



Het feedbacksysteem: competent?!

Onderzoek naar de bruikbaarheid van het feedbacksysteem bij de huidige
doelgroep jongeren in de residentiële leefgroepen binnen divisie 1 van
Valkenheide

Universiteit Utrecht
Master Orthopedagogiek
Werkveld Jeugdzorg

Student: M. Wigboldus (3140245)
Thesisbegeleider: Mevr. dr. H. E. Storsbergen
Tweede beoordelaar: Dhr. dr. J. B. M. Jansma
27 juni 2008

Student

M. Wigboldus
De Boeg 2
3823 TM Amersfoort

Universiteit

Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Martinus J. Langeveldgebouw
Heidelberglaan 1
3584 CS Utrecht
030-534700

Thesisdocent: Mevr. dr. H. E. Storsbergen
Tweede beoordelaar: Dhr. dr. J. B. M. Jansma

Instelling

Valkenheide LSG
Valkenheide 26
3953 MD Maarsbergen
0343-439211

Thesisbegeleider: Dhr. A. F. J. van Ommen



Universiteit Utrecht



Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van een jaar lang onderzoek. Met mijn studievriendin Corinne van Rooij ben ik twee keer per week samengekomen om veel energie in het onderzoek te steken. Ik ben blij dat ik het afgelopen jaar met haar heb kunnen samenwerken. Ze was er van het begin tot het eind en dat heeft me er echt doorheen gesleept. We konden altijd bij elkaar terecht en vulden elkaar aan, wanneer we het even niet meer wisten. Mijn dank gaat uit naar mijn begeleidster op de Universiteit, Hester Storsbergen. Het was fijn om te merken dat ze meedacht en me de begeleiding gaf die ik nodig had. Verder gaat mijn dank uit naar mijn praktijkbegeleider op Valkenheide, Toon van Ommen, die mij op het idee heeft gebracht om dit onderzoek uit te voeren en tussentijds feedback heeft gegeven. Tevens wil ik ook Theo Verhagen bedanken, die mij in de gelegenheid heeft gesteld om mijn onderzoek op Valkenheide voort te zetten, ondanks het feit dat ik halverwege het jaar gestopt ben met mijn stage. Het was fijn om te merken dat zowel de medewerkers als de jongeren actief deelnamen aan dit onderzoek, door de betrokkenheid die ze toonden en de tijd die ze beschikbaar stelden om de vragenlijsten in te vullen. Zonder die hulp had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Tot slot wil ik mijn ouders, zusje, broertje en vrienden bedanken voor hun emotionele steun, die ik zeker in dit jaar nodig heb gehad. Het afstuderen kostte veel tijd, wat ervoor zorgde dat ik mijn aandacht niet altijd even goed kon verdelen.

Mieke Wigboldus

Amersfoort, 2008

Het feedbacksysteem: competent?!

Onderzoek naar de bruikbaarheid van het feedbacksysteem bij de huidige doelgroep jongeren in de residentiële leefgroepen binnen divisie 1 van Valkenheide

Abstract

Background: Valkenheide is an organisation which offers quality service and looks at the capabilities of the client by working with methods like level of reward. **Aim:** The aim of this study is to check to what extent the problems of the adolescents influence the intensity of relapse and the duration of residence in their current level of reward, as applied in the residential groups. **Method:** A number of interviews were held with the adolescents and staff members that are currently residing / working in the first division of Valkenheide. Feedback cards were filled out by 58 adolescents, which uncovered their current problems. **Results:** The results suggest that problems among adolescents and co-morbidity of disorders are related to the degree of relapse, the duration of residence and the level of reward. Various external factors, such as stressful life events, substance use and readiness for change, appear to be an influence. **Conclusions:** It is very important to teach the social workers how to create an individualized level system for youth with complex problem behaviour. More research is needed to obtain results that can be generalized.

Key-words: Level of treatment, problem behaviour, residential setting

Inleiding

Sinds de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (2005), die bepaalt dat elke jongere recht heeft op behandeling en cliëntgerichte hulp, is er groeiende aandacht voor kwaliteitszorg. Organisaties zijn sinds de invoering van deze wet zelf verantwoordelijk voor het bieden van kwaliteitszorg en dienen hierover jaarlijks een verslag uit te brengen aan de Gedeputeerde Staten, inspectie jeugdzorg en cliëntenorganisaties (Ross - Van Dorp & Donner, 2005). Er is een trend zichtbaar dat de inspectie jeugdzorg en de zorgverzekeraars daarom meer waarde gaan hechten aan het HKZ-keurmerk (HKZ, n.d.). Dit keurmerk toont aan dat de zaken binnen de organisatie goed op orde zijn, de klant centraal staat en de kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt. Een model dat het uitgangspunt vormt voor deze kwaliteitsverbetering is de PDCA-Cirkel (Diephuis, 2004). Dit model bestaat uit het plannen van activiteiten en stellen van doelen (Plan), doen van de geplande activiteiten (Do), studie in hoeverre de

afgesproken doelen zijn gerealiseerd (Check), en actie door een analyse te maken van afwijkingen waarop het proces kan worden aangepast (Act). Eén van de instellingen die werkt volgens dit model en daarmee kwaliteit kan aantonen door het HKZ-certificaat, is Valkenheide. Valkenheide maakt onderdeel uit van de Leo Stichting Groep (LSG). Dit is een koepelorganisatie die verschillende multifunctionele organisaties voor jeugdzorg en speciaal onderwijs bestuurt (Leo Stichting Groep, 2007). De aanmelding voor zorg verloopt via Bureau Jeugdzorg Utrecht. Jaarlijks worden in Nederland 1 op de 200 jongeren uit huis geplaatst. 47% van deze jongeren komt terecht in de residentiële jeugdzorg (Knorth & Van de Berg, 1994). Concreet gaat het hierbij om 25.000 tot 30.000 jeugdigen per jaar. In de provincie Utrecht maakten in 2005 in totaal 553 jongeren gebruik van residentiele zorg (Uitvoeringsprogramma Jeugdzorg, 2007). Hiervan gaan gemiddeld 30 jongeren per jaar naar de residentiële groepen van Valkenheide.

De methodiek van Valkenheide is systeemgericht. Hierbij staat de context van de jongere centraal en wordt deze ook betrokken bij de behandeling. Daarnaast werkt Valkenheide vanuit het competentiemodel. Het competentiemodel is in de jaren zeventig ontstaan als reactie op het 'stoornissenmodel', waarin het probleemgedrag van de jongeren vooral wordt gezien als een vorm van psychopathologie (Slot & Spanjaard, 2003; Slot, 1988, in: Koops & Spanjaard, 1998). De nadruk bij het competentiemodel ligt op een positieve benadering, waarbij de jongere in eerste instantie nieuw gedrag aanleert, zodat hij voor zichzelf een betekenisvolle plek kan verkrijgen binnen de samenleving (Beenker & Bijl, 2003). Competentie wordt gezien als een evenwichtstoestand, waarvan sprake is wanneer een individu over voldoende vaardigheden beschikt om de taken te vervullen waarvoor hij/zij in het dagelijks leven gesteld wordt (Slot & Spanjaard, 2003). In het competentiemodel wordt naast het probleemgedrag en de vaardigheidstekorten van een jongere, ook rekening gehouden met het ontwikkelingsniveau van de jongere en bijbehorende ontwikkelingstaken. Daarbij worden individuele kwaliteiten en sociale ondersteuning in de (toekomstige) omgeving opgespoord en geactiveerd. Ontwikkelingstaken die volgens Slot en Spanjaard bij jongeren tussen de 12 en 21 jaar horen, zijn positiebepaling ten opzichte van ouders, onderwijs volgen of werken, voorzien in eigen onderhoud, omgaan met autoriteit en instanties, zorgen voor gezondheid en uiterlijk, aangaan van sociale contacten en vriendschappen en het ontwikkelen van intieme en seksuele relaties. Een tekort aan competenties kan probleemgedrag in standhouden, danwel veroorzaken.

Effect van het feedbacksysteem op diverse probleemgedragingen

Als ondersteuning bij het competentiegericht werken, kan gebruik worden gemaakt van een feedbacksysteem. Dit systeem is bedoeld om de jongere aan de hand van verschillende behandel niveaus bewust te maken van zijn gedrag (Slot & Spanjaard, 2003). Door het toekennen van punten wordt er extra nadruk gelegd op de gebruikelijke feedback die de jongere krijgt. Uit onderzoek is gebleken dat een dergelijk feedbacksysteem afname van het probleemgedrag stimuleert (Kazdin, 1982; 1997). De effecten blijken vaak ook op de langere termijn nog zichtbaar. Dit laatste lijkt echter niet te gelden voor jongeren met delinquent gedrag. In het Amerikaanse rapport *Youth Violence* (Rapport, 2001) naar het effect van verschillende methodieken op jongeren met delinquent gedrag is gebleken dat de werkwijze volgens een beloningssysteem effect heeft zolang de jongere in een tehuis verblijft. Na ontslag uit de instelling blijken veel jongeren weer terug te vallen in hun oude gedrag.

