

Niet-regulier vertrek uit de  
residentiële hulpverlening van  
Nieuw Veldzicht

Myra ten Heggeler

# Niet-regulier vertrek uit de residentiële hulpverlening van Nieuw Veldzicht

Een onderzoek naar de redenen van niet-regulier vertrek en het protectieve effect van  
hulpverleningsactiviteiten op niet-regulier vertrek beschreven vanuit het perspectief van  
medewerkers van Nieuw Veldzicht

Myra ten Heggeler

3240150

Masterthesis Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

Begeleider Universiteit Utrecht: Dr. Chris Baerveldt

24 juni 2013, Utrecht

## Samenvatting

Volgens jeugdzorgorganisatie Nieuw Veldzicht (onderdeel van Intermetzo) lag het percentage jongeren en ouders/verzorgers (cliënten) dat een residentieel hulpverleningstraject niet-regulier beëindigd te hoog. Het was onduidelijk welke redenen bijdroegen aan niet-regulier vertrek en in hoeverre de hulpverleningsactiviteiten van Nieuw Veldzicht een protectief effect hadden op niet-regulier vertrek. Om hier zicht op te krijgen zijn interviews afgenomen bij twintig medewerkers van Nieuw Veldzicht. In de interviews werden twintig residentieële hulpverleningstrajecten van niet-regulier vertrokken cliënten besproken. De redenen die volgens medewerkers bijdroegen aan niet-regulier vertrek waren onder andere: 1) het ontbreken van motivatie bij de jongere (negatieve attitude); 2) geen ondersteuning of betrokkenheid van ouders, jongeren die zich onder druk van leeftijdsgenoten binnen en buiten Nieuw Veldzicht bezighielden met seks, middelengebruik en/of criminaliteit (negatieve invloed sociale omgeving); 3) een laag zelfbeeld van jongeren (negatief beeld eigen vermogen). Van de zestien hulpverleningsactiviteiten verwachtten de medewerkers een protectief effect van ‘begeleiding door groepsleiding’, ‘mentorgesprekken’, ‘fasering’, ‘muziektherapie’ en ‘beeldende therapie’ op niet-regulier vertrek. Door de vijf hulpverleningsactiviteiten kregen jongeren een positieve houding en/of een positief beeld over hun eigen vermogen ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject. Er waren geen hulpverleningsactiviteiten die ervoor zorgden dat de jongere door zijn/haar sociale omgeving werd ondersteund in het voortzetten van het hulpverleningstraject. Er wordt verwacht dat de organisatie niet-regulier vertrek kan verlagen door het aanbieden van hulpverleningsactiviteiten met een protectief effect op de negatieve invloed vanuit de sociale omgeving van de jongere.

## **Abstract**

According to the youth care organization Nieuw Veldzicht, part of Intermetzo, the number of juveniles and parents/guardians (client) that ended the residential treatment program on an irregular basis, was too high. It was unclear what reasons contributed to the irregular departure and how the aid activities of Nieuw Veldzicht had a protective effect on irregular departure. To gain insight, twenty interviews were held with employees of Nieuw Veldzicht. In the interviews twenty residential treatment programs of clients that ended the residential treatment program on an irregular basis were discussed. The employees mentioned various factors, such as: 1) the lack of motivation among juveniles (negative attitude); 2) no parental support or involvement and whether juveniles were engaged in sex, substance use and/or crime due to peer pressure inside and outside Nieuw Veldzicht (negative impact social environment); 3) low self-esteem of juveniles (negative image of their own ability). From the sixteen aid activities, employees expected a protective effect on irregular departure from 'supervision by caretakers', 'mentor talks', 'staging', music therapy' and 'art therapy'. The employees said that because of those five aid activities, juveniles gained a positive attitude and/or a positive image of their own ability to continue with the treatment program. Furthermore, none of the aid activities increased the support of the social environment of juveniles in continuing their treatment program. There can be expected that the organization can reduce irregular departure by providing aid activities with a protective effect on in particular the negative influence of the social environment of the juvenile.

Uit het maatschappelijk jaarverslag 2011 van Nieuw Veldzicht, onderdeel van Intermetzo, bleek dat 15,3% van de uitgestroomde cliënten vroegtijdig is uitgevallen. Dit betroffen voornamelijk jongeren en hun ouders/verzorgers die een residentieel hulpverleningstraject volgden. De organisatie was van mening dat het percentage cliënten dat het residentiële hulpverleningstraject op niet-reguliere wijze beëindigd, te hoog lag. De organisatie had geen zicht op de factoren die hebben bijgedragen aan het niet-reguliere vertrek. Bovendien wilden zij weten in hoeverre de hulpverleningsactiviteiten hebben bijgedragen aan het voorkomen van niet-regulier vertrek. In het huidige onderzoek zijn daarom de volgende onderzoeksvragen onderzocht:

- 1. Welke factoren dragen bij aan het niet-reguliere vertrek van cliënten binnen het residentiële hulpverleningstraject van Nieuw Veldzicht?*
- 2. In hoeverre hebben de hulpverleningsactiviteiten van Nieuw Veldzicht een protectief effect op de factoren die bijdragen aan het niet-reguliere vertrek van cliënten?*

Wanneer de organisatie weet wat de redenen van cliënten zijn geweest voor het vroegtijdig beëindigen van het hulpverleningstraject en welke hulpverleningsactiviteiten uitval hebben tegengegaan, kan zij in de toekomst de hulpverleningsactiviteiten gericht aanbieden om uitval te voorkomen. Deze informatie kan niet alleen waardevol zijn voor Nieuw Veldzicht, maar ook voor andere jeugdzorgorganisatie die niet-regulier uitstroom van jongeren willen voorkomen. Bovendien kan deze studie een bijdrage leveren aan de geringe hoeveelheid onderzoek omtrent residentiële hulpverlening bij jongeren.

Hieronder zal worden ingegaan op wat er wordt verstaan onder regulier en niet-regulier vertrek en welke redenen worden gegeven voor de beide vormen van vertrek. Vervolgens wordt aan de hand van het theoretische ASE-model een verwachting geschetst over hoe niet-regulier vertrek tot stand komt en welke factoren daarin een rol spelen. Aansluitend zal beschreven worden hoe de verwachtingen overeenkomen met eerdere studies en hoe het huidige onderzoek er uit ziet. Daarna zullen de methode, resultaten en conclusie en discussie beschreven worden.

### **Redenen voor Regulier en Niet-Regulier Vertrek**

Volgens Smit (1993) kan het beëindigen van de residentiële jeugdhulpverlening op verschillende manieren en om verschillende redenen plaatsvinden. De uitvalpercentages genoemd in eerdere studies, liggen tussen de 30 en 60 procent (Baekeland & Lundwall, 1975; Scholte & Van der Ploeg, 2000; Van der Ploeg & Scholte, 1996).

In haar proefschrift maakt Smit (1993) het onderscheid tussen regulier en niet-regulier vertrek. Er is sprake van regulier vertrek wanneer het beëindigen van de hulp wordt gerealiseerd in overleg tussen en met instemming van de jeugdzorgorganisatie, de jongere, zijn/haar ouders en de plaatsende instantie. De redenen voor het regulier beëindigen van de hulp zijn: 1) het bereiken van de hulpverleningsdoelen, 2) een waargenomen vooruitgang of 3) een vermindering van de problemen waarvoor de opname was geïndiceerd.

