

**ANALYSE VRAAG EN AANBOD JEUGDZORG**

**REGIO ROTTERDAM**

Eindrapportage

september 1996

Prof Dr J.D. van der Ploeg  
Dr E.M. Scholte



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

---

## INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING EN ONDERZOEKSOPZET .....	1
1.1	Inleiding .....	1
1.2	Opzet van het onderzoek .....	1
1.3	Onderzoeksgroep .....	2
1.4	Theoretische invalshoek .....	2
1.5	Onderzoeksinstrumenten .....	4
1.6	Indeling van het rapport .....	5
2	BESCHRIJVING ALGEHELE ONDERZOEKSPOPULATIE .....	7
2.1	Inleiding .....	7
2.2	Enkele algemene kenmerken .....	7
2.3	De hulpverleningsgeschiedenis .....	8
2.4	Opname .....	9
2.5	De problematiek van de jeugdigen .....	10
2.6	Centrale probleemkenmerken .....	11
2.6	Gezinsproblematiek .....	13
2.7	Problemen van ouders .....	14
2.8	Onderlinge samenhangen .....	15
2.9	Samenvatting .....	16
3	DE SECTOREN .....	19
3.1	Algemeen .....	19
3.2	De problemen van de jeugdigen .....	20
3.4	Gezinsproblemen .....	21
3.5	Hulpverleningsgeschiedenis .....	22
3.6	Opname .....	23
3.7	Samenvatting .....	24
4	DE HULPVERLENINGSVARIANTEN .....	25
4.1	Inleiding .....	25
4.2	Varianten in de residentiële sector .....	25
4.3	Varianten in de dagbehandeling .....	29
4.3	Varianten in de ambulante sector .....	32
4.4	Pleegzorg en ‘overige’ varianten .....	35
4.5	De problematiek van de jeugdigen nader bezien .....	38
4.6	Samenvatting .....	40
5	DE AFGEWEEZEN JEUGDIGEN .....	43
5.1	Inleiding .....	43
5.2	Enkele biografische kenmerken .....	44
5.3	Hulpverleningsgeschiedenis .....	46
5.4	De problematiek .....	47
5.5	Afwijzingsgronden .....	49
5.6	Samenhang afwijzingsgronden en problematiek .....	49
5.7	Samenvatting .....	50

6	DE VOORTIJDIG VERTROKKEN JEUGD	53
6.1	Inleiding	53
6.2	Aantal voortijdig vertrokken jeugdigen	53
6.3	Biografische kenmerken	54
6.4	De redenen van de voortijdige beëindiging	56
6.5	Ontwikkelingsprognose	58
6.6	De problematiek bij opname/aanmelding	58
6.7	Opnameproblematiek en uitvalredenen	60
6.8	Probleemgedrag tijdens de hulpverlening	60
6.9	Sociaal functioneren tijdens de hulpverlening	61
6.10	Typen uitvallende jeugdigen	63
6.11	Samenvatting	66
7	BEOORDELING VAN HET GEDRAG	71
7.1	Inleiding	71
7.2	Gedragsdimensies	71
7.2	Probleemgedrag in de sectoren en hulpverleningsvarianten	72
7.3	Samenhang met opnamegegevens	73
7.4	Samenhang met biografische kenmerken	74
7.5	Samenvatting	74
8	ALGEMENE HULPVERLENENDE ACTIVITEITEN	75
8.1	Inleiding	75
8.2	Accentuering activiteiten	75
8.3	Samenhang in hulpverlenende activiteiten	76
8.5	Samenvatting	77
9	DOELSTELLINGEN	79
9.1	Inleiding	79
9.2	Doelstellingen	79
9.3	Achterliggende structuur	81
9.4	Verbanden met biografische kenmerken	82
9.5	Samenhang met problematiek	83
9.6	Samenvatting	85
10	WERKWIJZE	87
10.1	Inleiding	87
10.2	Accenten in begeleiding en behandeling	87
10.2	Achterliggende structuur begeleidingsaccenten	88
10.3	Samenhang met biografische en probleemkenmerken	89
10.4	Samenwerking met de ouders	90
10.5	Inschakeling deskundigen	92
10.6	Teambesprekingen	93
10.7	Werkwijze residentiële instellingen	93
10.8	Samenvatting	94

11	EENMALIGE CONTACTEN .....	97
11.1	Inleiding .....	97
11.2	Beschrijving populatie .....	97
11.4	Adviezen .....	99
11.5	Samenvatting .....	100
12	PROBLEEMZWAARTE .....	101
12.1	Inleiding .....	101
12.1	De residentiële sector .....	102
12.3	De sector dagbehandeling .....	104
12.4	Ambulante sector .....	106
12.5	Pleegzorg en overige instellingen .....	107
12.6	Samenvatting .....	108
13	MENING INSTELLINGEN .....	111
13.1	Inleiding .....	111
13.2	Categorieën problematische jeugdigen in de eigen organisatie .....	111
13.3	Overige probleemgroepen .....	112
13.4	Mogelijke oplossingen .....	113
13.4	Samenvatting .....	115
14	SLOTBESCHOUWING .....	117
14.1	Jeugdigen in de hulpverlening: een beknopte beschrijving .....	117
14.2	Afgewezen jeugdigen .....	119
14.3	Uitvallers .....	119
14.4	Doelstellingen .....	120
14.5	Werkwijze .....	120
14.6	Eenmalige contacten .....	122
14.7	Probleemzwaarte .....	123
14.8	Knelpunten gesignaleerd door jeugdhulpverleningsinstellingen .....	124
15	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN .....	127
	BIJLAGE 1: Samenstelling onderzoeksgroep .....	135

Met dank aan:

*Coördinatie onderzoek*

Ir. P.M. van de Looij-Jansen    Onderzoeker GGD

*Leden klankbordcommissie*

Drs G. Van der Zalm	Coördinator beleid jeugdhulpverlening GGD
Drs G.T.W. van der Maden	Districtsmanager afdeling Jeugdzorg GGD
Mr Drs P.M.A. Louman	Senior beleidsmedewerker GGD
N.Th. Berkenbosch	Directeur MKD 'De Kleine Plantage'
J. Bovens	Directeur ambulante jeugdhulpverlening, Stichting Jeugdzorg Zuid-Holland-Zuid
Drs I.A.C. Smit	Directeur 'Kinderhuis der Hervormde Gemeente'

## VOORWOORD

Voor de ontwikkeling van een deugdelijk jeugdhulpverleningsbeleid zijn de eerste stappen: wéten wat er op dit moment aan hulp wordt geboden (inzicht in de voorzieningen en hun werkwijzen), wéten welke jeugdigen (met welke problemen en achtergronden) met deze hulp worden bereikt en wéten voor welke jeugdigen het huidige hulpaanbod ontoereikend is. Zonder deze kennis kan geen beleid worden gevoerd dat er voor zorgt dat het netwerk van voorzieningen alle problemen dekt en dat de gedifferentieerde hulpverleningsinspanningen ook gedifferentieerd worden gesubsidieerd.

De opgaaft waar het beleid voor staat is: hoe te komen aan betrouwbaar inzicht in het bestaande hulpverleningsaanbod en in de vraag aan hulp. Doorgaans wordt voor de uitwerking van deze probleemstelling gekozen voor de documentatie die elke voorziening kan verstrekken met jaarverslagen, rapporten en andere vanuit de instelling geproduceerde documenten.

Het grote nadeel van deze benadering is dat de verschillende instellingen elk vanuit hun eigen optiek en elk op hun eigen wijze zullen rapporteren. Het beleid wordt aldus geconfronteerd met onvergelykbare documenten omdat de ene instelling zus en de andere instelling zo zijn bevindingen weergeeft. Bovendien mag niet worden uitgesloten dat de veronderstellingen die de instellingen hebben over hun eigen functioneren nimmer zijn getoetst met behulp van systematisch onderzoek.

De enige aanvaardbare weg om tot een betrouwbaar antwoord te komen op de eerder gestelde vraag is de empirische weg. Daarmee bedoelen we aan te geven dat het inzicht in het hulpaanbod en de vraag om hulp gebaseerd moeten zijn op onderling vergelijkbare gegevens die zijn verkregen aan de basis van het werk. Met andere woorden van elke jeugdige die de hulpverlening binnenkomt wordt met hetzelfde instrumentarium de problematiek in kaart gebracht alsmede de doelen en de middelen (en op den duur ook de effecten). Dat geldt ook voor de jeugdigen die worden afgewezen dan wel tussentijds uitvallen. Dat is de weg die de onderzoekers voor dit onderzoek hebben gekozen.

Dit eerste onderzoek geeft inzicht in het bestaande jeugdhulpverleningsaanbod in Rotterdam en laat tevens zien welke jeugdigen met welke problemen wel en niet via dit aanbod worden geholpen. In de aanbevelingen zullen verscheidene knelpunten aan de orde komen die nadere uitwerking behoeven. Het gaat daarbij om het aandragen van een aantal empirische bouwstenen voor het beleid. Van het onderzoek mag niet worden verwacht dat het alle beleidsvragen beantwoordt, noch dat het beleidsknopen doorhakt, zoals welk hulpaanbod opgeheven kan worden en wat erbij moet komen. Het onderzoek houdt de uitvoerders en de beleidsmakers van de Rotterdamse jeugdhulpverlening veeleer een spiegel van de werkelijkheid voor, en het is aan de betrokkenen daaruit hun conclusies te trekken.

Amsterdam, september 1996

J.D. van der Ploeg  
E.M. Scholte

## 1.1 Inleiding

Voor de optimalisering van de bestaande voorzieningen van jeugdhulpverlening en de planning en ontwikkeling van adequate nieuwe zorgprogramma's in de stadsregio is het van belang zicht te hebben op enerzijds de aard, omvang en ernst van de psychosociale problematiek van de jeugdigen en hun gezinnen in de regio, en anderzijds de aard, omvang en effectiviteit van de zorgprogramma's die deze problematiek beogen op te lossen, c.q. te verminderen.

Het doel van dit onderzoek is om zowel de vraag (aan hulp) als het aanbod (van hulp) in kaart te brengen van de regio Rotterdam, en daarbij na te gaan in hoeverre beide aspecten op elkaar zijn afgestemd. Op deze wijze wordt een betrouwbare en onmisbare basis gelegd voor een verder te ontwikkelen regiovisie. Deze analyse kan tevens vertrekpunt vormen voor het aanvangen van verscheidene knelpunten zoals diagnostiek en indicatiestelling (Grootstedelijk Plan Jeugdhulpverlening '95-'99).

Anders dan in epidemiologisch onderzoek zijn in dit onderzoek de bestaande jeugdzorginstellingen als invalshoek genomen. Daarbij worden tot het circuit van de jeugdzorg gerekend de sector van de jeugdhulpverlening, de sector van de jeugdbescherming en de jeugdsectie van de geestelijke gezondheidszorg. Binnen dit geheel onderscheiden we de preventieve/ambulante zorg, de daghulp, de pleegzorg en de dag- en nacht hulp.

De keuze om bestaande jeugdzorginstellingen als invalshoek te nemen voor de analyse van de hulpvraag en het hulpaanbod is gebaseerd op de volgende vier overwegingen.

In de eerste plaats zullen vanuit de meeste jeugdigen (en hun gezinnen) die zodanig in de problemen verkeren dat professionele hulp noodzakelijk is, zich ergens bevinden in het omvangrijke circuit van jeugdzorg dan wel door dit circuit zijn opgemerkt.

In de tweede plaats is via empirisch onderzoek meermalen vastgesteld dat er geen probleemgroepen in de samenleving rondlopen die niet al eerder professionele hulp hebben ontvangen.

In de derde plaats geeft het in beeld brengen van de jeugdproblematiek via de jeugdzorginstellingen een goed inzicht in de hulpvraag.

In de vierde plaats kan van de jeugdzorginstellingen ook de aanbodzijde in kaart worden gebracht, zodat inzicht wordt verkregen in de mate waarin vraag en aanbod op elkaar zijn afgestemd.

## 1.2 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is cross-sectioneel van opzet, d.w.z. het omvat één meetmoment. Omdat het onderzoek zowel betrekking heeft op de vraag- als op de aanbodzijde, werd alle jeugdzorginstellingen in de regio Rotterdam gevraagd gedurende een periode van 6 maanden van elke **nieuw aangemelde of opgenomen** jeugdige een aantal basisgegevens vast te leggen.

De verzamelde gegevens hebben betrekking op de volgende onderdelen:

- de problematiek en achtergronden van de jeugdige
- de voorgenomen hulpverlenende activiteiten en begeleidingsaccenten bij deze jeugdige
- een aantal kenmerken van de instelling.

Naast deze gegevens van de nieuw opgenomen of aangemelde jeugdigen werd de instellingen tevens gevraagd de kenmerken vast te leggen van de jeugdigen die in die periode door de instelling werden afgewezen.

Daarnaast werd gevraagd de gegevens te registreren van de jeugdigen waarbij de begeleiding of de behandeling op een niet geplande wijze afgebroken werd.

De kenmerken van deze ‘afgewezen en voortijdig vertrokken’ jeugd zijn van belang om zicht te krijgen op de lacunes die er wellicht in het regionale hulpaanbod bestaan, alsook op de discrepanties die er eventueel tussen de hulpvraag en het hulpaanbod bestaan.

Samenvattend omvat de onderzoeksgroep dus: de nieuw aangemelde/opgenomen jeugdigen, de afgewezen jeugdigen, de op de wachtlijst geplaatste jeugdigen en binnen 6 maanden op negatieve gronden afgehaakte of vertrokken jeugdigen.

### 1.3 Onderzoeksgroep

Omdat de omvang en doorstromingsnelheid per instelling verschillen, is het aantal jeugdigen dat in het onderzoek werd betrokken niet voor elke instelling gelijk. Bij grote instellingen kan in een kortere periode dan de maximaal gestelde onderzoeksperiode al een voldoende aantal jeugdigen onderzocht zijn, terwijl bij kleinere instellingen de maximaal gestelde onderzoeksperiode noodzakelijk is.

Om van elke instelling een substantieel deel van de populatie in beeld te kunnen brengen werd per instelling een steekproef jeugdigen van 15% van de instellingscapaciteit in het onderzoek betrokken, met een minimum van 6 en een maximum van 30 jeugdigen per instelling.

De feitelijke gegevensverzameling vond plaats van november 1995 t/m mei 1996. In deze periode werden van 516 aangemelde, c.q. opgenomen jeugdigen de gegevens opgenomen betreffende de hulpvraag en het hulpaanbod. Deze groep vormt een response van 84% van de oorspronkelijk beoogde steekproef. Bijlage 1 geeft weer hoe deze onderzoeksgroep over de hoofdsectoren en instellingen van de regio zijn verdeeld.

In dezelfde periode werden gegevens verzameld van 195 afgewezen jeugdigen en van 93 voortijdig vertrokken jeugdigen.

### 1.4 Theoretische invalshoek

#### *hulpvraag*

In dit onderzoek wordt de hulpvraag van de jeugdigen in kaart gebracht door de psychosociale problematiek van de jeugdigen en hun gezinnen te beschrijven. De daartoe benodigde gegevens werden verzameld met behulp van een vragenlijst die in eerder onderzoek naar de populatiekenmerken van jeugdigen in de ambulante en de (semi)residentiele hulpverlening



werd ontwikkeld<sup>1</sup>. Deze vragenlijst is gebaseerd op het psychosociaal ontwikkelingsmodel van probleemgedrag<sup>2</sup>. Het betreft hier een meervoudig risicomodel dat kan worden gebruikt om complexe psychosociale (gedrags)problematiek bij jeugdigen te inventariseren.

In dit model worden de socialisatie-relevante risicofactoren in de drie opvoedings-, c.q. leefmilieus van jeugdigen (gezin, school en vriendengroep), in combinatie met relevante risicovolle aspecten in de persoon van de jeugdige, in verband gebracht met de ontwikkeling van psychosociale gedragsproblematiek.

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

Ten aanzien van de gezinsomstandigheden inventariseert het model risicofactoren zoals: conflicten tussen gezinsleden (tussen ouders onderling en tussen ouders en kinderen); slechte gezinscommunicaties; onveiligheid van het affectieve gezinsklimaat, vaak tot uitdrukking komend in mishandeling of seksueel misbruik; een gebrekkige begeleiding van de gedragsontwikkeling en/of gebrekkig toezicht op het doen en laten van het kind; alsmede een problematische opvoedingsstijl en pedagogische onmacht bij de ouders/verzorgers.

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

### *hulpaanbod*

Het hulpaanbod wordt in kaart gebracht door de doelstellingen en methodiekenmerken te beschrijven die in de jeugdzorginstellingen worden toegepast.

Daarbij wordt allereerst verondersteld dat de professionele jeugdzorg bepaalde hulpdoelstellingen of actiepunten nastreeft om de probleemsituatie van de opgenomen jeugdigen te verbeteren, zoals: het verminderen van de gedragsproblematiek, het versterken van het intrapsychisch functioneren of het herstellen van de relaties thuis.

Verder wordt verondersteld dat de begeleiding/behandeling op een gerichte of methodische wijze plaatsvindt, zoals het gebruiken van een bepaald gespreksklimaat, het opnemen in een leefgroep met een welomschreven groepsklimaat, of het inzetten van specialistische hulp,

---

<sup>1</sup> J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1988) *Tehuizen in beeld*. Leiden: COJ.  
E.M. Scholte, J. Nijkerk, C.T.H.M. Messing & J.D. van der Ploeg, *Probleemgedrag en Interventie*. Leiden: DSWO-press.  
J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1996) *BJ-Centra in beeld 3*. Delft/Amsterdam: Eburon/Nippo.

<sup>2</sup> J.D. van der Ploeg (1990;1995) *Gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.  
J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1990) *Lastposten of slachtoffers van de samenleving*. Rotterdam: Lemniscaat.  
E.M. Scholte (1991) Hulpverlening bij psychosociale gedragsproblematiek. Voorstel voor een sociaal ecologische benadering. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 30, pp. 80-92.

zoals vaardigheidstrainingen, gedragstherapie of intensieve thuiszorg.

Tot slot wordt nog verondersteld dat de totale aanpak planmatig verloopt, d.w.z. dat er een (logische) samenhang bestaat tussen de problematiek van de opgenomen jeugdige, de doelstellingen die worden nagestreefd en de hulp die geboden wordt.

Uit eerder onderzoek is naar voren gekomen dat de pedagogische aanpak in de ambulante en (semi)residentiele jeugdzorg aan de hand van een aantal basisdoelstellingen en methodiekenmerken kan worden beschreven<sup>3</sup>. Aan de hand van deze basiskenmerken kan het hulpaanbod worden gekarakteriseerd.

### *effectiviteit*

Een zinvolle samenhang tussen problematiek, doelstellingen en methodiek vormt echter niet de enige voorwaarde waaraan een behandlingsprogramma moet voldoen. De toegepaste interventie dient immers ook nog effect te sorteren, d.w.z.: het dient de (probleem)situatie van de jeugdige te verbeteren. We kunnen daarom pas spreken van een effectief hulpprogramma, wanneer de zinvolle samenhang tussen problematiek, doelstellingen en methodiek gekoppeld is aan een gunstig verloop van de ontwikkeling van de jeugdige<sup>4</sup>. Dit laatste kan worden afgemeten aan de afname van risicofactoren in de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige over de periode dat het hulpprogramma wordt toegepast. Omdat het onderhavige onderzoek cross-sectioneel is opgezet, kan het effect van de hulp hier niet in kaart worden gebracht.

## 1.5 Onderzoeksinstrumenten

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de onderstaande vragenlijsten.

### *1. De populatievragenlijst (PPV)*

Dit instrument is gebaseerd op het hiervoor kort geschetste psychosociale ontwikkelingsmodel van probleemgedrag. In deze vragenlijst worden een vijftal risicogebieden onderscheiden (gedrag, persoonlijkheid, gezin, school en vrienden), alsmede de risicofactoren die in elk van deze gebieden een hoofdrol spelen. Ter vaststelling van de vraag in hoeverre deze risicofactoren aanwezig zijn is de PPV ontworpen.

Op basis van deze vragenlijst is het onder meer mogelijk niet alleen de aard van de problematiek vast te stellen, maar tevens de risicogebieden c.q. risicofactoren te onderkennen waar de hulp zich op behoort te richten.

### *2. De doelstellingen en methodiekvragenlijst (DMV)*

Dit instrument omvat de doelstellingen en methodiekenmerken van de basisaanpak in de jeugdzorg die in eerder empirisch onderzoek werden vastgesteld.

De hulpverlener werd gevraagd bij elk nieuw opgenomen of aangemelde jeugdige na te gaan

---

<sup>3</sup> J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1988) *Tehuizen in beeld*. Leiden: COJ.  
 Moser F. (1991) *Grenzen van de ambulante hulpverlening*. Leiden: Dissertatie-RUL.  
 E.M. Scholte, J. Nijkerk, C.T.H.M. Messing & J.D. van der Ploeg (1992) *Probleemgedrag en Interventie*. Leiden: DSWO-press.  
 J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1996) *BJ-Centra in beeld 3*. Delft/Amsterdam: Eburon/Nippo.

<sup>4</sup> J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1995) Andere wegen in de diagnostiek en behandeling binnen de jeugdhulpverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 11, pp. 86-102.

welke doelstellingen men in welke mate beoogde te realiseren de komende periode. Datzelfde geldt voor de voorgenomen hulpverlenende activiteiten en de kenmerkende methodiekaccenten van de beoogde begeleiding.

### *3. De vragenlijst afgewezen jeugdigen (VAJ)*

Deze vragenlijst beoogt vast te leggen welke jeugdigen werden afgewezen. De vragen hebben niet alleen betrekking op de afwijzingsgronden, maar brengen tevens de problematiek alsmede enkele achtergrondgegevens van de jeugdigen in kaart.

### *4. De vragenlijst voortijdig beëindigde hulp (VBH)*

Het betreft hier een korte vragenlijst (zie bijlagen) die het mogelijk maakt van iedere voortijdig vertrokken of afgehaakte jeugdige enkele basisgegevens vast te leggen. Niet alleen de reden van het voortijdige vertrek, maar ook de ontwikkeling tijdens de begeleiding/behandeling of verblijf wordt in beeld gebracht.

### *5. De korte beoordelingslijst (KBL)*

Via deze vragenlijst geeft de hulpverlener een eerste indruk weer van de betreffende jeugdige. Het gaat om een korte vragenlijst waarin onder meer de dimensies dominantie, zelfbeheersing, toegankelijkheid en zelfvertrouwen aan de orde komen. Het betreft hier een aantal centrale gedrags- en persoonlijkheidsaspecten met een grote mate van invloed op de ontwikkeling van jeugdigen.

### *6. Vragenlijst eenmalige contacten*

Deze lijst heeft betrekking op jeugdigen bij wie sprake is van een eenmalig contact in de vorm van een gesprek of advies. Van deze jeugdigen wordt een beperkt aantal biografische en basiskenmerken van de problematiek vastgelegd. De vragenlijst werd uitsluitend ingevuld in de ambulante hulpverlening.

### *7. Algemene informatielijst (AIF)*

Met behulp van deze korte vragenlijst worden eenmalig een aantal grondkenmerken van de deelnemende instelling in kaart gebracht zoals de omvang van de organisatie, het aantal medewerkers, het aantal jeugdigen en de doorstromingsnelheid. Daarnaast wordt ook gevraagd naar beoogde vernieuwingen, lacunes in het hulpaanbod e.d.

## **1.6 Indeling van het rapport**

Het rapport is als volgt ingedeeld.

In hoofdstuk 2 wordt de hulpvraag van de jeugdigen behandeld. Hier worden de achtergrond en de aard, omvang en ernst van de problematiek van de jeugdigen in de jeugdzorg aan de orde gesteld. In hoofdstuk 3 wordt die thematiek verder uitgewerkt voor de verschillende sectoren: de residentiele hulpverlening, de dagbehandeling en de ambulante hulpverlening. Het daaropvolgende hoofdstuk 4 gaat nader in op de onderscheiden hulpverleningsvarianten binnen de genoemde drie sectoren.

In hoofdstuk 5 wordt over de afgewezen of niet opgenomen jeugdigen gerapporteerd. Aan de orde komt hier om welke jeugdigen het gaat, en waarom zij niet opgenomen werden.

Hoofdstuk 6 behandelt het verschijnsel van de voortijdig vertrokken jeugd. Gerapporteerd

wordt wat de oorzaak is van het voortijdig vertrek en welke jeugdigen het precies betreft. De opbouw van het rapport kent een rode draad die inhoudt dat voor de verschillende onderwerpen telkens eerst over de gehele populatie wordt gerapporteerd. Vervolgens vindt een uitsplitsing plaats naar de hoofdsectoren residentieel, semi-residentieel en ambulante. Tot slot wordt over de hulpvarianten binnen de verschillende hoofdsectoren gerapporteerd.

## 2.1 Inleiding

We starten dit onderzoeksverslag met een beschrijving van de onderzoekspopulatie als geheel. Dat houdt in dat we eerst weergeven hoe de groep van hulpzoekende jongens en meisjes in Rotterdam er uit ziet. Deze groep is samengesteld uit jeugdigen die afkomstig zijn uit verschillende sectoren in de jeugdhulpverlening zoals de onderstaande tabel laat zien.

**Tabel 2.1** Aantal jeugdigen per sector

residentieel	157 jeugdigen	30.4% <sup>1</sup>
dagbehandeling	88 jeugdigen	17.1%
ambulant	206 jeugdigen	39.9%
pleegzorg en overig <sup>2</sup>	65 jeugdigen	12.6%

<sup>1</sup> De percentages weerspiegelen niet de werkelijke verhoudingen tussen de sectoren, daar de primaire doelstelling was per sector een representatief aantal jeugdigen in het onderzoek te betrekken.

<sup>2</sup> Onder de noemer 'overig' gaan verschillende typen instellingen schuil. Het betreft hier enerzijds instellingen voor pleegzorg en anderzijds specifieke projecten zoals Families First.

De beschrijving spitst zich nu eerst toe op de totale onderzoeksgroep. In het daarna volgende hoofdstuk worden de jeugdigen uit de afzonderlijke segmenten van de jeugdhulpverlening onder de loep genomen. Deze beschrijving zal worden aangevuld met een opdeling van de sectoren in onderscheiden hulpverleningsvarianten.

## 2.2 Enkele algemene kenmerken

De onderzoeksgroep van 516 jeugdigen bestaat voor 57% uit jongens en voor 43% uit meisjes. Een dergelijke verhouding wordt vrijwel altijd aangetroffen in populaties jeugdigen in de hulpverlening.

De gemiddelde leeftijd van deze jeugdigen bedraagt ruim 10 jaar. De leeftijdsrange is echter groot en loopt van 0 tot 22 jaar, met de grootste pieken bij 14 t/m 17 jaar (tezamen 33%) en bij 7 t/m 10 jaar (tezamen 26%).

De meeste jongens en meisjes zijn van Nederlandse afkomst (63%). De jeugdigen met een andere achtergrond komen vooral uit Suriname, gevolgd door jeugdigen uit de Antillen. Op ruime afstand volgen dan jeugdigen uit Marokko en Turkije.

Bezien we de schoolsituatie dan blijkt dat ruim driekwart (78.5%) van de jeugdigen het reguliere basisonderwijs volgt (of heeft gevolgd) en dat de rest (21.5%) een school voor speciaal

onderwijs bezoekt of heeft bezocht. Dat laatste is een hoog percentage als men bedenkt dat in Nederland ongeveer 1 op elke 15 kinderen een vorm van speciaal onderwijs volgt. In dit onderzoek is dat dus 1 op elke 5 jeugdigen.

Wat het voortgezet onderwijs betreft blijkt het volgende.

---

**Tabel 2.2 Typen voortgezet onderwijs**

---

VBO	27.7%
MAVO	26.4%
MBO	7.3%
HAVO/VWO	10.5%
VSO <sup>1</sup>	28.2%

---

<sup>1</sup> Voortgezet Speciaal Onderwijs

De voorgaande tabel laat zien dat een flink percentage jeugdigen is aangewezen op een vorm van VSO. Dat percentage komt ongeveer overeen met het percentage kinderen dat ook tijdens de lagere schoolperiode op een vorm van speciaal onderwijs is of was aangewezen.

Verder valt verder op dat verhoudingsgewijs veel jeugdigen het VBO (vroeger LBO) volgen of hebben gevolgd en relatief weinig jeugdigen in aanmerking komen voor hogere vormen van voortgezet onderwijs. Als we de Nederlandse situatie bezien dan blijkt dat het aantal leerlingen dat een MAVO/HAVO/VWO bezoekt ruim driemaal meer is dan het aantal leerlingen dat een VBO volgt.

Als we bovendien in aanmerking nemen dat het MBO nauwelijks en het HBO in het geheel niet wordt gevolgd door de onderzoeksjeugdigen dan mag men concluderen dat relatief en absoluut weinig jeugdigen in de hulpverlening doordringen tot de hogere vormen van voortgezet onderwijs.

Tot slot van deze paragraaf staan we stil bij de woon/verblijfssituatie waarin de jeugdige zich bevindt op het moment van opname of begeleiding/behandeling.

Het blijkt dat ongeveer een derde van de jeugdigen (33%) bij zijn natuurlijke ouders woont. Een vrijwel even groot aantal woont in een gezin met de oorspronkelijke moeder, die meestal alleen woont en soms met een nieuwe partner.

Van de overige kinderen woont 17% bij vader of bij familie of in een pleeggezin en verblijft een vergelijkbaar deel in een tehuis.

### **2.3 De hulpverleningsgeschiedenis**

Het is bekend dat in alle sectoren van de hulpverlening jeugdigen voorkomen die al eerder professionele hulp hebben ontvangen. Enerzijds is dat te verklaren vanuit de hardnekkigheid en de verslechtering van een aantal probleemsituaties en anderzijds hangt dit samen met de beperkingen van de jeugdhulpverleningsinstellingen en met de doorverwijzingen naar andere meer toegeruste instellingen.

Dit onderzoek laat zien dat een fors aantal jeugdigen al eerder professionele hulp kreeg. Zo blijkt 57% van de jeugdigen in een eerder stadium ambulante hulp te hebben ontvangen. Ook

het tehuis is voor een aantal jeugdigen al eerder aan de orde geweest. Zo stelden we vast dat 28% al eerder in een tehuis opgenomen was geweest. En verder blijkt dat bijna 1 op 10 jeugdigen (12%) eerder in een pleeggezin woonde.

De hier genoemde percentages hebben steeds betrekking op het totaal aantal onderzoeksjeugdigen. Dat betekent dat een deel van de jeugdigen niet alleen eerder ambulante hulp heeft ontvangen, maar ook eerder in een tehuis verbleef.

Wie mocht denken dat het hier telkens om een eenmalige hulpverlening ging moet zijn mening bijstellen. De jeugdigen die eerder hulp vanuit de ambulante sector ontvingen hebben voor bijna de helft twee of meermalen in deze sector hulp gekregen. En de jeugdigen die eerder in een tehuis verbleven hebben voor 40% twee of meer tehuizen achter de rug. De jeugdigen die eerder in pleeggezinnen woonden hebben dat overwegend eenmaal meegemaakt, hoewel er een enkeling is die vier pleeggezinnen achter de rug heeft.

## 2.4 Opname

Hoe komen de jeugdigen nu het hulpverleningscircuit binnen?

Het blijkt dat bijna een derde van de jeugdigen wordt aangemeld via een justitieel kanaal, hetzij door de gezinsvoogdij, hetzij door de Raad voor de Kinderbescherming. De andere tweederde komt het jeugdhulpverleningsveld binnen via uiteenlopende kanalen variërend van algemeen maatschappelijk werk en de jeugdarts tot de ouders en jeugdigen zelf. Zo'n 10% van de ouders meldt zichzelf aan voor hulp en dat geldt voor 3% van de jeugdigen.

Voor ruim een kwart van de jeugdigen is een kinderschermingsmaatregel uitgesproken. Het betreft hier vrijwel uitsluitend een ondertoezichtstelling. Dat betekent dat het merendeel van de onderzoeksjeugdigen op basis van vrijwilligheid het jeugdhulpverleningscircuit binnen komt. Dat wil zeggen dat voor bijna driekwart van de jeugdigen geen kinderschermingsmaatregel aan de orde is.

Op het moment dat besloten wordt een jeugdige in behandeling te nemen bestaat van de meeste jeugdigen doorgaans een eerste indruk. Wij hebben geïventariseerd in welke mate men de jeugdige als problematisch zag en als moeilijk hanteerbaar.

Als het gaat om de mate van problematiek en de complexiteit daarvan dan taxeren de hulpverleners voor een kwart van de jeugdigen dat er sprake is van een zeer hoge moeilijkheidsgraad en voor bijna de helft van de jeugdigen (46%) houdt men het op een hoge moeilijkheidsgraad. Slechts een kwart van de jeugdigen wordt op dit gebied beschouwd als niet (zo) moeilijk. Voor de rest (4%) had men nog geen duidelijke indruk.

Daarnaast bestaat bij aanmelding van de jeugdige meestal ook een indruk over de mate waarin de hulpverlener de jeugdige hanteerbaar acht tijdens de behandeling/begeleiding/opname. Het blijkt dat de hulpverleners voor 31% van de jeugdigen denkt dat ze zeer moeilijk hanteerbaar zullen zijn, terwijl voor nog eens 40% wordt verondersteld dat het moeilijk zal zijn.

De hier gevonden ruim 70% waarschijnlijk moeilijk hanteerbare jeugdigen is deels begrijpelijk als men bedenkt dat deze jeugdigen niet voor niets in de hulpverlening terecht zijn gekomen. Deels is dit hoge percentage minder begrijpelijk als men beseft dat de jeugdhulpverlening is ingesteld op problematische jeugdigen. Waarom dan toch veel sombere taxaties wor-

den gemaakt is een moeilijk te beantwoorden vraag. Het geeft in elk geval aan dat de hulpverleners zelf hun werk allesbehalve als gemakkelijk beschouwen.

Voorts is getracht inzicht te krijgen in de wachtlijstproblematiek. Daartoe werd gevraagd aan te geven of de jeugdigen op een wachtlijst werden geplaatst of van een wachtlijst werden opgenomen. Het blijkt dat ruim de helft van de aangemelde jeugdigen (50%) direct in behandeling wordt genomen. Daarnaast wordt ruim een derde (36%) in behandeling genomen na eerst op een wachtlijst te hebben gestaan. Voor 14% van de jeugdigen werd gevonden dat zij niet onmiddellijk na de aanmelding in behandeling werden genomen.

De gemiddelde tijd dat een jeugdige op de wachtlijst blijft staan bedroeg bijna vier maanden, waarbij verreweg de meeste jeugdigen niet langer dan twee tot drie op de lijst stonden alvorens te worden opgenomen. Overigens waren er enkele jeugdigen die meer dan een jaar op de wachtlijst stonden.

De bevindingen betreffende de wachtlijstproblematiek dienen wel met enig voorbehoud te worden gezien, daar dit deel van het onderzoek niet geheel conform de oorspronkelijke opzet uitgevoerd kon worden. Dit werd deels veroorzaakt doordat de wachtlijstproblematiek van de residentiële instellingen verplaatst is naar het Regionaal Aanmeldingspunt Rotterdam (RAR), deels doordat de vraag door een aantal instellingen niet conform de bedoelingen werd uitgevoerd en deels omdat een aantal instellingen de desbetreffende vraag niet beantwoordde.

## 2.5 De problematiek van de jeugdigen

De vraag die we hier aan de orde stellen luidt: waar liggen nu de meeste problemen bij opname in één der jeugdhulpverleningsinstellingen. We hebben daartoe een breed terrein van mogelijke problemen onderzocht. Daarbij hebben we ons laten leiden door probleemclusters die in de onderzoeksliteratuur herhaaldelijk worden vermeld. Voor elk van deze probleemclusters zijn telkens een aantal kenmerkende items geformuleerd met de vraag of dit probleem wel of niet voorkomt bij de betreffende jeugdige.

In het volgende overzicht geven we de onderscheiden probleemclusters weer alsmede de mate waarin deze problemen bij opname van de jeugdigen aan de orde waren volgens de hulpverlener. Gedifferentieerd is naar aantal problemen, lopend van géén probleem tot drie of meer.

**Tabel 2.3** Probleemfrequenties (in afgeronde percentages)

probleemclusters	0 problemen	1 probleem	2 problemen	3 of meer problemen
emotionele problemen	16%	19%	19%	46%
anti-sociale gedragsproblemen	56%	16%	8%	20%
agressieve gedragingen	26%	23%	23%	28%
verslavingsproblemen	68%	12%	4%	16%
schoolproblemen	27%	22%	17%	34%
vrijtijdsproblemen	36%	23%	27%	14%
psychosomatische klachten	53%	27%	11%	9%
psychiatrisch getinte klachten	45%	25%	18%	12%
sexuele problemen	82%	13%	4%	1%
lichamelijke klachten	73%	14%	9%	7%



Afgaande op de hier gepresenteerde probleemfrequenties kunnen we vaststellen dat de top drie onder de probleemclusters wordt gevormd door de emotionele problemen, de schoolproblemen en de agressieve gedragingen.

Op elk van deze probleemclusters gaan we hier kort in.

#### *Emotionele problematiek*

Het betreft hier aspecten als somber, eenzaam, angstig, gesloten en afgewezen. De hoogste score wordt gevonden op het aspect: zich afgewezen voelen. Bij 63% van de jeugdigen blijkt dit het geval te zijn. Op enige afstand volgt het kenmerk 'angstig' dat bij 52% van de jeugdigen aan de orde is.

#### *Schoolproblematiek*

Onder deze noemer vallen aspecten als het aantal doublures en schoolwisselingen, maar ook leerachterstanden, leerproblemen en motivatieproblemen.

Het blijkt dat ondanks het onderwijsbeleid om het zittenblijven uit te bannen toch nog 72% van de jeugdigen dit onaangename fenomeen één of meerdere malen heeft meegemaakt. De overige schoolaspecten laten duidelijk lagere uitslagen zien. Zo komen de volgende aspecten aanzienlijk lager uit met 46% van de jeugdigen dat relatieproblemen heeft met medeleerlingen en 45% dat kampt met leerachterstanden.

#### *Agressieve gedragingen*

Dit probleemcluster is opgebouwd uit aspecten als oppositioneel, rusteloos en agressief gedrag. Het blijkt dat 55% van de jeugdigen zich opstandig/tegendraads opstelt en dat voor vrijwel eenzelfde percentage geldt dat zij zich ongedurig/rusteloos gedraagt.

Van alle afzonderlijke aspecten die in de verschillende probleemclusters zijn terug te vinden scoren deze beide aspecten het hoogst, met uitzondering van de eerder genoemde aspecten: zich afgewezen voelen en de schooldoublures.

## **2.6 Centrale probleemkenmerken**

Teneinde het inzicht te vergroten in de aard en de omvang van de onderscheiden probleemclusters hebben we een factor-analyse uitgevoerd over de 8 belangrijkste (= meest voorkomende) probleemclusters. Dat levert uiteindelijk 3 probleemdimensies op.

De eerste dimensie omschrijven we als sociale en cognitieve incompetentie.

Deze factor wordt gevormd door de probleemclusters: vrijetijdsproblemen, schoolproblemen en agressie. De betreffende clusters verwijzen naar problemen die zich zowel in de sociale omgang met leeftijdgenoten en volwassenen als in de cognitieve ontwikkeling voordoen. Deze factor verklaart 28% van de variantie.

De tweede dimensie benoemen we als pre-delinquent gedrag.

Op deze factor laden de volgende probleemclusters hoog en exclusief: anti-sociaal gedrag en verslavingsgedrag. Het gaat hier om gedragingen (zwerfen, weglopen, stelen, verslaving e.d.) die doorgaans beschouwd worden als sterke voorspellers van delinquentie. De verklaarde variantie is 14%.

De derde dimensie tenslotte definiëren we als intrapsychische problematiek.

De probleemclusters die op deze factor hoge ladingen te zien geven zijn: psychosomatische klachten, emotionele problemen en psychiatrisch getinte klachten. Deze probleemclusters hebben allen betrekking op geïnternaliseerde problemen. De variantie die door deze factor wordt verklaard is 7%.

De sociale en cognitieve incompetentie kunnen we - gelet op de analyseresultaten - beschouwen als het meest kenmerkend voor de jeugdigen in de hulpverlening. De meeste jeugdigen hebben op dit gebied ook problemen, zoals uit de hierna volgende tabel zal blijken.

De beide andere dimensies volgen qua typerend vermogen op geruime afstand, waarbij opvalt dat het aantal jeugdigen dat problemen te zien geeft op het intrapsychische vlak beduidend hoger is dan het aantal jongeren met pre-delinquente gedragingen.

In de hierna volgende tabel geven we per dimensie weer hoeveel jeugdigen problemen te zien geven. Daartoe onderscheiden we jeugdigen zonder problemen en jeugdigen met één of meer problemen op de onderscheiden clusters per dimensie.

We geven de probleemfrequenties weer door een 0 te vermelden als er op geen van de onderscheiden clusters problemen aan de orde zijn, een 1 te geven als op één van de clusters problemen aanwezig zijn, een 2 als dat op twee clusters het geval en een 3 als dit voor drie clusters geldt. Hierbij moet worden bedacht dat voor de tweede dimensie slechts twee probleemclusters bestaan en de score derhalve ook niet hoger dan 2 kan zijn.

**Tabel 2.4 Probleemfrequenties op basisdimensies**

dimensies	percentages jeugdigen met problemen op			
	geen enkel cluster	1 cluster	2 clusters	3 clusters
sociaal-cognitieve incompetentie	10%	24%	24%	42%
pre-delinquente gedragingen	54%	16%	30%	--
intrapsychische problematiek	13%	28%	34%	25%

Voorgaande tabel laat er weinig twijfel over bestaan dat de sociaal-cognitieve problematiek sterk dominant is in onze onderzoekspopulatie. Slechts 10% van de jeugdigen heeft op dit gebied geen enkel probleem, maar 42% heeft problemen op alle drie gebieden.

Het sterk storende pre-delinquente gedrag komt bij de meerderheid van de jeugdigen niet voor. Maar voor bijna een derde van de jeugdigen geldt dat zij problemen op beide door ons onderscheiden probleemclusters laten zien.

Ook de intrapsychische problematiek is sterk aanwezig zij het minder dan de sociaal-cognitieve incompetentie.

Hangen de hier genoemde centrale probleemkenmerken nu ook samen met leeftijd en ge-

slacht? Dat is inderdaad het geval.

Het zijn vooral de oudere jeugdigen die meer problemen geven op het intrapsychische vlak en op het terrein van de pre-delinquentie. De hier gevonden correlaties zijn zeer significant. Dat geldt met name voor de samenhang tussen leeftijd en pre-delinquente gedrag ( $r=.16$  resp.  $r=.39$ ). Dat wil zeggen dat we vooral onder de oudere jeugd meer pre-delinquent gedrag aantreffen.

En wat het verschil tussen de seksen betreft blijkt dat het vooral de jongens zijn die meer sociaal-cognitieve incompetentie vertonen. Ook die correlatie blijkt zeer significant ( $r=-.23$ ).

## 2.6 Gezinsproblematiek

Het komt zelden voor dat kinderen en jongeren problemen te zien geven zonder dat ook in het gezin problemen aanwezig zijn. Vrijwel altijd gaan de problemen van jeugdigen hand in hand met gezinsproblemen.

We hebben dan ook uitvoerig gescreend welke problemen zich in de gezinnen van de aangeelde jeugdigen voordoen. Ook hier hebben we gewerkt met verschillende probleemclusters die zijn opgebouwd uit afzonderlijke items. Het gaat hier eveneens om probleemdimensies die in de literatuur veelvuldig aan het licht zijn gebracht als risico verhogend voor de ontwikkeling van de jeugdigen.