Er zijn slechts weinig onderzoeken uitgevoerd die het effect van een veralgemeniseerd feedbacksysteem op de leefgroep bekrachtigen. Tevens blijkt het feedbacksysteem voor een aantal jongeren niet toereikend te zijn (Kazdin, 1982). Scheuermann, Webber, Parting en Knies (1994) geven aan dat er in een algemeen feedbacksysteem te weinig rekening wordt gehouden met de individuele mogelijkheden van de jongere. Ander onderzoek bevestigt deze bevinding. Zo blijkt dat een geïndividualiseerd feedbacksysteem, waarbij het niveau wordt aangepast aan dat van de jongere, meer effectief is dan een gestandaardiseerd feedbacksysteem (Hagopian et al., 2002). Naast jongeren met een benedengemiddelde intelligentie, blijken ook jongeren met ADHD, ODD of een pervasieve ontwikkelingsstoornis gebaat bij een geïndividualiseerd feedbacksysteem (Hagopian et al., 2002; Ferretti, Cavalier, Murphy & Murphy, 1993). De jongeren blijken hierdoor beter in staat om competenties aan te leren. Wanneer gekeken wordt naar jongeren met ADHD, blijkt dat door toepassing van het feedbacksysteem het gedrag van deze jongeren normaliseert (Barkley, 2002) Bovendien blijkt het feedbacksysteem een zichtbaar positief effect te hebben op schoolprestaties, sportprestaties en de thuissituatie (Reitman, Hupp, O'Callaghan, Gulley & Northup, 2001; Kelly & McCain, 1995). Sonuga-Barke (2002) zet ADHD uiteen in twee subtypes. Bij het eerste type is sprake van een disregulatie van actie en gedachten waardoor er sprake is van een verminderde impulscontrole. Het tweede type uit zich door een vertraagde motiverende stijl, waardoor de beloning op het gedrag minder snel binnenkomt. Met name dit laatste type jongeren blijkt meer baat te hebben bij onmiddellijke bekrachtiging van positief gedrag. Rapport, Murphy en Bailey (1982) geven aan dat medicatie een positief effect heeft op jongeren met ADHD. Desondanks is uit hun onderzoek gebleken dat bij deze jongeren een

periode zonder medicijnen minstens even effectief kan zijn, wanneer zij behandeld worden met behulp van een beloningssysteem. Uit andere onderzoeken is gebleken dat in de meeste gevallen een combinatie van medicatie en een beloningssysteem een groter effect heeft op sportprestaties en gedrag in de klas, dan een enkele interventie (Carlson, Pelham, Milich & Dixon, 1992; Pelham et al., 1993; Reitman et al., 2001). Bij jongeren met ODD blijkt het belangrijk te zijn om het probleemoplossend vermogen te benadrukken (Kazdin, 1995). Bij jongeren met een pervasieve ontwikkelingsstoornis is het van belang om met name de sociale competentie te vergroten door te werken aan de schakelvaardigheid van de jongere (Teunisse et al., 2007).

Niet alleen de aanwezige psychopathologie is van invloed op het aanleren van vaardigheden en ontwikkelingstaken. Ook interne en externe factoren kunnen de behandeling beïnvloeden (Slot & Spanjaard, 2003; Van der Ploeg, 1997).

Interne factoren die de behandeling kunnen beïnvloeden

Simons (1999) benoemt in een artikel over vaardigheden, belemmeringen en ontwikkelingen van leren dat het van belang is dat mensen zowel individuele doelen stellen als doelen, waarbij een beroep wordt gedaan op het groepsproces. Hierbij blijkt leren effectiever, wanneer iemand gemotiveerd is om te veranderen (Davanloo, 1978, Strupp, 1980, Verhulst, 1988, Schippers, 1996, in: Van Binsbergen, 2003). In het transtheoretisch model van Prochaska, DiClemente en Norcross (1992) wordt er een onderscheid gemaakt tussen zes fasen waarin mensen zich kunnen bevinden in hun motivatie tot verandering. Tijdens de eerste fase, de fase van *voorbekouwing*, staat het individu niet open voor veranderingen. De tweede fase is de fase van *overpeinzing*. In deze fase wil het individu binnen een half jaar iets aan zichzelf veranderen. Hierin worden verschillende keuzes overwogen, maar gaat het individu nog niet over tot actie. Wanneer het individu van plan is om binnen een maand over te gaan tot actie, bevindt deze zich in de derde fase, de fase van *voorbereiding*. Dan volgt de *actiefase*. Hierin heeft het individu tijdens de afgelopen zes maanden zichtbare veranderingen bewerkstelligd. In de fase van *behoud*, die hierop volgt, probeert het individu terugval in het oude gedrag te voorkomen. Hierbij staat niet het veranderen op zich, maar het behouden van het nieuwe gedrag centraal. Tijdens de *afrondingsfase* heeft het individu zich het nieuwe gedrag zo eigen gemaakt dat er geen sprake meer is van terugval in het oude gedrag. Bij het aanleren van nieuwe vaardigheden is het van belang dat er wordt aangesloten bij de fase waarin de jongere zich bevindt in zijn motivatie tot verandering. Naast de motivatie tot

verandering zijn er ook andere interne factoren die het proces van leren kunnen beïnvloeden, zoals leeftijd en sekse (Van der Ploeg, 2005).

Externe factoren die de behandeling kunnen beïnvloeden

Bij het aanleren van nieuwe competenties kunnen omgevingsfactoren, zoals stressvolle gebeurtenissen, het leerproces belemmeren (Van der Ploeg, 1997). Sandler en Block (1979) hebben een schaal voor stressvolle gebeurtenissen ontwikkeld, waarin factoren beschreven staan die de ontwikkeling van kinderen kunnen verstoren. Hierbij blijken vooral echtscheiding, overlijden van een ouder en ongelukken een grote belemmering te kunnen vormen. Daarnaast kan ook risicovol gedrag, zoals middelengebruik, het probleemgedrag zodanig versterken dat het een belemmerende invloed kan hebben op de ontwikkeling van de jongere (Van der Ploeg, 1997; Ter Bogt, 1992).

Valkenheide feedbacksysteem

Het huidige feedbacksysteem op Valkenheide is in 2002 officieel geïmplementeerd. Er is gekozen voor dit feedbacksysteem, aangezien de doelgroep van Valkenheide in 2000 voornamelijk bestond uit normaalbegaafde jongeren met antisociaal gedrag (ODD/CD) en aandacht-/ hyperactiviteitproblemen (ADHD). Het gaat ervan uit dat alle jongeren een vast startpunt hebben. Ook de promotiecriteria zijn voor alle jongeren gelijk, het gaat uit van het gemiddelde of standaardcriteria. De jongere moet een minimaal aantal punten halen om privileges te kunnen verdienen. De punten die boven het minimum aantal punten worden behaald, tellen als vooruitgangspunten. Hieronder is weergegeven hoeveel punten de jongere moet halen, alvorens deze kan promoten naar een volgend niveau. De tijd in maanden is een streefperiode en kan dus een langer of korter tijdsbestek in beslag nemen.

Niveau 1: streefduur 3 maanden, 500 vooruitgangspunten (per dag minimaal 16, maximaal 33 punten te behalen). Doel: aanleren van de dagelijkse routine.

Niveau 2a: streefduur 4 maanden, 250 vooruitgangspunten (per week minimaal 245, maximaal 406 punten te behalen). Doel: werken aan individugerichte vaardigheden (bijvoorbeeld zelfcontrole).

Niveau 2b: streefduur 4 maanden, 250 vooruitgangspunten (per week minimaal 265, maximaal 420 punten te behalen). Doel: werken aan vaardigheden die naar buiten richten (sociale vaardigheden, dagbesteding, contact met ouders en voorbereiding niveau 3).

Niveau 3: streefduur 3 maanden, 250 vooruitgangspunten (per week minimaal 265, maximaal 420 punten te behalen). Doel: toekomstperspectief inzichtelijk maken.

Vertrekniveau: streefduur 2 maanden. Doel: zonder feedbackkaart toewerken naar de periode na de behandeling.

Elke jongere begint in principe in niveau 1, waarbij het aanleren van basisvaardigheden centraal staat.

Uit een onderzoek van Van den Boogaard en Menkehorst (2004) is gebleken dat de problematiek van de jongeren die op Valkenheide verblijven sterk uiteenloopt. Zo zijn er de laatste jaren op Valkenheide beduidend meer jongeren met een benedengemiddelde intelligentie. Ook blijken de jongeren op Valkenheide, in vergelijking met de jongeren die in andere Nederlandse residentiele voorzieningen verblijven, volgens bovengenoemde onderzoekers zeer ernstige psychosociale problemen te hebben. Deze problematiek is in de afgelopen jaren ook toegenomen. Aangezien al sinds 2002 gewerkt wordt met het huidige feedbacksysteem, is het daarom noodzakelijk om het systeem geëvalueerd en mogelijk bijgesteld wordt (Spanjaard, 2005). De middelen en uitvoering van het feedbacksysteem zijn afhankelijk van de doelgroep waarmee gewerkt wordt (Spanjaard, 2005). In de praktijk is gebleken dat een aantal jongeren herhaaldelijk terugvalt in een eerder behandelniveau, of moeite heeft om te promoveren. Doel van dit onderzoek is om na te gaan in hoeverre er een samenhang is tussen de problematiek van de jongere en de mate van terugval en de verblijfsduur in behandelniveau op de feedbackkaart. Hieronder zijn de onderzoeksvragen geformuleerd.

1. In hoeverre verschillen de resultaten van de feedbackkaarten van de onderzochte steekproef met de verwachtingen, zoals die vermeld staan in de inleiding, betreffende de verblijfsduur in niveau en de te behalen punten bij promotie in behandelniveau?

De verwachting is dat de gegevens van de steekproef verschillen met de gegevens uit de handleiding, aangezien er uit een onderzoek naar de doelgroepverzwaring is gebleken, dat er binnen Valkenheide sprake lijkt te zijn van een toename in aanmeldingen van jongeren met een ernstige problematiek (Van den Boogaard & Menkehorst, 2004).

2. In hoeverre verschilt de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau tussen jongeren die wel en geen professionele hulp kregen voor aanvang van de behandeling op Valkenheide?

De verwachting is dat de problematiek van de jongeren die eerdere hulpverlening hebben genoten groter is, waardoor de jongeren sneller/vaker zullen terugvallen en langer zullen verblijven in de verschillende behandel niveaus dan jongeren die geen eerdere hulp hebben ontvangen voor de start van de behandeling op Valkenheide.

3. In hoeverre is er een samenhang tussen de vastgestelde diagnose en de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau?

De verwachting is dat naarmate de problematiek van de jongere ernstiger is, dit de behandeling zal beïnvloeden en dus de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau zal verhogen (Van der Ploeg, 2005).

4. In hoeverre is er een samenhang tussen de interne factoren (zie Figuur 1) van de jongere en de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau?