Er is sprake van niet-regulier vertrek wanneer eenzijdig wordt besloten het hulpverleningstraject voortijdig te beëindigen. Een jongere kan een hulpverleningstraject eenzijdig beëindigen door weg te lopen. Een ouder/verzorger kan een hulpverleningstraject eenzijdig beëindigen door de jongere terug naar huis te halen. Een jeugdzorgorganisatie kan een hulpverleningstraject eenzijdig beëindigen door de jongere weg te sturen en een plaatsende instantie kan een hulpverleningstraject eenzijdig beëindigen door de plaatsing te beëindigen (Smit, 1993). Meer recent omschrijven Geurts en Van Yperen (2010) niet-regulier vertrek als het afbreken van de hulp voordat de vastgelegde duur van het traject is bereikt. Deze duur is vastgelegd in het laatste indicatiebesluit of afgesproken tussen het cliënten, Bureau Jeugdzorg en de jeugdzorgorganisatie. Het eenzijdige afbreken van de hulp is hierbij het beëindigen van de hulpverleningsrelatie op initiatief van cliënten of de hulpverleningsinstantie, zonder expliciete en wederzijdse instemming van beide partijen (Geurts en Van Yperen, 2010). De redenen voor het niet-regulier beëindigen van de hulp is volgens Smit (1993) grote onvrede aan de kant van de jongere, de ouders/verzorgers of de jeugdzorgorganisatie. Volgens Bonke et al. (2006) kan het voortijdig en eenzijdig beëindigen van de hulp door cliënten, een signaal zijn dat het aanbod van de jeugdzorgorganisatie niet afdoende heeft ingespeeld op de hulpvraag.

Van jeugdzorgorganisaties wordt verwacht dat zij onder andere de mate van reguliere beëindiging van de hulp registreren (Bonke et al., 2006). Nieuw Veldzicht categoriseert de mate van regulier beëindigde hulp aan de hand van de in de raamwerkafspraken voorgestelde rubrieken (zie Tabel 1). Beëindiging van het hulpverleningstraject wordt gecategoriseerd als niet-regulier wanneer er sprake is van: eenzijdige beëindiging van de zorg door cliënten (reden 2.1, Tabel 1) en eenzijdige beëindiging van de zorg door Bureau Jeugdzorg of Jeugd en Opvoedhulp (reden 2.2, Tabel 1).

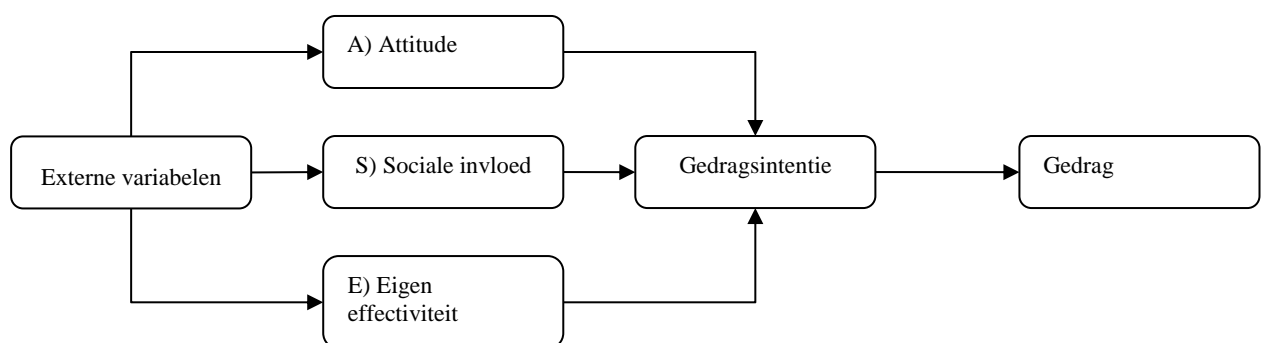
Tabel 1. *Categorieën reden beëindiging hulp*

Categorie
1. Zorg in overeenstemming tussen cliënten, Bureau Jeugdzorg en Jeugd en Opvoedhulp, beëindigt.
2. Zorg eenzijdig beëindigt.
2.1 De zorg is eenzijdig door de cliënten beëindigd.
2.2 De zorg is eenzijdig door Bureau jeugdzorg of Jeugd & Opvoedhulp beëindigd.
3. Zorg beëindigt door externe omstandigheden of door overmacht.
4. Reden onbekend, niet van toepassing of overig.

### Het ASE Gedragsveranderingsmodel

Over het algemeen probeert elke vorm van hulpverlening een gedragsverandering te bewerkstelligen bij cliënten (Horjus & Baerveldt, 2001; Van Yperen, Booy, & Van der Veldt, 2003). In de residentiële jeugdzorg wordt de beoogde gedragsverandering concreet gemaakt aan de hand van hulpverleningsdoelen. Na het behalen van de hulpverleningsdoelen, heeft er een gedragsverandering bij de jongere plaatsgevonden en kan de jongere de instelling regulier verlaten. Bij niet- regulier vertrek heeft een jongere de instelling verlaten voordat hij/zij de hulpverleningsdoelen heeft behaald en de beoogde gedragsverandering is bereikt.

Om zicht te krijgen op de redenen dat er geen gedragsverandering heeft plaatsgevonden bij niet-regulier vertrokken jongeren, wordt gebruik gemaakt van het ASE-model (zie Figuur 1). Het ASE- model is een gedragsveranderingsmodel, samengesteld uit de empirisch bewezen: ‘Theorie van Gepland Gedrag’ (Ajzen, 1991) en de inzichten van Bandura (1986). Volgens de Theorie van Gepland Gedrag is de intentie tot bepaald gedrag de belangrijkste voorspeller voor daadwerkelijk gedrag (Ajzen, 1991; De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988).



*Figuur 1.* Schematische weergave ASE- model (naar De Vries et al., 1988)

In Figuur 1 wordt de relatie tussen de factoren attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit, de gedragsintentie en het gedrag weergegeven. De externe variabelen verwijzen

naar persoonlijkheid of de sociaal-culturele omgeving waarin een persoon woont. Deze variabelen hebben via de attitude, sociale invloed en/of eigen effectiviteitsverwachting invloed op de gedragsintentie en het daadwerkelijke gedrag (Ajzen, 1991; De Vries et al., 1988).

De attitude (A) verwijst naar de houding ten aanzien van gedrag (Ajzen, 1991; Brug, Van Assema & Lechner, 2007). Positieve of negatieve attitudes over gedragingen worden gevormd op basis van eerdere leerervaringen over de gevolgen van het gedrag. Gedrag dat heeft geleid tot straffen, zal negatieve attitudes ten aanzien van dat gedrag tot gevolg hebben, terwijl gedrag dat heeft geleid tot beloningen tot positieve attitudes zal leiden (Brug et al., 2007). Attitudes zijn ook gebaseerd op gewoonten en overtuigingen, bijvoorbeeld de cognitieve opvatting ('roken is ongezond') of de meer affectieve of morele opvatting ('roken bij kinderen kan ik niet maken'). Daarnaast kan onderscheid gemaakt worden tussen de gevolgen op korte en lange termijn. De meeste pubers weten bijvoorbeeld dat roken slecht is voor de gezondheid, maar ervaren dat als een nadeel op lange termijn ('eventuele gezondheidsproblemen spelen pas over meer dan dertig jaar'). De voordelen die op korte termijn plaatsvinden ('roken is stoer') wegen dan zwaarder. Hieruit blijkt dat attitude ook wordt bepaald door de evaluatie van de gevolgen (Ajzen, 1991; Brug et al., 2007; De Vries et al., 1988).

