de aandacht richten op het onderscheid lichte en zware ambulante hulp, en lichte en zware en residentiële hulp. Dan blijkt dat de residentiële terecht gekomen jeugdigen waarbij men een lichte variant op het oog had voor ruim een derde (26% van 72% ofwel 36%) uiteindelijk in een intensieve variant is geplaatst, terwijl jeugdigen waarvoor men intensieve varianten in petto had voor bijna twee derde (42% van 68% ofwel 62%) uiteindelijk in lichte residentiële varianten terecht zijn gekomen.

We stellen derhalve vast dat aanvankelijk geïndiceerde pleegzorgplaatsingen nog het meest werden gerealiseerd. Op de tweede plaats komt de residentiële plaatsing, dan de ambulante hulpverlening en de hekkensluis is de semi-residentiële plaatsing, die in meer dan de helft van de gevallen uiteindelijk toch overging in een residentiële opname.

We moeten hierbij aantekenen dat de ambulante en residentiële plaatsingen uiteindelijk nogal eens uitkwamen bij een zwaarte die anders was aan de oorspronkelijk geïndiceerde hulp-zwaarte (d.w.z. licht hulp werd nogal eens zware en zware nogal eens lichte hulp).



We kunnen het voorafgaande kort samenvatten door het aantal jeugdigen te bezien dat met een of meerdere hulpvormen te maken kreeg. Dan blijkt dat 15% alleen lichte ambulante hulp van de gezinsvoogd/casemanager kreeg, 55% kreeg daarnaast een andere vorm van hulp, 24% kwam in aanraking met twee andere vormen van hulp en de resterende jeugdigen hadden te maken met 4 verschillende vormen van hulp.

## 2.4 Integriteit van de hulp

De hulp die de jeugdigen en de gezinnen krijgen wordt aangeboden vanuit het perspectief dat deze een remediërend effect zal hebben op de factoren die de ontwikkeling van de jeugdige bedreigen. De casemanager zoekt daartoe in principe in samenspraak met de jeugdige en diens ouders een vorm van hulp of setting waarvan bekend is dat deze de gediagnosticeerde problematiek kan oplossen, c.q. de ontwikkeling van de jeugdige zal bevorderen. Dit betekent dat de geïndiceerde hulp inhoudelijk moet passen bij de gediagnosticeerde problemen.

Om de beoogde positieve uitwerking te bereiken dient daarnaast echter nog aan een tweede voorwaarde te zijn voldaan: de geïndiceerde hulp dient in de praktijk ook volgens haar inhoudelijke specificaties te worden uitgevoerd. Als bijvoorbeeld bij een jeugdige met agressieve gedragsproblemen een cognitieve gedragstherapie met dagelijkse sessies wordt voorgeschreven omdat uit de literatuur bekend is dat dit de meest effectieve aanpak is voor deze problemen, maar er wordt in de praktijk een psychodynamische gesprekstherapie op wekelijkse basis aangeboden, dan is het zeer de vraag of de hulp het beoogde effect zal sorteren.

De mate waarin geïndiceerde hulpverlening overeenkomstig de bedoelde inhoudelijke specificaties is uitgevoerd wordt ook wel de integriteit van de hulpverlening genoemd.

Om hierop zicht te krijgen vroegen we de casemanagers op een vierpuntsschaal aan te geven in welke mate de in vorige paragraaf verstrekte hulp conform de inhoudelijke bedoelingen en afspraken werd uitgevoerd. Tabel 2.5 geeft deze oordelen weer.

De tabel laat zien dat de uitvoering van de hulpverlening bij bijna een vijfde geheel overeenkomstig de bedoelingen was en in minder dan een tiende geheel niet. Merendeels beoordeelt men de uitvoering van de hulp als 'voldoende' overeenkomstig de oorspronkelijke bedoelingen en afspraken.

We merken voorts op dat de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening wat hun beoordeling van de integriteit van de uiteindelijk gerealiseerde vervolghulp betreft niet opvallend verschillen. Ook tussen de gezinsvoogdij-regio's onderling treffen we geen grote ver-

schillen aan. Uitzondering vormen de lichte residentiële hulpvarianten. De uitvoering hiervan werd in de regio Zuid voor 25% als niet overeenkomstig de oorspronkelijke bedoelingen en afspraken beoordeeld tegenover 5% in de overige regio's.

### 2.5 Integriteit van de hulpverlening

	<i>niet</i>	<i>voldoende</i>	<i>geheel</i>
. ambulante hulp	10%	83%	10%
. . licht	-	95%	5%
. . intensief	13%	73%	14%
. semi-residentieel	-	-	100%
. pleegzorg	-	64%	36%
. residentiële hulp	11%	71%	17%
. . licht	14%	70%	16%
. . intensief	4%	70%	26%
. totaal	9%	73%	18%

Al met al blijkt uit deze cijfers dat de verschillende hulpvarianten volgens de casemanagers merendeels in voldoende mate hulp boden zoals oorspronkelijk bedoeld en feitelijk afgesproken was.

Daarbij komt de semi-residentiële hulpverlening als de beste naar voren, op de voet gevolgd door de pleegzorg.

Op de derde plaats komen de intensieve residentiële hulpvarianten en op de vierde plaats de lichte ambulante hulpvormen.

Hekkensluiters zijn de intensieve vormen van ambulante thuisondersteuning en de lichte residentiële hulpvarianten, waarvan de hulpverlening met name in de gezinsvoogdijregio Zuid vaker als niet overeenkomstig de afspraken werd beoordeeld.

### 2.5 Succesvolheid van de hulp

We vroegen de casemanagers tot slot nog op een vierpunt-schaal aan te geven in hoeverre zij de verstrekte vervolghulp geslaagd of 'succesvol' vonden.

Hierbij komt naar voren dat men bij ruim een tiende (11%) de hulp als volledig geslaagd zou willen betitelen en bij ruim de helft (56%) als voldoende geslaagd.

Omdat de verschillende hulpvarianten nogal uiteenlopend worden beoordeeld, geven we deze in tabel 2.5 weer. De percentages verwijzen naar geheel of voldoende geslaagde hulp. Voor de duidelijkheid merken we op dat de genoemde hulpvarianten betrekking hebben op de uiteindelijk gerealiseerde hulp en niet op de bij de aanvang geïndiceerde hulpverlening.

De tabel laat zien dat men de semi-residentiële hulpvarianten in alle gevallen als geslaagd bestempelt. Daarna volgen de pleegzorg met 72%, de ambulante hulpvarianten met 68% en tot slot de residentiële hulpvarianten met 62%. Verder beoordeelt men de intensieve ambulante hulpvarianten vaker als 'geslaagd' dan de lichtere varianten. Bij de residenties is dit net omgekeerd. Hier bestempelt men de lichtere residentiële varianten iets vaker als 'geslaagd' dan de zwaardere.

**Tabel 2.5 Beoordeling succesvolheid van de hulp**

<i>hulpvariant</i>	<i>Totaal (N=137)</i>	<i>Gezinsvoogdij (N=115)</i>	<i>Vrijw. Ambulant (N=22)</i>
. ambulant hulp	68%	63%	88%
. licht	58%	58%	--
. intensief	77%	71%	88%
. semi-residentiëel	100%	100%	100%
. pleegzorg	72%	73%	--
. residentiële hulp	62%	63%	50%
. licht	68%	69%	50%
. intensief	54%	50%	50%

We merken tot slot van deze paragraaf nog op dat er een sterke samenhang bestaat tussen de mate waarin met de hulpverlening als succesvol beoordeeld en de mate waarin deze conform de bedoelingen en afspraken werd uitgevoerd ( $r > .80$ ). Dit zou erop kunnen duiden dat de integriteit waarmee de hulp wordt uitgevoerd een belangrijke bepalende factor is in de succesvolheid van de hulp. Omdat beide beoordelingen door dezelfde hulpverleners werden gemaakt kan dat echter niet zomaar worden gesteld. We komen hier in §7.1 nog kort op terug.

## 2.6 Lopende en beëindigde hulp

Werd de hulpverlening aan de jeugdigen en de gezinnen gedurende de follow-up periode van twee jaar beëindigd, en zo ja, wat waren redenen daarvoor? Tabel 2.6 geeft een overzicht van de status van de hulpverlening bij de follow-up.

Twee jaar na de aanvang van de hulp blijkt ruim twee derde van de jeugdigen nog steeds hulp te krijgen. Dat is vooral zo in de gezinsvoogdij, waar bij driekwart van de jeugdigen de maatregel wordt gecontinueerd. In de vrijwillig ambulante sector blijkt een derde van de jeugdigen nog hulp te krijgen.

Tabel 2.6 Status hulpverlening bij de follow-up

<i>Status</i>	<i>Totaal (N=137)</i>	<i>Gezinsvoogdij (N=115)</i>	<i>Vrijw. Ambulant (N=22)</i>
. lopend	69%	76%	33%
. beëindigd, vanwege:	31%	24%	68%
. slagen hulpverlening	10%	4%	43%
. afloop maatregel	17%	19%	--
. voortijdig beëindigd	4%	1%	15%

De reden voor het beëindigen van de hulpverlening is bij de gezinsvoogdij vooral het aflopen van de maatregel bij jeugdigen die de leeftijd van 18 jaar hebben bereikt.

In deze sector werd daarnaast bij een gering aantal (4%) jeugdigen en gezinnen de maatregel beëindigd omdat de oorspronkelijke opvoedingssituatie werd hersteld. Een beëindiging van de maatregel omdat de gezinsvoogdij niet aansloeg kwam hier incidenteel voor.

Bij de ambulante vrijwillige hulpverlening werd de hulp in ruim tweevijfde van de gevallen beëindigd vanwege het slagen van de hulp. In iets meer dan een tiende werd de hulp echter voortijdig gestaakt. Als reden hiervoor werd vooral genoemd dat de hulpverlening alsnog moest worden ondersteund via een jeugdbeschermingsmaatregel.

## 2.7 Samenvatting

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de hulpverlening die de jeugdigen en de gezinnen tijdens de follow-up periode ontvingen.

Op jaarbasis vonden er gemiddeld bijna 8 contacten plaats tussen de casemanagers en de jeugdigen en gemiddeld ruim 9 met de ouders/gezinnen. In de gezinsvoogdij was het aantal bijna 9 met de jeugdigen en 11 met de ouders/gezinnen, in de vrijwillig ambulante sector bedroeg dit gemiddeld aantal ruim 4 contacten met de jeugdigen en bijna 6 met de ouders.

Tijdens de hulpverlening hielden de jeugdigen in meerderheid dezelfde casemanager. Bij de gezinsvoogdij echter blijkt dat tweevijfde van de jeugdigen te maken kreeg met een andere gezinsvoogd.

De hulp die de jeugdigen en de gezinnen uiteindelijk kregen blijkt voor een deel overeen te komen met de oorspronkelijk bedoelde hulp, maar voor een deel ook niet. Zo blijkt een kwart van de jeugdigen met een ambulante hulpindicatie in de loop van de follow-up periode toch

uit huis te zijn geplaatst in de pleegzorg of in een residentiële setting. Daarnaast blijkt meer dan de helft van de jeugdigen met een aanvankelijk semi-residentiële plaatsing naar de pleegzorg of een residentieel centrum te zijn verplaatst. Ook het omgekeerde komt voor. Zo blijkt een kwart van de jeugdigen die bij de start van de hulpverlening zouden worden geplaatst in een residentieel centrum bij de follow-up toch gewoon thuis te wonen.

Een indruk van de kwaliteit van de uitvoering van hulp werd verkregen door te bezien of de gerealiseerde hulp werd uitgevoerd overeenkomstig de bedoelingen en de afspraken tussen de casemanagers en de hulpverleningsvoorzieningen. Dat blijkt bij bijna een vijfde geheel het geval te zijn geweest en bij minder dan een tiende geheel niet. In de resterende driekwart beoordeelde men de uitvoering als voldoende.

Wanneer we de casemanagers vragen het succes van de hulpverlening te beoordelen dan blijkt dat men de uiteindelijk gerealiseerde hulp voor een tiende geheel geslaagd vindt en voor ruim de helft als voldoende geslaagd.

Tot slot werd de hulp tijdens de follow-up periode in de gezinsvoogdij bij een kwart van de zaken afgesloten, merendeels omdat de jeugdige de leeftijd van 18 jaar had bereikt en de maatregel dientengevolge afliep. Incidenteel werd een maatregel beëindigd omdat de opvoedingssituatie was hersteld.

In de vrijwillig ambulante sector werd tweederde van de zaken afgesloten. Dit was in driekwart van afgesloten zaken omdat de hulpverlening succesvol afgerond was en bij een kwart omdat de hulp vanwege gebrek aan succes voortijdig moest worden beëindigd en naar andere oplossingen moest worden gezocht, zoals hulpverlening in het kader van een maatregel.

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk maken we gewag van de ontwikkelingen die de jeugdigen en de gezinnen volgens hun casemanagers doormaakten tijdens de hulpverlening.

Oorspronkelijk lag het in de bedoeling dat de casemanagers daartoe bij de follow-up de VSPS zouden invullen. Dat bleek echter vanwege de werkdruk niet haalbaar. Daarom werd voor dit onderdeel de Hulpverleningsvragenlijst (HV) gemaakt. Het betreft hier een op de korte versie van de VSPS geënte vragenlijst waarmee de gedrags-, emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdigen in kaart kan worden gebracht, evenals de ontwikkelingen in het gezinsfunctioneren. Deze ontwikkelingen werden beoordeeld op vierpuntsschalen lopend van 1 = geen vooruitgang tot 4 = erg veel vooruitgang. De lijst is deels ingevuld door de casemanagers en deels door de onderzoekers op grond van dossierstudies.

Omdat beoordeling plaatsvond op basis van hulpverleningsgegevens en op basis van een verkorte versie van de VSPS weerspiegelen de hier gerapporteerde ontwikkelingen de visie van de hulpverlening. In hoofdstuk 4 komen de met standaardinstrumenten bepaalde effecten aan bod, in hoofdstuk 5 de visie van de cliënten.

### 3.2 De gedragsontwikkeling

Bij de follow-up is de hulpverlening gevraagd aan te geven in welke mate het uiterlijk gedrag van de jeugdigen is veranderd tijdens de hulpverlening. De uitslagen staan in tabel 3.1.

Het oordeel over de vooruitgang bij de follow-up blijkt over de gehele linie tamelijk positief te zijn. Op alle aspecten signaleert de hulpverlening bij zo'n driekwart van de jeugdigen enige tot veel vooruitgang in de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsontwikkeling. De meeste vooruitgang wordt vastgesteld voor de zelfbepaling en het cognitief functioneren.

Tussen de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening zijn echter verschillen met betrekking tot de gedragsontwikkeling en de cognitieve ontwikkeling.

Wat het eerste aspect betreft wordt door de gezinsvoogden slechts bij iets meer dan de helft van de jeugdigen enige tot veel vooruitgang in het gedrag bespeurd, terwijl de ambulante hulpverlening bij vrijwel alle jeugdigen op gedragsgebied enige tot veel vooruitgang ziet.

Wat het tweede aspect betreft beoordeelt de ambulante hulpverlening slechts bij een derde van de jeugdigen de cognitieve ontwikkeling als vooruitgegaan, terwijl de gezinsvoogden bij driekwart van de jeugdigen op dit gebied enige tot veel vooruitgang zien.

**Tabel 3.1 Vooruitgang gedrags-, emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling**

Kenmerk	Totaal (N=137)		Gezinsvoogdij (N=115)		Vrijw. Ambulant (N=22)	
	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>
. gedragsmatig functioneren	79% (23%) <sup>1</sup>	21%	57% (12%)	43%	88% (29%)	12%
. intrapsychisch functioneren	82% (11%)	18%	71% (12%)	29%	81% ( 6%)	19%
. cognitief functioneren	68% ( 5%)	32%	71% ( 4%)	29%	33% ( 0%)	67%
. zelfcontrole	74% (15%)	25%	75% (15%)	25%	83% (18%)	17%
. zelfbeeld	79% (12%)	21%	80% (13%)	20%	76% ( 6%)	24%
. zelfbepaling	61% (15%)	39%	64% (13%)	36%	75% (19%)	25%

<sup>1</sup> het percentage tussen haakjes verwijst naar veel vooruitgang.

Wanneer we echter de blik richten op de jeugdigen die er veel op vooruit zijn gegaan, dan komen de percentages aanzienlijk lager uit. Op het merendeel der aspecten liggen ze rond de tien procent. Alleen in de vrijwillig ambulante jeugdhulpverlening treffen we ruim een kwart jeugdigen dat er in gedragsmatig opzicht tijdens de hulpverlening veel op vooruit is gegaan. Opvallend is voorts dat vrijwel geen der jeugdigen er volgens de hulpverlening gedurende de follow-up in cognitief opzicht veel op vooruitgegaan is.

### 3.3 School, werk en vrije tijd

We zagen eerder (tabel 1.3) dat het merendeel der jongeren bij de follow-up nog schoolgaand was. Tabel 3.3. geeft weer hoe men in de hulpverlening de ontwikkelingen op dit gebied beoordeelde. De tabel geeft tevens weer hoe de ontwikkeling van de relaties met leeftijdgenoten en de invulling van de vrije tijd werd beoordeeld.

Afgaande op de hulpverleningsgegevens zijn de school-werksituatie en de relaties met leeftijdgenoten er bij driekwart van de jeugdigen enigszins tot veel op vooruitgegaan. Dat is minder het geval in de besteding van de vrije tijd. Hier blijkt ruim tweederde van de jeugdigen vooruitgang te hebben geboekt.

Tabel 3.3 Vooruitgang op school en in de vrije tijd

Kenmerk	Totaal (N=137)		Gezinsvoogdij (N=115)		Vrijw. Ambulant (N=22)	
	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>
. school/werk	77% (28%) <sup>1</sup>	23%	76% (30%)	24%	80% (28%)	20%
. relaties leeftijdgenoten	77% (18%)	23%	77% (18%)	23%	76% (24%)	24%
. vrije tijdsbesteding	68% (18%)	32%	66% (17%)	33%	76% (24%)	24%

<sup>1</sup> het percentage tussen haakjes verwijst naar veel vooruitgang.

Ook hier geldt weer dat de percentages aanzienlijk lager liggen wanneer we alleen kijken naar de jeugdigen die er veel op vooruitgegaan zijn. Voor de school-werk situatie komen we dan uit op ruim een kwart en voor de relaties met leeftijdgenoten en de besteding van de vrije tijd op minder dan een vijfde.

Wat betreft deze gebieden ontlopen de beoordelingen in de gezinsvoogdij en in de vrijwillig ambulante hulpverlening elkaar nauwelijks, zij het dat men in de laatste sector bij de vrije tijdsbesteding iets gunstiger oordeelt.

### 3.4 De ontwikkelingen in het gezin

Bij de follow-up werd tevens nagegaan of het gezinsfunctioneren tijdens de follow-up periode verbeterde. De uitslagen hiervan staan in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Vooruitgang in het gezinsfunctioneren

Kenmerk	Totaal (N=137)		Gezinsvoogdij (N=115)		Vrijw. Ambulant (N=22)	
	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>
. relatie jeugdige-moeder	71% (29%) <sup>1</sup>	29%	68% (18%)	32%	88% (12%)	12%
. relatie jeugdige-vader	66% (16%)	34%	63% (16%)	37%	85% ( 0%)	15%
. relatie ouders	56% ( 7%)	44%	55% ( 8%)	45%	57% ( 7%)	43%
. functioneren ouders	60% ( 8%)	40%	57% ( 7%)	43%	76% (12%)	24%
. opvoedingsvaardigheden	36% ( 3%)	64%	38% ( 3%)	62%	30% ( 0%)	70%
. herstel opvoedingssituatie	62% ( 8%)	38%	58% (14%)	42%	64% ( 7%)	36%

<sup>1</sup> het percentage tussen haakjes verwijst naar veel vooruitgang.

De tabel laat zien dat men in de hulpverlening bij ongeveer tweederde van de gezinnen enige tot veel vooruitgang waarneemt in de relatie tussen de jeugdige en diens vader en moeder.



Ook wordt bij bijna tweederde van de gezinnen enige tot veel vooruitgang in het persoonlijk functioneren van de ouders bespeurd. Dat geldt zowel voor de gezinsvoogdij als de vrijwillig ambulante hulpverlening, zij het dat men in de laatstgenoemde sector op deze gebieden iets vaker melding maken van vooruitgang dan in de eerstgenoemde.

Op het gebied van de opvoedingsvaardigheden van de ouders en in de relatie tussen de ouders ziet men echter aanzienlijk minder vooruitgang. Zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillig ambulante hulpverlening neemt men bij meer dan de helft tot tweederde van de gezinnen op deze gebieden geen enkele vooruitgang waar.

Dat weerspiegelt zich ook in het tamelijk forse aantal van meer dan tweederde van de gezinnen waar de opvoedingssituatie zich tijdens de hulpverlening in het geheel niet heeft herstelt, terwijl in vrijwel alle resterende gezinnen men slechts spreekt van enig herstel.

### 3.5 Hulpdoelen

Bij een planmatige opzet van de hulpverlening worden bepaalde doelstellingen nagestreefd die de ontwikkeling van de jeugdige en het gezin beogen te bevorderen. De mate waarin de hulpdoelen worden bereikt geeft een indruk van het effect van de hulpverlening.

In het onderzoek werd de casemanagers daarom gevraagd van een aantal centrale pedagogische doelstellingen aan te geven in hoeverre ze werden bereikt. De beoordeling vond plaats op een schaal lopend van 1 'het doel werd niet bereikt' via 2 'het doel werd in enige mate bereikt' en 3 'het doel werd in hoge mate bereikt' naar 4 'het doel werd volledig gehaald'.

Tabel 3.4 geeft de bevindingen weer voor de op de jeugdigen gerichte en tabel 3.5 voor de op de gezinnen gerichte hulpdoelen. De percentages hebben alleen betrekking op de jeugdigen en de gezinnen waar de onderscheiden hulpdoelen werden nagestreefd.

**Tabel 3.4 Bereiken hulpdoelen jeugdige**

Hulpdoel	Totaal (N=137)		Gezinsvoogdij (N=115)		Vrijw. Ambulant (N=22)	
	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>
<i>Bevordering:</i>						
. intrapsychisch functioneren	74% (10%) <sup>1</sup>	26%	62% (12%)	28%	88% ( 0%)	12%
. gedragsmatig functioneren	62% (18%)	28%	70% (18%)	30%	71% (19%)	19%
. persoonlijkheid	69% (16%)	31%	67% (16%)	33%	80% (13%)	20%
. omgang leeftijdgenoten	76% (11%)	24%	75% (12%)	25%	80% ( 7%)	20%
. school-werk situatie	77% (28%)	23%	70% (30%)	22%	70% ( 0%)	30%
. vrijetijdsbesteding	69% (12%)	31%	68% (11%)	32%	79% (14%)	21%

<sup>1</sup> het percentage tussen haakjes verwijst naar volledig gehaalde hulpdoelen.

De tabel maakt duidelijk dat de onderscheiden hulpdoelen bij tweederde tot driekwart van de jeugdigen in enige dan wel hoge mate werden bereikt en bij telkens ongeveer een kwart van de jeugdigen niet. Het verbeteren van de school-werk situatie werd het meest bereikt en het verbeteren van de persoonlijkheid en de vrijetijdbesteding het minst.

Verder blijkt dat de onderscheiden doelen slechts bij ongeveer een vijfde tot een tiende van de jeugdigen volledig konden worden gerealiseerd.

Het verbeteren van de school-werk situatie blijkt nog het vaakst volledig te zijn gerealiseerd. Dit werd voor bijna voor een derde van de jeugdigen volledig bereikt.

Uitsplitsing naar de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante sector wijst uit dat met name de gezinsvoogdij aangaf erin geslaagd te zijn dit doel voor bijna een derde van haar pupillen waar te maken.

Richten we in tabel 3.5 de aandacht op de doelen die voor de gezinnen werden gesteld. Hier blijkt men bij de helft tot ruim driekwart van de gezinnen de onderscheiden hulpdoelen in enige tot hoge mate te hebben kunnen realiseren en bij een kwart tot een derde van de gezinnen niet. Kritische kanttekening daarbij is wel dat slechts bij een tiende van de gezinnen de hulpdoelen volledig waar werden gemaakt.

**Tabel 3.5 Bereiken hulpdoelen gezin**

Hulpdoel	Totaal (N=137)		Gezinsvoogdij (N=115)		Vrijw. Ambulant (N=22)	
	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>	<i>enig-veel</i>	<i>niet</i>
. opvoedingssituatie	62% (11%)	38%	62% ( 9%)	38%	77% (25%)	33%
. opvoedingsvaardigheden	77% (11%)	23%	64% ( 9%)	36%	82% (24%)	18%
. gezinsfunctioneren	65% (10%)	35%	65% (11%)	35%	65% ( 6%)	35%
. problemen van opvoeders	50% (11%)	50%	49% (12%)	51%	54% ( 8%)	46%

<sup>1</sup> het percentage tussen haakjes verwijst naar volledig gehaalde hulpdoelen.

Het doel dat volgens de hulpverlening het vaakst in enige mate werd gerealiseerd was het versterken van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, terwijl het opheffen van de persoonlijke problemen van de opvoeders het minst werd gerealiseerd.

Het herstel van de opvoedingssituatie en het vergroten van de opvoedingsvaardigheden werden in de vrijwillige ambulante hulpverlening vaker waar gemaakt dan in de gezinsvoogdij.

### 3.6 Onderlinge samenhangen

Het voorafgaande schetste een beeld van de vooruitgang die de hulpverlening waarnam voor een aantal uiteenlopende aspecten van de psychosociale situatie van de jeugdigen.

De vraag die zich daarbij opdringt is: zijn de cliënten die er op het ene gebied op vooruitgaan nu dezelfde als die er op de andere gebieden op vooruit zijn gegaan? Zijn de jeugdigen waarvan het gedrag bijvoorbeeld verbeterde dezelfde als de jeugdigen die beter zijn gaan functioneren op school, of is zo'n samenhang er niet.