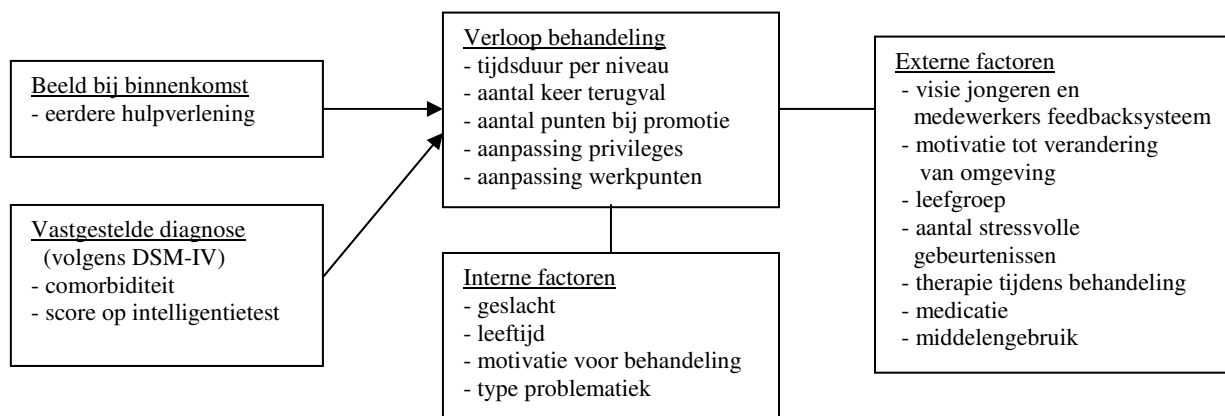
Verwacht wordt dat een zwaardere problematiek van de jongere en verminderde motivatie voor behandeling samenhangt met een grotere mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau (Van der Ploeg, 1997; Van Binsbergen, 2003).

De laatste vraag van het onderzoek luidt als volgt:

5. Welke externe factoren (zie Figuur 1) zijn mogelijk van invloed op de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau?

Verwacht wordt dat externe factoren samenhangen met de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau (Van der Ploeg, 1997, 2005; Van Binsbergen, 2003; Prochaska et al., 1992).

De vragen met onderliggende deelvragen zijn schematisch weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1. Conceptueel model naar de relatie tussen problematiek van de jongere en het verloop van de behandeling

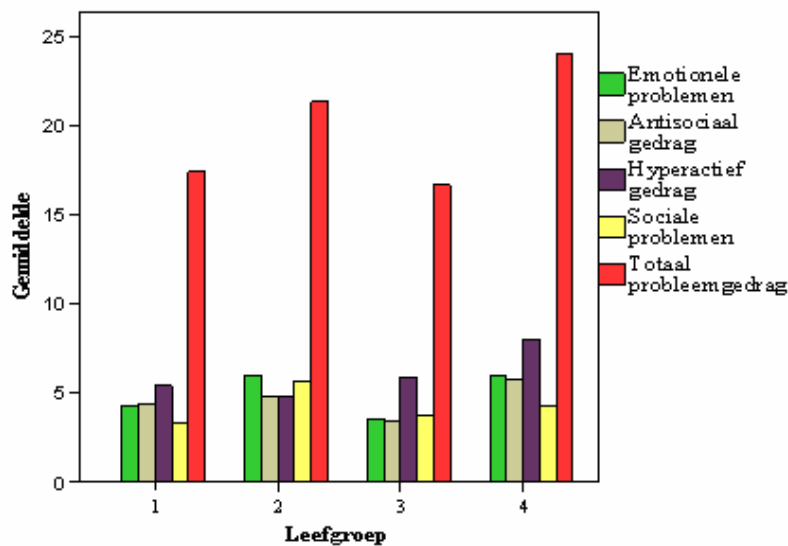
Methode

Onderzoeksgroep

Het onderzoek heeft betrekking op de hele populatie jongeren die in de periode van september 2007 tot mei 2008 verbleven op één van de vier residentiële behandelsettings van Valkenheide uit divisie 1, namelijk de Klink ($n = 11$), 't End ($n = 12$), de Reehorst ($n = 11$) en de Heikant ($n = 10$). Daarnaast zijn er enkele jongeren betrokken in het onderzoek, die niet

meer op Valkenheide verblijven, maar waar wel gegevens van bekend waren. Hierdoor komt het totale aantal jongeren uit op 58. Het gaat hierbij om 47 jongens en 11 meisjes tussen de 11 en 20 jaar met ernstige gedrags- en/ of ontwikkelingsproblemen. De gedragsproblemen bestaan voornamelijk uit vastgestelde externaliserende problematiek, zoals antisociaal gedrag (ODD/CD; $n = 29$), aandachttekort/hyperactiviteitstoornis (ADHD; $n = 15$), jongeren met een dreigende persoonlijkheidsstoornis ($n = 7$). Bij 20 jongeren is er sprake van één vastgestelde problematiek. Bij 22 jongeren is er sprake van comorbiditeit in stoornissen. De intelligentie van de jongeren varieert van moeilijk lerend ($n = 10$), benedengemiddeld ($n = 21$) gemiddeld ($n = 3$) en begaafd ($n = 4$). Bij 16 van de 58 jongeren zijn er geen gegevens over diagnostisch onderzoek bekend. Er zijn in totaal 21 pedagogische medewerkers en vier teamcoördinatoren betrokken bij dit onderzoek. Hierdoor komt het totale aantal participanten uit op 79.

In Figuur 2 is weergegeven hoe de problematiek van de jongeren is verdeeld over de verschillende leefgroepen. Het gemiddelde geeft de score aan van de SDQ. Hoe hoger dit gemiddelde, hoe ernstiger het probleemgedrag.



Figuur 2. Gemiddelde score van de jongeren op probleemgedrag tussen de verschillende leefgroepen.

Procedure

Bij de dataverzameling is gebruik gemaakt van meerdere methoden, namelijk een dossieranalyse en het afnemen van een aantal vragenlijsten. Bij de dossieranalyse zijn de meest actuele resultaten uit diagnostisch onderzoek die voorkomen uit de DSM-IV gebruikt om mee te nemen bij de toetsingen. Vanwege de grootte van de steekproef is ervoor gekozen om jongeren met hechtingsproblematiek, oppositionele gedragsstoornis (ODD/CD),

aandachtstekort/ hyperactiviteitstoornis (ADHD), internaliserende problematiek en / of een dreigende persoonlijkheidsontwikkeling mee te nemen. In bijlage 1 is weergegeven welke overige gegevens zijn verzameld uit het dossier. De data uit het dossier zijn samen met een medestudent verzameld en gecontroleerd, om te grote invloed van de onderzoeker te voorkomen.

Aan de hand van de aanwezige persoonsgebonden feedbackkaarten op de groep is per jongere nagegaan wat de scores in punten waren op de feedbackkaarten bij promotie naar een hoger behandelniveau. Hierbij is ook gekeken naar de periode in maanden die nodig was om te kunnen promoveren en in hoeverre er sprake was van terugval.

Om een actuele score van het huidige probleemgedrag vast te stellen, is aan de mentoren van de jongeren gevraagd om de SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) in te vullen. Verder is er eenmalig een vragenlijst verspreid onder 58 jongeren en 25 medewerkers van de vier residentiële leefgroepen uit divisie 1 van Valkenheide. Uit deze vragenlijst zijn kwalitatieve gegevens verzameld betreffende het effect van het huidige feedbacksysteem op de leefgroep en de motivatie tot verandering. De vragenlijsten ‘motivatie tot verandering’ voor de medewerkers en de ‘motivatie voor behandeling’ voor jongeren zijn gebaseerd op de URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*) De vragenlijsten zijn bijgevoegd in bijlage 2. Van de 58 jongeren hebben 35 jongeren de vragenlijst ingevuld (60%). Bij de medewerkers hebben 21 van de 25 medewerkers de vragenlijst ingevuld (84%). Aangezien de respondenten representatief zijn voor de totale onderzoekspopulatie is deze mate van respons voldoende tot goed. Uit een analyse van de missende waarden is gebleken dat alle ingevulde vragenlijsten meegenomen kunnen worden in dit onderzoek

Meetinstrumenten

Vragenlijst ‘Motivatie voor Behandeling’

Om de motivatie voor behandeling onder jongeren vast te stellen, is er een vragenlijst samengesteld, die is afgeleid van de oorspronkelijke URICA (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983). Er is voor dit meetinstrument gekozen, aangezien dit instrument toepasbaar is voor een veelzijdigheid van problemen. De totale betrouwbaarheid van de URICA is Cronbach’s alpha .86 (Van de Velde, Palmans, Broekaert, Rousseau & Van der Straeten 2006). Aangezien uit eerder onderzoek bekend is, dat de vragen van de oorspronkelijke URICA veelal meervoudig te interpreteren zijn (Van der Meer et al., 2003), is er bij het vertalen rekening gehouden met duidelijkheid van de vraagstelling en zijn enkele vragen uit de vragenlijst verwijderd. Daarna is de homogeniteit van de vragenlijst opnieuw getoetst.

De betrouwbaarheid van de totale vragenlijst Motivatie voor Behandeling is Cronbach's alpha .75. Om de homogeniteit van de afzonderlijke schalen te verhogen zijn in totaal 13 items verwijderd. Het eerst deel van de vragenlijst bestaat uit 25 meerkeuzevragen, waarbij de keuzemogelijkheid is: 1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = mee eens en 4 = helemaal mee eens. De fase waarin de jongere zich bevindt, wordt bepaald aan de hand van de formule en scoringstabel van de URICA (DiClemente, 2008). De vragenlijsten zijn bijgevoegd in Bijlage 2. De Cronbach's alpha van de URICA en de vragenlijst 'Motivatie voor Behandeling' zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1

Betrouwbaarheid schalen van de Vragenlijsten URICA en Motivatie voor Behandeling

	URICA		Motivatie voor Behandeling	
	<i>n</i>	α	<i>n</i>	α
Voorbeschouwing	8	.50	3	.70
Overdenking	8	.78	5	.74
Actie	8	.87	5	.72
Behoud	8	.89	6	.66

Het tweede deel van de vragenlijst omvat vragen met betrekking tot de visie van de jongeren op de huidige manier van behandelen. Hierbij zijn zowel open als gesloten vragen toegevoegd. Aan het einde van de vragenlijst is de jongeren gevraagd aan te kruisen hoeveel stressvolle gebeurtenissen ze tijdens de behandeling hebben meegemaakt. De stressvolle gebeurtenissen zijn gebaseerd op de *Stressful Life Event Schale* (Sandler & Block, 1979).

Vragenlijst 'Motivatie tot Verandering'

De vragenlijst 'Motivatie tot Verandering' is bijna gelijk aan het eerste deel van de vragenlijst 'Motivatie voor Behandeling'. De vragen zijn echter toegespitst op de medewerkers. De Cronbach's alpha van de totale vragenlijst bedraagt .70. De betrouwbaarheid van de afzonderlijke schalen is weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2

Betrouwbaarheid schalen van de vragenlijst motivatie tot verandering

	<i>n</i>	α
Voorbeschouwing	5	.73
Overdenking	6	.61
Actie	3	.80
Behoud	5	.67

Vragenlijst 'Effectiviteit Feedbacksysteem'

Om na te gaan wat de visie van de medewerkers is op het huidige feedbacksysteem is er een vragenlijst ontwikkeld met zowel open als gesloten vragen. Het gaat hierbij om voordelen, nadelen en verbeterpunten van het huidige feedbacksysteem en in hoeverre de medewerkers het nuttig vinden om met het huidige feedbacksysteem te werken. De vragenlijst is bijgevoegd in bijlage 2.

