

Thesis Master Orthopedagogiek



Verschillen Ambulante jeugdzorgcliënten van Residentiële jeugdzorgcliënten?



Welke doelgroep kenmerken hangen samen met de ambulante of residentiële zorg van FlexusJeugdplein te Rotterdam?

Auteur: V. J. Bunt

Studentnummer: 0414700

Werkveld: Jeugdzorg

Opdrachtgever: FlexusJeugdplein te Rotterdam

Thesidocent: Dr. H. E. Storsbergen

Begeleiding binnen FlexusJeugdplein: Drs. I. J. Hessel / Drs. F. Hoeijmans

Datum: Oktober 2009

Voorwoord

Ik ben ontzettend trots dat ik u mijn Master Thesis, welke ik in opdracht van FlexusJeugdplein (FJ) te Rotterdam heb uitgevoerd, mag presenteren. Het heeft mij heel wat inspanning gekost om tot dit resultaat te komen. Aan het begin van de Master, september 2008, werd de boodschap gegeven dat het een ontzettend zwaar jaar zou worden met stage, thesis en de te volgen cursussen. Dit is zeker waar, maar helaas heb ik daarnaast op persoonlijk vlak wat heftige gebeurtenissen meegemaakt, waardoor het nog een zwaarder jaar werd. Ik heb mezelf bij elkaar gepakt en heb me voor de volle 100% ingezet om het onderzoek goed op te starten en tot een succesvol einde te brengen.

Naast de moeilijkheden die ik op privégebied heb meegemaakt, heb ik ook wat moeilijkheden gekend in het doen van onderzoek. Waar ik overigens zeer veel van geleerd heb. Het was lastig om een goede vraagstelling te bedenken en uit te werken tot een onderzoek, maar met behulp van Irene Hessel en Frank Hoeijmans ben ik hier in geslaagd. Ik wil hen hartelijk danken voor de goede begeleiding, want zonder hen had ik geen onderzoek binnen de stage-instelling kunnen doen.

Daarnaast was het niet mogelijk om gebruik te maken van gestandaardiseerde vragenlijsten en daarom heb ik zelf een screeningslijst gemaakt om de data te kunnen verzamelen. Anita de Pan, stagiaire op één van de residentiële groepen van FJ en mijn vader, Hans Bunt hebben mij geholpen met het betrouwbaar maken van de screeningslijst. Ik wil beide hier hartelijk voor danken, want zonder hen had ik het onderzoek niet kunnen voortzetten. Ook wil ik de ambulante hulpverleners bedanken voor het aandragen van namen van cliënten die zij ambulant of residentieel hulp verleenden. Hierdoor heb ik in een korte tijd de dossiers weten te verzamelen en kwam er weer wat schot in het onderzoek.

Het heeft nog heel wat inspanning gekost om het onderzoek uiteindelijk goed op papier te zetten, maar ik ben trots op mezelf dat ik ondanks mijn persoonlijke omstandigheden en moeilijkheden die ik tijdens het onderzoek tegenkwam, doorgezet heb om de thesis af te schrijven. Met dank aan mijn familie en vrienden die mij hier onvoorwaardelijk in hebben gesteund. En met dank aan mijn begeleidster binnen de Universiteit Utrecht, Hester Storsbergen, die mij goed heeft begeleid en mij de tijd heeft gegeven om de thesis succesvol af te ronden.

Vivian Bunt, Utrecht, oktober 2009

Are there differences between inpatient and outpatient youth care clients?

Target group research at FlexusJeugdplein Rotterdam

Vivian Bunt

Universiteit Utrecht, Pedagogische Wetenschappen

Since FlexusJeugdplein (FJ) started using the IPT-methodology, September 2007, FJ lost a clear insight into the criteria of providing inpatient or outpatient youth care to the target groups. This study examined these target groups by investigating whether the characteristics of juveniles and their families, gender, ethnicity, type of family and parents having educational problems could be linked to the inpatient or outpatient youth care of FJ via internalizing and externalizing youth problems. A self-made screening list was used to obtain these variables out of eighty indication for treatment statements of adolescents aged 12 to 18 years. Then SPSS was used for statistical analysis. The results showed that none of the variables could be linked to the inpatient or outpatient youth care of FJ. Only gender could be linked to externalizing problems of juveniles. Boys specifically showed more externalizing problems than girls. Second ethnicity could also be linked to the externalizing problems of juveniles. Particularly native Dutch juveniles have more externalizing problems than the Dutch immigrant juveniles. No clear-cut distinction could be made between the characteristics of juveniles and their families and the inpatient or outpatient youth care of FJ. Other aspects may have played a part in defining these target groups, such as earlier received youth care and youth care's current waiting lists. Additional research is recommended.