In deze paragraaf presenteren we de samenhangen die er bestaan. Daartoe voerden we allereerst een factoranalyse uit over de in tabel 3.1 tot en met tabel 3.3. genoemde kenmerken. Dit resulteerde in een twee factor oplossing die 67% van de variantie verklaart.

Op de eerste factor groeperen alle *kenmerken van de jeugdigen*. Deze factor heeft derhalve betrekking op de vooruitgang die in de ontwikkeling van de jeugdigen wordt gesignaleerd. De interne consistentie van de factor is .93, hetgeen als hoog bestempeld kan worden (Evers e.q., 2000). Het feit dat alle kindfactoren bij elkaar groeperen duidt erop dat als men op het ene gebied vooruitgang bij de jeugdige ziet, men dat ook op de andere gebieden signaleert.

Op de tweede factor groeperen alle *gezinskenmerken*. Deze factor heeft derhalve betrekking op de vooruitgang die in het gezinsfunctioneren wordt waargenomen. De interne consistentie van deze factor is .85, hetgeen als goed kan worden bestempeld. De bevinding dat alle gezinsfactoren bij elkaar groeperen duidt erop dat als men op het ene gezinsaspect vooruitgang ziet, men dat doorgaans ook op de andere gebieden signaleert.

We gaan vervolgens via een correlatieve analyse na in hoeverre de twee factoren onderling samenhangen. De correlatie blijkt .48 te zijn. Dit duidt erop dat er een duidelijke samenhang is. Indien de hulpverlening in het gezinsfunctioneren vooruitgang bespeurt dan signaleert men verhoudingsgewijs vaak ook een vooruitgang in het functioneren van de jeugdigen.

We onderzoeken verder welke demografische kenmerken de kinderen hebben die er op beide maten op vooruit zijn gegaan. We noemen alleen de significante correlaties groter dan 0.2.

Bij de demografische kenmerken zien we alleen een verband tussen de leeftijd van de jeugdige en de mate waarin de jeugdige volgens de hulpverlening persoonlijk vooruitgang boekt. Dit betekent dat de jongere jeugd een iets grotere kans heeft op psychosociale groei dan de oudere jeugd.

Een verband met sekse en etnische achtergrond wordt niet gevonden. Dit betekent dat zowel

de jongens als de meisjes als de allochtone en de autochtone jeugd dezelfde kansen hebben er op vooruit te gaan.

Tenslotte stellen we vast dat een verbetering in het gezinsfunctioneren niet samenhangt met de leeftijd, de sekse en de etnische achtergrond van de jeugdigen. Kinderen en jongeren, jongens en meisjes en allochtone en autochtone jeugdigen hebben wat dit aangaat derhalve gelijke kansen in de hulpverlening.

### **3.7 Samenvatting**

In dit hoofdstuk werd de ontwikkeling van de jeugdigen en de gezinnen in kaart gebracht zoals die uit de gegevens van de hulpverlening valt af te leiden.

Bij zo'n driekwart van de jeugdigen wordt enige tot veel vooruitgang gesignaleerd in het gedrag, het intrapsychisch functioneren en de persoonlijkheid. Ook op het gebied van de school/het werk en de vrijetijd wordt bij driekwart van de jeugdigen enige tot veel vooruitgang gesignaleerd. De meeste vooruitgang ziet men in de school/werksituatie zelf. Deze was bij ruim een kwart van de jeugdigen zeer duidelijk verbeterd.

Wanneer we het aantal jeugdigen bezien dat er veel op vooruitgegaan is, dan slinken de percentages tot rond de tien procent. Dit duidt erop dat de vooruitgang die men in de hulpverlening bij de jeugdigen signaleert toch tamelijk beperkt is.

Bij ongeveer tweederde signaleert men enige tot veel vooruitgang in het functioneren van het gezin. De relatie tussen de jeugdigen en hun ouders en het persoonlijk functioneren van de opvoeders ziet men het meeste vooruitgaan, terwijl men in de relatie tussen de ouders minder vooruitgang bespeurt. De minste vooruitgang neemt men waar bij de opvoedingsvaardigheden.

Wanneer we nagaan of de hulpverlening haar hulpdoelen heeft bereikt dan blijkt dit bij tweederde tot driekwart van de zaken enigszins tot zeker het geval te zijn. Ook hier zakken de percentages tot rond de 10% wanneer we alleen de volledig bereikte hulpdoelen bezien. Een betere school/werksituatie voor de jeugdige werd het meeste volledig gerealiseerd (28%).



### **4.1 Inleiding**

Het voorgaande hoofdstuk gaf een beeld van de ontwikkelingen die de jeugdigen en de gezinnen in de hulpverlening doormaakten. Dit beeld werd gebaseerd op gegevens die door de hulpverlening waren aangeleverd.

In dit hoofdstuk gaan we na in hoeverre er vooruitgang is geboekt aan de hand van twee gestandaardiseerde meetinstrumenten: de CBCL en de NPV-J.

Omdat het hier meetinstrumenten betreft die een geobjectiveerd beeld van de jeugdigen presenteren te geven spreken we in dit hoofdstuk over effecten. Meer dan in het voorafgaande hoofdstuk geven de testuitslagen specifieke informatie over de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdigen.

We beschikken over de gegevens verkregen op twee meetmomenten: bij de start van het onderzoek en na ruim twee jaar. We kunnen daardoor nagaan in hoeverre er op de middellange termijn veranderingen zijn opgetreden in het functioneren van de jeugdigen.

### **4.2 Onderzoeksgroep**

De oorspronkelijke onderzoeksgroep omvatte bij de start van het onderzoek 230 jeugdigen. Voor wat betreft de CBCL hadden we bij de start de beschikking over 106 ingevulde lijsten.

Aanvankelijk lag het in de bedoeling deze ouders bij de follow-up via de casemanagers te benaderen met de vraag nogmaals de CBCL in te willen vullen. Vanwege de grote werkdruk van de casemanagers bleek dit uiteindelijk niet haalbaar te zijn. De onderzoekers hebben vervolgens alle ouders daarom anoniem via de administraties van de instellingen schriftelijk benaderd. Dit leverde uiteindelijk een respons op van 100 cases bij de follow-up. Bij de NPVJ werd een analoge strategie gehanteerd. Dit leverde uiteindelijk een respons op van 61 cases jeugdigen die bij de start van het onderzoek ouder waren dan 11 jaar.

Om een indruk te krijgen van de representativiteit van deze groepen hebben we de aanvangsgegevens van beide follow-up groepen vergeleken met die van de groepen waarvan we geen follow-up gegevens hebben (de uitvallende groepen) voor wat betreft leeftijd, sekse, etniciteit, het totaal aantal kindgebonden risicofactoren en het totaal aantal risicofactoren in het gezin bij

de start van het onderzoek. Dat leverde zowel voor de CBCL-groep als de NPVJ-groep geen significante verschillen op. Hierdoor zijn de navolgende bevindingen voldoende representatief voor de gehele onderzoeksgroep.

### 4.3 Instrumenten

De Nederlandse versie van de Child Behavior Checklist (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) inventariseert verschillende gedragsaspecten. Het emotionele gedrag wordt in kaart gebracht aan de hand van de aspecten ‘sociaal teruggetrokken gedrag’ en ‘angstig/depressief gedrag’. Hier wordt ook wel gesproken van ‘internaliserend’ gedrag. Het probleemgedrag wordt verkregen via ‘delinquent gedrag’ en ‘agressief gedrag’. Hier spreekt men van ‘externaliserend’ gedrag. Tot slot worden nog ‘aandachtsproblemen, ‘sociale problemen’ en ‘denkproblemen’ in beeld gebracht om een indruk te krijgen van de sociale en psychische ontwikkeling.

De Nederlandse PersoonlijkheidsVragenlijst voor Jeugdigen (Luteyn e.a., 1989) is ontwikkeld om meer inzicht te verkrijgen in een aantal persoonlijkheidskenmerken van jongeren. Het gaat daarbij om de volgende aspecten:

- . inadequatie (vage angsten en insufficiëntiegevoelens)
- . (gebrek aan) volharding (negatieve taakopvatting en weinig doorzettingsvermogen)
- . sociale inadequatie (vermijden van sociale contacten)
- . recalcitrantie (zich afzetten tegen anderen en anderen wantrouwen)
- . dominantie (overdreven zelfverzekerd en bazig gedrag).

### 4.4 werkwijze

In het navolgende geven we de veranderingen over de tijd weer op de CBCL en de NPV-J. We vergelijken daartoe de leeftijd en sekse genormeerde scores die de jeugdigen bij de aanvang van de hulp op deze instrumenten behaalden met de leeftijd en sekse genormeerde scores die zij twee jaar later (bij de follow-up meting) boekten. Door genormeerde scores te gebruiken corrigeren we voor het effect van leeftijd en sekse op de ontwikkeling (d.w.z. het feit dat de jongere jeugd vaak andere (probleem)gedragingen vertoont dan de oudere en dat de gedragsontwikkeling van jongens en meisjes in een aantal opzichten verschilt).

De beoordelingen van de CBCL werden door de ouders/groepsopvoeders aangereikt terwijl de gegevens van de NPV-J door de jongeren zelf werden verstrekt.

Om de ernst van de problematiek van de jeugdigen te bepalen is gebruik gemaakt van de vol-

gende driedeling: a. de klinische groep, d.w.z. jongeren die zodanige problemen geven dat professionele hulp noodzakelijk is; b. de groep die ligt in het grensgebied, d.w.z. jeugdigen die wel problemen hebben, maar waar professionele hulp nog niet direct nodig lijkt; we rekenen deze in dit onderzoek tot de niet-klinische groep; c. de niet klinische groep, d.w.z. jeugdigen die weinig problemen te zien geven.

Met behulp van deze driedeling kan het effect van de hulp vervolgens worden beschreven door de volgende gegevens op een rij te zetten (zie Inleiding en Onderzoeksopzet, § 3.d):

- positief effect: jeugdigen die bij de aanvang van de hulp een klinische score hadden en bij de follow-up een niet klinische score
- negatief effect: jeugdigen die bij de aanvang van de hulp geen klinische score hadden doch bij de follow-up wel
- geen effect: jeugdigen die zowel bij de aanvang van de hulp als bij de follow-up een klinische score behaalden
- restgroep: jeugdigen die zowel bij de aanvang van de hulp als bij de follow-up geen klinische score hadden (ofwel de niet problematische jeugd).

#### 4.5 Effecten volgens de CBCL

Tabel 4.1 geeft de gedrags- en emotionele ontwikkeling van de jeugdigen gedurende de periode van de follow-up als de percentages jeugdigen die er volgens de CBCL aantoonbaar op vooruit dan wel achteruit zijn gegaan.

De tabel geeft daarnaast het percentage jeugdigen dat zowel bij de aanvang van de hulp als bij de follow-up klinische problemen had volgens de CBCL, dat wil zeggen de jeugdigen die geen positieve ontwikkeling hebben doorgemaakt.

Verder staat het percentage jeugdigen vermeld dat zowel bij de aanvang van de hulp als bij de follow-up op gedrags- en emotioneel gebied niet in het klinische gebied van de CBCL viel en derhalve op beide meetmomenten niet problematisch was.

Tot slot geeft de tabel nog een uitsplitsing van de gegevens naar de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening.

De tabel beziend stellen we vast dat ruim een derde van de jeugdigen er gedurende de periode van de follow-up volgens de totale probleemschaal van de CBCL duidelijk op vooruit is gegaan. Deze jeugdigen scoorden bij de aanvang van de hulp in het klinische gebied en bij de follow-up in de normale range. Bij tweevijfde van de jeugdigen zien we geen verschil, terwijl ruim een tiende van de jeugdigen er duidelijk op achteruit is gegaan en bij de follow-up in het klinische gebied is terecht gekomen. Door het percentage vooruitgegangene jeugdigen te verminderen met het percentage achteruitgegangene jeugdigen berekenen we een netto 'overall'-effect



van 22% dat erop vooruit is gegaan (of 26% als we alleen de jeugd met problemen bezien).

**Tabel 4.1 Effecten volgens de hoofdschalen van de CBCL (N=100)**

		<i>vooruit</i>	<i>gelijk</i>	<i>achteruit</i>	<i>rest</i>	<i>netto</i>
<b>Totale problemen</b>	<b>(N=100)</b>	<b>34% (39%)<sup>1</sup></b>	<b>42% (48%)</b>	<b>12% (13%)</b>	<b>12% (-)</b>	<b>22% (26%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	33% (38%)	42% (48%)	13% (14%)	12% (-)	20% (24%)
Vrijwillig ambulant	(N=11)	45% (50%)	45% (50%)	– (0%)	10% (-)	45% (50%)
<b>Internaliseren</b>	<b>(N=100)</b>	<b>34% (42%)</b>	<b>28% (35%)</b>	<b>19% (23%)</b>	<b>19% (-)</b>	<b>15% (19%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	34% (42%)	27% (33%)	20% (25%)	19% (-)	14% (17%)
Vrijwillig ambulant	(N=11)	36% (44%)	36% (44%)	9% (12%)	18% (-)	27% (32%)
<b>Externaliseren</b>	<b>(N=100)</b>	<b>29% (35%)</b>	<b>40% (48%)</b>	<b>14% (17%)</b>	<b>17% (-)</b>	<b>15% (18%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	27% (34%)	39% (46%)	16% (20%)	18% (-)	11% (14%)
Vrijwillig ambulant	(N=11)	45% (50%)	45% (50%)	– (0%)	10% (-)	45% (50%)

<sup>1</sup> Het getal tussen haakjes geeft de effecten wanneer de jeugd die tijdens de follow-up periode op het desbetreffende gebied geen problemen had (de kolom 'rest') buiten de beschouwing wordt gelaten

Het blijkt dat het behaalde positieve effect bij de internaliserende, emotionele problematiek iets groter is dan bij de externaliserende gedragsproblematiek.

Daar staat echter tegenover dat een relatief grotere groep jeugdigen er wat betreft internaliserende problematiek op achteruit is gegaan, waardoor het netto effect op beide dimensies ongeveer gelijk uitkomt, namelijk op bijna een vijfde.

Verder toont de tabel dat de vrijwillig ambulante hulpverlening op alle hoofdschalen van de CBCL procentueel een iets beter resultaat heeft behaald dan de gezinsvoogdij. Dit verschil is echter niet statistisch significant.

Tot zover hebben we het effect alleen via de hoofdcategorieën van de CBCL in beeld gebracht. Dit algemene effect beeld kan wat meer worden geconcretiseerd door de subschalen van de CBCL in de beschouwing betrekken. Daartoe hebben we in tabel 4.2 de verschillende gedragsaspecten van de CBCL onder elkaar gezet.

De som van de kolom 'vooruit' en 'gelijk' geeft de percentages jeugdigen die bij de aanvang van de hulp op het bijbehorende gebied klinische problemen hadden.

Uit de verhoudingsgewijs lage percentages wordt duidelijk dat niet alle jeugdigen in de jeugdzorg met dezelfde problemen worden aangemeld, maar dat deze gespreid zijn over de verschillende gedragsaspecten.

Delinquent en agressief gedrag komen relatief het meest voor als problemen bij de jeugdigen

en denkproblemen en teruggetrokken gedrag het minst. De overige gedragsaspecten liggen tussen deze uitersten in. We zagen dit ook reeds in §1.6 van deel I van het onderzoeksrapport.

Tabel 4.2 Effecten volgens de subschalen van de CBCL

		<i>vooruit</i>	<i>gelijk</i>	<i>achteruit</i>	<i>rest</i>	<i>netto</i>
<b>Angstig/depressief</b>	<b>(N=100)</b>	<b>28% (55%)<sup>1</sup></b>	<b>10% (20%)</b>	<b>13% (25%)</b>	<b>49% (-)</b>	<b>15% (30%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	26% (53%)	11% (22%)	12% (25%)	51% (-)	14% (28%)
Vrijwillig ambulante	(N=11)	45% (70%)	- (--)	18% (30%)	36%	27% (40%)
<b>Teruggetrokken</b>	<b>(N=100)</b>	<b>18% (42%)</b>	<b>14% (33%)</b>	<b>10% (25%)</b>	<b>57% (-)</b>	<b>8% (17%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	20% (47%)	11% (26%)	11% (27%)	57% (-)	9% (20%)
Vrijwillig ambulante	(N=11)	--%	36% (100%)	--	64% (-)	0% (0%)
<b>Sociale problemen</b>	<b>(N=100)</b>	<b>28% (55%)</b>	<b>10% (20%)</b>	<b>12% (25%)</b>	<b>49% (-)</b>	<b>16% (30%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	26% (53%)	11% (22%)	12% (25%)	51% (-)	14% (28%)
Vrijwillig ambulante	(N=11)	45% (91%)	- (-)	18% (9%)	37% (-)	27% (82%)
<b>Denkproblemen</b>	<b>(N=100)</b>	<b>19% (63%)</b>	<b>7% (23%)</b>	<b>4% (14%)</b>	<b>70% (-)</b>	<b>15% (49%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	19% (63%)	8% (27%)	3% (10%)	70% (-)	16% (53%)
Vrijwillig ambulante	(N=11)	18% (67%)	- (-)	9% (33%)	73% (-)	11% (34%)
<b>Aandachtproblemen</b>	<b>(N=100)</b>	<b>35% (57%)</b>	<b>14% (23%)</b>	<b>12% (20%)</b>	<b>39% (-)</b>	<b>22% (37%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	33% (58%)	12% (21%)	12% (21%)	43% (-)	21% (37%)
Vrijwillig ambulante	(N=11)	55% (67%)	27% (33%)	- (-)	18% (-)	55% (34%)
<b>Delinquent gedrag</b>	<b>(N=100)</b>	<b>32% (44%)</b>	<b>21% (29%)</b>	<b>19% (27%)</b>	<b>28% (-)</b>	<b>4% (17%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	33% (45%)	23% (32%)	18% (23%)	27% (-)	15% (22%)
Vrijwillig ambulante	(N=11)	27% (42%)	9% (21%)	27% (37%)	36% (-)	0% (5%)
<b>Agressief gedrag</b>	<b>(N=100)</b>	<b>36% (58%)</b>	<b>14% (23%)</b>	<b>12% (19%)</b>	<b>38% (-)</b>	<b>24% (39%)</b>
Gezinsvoogdij	(N=89)	33% (55%)	14% (23%)	14% (22%)	40% (-)	19% (33%)
Vrijwillig ambulante	(N=11)	64% (78%)	18% (22%)	- (-)	18% (-)	64% (78%)

<sup>1</sup> Het getal tussen haakjes geeft de effecten wanneer de jeugd die tijdens de follow-up periode op het desbetreffende gebied geen problemen had (de kolom 'rest') buiten de beschouwing wordt gelaten

Verder laat de kolom met het netto effect zien dat bij agressief gedrag en aandachtsproblematiek verhoudingsgewijs de meeste vooruitgang wordt geboekt, terwijl dat bij het delinquent gedrag het minst het geval is.

Daarnaast zien we dat de jeugd in de vrijwillig ambulante hulpverlening op enkele gedragsaspecten veel meer netto vooruitgang boeken dan de jeugd in de gezinsvoogdij. Dat betreft met name de gedragsbeelden 'aandachtsproblemen' en 'agressief gedrag'.

#### 4.6 Effecten volgens de NPVJ

Tabel 4.3 geeft de persoonlijkheidsontwikkeling volgens de NPVJ. De kolom ‘vooruit’ geeft het percentage jeugdigen dat bij de aanvang van de hulp klinische problemen had en bij de follow-up niet, dat wil zeggen de jeugd die een positieve ontwikkeling heeft doorgemaakt.

De kolom ‘gelijk’ geeft het percentage jeugdigen dat geen positieve ontwikkeling heeft doorgemaakt. Deze jeugdigen hadden zowel bij de aanvang van de hulp als bij de follow-up klinische problemen volgens de NPVJ.

De kolom ‘achteruit’ geeft het percentage jeugdigen dat een negatieve ontwikkeling doormaakte. Deze jeugdigen hadden bij de aanvang geen klinische problemen volgens de NPVJ, doch bij de follow-up wel.

Tot slot geeft de kolom ‘rest’ weer het percentage jeugdigen dat zowel bij de aanvang van de hulp als bij de follow-up geen problematische persoonlijkheid had volgens de NPVJ.

De gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening zijn hier niet uitgesplitst omdat het aantal respondenten ouder dan 11 jaar uit de tweede sector te gering van omvang is om daarover apart te rapporteren.

**Tabel 4.3 Effecten volgens de NPVJ (N=61)**

	<i>vooruit</i>	<i>gelijk</i>	<i>achteruit</i>	<i>rest</i>	<i>netto</i>
Inadequatie	43% (57%) <sup>1</sup>	16% (24%)	17% (19%)	24% (-)	22% (38%)
Sociale inadequatie	35% (54%)	8% (12%)	22% (34%)	35% (-)	13% (20%)
Recalcitrantie	53% (57%)	22% (23%)	20% (20%)	5% (-)	33% (37%)
Volharding	22% (35%)	3% (5%)	36% (60%)	38% (-)	-14% (-25%)
Dominantie	16% (38%)	3% (7%)	22% (55%)	58% (-)	-6% (-17%)

<sup>1</sup> Het getal tussen haakjes geeft de effecten wanneer de jeugd die tijdens de follow-up periode op het desbetreffende gebied geen problemen had (de kolom ‘rest’) buiten de beschouwing wordt gelaten

De som van de kolommen ‘vooruit’ en ‘gelijk’ laat zien dat recalcitrantie (het zich afzetten tegen en wantrouwen van anderen) het meest voorkomende persoonlijkheidsprobleem is waarmee de jeugdigen in de jeugdzorg opgenomen werden.

Alhoewel nog steeds substantieel komt het dominant gedrag (overdreven zelfverzekerd en bazig gedrag) verhoudingsgewijs bij de aanmelding het minst voor.

Een negatieve taakopvatting gekoppeld aan een gebrek aan doorzettingsvermogen (volharding), gegeneraliseerde angsten (inadequatie) en het vermijden van sociale contacten (sociale inadequatie) liggen tussen deze uitersten in.

Verder blijkt uit de kolom ‘vooruit’ dat bij meer dan de helft van de jongeren het recalcitrante gedrag vooruitgegaan is, dat tweevijfde zijn vage angstgevoelens heeft overwonnen en dat ruim een derde niet langer schuw is in sociale contacten. Voor wat betreft volharding en domi-

nantie is ongeveer een vijfde er op vooruit gegaan.

Helaas staat er tegenover deze tamelijk gunstige aantallen jeugdigen waarbij de persoonlijkheid volgens de NPVJ verbeterde ook een behoorlijk aantal jeugdigen waarbij de persoonlijkheidsaspecten juist verslechterden. Zo nam bij ruim een derde van de jeugdigen het doorzettingsvermogen af en het hebben van een negatieve taakopvatting toe, waardoor het netto effect bij dit aspect resulteert in een negatief saldo. Eenzelfde beeld zien we bij het dominant, bazige gedrag. Dit nam bij netto een vijfde van de jongeren toe.

#### 4.7 Onderlinge samenhangen

Na het voorafgaande dringt zich de vraag op: is de jeugd die volgens de CBCL en de NPV-J vooruit gegaan is dezelfde als de jeugd die er volgens de hulpverlening op vooruit is gegaan?

In deze paragraaf onderzoeken we daartoe of de in hoofdstuk 3 gegeven beoordeling van de ontwikkeling door de hulpverlening overeenkomt met de ontwikkelingseffecten op de CBCL en de NPVJ. De samenhang van deze ontwikkelingsmaten met andere belangrijke factoren, zoals de kenmerken van het cliëntsysteem en die van de hulpverlening, zal in hoofdstuk 6 respectievelijk hoofdstuk 7 nader systematisch worden onderzocht.

Wanneer we de samenhang bezien met de door de hulpverlening bij de jeugdigen gesignaleerde vooruitgang (zie hoofdstuk 3, tabel 3.1) dan komt het volgende naar voren.

Tussen de oordelen van de hulpverlening en de CBCL-hoofdschalen 'Totale problemen', 'Internaliseren' en 'Externaliseren' vinden we geen verbanden.

Met de subschalen van de CBCL bestaat er slechts één duidelijk verband, dat helaas omgekeerd is aan wat men zou hopen: de hulpverlening signaleert vooruitgang van het gedrags- en emotioneel functioneren, van het cognitief functioneren, van het zelfbeeld en van de zelfcontrole bij de jeugdigen die volgens de CBCL juist delinquenter zijn geworden (alle correlaties tussen .20 en .34,  $p < 0.05$ ). Met de overige schalen van de CBCL bestaan er geen verbanden.

De vooruitgang die middels de CBCL bij de jeugdigen wordt gesignaleerd spoort derhalve niet met de vooruitgang die de hulpverlening aangeeft bij de jeugdigen waar te hebben genomen. Niet alleen vinden we met de meeste gedrags- en emotionele aspecten die de CBCL test geen verband, bij het verband (delinquentie) dat wel naar voren komt ziet de hulpverlening de jeugdigen er wel op vooruitgaan terwijl dezen volgens de CBCL juist problemati-

scher (delinquenter) zijn geworden.

Ook bij de meeste persoonlijkheidsaspecten van de NPVJ komt naar voren dat de vooruitgang die met dit instrument wordt gemeten niet correleert met de vooruitgang die door de hulpverlening wordt gesignaleerd. Er is echter één uitzondering: de jeugdigen die volgens de hulpverlening in gedragsmatig opzicht verbeterden, die meer zelfcontrole kregen, waarbij de gevoelens van eigenwaarde verbeterden, en die de competentie ontwikkelden om hun leven zelf richting te geven, gedragen zich volgens de NPVJ minder bazig, zetten zich minder af tegen anderen en hebben meer vertrouwen in anderen gekregen (afname van dominant en recalcitrant gedrag, alle correlaties groter dan .35,  $p < 0.05$ ).

#### 4.8 Samenvatting

Naar voren komt dat volgens de CBCL bij ruim een derde van de jeugdigen (34%) de gedrags- en emotionele ontwikkeling gunstig is. Hiertegenover staat echter dat ruim een tiende (12%) een ongunstige ontwikkeling heeft doorgemaakt en dat bij tweevijfde (42%) de klinische problemen niet verdwenen. Verder blijkt een tiende van de jeugdigen (12%) zowel bij de aanvang als de follow-up geen klinische gedrags- en emotionele problemen te hebben. Bij deze jeugdigen is alleen sprake van gezinsproblematiek.