Evenals bij de problemen van de jeugdigen hebben we ook voor de gezinsproblemen de frequenties in kaart gebracht variërend van géén problemen tot drie problemen of meer.

Tabel 2.5 Frequenties gezinsproblemen (in afgeronde percentages)

probleemcluster	0 problemen	1 probleem	2 problemen	3 of meer problemen
relatieve problemen	7%	15%	17%	60%
verwaarlozing	38%	26%	16%	20%
materiële problemen	64%	16%	11%	9%

We behandelen hier kort de drie onderscheiden probleemclusters in het gezin.

### *Relationele problemen*

De voorgaande tabel laat er geen twijfel over bestaan dat de belangrijkste problemen van relationele aard zijn.

Binnen deze dimensie zijn aspecten genoemd zoals de relaties van de jeugdigen met de ouders alsook de relaties van de ouders onderling en de broers en zussen onderling.

De hoogste frequentie bereikt de problematische relatie van de jeugdige met zijn/haar moeder. Voor 66% van de jeugdigen is dat het geval. Verder domineert ook de slechte relatie tussen de ouders. Dat is bij 60% van de gezinnen duidelijk aan de orde.

### *Verwaarlozing*

Onder deze noemer zijn verschillende negatieve stijlen van opvoeden ondergebracht zoals verschillende vormen van verwaarlozing alsook autoritaire opvoeding.

Het hoogst wordt gescoord op het aspect 'pedagogische onmacht'. Bij 82% van de ouders

geldt dit als een probleem. Op ruime afstand volgt dan het aspect 'affectieve verwaarlozing' (56%).

### *Materiële problemen*

Het gaat hier om aspecten als huisvestingsproblemen en financiële problemen alsmede werkloosheidsproblematiek.

Binnen dit probleemcluster dat verhoudingsgewijs weinig voorkomt, wordt het hoogst gescoord op het item: financiële problemen. Ruim een derde van de gezinnen (34%) worstelt met dit probleem.

De problemen in het gezin worden nog eens onderstreept door het gegeven dat in een aantal gezinnen ook andere kinderen moeilijkheden geven. Van de andere kinderen in het gezin blijkt 60% eveneens problemen te geven.

## **2.7 Problemen van ouders**

De rol van de ouders als opvoeder komt dikwijls onder druk te staan doordat zij zelf met uiteenlopende problemen kampen. In menig onderzoek onder jeugdigen in de hulpverlening is dat ook empirisch aangetoond<sup>5</sup>.

Om te beginnen spelen in veel gezinnen de echtscheidingsperikelen een belangrijke rol. Onder de gezinnen van de onderzoeksjeugdigen telden we 54% waar ten tijde van de aanmelding/opname de scheiding had plaats gevonden en 3% waar de scheiding zich aan het voltrekken was. De ouderlijke ruzies die hier uit voortvloeien laten de kinderen uiteraard niet onberoerd.

Meer specifiek hebben we geïnventariseerd in hoeverre de vader(figuur) of de moeder(figuur) met bepaalde problemen kampen op het moment dat de jeugdige in behandeling wordt genomen. We hebben daartoe de ouderlijke problemen gescreend aan de hand van 8 probleemcategorieën, lopend van psychische problemen en gezondheidsproblemen tot materiële problemen.

Het blijkt dat 41% van de moeders of plaatsvervangende moeders géén problemen heeft en dat bij de vaders dit aantal nog groter is namelijk 68%. De overige ouders of hun plaatsvervangers hebben allen 1, 2, 3 of meer problemen. Bij de moeders komt bij een kwart 3 of meer problemen voor.

Wanneer we naar de afzonderlijke problemen kijken dan blijkt dat de moeders een hoogste score te zien geven op het aspect: psychische problemen (54%). In dit verband mag niet onvermeld blijven dat bij 39% van de moeders en bij 22% van de vaders sprake is van een hulpverleningsverleden.

Het blijkt verder dat de vaders vooral kampen met materiële problemen (21%).

---

<sup>5</sup> J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1988) *Tehuizen in beeld*. Leiden: COJ.  
J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1995) Ambulante hulpverlening aan jeugdigen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, pp. 547-561.  
J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1996b) *BJ-Centra in beeld* 3. Delft/Amsterdam: Eburon/Nippo.

Het is bekend dat de werkloosheid van de vader een sterk negatief stempel kan drukken op het gezin en als zodanig kan worden beschouwd als een belangrijke risicofactor in de ontwikkeling van de opgroeiende kinderen.

We hebben daarom de arbeidssituatie van de vader of plaatsvervangende vader nader gezien. Het volgende blijkt.

Bijna een kwart van de ouder(figuren) neemt geen deel aan het arbeidsproces. Dat schuilt vooral in het hoge percentage werklozen (18%). Daarnaast is een klein deel (4%) arbeidsongeschikt en een nog kleiner deel (2%) is huisman.

Landelijk ligt het gemiddelde werkloosheidspercentage onder de 10%. Dat is aanzienlijk lager dan het hier gevonden percentage. Daarbij dient echter te worden bedacht dat in de grote steden en onder allochtonen dit percentage weer aanzienlijk hoger ligt.

Aanvullend kunnen we melden dat van de moeder(figuren) bijna een kwart (23%) werkzaam is in een baan, 9% is werkloos, 2% arbeidsongeschikt en 66% is huisvrouw.

Tot slot van deze paragraaf staan we stil bij het sociaal economisch niveau van de gezinnen. Als indicator hebben we het beroep van de vader(figuur) genomen. Deze in de onderzoek gebruikelijke werkwijze levert het in tabel 2.6 weergegeven beeld op.

**Tabel 2.6 Sociaal economische stratificaties**

ongeschoold	18%
geschoold	40%
lage beambte, lager personeel	7%
middenklasse	15%
hoge ambtenaar, hoger personeel	11%
academici	9%

Het blijkt dat meer dan de helft van de gezinnen (65%) zich bevindt in de drie lagere sociaal-economische niveaus. Vergeleken met de landelijke situatie waar sprake is van 52% dat zich in deze drie stratificaties bevindt (Intomart, 1990), is sprake van een onevenredig groot aandeel in onze onderzoekspopulatie. Dat schuilt met name in het hoge percentage ongeschoolden dat landelijk 8% bedraagt en hier ruim tweemaal zo hoog is.

De stelling dat in de jeugdhulpverlening onevenredig veel jeugdigen afkomstig zijn uit de lagere sociaal-economische klassen wordt ook hier bevestigd.

## 2.8 Onderlinge samenhangen

In deze paragraaf staan we stil bij de vraag in hoeverre er een systematische samenhang bestaat tussen enerzijds de door ons geconstateerde problematiek en anderzijds de door ons gememoreerde andere kenmerken van de jeugdigen.

Via gericht correlationeel onderzoek (waarbij we slechts melding maken van systematische samenhangen met een significantie niveau groter dan 0.01) stelden we het volgende vast.

### *Algemene kenmerken en problematiek*

Het blijkt dat naarmate de jeugdigen ouder zijn zij meer professionele hulp achter de rug hebben. Tevens geven zij meer pre-delinquent gedrag te zien alsmede intrapsychische problemen.

Ook vertonen hun gezinnen meer relationele problematiek.

Bezien we mogelijke verschillen tussen jongens en meisjes dan blijkt dat de meisjes systematisch minder het Speciaal Onderwijs volgen, dat zij minder sociaal cognitieve problemen geven en dat zij uit gezinnen komen met meer verwaarlozing.

De allochtone jeugdigen onderscheiden zich door minder ambulante hulp te hebben gehad en minder intrapsychische problemen te geven. Zij vertonen echter systematisch meer pre-delinquent gedrag en de gezinnen waaruit zij afkomstig zijn kampen vooral met materiële problemen.

#### *Opnamestatus en problematiek*

Jeugdigen met een kindbeschermsmaatregel komen significant problematischer gezinnen. De problemen schuilen met name in de dimensies verwaarlozing en materiële problemen. Daarnaast geven de moeders van deze jeugdigen evident meer problemen te zien. Voorts hebben deze jeugdigen meer ambulante hulpverlening echter de rug. Het blijkt tevens dat er van een systematische samenhang tussen een KB-maatregel en problematiek van de jeugdige zelf géén systematische samenhang bestaat.

Tussen de ingeschatte moeilijkheidsgraad van de problematiek en de problemen bij opname bestaat een duidelijke samenhang. Het betreft hier zowel de problemen van de jeugdigen zelf als de gezinsproblemen.

Ook de hanteerbaarheid wordt als moeilijker ingeschat naarmate er meer professionele problemen zijn. Die samenhangen zijn echter minder sterk.

#### *Eerdere hulp en problematiek*

Jeugdigen die eerder professionele ambulante hulp hebben ontvangen vertonen meer problemen zowel in het sociaal-cognitieve vlak, op intrapsychisch terrein als in de vorm van pre-delinquent gedrag.

Jeugdigen met meer tehuis-opnamen in het verleden blijken systematisch uit meer problematische gezinnen te komen waar verwaarlozing de kenmerkende dimensie is.

## **2.9 Samenvatting**

De belangrijkste bevindingen vatten we hier puntsgewijs kort samen.

1. Eén op elke vijf jeugdigen in de hulpverlening blijkt het (Voortgezet) Speciaal Onderwijs te volgen (of te hebben gevolgd). In Nederland is dat 1 op 15 kinderen.  
Verder blijkt slechts een klein deel van de jeugdigen in aanmerking te komen voor de hogere vormen van voortgezet onderwijs.
2. Veel jeugdigen hebben al eerder hulp ontvangen: ruim de helft kreeg eerder ambulante hulp en een kwart verbleef eerder in een tehuis.
3. De problematiek alsook de hanteerbaarheid van de opgenomen jeugdigen wordt door de hulpverleners voor ruim 70% van hen als moeilijk tot zeer moeilijk ingeschat.

4. Voor ruim een kwart van de jeugdigen is een kindbeschermingsmaatregel uitgesproken.
5. De drie meest kenmerkende problematieken zijn:
  - sociale en cognitieve incompetentie (komt het meest voor, vooral bij jongens)
  - pre-delinquenten gedragingen (doet zich vooral voor bij oudere jeugd)
  - intrapsychische problematiek.
6. De gezinsproblematiek kenmerkt zich vooral door pedagogische onmacht van de ouders en relationele problemen. Veel van de ouders kampen zelf ook met problemen. De moeders vooral met psychische moeilijkheden en de vaders met materiële problemen.
7. Bij een niet onaanzienlijk deel van de ouders is sprake van een hulpverleningsverleden. Dat geldt voor 39% van de moeders en 22% van de vaders.
8. Een onevenredig groot aantal jeugdigen is afkomstig uit gezinnen in de sociaal-economisch lagere bevolkingsgroepen.
9. Gelet op de correlatieve samenhang kunnen we stellen dat jeugdigen die het Speciaal Onderwijs bezoeken (of hebben gevolgd) en jeugdigen die eerder meer hulp hebben ontvangen een verhoogd risico lopen op psychosociale problemen. Dat geldt ook voor jeugdigen uit problematischer gezinnen.





### 3.1 Algemeen

Zoals eerder is vermeld hebben we drie hulpverleningssegmenten onderscheiden: de residentiële variant, de dagbehandeling en de ambulante hulp. Daarnaast onderscheiden we nog de sector pleegzorg en een groep 'overige' instellingen. Over beide laatste groeperingen zal in het volgende hoofdstuk worden gerapporteerd.

Een eerste vraag die opdoemt is uiteraard in hoeverre de problematieken die in de verschillende sectoren worden behandeld met elkaar overeenkomen. Het is immers te verwachten dat bijvoorbeeld aan een zwaardere interventie zoals een opname in een tehuis ook een zwaardere problematiek ten grondslag ligt.

Alvorens deze vraag echter te beantwoorden geven we eerst enkele algemene kenmerken weer van de drie onderscheiden sectoren.

#### *Leeftijd*

Het blijkt dat men in de dagbehandeling gemiddeld met jongere jeugdigen werkt en uitkomt op een gemiddelde leeftijd van ruim 6 jaar. In de ambulante sector bedraagt de gemiddelde leeftijd bijna 11 jaar, terwijl in de residentiële sector de jongens meisjes een gemiddelde leeftijd hebben van ruim 12 jaar.

#### *Jongens/meisjes*

Om te beginnen blijkt dat in alle sectoren de jongens in de meerderheid zijn. Dat is overigens het beeld dat bij herhaling is vastgesteld in populaties probleemjeugdigen. De residentiële en de ambulante sector tellen hier elk 55% jongens en 45% meisjes. De dagbehandeling heeft duidelijk meer jongens in huis namelijk 69% tegenover 31% meisjes.

#### *Allochtonen*

Gemiddeld hebben we berekend dat 35% van de jeugdigen een niet-Nederlandse achtergrond heeft. Dat blijkt in de sectoren residentieel en ambulante iets hoger te liggen op 37%, terwijl in de sector dagbehandeling dat een stuk lager ligt namelijk 26%.

Wat de meer specifieke achtergronden van de allochtone jeugdigen betreft: deze zijn in de drie onderscheiden sectoren niet van elkaar verschillend. Het zijn steeds de Surinaamse jeugdigen die duidelijk in de meerderheid zijn, gevolgd door Antilliaanse jeugdigen. Opvallend weinig Turkse en Marokkaanse jeugdigen vinden we terug. In alle sectoren komt dat percentage voor elk van de beide laatste groepen niet boven de 3 procent uit, terwijl dat voor de Surinaamse groep jeugdigen ongeveer 12% is.

*Woonsituatie*

Ten tijde van de aanmelding/opname blijkt de woonsituatie per sector flink te verschillen. In de sector dagbehandeling blijkt ruim de helft (55%) van de jeugdigen thuis te wonen bij hun natuurlijke ouders. Dat is in de ambulante sector duidelijk minder het geval. Daar woont nog maar 37% van de jeugdigen bij zijn oorspronkelijke ouders. In de residentiële sector is dat echter nog minder; daar verblijft voor opname nog slechts 14% van de jeugdigen bij zijn natuurlijke ouders.

In deze laatste variant verblijft (in tegenstelling tot de twee andere sectoren) een substantieel deel (34%) van de jeugdigen kort voor opname in een ander tehuis of in een crisisopvangcentrum.

Het valt op dat in alle sectoren veel van de jeugdigen die wel in een gezin verblijven, maar niet bij hun natuurlijke ouders, bij hun moeder alleen of bij hun moeder plus nieuwe partner wonen. Na de scheiding blijven kennelijk zeer veel van de jeugdigen bij hun moeder.

*Onderwijs*

De jeugdigen blijken niet in alle sectoren in gelijke mate het Speciaal Onderwijs te volgen of te hebben bezocht. In de residentiële variant is dat 28% en in de sector dagbehandeling nog iets meer namelijk 30%. In de ambulante sector is dat de helft of minder namelijk 14%. Dat verschil blijkt bij toetsing significant.

Als het gaat om de vormen van voortgezet onderwijs dan blijkt dat opnieuw een fors deel (een kwart tot een derde) van de jeugdigen is aangewezen op het Speciaal Onderwijs i.c. het VSO.

### **3.2 De problemen van de jeugdigen**

Teneinde nader inzicht te verschaffen in de eerder genoemde vraag naar mogelijke verschillen in problematiek bezien we eerst problemen van de jeugdigen zelf.

Eerder rapporteerden we hoeveel jeugdigen geen problemen hadden dan wel met 1, 2, 3 en meer problemen kampten. In die rapportage werden de jeugdigen met drie of meer problemen samen genomen en vond er geen verdere uitsplitsing plaats naar 4, 5, 6 enz. problemen. Dit om de leesbaarheid en de overzichtelijkheid te vergroten.

Voor een onderlinge vergelijking tussen de sectoren hebben we echter een andere methode gebruikt om mogelijke verschillen zuiverder aan het licht te brengen. We hebben niet langer met de eerdere indeling gewerkt maar hebben nu gemiddelde probleemscores berekenend. In deze berekening hebben we alle problemen betrokken en dus niet drie of meer problemen samengevoegd.

In tabel 3.2 treft men voor de drie onderscheiden sectoren nu het gemiddeld aantal problemen dat de jeugdigen op de verschillende probleemclusters te zien geven.

Bij de interpretatie van deze tabel dient te worden bedacht dat de probleemscores wél horizontaal vergelijkbaar zijn, maar niét verticaal, omdat bij de inventarisatie van de problemen het aantal items per probleemcluster niet steeds even groot was.

**Tabel 3.1 Gemiddelde probleemscores per sector**

probleemcluster	residentieel	dagbehand.	ambulant	gemiddeld
emotionele problemen	2.76	2.65	2.29	2.53
anti-sociale gedragsproblemen	.89	.35	.81	.75
verslavingsproblemen	.32	.02	.44	.32
agressieve gedragingen	1.49	1.74	1.29	1.45
schoolproblemen	1.88	2.41	1.80	1.94
vrijtijdsproblemen	1.34	1.69	.98	1.24
psychosomatische klachten	.82	.68	.78	.78
psychiatrische klachten	1.17	1.11	.89	1.03
lichamelijke klachten	.33	.63	.30	.37
sexuele problemen	.36	.13	.21	.25
materiële problemen	.55	.44	.54	.52

Een eerste indruk levert op dat de ambulante hulp over vrijwel de gehele linie van probleemclusters gemiddeld iets lagere probleemscores te zien geeft dan de residentiële variant en de dagbehandeling, met uitzondering van de verslavingsproblematiek.

Deze beide laatste sectoren onderscheiden zich vooral van elkaar doordat in de residentiële sector meer verslavingsgedrag, meer anti-sociaal probleemgedrag en meer sexuele problematiek voorkomt. De dagbehandeling daarentegen telt jeugdigen met meer schoolproblemen, vrijetijdsproblemen, agressief gedrag en lichamelijke klachten.

### 3.4 Gezinsproblemen

Evenals in de vorige paragraaf zetten we de drie onderscheiden sectoren naast elkaar aan de hand van de gemiddelde probleemfrequenties.

We presenteren hier de vijf probleemclusters die we in het onderzoek naar de gezinssituatie eerder hebben onderscheiden. Voor elk van deze clusters geven we de gemiddelde probleemscore weer. Deze score verwijst naar het gemiddeld aantal problemen dat de gezinnen op een bepaald cluster hebben.

**Tabel 3.2 Gemiddelde gezinsscores in de sectoren**

probleemcluster	residentieel	dagbehand.	ambulant	gemiddeld
relationele problemen	3.76	2.56	2.63	3.01
verwaarlozing	1.40	.62	.75	.96
materiële problemen	.70	.42	.54	.57
problemen vader(figuur)	.84	.26	.53	.58
problemen moeder(figuur)	1.61	1.38	1.27	1.41

De voorgaande tabel geeft duidelijk aan dat de gezinnen van de jeugdigen in de residentiële

sector gemiddeld meer problemen te zien geven dan beide andere sectoren. De beide andere sectoren hebben qua gezinsproblematiek een evident lagere score, zij het dat we in de ambulante sector iets meer problematische gezinssituaties hebben aangetroffen dan de dagbehandeling.

In dit kader wijzen we op nog een tweetal aspecten die een sterk negatieve invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van kinderen namelijk de werkloosheid van vader en de echtscheiding.

De werkloosheid blijkt bij ruim een vijfde (22%) van de vader(figuur) voor te komen in de residentiële sector. In de beide andere sectoren dagbehandeling en ambulante bedragen deze percentages 14 resp. 12.

En wat de echtscheiding betreft hier zijn eveneens duidelijke verschillen tussen de sectoren aanwezig. In de residentiële variant blijkt het scheidingspercentage 73 te bedragen, in de ambulante sector 50 en voor de dagbehandeling werd 39% vastgesteld.

Bezien we de wijze waarop de gezinnen zijn te verdelen over de drie sectoren naar het beroepsniveau van de vader(figuur) dan valt het volgende op. In de residentiële variant komen de jeugdigen voor bijna driekwart (72%) uit de drie laagste sociaal-economische klassen. Voor de dagbehandeling is dat iets minder (70%), terwijl voor de ambulante sector een flink stuk lager ligt (61%). Verhoudingsgewijs komen in de laatste sector meer jeugdigen voor uit hogere sociaal-economische milieus.

Tot slot maken we nog melding van de mate waarin broers of zussen die nog thuis zijn problemen geven. Hier blijkt dat 78% van de jeugdigen in de residentiële sector één of meerdere broers of zussen heeft die thuis ook problemen geven. Bij de dagbehandeling is dat iets minder namelijk 69%, terwijl in de ambulante sector minder dan de helft (47%) van de jeugdigen één of meer problematische broers of zusjes thuis heeft.

### 3.5 Hulpverleningsgeschiedenis

Voor het verkrijgen van meer inzicht in mogelijke verschillen is het niet onbelangrijk tevens aandacht te besteden aan de mate waarin de professionele hulp reeds actief is geweest bij de jeugdigen.

In het algemeen wordt er van uitgegaan dat naarmate de hulpverleningsgeschiedenis langer duurt er sprake is van een hardnekkiger problematiek. Overplaatsingen en doorverwijzingen zijn wat dat aangaat niet altijd indicaties voor een positieve ontwikkeling. Ook het uitspreken van een kindbeschermsmaatregel wijst doorgaans op een zwaardere problematiek.

We gaan hier op enkele van deze aspecten in.

#### *Kinderbeschermsmaatregel*

Het blijkt dat in de residentiële sector zich de meeste jeugdigen (45%) bevinden met een kindbeschermsmaatregel. Het betreft hier vrijwel altijd een civiele OTS. De ambulante sector telt 18% jeugdigen met een maatregel en in de dagbehandeling is dat 8%.

*Eerdere hulp*

In de hierna volgende tabel geven we een overzicht weer van de mate waarin de jeugdigen al eerder hulp hebben ontvangen.

**Tabel 3.3 Percentage jeugdigen dat eerder hulp ontving (per sector)**

sector	type eerdere hulp		
	ambulant	tehuis	pleeggezin
residentieel	70%	55%	20%
dagbehandeling	63%	9%	5%
ambulant	47%	16%	7%

Het is direct zichtbaar dat de jeugdigen in de residentiële variant veruit de meeste eerdere hulp hebben ontvangen. Omdat het hier telkens om percentages van het totaal aantal jeugdigen per sector gaat is het mogelijk dat een aantal jeugdigen niet alleen eerder ambulante hulp ontving, maar tevens eerder in een tehuis verbleef en mogelijk ook al eerder in een pleeggezin.

Dikwijls is het niet bij één eerdere interventie gebleven. Als het om het aantal tehuizen gaat dan blijkt dat de jeugdigen die in de residentiële sector al eerder tehuis hulp hebben gehad voor 37% twee of meer tehuizen achter de rug hebben. Vergelijkenderwijs ligt dat voor jeugdigen in de ambulante sector die eerder tehuis hulp hebben ontvangen zelfs nog hoger namelijk 48%.

### 3.6 Opname

Tot slot van deze vergelijking op sectorniveau staan we stil bij de moeilijkheidsgraad en de hanteerbaarheid van de problematiek van de aangemelde jeugdigen.

Bij aanmelding/opname is door ons gevraagd een taxatie te maken van de toekomstige begeleiding/behandeling. We hebben daartoe enerzijds geïnformeerd naar de moeilijkheidsgraad van de problematiek en anderzijds naar de hanteerbaarheid van de jeugdige. Beide aspecten werden gewaardeerd op een vierpuntsschaal lopend van 1 = zeer moeilijk naar 4 = niet moeilijk.

Zoals we eerder hebben vermeld wordt de problematiek en de complexiteit daarvan voor het van het merendeel van de jeugdigen als moeilijk tot zeer moeilijk gekwalificeerd. Dat gold in totaal zo'n 70% van de jeugdigen.

Het blijkt dat per sector die taxaties elkaar niet zoveel ontlopen. In de dagbehandeling is men geneigd de problematiek als iets minder problematisch in te schatten.

Als het gaat om de mate waarin men denkt de jeugdige en zijn problematiek te kunnen hantieren dan geven de hulpverleners aan dat dit eveneens voor zo'n 70% van de jeugdigen moeilijk tot zeer moeilijk wordt ingeschat. Per sector komen ook deze oordelen over de hanteerbaarheid vrijwel met elkaar overeen.

### 3.7 Samenvatting

De belangrijkste bevindingen die uit een eerste vergelijking tussen de sectoren voortvloeien zijn de volgende:

1. Wat de algemene kenmerken betreft springt het volgende in het oog:
  - a. In de dagbehandeling verblijven gemiddeld de jongere jeugdigen (ruim 6 jaar). De populatie in deze sector bestaat voor het grootste deel uit jongens (bijna 70%). Ook verblijven hier minder allochtone jeugdigen (26%)
  - b. In de residentiële sector woont bij opname slechts 14% bij de natuurlijke ouders en verblijft een substantieel deel (ruim een derde) in een tehuis.
  - c. In de ambulante sector treffen we relatief weinig jeugdigen die het (Voortgezet) Speciaal Onderwijs volgen.
2. Er zijn indicaties dat de problematiek van de jeugdigen in de ambulante sector relatief minder is dan in beide andere sectoren. In de dagbehandeling treffen we voor jeugdigen met meer schoolproblemen, vrijetijdsproblemen, lichamelijke klachten en agressieve gedragingen, terwijl in de residentiële variant de jeugdigen meer verslavingsgedrag en anti-sociaal gedrag te zien geven.
3. De jeugdigen in de residentiële variant hebben meer hulpverlening achter de rug en tellen ook de meeste jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel. In de dagbehandeling verblijven heel weinig jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel (8%) en jeugdigen met heel weinig eerdere tehuiservaring (9%).

## 4.1 Inleiding

Tot dusver is gerapporteerd alsof mogelijke verschillen in de problematiek vooral in de sectoren gezocht dienden te worden. Tot op zekere hoogte is dat ook zo, maar binnen elke sector zijn eveneens differentiaties te verwachten. De geboden hulp binnen een sector kan namelijk verschillen naar onder meer de volgende aspecten:

- de intensiteit van de hulp (licht versus zwaar),
- de leeftijd van de jeugdigen (jonger versus ouder) en
- de specifieke aard van de geboden hulp.

In dit deel van het onderzoeksrapport gaan we nader in de door ons onderscheiden hulpvarianten binnen elke sector, alsmede op de categorie ‘overige instellingen’.

## 4.2 Varianten in de residentiële sector

Voor een verdere analyse van mogelijke verschillen binnen deze sector hebben we deze sector op grond van de bestaande gegevens over de instellingen onderverdeeld in de volgende 5 varianten:

- de 'gewone' tehuizen en/of delen van tehuizen
- de behandelingscentra en/of delen daarvan
- de kamertrainingscentra, begeleid wonen, e.d.
- de tehuizen voor zwakbegaafde jeugdigen
- de tehuizen voor crisis/opvang/observatie<sup>6</sup>.

### *Enkele biografische kenmerken*

Om te beginnen zijn de leeftijden voor de onderscheiden categorieën niet gelijk. De oudste jeugdigen verblijven in de kamertrainingsvariant en in de tehuizen voor zwakbegaafden (beiden met een gemiddelde van ruim 16 jaar) terwijl de jongste jeugdigen zich bevinden in de behandelingsvariant (gemiddelde leeftijd bijna 10 jaar).

Ook de jongens en meisjes zijn niet in dezelfde verhoudingen over de 5 varianten verdeeld. De meeste meisjes vinden we in de kamertrainingsvariant (64%) en de meeste jongens in de categorieën zwakbegaafden en behandelingsvariant (ongeveer 65%).

---

<sup>6</sup> Het betreft hier tehuizen en afdelingen van tehuizen die geen behandeling verlenen, maar jeugdigen opvangen of observeren.

Allochtone jeugdigen worden het meest aangetroffen in de varianten crisis/opvang/observatie (48%) en zwakbegaafden (46%), terwijl de meeste jeugdigen van Nederlandse afkomst zich bevinden in de behandelingsvariant (70%).

Wat de woonsituatie betreft: in het gewone tehuis woonde bij opname vrijwel geen enkele jeugdige meer bij zijn natuurlijke ouders. Verder valt op dat de jeugdigen in de variant zwakbegaafden werden opgenomen vanuit een ander tehuis dan wel vanuit een crisis-opvangcentrum (55%).

Tenslotte wijzen we op het verschil in schoolachtergrond.

De jeugdigen in de kamertrainingsvariant hadden allen het gewone basisonderwijs gevolgd. Onder de zwakbegaafden was dat percentage het kleinst (56%). Zij en de jeugdigen uit de behandelingsvariant hadden voor het grootste deel (44% resp. 40%) een vorm van Speciaal Onderwijs gevolgd of volgen dat nog.

Overigens blijken de jeugdigen in de kamertrainingsvariant geen hoogvliegers, integendeel. Zij volgen vergeleken met de andere varianten veruit het meest het (I)VBO (43%).

#### *Hulpverleningsgeschiedenis*

De meeste jeugdigen mét een kinderbeschermingsmaatregel vinden we in het gewone tehuis en in de behandelingsvariant. Het betreft hier ongeveer de helft van de populatie. De meeste jeugdigen zónder een kinderbeschermingsmaatregel treffen we aan in de varianten: zwakbegaafden en crisis/opvang/observatie. Het gaat hier om ruim 70%.

Wanneer we vervolgens bezien hoeveel jeugdigen al eerder hulp hebben ontvangen dan blijkt het volgende.

**Tabel 4.1 Jeugdigen met eerdere hulp per variant**

variant	type eerdere hulp		
	ambulante hulp	tehuis	pleeggezin
gewone tehuis	70%	76%	22%
behandelingstehuis	73%	42%	20%
kamertraining	79%	21%	14%
crisis/observatie	83%	47%	5%
zwakbegaafden	30%	80%	50%

Het valt op dat de jeugdigen in het gewone tehuis al heel wat hulpverlening achter de rug hebben. Meer nog dan de jeugdigen in de behandelingsvariant. Voor de zwakbegaafde jeugdigen geldt dat zij vooral eerder in tehuizen en pleeggezinnen verbleven.

#### *Opname*

De taxaties van de moeilijkheidsgraad van de problematiek en de hanteerbaarheid van de jeugdige is niet in alle onderscheiden varianten gelijk.

Het blijkt dat in de behandelingsvariant de problematiek als het meest complex wordt gezien (van de jeugdigen wordt de problematiek bij 45% als 'zeer moeilijk' omschreven en bij 38% als 'moeilijk'), terwijl in de kamertrainingsvariant de problematiek als het minst complex



wordt beschouwd (15% wordt gezien als 'zeer moeilijk' en 45% als 'moeilijk').

Bij de hanteerbaarheid van de jeugdigen zien we een enigszins ander beeld. Dan zijn het vooral het gewone tehuis en de tehuizen voor zwakbegaafden die de hanteerbaarheid als het meest problematisch inschatten. Hier wordt 30 tot 35% als 'zeer moeilijk' te hanteren beschouwd en 50 tot 60% als 'moeilijk'. In de kamertrainingscentra ziet men in de hanteerbaarheid relatief minder problemen.

### *Problematiek jeugdigen*

Het meest gaat de vraag uit naar de spreiding van de aard van de problematiek over de onderscheiden varianten. Om daar een scherp inzicht in te krijgen hebben we het gemiddelde aan problemen berekend dat per probleemcluster bij de jeugdigen in de verschillende varianten aanwezig is. We geven die gemiddelden in de hierna volgende tabel weer. Daarbij dient wel bedacht te worden dat de gemiddelden wel op clusterniveau met elkaar kunnen worden vergeleken, maar niet tussen de clusters onderling. Dat hangt samen met het feit dat voor sommige clusters naar meer probleemitems is geïnformeerd dan voor andere, zodat de kans dat er een hogere gemiddelde score ontstaat op het ene cluster groter is dan op het andere.

**Tabel 4.2 Gemiddelde probleemscores per jeugdige naar cluster en tehuisvariant**

probleemclusters	hulpvarianten				
	gewoon	behandeling	kamertrain.	crisis/obsv.	zwakbeg.
emotionele problemen	2.4	3.0	3.1	2.4	2.9
anti-sociaal gedrag	.4	1.1	.5	1.7	1.3
verslavingsproblematiek	.3	.3	.5	.4	.5
agressie	.9	2.0	.9	1.7	2.0
schoolproblemen	.9	2.6	.5	2.6	3.2
vrijtijdsproblemen	1.0	1.7	.5	1.7	1.6
psychosomatische klachten	.8	.9	.6	.7	1.0
psychiatrisch getinte klachten	.7	1.8	.6	.9	1.2
lichamelijke klachten	.2	.5	.3	.3	.4
sexuele problematiek	.4	.2	.3	.7	.4
materiële problemen	.5	.7	.5	.5	.2

De behandelingsvariant alsook de variant zwakbegaafden geven de hoogste probleemscores te zien voor hun jeugdigen, gevolgd door de variant opvang/crisis/observatie.

De kamertrainingsvariant heeft - zoals te verwachten - de minst hoge probleemscores met uitzondering van de emotionele problematiek die hier het sterkst aanwezig is.

### *Gezinsproblematiek*

Evenals bij de problemen van de jeugdigen hebben we ook voor de verschillende gezinsaspecten gemiddelde scores berekend. Uitsplitsend naar de onderscheiden varianten levert dat het in tabel 4.3 gegeven beeld op.

Tabel 4.3 Gemiddelde gezinsscores per jeugdige per tehuisvariant

gezinsaspecten	hulpvarianten				
	gewoon	behandeling	kamertrain.	crisis/obsv.	zwakbeg.
relationele problemen	4.0	3.4	4.2	3.8	3.6
verwaarlozing	1.5	1.3	1.1	1.4	1.9
materiële problemen	.7	.8	.3	.5	.8
problemen vader(figuur)	1.3	.6	.4	.9	.4
problemen moeder(figuur)	1.8	1.6	1.2	1.7	1.3

De gezinsproblematiek is nogal grillig gespreid over de onderscheiden varianten. Niettemin is er een tendens dat de gezinnen in de gewone variant wel erg problematisch zijn. Verhoudingsgewijs treffen we de minst problematische gezinnen aan in de kamertrainingsvariant. We kunnen hier nog aan toevoegen dat het sociaal-economische milieu waaruit de jeugdigen afkomstig zijn in alle hulpverleningsvarianten even laag is. Met één uitzondering: de jeugdigen in de crisis/opvang/observatie komen gemiddeld uit evident nog lagere stratificaties.

### Samenvatting

In tabel 4.4 zijn de voorgaande bevindingen nog eens samengevat.

Tabel 4.4 Verschillen tussen hulpvarianten

kenmerk	hulpvarianten				
	gewoon	behandeling	kamertrain.	crisis/obsv.	zwakbeg.
leeftijd		-	+	+	
allochtonen		-		+	+
jongens		+	-	+	
bij natuurlijke ouders	-			-	
in ander tehuis				+	
Speciaal Onderwijs		+		+	
regulier basisonderwijs	+				
KB-maatregel	+	+		-	-
eerdere hulp	+				
problematiek jeugdige		+	-	+	
gezinsproblematiek	+		-		

+ resp. - verwijst naar een hogere resp. lagere score

De voorgaande tabel laat zien dat de **behandelingsvariant** is te typeren als een differentiatie waarin verhoudingsgewijs meer jongere jeugdigen verblijven, minder allochtone jeugdigen en minder meisjes. Gemiddeld hebben deze jeugdigen meer het SO gevolgd, ze geven meer problemen te zien en hebben vaker een KB-maatregel.

Voor de variant **zwakbegaafden** kan eveneens worden opgemerkt dat deze jeugdigen bevat met relatief meer problematiek. Ook zij zijn meer op het SO aangewezen. Voor hen is echter minder vaak een KB-maatregel getroffen. Verder betreft het hier een categorie oudere jeugdigen die tevens uit meer allochtonen bestaat en al eerdere (tehuis) hulp achter de rug heeft.

De **gewone variant** valt op met relatief veel jeugdigen die eerder professionele hulp hebben ontvangen, een KB-maatregel hebben en uit meer problematische gezinnen komen. Verder wonen verhoudingsgewijs veel van de ze jeugdigen bij hun natuurlijke ouders en hebben zij overwegend het reguliere basisonderwijs gevolgd.

### 4.3 Varianten in de dagbehandeling

Binnen deze sector hebben we drie varianten onderscheiden:

- dagbehandeling voor jonge kinderen tot 7 jaar
- dagbehandeling voor jeugdigen vanaf 7 jaar
- dagbehandeling van jeugdigen in een psychiatrische setting.

Voor deze drie varianten gaan we vervolgens na hoe de onderlinge gegevens van de jeugdigen zich tot elkaar verhouden.

#### *Enkele biografische kenmerken*

De gemiddelde leeftijden in de drie onderscheiden sectoren lopen nogal uiteen: dagbehandeling jonge kinderen heeft een gemiddelde leeftijd van 3.8 jaar, die van de dagbehandeling oudere kinderen 7.2 jaar en die van de dagbehandeling in een psychiatrische setting 10.5 jaar.

Het blijkt echter dat de sectoren nauwelijks van elkaar verschillen in de verhouding jongens versus meisjes. Voor de drie varianten gaat het telkens om ongeveer 70% jongens en 30% meisjes.

Qua etnische achtergrond zijn er wel duidelijke verschillen. Zo komen de jeugdigen in de variant met de psychiatrische setting vrijwel allemaal uit Nederland (92%), terwijl in de dagbehandeling van de jongere kinderen dit een stuk lager is (61%).

Ook de gezinsachtergrond laat een duidelijk verschil zien. Van de jeugdigen in de variant voor de oudere kinderen woont slechts 44% nog bij beide natuurlijke ouders, terwijl dat in de variant met de jongere kinderen nog 67% is. De andere variant zit daar tussenin met 58%. Veel van de kinderen die niet meer in het oorspronkelijke gezin verblijven wonen nu bij hun natuurlijke moeder (alleen of met partner).

Bezien we het type lager onderwijs dat wordt gevolgd (of werd gevolgd) dan blijkt dat geen verschillen per variant op te leveren. Steeds blijkt 30% gebruik te maken van het Speciaal Onderwijs.

#### *Hulpverleningsgeschiedenis*

Om te beginnen blijkt in de drie varianten geen verschil in het aantal kinderen met en zonder kindbeschermingsmaatregel: voor 92% van de kinderen is geen kindbeschermingsmaatregel genomen.

Bij inventarisatie van de voorgeschiedenissen van de jeugdigen blijkt dat er nogal wat verschillen per variant bestaan.

In de dagbehandelingsvariant voor jonge kinderen heeft slechts een derde eerder ambulante hulp ontvangen, verbleef 6% eerder in een pleeggezin en woonde 3% eerder in een tehuis.

De jeugdigen in de dagbehandeling met een psychiatrische setting hadden voor 100% eerder ambulante hulp ontvangen en woonden voor 25% eerder in een tehuis. De dagbehandeling voor oudere jeugd neemt wat dit betreft een tussenpositie in.

### *Opname*

De inschatting van de moeilijkheidsgraad van de problematiek is het minst in het oog springend in de variant van de jongere kinderen (6% is zeer moeilijk en 61% moeilijk), terwijl in de dagbehandeling in een psychiatrische setting de taxatie ernstiger uitpakt (58% is zeer moeilijk en 25% moeilijk).

Als het gaat om de hanteerbaarheid van de problematiek dan zien we een geheel ander beeld. Dan wordt in de dagbehandeling voor jonge kinderen bijna de helft (49%) als zeer moeilijk hanteerbaar gekenschetst. In de variant van de oudere kinderen is dat aantal zeer moeilijk te hanteren kinderen aanzienlijk lager (14%).

### *Problematiek jeugdigen*

Geven de door ons onderscheiden varianten in de dagbehandeling nu ook onderlinge verschillen te zien als het gaat om de aard van de problematiek? Dat is inderdaad het geval zoals uit de hierna volgende tabel zal blijken. We hebben ook hier gewerkt met een gemiddelde probleemscore per jeugdige per probleemcluster. We herhalen dat het aantal problemen dat per jeugdigen werd gescoord wel vergelijkbaar is per cluster maar niet tussen de clusters onderling omdat niet voor ieder cluster evenveel mogelijke problemen zijn geïnventariseerd.

**Tabel 4.5 Gemiddelde probleemscores per cluster en per dagbehandelingsvariant**

probleemcluster	Type dagbehandeling		
	Jonge kinderen	Schoolgaande	Psychiatrisch
emotionele problemen	1.67	3.26	2.75
anti-sociale problemen	.04	.41	.90
agressief gedrag	1.33	1.86	2.33
schoolproblemen	1.41	2.58	3.67
vrijtijdsproblemen	.93	2.05	2.33
psychosomatische klachten	.50	.64	1.17
psychiatrisch gekleurde klachten	.82	.85	2.67
lichamelijke klachten	1.03	.41	.33
sexuele problematiek	.17	.09	.17

De voorgaande tabel geeft weer dat gemiddeld de meeste problemen voorkomen bij de jeugdigen in de dagbehandeling met de psychiatrische setting. Uiteraard springen de psychiatrische klachten hier sterk in het oog.

De dagbehandeling voor jongere kinderen manifesteren relatief de minste problemen<sup>7</sup>, zij het dat zij verhoudingsgewijs wel de meeste lichamelijke klachten te zien geven.

<sup>7</sup> Zie ook noot 10 op pagina 73.

*Gezinsproblematiek*

De vraag of ook de gezinnen van de jeugdigen verschillen laten zien, stellen we hier vervolgens aan de orde. We doen dat aan de hand van de vijf door ons onderscheiden gezinsaspecten. Voor elk van deze aspecten werd berekend hoeveel problemen zich in de gezinnen van de jeugdigen voordoen.

**Tabel 4.6 Gemiddelde gezinsscores in de dagbehandelingsvarianten**

gezinsaspecten	Type dagbehandeling		
	Jonge kinderen	Schoolgaand	Psychiatrisch
relationele problematiek	1.67	3.23	2.36
verwaarlozing	.34	.85	.50
materiële problemen	.33	.51	.33
problemen vader(figuur)	.12	.34	.40
problemen moeder(figuur)	.85	1.76	1.54

De relationele problematiek laat zich het sterkst gelden in de gezinnen van de jeugdigen in de dagbehandelingsvariant voor de oudere kinderen. Met name de moeder(figuur) speelt daarin een belangrijke rol. De gezinnen uit de behandelingsvariant voor de jongere kinderen vertonen over de gehele linie relatief (nog) de minste problemen.

Tot slot wijzen we er op dat de jeugdigen in de dagbehandeling in een psychiatrische setting gemiddeld afkomstig zijn uit significant hogere milieus dan de jeugdigen in beide andere varianten van de dagbehandeling.

*Samenvatting*

Voor een goed overzicht geven we in de volgende tabel nog eens de belangrijkste verschillen tussen de drie onderscheiden varianten weer.

**Tabel 4.7 Onderlinge verschillen varianten dagbehandeling**

kenmerken	Type dagbehandeling		
	Jonge kinderen	Schoolgaand	Psychiatrisch
leeftijd	-		+
allochtone jeugdigen	+		-
bij natuurlijke ouders	+	-	
eerder ambulante hulp	-		+
vanaf wachtlijst opgenomen	+		
geschatte moeilijkheidsgraad probl.	-		+
geschatte hanteerbaarheid	+	-	
problematiek jeugdige	-		+
problematiek gezin	-	+	
sociaal economisch milieu			+

- resp. + verwijst naar een lagere resp. hogere score op het betreffende kenmerk

Aan de hand van dit overzicht springt de populatie uit de sector dagbehandeling in een psychiatrische setting er uit met de meest problematische jeugdigen en met jeugdigen uit hogere milieus. Overigens bestaat deze populatie uit vrijwel uitsluitend Nederlandse jeugdigen. De gemiddelde leeftijd is in deze variant het hoogst.