Naast de eigen attitude wordt gedrag ook beïnvloed door de sociale omgeving van de persoon (S). In de Theorie van Gepland Gedrag bestond deze determinant alleen uit de subjectieve norm (Ajzen, 1991). De subjectieve norm verwijst naar de verwachting die een persoon heeft over de reactie van personen uit de omgeving op zijn/haar gedrag (Ajzen, 1991). 'Mijn vrienden verwachten dat ik rook', is een voorbeeld van een subjectieve norm. Het uitgangspunt is dat wanneer een persoon geen gehoor geeft aan de verwachtingen van de sociale omgeving, de persoon (sociale) sancties kan verwachten, bijvoorbeeld buitengesloten worden (Brug et al., 2007). De Vries et al. (1988) hebben de concepten sociale druk/steun en modellering toegevoegd. Sociale druk treedt bijvoorbeeld op wanneer een persoon door zijn vrienden wordt aangespoord om te roken. De term 'sociale druk' verwijst meestal naar een negatieve invloed en 'sociale steun' naar een positieve invloed op gewenst gedrag. Sociale steun treedt bijvoorbeeld op wanneer een persoon gesteund wordt om te stoppen met roken. Naast emotionele steun ('ik ben er voor je') kan sociale steun ook praktisch ('ik help je alle sigaretten weg te gooien') of materieel zijn ('ik zal de stoppen-met-roken cursus betalen') (Brug et al., 2007). Bij modellering gaat het om leren door het observeren van het gedrag van anderen (De Vries et al., 1988). Zo is de kans dat een persoon gaat roken groter wanneer in



zijn/haar omgeving veel mensen roken, vooral als aan het roken voordelen verbonden lijken te zijn (Brug et al., 2007).

De derde factor is de eigen- effectiviteitsverwachting (E) die is geïntroduceerd door Bandura (1986). Het verwijst naar de verwachtingen die personen hebben over hun eigen vermogen om bepaald gedrag uit te kunnen voeren. Met andere woorden: acht een persoon zich in staat het desbetreffende gedrag daadwerkelijk uit te voeren (De Vries et al., 1988), bijvoorbeeld: 'Ik denk dat het mij lukt om te stoppen met roken'. De term is vergelijkbaar aan de waargenomen gedragscontrole van Ajzen (1991). Volgens Bandura (1986) kunnen de verwachtingen over de eigen effectiviteit op drie dimensies variëren, namelijk:

- 1) Een inschatting van de moeilijkheid van de vaardigheden die nodig zijn om het gedrag uit te kunnen voeren;
- 2) Een inschatting van de problemen die het gedrag in verschillende situaties met zich mee kan brengen;
- 3) De mate waarin een persoon vertrouwen heeft het gedrag zelf uit te kunnen voeren.

De drie dimensies hoeven niet met elkaar samen te hangen (De Vries et al., 1988). Een persoon kan bepaald gedrag bijvoorbeeld als moeilijk beoordelen, maar er toch zeker van zijn dat het hem of haar zal lukken het gedrag uit te voeren (Brug et al., 2007).

De gedragsintentie is de mate waarin iemand van plan is om een bepaald gedrag uit te voeren en wordt bepaald door de attitude (A), sociale invloed (S) en eigen effectiviteitsverwachting (E) (Ajzen, 1991; Bandura, 1986; De Vries et al., 1988). Zo kunnen mensen van plan zijn om te stoppen met roken omdat ze overtuigd zijn van de nadelen van roken (attitude), omdat de omgeving hen stimuleert om te stoppen (sociale invloed) en omdat zij overtuigd zijn dat zij in staat zijn te stoppen met roken (eigen effectiviteitsverwachting). Het hebben van een positieve gedragsintentie vormt een belangrijke voorwaarde voor het veranderen van gedrag, maar is geen garantie dat die gedragsverandering zal lukken (Brug et al., 2007). Barrières ('ik was van plan om naar de stoppen-met-roken cursus te gaan, maar mijn fiets was kapot') kunnen het uitoefenen van gedrag in de weg staan of kunnen mensen weer laten vervallen in hun oude gedrag (Brug et al., 2007).

Bij regulier vertrek wordt verwacht dat de jongeren de gedragsintentie hebben het hulpverleningstraject voort te zetten. Deze intentie komt voort uit de positieve ASE ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject. Bij niet-regulier vertrek kan echter verwacht worden dat jongeren de gedragsintentie hebben het hulpverleningstraject niet voort te zetten. Deze intentie komt voort uit de negatieve ASE ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject. Bij een negatieve A heeft de jongere een negatieve houding ten

aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject, bij een negatieve S wordt de jongere niet ondersteund door zijn/haar sociale omgeving in het voortzetten van het hulpverleningstraject, bij een negatieve E verwacht de jongere dat hij/zij niet in staat is het hulpverleningstraject voort te zetten. In de huidige studie zal onderzocht worden welke factoren bijdragen aan een negatieve ASE en daarmee aan het niet-regulier vertrek van de cliënten. Daarnaast zal onderzocht worden in hoeverre de hulpverleningsactiviteiten een protectief effect hebben op de factoren die bijdragen aan het niet-regulier vertrek van cliënten.

### **Factoren die bijdragen aan een negatieve of positieve ASE**

Verschillende studies waarin is onderzocht welke factoren bijdragen aan een positieve of negatieve attitude van een jongere ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject, worden hieronder besproken. Volgens van Yperen et al. (2003) wordt een positieve houding van een jongere ten opzichte van het doorgaan met het hulpverleningstraject gekenmerkt door motivatie. Het aantal onderzoeken waarin een duidelijke empirische relatie wordt gelegd tussen de mate van motivatie van jongeren in de jeugdzorg en het resultaat van de jeugdzorg, is uiterst beperkt (Van Yperen et al., 2003). Wel wordt het ontbreken van motivatie als een belangrijke reden voor uitval uit de hulpverlening genoemd (Markslag, 1993; Van der Ploeg en Scholte, 2000). Een slechte relatie met de hulpverlener, irrealistische verwachtingen ten aanzien van de hulp, een gebrek aan overeenstemming over de problematiek, en de verwachtingen ten aanzien van de hulp van het doel van de behandeling dragen bij aan een verlaagde motivatie van cliënten (Jansen, Schüller, Oud en Arends, 2000; Keijsers, Hoogduin en Hagens, 1998; Knoppert-van der Klein, Kölling en Hoogduin, 1998; Van der Ploeg en Scholte, 1996). Motivatie voor hulp is dus geen eenzijdige eigenschap van cliënten, maar kan ook het resultaat zijn van een goede communicatie en afstemming tussen cliënten en hulpverlener, aldus van Yperen et al. (2003).

Verschillende studies waarin is onderzocht welke factoren bijdragen aan een positieve of negatieve invloed vanuit de sociale omgeving van de jongere op het voortzetten van het hulpverleningstraject, worden hieronder besproken. Harder (2011) concludeert op basis van verschillende empirische studies (Baker, Blacher & Pfeiffer, 1993; Van der Ploeg & Scholte, 2003) dat de gezinnen van jongeren relatief weinig betrokken worden bij de residentiële zorg. Dat terwijl verschillende onderzoeken laten zien dat de kans op een succesvolle afronding van het hulpverleningstraject kan worden vergroot door de betrokkenheid en/of ondersteuning van het gezin (Gorkse, Srebalus & Walls, 2003; Sunseri, 2001). Clough (2006)