De meeste vooruitgang wordt geboekt bij agressief gedrag en aandachtproblematiek. Daarna volgen angstig, depressief gedrag, sociale problematiek en denkproblemen. Het delinquent gedrag neemt enigszins een uitzonderingspositie in. Hier zien we dat een groot deel van de jeugdigen zich goed heeft aangepast, maar dat daarnaast ook een flink deel in het klinische probleemgebied terecht is gekomen.

Bij de ontwikkeling van de persoonlijkheid volgens de NPVJ zien we een wisselend beeld. Enerzijds daalt het recalcitrant gedrag (zich afzetten en anderen wantrouwen) bij meer dan de helft der jeugdigen, anderzijds zien we ook een afname van het doorzettingsvermogen en een lichte toename aan bazig en dominant gedrag. Al met al zien we dat ongeveer een derde van de jeugdigen er wat betreft hun persoonlijkheidsontwikkeling op vooruit is gegaan.

Tussen de vooruitgang die de hulpverlening bij de jeugdigen signaleerde en de vooruitgang die via de hier gebruikte gestandaardiseerde psychologische testinstrumenten werd vastgesteld blijkt weinig samenhang te bestaan.

## 5.1 Inleiding

Tot zover is beschreven welke hulp de jeugdigen en de gezinnen kregen, welke ontwikkelingen de jeugdigen en de gezinnen tijdens de follow-up periode van twee jaar doormaakten volgens de hulpverlening en of zich gunstige effecten voordeden in de gedrags-, de emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdigen.

De informatie over de hulpverlening en de ontwikkeling van de jeugdigen en de gezinnen werd door de hulpverlening verstrekt. De ontwikkelingseffecten werden bepaald aan de hand van genormeerde scores op gestandaardiseerde testinstrumenten (CBCL en NPV-J) die door de ouders/groepsleiders respectievelijk de jeugdigen werden ingevuld.

De vraag is vervolgens hoe de jeugdigen en de ouders zelf de hulpverlening en het effect daarvan hebben beleefd. Om hier zicht op te krijgen werd de cliënten uit de gezinsvoogdij gevraagd een lijst met evaluatievragen over de hulpverlening (VEH) in te vullen. Hierop ontvingen we gegevens van 61 jeugdigen en 100 ouders. Het betreft hier dezelfde groep jeugdigen en ouders die ook de CBCL en de NPVJ invulden. In dit hoofdstuk geven we de visie van deze cliënten weer.

## 5.2 Optreden

De vraag is hier: hoe hebben de cliënten het optreden van de hulpverlening tijdens de follow-up periode ervaren?

In dit verband werd de cliënten gevraagd de volgende aspecten te willen beoordelen: trad de hulpverlener beleefd en voorkomend op, werden de hulpverleningsplannen met de cliënt besproken en besteedde de hulpverlener voldoende aandacht aan de vragen die de cliënt had. De onderwerpen werden voorgelegd als positief geformuleerde stellingen en de cliënten werd gevraagd aan te geven of zij het met deze stellingen eens waren of niet.

Tabel 5.1 geeft weer hoe de cliënten oordelen over het optreden van de hulpverlening. De vragen werden zowel voor de casemanagers gesteld als voor de hulpverlening waarnaar de cliënt werd doorverwezen. Het bovenste deel van de tabel geeft de oordelen over het optreden van de casemanagers, het onderste deel over de vervolghulpverlening.

**Tabel 5.1 Beleving optreden van de hulpverlening**

	<i>ouders</i>			<i>jongeren</i>		
	<i>eens</i>	<i>neutraal</i>	<i>oneens</i>	<i>eens</i>	<i>neutraal</i>	<i>oneens</i>
<i>casemanager</i>						
. was altijd voorkomend en beleefd	88%	9%	2%	90%	5%	5%
. besprak plannen altijd uitgebreid	69%	18%	13%	81%	14%	5%
. ging altijd uitgebreid in op mijn vragen	69%	22%	3%	62%	25%	13%
<i>vervolghulpverlening</i>						
. voorkomend en beleefd behandeld	85%	7%	9%	80%	6%	14%
. plannen werden uitgebreid besproken	67%	15%	18%	77%	11%	12%

De tabel maakt duidelijk dat het overgrote merendeel van de ouders en de jeugdigen het optreden van de casemanagers als voorkomend en beleefd betiteld. Verder is ruim tweederde van de ouders van mening dat de casemanagers de plannen met hen besprak en inging op de vragen die zij hadden.

Ook het merendeel der jeugdigen is van mening dat de plannen werden besproken en dat er ingegaan werd op hun vragen. Bij dit laatste aspect betreft zien we bij de jeugdigen overigens wel een lichte tendens tot minder tevredenheid dan bij de ouders.

Ook het optreden van de vervolghulpverlening wordt door tweevijfde van de ouders en jeugdigen als voorkomend en beleefd betiteld, terwijl tweederde tot driekwart te spreken is over de mate waarin de hulpverleningsplannen werden besproken.

Het hier gevonden beeld is iets gunstiger dan dat van een landelijk onderzoek naar de tevredenheid onder cliënten in het jeugdzorg, alwaar 80% van de ouders en 72% van de jongeren hun hulpverleners voorkomend en beleefd vond (IJHVJB, 2002).

Vergelijking van de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening laat zien dat de ouders in de gezinsvoogdij over het bespreken van de plannen en het ingaan op vragen significant minder tevreden zijn dan de ouders in de vrijwillig ambulante sector. In beide sectoren vinden de ouders wel in ongeveer gelijke mate dat de casemanagers voorkomend en beleefd waren.

Bij de jeugdigen treffen we op alle genoemde aspecten geen verschillen aan tussen beide sectoren.

### 5.3 Hulpverlening

De ouders werd daarnaast expliciet gevraagd aan te geven hoe tevreden ze waren over de hulpverlening. Ook werd de algehele tevredenheid eveneens wat indirecter gepeild door de cliënten te vragen of zij anderen met dezelfde problemen de hulpverlening die zij kregen zouden aanraden. De genoemde onderwerpen werden weer voorgelegd als stellingen waarmee de cliënt het eens, neutraal of oneens kon zijn.

Tabel 5.2 geeft weer hoe tevreden de cliënten waren met de casemanagers en de vervolghulpverlening.

**Tabel 5.2 Tevredenheid met de geboden hulp**

	<i>ouders</i>			<i>jongeren</i>		
	<i>eens</i>	<i>neutraal</i>	<i>oneens</i>	<i>eens</i>	<i>neutraal</i>	<i>oneens</i>
<i>casemanager</i>						
. tevreden over casemanager	53%	33%	15%	78%	16%	6%
. hulp aanraden aan anderen	51%	31%	18%	44%	37%	19%
<i>vervolghulpverlening</i>						
. tevreden over hulpverlening	66%	17%	17%	67%	18%	14%
. hulp aanraden aan anderen	51%	34%	15%	76%	12%	12%

Over de casemanagers blijkt ruim de helft van de ouders en driekwart van de jeugdigen een positief oordeel te hebben. Een derde van de ouders en bijna een vijfde van de jongeren aarzelt en ruim een tiende van de ouders en nog geen tiende van de jongeren is volmondig ontevreden over zijn of haar casemanager.

Wanneer we vragen of men de van de casemanagers gekregen hulp zou aanraden aan anderen met dezelfde problemen dan zien we het enthousiasme over de casemanagers bij met name de jeugdigen dalen. Nu zegt nog maar tweevijfde volmondig 'ja', ruim een derde aarzelt en een vijfde zegt 'nee'. Bij de ouders zegt ongeveer de helft volmondig 'ja', bijna een derde aarzelt en een vijfde zegt 'nee'.

Over de vervolghulpverlening is ruim tweederde van de ouders en de jongeren te spreken. We zien echter een belangrijk verschil wanneer we vragen of men de hulpverlening aan anderen met dezelfde problemen zou willen aanraden. Daar waar het percentage volmondig 'ja' zeggende ouders overeenkomt met dat van tabel 5.1, zien we bij de jeugdigen ruim driekwart volmondig 'ja' zeggen.



Samenvattend duidt het bovenstaande er niet alleen op dat de jongeren meer te spreken zijn over de vervolghulp dan over de hulp van hun casemanagers, maar ook dat ze meer te spreken zijn over de vervolghulpverlening dan hun ouders.

Vergelijking van de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening levert op dat de ouders in de gezinsvoogdij minder tevreden zijn over de casemanagers dan de ouders in de vrijwillig ambulante sector. Ook zijn de gezinsvoogdijouders minder scheutig dan de ouders in de vrijwillige sector als het gaat om het aanraden van de hulpverlening aan anderen. Bij de jeugdigen vinden we deze verschillen niet.

#### 5.4 Ervaren effect van de hulpverlening

Een vraag die in het onderzoek naar de cliënttevredenheid niet achterwege kan blijven is of de cliënt vindt iets aan de hulpverlening te hebben gehad. We vroegen de ouders daarom de stelling te beoordelen: ‘de hulpverlening heeft mijn kind goed geholpen’. De jeugdigen werd gevraagd de stelling ‘ik heb veel aan de hulpverlening gehad’ te beoordelen. Deze vragen werden zowel voor de hulp van de casemanager als voor de vervolghulp gesteld. Tabel 5.3 geeft de oordelen weer.

**Tabel 5.3 Ervaren effect van de hulp**

	<i>ouders</i>			<i>jongeren</i>		
	<i>eens</i>	<i>neutraal</i>	<i>oneens</i>	<i>eens</i>	<i>neutraal</i>	<i>oneens</i>
. hulp casemanager	45%	31%	24%	64%	25%	11%
. vervolghulp	65%	17%	18%	78%	10%	12%

Ruim twee vijfde van de ouders geeft aan dat hun kind veel aan de hulp van de casemanager heeft gehad, een derde aarzelt en een kwart is daarover niet positief. Over de vervolghulp zijn de ouders positiever. Hier geeft tweederde aan dat hun kind veel aan deze hulp heeft gehad.

De jeugdigen zijn duidelijk positiever over de hulp van de casemanagers dan de ouders. Bijna tweederde geeft aan veel aan de hulp van zijn casemanager te hebben gehad. Dat geldt ook voor de vervolghulp. Hieraan zegt ruim driekwart veel te hebben gehad.

Vergelijking van de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening wijst uit dat de ouders in de eerste sector minder te spreken zijn over de hulp van de casemanagers dan de

ouders in de tweede sector. Over het effect van de vervolghulpverlening zijn de ouders in beide sectoren echter in gelijke mate te spreken. Bij de jongeren wordt geen verschil gevonden tussen beide sectoren.

Samenvattend stellen we derhalve vast dat de jongeren meer te spreken zijn over het effect van de hulp van hun casemanagers en van de vervolghulpverlening dan de ouders, terwijl de ouders op hun beurt weer meer te spreken zijn over het effect van de hulp van de vervolghulpverlening dan over het effect van de hulp van hun casemanagers. Het verhoudingsgewijs negatieve ouderlijke oordeel over het effect van de hulp van de casemanagers doet zich met name voor in de gezinsvoogdij.

## 5.5 Systematische verbanden

In het voorafgaande werden een groot aantal aspecten van de cliënttevredenheid onderzocht. Wanneer we de correlaties tussen de verschillende tevredenheidsaspecten berekenen dan blijken alle onderwerpen zowel bij de ouders als bij de jeugdigen in hoge mate onderling samen te hangen. Dat betekent dat cliënten die over het ene onderwerp positief zijn dat verhoudingsgewijs doorgaans ook zijn over het andere onderwerp.

In feite blijken alle aspecten te kunnen worden samengevoegd tot de volgende vier schalen:

- tevredenheid ouders met hun casemanagers (cronbach's alpha=.94)
- tevredenheid jongeren met hun casemanagers (cronbach's alpha=.90)
- tevredenheid ouders met de vervolghulpverlening (cronbach's alpha=.94)
- tevredenheid jongeren met de vervolghulpverlening (cronbach's alpha=.96)

We onderzoeken vervolgens de samenhang van deze vier tevredenheidsschalen met een aantal algemene variabelen. We rapporteren alleen de statistisch significante verbanden die groter zijn dan .20.

Allereerst blijkt dat de tevredenheid van de jongeren niet samenhangt met hun leeftijd, sekse en etnische achtergrond. Dat geldt zowel voor de tevredenheid met de casemanager als met de vervolghulpverlener. Ook bij de ouders zien we geen samenhang tussen de tevredenheid en de leeftijd, sekse en etniciteit van de jeugdige.

Wel zien we een positief verband tussen tevredenheid met de casemanagers en die met de vervolghulpverlening. Naarmate jeugdigen en ouders meer te spreken zijn over hun casemanagers zijn ze doorgaans ook meer te spreken over de vervolghulpverlening. Ook tussen ouders en jeugdigen botert het wat dit aangaat wel voorzover het de casemanagers betreft. Naarmate de jeugdigen over hen tevredener zijn de ouders dat ook. Bij de vervolghulpverlening zien we

dat verband echter niet. Dat duidt erop dat de jeugdigen en de ouders over de vervolghulpverlening kennelijk in wisselende mate tevreden zijn.

Een andere belangrijke vraag is of de ouders en jeugdigen die bij de start van de hulpverlening blijf gaven van tevredenheid met de hulpverlening dat na twee jaar nog steeds zijn. Ofwel, met andere woorden, bestaat er continuïteit in tevredenheid? Welnu, bij de ouders treffen we geen enkel verband aan tussen de tevredenheid destijds en de tevredenheid nu.

Bij de jeugdigen zien we geen verband tussen de waardering voor hun casemanager/gezinsvoogd twee jaar geleden en de tevredenheid met hun casemanager nu. Met de vervolghulpverlening zien we echter wel een duidelijk verband dat opmerkelijk genoeg omgekeerd is. Jeugdigen die destijds ontevreden waren over hun casemanagers zijn twee jaar na dato verhoudingsgewijs zeer tevreden over de vervolghulpverlening, doch niet over hun casemanagers. Kennelijk hebben zich in de beleving van deze jeugdigen in de vervolghulpverlening zoveel positieve wendingen voorgedaan dat de aanvankelijke ontevredenheid met hun casemanagers is omgeslagen in meer tevredenheid met de vervolghulpverlening. Helaas ontvangen de casemanagers daarvoor geen credit in de vorm van pupillen die evenzo tevreden over hen zijn.

## 5.6 Samenvatting

De belangrijkste bevinding uit dit hoofdstuk is dat ongeveer negentiende van de jeugdigen en de ouders goed te spreken is over de manier waarop zij door hun casemanagers werden bejegend. Dat geldt ook voor de vervolghulpverlening ten deel viel.

Over of men de hulp van de casemanagers ook aan anderen zou willen aanraden is men minder uitgesproken positief. Hierop zegt de helft van de ouders en minder dan de helft van de jeugdigen volmondig 'ja'. Daar staat tegenover dat wel ruim driekwart van de jeugdigen anderen de hulp van de vervolgvorzieningen zou willen aanraden.

Tweederde van de ouders is van mening dat de vervolghulpverlening een positieve uitwerking heeft gehad op de ontwikkeling van hun kind. Van de jeugdigen is ruim driekwart van mening dat de vervolghulpverlening goed heeft geholpen.

De tevredenheid bij de aanvang van de hulp hangt vrijwel niet samen met de tevredenheid bij de follow-up. Wel zijn jeugdigen die bij de aanvang van de hulp ontevreden waren over hun casemanager bij de follow-up verhoudingsgewijs tevredener met de vervolghulp die zij kregen, doch niet met hun casemanager.

## 6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken werd een beeld geschetst van de verstrekte hulp. Daarnaast werd beschreven welke ontwikkelingen de jeugdigen en de gezinnen doormaakten volgens de hulpverlening en welk effect de hulp had op de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdigen. Ook werd nagegaan hoe tevreden de cliënten waren met de hulpverlening.

Bij de effectbepaling kwam naar voren kwam dat een behoorlijk deel van de jeugdigen tijdens de hulpverlening een positieve ontwikkeling doormaakte, maar ook dat een deel weinig ontwikkeling doormaakte of juist in de problemen geraakte. De hulpverlening was met andere woorden wat het bevorderen van de ontwikkeling van de jeugdigen betreft voor een deel succesvol, maar voor een deel ook niet. Een vraag die nu direct opkomt is: welke jeugdigen gaan vooruit en welke niet. Weten welk type cliënten baat heeft gehad bij de interventies van de jeugdzorg en welk type niet vergroot het inzicht in de factoren bij het cliëntstelsel die het ontwikkelingsverloop van de jeugdigen in de jeugdzorg bevorderen en belemmeren.

Voor deze analyse nemen we de ontwikkeling van de jeugdigen op de CBCL als het criterium (of als afhankelijke variabele) en de kenmerken van de client bij de aanvang van de hulp als de voorspellers (of als onafhankelijke variabelen). Over deze cliëntkenmerken werd in deel I van dit rapport uitgebreid verslag gedaan. Vervolgens gaan we via correlatieve analyses systematisch na welke cliëntkenmerken bij de start van de hulpverlening samenhangen met een gunstige dan wel minder gunstige ontwikkeling van de jeugdigen. Wanneer dergelijk factoren onderling samenhangen, maken we gebruik van een multivariate regressieanalyse. We rapporteren weer alleen statistisch significante verbanden ( $p < 0.05$  en correlaties groter 0.20).

## 6.2 Demografische cliëntkenmerken

### *Kindkenmerken*

Leeftijd en etniciteit van het kind blijken niet systematisch samen te hangen met de CBCL-ontwikkelingsmaten. Dit betekent dat zowel de jongere als de oudere jeugd en zowel de allochtone als de autochtone jeugd met psychosociale problemen dezelfde kansen hebben om zich in de hier onderzochte vormen van jeugdzorg gunstig te ontwikkelen.

Met de sekse van de jeugdigen zien we wel een zwak verband: meisjes hebben iets meer kans zich in gedragsmatig opzicht gunstiger te ontwikkelen dan jongens. De invloed van deze factor is echter niet erg groot (correlatie 0.2).

#### *Gezinskenmerken*

De leeftijd van de vader en de moeder, scheiding van de ouders, sociaal economische klasse van het gezin en de gezinsomvang (aantal broertjes en zusjes) staan niet systematisch in verband met de ontwikkeling van de jeugdigen. Dit duidt erop dat algemene demografische gezinskenmerken geen aantoonbare invloed hebben op de middellange termijn ontwikkelingskansen van de jeugdigen in de hier onderzochte vormen van jeugdzorg.

### **6.3 Problematiekkenmerken bij de aanvang van de hulp**

#### *Kindgebonden problemen*

De ontwikkeling van de jeugdigen volgens de CBCL correleert met de opname problematiek. Jeugdigen die waren aangemeld met somber en angstig gedrag, die ongedurig, agressief of delinquent waren en gebrek aan zelfcontrole hadden gaan er meer op vooruit dan jeugdigen die deze problemen niet hadden in hun opnameprofiel (alle correlaties  $> .25$ ,  $p < 0.05$ ). Deze problematieken werden onafhankelijk van de CBCL bij de opname vastgesteld met de VSPS (zie Deel I van dit rapport, hoofdstuk 1). Ook bij jeugdigen met politie en strafrechterlijke justitiecontacten zien in de loop der tijd een gunstiger ontwikkelingsprognose ontstaan, met name op delinquent en agressief gedrag.

Opmerkelijk is voorts de bevinding dat jeugdigen die volgens hun casemanagers bij de aanvang van de hulp goede sociale vaardigheden toonden zich bij de follow-up blijken te hebben ontpopt als delinquenter (correlatie .30).

Tot slot merken we nog of dat de motivatie van de jeugdigen om bij de aanvang van de hulp met de hulpverlening in zee te gaan niet in verband staat met de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn.

#### *Gezinsgebonden problemen*

Bij de gezinnen zien we allereerst dat de gedragproblemen van de jeugdigen in gezinnen met een jeugdbeschermingsmaatregel verhoudingsgewijs minder vooruitgaan dan in de gezinnen zonder zo'n maatregel. Dit bleek ook al uit tabel 4.3, waar we zagen dat het agressief gedrag en aandachtstekort in de vrijwillige ambulante sector meer vooruitging dan in de gezinsvoogdij.

Daarnaast zien we substantiële samenhangen met de gezinsrelationele aspecten, met name stoornissen in de ouder-kind relaties en gebrek aan gezinscommunicaties (correlaties .30-.47).

De jeugdigen die deze problemen bij de aanmelding hadden ontwikkelden zich verhoudingsgewijs gunstiger volgens de CBCL-totaalschaal.

Opmerkelijk is dat een ineffectieve opvoedingsstijl, c.q. gebrekkige opvoedingsvaardigheden bij de ouders, geen duidelijke samenhang vertoont met de ontwikkeling van de jeugdigen. De jeugdigen in de jeugdzorg die met dit type gezinsproblematiek kampen hebben niet duidelijk een gunstiger ontwikkelingsprognose.

Ook de motivatie van de ouders om bij de aanvang van de hulp met de hulpverlening in zee te gaan hangt niet samen met het ontwikkelingsverloop van de jeugdigen.

Helaas treffen we op gezinsgebied ook nog een aantal factoren waarbij de jeugdzorg kennelijk minder effectief is. Zo komt naar voren dat gedrags-, emotionele en persoonlijke problematiek bij de ouders (met name bij de moeder) indicator is van een ongunstige gedrags- en emotionele ontwikkeling bij de jeugdige. De aanwezigheid van deze risicofactoren leidt met name tot een verhoogde kans op agressief en vooral delinquent gedrag (correlaties van .22-.30). Verder verhoogt de aanwezigheid van problemen met de omgangsregeling het delinquent gedrag bij de jeugdigen (correlatie .30). Dat geldt ook wanneer de casemanager van mening is dat er aan de sociale positie van het gezin in de buurt moet worden gewerkt (correlatie .34). Voorts verhoogt de aanwezigheid van een gezinssituatie met één ouder, problemen met de omgangsregeling, relatieproblemen tussen de jeugdige en de vader, fysieke verwaarlozing en huisvestingsproblemen tot een hogere kans op agressief en angstig, depressief gedrag bij de jeugdigen (correlaties .23-.30). Deze kenmerken lijken te duiden op 'sociaal zwakkere' gezinssituaties.

#### *Risicofactoren op school en in de vrije tijd*

We merken allereerst op dat het schooltype van de jeugdige bij de aanvang van de hulp of tijdens de follow-up periode geen duidelijk verband heeft met de behaalde ontwikkeling. De jeugd met psychosociale problemen in het speciaal onderwijs heeft verhoudingsgewijs geen opvallend betere of slechtere ontwikkelingsprognose op de CBCL-totaalscore dan de jeugd met psychosociale problemen in het gewoon onderwijs.

Verder zien we duidelijke correlaties met risicofactoren op school: jeugdigen die bij de aanmelding niet gemotiveerd waren voor school, daar slecht presteerden en verstoorte relaties hadden met klasgenoten en leerkrachten ontwikkelden zich volgens de hoofdschaal van de CBCL eveneens verhoudingsgewijs gunstiger (correlaties .20-.28).

Verder blijken jeugdigen die bij de aanmelding hun vrije tijd riskant besteedden en optrokken met probleemvrienden zich volgens de CBCL gunstiger te ontwikkelen (beide correlaties .28).

#### *Meervoudige problemen en ontwikkeling*

We berekenden tot slot nog de correlaties tussen de ontwikkeling van de jeugdigen volgens de

hoofdschalen van de CBCL en het totaal aantal kindgebonden en gezinsgebonden risicofactoren. We zien dan dat zowel angstig, depressief gedrag als het agressief en delinquent probleemgedrag verhoudingsgewijs iets meer verbeteren naarmate er meer meervoudige kind- en gezinsgebonden risicofactoren aanwezig zijn. De verbanden zijn echter gering (correlaties .2).

#### 6.4 Steunbronnen

In deel I van dit rapport (zie §2.6) zagen we dat de jeugdigen en gezinnen bij de aanvang van de hulp naast risicofactoren en psychosociale problemen soms de beschikking hebben over bronnen van steun, zoals voldoende financiële middelen, goede huisvesting of sociale steun van grootouders, familie of vrienden. De vraag is of dergelijk steunbronnen bijdragen tot de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn. Welnu, dat blijkt in dit onderzoek voor de meeste steunbronnen niet het geval te zijn.

Er is echter een duidelijke uitzondering. Sociale steun van grootouders, burens en vrienden leidt tot een gunstiger ontwikkelingsprognose bij jeugdigen die kampen met emotionele problemen, met name die angstig en depressief gedrag vertonen (correlatie .24). Dat geldt eveneens voor jeugdigen die sociale problemen hebben (correlatie .25).

#### 6.5 Cliënttevredenheid

Een andere vraag is nog of naarmate cliënten meer tevreden zijn over de hulpverlening er ook meer vooruitgang werd geboekt. Welnu, dat blijkt niet zonder meer het geval te zijn.

De jeugdigen die er volgens de CBCL gedragsmatig op vooruit zijn gegaan bij de follow-up blijken niet meer tevreden te zijn dan de jeugdigen zonder groei op dit gebied. Dat geldt ook voor hun ouders.

Wel blijkt er een verband te zijn met emotionele groei volgens de CBCL. De jeugdigen die op dit punt vooruitgang hebben geboekt zijn met name meer tevreden over de vervolghulp die zij kregen dan de jeugdigen die op dit gebied geen groei hebben doorgemaakt.

Een opmerkelijke bevinding is tot slot nog dat de jeugdigen die een gunstige gedragsontwikkeling hebben doorgemaakt bij de aanvang van de hulp tamelijk ontevreden waren over de hulp die ze van hun casemanager kregen ( $r=.41$ ,  $p<0.05$ ). Dat geldt overigens niet voor de tevredenheid van de ouders bij de aanvang van de hulp. Deze hangt met geen der ontwikkelingsmaten samen.