De dagbehandeling voor jonge kinderen bevat relatief meer allochtone kinderen. De problematiek zowel van de jeugdige als zijn gezin is relatief minder ernstig. De hanteerbaarheid van

deze kinderen wordt overigens wel als (zeer) moeilijk ingeschat. Er worden verhoudingsgewijs veel kinderen vanaf een wachtlijst opgenomen.

### 4.3 Varianten in de ambulante sector

Binnen deze sector zijn een groot aantal uiteenlopende instellingen actief. Het is daarom niet terecht alle ambulante hulp als onderling inwisselbaar te beschouwen. We hebben om die reden een nadere indeling gemaakt en onderscheiden daarbij de volgende varianten:

- de Riagg en de K & J psychiatrie
- de Raad voor de Kinderbescherming
- de jeugdbescherming (gezinsvoogdij)
- de jeugdhulpverlening (adviesbureaus)..

#### *Enkele algemene kenmerken*

De gemiddelde leeftijd verschilt per ambulante variant. Het blijkt dat gemiddeld de jongste jeugdigen de Riagg/kinderpsychiatrie verblijven (8.7 jaar), daarna volgt de jeugdbescherming (10.8), vervolgens de Raad (12.4) en tenslotte de jeugdhulpverlening (12.8).

Ook de verdeling van jongens en meisjes over de onderscheiden varianten is verschillend. De beide uitersten worden gevormd door de Raad (met slechts 39% jongens en een meerderheid aan meisjes) en de Riagg (met 65% jongens).

Nemen we de etnische achtergrond in ogenschouw dan blijkt dat de Raad opvallend veel meer allochtone jeugdigen in haar populatie heeft (55%), terwijl dat bij de Riagg/kinderpsychiatrie de helft minder is (27%).

Maar ook de verblijfssituatie ten tijde van de aanmelding toont een aantal duidelijke verschillen. Zo woont van de jeugdigen in de Riagg/psychiatrie variant 60% bij de natuurlijke ouders, terwijl dat in de jeugdhulpverlening aanzienlijk minder is (27%) en bij de beide andere varianten nog minder (16%).

Het gevolgde type lager onderwijs levert geen noemenswaardige verschillen op. Bij de Raad voor de Kinderbescherming bevinden zich verhoudingsgewijs de meeste jeugdigen die zijn (waren) aangewezen op het Speciaal Onderwijs (20%). Bij de andere varianten valt dat percentage lager uit (variëren van 9 tot 17%).

Eenzelfde tendens nemen we waar bij het voortgezet onderwijs. Ook daar volgen de jeugdigen uit de variant Raad voor de Kinderbescherming relatief het meest het Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO) met 54%. De hogere vormen van voortgezet onderwijs (MAVO/HAVO/VWO) zien we vooral in de varianten: jeugdhulpverlening en Riagg/kinderpsychiatrie.

#### *Eerdere hulpverlening*

We zagen eerder al dat heel wat jeugdigen in de (semi)residentiële hulpverlening eerder professionele hulp hebben ontvangen. Dat ligt ook enigszins voor de hand omdat met name een plaatsing in een tehuis veelal eerst dan tot stand komt als andere minder zware interventies zijn beproefd. Tabel 4.8 geeft weer in welke mate eerdere hulp aan de orde is geweest.

**Tabel 4.8 Eerdere hulp aan jeugdigen in de ambulante varianten**

variant	type eerdere hulp		
	amb.hulp	tehuis	pleeggezin
Riagg/jeugdpsychiatrie	45%	10%	5%
Raad v.d. Kinderbescherming	57%	27%	3%
Jeugdbescherming	59%	21%	10%
Jeugdhulpverlening	41%	18%	10%

De beide varianten Raad en jeugdbescherming werken met relatief veel jeugdigen die al eerder professionele hulp hebben ontvangen.

Maar ook beide andere varianten kennen een groot aantal jeugdigen (bijna de helft) dat al eerder in het hulpverleningscircuit verbleef. De gedachte dat de meeste jeugdigen in de ambulante hulp zich daar voor het eerst aanmelden blijkt maar zeer ten dele ware.

### *Opname*

De aard van de problematiek wordt het minst als zeer moeilijk ingeschat door de variant jeugdbescherming. Zij beschouwen 15% van hun aangemeld jeugdigen als zeer problematisch. De andere varianten komen hoger uit en zien 1 op 4 tot 5 jeugdigen als zeer moeilijk.

Wat de hanteerbaarheid van de betreffende jeugdigen betreft is de Riagg/kinderpsychiatrie het meest pessimistisch. Zij zien meer dan de helft van hun in behandeling genomen jeugdigen (51%) als zeer moeilijk hanteerbaar.

### *Problematiek jeugdigen*

Om voor de ambulante hulp na te gaan hoe de onderlinge verschillen qua problematiek eventueel liggen hebben we de gemiddelde probleemscores berekend die de jeugdigen voor elk cluster behaalden. Dat betekent dat we hebben berekend hoeveel problemen de jeugdigen uit een bepaalde variant op een bepaald probleemcluster gemiddeld hebben. Omdat niet elk probleemcluster een even groot aantal items bevat kunnen we de probleemclusters onderling niet vergelijken naar de hoogte van de score. Wél kan een vergelijking worden gemaakt op het niveau van elk cluster. De volgende tabel geeft nader uitsluitsel.

**Tabel 4.9 Gemiddelde probleemscores per cluster in de ambulante varianten**

probleemclusters	K&Jpsychiatrie	RvdK	JB	JHV
emotionele problemen	2.24	2.45	1.96	2.42
anti-sociale gedragingen	.21	1.48	1.54	1.02
verslavingsproblemen	.08	.76	.67	.71
agressieve gedragingen	1.26	1.46	1.28	1.25
schoolproblemen	1.79	2.29	1.82	1.56
vrijtijdsproblemen	.89	1.29	1.25	.84
psychosomatische klachten	.96	.67	.79	.58
psychiatrisch getinte klachten	1.30	.46	.72	.60
lichamelijke klachten	.44	.26	.15	.21
sexuele problemen	.10	.48	.25	.22
materiële problemen	.15	.67	.81	.87

Het valt op dat in de Riagg/kinderpsychiatrie variant weinig anti-sociaal en verslavingsgedrag voorkomt. Althans in verhouding tot de overige ambulante varianten. Daarentegen vinden we hier wel relatief veel psychiatrische, psycho-somatische en lichamelijke klachten.

Bij de Raad voor de Kinderbescherming domineren vooral de schoolproblemen en de agressieve gedragingen.

### *Gezinsproblematiek*

We zagen al eerder dat de gezinsproblematiek in de ambulante sector minder ernstig van aard is in vergelijking met de gezinsproblematiek van de jeugdigen in tehuizen. De vraag is: geldt dat voor alle ambulante varianten die we hebben onderscheiden? De volgende tabel geeft daar antwoord op.

**Tabel 4.10 Gemiddelde gezinsscores per jeugdige naar clusters in de ambulante varianten**

probleemclusters	K&Jpsychiatrie	RvdK	JB	JHV
relationele problematiek	2.00	2.52	2.69	3.48
verwaarlozing	.48	1.00	1.31	.75
materiële problemen	.26	.87	.69	.67
problemen vader(figuur)	.46	.96	.43	.49
problemen moeder(figuur)	.80	2.04	2.00	1.24

Op grond van voorgaande tabel kampen de gezinnen uit de variant Riagg/psychiatrie met relatief de minste problemen.

De relationele problematiek is vooral zichtbaar in de jeugdhulpverleningsvariant, terwijl verwaarlozing verhoudingsgewijs het meest voorkomt in de jeugdbeschermingsvariant.

De vaders en de moeders uit de populatie van de Raad voor de kindbescherming blijken relatief het meest problematisch.

En wat het sociaal-economisch niveau van de gezinnen betreft: in de variant Riagg/Kinder & Jeugdpsychiatrie worden jeugdigen behandeld die gemiddeld evident meer uit hogere sociale klassen afkomstig zijn.

### *Samenvatting*

Voor een goed overzicht hebben we de verschillen tussen de hulpverleningsvarianten in tabel 4.11 kort samengevat.

Uit de tabel blijkt dat de Raad voor de Kinderbescherming en de variant Riagg/jeugdpsychiatrie zich het duidelijkst van elkaar onderscheiden. De laatste variant telt wel veel jeugdigen met psychiatrisch gekleurde en psychosomatische klachten, maar heeft tevens jeugdigen die overwegend bij hun oorspronkelijke ouders wonen, afkomstig zijn uit relatief hogere milieus en geen pre-delinquente problemen te zien geven. De jeugdigen worden overigens wel als moeilijk hanteerbaar beschouwd.

De Raad daarentegen telt relatief veel jeugdigen die eerder professionele hulp hebben ontvangen en niet meer bij hun oorspronkelijke ouders wonen. Verder telt deze variant ook meer allochtone jeugdigen alsmede jeugdigen die relatief vaker op het Speciaal Onderwijs zijn aangewezen.



**Tabel 4.11 Verschillen in hulpverleningsvarianten in de ambulante sector**

kenmerken	K&Jpsychiatrie	RvdK	JB	JH
leeftijd	-			+
meer meisjes		+		
allochtone jeugdigen	-	+		
bij natuurlijke ouders	+	-	-	
Speciaal Onderwijs		+		
eerdere hulp		+	+	
geschatte moeilijkheidsgraad probl.			+	
geschatte hanteerbaarheid	+			
pre-delinquente gedragingen	-			
schoolproblemen		+		
psychiatrisch getinte klachten	+			
sociaal economisch milieu	+			

- resp. + verwijst naar een lagere resp. hogere score.

#### 4.4 Pleegzorg en ‘overige’ varianten

Binnen dit onderdeel onderscheiden we naast de pleegzorg enkele specifieke projecten met een min of meer experimenteel karakter. Dat leidt tot de volgende 5 varianten:

- de pleegzorg
- de therapeutische gezinsverpleging (TGV)
- begeleiding JAS
- Time Out
- Families First.

##### *Algemene kenmerken*

Zoals valt te verwachten is de gemiddelde leeftijd in de pleegzorg (7 jaar) en de TGV (6.5 jaar) evident lager dan in de overige varianten. Families First telt jeugdigen met een gemiddelde leeftijd van bijna 13 jaar, terwijl de beide resterende varianten uitkomen op een gemiddelde dat ligt tussen 15 en 16 jaar.

De verdeling tussen jongens en meisjes is vrijwel fifty-fifty. Dat geldt voor alle varianten.

Dat is duidelijk niet het geval als het gaat om de etnische achtergrond van de jeugdigen. Dan blijkt dat de JAS-variant overwegend jeugdigen met een Nederlandse achtergrond heeft (88%), maar dat dit zeker niet het geval is met de andere differentiaties. Families First telt 50% allochtone jeugdigen, de pleegzorg 58%, Time Out 67% en de TGV zelfs 73%. Hieronder bevinden zich niet alleen de bekende categorieën Antilliaanse en Marokkaanse jeugdigen, maar voor jeugdigen uit derde wereld landen.

Ook als we naar de verblijfplaats kijken waar de jeugdigen zich bevinden ten tijde van de aanmelding dan treden duidelijke verschillen aan het licht. In de JAS-begeleiding zien we dat tweederde van de jeugdigen in het oorspronkelijke gezin verblijft. dat is in de andere

varianten vrijwel niet het geval. De aangemelde jeugdigen bij de pleegzorg verblijven relatief veel in een pleeggezin (ongeveer 40%), de jeugdigen voor Families First wonen veel bij hun moeder alleen (50%), terwijl de Time Out jeugdigen kort voor opname verblijven bij de vader alleen of in een crisisopvangcentrum (samen 66%) en de TGV-jeugdigen merendeels in een pleeggezin of een tehuis verblijven (samen 81%).

In het type lager onderwijs dat de jeugdigen volgen (of hebben gevolgd) zijn eveneens grote verschillen te onderkennen. De JAS-jeugdigen en de jeugdigen van Time Out hebben allemaal het gewone lagere onderwijs gevolgd. Dat is veel minder het geval met de jeugdigen in de andere varianten die vaker het Speciaal Onderwijs volgen: TGV met 38%, Families First en Pleegzorg met elk 22%.

### *Opname*

De algemene lijn dat ongeveer een kwart van de jeugdigen een kindbeschermingsmaatregel heeft ten tijde van de opname, vinden we hier maar ten dele terug. De JAS-variant, Families First en Time Out hebben weliswaar vrijwel geen jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel<sup>8</sup>, maar voor de TGV en de Pleegzorg geldt dat zij 90% respectievelijk 70% jeugdigen tellen met een kindbeschermingsmaatregel.

Bij een inschatting van de problematiek komen met name de TGV en de Families First tot de bevinding dat 80 tot 90% van de problemen als moeilijk tot zeer moeilijk moeten worden gekwalificeerd. Bij de andere instellingen valt die taxatie iets gunstiger uit; met name bij de Pleegzorg waar ongeveer de helft van de jeugdigen een moeilijke tot zeer moeilijke problematiek wordt toegeschreven. Een vergelijkbaar beeld zien we als het gaat om de vraag hoe moeilijk of makkelijk deze jeugdigen zijn te begeleiden.

### *Eerdere hulpverlening*

In de mate waarin de jeugdigen eerder in aanraking zijn geweest met de hulpverlening bestaan er duidelijke verschillen tussen de onderscheiden varianten. Zo hebben vrijwel alle jeugdigen van Time Out en Families First eerder hulp ontvangen en is dat aantal in de Pleegzorg duidelijk lager namelijk 20%.

Voor meer inzicht in de hulpverleningsgeschiedenis presenteren we de volgende tabel.

**Tabel 4.12 Eerder ontvangen hulp**

variant	type eerdere hulp		
	amb.hulp	tehuis	pleeggezin
JAS-begeleiding	33%	11%	11%
Pleegzorg	22%	12%	26%
Families First	90%	30%	10%
Time Out	100%	33%	---
TGV	40%	46%	30%

<sup>8</sup> Dit betekent overigens niet dat jeugdigen niet vanuit de Jeugdbescherming worden aangemeld bij Families First. In dit onderzoek was dit 30%, in een landelijk onderzoek (1994) was dit 45%, zie de Kemp, R., Veerman, J.W. en L.T. ten Brink (1997) *Evaluatie Project Families First*, Utrecht: NIZW).

De verschillen springen duidelijk in het oog. De TGV-jeugdigen hebben al heel wat hulpverlening achter de rug; bijna de helft van deze jeugdigen verbleef eerder in een tehuis terwijl eveneens een substantieel deel eerder in een pleeggezin woonde.

Maar ook de projecten Families First en Time Out tellen jeugdigen die al heel veel hulpverlening achter de rug hebben.

### *Problematiek*

Zoals dat eerder is gebeurd voor de andere sectoren en hun varianten geven we ook hier de verschillende opnameproblematieken weer voor de verschillende differentiaties. We doen dat met gemiddelde scores die werden verkregen op de verschillende probleemclusters. Hierbij geldt dat hoe hoger een score uitvalt hoe problematischer.

Eerst staan we stil bij de problemen van de jeugdigen zelf. Daarna zullen we ingaan op de problemen die zich in de gezinnen voordoen.

**Tabel 4.13** Gemiddelde probleemscores per cluster

<u>probleemclusters jeugdigen</u>	JAS	FF	TO	TGV	Pleegz.
emotionele problemen	2.25	3.80	3.17	2.78	1.70
anti-sociale gedragingen	.73	2.70	.17	.14	.20
verslavingsproblemen	.13	1.50	.17	.00	.19
agressieve gedragingen	.50	2.80	1.17	1.33	.73
schoolproblemen	1.11	2.80	1.33	2.00	.88
vrijtijdsproblemen	.89	1.70	1.17	1.27	.53
psychosomatische klachten	.55	2.80	.17	.63	.61
psychiatrisch gekleurde klachten	1.00	1.90	.67	1.20	.38
materiële problemen	.11	1.40	.00	.56	.54
<u>probleemclusters gezin</u>					
relationele problemen	3.22	5.20	3.33	2.63	2.08
verwaarlozing/onmacht	.56	1.44	1.33	2.40	1.55
materiële problemen	.11	1.90	.50	1.45	1.21
problemen vader(figuur)	.33	1.67	1.40	.72	.74
problemen moeder(figuur)	1.24	4.90	.83	2.45	1.67

Evenals in de andere sectoren domineren ook hier de emotionele problemen. Daarbij moet echter worden opgemerkt dat in het project Families First deze problematiek aanzienlijk sterker aanwezig is dan in de Pleegzorg. Die trend is trouwens merkbaar in alle problematieken. Steeds opnieuw scoort het project FF het hoogst en zien we bij de Pleegzorg doorgaans de laagste scores.

De TGV en de Time Out vertonen relatief veel (maar minder dan FF) problemen voor de clusters agressie, schoolproblematiek en vrijetijdsbesteding.

Bezien we problemen in het gezin dan overwegen de relationele problemen. Dat is heel sterk het geval bij FF. Dit project bevat jeugdigen die over de gehele linie uit meer problematische gezinnen komen. Opvallend is hier tevens het grote aantal problemen dat de moeder(figuur) vertoont.

De JAS-variant wordt geconfronteerd met verhoudingsgewijs minder problematische gezinnen.

Maken we een vergelijking tussen de Pleegzorg en TGV dan blijkt dat de laatste variant duidelijk met meer problematische gezinnen van doen heeft.

### *Samenvatting*

Ter afsluiting van deze paragraaf geven we nog eens de meest in het oog springende verschillen weer die we tussen de onderscheiden differentiaties hebben aangetroffen.

**Tabel 4.14** Verschillen tussen de onderscheiden differentiaties

kenmerken	JAS	FF	TO	TGV	Pleegz.
leeftijd				-	-
allochtone jeugdigen			+	+	+
bij natuurlijke ouders	+	-		-	-
Speciaal Onderwijs	-		-	+	
met een KB-maatregel				+	+
eerdere hulp				+	
anti-sociale gedragingen			+		
verslavingsproblemen		+			
agressie	-	+			
schoolproblemen		+			-
psychosomatische klachten		+	-		
psychiatrische klachten					-
gezinsrelationele problemen		+			
verwaarlozing/onmacht	-			+	
problemen moeder(figuur)		+	-		
lage sociaal-ec. stratificatie				+	

- resp. + verwijst naar een duidelijk lagere resp. hogere score.

De tabel brengt nogmaals duidelijk in beeld dat de jeugdigen in het project Families First evident meer problematiek kennen en eveneens uit problematischer gezinnen afkomstig zijn.

Verder merken we op dat ook in de TGV-variant relatief veel jeugdigen verblijven met veel risicofactoren zoals niet meer bij de natuurlijke ouders wonen, vaker eerdere hulp ontvangen, SO volgen enz. Ook de verwaarlozing en pedagogische onmacht die de ouder(figuren) van deze jeugdigen laten zien zijn groot. We kunnen daar nog aan toevoegen dat de gezinnen van deze jeugdigen sterk afkomstig zijn uit de lagere sociaal economische beroepslagen.

## **4.5 De problematiek van de jeugdigen nader bezien**

We hebben eerder melding gemaakt van een factor-analyse over de onderscheiden probleemclusters. Dat leverde drie inzichtelijke dimensies op namelijk:

- een eerste dimensie die verwijst naar sociale en cognitieve incompetentie (dwz. zowel school/leerproblemen als problemen in de omgang met klasgenoten, leeftijdsgenoten, leerkrachten en andere volwassenen)
- een tweede dimensie die verwijst naar pre-delinquent gedrag waaronder anti-sociale gedragingen alsmede alcohol- en drugsproblemen
- een derde dimensie die betrekking heeft op intrapsychische problemen zoals emotionele problemen alsmede psychiatrisch gekleurde en psychosomatische klachten.

*De sectoren*

We gaan nu na in hoeverre voor deze gedragsproblematiek onderlinge verschillen kunnen worden vastgesteld tussen zowel de onderscheiden sectoren residentieel, dagbehandeling en ambulante als de daarbinnen aangebrachte varianten.

We doen dat door voor elke dimensie de gemiddelde probleemscore te berekenen voor de drie hulpverleningssegmenten en voor de verschillende varianten per sector. Voor de drie hulpverleningssectoren levert dat het volgende beeld op:

**Tabel 4.15 Gemiddelde probleemscores op drie gedragsdimensies voor de 3 sectoren**

gedragsdimensies	residentieel	dagbehandeling	ambulant
sociaal-cognitieve incompetentie	1.53	1.87	1.32
pre-delinquent gedrag	.61	.23	.64
intrapsychische problemen	1.64	1.45	1.32

We hebben vervolgens met behulp van Duncan's Multiple Range test,  $p < 0.05$  onderzocht in hoeverre de onderscheiden sectoren ook significant van elkaar verschillen op de drie gedragsdimensies. Het volgende blijkt dan.

In de dagbehandelingssector bevinden zich significant problematischer jeugdigen in **sociaal-cognitief** opzicht. Daarna volgt qua probleemzwaarte op deze dimensie de residentieële sector die weer significant groter is dan die in de ambulante sector.

Daar staat tegenover dat in de dagbehandelingssector zich significant minder problematischer jeugdigen bevinden als het gaat om **pre-delinquent gedrag**. Dat is evident sterker aanwezig in beide andere sectoren.

De **intrapsychische** problematiek treffen we significant meer aan in de residentieële sector dan in de ambulante sector.

*De hulpverleningsvarianten*

We volgen nu een vergelijkbare procedure voor de door ons onderscheiden varianten. In tabel 4.16 op pagina 40 hebben we de gemiddelde scores op een rij gezet die op de onderscheiden varianten zijn verkregen voor de drie centrale probleemgebieden.

De tabel geeft een aantal indicaties over de verschillen tussen de varianten. Met behulp van de Duncan Multiple Range test hebben we nader onderzocht in hoeverre de verschillen ook significant waren ( $p < 0.05$ ). Dat blijkt in hoge mate het geval te zijn.

Zo blijkt onder meer dat in de dagbehandeling voor oudere jeugd en dagbehandeling in psychiatrische settings alsook in de residentieële behandelingsvariant, in de variant zwakbegaafden en in het project Families First significant meer **sociaal cognitieve incompetentie** voorkomt. In het gewone tehuis en de kamertrainingsvariant komt deze problematiek veel minder voor.

Als het gaat om **pre-delinquente gedragingen** dan zien we dat significant vaker in de ambulante varianten van de jeugdbescherming en de Raad voor de Kinderbescherming, alsook in

de residentiële crisis/opvang/observatie. Maar bovenal treffen we dat gedrag aan in het project Families First.

**Tabel 4.16 Gemiddelde probleemscores op de gedragsdimensies in de varianten**

	sociaal-cognitieve incompetentie	pre delinquentie	intrapsychische problematiek
Gewoon tehuis	.92	.35	1.33
Behandelingscentra	2.03	.67	2.02
Kamertraing	.64	.50	1.50
Crisis/opvang/observatie	1.95	1.05	1.33
Zwakbegaafden	2.09	.90	1.70
Dagbehandeling (jong)	1.21	.04	.99
Dagbehandeling (oud)	2.10	.27	1.58
Dagbehandeling (psychiatr.)	2.78	.55	2.19
Riagg/kinderpsychiatrie	1.30	.16	1.49
Raad voor de Kinderbesch.	1.63	1.13	1.23
Jeugdbescherming	1.37	1.19	1.20
Jeugdhulpverlening	1.19	.86	1.21
JAS-begeleiding	.87	.25	1.22
Pleegzorg	.75	.21	.82
Families First	2.43	2.10	2.83
Time Out	1.22	.17	1.33
TGV	1.45	.14	1.65

In de dagbehandeling (jongere en oudere jeugd) komt deze problematiek nauwelijks voor. Dat geldt ook voor het residentiële gewone tehuis, de ambulante variant Riagg/kinderpsychiatrie, de TGV en Time-Out.

De **intrapsychische problematiek** tenslotte treffen we relatief veel aan in Families First, de residentiële behandelingsvariant en in de dagbehandeling in psychiatrische settings. In de dagbehandeling voor jonge kinderen, in de varianten in de ambulante sector en in de Riagg komt deze problematiek significant minder voor.

Wanneer we de hier genoemde problematieken als onderling vergelijkbaar beschouwen dan wordt de topvier met de meeste problematiek gevormd door de hulpverleningsvarianten: Families First, dagbehandeling in psychiatrische settings, de residentiële behandelingsvariant en de residentiële variant voor zwakbegaafden.

## 4.6 Samenvatting

### *De residentiële sector en haar varianten*

We memoreerden eerder al dat in de residentiële variant verhoudingsgewijs veel jeugdigen verblijven die niet meer bij hun natuurlijke ouders wonen, die al veel hulpverlening achter de rug hebben en die zich onderscheiden van de andere sectoren door meer gezinsproblematiek en meer pre-delinquent gedrag van de jeugdigen.

Bezien we vervolgens de 5 onderscheiden hulpverleningsvarianten binnen deze sector dan

valt het volgende op:

In de behandelingsvariant zien we relatief veel jeugdigen met sociale en cognitieve incompetentie, alsmede intrapsychische problematiek. Ook in de categorie voor zwakbegaafden zien we deze problematieken sterk vertegenwoordigd alsmede pre-delinquente gedragingen. Dat laatste probleemgedrag vinden we vooral terug in de variant opvang/crisis/observatie waar ook veel jeugdigen verblijven uit de lagere sociaal-economische milieus.

Het gewone tehuis geeft volgens de verwachting op al deze aspecten lagere probleemscores te zien. Het blijkt echter dat de jeugdigen in deze variant meer professionele hulp achter de rug hebben, uit problematischer gezinnen komen, vaker een KB-maatregel hebben en bij aanmelding evident minder bij hun natuurlijke ouders wonen, voorzover ze nog in gezinsverband verblijven. Deze laatste kenmerken die in het algemeen verwijzen naar meer problematiek zou men eerder in de behandelingsvariant verwachten en minder in het gewone tehuis.

#### *De dagbehandeling en haar varianten*

Eerder maakten we melding van het gegeven dat in de dagbehandeling weinig jongens en meisjes voorkomen met een KB-maatregel en dat we daar ook relatief weinig jeugdigen aantreffen met eerdere professionele hulpverlening.

De problematiek in deze sector is vooral van het type: sociale en cognitieve incompetentie.

Een nadere beschouwing van de hulpverleningsvarianten in deze sector laat het volgende zien.

De meeste problematiek is te vinden bij de jeugdigen in de dagbehandeling in een psychiatrische setting. Deze problematiek betreft vooral de intrapsychische moeilijkheden alsook de sociaal-cognitieve incompetentie. De jeugdigen in deze variant hebben in vergelijking met de andere dagbehandelingsvarianten ook de meeste professionele hulp ontvangen. Overigens verblijven in deze variant relatief veel jeugdigen uit sociaal-economisch hogere klassen.

De dagbehandeling voor oudere jeugd onderscheidt zich met relatief veel gezinsproblematiek bij haar jeugdigen.

#### *De ambulante sector en haar varianten*

Voor de ambulante sector hebben we eerder opgemerkt dat hier verhoudingsgewijs minder problemen aan de orde zijn, dat de jeugdigen ook minder Speciaal Onderwijs volgen en dat relatief veel jeugdigen nog bij hun natuurlijke ouders wonen.

Wanneer we nagaan hoe dit in de onderscheiden varianten ligt dan blijkt het volgende.

Binnen de Riagg/kinderpsychiatrie treffen nauwelijks pre-delinquente gedragingen aan en is het de intrapsychische problematiek die hier domineert. Verhoudingsgewijs wonen veel van de jeugdigen bij hun natuurlijke ouders ten tijde van de aanmelding. Deze gezinnen komen relatief veel uit de hogere sociale klassen. Er doet zich ook minder gezinsproblematiek voor.

Het zijn vooral de Raad voor de Kinderbescherming en de variant jeugdbescherming waar verhoudingsgewijs veel sociaal-cognitieve incompetentie en pre-delinquentie voorkomt. De jeugdigen in deze beide varianten hebben eerder ook meer hulpverlening ontvangen.

#### *De pleegzorg en de overige varianten*

We merkten al eerder op dat het hier ten dele gaat om vormen van pleegzorg en een aantal min of meer experimentele projecten (Families First, Time Out, JAS).

---

Het beeld dat hier geschetst kan worden op basis van de geïnventariseerde problematiek is dat het project Families First verhoudingsgewijs zeer problematische jeugdigen uit zeer problematische gezinnen onder haar hoede heeft. Meer dan in enig andere variant.

Daarnaast merken we echter op dat in de TGV veel jeugdigen onderdak vinden die beschouwd kunnen worden als een belangrijke risicogroep met een lange hulpverleningsgeschiedenis, met een kindbeschermingsmaatregel, met een allochtone achtergrond en afkomstig uit de lagere sociaal economische milieus en gezinnen met veel verwaarlozing en pedagogisch onmacht.



## 5.1 Inleiding

Teneinde nader inzicht te verwerven in de vraag welke jeugdigen moeilijk of niet plaatsbaar zijn, hebben we alle deelnemende instellingen gevraagd aan te geven welke jeugdigen gedurende de onderzoeksperiode werden afgewezen. Dat leverde informatie op over 195 afgewezen jeugdigen. Van elke afgewezen jeugdige werd een aantal algemene kenmerken gevraagd zoals leeftijd, etniciteit, schoolopleiding e.d. alsmede de reden van afwijzing. Daarnaast werd echter ook gevraagd aan te geven welke problemen de afgewezen jeugdige gaf ten tijde van de aanmelding.

In de hierna volgende rapportage geven we een typering van deze jeugdigen. Tevens gaan we na in hoeverre deze afgewezen jeugdigen verschillen gelet op de onderscheiden drie hulpverleningssegmenten: ambulante, dagbehandeling en residentieel. Tenslotte bezien we ook of zich verschillen voordoen in de hulpverleningsvarianten die we binnen genoemde drie sectoren hebben onderscheiden.

De afgewezen jeugdigen zijn als volgt verdeeld over de verschillende sectoren/hulpvarianten.

**Tabel 5.1 Spreiding afgewezen jeugdigen**

sector	N	%tot.	%cap.	hulpvariant	N	%sect.	%cap.
residentieel form.cap.900	77	40%	17%	gewoon tehuis (334)	12	16%	7%
				behandeling (341)	19	25%	11%
				kamertraining (78)	6	8%	15%
				crisis/opvang/obs.(81)	35	45%	85%
				zwakbegaafden (54)	5	6%	5%
dagbehandeling form/cap.318	22	12%	14%	dagbeh.jonge kind. (76)	9	41%	19%
				dagbeh.schoolj. (212)	13	59%	13%
ambulante	88	45%		Riagg/jeugdpsychiatrie	56	64%	
				Jeugdhulpverlening	32	36%	
overig	8	4%					

De voorgaande tabel laat zien dat de geregistreerde afgewezen jeugdigen nogal grillig zijn gespreid over de sectoren en varianten. Van de crisis/opvang/observatie variant is bijvoorbeeld van relatief veel afgewezenen informatie binnengekomen, terwijl van de ambulante variant jeugdbescherming geen enkele afgewezenen is geregistreerd.

De tabel mag dan ook niet al te letterlijk worden genomen in de trant van hoe hoger het aantal afgewezen jeugdigen waarover informatie is verkregen hoe meer jeugdigen daar ook zijn afgewezen. We weten immers niet systematisch hoe serieus elke instelling is geweest in het vastleggen van zijn afgewezen jeugdigen.

## 5.2 Enkele biografische kenmerken

### *Leeftijd*

De gemiddelde leeftijd van de afgewezen jeugdigen bedraagt bijna 12 jaar (11.9). Bezien we de leeftijd aan de hand van drie gangbare leeftijdscategorieën (0 tot 7, 7 tot 12 en 12 plus) dan blijkt van een onevenredige verdeling sprake. De meeste jeugdigen bevinden zich dan in de oudste leeftijdscategorie.

Een nadere beschouwing van de leeftijd naar de drie onderscheiden jeugdhulpverleningssectoren laat vervolgens zien dat de jongste categorie zich vooral in de dagbehandeling bevindt en de oudste in de residentiële variant.

**Tabel 5.2** Leeftijden afgewezen jeugdigen per sector

hulpverleningssector	0 - 7 jaar	7 - 12 jaar	12 jaar en ouder
residentieel	5%	22%	73%
dagbehandeling	50%	50%	--
ambulant	21%	27%	52%
totale groep afgewezenen	18%	28%	55%

Bij een verdere analyse naar hulpvarianten per sector blijkt dat de afgewezen jonge kinderen vooral voorkomen in de dagbehandelingssector voor jonge kinderen, terwijl de meeste afgewezen oudste jeugdigen in alle residentiële differentiaties voorkomen met uitzondering van behandelingsvariant. De afgewezen jeugdigen in deze laatste hulpverleningsvariant zijn redelijk gespreid over alle leeftijdscategorieën.

### *Jongens/meisjes*

De totale groep afgewezenen bestaat overwegend uit jongens (56.5%) en telt een kleiner aantal meisjes (43.5%).

Die verdeling is in vrijwel gelijke mate aanwezig in de drie onderscheiden hulpverleningssectoren.

Ook blijkt bij een nadere beschouwing van de hulpvarianten die verdeling onderling niet opvallend af te wijken. Er is slechts één uitzondering: in de opvang/crisis/observatie variant zijn meer meisjes dan jongens afgewezen (56 tegenover 44%).

### *Etniciteit*

De afgewezen jeugdigen bestaan voor bijna driekwart uit Nederlandse jeugdigen. Het resterende kwart allochtone jeugdigen bestaat voor ruim de helft uit Surinaamse jeugdigen. Ook de Kaap-Verdiaanse jeugdigen komen relatief veel in de groep van afgewezen allochtone jeugdigen voor.

In de dagbehandelingssector komen onder de afgewezen jeugdigen de meeste Nederlandse jeugdigen voor namelijk 80% en dus de minste jeugdigen met een andere etnische achtergrond.

Bezien we die verdeling voor de verschillende hulpvarianten dan is het de zwakbegaafden variant en de dagbehandeling voor oudere jeugd waar sprake is van vrijwel 100% Nederlandse afgewezen jeugdigen.

Opvallend veel jeugdigen met een allochtone etnische achtergrond worden afgewezen in de ambulante hulpvariant jeugdhulpverlening. Het betreft hier meer dan de helft van de aangelde jeugdigen en geldt vooral Surinaamse en Marokkaanse jeugdigen.

#### *Verblijfsituatie*

Een derde van de jeugdigen woont ten tijde van de aanmelding nog bij zijn natuurlijke ouders (33%). Een bijna even groot deel woont bij de moeder (alleen of met nieuwe partner). De overige jeugdigen verblijven voor een deel in een tehuissetting (13%), wonen bij familie of in een pleeggezin (10%) en de rest is zwervend, heeft geen vast adres of de verblijfplaats is onbekend.

Tussen de drie hulpverleningssectoren bestaan op dit punt nogal wat verschillen.

Zo blijkt dat van de afgewezen jeugdigen in de ambulante sector meer dan de helft (52%) thuis te wonen bij de natuurlijke ouders. In de residentiële sector is dat slechts 10%.

In die laatste sector treffen we verhoudingsgewijs relatief veel jeugdigen aan die in een tehuissetting verblijven (23%). Dat komt in de ambulante sector vrijwel niet voor onder de afgewezenen (3%).

Een nadere blik op de verdeling binnen de onderscheiden hulpvarianten leert dat de meeste afgewezen jeugdigen die nog bij hun natuurlijke ouders wonen zich bevinden in de dagbehandeling voor oudere jeugd en in de ambulante Riagg/kinderpsychiatrie met resp. 63 en 68%, terwijl in het gewone tehuis en in de zwakbegaafde categorie verhoudingsgewijs veel afgewezen jeugdigen in een tehuis verblijven met resp. 64 en 60%.

#### *Onderwijs*

Tweederde van de jeugdigen heeft het gewone basis-onderwijs gevolgd (of volgt dat nog). Het Speciaal Onderwijs wordt of werd gevolgd door een derde van de afgewezen jeugdigen.

Het zijn vooral de afgewezen jeugdigen uit de dagbehandelingssector die het Speciaal Onderwijs bezoeken (69%). Het minst is dat het geval met de jeugdigen uit de ambulante sector (17%).

Van de afgewezen zwakbegaafde jeugdigen volgde 100% een vorm van Speciaal Onderwijs.

Voor zover we over gegevens beschikken van jeugdigen in het voortgezet onderwijs blijkt dat bijna de helft (47%) van de jeugdigen het (I)VBO bezoekt, 11% volgt het VSO en de overige jeugdigen gaan naar een hogere vorm van voortgezet onderwijs met name MAVO (25%) en HAVO (14%).

Per hulpverleningssector levert dat echter verschillen op. Zo gaat de meerderheid in de residentiële variant naar het (I)VBO nl. 56%, terwijl in de ambulante sector het merendeel naar de hogere vormen van onderwijs (MAVO/HAVO/VWO) gaan nl. ook 56%.

Meer specifiek zijn de afgewezen jeugdigen die het (I)VBO bezoeken te vinden in de residentiële behandelingsvariant (100%), terwijl de afgewezen jeugdigen met de hogere voortgezette opleidingen vooral worden aangetroffen in de variant Riagg/kinderpsychiatrie (69%).

#### *Samenvatting*

Wanneer we aan het einde van deze paragraaf bezien in hoeverre de groep afgewezen jeugdigen afwijkt van de groep in behandeling genomen jeugdigen dan valt het volgende op.

Voor de totale groep afgewezenen geldt dat zij gemiddeld bijna 2 jaar ouder is, relatief meer Nederlandse jeugdigen bevat en verhoudingsgewijs vaker het Speciaal Onderwijs volgt.

Voor de overige variabelen zoals sexe en woonsituatie werden geen verschillen gevonden.

Voor de sectoren geldt meer in het bijzonder dat in de dagbehandeling vooral meer Nederlandse jeugdigen en jeugdigen die Speciaal Onderwijs volgen worden afgewezen. Voor beide andere sectoren geldt dat het vooral oudere jeugdigen zijn die daar niet worden aangenomen resp. opgenomen.

Op het niveau van de hulpverleningsvarianten merken we op dat in het gewone tehuis relatief veel jeugdigen worden afgewezen die zich in een tehuis bevinden. In de categorie zwakbegaafde zijn het vooral Nederlandse jeugdigen die niet worden opgenomen en jeugdigen die het SO volgen. Dat geldt ook voor de dagbehandeling oudere jeugd. In de ambulante variant jeugdhulpverlening worden daarentegen veel allochtone jeugdigen niet aangenomen.

### 5.3 Hulpverleningsgeschiedenis

Veruit de meeste afgewezen jeugdigen (70%) hebben geen kinderbeschermingsmaatregel. Zij worden voor een belangrijk deel aangemeld door de ouders en de adviesbureaus. De jeugdigen met een kinderbeschermingsmaatregel zijn vooral via de gezinsvoogdij aangemeld.

De meeste afgewezen jeugdigen met een kinderbeschermingsmaatregel zijn te vinden in de residentiële sector (55%) en het kleinste aantal in de ambulante sector (7%).

De afwijzingen gelden voor een kwart de aanmeldingen via de gezinsvoogdij en voor 10% aanmelding via Adviesbureaus. De rest was over diverse aanmeldingskanalen gespreid. Het is vooral de residentiële variant waarin de afgewezen jeugdigen via de kanalen gezinsvoogdij en adviesbureau worden aangemeld met resp. 44 en 25%.

Meer in het bijzonder is het de residentiële variant zwakbegaafden die meer aanmelding van de gezinsvoogdij afwijst.

Veel afgewezen jeugdigen hebben al eerder kennis gemaakt met de jeugdhulpverlening. Zo blijkt 65% al eerder ambulante hulp te hebben ontvangen, heeft 30% eerder in een tehuis gewoond en verbleef 6% eerder in een pleeggezin.

Dat het hier niet om een eenmalige interventie gaat blijkt uit tabel 5.3.

**Tabel 5.3 Eerdere hulpverlening afgewezen jeugdigen**

type hulp	1 maal	2 maal	3 maal	4 maal of meer
ambulante hulp	59%	20%	15%	6%
tehuis	68%	17%	11%	4%
pleeggezin	100%	--	--	--

Bij een vergelijking tussen de drie hulpverleningssegmenten blijkt dat vooral de afgewezen jeugdigen in de residentiële variant meer professionele hulp te hebben ontvangen. Om precies te zijn heeft 84% van hen eerder ambulante hulp gehad, verbleef 59% eerder in een tehuis en woonde 15% eerder in een pleeggezin. Voor beide andere sectoren vielen deze percentages significant lager uit.

Nadere bestudering van de door ons onderscheiden hulpvarianten binnen genoemde sectoren levert op dat in de residentiële behandelings- en kamertrainingsvariant de meest afgewezen

jeugdigen voorkomen die eerder ambulante hulp hebben ontvangen. In die laatste variant treffen we ook relatief de meeste afgewezen jeugdigen met eerdere tehuisopnamen.

Samenvattend blijkt dat bij een vergelijking van deze bevindingen met de onderzoeksresultaten van de jeugdigen die wél zijn opgenomen dan wel in behandeling zijn genomen er voor de afgewezenen in totaal nauwelijks verschillen bestaan.

Op het niveau van de sectoren stellen we vast dat in de dagbehandeling meer jeugdigen worden afgewezen met een KB-maatregel, terwijl in de residentiële variant meer jeugdigen niet worden opgenomen met meer ambulante hulp achter de rug.

Bezien we de hulpverleningsvarianten nader dan noteren we dat met name in de kamertrainingsvariant meer jeugdigen worden afgewezen die eerder professionele hulp hebben gehad.

## 5.4 De problematiek

Voor een groot aantal gebieden hebben we geïnventariseerd in hoeverre zich hier problemen voordeden. Op deze wijze hopen we enig zicht te krijgen op de vraag of voor bepaalde problemen een verhoogde kans op afwijzing bestaat.

De probleemgebieden zijn in kaart gebracht met behulp van een vijfpuntsschaal die loopt van 0 = geen probleem tot 4 = erg veel problemen op het betreffende terrein.

We geven vervolgens een overzicht van de scores op de door onderscheiden probleemgebieden.

**Tabel 5.4 Problematiek afgewezen jeugdigen**

probleemgebied	geen	enigszins	tamelijk	veel	erg veel
emotionele problemen	16%	17%	18%	29%	20%
anti-sociaal gedrag	39%	9%	11%	24%	17%
verslavingsproblemen	88%	4%	4%	3%	1%
school/leerproblemen	33%	9%	17%	25%	17%
psychiatrische klachten	72%	3%	8%	11%	6%
psychosomatische klachten	64%	14%	8%	8%	7%
lichamelijke klachten	78%	8%	8%	3%	3%
sexuele problemen	86%	5%	1%	4%	4%
materiële problemen	70%	4%	7%	12%	7%
gezinsproblemen:					
verwaarlozing	32%	5%	14%	21%	29%
relatieproblemen	22%	5%	7%	27%	40%

Het blijkt dat niet op alle gebieden evenveel problemen optreden.

De meeste problemen doen zich voor op het terrein van de intrapsychische problemen (zoals somber, eenzaam, angstig, gesloten), de school/leerproblemen (zoals doublures, leerproblemen, relatieproblemen) en op het gebied van de anti-sociale gedragingen (zoals agressie, weglopen, stelen, recalcitrant gedrag).

De overige problemen blijven daar ver bij achter.