en Sen en Broadhurst (2011) benadrukken dat het belangrijk is dat hulpverleners individueel te bekijken of en hoe een gezin het beste betrokken kan worden. Het gedrag van jongeren wordt daarnaast beïnvloedt door vrienden, het soort vriendschap is bepalend voor de mate van invloed (Maxwell, 2002). Als de vrienden dezelfde houding en hetzelfde gedrag laten zien, worden de bestaande houding en het bestaande gedrag verder verankerd. Als de vrienden een andere houding en ander gedrag laten zien, kan er verandering optreden in de houding en het gedrag via de invloed van de vriend(en) op het individu (Maxwell, 2002). Zo staan jongeren positiever ten opzichte van roken, seks en alcohol- en drugsgebruik als hun vrienden daar positief over zijn (Benda & DiBlasio, 1994; DeVries, Backbier, Kok & Dijkstra, 1995; Huba & Bentler, 1980; Thorlindsson & Vihjalmsson, 1991). Ook vonden een aantal studies dat jongeren binnen residentiële instellingen elkaar beïnvloeden door probleemgedrag van elkaar over te nemen, waardoor antisociaal gedrag van jongeren in stand wordt gehouden of verergerd (Dishion, McCord, & Poulin, 1999; Handwerk, Field, & Friman, 2000; Lee & Thompson, 2009; Lyons et al., 2001). Daarentegen vonden andere studies vonden geen negatieve effecten van het bij elkaar plaatsen van jongeren in een residentiële instelling (Huefner, Handwerk, Ringle, & Field, 2009; Mager, Milich, Harris, & Howard, 2005). Over het algemeen wordt in meta-analyses weinig bewijs gevonden voor de onderlinge negatieve invloed van jongeren in residentiële instellingen (Huefner & Ringle, 2012; Weiss et al., 2005). Er zijn geen studies gevonden die onderzocht hebben welke factoren bijdragen aan een positieve of negatieve eigen effectiviteitsverwachting van jongeren ten opzichte van het voortzetten van het hulpverleningstraject.

### **Huidig Onderzoek**

In het huidige onderzoek worden de volgende vragen onderzocht:

- 1. Welke factoren dragen bij aan het niet-reguliere vertrek van cliënten binnen het residentiële hulpverleningstraject van Nieuw Veldzicht?*
- 2. In hoeverre hebben de hulpverleningsactiviteiten van Nieuw Veldzicht een protectief effect op de factoren die bijdragen aan het niet-reguliere vertrek van cliënten?*

De redenen dat cliënten een hulpverleningstraject niet-regulier beëindigen kunnen volgens het ASE-model worden ingedeeld in drie factoren: de houding van jongeren ten opzichte van het voortzetten van het hulpverleningstraject, de ondersteuning die een jongere ontvangt vanuit zijn/haar sociale netwerk om het hulpverleningstraject voort te zetten en het beeld dat de jongere heeft over zijn/haar vermogen het hulpverleningstraject voort te zetten.

Uit eerdere studies komen aanwijzingen naar voren dat een negatieve houding ten opzichte van het voortzetten van het hulpverleningstraject (Markslag, 1993; Van der Ploeg en Scholte, 2000) en een gebrek aan ondersteuning en betrokkenheid vanuit het gezin kunnen bijdragen aan niet-regulier vertrek (Geurts, 2012; Gorske et al., 2003; Sunseri, 2001). Daarnaast zijn aanwijzingen gevonden dat vrienden en andere jongeren in een residentiële instelling een negatieve invloed kunnen hebben op jongeren (Benda & DiBlasio, 1994; DeVries et al., 1995; Dishion et al., 1999; Huba & Bentler, 1980; Thorlindsson & Vihjalmsson, 1991). Er zijn geen studies gevonden die voorspellers noemen in de eigen effectiviteitsverwachting van jongeren ten opzichte van het voortzetten van het hulpverleningstraject. In het huidige onderzoek worden de redenen die bijdragen aan het niet-regulier beëindigen van residentiële hulpverleningstrajecten in kaart gebracht aan de hand van de drie factoren. Daarnaast wordt gekeken naar het effect van de hulpverleningsactiviteiten op deze factoren.

### **Methode**

**Steekproef.** Twintig medewerkers van Nieuw Veldzicht vormden de steekproef van het huidige onderzoek. De medewerkers zijn gekozen op basis van functie en het aantal casussen waarin zij betrokken zijn geweest. Onder de medewerkers bevonden zich vijf mannen en vijftien vrouwen in de leeftijd van eenentwintig tot en met zestig jaar, met een gemiddelde leeftijd van zevenendertig jaar. De medewerkers werkten in vijf verschillende functies: vier gedragsdeskundigen, vier pedagogisch medewerkers A, negen pedagogisch medewerkers B, twee ouderbegeleiders en één therapeut. Gemiddeld werkten zij vier jaar en anderhalve maand bij Nieuw Veldzicht, met een minimum van een half jaar en een maximum van negen jaar.

**Dataverzameling Redenen voor Niet-Reguliere Uitval.** Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden zijn interviews afgenomen bij medewerkers van Nieuw Veldzicht, waarin twintig hulpverleningstrajecten van voormalige cliënten werden besproken. Elk van deze casussen hadden in 2012 het residentiële hulpverleningstraject op niet-reguliere wijze beëindigd. Per casus zijn minimaal twee tot maximaal vier betrokken medewerkers gesproken. Daarnaast is informatie over de casussen opgezocht in het cliëntvolgsysteem van Nieuw Veldzicht. De twintig casussen waren elf jongens en negen meisjes. De jongeren waren in de leeftijd van 13 tot 18 jaar toen zij werden geplaatst op een leefgroep van Nieuw Veldzicht. Op het moment van het beëindigen van het hulpverleningstraject verbleven zes jongeren op behandelgroep de Frequentie, vijf jongeren verbleven op crisisgroep de Antenne, vijf jongeren verbleven op de Omroeper, een behandelgroep voor meiden, drie jongeren

verbleven op zelfstandigheidsgroep de Korte Golf en één jongere verbleef op de observatiegroep de Zender.

**Topics.** Aan de hand van deze bestaande casussen werden de medewerkers gevraagd welke redenen in: 1) de houding van de jongere ten opzichte van het voortzetten van het hulpverleningstraject, 2) de steun die het sociale netwerk bood in het voortzetten van het hulpverleningstraject en 3) het beeld van de jongere over zijn/haar eigen vermogen om het hulpverleningstraject voort te zetten, hebben bijgedragen aan het niet-reguliere vertrek.

**Dataverzameling Hulpverleningsactiviteiten.** Om de data voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag te verzamelen, werd aan de medewerkers gevraagd het effect van de hulpverleningsactiviteiten op de bovengenoemde factoren te scoren. Daarbij is gebruik gemaakt van een overzichtstabel (zie Bijlage 1). De tabel is gemaakt in samenwerking met een gedragsdeskundige van Nieuw Veldzicht. Om het voor de medewerkers duidelijker te maken waren de factoren attitude en sociale invloed in de tabel verder geconcretiseerd. Attitude werd geconcretiseerd in kosten/baten en morele waarden. Sociale invloed werd geconcretiseerd in de subjectieve norm, sociale druk/steun en modelling (volgens Horjus & Baerveldt, 2001). In de bijlage is te zien dat de factoren die kunnen bijdragen aan niet-regulier vertrek op de x-as stonden. Op de y-as stonden de hulpverleningsactiviteiten (voor een omschrijving van de hulpverleningsactiviteiten, zie Bijlage 1). Per hulpverleningsactiviteit was een score mogelijk van -4, een sterk negatief effect, tot 4, een sterk positief effect.

**Betrouwbaarheid en Validiteit.** Om de betrouwbaarheid van de resultaten bij de eerste onderzoeksvraag te vergroten is gebruik gemaakt van informatie uit twee verschillende bronnen: medewerkers van Nieuw Veldzicht en het cliëntvolgsysteem van Nieuw Veldzicht. Per casus zijn twee tot maximaal vier medewerkers geïnterviewd die bij de casus betrokken waren, de redenen voor niet-regulier vertrek werden over het algemeen herhaald. De betrouwbaarheid van de resultaten bij de tweede onderzoeksvraag is ook vergroot, doordat hoge gemiddelde scores van het verwachte effect van hulpverleningsactiviteiten met een standaardafwijking van één of groter, niet als protectief beoordeeld worden. Een standaardafwijking geeft aan in hoeverre de scores van de medewerkers onderling verschilden. Bij een standaardafwijking van één of groter verschilden de medewerkers te veel van mening over het effect van de hulpverleningsactiviteit. Om de validiteit van de data te vergroten, is in de interviews gebruik gemaakt van bestaande casussen in plaats van fictieve casussen.