## 6.6 Samenvatting

Leeftijd en etnische achtergrond hangen niet samen met de ontwikkeling van de jeugdigen. Wel ontwikkelen meisjes zich op de middellange termijn iets gunstiger dan de jongens. Dit verband is echter gering. Verder zien we dat de algemene demografische achtergrond van de jeugdigen en de gezinnen vrijwel geen invloed heeft op de middellange termijn ontwikkelingskansen van de jeugd in de hier onderzochte vormen van jeugdzorg.

Jeugdigen die bij de opname angstig of terneergeslagen waren en jeugdigen met ongedurig, agressief of delinquent gedrag gaan er verhoudingsgewijs meer op vooruit gaan dan jeugdigen zonder deze probleemgedragingen. Dit duidt erop dat deze psychosociale problematieken bij de jeugdigen in de jeugdzorg aanwijsbaar verbeteren.

Steunbronnen bij de aanvang van de hulp hadden op de middellange termijn ontwikkeling van de jeugdigen geen aantoonbare invloed. Uitzondering was de aanwezigheid van sociale steun van grootouders, burens en vrienden. De emotionele ontwikkeling van jeugdigen die bij de start van de hulpverlening ernstige emotionele problemen hadden doch daarnaast over deze sociale steunbronnen beschikten was op de middellange termijn aanwijsbaar gunstiger.

Gedrags-, emotionele en persoonlijke problemen bij de ouders, met name bij de moeders, leiden verhoudingsgewijs tot slechtere ontwikkelingsprognoses. Dat zien we ook bij problemen met de omgangsregeling, fysieke verwaarlozing, materiele gezinsproblemen, gezinsrelationele problemen en problemen met de sociale positie van het gezin in de buurt.

De motivatie voor de hulpverlening bij zowel de jeugdigen als hun ouders vertoont geen samenhang met de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn.

Tot slot zijn er nog aanwijzingen dat jeugdigen die bij de aanvang van de hulp volgens hun casemanagers goede sociale vaardigheden hadden zich op de middellange termijn delinquenter gaan gedragen.





## **7.1 Inleiding**

In het vorige hoofdstuk onderzochten we welke cliënten er precies op vooruit gingen. Daarmee is echter nog geen antwoord gegeven op de vraag welke hulp deze cliënten precies kregen. Weten welke hulpverlening bijdraagt aan de ontwikkeling van de jeugdigen en welke niet vergroot het inzicht in de hulpverleningsfactoren die het ontwikkelingsverloop van de jeugdigen in de jeugdzorg kunnen bevorderen of belemmeren.

In dit hoofdstuk gaan we daarom systematisch na welke hulpverleningsfactoren bijdragen tot positieve ontwikkelingen bij de jeugdigen. Ook gaan we na of er bepaalde factoren in de hulpverlening zijn die de ontwikkeling van de jeugdigen belemmeren.

In hoofdstuk 4 werd een beeld geschetst van de hulpverlening die uiteindelijk werd gerealiseerd. De belangrijke vraag is derhalve: hoe ontwikkelden de jeugdigen zich in de verschillende aldaar beschreven hulpvarianten?

Voordat de hulpverlening in gang werd gezet hebben de jeugdigen en de gezinnen echter een traject van kennismaking, problemdiagnose en indicatiestelling doorlopen. In deze fase werd vaak ook al direct hulp verstrekt. In het eerste deelrapport van dit onderzoek is uitgebreid verslag gedaan van deze eerste fase van de hulpverlening.

Een vraag die vooraf gaat aan die naar het effect van de vervolghulpverlening is of er in deze startfase van de hulpverlening bepaalde kenmerken aan te wijzen zijn die het ontwikkelingsverloop van de jeugdigen op de middellange termijn begunstigen. In het verlengde hiervan ligt de vraag of er in de startfase factoren aan te wijzen zijn die de ontwikkeling van de jeugdigen belemmeren. Alvorens we vanaf paragraaf 7.7 ingaan op de effectiviteit van de verschillende hoofdvarianten van hulp richten we daarom eerst de aandacht op de hulpverlening van de casemanagers (de eerste fase van de hulpverlening).

## **7.2 Probleemverkenning en hulpverleningsplan**

In het eerste deel van het onderzoeksverslag zagen we dat in de eerste fase van de hulpverlening de probleemverkenning en het maken van het hulpverleningsplan centraal staan. Casemanagers besteden daaraan doorgaans veel van hun spaarzame tijd en een belangrijke vraag is of deze tijd adequaat besteed is. We onderzoeken dit door na te gaan of de activiteiten die men

in de eerste fase van de hulpverlening bij de probleemverkenning en het maken van hulpverleningsplan heeft uitgevoerd mede van invloed zijn op de ontwikkeling van de jeugdigen. Het volgende blijkt.

Wanneer de casemanagers de informatie van de VSPTS hebben gebruikt bij het opstellen van hun hulpverleningsplan dan maken de jeugdigen op de middellange termijn een gunstiger emotionele ontwikkeling door volgens de CBCL (correlatie .26). Ook vertonen deze jeugdigen verhoudingsgewijs meer vooruitgang op het gebied van agressief gedrag (correlatie .23). Met de overige informatiebronnen die men bij de probleemdiagnose doorgaans gebruikt (raadsrapport, gesprekken met jeugdigen en ouders, diagnostisch onderzoek) zien we met geen der ontwikkelingsmaten een samenhang.

Verder zien we een verband met casemanagers die in de eerste fase van de hulpverlening een sterk accent hebben gelegd op het opstellen van het behandelingsplan. Ook hier ontwikkelen de jeugdigen zich verhoudingsgewijs 'overall' gunstiger (correlatie .30).

Deze bevindingen duiden erop dat het zekere lonend is een systematische probleemdiagnose uit te voeren en tijd te besteden aan het maken van een doordacht behandelingsplan. Deze werkwijze draagt er aantoonbaar toe bij dat de jeugdigen zich op de middellange termijn gunstiger ontwikkelen.

Een andere belangrijke kwestie is de positie van de cliënt. Deze staat in de hedendaagse vraaggerichte opvatting over hulpverlening in het middelpunt. Niet alleen dient de hulpvraag van de cliënt in de probleemdiagnose centraal te worden gesteld, ook dient de cliënt uitgebreid bij het opstellen van het hulpverleningsplan te worden betrokken.

Wat dit aangaat vinden we inderdaad dat een vraaggerichte aanpak belangrijk is, althans wanneer we daaronder verstaan dat de cliënt zoveel mogelijk bij de probleemdiagnose en oplossingsvoorstellen wordt betrokken. Zo zien we de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn verhoudingsgewijs gunstiger verlopen naarmate de casemanagers in de ogen van de cliënten tijdens de startfase meer accent legden op het vragen naar welke problemen en oplossingen zij zelf zagen (correlaties van .30 tot .35). Indien jeugdigen tijdens de vervolghulpverlening bij het behandelplan werden betrokken dan zien we een verhoudingsgewijs betere ontwikkeling van met name de emotionele en sociale problematiek (beide correlaties .32). Ook wanneer de casemanagers zelf aangeven dat zij bij de aanvang van de hulp veel accent hebben gelegd op het met hun cliënten bespreken van de conclusies van hun probleemanalyse alsook op het bespreken van de oplossingsmogelijkheden die de cliënten zagen zien we een gunstiger verloop van de ontwikkeling op de CBCL-schalen (correlaties van .25 tot .35).

Daar staat echter tegenover dat we ook vinden dat het bereiken van overeenstemming met de cliënt zowel bij de jeugdigen als de ouders niet in verband staat met de ontwikkelingsmaten.

Deze bevindingen lijken erop te duiden dat het streven naar overeenstemming met de cliënt

geen centrale focus is van het vraaggericht werken, maar dat het meer gaat om een professionele cliëntgerichte houding waarbij de cliënten serieus genomen en gehoord worden én waarbij de casemanager de bevindingen van zijn probleemdiagnose en zijn oplossingsvoorstellen gezagvol en helder aan de cliënten weet over te brengen. In §7.4 komen we hier nog kort op terug.

### **7.3 Aantal, duur en plaats cliëntcontacten**

Een belangrijk discussie in de jeugdzorg betreft verder het aantal en de duur van de contacten tussen de casemanagers en de cliënten. De hoge caseload en de vele procedures dragen bij tot een hoge werkdruk, waardoor er vaak onvoldoende tijd over blijft voor cliëntcontacten.

Dat het aantal en de duur van de face-tot-face contacten inderdaad mede van invloed is op de ontwikkeling van de jeugdigen komt ook in dit onderzoek naar voren. Naarmate er in de startfase meer contacten zijn geweest met zowel de jeugdigen als de ouders ontwikkelen jeugdigen met gedrags- en sociale problemen zich op de middellange termijn beter volgens de CBCL (correlatie .27). Ook naarmate deze contacten langer duurden ontwikkelde de gedragsproblematiek van de jeugdigen zich gunstiger (correlaties .23-.26).

De relatie tussen aantal contacten en ontwikkeling zien we niet alleen bij de start van de hulpverlening. Ook tijdens de vervolghulpverlening die in de follow-up periode werd gegeven komt dit verband naar voren. Naarmate er op jaarbasis meer contacten tussen de casemanager (lees gezinsvoogden) en de jeugdigen waren ontwikkelden deze laatsten zich gunstiger volgens de totale probleemschaal van de CBCL (correlatie .27).

Ook de plaats waar de gesprekken plaatsvond blijkt van invloed te zijn, althans wanneer we de leeftijd van de jeugdigen in de analyse betrekken. Wanneer de gesprekken met de wat oudere jeugdigen niet thuis plaatsvinden maar alleen op het kantoor van de instelling of elders dan zien we een gunstiger 'overall'-ontwikkeling op de middellange termijn ( $F(80,4)=2.97$ ,  $p<0.05$ ). Bij de ouders zien we geen verband met de plaats van de eerste gesprekken.

### **7.4 De benadering van de cliënten**

In het eerste rapport zagen we dat de hulpverlener bepaalde sociaal-psychologische methoden inzet om tot een werkbaar contact met de cliënten te komen. De casemanager kan bijvoorbeeld de cliënt confronteren met zijn problemen of met eigen functioneren, hij kan kaders stellen (sturend, regulerend of structurerend optreden), emotionele ondersteuning of 'een luisterend oor' bieden, het vertrouwen van de cliënt winnen of een draagvlak scheppen, zaken die

goed lopen naar voren halen (activeren van het probleemoplossend vermogen van het cliënt-systeem), of de probleemsituatie van de cliënt verhelderen enzovoort (zie deel I, hoofdstuk 3, § 3.6). De vraag is of een bepaalde benadering bij de start van de hulpverlening leidt tot een groter effect van de hulp. Welnu, dat blijkt inderdaad het geval te zijn zoals tabel 7.1 laat zien.

**Tabel 7.1 Samenhang methodische accenten en ontwikkeling**

CBCL-ontwikkelingsmaten	overall	intern.	extern.	angst	agres.	delinq.	soc.probl.
. informeren/adviseren	+		++			++	
. confronteren	+	+	++		+	++	
. sturen/reguleren/structureren			+		+	++	-
. ordenen/verduidelijken/verhelderen	+	+		+	++	++	
. emotionele ondersteuning bieden							
. scheppen draagvlak							
. accentueren van positieve aspecten						+	
. eigen waarde cliënt benadrukken						+	
. activeren sociaal netwerk							++

<sup>1</sup> ++ =  $r > 0.35$ ; + =  $0.35 > r > 0.2$ ; - =  $-0.2 > r > -0.35$

Allereerst blijkt dat het bieden van emotionele ondersteuning en het scheppen van een draagvlak niet in verband staat met de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn. Dit betekent niet dat deze methodische accenten onbelangrijk zijn, echter wel dat ze niet op de middellange termijn bijdragen tot een gunstiger ontwikkeling van de jeugdigen.

De overige benaderingsaspecten differentieren echter wel enigszins naar het type ontwikkeling. Angstig, depressieve jeugdigen blijken verhoudingsgewijs het meeste baat te hebben gehad wanneer hun casemanager koos voor een ordenende aanpak waarin de emotionele probleemsituatie verhelderd en verduidelijkt werd.

De agressieve jeugdigen ontwikkelden zich verhoudingsgewijs beter als de casemanager hen met hun probleemgedrag confronteerde en daarbij tevens ordenend en sturend optrad.

De delinquente jeugdigen ontwikkelden zich verhoudingsgewijs eveneens beter indien zij op dezelfde wijze werden aangepakt als hiervoor de agressieve jeugdigen, doch indien zij daarnaast tevens heldere informatie en adviezen kregen, er aandacht was voor het activeren van positieve aspecten in hun leven en hun persoonlijke kwaliteiten naar voren werden gehaald.

Tot slot blijken jeugdigen met sociale problemen verhoudingsgewijs veel baat te hebben gehad bij een (re)activering van hun sociale netwerk, terwijl een sterk sturende, structurerende aanpak bij deze jeugdigen een ontwikkelingsbelemmerende uitwerking had.

Ook als we de methodische accenten bezien waarmee de ouders benaderd werden dan zien we dat in de ontwikkeling van de jeugdigen terug. Jeugdigen met ouders die enerzijds emotioneel werden ondersteund (correlatie .28) en persoonlijk gewaardeerd (correlatie .22) door hun casemanagers, en die anderzijds heldere informatie en adviezen kregen (correlatie .30), en aangezet werden tot het benutten van hun opvoedingsmogelijkheden (correlatie .23) geven op de middellange termijn blijk van een gunstiger 'overall' ontwikkeling volgens de CBCL. Daarnaast is de ontwikkeling van delinquente jeugdigen er nog bij gebaat indien de ouders door de casemanagers tevens sturend worden benaderd (correlatie .26).

Voorts dient niet onvermeld te blijven dat het uitgebreid toelichten van de informatiefolder bij de start van de hulpverlening aan zowel de jeugdigen als de ouders in de gezinsvoogdij samenhangt met een op de middellange termijn gunstiger overall-ontwikkeling van de jeugdigen volgens de CBCL (correlaties > .30).

Samenvattend duiden deze bevindingen erop dat een gerichte methodische benadering van de jeugdigen en hun ouders aan het begin van de hulpverlening door hun casemanagers een positieve toon zet voor een gunstige ontwikkeling van de psychosociale problematiek van de jeugdigen op de middellange termijn.

Daarbij valt wel op dat veel methodiek-accenten het meeste effect hebben bij agressieve en delinquente jeugdigen en minder bij emotionele problematiek. Dat roept de vraag op of de verschillende accenten wel gedifferentieerd genoeg worden ingezet.

## **7.5 Hulpverleningsactiviteiten casemanagers**

In het eerste rapport zagen we dat de casemanagers in de startfase van de hulpverlening zelf ook vaak een aantal hulpverleningsactiviteiten uitvoeren, zoals het bieden van materiële hulpverlening (financiën, huisvesting, budgettering e.d.), het inschakelen van de school of het geven van opvoedingsondersteuning (zie deel I, hoofdstuk 3, §3.7).

De vraag is of deze hulpverlenende activiteiten van de casemanagers de middellange termijn ontwikkeling van de jeugdigen bevorderen. Zoals tabel 7.2 laat zien blijkt dat slechts in beperkte mate het geval te zijn.

Uit de tabel blijkt allereerst dat materiële hulpverlening, zoals hulp bij huisvesting en financiën niet systematisch in verband staat met de ontwikkeling van de jeugdigen. Dat geldt ook voor het bieden van opvoedingsondersteuning en het reactiveren van reeds aanwezige hulpverlening.

Deze activiteiten dragen derhalve niet aantoonbaar bij aan de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn.

Dat is echter wél het geval bij uithuisplaatsing en nadruk op contactonderhoud bij uithuisplaatsing. Dit leidt tot betere ontwikkelingsprognoses voor alle uit huis geplaatste jeugdigen.

**Tabel 7.2 Samenhang hulpactiviteiten casemanagers en ontwikkeling**

<i>CBCL-ontwikkelingsmaten</i>	<i>totaal</i>	<i>intern.</i>	<i>extern.</i>	<i>angst</i>	<i>agres.</i>	<i>delinq.</i>	<i>soc.probl.</i>
. materiële hulpverlening							
. opvoedingsondersteuning/cursus							
. inschakelen school				-- <sup>1</sup>			
. reactiveren bestaande hulpverlening							
. uit huis plaatsen	+		+				++
. contactonderhoud uithuisplaatsing	+		+	+	+	+	
. begeleiden gang door strafrecht							++

<sup>1</sup> ++ =  $r > 0.35$ ; + =  $0.35 > r > 0.2$ ; - =  $-0.2 > r > -0.35$ ; -- =  $r < 0.35$

Nu zou men kunnen stellen dat activiteiten als opvoedingsondersteuning, het inschakelen van school en de reactivering van bestaande hulpverlening vooral van belang zijn bij de niet uit huis geplaatste jeugdigen. Maar ook als we alleen de groep niet uit huis geplaatste jeugdigen bezien vinden we echter geen verbanden tussen de genoemde activiteiten en de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn.

Voor alle duidelijkheid, het voorgaande betekent niet dat activiteiten zonder middellange termijn effect niet van belang zijn geweest in de hulpverlening aan de jeugdigen en de gezinnen. We mogen aannemen dat deze activiteiten (positief) hebben gewerkt bij zowel jeugdigen die wél en geen vooruitgang in hun ontwikkeling boekten.

## 7.6 De hulpverleningsdoelen

Bij een planmatige opzet van de hulpverlening streeft de casemanager steeds bepaalde pedagogische doelstellingen na die de ontwikkeling van de jeugdige en het gezinsfunctioneren beogen te bevorderen. Deze doelen worden samen met de jeugdigen en de ouders opgesteld en sturen vervolgens het hulpverleningshandelen aan.

Een belangrijke vraag in dit verband is: welke pedagogische doelstellingen kregen de jeugdigen mee die er op vooruit zijn gegaan? Het antwoord op deze vraag zal ons zicht vergroten op de hulpdoelen die de ontwikkeling van de jeugdigen effectief kunnen bevorderen.

We onderzoeken dit door de vooruitgang van de jeugdigen op de hoofd- en de subschalen van de CBCL te correleren met de hulpverleningsdoelen die bij de indicatiestelling werden opgesteld (zie deel I, hoofdstuk 4, tabel 4.1). Tabel 7.3 geeft de bevindingen.

**Tabel 7.3 Samenhang hulpdoelen en ontwikkeling van de jeugdige**

	<i>totale probl.</i>	<i>somber/ angstig</i>	<i>agressie</i>	<i>delin- quent</i>	<i>sociale probl.</i>	<i>denk- probl.</i>
<i>kinddoelen:</i>						
. verbeteren intrapsychisch functioneren	+		++	+		+
. verbeteren gedragmatig functioneren	++		++	++		+
. versterken persoonlijkheid	+		++	++		+
. vergroten sociale vaardigheden	++	+	++	++	+	++
. verbeteren schoolsituatie						
. verbeteren vrijetijdbesteding	+		++	++	+	
. verbeteren omgang leeftijdgenoten			+		++	
<i>gezinsdoelen:</i>						
. herstel opvoedingssituatie						
. verbeteren gezinsrelaties		++		+	+	++
. vergroten opvoedingsvaardigheden	++			+	++	

<sup>1</sup> ++ =  $r > 0.35$ ; + =  $0.35 > r > 0.2$ ; ± =  $0.2 > r < 0.1$

De tabel toont allereerst tamelijk sterke verbanden ( $r > 0.35$ ) tussen de ‘overall’-ontwikkeling van de jeugdigen en meerdere hulpdoelen die worden nagestreefd. Het nastreven van gedragsverbetering vergroot, evenals het nastreven van meer opvoedingscompetentie, de kans dat jeugdigen een gunstiger algehele ontwikkeling doormaken volgens de totale probleemschaal van de CBCL. In mindere mate ( $0.20 < r < 0.35$ ) geldt dat ook voor doelen als ‘het versterken van de persoonlijkheid’, ‘het vergroten van sociale vaardigheden van de jeugdigen’ en ‘het verbeteren van de vrije tijdsbesteding’.

Wanneer we de subschalen van de CBCL erbij betrekken dan zien we dat genoemde doelen vooral het agressieve en delinquent gedrag bijsturen. Delinquent jeugdigen hebben daarnaast nog baat bij het streven naar verbetering van de gezinsinteracties en naar vergroting van de ouderlijke opvoedingsvaardigheden. Het gaat hier echter slecht om beperkte samenhangen. Somber, angstig gedrag heeft een verhoudingsgewijs gunstiger ontwikkelingsprognose wanneer in de hulpverlening wordt gestreefd naar een verbetering van de relaties in het gezin en naar een versterking van de sociale vaardigheden bij de jeugdige.

Sociale problemen verbeteren evident wanneer men in de hulpverlening de sociale vaardigheden van de jeugdigen en de omgang met leeftijdgenoten beoogt te bevorderen.

Ook het vergroten van de ouderlijke opvoedingsvaardigheden en - zij het in mindere mate - het verbeteren van de gezinsinteracties vormen hulpdoelen die leiden tot een vermindering



van sociale problemen bij jeugdigen.

De ontwikkelingsprognose bij denk- en psychische problemen bij jeugdigen is evident gunstiger als de hulpverlening streeft naar vergroting van de sociale vaardigheden en verbetering van de gezinsinteracties. In mindere mate dragen ook het verbeteren van het intra-psychisch en gedragsmatige functioneren, en het bevorderen van de sociale vaardigheden, daartoe bij.

Tot slot valt het op dat de doelen 'verbeteren van de schoolsituatie' en 'herstel van de opvoedingssituatie' niet systematisch samenhangen met een gunstiger ontwikkeling van de jeugdigen, noch wat betreft het 'overall'-beeld, noch wat betreft de specifieke gedragsbeelden. Het nastreven van deze doelen leidt derhalve niet direct tot een betere ontwikkelingsprognose voor de jeugdigen. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat deze doelen bij alle jeugdigen (zowel de vooruit als de achteruitgaande) een rol spelen.

Wat verder nog opvalt is dat er erg veel uiteenlopende pedagogische doelen zijn die bijdragen aan positieve ontwikkelingen op de verschillende specifieke psychosociale probleemgebieden. Dat duidt erop dat er steeds een uitgebreid palet aan verschillende hulpdoelen werd ingezet. Hierdoor kunnen er geen specifieke conclusies worden getrokken over welk hulpdoel bij welk type psychosociaal probleem het beste kan worden nagestreefd om jeugdigen optimale ontwikkelingsprognoses te bieden. Wel blijkt dat veel doelen vooral effectief zijn bij agressieve en delinquente jeugdigen.

## **7.7 Hulpverlening en ontwikkeling**

Om zijn pedagogische doelstellingen te verwezenlijken zet de casemanager in overleg met de jeugdigen en de ouders bepaalde hulpmiddelen in.

In hoofdstuk 2 zagen we welke hulpmiddelen er uiteindelijk werden gerealiseerd, terwijl in hoofdstuk 3 een beeld werd geschetst van de ontwikkelingen die op basis van de gegevens van de hulpverlening bij de jeugdigen en de gezinnen werden waargenomen.

Een belangrijke vraag is nu: welke type vervolghulpverlening kregen de jeugdigen na de startfase die er volgens hun hulpverleners op vooruit zijn gegaan?

Het antwoord op deze vraag zal duidelijk maken welke hoofdvarianten van hulpverlening volgens de casemanagers het meeste bijdragen aan de ontwikkeling van de jeugdigen.

We gaan dit na door de gemiddelde vooruitgangsscores op de hoofdvarianten van hulpverlening die de jeugdigen en de gezinnen uiteindelijk kregen middels variantieanalyse onderling te vergelijken. Tabel 7.4 geeft dit weer.

De betekenis van de scores is hierbij als volgt: 1 - geen vooruitgang, 2 - enige vooruitgang en 3 - veel vooruitgang.

Tabel 7.4 Gemiddelde vooruitgangsscores op de kind- en gezinsaspecten volgens de casemanagers

<i>hulpvariant</i>	<i>Totaal (N=137)</i>		<i>Gezinsvoogdij (N=115)</i>		<i>Vrijw. Ambulant (N=22)</i>	
	<i>jeugd</i>	<i>gezin</i>	<i>jeugd</i>	<i>gezin</i>	<i>jeugd</i>	<i>gezin</i>
. ambulante hulp	1,9 <sup>n.s.</sup>	1,7 <sup>1</sup>	1,9	1,9	1,9	1,8
. licht	1,8	1,5	1,8	1,5	--	--
. intensief	2,0	2,0	2,1	2,1	1,9	1,8
. semi-residentiële	2,1	1,8	2,1	2,0	2,1	1,8
. pleegzorg	2,1	1,8	2,1	1,8	2,0	1,8
. residentiële hulp	1,9	1,7	1,9	1,7	2,0	1,8
. licht	1,9	1,7	1,9	1,7	1,6	1,8
. intensief	1,8	1,6	1,8	1,7	2,3	1,4

<sup>n.s.</sup>  $P > 0.05$ , niet significant; <sup>1</sup>  $F(137;5) = 2.25$ ,  $P = 0.05$ ;

De tabel maakt duidelijk dat men in de hulpverlening bij alle hulpvormen gemiddeld enige vooruitgang in ontwikkeling signaleert, zowel bij de jeugdigen als in de gezinnen. Deze verschillen in vooruitgang zijn bij de jeugdigen echter niet statistisch aantoonbaar, bij de gezinscores zijn de verschillen in gemiddelde vooruitgang wel statistisch significant.

Wanneer we de gemiddelde scores opvatten als uitdrukking van een 'trend' dan kan men stellen dat de hulpverleners bij de jeugdigen, maar vooral in de gezinnen, de meeste vooruitgang bespeuren wanneer intensieve ambulante hulp, semi-residentiële hulp of pleegzorg werd verstrekt. Minder vooruitgang in ontwikkeling werd gerapporteerd wanneer lichte ambulante hulp werd geboden of wanneer jeugdigen in een lichte of intensieve residentiële hulpvariant werden opgenomen.