Maar meer nog dan de problemen van de jeugdigen zelf wordt de gezinssituatie als zeer problematisch beschouwd. Met name de relaties in het gezin (zoals de relatie tussen de ouders en

de jeugdige, de relatie met de brussen en de relatie tussen de ouders) worden sterk negatief beoordeeld.

Zijn deze problemen nu in evenredigheid gespreid over de door ons onderscheiden drie hulpverleningssectoren? Dat is duidelijk niet het geval.

Voor een nader inzicht hebben we per probleemgebied een gemiddelde score berekend en deze scores voor elke sector vastgesteld.

**Tabel 5.5 Gemiddelde scores per probleemgebied voor drie sectoren**

<u>probleemcluster</u>	<u>residentieel</u>	<u>dagbeh.</u>	<u>ambulant</u>	<u>totaal</u>
emotionele problemen	2.23	2.14	2.09	2.15
anti-sociaal gedrag	2.08	1.91	1.36	1.72
verslavingsproblematiek	.30	.00	.22	.23
school/leerproblemen	2.22	2.23	1.37	1.86
psychosomatische klachten	.96	1.36	.45	.77
psychiatrische klachten	.81	.13	.86	.76
lichamelijke klachten	.62	.85	.17	.45
sexuele problemen	.58	.00	.23	.34
materiële problemen	.97	.48	.78	.81
gezinsproblemen:				
verwaarlozing	2.88	2.48	1.17	2.07
relationele problemen	3.35	2.64	1.88	2.58

De voorgaande tabel geeft aan dat de meeste problematiek aanwezig is bij de jeugdigen uit de residentiële sector. Dat geldt niet alleen de drie belangrijkste problemen van de jeugdigen zelf maar ook de problematische gezinssituatie. De ambulante sector laat over de gehele linie de laagste scores zien. Met name de gezinssituaties van de afgewezen jeugdigen zijn in deze sector aanzienlijk minder problematisch. De dagbehandeling scoort het hoogst op de aspecten: psychosomatische klachten en lichamelijke klachten.

Bij een nadere beschouwing van de verschillende hulpvarianten blijkt dat de emotionele problematiek en de school/leerproblemen verhoudingsgewijs veel voorkomen bij de afgewezen jeugdigen uit de residentiële kamertrainingsvariant en de dagbehandeling voor oudere jeugd. De anti-sociale gedragingen manifesteren zich het duidelijkst onder de afgewezenen in het gewone tehuis en de residentiële behandelingsvariant.

Samenvattend zetten we deze gegevens af tegen de bevindingen van de jeugdigen die wél zijn opgenomen/aangenomen. Het volgende springt in het oog.

Voor de gehele populatie van afgewezen jeugdigen geldt dat zij duidelijk meer anti-sociaal gedrag laten zien. Bij de opgenomen jeugdigen blijft de score op dat aspect sterk achter bij de overige probleemclusters. Hier echter neemt het de derde plaats in.

Voor het overige (en dat geldt ook voor de probleemclusters in het gezin) kan niet worden gesteld dat de afgewezen jeugdigen evident meer problemen te zien geven.

In de dagbehandeling worden vergelijkenderwijs met de opgenomen jeugdigen meer jeugdigen met anti-sociaal gedrag afgewezen.

Voor de onderscheiden hulpvarianten binnen de sectoren stellen we vast dat jeugdigen met

anti-sociale gedragingen vooral worden afgewezen in het gewone tehuis en in de dagbehandeling voor oudere jeugd. In die laatste variant worden ook relatief veel jeugdigen niet opgenomen met emotionele problemen en school/leerproblemen.

## 5.5 Afwijzingsgronden

Waarom was er voor deze jeugdigen geen plaats?

Het blijkt dat de belangrijkste reden voor afwijzing is gelegen in het feit dat de problematiek van de jeugdige te zwaar is (36%). Daarnaast is in een vergelijkbaar aantal gevallen melding gemaakt van een afwijzing op grond van het feit dat het hulpverleningsaanbod niet geschikt is voor de problematiek waarmee de jeugdige wordt aangemeld. In feite betekent dit tweede argument dat de problematiek eveneens te zwaar (of te licht) is. De derde belangrijke reden is: geen plaats (20%). Verder zijn als redenen genoemd: de problematiek is te licht (16%), de jeugdige is te oud (5%), de jeugdige is te weinig gemotiveerd (9%) en de jeugdige heeft te beperkte verstandelijke vermogens (6%).

Het argument 'de problematiek is te ernstig' komt het meest voor in de dagbehandeling (59%). Binnen deze sector wordt deze reden het meest gehanteerd voor de dagbehandelingsvariant voor oudere jeugd (77%).

Het minst wordt afgewezen op grond van een te ernstige problematiek in de ambulante sector (25%) en meer in het bijzonder de variant Riagg/kinderpsychiatrie (14%).

Hebben de instellingen van de afgewezen jeugdigen ook een advies meegekregen naar welke instantie zij zich beter kunnen wenden? Dat is inderdaad vrijwel altijd gebeurd (93%). Voor de helft van deze jeugdigen (51%) is ook met name een andere instelling genoemd. Voor de andere helft is alleen melding gemaakt van het advies een andere instelling te benaderen.

In de sector van de dagbehandeling is verhoudingsgewijs minder vaak een advies meegegeven. In diezelfde sector werd ook veel minder een naam van een instelling genoemd waarheen werd verwezen (14%).

In de meeste gevallen is het niet bekend wat er vervolgens met de jeugdigen gebeurt. Bijna 40% van de deelnemende instellingen heeft daar echter wel enig zicht op. Zo is voor 23% van de afgewezen jeugdigen bekend dat zij op dezelfde plaats zijn gebleven waar zij zich bevonden bij opname, terwijl van 5% bekend is dat zij elders zijn aangenomen/opgenomen.

Het valt op dat in de sector van de dagbehandeling men het minst op de hoogte is van hetgeen er met de afgewezen jeugdigen is gebeurd. In slechts 18% van de afgewezenen is men dat wel. En dan blijkt dat de meeste afgewezen jeugdigen nog op dezelfde plaats verblijven als bij aanmelding.

## 5.6 Samenhang afwijzingsgronden en problematiek

Via correlatieve onderzoek is nagegaan in hoeverre er een systematisch verband bestaat tussen enerzijds de afwijzingsgronden 'geen plaats' respectievelijk 'problematiek is te ernstig' en anderzijds de door ons geïnventariseerde probleemgebieden.

*Geen plaats*

Voor de totale groep van afgewezenen blijkt dat met name de jeugdigen die eerder ambulante hulp hebben ontvangen vaker te horen krijgen dat er geen plaats is. Als we vervolgens de verschillende probleemgebieden onder de loep nemen dan blijkt niet dat er systematisch geen plaats is voor jeugdigen met te veel problemen. Integendeel er blijkt vaker geen plaats te zijn voor jeugdigen die minder problematisch zijn met name in het materiële vlak. Het is derhalve aannemelijk dat het argument 'geen plaats' geen drogreden is om moeilijke jeugdigen te weren.

Wanneer we echter de drie sectoren op dit nader bezien dan zien we voor de residentiële sector voorgaande tendens in versterkte mate terug. Met andere woorden: het zijn vooral de minder problematische jeugdigen voor wie geen plaats beschikbaar.

In de sector dagbehandeling zien we deze tendens niet. Daar is in het geheel geen systematische samenhang tussen het argument 'geen plaats' en de problematiek.

Dat is weer wel het geval in de ambulante sector. Maar daar is een systematisch verband geconstateerd in omgekeerde richting: jeugdigen met meer school/leerproblemen krijgen vaker te horen: geen plaats. Dat geldt echter niet voor jeugdigen uit problematischer gezinssituaties. Dan blijkt dat er geen plaats is voor jeugdigen uit minder problematische gezinnen.

*Problematiek te ernstig*

Voor de totale groep van afgewezenen geldt dat er een zeer significante samenhang is tussen het argument 'te ernstige problematiek' en meer problemen op vrijwel alle door ons onderscheiden probleemclusters. Het sterkst is de correlatieve samenhang voor de clusters: psychosomatische klachten en emotionele problemen. In feite is die relatie er niet voor een klein groepje problemen: lichamelijke, seksuele en materiële problemen. Meer problemen op die laatste gebieden vormen dus geen beletsel om af te wijzen met de reden: te ernstige problematiek. (Deze problematiek doet zich overigens weinig voor).

Verder geldt ook dat bij meer gezinsproblemen de kans groter is op een afwijzing onder het argument: te ernstige problematiek.

Hoe ligt dat nu binnen de drie onderscheiden sectoren?

Voor de residentiële variant is een gelijke tendens zichtbaar. Met dien verstande dat vooral jeugdigen met anti-sociaal gedrag, psychiatrische klachten en psychosomatische problemen vaker te horen krijgen: problematiek is te ernstig.

In de dagbehandeling zien we een vergelijkbare tendens. Daar is de correlatieve samenhang het grootst met: gezinsproblemen.

De ambulante sector tenslotte geeft een vergelijkbaar beeld, zij het minder geprononceerd. De jeugdigen die daar worden afgewezen met 'de problemen zijn te ernstig' zijn vooral jeugdigen met psychosomatische klachten en jeugdigen met gezinsproblemen.

## 5.7 Samenvatting

Het beeld van de afgewezen jeugdigen wordt vooral gekenmerkt door een oudere leeftijd, door meer jeugdigen van Nederlandse afkomst, door jeugdigen met meer Speciaal Onderwijs en door jeugdigen met meer anti-sociaal gedrag.

Binnen de sectoren wijzen we op er op dat in de residentiële variant meer oudere jeugd wordt



afgewezen, met meer ambulante hulp. In de dagbehandeling treffen we onder de afgewezen jeugdigen relatief meer jeugdigen met een KB-maatregel aan, met anti-sociaal gedrag en met Speciaal Onderwijs.

De residentiële variant voor zwakbegaafden wijst relatief meer jeugdigen af die SO volgen, een Nederlandse afkomst hebben en voor wie een KB-maatregel is uitgesproken. De kamertrainingsvariant wijst veel jeugdigen af met eerdere professionele hulp, terwijl het gewone tehuis meer afwijst als de jeugdigen ten tijde van de aanmelding in een ander tehuis verblijft. In de dagbehandeling voor oudere jeugd worden jeugdigen met SO, van Nederlandse afkomst en met een KB-maatregel vaker niet opgenomen.

Nemen we de afwijzingsgrond 'geen plaats' onder de loep dan blijkt via correlatieve onderzoek dat dit argument niet als drogreden is gebruikt voor te moeilijke jeugdigen.

De afwijzingsgrond 'de problematiek is te ernstig' is wel duidelijk gerelateerd aan meer problematiek zowel van de jeugdige zelf als in het gezin.



## 6.1 Inleiding

Uit onderzoek blijkt dat de hulpverlening aan jeugdigen met psychosociale problemen op negatieve gronden voortijdig kan worden beëindigd<sup>9</sup>. Zo kunnen jeugdigen en/of ouders minder tevreden zijn over de hulp en verdere hulpverlening afwijzen. Ook kan de hulpverlening worden gestaakt omdat de problemen niet hanteerbaar zijn of omdat de behandeling niet aanslaat. Omdat het hier gaat om cliënten die kennelijk weinig baat vonden bij de geboden hulp, kan de nadere analyse van deze groep voortijdige uitvallers een goed handvat bieden om eventuele lacunes in het hulpaanbod op te sporen.

Om die reden werd alle instellingen in de regio gevraagd gedurende zes maanden bij te houden welke jeugdigen voortijdig de hulpverlening verlieten. Daarbij werd verzocht de volgende kenmerken vast te leggen: de biografische kenmerken van de jeugdige; de problematiek bij de aanvang van de hulp; het functioneren tijdens de hulpverlening, alsmede de redenen van het voortijdig vertrek. In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen van dit onderzoek.

## 6.2 Aantal voortijdig vertrokken jeugdigen

In de zes maanden dat het onderzoek duurde werden 93 voortijdig vertrekkende jeugdigen geregistreerd. Tabel 6.1 geeft weer hoe deze jeugdigen over de sectoren en hulpvarianten was verspreid. De hulpvarianten waarin geen uitval werd geregistreerd, zijn daarbij niet vermeld.

Tabel 6.1 Aantal uitvallers	N	%totaal	%cap.	Hulpvarianten:	N	%sector	%cap.
Residentieel (900) <sup>1</sup>	41	44%	9%	. Gewoon tehuis (334)	15	37%	9%
				. Behandeling (341)	13	32%	8%
				. Kamertraining (78)	5	12%	13%
				. Crisisopvang/observ. (81)	7	17%	17%
				. Zwakbegaafden (54)	1	3%	4%
Dagbehandeling ( 318)	13	14%	8%	. Kinderen (76)	3	23%	4%
				. Schooljeugd (212)	10	77%	5%
Ambulant	35	38%		. K&J-psychiatrie	19	54%	
				. Jeugdbescherming	2	6%	
				. Jeugdhulpverlening	14	40%	
Pleegzorg & overig	4	4%	--	. Pleegzorg (720)	2	50%	
				. Time-Out (6)	1	25%	
				. TGV (95)	1	25%	

<sup>1</sup> formele jaarcapaciteiten

<sup>9</sup> P.L. Wouda (1988) *Uitval uit de jeugdhulpverlening*. Leiden: COJ.  
M.G. Jansen & J.H.L. Oud (1990). *Residentiële hulpverlening geëvalueerd*. Nijmegen: Instituut voor orthopedagogiek, KUN.  
E.M. Scholte (1995) Voortijdige tehuisverlaters. *TIAZ*, 1, 122-130.  
J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1996) *BJ-Centra in beeld 3*. Delft/Amsterdam: Eburon/Nippo.

Uit het overzicht blijkt dat de meeste voortijdige vertrekkers in de residentiële hulpverlening werden geregistreerd (44%). Direct daarna volgt de ambulante hulpverlening (38%) en op enige afstand volgt de sector van de dagbehandeling (14%).

Het aantal uitvallende jeugdigen kan ook in het licht van de totale formele (halfjaars)capaciteit worden gezien. Deze is bekend van de residentiële sector en van de sector van de dagbehandeling. In alle twee hoofdsectoren blijken er dan ongeveer gelijke percentages uitvallers te zijn geregistreerd, nl. zo'n 8 a 9 %.

In de hoofdsector 'overigen' werd slechts een gering aantal uitvallers geregistreerd (4%). Omdat dit aantal te klein is om apart in de analyses te betrekken, zal over deze sector in dit hoofdstuk verder niet worden gerapporteerd. Dat geldt eveneens voor de hulpvarianten met twee of minder cases.

Overigens wijzen we erop dat de percentages uitvallers per sector of per hulpvariant niet als de werkelijke uitvalpercentages mogen worden beschouwd. De deelnemende instellingen hebben niet allen even systematisch de uitvallende jeugdigen geregistreerd. De geregistreerde gegevens dienen dan ook vooral om de uitval in exploratieve zin te typeren.

### 6.3 Biografische kenmerken

Door welke biografische kenmerken werd de voortijdig vertrekkende jeugd getypeerd? Tabel 6.2a geeft een overzicht.

Tabel 6.2a Biografie uitvallers	N	gem.leeftijd	% jongens	%autochtoon
Totale groep	93	13.1 (4.2)	52%	71%

De leeftijd bedroeg gemiddeld 13.1 jaar bij een spreiding van 4.2 jaar. In leeftijdsgroepen ingedeeld werd het volgende gevonden. Ongeveer 7% was 0 tot 7 jaar oud, zo'n 28% was 7 tot 12 jaar en de resterende 65% was tussen de 12 en 19 jaar oud. Verder was de uitval ongeveer gelijk over de seksen verdeeld. De uitvallers bestonden voor 52% uit jongens, en voor 48% uit meisjes. Voorts had 71% van de uitvallers een autochtone en 29% een allochtone achtergrond. Deze laatste jeugd had de volgende achtergronden: Surinaams (12 %), Antilliaans (4%), Marokkaans (4%), Kaap-Verdiaans (2%), Turks (1%) en overig (5%).

#### *Biografie per hoofdsector en hulpvariant*

In tabel 6.2b is de biografie van de uitvallende jeugd uitgesplitst naar de verschillende hoofdsectoren en hulpvarianten. We maken uit deze tabel het volgende op.

#### *residentiële hulpverlening*

De uitvallers in de residentiële sector zijn gemiddeld 15.1 jaar oud, bij een spreiding van 2 jaar. Het betreft 56% jongens en 43% meisjes. Daarbij heeft 64% een autochtone en 36% een allochtone achtergrond.

In het gewone tehuis is de uitvallende jeugd gemiddeld 15 jaar oud. Iets meer dan de helft van de uitvallers is jongen en driekwart is autochtoon.

In de behandelingsvariant is de uitvallende jeugd gemiddeld eveneens ongeveer 15 jaar oud. Driekwart van de uitvallers heeft een autochtonen achtergrond. De uitval betreft hier verder

relatief vaak meisjes.

In de kamertrainingsvariant is de uitvallende jeugd met 17 jaar gemiddeld het oudst. Het betreft relatief vaak jongens, en het gaat om jongeren met zowel een autochtone als allochtone achtergrond.

In de crisis/opvang/observatiecentra is de gemiddelde leeftijd van de uitvallers relatief het laagst, namelijk 13.6 jaar. Het betreft hier in ongeveer gelijke mate jongens en meisjes, en jongeren met zowel een autochtone als allochtone achtergrond. Relatief gezien is de uitval van allochtone jeugd in het gewone tehuis het grootst.

**Tabel 6.2b Biografie uitvallers**

	N	gem.leeftijd	% jongens	%autochtoon
• <b>Residentieel</b>	<b>41</b>	<b>15.1 (2.0)</b>	<b>56%</b>	<b>64%</b>
. Gewoon tehuis	15	15.0 (2.1)	60%	72%
. Behandeling	17	15.4 (1.8)	38%	67%
. Kamertraining	5	17.0 (1.7)	80%	60%
. Crisisopvang/observ.	7	13.6 (2.2)	51%	43%
. Zwakbegaafden	1	16.0 (0.0)	100%	100%
• <b>Daghulp</b>	<b>13</b>	<b>7.2 (3.3)</b>	<b>70%</b>	<b>92%</b>
. Jonge kinderen	3	2.7 (1.5)	67%	67%
. Schoolgaande jeugd	10	8.9 (1.9)	80%	100%
• <b>Ambulant</b>	<b>35</b>	<b>13.5 (3.8)</b>	<b>37%</b>	<b>82%</b>
. K&Jpsychiatrie	19	13.0 (4.1)	53%	77%
. Jeugdbescherming	2	11.0 (8.0)	0%	100%
. Jeugdhulpverlening	14	14.6 (2.2)	31%	86%
• <b>Pleegzorg &amp; overig</b>	<b>4</b>	<b>7.8 (5.4)</b>	<b>75%</b>	<b>67%</b>

### *dagbehandeling*

De uitvallers in de sector van de dagbehandeling zijn gemiddeld 7.2 jaar oud, bij een spreiding van 3.3 jaar. Het gaat hier om 70% jongens en 30% meisjes met in 92% van de gevallen een autochtone en in 8% een allochtone achtergrond.

Zoals men mag verwachten is de leeftijd van de uitvallende jeugd in de centra voor jonge kinderen het laagst, namelijk gemiddeld 2.7 jaar. In tweederde van de gevallen betreft het hier jongens en kinderen met een autochtone achtergrond.

In de centra voor de schoolgaande jeugd ligt de gemiddelde leeftijd iets onder de 9 jaar. Het gaat daarbij merendeels om jongens, en in alle gevallen om jeugdigen met een autochtone achtergrond.

### *ambulante hulpverlening*

In de ambulante sector is de uitvallende jeugd gemiddeld 13.5 jaar oud, bij een spreiding van 3.8 jaar. De jeugd bestaat hier voor 37% uit jongens en voor 63% uit meisjes, met in 82% van de gevallen een autochtone en in 18% van de gevallen een allochtone achtergrond.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie werd bij de uitvallers een gemiddelde leeftijd van 13 jaar geregistreerd. Het betreft in ongeveer gelijke mate jongens als meisjes en in driekwart van de gevallen autochtone jeugd.

In de jeugdhulpverlening was de uitvallende jeugd met 14.6 jaar gemiddeld het oudst. In deze hulpvariant werden meer uitvallende meisjes geregistreerd dan jongens. De etnische achtergrond van de uitvallers in de jeugdhulpverlening was voornamelijk autochtoon.

#### 6.4 De redenen van de voortijdige beëindiging

Op welke wijze werd de hulpverlening voortijdig beëindigd, en welke redenen speelden daarbij een rol. Tabel 6.3 zet de belangrijkste op een rij. Omdat soms meerdere uitvalredenen werden gegeven, komt het totaalpercentage hoger uit dan 100%.

Tabel 6.3 Redenen uitval	N	%totaal <sup>1</sup>	%resid.	%dagb.	%amb.
ouders weigeren verdere hulp	15	16%	2%	53%	26%
jeugdige weigert verdere hulp	17	18%	38%	8%	25%
jeugdige is niet te handhaven	31	33%	56%	31%	6%
overgeplaatst	15	16%	5%	23%	25%
begeleiding slaat niet aan	24	26%	37%	31%	5%

<sup>1</sup>percentages berekend op basis van 'geldige' antwoorden

De belangrijkste reden voor de voortijdige beëindiging van de hulp was dat de jeugdige niet langer te handhaven was. Dit werd in 33% van de gevallen genoemd. De één na belangrijkste reden was dat de behandeling niet aansloeg bij de jeugdige en/of het gezin. Dit kwam in 26% van de gevallen voor. Weglopen van de jeugdige uit de instelling, of het niet houden aan afspraken of niet meer op komen dagen op gesprekken vormde in 18% van de gevallen de reden waarom de hulpverlening voortijdig afgebroken werd. Weigering van de ouders om verder deel te nemen aan de hulpverlening, en overplaatsing van de jeugdige naar een andere instelling waren het minst redenen van het afbreken van de oorspronkelijk geplande hulpverlening. Deze beide redenen speelden in 16% van de gevallen een rol.

##### *Uitvalredenen per hoofdsector en hulpvariant*

Bij uitsplitsing naar de drie hoofdsectoren blijken er een aantal duidelijke verschillen naar voren te komen waarom de hulpverlening voortijdig wordt beëindigd.

##### *residentiele hulpverlening*

In de residentiële sector hing de reden van de uitval uit de hulpverlening in meer dan de helft van de gevallen samen met het feit dat jeugdigen niet langer te handhaven waren (56%). In ruim een derde van de gevallen werd het voortijdig vertrek veroorzaakt doordat de behandeling niet aansloeg (37%), en in iets minder dan een vijfde omdat de jeugdige wegliep (17%). Weigering van verdere hulp door de ouders, en voortijdige overplaatsing naar een ander centrum kwam hier sporadisch voor (<5%).

##### *dagbehandeling*

In de dagbehandeling was de weigering van de ouders om verder mee te werken aan de behandeling in de helft van de gevallen de reden dat de behandeling voortijdig eindigde (54%). Onhanteerbaarheid van het gedrag van de jeugdige speelde in deze sector in ongeveer een derde van de gevallen een rol (30%). In bijna een kwart van de gevallen vormde een voortijdige overplaatsing van de jeugdige de reden van het vertrek (23%). Weglopen van de jeugdige (17%) en het niet aanslaan van de behandeling (15%) werd eveneens in een aantal gevallen als de reden van het voortijdige vertrek aangevoerd.

*ambulante hulpverlening*

In de ambulante sector waren de weigering om verder mee te werken aan de hulpverlening van zowel de jeugdige (26%) als de ouders (17%) tamelijk belangrijke redenen dat de hulpverlening voortijdig stopte. Ook de over-, c.q. doorplaatsing naar een andere instelling (26%) speelde hier een tamelijk belangrijke rol. De onhanteerbaarheid van het gedrag van de jeugdige vormde in deze sector het minst vaak de reden van het voortijdig vertrek (6%).

*Zelfevaluatie door de hulpverlening*

De hulpverlening werd daarnaast gevraagd de hand in eigen boezem te steken, en aan te geven in hoeverre het tekortschieten van het hulpaanbod in de eigen instelling mede oorzaak was dat de hulp voortijdig beëindigd werd.

Gevraagd werd aan te geven in hoeverre de problematiek van de jeugdige te moeilijk was voor de instelling, en in hoeverre binnen de instelling een passend hulpaanbod voor de specifieke problemen van de jeugdige ontbrak. Daarnaast werd gevraagd aan te geven of men het voortijdig eindigen van de hulp van tevoren reeds aan had zien komen. Tabel 6.4 geeft de uitkomsten van deze zelfevaluaties weer.

<b>Tabel 6.4 Zelfevaluatie uitval</b>	N	%totaal <sup>1</sup>	%resid.	%dagb.	%amb.
adequaat hulpaanbod ontbreekt	49	53%	85%	40%	62%
problematiek te moeilijk	31	33%	67%	44%	30%
problemen waren niet te voorzien	27	43%	52%	30%	32%

<sup>1</sup>percentages berekend op basis van 'geldige' waardes

In ruim de helft van de gevallen was men van mening dat de eigen instelling geen goed hulpaanbod in huis had om de hulpvraag van de jeugdige te beantwoorden. In een derde van de gevallen duidde men aan dat de problematiek van de jeugdige te moeilijk was. Verder was men in ongeveer viertiende van de gevallen van mening dat de problemen niet te voorzien waren bij de aanvang van de hulp. Dit impliceert tevens dat men in iets meer dan de helft van de gevallen de problemen kennelijk wel van tevoren aan zag komen.

*residentiele hulpverlening*

Wanneer we de bevindingen uitsplitsen naar de drie hoofdsectoren, dan blijkt men in de residentiele sector vooral te stellen dat de instelling geen geschikt hulpaanbod had om de problemen aan te pakken (85%), dat de problematiek te moeilijk was om met het bestaande aanbod op te lossen (67%), en dat men de problemen niet van tevoren aan zag komen (52%). Daarbij werd het ontbreken van een adequaat hulpaanbod het meest genoemd in de behandelingsvariant (91%) en in het gewone tehuis (82%). In de crisis/opvang/observatiecentra speelde deze reden relatief minder vaak (66%).

*dagbehandeling*

In de dagbehandeling voerde men in zo'n 40% van de gevallen aan dat de problematiek te moeilijk was en dat er geen geschikt hulpaanbod was om de hulpvraag van de uitvallende jeugdigen te beantwoorden. In ongeveer een derde van de gevallen had men de problemen niet voorzien. Het betrof in deze sector alleen het onderdeel dat de schoolgaande jeugd bedient.

### *ambulante hulpverlening*

In de ambulante hulpverlening gaf men in 62% van de gevallen aan dat men de uitvallende jeugdigen niet adequaat kon helpen vanwege het ontbreken van het geschikte hulpaanbod. De ernst van de problematiek van de jeugdige werd in deze sector in ongeveer een derde van de gevallen (30%) mede als reden van de uitval aangevoerd. In eveneens ongeveer een derde van de gevallen zei men de problemen niet van tevoren hebben zien aankomen (32%).

Het ontbreken van een geschikt hulpaanbod voor de uitvallende jeugdigen werd vooral in de kinder- en jeugdpsychiatrie (62%) en in de jeugdhulpverlening (50%) gesignaleerd.

## 6.5 Ontwikkelingsprognose

Om een indruk te krijgen van de ontwikkelingskansen van de jeugd die voortijdig stopt met de hulpverlening werd de hulpverleners gevraagd aan te duiden hoe groot men de kans achtte dat de jeugdigen het op eigen benen zullen redden in de samenleving. Tabel 6.5 geeft deze beoordeling weer.

<b>Tabel 6.5 Prognose (n=92)</b>	%totaal	%resid.	%dagb.	%amb.
00-25% kans om te slagen	20%	24%	19%	9%
25-50% kans om te slagen	43%	49%	44%	44%
50-75% kans om te slagen	26%	24%	27%	27%
75-100% kans om te slagen	11%	3%	15%	21%

Uit de tabel blijkt dat slechts ongeveer een derde van de uitvallende jeugd meer dan 50% kans kreeg toegedicht dat zij het op eigen benen zouden redden in de samenleving.

De uitvallers in de residentiele hulpverlening kwamen er wat deze prognose betreft het minst gunstig vanaf. Driekwart werd hier minder dan 50% slaagkans toegedicht.

In de dagbehandeling lag dit slechts iets gunstiger. Hier had tweederde volgens de hulpverleners minder dan 50% kans om zelfstandig te slagen.

De uitvallende jeugd in de ambulante hulpverlening kreeg relatief de gunstigste prognose mee. Hier werd 'slechts' ongeveer de helft van de jeugdigen minder dan 50% kans om te slagen toegedicht.

## 6.6 De problematiek bij opname/aanmelding

Met welke psychosociale problematiek werden de uitvallende jeugdigen destijds opgenomen? Tabel 6.6 geeft de aanmeldingsproblemen weer. Per geval kunnen meerdere problematieken reden van opname zijn geweest.

In de opnamestaten van de uitvallende jeugdigen blijken gedragsproblemen van de jeugdige en gezins/opvoedingsproblemen sterk te domineren als redenen waarom de jeugdigen destijds in de instelling werden opgenomen. In bijna 70% van de gevallen werden de jeugdigen vanwege problemen op deze beide gebieden opgenomen.

De aanwezigheid van emotionele problematiek vormt de op twee na belangrijkste reden dat de voortijdig uitvallende jeugdigen opgenomen werden. Dit probleemgebied speelde in bijna 50% van de gevallen een rol.



**Tabel 6.6 Opnameproblematiek**

	N	%totaal	%resid.	%dagb.	%amb.
emotionele problemen	44	47%	42%	69%	46%
gedragsproblemen	64	69%	85%	77%	45%
psychiatrische klachten	6	7%	2%	15%	8%
verslavingsproblemen	5	5%	7%	0%	6%
zwakbegaafdheid	9	10%	15%	0%	8%
school/leerproblemen	34	37%	46%	30%	29%
relaties leeftijdgenoten	31	33%	49%	43%	35%
vrijtijdsbesteding	17	18%	29%	23%	6%
gezins/opvoedingsproblemen	63	68%	80%	92%	42%
materiele problemen	9	19%	10%	23%	6%

School/leerproblemen en moeilijkheden in de omgang met leeftijdgenoten vormde bij 37%, resp. 33% van de jeugdigen de redenen voor de opname.

Zwakbegaafdheid, problemen met de vrijetijdsbesteding en materiele problemen speelden in zo'n 10-20% van de gevallen een rol.

De minst voorkomende problemen waren verslavingsproblemen en psychiatrische klachten. Deze waren in minder dan 10% van de gevallen de reden om tot opname over te gaan.

#### *Opnameproblematiek per hoofdsector en hulpvariant*

Wanneer we de hulpsectoren afzonderlijk beschouwen, dan blijkt het volgende.

##### *residentiele hulpverlening*

De jeugdigen die in de residentiele sector uitvielen werden vooral opgenomen met gedragsproblemen en vanwege gezins- en opvoedingsproblemen. Deze problematieken vormden in ruim 80% van de gevallen de reden van de opname. Op de tweede plaats volgen emotionele problemen, school/leerproblemen en problemen in de omgang met leeftijdgenoten. Deze vormden in ongeveer de helft van de gevallen de reden voor opname.

##### *dagbehandeling*

In de sector van de daghulp werden de uitvallende jeugdigen vooral opgenomen met gezins- en opvoedingsproblemen, alsook vanwege gedrags- en emotionele problematiek. Problemen op deze gebieden speelden in meer dan driekwart van de opnames een rol. Daarnaast vormden problemen in de omgang met leeftijdgenoten, en - zij het in iets mindere mate - school/leerproblemen in een groot aantal gevallen mede een reden om de jeugdige op te nemen.

##### *ambulante hulpverlening*

In de ambulante sector werden de uitvallende jeugdigen relatief vaak opgenomen vanwege gedrags- en emotionele problemen, alsook vanwege gezins en opvoedingsproblemen. Deze opnameproblematieken kwam in net niet de helft van de gevallen voor. In ongeveer een derde vormden problemen in de omgang met leeftijdgenoten mede de reden voor opname.

Voorts valt op dat er in de ambulante sector geen opnameproblematieken zijn die zeer sterk domineren. De redenen voor opname van de uitvallende jeugdigen zijn hier meer gespreid over de problematieken dan in de andere twee sectoren. Dit duidt erop dat de reden voor opname van de uitvallende jeugdigen hier minder vaak een uit meerdere problematieken samengesteld karakter heeft gehad.

## 6.7 Opnameproblematiek en uitvalredenen

Na het voorafgaande rijst de vraag in hoeverre er een bepaalde samenhang bestaat tussen de opnameproblematiek van de jeugdigen en de redenen waarom de hulpverlening beëindigd werd. Ter beantwoording van deze vraag werden de (uni- en multivariate) correlaties berekend tussen enerzijds de in tabel 6.6 genoemde opnameproblematieken en anderzijds de in tabel 6.3 en 6.4 genoemde uitvalredenen. Daarbij bleek het volgende.

Het stoppen van de behandeling omdat deze niet aansloeg bleek univariaat niet samen te hangen met bepaalde opnameproblematiek. In de multivariate analyse was er een lichte samenhang met addictie als opnameproblematiek ( $\beta=.21$ ). Dit duidt erop dat het niet aanslaan van de behandeling niet systematisch samenhangt met bepaalde opnameproblematieken. Daarbij moet een uitzondering worden gemaakt voor ‘addictie-problemen’.

Het stoppen van de behandeling door de onhanteerbaarheid van de jeugdige hing wel samen met bepaalde opname-indicaties. Het betrof vooral de aanwezigheid van gedrags- en persoonlijkheidsproblematiek bij de jeugdige ( $r=.38$ ), alsook - in lichtere mate - zwakbegaafdheid en aanwezigheid van school/leerproblemen ( $r=.23$ ). Bij deze opnameproblematieken werd tevens relatief vaak opgemerkt dat een geschikt hulpaanbod in de instelling ontbrak.

Verder hing het door- of overplaatsen van jeugdigen in lichte mate samen met zwakbegaafdheid als opname-indicatie ( $r=.25$ ).

Tot slot merken we nog op dat het weglopen/weigeren van verdere hulp geen systematische samenhang vertoonde met de aard van de opnameproblematiek.

Nadere analyse van de drie hoofsectoren wees het volgende uit.

In de residentiele sector hing gedragsproblematiek als opname-indicatie systematisch samen met het beëindigen van de behandeling vanwege onhanteerbaarheid van de jeugdige ( $r=.33$ ). Zwakbegaafdheid speelde in de residentiele sector geen rol in het voortijdig beëindigen van de hulp ( $r=0.05$ ).

In de dagcentra werd onhanteerbaarheid van de jeugdige relatief vaak genoemd als reden om te stoppen met de hulp bij jeugdigen met psychiatrische problematiek ( $r=.63$ ).

In de ambulante hulpverlening werd de moeilijke hanteerbaarheid van de jeugdige het meest genoemd in relatie tot zwakbegaafdheid ( $r=.36$ ). In deze sector werd tevens systematisch gesteld dat deze problematiek te moeilijk was voor de instelling, en dat een geschikt hulpaanbod voor dit type jeugdigen ontbrak ( $r=.44$ ).

## 6.8 Probleemgedrag tijdens de hulpverlening

Om de problematiek van de voortijdig vertrekkende jeugdigen nader te kunnen nuanceren werd de hulpverleners gevraagd aan te geven in hoeverre de jeugdigen probleemgedrag vertoonden tijdens de hulpverlening. Tabel 6.7 geeft de bevindingen weer.

Uit deze tabel blijkt dat 77% van de voortijdig vertrekkende jeugdigen tijdens de hulpverlening één of meer gedragsproblemen vertoonde. Gemiddeld gezien werden 2.4 gedragsproblemen geregistreerd.

**Tabel 6.7 Gedrag van de jeugdigen (n=86)**

	%totaal	%resid.	%dagb.	%amb.
. 1 of meer gedragsproblemen	77%	93%	54%	66%
. gemiddeld aantal gedragsproblemen	2.4	3.5	1.5	1.6
specificatie gedragsproblemen				
. agressie personen	58%	66%	64%	42%
. agressie zaken	46%	63%	45%	24%
. weglopen	50%	68%	50%	33%
. spijbelen	55%	85%	11%	40%
. gebruik softdrugs	45%	77%	0%	28%
. diefstal/delinquentie	34%	59%	11%	19%
. politiecontacten	32%	57%	00%	19%

Wanneer we de aard van de gedragproblemen uitsplitsen, dan blijkt de agressie tegen personen (vechten) met 58% de boventoon te voeren. Direct daarop volgen spijbelen, weglopen, agressie tegen zaken (vernielen) en het gebruik van softdrugs met percentages van rond de 50%. Diefstal en contact met de politie werd in een derde van de gevallen geregistreerd.

#### *residentiele hulpverlening*

In de residentiele sector kwamen gedragsproblemen het meest frequent voor. In bijna alle gevallen was sprake van tenminste 1 gedragsprobleem, gemiddeld werden hier 3.5 probleemgedragingen geregistreerd. Spijbelen en softdrugsgebruik voerden de boventoon, gevolgd door weglopen, de agressieve gedragingen en delinquentie.

De behandelingsvariant (gem. 4.3) en de crisis/opvang/observatie (gem. 4.6) registreerden relatief de meeste gedragsproblemen onder hun uitvallende jeugdigen. In het gewone tehuis (2.4) en in de kamertrainingsvariant (2.5) deden zich de minste gedragsproblemen voor.

#### *dagbehandeling*

In de dagbehandeling werd bij de helft van de voortijdig vertrekkende jeugdigen tenminste één gedragsprobleem gesignaleerd, het gemiddelde was hier 1.5. Agressie tegen personen (vechten) en zaken (vernielen), alsook weglopen voerden hier de boventoon. De centra voor schoolgaande kinderen stelden gemiddeld de meeste gedragsproblemen vast (1.7 versus 0.7).

#### *ambulante hulpverlening*

In de ambulante hulpverlening was in 66% van de gevallen spraken van gedragsproblematiek, het gemiddelde was hier 1.6. In deze sector werden agressie tegen personen (vechten), spijbelen en weglopen het meest frequent genoemd. Hier werd in de kinder- en jeugdpsychiatrie gemiddeld 1.9 gedragsprobleem geregistreerd en in de jeugdhulpverlening gemiddeld 1.6.

## **6.9 Sociaal functioneren tijdens de hulpverlening**

De hulpverleners werd verder gevraagd aan te geven of zich tijdens de hulpverlening problemen of stoornissen voordeden in de sociale relaties van de jeugdigen. Tabel 6.8 geeft de bevindingen van dit onderzoek.

In 93% van de gevallen de jeugdigen tijdens de hulpverlening één of meer relatiestoornissen vertoonde. Gemiddeld gezien werden 3.8 van zulke problemen geregistreerd.

**Tabel 6.8 Functioneren van de jeugdigen (N=86)**

	gemid.	resid.	dagb.	amb.
. 1 of meer sociale relatiestoornis	93%	98%	92%	91%
. gemiddeld aantal stoornissen	3.8	4.2	3.3	3.8
. relatiestoornis met begeleiders	33%	50%	31%	10%
. relatiestoornis met leeftijdgenoten	57%	55%	46%	68%
. relatiestoornis leraren/bazen/chefs	58%	54%	42%	71%
. relatiestoornis met ouders	77%	85%	69%	75%
. disfunctioneren tijdens vrijetijd	81%	85%	83%	79%
. disfunctioneren op school/werk	49%	54%	23%	60%

Uitsplitsing naar aard van de stoornis geeft aan dat het niet deelnemen aan prosociale vrije tijdsactiviteiten of het disfunctioneren tijdens de vrije tijd (81%), alsook stoornissen in de relatie met de ouders (77%) sterk de boventoon voerden.

Stoornissen in de relaties met leraren (58%) en leeftijdgenoten (57%), alsook problemen in het functioneren op school/werk werden tamelijk frequent gemeld (49%).

Problemen in de omgang met de hulpverlener werden het minst frequent gerapporteerd (33%).

#### *residentiele hulpverlening*

In de residentiele sector kampten de voortijdig vertrekkende jeugdigen gemiddeld met de meeste sociaal-relatieve stoornissen (gem. 4.2), waarbij disfunctioneren tijdens de vrije tijd en relatiestoornissen met de ouders sterk domineerden. In bijna alle gevallen was daarvan sprake. De overige relatiestoornissen kwamen in ongeveer de helft van de gevallen voor, waaronder stoornissen in de relatie met de hulpverlener/begeleider.

De sociale relatieproblemen werden relatief het meest aangetroffen in de crisis/opvang/observatie (gem. 5.1), de behandelingsvariant (gem. 4.8) en de kamertrainingsvariant (gem. 4.2). In het gewone tehuis werden relatief de minste sociale relatieproblemen vastgelegd (3.2).

#### *dagbehandeling*

In de daghulp lag het aantal sociale relatiestoornissen gemiddeld op 3.4. Ook hier waren de problemen met de vrijetijdsbesteding het meest dominant (83%), direct gevolgd door de stoornissen in de relatie met de ouders (69%). Problemen in de omgang met leeftijdgenoten en met leerkrachten speelden in ruim vier vijfde van de gevallen een rol. In een derde van de gevallen traden stoornissen in de relatie met de hulpverlener op. Problemen in het functioneren op school/werk kwamen relatief het minste voor. De problemen speelden meer in de dagcentra voor de schoolgaande jeugd (3.2) dan in de dagcentra voor kinderen (gem. 2.0).

#### *ambulante hulpverlening*

In de ambulante sector werden gemiddeld 3.8 sociale relatiestoornissen geregistreerd. Deze stoornissen lagen in ongeveer gelijke (hoge) mate over de vrijetijd, de ouders, de leerkrachten, de leeftijdgenoten en de school/het werk verspreid.

Gemiddeld werden sociaal relationele problemen iets vaker geregistreerd in de jeugdhulpver-

lening (4.3) dan in de kinder- en jeugdpsychiatrie (3.2). Verder valt op dat de relatie tussen de jeugdige en de hulpverlener in de ambulante sector het gunstigste beoordeeld werd. In slechts 10% van de gevallen werden op dit gebied problemen geregistreerd.

## 6.10 Typen uitvallende jeugdigen

In de voorafgaande beschrijving werden een groot aantal uiteenlopende gedrags- en sociaal-relatieve problemen gepresenteerd waarmee de uitvallende jeugdigen volgens de hulpverlener te kampen had tijdens het voortijdig beëindigde hulpproces.

De vraag die vervolgens opkomt is of daarbij bepaalde patronen te ontdekken zijn. Met andere woorden, kunnen er bepaalde groepen van uitvallende jeugdigen worden onderscheiden die tijdens de hulpverlening kampten met hetzelfde soort moeilijkheden?

Om deze vraag te beantwoorden werd een factoranalyse uitgevoerd op de hiervoor genoemde gedrags- en de sociaal-relatieve probleemaspecten. Daarbij kwam een oplossing met drie factoren naar voren (52% variantiedekking). Tabel 6.9 geeft de bevindingen weer.

**Tabel 6.9 Clustering van probleemaspecten**

	factor 1	factor 2	factor 3
• relatiestoornis leeftijdgenoten	.63		
• disfunctioneren bij vrijetijdsbesteding	.60		
• agressie tegen personen (vechten)	.81		
• agressie tegen zaken (vernielen)	.71		
• weglopen	.65	.42	
• spijbelen		.70	
• gebruik softdrugs		.89	
• diefstal/delinquentie		.70	
• relatiestoornis met hulpverlener			.54
• relatiestoornis leraren/bazen/chefs			.83
• disfunctioneren op school/werk			.79

Op grond van deze analyse kunnen we de voortijdig vertrekkende jeugdigen als volgt typeren:

### *Type 1: Jeugdigen met agressie gerelateerde relatieproblematiek (32% variantie)*

Op deze factor laden de aspecten ‘relatieproblemen leeftijdgenoten’, ‘disfunctioneren in de vrije tijd’, ‘agressie tegen personen (vechten)’ en ‘agressie tegen zaken (vernielen)’.