**Analyse.** De interviews zijn eerst volledig uitgeschreven met behulp van geluidsopnames. Vervolgens zijn de transcripties geanalyseerd met behulp van het analyseprogramma NVivo. Aan de hand van de gecodeerde interviewteksten waren de resultaten gemakkelijk te categoriseren en konden de conclusies getrokken worden. Voor het verwerken en analyseren van de data uit de overzichtstabel, is gebruik gemaakt van het analyseprogramma SPSS. Per hulpverleningsactiviteit is uitgerekend hoe sterk het effect van de hulpverleningsactiviteit was op de factoren die kunnen bijdragen aan niet-regulier vertrek.

## **Resultaten**

### **Welke factoren dragen bij aan het niet-reguliere vertrek van cliënten binnen het residentiële hulpverleningstraject van Nieuw Veldzicht?**

Hieronder is een beschrijving gegeven van de jongeren die in 2012 een residentieel hulpverleningstraject niet-regulier hebben beëindigd. Vervolgens is beschreven waarom de jongeren uit de casussen een negatieve houding hadden ten opzichte van het voortzetten van het hulpverleningstraject, waarom het sociale netwerk van de jongere, de jongere niet steunde in het voortzetten van het hulpverleningstraject en waarom de jongere een negatief beeld had over zich eigen vermogen het hulpverleningstraject voort te zetten.

**Beschrijving uitval.** In Tabel 2 is te zien welke reden van het beëindigen van de hulp stond aangegeven in het cliëntvolgsysteem. In de interviews werden twee manieren genoemd waarop de cliënten van de casussen het hulpverleningstraject verbraken: de jongere verbrak het traject door weg te lopen of ouders verbraken het traject door de jongere thuis te houden of naar huis te halen. Van de twintig jongeren uit de casussen zijn zes jongeren weggelopen en vier jongeren door hun ouders thuis gehouden of naar huis gehaald. Als hulpverleners het traject verbraken, plaatsten zij jongeren vrijwel altijd door naar een andere instelling. Van de twintig jongeren uit de casussen zijn vijf jongeren doorgeplaatst naar een besloten of gesloten setting, twee jongeren zijn naar een afkickkliniek doorgestroomd, één jongere is door de politie opgepakt en vervolgens op een andere residentiële instelling geplaatst. Eén jongere bleek ter overbrugging op Nieuw Veldzicht te verblijven, deze jongere is doorgestroomd naar pleegzorg. Bij één andere jongere wisten de medewerkers niet waar hij of zij na uitval naartoe is gegaan. Ten tijde van het onderzoek verblijft deze jongere (weer) op een leefgroep van Nieuw Veldzicht.

Tabel 2. *Reden van uitval zoals aangegeven in het cliëntvolgsysteem*

Hulpverleningstraject verbroken door:	Reden voor het verbreken van het hulpverleningstraject:	Aantal cases
Cliënten	Weggelopen, weigert medewerking, geen motivatie	10
Hulpverlener	Overgeplaatst naar een andere hulpvorm	6
	Jongere hoort niet thuis in zorgvorm	1
	In bewaring gesteld	1
	Gebruikt en/of handelt in drugs	1
	Niet ingevuld	1

**Redenen voor de negatieve houding van jongeren.** De medewerkers benoemden dat het ontbreken van motivatie voor het (voortzetten van het) hulpverleningstraject een reden is voor een negatieve houding van jongeren. Jongeren hadden geen motivatie als:

- Jongeren verslaafd waren aan middelen. Het verkrijgen en gebruiken van middelen was op dat moment belangrijker dan het (doorgaan met het) hulpverleningstraject.
- De interne (binnen Nieuw Veldzicht) en/of externe (naar andere organisaties) doorstroom van de jongere was gestagneerd. Deze jongeren wisten dat zij niet op Nieuw Veldzicht konden of mochten blijven en zagen het nut van het (doorgaan met het) hulpverleningstraject niet (meer) in.
- Het doel van het hulpverleningstraject en/of het eindperspectief onduidelijk was. Deze jongeren wisten niet wat zij konden bereiken door mee te werken aan het hulpverleningstraject.
- Jongeren geen school of dagbesteding hadden. Deze jongeren werden passief, (ook) ten opzichte van het (doorgaan met het) hulpverleningstraject.
- Jongeren absoluut niet op Nieuw Veldzicht wilden verblijven. Deze jongeren wilden heel graag bij hun vader of moeder verblijven en accepteerden hun plaatsing op Nieuw Veldzicht niet.

**Redenen onvoldoende steun vanuit het sociale netwerk.** Volgens de medewerkers hadden ouders verschillende redenen om hun kind niet te steunen in het voortzetten van het traject. Bijvoorbeeld omdat ouders het niet eens waren met het hulpverleningstraject of omdat ouders niet voldoende vertrouwen hadden in het handelen van de medewerkers van Nieuw Veldzicht. Ook waren ouders niet betrouwbaar in het nakomen van de afspraken en/of niet bereikbaar voor de behandeling, waardoor er geen goede samenwerking tot stand kwam tussen de medewerkers en de ouders.

Onder invloed van vrienden, kennissen en/of jongeren op het terrein hielden jongeren zich bezig met hulpverleningsactiviteiten die het voortzetten van het hulpverleningstraject tegenwerkten. Zo hadden jongeren onder invloed van deze personen ongewenste seksuele contacten, gebruiken zij middelen en hielden ze zich bezig met criminaliteit. Dit leidde er soms toe dat de jongere niet op Nieuw Veldzicht konden blijven doordat zij hun eigen (lichamelijk en/of geestelijke) veiligheid en/of die van anderen in gevaar brachten. Hierdoor steunen vrienden, kennissen en/of jongeren op het terrein jongeren indirect niet.

**Redenen negatief beeld jongeren over eigen vermogen.** De medewerkers gaven aan dat jongeren een negatief beeld hadden van hun eigen vermogen het hulpverleningstraject voort te zetten doordat zij een laag zelfbeeld hadden, over onvoldoende vaardigheden bezaten om het traject te laten slagen, te trots waren om hulp te vragen en/of zich niet bewust waren van hun eigen kwaliteiten. Er zijn ook jongeren met een te positief zelfbeeld, deze jongeren kwamen er (keer op keer) achter dat zij niet het eigen vermogen hadden dat zij dachten te hebben.

### **In hoeverre hebben de hulpverleningsactiviteiten van Nieuw Veldzicht een protectief effect op de factoren die bijdragen aan het niet-reguliere vertrek van cliënten?**

Het effect van de residentiële hulpverlening op cliënten is verspreid over zestien hulpverleningsactiviteiten. Tabel 2 laat de gemiddelde scores en standaarddeviaties zien van het verwachte effect van de hulpverleningsactiviteiten op de factoren die kunnen bijdragen aan niet-regulier vertrek. De standaarddeviaties geven aan in hoeverre de scores van de medewerkers onderling verschillen. Van de hulpverleningsactiviteiten met hoge gemiddelde scores ( $M \geq 3.0$ ) en lage standaarddeviatie ( $sd \leq 1.0$ ) verwachtten de medewerkers gemiddeld een protectief effect van de hulpverleningsactiviteit. Bij een lage gemiddelde score ( $M \leq 1.0$ ) en lage standaarddeviatie ( $sd \leq 1.0$ ) verwachtten de medewerkers gemiddeld geen sterk effect van de hulpverleningsactiviteit. Bij hoge standaarddeviaties ( $sd \geq 1.1$ ) verschilden de medewerkers te veel van mening. Daarom worden alleen gemiddelde scores van drie of hoger met standaardafwijkingen van één of lager verder aangeduid als een protectief effect.