SDQ

Om het probleemgedrag van de jongeren in kaart te brengen, is aan de mentoren van de jongeren gevraagd om de SDQ in te vullen, die gewoonlijk wordt ingevuld door leerkrachten. De items die specifiek geldig zijn voor leerkrachten, namelijk de impact op de leerkracht, zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. De SDQ is ontwikkeld door Goodman (1997). De betrouwbaarheid en validiteit van de SDQ is goed. De Cronbach's alpha bedraagt .80. Dit wil zeggen dat de interne consistentie van de schalen van de SDQ goed is. (Vogels, Crone, Hoekstra en Reijneveld, 2005; Widenfelt, Goedhart, Treffers & Goodman, 2003; Klasen et al., 2000; Goodman & Scott, 1999). De vragenlijst is bedoeld om het gedrag van kinderen tussen de 4 en 16 jaar in kaart te brengen. Aangezien er bij dit onderzoek zeven jongeren waren die ouder waren dan 16, is er voor deze onderzoeksgroep opnieuw een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. De Cronbach's alpha van de onderzoeksgroep bleek voldoende, namelijk .69. De SDQ bestaat uit 25 vragen die worden gescoord op een driepuntsschaal: niet waar, een beetje waar en zeker waar. Het gedrag van de kinderen is onderverdeeld in 5 schalen, namelijk emotionele problemen, antisociale problemen, hyperactieve problemen, relatieproblemen en pro-sociaal gedrag. De eerste vier schalen brengen samen het totale probleemgedrag in kaart.

Analyses

De analyses in dit onderzoek worden uitgevoerd met behulp van het programma SPSS 14.0. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is er gebruik gemaakt van een One sample t-test, de Spearman en Pearson Correlatietest, de Kruskal-Wallis-toets, een MANOVA en een ANOVA.

Resultaten

Verloop van de behandeling

Kijkend naar het verloop van de behandeling is gebleken dat het gemiddelde van de behandelduur en punten in behandelniveau bij de steekproef hoger lag dan de verwachting, zoals vermeld in de Handleiding Valkenheide Feedbacksysteem 2000. Zo verbleven de jongeren op Valkenheide gemiddeld langer in behandelniveau 1 en 3 dan volgens de handleiding verwacht werd. Hierbij bleken de jongeren van leefgroep 3 en 4 significant langer te verblijven in behandelniveau 1. De jongeren van leefgroep 3 moesten daarnaast gemiddeld meer punten behalen in dit niveau om te kunnen promoveren en verbleven vervolgens ook langer in niveau 2a dan theoretisch werd verwacht. Tenslotte bleken alle jongeren op Valkenheide meer punten te moeten behalen in niveau 2a en 3 alvorens zij promoveerden of de behandeling werd afgerond. De resultaten zijn weergegeven in Bijlage 3A.

De Handleiding Valkenheide Feedbacksysteem 2000 gaat er vanuit dat de jongeren meer privileges krijgen, naarmate ze in een hoger behandelniveau komen. Uit de gegevens van de steekproef is gebleken dat 6 van de 38 jongeren een aanpassing ondervonden in de privileges. Bovendien blijkt dat de werkpunten die gedurende elk behandelniveau dienden te veranderen in sommige gevallen hetzelfde gebleven. De resultaten zijn zichtbaar in Tabel 3.

Tabel 3

Overzicht van de aanpassing in werkpunten op de feedbackkaart

Is er sprake van aanpassing?	Ja	Deels	Nee
Aanpassing werkpunten niveau 2a-2b	5	7	10
Aanpassing werkpunten niveau 2b-3	3	5	3

Beeld bij binnenkomst

Gebleken is dat eerdere hulpverlening vóór Valkenheide geen verschil maakte op de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau met jongeren die geen eerdere hulpverlening hebben gehad.

Vastgestelde diagnose van de jongere

Er blijkt geen verschil waarneembaar tussen de afzonderlijke stoornissen zoals die zijn vastgesteld bij diagnostisch onderzoek en de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau. Wel blijkt dat er een verschil is in terugval en verblijfsduur in behandelniveau wanneer er sprake is van comorbiditeit van stoornissen ($F = 117.40$; $df = 1$; p

= .01). Bij een ANOVA bleek er voor de afzonderlijke variabelen (mate van terugval en verblijfsduur in de verschillende behandel niveaus) geen significant verschil te bestaan.

De ernst van de problematiek, die is verkregen aan de hand van een dossieranalyse, bleek niet samen te hangen met de mate van terugval en verblijfsduur in behandel niveau. Er leek wel een trend waarneembaar met betrekking tot de intelligentie van de jongere. Hoe hoger het IQ van de jongere, hoe minder vaak de jongere terugviel in behandel niveau ($r = -.29$, $p = .08$).

Interne factoren

Jongens deden gemiddeld langer over behandel niveau 1 dan meisjes ($F = 5.16$; $df = 1$; $p = .03$). Leeftijd bleek eveneens samen te hangen met het verloop van de behandeling. Hoe ouder de jongere was, des te hoger de mate van terugval ($r = .39$; $p = .00$, tweezijdig), hoe hoger het aantal punten in behandel niveau 2b ($r = .49$; $p = .05$) en hoe langer het verblijf in behandel niveau 3 ($r = .53$; $p = .03$).

Er bleek geen significante samenhang te zijn tussen de motivatie voor behandeling van de jongere en de mate van terugval. De motivatie voor behandeling hing wel samen met de verblijfsduur in behandel niveau. Wanneer de jongere meer gemotiveerd was voor de behandeling, bleef deze minder lang in behandel niveau 1 ($\rho = -.30$; $p = .05$, eenzijdig) en behandel niveau 3 ($\rho = -.63$; $p = .04$, eenzijdig).

Afgaande op het type probleemgedrag, zoals deze tijdens de behandeling gemeten is met de SDQ, bleken er op diverse gebieden significante positieve verbanden te zijn met de mate van terugval en verblijfsduur in behandel niveau. Een hogere score op hyperactieve problemen hing positief samen met het aantal maanden terugval in niveau, de verblijfsduur in behandel niveau 2a en 2b en het aantal punten in behandel niveau 2b. Verder bleken jongeren met een hogere score op antisociale problemen langer terug te vallen in behandel niveau en meer punten te halen in behandel niveau 2a, alvorens ze konden promoveren. Hoe meer sprake er was van emotionele problemen, hoe langer de verblijfsduur en hoe meer punten nodig waren in behandel niveau 2b. Wat betreft de sociale problemen bleek dat hoe meer sociale problemen er bij de jongere aanwezig zijn geweest, hoe langer deze verbleef in behandel niveau 2a. Ook werden er bij dit niveau meer punten behaald, alvorens de jongere kon promoveren naar niveau 2b. Hoe hoger de score op het probleemgedrag van de jongere, hoe meer punten de jongere behaalde in behandel niveau 3. Tot slot is te zien dat hoe hoger de jongere heeft gescoord op het totale probleemgedrag, hoe meer punten de jongere haalde in behandel niveau 2a en hoe meer maanden de jongere verbleef in behandel niveau 2. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4

Samenhang tussen huidig probleemgedrag en de mate van terugval, verblijfsduur en aantal punten per behandelniveau

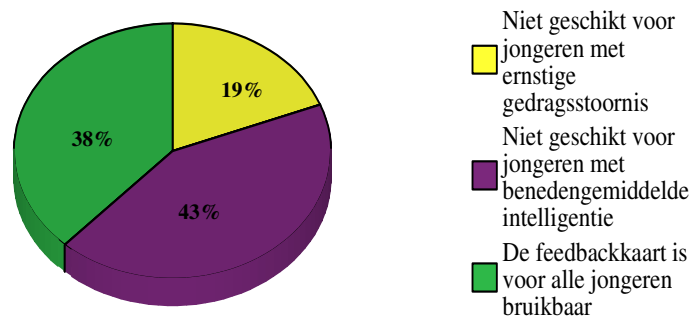
		SDQ hyperactie ve problemen	SDQ antisociale problemen	SDQ emotionele problemen	SDQ sociale problemen	SDQ totaal probleem- gedrag
Aantal keer terugval ($n = 37$)	ρ	.10	-.03	.07	.00	.09
Totaal aantal maanden terugval ($n = 13$)	ρ	.63*	.56*	-.04	.11	.41
Aantal maanden niveau 1 ($n = 35$)	ρ	.14	.03	.09	-.17	.05
Aantal maanden niveau 2a ($n = 36$)	ρ	.40*	.05	-.05	.47**	.33
Aantal maanden niveau 2b ($n = 21$)	ρ	.50*	.34	.48*	.40	.56**
Aantal maanden niveau 3 ($n = 11$)	ρ	.18	.08	.14	-.29	-.06
Aantal punten niveau 1 ($n = 26$)	ρ	-.11	-.09	-.06	-.21	-.15
Aantal punten niveau 2a ($n = 19$)	ρ	.41	.54*	.22	.52*	.52*
Aantal punten niveau 2b ($n = 13$)	ρ	.75**	.27	.56*	.10	.51
Aantal punten niveau 3 ($n = 2$)	ρ	1.00**	1.00**	-	1.00**	1.00**

Note. Gegevens met een liggend streepje zijn niet weergegeven, aangezien er geen jongeren zijn met punten in niveau 3 die emotionele problemen hebben. Het aantal participanten in deze groep is klein.

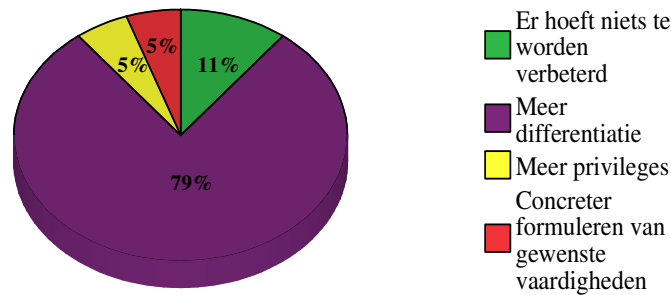
* $p < .05$, tweezijdig. ** $p < .01$, tweezijdig.