Het feit dat deze facetten samenvallen duidt erop dat er onder de voortijdige vertrekkers een groep jeugdigen was waarbij de sociaal emotionele ontwikkeling, in het bijzonder de relatievorming met leeftijdgenoten, ernstig lijkt te worden bedreigd door agressieve gedragsproblematiek.

### *Type 2: Jeugdigen met anti-sociale gedragsproblematiek (10% variantie)*

Op deze factor werden de aspecten ‘spijbelen’, ‘softdrugs’ en ‘diefstal/delinquentie’ geclusterd. Deze factor kreeg tevens een deel van de variantie in ‘weglopen’ toebedeeld.

De hier gevonden combinatie duidt erop dat er onder de voortijdige vertrekkers een groep jeugdigen was die vooral kampten met anti-sociale en delinquente gedragsproblematiek.

### *Type 3: Jeugdigen met school/werk en relatieproblematiek (10% variantie)*

Op een derde factor troffen we de aspecten 'relatiestoornis met leraren/bazen/chefs', 'disfunctiëren op school/werk' en 'relatieproblemen met de begeleider/hulpverlener' aan.

De clustering van deze aspecten verwijst ernaar dat er voortijdige vertrekkers waren die problemen hadden met leerkrachten op school, c.q. met chefs op het werk, die daar disfuncioneerden en bovendien niet met hun hulpverlener/begeleider overweg konden.

Vervolgens hebben we middels correlatieve analyse de samenhang onderzocht tussen enerzijds de drie gevonden groepen uitvallers en anderzijds hun biografische kenmerken, de problematiek bij opname, de redenen van het voortijdig vertrek, alsook de mate waarin de instelling aangaf geen geschikt hulpaanbod te hebben voor de jeugdige. De volgende samenhangen kwamen naar voren.

De groep uitvallende jeugdigen met door agressieve gedragsproblemen opgewekte relatieproblematiek was ongeveer gelijkmatig over de leeftijdsgroepen, de seksen en de etnische achtergrond gespreid. Er zijn aanwijzingen dat in de residentiële sector en in de dagbehandeling de autochtone jeugd iets vaker uitvalt vanwege deze problematiek. In de ambulante sector is het net andersom en valt de allochtone jeugd iets vaker uit vanwege dit syndroom.

Doorgaans was de agressieve gedragsproblematiek tevens de reden om de jeugdigen op te nemen ( $r=.45$ ). De hulp aan deze groep werd vooral gestopt omdat men de jeugdigen niet langer hanteerbaar vond ( $r=.57$ ). Men vond de problematiek van deze groep verder te moeilijk voor de instelling ( $r=.57$ ). Ook gaf men aan geen adequaat hulpaanbod in huis te hebben voor deze groep ( $r=.60$ ). Van de met agressie-relatie problematiek uitvallende jeugd had 72% volgens de hulpverleners minder dan 50% kans om het te redden in de samenleving.

De groep uitvallende jeugdigen met delinquentie gerelateerde gedragsproblematiek bestond relatief vaak uit oudere jeugdigen ( $r=.42$ ). De groep bestond zowel uit jongens als meisjes. Verder kampte de uitvallende allochtone jeugd relatief vaker met deze problematiek dan de uitvallende autochtonen jeugd.

Deze groep uitvallende jeugdigen was relatief vaak opgenomen vanwege gedragsproblemen ( $r=.34$ ), verslavingsproblemen ( $r=.26$ ) en vrijetijdsproblemen ( $r=.24$ ). De opnamestaten toonden voorts relatief weinig emotionele problemen ( $r=-.31$ ) en psychiatrische klachten ( $r=-.24$ ). De hulpverlening aan de groep uitvallers met delinquentie gerelateerde gedragsproblematiek werd relatief vaak beëindigd omdat men de jeugdigen niet langer te hanteren vond ( $r=.38$ ). Verder liepen de jeugdigen zelf nogal eens weg ( $r=.25$ ). Ook bij deze groep gaven de hulpverleners weer aan dat de problematiek te moeilijk was ( $r=.58$ ) en dat de instelling geen goed antwoord in huis had voor dit soort jeugdigen ( $r=.55$ ). Van de met addictie-delinquentie problematiek uitvallende jeugd had 92% volgens de hulpverleners minder dan 50% kans om het later te redden in de samenleving.

De groep uitvallende jeugdigen waarbij de school/werk/relatie problemen domineerden bestond eveneens relatief vaak uit wat oudere jeugdigen ( $r=.32$ ). Ook in deze groep was de verhouding jongens en meisjes ongeveer gelijk. Het verschijnsel deed zich verder iets vaker voor onder de allochtone jeugd dan onder de autochtone jeugd, vooral in de ambulante sector. School/werk problematiek was in deze groep relatief vaak de reden om de jeugdigen op te nemen ( $r=.37$ ). Zwakbegaafdheid speelde daarbij echter geen bijzondere rol ( $r=.05$ ).

De hulpverlening aan deze groep jeugdigen werd wederom vaak beëindigd omdat de jeugdigen niet langer te handhaven waren ( $r=.36$ ). Ook hier duiden de hulpverleners weer

aan dat de problematiek te moeilijk was voor de instelling ( $r=.48$ ), en dat men geen geschikt hulpaanbod had voor deze jeugd ( $r=.48$ ). Van de met school/werk problematiek uitvallende jeugd had 79% volgens de hulpverleners minder dan 50% kans om het te redden in de samenleving.

De vraag is vervolgens hoe deze drie groepen uitvallers over de verschillende hulpsectoren zijn verdeeld. Tabel 6.10 geeft de percentages jeugdigen die drie of meer risico-aspecten per probleemsyndroom scoorden.

<b>Tabel 6.10 Omvang groepen uitvallers (N=86)</b>	gemid.	resid.	dagb.	amb.
. agressie/relatieproblematiek	49%	54%	46%	49%
. anti-sociaal/addictie problematiek	13%	22%	0%	9%
. school/werk/relatieproblematiek	15%	27%	7%	6%

Uit de tabel blijkt dat de groep agressieve uitvallers met ernstige sociaal-relatieve problematiek ongeveer de helft van de uitvallende jeugd uitmaakte. De uitval door ernstige anti-sociale en addictieproblematiek heeft betrekking op ruim een tiende van de jeugdigen. Hetzelfde geldt voor de uitval vanwege ernstig relationeel disfunctioneren op school en/of op het werk.

De uitval van de groep jeugdigen die agressie-relatieproblemen toont was ongeveer gelijk over alle drie de sectoren verspreid te zijn. Het lijkt hier een uitvalproblematiek te betreffen die in alle drie de sectoren optreedt, en waar geen der sectoren kennelijk een adequaat hulpaanbod voor heeft.

De diverse hulpvarianten apart beziend geeft het volgende beeld:

In de residentiële sector troffen we de uitvallende jeugdigen met agressie-relatie problematiek vooral aan in de behandelingsvariant (77%) en in de crisis/opvang/observatie (71%). In het gewone tehuis (27%) en in de kamertrainingsvariant (40%) deed dit uitvalverschijnsel zich eveneens voor, doch - afgaande op de percentages - minder frequent.

In de dagbehandeling treffen we de uitvallende agressieve jeugd vooral in de centra voor schoolgaande jeugd (50%). In de centra voor jonge kinderen komt dit minder voor (33%).

In de ambulante hulpverlening komt de agressie-relatie problematiek als reden van uitval het meeste voor in de kinder- en jeugdpsychiatrie (63%). In de jeugdhulpverlening speelt het een iets minder pregnante rol (35%).

De uitval samenhangend met anti-sociale en addictie problematiek deed zich vooral in de residentiële sector voor. Het uitvalsyndroom kwam vaker in de behandelingsvariant (39%) en in de crisis/opvang/observatiecentra (43%) voor dan in het gewone tehuis (7%). In de kamertrainingsvariant werd het niet geregistreerd.

In de daghulp speelde anti-sociale en addictieproblematiek als oorzaak van uitval geen rol van belang. Het verschijnsel werd hier niet gemeld.

In de ambulante sector hulpverlening vormde het in bijna 10% van de gevallen reden voor uitval. Het deed zich vaker voor in de jeugdhulpverlening (15%) dan in de kinder- en jeugdpsychiatrie (6%).

Het disfunctioneren in de school/werk situatie komt vooral voor onder de uitvallers in de residentiële sector. Dit uitvalverschijnsel komt het meest voor in de crisis/opvang/observatiecentra (43%), de kamertrainingscentra (40%) en de behandelingscentra (31%), en in mindere mate in het gewone tehuis (13%).

In de daghulp treedt de uitval door disfunctioneren op school - zoals te verwachten valt - alleen op in de centra voor schoolgaande jeugd (10%). In de centra voor 0-7 jarige kinderen komt het niet voor.

In de ambulante hulpverlening vormt het zowel in de jeugdhulpverlening (7%) als in de kinder- en jeugdpsychiatrie (5%) in lichte mate een reden voor uitval.

## 6.11 Samenvatting

We kunnen de bevindingen met betrekking tot de voortijdig vertrokken jeugd als volgt puntsgewijs samenvatten.

### 1. Onderzoeksgroep

De groep voortijdig vertrokken jeugdigen kwam voor 44% uit de residentiële hulpverlening, voor 38% uit de ambulante hulpverlening, voor 14% uit de dagbehandeling en voor 4% uit een restcategorie die de preventieve en bijzondere voorzieningen omvat.

In relatie tot de (halfjaars)capaciteit ging het in zowel de residentiële hulpverlening als de dagbehandeling om 8 tot 9% van de totale capaciteit.

### 2. Biografische kenmerken

De groep voortijdig vertrokken jeugdigen bestond voor 52% uit jongens. In 71% ging het om jeugdigen met een autochtone achtergrond. De gemiddelde leeftijd was 13 jaar.

De sekse en de etnische achtergrond van de voortijdige vertrokken jeugd waren daarmee niet opvallend anders dan die van de totale jeugdzorgpopulatie in de regio. Wel was de leeftijd van de groep uitvallers gemiddeld hoger.

De voortijdig vertrokken jeugd in de residentiële sector was gemiddeld het oudst. Het ging hier zowel om jongens als meisjes en relatief vaak om allochtone jeugdigen.

De uitvallers in de dagbehandeling bestonden vooral uit jongere jeugdigen, merendeels jongens en kinderen met een autochtone achtergrond.

In de ambulante sector was de uitvallende jeugd gemiddeld weer wat ouder. Verder bestond de uitval hier relatief vaak uit meisjes en uit jeugdigen met een autochtone achtergrond.

### 3. Redenen van het voortijdig vertrek

De onhanteerbaarheid van de problematiek van de jeugdige (33%) en het niet aanslaan van de behandeling (26%) vormden de belangrijkste redenen van de voortijdige uitval uit de hulpverlening. Het afwijzen van verder hulpverlening door jeugdigen en/of ouders, en het door- of overplaatsing van jeugdigen werden daarnaast als redenen aangevoerd, zij het minder frequent (elk 16-18%).

Daarnaast werd in iets meer dan de helft (53%) van de gevallen gesteld dat de instelling geen adequaat hulpaanbod had voor de uitvallende jeugd. In veertiende (43%) zei men dat de problemen niet op voorhand waren te voorzien en in een derde (33%) duidde men aan dat de problematiek te moeilijk was voor de instelling.

In de residentiële hulpverlening werd het meest frequent gesteld dat een adequaat hulpaanbod



ontbrak (85%). Het ging hier vooral om het gewone tehuis en de behandelingsvariant, met de crisis/opvang/observatiecentra als goede derde.

In de ambulante sector werd het gebrek aan een geschikt hulpaanbod vooral door de kinder- en jeugdpsychiatrie gemeld, alsook door de jeugdhulpverlening.

In de dagbehandeling werd het ontbreken van een geschikt hulpaanbod voor de uitvallende jeugd vooral gemeld in de centra voor schoolgaande jeugd.

#### *4. Prognose*

De hulpverleners gaven een derde van de uitvallende jeugd meer dan 50% kans om het te redden in de samenleving. De meerderheid van de uitvallers kreeg derhalve een ongunstige ontwikkelingsprognose mee. Daarbij kwamen de residentiele uitvallers er het minst gunstig vanaf. In de dagbehandeling was de prognose iets gunstiger. De ambulante uitvallers kregen de beste prognose mee.

#### *5 Opnameproblematiek van de uitvallers*

De opnameproblematiek van de uitvallende jeugd werd gedomineerd door enerzijds gedragsproblematiek bij de jeugdige, en anderzijds opvoedingsproblematiek in het gezin.

Emotionele problemen, school/leerproblemen en stoornissen in de omgang met leeftijdgenoten speelden de op twee na belangrijkste rol.

In de residentiele sector werd de opnameproblematiek van de uitvallende jeugd sterk gedomineerd door gedragsproblemen bij de jeugdige en door gezins- en opvoedingsproblematiek.

In de daghulp was dit eveneens het geval. In deze sector vormde de emotionele problematiek van de jeugdige echter eveneens een minstens zo belangrijke reden voor opname.

In de ambulante hulpverlening waren de opnameproblematieken meer verdeeld over verschillende opnameproblematieken. Het betrof daarbij vooral de probleemclusters 'gedrags- en emotionele problemen', 'school/leerproblemen', 'relatieproblemen met leeftijdgenoten' en 'gezins/ opvoedingsproblemen'.

#### *6. Probleemgedrag tijdens de hulpverlening*

Ruim driekwart van de uitvallende jeugdigen vertoonde één of meer probleemgedragingen tijdens de hulpverlening. Agressie, spijbelen, weglopen en softdrugsgebruik werden het meest genoemd en delinquentie het minst. Gemiddeld kwamen er 2.4 verschillende probleemgedragingen voor.

In de residentiele hulpverlening deed zich het meeste probleemgedrag voor onder de uitvallende jeugdigen. Gemiddeld werden 3.5 verschillende probleemgedragingen vastgesteld. Spijbelen en softdrugsgebruik voerden daarbij de boventoon. Agressie, weglopen en delinquent gedrag kwamen daarnaast in hoge frequenties voor. In de behandelingsvariant en in de crisis/opvang/observatie deed zich onder de uitvallende jeugd significant meer probleemgedrag voor dan in het gewone tehuis en de kamertrainingsvariant.

In de dagbehandeling domineerde agressief gedrag en weglopen. Gemiddeld werden hier 1.5 verschillende probleemgedragingen geregistreerd. In de centra voor schoolgaande jeugdigen werden de meeste probleemgedragingen vastgesteld.

In de ambulante hulpverlening werden gemiddeld 1.5 verschillende probleemgedragingen geregistreerd onder de uitvallers. Het probleemgedrag was hier tamelijk wisselend van aard. Agressief gedrag, weglopen en spijbelen domineerden in lichte mate.

Voorts werd er in de kinder- en jeugdpsychiatrie gemiddeld iets meer probleemgedrag gemeld onder de uitvallende jeugd dan in de jeugdhulpverlening.



### *7. Sociaal functioneren tijdens de hulpverlening*

De uitvallende jeugdigen kampten tijdens de hulpverlening in hoge mate met relatiestoornissen in alle sectoren van hun sociale netwerk. Gemiddeld werden 3.8 relatiestoornissen vastgesteld. Bij meer dan driekwart van de jeugdigen traden er stoornissen op in de relatie met de ouders, alsook in de deelname aan vrije tijdsactiviteiten. Problemen in de relatievorming met leeftijdgenoten, stoornissen in de relaties met autoriteitsfiguren (leraren, bazen en/of chefs) en disfunctioneren in de school/werksituatie werden in ongeveer de helft van de gevallen gemeld. Daarnaast liep in een derde van de gevallen ook de relatie met de hulpverlener vast.

Onder de uitvallende jeugdigen in de residentiele sector traden gemiddeld iets meer relatiestoornissen op dan in de dagbehandeling en in de ambulante hulpverlening. De verschillen waren echter gering. Wel deden zich verschillen voor in de aard van de stoornis.

In de residentiele hulpverlening deden zich in alle netwerksectoren (ouders, vrienden, school en hulpverlening) relatiestoornissen voor. Opvallend is dat in deze sector het meest sprake was van het vastlopen van de relatie met de hulpverlener.

In de dagbehandeling deden zich stoornissen voor in alle netwerksectoren, met uitzondering van een deel van de schoolsituatie. Hoewel er vaak wel problemen speelden in de relatie met de leerkracht, waren de meeste uitvallende jeugdigen wel gemotiveerd voor school.

In de ambulante hulpverlening was eveneens sprake van relatiestoornissen in praktisch alle sectoren van het sociale netwerk. Stoornissen in de relatie met de hulpverlener werden in de ambulante hulpverlening nauwelijks gemeld.

### *8 Typen uitvallende jeugdigen*

Analyse van het gedrag en van het sociale functioneren van de uitvallende jeugd ten tijde van de hulpverlening wijst drie duidelijk te onderscheiden probleemgroepen uitvallers aan.

De eerste en relatief grootste groep uitvallers bestond uit jeugdigen met agressief gedrag die ernstige stoornissen in de relatievorming met leeftijdgenoten toonden. Dit uitvaltype omvatte ongeveer de helft van de jeugd die voortijdig stopte. Het was niet gebonden aan leeftijd, sekse en etnische achtergrond, en het kwam in alle hoofdsectoren van de hulpverlening voor.

In de residentiele hulpverlening werd deze uitval vanwege agressie-relatieproblematiek het meeste aangetroffen in de behandelingsvariant en in de crisis/opvang/observatiecentra. In de dagbehandeling kwam het frequenter voor in de centra voor schoolgaande jeugdigen dan in de centra voor jonge kinderen. In de ambulante hulpverlening deed het zich het meest voor in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Een tweede en relatief kleinere groep uitvallers bestond uit jeugdigen met addictie gerelateerde anti-sociale en delinquente gedragsproblematiek. Uitval in samenhang met dit type jeugdigen deed zich vooral voor in de residentiele hulpverlening, vooral in de behandelingsvariant en in de crisis/opvang/observatiecentra. Daarnaast trad het in enige mate in de ambulante hulpverlening op, iets vaker in de jeugdhulpverlening dan in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De uitval vanwege addictie gerelateerde anti-sociale gedragsproblematiek had doorgaans betrekking op de wat oudere jeugdigen, zowel jongens als meisjes, en relatief vaak met een allochtone achtergrond. Bij de opname kampten de betreffende jeugdigen vaak reeds met dezelfde addictie en gedragsproblematiek.

De derde groep uitvallers omvatte jeugdigen die niet overweg konden met hun leerkrachten,

bazen of chefs, die het weinig naar hun zin hadden op hun school of werk, en bovendien vaak niet overweg konden met hun hulpverlener. Dit uitvaltype omvatte ruim een tiende van de uitvallers en kwam vooral in de residentiele hulpverlening voor, vooral in de crisis/opvang/observatiecentra, de kamertrainingsvariant en de behandelingsvariant. De groep omvatte verder wat oudere jeugdigen, zowel jongens als meisjes, met relatief vaak een allochtone achtergrond.

Deze school/werk en relatieproblematiek was vaak eveneens de reden waarom de jeugdigen werden opgenomen. Het valt verder op dat de jeugdigen volgens de hulpverleners geen opvallend probleemgedrag vertoonden tijdens de hulpverlening, maar toch vaak de hulpverlening verlaten met een verstoorde hulpverleningsrelatie. Ook valt op dat de instellingen geen geschikt hulpaanbod zeggen te hebben voor de groep oudere allochtone jeugdigen met school/werk/relatieproblematiek.



## 7.1 Inleiding

Voor elke jeugdige die is geaccepteerd om in begeleiding/behandeling te nemen is aan de hulpverlener gevraagd een eerste korte beoordeling te geven van het gedrag. Dat is gebeurd aan de hand van een vragenlijst met 24 gedragsitems. Deze items hebben betrekking op een aantal centrale gedrags- en persoonlijkheidskenmerken die in de literatuur een grote mate van invloed wordt toegekend op de ontwikkeling van kinderen en jongeren. In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen van dit deelonderzoek

## 7.2 Gedragsdimensies

De betreffende vragenlijst (KBL) werd op een vierpuntsschaal gescoord lopend van 1 (het genoemde probleemgedrag is niet aanwezig) via 2 (is enigszins aanwezig) en 3 (is sterk aanwezig) tot 4 (het genoemde probleemgedrag is zeer sterk aanwezig).

Voor een verdere analyse is het eerst noodzakelijk na te gaan in hoeverre de gehanteerde vragenlijst is opgebouwd uit bepaalde achterliggende basisdimensies. Daartoe werd op de itemset allereerst een factoranalyse uitgevoerd. Daarbij kwamen drie duidelijk herkenbare factoren naar voren. Vervolgens werden deze factoren op interne consistentie (betrouwbaarheid) onderzocht. Op grond hiervan blijken de volgende drie gedragsdimensies te bestaan:

*1 Zich agressief en onbeheerst laten gelden (12 items, 26% verklaarde variantie)*

De eerste dimensie omvat de volgende gedragsitems:

- . heerszuchtig
- . impulsief
- . liegt en bedriegt
- . opstandig/tegendraads
- . houdt geen rekening met anderen
- . driftig
- . vernielt spullen van anderen
- . onverdraagzaam
- . pest anderen
- . wil snel z'n zin hebben
- . ongezeggenlijk
- . chaotisch

De betrouwbaarheidscoëfficiënt komt uit op .91 (Cronbach alpha). De gemiddelde score van de totale onderzoeksgroep op deze dimensie bedraagt 2.00 (sd=.65).

### 2 Kwetsbaar en onzeker gedrag (6 items, 11% verklaarde variantie)

De tweede dimensie omvat de volgende gedragingen:

- . snel in paniek
- . kwetsbaar
- . weinig zelfvertrouwen
- . overgevoelig
- . komt niet voor zichzelf op
- . is onzeker van zichzelf

De betrouwbaarheid van deze dimensie is vastgesteld op .75. De gemiddelde score bedraagt hier 2.66 (sd=.51).

### 3. Ongemotiveerd en niet gericht op anderen (3 items, 6% verklaarde variantie)

De derde en laatste dimensie is opgebouwd uit de volgende gedragsitems:

- . niet coöperatief
- . ongemotiveerd
- . niet betrokken op anderen

Voor deze dimensie werd een betrouwbaarheid berekend van .71, het gemiddelde bedraagt hier 2,63 (sd=.59).

Op grond van de hoogte van de gemiddelde scores blijkt dat de intrapsychische problemen zoals kwetsbaarheid, onzekerheid, ongemotiveerdheid (factoren 2 en 3) het sterkst in de totale onderzoekspopulatie aanwezig zijn. De meer storende externaliserende gedragingen blijven daar significant bij achter.

Omdat de onderzoekspopulatie in sterk uiteenlopende leeftijdsgroepen omvat, zijn we tevens nagegaan of de jongere en oudere jeugdigen uit onze onderzoekspopulatie verschillende typen gedragingen te zien geven op de gedragsvragenlijst (KBL). We hebben daartoe de factorstructuur onderzocht voor de jeugdigen onder en boven de 12 jaar. Dat levert echter geen noemenswaardige verschillen op, zodat we mogen concluderen dat gevonden basisdimensies gelden voor de gehele onderzoekspopulatie.

## 7.2 Probleemgedrag in de sectoren en hulpverleningsvarianten

Vervolgens zijn we nagegaan in welke mate de drie clusters van probleemgedragingen voorkomen in de drie onderscheiden factoren. Uit tabel 7.1 blijkt dat de genoemde probleemclusters niet in gelijke mate voorkomen in de drie onderscheiden hulpsectoren.

**Tabel 7.1** Probleemgedragscores (KBL)

	residentieel	dagbehandeling	ambulant	totaal
agressief/onbeheerst	1.99	2.18	1.94	2.00
kwetsbaar/onzeker	2.58	2.83	2.62	2.66
ongemotiveerd/ongeïnteresseerd	2.58	2.85	2.54	2.63

betekenis scores: 1 niet aanwezig      3 sterk aanwezig  
 2 enigszins aanwezig      4 zeer sterk aanwezig

Het voorgaande overzicht geeft aan dat in alle drie sectoren het agressieve en onbeheerste gedrag het minst wordt gesignaleerd, en het kwetsbare/onzeker gedrag, alsook motivatietekorten het meest.

Dat neemt echter niet weg dat er tussen de drie sectoren wel degelijk verschillen bestaan. Na multiple range toetsingen met de Duncan test komt naar voren dat de probleemgedragclusters significant sterker aanwezig zijn in de sector van de dagbehandeling dan in beide andere sectoren. Dat geldt voor alle drie de onderscheiden gedragsdimensies.

Toegespitst naar de hulpvarianten kunnen we nog opmerken dat het agressieve en onbeheerste gedrag significant meer voorkomt in de drie varianten van de dagcentra<sup>10</sup>, in de residentiële varianten behandeling en zwakbegaafden alsmede in de variant Families First. Met name die laatste variant onderscheidt zich op dit punt het sterkst van de overige varianten.

Voor beide andere gedragsdimensies geldt dat zowel de variant dagbehandeling in psychiatrische setting alsook de variant TGV zich significant van de rest onderscheiden met meer jeugdigen die kwetsbaar en ongemotiveerd zijn.

### 7.3 Samenhang met opnamegegevens

Vervolgens hebben we onderzocht in hoeverre het door de hulpverleners geschetste gedragsbeeld overeenkomst vertoont met het gedrag dat tot stand kwam op basis van de opnamegegevens. De onderstaande tabel geeft daarover meer informatie.

**Tabel 7.2** Correlatiematrix gedragsdimensies

opname-dimensies (intake)	sociaal cognitief incompetent	pre delinquent gedrag	intra- psychische problemen
<b>KBL dimensies (vragenlijst)</b>			
1. agressief/onbeheerst	.61 <sup>1</sup>	.35 <sup>1</sup>	.14
2. kwetsbaar/onzeker	.21 <sup>1</sup>	-.08	.48 <sup>1</sup>
3. ongemotiveerd/ongeïnteresseerd	.30	.14	.05

<sup>1</sup> p < 0.05

<sup>10</sup> Op grond van deze bevinding mag niet worden uitgesloten dat de in dit onderzoek gebruikte populatievragenlijst specifieke problematiek van jonge kinderen onvoldoende in kaart brengt.



De meeste overeenkomst bestaat er tussen het sociaal-incompetente gedrag vastgesteld op basis van de intake gegevens en het agressieve, onbeheerste gedrag zoals de hulpverlener dat heeft beoordeeld. Ook correleert sociaal-cognitief incompetent gedrag significant met pre-delinquent gedrag, zij het minder sterk.

Het kwetsbare, onzekere gedrag hangt het meest systematisch samen met de intrapsychische problematiek zoals die op grond van opnamegegevens is vastgesteld.

Dat ongemotiveerd/ongeïnteresseerd gedrag (KBL-dimensie) systematisch samen gaat met sociaal-incompetent gedrag (intakegegevens) is eveneens een inzichtelijk verband.

Kortom, de voorgaande tabel geeft aan dat er tussen de beoordeling van het gedrag door de hulpverlener en de gegevens uit de intake een redelijke overeenstemming bestaat. Dat verband valt uiteraard ook te verwachten omdat de gedragsbeoordeling door de hulpverlener onder meer gebaseerd is op gegevens verkregen via de intake.

Het sterkst is deze samenhang te vinden in het meer storende, geëxternaliseerde gedrag.

#### **7.4 Samenhang met biografische kenmerken**

Uit correlatieel onderzoek leiden we af dat meisjes significant minder problematiek te zien geven op de dimensies agressie en ongemotiveerdheid, maar evident meer problemen vertonen op de dimensie kwetsbaar, onzeker. Bij de jongens is dus het omgekeerde het geval.

De drie gedragsdimensies blijken niet samen te hangen met de leeftijd van de jeugdige. In alle leeftijdsgroepen treffen de beoordelaars kennelijk jeugdigen met genoemde problemen aan.

Verder stellen we vast dat jeugdigen die eerder ambulante hulp hebben ontvangen en jeugdigen die het Speciaal Onderwijs hebben gevolgd systematisch meer problemen manifesteren. Die samenhang zien we met name in de ambulante sector.

#### **7.5 Samenvatting**

In de beoordeling van het probleemgedrag van de jeugdigen in de hulpverlening zijn drie basisdimensies te onderkennen: agressief, onbeheerst zich laten gelden, kwetsbaar en onzeker gedrag, en ongemotiveerdheid.

Verhoudingsgewijs komt het kwetsbare, onzeker gedrag, alsook ongemotiveerd gedrag het meest vaak voor volgens de hulpverleners, en het agressieve gedrag het minst.

In de dagbehandelingssector wordt gewag gemaakt van de meeste gedragsproblematiek.

Er blijkt sprake van een sterke overeenstemming tussen de verstrekte gedragsbeoordeling van de hulpverleners en de intakegegevens. Dat geldt het sterkst voor het meer storende agressieve gedrag.

## 8.1 Inleiding

Direct nadat door een instelling is besloten de betreffende jeugdige en zijn gezin verder te helpen, kunnen er verscheidene activiteiten worden ontplooid. Dat kan uiteenlopen van het nader verkennen van de problematiek van de jeugdige tot het regelen van zaken als huisvesting en uitkering. In dit hoofdstuk komen deze kernactiviteiten aan bod.

## 8.2 Accentuering activiteiten

Voor elke jeugdige werd geïnventariseerd in welke mate een achttal kernactiviteiten aan bod komen. Elke activiteit wordt gescoord op een vierpuntsschaal lopend van 1 = deze activiteit wordt niet benadrukt tot 4 = deze activiteit wordt sterk benadrukt.

In de volgende tabel geven we de gemiddelde scores weer voor elk van de door ons onderscheiden hulpverleningssectoren.

**Tabel 8.1 Handelingen na opname/in begeleiding/in behandeling (gemiddelde scores)**

	residentieel	dagbehandeling	ambulant	totaal
nadere probleemverkenning	3.17	3.59	3.22	3.28
voorlichting/informatie	2.82	2.93	2.95	2.90
geven van advies	3.49	3.30	3.33	3.39
bemiddelen	3.01	3.90	2.91	2.96
regelen van praktische zaken	2.20	1.29	1.70	1.83
doorverwijzen	2.30	1.70	2.31	2.18
behandelingsplan opstellen	3.49	3.74	3.18	3.44
uithuisplaatsen	2.07	1.21	1.92	1.85

betekenis scores: 1 niet benadrukt      3 sterk benadrukt  
 2 enigszins benadrukt      4 zeer sterk benadrukt

De meest voorkomende activiteit die wordt ondernomen kort nadat besloten is de jeugdige in begeleiding/behandeling te nemen is: het opstellen van een behandelingsplan. Bij bijna 90% van de jeugdigen wordt deze handeling benadrukt.

Deze activiteit wordt het sterkst geaccentueerd in de sector van de dagbehandeling en wel significant meer dan in beide andere sectoren (multiple range toets van Duncan). Dat geldt eveneens voor de activiteiten in sfeer van het bemiddelen (tussen de ouders en hun kinderen, de kinderen en hun school, e.d.).

Daar staat tegenover dat het regelen van materiële zaken veel minder aan de orde is. Dat geldt ook voor de activiteit: uithuisplaatsen en doorverwijzen. In de sector dagbehandeling zien we dat significant minder terug dan in beide andere hulpverleningsgebieden.

Op het niveau van de hulpverleningsvarianten blijkt dat de verschillende kernactiviteiten in grote lijnen gelijkmatig zijn verdeeld. Toch treffen we ook duidelijke verschillen aan.

Zo onderscheidt de kamertrainingsvariant zich door significant meer accent te leggen op het regelen van materiële klussen, het geven van voorlichting en informatie alsook het opstellen van een behandelingsplan.

Families First legt significant meer nadruk op advisering, doorverwijzing en advisering.

De centra voor opvang/observatie leggen tenslotte significant meer nadruk op doorverwijzing en uithuisplaatsing.

### 8.3 Samenhang in hulpverlenende activiteiten

Teneinde na te gaan in hoeverre de hiervoor genoemde activiteiten onderlinge samenhang vertonen hebben we een factor-analyse uitgevoerd. Uit deze analyse blijkt dat we van drie onderscheiden clusters van activiteiten kunnen spreken.

Ten eerste valt er een cluster te onderscheiden met de activiteiten: regelen van materiële klussen, doorverwijzen en uithuisplaatsen (34% verklaarde variantie).

Kenmerkend voor deze activiteiten is dat er vooral praktische-materiële en geen pedagogisch inhoudelijke hulp wordt verleend. Ten dele wordt het probleem doorgeschoven en voorzover dat niet het geval is wordt slechts praktische hulp verstrekt. Deze activiteiten krijgen verhoudingsgewijs in alle hulpverleningssectoren de minste nadruk.

Ten tweede is er een samenhang tussen de activiteiten (18% verklaarde variantie): probleemverkenning, geven van advies en opstellen behandelingsplan. Men kan deze activiteiten omschrijven als het starten/verstrekken van pedagogische hulp. Deze activiteiten worden in alle drie hulpverleningsvelden het sterkst benadrukt.

Ten derde stellen we vast dat de activiteiten: informatie/voorlichting geven en bemiddelen, eveneens een aparte factor vormen (14% verklaarde variantie). Deze factor kan men benoemen als het geven van advies, informatie en bemiddeling.

### 8.4 Systematische verbanden

Vervolgens bezien we in hoeverre deze activiteitenclusters een systematische samenhang vertonen met biografische kenmerken en problematiek.

Ten eerste blijkt dan dat uithuisplaatsen, doorverwijzen en regelen van praktische klussen (dus de dimensie praktisch-materiële hulp) significant correleert met leeftijd en met pre-delinquent gedrag. Dat wil zeggen dat oudere jeugdigen en jeugdigen met pre-delinquent gedrag een evident grotere kans hebben dat zij praktische hulp zonder pedagogische component krijgen, en/of te worden doorverwezen naar een andere instelling.

Bezien we dit nader voor de drie hulpverleningssectoren dan kunnen we daar nog het volgende aan toevoegen.

In de sector daghulp hangt dit cluster van praktische activiteiten niet alleen significant samen

met oudere jeugd en pre-delinquent gedrag, maar ook met jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel.

Voor de ambulante sector geldt bovendien een significant verband met jeugdigen die uit sterk problematische gezinssituaties komen en jeugdigen die eerder in een tehuis verbleven.

In de residentiële sector is het vooral de significante relatie van leeftijd (oudere jeugd) en praktische, niet inhoudelijke hulp.

Deze bevindingen suggereren dat het voor de groep oudere en (pre)delinquent jeugdigen kennelijk niet gemakkelijk is om andere dan praktische hulp in gang te zetten.

Verder stellen we vast dat de meer pedagogisch-inhoudelijke gerichte activiteiten géén duidelijke samenhang vertonen met problematiek of biografische kenmerken. Een uitzondering vormt de residentiële sector waar genoemde activiteiten systematisch meer worden ontplooid bij jeugdigen met intrapsychische en/of sociaal-cognitieve problemen.

Voor het derde cluster activiteiten werden eveneens géén duidelijke verbanden gevonden met problematiek en kenmerken van de jeugdigen.

## 8.5 Samenvatting

Direct na opname of het in begeleiding/behandeling nemen van jeugdigen wordt overwegend gewerkt aan het opstellen van een behandlungsplan. In de sector van de dagbehandeling wordt deze activiteit significant sterker benadrukt dan in de overige sectoren.

De minste accenten liggen op de meer praktische activiteiten. Verhoudingsgewijs komt dat nog het meest voor in de ambulante en residentiële sector.

Het blijkt verder dat de eerste algemene hulpverlenende activiteiten zijn te verdelen drie kernclusters:

- het geven van praktisch-materiële hulp zonder pedagogische component
- het verstrekken van advies, informatie en bemiddelen
- het starten, c.q. verstrekken van pedagogisch-inhoudelijke hulp

We stellen tevens vast dat de praktische hulpverlenende activiteiten met name uitgaan naar oudere jeugdigen en naar jeugdigen met (pre-)delinquent gedrag. In de dagbehandeling geldt dat tevens voor jeugdigen met een maatregel en in de ambulante sector voor jeugdigen die eerder in een tehuis verbleven en uit sterk problematische gezinssituaties komen.

De vraag dringt zich op in hoeverre met name in de ambulante sector en in de daghulp het bieden van deze praktisch-materiële hulp zonder pedagogische component verwijst naar het ontbreken van voldoende inhoudelijke middelen om deze relatief problematische jeugdigen te helpen.



## 9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan we stil bij een fase in de hulpverlening die bekend is onder de naam: throughput. Het betreft hier de periode waarin de jeugdige daadwerkelijk hulp ontvangt. De kennis die op dit punt beschikbaar is blijkt doorgaans beperkt van aard. Zeker in vergelijking met de kennis die aanwezig is met betrekking tot de problematiek van de jeugdigen bij aanmelding en opname. Dit moment wordt in het hulpverleningsproces omschreven als de 'input'. Eén van de lastigst te beantwoorden vragen uit de fase van de 'throughput' luidt: wat gebeurt er nu eigenlijk met de jeugdige tijdens het proces van de hulpverlening. Er wordt niet getwijfeld aan de inspanningen van de hulpverlener, maar een systematische weergave van al die inspanningen ontbreekt dikwijls. Niet voor niets wordt deze fase ook wel aangeduid met de term 'black box'.

Ook van de derde fase 'de output' is veelal weinig bekend. Het lijkt er vaak op dat - nadat het hulpverleningswerk heeft plaats gevonden - de aandacht zich al weer richt op de volgende cliënt. Over de effecten van de gepleegde interventies blijft men op die manier echter in het duister tasten.

We gaan thans nader in op de 'throughputfase' door na te gaan welke doelen de hulpverlening stelt. In de daarop volgende hoofdstukken geven we aandacht aan de middelen men kiest om deze doelen te bereiken.

## 9.2 Doelstellingen

In de jeugdhulpverlening worden zeer veel doelen nagestreefd. Via literatuur-onderzoek hebben Van der Ploeg & Scholte (1988)<sup>11</sup> een groot aantal van deze pedagogische doelstellingen achterhaald. Met behulp van factor-analyses hebben zij dit grote aantal doelen gereduceerd tot een beperkt aantal basisdimensies.

In het onderhavige onderzoek maken we gebruik van deze basisdoelstellingen om nader inzicht te verwerven in de vraag: welke doelstellingen worden nagestreefd voor de eerder beschreven populaties.

Voor de beantwoording van die vraag hebben we gebruik gemaakt van de DMV (Doelmiddelenvragenlijst) waarin onder meer de 13 basisdoelen zijn opgenomen. Voor elke jeugdige is geïnventariseerd op welke doelen de komende maanden zal worden gemikt. Deze doelen kunnen meer en minder accent krijgen. De scoring verloopt van 1 = geen accent tot 4 = zeer sterk accent. Dat betekent dat hoe hoger de score hoe meer een bepaalde doelstelling wordt benadrukt.

---

<sup>11</sup> J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1988) *Tehuizen in beeld*. Leiden: COJ.

We geven hier de gemiddelde scores weer op de door ons onderscheiden basisdoelstellingen, berekend voor de drie hoofdsectoren.

**Tabel 9.1** Basisdoelstellingen per sector (gemiddelde scores)

	residentieel	dagbehandeling	ambulant	totaal
basisveiligheid bieden	3.22	3.47 <sup>1</sup>	2.76 <sup>2</sup>	3.11
emotioneel functioneren verbeteren	2.74	2.55	2.69	2.69
gedrag verbeteren	2.42	2.65	2.20 <sup>2</sup>	2.38
persoonlijkheid versterken	2.97	2.91	2.73 <sup>2</sup>	2.85
psychiatrische klachten opheffen	1.89	1.47 <sup>2</sup>	1.84	1.75
schoolsituatie verbeteren	2.57	2.64	2.03 <sup>2</sup>	2.36
relatie met thuis optimaliseren	2.46	2.71	2.63	2.59
werksituatie verbeteren	1.82 <sup>1</sup>	1.19	1.39	1.48
functioneren gezin verbeteren	2.00	2.81 <sup>1</sup>	2.53	2.44
leren omgaan met leeftijdgenoten	2.72	2.67	2.07 <sup>2</sup>	2.42
leren vrije tijd te besteden	2.64 <sup>1</sup>	2.38	1.93 <sup>2</sup>	2.28
zelfstandigheid bevorderen	2.40 <sup>1</sup>	1.92	1.88	2.07
leren spelen	2.05	2.71 <sup>1</sup>	1.54	2.00

betekenis scores: 1 niet benadrukt

2 enigszins benadrukt

3 sterk benadrukt

4 zeer sterk benadrukt

<sup>1</sup> sterker dan gemiddeld,  $p < 0.05$

<sup>2</sup> minder dan gemiddeld,  $p < 0.05$

Omdat voor elke jeugdige steeds alle doelen dienden te worden nagelopen met de bedoeling een nadere accentuering aan te brengen, zijn de berekende gemiddelden onderling direct vergelijkbaar.

Het *meeste accent* ligt op de doelen:

- basisveiligheid bieden en
- persoonlijkheid versterken.

Het *minste accent* krijgen de doelstellingen:

- werksituatie verbeteren en
- psychiatrische klachten opheffen.

De geringere accentuering van de laatste twee doelen heeft uiteraard te maken met het gegeven dat er gemiddeld weinig psychiatrische klachten voorkomen en dat ook het aantal jeugdigen dat niet meer naar school gaat beperkt van omvang is.

Hoewel deze bevindingen in grote lijnen gelden voor de drie door ons onderscheiden sectoren, zijn er toch wel enkele nuanceringen aan te brengen.

Om te beginnen krijgen alle doelstellingen in de *ambulante sector* gemiddeld minder nadruk. Voor veel doelen is dat zelfs significant veel minder zo blijkt bij toetsing met de multiple range test van Duncan (zie tabel).

Diezelfde toetsing wijst verder uit dat in de *dagbehandelingssector* het bieden van een basis-klimaat van veiligheid en het verbeteren van het gezinsfunctioneren significant meer accent

krijgen, zowel in vergelijking met de ambulante als de residentiële sector.

Dat het verbeteren van het gezinsfunctioneren het minst aan bod komt in de residentiële sector treft des te meer omdat hier immers de jeugdigen verblijven met de meest problematische gezinsachtergronden. Heeft men in deze sector de gezinnen grotendeels afgeschreven of worden de gezinsdoelen minder beoogd omdat verondersteld wordt dat de plaatsende (ambulante) instelling deze doelen voor haar rekening neemt?

In de *residentiële hulpverleningssector* wordt significant meer accent gelegd op het leren omgaan met leeftijdgenoten en het leren de vrijetijd zinvol te besteden dan in beide andere hulpverleningssectoren.

De vraag is vervolgens: geven de verschillende hulpverleningsvarianten binnen de genoemde hoofdsectoren opvallende accenten van doelstellingen te zien?

Dat is inderdaad het geval. We beperken ons hier tot de belangrijkste verschillen zoals die naar voren komen met de multiple range test van Duncan.

De dagbehandeling in een psychiatrische setting geeft significant meer aandacht aan het scheppen van basisveiligheid, behandeling van psychiatrische klachten, het verbeteren van de emotionele problematiek en het ondersteunen van de persoonlijkheid.