Tabel 2. *Verwachte effectiviteit van hulpverleningsactiviteiten binnen de residentiële leefgroepen van Nieuw Veldzicht op zes aspecten van functioneren in verband met uitval.*

Hulpverlenings-activiteiten	Gemiddelde score en (standaardafwijking) op:									
	Attitude		morele waarden		Sociale Invloed		modelling		Eigen Effectiviteit	
	kosten/baten			subjectieve norm		sociale druk/ steun				
Beeldende therapie	2.9 (0.7)**	2.8 (1.0)**	2.5 (1.7)	3.2 (1.1)**	2.9 (0.9)**	3.2 (0.8)*				
Begeleiding door groepsleiding	3.1 (0.7)*	3.0 (0.8)*	2.7 (1.2)	2.6 (1.3)	2.9 (1.5)	3.1 (1.0)*				
Muziek therapie	2.9 (0.7)**	2.8 (1.0)**	2.3 (1.7)	3.0 (1.1)**	2.8 (1.0)**	3.1 (0.8)*				
Mentorgesprekken	2.5 (1.2)	3.1 (0.8)*	2.6 (1.0)	2.7 (1.1)	2.6 (1.4)	3.1 (0.7)*				
Contact met ouders	2.7 (1.1)	2.9 (0.7)**	2.4 (1.1)	2.6 (1.5)	2.4 (1.3)	2.4 (1.4)				
Fasering	2.5 (1.5)	1.8 (1.5)	2.4 (1.4)	2.4 (1.5)	2.8 (1.3)	3.3 (0.8)*				
Huisregels	2.3 (1.0)	2.8 (0.9)**	2.1 (1.6)	2.4 (1.1)	2.9 (0.8)**	2.6 (1.5)				
Dag structuur	2.3 (1.0)	2.8 (1.0)**	2.1 (1.5)	2.3 (1.2)	2.9 (1.0)**	2.4 (1.3)				
Interne behandeling	2.6 (1.1)	2.6 (1.1)	1.9 (1.6)	2.5 (0.9)	2.6 (1.1)	2.4 (1.3)				
Ouderbegeleiding	2.3 (1.5)	2.3 (1.3)	2.5 (1.3)	2.3 (1.4)	2.6 (1.3)	2.5 (1.0)				
Individuele sportactiviteiten	2.0 (1.4)	2.1 (1.2)	1.9 (1.5)	2.4 (1.0)	2.4 (1.3)	2.5 (1.1)				
Sportactiviteiten met de groep	1.5 (1.4)	2.0 (1.1)	2.0 (1.2)	2.3 (1.3)	2.6 (1.3)	2.5 (1.3)				
Externe behandeling	1.8 (1.7)	2.0 (1.4)	1.7 (1.7)	1.6 (1.9)	2.0 (1.6)	1.9 (1.7)				
Contact met school	1.6 (1.2)	1.9 (0.9)	1.7 (1.4)	1.6 (1.5)	1.9 (1.7)	1.9 (1.5)				
Intern onderzoek	1.1 (1.5)	1.7 (1.5)	1.3 (1.4)	1.1 (1.6)	1.3 (1.3)	1.8 (1.7)				
Extern onderzoek	1.3 (1.8)	1.1 (1.5)	0.9 (1.2)	1.1 (1.4)	0.8 (1.2)	1.3 (1.7)				

\* hoge score ( $M \geq 3.0$  en  $sd \leq 1.0$ ), \*\* benadering van een hoge score

Ongeacht de factor verwachtten de medewerkers van vijf hulpverleningsactiviteiten een protectief effect op niet-regulier vertrek: ‘begeleiding door groepsleiding’, ‘mentorgesprekken’, ‘fasering’, ‘muziek therapie’ en ‘beeldende therapie’. Drie hulpverleningsactiviteiten (‘dag structuur’, ‘huisregels’ en ‘contact met ouders’) benaderen een protectief effect en van acht hulpverleningsactiviteiten verwachtten de medewerkers geen protectief effect op niet-regulier vertrek. Hieronder worden de hulpverleningsactiviteiten met een protectief effect op niet-regulier vertrek per factor beschreven.

**Verwacht effect hulpverleningsactiviteiten op attitude.** In de kolom ‘kosten/baten’ heeft één van de zestien gescoorde hulpverleningsactiviteiten (begeleiding door groepsleiding) een hoge score, dat wil zeggen een gemiddelde score van drie of hoger en een standaardafwijking van één of lager. Dat betekent dat de medewerkers verwachtten dat begeleiding door groepsleiding ertoe zal leiden dat de jongeren hogere baten dan kosten ervaren in het voortzetten van het hulpverleningstraject. In de kolom ‘morele waarden’, hebben twee hulpverleningsactiviteiten met een hoge score (begeleiding door groepsleiding en mentorgesprekken). Dat betekent dat de medewerkers verwachtten dat begeleiding door groepsleiding en mentorgesprekken ertoe zal leiden dat de morele waarden van jongeren voor het voortzetten van het hulpverleningstraject versterken. Daarnaast benaderen twee hulpverleningsactiviteiten in de kolom kosten/baten en vijf hulpverleningsactiviteiten in de kolom morele waarden een hoge score of protectief effect.

**Verwacht effect hulpverleningsactiviteiten op sociale invloed.** In de drie kolommen van Tabel 2 heeft geen enkele hulpverleningsactiviteit een hoge score. De medewerkers verwachtten geen protectief effect van de hulpverleningsactiviteiten op de subjectieve norm, sociale druk/steun en modellering of verschilden daarover te veel van mening. Wel benaderen twee hulpverleningsactiviteiten in de kolom sociale druk/ steun en de vier hulpverleningsactiviteiten in de kolom modellering een hoge score of protectief effect.

**Verwacht effect hulpverleningsactiviteiten op eigen effectiviteit.** In de kolom ‘eigen effectiviteit’ scoren vijf hulpverleningsactiviteiten hoog (begeleiding door groepsleiding, mentorgesprekken, fasering, muziek therapie en beeldende therapie). Dat betekent dat de medewerkers verwachtten dat deze hulpverleningsactiviteiten ertoe zullen leiden dat de eigen effectiviteit van jongeren vergroot ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject.

### **Conclusie en discussie**

De jeugdzorgorganisatie Nieuw Veldzicht, onderdeel van Intermetzo, vond het percentage jongeren en ouders/verzorgers dat een residentieel hulpverleningstraject niet-regulier beëindigd, te hoog liggen. Om in de toekomst gericht hulpverleningsactiviteiten aan te bieden om uitval te voorkomen, zijn de volgende onderzoeksvragen onderzocht:

- 1. Welke factoren dragen bij aan het niet-reguliere vertrek van cliënten binnen het residentiële hulpverleningstraject van Nieuw Veldzicht?*
- 2. In hoeverre hebben de hulpverleningsactiviteiten van Nieuw Veldzicht een protectief effect op de factoren die bijdragen aan het niet-reguliere vertrek van cliënten?*

Op basis van eerdere studies werd verwacht dat een negatieve houding van de jongere (Markslag, 1993; Van der Ploeg & Scholte, 2000), een negatieve invloed vanuit de sociale omgeving van de jongere (Gorkse et al., 2003; Sunseri, 2001) en een negatief beeld van de jongere over het eigen vermogen (Ajzen, 1991; Bandura, 1986) ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject, zouden bijdragen aan niet-regulier vertrek.