Externe factoren

Uit een onderzoek naar de visie van jongeren op het huidige feedbacksysteem is gebleken dat 62% van de jongeren het werken met de niveaukaart nuttig vindt. 70% van de jongeren heeft aangegeven het eens te zijn met de werkpunten die op de feedbackkaart zijn gezet en 80% van de jongeren vindt dat de werkpunten op de feedbackkaart aansluiten bij hun ontwikkelingsniveau. Wat betreft de visie van de medewerkers, bleek 90% belang te hechten aan het gebruik van de feedbackkaart op de leefgroep. Daarbij gaf 43% van de medewerkers aan dat de feedbackkaart niet goed aansluit bij de problematiek van de jongere. In de figuren 3 en 4 staat weergegeven voor welke jongeren het huidige systeem niet geschikt is volgens de medewerkers en wat er volgens hen zou moeten veranderen.



Figuur 3. Bruikbaarheid huidige feedbacksysteem volgens medewerkers



Figuur 4. Verbeterpunten voor het huidige feedbacksysteem

In bijlage 3C is weergegeven in welk niveau de jongeren en medewerkers zich bevinden in hun motivatie tot verandering. Hoe meer de groepsleiding gemotiveerd was om zelf te veranderen, hoe minder maanden de jongeren verbleef in behandelniveau 1 en 2a.

Verder is gebleken dat hoe meer de groepsgenoten gemotiveerd waren voor de behandeling, hoe minder maanden de jongere in niveau 1 verbleef. De resultaten staan in Tabel 5.

Tabel 5

Samenhang in de motivatie tot verandering en diverse aspecten binnen de behandeling

		Motivatie tot verandering groepsleiding	Motivatie tot verandering mentor	Motivatie voor behandeling groepsgenoten
Motivatie voor behandeling jongere	ρ	.08	-.04	.25
	n	35	28	35
Aantal keer terugval	ρ	-.15	-.02	-.14
	n	52	39	52
Totaal aantal Maanden terugval	ρ	-.18	-.01	.15
	n	21	14	21
Aantal maanden niveau 1	ρ	-.32*	.03	-.41**
	n	49	37	49
Aantal maanden niveau 2a	ρ	-.45**	-.28	-.03
	n	35	27	35
Aantal maanden niveau 2b	P	.10	-.22	-.13
	n	28	21	28
Aantal maanden niveau 3	P	.02	-.37	-.39
	n	17	11	17

* $p < .05$, tweezijdig, ** $p < .01$, tweezijdig

Gebleken is dat de leefgroep waarin de jongere verbleef, verschil maakte op het verblijf in maanden in behandelniveau 1 (*Kruskal-Wallis-toets* $\chi^2 = 18, 91$; $df = 3$; $p = .00$), behandelniveau 2a (*Kruskal-Wallis-toets* $\chi^2 = 8, 70$; $df = 3$; $p = .03$) en het totale aantal punten bij afsluiting van behandelniveau 2b (*Kruskal-Wallis-toets* $\chi^2 = 12, 32$; $df = 3$; $p = .01$). De scores in rangorde tussen de afzonderlijke groepen zijn weergegeven in bijlage 3B. Hierbij blijken de leefgroepen waarin de medewerkers minder gemotiveerd zijn om te veranderen

dezelfde leefgroepen te zijn waarbij de jongeren gemiddeld langer in behandelniveau 1 en 2a verblijven en meer punten moeten behalen voordat ze behandelniveau 2b kunnen afsluiten.

Hoe meer stressvolle gebeurtenissen de jongere meemaakte, hoe vaker de jongere terugviel in het behandelniveau ($r = .47, p = .00$, tweezijdig). Bij eenzijdige toetsing (Van der Ploeg, 1997), bleek ook de verblijfsduur in behandelniveau 1 ($r = .29, p = .05$) en behandelniveau 3 ($r = .59; p = .05$) langer te duren wanneer er sprake was van meer stressvolle gebeurtenissen.

Bij de onderzoeksvraag naar de invloed van overige factoren op de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau, is gebleken dat er geen verschil is tussen jongeren die wel of geen externe hulpverlening hebben gehad ($F = .34; df = 1; p = .19$) en tussen jongeren die wel of geen medicatie gebruikten ($F = 10.38; df = 1; p = .09$) tijdens de behandeling. Middelengebruik gaf wel een verschil met de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau ($F = 306.78; df = 1; p = .00$). Wanneer er met een ANOVA afzonderlijk op de verblijfsduur in verschillende behandelniveaus en het aantal keren van terugval werd getoetst, bleek er geen significant verschil te zijn.

Conclusie en Discussie

Uit dit onderzoek is gebleken dat de gegevens met betrekking tot het verloop van de behandeling verschillen met de verwachting, zoals deze gesteld is in de handleiding Valkenheide Feedbacksysteem 2000. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in het feit dat er geen sprake is van een theoretische norm, maar van een verwachting.

Het geslacht bleek van invloed op de behandelduur in het eerste niveau. Ook leeftijd bleek samen te hangen met de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau. Afzonderlijke stoornissen die aan de hand van de DSM-IV criteria bij de jongere waren gediagnosticeerd, bleken niet tot een verschil te leiden in het verloop van de behandeling. Intelligentie bleek wel enigszins samen te hangen met het de mate van terugval, maar dit verband bleek niet significant (zie pagina 16). Dit resultaat komt niet overeen met de visie van de medewerkers in, die van mening zijn dat het huidige feedbacksysteem onvoldoende te bieden had voor jongeren met een verminderde intelligentie. Onderzoek van Van den Boogaard en Menkehorst (2004) toont aan dat er veel jongeren op Valkenheide verblijven met een verminderde intelligentie. Wanneer wordt gekeken naar de onderzoekspopulatie blijkt er bij 31 van de 38 jongeren van wie de intelligentie bekend is, sprake van een benedengemiddelde intelligentie. Uit bovenstaande resultaten blijkt dat de medewerkers in staat zijn om het huidige feedbacksysteem zodanig te gebruiken dat het aansluit bij de problematiek. Wanneer er echter sprake is van forse problematiek, blijkt het huidige

feedbacksysteem niet voldoende en wordt er een groter beroep gedaan op de competenties van de hulpverlener. De medewerkers gaven dan ook aan dat het feedbacksysteem bij zulke jongeren niet goed bruikbaar is. Dit is in overeenstemming met het resultaat dat een comorbiditeit van stoornissen bij de jongere verschil veroorzaakt in de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau ten opzichte van een jongere met een enkele diagnose. Het type probleemgedrag, zoals gemeten met de SDQ bleek samen te hangen met het verloop van de behandeling. Uit een onderzoek van Van der Ploeg en Scholte (2003) is eveneens gebleken dat de behandeling van jongeren met zeer problematisch gedrag vaak niet goed verloopt. Vooral voor deze groep blijkt ook de huidige methodiek van Valkenheide dan ook niet toereikend. Voor deze jongeren blijkt veel structuur, naast het toewerken naar een bepaald project meer effectief (Van Gageldonk & Bartels, 1991).

Om in te voelen wat de jongere nodig heeft, is het van belang dat de medewerker open staat voor de jongere en eveneens open staat voor verandering door mogelijk zijn werkwijze aan te passen (Mark & Mulderij, 2008). In lijn met het voorgaande is dan ook te zien dat de jongeren die in de leefgroepen verbleven waarin sprake was van een verminderde motivatie tot verandering onder de medewerkers, stagneerden in de verblijfsduur in het behandelniveau. Het is mogelijk dat een verminderde motivatie tot verandering samenhangt met het feit dat bijna de helft van de medewerkers het huidige feedbacksysteem niet toereikend vindt voor de behoeften van alle jongeren die momenteel verblijven op Valkenheide en er hierdoor ontevredenheid ontstaat. Wanneer er kritiek is op middelen uit de organisatie, betekent dit dat een efficiënte manier van werken wordt belemmerd (Schermer, 1996). Een verhoogde motivatie voor de behandeling bij de jongeren bleek het doorlopen van enkele behandelniveaus te verkorten. Dit komt overeen met de verwachting dat leren effectiever gaat, wanneer de jongere gemotiveerd is (Van Binsbergen, 2003). Wat betreft de externe factoren is gebleken dat het aantal stressvolle gebeurtenissen samenhangt met het verloop van de behandeling. Dit komt overeen met de verwachting dat stressvolle gebeurtenissen de ontwikkeling van de jongere kunnen beïnvloeden (Van der Ploeg, 1997). De impact van stressvolle gebeurtenissen is echter per persoon verschillend. Hierbij spelen protectieve factoren ook een belangrijke rol. Deze factoren zijn echter niet meegenomen in dit onderzoek. Aanbevolen wordt om in vervolg onderzoek ook rekening te houden met protectieve factoren, welke kunnen bijdragen aan een positieve bijdrage aan de behandeling.

Tot slot is uit dit onderzoek naar voren gekomen dat het middelengebruik de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau beïnvloedt. Uit eerder onderzoek is bekend dat middelengebruik samenhangt met verschillende probleemgedragingen, zoals agressie en

antisociaal gedrag (Ter Bogt, 1992). Dit kan ervoor zorgen dat het probleemgedrag complexer wordt, waardoor het voor de medewerker moeilijker is om aan te voelen wat de jongere nodig heeft.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de vragenlijsten samen met een medestudent zijn ontwikkeld en er een testafname is geweest onder twee pedagogische medewerkers, waardoor de betrouwbaarheid en validiteit werd vergroot. Ook de data zijn in samenwerking met een medestudent verzameld. Door bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen gebruik te maken van meerdere onderzoeksmethoden (triangulatie), wordt de mate van betrouwbaarheid en geldigheid van het onderzoek verhoogd (Landsheer, 't Hart, De Goede & Van Dijk, 2003). Tijdens een overleg met de teamcoördinatoren en leidinggevende van de betrokken leefgroepen is het belang van ons onderzoek benadrukt en zijn de vragenlijsten verspreid, waardoor de motivatie om deel te nemen aan dit onderzoek werd vergroot. Dit vormt tevens een beperking voor dit onderzoek, aangezien er bij het uitdelen van de vragenlijsten een beroep is gedaan op de teamcoördinatoren. Hierdoor kunnen zij de informatie en het doel van het onderzoek mogelijk vanuit hun eigen visie hebben uitgelegd, waardoor de vragen mogelijk meer sociaal wenselijk zijn beantwoord.