Nu kan men aanvoeren dat dit wellicht mede samenhangt met het feit dat de jeugdigen in de residentiële hulpvarianten meer meervoudige problemen hebben, zowel bij de jeugdige zelf als in het gezin (zie het eerste rapport van het onderzoek deel I, hoofdstuk 5, tabel 5.5 en tabel 5.6). Wanneer we via een covariantieanalyse corrigeren voor dit verschil in 'zwaarte' dan blijft nog steeds de trend bestaan dat de hulpverleners de meeste vooruitgang bespeuren bij de intensieve ambulante hulpvarianten, de semi-residentiële hulp en de pleegzorg.

Verder kan men veronderstellen dat de mate waarin de hulp conform de bedoelingen en afspraken werd verstrekt (de integriteit van de hulp) mede bepalend is voor de vooruitgang die

wordt geboekt. Er blijkt inderdaad verband te zijn tussen de integriteit van de hulp en de ontwikkeling die de jeugdigen ( $r=.39$ ,  $p<0.05$ ) en de gezinnen ( $r=.20$ ,  $p<0.05$ ) doormaakten.

Eerder zagen we echter ook dat de diverse hulpvarianten wat betreft hun integriteit uiteenlopend werden beoordeeld (zie dit rapport, hoofdstuk 2, tabel 2.5). Wanneer we hiervoor via een covariantieanalyse corrigeren dan verdwijnt de trend dat de hulpverleners bij de jeugdigen in de intensieve ambulante hulpvarianten, de semi-residentiële hulp en de pleegzorg de meeste vooruitgang bespeuren.

Dit duidt erop dat de mate waarin de hulp volgens de casemanagers conform de bedoelingen en afspraken wordt uitgevoerd een belangrijke rol speelt in de beoordeling van de casemanagers: de ontwikkeling van het kind en het gezin wordt in dat geval door een gunstig verloop gekenmerkt.

Het is de vraag of de gevonden tendensen ook naar voren komen indien de ontwikkeling met gestandaardiseerde instrumenten (CBCL) wordt bepaald. In de volgende paragraaf, alwaar we de effecten van de verschillende hoofdvarianten opnieuw in kaart brengen, gaan we hierop in.

## 7.8 Effecten op de ‘overall’-ontwikkeling

Een indruk van de effecten van de verschillende hulpverleningsvormen krijgen we door de netto effectpercentages op de schalen van de CBCL voor de diverse hulpvarianten naast elkaar te zetten. In de bijlage 1 van dit rapport is de volledige effecttabel met de exacte percentages jeugdigen die voor- respectievelijk achteruit gingen te vinden. In deze tabel worden ook de effecten volgens de sub-schalen van de CBCL weergegeven.

Omdat het aantal respondenten uit de vrijwillige ambulante hulpverlening beperkt van omvang is worden in de tabellen alleen de bevindingen voor de totale groep gepresenteerd.

In deze paragraaf behandelen we het effect volgens de totale probleemschaal van de CBCL. In de volgende paragraaf gaan we in op de effecten volgens de CBCL-subschalen.

Tabel 7.5 geeft de effecten van de hulpvarianten volgens de totale probleemschaal van de CBCL. Alvorens in te gaan op de tabel geven we eerst enige technische informatie.

Allereerst kan het effect van de hulpvarianten niet los worden gezien van de ernst van de problematiek van de opgenomen jeugdigen. In de ene hulpvariant zullen immers jeugdigen met ernstiger problemen zijn opgenomen zijn dan in de andere, hetgeen een zwaardere hulpverleningsopdracht inhoudt. Om hiervan een indruk te verkrijgen is in de kolom 'probleemzwaarte' van de tabel 7.5 de ernst van de problematiek bij de opname weergegeven.

Verder geeft de kolom 'netto vooruit' het aantal klinische jeugdigen dat normaliseerde minus het aantal niet klinische jeugdigen dat tijdens de hulpverlening in de klinische groep terecht kwam. Dit getal geeft derhalve het aantal jeugdigen per 100 opgenomen jeugdigen weer dat netto verbetert in de betreffende hulpvariant<sup>2</sup>.

Niet alle opgenomen jeugdigen hebben echter klinische problemen. Wanneer we het netto percentage dat vooruitgaat delen door het percentage jeugdigen dat klinische problemen heeft dan krijgen we een indruk van het effect in de groep klinische jeugdigen in plaats van in de totale groep opgenomen jeugdigen. Deze effectmaat staat in de kolom 'pot(entieel effect)' vermeld. De maat drukt de fractie klinische jeugdigen uit dat in principe in de hulpvorm verbetert. Het getal .xx betekent hier dat van de 100 jeugdigen met klinische problemen er in principe xx in de bijbehorende hulpvariant normaliseren (Fleiss, 1978)<sup>3</sup>.

Daarnaast kunnen we nog berekenen hoe effectief een bepaalde hulpvariant is in vergelijking met alle hulpvarianten tezamen. Dit getal staat in de kolom 'relatief (effect)' vermeld. Het min-teken betekent hier dat de variant minder effectief is dan gemiddeld en het plusteken dat de variant effectiever is. Het getal .xx betekent hier dat van de 100 jeugdigen met klinische problemen er in principe xx in de bijbehorende hulpvariant meer op vooruitgaan (of op achteruit gaan) dan in alle hulpvarianten tezamen (Fleiss, 1978)<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Bijvoorbeeld, het getal '12%' in de kolom 'netto' bij de regel 'lichte ambulante hulp' van de tabel 7.5 geeft weer dat van elke 100 jeugdigen die lichte ambulante hulp krijgen er netto 12 normaliseren wat betreft 'overall' klinische psychosociale problematiek volgens de CBCL.

<sup>3</sup> Bijvoorbeeld, het getal .15 in de kolom 'pot(entieel)' bij de regel 'lichte ambulante hulpverlening' van de tabel 7.5 betekent dat deze hulpvariant van elke 100 jeugdigen met 'overall' klinische psychosociale problemen er na ruim twee jaar in principe 15 genormaliseerd aflevert. Het getal .25 bij totaal betekent dat alle hulpvarianten tezamen in principe 25 genormaliseerde jeugdigen per 100 afleveren. De lichte ambulante hulpverlening is daarmee in het normaliseren van 'overall' klinische psychosociale problemen  $.15/.25 = 0.6$  keer zo effectief als alle hulpvarianten tezamen, en  $.15/.46 = 0.32$  keer zo effectief als de intensieve residentiële hulpverlening.

<sup>4</sup> Bijvoorbeeld, het getal -.10 in de kolom 'relatief' bij de regel 'lichte ambulante hulpverlening' van de tabel 7.5 betekent dat deze hulpvorm op elke 100 jeugdigen met 'overall' klinische psychosociale problemen er in principe 10 minder genormaliseerd aflevert dan alle hulpvarianten tezamen, en het getal van .21 bij de intensieve ambulante hulpverlening dat deze hulpvorm op elke 100 klinische jeugdigen er in principe 21 meer genormaliseerd aflevert dan alle hulpvarianten tezamen.

Tabel 7.5 Hulpverlening en ontwikkeling volgens de totale probleemschaal van de CBCL

		Leeftijd	Sekse	Probleemzwaarte <sup>2</sup>	Netto effect	Pot.	Relatief
. ambulante hulp	N=42	11.4	43% ♀	±	29%	.34	.09
. licht	N=16	11.6	39% ♀	-	12%	.15	-.10
. intensief	N=26	11.3	46% ♀	+	38%	.46	.21
. semi-residentiële <sup>1</sup>	N=2	7.2	27% ♀	++	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
. pleegzorg	N=10	11.3	54% ♀	-	0%	.00	-.25
. residentiële hulp	N=39	13.1	44% ♀	+	23%	.24	-.01
. licht	N=20	12,8	39% ♀	+	25%	.29	.04
. intensief	N=19	13.6	49% ♀	++	21%	.21	-.04
. totaal	N=93	12.0	44% ♀	+	34%	.25	.00

<sup>1</sup> onvoldoende respondenten om zinvol te kunnen interpreteren;

<sup>2</sup> gemiddelde probleemzwaarte bij de opname in de groep klinische jeugdigen volgens de CBCL ingedeeld in de volgende 4 categorieën: - = lichte problematiek (gemiddelde percentielscore tot en met 80); ± = tamelijk ernstige problematiek (gemiddelde percentielscores 80-90), + = ernstige problematiek (gemiddelde percentielscores 91-95) en ++ = zeer ernstige problematiek (gemiddelde percentielscores groter dan 95).

#### *'Overall'-effect ambulante hulpverlening*

De tabel laat allereerst zien dat de ernst van de problematiek in de lichte ambulante hulpvarianten tot de lichtste categorie behoort. Die van de intensieve ambulante hulpverlening valt in de op één na zwaarste categorie.

Verder komt naar voren dat bijna een derde van de jeugdigen zich in de ambulante hulpverlening 'overall' gunstig heeft ontwikkeld volgens de totale probleemschaal van de CBCL.

Het effect op 'overall'-gebied is het grootst in de intensieve ambulante hulpvarianten. Hier ontwikkelde ruim een derde zich gunstig. Ook is van alle hulpvarianten in deze hulpvorm het potentiële vooruitgangseffect bij 'overall'-problematiek het grootst. Bij de lichte ambulante varianten is het netto effect aanzienlijk geringer. Het potentiële effect ligt onder het gemiddelde.

#### *'Overall'-effect semi-residentiële hulpverlening*

Bij de semi-residentiële varianten zien we dat de ernst van de 'overall'-problematiek van de opgenomen jeugdigen in de zwaarste categorie valt.

Voor deze hulpvariant konden echter geen effecten worden berekend, daar er in deze categorie onvoldoende respondenten zijn met follow-up gegevens op de CBCL.

Zoals we in §7.11 nog zullen zien hangt dit samen met het feit dat veel jeugdigen met een indicatie voor semi-residentiële hulpverlening later alsnog naar de residentiële hulpverlening werden overgeplaatst.

#### *'Overall'-effect pleegzorg*

Bij de pleegzorg zien we dat de ernst van de 'overall'-problematiek van de jeugdigen tot de lichtste categorie behoort. Verder vinden we hier geen netto effect volgens de totale probleem-

schaal van de CBCL. Het potentieel effect ligt hier onder het gemiddelde.

#### *'Overall'-effect residentiële hulpverlening*

Bij de residentiële hulpverlening komt naar voren dat in de lichte varianten jeugdigen worden opgenomen die wat de ernst van hun 'overall'-problematiek betreft vergelijkbaar zijn met de jeugdigen die intensieve ambulante hulpverlening krijgen. Ze behoren tot de op één na zwaarste categorie.

De jeugdigen in de intensieve residentiële varianten vallen in de hoogste categorie van de probleemzwaarte. Dit duidt erop dat hier de meest moeilijke jeugdigen zijn opgenomen waar de jeugdzorg mee te maken heeft.

Verder zien we dat netto bijna een kwart van de jeugdigen zich in de residentiële hulpverlening gunstig ontwikkelt volgens de totale probleemschaal van de CBCL. De lichte residentiële variant doet het verhoudingsgewijs beter dan de intensieve variant wat de ontwikkeling van de 'overall'-problematiek van de jeugdigen betreft. Het potentieel effect van de eerste ligt iets boven het gemiddelde en dat van de tweede iets onder het gemiddelde van alle hulpvarianten tezamen.

### **7.9 Effecten bij specifieke gedragsbeelden**

Helaas biedt de totale probleemschaal van de CBCL slechts een globale ontwikkelingsmaat. Dat houdt in dat deze maat weinig zegt over het effect dat de verschillende hulpvarianten hebben bij specifieke gedragsproblemen, zoals agressie of delinquentie. Inzicht hierin kunnen we wel verkrijgen door de subschalen van de CBCL te bezien.

Tabel 7.6 geeft het relatieve effect van de verschillende hulpvarianten bij de specifieke gedragsbeelden weer (zie ook de tabel 1 in de bijlage 1 van dit rapport). In de tabel is tevens nogmaals de totale probleemschaal van de CBCL opgenomen. De hulpvarianten die verhoudingsgewijs grote en significante effecten hebben (bij een *P*-waarde kleiner dan 0.05) zijn vetgedrukt, de weinig effectieve zijn onderstreept.

#### *Specifieke effecten lichte ambulante hulpverlening*

Nu zien we dat in de lichte ambulante hulpverlening aantoonbaar bovengemiddeld effectief is wanneer jeugdigen kampen met lichte vormen van angstig, depressief gedrag en met problemen in de sociale omgang. Jeugdigen met agressief gedrag en delinquent gedrag zijn echter aantoonbaar minder gebaat bij deze vorm van hulp. Daarnaast zijn er indicaties dat jeugdigen die zich sociaal teruggetrokken gedragen en jeugdigen die aandachtsproblemen hebben verhoudingsgewijs eveneens minder gebaat zijn bij deze vorm van hulp.

**Tabel 7.6 Relatieve effectiviteit van hulpvarianten bij specifieke gedragsbeelden**

CBCL-ontwikkelingsmaten	totale probl.	sociaal terugg.	angstig/ depres.	agres-sief	delin-quentie	aandacht probl.	denk-probl.	sociale probl.
. ambulante hulp	+09	+04	+24	-07	+01	-09	+15	+13
. licht	<u>-10</u>	<u>-19</u>	<b>+51</b>	<u>-20</u>	<u>-17</u>	<u>-18</u>	<u>-12</u>	<b>+31</b>
. intensief	<b>+21</b>	+07	+12	+02	+11	-04	<b>+50</b>	+08
. semi-residentiële <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--
. pleegzorg	<u>-25</u>	+31	+04	+12	+09	-05	<u>-25</u>	<b>+52</b>
. residentiële hulp	-01	-09	-08	+17	+25	+06	+04	+11
. licht	+04	-09	<u>-35</u>	<b>+22</b>	<b>+28</b>	<u>-12</u>	<u>-17</u>	<u>-20</u>
. intensief	-04	-10	<b>+37</b>	<b>+16</b>	<b>+20</b>	+18	<b>+27</b>	<b>+50</b>

<sup>1</sup> onvoldoende respondenten om zinvol te kunnen interpreteren

#### *Specifieke effecten intensieve ambulante hulpverlening*

In tabel 7.5 zagen we al dat de intensieve ambulante hulpverlening bij 'overall'-problematiek een resultaat behaalt dat flink boven het gemiddelde ligt. Uit tabel 7.6 blijkt nu echter ook dat deze hulpvariant bij de meeste specifieke gedragsbeelden weliswaar licht positieve effecten scoort, maar dat dit bij de meeste gedragsbeelden niet aantoonbaar boven het gemiddelde uitstijgt. Alleen bij denk- of psychische problemen zien we verhoudingsgewijs een groot effect.

#### *Specifieke effecten pleegzorg*

De pleegzorg blijkt bij sociale problematiek van jeugdigen bovengemiddeld effectief te zijn. Ook zijn er indicaties dat de pleegzorg bij sociaal teruggetrokken gedrag meer dan gemiddelde positieve effecten sorteert. Bij de overige gedragsbeelden laat deze variant een gemiddeld effectbeeld zien.

#### *Specifieke effecten lichte residentiële hulpverlening*

De lichte residentiële hulpverlening blijkt verhoudingsgewijs een meer dan gemiddelde positieve uitwerking te hebben op agressief en delinquent gedrag. Jeugdigen met angstig, depressief gedrag en met sociale problemen ontwikkelen zich in deze hulpvorm echter aantoonbaar slechter dan gemiddeld.

#### *Specifieke effecten intensieve residentiële hulpverlening*

Tot slot komt nog naar voren dat de intensieve residentiële hulpverlening aan jeugdigen met specifieke psychosociale gedragsproblemen de meeste ontwikkelingskansen biedt. Jeugdigen die angstig en depressief zijn, die agressief of delinquent gedrag vertonen, die kampen met denk- en psychische problemen of die sociale problemen hebben ontwikkelen zich in deze hulpvariant aantoonbaar bovengemiddeld. Daarnaast is er een indicatie dat jeugdigen met aandachtsproblemen zich in deze hulpvariant verhoudingsgewijs gunstiger ontwikkelen.

Samenvattend komt de intensieve residentiële hulpverlening van alle hulpvarianten als de effectiefste naar voren wanneer we de aandacht richten op de specifieke gedragsbeelden. Niet alleen bedient deze hulpvorm de moeilijkste jeugdigen die met de jeugdzorg in aanraking komen, ook heeft deze variant jeugdigen met uiteenlopende specifieke psychosociale ontwikkelingsproblemen verhoudingsgewijs het meeste te bieden.

De lichte ambulante hulpverlening blijkt van alle hulpvarianten het minst effectief te zijn. Met name bij sociaal teruggetrokken gedrag en bij de verschillende gedragsproblematieken is deze hulpvariant weinig effectief.

De overige hulpvarianten liggen tussen deze uitersten in.

### 7.10 Hulpverlening en cliënttevredenheid

In deze paragraaf gaan we na hoe tevreden de cliënten zijn in de verschillende hulpvarianten. We berekenden daartoe voor elke hulpvariant de gemiddelde scores over alle cliëntsatisfactie-vragen samen. De scores lopen van 1 = ‘zeer ontevreden’ via 3 = ‘neutraal’ tot 5 = ‘zeer tevreden’. Scores hoger dan 3 duiden er derhalve op dat de gemiddelde cliënt tevreden is, scores minder dan 3 dat de gemiddelde cliënt ontevreden is. Tabel 7.6 geeft de tevredenheid van de cliënten in de verschillende hulpvarianten weer.

**Tabel 7.6 Gemiddelde tevredenheidsscores met de hulp van de diverse hulpvarianten**

	<i>ouders</i>	<i>jeugdigen</i>
. ambulante hulp	3.7 (0.8) <sup>ns</sup>	4.0 (0.8) <sup>1</sup>
. licht	3.8 (0.8)	4.2 (0.5)
. intensief	3.7 (0.8)	3.9 (0.9)
. semi-residentiële <sup>1</sup>	3.3 (0.9)	4.5 (0.7)
. pleegzorg	2.8 (1.3)	4.5 (0.7)
. residentiële hulp	3.5 (0.8)	3.8 (1.0)
. licht	3.4 (0.7)	3.3 (1.1)
. intensief	3.6 (1.0)	4.5 (0.8)
. totaal	3.5 (0.9)	4.0 (1.0)

<sup>ns</sup> F(84,5)=1.85, P=0.10; <sup>1</sup> F(44,5)=2.35, P=0.05

We zien allereerst dat zowel de ouders als de jeugdigen gemiddeld genomen tevreden zijn over de vervolghulpverlening. Daarbij zijn de jeugdigen duidelijk tevredener dan de ouders. Over de ambulante hulpvarianten zijn zowel de jeugdigen als hun ouders gemiddeld gezien behoorlijk te spreken.

Over de semi-residentiële hulp en de pleegzorg zijn de jeugdigen gemiddeld zeer goed te spreken. Ze zijn over deze hulpvarianten veel tevredener dan hun ouders, die over de pleegzorg



zelfs gemiddeld ontevreden zijn.

Ook over de lichte residentiële hulp zijn zowel de jeugdigen als de ouders gemiddeld genomen tevreden, zij het minder dan over de ambulante hulpvarianten.

Over de intensief residentiële hulpverlening zijn ook beide partijen goed te spreken, waarbij het opvalt dat vooral de jeugdigen deze vorm van hulp erg positief waarderen.

### 7.11 Herziene indicaties

In hoofdstuk 4 zagen we dat nogal wat jeugdigen uiteindelijk andere hulp kregen dan aanvankelijk werd geïndiceerd. Zo kwam een aantal jeugdigen terecht in de pleegzorg in plaats van in de aanvankelijk beoogde residentiële hulpverlening en kreeg een aantal uiteindelijk ambulante hulp terwijl aanvankelijk een residentiële plaatsing was geïndiceerd.

De vraag is allereerst hoe de ontwikkeling van deze jeugdigen verliep. Wanneer we de groep die uiteindelijk andere hulp kreeg dan aanvankelijk was beoogd vergelijken met de groep die wel de aanvankelijk beoogde hulp kreeg dan zien we geen verschillen in ontwikkeling volgens de totale probleemschaal van de CBCL.

Wanneer we echter een indeling maken in groepen die van residentieel naar ambulante gingen en van ambulante naar residentieel dan zien we de volgende effecten ( $F(5,76)=3.19, P< 0.05$ ):

- de jeugd waarbij aanvankelijk een residentiële of pleegzorg plaatsing werd beoogd doch die uiteindelijk ambulante hulpverlening kreeg ontwikkelde zich verhoudingsgewijs gunstiger. Dat geldt met name de jeugd die alsnog intensieve ambulante hulp kreeg;
- de jeugd waarbij aanvankelijk ambulante hulpverlening werd beoogd doch die uiteindelijk uit huis werd geplaatst ontwikkelde zich verhoudingsgewijs ongunstiger. Dat geldt met name voor de jeugd die uiteindelijk lichte residentiële hulp kreeg, in mindere mate voor de jeugd die uiteindelijk intensief residentiële hulpverlening kreeg en niet voor de jeugd die in een pleeggezin werd geplaatst. Deze laatste ontwikkelden zich eveneens gunstiger dan gemiddeld.

De vraag is vervolgens wie deze groepen cliënten zijn, d.w.z. de groep die aanvankelijk uit huis zou worden geplaatst maar die uiteindelijk toch ambulante hulp kreeg en de groep met aanvankelijk ambulante hulp maar die uiteindelijk toch uit huis ging.

In de leeftijd, sekse en etnische achtergrond van beide groepen jeugdigen zien we geen verschillen. Ook op de aspecten al dan niet gescheiden zijn van de ouders, de leeftijd van de ouders en het beroepsniveau onderscheiden beide groepen zich niet van elkaar.

Wanneer we de problematiekenmerken bij de opname bezien treffen we geen verschil in de aard en ernst van het aantal kindgebonden risicofactoren (gedrag, emotie en persoonlijkheid). Ook onderscheiden de groepen zich niet van elkaar op de CBCL hoofdschalen en op de schalen die betrekking hebben op de specifieke gedragsbeelden.

In de gezinsproblematiek zien we echter wel een aantal verschillen. Dat betreft niet zozeer de gezinsinteractionele en opvoedingsfactoren, maar vooral persoonlijke problematiek bij de ouders en de sociale positie van het gezin. De jeugd die in eerste instantie ambulante hulp zou worden geholpen maar toch uit huis werd geplaatst blijkt namelijk uit gezinnen te komen waarin de ouders, en dan met name de moeder (figuur), meer dan gemiddeld met emotionele en gedragsproblemen kampte ( $F(3,43)=4.08, P=0.01$ ).

Verder blijken de gezinnen van de jeugdigen die aanvankelijk uit huis zouden worden geplaatst maar die uiteindelijk toch ambulante hulp kregen zich te onderscheiden door verhoudingsgewijs meer problemen met de sociale positie in de buurt ( $F(3,54)=3.43, P<0.05$ ).

Daarnaast zagen de casemanagers bij de gezinnen met de aanvankelijk geïndiceerde uithuisplaatsingen gemiddeld minder protectieve factoren en bij de gezinnen met aanvankelijk geïndiceerde ambulante interventies gemiddeld meer protectieve factoren ( $F(3,75)=2.71, P=0.05$ ).

Tot slot zien we nog dat de problemen van de jeugd die aanvankelijk uit huis zou worden geplaatst bij de aanvang van de hulp door de casemanagers als ernstiger dan gemiddeld werden getaxeerd, terwijl de problemen van de jeugd die aanvankelijk niet uit huis zou gaan doch uiteindelijk toch uit huis ging bij de aanvang als minder ernstig dan gemiddeld inschatte ( $F(3,74)=2.37, P=0.07$ ).

Samenvattend duiden deze bevindingen erop dat er nogal eens ambulante hulp wordt geïndiceerd die later alsnog wordt omgezet in een uithuisplaatsing omdat de ouderlijke gedrags- en emotionele problematiek ernstiger blijkt te zijn en de mogelijkheden van protectieve factoren minder florissant dan aanvankelijk werd gedacht.

Residentiële hulp wordt nogal eens geïndiceerd doordat de problematiek als ernstiger wordt getaxeerd dan zij werkelijk is, waarbij met name een slechte sociale positie van het gezin in de buurt de beeldvorming negatief beïnvloed lijkt te hebben.

Hiermee dringt zich de conclusie op dat de ernst van de problematiek niet altijd even adequaat wordt getaxeerd, met name wanneer sprake is van gedrags- en emotionele problematiek bij de moeders, wanneer het sociale beeld van het gezin ongunstig is en de invloed van protectieve mogelijkheden wordt overschat.

## 7.12 Samenvatting

In dit hoofdstuk worden de hulpverleningsfactoren opgespoord die de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn bevorderen dan wel belemmeren.

### *Beginfase van de hulpverlening*

Allereerst blijkt dat de jeugdigen op de middellange termijn een gunstiger ontwikkeling doormaken wanneer hun casemanagers vanaf de start systematisch en doordacht te werk gaan bij de problemdiagnose, de indicatiestelling en het opstellen van het hulpverleningsplan. Daarnaast blijkt een vraaggerichte doch gezagsvolle en kaderstellende opstelling in combinatie met heldere communicatie te leiden tot verhoudingsgewijs betere ontwikkelingsprognoses voor de jeugdigen.

Niet alleen de aanpak blijkt van belang te zijn, ook telt de tijd die er voor cliëntcontacten is. Naarmate er meer gesprekken met cliënten zijn en deze langer duurden maken de jeugdigen een betere ontwikkeling door. Dat zien we ook terug bij de uit huis geplaatste jeugdigen, waar nadruk op contactonderhoud bijdraagt aan de ontwikkeling van de jeugdigen.

### *Gerealiseerde hulpverlening*

Hier blijkt allereerst dat de casemanagers het meest te spreken zijn over de ontwikkeling van de pupillen die lichte en intensieve ambulante hulp kregen, op de voet gevolgd door de pleegzorg en de semi-residentiële hulp. Het minst zijn zij te spreken over de ontwikkeling van de jeugdigen in de residentiële hulpverlening. Dit laatste blijkt nogal eens samen te hangen met het feit dat de hulp die aldaar werd verstrekt volgens de casemanagers niet conform de afspraken en bedoelingen was.

Wanneer we de gestandaardiseerde ontwikkelingsmaten van de CBCL als criterium nemen dan komt er een meer genuanceerd beeld naar voren.