Families First benadrukt significant meer de doelen: verbetering van de emotionele problematiek, ondersteuning van de persoonlijkheid, verbetering van de relatie met thuis en optimalisering van het gezinsfunctioneren.

In de kamertrainingsvariant wordt significant meer nadruk gelegd op de doelen: zelfstandigheid bevorderen en leren omgaan met de vrijetijd.

Het verbeteren van de werksituatie en het leren omgaan met leeftijdgenoten zien we significant vaker bij de residentiële variant voor zwakbegaafden.

### 9.3 Achterliggende structuur

Tot dusver hebben we de doelen als afzonderlijke variabelen beschouwd. Met behulp van factor-analyse hebben we nader onderzocht of in de 13 door ons onderscheiden doelstelling een bepaalde onderliggende structuur herkenbaar is. Dat blijkt inderdaad het geval.

Er zijn 5 herkenbare factoren gevonden die tezamen 72% van de variantie verklaren. We geven hier de gevonden clusters kerndoelen weer.

#### 1. *Op de persoon gerichte doelen (25% verklaarde variantie)*

- . emotioneel functioneren verbeteren
- . gedragsproblematiek verminderen
- . persoonlijkheid versterken



2. *Op de sociale omgeving gerichte doelen (17% verklaarde variantie)*

- . leren omgaan met leeftijdgenoten
- . leren de vrijetijd zinvol te besteden
- . zelfstandigheid bevorderen

3. *Op het gezin gerichte doelen (12% verklaarde variantie)*

- . relatie met thuis verbeteren
- . gezinsfunctioneren bevorderen

4. *Op jonge kinderen gerichte doelen (10% verklaarde variantie)*

- . klimaat van basisveiligheid bieden
- . leren spelen

5. *Op school/werk gerichte doelen (9% verklaarde variantie)*

- . schoolsituatie verbeteren
- . psychiatrische klachten verminderen
- . werksituatie verbeteren.

Wanneer we de eerste drie factoren nader in ogenschouw nemen dan blijkt dat in alle hulpverleningssectoren de op de persoon gerichte doelen het sterkst worden benadrukt.

Van de drie onderscheiden sectoren wordt vergelijkenderwijs in de residentiële sector het meest de nadruk gelegd op de doelen die gericht zijn op de sociale omgeving, terwijl in de dagbehandelingssector de gezinsgerichte doelen relatief sterk worden geaccentueerd.

#### 9.4 Verbanden met biografische kenmerken

Met de biografische achtergronden van de jeugdigen stellen we via correlatieve onderzoek de volgende samenhangen vast.

Ten eerste blijkt dat bij het kiezen van doelstellingen *de leeftijd* van invloed is. Naarmate de jeugdige ouder is neemt de kans toe dat zowel op de persoonlijke als sociale doelstellingen meer accent komt te liggen. Omgekeerd geldt dat hoe jonger het kind het hoe meer kans dat 'leren spelen' en 'bieden van een klimaat van veiligheid' als doelen worden gekozen. Bij jongere kinderen bestaat eveneens een grotere kans dat gestreefd wordt het gezinsfunctioneren te verbeteren.

Ten tweede blijkt ook *het geslacht* een rol te spelen in de keuzen van doelstellingen. Voor jongens is de kans evident groter dat zij als doelen meekrijgen: het gedrag verbeteren, de schoolsituatie verbeteren, vrijetijd zinvol leren besteden en leren spelen, terwijl voor meisjes eerder wordt gekozen voor de doelen: intrapsychische problemen verbeteren en psychiatrische klachten opheffen.

Ten derde kunnen we concluderen dat jeugdigen die *eerder ambulante hulp* hebben ontvangen een verhoogde kans hebben om zowel persoonlijk gerichte als op de omgeving gerichte doelen mee te krijgen.

In de vierde plaats blijken jeugdigen met een *kinderbeschermingsmaatregel* eerder als doelstelling mee te krijgen: vrijetijd zinvol leren besteden. Zij hebben echter evident minder kans dat het gezin bij de behandeling wordt betrokken via de doelen: contact verbeteren en het gezinsfunctioneren bevorderen.

Ten vijfde speelt ook het *Speciaal Onderwijs* een rol in de keuze van de doelstellingen. Jeugdigen die een vorm van speciaal onderwijs hebben gevolgd of nog volgen zullen minder snel als doelstelling meekrijgen: de relatie met thuis verbeteren. Daarentegen krijgen ze eerder als doel mee: leren spelen.

Tenslotte merken we op dat de etniciteit geen enkele rol speelt in het bepalen van de doelstellingen.

## 9.5 Samenhang met problematiek

Om inzicht te krijgen in een eventueel systematisch verband tussen bepaalde doelen en bepaalde typen problemen is gebruik gemaakt van correlationeel onderzoek. We hebben ons in deze bewerking beperkt tot de drie probleemclusters van de jeugdigen die we op grond van de opname gegevens hebben samengesteld en de drie probleemclusters van de jeugdigen gebaseerd op gedragsbeoordeling van de hulpverlener. Daarnaast hebben we twee gezinsclusters in de correlationele analyse betrokken.

Het eerste dat opvalt is dat veel doelstellingen worden gehanteerd bij uiteenlopende problematieken. Ofwel: veel doelen hangen met veel typen problematiek samen. Wanneer we ons echter beperken tot de meest sterke samenhangen (de meest significante verbanden) dan blijkt het volgende.

Voor de gedragsclusters samengesteld op basis van de intake-gegevens stellen we vast dat bij *sociaal incompetent jeugdigen* overwegend als doelstelling wordt gekozen: verbetering van het manifeste probleemgedrag. Dat geldt (zij het in iets mindere mate) ook voor jeugdigen met pre-delinquent gedrag.

Voor *jeugdigen met intrapsychische problemen* echter wordt vaker als doel bepaald: het versterken van de persoonlijkheid.

Gaan we vervolgens de samenhang na voor de probleemclusters gebaseerd op de beoordeling van de hulpverleners dan blijkt een vergelijkbare samenhang aanwezig. Jeugdigen die veel externaliserend gedrag vertonen krijgen vaker als doelstelling mee: het gedrag verbeteren, terwijl de meer kwetsbare jeugdigen worden begeleid vanuit de doelstelling: de persoonlijkheid versterken.

Wanneer we tenslotte de gezinsproblematiek nader onder de loep nemen dan blijkt dat gezinnen waarin de jeugdigen zijn mishandeld en verwaarloosd systematisch **niet** bij de behandeling worden betrokken, terwijl met gezinnen van jeugdigen waar sprake is van relationele problemen **wel** wordt gepoogd de relatie met tussen jeugdige en gezin te verbeteren.

De vraag is verder in hoeverre er binnen de verschillende sectoren kan worden gesproken van meer en minder duidelijke samenhangen tussen doelen en problemen.

Om die vraag te beantwoorden gaan we uit van een aantal veronderstellingen om vervolgens na te gaan in hoeverre die worden bevestigd in de drie onderscheiden sectoren, uitgesplitst naar jeugdigen onder en boven de twaalf jaar.

We geven hier eerst de veronderstellingen:

1. jeugdigen met gedragsproblemen zullen meer als doelstelling meekrijgen: verbetering van de gedragsproblematiek.
2. jeugdigen met intrapsychische problemen zullen meer als doelen meekrijgen: het emotioneel functioneren verbeteren en het versterken van de persoonlijkheid.
3. jeugdigen met schoolproblemen zullen meer als doel meekrijgen: verbetering van de schoolsituatie
4. jeugdigen uit problematische gezinnen zullen meer als doel meekrijgen: relatie met thuis optimaliseren en het functioneren van het gezin verbeteren.

We geven vervolgens de correlatiecoëfficiënten weer die we tussen genoemde problemen en doelen vaststelden. Daarbij is tevens een uitsplitsing gemaakt naar leeftijd. In de tabel geeft de eerste coëfficiënt telkens de samenhang weer in totale groep, de tweede verwijst naar de jongere jeugd en de derde naar de oudere.

**Tabel 9.4 Samenhang problematiek en doelen in drie sectoren**

		doelen: verbetering van			
		gedrag	em.funct.	persoon	gezin
		tot 12- 12+	tot 12- 12+	tot 12- 12+	tot 12- 12+
agressief gedrag (KBL-dimensie)	res.sector	.57 .66 .47			
	dag sector	.37 .38 onb			
	amb.sector	.53 .37 .71			
kwetsbaar/onzeker (KBL-dimensie)	res.sector		.24 .25 .26		
	dag sector		ns. ns. onb		
	amb.sector		ns. ns. .31		
kwetsbaar/onzeker (KBL-dimensie)	res.sector			.32 .36 .28	
	dag sector			ns. ns. onb	
	amb.sector			.33 ns. .55	
relationele problemen in gezin (opnamegeg.)	res.sector				ns. ns. ns.
	dag sector				ns. ns. ns.
	amb.sector				.30 .40 ns.
verwaarlozing en mis- handeling (opnamegeg.)	res.sector				-.36 ns. -.46
	dag sector				ns. ns. ns.
	amb.sector				ns. ns. -.26

Uit het voorgaande overzicht valt af te leiden dat het sterkste verband is terug te vinden tussen agressief gedrag enerzijds en het doel verbetering van dat gedrag na te streven ander-

zijds. Deze samenhang is verder relatief het minst sterk in de sector van de dagcentra. Verder valt op dat de gekozen doelen bij intrapsychische problemen een minder sterke systematische samenhang vertonen. Verhoudingsgewijs is de meeste samenhang te vinden in de residentiële sector, gevolgd door de ambulante sector (met name voor jeugdigen boven de 12 jaar), terwijl de dagbehandelingssector hier de rij sluit met de minste samenhang.

De gezinsproblemen tenslotte laten het minst duidelijke beeld zien als het gaat om de vraag in hoeverre gezinsproblemen systematisch samenhangen met gezinsdoelen. In feite ontbreekt die samenhang grotendeels. En voorzover die wel aanwezig is blijken gezinnen met meer relationele problemen **wel** bij de behandeling te worden betrokken (althans in de ambulante sector) en worden gezinnen met meer verwaarlozing en mishandeling **niet** bij de behandeling betrokken (althans in de residentiële en ambulante sector voor jeugdigen van 12 jaar en ouder).

De voorgaande bevindingen lijken er op te wijzen dat bij gedragsproblemen van agressieve aard de hulpverlener duidelijker en eenduidiger voor ogen staat welke doelen men moet kiezen dan bij de intrapsychische problemen.

En wat de gezinsproblematiek betreft: het lijkt er op dat naarmate de gezinsproblemen ernstiger vormen aannemen zoals mishandeling en verwaarlozing er voor minder in plaats van meer samenwerking met het gezin wordt gekozen. De vraag of dit voortvloeit uit de perspectiefloosheid van het gezin of uit de onmacht van de hulpverlener kan op grond van deze gegevens niet worden beantwoord. In het licht echter van de steeds sterkere beleidslijn om het gezin zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken geven deze bevindingen wel stof tot nadenken.

## 9.6 Samenvatting

De doelstellingen zijn te onderscheiden naar 5 hoofdcategorieën. Het betreft doelen gericht op de persoon, de sociale omgeving, het gezin, het jonge kind en op school/werk

De op de persoon gerichte doelen (emotioneel functioneren verbeteren, gedragsproblematiek opheffen en de persoonlijkheid versterken) worden gemiddeld het meest benadrukt.

De drie hulpverleningssectoren verschillen onderling van elkaar in die zin dat in de dagbehandelingssector significant meer nadruk valt op de gezinsdoelen dan in beide andere sectoren en dat de residentiële sector zich van beide andere sectoren onderscheidt door significant meer accentuering van de doelen: leren omgaan met leeftijdgenoten en leren de vrijetijd zinvol te besteden.

Deze bevinding roept vragen op. Immers gelet op het gegeven dat in de residentiële sector de jeugdigen verblijven met de meest problematische gezinsachtergronden zou men verwachten dat de gezinsgerichte doelen hier sterk worden benadrukt. Nu dat niet het geval is kan men zich afvragen waarom? Ontbreken de middelen, zijn de gezinnen afgeschreven of wordt de hulp overgelaten aan andere instellingen?

De doelen blijken voor een belangrijk deel samen te hangen met enkele (biografische) kenmerken van de jeugdigen. We noemen hiervan enkele resultaten.

Jeugdigen die het Speciaal Onderwijs volgen (of hebben gevolgd), jeugdigen met een kinderschermingsmaatregel en oudere jeugdigen krijgen significant minder doelen mee die zijn gericht op het verbeteren van de gezinssituatie. Kennelijk gaat het hier om jeugdigen van wie de gezinssituatie zo problematisch is dat hulpverlening niet meer aan de orde is.

Voor meisjes wordt significant meer accent gelegd op het verbeteren van de intrapsychische problematiek, terwijl dat bij jongens significant meer als doel wordt gesteld het verbeteren van de gedragsproblematiek.

Bij nadere analyse van de vraag in hoeverre in de drie hulpverleningssectoren bepaalde doelen zijn gerelateerd aan bepaalde problemen merken we op dat de sterkste samenhang is te vinden tussen gedragsproblemen en verbetering van deze problemen, maar dat deze samenhang het minst sterk is in de dagsector. Veel minder sterk is die samenhang tussen intrapsychische problemen en voor de hand liggende doelen als het emotioneel functioneren verbeteren en de persoonlijkheid versterken. Met name in de sector dagbehandeling is die samenhang nauwelijks terug te vinden.

Tenslotte merken we op dat een duidelijke samenhang tussen meer gezinsproblemen en meer gezinsdoelen ontbreekt. Voorzover die wel aanwezig is geven de bevindingen aan dat relationele problemen in het gezin **wel** tot meer samenwerking voert (in de ambulante sector), maar meer problemen in de vorm van verwaarlozing en mishandeling **niet** (in de residentiële en ambulante sector bij jeugdigen van 12 jaar en ouder).

## 10.1 Inleiding

Tijdens de begeleiding of behandeling van de jeugdige worden bepaalde accenten aangebracht. Zo kan er bijvoorbeeld meer affectief of regulerend worden gehandeld door de hulpverlener. Middels deze begeleidings- of behandelingsaccenten beoogt de hulpverlener verbetering aan te brengen in de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige.

De veronderstelling daarbij is dat dit professioneel handelen op een planmatige<sup>12</sup> of doelgerichte wijze verloopt: afhankelijk van de problematiek worden bepaalde pedagogische doelen gesteld, en via de specifieke accenten in de begeleiding of behandeling beoogt men deze doelen te realiseren.

## 10.2 Accenten in begeleiding en behandeling

Wij hebben voor elke jeugdige geïnventariseerd welke accenten de hulpverlener de komende maanden in de begeleiding of behandeling wil aanbrengen. In totaal hebben we 8 mogelijke accenten voorgelegd met de vraag hoe sterk dit accent zal worden aangebracht. Het betreft hier wederom een vierpuntsschaal lopend van 1 = zeer sterk accent tot 4 = geen accent.

**Tabel 10.1** Accenten in de begeleiding/behandeling (gemiddelde scores')

	residentieel	dagbehandeling	ambulant	totaal
regulering	2.17	2.26	2.78	2.41
affectieve steun	2.02	1.96	1.99	1.96
ordening	1.86	1.96	2.33	2.06
sociale omgang	1.93	2.17	2.63	2.26
vertrouwen winnen	2.09	2.06	2.30	2.13
autonomie verlenen	2.50	3.07	2.81	2.77
confrontatie	2.51	3.26	2.93	2.81
netwerk activeren	2.59	3.02	2.88	2.75

betekenis scores: 1 zeer sterk benadrukt      3 enigszins benadrukt      <sup>1</sup> sterker dan gemiddeld,  $p < 0.05$   
 2 sterk benadrukt      4 niet benadrukt      <sup>2</sup> minder dan gemiddeld,  $p < 0.05$

De accenten ontlopen elkaar niet zo heel erg veel en liggen gemiddeld vrijwel allemaal tussen de 2 en 3. Toch bestaan er wel degelijk een aantal accentverschillen.

Ten eerste blijkt het relatief weinig voor te komen dat de jeugdige tijdens de begeleiding

<sup>12</sup> Knorth, E.J. & Smit, M (1990) Residentiele jeugdhulpverlening. Mogelijkheden voor planmatig werken. Leuven: Garant.

wordt geconfronteerd met zijn problematiek. Daar staat tegenover dat het affectief steunen en het ordenen, overzichtelijk maken van de leefomgeving relatief veel wordt benadrukt.

Ten tweede stellen we vast dat de drie hulpverleningssectoren zich tot op zekere hoogte van elkaar onderscheiden in begeleidingsaccenten.

Het blijkt dat in de ambulante sector op veel aspecten significant minder nadruk wordt gelegd dan in beide andere sectoren. Dat is het meest duidelijk het geval met het aspect regulering.

De dagbehandelingssector geeft significant minder accent aan de aspecten: autonomie verlenen, het sociale netwerk mobiliseren en de jeugdige confronteren met eigen problematiek.

De residentiële sector tenslotte onderscheidt zich met significant meer accentuering van de aspecten: autonomie verlenen en sociale omgang bevorderen.

Ten derde merken we op dat de begeleidingsaccenten op het niveau van de hulpverleningsvarianten eveneens verschillen te zien geven. We wijzen op de volgende bevindingen.

In de Families First treffen we significant meer accentuering aan van de begeleidingsaspecten: ordening en regulering. Eenzelfde accentuering is aanwezig in de residentiële variant voor zwakbegaafden, zij het dat in deze variant ook het vertrouwen winnen evident meer nadruk krijgt.

In de variant TGV krijgt het affectief ondersteunen alsmede het winnen van vertrouwen significant meer accent.

De kamertrainingscentra onderscheiden zich van de meeste andere varianten door significant meer accentuering van de begeleidingsaspecten: geven van zelfstandigheid, confronteren met de eigen problematiek en mobiliseren van het sociale netwerk.

## 10.2 Achterliggende structuur begeleidingsaccenten

We zijn nagegaan in hoeverre de verschillende begeleidingsaccenten te herleiden zijn tot bepaalde clusters of achterliggende dimensies. Via een factor-analytische benadering hebben we vastgesteld dat er sprake is van drie factoren. Deze factoren verklaren gezamenlijk 64% van de variantie. Het betreft de volgende clusters:

### *1. Bevordering van autonomie (34% verklaarde variantie)*

Dit cluster omvat de accenten:

- . geven van zelfstandigheid
- . confrontatie met eigen problemen
- . activering sociaal netwerk

### *2. Sturing en disciplineren (18% verklaarde variantie)*

Deze dimensie bestaat uit de aspecten:

- . regulering
- . ordening
- . sociale omgang

### *3. Affectie en empathie (14% verklaarde variantie)*

Op deze factor clusteren de accenten:

- . affectieve ondersteuning
- . vertrouwen winnen.

Bij een nadere beschouwing van deze basisdimensies in de begeleiding van de jeugdigen constateren we dat de dimensie 'affectie en empathie' het sterkst wordt geaccentueerd in de ambulante sector en in de daghulp. In de residentiële variant krijgt de dimensie 'sturing en disciplineren' de meeste nadruk.

Verder valt op dat het bevorderen van de autonomie in alle drie hulpverleningssectoren verhoudingsgewijs het minst wordt geaccentueerd. Dat geldt overigens niet voor de variant kamertraining want daar worden deze aspecten significant méér geaccentueerd.

En verder is de 'sturing en ordening' evident meer aan de orde in de residentiële variant voor zwakbegaafden, terwijl in de TGV de 'affectie en empathie' domineert in de begeleiding.

### 10.3 Samenhang met biografische en probleemkenmerken

Zoals mocht worden verwacht blijkt dat de *oudere jeugd* meer wordt begeleid met een sterk accent op bevordering van de autonomie.

Een vergelijkbaar accent in begeleiding ontvangen jeugdigen die *eerder ambulante hulp* hebben gehad, zij het dat dit systematische verband aanzienlijk geringer is (maar nog wel altijd significant).

Daar staat tegenover dat jeugdigen die het *Speciaal Onderwijs* hebben gevolgd in hun begeleiding significant minder een autonomie bevorderende benadering ontvangen.

Voor jeugdigen met een *kinderbeschermingsmaatregel* stellen we vast dat zij enerzijds meer een sturende, disciplinerende aanpak ontvangen, maar anderzijds ook een affectieve en empathische benadering.

Krijgen jeugdigen met bepaalde problemen nu ook een begeleiding met bepaalde accenten?

Uit correlatieve analyse blijkt dat jeugdigen met een hoge mate van sociaal-cognitieve incompetentie (vastgesteld op basis van de opnamegegevens) een sterk sturende en disciplineerende aanpak te beurt valt. Dat geldt ook voor jeugdigen voor wie via de KBL een hoge mate van agressief, onbeheerst gedrag is vastgesteld.

Opvallenderwijs is die accentuering in begeleiding tevens aan de orde voor jeugdigen met veel intrapsychische problemen (bepaald via opnamegegevens) en voor kwetsbare, onzekere jeugdigen (bepaald via de KBL), zij het dat de verbanden hier minder sterk zijn.

Voorts valt op dat een meer affectieve en empathische benadering significant meer wordt toegepast bij de jeugdigen met intrapsychische problemen en onzekere, kwetsbare jeugdigen.

Terwijl deze laatste accentuering exclusief lijkt te worden toegepast op een bepaalde groep probleemjeugdigen (namelijk voor hen met internaliserend probleemgedrag), is de sturende, disciplineerende aanpak duidelijk voor meerdere probleemgroepen gereserveerd.

Gelden deze bevindingen nu evenzeer voor de drie onderscheiden hulpverleningssectoren?

We gaan ter beantwoording van die vraag uit van twee veronderstellingen. Ten eerste menen we dat er een samenhang mag worden verwacht tussen enerzijds agressief gedrag en anderzijds een sturend en disciplineerend accent in de begeleiding. Ten tweede zijn we van mening dat mag worden aangenomen dat jeugdigen met meer intrapsychische problemen een begeleiding zullen krijgen met een meer affectief accent.

Het volgende overzicht laat zien hoe de correlaties zijn tussen enerzijds genoemde probleemkenmerken en anderzijds aangebrachte begeleidingsaccenten.



**Tabel 10.2 Samenhang problematiek en begeleiding in drie sectoren**

		sturend accent			affectief accent		
		tot.	12-	12+	tot.	12-	12+
agressief gedrag (KBL-dimensie)	res.sector	.52	.45	.57			
	dag sector	.40	.38	onb.			
	amb.sector	.34	.25	.47			
kwetsbaar/onzeker (KBL-dimensie)	res.sector				.20	ns.	.28
	dag sector				ns.	ns.	onb.
	amb.sector				.28	.27	.29

Het verstrekte overzicht geeft inderdaad aan dat de samenhang tussen het agressieve, onbeheerste gedrag sterk samenhangt met een sturend en disciplinerend accent in de begeleiding. Met name geldt dat voor de jeugdigen van 12 jaar en ouder. Het sterkst is dat systematische verband terug te vinden in de residentiële sector.

Duidelijk minder is de correlatie tussen het kwetsbare en onzekere gedrag enerzijds en een affectief accent in de begeleiding anderzijds. Verhoudingsgewijs is die het sterkst in de ambulante sector gevolgd door de residentiële sector. Het minst treffen we een systematisch verband aan in de sector voor dagbehandeling.

De *gezinsproblematiek* tenslotte is voor de totale onderzoekspopulatie gezien niet specifiek gebonden aan bepaalde begeleidingsaccenten. Bij uitsplitsing naar de drie jeugdhulpverleningsgebieden blijkt echter dat dit vooral geldt voor de residentiële sector.

In deze sector is van een systematische samenhang tussen gezinsproblemen enerzijds en begeleidingsaccenten anderzijds geen sprake.

In de sector voor dagcentra treffen we een vergelijkbaar beeld. Op één uitzondering na: jeugdigen uit gezinnen met meer relationele problemen krijgen een sterker sturend en discipline-rend accent in hun begeleiding.

In de ambulante sector zijn het de jeugdigen uit gezinnen met verwaarlozing en mishandeling die zowel een sturende als een autonomie verlenende en een affectieve begeleiding krijgen. Dat laatste accent geldt vooral de jeugdigen beneden de 12 jaar, terwijl de autonomie verlenende accentuering sterk betrekking heeft op de oudere jeugd vanaf 12 jaar. Met andere woorden: het is waarschijnlijk meer de leeftijd dan de gezinsproblematiek die doorslaggevend is voor het aanbrengen van een bepaald accent.

#### 10.4 Samenwerking met de ouders

Het is al langere tijd bekend dat behandeling van de problematiek van jeugdigen meer effect sorteert als ook de ouders daar bij betrokken worden. Niettemin is die veronderstelling vaak maar ten dele in de praktijk van de jeugdhulpverlening terug te vinden. Organisatorische en financiële barrières vormen belangrijke hindernissen op weg naar een intensieve samenwerking met de problematische gezinnen. Maar ook de weerstanden van de probleemgezinnen zelf en de niet zelden uitzichtloze situatie aldaar belemmeren dikwijls een goede samenwerking of maken die samenwerking zelfs ongewenst.

Voor de huidige onderzoekspopulatie stelden we in het voorgaande hoofdstuk vast dat het verbeteren van de relatie met thuis bij lang niet alle jeugdigen een belangrijke doelstelling was. Om precies te zijn geeft de jeugdhulpverlening aan dat deze doelstelling voor iets meer dan de helft van de jeugdigen (55%) sterk tot zeer sterk wordt benadrukt. Voor 16% krijgt dit doel geen accent en voor 29% wordt dit doel zwak benadrukt. Voor de doelstelling: verbeteren van het gezinsfunctioneren gelden vergelijkbare percentages.

De vraag is nu in hoeverre de ouders bij de behandeling/begeleiding worden betrokken en in welke mate met de ouders contact wordt onderhouden. Beide vragen zijn beantwoord op een vierpuntsschaal. De antwoordscores lopen van 1 (geen samenwerking en geen contact) via 2 (enige samenwerking/enig contact) en 3 (sterke samenwerking/veel contact) en tot 4 (zeer intensieve samenwerking en zeer veel contact).

Welnu het gemiddelde blijkt 2.95 te bedragen, hetgeen verwijst naar een gemiddeld gezien sterke samenwerking met de ouders.

Het meest vinden we dat terug in de sector dagbehandeling (3.72) en het minst in het residentiële veld (2.50). De ambulante jeugdhulpverlening bevindt zich daar tussen (2.99).

De onderlinge verschillen zijn significant (multiple range toetsing met Duncan test).

Bezien we op dit punt de onderscheiden hulpverleningsvarianten dan is het met name Families First waar consequent met de ouders wordt samengewerkt (4.00) gevolgd door de drie dagbehandelingsvarianten.

Het minst wordt met de ouders samengewerkt in de TGV (1.58) gevolgd door de residentiële varianten 'tehuizen voor zwakbegaafden' (2.11), 'gewone tehuizen' (2.14) en centra voor kamertraining (2.19). Ook hier betreft het significante verschillen.

Voorzover de jeugdigen niet meer in hun oorspronkelijke gezin verblijven, is ook gevraagd in hoeverre het de bedoeling is dat de jeugdige weer terugkeert naar dat gezin. Het blijkt dat voor ongeveer de helft van de jeugdigen (53%) dit **niet** de bedoeling is. Voor bijna 30% is dat duidelijk **wel** het geval en voor de rest is terugkeer naar het gezin **waarschijnlijk**.

Het voorgaande betekent dat voor een substantieel deel van de onderzoekspopulatie die elders verblijft een *gezinsterugkeer* niet is beoogd.

Dat is significant meer het geval bij jeugdigen in de residentiële sector.

Op het niveau van de hulpverleningsvarianten blijken de residentiële varianten te weten 'het gewone tehuis' en het kamertrainingscentrum dit evident minder voor ogen te hebben dan de meeste andere hulpverleningsvarianten. Datzelfde geldt voor de TGV waar men evenmin een terugkeer naar huis voor ogen heeft.

Uit correlatieel onderzoek blijkt verder dat met name de oudere jeugdigen alsook de jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel en de jeugdigen die eerder in een tehuis verbleven een plaatsing naar thuis **niet** wordt beoogd.

Meer gezinsproblemen vormen eveneens een belemmering om op thuisplaatsing aan te sturen.

En ook jeugdigen met pre-delinquent gedrag lopen meer kans niet meer thuis te worden geplaatst. Daarentegen hebben jeugdigen met sociaal-cognitieve incompetentie evident meer kans op een thuisplaatsing.

De hier gevonden verbanden zijn telkens significant van aard.

## 10.5 Inschakeling deskundigen

Veel van het hulpverlenend werk wordt verricht door de groepsleiding (tehuizen en dagcentra) en de maatschappelijk werkers (ambulante zorg). Zij zijn het veelal die de dagelijkse gang van zaken doorgaans voor hun rekening nemen.

Daarnaast echter wordt ook een beroep gedaan op bepaalde deskundigen die worden ingeschakeld om specifieke problemen te helpen oplossen. De veronderstelling is dat bij meer (complexe) problemen meer hulp van deskundigen zal worden ingeroepen.

Voor elke jeugdige hebben we geïnventariseerd of het in de bedoeling ligt om de komende maanden gebruik te maken van een bepaalde deskundigheid.

**Tabel 10.2**      **Percentage jeugdigen voor wie deskundige hulp wordt beoogd**

	residentieel	dagbehandeling	ambulant	totaal
orthopedagoog	44%	74%	36%	46%
psycholoog	56%	63%	46%	53%
psychiater	26%	22%	33%	29%
medisch specialist	26%	61%	18%	29%
andere deskundigen	38%	58%	34%	37%

Het blijkt dat niet in gelijke mate een beroep wordt gedaan op specialistische hulp.

Om te beginnen wordt vooral de deskundigheid van de psycholoog ingeroepen. Ook de orthopedagoog wordt bij veel jeugdigen ingeschakeld. De andere specialismen komen duidelijk minder aan bod.

Per sector bezien stellen we vast dat men in de sector dagbehandeling significant meer gebruik zegt te gaan maken van de orthopedagoog en de medisch specialist dan in beide andere sectoren. Tevens zal evident vaker de psycholoog worden ingeschakeld dan het geval is in de ambulante sector.

Bekijken we de situatie op het niveau van de verschillende hulpverleningsvarianten dan blijkt onder meer het volgende. In de dagbehandeling in een psychiatrische setting worden alle genoemde specialisten significant vaker ingeschakeld. In de residentiële behandelingsvariant zien we een vergelijkbaar beeld. Ook de TGV-variant onderscheidt zich door significant meer inschakeling van de psycholoog en de psychiater.

Geén of nauwelijks gebruik van specialisten komt voor in de kamertrainingsvariant, bij de variant JAS en bij Time Out.

Met behulp van een correlatieve analyse hebben we vastgesteld dat specialisten evident meer worden ingeschakeld als de jeugdigen jonger zijn, een minder problematische gezinsachtergrond hebben en zelf meer problemen te zien geven.

## 10.6 Teambesprekingen

Een indicatie voor de intensiteit van de begeleiding is eveneens te vinden in de frequentie waarmee de jeugdigen in bespreking van het begeleidingsteam zal komen. Voor de totale onderzoekspopulatie blijkt het volgende.

**Tabel 10.3** Frequentie teambesprekingen van jeugdigen

	residentieel	dagbehandeling	ambulant	totaal
halfjaarlijks	3%	18%	32%	20%
driemaandelijks	22%	32%	34%	28%
maandelijks	27%	31%	23%	24%
wekelijks	48%	19%	11%	28%

Ruim de helft van de jeugdigen komt wekelijks tot maandelijks in bespreking. Voor iets minder dan de helft vindt dat met een aanzienlijk lagere frequentie plaats.

Bij nadere analyse blijkt dat de jeugdigen in de residentiële sector het meest in bespreking aan de orde komen; gemiddeld blijkt iedere jeugdige maandelijks te zullen worden besproken. Dat is significant meer dan in beide andere sectoren. Van deze sectoren zal overigens de dagbehandeling weer significant meer haar jeugdigen in bespreking zal brengen dan in de ambulante sector.

In de hulpverleningsvarianten is het opvallend dat enkele differentiaties significant minder van plan zijn hun jeugdigen in bespreking te brengen. Het zijn achtereenvolgens de varianten: JAS, TGV, Pleegzorg en dagbehandeling in psychiatrische setting die op dit punt significant lager scoren dan de andere hulpverleningsvarianten.

Een door ons uitgevoerde correlatieve analyse geeft aan dat de oudere jeugd, de jeugdigen die eerder ambulante hulp ontvingen, de jeugdigen met meer gezinsproblemen en de jeugdigen met storend probleemgedrag (agressief, onbeheerst) voor wie significant meer wordt gepland teambesprekingen te houden.

## 10.7 Werkwijze residentiële instellingen

In deze paragraaf gaan we in op de specifieke hulpverleningssituatie die in residentiële centra bestaat. De jeugdigen verblijven hier dag en nacht en daarmee krijgt de hulpverlening een andere vorm dan in beide andere hulpverleningssectoren. Het door de jeugdigen dikwijls gezamenlijk doorbrengen van de dag of delen daarvan brengt een andere werkwijze mee. Het gaat dan om zaken als het al of niet gezamenlijk eten, het al of niet zelf mogen invullen van de vrijetijd, het al of niet mee mogen brengen van vriendjes e.d. Over die facetten van de hulpverlening wordt in deze paragraaf kort gerapporteerd.

We doen dat aan de hand van een viertal basisdimensies van het methodisch handelen in residentiële instellingen. Deze methodiekdimensies werden eerder via empirisch onderzoek vast-

gesteld<sup>13</sup>. Het gaat om de dimensies: zelfstandigheid, uniformiteit, regelhantering en intensiteit van de bemoeienis. Elk van deze dimensies is opgebouwd uit 4 items die gescoord worden op een vierpuntsschaal. Bij berekening van de gemiddelden ontstaat de volgende tabel.

**Tabel 10.4** Gemiddelden of de methodiek dimensies

	zelfstandig heid	intensiteit bemoeienis	uniformiteit	strakke regelhantering
residentieel (totaal)	2.84	2.74	2.69	3.28
gewone tehuis	3.14	2.41	2.26 <sup>2</sup>	3.07
behandelingshuis	2.39 <sup>2</sup>	2.93 <sup>1</sup>	2.90	3.37
kamertraining	3.39 <sup>1</sup>	2.62	1.93 <sup>2</sup>	3.02
crisis/observatie	2.61	2.66	3.30 <sup>1</sup>	3.40
zwakbegaafden	2.75	2.57	2.44	3.53 <sup>1</sup>

betekenis scores: 1 niet benadrukt      3 sterk benadrukt      <sup>1</sup> sterker dan gemiddeld, p < 0.05  
 2 enigszins benadrukt      4 zeer sterk benadrukt      <sup>2</sup> minder dan gemiddeld, p < 0.05

Het voorgaande overzicht laat zien dat een strakke regelhantering in de begeleiding een sterk accent krijgt. Dat is relatief minder het geval met de dimensie: uniformiteit. Althans dat is het beeld dat gemiddeld voor de residentiële sector is vastgesteld.

Op het niveau van hulpverleningsvarianten zijn er duidelijke schakeringen te onderscheiden. Zo onderscheidt zich *het kamertrainingscentrum* met significant meer geven van zelfstandigheid en met minder uniformering.

De werkwijze in *het centrum voor zwakbegaafden* kenmerkt zich door een significant strakkere regelhantering.

Het *behandelingshuis* laat vooral zien dat de begeleiding intensief van aard is met minder zelfstandigheid.

Het *opvang/crisiscentrum* onderscheidt zich met het geven van een uniforme aanpak.

Het *gewoon tehuis* tenslotte kenmerkt zich met relatief weinig uniformiteit.

Middels correlatieve analyse blijkt dat de oudere jeugdigen een aanpak krijgen met meer zelfstandigheid en dat voor de jongere cliënten de drie andere methodiekdimensies meer worden ingezet. En verder geldt: hoe meer problematiek hoe minder zelfstandigheid en hoe meer uniformiteit, bemoeienis en strakke regelhantering.

## 10.8 Samenvatting

De accenten die in de begeleiding van de jeugdigen worden aangebracht zijn te onderscheiden naar drie clusters: de bevordering van de autonomie, sturing en disciplineren, affectie en empathie.

Van deze drie categorieën krijgt de dimensie 'affectie en empathie' de meeste nadruk. Dat is

<sup>13</sup> J.D. van der Ploeg & E.M. Scholte (1988) *Tehuizen in beeld*. Leiden: COJ.

het minst het geval met het bevorderen van autonomie.

Dat laatste accent wordt significant vaker gehanteerd bij oudere jeugd. Jeugdigen die het Speciaal Onderwijs hebben gevolgd (of nog volgen) krijgen een begeleiding met significant minder accent op bevordering van zelfstandigheid/autonomie.

Verder stellen we vast dat *jeugdigen met een kinderbeschermingsmaatregel*, *jeugdigen met agressief, onbeheerst gedrag (KBL)* en *jeugdigen met sociale en cognitieve incompetentie* (opnamegegevens) een begeleiding krijgen met significant meer nadruk op sturing en disciplineren. Echter, deze jeugdigen krijgen ook een affectieve, empathische begeleiding (zij het minder significant). Het sturende en disciplinerende accent bij jeugdigen met agressief gedrag zien we het sterkst in de residentiële sector gevolgd door de ambulante sector, met name voor jeugdigen van 12 jaar en ouder.

*Kwetsbare jeugdigen (KBL)* en *jeugdigen met intrapsychische problemen* (opnamegegevens) krijgen systematisch meer een affectieve, empathische accentuering in hun begeleiding. Dit zien we het sterkst in de ambulante sector, met name voor jeugdigen onder de 12 jaar. De indruk bestaat dat niet zozeer de gezinsproblemen als wel de leeftijd de doorslaggevende factor is voor de keuze van het begeleidingsaccent.

Bij het begin van het hulpverleningsproces wordt al verondersteld dat voor meer dan de helft van de jeugdigen een terugkeer naar het gezin niet wordt beoogd. Dat hoeft uiteraard een samenwerking met de ouders niet in de weg te staan. Met de meeste gezinnen wordt ook contact onderhouden. Ouders worden het sterkst bij de begeleiding/behandeling betrokken in de dagbehandelingssector en het minst in het residentiële veld.

Jeugdigen voor wie géén terugkeer wordt beoogd zijn vooral jeugdigen met een kinderbeschermingsmaatregel, jeugdigen die eerder in een tehuis verbleven, jeugdigen met pre-delinquent gedrag en jeugdigen uit sterk problematische gezinnen.

Het blijkt dat voor de jeugdigen in de dagbehandeling het meest een specialist zal worden ingeschakeld. Met name geldt dat de orthopedagoog en de medisch specialist.

Als het gaat om de frequentie van de beoogde teambesprekingen die aan de jeugdigen zullen worden gewijd, dan blijkt in de residentiële variant deze frequentie het hoogst (i.c. de behandelingsvariant) en in de ambulante sector het laagst.

Het zijn vooral de oudere jeugdigen en de jeugdigen met meer storende gedragsproblematiek voor wie vaker een teambespreking wordt beoogd.

Daarentegen worden specialisten vooral ingeschakeld bij jongere jeugdigen uit minder problematische gezinssituaties.

In de residentiële sector is sprake van vier methodiekdimensies: zelfstandigheid, uniformiteit, intensiteit bemoeienis en een strakke regelhantering. Van deze vier dimensies krijgt de strakke regelhantering de meeste nadruk en de uniformiteit de minst.

De strakke regelhantering doet zich het meest voor in de variant 'zwakbegaafden', terwijl deze aanpak het minst voorkomt in de kamertrainingsvariant. In het behandelingshuis in de bemoeienis met de jeugdigen het meest intensief.



## 11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we nader inzicht in de vraag welke jeugdigen met welke vragen/problemen eenmalig in contact zijn geweest met de jeugdhulpverlening. We beschikken daartoe over een aantal basisgegevens van 125 jeugdigen die gedurende de onderzoeksperiode werden aangemeld bij 4 verschillende instellingen (Stichting Jeugdzorg Rotterdam, Bureau Vertrouwensartsen, Kindertelefoon en JAS-Lindenhof).

## 11.2 Beschrijving populatie

De onderzoeksgroep bestaat voor 45% uit meisjes en telt 55% jongens. De meeste meisjes vinden we bij het Bureau Vertrouwensartsen, terwijl de meeste jongens zich bij de Kindertelefoon aanmelden. De gemiddelde leeftijd van deze jeugdigen bedraagt bijna 13 jaar (12.9). De jongens en meisjes zijn naar leeftijd als volgt verdeeld:

**Tabel 11.1**      **Leeftijd en geslacht**

leeftijd	totaal	meisjes	jongens
0 tot 7 jaar	17%	62%	38%
7 tot 12 jaar	19%	44%	56%
12 jaar en ouder	64%	40%	60%

Naarmate de leeftijd stijgt neemt het aantal jongens toe. Of anders geformuleerd: op jongere leeftijd treffen we aanzienlijk meer meisjes aan die met hun vragen/klachten/problemen bij de hulpverlening aankloppen, terwijl jongens dit op oudere leeftijd doen.

Bijna tweederde van de jeugdigen (64%) is van Nederlandse herkomst. De overige jeugdigen hebben een andere etnische achtergrond. De spreiding van deze allochtone jeugdigen over de participerende instellingen is niet gelijk. Zo stellen we vast dat zich bij de SJR 56% allochtone jeugdigen hebben aangemeld (met name Antilliaanse jeugdigen) en dat het bij het Bureau vertrouwensartsen vooral om Nederlandse jeugdigen gaat (90%).

Ruim de helft van de jeugdigen (51%) heeft zich alleen aangemeld. De overige jeugdigen kwamen met andere volwassenen of met leeftijdgenoten. Bij de Kindertelefoon en bij het JAS zijn het vooral jeugdigen die zich alleen aanmelden.

Ten tijde van de aanmelding zag de verblijfplaats van de jeugdige er als volgt uit:



**Tabel 11.2 Actuele verblijfplaats**

beide oorspronkelijke ouders	27%
vader/moeder alleen	23%
vader/moeder + nieuwe partner	14%
familie/kennissen	14%
zelfstandig	8%
zwervend	8%
pleeggezin	3%
tehuis	3%

Veruit het grootste deel van de jeugdigen blijkt in een gezinssituatie te verblijven. Dat geldt met name de jeugdigen die zich hebben gemeld bij het Bureau Vertrouwensartsen. Van hen woont 41% bij de oorspronkelijke ouders, 31% bij vader/moeder plus nieuwe partner en 24% bij moeder/vader alleen.

Een ander beeld geeft het JAS Lindenhof met onder meer 25% jeugdigen die zelfstandig wonen.

### 11.3 Problemen van de jeugdigen

Het blijkt dat de jeugdigen met sterk uiteenlopende problemen/klachten/vragen aankloppen bij de jeugdhulpverlening.

Voor het verkrijgen van meer inzicht in de vraag hoe deze problemen zijn verdeeld over de hulpverlenende instellingen geven we de volgende tabel.

**Tabel 11.3 Aanmeldingsproblemen**

	SJR	JAS	Kinder	Vertr.	Totaal
		tel.	artsen		
materiële problemen	41%	61%	---	---	28%
kindermishandeling	---	---	---	83%	22%
seksueel misbruik	3%	3%	14%	17%	11%
psychische problemen	11%	9%	14%	---	9%
relatieproblemen met leeft.genoten	3%	---	33%	---	7%
gedragsproblemen	15%	3%	10%	---	6%
relatieproblemen met ouders	11%	9%	5%	---	6%
school/leerproblemen	11%	---	14%	---	4%
verslavingsproblemen	---	9%	10%	---	4%
problemen van ouders	3%	6%	---	---	3%

De twee belangrijkste problemen blijken materiële problemen en kindermishandeling. Het eerste doet zich vooral voor bij het JAS en SJR, terwijl kindermishandeling uitsluitend te vinden is bij het Bureau Vertrouwensartsen. Bij deze laatste instelling treffen we ook seksueel misbruik aan. Met deze problematiek wordt ook de Kindertelefoon geconfronteerd. Opvallend is overigens hier het relatief hoge percentage jeugdigen dat belt in verband met problemen met leeftijdgenoten (33%).