Van belang is dat de medewerkers handvatten krijgen in de methodiek, hoe ze om moeten gaan met jongeren met een complexiteit aan problemen, zoals comorbiditeit, middelengebruik en stressvolle gebeurtenissen. Het feedbacksysteem moet hierbij een middel blijven, geen doel. Wel is het van belang dat het middel zo goed mogelijk aansluit bij de problematiek van de jongere. Ook is het van belang om de medewerkers te motiveren tijdens hun werk, zodat dit zijn uitwerking krijgt op de groep en het verloop van de behandeling. Verder onderzoek naar factoren die de medewerkers kunnen motiveren is dan ook gewenst. Indien een jongere zodanig problematisch gedrag vertoont, dat zowel het feedbacksysteem als de geboden structuur niet toereikend is, vraagt dit extra aandacht van de behandelcoördinator. Hierbij zal nagegaan moeten worden, welke factoren de oorzaak zijn van het stagnerende verloop van de behandeling. De factoren die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen, zoals stressvolle gebeurtenissen, middelengebruik en comorbiditeit, zullen hierbij moeten worden meegenomen. Gelijkwaardig onderzoek in andere instellingen is nodig om de resultaten uit dit onderzoek te kunnen generaliseren.

Literatuur

- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, & Dijkum, C. J. (2003). *Basisboek Statistiek met SPSS: Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, & Kalmijn, M. (2000). *Basisboek Enquêteeren en gestructureerd interviewen*. Houten: Educatieve Partners Nederland.
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 36-43.
- Beenker, L. G. M., & Bijl, B. (2003). *Van invoering naar uitvoering: Een eerste evaluatie van de implementatie van het competentiemodel in vier justitiële jeugdinstellingen*. Duivendrecht: PI Research.
- Binsbergen, M. H. van (2003). *Motivatie voor behandeling: Ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Bogt, T. M. F. ter (1992). *Jongeren op de drempel van de jaren negentig*. Rijswijk/ Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / VUGA.
- Boogaart, P. van den, & Menkehorst, H. (2004). *Valkenheide 2000-2004: Een onderzoek naar de achtergronden van de bewoners van Valkenheide op twee meetmomenten*. Groningen: E&M Syntax.
- Carlson, C. L., Pelham, W. E., Milich, R., & Dixon, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *20*, 213-232.
- DiClemente, C. C. (2008). Gevonden op 26 juni 2008, op http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/team_members/index.html
- Diephuis, K. H. (2004). *Doorbreken met kwaliteit: Programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II*. Utrecht: Maatschappelijke Ondernemers Groep.
- Ferretti, R. P., Cavalier, A. R., Murphy, M. J., & Murphy, R. (1993). The self-management of skills by persons with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, *14*, 189-205.
- Gageldonk, A. van, & Bartels, A. (1991). *Evaluatieonderzoek in de jeugdhulpverlening*. Leiden: DSWO-Press.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 581-586.

- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Grimm, L.G. (1993). *Statistical Applications for the behavioral sciences*. New York: John Wiley & Sons.
- Hagopian, L. P., Rush, K. S., Richman, D. M., Kurtz, P. F., Contrussi, S. A., & Crosland, K. (2002). The development and application of individualized level systems for the treatment of severe problem behavior. *Behavior Therapy*, 33, 65-86.
- HKZ, stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (n.d.). Gevonden op 2 mei 2008, op www.hkz.nl
- Kazdin, A. E. (1982). The token economy: a decade later. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 431-445.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in Childhood and Adolescence*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner Review: psycho-social treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kelly, M. L., & McCain, A. P. (1995). Promoting academic performance in inattentive children: The relative efficacy of school-home notes with and without response cost. *Behavior Modification*, 19, 76-85.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- Knorth, E. J., & Bergh, P. M. van den (1994). Uit huis geplaatste kinderen in Europa. *Kind en Adolescent*, 15, 160-162.
- Koops, W., & Slot, W. (1998). *Van lastig tot misdadig. Een ontwikkelings-benadering van lastige en misdadige kinderen en adolescenten: diagnostiek, behandeling en beleid*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Landsheer, H., Hart, H. 't, Goede, M. de, & Dijk, J. van (2003). *Praktijkgestuurd onderzoek methoden van praktijkonderzoek*. Groningen: Wolters- Noordhoff.
- Leo Stichting Groep (2007). *Wat is de Leo Stichting Groep?* Apeldoorn: Leo Stichting Groep.
- Mark, S., & Mulderij, K. J. (2008). Pedagogische sensitiviteit: aanleg of aan te leren? *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 47, 181-189.

- McConaughy, E. N., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Meer, C. van der, Hendriks, V., Posthuma, T., Vos, R., Kerkmeester M., Blanken, P., & Klerk C. de (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp: Richtlijnen voor behandeling*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Pelham, W. E., Carlson, C., Sams, E. S., Vallano, G., Dixon, M. J., & Hoza, B. (1993). Separate and combined effects of methylphenidate and behaviour modification on boys with attention deficit-hyperactivity disorder in the classroom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 506-515.
- Ploeg, J. D. van der (1997). *Gedragsproblemen: ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Ploeg, J. D. van der, & Scholte, E. M. (2003). *Effecten van behandelingsprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële centra*. Amsterdam: Nippo.
- Ploeg, J. D. van der (2005). *Behandeling van gedragsproblemen: initiatieven en inzichten*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychology*, 47, 1102-1114.
- Rapport (2001). *Youth Violence*. Washington DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- Rapport, M. D., Murphy, H. A., & Bailey, J. S. (1982). Ritalin versus response cost in the control of hyperactive children: A within-subject comparison. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 205-216.
- Reitman, D., Hupp, S. D. A., O'Callaghan, P. M., Gulley, V., & Northup, J. (2001). The influence of a token economy and Methylphenidate on attentive and disruptive behaviour during sports with ADHD-diagnosed children. *Behavior Modification*, 25, 305-323.
- Ross - Van Dorp, C., & Donner, P. H. (2005). *Informatiebrochure Wet op de Jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Sandler, I. N., & Block M. (1979). Life stress and maladaptation of children. *American Journal of Community Psychology*, 7, 425-440.
- Schermer, K. (1996). *De organisatie als hulpmiddel: praktijk en theorie voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Scheuermann, B., Webber, J., Partin, M., & Knies, W. (1994). Levels systems and the law: are they compatible? *Behavioral Disorders, 19*, 205-220.
- Slot, N. W., & Spanjaard, H. J. M. (2003). *Competentievergroting in de justitiële jeugdzorg*. Duivendrecht: PI Research.
- Sonuga-Barke, E. J. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD. A dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research, 10*, 29-36.
- Spanjaard, H. (2000). *Handleiding Feedbacksysteem Valkenheide*. Apeldoorn: Leo Stichting Groep.
- Spanjaard, H. (2005). *Invoering en borging van competentiegericht werken binnen de jeugdzorg*. Duivendrecht: PI Research.
- Simons, P. R. J. (1999). Leervermogen: vaardigheden, belemmeringen, ontwikkeling. Gevonden op 4 februari 2008, op <https://www.myuu.nl/http://igitur-archive.library.uu.nl/ivlos/2005-0622-185620/UUindex.html>
- Teunisse, J. P., Krebbers, F. T. T., Palmes, A., Sijde, A. van der, Aerts, F. H. T. M., Mommersteeg, M. C. J. et al (2007). Cognitieve voorspellers van sociale vooruitgang bij jongeren met een autismespectrumstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 49*, 65-74
- Uitvoeringsprogramma Jeugdzorg (2007). Gevonden op 12 maart 2008, op [http://www.provincie-utrecht.nl/prvutr/internet/j20_10.nsf/files/UitvoeringsprogrammaJeugdzorg2007definitief.pdf/\\$FILE/UitvoeringsprogrammaJeugdzorg2007definitief.pdf](http://www.provincie-utrecht.nl/prvutr/internet/j20_10.nsf/files/UitvoeringsprogrammaJeugdzorg2007definitief.pdf/$FILE/UitvoeringsprogrammaJeugdzorg2007definitief.pdf)
- Velde, S. van de, Palmans, V., Broekaert, E., Rousseau, K., & Straeten, K. van der (2006). How do drug- involved incarcerated and recently released offenders and treatment staff perceive treatment? A qualitative study on treatment needs motivation in Belgian prisons. *Psychology, Crime & Law, 12*, 3, 287- 305.
- Vocht, A. de (2005). *Basishandboek SPSS 13 voor Windows*. Utrecht: Bijleveld Press.
- Vogels, A. G. C., Crone, M. R., Hoestra, F., & Reijneveld, S. A. (2005). *TNO rapport. Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar*. Leiden: TNO Business unit Jeugd, Preventie en bewegen.
- Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry, 12*, 281-289.

Samenvatting

Achtergrond: Er is in toenemende mate sprake van innovatie binnen de zorg. Kwaliteit en cliëntgericht werken staan hierbij centraal. Valkenheide is een organisatie die kwaliteitszorg biedt en ingaat op de competenties van de cliënt door onder andere te werken met een feedbacksysteem. **Doel:** Het doel van deze studie is om na te gaan in hoeverre de problematiek van de jongere van invloed is op de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau van het huidige feedbacksysteem, zoals deze op de residentiële groepen gehanteerd wordt. **Methode:** Er zijn interviews afgenomen onder de jongeren en medewerkers die tussen september 2007 en mei 2008 woonachtig of werkzaam zijn binnen divisie 1 van Valkenheide. Verder zijn er van 58 jongeren feedbackkaarten verzameld en is de huidige problematiek van de jongere in kaart gebracht. **Resultaten:** De resultaten wijzen uit dat de problematiek van de jongere en een comorbiditeit van stoornissen verband houdt met de mate van terugval en verblijfsduur in behandelniveau. Ook diverse externe factoren blijken van invloed, zoals stressvolle gebeurtenissen, middelengebruik en de motivatie tot verandering. **Conclusie:** Het is van belang om de medewerkers handvatten te geven voor werken volgens het feedbacksysteem met jongeren met complex probleemgedrag. Daarnaast moet worden gekeken of de methodiek van Valkenheide passend is voor de mate van complexiteit van het probleemgedrag. Verder onderzoek is nodig om de resultaten te kunnen generaliseren.