De lichte ambulante hulpvarianten bedienen jeugdigen met lichte problemen. Ze hebben echter weinig tot geen effect bij sociaal teruggetrokken gedrag en bij gedragsproblemen. Jeugdigen met angstig, depressief gedrag en met sociale problematiek hebben in de lichte ambulante hulpverlening verhoudingsgewijs echter wel een tamelijk gunstige ontwikkelingsprognose.

De intensieve ambulante hulpverlening bedient jeugdigen met middelzware problemen. Deze hulpvariant sorteert het grootste effect bij 'overall'-problematiek van jeugdigen. Ook bij specifieke gedragsproblematiek leidt deze hulpvariant tot positieve ontwikkelingsprognoses, zij het dat het effect dan meer in de buurt van het gemiddelde van alle hulpvarianten tezamen ligt.

De pleegzorg neemt jeugdigen op met lichte problemen. Deze hulpvariant blijkt vooral jeugdigen met sociale problemen en met sociaal teruggetrokken gedrag meer dan gemiddelde ontwikkelingskansen te bieden.

In de lichte residentiële hulpverlening zitten jeugdigen met middelzware problemen. Deze hulpvariant biedt vooral jeugdigen met agressieve en delinquente gedragsproblemen gunstige ontwikkelingskansen. De ontwikkelingsprognoses bij met name angstig, depressief gedrag en sociale problematiek zijn in deze hulpvorm echter niet gunstig.

De intensieve residentiële hulpverlening neemt de meest problematische jeugdigen op. Deze hulpvariant biedt bij de meeste specifieke gedrags- en emotionele problemen verhoudingsgewijs de beste ontwikkelingskansen. Dat betreft niet alleen teruggetrokken, angstig en depressief gedrag. Ook jeugdigen met denkproblemen, sociale problemen, aandachtsproblemen en agressieve, delinquente gedragsproblemen hebben meer dan gemiddeld baat bij intensieve residentiële hulpverlening.

De jeugdigen en hun ouders blijken gemiddeld tevreden te zijn over de ambulante hulpvarianten. Daarnaast zijn de jeugdigen ook tevreden over de semi-residentiële hulp en de pleegzorg, doch de ouders zijn daarover minder positief te spreken. Over de pleegzorg zijn ze gemiddeld ronduit ontevreden. Verder zijn de jeugdigen tevreden over de hulp die ze van de residentiële hulpvarianten ontvingen, met name van de intensieve.

Bij de overgeplaatste jeugdigen dringt zich de indruk op dat de ernst van de problematiek niet altijd even adequaat werd getaxeerd. Bij ernstige gedrags- en emotionele problematiek bij de opvoeders indiceert men in eerste instantie nogal eens ambulante hulp die uiteindelijk toch overgaat in een uit huis plaatsing. Deze alsnog uit huis geplaatste jeugdigen blijken zich daarnaast minder gunstig te ontwikkelen.



## 8.1 Inleiding

In een eerste onderzoekverslag<sup>5</sup> werd een beeld geschetst van 230 jeugdigen die voor hulpverlening aangemeld waren bij de gezinsvoogdij en de vrijwillig ambulante hulpverlening. In dit tweede onderzoekverslag worden de bevindingen gerapporteerd van een longitudinaal onderzoek naar de ontwikkeling van 137 van deze jeugdigen. Dit is 61% van de oorspronkelijke onderzoeksgroep van 230 jeugdigen.

Het betreft hier twee groepen jeugdigen: een groep die aangemeld was bij gezinsvoogdijinstellingen in het Westen, Oosten en Zuiden van Nederland (115 jeugdigen) en een groep jeugdigen die aangemeld is bij de vrijwillige ambulante jeugdhulpverlening in het Noorden van Nederland (22 jeugdigen).

## 8.2 Biografische kenmerken en follow-up situatie

Bij de follow-up is de gemiddelde leeftijd van de jeugdigen 14.4 jaar. Daar de gemiddelde leeftijd bij de aanvang 12.0 jaar was bedraagt de follow-up termijn ruim twee jaar.

De onderzoeksgroep bestaat, evenals als in het eerste onderzoeksrapport, uit iets meer jongens (46%) dan meisjes (44%). Het aantal allochtone jeugdigen in het onderzoek is 17%.

Analyse van de jeugdigen die wel en niet deelnamen aan het follow-up onderzoek wijst uit dat de responsgroep voldoende representatief is voor de oorspronkelijke groep. Wel is de jeugd uit de gezinsvoogdij iets sterker vertegenwoordigd dan die uit de vrijwillig ambulante sector.

De demografische 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 ruim een derde ligt (30-35%) omvat onze onderzoeksgroep slechts een vijfde allochtone jeugdigen.

---

<sup>5</sup> Scholte, E.M. & Van der Ploeg, J.D. (2002). *Effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel I: Problematiek, indicatiestelling en cliënttevredenheid*. Amsterdam: [www.nippo.nl/publicaties](http://www.nippo.nl/publicaties).

### 8.3 Woonsituatie en school

Bij de follow-up woont twee vijfde van de jeugdigen (65%) nog in het gezin van herkomst. Dat is bijna een kwart (23%) minder dan bij de aanvang, alwaar tweederde van de jeugdigen (42%) nog thuis woonde.

De jeugd die tijdens de follow-up uit huis vertrok blijkt vooral in de pleegzorg (van 7% naar 22% ofwel een toename van 15%) en in residentiële centra (van 16% naar 32% ofwel een toename van 18%) terecht te zijn gekomen. Deze overgang van thuis naar uit huis deed zich zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillig ambulante hulpverlening voor.

Verder is bij de follow-up het aantal jeugdigen met onbestemde verblijfplaats afgenomen van 10% naar 2%. Ook deze jeugd kwam vooral in de pleegzorg en in residentiële centra terecht. Overigens deed ook het omgekeerde zich voor. Bijna een derde van de aanvankelijk uit huis geplaatste jeugd (te weten 31% van 23% ofwel 7%) woonde bij de follow-up weer thuis.

Bij de follow-up gaat bijna driekwart van de jeugdigen (72%) nog naar school. Dat is iets minder dan twee jaar geleden (88%). De schoolverlaters bestaan voor ruim een tiende uit jeugdigen die zijn gaan werken, maar ook voor ruim een tiende uit jeugdigen zonder duidelijke dagbesteding. Deze laatste groep woont voornamelijk in het gezin van herkomst.

### 8.4 Hulpverlening

#### *Contacten casemanagers-cliënten*

Gemiddeld waren er op jaarbasis in de gezinsvoogdij bijna 9 contacten met de jeugdigen en 11 met de ouders/gezinnen. Dit komt ongeveer overeen met het in de wet op de jeugdzorg voorgeschreven gemiddelde van één contact per zes weken met de jeugdigen.

Verder kreeg tweevijfde van de jeugdigen in de gezinsvoogdij tijdens de follow-up te maken met een andere gezinsvoogd, waarbij in minder dan een tiende meer dan twee wisselingen.

In de vrijwillig ambulante sector waren er gemiddeld ruim 4 contacten met de jeugdigen en bijna 6 met de ouders. Dit is iets hoger dan het aantal van 3 contacten met jeugdigen en 4 contacten met ouders dat landelijk wordt gevonden.

Dat het gemiddeld aantal contacten in de vrijwillig ambulante sector lager ligt dan in de gezinsvoogdij kan verklaard worden uit het feit dat het hier activiteiten in het kader van de toegang tot de jeugdzorg betreft die een beperkte duur hebben (screening, diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie) terwijl in de gezinsvoogdij de jeugdbeschermingsmaatregel vrijwel altijd voor langere tijd werd gecontinueerd. Ook de hogere caseload in de vrijwillig ambulante sector kan hierbij een rol hebben gespeeld.

*Gerealiseerde vervolghulpverlening*

Bij bijna tweederde (62%) was de hulp die de jeugdigen en de gezinnen uiteindelijk kregen dezelfde als de hulp die oorspronkelijk was geïndiceerd. Bij de overigen was dat niet zo.

Aanvankelijk geïndiceerde pleegzorgplaatsingen werden het meest gerealiseerd (78%). Op de tweede plaats komt de residentiële plaatsing (72%), dan de ambulante hulpverlening (56%) en de hekkensluis is de semi-residentiële plaatsing (20%). In de meeste gevallen kwam het hier uiteindelijk toch tot een residentiële opname.

Verder blijkt een derde van de jeugdigen waarvoor men aanvankelijk een plek in een lichte residentiële variant op het oog had bij de follow-up in een zware residentiële variant te zitten, terwijl twee derde van de jeugdigen waarvoor men een intensieve residentiële variant op het oog had uiteindelijk in een lichte residentiële variant terecht is gekomen.

Deze bevindingen geven aan dat zich bij ruim een derde van de jeugdigen flinke wijzigingen in de hulpverlening hebben voorgedaan, c.q. een verstrekkende herindicatie werd gegeven.

Factoren die bij de herindicaties van ambulant/semi-residentieel naar residentieel een rol hebben gespeeld zijn een aanvankelijke onderschatting van de ernst van de gedrags- en emotionele problematiek bij de ouders, met name de moeders, in combinatie met een overschatting van de protectieve mogelijkheden in het gezin.

Bij de herindicaties van residentieel naar ambulant speelde met name een overschatting van de ernst van de problematiek een rol. Dit lijkt mede samen te hebben gehangen met de slechte sociale positie die de betreffende gezinnen in de buurt/de samenleving hadden.

*Integriteit van de vervolghulpverlening*

De casemanagers waren bij een vijfde van de zaken van mening dat de uitvoering van de vervolghulpverlening geheel conform de bedoelingen en afspraken verliep en bij minder dan een tiende in het geheel niet. In de resterende driekwart beoordeelde men de uitvoering als voldoende. Verhoudingsgewijs was men het meest te spreken over de uitvoering van de semi-residentiële hulp en de pleegzorg en het minst over die van de lichte en intensieve residentiële hulpverlening. Het feit dat de semi-residentiële hulpverlening op dit punt hoog scoort staat los van het eerdergenoemde punt dat semi-residentiële plaatsingen uiteindelijk toch nogal eens worden omgezet in residentiële plaatsingen. De beoordeling van de integriteit had alleen betrekking op de uiteindelijk gerealiseerde semi-residentiële plaatsingen.

*Succesvolheid van de vervolghulpverlening*

De casemanagers vonden een tiende van de uiteindelijke gerealiseerde hulpverlening geheel geslaagd (11%) en ruim de helft voldoende geslaagd (56%).

De semi-residentiële hulpvarianten scoren hier weer het hoogst en werden in alle gevallen als (geheel of voldoende) geslaagd bestempeld (100%). Daarna volgen de pleegzorg (72%), de



ambulante hulpvarianten (65%) en tot slot de residentiële hulpvarianten (62%).

### *Beëindiging hulpverlening*

In de gezinsvoogdij werd een kwart van de zaken tijdens de follow-up periode beëindigd. De reden was hier merendeels dat de jeugdige de leeftijd van 18 jaar had bereikt en de maatregel derhalve afliep. Incidenteel was de opvoedingssituatie hersteld.

In de vrijwillige ambulante sector werd tweederde van de zaken afgesloten. Bij driekwart omdat de zaak positief was afgerond en bij een kwart omdat de hulp vanwege gebrek aan succes voortijdig moest worden beëindigd en de hulp via een jeugdbeschermingsmaatregel moest worden gecontinueerd.

## **8.5 Ontwikkelingen volgens de hulpverlening**

Een belangrijke vraag is of de jeugdigen en de gezinnen er tijdens de hulpverlening op vooruit gaan. Welke ontwikkelingen neemt men nu in de hulpverlening waar bij de jeugdigen en de gezinnen tijdens de follow-up periode?

### *Jeugdigen*

Wat de jeugdigen betreft signaleren de casemanagers bij driekwart enige tot veel vooruitgang in het gedrag, het intrapsychisch functioneren en de persoonlijkheid. Dat zien we zowel in de gezinsvoogdij als in de vrijwillig ambulante hulpverlening. De percentages slinken echter tot slechts rond de tien procent wanneer we het aantal jeugdigen bezien dat er veel op vooruit is gegaan.

Ook op het gebied van de school/het werk en de vrijetijd wordt bij driekwart van de jeugdigen enige tot veel vooruitgang gesignaleerd. De meeste vooruitgang ziet men in de school/werksituatie zelf. Deze was bij ruim een kwart van de jeugdigen zeer duidelijk verbeterd.

Deze cijfers duiden erop dat men bij de meeste jeugdigen weliswaar vooruitgang ziet, maar merendeels geen opvallend grote.

### *Gezinnen*

Bij ongeveer tweederde signaleert men vooruitgang in het functioneren van het gezin. Ook hier slinken de percentages aanzienlijk wanneer de blik wordt gericht op het aantal gezinnen dat er veel op vooruitgaat.

De relatie tussen de jeugdigen en de moeders en - in mindere mate - de vaders ziet men nog het meeste vooruitgaan. In de relatie tussen de ouders en het persoonlijk functioneren van de ouders bespeurt men aanzienlijk minder vooruitgang. De minste vooruitgang neemt men waar bij de opvoedingsvaardigheden. Deze ziet men slecht in ruim een derde van de gezinnen

enigszins tot veel verbeteren, en slechts in een incidenteel geval veel.

Ook hier duiden de cijfers er weer op dat men weliswaar vooruitgang ziet, maar merendeels geen opvallend grote.

### *Bereiken hulpdoelen*

De hulpverleningsgegevens wijzen uit dat bij tweederde tot driekwart van de zaken de hulpdoelen enigszins tot zeker werden bereikt. De percentages slinken tot een vijfde of zelfs een tiende wanneer we alleen de volledig bereikte hulpdoelen worden bezien.

Een betere school/werksituatie voor de jeugdige werd als doel het meest volledig gerealiseerd (ruim een kwart van de zaken), op de voet gevolgd door gedragsverbetering bij de jeugdige (bijna een vijfde) en een groei van de persoonlijkheid (bijna een vijfde).

### *Samenhangende ontwikkelingsaspecten*

De eerdergenoemde vooruitgangspunten blijken onderling sterk samen te hangen. Dit betekent dat als men in de hulpverlening op het ene gebied vooruitgang ziet, bijvoorbeeld in het gedrag van de jeugdige, men dat doorgaans dan ook op alle andere ontwikkelingsgebieden waarneemt, zoals in het intrapsychisch functioneren en in het zelfbeeld.

Dat geldt eveneens voor het gezin. Als men hier bijvoorbeeld vooruitgang ziet in de ouder-kind relaties, dan neemt men doorgaans ook verbeteringen op alle andere gezinsgebieden waar, zoals in het persoonlijk functioneren van de ouders en in de opvoedingsvaardigheden.

Tot slot blijkt nog dat de door de hulpverlening gesignaleerde vooruitgangspunten niet in verband staan met de leeftijd, de sekse en de etnische achtergrond van de jeugdigen. Wel zien de hulpverleners vaker vooruitgang naarmate de jeugdigen jonger zijn.

## **8.5 Effecten van de hulpverlening**

Voor een adequate beeldvorming is het van belang naast het oordeel van de hulpverlening over de ontwikkelingen ook een meer geobjectiveerde ontwikkelingsmaat te hanteren. In dit onderzoek werd daartoe de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsontwikkeling van de jeugdigen met behulp van de CBCL en de NPVJ onderzocht. Dit zijn gestandaardiseerde psychologische testinstrumenten om te bepalen in hoeverre de ontwikkeling zich normaliseerde tijdens de follow-up periode. Dit noemen we het effect van de hulpverlening.

De belangrijkste vaststelling via de CBCL is dat ruim een derde van de jeugdigen (34%) een gunstige gedrags- en emotionele ontwikkeling heeft doorgemaakt. Deze jeugdigen hadden bij de aanvang van de hulp klinische problemen op deze gebieden. Bij de follow-up wijkt hun functioneren echter niet langer af van de normale Nederlandse jeugdbevolking.

Hier staat tegenover dat bij tweevijfde (42%) de klinische problemen niet verbeterden en dat ruim een tiende (12%) een ongunstige ontwikkeling heeft doorgemaakt en in het klinische probleemgebied terecht kwam.

Verder blijkt ongeveer een tiende van de jeugdigen (12%) zowel bij de aanvang als de follow-up geen klinische gedrags- en emotionele problemen te hebben. Bij deze jeugdigen is alleen sprake van gezinsproblematiek.

Het grootste effect wordt geboekt bij agressief gedrag en aandachtproblematiek. Daarna volgen angstig, depressief gedrag, sociale problematiek, denkproblemen en sociaal teruggetrokken gedrag.

Het delinquent gedrag neemt enigszins een uitzonderingspositie in. Hier zien we dat een groot deel van de jeugdigen zich goed heeft aangepast, maar dat daarnaast ook een flink deel dat bij de aanvang geen problemen had nu in het klinische gebied terecht is gekomen. Hierdoor is het netto positieve effect op dit gebied vrijwel nihil.

Jeugdigen in de vrijwillig ambulante hulpverlening blijken er verhoudingsgewijs op vrijwel alle gebieden meer op vooruit te zijn gegaan dan de jeugdigen in de gezinsvoogdij.

Uitzondering vormt het delinquente gedrag. Hier gaan de jeugdigen in de gezinsvoogdij er verhoudingsgewijs iets meer op vooruit dan de jeugdigen in de vrijwillig ambulante hulpverlening.

Bij de persoonlijkheidsontwikkeling bepaald met de NPVJ is het beeld wisselend. Enerzijds daalt het recalcitrant gedrag (zich afzetten en anderen wantrouwen) bij meer dan de helft der jeugdigen tot een niveau dat ook wordt gevonden in de Nederlandse jeugdbevolking, anderzijds zien we ook een afname van het doorzettingsvermogen bij een derde van de jeugdigen en een lichte toename aan bazig en dominant gedrag. Dit laatste is overigens niet per se een punt van zorg, daar dit ook kan duiden op een toegenomen zelfvertrouwen.

Al met al vinden we dat ruim een derde er wat betreft hun persoonlijkheidsontwikkeling flink op vooruit is gegaan.

De vooruitgang die via de gestandaardiseerde psychologische instrumenten werd bepaald blijkt opvallenderwijs vrijwel geen samenhang te vertonen met de ontwikkeling die de hulpverlening bij de jeugdigen zag.

## **8.6 De visie van de cliënten**

Negen van de tien jeugdigen en ouders zijn goed te spreken over de manier waarop zij door

hun casemanagers werden bejegend. Evenzo is men tevreden over de bejegening die in de vervolghulpverlening.

De mate waarin de plannen werden besproken scoort iets lager. Hierover is tweederde van de jeugdigen en de ouders tevreden.

Wanneer de cliënten wordt gevraagd of zij de hulp die zij kregen aan anderen zouden willen aanraden dan zakken de percentages flink. Hierop antwoordt slechts de helft van de ouders volmondig met 'ja'. Dat geldt zowel de hulp die men van de casemanagers kreeg als voor de vervolghulpverlening.

Bij de jeugdigen zien we het percentage dat de hulp van zijn casemanager zou willen aanraden zelfs tot onder de helft dalen. Daar staat tegenover dat wel ruim driekwart van de jeugdigen anderen de door hen genoten vervolghulpverlening zou willen aanraden.

Over het effect van de vervolghulpverlening laat tweederde van de ouders zich positief uit. Men is van mening dat deze een goede uitwerking heeft gehad op de ontwikkeling van hun kind. Iets minder dan de helft der ouders bestempelt de hulp van de casemanagers als effectief. De jeugdigen zijn wat dit aangaat iets positiever gestemd. Tweederde geeft aan dat de hulp van de casemanager bijgedragen heeft aan een verbetering van de probleemsituatie en ruim driekwart is van mening dat de vervolghulpverlening hen goed geholpen heeft.

De tevredenheid van zowel de jeugdigen als de ouders hangt niet samen met de leeftijd, sekse en etniciteit van de jeugdigen. Wel is er een positief verband tussen tevredenheid met de casemanager en tevredenheid met de vervolghulpverlening. Ook zijn de ouders doorgaans tevredener naarmate de jeugdigen tevredener zijn.

## 8.7 Cliëntfactoren

Zijn er nu jeugdigen en gezinnen met bepaalde kenmerken die er meer op vooruit gaan? Onderzoek van de relatie tussen cliëntfactoren en het verloop van de hulpverlening leverde het volgende op.

### *Demografische kenmerken*

Leeftijd en etnische achtergrond hangen niet samen met de ontwikkeling van de jeugdigen. Wel ontwikkelen meisjes zich op de middellange termijn iets gunstiger dan de jongens. Verder zijn er geen opvallende verbanden met algemene demografische gezinskenmerken, zoals leeftijd van de ouders, scheiding van de ouders en het beroepsniveau van de kostwinner.

*Kindgebonden problemen*

Bij de psychosociale problemen zien we dat jeugdigen die bij de opname angstig, terneergeslagen gedrag vertoonden en jeugdigen die ongedurig, agressief of delinquent waren, er verhoudingsgewijs veel op vooruit gaan. Ook jeugdigen met politie en strafrechtelijke justitiecontacten vertonen in de loop der tijd een gunstiger ontwikkeling, met name wat betreft delinquent en agressief gedrag. Deze bevindingen duiden erop dat deze psychosociale problematieken bij de jeugdigen in de jeugdzorg aantoonbaar verbeteren.

*Gezinsgebonden problemen*

Daarnaast ontwikkelden jeugdigen die mede waren aangemeld met gezinsrelationele problemen, zoals conflicten met ouders en gebrekkige gezinscommunicaties, zich verhoudingsgewijs gunstiger volgens de CBCL-totale probleemschaal.

Verder blijken jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen in de jeugdzorg iets meer kans te hebben zich in gedragsmatig en emotioneel opzicht gunstiger te ontwikkelen dan jeugdigen met enkelvoudige problemen.

*Beschermende factoren*

De meeste steunbronnen die de jeugdigen en de gezinnen bij de aanvang van de hulp hadden hebben geen invloed op de middellange termijn ontwikkeling van de jeugdigen. Uitzondering vormt de sociale steun van grootouders, burens en vrienden. De ontwikkeling van jeugdigen die ernstige emotionele problemen hadden doch daarnaast over deze sociale steunbronnen beschikten is op de middellange termijn aantoonbaar gunstiger dan bij jeugdigen zonder deze steunbronnen.

*Belemmerende factoren*

Op gezinsgebied zien we ook een aantal risicofactoren die tot een minder gunstige ontwikkelingsprognose leiden. Het betreft met name ernstige gedrags-, emotionele en persoonlijke problemen bij de ouders, met name bij de moeders. Ook problemen met de omgangsregeling in combinatie met fysieke verwaarlozing van de jeugdige, materiele gezinsproblemen en relatieproblemen met de vader komt de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn niet ten goede. Dat geldt ook voor de sociale positie van het gezin. Dit zou erop kunnen duiden dat men in de hulpverlening met 'sociaal zwakkere' gezinnen verhoudingsgewijs minder goed uit de voeten kan.

*Cliënttevredenheid*

De tevredenheid van de cliënten bij de follow-up staat vrijwel niet in verband met de tevredenheid bij de start van de hulpverlening. Wel zijn jeugdigen die destijds ontevreden waren over hun casemanagers ruim twee jaar na dato meer dan gemiddeld tevreden over de vervolg-

hulpverlening die zij kregen. Helaas lijken de casemanagers daarvoor weinig credit te krijgen, want deze pupillen zijn bij de follow-up over hen niet evenzo tevreden.

### *Motivatie en vaardigheden*

De motivatie voor de hulpverlening vertoont zowel bij de jeugdigen als bij de ouders geen samenhang met de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn.

## **8.8 Casemanagement in de startfase**

### *Werkhouding*

Jeugdigen maken op de middellange termijn een gunstiger ontwikkeling door wanneer hun casemanagers bij de start van de hulpverlening systematisch en doordacht te werk gaan bij de problemdiagnose en de indicatiestelling. Het gebruik van een valide en betrouwbaar diagnostisch instrument zoals de VSPS en het opstellen van een duidelijk behandelplan dragen bij tot een gunstiger ontwikkeling op de middellange termijn.

We zien verder een gunstiger ontwikkelingsverloop wanneer de casemanagers bij de start van de hulpverlening bepaalde, op verbetering van de problematiek gerichte hulpdoelen opstellen. Streven naar verbetering van het gedragsmatig functioneren en het vergroten van de sociale vaardigheden bij de jeugdigen vormen, evenals het vergroten van de opvoedingsvaardigheden bij de ouders, pedagogische doelen die systematisch samenhangen met een gunstiger ontwikkelingsverloop bij de jeugdigen.

Tussen de psychosociale problemen, de hulpdoelen en de middellange termijn ontwikkelingen bestaan echter weinig specifieke relaties. Hierdoor kan niet worden bepaald welk hulpdoel bij welk type psychosociaal probleem het beste kan worden nagestreefd om jeugdigen optimale ontwikkelingskansen te bieden.

### *Cliënt-benadering*

Een vraaggerichte benadering van zowel de jeugdigen als hun ouders blijkt de kans op een gunstiger ontwikkelingsverloop te vergroten. ‘Vraaggericht’ blijkt daarbij betrekking te hebben op het expliciet vragen naar en serieus en respectvol ingaan op de visie die cliënten hebben op de probleemsituatie en de oplossingen die zij zien.

Alhoewel het uiteraard altijd beter is als er toch overeenstemming met de cliënten kan worden bereikt, blijkt dit geen *conditio sine qua non* te zijn voor een beter ontwikkelingsverloop van de jeugdigen. Sterker nog, jeugdigen die bij de aanvang van de hulp ontevreden waren over de hulp van hun casemanagers, blijken bij de follow-up wel zeer content te zijn met de vervolg-

hulpverlening die de casemanagers destijds voor hen hebben gerealiseerd.

Een kaderstellende aanpak blijkt in eerste instantie een effectieve benadering te zijn. Op het juiste moment en bij de juiste cliënten ingezet dragen informatieverstrekking, advisering, sturing, confrontatie, ordening en verheldering er echter eveneens aantoonbaar toe bij dat jeugdigen zich op de middellange termijn gunstiger ontwikkelen.