De voorgaande tabel spreekt verder voor zichzelf.

Wanneer we de aard van de problemen afzetten tegen de drie door ons onderscheiden leeftijdscategorieën dan merken we op dat bij de jeugdigen beneden de 7 jaar de meest voorkomende problematiek wordt gevormd door kindermishandeling. Dat geldt ook voor de jeugdigen tussen de 7 en 12 jaar. Voor de oudere jeugd van 12 jaar en ouder stellen we als meest voorkomend probleem vast: problemen van materiële aard.

#### 11.4 Adviezen

De adviezen die we hebben geïnventariseerd kunnen worden onderverdeeld naar de volgende categorieën:

**Tabel 11.4 Typen adviseringen**

doorverwijzingen	35%
verstrekken van informatie	23%
bemiddelingen	18%
eenmalige adviezen	15%
(uit)praten	9%

Voor ruim een derde van de eenmalige contacten vindt een doorverwijzing plaats. De meeste doorverwijzingen geschieden naar het Algemeen Maatschappelijk Werk en de Jeugdhulpverlening, maar ook de Rutger Stichting, het Riagg, de Raad voor de Kinderbescherming en vele andere instellingen komen voor. Verhoudingsgewijs treffen we de meeste doorverwijzingen aan bij de voorzieningen SJR en JAS.

Bijna een kwart van de jeugdigen vertrekt met meer informatie over het onderwerp waarvoor zij aanklopten of belden. Deze jeugdigen hadden relatief veel vragen over de omgang met de andere sekse en over uiteenlopende seksuele problemen. Het is met name de Kindertelefoon waar deze vragen binnenkomen.

Daarnaast hebben we voor 15% van de jeugdigen genoteerd dat er sprake was van eenmalige adviezen. Hierbij moet worden bedacht dat het verschil tussen een advies en een informatie niet altijd even duidelijk is. We hebben adviezen als zodanig genoteerd als er sprake was van een gesprek over een duidelijke problematiek dat eindigde in een advies, zoals: wat moet ik doen tegen pesten, hoe moet ik me opstellen tegen mijn ouders e.d.

Bemiddelingen hadden vrijwel uitsluitend betrekking op materiële zaken zoals helpen bij de studiefinanciering, een huurschuld, een ontslag, huisvesting e.a.

Tenslotte hebben we een aantal eenmalige contacten onder de noemer 'uitpraten' gebracht. Daarmee verwijzen we naar die contacten waarin een sterke behoefte bestond een gesprek te hebben over bepaalde zaken of stoom af te blazen (zoals een uitgeraakte vriendschap, een echtscheiding, suïcidale problemen).

### 11.5 Samenvatting

Jeugdigen die slechts eenmalige contacten hebben met de jeugdhulpverlening zijn als volgt te typeren.

Ze zijn overwegend 12 jaar of ouder, behoren grotendeels tot het manlijke geslacht en zijn in meerderheid van Nederlandse afkomst. Dat neemt niet weg dat de groep nog altijd uit 40% meisjes bestaat en 36% allochtone jeugdigen.

De jeugdigen wonen overwegend in een gezinssituatie (deels in het oorspronkelijke gezin, deels in een gezin met de oorspronkelijke vader of moeder al of niet met nieuwe partner).

De twee belangrijkste problemen die aanleiding zijn om aan te kloppen bij de jeugdhulpverlening zijn: mishandeling en materiële problemen.

De eenmalige contacten eindigen voor een derde in een doorverwijzing. Daarnaast werd ook aan een aantal jeugdigen informatie verstrekt en werd hen een advies meegegeven.

## 12.1 Inleiding

Eén van de centrale vragen die ons bezighouden luidt: in welke mate zijn de door ons onderscheiden problematieken verdeeld over de diverse hulpverleningsinstellingen?

We hebben daar ten dele al antwoord op gegeven bij de weergave van de gemiddelde scores die op uiteenlopende problemen in diverse hulpverleningsvarianten werden behaald. We zullen de voorgaande vraag in dit hoofdstuk echter meer specifiek uitwerken.

Ten eerste willen we het brede scala aan problemen beperken tot enkele kenmerkende aspecten. Ten tweede willen we meer inzicht hebben in het aantal jeugdigen dat (gelet op de probleemzwaarte) wel en niet in een bepaalde sector/hulpverleningsvariant 'thuis' hoort.

Wat het eerste punt betreft beperken we ons tot 6 probleemindicatoren die tot stand kwamen op basis van een reductie van het aantal opnamegegevens. Het betreft de volgende clusters:

- sociaal-cognitieve incompetentie
- pre-delinquent gedrag
- intrapsychische problematiek
- relationele problemen in gezin
- verwaarlozing/mishandeling in gezin
- problemen van moeder(figuur).

Daarbinnen onderscheiden we een kindscore (eerste drie indicatoren) en een gezinsscore (drie laatste indicatoren) alsmede een totaalscore.

De keuze voor deze 6 probleemindicatoren is gebaseerd op de bevinding dat zowel empirisch (in dit onderzoek) als theoretisch is gebleken dat dit het hier om de meest centrale probleemkenmerken van de huidige onderzoekspopulatie gaat.

Met betrekking tot het tweede punt gaan we uit van de veronderstelling dat er binnen elke jeugdhulpverleningssector een gemiddelde problematiek(zwaarte) bestaat waar deze sector op ingesteld is. Daarnaast gaan we er vanuit dat een deel van de populatie in iedere sector minder respectievelijk meer dan gemiddeld problemen heeft. Of anders geformuleerd: naast de groep met 'gemiddelde' problematiek is er in iedere sector een groep met 'lichte' problematiek en een groep met 'zware' problematiek. Door uit te gaan van de gemiddelde scores en de grenzen tussen de groepen te leggen op één standaarddeviatie rond het gemiddelde<sup>14</sup> kan worden nagegaan in welke instellingen we jeugdigen aantreffen die zich boven respectievelijk onder dat gemiddelde bevinden. Op deze wijze wordt per sector een indicatie verkregen van het

---

<sup>14</sup> Deze keuze gaat uit van de theoretische veronderstelling dat per sector de problematiek van de jeugd in ongeveer 68% van de gevallen een gemiddelde zwaarte heeft, en dat ongeveer de helft van de resterende jeugd met relatief 'lichte', respectievelijk met relatief 'zware' problematiek kampt (c.f. Hays, W.L., 1988. Statistics. New-York: Rhineholt).

aantal jeugdigen dat binnen een bepaalde hulpverleningsvariant als relatief ‘licht’ of als ‘relatief zwaar’ kan worden getypeerd.

Omdat de aard en de ernst van de problemen soms leeftijdsgebonden is, werden de berekeningen van de gemiddelde scores en standaarddeviaties per sector telkens voor drie leeftijdsgroepen uitgevoerd (0-6 jarigen, 7-12 jarigen en 12 jarigen en ouder).

We gaan nu per hulpverleningssector na hoe het is gesteld met de probleemzwaarte in de verschillende hulpverleningsvarianten.

## 12.1 De residentiële sector

We laten eerst een tabel volgen waarin voor de verschillende leeftijdscategorieën en probleemgebieden de gemiddelden zijn weergegeven.

**Tabel 12.1** Probleemzwaarte naar leeftijd op basis van gemiddelden

	0 - 7 (n=14)	7 - 12 (n=59)	12 plus (n=84)
soc.cogn. incompetentie	1.67	1.81	1.33
pre-delinquent gedrag	.25	.33	.85
emotionele problematiek	1.81	1.82	1.49
relationele gezinsproblemen	3.00	3.76	3.89
mishandeling/verwaarlozing	1.64	1.54	1.25
problemen moeder (figuur)	2.14	2.07	1.21

Inderdaad blijkt dat de problematiek binnen de onderscheiden leeftijdscategorieën niet gelijk is. Bij de middengroep blijken het meest aanwezig te zijn: sociaal-cognitieve incompetentie en emotionele problemen. In de groep van oudere kinderen treffen we meer problemen aan als: relationele problemen in het gezin en pre-delinquent gedrag, terwijl bij de jongste leeftijdsgroep de mishandeling/verwaarlozing in het gezin domineren.

Indien we de probleemscores ongewogen samenvoegen kan men concluderen dat grosso modo de leeftijdscategorie 7 tot 12 jaar het meest problematisch is.

Vervolgens gaan we in grote lijnen na hoe de zwaarte van de problematiek over de verschillende hulpverleningsvarianten van de residentiële sector is verdeeld. We sommeerden daartoe de drie probleemclusters met kindvariabelen en berekenden welke jeugdigen in de ‘lichte’ (-), de gemiddelde ( $\pm$ ) en in de ‘zware’ (+)-probleemcategorie scoorden. Dezelfde berekening werd uitgevoerd voor de gezinsvariabelen. Op grond hiervan hebben we de volgende indeling in probleemzwaarte gemaakt:

<i>categorie:</i>	<i>kind</i>	<i>gezin</i>
. lichte kindproblematiek en lichte gezinsproblemen	-	-
. lichte kindproblematiek en gemiddelde gezinsproblemen	-	$\pm$
. gemiddelde kindproblematiek en lichte gezinsproblemen	$\pm$	-
. gemiddelde kindproblematiek en gemiddelde gezinsproblemen	$\pm$	$\pm$
. ernstige kindproblematiek en gemiddelde gezinsproblemen	+	$\pm$
. ernstige kindproblematiek en ernstige gezinsproblemen	+	+

Tabel 12.2 geeft weer hoe deze probleemzwaarte over de residentiële sector is verdeeld.

**Tabel 12.2** Probleemzwaarte per residentiele hulpvariant

	licht	gemid.-licht	gemid.	gemid.-ernstig	ernstig		
<u>probleemzwaarte kind:</u>	-	-	±	±	±	+	+
<u>probleemzwaarte gezin:</u>	-	±	-	±	+	±	+
gewone tehuis	10%	20%	4%	39%	20%	4%	4%
behandelingshuis	-	7%	15%	45%	10%	19%	5%
kamertraining	14%	7%	-	50%	21%	7%	-
crisis/observatie	-	11%	-	63%	5%	21%	-
zwakbegaafden	9%-	-	-	45%	18%	9%	19%
totaal residentieel	5%	11%	7%	46%	14%	13%	5%

De hiervoor uiteengezette indeling volgend blijkt 46% van de residentiële jeugd zowel op het cluster van kindvariabelen als op het cluster van gezinsvariabelen gemiddelde problematiek toont. Ongeveer 27% kampt met gemiddeld tot ernstige problematiek, en ongeveer 18% gemiddeld tot lichte problematiek. Daarnaast heeft 5% lichte problematiek op zowel de kind- als de gezinsvariabelen. Eveneens ongeveer 5% heeft ernstige problematiek op deze beide gebieden.

De vraag is vervolgens hoe de problematiek in en over de verschillende hulpvarianten is verdeeld. Wanneer we uitgaan van de veronderstelling dat het hulpaanbod dient te zijn afgestemd op de ernst van de problematiek, dan geeft de spreiding van de problematiek aan in welke mate er binnen de hulpvarianten hulpverleningsdeskundigheid dient te worden gemobiliseerd. Ook kan deze spreiding inzicht geven in de vraag in hoeverre de ernst van de problematiek naar verwachting over de hulpvarianten is verdeeld. Zo mag men verwachten dat de jeugd in de behandelingshuizen ernstiger problematiek zal tonen dan de jeugd in de gewone tehuizen of in de kamertrainingscentra, met name op de kindvariabelen.

Uit de tabel kunnen we afleiden dat de behandelingshuizen, de crisisopvang/observatiecentra en de centra voor zwakbegaafden relatief de meeste jeugdigen hebben met ernstige problematiek op de kindvariabelen. In de gewone tehuizen heeft relatief veel jeugd een ernstig problematische gezinsachtergrond, iets wat ook voor de kamertrainingscentra en de centra voor zwakbegaafden geldt. In de gewone centra, alsook in de kamertrainingscentra, verblijven tevens veel jeugdigen met relatief lichte problemen. Het valt op dat ook de behandelingscentra relatief veel jeugdigen hebben met een probleemzwaarte die als het gemiddelde voor de sector geldt.

#### *Indicatie aard van de problematiek per sector*

Aanvullend op het voorafgaande kunnen we nog in kaart brengen wat de specifieke aard is van de problematiek van de jeugd in de verschillende residentiële hulpverleningsvarianten. Tabel 12.3 geeft weer in welke hulpverleningsvarianten we jeugdigen met meer, resp. minder problematiek op de zes probleemclusters aantreffen.

**Tabel 12.3 Aard van de problematiek in residentiele hulpvarianten**

	1	2	3	4	5	6
gewone tehuizen	-		-			+
behandelingshuizen	+		+			
kamertraining	-			+		
crisis/opvang/observatie	+	+				
zwakbegaafden	+		+		+	+

1 = sociaal-cognitieve incompetentie

4 = relationele gezinsproblematiek

2 = pre-delinquent gedrag

5 = mishandeling verwaarlozing

3 = intrapsychische problemen

6 = problemen moeder (figuur)

Het overzicht geeft aan dat er in de behandelingshuizen, in de centra voor crisis/opvang/observatie, alsook in de centra voor zwakbegaafden relatief veel jeugdigen verblijven met meer dan gemiddelde problematiek op twee of meer van de individuele probleemclusters.

We zagen reeds eerder dat de jeugdigen met pre-delinquent gedrag een moeilijk te begeleiden/behandelen groep vormt. Welnu, hier blijkt dat de meest problematische jeugdigen op dit terrein in de centra voor opvang/crisis/observatie worden aangetroffen. De vraag is echter of dit wel zo'n gelukkige situatie is. Een behandeling wordt daar immers niet gegeven. Verder moeten we constateren dat in het tehuis voor zwakbegaafde jeugd relatief veel jeugdigen verblijven met ernstige sociaal-cognitieve en intrapsychische problemen. In het gewone tehuis vinden we jeugdigen met relatief weinig problematiek op deze gebieden.

### 12.3 De sector dagbehandeling

Ook hier beginnen we met een weergave van de verschillende leeftijdscategorieën jeugdigen en hun problematiek.

**Tabel 12.4 Gemiddelde problematiek naar leeftijd in de dagbehandeling**

	0 - 7 (n=42)	7 - 12 (n=40)	12 plus (n=6)
sociaal-cognitieve incompetentie	1.17	2.45	2.72
pre-delinquent gedrag	----	.23	1.17
intrapsychische problematiek	.90	1.81	2.72
relationele gezinsproblemen	1.67	3.38	3.00
verwaarlozing/mishandeling	.59	.51	1.50
problemen moeder(figuur)	1.07	1.55	2.50

Het voorgaande overziende valt op dat bij het oudere kind de problemen toenemen zowel wat de eigen problematiek betreft als die van het gezin. Met name het pre-delinquente gedrag en de problemen van de moeder(figuur) blijken bij de oudere jeugd opvallend sterker aanwezig.

Vervolgens geven we weer hoe de probleemzwaarte nader is te verdelen naar gemiddelde en zwaardere respectievelijk lichtere problematiek. Tabel 12.5 geeft weer hoe de probleemzwaarte over de hulpverleningsvarianten van de dagbehandeling is verdeeld.

Tabel 12.5 Probleemzwaarte per hulpvariant in de dagbehandeling

	licht	gemid.-licht	gemid.	gemid.-ernstig	ernstig		
<u>probleemzwaarte kind:</u>	-	-	±	±	±	+	+
<u>probleemzwaarte gezin:</u>	-	±	-	±	+	±	+
dagbehandeling jonge kinderen	13%	22%	9%	38%	-	16%	3%
dagbehandeling oudere jeugd	-	14%	7%	35%	19%	14%	12%
dagbehandeling psych. setting	-	-	17%	58%	-	25%	-
totaal dagbehandeling	5%	15%	9%	39%	9%	16%	7%

Hier blijkt 39% van alle jeugd in de dagbehandelingscentra op zowel de kindvariabelen als de gezinsvariabelen een gemiddelde problematiek toont. Ongeveer 25% kampt met gemiddeld tot ernstige problematiek, en zo'n 24% met gemiddeld tot lichte problematiek. Daarnaast heeft 5% lichte problematiek op zowel de kind- als de gezinsvariabelen. Ongeveer 7% heeft ernstige problematiek op beide probleemclusters.

De voorgaande tabel impliceert dat ernstige kindproblematiek in alle drie de sectoren in min of meer gelijke mate voorkomt, namelijk in ongeveer een kwart van de gevallen. Daarnaast doen zich in de dagbehandeling voor de oudere jeugd relatief vaak ernstige gezinsproblemen voor, terwijl de dagbehandeling voor jongere kinderen relatief veel jeugdigen met lichte problemen op de kindvariabelen kent.

#### *Indicatie aard van de problematiek per sector*

Ook hier is de vraag aan de orde hoe de zes probleemclusters over de verschillende hulpvarianten zijn gespreid. Tabel 12.6 geeft daarover meer uitsluitsel.

Tabel 12.6 Aard van de problematiek per dagbehandelingsvariant

	1	2	3	4	5	6
dagbehandeling (jonge kinderen)						
dagbehandeling (oudere jeugd)	-		+		+	
dagbehandeling in psychiatr. setting	+		+	-		-

1 = sociaal-cognitieve incompetentie  
 2 = pre-delinquent gedrag  
 3 = intrapsychische problemen  
 4 = relationele gezinsproblematiek  
 5 = mishandeling verwaarlozing  
 6 = problemen moeder (figuur)

Bezien we de probleemzwaarte naar kindvariabelen dan treffen in de dagbehandeling in een psychiatrische setting de meeste jeugdigen met ernstige sociaal-cognitieve incompetentie en intra-psychische problemen aan. Daarbij moet worden aangetekend dat de gezinssituatie waaruit deze jeugdigen afkomstig relatief weinig problemen laat zien. In de centra voor dagbehandeling van oudere jeugd is relatief vaak sprake van ernstige intrapsychische problematiek, en van mishandeling en verwaarlozing. Sociaal-cognitieve incompetentie speelt bij deze jeugdigen in mindere mate een rol. In de centra voor dagbehandeling van jonge kinderen doen alle zes de probleemclusters zich voor in een mate die als gemiddeld voor de sector kan worden beschouwd.



## 12.4 Ambulante sector

Voor de ambulante sector beginnen we eveneens eerst met een overzicht van de spreiding van de problematiek naar leeftijdscategorieën.

**Tabel 12.7 Gemiddelde problematiek naar leeftijd in de ambulante sector**

	0 - 7 (n=45)	7 - 12 (n=65)	12 plus (n=96)
sociaal-cognitieve incompetentie	.79	1.56	1.40
pre-delinquent gedrag	---	.27	1.09
intrapsychische problemen	.94	1.43	1.43
relationele gezinsproblemen	1.74	2.49	3.15
mishandeling/verwaarlozing	.75	.75	.76
problemen moeder(figuur)	1.86	1.05	1.14

Ook hier zien we dat de problemen bij het ouder worden op een aantal aspecten duidelijk toenemen. Met name het pre-delinquente gedrag. Maar ook de relationele problemen in het gezin vermeerderen zich met het stijgen van de leeftijd.

Hoe liggen nu de verhoudingen tussen meer en minder problematiek voor de verschillende door ons onderscheiden hulpverleningsvarianten in de ambulante sector?

Tabel 12.8 geeft weer hoe de probleemzwaarte over de ambulante hulpverleningsvarianten is verdeeld.

**Tabel 12.8 Probleemzwaarte in de ambulante sector**

	licht	gemid.-licht	gemid.	gemid.-ernstig	ernstig		
<u>probleemzwaarte kind:</u>	-	-	±	±	±	+	+
<u>probleemzwaarte gezin:</u>	-	±	-	±	+	±	+
Riagg/kinderpsychiatrie	6%	8%	22%	46%	5%	8%	5%
Raad v.d.Kinderbescherming	3%	3%	13%	40%	17%	17%	7%
Jeugdbescherming	4%	11%	14%	21%	29%	14%	7%
Jeugdhulpverlening	-	18%	2%	52%	13%	15%	2%
totaal	3%	11%	13%	43%	12%	12%	4%

Hier blijkt 43% van de jeugd op zowel de kindvariabelen als de gezinsvariabelen gemiddelde problematiek te hebben. Daarnaast heeft ongeveer een kwart (24%) gemiddelde tot lichte problematiek. Eveneens een kwart (24%) heeft gemiddelde tot ernstige problematiek. Lichte problematiek op zowel de kind- als de gezinsvariabelen komt in 3% voor, terwijl in 4% ernstige problematiek op de beide probleemclusters wordt vastgesteld.

Uit de tabel blijkt dat de Raad voor de Kinderbescherming en de Jeugdbescherming relatief veel jeugdigen hebben die ernstige problemen tonen op de kind dan wel de gezinsvariabelen. Daarbij speelt in de Jeugdbescherming verhoudingsgewijs veel ernstige gezinsproblematiek. In de Riagg/Kinderpsychiatrie gaat een gemiddelde probleemzwaarte bij het kind relatief vaak

gepaard met lichte gezinsproblemen, terwijl in de Jeugdhulpverlening een gemiddeld niveau aan gezinsproblematiek relatief vaak gepaard gaat met lichte problematiek bij het kind.

Een en ander verwijst ernaar dat er in de ambulante sector een tamelijk sterke differentiatie bestaat tussen de kindgerelateerde problematieken enerzijds, en de gezinsgerelateerde problemen anderzijds.

#### *Indicatie aard van de problematiek per sector*

In welke hulpverleningsvarianten de jeugdigen zich bevinden met de meeste resp. de minste problemen wordt duidelijk uit de volgende tabel.

**Tabel 12.9 Meer en minder problematiek per ambulante hulpvariant**

	1	2	3	4	5	6
Riagg/kinderpsychiatrie						
Raad v.d.Kinderbescherming	+			-		+
Jeugdbescherming		+			+	+
Jeugdhulpverlening				+		

  

1 = sociaal-cognitieve incompetentie	4 = relationele gezinsproblematiek
2 = pre-delinquent gedrag	5 = mishandeling verwaarlozing
3 = intrapsychische problemen	6 = problemen moeder (figuur)

Hier zien we dat de jeugd met twee of meer ernstige problemen op de individuele clusters zich met name bevinden in de varianten 'Jeugdbescherming' en 'Raad voor de Kinderbescherming'. Het problematische pre-delinquente gedrag vinden we hier terug in de variant: Jeugdbescherming. In deze variant treffen we ook de jeugdigen aan met de meest problematische achtergrond. De vraag is in hoeverre deze instellingen ook zijn toegerust om met deze zwaardere problematiek adequaat om te gaan.

## 12.5 Pleegzorg en overige instellingen

Wanneer we ons beperken tot de probleemclusters die we samenstelden op basis van de intakegegevens dan ontstaat voor de categorie met de overige instellingen het volgende beeld.

**Tabel 12.10 Gemiddelde probleemscores**

	sociaal-cognitieve incompetentie	pre-delinquent gedrag	intra-psychische problemen
Pleegzorg	.75	.21	.83
TGV	1.54	.14	1.65
JAS-begeleiding	.87	.25	1.21
Families First	2.43	2.10	2.83
Time Out	1.22	.16	1.33

Het is evident dat de jeugdigen in het project Families First in alle opzichten het meest pro-

blematisch zijn. Met name het pre-delinquente gedrag valt hier op omdat deze problematiek bij alle overige varianten vrijwel geheel afwezig is.

De pleegzorg scoort over de gehele linie het laagst. Dit in tegenstelling tot de TGV, waar zowel sociaal-cognitieve incompetentie als intrapsychische problematiek relatief sterk aanwezig zijn.

## 12.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe de ernst van de problematiek van de opgenomen jeugd over de verschillende hulpverleningsvoorzieningen verspreid is.

Allereerst werd een kindscore samengesteld, bestaande uit de variabelen 'sociaal-cognitieve incompetentie', 'pre-delinquentie' en 'intrapsychische problematiek'. Verder werd een gezinscore samengesteld, bestaand uit de variabelen 'relationele gezinsproblemen', 'verwaarlozing/mishandeling' en 'problemen van de moeder(figuur)'. Daarna werd de onderzoeksgroep voor iedere sector ingedeeld in jeugdigen met 'lichte problematiek', jeugdigen met 'gemiddelde problematiek' en jeugdigen met 'ernstige problematiek' op beide probleemclusters. De grens werd daarbij gelegd op een standaarddeviatie rond het sectorgemiddelde, en in de berekeningen werd de leeftijd van de jeugdige verdisconteerd. Vervolgens werd voor iedere sector nagegaan hoe de probleemzwaarte over de verschillende hulpvarianten was verdeeld.

Voor de *residentiele* sector vonden we dat ernstige problematiek op de kindvariabelen het meeste voorkomt in de behandelingshuizen, de crisisopvang/observatiecentra en de centra voor zwakbegaafden. In de behandelingshuizen en de centra voor zwakbegaafden ging het daarbij om sociaal-cognitieve incompetentie en intrapsychische problematiek. In de crisis/opvang/observatiecentra was het vooral sociaal cognitieve incompetentie, alsook het pre-delinquente gedrag.

De jeugd in de gewone tehuizen had relatief vaak een ernstig problematische gezinsachtergrond. Dit werd ook voor de kamertrainingscentra en de centra voor zwakbegaafden gevonden. Daarbij speelden in de gewone tehuizen met name de persoonlijke problemen van de moederfiguur een rol. In de kamertrainingscentra ging het om relationele gezinsproblematiek. In de centra voor zwakbegaafden was het een combinatie van problemen van de moeder en verwaarlozing/mishandeling.

Opvallend was dat ook de behandelingscentra bevolkt werden door tamelijk veel jeugdigen met een probleemzwaarte die als het gemiddelde voor de gehele sector geldt. Dit laatste zou opmerkelijk kunnen worden genoemd, daar men in deze variant meer jeugdigen met ernstiger problemen op de kindvariabelen zou verwachten. Voorts troffen we in de gewone tehuizen veel jeugdigen met tamelijk lichte problemen aan.

In de *dagbehandeling* troffen we in alle drie de sectoren in ongeveer gelijke mate jeugdigen met ernstige problemen aan. In de dagbehandeling voor de oudere jeugd deden zich relatief vaak ernstige gezinsproblemen voor. De dagbehandeling voor jongere kinderen gaf verhoudingsgewijs veel jeugdigen met lichte problemen op de kindvariabelen te zien voorzover deze problemen hier in kaart werden gebracht.

Sociaal cognitieve incompetentie en ernstige problemen in intrapsychisch functioneren deden zich vooral in de dagbehandeling in een psychiatrische setting voor. In de dagbehandeling voor oudere jeugd troffen we relatief veel verwaarloosde/mishandelde jeugdigen met intra-

---

psychische problematiek. In de dagbehandeling voor jonge kinderen kwamen alle probleemclusters in gemiddelde mate voor, en was de probleemzwaarte het sterkst gespreid.

In de *ambulante sector* vonden we bij de Raad voor de Kinderbescherming en in de Jeugdbescherming de meeste jeugdigen met ernstige problemen op zowel de kindvariabelen als de gezinsvariabelen. In de Jeugdbescherming deed zich daarnaast de meeste gezinsproblematiek voor. In de Riagg/Kinderpsychiatrie ging een gemiddelde problematiek bij het kind relatief vaak gepaard met lichte gezinsproblematiek. In de Jeugdhulpverlening was dit omgekeerd. Hier ging een gemiddelde gezinsproblematiek relatief vaak samen met lichte problematiek bij het kind. Een en ander verwijst ernaar dat de ambulante sector tamelijk sterk differentieert naar kindgerelateerde problematiek enerzijds en gezinsgerelateerde problemen anderzijds.



### 13.1 Inleiding

Tot dusver hebben we onze rapportage gebaseerd op de gegevens die werden verkregen op het niveau van de jeugdigen. Steeds is gepoogd van elke jeugdige in kaart te brengen met welke problematiek deze binnenkomt, welke doelen zullen worden nagestreefd en welke middelen daarbij zullen worden gehanteerd. Met andere woorden: het tot zover geschetste beeld is ontleend aan hetgeen op de werkvloer met de jeugdige plaats vindt.

Men mag echter veronderstellen dat de hulpverlenende instellingen op grond van hun jarenlange ervaringen eveneens een beeld hebben gekregen van hetgeen zich in het veld van de jeugdhulpverlening afspeelt. Met name zal men op instellingsniveau ook oog hebben voor eventuele knelpunten enerzijds en suggesties voor een betere jeugdhulpverlening anderzijds.

Om te achterhalen wat er op dit punt aan kennis en ervaring op instellingsniveau aanwezig is, hebben we de deelnemende instellingen enkele vragen voorgelegd over moeilijk te begeleiden jeugdigen, het hulpaanbod e.d.. Deze vragen zijn beantwoord door 19 jeugdhulpverleningsinstellingen die tezamen 11 residentiële, 9 ambulante, 7 dagvoorzieningen en 1 voorziening voor pleegzorg omvatten.

### 13.2 Categorieën problematische jeugdigen in de eigen organisatie

De eerste vraag heeft betrekking op jeugdigen die binnen de eigen organisaties als zeer problematisch worden beschouwd en de hulpverleners veel hoofdbrekens kosten. We geven hier de belangrijkste categorieën weer. Het gaat hier dus om door de instellingen zelf als sterk problematisch ervaren probleemjeugdigen.

Tabel 13.1 Probleemcategorieën

	ambulante instellingen	(semi) res. instellingen	totale aantal organisaties
jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen	43% <sup>1</sup>	36%	39%
jeugdigen met psychiatrische en gedragsproblemen niet te motiveren, verwaarlozende gezinnen	29%	36%	33%
zwakbegaafde jeugdigen met gedragsstoornissen	14%	27%	22%
jeugdigen met drugsproblemen	14%	18%	17%

<sup>1</sup> percentages instellingen dat hiervan gewag maakt

Alvorens melding te maken van overige genoemde categorieën lichten we eerst genoemde probleemgroepen toe.

De jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen worden omschreven als jeugdigen die zich anti-sociaal, agressief en delinquent gedragen. Het valt op dat enerzijds de ambulante instellingen het vooral als een probleem zien dat zij deze jeugdigen niet kunnen plaatsen, terwijl anderzijds de (semi)residentiële instellingen aangeven dat zij met deze categorie (te) veel begeleidingsproblemen hebben.

Een tweede probleemcategorie vormen die jeugdigen die zowel psychiatrische stoornissen als ernstige gedragsproblemen vertonen. Vaak vindt de psychiatrie deze jeugdigen te weinig psychiatrisch om hen in het psychiatrische circuit op te nemen, terwijl de jeugdhulpverlening meent dat deze jeugdigen te veel psychiatrische problemen hebben om hen in de jeugdhulpverlening op te nemen.

Een belangrijke categorie vormen de zeer problematische gezinnen. De problemen schuilen niet alleen in de aanhoudende verwaarlozingseffecten, maar vooral ook in het gebrek aan motivatie bij de ouders (en de jeugdigen) alsmede de onbeïnvloedbaarheid van deze gezinnen.

Zwakbegaafde jeugdigen met gedragsstoornissen blijken eveneens een categorie te vormen waarmee zowel de ambulante als de (semi)residentiële sector de nodige problemen heeft. Ook hier valt op dat instellingen voor zwakbegaafden niet overweg kunnen met de gedragsproblemen, terwijl instellingen die gericht op het behandelen van gedragsproblemen niet met zwakbegaafden kunnen werken.

De categorie jeugdigen met drugsproblemen vormen in die zin een probleem dat de meeste instellingen niet zijn toegerust om deze problematiek aan te pakken en dat men te weinig mogelijkheden ziet om deze jeugdigen elders onder te brengen.

Naast de hier vermelde 5 hoofdcategorieën zijn er nog verscheidene andere probleemgroepen genoemd, zij het minder frequent. We noemen achtereenvolgens;

- allochtone jeugdigen (Antillianen en Marokkanen)
- jeugdigen met ADHD
- alleenstaande (zeer jonge) moeders met verschillende kinderen
- illegale jeugdigen.

Een categorie die meermalen is genoemd betreft problematische jeugdigen die niet naar huis kunnen, die niet voor een pleeggezin in aanmerking komen en die toch op hulpverlening zijn aangewezen. Voor hen wordt bepleit dat er meer mogelijkheden komen waar deze jeugdigen langer kunnen verblijven dan een paar maanden of een jaartje.

Buiten de tot dusver genoemde ambulante en (semi)residentiële instellingen neemt ook de pleegzorg een aanzienlijk deel van de Rotterdamse jeugdigen voor rekening. Het onderbrengen van jeugdigen in pleeggezinnen verloopt niet voor ieder kind even gemakkelijk. Er zijn zelfs duidelijke categorieën kinderen voor wie het vinden van een geschikt pleeggezin buitengewoon problematisch is. Het betreft hier zwangere meisjes, dove kinderen en uit de derde wereld geadopteerde kinderen.

### 13.3 Overige probleemgroepen

In de voorgaande paragraaf hebben we stilgestaan bij de jeugdigen die men binnen de eigen

organisatie als een probleem beschouwt omdat men met deze jeugdigen moeilijk raad weet. Hetzij omdat men voor deze jeugdigen niet een adequaat vervolg kan vinden in de vorm van een geëigende hulpverleningsinstelling, hetzij omdat men aan deze jeugdigen niet dié begeleiding/behandeling kan geven die men zou willen.

Er is echter aan de deelnemende instellingen ook gevraagd aan te geven welke problematische jeugdigen men nog meer in de Rotterdamse regio waarneemt voor wie eigenlijk geen adequate hulp voorhanden is. Het blijkt dat er dan opnieuw categorieën probleemjeugdigen worden genoemd, maar het leidt niet tot de vermelding van veel niet eerder vastgestelde probleemcategorieën. Nieuw zijn de categorieën: zeer jonge kinderen en uitvallers met een lange hulpverleningsgeschiedenis.

Het meest wordt gewezen op jeugdigen met drugsproblematiek uiteenlopend van drugsverslaafd geboren kinderen tot heroïne prostituées.

### 13.4 Mogelijke oplossingen

In reactie op onze vraag welke aanpak men voor de onderscheiden probleemgroepen ziet kwamen verscheidene suggesties naar voren. Deels gaat het hier om suggesties in algemene zin (zo zou het kunnen/moeten), deels gaat het om suggesties die men zelf ter hand heeft genomen of zal nemen en deels betreft het voorstellen die men in de toekomst graag verwezenlijkt zou willen zien.

Omdat het hier open vragen betreft lopen de voorgestelde oplossingen qua karakter sterk uiteen.

Onder de noemer wenselijke oplossingen zijn de volgende voorstellen gedaan.

Ten eerste is er op gewezen (vooral door de residentiële voorzieningen) dat er in de regio capaciteit komt voor zeer intensieve behandeling van jeugdigen (met een besloten/gesloten afdeling) en dat er in de regio een vakinternaat wordt opgezet.

Ten tweede wordt er voor gepleit om de overgang van jeugdigen van de ene instelling naar de andere te verbeteren. Daarbij wordt gedacht aan de overgang van een landelijk instituut naar een Rotterdamse instelling, maar ook aan de overplaatsing van een jeugdige van een zware naar een lichte instelling en omgekeerd.

In het verlengde van dit voorstel is een vierde suggestie gedaan waarbij meer aandacht wordt gevraagd voor een betere samenwerking met de school met name met het Speciaal Onderwijs. Een vierde suggestie betreft het intensiveren van enkele lichte voorzieningen zoals kamertraining en begeleid wonen. Op deze wijze hoopt men via deze hulpverleningsvormen ook sterk problematische oudere jeugdigen beter te kunnen helpen.

In de vijfde plaats is er voor gepleit de hulpverlening meer te richten op het versterken van het sociale netwerk van de jeugdigen. Dat zou kunnen door de hulpverlener meer aanwezig te laten zijn op de school, in het werk, in het gezin en in de vrijetijd. In dit kader wordt ook geopperd meer casemanagement te betrachten en de hulpverlening flexibel te houden en niet te laten bureaucratiseren.

Onder de plannen van de eigen organisatie hebben we de volgende punten opgetekend.

1. Vanuit enkele jeugdpsychiatrische instellingen is men voornemens om zich meer toe te leggen op de meer specifieke psychiatrische stoornissen bij jeugdigen.



2. Enkele ambulante hulpverleningsinstellingen zijn van plan om meer uitbreiding te geven aan de projecten Families First en Video Hometraining. Daarnaast is genoemd dat men meer outreachend wil werken en zich meer wil laten zien op vindplaatsen als school, maar ook bij de politie.
3. Binnen enkele instellingen voor dagbehandeling worden initiatieven ontwikkeld om meer capaciteit vrij te maken voor problematische jonge kinderen.
4. Evenzo wordt er binnen de residentiële sector door enkele tehuizen gewerkt aan het scheppen van capaciteit voor jeugdigen die zijn aangewezen op een langer verblijf omdat zij niet in aanmerking komen voor een pleeggezin en evenmin terug kunnen keren in hun gezin gelot op de uitzichtloze situatie aldaar.
5. Tenslotte is er het voornemen om vorm te geven aan een type hulpverlening waarbij jeugdigen met zowel psychiatrische als orthopedagogische problemen een onderkomen kunnen vinden.

Tenslotte wijzen we op een aantal prioriteiten die door de deelnemende instellingen zijn genoemd als het gaat om een aanvaardbaar toekomstig jeugdbeleid.

Gedeeltelijk zijn deze prioriteiten al verwerkt in de vorige alinea's zoals het scheppen van meer mogelijkheden voor bepaalde probleemcategorieën zoals jeugdigen met psychiatrische en gedragsmatige stoornissen enerzijds en jeugdigen die op een langer tehuisverblijf zijn aangewezen anderzijds.

Verder zijn echter de volgende punten genoemd.

Ten eerste is gewezen op versterking van de samenwerking tussen zowel de jeugdbescherming, de jeugdhulpverlening en de jeugdgezondheidszorg als tussen de ambulante hulp, de dagcentra en de tehuizen. Ook de samenwerking tussen jeugdhulpverlening en school is als belangrijk speerpunt vermeld.

Ten tweede is gewezen op het meer realiseren van trajecthulp of circuitvorming in de hulpverlening teneinde te bevorderen dat er geen lacunes in het hulpaanbod optreden. Dit punt kan in het licht van de voorgaande opmerking worden gezien.

In de derde plaats is gewezen op het hanteren van meer onderling vergelijkbare diagnostische begrippen en methoden alsmede het uitvoeren van effectmetingen.

Ten vierde wordt er voor gepleit om in het toekomstig jeugdbeleid de normharmonisatie door te voeren en instellingen in dat kader ook de mogelijkheid te geven zich meer te specialiseren op bepaalde probleemgroepen.

Tenslotte komen we onder de noemer van het toekomstig jeugdbeleid verschillende voorstellen tegen die pleiten voor uitbreiding van de residentiële behandelingscapaciteit, voor meer opvoedingsondersteuning, voor meer intensieve ambulante hulp en voor verkorting van het verblijf in tehuizen.

### 13.4 Samenvatting

De belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk geven we hier puntsgewijs weer.

1. De jeugdigen die de hulpverleningsinstellingen in de regio Rotterdam de meest kopzorgen geven zijn:
  - jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen
  - jeugdigen met zowel psychiatrische problemen als ernstige gedragsproblematiek
  - zwakbegaafde jeugdigen met ernstige gedragsproblemen
  - zeer problematische, ongemotiveerde, onbeïnvloedbare gezinnen
  - problematische jeugdigen die op een langer tehuisverblijf zijn aangewezen.
2. Er worden verscheidene suggesties voorgesteld om het hulpaanbod te verbeteren. We noemen hier:
  - een flexibele hulpverlening die meer outreachend werkt en vaker aanwezig is op zgn. vindplaatsen
  - een betere overgang van de jeugdige van de ene hulpverlening naar de andere; in dat kader is gewezen op meer samenwerking en overleg
  - formulering van zorgprogramma's of behandeltrajecten waarmee lacunes in de hulpverlening voorkomen kunnen worden
  - scheppen van capaciteit voor enkele genoemde probleemcategorieën zoals jeugdigen met psychiatrische en gedragsstoornissen.
3. Over de aanwezige probleemcategorieën en knelpunten in de regio Rotterdam zijn de voorzieningen het redelijk met elkaar eens. Over de oplossingen is dat minder het geval. Zo pleit de één voor een zich toeleggen op meer specifieke psychiatrische stoornissen terwijl de ander juist oog wil houden voor jeugdigen die daarnaast ook orthopedagogische problemen te zien geven. Verder wordt enerzijds gepleit voor verkorting van het tehuisverblijf en intensief werken aan voorkoming van uithuisplaatsing, terwijl anderzijds wordt geopteerd voor uitbreiding van de residentiële capaciteit in de vorm van meer behandelingsmogelijkheden.
4. De onderzoeksbevindingen wijzen in het algemeen op een duidelijke bereidheid het hulpaanbod in de regio in kwalitatieve zin te versterken. Enkele instellingen hebben zelfs aangegeven zich op een nieuwe (zwaardere) taak te willen richten als dat in het toekomstig jeugdbeleid past.



### 14.1 Jeugdigen in de hulpverlening: een beknopte beschrijving

#### *Algemeen*

Wie zijn nu eigenlijk de jeugdigen die in de hulpverlening terecht komen?

Om te beginnen stellen we vast dat meer dan de helft van deze jeugdigen al eerder professionele hulp heeft ontvangen, hetzij ambulante en/of hetzij via een tehuis of een pleeggezin.

De meeste jeugdigen zijn van Nederlandse oorsprong, maar een flink deel (37%) heeft een andere etnische achtergrond.

Verder blijkt dat voor ruim een kwart van de jeugdigen een kindbeschermingsmaatregel is getroffen. Dat betreft in vrijwel alle gevallen een ondertoezichtstelling.

Voorts onderscheiden de jeugdigen voor wie hulp wordt gezocht zich doordat ruim een kwart van hen het (Voorgezet) Speciaal Onderwijs volgt of heeft gevolgd. Waar in Nederland 1 op de 15 jeugdigen een speciale vorm van onderwijs volgt gaat het hier om 1 op de 5 jeugdigen.

De jeugdigen zijn allemaal uit (zeer) problematische gezinssituaties afkomstig. Daarin speelt vooral pedagogische onmacht van de ouders een rol (82%), terwijl daarnaast affectieve verwaarlozing is geconstateerd (56%) alsmede veel onderlinge relatieproblemen (60%). Het feit ook dat slechts een derde van de jeugdigen bij aanmelding/opname bij de natuurlijke ouders woont zegt veel over de gezinsproblematiek.

In dit verband wijzen we er op dat de jeugdigen afkomstig zijn uit onevenredig veel gezinnen uit de lagere sociaal-economische stratificaties. In een indeling met 6 categorieën bevindt meer dan de helft van de gezinnen (58%) zich in beide laagste categorieën van geschoolde en ongeschoolde arbeiders.

De jeugdigen geven bij aanmelding/opname op veel terreinen problemen te zien. Deze problemen blijken te bestaan uit drie basisdimensies.

Ten eerste is er sprake van *sociale en cognitieve incompetentie*. Dat wil zeggen dat de jeugdigen problemen hebben met het reguleren van hun agressie in de omgang met anderen (leef-tijdgenoten en volwassenen) zowel op school als in de vrije tijd én dat zij op school leerachterstanden en motivatieproblemen vertonen.