Sleutelwoorden: Feedbacksysteem, probleemgedrag, residentiële setting

Bijlage 1: Dossieranalyse

Naam: _____ m / v

Geboortedatum: _____

Gezinssamenstelling: _____

Soort gezin: biologisch / samengesteld / pleeggezin / adoptiegezin

Land van herkomst: _____

Kader plaatsing? OTS / VOTS / Vrijwillig

Datum meest recent intelligentieonderzoek _____

TIQ: _____

VIQ: _____

PIQ: _____

Verdere diagnostiek

Datum: _____

As 1: _____

As 2: _____

As 3: _____

As 4: _____

As 5: _____

Datum: _____

As 1: _____

As 2: _____

As 3: _____

As 4: _____

As 5: _____

Gebruikt de jongere medicijnen tijdens de behandeling op Valkenheide die invloed kunnen hebben op het gedrag?

Gebruikt de jongere stimulerende middelen (alcohol, drugs) tijdens de behandeling op Valkenheide?

Zit de jongere tijdens de behandeling op Valkenheide ook nog elders in therapie?

Heeft er eerdere hulpverlening plaatsgevonden vóór Valkenheide?

Bijlage 2. Vragenlijsten

Vragenlijst voor de medewerkers: 'Effectiviteit Feedbacksysteem'

Deze vragenlijst gaat over uw visie met betrekking tot het huidige feedbacksysteem. De vragenlijst dient individueel te worden ingevuld. De gegevens worden anoniem verwerkt in ons onderzoek en zullen niet worden verstrekt aan derden.

1. Is de methodiek van de feedbackkaart, zoals in 2000 voor Valkenheide geschreven, bekend op de leefgroep?
 ja
 nee

2. Hoe heeft u geleerd te werken met het huidige feedbacksysteem? (meerdere opties zijn mogelijk)
 door het doorlezen van de handleiding Valkenheide Feedbacksysteem 2000
 door het volgen van een training/ cursus
 door het observeren van de werkwijze van andere groepsleiders
 door uitleg van een medewerker
 anders, namelijk _____

3. Wordt het gebruik van de feedbackkaart op de leefgroep toegepast volgens de methodiek?
 ja
 nee

Indien nee: wat wordt er anders gedaan?

4. Wordt het gebruik van de feedbackkaart door u zelf toegepast volgens de methodiek?
 ja
 nee

Indien nee: wat wordt er anders gedaan?

5. Wordt er belang gehecht aan het gebruik van de feedbackkaart op de leefgroep?
 ja
 nee

6. Hecht u zelf belang aan het gebruik van de feedbackkaart op de leefgroep?
 ja
 nee

7. Welke voordelen ziet u aan het gebruik van de feedbackkaart?

8. Welke nadelen ziet u aan het gebruik van de feedbackkaart?

9. Welke middelen zet u naast het gebruik van de feedbackkaart nog meer in om een jongere te behandelen?

10. Komen de individuele werkpunten op de feedbackkaart overeen met de leerdoelen zoals beschreven in het HVP?

- ja (ga naar vraag 11)
- nee (ga naar vraag 12)

11. Waarom is besloten de leerdoelen uit het HVP over te nemen als werkpunt op de feedbackkaart? (vraag 12 kunt u overslaan, ga naar vraag 13)

12. Waarom is besloten de leerdoelen uit het HVP niet over te nemen als werkpunt op de feedbackkaart?

13. Is de feedbackkaart voor alle jongeren binnen Divisie 1 bruikbaar?

- ja (ga naar vraag 16)
- nee

14. Voor welke jongere(n) vindt u de huidige feedbackkaart niet bruikbaar en waarom niet?

15. Waar loopt u tegen aan in de behandeling van deze jongere(n)?

16. Wat zou er volgens u verbeterd kunnen worden aan het huidige feedbacksysteem?

17. Wat kunnen redenen zijn dat een jongere promoveert naar een hoger niveau (meerdere opties mogelijk)

- de jongere beschikt over voldoende vaardigheden om door te stromen
- de jongere beschikt niet over voldoende vaardigheden, maar door middel van doorstroming wordt geprobeerd de jongere te motiveren voor de behandeling
- de jongere heeft voldoende punten behaald
- anders, namelijk _____

Toelichting

18. Is bij opname van een jongere op de leefgroep bekend wat er met hem/ haar aan de hand is?

- ja
- nee
- soms

Vragenlijst voor de medewerkers: 'Motivatie tot Verandering'

Deze vragenlijst brengt uw visie in kaart met betrekking tot de huidige manier van werken op de leefgroep.

Bij het invullen van de vragenlijst is het van belang dat u aangeeft in hoeverre u zelf meewerkt aan mogelijke veranderingen op de leefgroep

Per vraag zijn er vier antwoordmogelijkheden. Omcirkel het juiste antwoord.

1 = helemaal mee oneens

2 = mee oneens

3 = mee eens

4 = helemaal mee eens

1. Volgens mij hoeft de behandeling op de leefgroep niet te worden veranderd

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

2. Ik denk dat ik er klaar voor ben om mee te werken aan het verbeteren van de behandeling op de leefgroep

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

3. Ik doe iets aan de dingen die mij storen op de leefgroep

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

4. Het kan de moeite waard zijn om iets te veranderen aan de behandeling op de leefgroep

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

5. Er is geen probleem met de behandelwijze op de leefgroep, er hoeft niets te veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

6. Het baart me zorgen dat eventuele veranderingen in de behandeling van korte duur zijn, ik zet me ervoor in om de veranderingen te behouden

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

7. Ik onderneem actie om iets te veranderen aan de huidige manier van behandelen op de leefgroep

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

8. Ik weet niet of ik in mijn eentje een verandering in de behandelwijze in stand kan houden

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

9. Ik merk dat er tekortkomingen zijn in de behandeling, maar deze zijn niet zo ernstig dat hieraan iets veranderd moet worden

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

10. Ik ben hard aan het werk om de werkwijze van de leefgroep te veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

11. Ik zie dat er tekortkomingen zijn in de behandelwijze; ik zou hier iets aan moeten doen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

12. Hoewel ik niet altijd in staat ben tot het veranderen van dingen op de leefgroep, probeer ik wel om hieraan mijn steentje bij te dragen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

13. Hoewel het soms moeite kost, probeer ik de veranderingen op leefgroep vast te houden

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

14. Ik wou dat ik meer ideeën had om problemen op de leefgroep op te lossen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

15. Ik probeer om dingen op de leefgroep te veranderen, maar heb hierbij hulp nodig

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

16. Deze organisatie zou mij kunnen helpen om dingen te veranderen op de leefgroep

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

17. Ik kan wel wat extra motivatie gebruiken om doorgevoerde veranderingen op de leefgroep vast te houden

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

18. Ik zou met mijn werkwijze de behandeling kunnen belemmeren, maar ik denk niet dat ik dit daadwerkelijk doe

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

19. Ik hoop dat iemand binnen de organisatie een goed advies heeft om de huidige werkwijze op de leefgroep te veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

20. Iedereen kan praten over veranderingen op de leefgroep, maar ik ben er echt actief mee bezig

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

21. Waarom moet er gesproken worden over verandering en kunnen we niet gewoon volgens de huidige werkwijze blijven doorgaan?

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

22. Ik probeer mezelf ervan te weerhouden om doorgevoerde veranderingen te laten versloffen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

23. Het is frustrerend om te merken dat een schijnbaar opgelost probleem ineens weer opduikt

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

24. Er zijn altijd wel dingen die veranderd kunnen worden, waarom zouden we ons daar zorgen over maken?

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

Vragenlijst voor de jongeren: 'Motivatie voor Behandeling'

Deze vragenlijst is bedoeld om te kijken wat je vind van de behandeling op Valkenheide. Het is de bedoeling dat je de vragenlijst individueel invult. Je antwoorden worden alleen voor ons afstudeeronderzoek gebruikt en worden niet doorgegeven aan anderen.

Deel 1

In dit deel van de vragenlijst zijn er vier antwoordmogelijkheden. Omcirkel het juiste antwoord.

- 1 = helemaal mee oneens
- 2 = mee oneens
- 3 = mee eens
- 4 = helemaal mee eens

1. Volgens mij hoef ik niks aan mezelf te veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

2. Ik denk dat ik er klaar voor ben om mijn gedrag te verbeteren

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

3. Ik doe iets aan de dingen die ik storend vind aan mezelf

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

4. Het kan de moeite waard zijn om mijn gedrag te veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

5. Mijn gedrag is goed, ik hoef niets aan mezelf te veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

6. Ik heb veel geleerd. Ik maak me er alleen zorgen over dat ik het niet lang kan volhouden om me goed te gedragen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

7. Ik ben bezig om iets te veranderen aan mijn gedrag

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

8. Ik heb eraan gewerkt om mezelf te veranderen, ik weet alleen niet zeker of het me lukt om dit in mijn eentje vol te houden

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

9. Ik zie wel dat ik problemen heb. Mijn problemen zijn alleen niet zo groot, dat ik echt moet gaan veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

10. Ik ben hard aan het werk om mijn gedrag te veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

11. Ik zie dat er dingen niet goed zijn aan mijn gedrag; ik zou hier iets aan moeten doen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

12. Hoewel ik niet altijd goed bezig ben om mijn gedrag te veranderen, probeer ik het wel

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

13. Hoewel het soms moeite kost, probeer ik mij goed te gedragen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

14. Ik wou dat ik meer ideeën had om mijn problemen op te lossen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

15. Ik probeer om mezelf te veranderen, maar heb hierbij hulp nodig

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

16. De groepsleiding zou mij kunnen helpen om mijn gedrag te veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

17. Ik kan wel wat extra motivatie gebruiken om de dingen die ik geleerd heb vol te houden

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

18. Ik zou met mijn gedrag de behandeling in de weg kunnen staan, maar ik denk niet dat ik dit doe

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

19. Ik hoop dat iemand van de groepsleiding een goed advies heeft om mezelf te kunnen veranderen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

20. Iedereen kan praten over leerdoelen, maar ik ben er echt actief mee bezig

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

21. Waarom moet er gesproken worden over dat ik mezelf moet veranderen. Ik heb toch geen probleem?

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

22. Ik doe hard mijn best om de dingen die ik geleerd heb vol te houden

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

23. Het is frustrerend om te merken dat mijn oude problemen ineens weer bovenkomen

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

24. Er zijn altijd wel dingen die veranderd kunnen worden aan een persoon, waarom zou ik me daar zorgen over maken?

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 *Helemaal mee eens*

Deel 2

1. Ik weet welke leerdoelen er in mijn **hulpverleningsplan** (HVP) staan:

- ja, namelijk _____

nee

2. Wanneer wordt het hulpverleningsplan (HVP) met je doorgenomen?

- voor de hulpverleningsplan bespreking
 na de hulpverleningsplan bespreking
 voor en na de hulpverleningsplan bespreking
 het HVP wordt niet met me doorgenomen