Uit de resultaten van het onderzoek kwam naar voren dat de medewerkers van Nieuw Veldzicht meerdere redenen zagen die hebben bijdragen aan niet-regulier vertrek. De medewerkers noemden onder andere: het ontbreken van motivatie bij de jongere (negatieve houding), geen ondersteuning of betrokkenheid van ouders, jongeren die zich onder druk van leeftijdsgenoten binnen en buiten Nieuw Veldzicht bezighielden met seks, middelengebruik en/of criminaliteit (negatieve invloed sociale omgeving) en een laag zelfbeeld van jongeren (negatief beeld eigen vermogen).

Daarnaast kwam uit de resultaten naar voren dat van de zestien hulpverleningsactiviteiten, vijf hulpverleningsactiviteiten een protectief effect hadden op niet-regulier vertrek. Volgens de medewerkers hebben twee van de vijf hulpverleningsactiviteiten er toe geleid dat jongeren een positieve houding kregen ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject. Alle vijf de hulpverleningsactiviteiten zorgden ervoor dat jongeren een positief beeld kregen over hun eigen vermogen het hulpverleningstraject voort te zetten. Volgens de medewerkers heeft geen enkele hulpverleningsactiviteit ertoe geleid dat het sociale netwerk van de jongere, de jongere ging ondersteunen in het voortzetten van het hulpverleningstraject.

Er zijn maatregelen genomen om de betrouwbaarheid van de data te waarborgen. Bij de eerste onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van verschillende bronnen die met elkaar zijn vergeleken. Over het algemeen gaven de bronnen dezelfde informatie. Bij de tweede onderzoeksvraag is rekening gehouden met de mate waarin medewerkers dezelfde scores gaven. Deze maatregelen maken de resultaten van het onderzoek meer betrouwbaar.

Doordat gebruik is gemaakt van bestaande casussen en interviews zijn afgenomen bij medewerkers die betrokken waren bij deze casussen, laten de resultaten een representatief beeld zien van de redenen van niet-regulier vertrek en het effect van de hulpverleningsactiviteiten op de factoren die kunnen bijdragen aan niet-regulier vertrek bij Nieuw Veldzicht. Hieronder worden de resultaten vergeleken met eerdere studies en wordt praktische betekenis gegeven aan de resultaten.

De redenen waarom jongeren een negatieve houding hadden ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject werden gekenmerkt door het ontbreken van motivatie. Dit komt overeen met eerdere studies, waarin het ontbreken van motivatie als een belangrijke reden voor uitval uit de hulpverlening wordt genoemd (Markslag, 1993; Van der Ploeg en Scholte, 2000). Aanvullend op eerdere studies werden door medewerkers redenen genoemd voor het ontbreken van motivatie. Zo hadden jongeren geen motivatie als zij verslaafd waren aan middelen, de doorstroom van de jongeren stagneerde, het doel en/of eindperspectief van het hulpverleningstraject onduidelijk was voor de jongeren, jongeren geen school of dagbesteding hadden en als jongeren niet op Nieuw Veldzicht wilden verblijven. De hulpverleningsactiviteiten ‘begeleiding door groepsleiding’ en ‘mentorgesprekken’ leidden er volgens medewerkers toe dat jongeren (weer) een positieve houding kregen ten aanzien van het voortzetten van het hulpverleningstraject.

Medewerkers hebben verschillende redenen genoemd waarom de sociale omgeving van de jongere, een negatieve invloed had op het voortzetten van het hulpverleningstraject. Uit eerdere studies bleek dat ouders relatief weinig betrokken werden bij de residentiële zorg, terwijl de betrokkenheid en ondersteuning van ouders de kans op regulier vertrek vergroot (o.a. Gorkse et al., 2003; Harder, 2011; Sunseri, 2001). In het huidige onderzoek werd, in overeenstemming met eerdere studies, het ontbreken van ondersteuning door ouders genoemd als negatieve invloed op het voortzetten van het hulpverleningstraject. Aanvullend noemden medewerkers dat ouders, jongeren niet ondersteunden als zij het niet eens waren met het traject, onvoldoende vertrouwen hadden in het handelen van medewerkers, niet betrouwbaar waren in het nakomen van de afspraken en/of niet bereikbaar waren voor het hulpverleningstraject. Eerdere studies lieten ook zien dat jongeren positiever staan ten opzichte van roken, seks en alcohol- en drugsgebruik als hun vrienden daar positief over zijn (Benda & DiBlasio, 1994; DeVries, Backbier, Kok & Dijkstra, 1995; Huba & Bentler, 1980; Thorliondsson & Vihjalmsson, 1991). Daarnaast zouden de leeftijdsgenoten in de residentiële instelling een negatieve invloed kunnen hebben op de jongere (o.a. Dishion et al., 1999). De resultaten uit het huidige onderzoek komen in zoverre overeen met eerdere studies doordat jongeren zich onder invloed van vrienden en/of jongeren uit de instelling bezig te hielden met ongewenste seksuele contacten, middelengebruik en criminaliteit. Ook lieten de resultaten uit het huidige onderzoek zien dat geen enkele hulpverleningsactiviteit van Nieuw Veldzicht er volgens medewerkers toe leidt dat de sociale omgeving van de jongere, de jongere gaat ondersteunen in het voortzetten van het hulpverleningstraject.

Er zijn geen studies gevonden die onderzocht hebben welke factoren bijdragen aan een positieve of negatieve eigen effectiviteitsverwachting van jongeren ten opzichte van het voortzetten van het hulpverleningstraject. Uit het huidige onderzoek bleek dat de volgende factoren bijdroegen aan een negatieve eigen effectiviteitsverwachting van de jongere: een laag zelfbeeld, over onvoldoende vaardigheden bezitten, geen hulp vragen of niet bewust zijn van eigen kwaliteiten. Daarnaast bleek dat de hulpverleningsactiviteit ‘begeleiding door groepsleiding’, ‘mentorgesprekken’, ‘fasering’, ‘muziek therapie’ en ‘beeldende therapie’ er toe leiden dat jongeren een positief beeld kregen over hun eigen vermogen het hulpverleningstraject voort te zetten.

Als Nieuw Veldzicht het percentage jongeren met een niet-regulier beëindigd residentieel hulpverleningstraject wil terugdringen, zou de organisatie de huidige onderzoeksresultaten kunnen aangrijpen om hulpverleningsactiviteiten te ontwikkelen die inspelen op bovengenoemde negatieve invloeden. Doordat Nieuw Veldzicht reeds hulpverleningsactiviteiten aanbiedt die een protectief effect hebben op de negatieve attitude en de negatieve eigen effectiviteitsverwachting, zou Nieuw Veldzicht allereerst moeten nadenken over hulpverleningsactiviteiten die mogelijk een protectief effect hebben op de negatieve invloed vanuit de sociale omgeving van de jongere.

## Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738–783.
- Baker, B.L., Blacher, J., & Pfeiffer, S. (1993). Family involvement in residential treatment of children with psychiatric disorder and mental retardation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 561-566.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Benda, B.B., & DiBlasio, F.A. (1994). An integration of theory: Adolescent sexual contacts. *Journal of Youth and Adolescence*, 3, 403–421.
- Bonke, Schouten, Nota, Deijkers, Gransjean, van Zorge, Klijn, Postumus, van Yperen, (2006) Prestatie-indicatoren in de jeugdzorg. Naar een integrale gezamenlijke visie en implementatie. Den Haag: Inter Provinciaal Overleg.
- Brug, J., Assema, P. van., Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Clough, R., Bullock, R. & Ward, A. (2006). *What works in residential child care: A review of research evidence and the practical considerations*. Londen: National Children's Bureau.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755–764.
- Geurts, E. & Yperen, van, T. (2010). Raamwerkafspraken prestatie- indicatoren. Definities en spelregels. Nederlands Jeugdinstituut/ Maatschappelijk Ondernemersgroep Jeugdzorg.
- Gorske, T.T., Srebalus, D.J. & Walls, R.T. (2003). Adolescents in residential centres: Characteristics and treatment outcome. *Children and Youth Services Review*, 25, 317-326.
- Handwerk, M.L., Field, C.E. & Friman, P.C. (2000). The iatrogenic effects of group intervention for antisocial youth: premature extrapolations? *Journal of Behavioral Education*, 10, 223-238.
- Harder, A.T. (2011). *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care*. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.