Maar niet alleen de genoemde aanpak van de jeugdigen vergroot de kans op een gunstiger ontwikkeling, ook de benadering van de ouders telt mee. Emotionele ondersteuning en persoonlijke waardering bieden, heldere informatie en goede adviezen geven, het benutten van de opvoedingsmogelijkheden van de ouders en sturend optreden blijken alle te kunnen bijdragen tot een gunstiger ontwikkelingsverloop van de jeugdigen.

#### *Cliëntcontacten*

Verder is niet alleen de aanpak van belang, ook de tijd die voor de cliëntcontacten uitgetrokken wordt telt. Naarmate er meer gesprekken met de jeugdigen en de ouders zijn geweest en deze gesprekken langer duurden krijgen de jeugdigen een betere ontwikkelingsprognose mee. Aantal en duur van de contacten tussen de casemanagers en hun cliënten faciliteert derhalve de ontwikkeling van de jeugdigen.

Dat zien we ook terug bij de uit huis geplaatste jeugdigen, waarbij de nadruk op contactonderhoud bijdraagt aan een gunstiger ontwikkeling van de jeugdigen.

## **8.9 Vervolghulphulpverlening**

#### *Ontwikkelingen volgens de hulpverlening*

De casemanagers zelf zijn het meest te spreken over de ontwikkeling van de pupillen die lichte en intensieve ambulante hulp kregen. Op de voet volgen de pleegzorg en de semi-residentiële hulpverlening.

Het minst te spreken is men over de ontwikkeling van de jeugdigen in de residentiële hulpverlening. Dit blijkt mede samen te hangen met het feit dat de hulp die aldaar werd verstrekt volgens de casemanagers niet altijd conform de bedoelingen en afspraken verliep.

#### *Effecten*

Bij het onderzoek van het effect van de hulp komt echter het volgende beeld naar voren.

*Lichte ambulante hulpverlening* is van alle hulpvormen het minst effectief. Bij sociaal teruggetrokken gedrag en bij gedragsproblemen, zoals agressie en aandachtsproblemen, presteert deze variant onder gemiddeld; delinquent gedrag neemt in deze hulpvorm zelfs toe. Jeugdigen

de kampen met lichte vormen van angstig depressief gedrag en sociale problemen hebben echter bij deze vorm van hulp wel veel baat.

*Intensieve ambulante hulpverlening* blijkt de meest effectieve hulpvorm te zijn wanneer jeugdigen kampen met ‘overall’ psychosociale problemen. Bij middelzware specifieke problemen zoals angstig, depressief gedrag, delinquentie en sociale problematiek ligt de effectiviteit van deze hulpvorm iets boven het gemiddelde van de gehele jeugdzorg.

*Pleegzorg* blijkt een effectieve hulpvorm te zijn bij jeugdigen met lichte problemen in de sociale sfeer en die neigen tot sociaal teruggetrokken gedrag.

*Lichte residentiële hulpverlening* biedt bij middelzware agressieve en delinquente gedragsproblemen de beste ontwikkelingsprognoses. Deze vorm van hulpverlening is echter weinig effectief bij sociale problemen van jeugdigen, en bij angstig en depressief gedrag zien we een toename van de klachten.

*Intensieve residentiële hulpverlening* is vooral effectief bij ernstige specifieke psychosociale problemen. Jeugdigen die angstig en depressief gedrag vertonen, die denk- en aandachtsproblemen hebben, die zich agressief en delinquent gedragen of die ernstige sociale problemen hebben, krijgen in de intensieve ambulante hulpvarianten verhoudingsgewijs de gunstigste ontwikkelingskansen mee.

#### *Cliënttevredenheid en vervolghulpverlening*

De jeugdigen en de ouders blijken gemiddeld tevreden te zijn over de ambulante hulpvarianten, zowel de lichte als de zware. Daarnaast zijn de jeugdigen tevens tevreden over de semi-residentiële hulp en de pleegzorg die zij kregen. De ouders zijn over de semi-residentiële hulpverlening echter minder positief en over de pleegzorg gemiddeld zelfs ronduit niet te spreken.

Voorts oordelen de jeugdigen en hun ouders eveneens gemiddeld positief over de lichte vormen van residentiële hulpverlening, zij het minder dan over de ambulante hulpvormen. De jeugdigen zijn gemiddeld wel bijzonder positief over de intensieve residentiële hulpverlening.

#### *Herindicaties*

Sommige jeugdigen kregen aanvankelijk ambulante hulp, maar gingen uiteindelijk toch uit huis. Andere jeugdigen zouden uit huis gaan, maar kregen uiteindelijk toch ambulante hulp.

De jeugd die in tweede instantie toch uit huis ging blijkt op de middellange termijn een ondergemiddeld ontwikkelingsverloop te hebben. Dat betreft met name de jeugd die naar de lichte residentiële hulpverlening ging en in mindere mate de jeugd die naar de intensieve residentiële



hulpverlening ging.

Er komt één duidelijke factor naar voren die met deze ‘in tweede instantie’ uithuisplaatsingen in verband staat: de ernst van de gedrags- en emotionele problematiek bij de opvoeders, met name de moeders, samen met overschatting van de protectieve mogelijkheden van de gezinnen.

De jeugd die in tweede instantie ambulantly geholpen werd blijkt zich eveneens slechts op één factor duidelijk van de rest te onderscheiden: een slechtere sociaal-maatschappelijke positie van het gezin.

## 9.1 Inleiding

De in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerde onderzoeksbevindingen leiden tot de volgende conclusies en aanbevelingen.

## 9.2 Effect van de hulpverlening

In de tabel 9.1 is het overall-effect van de hulpverlening nogmaals samengevat. De kolom 'vooruit' geeft het percentage jeugdigen dat er gedurende de hulpverlening flink op vooruit ging, de kolom 'gelijk' geeft het percentage dat er gedurende de hulpverlening noch op vooruit, noch op achteruit ging en de kolom 'achteruit' geeft het percentage jeugdigen dat er gedurende de hulpverlening op achteruit ging. De kolom 'rest' geeft het percentage jeugdigen dat gedurende de hulpverlening geen problemen had en alleen vanwege gezinsproblematiek in de hulpverlening terecht kwam, terwijl de kolom 'netto' het netto percentage jeugdigen geeft dat er op vooruit ging (d.w.z. het vooruitgegangene percentage verminderd met het achteruitgegangene percentage).

De cijfers tussen haakjes geven de effecten weer wanneer we de jeugd zonder problemen (ofwel de restgroep) buiten beschouwing laten. Dit getal verwijst naar de groep jeugdigen die problemen hebben en geeft derhalve een zuiverder indicatie van het effect.

**Tabel 9.1 Overall effect hulpverlening**

	<i>vooruit</i>	<i>gelijk</i>	<i>achteruit</i>	<i>rest</i>	<i>netto</i>
Totale groep	<b>34% (39%)<sup>1</sup></b>	<b>42% (48%)</b>	<b>12% (13%)</b>	<b>12% (-)</b>	<b>22% (26%)</b>
Gezinsvoogdij	33% (38%)	42% (48%)	13% (14%)	12% (-)	20% (24%)
Vrijwillig ambuland	45% (50%)	45% (50%)	– (0%)	10% (-)	45% (50%)

De belangrijkste conclusie die op grond van tabel 9.1 kan worden getrokken is dat psychosociale jeugdzorg ‘overall’ gezien effect heeft.

Alhoewel bij ongeveer de helft van de jeugdigen de klinische psychosociale problematiek niet verbetert en bij een tiende zelfs verslechtert, zien we bij bijna tweevijfde de problematiek normaliseren. Dit houdt een netto effect in van rond een kwart.

Verwijzen deze effectcijfers nu naar een groot of naar een klein effect van de hulp?

Allereerst merken we op dat het hier gevonden effectbeeld gunstiger is dan dat wat in het recente onderzoek van Slot e.a. (2002) op basis van dossieronderzoek onder OTS-jeugdigen naar voren kwam. Daar concludeerde men in grote lijnen dat een derde van de jeugdigen erop vooruit gaat, een derde stil staat en een derde erop achteruit, hetgeen een netto effect van nul zou inhouden. Genoemd onderzoek was echter alleen op een studie van dossiers gebaseerd, terwijl hier bij cliënten afgenomen gestandaardiseerde testinstrumenten werden gebruikt. De uitslagen van dit onderzoek zijn dientengevolge accurater.

Verder kan men wat de omvang van het effect betreft enerzijds een zeer kritisch standpunt innemen en bijvoorbeeld stellen dat weliswaar een groot aantal jeugdigen verbetert, maar dat ruim twee jaar na dato nog steeds de helft van de jeugdigen klinische problemen heeft. Dat is beduidend hoger dan de 7-15% die in de algemene jeugdbevolking wordt gevonden (Van der Ploeg, 2001).

Anderzijds kan men een optimistisch standpunt innemen en stellen dat elke jeugdige die erop vooruitgegaan is er één is. Het cijfer van netto ongeveer een kwart van de jeugdigen dat erop vooruit gaat kan dan als een zeer groot effect worden betiteld.

Realistischer is echter het hier gevonden effect te vergelijken met dat wat gemiddeld gevonden wordt voor interventieprogramma's voor jeugdigen met ernstige psychosociale problemen. Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat zo'n 20-40% van de jeugdigen met klinische psychosociale gedragsproblematiek er in interventieprogramma's op vooruit gaat (Bartels, Schuurma & Slot, 2001; Scholte & van der Ploeg, 2002).

Deze orde van grootte wordt ook gevonden in het schaarse onderzoek dat in Nederland naar de effecten van interventieprogramma's is gedaan. Zo wordt bij Families First projecten in Nederland eveneens zo'n 20-30% jeugdigen gevonden waarbij de externaliserende gedragsproblemen normaliseren (Veerman e.a., 2002).

Wanneer we deze cijfers als referentiepunt nemen dan stellen we vast dat het hier gevonden effect niet afwijkt van wat gemiddeld aan effecten bij interventieprogramma's voor jeugdigen met ernstige psychosociale problemen naar voren komt.

De conclusie is dan ook dat jeugdzorg aantoonbaar werkt, zij het vooralsnog in bescheiden

mate en één van de opdrachten voor de toekomst zal zijn dit effect te verhogen. Het onderzoek biedt hiervoor de volgende aanknopingspunten.

### 9.3 Casemanagement

#### *Cliëntencontacten*

Wanneer we de variabelen bezien die betrekking hebben op de activiteiten van de casemanagers dan komt allereerst naar voren dat de tijd die beschikbaar is voor contacten met de cliënt een positieve bijdrage levert aan het ontwikkelingsverloop. Dat geldt zowel bij de start van het hulpverleningsproces, waar het aantal en de duur van de contacten bijdragen, als in de fase van de vervolghulpverlening, waar het aantal contacten en een accent op regelmatig contactonderhoud positief meetellen. De onderzoeksbevindingen ondersteunen daarmee het o.a. door Vedivo voor de gezinsvoogdij voorgestelde beleid (Vedivo, 2002) om via caseload verlaging en herverdeling van werkdruk voorwaarden te scheppen voor casemanagers/gezinsvoogden om voldoende en substantieel contact met de cliënten te kunnen hebben.

#### *Professionele vraaggerichtheid*

Variabelen als het maken van een gedegen analyse van de probleemsituatie, het formuleren van hulpdoelen die op de gediagnosticeerde problemen aansluiten, het doordacht adviseren van een hulpaanbod, accent leggen op het maken van een goed onderbouwd behandelingsplan, het daarbij raadplegen van de jeugdigen en de ouders over welke problemen en oplossingen zij zien en het helder en kaderstellend communiceren van de uiteindelijke hulpverleningsrichting met de cliënten dragen aantoonbaar bij tot een gunstiger ontwikkelingsverloop van de jeugdigen op de middellange termijn. Deze bevindingen leiden tot de volgende aanbevelingen.

In de eerste plaats is het van belang met hernieuwde inzet te bevorderen dat casemanagers op een professionele wijze probleemdiagnoses kunnen maken, in het verlengde daarvan gericht concrete hulpdoelen kunnen opstellen en op deze hulpdoelen aansluitende adviezen voor vervolghulpverlening kunnen geven.

Dit zou kunnen worden bereikt door casemanagers valide en betrouwbare diagnostische instrumenten te laten gebruiken, casemanagers diagnostisch te scholen of casemanagers bij het maken van behandelingsplannen te laten begeleiden door diagnostische deskundigen, zoals gedragswetenschappers of gz-psychologen.

In de tweede plaats dient te worden bevorderd dat casemanagers een vraaggerichte betrekking met de cliënten kunnen initiëren en te onderhouden. Daarbij verwijst 'vraaggerichtheid' niet naar doen wat de cliënt wil, maar naar het gezagvol, onderbouwd en helder kunnen overbren-

gen (communiceren) van de hulpverleningslijn die uit de professioneel en vraaggericht uitgevoerde probleemdiagnose en indicatiestelling naar voren is gekomen. Het is daarbij van groot belang veel aandacht te besteden aan de visies van de cliënten, en daarmee doelen we niet alleen op de ouders, maar ook op de jeugdigen. Deze dienen eveneens bij het opstellen van het hulpverleningsplan voldoende te worden gehoord en betrokken.

Dit betrekken van de cliënt betekent overigens niet automatisch dat men altijd tot overeenstemming moet komen. Alhoewel het uiteraard altijd prettiger is indien de casemanager en cliënt overeenstemming bereiken over de probleemdefinitie en de te volgen hulpverleningslijn, zal dat in met name de gezinsvoogdijzaken niet altijd het geval kunnen zijn.

Dat hoeft echter niet als een minpunt te worden ervaren, want overeenstemming met de cliënt leidt niet aantoonbaar tot een gunstiger ontwikkelingsverloop van de jeugdigen. Sterker nog, jeugdigen die bij de aanvang van de hulp ontevreden waren blijken bij de follow-up ruim twee jaar later alsnog zeer tevreden te zijn met de hulp die zij kregen.

De beoogde vraaggerichtheid kan worden bevorderd door casemanagers 1. te scholen in het uitdrukken van de bevindingen van de professionele diagnose en indicatiestelling in de dagelijkse omgangstaal; 2. te trainen in cliënt- en vraaggerichte gespreksvoerings- en communicatietechnieken en 3. sociaal psychologische methoden aan te reiken voor de omgang met cliënten die gezagvol en kaderstellend zijn.

Naast het vergroten van de toerusting van de casemanagers kan het vraag- of cliëntgericht werken daarnaast worden bevorderd door deze werkwijze structureel een plaats te geven in de hulpverleningsprocedure, zodat in het standaard hulpverleningsplan kan worden opgenomen wanneer bespreking met de cliënten plaatsgevonden heeft en wat daarvan het resultaat was.

### *Benadering van cliënten*

In het verlengde van het hiervoor bij 3 genoemde punt merken we nog het volgende op.

Een kaderstellende aanpak van de jeugdigen (sturen, confronteren en structureren) blijkt in het algemeen bij te dragen tot een gunstiger ontwikkelingsverloop.

Welke aanpak het beste werkt wordt echter eveneens mede bepaald door de aard van de problematiek. Zo is een ordenende en verhelderde aanpak bij emotionele gedragsproblematiek effectiever dan een sterk sturende aanpak, terwijl dit bij gedragsproblemen net omgekeerd is.

Naast de benadering van de jeugdigen blijkt ook die van de ouders mee te tellen. Emotionele ondersteuning en persoonlijke waardering bieden, heldere informatie en goede adviezen geven, het benutten van de opvoedingsmogelijkheden van de ouders blijken - evenals sturend optreden - te kunnen bijdragen tot een gunstiger ontwikkelingsverloop.

Bovenstaande bevindingen duiden er enerzijds op dat een kaderstellende aanpak een goed eerste uitgangspunt kan vormen voor de omgang met cliënten, maar dat het van belang is deze

al snel te wijzigen in een op de persoon en de specifieke problematiek van de individuele cliënt toegesneden aanpak.

Dit kan door een beeld te vormen van het gedrag en emotionele functioneren van zowel de jeugdigen als de ouders, na te gaan op welk van de hoofdgebieden eventuele problemen liggen (gedrag, emotioneel of combinaties daarvan) en op basis hiervan een structurerende, ordenende, inzicht gevende, steunend-waarderende of activerende methodische aanpak te accentueren. Het verdient daarom aanbeveling om bij de scholing in omgangstechnieken niet alleen methoden te trainen die gezaghebbend en kaderstellend zijn, maar tevens aandacht te besteden aan de vraag hoe de overige hiervoor genoemde sociaal psychologische omgangsmethoden ingezet kunnen worden bij cliënten met bepaalde problematieken.

#### *Herindicaties*

Ruim een derde van de jeugdigen en gezinnen blijkt uiteindelijk geheel andere hulp te krijgen dan aanvankelijk werd beoogd. Ambulante en semi-residentiële hulp leidt later nogal eens alsnog tot een uithuisplaatsing, jeugdigen met een uithuisplaatsingsindicatie worden vaak toch ambulantly geholpen, en jeugdigen met lichte hulpindicaties krijgen nogal eens intensieve hulp terwijl jeugdigen met intensieve hulpindicaties het nogal eens met lichte hulp moeten doen. Genoemde wijzigingen zullen deels uiteraard samenhangen met beschikbaarheidsfactoren bij de uitvoerende voorzieningen voor vervolghulpverlening. Deze factoren konden hier helaas niet worden onderzocht.

In dit onderzoek blijken de genoemde herindicaties echter ook samen te hangen met onjuiste inschattingen van de aard en ernst van de problematiek. Onderschatting van gedrags- en emotionele problematiek bij de opvoeders en overschatting van protectieve mogelijkheden leidde nogal eens tot uithuisplaatsing in tweede instantie, terwijl gedoodverfde uithuisplaatsingsgezinnen in tweede instantie vaak veel baat bleken te hebben bij intensieve thuisondersteuning. Deze bevindingen onderstrepen nogmaals de noodzaak om een gedegen en doordachte professionele probleemdiagnose en indicatiestelling te maken. Het lijkt daarbij met name van belang oog te hebben voor de aard en ernst van de eventuele gedrags- en emotionele problematiek bij de opvoeders en bij afwezigheid van effectieve mogelijkheden om deze problemen ambulantly op te lossen zorgvuldig een eventuele - al dan niet tijdelijke - uithuisplaatsing van de jeugdige te overwegen.

#### **9.4 Indicatiestelling**

Toen we de verschillende hulpvarianten beschouwden zagen we dat deze bij verschillende probleemgedragbeelden verschillende effecten hadden. Zo was lichte ambulante hulp verhoudingsgewijs behoorlijk effectief bij lichte emotionele problematiek, zoals angstig, depressief

gedrag, maar was deze vorm van hulp weinig effectief bij gedragsproblemen. Sterker nog, delinquente gedragsproblemen namen bij deze vorm van hulp juist toe. Ook bij de overige hulpvarianten zagen we zo'n gedifferentieerd effectbeeld. Intensieve ambulante hulp was verhoudingsgewijs erg effectief bij overall-problematiek, lichte residentiële hulp werkte verhoudingsgewijs goed bij delinquentie en intensieve residentiële hulpverlening had bij ernstige gedrags- en emotionele problematieken verhoudingsgewijs de meest gunstige uitwerking.

Deze bevindingen duiden erop dat jeugdigen met bepaalde problemen in de ene hulpvorm een grotere kans hebben zich gunstig te ontwikkelen dan in de andere.

Uiteraard is de keuze om een bepaalde hulpvorm te adviseren afhankelijk van vele factoren, waaronder niet in de laatste plaats de meningen van de jeugdigen en hun ouders, alsook de feitelijke beschikbaarheid van de hulpvormen.

De casemanager heeft echter mede als opdracht die vorm van hulp te adviseren die de jeugdigen optimale kansen biedt op een gunstige ontwikkeling. De effectbevindingen van dit onderzoek kunnen daarbij leidraad vormen. We vatten ze daarom in het volgende overzicht nogmaals in grote lijnen kort samen.

De hulpvormen staan per probleemgedragsbeeld gerangschikt naar effectiviteit (linkerkolom) respectievelijk contra effectiviteit (rechterkolom). Bij de effectieve hulpvormen zijn de meest effectieve vetgedrukt (meer dan 10% kans op een gunstiger ontwikkeling dan gemiddeld), bij de niet effectieve hulpvormen zijn dit de minst effectieve (minder dan 10% kans op een gunstiger ontwikkeling dan gemiddeld).

De semi-residentiële hulpverlening ontbreekt in het overzicht. Over de ontwikkelingskansen die jeugdigen in deze hulpvorm hebben kan op grond van dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan omdat het merendeel van de aan dit onderzoek deelnemende jeugdigen met semi-residentiële hulpverlening uiteindelijk alsnog uit huis werd geplaatst.

Niettemin verdient het met het oog op optimalisering van de ontwikkelingskansen van de jeugdigen aanbeveling om bij diagnose van de in de linkerkolom genoemde problematieken in eerste instantie te onderzoeken of het niet in de rede zou liggen om de in de middelste kolom vetgedrukte hulpvarianten te overwegen.

Indien bij gestelde diagnoses niettemin overwogen wordt van de in de rechterkolom genoemde hulpvarianten gebruik te maken dan dient zorgvuldig te worden overwogen welke aanvullende behandelingscondities naast deze hulpvorm nodig zijn om de betreffende jeugdige alsnog optimale ontwikkelingskansen te bieden.

<i>Diagnose</i>	<i>Verhoudingsgewijs effectievere hulpvarianten</i>	<i>Verhoudingsgewijs minder effectieve hulpvarianten</i>
<i>'Overall' psycho-sociale problematiek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Ambulant intensief</b></li> <li>. Residentieel licht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Residentieel intensief</li> <li>. <b>Ambulant licht</b></li> <li>. <b>Pleegzorg</b></li> </ul>
<i>Internaliseren: angstig/depressief</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Ambulant licht</b></li> <li>. <b>Residentieel intensief</b></li> <li>. <b>Ambulant intensief</b></li> <li>. Pleegzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Residentieel licht</b></li> </ul>
<i>Internaliseren: teruggetrokken</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Pleegzorg</b></li> <li>. Ambulant intensief</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Residentieel intensief</li> <li>. <b>Residentieel licht</b></li> <li>. <b>Ambulant licht</b></li> </ul>
<i>Externaliseren: agressie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Residentieel licht</b></li> <li>. <b>Residentieel intensief</b></li> <li>. Pleegzorg</li> <li>. Ambulant intensief</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Ambulant licht</b></li> </ul>
<i>Externaliseren: delinquentie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Residentieel licht</b></li> <li>. <b>Residentieel intensief</b></li> <li>. Ambulant intensief</li> <li>. Pleegzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Ambulant licht</b></li> </ul>
<i>Aandachtsproblemen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Residentieel intensief</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ambulant intensief</li> <li>. Pleegzorg</li> <li>. <b>Residentieel licht</b></li> <li>. <b>Ambulant licht</b></li> </ul>
<i>Denkproblemen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Ambulant intensief</b></li> <li>. <b>Residentieel intensief</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Ambulant licht</b></li> <li>. <b>Residentieel licht</b></li> <li>. <b>Pleegzorg</b></li> </ul>
<i>Sociale problemen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Pleegzorg</b></li> <li>. <b>Residentieel intensief</b></li> <li>. <b>Ambulant licht</b></li> <li>. Ambulant intensief</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Residentieel licht</b></li> </ul>

## 9.5 Uithuisplaatsen of niet?

Een vraag die al sinds jaar en dag speelt in de zorg voor jeugdigen met ernstige en meervoudige psychosociale problemen is die of de jeugdige uit huis moet worden geplaatst of niet. Het recente beleid in de jeugdzorg is er sterk op gericht dat zoveel mogelijk te voorkomen. Jeugdigen dienen in eerste instantie de lichtst mogelijke hulp te krijgen en zo dicht mogelijk



bij huis te worden geholpen en versterking van de ambulante mogelijkheden om jeugdigen met ernstige en meervoudige problemen te helpen staat daarbij hoog op de agenda. Zo zijn er de laatste jaren allerlei vormen van intensieve ambulante thuisondersteuning ontwikkeld. Ook de gezinsvoogdij staat op het punt het gezinsvoogdijwerk deels te hervormen tot een hulpvariant waarin plaats is voor intensief ambulante ondersteuning door gezinsvoogden (Vedivo, 2002).

Het streven te voorkomen dat jeugdigen uit huis worden geplaatst is nobel en lijkt op het eerste gezicht in het belang van alle betrokkenen. Niettemin moeten we bij dit streven op grond van dit onderzoek wel een aantal kanttekeningen plaatsen.

#### *Lichte ambulante hulpverlening*

In de eerste plaats stellen we vast dat de lichte ambulante hulpverlening van alle hier onderzochte hulpvormen de minste zoden aan de dijk zet. De hulpverlenende activiteiten van de casemanagers (lees: gezinsvoogden) vielen in dit onderzoek onder deze hulpvorm.

De bevinding dat lichte ambulante hulp weinig effectief is betekent niet dat de werkzaamheden van de casemanagers onbelangrijk zijn, integendeel, dat zijn ze wel degelijk. Vooralsnog echter alleen vooral tijdens de startfase en daarna voorzover deze werkzaamheden betrekking hebben op het management van de casussen.

Hieruit vloeit de aanbeveling voort door te gaan met het professionaliseren van het casemanagement zoals in § 9.3 werd aangegeven en de eventueel benodigde behandelingsgerichte hulpverleningsfuncties uit te besteden aan specifieke behandelingsdeskundigen.

#### *Intensieve ambulante hulpverlening*

In de tweede plaats stellen we vast dat intensieve ambulante hulpverlening tamelijk effectief kan zijn. Deze hulpvariant komt bij 'overall'-psychosociale problemen van jeugdigen als de meest effectieve uit de bus.

Bij specifieke gedragsbeelden van jeugdigen zien we dat de intensieve ambulante hulpverlening gemiddeld weliswaar positieve effecten heeft, maar ook dat de effecten geringer zijn dan bij de intensieve residentiële hulpvormen.