3. Vind je het belangrijk dat de HVP- leerdoelen hetzelfde zijn als de werkpunten op de niveaukaart?
- ja, want _____
- nee, want _____
4. Het werken met de niveaukaart vind ik:
- nuttig, omdat _____
- _____
- niet nuttig, omdat _____
- _____
5. Ben je het eens met de werkpunten op je niveaukaart?
- ja
- nee
6. Door wie wordt bepaald welke werkpunten er op je niveaukaart komen?
- door mijn mentor
- door mijzelf
- mijn mentor bepaalt dit samen met mij
- door iemand anders, namelijk _____
7. De werkpunten op de niveaukaart vind ik:
- te moeilijk
- te makkelijk
- goed te doen
8. Kruis aan welke gebeurtenissen je **tijdens de behandeling op Valkenheide** hebt meegemaakt:
- één van je (pleeg)ouders is overleden
- scheiding van je (pleeg)ouders
- je ouders zijn apart van elkaar gaan wonen
- je broer en/ of zus is overleden
- je (pleeg)vader of (pleeg)moeder is opnieuw getrouwd
- je bent opgenomen geweest in het ziekenhuis
- één van je (pleeg)ouders is opgenomen geweest in het ziekenhuis
- een hele goede vriend of vriendin is overleden
- je hebt ontdekt dat je geadopteerd bent
- je ouders hebben steeds meer ruzie
- je bent door de behandeling uit huis gaan wonen
- je hebt een broertje en/ of zusje gekregen
- je bent veranderd van school
- je (pleeg)vader heeft ander werk, waardoor hij vaker van huis is
- één van je ouders is gearresteerd
- je (pleeg)moeder is begonnen met werken buitenshuis
- je broer en/ of zus is in het ziekenhuis opgenomen
- er is een extra volwassene thuis komen wonen
- één van je (pleeg)ouders is zijn/ haar baan verloren
- één van je grootouders is overleden
- je broer(s) en/ of zus(sen) heeft het huis verlaten
- je broer(s) en/ of zus(sen) heeft erge problemen
- je ouders hebben minder geld te besteden
- ons gezin is verhuisd
- je bent slachtoffer (geweest) van geweld
- één van je gezinsleden is slachtoffer (geweest) van geweld
- één van je (pleeg)ouders is in therapie gegaan
- één van je (pleeg)ouders denkt steeds negatiever over het leven

Bijlage 3. Resultaten

Bijlage 3A

Vershil in geobserveerde Behandelduur en Punten bij Promotie en veronderstelde Duur Behandeling

	Gemiddelde steekproef	Theoretisch gemiddelde	<i>t</i>	<i>p</i>
Totaal aantal maanden in behandeling bij afronding (<i>n</i> = 13)	25.00	16.00	2.20	.05
<i>Leefgroep 1 (n = 1)</i>	4.00	16.00	-	-
<i>Leefgroep 2 (n = 3)</i>	27.67	16.00	1.02	.42
<i>Leefgroep 3 (n = 2)</i>	18.00	16.00	.33	.80
<i>Leefgroep 4 (n = 7)</i>	28.86	16.00	2.54	.04
Totaal aantal maanden in niveau 1 bij promotie (<i>n</i> = 35)	5.09	3.00	5.08	.00
<i>Leefgroep 1 (n = 7)</i>	5.00	3.00	1.87	.11
<i>Leefgroep 2 (n = 9)</i>	3.11	3.00	.23	.82
<i>Leefgroep 3 (n = 9)</i>	4.89	3.00	6.11	.00
<i>Leefgroep 4 (n = 10)</i>	7.10	3.00	5.35	.00
Totaal aantal maanden in niveau 2a bij promotie (<i>n</i> = 26)	4.96	4.00	1.71	.10
<i>Leefgroep 1 (n = 4)</i>	3.00	4.00	-2.45	.09
<i>Leefgroep 2 (n = 8)</i>	3.25	4.00	-1.03	.34
<i>Leefgroep 3 (n = 6)</i>	7.67	4.00	4.35	.01
<i>Leefgroep 4 (n = 8)</i>	5.63	4.00	1.50	.18
Totaal aantal maanden in niveau 2b bij promotie (<i>n</i> = 17)	4.29	4.00	.39	.70
<i>Leefgroep 1 (n = 1)</i>	3.00	4.00	-	-
<i>Leefgroep 2 (n = 8)</i>	4.25	4.00	.29	.78
<i>Leefgroep 3 (n = 2)</i>	2.50	4.00	-3.00	.21
<i>Leefgroep 4 (n = 6)</i>	5.17	4.00	.64	.55
Totaal aantal maanden in niveau 3 (<i>n</i> = 7)	13.29	3.00	4.31	.01
<i>Leefgroep 1 (n = 0)</i>	-	3.00	-	-
<i>Leefgroep 2 (n = 2)</i>	16.50	3.00	2.08	.29
<i>Leefgroep 3 (n = 1)</i>	7.00	3.00	-	-
<i>Leefgroep 4 (n = 4)</i>	13.25	3.00	3.65	.04
Totaal aantal punten niveau 1 bij promotie (<i>n</i> = 34)	507.68	500.00	.30	.77
<i>Leefgroep 1 (n = 7)</i>	557.86	500.00	.58	.58
<i>Leefgroep 2 (n = 9)</i>	499.56	500.00	-.01	.99
<i>Leefgroep 3 (n = 9)</i>	520.22	500.00	5.35	.00
<i>Leefgroep 4 (n = 9)</i>	464.22	500.00	-.79	.45
Totaal aantal punten niveau 2a bij promotie (<i>n</i> = 25)	283.24	250.00	2.61	.02
<i>Leefgroep 1 (n = 4)</i>	251.00	250.00	.09	.94
<i>Leefgroep 2 (n = 8)</i>	273.00	250.00	1.61	.15
<i>Leefgroep 3 (n = 6)</i>	299.00	250.00	1.50	.19
<i>Leefgroep 4 (n = 7)</i>	299.86	250.00	1.54	.17
Totaal aantal punten niveau 2b bij promotie (<i>n</i> = 17)	308.06	250.00	1.98	.07
<i>Leefgroep 1 (n = 1)</i>	221	250.00	-	-
<i>Leefgroep 2 (n = 8)</i>	231	250.00	-1.07	.32
<i>Leefgroep 3 (n = 3)</i>	398	250.00	2.27	.15
<i>Leefgroep 4 (n = 5)</i>	394	250.00	2.39	.08
Totaal aantal punten in niveau 3 (<i>n</i> = 6)	1129.50	250.00	5.11	.04
<i>Leefgroep 1 (n = 0)</i>	-	250.00	-	-
<i>Leefgroep 2 (n = 2)</i>	906.50	250.00	5.59	.11
<i>Leefgroep 3 (n = 1)</i>	1198.00	250.00	-	-
<i>Leefgroep 4 (n = 3)</i>	1255.33	250.00	2.93	.10

Note. De gegevens met een liggend streepje kunnen niet worden weergegeven, aangezien $n \leq 1$

Bijlage 3B

Motivatie tot verandering bij medewerkers (n = 25) en motivatie voor behandeling bij jongeren (n = 58), weergegeven per leefgroep in percentages

		Leefgroep 1 (%)	Leefgroep 2 (%)	Leefgroep 3 (%)	Leefgroep 4 (%)
Voorbeschouwing	<i>Medewerkers</i>	33	33	67	50
	<i>Jongeren</i>	33	50	60	75
Overpeinzing	<i>Medewerkers</i>	50	33	33	50
	<i>Jongeren</i>	56	37	10	25
Actie	<i>Medewerkers</i>	17	33	0	0
	<i>Jongeren</i>	11	13	30	0

Bijlage 3C

Verschillen tussen leefgroepen op terugval, verblijfsduur en punten in behandelniveau

	Leefgroep	<i>n</i>	Gemiddelde Rangscore
Aantal maanden die de jongere verblijft in niveau 1	Leefgroep 1	10	21.15
	Leefgroep 2	11	13.86
	Leefgroep 3	12	22.71
	Leefgroep 4	16	36.78
	Totaal	49	
Aantal maanden die de jongere verblijft in niveau 2a	Leefgroep 1	7	11.21
	Leefgroep 2	9	14.17
	Leefgroep 3	9	24.39
	Leefgroep 4	10	20.45
	Totaal	35	
Aantal maanden die de jongere verblijft in niveau 2b	Leefgroep 1	5	12.70
	Leefgroep 2	9	15.94
	Leefgroep 3	6	13.00
	Leefgroep 4	8	15.13
	Totaal	28	
Aantal maanden die de jongere verblijft in niveau 3	Leefgroep 1	1	2.00
	Leefgroep 2	9	9.17
	Leefgroep 3	2	6.75
	Leefgroep 4	5	11.00
	Totaal	17	
Aantal keer terugval in niveau	Leefgroep 1	11	17.95
	Leefgroep 2	13	28.27
	Leefgroep 3	12	31.29
	Leefgroep 4	16	27.34
	Totaal	52	
Totaal aantal maanden van terugval	Leefgroep 1	1	5.00
	Leefgroep 2	7	10.00
	Leefgroep 3	6	12.08
	Leefgroep 4	7	11.93
	Totaal	21	
Totaal aantal punten bij afsluiting van niveau 1	Leefgroep 1	7	18.21
	Leefgroep 2	9	14.78
	Leefgroep 3	9	22.50
	Leefgroep 4	9	14.67
	Totaal	34	
Totaal aantal punten bij afsluiting niveau 2a	Leefgroep 1	4	9.38
	Leefgroep 2	8	12.94
	Leefgroep 3	6	14.17
	Leefgroep 4	7	14.14
	Totaal	25	
Totaal aantal punten bij afsluiting niveau 2b	Leefgroep 1	1	3.00
	Leefgroep 2	8	5.25
	Leefgroep 3	3	14.33
	Leefgroep 4	5	13.00
	Totaal	17	
Totaal aantal punten bij afsluiting niveau 3	Leefgroep 2	2	2.50
	Leefgroep 3	1	4.00
	Leefgroep 4	3	4.00
	Totaal	6	