- Horjus, B. & Baerveldt, C. (2001). Wasmachines, Glen Mills of het taakvaardigheidsmodel. Presentatie en illustratie van een methode om interventies in residentiële instellingen voor jeugdzorg te vergelijken. *Kind en adolescent*, 22, 169-175.
- Huba, G.J., & Bentler, P.M. (1980). The role of peer and adult models for drug taking at different stages in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 5, 449-465.
- Huefner, J.C., Handwerk, M.L., Ringle, J.L. & Field, C.E. (2009). Conduct disordered youth in group care: an examination of negative peer influence. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 719-730.
- Huefner, J.C., & Ringle, J.L. (2012). Examination of negative peer contagion in a residential care setting. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 807-815.
- Jansen, M.G., Schüller, C.M.L., Oud, J.H.L. & Arends, C. (2000). Evaluatieonderzoek in de residentiële jeugdhulpverlening. *Kind en Adolescent*, 21, 145-155.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L. & Hageaars, M.A. (1998). Therapietrouw en de therapeutische relatie; de betekenis van de therapeutische relatie voor het therapieresultaat. In E.A.M. Knoppert, P. van der Klein, P. Kölling & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Knoppert- van der Klein, E.A.M., Kölling, P. & Hoogduin, C.A.L. (1998). Therapietrouw en therapietrouwbevordering. In E.A.M. Knoppert, P. van der Klein, P. Kölling & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lee, B.R., & Thompson, R.W. (2009). Examining externalizing behavior trajectories of youth in group homes: Is there evidence for peer contagion? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 31-44.
- Lyons, J.S., Terry, P., Martinovich, Z., Peterson, J., & Bouska, B. (2001). Outcome trajectories for adolescents in residential treatment: A statewide evaluation. *Journal of Child and Family Studies*, 10, 333-345.
- Mager, W., Milich, R., Harris, M.J. & Howard, A. (2005). Intervention groups for adolescents with conduct problems: Is aggregation harmful or helpful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 349-362.
- Markslag, C. (1993). Eerst aankloppen, dan afhaken? Over het motiveren van ouders binnen de crisisopvang. *Tijdschrift K&O voor jeugdhulpverlening*, 36, 20-25.
- Maxwell, K.A. (2002). Friends: The role of peer influence across adolescent risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 267-277.

- Ploeg, J.D. van der. & Scholte, E.M. (1996). Analyse vraag en aanbod jeugdzorg regio Rotterdam. Amsterdam: NIPPO.
- Ploeg, J.D. van der. & Scholte, E.M. (2000). Nieuwe programma's voor jongeren met ernstige psychosociale problemen nader belicht. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 39, 221-235.
- Scholte, E. M. & Ploeg, J. D. van der (2000). Exploring factors governing successful residential treatment of youngsters with serious behavioural difficulties: findings from a longitudinal study in Holland. *Childhood*, 7, 129–153.
- Sen, R. & Broadhurst, K. (2011). Contact between children in out-of-home placements and their family and friends networks: A research review. *Child and Family Social Work*, 16, 298-309.
- Smit, M. (1993). *Aan alles komt een eind. Een onderzoek naar beëindiging van organisatiehulpverlening*. Leiden, Nederland: Drukkerij Faculteit der Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Leiden.
- Sunseri, P.A. (2001). The prediction of unplanned discharge from residential treatment. *Child and Youth Care Forum*, 30, 283-303.
- Thorliondsson, T., & Vihjalmsson, R. (1991). Factors related to sigarette smoking and alcohol use among adolescents. *Adolescence*, 2, 399–419.
- Vries, H. de., Backbier, E., Kok, G., & Dijkstra, M. (1995). The impact of social influence in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 237–257.
- Vries, H. de., Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self- efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.
- Weiss, B., Caron, A., Ball, S., Tapp, J., Johnson, M., & Weisz, J. R. (2005). Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1036–1044.
- Yperen, T. van., Booy, Y., Veldt, M-C. van der. (2003). Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg. Verkregen op 2 november, 2012, van <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=28276>.



## Bijlage 1: Overzichtstabel

<b><u>HULPVERLENINGS- ACTIVITEITEN</u></b>	Attitude		Sociale invloed			Eigen effectiviteit
	1*	2*	3*	4*	5*	6*
<b>Leven op de groep</b>						
1. Dag structuur						
2. Huisregels						
3. Begeleiding door groepsleiding (feedback op adequaat gedrag/ stopinstructie/ corrigeren e.d.)						
4. Mentorgesprekken						
5. Fasering (m.b.v. werkpunten)						
6. Sportactiviteiten met de groep						
7. Contact met school						
8. Contact met ouders						
<b>Activiteiten buiten de groep</b>						
9. Individuele sportactiviteiten						
10. Muziek therapie						
11. Beeldende therapie						
12. Intern onderzoek (diagnostiek/ observatie)						
13. Extern onderzoek						
14. Interne behandeling (specifiek)						
15. Extern behandeling (specifiek)						
16. Ouderbegeleiding						

### Beschrijving van de hulpverleningsactiviteiten:

1. Dag structuur: Op de groep wordt een jongere een vaste structuur aangeboden (vaste tijden om op te staan, te ontbijten, naar school te gaan, uit school te komen, te dineren en te slapen).
2. Huisregels: Elke leefgroep hanteert specifieke regels die op de groep gelden.
3. Begeleiding door groepsleiding: De begeleiding op de groep (pedagogisch medewerkers) hanteren de methodiek competentiegericht werken, met onder andere feedback geven op adequaat gedrag, stopinstructies en corrigeren.
4. Mentorgesprekken: Elke jongere heeft een eigen mentor (een pedagogisch medewerker). Wekelijks hebben de mentor en de jongere een mentorgesprek.
5. Fasering: De doelen van een jongere zijn verder geconcretiseerd in werkpunten en fasen. Met het behalen van werkpunten en fasen kunnen jongeren beloningen verdienen.
6. Sportactiviteiten met de groep: Elke leefgroep onderneemt sportactiviteiten in groepsverband.

7. Contact met school: Pedagogisch medewerkers onderhouden contact met de scholen van jongeren.
8. Contact met ouders: Pedagogisch medewerker onderhouden contact met de ouders van jongeren.
9. Individuele sportactiviteiten: Naast sportactiviteiten met de groep, kunnen jongeren ook individuele sportactiviteiten ondernemen.
10. Muziek therapie: Jongeren kunnen muziek therapie volgen binnen Nieuw Veldzicht.
11. Beeldende therapie: Jongeren kunnen beeldende therapie volgen binnen Nieuw Veldzicht.
12. Intern onderzoek: Bij sommige jongeren doet Nieuw Veldzicht onderzoek (bijvoorbeeld diagnostiek of observatie).
13. Extern onderzoek: Bij sommige jongeren (met specifieke problematiek) laat Nieuw Veldzicht een externe organisatie onderzoek doen.
14. Interne behandeling: Bij sommige jongeren geeft Nieuw Veldzicht aanvullende behandeling (bijvoorbeeld agressiehanteringstherapie)
15. Externe behandeling: Bij sommige jongeren (met specifieke problematiek) geeft een externe organisatie aanvullende behandeling (bijvoorbeeld EMDR).
16. Ouderbegeleiding: De ouders van jongeren krijgen ouderbegeleiding van ouderbegeleiders van Nieuw Veldzicht