De bevinding dat intensief ambulante goed werkt bij overall-problemen maar minder bij specifieke problemen duidt erop dat deze hulpvorm vooralsnog vooral effectief werkt als een soort 'brede band'-remedie (naar analogie van de CBCL).

Indien het de bedoeling is dat de intensief ambulante hulpverlening ook bij specifieke gedragsproblemen optimale ontwikkelingskansen biedt dan dient zij gericht bestaande methoden in te zetten of nieuwe methoden te ontwikkelen om deze specifieke problemen effectief op te kunnen lossen. Voorzover de intensieve ambulante hulpvarianten van mening zijn al over dergelijke methoden te beschikken, zoals bij Video Hometraining of Families First (Veerman e.a., 1998), verdient het aanbeveling de bestanddelen van deze methoden nog eens

goed tegen het licht van hun effectiviteit te houden, minder werkzame bestanddelen te verwijderen en nieuwe onderdelen toe te voegen die de effectiviteit bij specifieke problematieken zullen vergroten. Pas wanneer het effect van de intensieve ambulante hulpverlening in dit opzicht is vergroot is zij in staat wat betreft haar effectiviteit bij specifieke psychosociale problemen te kunnen concurreren met de residentiële hulpverlening.

#### *Intensieve thuisondersteuning door gezinsvoogden*

De overall positieve maar vooralsnog verhoudingsgewijs enigszins beperkte effectiviteit bij specifieke problematieken die we bij de intensieve ambulante hulpverlening aantreffen heeft ook implicaties voor het voornemen van de gezinsvoogdij om een deel van haar activiteiten om te vormen tot een door de gezinsvoogden uit te voeren intensieve vorm van ambulante thuisondersteuning (Vedivo, 2002).

Er vanuit gaande dat deze herstructurering de ontwikkeling van een nieuwe vorm van intensieve thuisondersteuning aan jeugdigen en gezinnen met ernstige en meervoudige problemen binnen een justitieel maatregelenkader zal omvatten en niet alleen het simpelweg kopiëren van reeds bestaande intensieve ambulante hulpvormen zal inhouden, houden de bevindingen van dit onderzoek in dat deze nieuwe aanpak gebruik zal moeten maken van gerichte methodieken om de meervoudige en ernstige specifieke problemen van de jeugdigen en gezinnen effectief te kunnen bijsturen.

In ieder geval zal moeten worden voorkomen dat er weer een nieuwe aanpak ontstaat die leidt tot globale effecten over een breed spectrum maar die het bij specifieke problematieken (zoals angsten, depressie, agressie, delinquentie en denk-, aandachts- en sociale problemen) af laat weten of de klachten zelfs vergroot, zoals zich dat in dit onderzoek onder meer voordeed bij delinquentie in lichte ambulante settings.

#### *Residentiële hulpverlening*

In de derde plaats stellen we vast dat de lichte residentiële hulpverlening een gunstige uitwerking heeft op jeugdigen die kampen met middelzware agressieve en delinquente gedragsproblemen, terwijl de intensieve residentiële hulpvarianten de beste ontwikkelingsprognose bieden bij ernstige specifieke gedragsproblemen zoals angsten en depressies, agressie, delinquentie en denk/psychische-, aandachts- en sociale problemen.

Verder blijken jeugdigen die op een later tijdstip alsnog uit huis werden geplaatst ongunstiger ontwikkelingsprognoses te krijgen dan jeugdigen die eerder uit huis werden geplaatst, alhoewel ze bij de aanvang van de hulp niet aantoonbaar meer of minder problematisch waren. Dit duidt erop dat te laat uit huis plaatsen schadelijk kan zijn, in die zin dat de ontwikkelingskansen van de jeugdigen erdoor worden verlaagd.

Alhoewel uit huis plaatsen altijd ingrijpend is en bij voorkeur zoveel mogelijk moet worden voorkomen, duiden deze bevindingen erop dat uit huis plaatsen bij ernstige psychosociale pro-

blemen met het oog op de ontwikkelingskansen die de jeugdigen daardoor krijgen beslist het overwegen waard is. Ook het feit dat jeugdigen na verloop van tijd verhoudingsgewijs zeer tevreden zijn over de hulp die zij van de residentiële instellingen kregen duidt erop dat uithuisplaatsing niet per definitie een zaak is die altijd moet worden vermeden.

Verder leidt de bevinding dat de intensieve residentiële hulpverlening bij de meeste ernstige specifieke problemen vooralsnog als de meest effectieve uit de bus komt tot de vraag of het opheffen van residentiële faciliteiten ten gunste van ambulante voorzieningen wel zo wenselijk is. Om op grond van empirische effectiviteitsoverwegingen een ombouw van residentieel naar ambulante te kunnen rechtvaardigen zullen de ambulante hulpvarianten in ieder geval eerst hun effectiviteit bij ernstige specifieke psychosociale problemen van jeugdigen nog flink dienen op te vijzelen.

## **9.6 Gebruik van instrumenten**

Dit onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat een doordachte diagnostiek en indicatiestelling aantoonbaar de ontwikkelingskansen van jeugdigen kan vergroten. Deze bevinding onderstreept de noodzaak om casemanagers toe te rusten met adequate diagnostische methoden om tot valide en betrouwbare probleemdiagnoses en indicatiestellingen te kunnen komen.

In het onderzoek zijn aanwijzingen te vinden dat het van groot belang is daarbij instrumenten te gebruiken die een valide en betrouwbaar geobjectiveerd beeld van de psychosociale situatie van de jeugdigen kunnen geven.

Zo vonden we in het eerste deel van dit onderzoek dat het gebruik van het gestandaardiseerde diagnostische instrument van de VSPS bijdraagt tot een betere afstemming van de hulpdoelen bij emotionele problematieken en vonden we in dit deel dat het gebruik van de VSPS op de middellange termijn bijdraagt tot betere ontwikkelingsprognoses voor de jeugdigen.

Daarnaast zien we in dit onderzoek dat de oordelen van de casemanagers over de ontwikkeling van de jeugdigen en de gezinnen zeer globaal van aard zijn. Zo constateert men bij de meeste cliënten wel enige vooruitgang en als men op het ene gebied vooruitgang ziet dan ziet men dat doorgaans ook op alle andere gebieden. Daarnaast sporen de oordelen van de casemanagers nauwelijks met de bevindingen van het gestandaardiseerde testonderzoek. Dit duidt erop dat globale oordelen van casemanagers onvoldoende houvast bieden om tot betrouwbare en valide taxatie van de (probleem)situatie van de cliënt te komen.

Dat zal niet alleen tot moeilijkheden kunnen leiden bij de probleemdiagnose en een daaruit voortvloeiende indicatiestelling, die bij een onjuiste taxatie al snel tot ineffectieve hulpadviezen zal leiden, maar ook bij de evaluatie van de hulp.

In de regulatieve cyclus van de hulpverlening dienen de voortgang en het effect van de hulp

periodiek te worden getoetst, zodat de hulpverlening bij negatieve ontwikkelingen tijdig kan worden bijgesteld (Vedivo, 1994; van Hout & Spinder, 2001). Wanneer deze evaluaties worden gestoeld op alleen de globale oordelen van de casemanagers bestaat het risico dat de lopende hulpverlening in veel gevallen al snel als ‘wel enigszins werkend’ zal worden bestempeld. Dit vergroot weer de kans dat de lopende hulpverlening te snel (en wellicht ten onrechte) wordt gecontinueerd.

Het verdient daarom aanbeveling niet alleen bij de probleemdiagnose gebruikt te maken van valide en betrouwbare instrumenten om de (probleem)situatie te taxeren, maar dezelfde instrumenten ook te gebruiken bij de periodieke evaluaties. Het geobjectiveerde beeld van de ontwikkeling van de jeugdigen en de gezinnen dat hierdoor wordt verkregen kan de globale indrukken van de casemanagers aanvullen en een objectieve grondslag bieden om het effect van de hulp te taxeren. Op grond hiervan kan dan worden besloten of de hulpverlening kan worden beëindigd of dat ze gecontinueerd of bijgesteld moet worden.

## 9.7 Tot slot

In dit onderzoek hebben we laten zien hoe de hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen met meervoudige psychosociale problemen er uit ziet. Ook maakten we een schatting van het effect van de hulp en beschreven we een aantal factoren die de ontwikkeling van jeugdigen met ernstige psychosociale problemen kunnen bevorderen of juist belemmeren. De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek zijn:

1. de hulpverlening aan jeugdigen met ernstige meervoudige psychosociale problemen heeft een gunstig effect op de ontwikkeling van de jeugdigen op de middellange termijn;
2. bepaalde hulpvarianten bieden jeugdigen met bepaalde problematieken meer ontwikkelingskansen dan andere, zodat het zaak is telkens een optimaal bij de problematiek passende hulpvariant te adviseren;
3. casemanagers kunnen de ontwikkeling van hun pupillen vooral bevorderen door professioneel, vraaggericht en kaderstellend te werken.

We tekenen hierbij wel aan dat het effect van de hulpverlening vooralsnog als bescheiden van omvang moet worden betiteld. Zoals we reeds eerder aangaven is dan ook een belangrijke opdracht voor de jeugdzorg de komende jaren de omvang van dit effect te vergroten.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat belangrijke sleutels daartoe liggen in een verdere professionalisering van het casemanagement en in het afrekenen van hulpvarianten op de werkelijke effecten die zij boeken.

Tot slot nog een kritische noot bij het onderzoek. Ook dit was beperkt van omvang, in die zin dat slechts een deel van de jeugdzorg werd onderzocht.

Het onderzoek zal dan ook lang niet alle vragen die er in de jeugdzorg leven hebben beantwoord, maar reikt wel enkele essentiële bouwstenen aan voor de verdere professionalisering en effectiviteitsverhoging van de zorg voor jeugdigen en gezinnen met ernstige en meervoudige psychosociale problemen. We hopen dat dit zal bijdragen tot betere ontwikkelingskansen voor de jeugdigen.

---

 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.
- Bartels, A.A.J., Schuurmsma, S., & Slot, N.W. (2001). *Interventies*. In R. Loeber, N.W. Slot & J. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige criminaliteit* (pp. 291-318). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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.
- IJHVJV - Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (2002). *Rapportage toegang landelijk: De toegang tot de geïndiceerde jeugdzorg in Nederland*. Den Haag: IJHVJB.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 12-19.
- 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 gezinsproblematiek*. 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.
- Scholte, E.M. & Ploeg, J.D. van der (2002). Hulpverlening bij meervoudige psychosociale problemen van jeugdigen. In: *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 5 (2001-2002, in press)*.
- Slot, N.W., Theunissen, A., Esmeijer, F.J. en Duivenvoorden, Y. (2002). *909 zorgen. Een onderzoek naar de doelmatigheid van de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- 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 Stafleu 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 der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (1997). *Impliciete kwaliteitscriteria in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Van Hout, A. & Spinder, S. (2001). *De (gezins)voogd als jongleur. Een methodisch handboek voor het (gezins)voogdijwerk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- Van Westerlaak, J.M., Kropman, J.A. & Collaris, J.W.M. (1975). *Beroepenklapper*. Nijmegen: ITS.
- 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.
- Vedivo (2002). *Leiding geven aan verandering. Een visie op de inhoud van het werk van gezinsvoogden*. Utrecht: Stichting Vedivo.
- Veerman, J.W., ten Brink, L. Tj., Slot, N.W. & Scholte, E.M. (2002). The Implementation of Families First in the Netherlands: A One Year Follow-up. *Child Psychiatry & Human Development* (2003, in Press).
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Hanleiding 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.





## Bijlage 1

## Effectiviteit van hulpvarianten volgens de CBCL

Tabel 1 Vooruitgangsscores op de CBCL-schalen per hulpvariant

CBCL totale probleemschaal		vooruit	gelijk	achteruit	rest	netto	zwaarte <sup>2</sup>	pot. relatief <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	43%	29%	14%	14%	29%	83	.34	+ .09
. licht	N=16	31%	31%	19%	19%	12%	76	.15*	-.10*
. intensief	N=26	50%	27%	12%	12%	38%	87	.46	+ .21
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	--	100%	--	--	--	99	--	--
. pleegzorg	N=10	20%	40%	20%	20%	0%	82	.00	<u>-.25</u>
. residentieële hulp	N=39	31%	57%	8%	5%	23%	92	.25	+ .00
. licht	N=20	30%	55%	5%	10%	25%	88	.29	+ .04
. intensief	N=19	32%	58%	11%	--	21%	95	.21	-.04
. totaal	N=93	34%	42%	12%	12%	22%	87	.25	.00

\*  $\chi^2=10,47$ ,  $df=4$ ,  $P<0.05$ ; vetgedrukt=bovengemiddeld, onderstreept=ondergemiddeld

CBCL Internaliseren		vooruit	gelijk	achteruit	rest	netto	zwaarte <sup>2</sup>	pot. relatief <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	38%	19%	21%	21%	17%	79	.21	+ .03
. licht	N=16	30%	13%	13%	44%	17%	81	.30*	+ .11*
. intensief	N=26	42%	23%	27%	8%	15%	91	.16	-.03
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	50%	50%	--	--	--	91	--	--
. pleegzorg	N=10	40%	20%	20%	20%	20%	72	.25	+ .06
. residentieële hulp	N=39	26%	41%	18%	15%	8%	79	.09	-.10
. licht	N=20	5%	50%	25%	20%	-20%	72	-.44	<u>-.63</u>
. intensief	N=19	47%	32%	10%	11%	36%	87	.40	+ .21
. totaal	N=93	34%	28%	19%	19%	15%	85	.19	.00

\*  $\chi^2=51,01$ ,  $df=4$ ,  $P<0.05$ ; vetgedrukt=bovengemiddeld, onderstreept=ondergemiddeld

CBCL Externaliseren		vooruit	gelijk	achteruit	rest	netto	zwaarte <sup>2</sup>	pot. relatief <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	26%	31%	21%	21%	5%	75	.06	-.12
. licht	N=16	--	31%	25%	44%	-25%	62	-.36*	<u>-.54</u>
. intensief	N=26	42%	31%	19%	8%	23%	83	.25	+ .07
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	--	100%	--	--	--	99	--	--
. pleegzorg	N=10	30%	30%	10%	30%	20%	84	.29	+ .11
. residentieële hulp	N=39	33%	54%	8%	5%	25%	90	.26	+ .08
. licht	N=20	40%	45%	5%	10%	35%	89	.39	+ .21
. intensief	N=19	26%	63%	11%	--	15%	91	.15	-.03
. totaal	N=93	29%	40%	14%	17%	15%	79	.18	.00

\*  $\chi^2=24,57$ ,  $df=4$ ,  $P<0.05$ ; vetgedrukt=bovengemiddeld, onderstreept=ondergemiddeld

Vervolg tabel 1 Vooruitgangsscores op de CBCL-schalen per hulpvariant

<b>CBCL-sociaal teruggetrokken</b>		<i>vooruit</i>	<i>gelijk</i>	<i>achteruit</i>	<i>rest</i>	<i>netto</i>	<i>zwaarte</i> <sup>2</sup>	<i>pot. relatief</i> <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	14%	10%	7%	69%	7%	80	.23	+.04
. <i>licht</i>	N=16	6%	0%	6%	88%	0%	75	.00*	-.19*
. <i>intensief</i>	N=26	19%	15%	8%	58%	11%	83	.26	+.07
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	--	50%	--	50%	--	83	--	--
. pleegzorg	N=10	40%	10%	10%	40%	30%	73	.50	+.31
. residentieële hulp	N=39	18%	20%	12%	40%	6%	76	.10	-.09
. <i>licht</i>	N=20	20%	15%	15%	50%	5%	73	.10	-.09
. <i>intensief</i>	N=19	16%	26%	10%	48%	6%	80	.11	-.10
. totaal	N=93	18%	14%	10%	57%	8%	78	.19	.00

\*  $\chi^2=7.89$ ,  $df=4$ ,  $P=0.09$ , niet significant

<b>CBCL-angstig/depressief</b>		<i>vooruit</i>	<i>gelijk</i>	<i>achteruit</i>	<i>rest</i>	<i>netto</i>	<i>zwaarte</i> <sup>2</sup>	<i>pot. relatief</i> <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	28%	5%	7%	60%	21%	68	.53	+.24
. <i>licht</i>	N=16	25%	6%	--	69%	25%	71	.80*	+.51*
. <i>intensief</i>	N=26	31%	4%	12%	54%	19%	67	.41	+.12
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	--	--	50%	50%	--	75	--	--
. pleegzorg	N=10	40%	--	20%	40%	20%	70	.33	+.04
. residentieële hulp	N=39	28%	18%	15%	39%	13%	77	.21	-.08
. <i>licht</i>	N=20	15%	25%	25%	35%	-10%	71	-.06	-.35
. <i>intensief</i>	N=19	42%	11%	5%	42%	38%	84	.66	+.37
. totaal	N=93	28%	10%	13%	49%	15%	73	.29	.00

\*  $\chi^2=21,48$ ,  $df=4$ ,  $P<0.05$ ; vetgedrukt=bovengemiddeld, onderstreept=ondergemiddeld

<b>CBCL Denkproblemen</b>		<i>vooruit</i>	<i>gelijk</i>	<i>achteruit</i>	<i>rest</i>	<i>netto</i>	<i>zwaarte</i> <sup>2</sup>	<i>pot. relatief</i> <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	14%	--	3%	83%	11%	64	.65	+.15
. <i>licht</i>	N=16	13%	--	6%	81%	7%	65	.38	-.12
. <i>intensief</i>	N=26	15%	--	--	85%	15%	64	1.0*	+.50*
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	--	--	50%	50%	--	32	--	--
. pleegzorg	N=10	20%	10%	10%	60%	10%	62	.25	-.25
. residentieële hulp	N=39	28%	14%	3%	54%	25%	77	.54	+.04
. <i>licht</i>	N=20	10%	20%	--	70%	10%	64	.33	-.17
. <i>intensief</i>	N=19	47%	11%	5%	37%	42%	91	.67	+.27
. totaal	N=93	19%	7%	4%	70%	15%	68	.50	.00

\*  $\chi^2=9,36$ ,  $df=4$ ,  $P=0.05$ ; vetgedrukt=bovengemiddeld, onderstreept=ondergemiddeld

Vervolg tabel 1 Vooruitgangsscores op de CBCL-schalen per hulpvariant

CBCL Agressief gedrag		vooruit	gelijk	achteruit	rest	netto	zwaarte <sup>2</sup>	pot. relatief <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	31%	7%	17%	45%	14%	73	.25	-.07
. licht	N=16	25%	6%	19%	50%	6%	76	.12*	<u>-.20*</u>
. intensief	N=26	35%	8%	15%	42%	20%	82	.34	+ .02
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	50%	50%	--	--	--	99	--	--
. pleegzorg	N=10	30%	10%	10%	50%	20%	81	.40	+ .12
. residentiële hulp	N=39	46%	23%	8%	23%	38%	85	.49	+ .17
. licht	N=20	40%	20%	5%	35%	35%	82	.54	+ .22
. intensief	N=19	53%	26%	10%	11%	43%	89	.48	+ .16
. totaal	N=93	36%	14%	12%	38%	24%	79	.32	.00

\*  $\chi^2=9,89$ ,  $df=4$ ,  $P<0.05$ ; vetgedrukt=bovengemiddeld, onderstreept=ondergemiddeld

CBCL Delinquent gedrag		vooruit	gelijk	achteruit	rest	netto	zwaarte <sup>2</sup>	pot. relatief <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	29%	12%	24%	36%	4%	73	.06	+ .01
. licht	N=16	19%	6%	25%	50%	-6%	54	-.12*	<u>-.17*</u>
. intensief	N=26	35%	15%	23%	27%	12%	83	.16	+ .11
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	--	50%	50%	--	--	97	--	--
. pleegzorg	N=10	30%	20%	20%	30%	10%	79	.14	+ .09
. residentiële hulp	N=39	38%	33%	13%	16%	25%	92	.30	+ .25
. licht	N=20	35%	30%	10%	25%	25%	90	.33	+ .28
. intensief	N=19	42%	37%	18%	5%	24%	93	.25	+ .20
. totaal	N=93	32%	21%	19%	28%	4%	82	.05	.00

\*  $\chi^2=53,4$ ,  $df=4$ ,  $P<0.05$ ; vetgedrukt=bovengemiddeld, onderstreept=ondergemiddeld

CBCL Sociale problemen		vooruit	gelijk	achteruit	rest	netto	zwaarte <sup>2</sup>	pot. relatief <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	21%	10%	5%	64%	16%	79	.44	+ .13
. licht	N=16	19%	13%	--	69%	19%	74	.62*	+ .31*
. intensief	N=26	23%	8%	8%	62%	15%	81	.39	+ .08
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	--	--	--	100%	--	88	--	--
. pleegzorg	N=10	50%	--	10%	40%	50%	78	.83	+ .52
. residentiële hulp	N=39	26%	3%	10%	62%	16%	81	.42	+ .11
. licht	N=20	25%	--	20%	55%	5%	80	.11	<u>-.20</u>
. intensief	N=19	26%	5%	0%	68%	26%	81	.81	+ .50
. totaal	N=93	28%	10%	12%	49%	16%	80	.31	.00

\*  $\chi^2=18,08$ ,  $df=4$ ,  $P<0.05$ ; vetgedrukt=bovengemiddeld, onderstreept=ondergemiddeld

Vervolg tabel 1 Vooruitgangsscores op de CBCL-schalen per hulpvariant

CBCL Aandachtproblemen		vooruit	gelijk	achteruit	rest	netto	zwaarte <sup>2</sup>	pot. relatief <sup>3</sup>	
. ambulant hulp	N=42	31%	10%	14%	45%	17%	80	.31	-.09
. licht	N=16	31%	6%	19%	44%	12%	76	.21*	-.18*
. intensief	N=26	31%	12%	12%	45%	19%	82	.35	-.04
. semi-residentieel <sup>1</sup>	N=2	50%	50%	--	--	--	--	--	--
. pleegzorg	N=10	30%	20%	10%	40%	20%	81	.33	-.05
. residentiële hulp	N=39	41%	18%	10%	31%	31%	87	.45	+.06
. licht	N=20	30%	25%	10%	35%	20%	88	.27	-.12
. intensief	N=19	53%	10%	11%	26%	42%	87	.57	+.18
. totaal	N=93	35%	14%	11%	43%	22%	84	.39	.00

\*  $\chi^2=4.07$ ,  $df=4$ ,  $P<0.39$ ; niet significant

<sup>1</sup> onvoldoende respondenten om zinvol te kunnen interpreteren

<sup>2</sup> deze kolom verwijst naar de gemiddelde probleemzwaarte van de klinische jeugdigen uitgedrukt als percentielscore in de Nederlandse jeugdbevolking. De probleemzwaarte kan worden ingedeeld in de volgende 4 categorieën: - = lichte problematiek (gemiddelde percentielscore tot en met 80); ± = tamelijk ernstige problematiek (gemiddelde percentielscores 80-90), + = ernstige problematiek (gemiddelde percentielscores 91-95) en ++ = zeer ernstige problematiek (gemiddelde percentielscores groter dan 95).

<sup>3</sup> de kolom onder 'pot(entieel)' geeft het netto percentage jeugdigen per hulpvariant weer dat verbeterde gedeeld door het percentage jeugdigen dat het desbetreffende probleem had. Dit getal geeft de fractie klinische jeugdigen (of na vermenigvuldiging met 100 het aantal jeugdigen per 100 klinische jeugdigen) dat *in principe* via inschakeling van de hulpvariant zou kunnen normaliseren. Deze maat verwijst derhalve naar het potentiële effect van de hulpvariant. Door dit getal te delen door het gemiddelde van de totale jeugdzorg (of dat van een concurrerende) hulpvariant, verkrijgen we de mate waarin de hulpvariant meer dan wel minder effectief is dan dit referentiepunt (Fleiss, 1978). Voorbeeld: het getal .57 bij de intensieve residentiële hulpverlening betekent dat deze hulpvariant van elke 100 jeugdigen met klinische aandachtsproblemen er in principe 57 genormaliseerd heeft afgeleverd na ruim twee jaar. Het getal .39 bij totaal betekent dat alle hulpvarianten tezamen in principe 39 genormaliseerde jeugdigen per 100 hebben afgeleverd. De intensieve residentiële hulpverlening is daarmee in het normaliseren van aandachtsproblemen  $.57/.39 = 1.5$  keer zo effectief als alle hulpvarianten tezamen, en  $.57/.27 = 2.1$  keer zo effectief als de lichte residentiële hulpverlening.

In de kolom onder 'relatief' is het percentage in principe genormaliseerde klinische jeugdigen per hulpvariant verminderd met het percentage dat gemiddeld in alle hulpvarianten tezamen normaliseerde. Dit getal geeft per hulpvariant het fractie-overschot jeugdigen (of na vermenigvuldiging met 100 het aantal jeugdigen per 100 klinische jeugdigen) dat in vergelijking met alle hier onderzochte vormen van jeugdzorg tezamen meer verbeterd. Een plusteken duidt op een positief effect in vergelijking met dit gemiddelde en een minteken op een negatief effect. Zo betekent het getal +.18 bij de intensieve residentiële hulpverlening dat deze hulpvorm op elke 100 klinische jeugdigen met aandachtsproblemen er in principe 18 meer genormaliseerd aflevert dan alle hulpvarianten tezamen, en het getal van -.12 bij de lichte residentiële hulpverlening dat deze hulpvorm op elke 100 klinische jeugdigen met aandachtsproblemen er in principe 12 minder genormaliseerd aflevert dan alle hulpvarianten tezamen.

Tot slot werd de effectiviteit van de hulpvarianten onderling nog getoetst via de Chi-kwadraat voor verschillen in proporties in onafhankelijke steekproeven volgens de formule  $\chi^2=(1/p_{gem} * q_{gem}) \sum_{m=1}^i n_i * (p_i - p_{gem})^2$  (Fleiss, 1978, blz. 138) met als m de vijf hoofdvarianten licht ambulant, intensief ambulant, pleegzorg, licht residentieel en intensief residentieel ( $df=4$ ) en als  $n_i$  het aantal klinische casussen per hulpvariant i (ofwel  $n_i$ -totaal minus  $n_i$ -rest).