Ten tweede is aan de orde *pre-delinquent gedrag* zoals weglopen, stelen, zwerven, vandalisme en verslaving.

De derde basisdimensie wordt gevormd door *intrapsychische problemen*. Daarbij gaat het om emotionele problemen (angst, depressie e.d.), psychosomatische klachten en psychiatrisch getinte problemen.

Veel jeugdigen geven blijk van overwegend sociaal-cognitieve incompetentie. Een bijna even groot deel kampt vooral met intrapsychische problemen, terwijl een relatief klein deel hoofdzakelijk pre-delinquent gedrag te zien geeft. Bij de meeste jeugdigen is echter sprake van een mengvorm van genoemde drie basisdimensies.

Ook wanneer we het probleemgedrag bepalen aan de hand een korte beoordelingslijst (KBL) die door de hulpverleners van elke jeugdige is ingevuld, keren de hiervoor genoemde ge-

dragsdimensies terug. Het gedrag blijkt dan uiteen te vallen in een gedragscomponent die verwijst naar agressief en onbeheerst zich laten gelden (overeenkomend met sociaal-cognitieve incompetentie en pre-delinquent gedrag) en een gedragsdimensie die refereert aan onzekerheid en kwetsbaarheid (overeenkomend met intrapsychische problemen).

We stellen verder vast dat jeugdigen die een vorm van het Speciaal Onderwijs volgen (of hebben gevolgd), jeugdigen die eerder professionele hulp hebben gehad en jeugdigen uit meer problematische gezinnen een verhoogd risico lopen op meer problematiek, zoals hiervoor door ons geschetst. Ook blijkt bij jongens meer probleemgedrag voor te komen dan bij meisjes en geven oudere jeugdigen significant meer problemen te zien dan jongere kinderen.

#### *Jeugdigen in de onderscheiden hulpverleningssectoren*

Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat de jeugdigen in de verschillende jeugdhulpverleningssectoren (en in hun hulpverleningsvarianten) **niet** zonder meer aan elkaar gelijk zijn. De vraag is meer: waarin onderscheiden zij zich van elkaar?

We geven hier in het kort antwoord op die vraag. Daarbij moet worden bedacht dat de genoemde verschillen niet wegnemen dat er een grote mate van overeenstemming bestaat tussen de onderscheiden hulpverleningssectoren en hun varianten.

Het blijkt dat zich in de **residentiële sector** vooral jeugdigen bevinden die uit zeer problematische gezinnen komen en al heel wat hulpverlening achter de rug hebben.

Bezien we de afzonderlijke hulpvarianten naar hun gemiddelde probleemzwaarte dan blijken de behandelingsvariant, de variant voor zwakbegaafden en de crisis/opvang/observatievariant de meest problematische jeugdigen te bevatten. Dat is evident minder het geval in het 'gewone tehuis' en in de centra voor kamertraining e.d.

De **sector dagbehandeling** bevat enerzijds vooral jeugdigen met sociaal en cognitief incompetent gedrag maar anderzijds komt daar weinig pre-delinquent gedrag voor. Het gaat vooral om jongere jeugdigen waarvan ruim de helft nog bij de natuurlijke ouders woont. Allochtone jeugdigen komen verhoudingsgewijs minder voor in deze sector.

Qua probleemzwaarte scoort de dagbehandeling in een psychiatrische setting het hoogst en de dagbehandeling voor jonge kinderen het laagst, voorzover de problemen hier in kaart werden gebracht.

De **ambulante sector** onderscheidt zich met gemiddeld minder problematische jeugdigen. deze jeugdigen hebben ook veel minder vormen van Speciaal Onderwijs gevolgd. Verder merken we op dat de jeugdigen in deze sector meer afkomstig zijn uit gezinnen die zich bevinden in relatief hogere sociaal-economische milieus.

Van de afzonderlijke hulpvarianten werkt de Raad voor de Kinderbescherming gemiddeld met de meest problematische jeugdigen en de variant Riagg/jeugdpsychiatrie met de minst problematische jeugdigen.

Voor de goede orde merken we daarbij op dat het bovenstaande een cross-sectionele momentopname van de aanmelding vormt.

Van de **overige instellingen** kunnen we stellen dat in vergelijking met alle andere hulpverleningsvarianten Families First met jeugdigen werkt die gemiddeld het meest problematisch zijn en tevens uit de meest problematische gezinnen komen. De jeugdigen in de pleegzorg

blijken gemiddeld duidelijk minder problematisch.

## 14.2 Afgewezen jeugdigen

Afgewezen jeugdigen onderscheiden zich van opgenomen jeugdigen doordat zij ouder zijn (gemiddeld 2 jaar), meer het Speciaal Onderwijs hebben gevolgd (of nog volgen), meer van Nederlandse afkomst zijn en meer anti-sociaal gedrag vertonen. Anders geformuleerd: jeugdigen met deze kenmerken lopen een verhoogd risico te worden afgewezen.

In dit beeld trekt uiteraard het anti-sociale gedrag (agressie, diefstal, weglopen e.d.) sterk de aandacht. Kennelijk hebben de jeugdhulpverleningsinstellingen voor deze problematiek niet altijd het passende antwoord in huis. Dat geldt met name voor de dagbehandelingssector waar deze jeugdigen nog vaker worden afgewezen dan in beide andere sectoren. Dat gaat ook op voor jeugdigen met een kinderschermingsmaatregel en jeugdigen die Speciaal onderwijs volgen. Zij krijgen in de dagbehandelingssector eveneens vaker nul op het rekest.

De instellingen noemen zelf als belangrijkste redenen om een jeugdige niet op te nemen: 'de problematiek is te zwaar' en 'we hebben geen adequaat hulpverleningsaanbod voor deze jeugdigen'. Deze argumentatie gaat op voor bijna driekwart van de afgewezen jeugdigen. Het meest komen deze redenen voor in de dagbehandeling en het minst in de ambulante sector.

Daarnaast is voor een vijfde van de afgewezen jeugdigen als reden opgegeven: geen plaats. Verder kwamen minder genoemde redenen voor als: te oud, te weinig gemotiveerd, problematiek is te licht e.a.

## 14.3 Uitvallers

Het blijkt dat een aantal jeugdigen tussentijds de hulpverlening verlaten. Het gaat in de meeste gevallen om jeugdigen die niet langer zijn te handhaven (33%) en jeugdigen bij wie de behandeling niet aanslaat (26%). Daarnaast wordt ook vaak als reden opgegeven dat de ouders en/of de jeugdigen niet langer bereid zijn mee te werken aan de behandeling (34%). Dat laatste argument wordt het meest gehoord in de ambulante sector en in de dagbehandeling.

Overigens betekent dit niet dat deze jeugdigen niet in een later stadium weer in het hulpverleningscircuit terecht komen (bijvoorbeeld via een jeugdbeschermingsmaatregel).

Dat het hier dikwijls gaat om jeugdigen met een slechte prognose moge blijken uit het feit dat voor tweederde van deze jeugdigen wordt aangegeven dat men de toekomst somber inziet. Voor de uitvallers in de residentiële sector schat men voor bijna driekwart in dat zij het in de toekomst niet zullen bolwerken.

Ook hier is de vraag aan de orde: wie zijn nu die uitvallers?

Om te beginnen zijn het jeugdigen die bij aanmelding/opname opvallend veel gedragsproblemen en gezinsproblemen te zien gaven.

Maar wat ging er nu precies mis tijdens de begeleiding/behandeling van deze jeugdigen?

Nadere analyse van de verschillende problemen tijdens het hulpverleningsproces geven drie typen jeugdigen te zien:

- jeugdigen met agressieve en relationele problemen
- jeugdigen met anti-sociale gedragingen (diefstal, spijbelen, softdrugs)
- jeugdigen met school/werkproblemen.

Het blijkt dat ongeveer de helft van de uitvallers behoort tot de eerste categorie van agressieve en relationeel gestoorde jeugdigen. Deze jeugdigen komen in gelijke mate voor in de drie door ons onderscheiden hulpverleningssectoren.

#### 14.4 Doelstellingen

De verschillende doelen die bij aanmelding/opname worden gesteld kunnen worden samengevoegd tot 5 categorieën:

- op de persoon gerichte doelen
- op de sociale omgang gerichte doelen
- op het gezin gerichte doelen
- op jonge kinderen gerichte doelen
- op school/werk gerichte doelen.

Van deze doelstellingen worden de op de persoon gerichte doelen (verbetering van het emotioneel functioneren, vermindering van de gedragsproblematiek en versterking van de persoonlijkheid) het sterkst benadrukt.

De problematiek en de doelen hangen redelijk inzichtelijk met elkaar samen. Toch zijn er ook vragen.

Ten eerste blijkt bij nadere analyse dat de samenhang tussen agressie resp. sociaal-cognitieve incompetentie met het doel verbetering van het gedrag een duidelijk sterkere samenhang vertoont dan die tussen intrapsychische problemen en verbetering van het emotioneel functioneren en het ondersteunen van de persoonlijkheid. Kennelijk staat de hulpverlener bij het externaliserende gedrag (agressie, sociale incompetentie) duidelijker voor ogen welk doel dient te worden nagestreefd dan bij de intrapsychische problemen.

Ten tweede blijkt dat de systematische samenhang tussen problemen en doelen het minst sterk is in de ambulante sector.

En ten derde stellen we vast dat gezinnen met relationele problemen wél gezinsdoelen meekrijgen, maar dat voor gezinnen met affectieve verwaarlozing en pedagogische onmacht géén gezinsdoelen worden gesteld. Met name in de residentiële sector waar sprake is van veel gezinsproblematiek roept deze bevinding vragen op.

Ook oudere jeugdigen en jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel krijgen evident minder gezinsdoelen mee. Dat geldt eveneens voor jeugdigen die het Speciaal Onderwijs hebben gevolgd (of nog volgen).

#### 14.5 Werkwijze

De werkwijze van de jeugdhulpverlening is te onderscheiden een groot aantal activiteiten. In deze paragraaf staan we stil bij de meest kenmerkende categorieën van het hulpverlenend handelen.

*Algemene hulpverlenende activiteiten*

Direct nadat is besloten een jeugdige in begeleiding/behandeling te nemen worden verschillende activiteiten beoogd variërend van het regelen van bepaalde klussen tot het nader verkennen van de problematiek. Het blijkt dat deze voorgenomen activiteiten zijn te onderscheiden in drie clusters:

- regelen van praktische en materiële zaken
- geven van informatie en voorlichting
- starten met inhoudelijke hulpverlening.

Het laatste cluster algemene activiteiten komt het meest voor terwijl het regelen van praktische en materiële zaken het minst is aangetroffen.

Een verdere analyse laat zien dat het verstrekken van hulp in de zin van praktische en materiële kwesties het meest wordt gehanteerd bij de jeugdigen met pre-delinquent gedrag en bij oudere jeugdigen. De vraag is waarom voor deze (zeer problematische) jeugdigen geen inhoudelijke activiteiten worden aangewend. Mogelijk vormen de aanwezige problemen daartoe een belemmering.

*Accenten in de begeleiding/behandeling*

In de begeleiding/behandeling van de jeugdigen worden drie basisvormen onderscheiden:

- bevordering van autonomie
- sturing en disciplineren
- affectie en empathie.

Het zijn vooral de jeugdigen met sociale en cognitieve incompetentie die een sterk sturende en disciplinerende aanpak krijgen. De jeugdigen met meer intrapsychische problemen ontvangen een begeleiding waarin de affectieve en empathische accenten domineren.

*Inschakeling ouders*

Eerder wezen we op de gebrekkige samenhang tussen gezinsproblemen en doelen om de relaties met en in het gezin te verbeteren. We staan stil bij de vraag in hoeverre instellingen van plan zijn om de ouders bij de behandeling te betrekken. Dat voornemen is redelijk sterk aanwezig, zij het niet in alle sectoren even sterk.

Wanneer we ons afvragen voor welke jeugdigen men géén terugkeer naar huis voor ogen heeft dan blijkt het volgende. Het zijn vooral de oudere jeugdigen en de jeugdigen met pre-delinquent gedrag die niet in aanmerking komen om naar huis terug te keren. Dat is eveneens het geval met jeugdigen die uit meer problematische gezinnen komen. Ook voor hen wordt een weg terug niet haalbaar geacht.

*Inschakeling deskundigen*

Het zijn vooral de psycholoog en de orthopedagoog die tijdens het hulpverleningsproces worden ingeschakeld. Voor ongeveer de helft van de jeugdigen zijn de instellingen van plan deze deskundige er bij te betrekken.

Er wordt vooral gebruik gemaakt van deze en andere specialisten als de jeugdigen meer problemen geven en als de jeugdigen jonger zijn. Minder begrijpelijk is de bevinding dat voor jeugdigen uit minder problematische gezinnen eveneens meer hulp krijgen toegezegd van deskundigen.



*Teambesprekingen*

Ruim de helft van de jeugdigen wordt wekelijks tot maandelijks besproken in het team van begeleiders. Voor de andere helft geldt een lagere frequentie; voor 1 op de 5 jeugdigen geldt zij slechts eenmaal in het half jaar in een bespreking aan bod komen.

We constateren een systematische samenhang tussen de frequentie van het teamoverleg en de problematiek. Bepaalde jeugdigen komen vaker in bespreking. Dat zijn de oudere jeugdigen, de jeugdigen met meer storend probleemgedrag, de jeugdigen die al eerder meer ambulante hulp hebben ontvangen en jeugdigen die uit gezinnen komen met meer problematiek.

*De drie hulpverleningssectoren*

Er bestaan tussen de drie onderscheiden sectoren grote overeenkomsten in benadering en aanpak van de jeugdigen. Maar er zijn ook duidelijke verschillen.

In de *residentiële sector* wordt in de begeleiding veel nadruk gelegd op het sturen en disciplineren van de jeugdigen. Verder onderscheidt deze sector zich van de andere sectoren door slechts in beperkte mate de ouders bij de hulpverlening in te schakelen. In de residentiële sector wordt een terugkeer van de jeugdigen naar het gezin voor het merendeel van de jeugdigen niet beoogd.

In de *sector dagbehandeling* komen erg weinig hulpverlenende activiteiten voor die we kunnen scharen onder de noemer: hulp in praktische en materiële kwesties. In deze sector treffen we meer dan in andere sectoren het voornemen om de ouders bij de behandeling in te schakelen. Verder valt op dat in de dagbehandelingssector meer gebruik wordt gemaakt van de orthopedagoog en de medisch specialist.

De *ambulante sector* onderscheidt zich door duidelijk minder accent op sturing en disciplineren in de begeleiding en behandeling van de jeugdigen te leggen. Voorts wordt meer een beroep gedaan op de deskundigheid van de psycholoog.

**14.6 Eenmalige contacten**

Niet elke jeugdige die contact opneemt met een instelling op het terrein van de jeugdhulpverlening komt terecht in een langer durende hulpverlening. Er zijn ook jeugdigen en ouders die aan één contact voldoende hebben om weer verder te kunnen. De vraag is: wie zijn deze jeugdigen en wat zijn hun problemen?

Aan de hand van 125 jeugdigen verspreid over 4 instellingen werd deze vraag beantwoord.

*Enkele algemene kenmerken*

Ten eerste blijkt dat vrijwel alle leeftijden voorkomen maar dat bijna tweederde van hen 12 jaar of ouder is. De jeugdigen van 0 tot 12 omvat ruim een derde (36%). Daarbij valt op dat hoe lager de leeftijd hoe vaker het om meisjes gaat, terwijl onder de oudere jeugd de jongens duidelijk in de meerderheid zijn.

Ten tweede stellen we vast dat een flink deel (36%) van de jeugdigen een niet-Nederlandse achtergrond heeft.

Ten derde blijkt dat ruim de helft van de jeugdigen zich alleen aanmeldt. De overige jeugdigen komen met vrienden, ouder, familie e.a.

Ten vierde blijkt dat ruim een kwart bij de oorspronkelijke ouders woont (27%). Het grootste aantal woont echter bij moeder of vader alleen of met nieuwe partner (37%). De rest woont

zelfstandig, heeft geen vaste woonplaats, woont bij familie enz.

### *Problematiek*

De problemen waarmee men aanklopt lopen sterk uiteen zowel qua ernst als qua aard. De belangrijkste twee zijn:

- materiële problemen
- kindermishandeling.

De eerste categorie problemen treffen we overwegend aan bij oudere jeugdigen (opgevangen door jeugdadviesbureaus), terwijl de kindermishandeling aanzienlijk meer voorkomt bij de jongere kinderen (Bureaus Vertrouwensartsen).

De Kindertelefoon wordt verhoudingsgewijs veel geconfronteerd met relatieproblemen met leeftijdgenoten en met vragen over seksualiteit.

### *Adviezen*

Ruim een derde van de meldingen mondt uit in een doorverwijzing. Dat betreft dan instellingen als de Raad voor de kinderbescherming, de Riagg, de Rutger Stichting en andere instellingen op het terrein van de jeugdhulpverlening en het algemeen maatschappelijk werk. We mogen aannemen dat de problemen waar het hier om gaat meer deskundigheid vereist. Via deze weg zullen alsnog jeugdigen het hulpverleningscircuit binnen komen.

Een tweede bijna even grote groep jeugdigen klopt met problemen aan waarbij informatie en/of een gericht advies voldoende lijkt om de betreffende jeugdige weer energie te geven om door te gaan.

Dan is er een groep jeugdigen (bijna een vijfde) waarbij de jeugdige wordt geholpen in het oplossen van praktische zaken variërend van huisvesting tot studiefinanciering.

## **14.7 Probleemzwaarte**

Voor een beter inzicht in de vraag hoe de problematiek van de jeugdigen naar zwaarte is verdeeld in het veld van de jeugdhulpverleningsinstellingen hebben we ons beperkt tot de belangrijkste probleemindicatoren.

Het gaat om probleemscores van de jeugdigen (sociaal-cognitieve incompetentie, pre-delinquentie en emotionele problematiek) en om gezinsscores (relationele problemen, verwaarlozing en problemen van de moeder).

### *Residentiële sector*

De jeugdigen van 7 tot 12 jaar blijken hier meer problematisch dan de jeugdigen onder 7 jaar of boven 12 jaar. Dat geldt niet voor het pre-delinquente gedrag; dat treffen we evident vaker aan bij de jeugdigen van 12 jaar en ouder.

Wat de probleemzwaarte betreft is er een grote mate van overlap tussen de onderscheiden hulpverleningsvarianten. Er zijn echter ook duidelijke verschillen.

Als het om de problemen van de jeugdigen gaat dan treffen we in het gewone tehuis verhoudingsgewijs veel jeugdigen aan met een geringe problematiek. Daar staat tegenover dat in deze residentiële variant ook veel jeugdigen worden aangetroffen uit zeer problematische gezinssituaties.

Voor de categorie zwakbegaafden geldt dat er in deze variant verhoudingsgewijs veel jeugdi-

gen met ernstige problematiek zijn opgenomen. Dat is ook het geval met de crisisopvangcentra waar met name het pre-delinquente gedrag domineert. Ook in de behandelingscentra treffen we relatief veel jeugdigen met ernstige problemen, maar in deze variant was dat ook te verwachten.

#### *Dagbehandeling*

De problematiek zowel van de jeugdige als in zijn gezin is sterker aanwezig bij de oudere jeugd. Men kan stellen dat met het stijgen van de leeftijd de problemen hier toenemen.

Wat de probleemzwaarte betreft in de drie onderscheiden hulpverleningsvarianten kunnen we het volgende concluderen.

De meeste problematiek zien we in de dagbehandeling in een psychiatrische setting, althans wat de jeugdige zelf betreft. De gezinsproblematiek is hier duidelijk veel minder.

De minste problematiek wat het kind betreft zien we in de centra voor de jongere kinderen, voorzover de problemen in dit onderzoek in kaart werden gebracht. Het betreft hier een gemiddelde dat tot stand komt door enerzijds relatief veel jeugdigen met ernstige problemen en anderzijds jeugdigen met weinig kindproblemen.

#### *Ambulante sector*

Met het stijgen van de leeftijd nemen ook hier de problemen toe. Dat is heel sterk het geval met pre-delinquent gedrag alsook met gezinsrelationele problemen.

De hulpverleningsvarianten Jeugdbescherming en Raad voor de kinderscherming tellen verhoudingsgewijs de meest problematische jeugdigen en gezinnen.

De variant Riagg/Kinderpsychiatrie omvat relatief veel jeugdigen met weinig gezinsproblemen.

### **14.8 Knelpunten gesignaleerd door jeugdhulpverleningsinstellingen**

Aan de instellingen die in de Rotterdamse regio opereren ten behoeve van jeugdigen in problemen zijn een aantal vragen voorgelegd. Deze vragen hebben enerzijds betrekking op categorieën jeugdigen voor wie in de regio geen adequate opvang/begeleiding/behandeling aanwezig is en anderzijds op oplossingen en suggesties waarmee in het toekomstig jeugdbeleid rekening dient te worden gehouden.

De drie belangrijkste probleemcategorieën zijn:

- jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen (anti-sociaal, agressief, delinquent)
- jeugdigen met psychiatrische én gedragsstoornissen
- ongemotiveerde gezinnen.

Het betreft hier de categorieën die het meest zijn genoemd. Voor de ambulante sector is veelal de klacht dat men voor deze jeugdigen geen plaats kan vinden in de (semi)residentiële sector en dat met de gezinnen niet valt samen te werken, terwijl voor de dagcentra en tehuizen het probleem is dat men geen adequaat hulpaanbod voor deze jeugdigen heeft.

Maar er zijn meer probleemgroepen genoemd. We geven hier deze probleemcategorieën weer:

- zwakbegaafde jeugdigen met gedragsstoornissen
- jeugdigen met drugsproblemen

- jeugdigen die langer op tehuisopvoeding zijn aangewezen (omdat ze noch naar huis noch naar een pleeggezin kunnen)
- zeer jonge kinderen met problemen
- uitvallers met een lange hulpverleningsgeschiedenis.

Er zijn verscheidene suggesties gedaan hoe het hulpverleningsaanbod in de regio gewijzigd dient te worden. We beperken ons tot de meest genoemde voorstellen:

- meer residentiële capaciteit voor intensieve behandeling
- een vakinternaat
- capaciteit voor gesloten opvang
- intensiveren van lichte residentiële voorzieningen (zoals kamertraining)
- opvang voor jeugdigen met psychiatrische en gedragsstoornissen
- tehuis capaciteit voor jeugdigen die langer op een tehuis zijn aangewezen.

Daarnaast zijn voorstellen gedaan om meer aandacht te geven aan de volgende punten:

- de overgang van de jeugdigen van de ene naar de andere voorziening
- meer samenwerking met het Speciaal Onderwijs
- een hulpverlening die flexibeler is en meer outreachend
- meer samenwerking tussen de verschillende sectoren en voorzieningen
- meer werken met trajecthulp
- meer systematische diagnostiek, evaluatie en effectmeting.



## 1. Conclusie

Jeugdigen met anti-sociaal en pre-delinquent gedrag worden thans onvoldoende door het huidige aanbod geholpen. Deze categorie wordt vaker afgewezen en valt eveneens vaker tussentijds uit de hulpverlening. Verder zijn er aanwijzingen dat als deze jeugdigen worden aangemeld/opgenomen er geen pedagogisch inhoudelijke hulp wordt geboden, maar dat zij slechts bij praktische zaken worden geholpen. Ook de bevinding dat de instellingen zelf zeggen dat deze groep hen veel hoofdbreken kost geeft aan dat het hier om een zeer problematische categorie jeugdigen gaat.

In alle drie jeugdhulpverleningssectoren weet men weinig of geen raad met deze jeugdigen. Met name is dat het geval in de sector dagbehandeling. Nu vindt een relatief grote toestroom van deze jeugdigen plaats naar de centra voor opvang/crisis/observatie. Daar vindt echter geen behandeling plaats.

### Aanbeveling

Zowel in de ambulante als in de (semi)residentiële sector dient een hulpverleningsaanbod te worden gecreëerd dat is afgestemd op deze jeugdigen. Daarnaast zal ook in het preventief jeugdbeleid meer aandacht moeten komen voor deze categorie jeugdigen.

Voor de korte termijn kan daarbij gedacht worden aan:

- aanscherpen van de diagnostiek en indicatiestelling, zowel inhoudelijk (efficiënt diagnostisch instrumentarium om de beoogde doelgroep op te sporen) als procedureel (multisectorale verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling in bijvoorbeeld het bureau jeugdzorg situeren);
- gericht(er) gebruik maken van bestaande succesrijke hulpprogramma's (Kursushuis-methodiek e.d.)
- ontwikkelen van en experimenteren met nieuwe behandelingsvormen, - programma's en/of - trajecten
- invoeren van vroegtijdige onderkenning van risicofactoren bij individuele jeugdigen en snelle correctie daarvan via het inschakelen van geschikte vormen van jeugdhulpverlening in het verlengde van het experiment 'jeugdmonitor'

Op de lange termijn kan worden gedacht aan:

- structureel uitbreiden het algemeen preventief jeugdbeleid met een preventief jeugdbeleid gericht op risicogroepen en risicojeugdigen (vroegtijdige signalering en correctie van risicofactoren bij risicogroepen en individuen)
- invoering van een systeem van monitoring in de jeugdhulpverlening (tijdige signalering en correctie van uitval)
- de noodzaak nagaan van het scheppen van een beperkt aantal plaatsen voor gesloten opvang in de eigen regio
- bezien in welke mate voor deze categorie gebruik dient te worden gemaakt van boven

regionale of landelijke voorzieningen.

## 2. Conclusie

De jeugdigen komen vrijwel allemaal uit problematische gezinssituaties. Problemen van jeugdigen gaan sinds jaar en dag hand in hand met problemen in het gezin. Niet voor niets wordt dan ook algemeen aanvaard dat bij problemen van jeugdigen het gezin daarbij dient te worden betrokken. Blijkens dit onderzoek gebeurt dat echter niet.

We stellen vast dat voor jeugdigen die afkomstig zijn uit gezinnen met relationele problemen wél gestreefd wordt naar verbetering van (het contact met) het gezin, maar dat dit systematisch niet het geval is als het gezin problemen heeft zoals verwaarlozing en pedagogische onmacht. Met andere woorden: hoe problematischer de gezinnen hoe minder kans dat zij bij de hulpverlening worden betrokken.

Met name in de residentiële sector zien we dat de ouders slechts in beperkte mate bij de behandeling worden betrokken. Dit bevreemdt des te meer omdat in de tehuizen zich de jeugdigen bevinden die uit de meest problematische gezinnen komen.

### Aanbeveling

Er dient meer te worden gestreefd naar inschakeling van het gezin bij de hulpverlening aan de jeugdige. Dat geldt zowel voor de dagbehandeling, de ambulante hulp als de residentiële zorg. Met name in de residentiële sector zijn duidelijke aanwijzingen dat de meest problematische gezinnen buiten de behandeling blijven. Op de korte termijn kan daarbij worden gedacht aan:

- het planmatiger en intensiever betrekken van de ouders in de behandeling. Dit kan enerzijds door hen een duidelijk plaats toe te wijzen in de behandeling (expliciteren van de gezins/oudersgerichte hulpverleningsdoelen en hulpactiviteiten), maar ook door het versterken van de binding met de hulpverlening (bijvoorbeeld door de ouders/gezinsleden van het begin af intensief bij het opstellen van de begeleidingsplannen te betrekken).
- tot afspraken komen tussen opnemende en plaatsende instellingen over de vraag wie de begeleiding van het gezin voor zijn rekening zal nemen en welke inhoud deze begeleiding zal krijgen
- bestaande succesvolle begeleidingsstrategieën toepassen of experimenteren met nieuwe begeleidingsstrategieën die in staat zijn om de meest problematische gezinnen te activeren en te beïnvloeden.

## 3. Conclusie

Het is bekend dat jeugdigen in tehuizen in onevenredige mate afkomstig zijn uit de lagere sociaal-economische milieus. Ook voor de huidige onderzoekspopulatie is dat weer vastgesteld. Het blijkt echter dat dit niet overal het geval is. Met name in de dagvariant waar kinderen in een psychiatrische setting worden geholpen en in de ambulante hulpverleningsvariant Riagg/kinderpsychiatrie de jeugdigen uit evident hogere milieus afkomstig zijn. Dat geldt in dit onderzoek deels ook voor projecten als Families First en Time Out. Het lijkt er op dat het beschikbare hulpverleningspotentieel in Rotterdam niet in gelijke mate is verdeeld over de in problemen verkerende jeugdigen en hun gezinnen.

### Aanbeveling

Verscheidene hulpverleningsvarianten dienen zich af te vragen of zij niet een te hoge

drempel hebben opgeworpen voor meer achtergestelde bevolkingsgroepen. Nu wordt aan deze categorieën jeugdigen en hun gezinnen bepaalde deskundigheden onthouden. Dat betreft meestal expertise die juist in hoge mate in deze hoogdrempelige hulpverleningsvarianten aanwezig is.

In dit verband wijzen we niet alleen op jeugdigen uit de sociaal-economisch lagere stratificaties, maar vooral ook op de *allochtone jeugdigen*. Zij komen aanzienlijk minder voor in de zojuist genoemde hulpverleningsvarianten.

Het komt ons voor dat het beoogde Bureau Jeugdzorg hier een belangrijke sturende rol dient te vervullen.

#### 4. Conclusie

Jeugdigen die het (Voortgezet) Speciaal Onderwijs hebben gevolgd geven dikwijls veel problemen te zien. Dit onderzoek toont aan dat deze jeugdigen meer kans hebben te worden afgewezen of voortijdig het hulpverleningsproces (moeten) verlaten. Ook wordt voor deze jeugdigen evident minder gepoogd het gezin bij de behandeling te betrekken. Voorts geeft het feit dat de samenhang tussen schoolproblematiek en het doel 'de schoolsituatie verbeteren' niet overtuigend aanwezig is eveneens stof tot nadenken. Kennelijk krijgt de schoolproblematiek onvoldoende aandacht.

##### Aanbeveling

Op de korte termijn dient het hulpverleningsaanbod voor deze groep jeugdigen te worden herijkt, zodanig dat:

- nauwer wordt samenwerkt met de scholen voor het Speciaal Onderwijs met het oog op vroegtijdige signalering en ondersteuning van deze groep jeugdigen
- meer aandacht wordt besteed aan de schoolproblematiek van deze jeugdigen.

Op lange termijn dient te worden gezien in hoeverre binnen de regio Rotterdam behoefte is aan een eigen vakinternaat voor deze groep jeugdigen dan wel gebruik wordt gemaakt van boven regionale voorzieningen.

#### 5. Conclusie

De samenhang tussen agressief gedrag en het doel het gedrag te verbeteren is in alle sectoren sterk aanwezig. Het minst is dat echter het geval in de sector dagbehandeling.

In diezelfde sector vinden we voorts dat een systematisch verband ontbreekt tussen intrapsychische problemen en de doelen die daar bij passen zoals de persoonlijkheid ondersteunen en het emotioneel functioneren.

Terwijl de sector dagbehandeling enerzijds relatief veel problematische jeugdigen bevat, is zij anderzijds (nog) niet bij machte een duidelijke koppeling te maken met daarop aansluitende doelstellingen.

##### Aanbeveling

De dagsector dient op de korte termijn na te gaan of de diagnostiek van de aanwezige problematiek wel voldoende scherp is om tot geëigende doelstellingen en daarop afgestemde behandelingsaanpakken te komen (bevorderen of herijken van planmatig werkwijzen).

#### 6. Conclusie

De analyse van de samenhang tussen problematiek en methodiek wijst uit dat agressief



gedrag in alle sectoren aangepakt wordt via het aanbrengen van sterk sturende en disciplinerende begeleidingsaccenten. De onhanteerbaarheid van agressieve gedragsproblematiek blijkt echter tevens de belangrijkste reden voor uitval uit de hulpverlening te zijn. Dit duidt er op dat de genoemde aanpak voor een deel van de agressieve jeugdigen kennelijk onvoldoende effect sorteert.

Structurende begeleidings- en behandelingsprogramma's hebben doorgaans een gunstig effect bij externaliserende gedragsproblematiek. Dat zulke programma's bij een deel van de jeugdigen niet aanslaan kan een aantal oorzaken hebben. Allereerst kan een onjuist structureringsprogramma zijn toegepast. Programma's kunnen bijvoorbeeld slecht toegesneden zijn geweest op de capaciteiten van de jeugdige (bijvoorbeeld te weinig of juist te sterk cognitief gericht). Daarnaast kunnen programma's onjuist zijn toegepast. Ze kunnen bijvoorbeeld te globaal, te sterk op de (leef)groep gericht of te weinig bindend, verplichtend of intensief zijn geweest. Ook kan sprake zijn geweest van onvoldoende aanvullende individuele begeleiding, bijvoorbeeld via individuele gedrags- of psychotherapie. Tot slot moet de mogelijkheid niet worden uitgesloten dat de gesignaleerde probleemgroep een geheel nieuwe aanpak vereist.

### **Aanbeveling**

De hulpverlening dient zich in het licht van het bovenstaande te bezinnen op de bestaande aanpak van de agressieve jeugdigen en op korte termijn een effectievere aanpak voor deze jeugdigen te specificeren. Daarbij kan onder meer worden aangehaakt bij de inzichten van de cognitieve gedragstherapeutische benadering.

Gedragswetenschappelijk geschoolde stafmedewerkers binnen de instellingen dienen bij het ontwikkelen en implementeren van dergelijke programma's een belangrijke rol spelen. Mogelijk moeten zij in hun takenpakket aan deze programma-ontwikkeling meer prioriteit verlenen ten koste van bijvoorbeeld activiteiten als begeleiding van groepsleiding en maatschappelijk werkers. Ook is het mogelijk dat zij ter ondersteuning van de dagelijkse programma's meer aandacht moeten besteden aan de individuele begeleiding van agressieve jeugdigen (zie verder ook onder punt 1).

## **7. Conclusie**

De problemen zijn niet overal in de jeugdhulpverlening even zwaar. De meeste gedragsproblematiek wordt gemeld in de dagbehandelingssector, terwijl de meeste gezinsproblematiek is aangetroffen in de residentiële sector. Binnen de sectoren zijn vervolgens weer nadere differentiaties aan te brengen. De vraag is: zit elke jeugdige wel op de juiste plaats?

Het blijkt dat er tussen de verschillende hulpverleningsvarianten een grote mate van overlap bestaat. Deze overlap is soms zo groot dat de duidelijke profilering in een aantal gevallen in het geding is.

### **Aanbeveling**

In de *residentiële sector* zullen de onderscheiden hulpverleningsvarianten zich scherper moeten differentiëren zodat duidelijker wordt voor welke jeugdigen men een adequaat hulpverleningsaanbod in huis heeft. Nu varieert de overlap van jeugdigen met een gelijke probleemzwaarte van ongeveer 40 tot 65%.

Die nadere profilering maakt enerzijds een meer gerichte werkwijze mogelijk en stelt anderzijds plaatsende instellingen in staat beter te kunnen bepalen in welke variant een be-

paalde jeugdige het beste kan worden geplaatst.

Ook in de *sector dagbehandeling* is nadere profilering gewenst. Met name in de dagbehandeling voor jonge kinderen komen qua probleemzwaarte zeer uiteenlopende kinderen voor. Tevens wekt het bevreemding dat de jeugdigen in de dagbehandeling in een psychiatrische setting uit zulke weinig problematische gezinnen komen.

In de *ambulante sector* is eveneens sprake van overlap van jeugdigen met een vergelijkbare problematiek en probleemzwaartes. Enerzijds leidt dat tot de suggestie de beschikbare middelen dan ook maar meer gelijkelijk te verdelen, anderzijds geldt ook hier het advies de pedagogische identiteit van de verschillende ambulante varianten te verhelderen. Voorts valt in de ambulante sector op dat er in de Riagg/kinderpsychiatrie veel problematische jeugdigen voorkomen met weinig gezinsproblemen. De vraag is of dat wel zo vanzelfsprekend is.

De bevindingen van dit onderzoek kunnen mede een leidraad vormen bij de discussie over de profilering van de hulpvarianten, onder andere door de empirische doelgroepen in de hulpvarianten te vergelijken met de door de instellingen/het beleid beoogde (zie ook punt 10).

We merken voorts nog op dat ook een gebrekkige diagnostiek en indicatiestelling aan het begin van de hulpverleningsrit mede oorzaak kan zijn van de overlap tussen hulpvarianten. Het verdient in het verlengde van punt 1 aanbeveling om de procedures voor diagnostiek en indicatiestelling nog eens goed tegen het licht te houden en - voorzover deze nog niet bestaan - expliciete criteria voor indicatiestelling te specificeren (in de trant van: bij deze constellatie van probleemfactoren is dat type hulpaanbod het meest geëigend).

## 8. Conclusie

Inventarisatie van de meningen van de deelnemende instellingen levert verschillende opmerkingen en voorstellen op die in het empirische onderzoeksgedeelte niet zo duidelijk naar voren kwamen. We wijzen daartoe op probleemcategorieën zoals jeugdigen met psychiatrische en gedragsstoornissen, zwakbegaafden met gedragsstoornissen en jeugdigen voor wie een lang tehuisverblijf is voorzien.

Voorts vermelden we suggesties als meer aandacht voor trajecthulp, systematische diagnostiek, flexibeler opstelling, meer samenwerking tussen sectoren en varianten e.d.

### Aanbeveling

Deze opmerkingen dienen nader onder de loep te worden genomen en te worden gezien op hun realiteitswaarde om daaraan vervolgens uitwerking te geven.

Op korte termijn dient te worden onderzocht in hoeverre er in de regio voldoende juiste plaatsen zijn voor jeugdigen met psychiatrische én gedragsstoornissen. Dat geldt eveneens voor de groep zwakbegaafde jeugdigen met ernstige gedrags- en gezinsproblemen, die blijkens dit onderzoek momenteel vooral in de centra voor zwakbegaafden verblijven.

## 9. Conclusie

Het huidige onderzoek heeft een cross-sectioneel beeld geschetst van de huidige situatie bij opname. Dat beeld werd vooral gebaseerd op de jeugdigen die tijdens de onderzoeksperiode werden aangemeld, dan wel werden afgewezen of voortijdig uitvielen.

De hulpverlening aan deze jeugdigen werd niet gevolgd, noch werden de jeugdigen ge-

volgd in hun ontwikkeling tijdens de hulpverlening. Evenmin werd nagegaan hoe het de jeugdigen verder verging na afsluiting van de hulpverlening.

Voor een aanhoudende kijk op de ontwikkelingen, en voor een diepgaander inzicht in de hulpverlening en in de effecten van de hulp, is het noodzakelijk de hulpverlening aan en de ontwikkeling van de jeugdigen en hun gezinnen meer permanent te volgen.

### **Aanbeveling**

Op basis van het huidige onderzoeksmateriaal dient een instrumentarium (en een procedure) te worden ontwikkeld waarmee zowel de hulpverlening aan als de ontwikkeling van de jeugdigen kan worden gevolgd. Hierdoor wordt het niet alleen mogelijk de effecten van de hulp te bepalen, maar ook vroegtijdige bepaalde trends of ontwikkelingen op te merken en het beleid tussentijds bij te sturen.

## **10. Conclusie**

De primaire doelstelling van het onderhavige onderzoek was een aantal eerste bouwstenen aan te reiken voor de ontwikkeling van een empirisch gefundeerd jeugdhulpverleningsbeleid in de regio Rotterdam. Daartoe werd van alle hulpvarianten een cross-sectionele steekproef getrokken van de opgenomen, afgewezen en voortijdig vertrokken jeugdigen. Van deze jeugdigen werd de problematiek in kaart gebracht, als ook de doelstellingen en de methodiek van de hulpverlening. Aan de hand hiervan werd een beeld geschetst van de hulpvraag en het hulpaanbod in de regio. Tevens werd in kaart gebracht welke aansluiting er tussen beide bestaat en welke knelpunten er zijn.

Een onderzoek dat een zo omvangrijk onderwerp exploreert als de aansluiting van de hulpvraag en het hulpaanbod in de regio Rotterdam kan uiteraard niet anders dan zich in eerste instantie richten op de hoofdlijnen. Een gevolg daarvan is echter wel dat op een aantal beleidsrelevante detailvragen nog geen antwoord gegeven is. Zo vond er nog geen analyse plaats van de hulpvragen en het hulpaanbod van de individuele instellingen. Doelgroepprojecten binnen hulpvarianten, zoals de hulpverlening aan drugsverslaafde ouders, werden als onderdeel van de betreffende hulpvariant verwerkt en niet individueel beschreven. Voorts werd niet concreet ingegaan op vragen zoals hoeveel plaatsen er van een bepaald hulpaanbod dienen te verdwijnen dan wel erbij behoren te komen, en hoeveel jeugdigen van buiten de regio door de Rotterdamse jeugdhulpverlening worden bediend. Ook werd het verloop van de hulpverlening niet expliciet in de analyses betrokken, omdat het onderzoek geen volgend karakter had. Hierdoor hebben we geen beeld kunnen schetsen van het verloop van de problematiek en het effect van de hulp. De hamvraag ‘werkt de hulpverlening nu wel of niet?’ werd daardoor nog niet beantwoord.

Naast het feit dat nog niet alle vragen konden worden beantwoord, roept een aantal onderzoeksbevindingen ook nieuwe vragen op. Zo kan men zich afvragen voor bepaalde probleemgroepen die onvoldoende geholpen worden of voortijdig om negatieve redenen uitvallen: ‘maar wat werkt dan wel?’

### **Aanbeveling**

Verschillende nog niet beantwoorde vragen kunnen worden beantwoord via secundaire analyse van de gegevens van dit onderzoek, via bestudering van de (nationale en internationale) empirische onderzoeksliteratuur, en via nieuw empirisch onderzoek.

---

Voor de korte termijn dient aan de volgende onderwerpen aandacht te worden besteed:

- een empirische toetsing van de beleidsvoornemens inzake de verdeling van genorm-harmoniseerde functies over de regionale instellingen (ofwel in hoeverre stemt de voorgenomen verdeling van plus, basis en minvarianten over de instellingen in de regio overeen met feitelijk aangetroffen probleemzwaartes). Deze vraag kan beantwoord worden via secundaire analyse van het onderhavige onderzoeksmateriaal;
- gedetailleerder inzicht krijgen in het hulpaanbod op instellings- en doelgroepniveau. Deze vraag kan eveneens beantwoord worden via secundaire analyse van het onderhavige onderzoeksmateriaal;
- het vertalen van de bevindingen van dit onderzoek in een 'handleiding' die de diagnostiek en indicatiestelling van het bureau Jeugdzorg kan ondersteunen;
- het onderzoeken van de kwaliteit en de effectiviteit van de bestaande of recentelijk gestarte nieuwe projecten of trajecten ten behoeve van specifieke doelgroepen probleemjeugdigen teneinde de mogelijke succes-factoren op het spoor te komen (voor welke probleemjeugdigen werkt het wel, en voor welke niet, en waar hangt dat mee samen?);
- het opsporen van in de regio implementeerbare methoden of projectvormen die de gesignaleerde probleemgroepen effectief kunnen bedienen via een onderzoek van nationale en internationale onderzoeksliteratuur en databanken, alsmede via kennisname van bestaande effectieve projecten.

Op de middellange termijn kan het effect van het hulpaanbod in kaart worden gebracht. Dit onderzoek zou op de langere termijn uit moeten monden in de implementatie van een cliëntvolgsysteem waarin de hulpverlening en de ontwikkeling van de jeugdigen systematisch worden vastgelegd in een aantal kernvariabelen (zie ook punt 9).