Keywords: gender, ethnicity, type of family, educational problems, internalizing and externalizing problems, inpatient or outpatient youth care.

Inleiding

Jeugdigen, adolescenten van 12-23 jaar (Santrock, 2005), en ouders lijken steeds meer problemen te ervaren bij het opgroeien en opvoeden. Een mogelijke verklaring is het feit dat er in de adolescentieperiode tal van biologische en psychosociale veranderingen plaatsvinden. Deze zorgen in de meeste gevallen voor een gezonde ontwikkeling. Maar soms mondt het echter uit in probleemgedrag (Santrock, 2005). In Nederland kunnen kinderen en jeugdigen met hun gezinnen, die opgroei-, opvoedings-, of psychiatrische problemen ervaren zich richten tot de Stichting Bureau Jeugdzorg (BJz), de voordeur voor alle hulp (Eijgenraam, Van der Steege & Metselaar, 2004). Het aantal aanmeldingen bij deze Stichting is voor de jaren

2005 tot en met 2008 respectievelijk 58.768, 73.795, 83.737 en 88.177 jeugdigen per jaar. Voor de laatste drie jaar zijn dit groeicijfers van 25, 13 en 5 procent (MOgroep Jeugdzorg, 2009).

Na aanmelding van een jeugdige en het gezin stelt BJz door middel van een indicatiestelling vast of de cliënten recht hebben op zorg (MO-groep Jeugdzorg, 2007). Wanneer na toetsing blijkt dat de indicatiestelling aan alle eisen voldoet, wordt er een besluit genomen over welke hulp geïndiceerd wordt. Tevens wordt er een zorgvoorziening gezocht die verantwoordelijk zal zijn voor de uitvoering van de zorg (Tilanus, 2005; van Yperen, Nota en van der Schaft, 1999). Hiertoe schrijft een medewerker van BJz een indicatiebesluit met daarin een beschrijving van de problemen of dreigende problemen van de cliënt, de ernst en de mogelijke oorzaken daarvan (MOgroep Jeugdzorg, 2007). Het besluit geeft de cliënt recht op jeugdzorg en geeft de plicht aan zorgaanbieders om een cliënt met het juiste indicatiebesluit te accepteren en zorg te bieden (MOgroep Jeugdzorg, 2007; van Yperen et al., 1999).

Bureau Jeugdzorg schrijft indicaties voor de ambulante, semiresidentiële en residentiële hulpverlening (Eijgenraam et al., 2004). Respectievelijk is dit intensieve zorg aan huis die gericht is op ondersteuning van de jeugdige en het hele gezin om zo een uithuisplaatsing te voorkomen (Tilanus, 2005; Vijfwinkel & Hollander, 2006), dagbehandeling waarbij de jeugdige een aantal uren per dag behandeld of begeleid wordt (Tilanus, 2005) en een leef- of behandelgroep (Handboek FlexusJeugdplein, 2009), wanneer ambulante hulp niet werkt of niet toereikend is. De ambulante zorg telde van 2006 tot en met 2008 respectievelijk 33.380, 37.378 en 44.276 jongeren. Dit is een groeipercentage van 12 en 18%. De dagbehandeling telde 9.624, 8.904 en 9.816 jongeren (groeipercentage -7% en +10%). Ten slotte telde de residentiële zorg 18.160, 18.951 en 11.805 jongeren. Het groeipercentage bedraagt hier 4 en -38% (MOgroep Jeugdzorg, 2009).

Het verschil in aantal jeugdigen in de ambulante zorg en in de residentiële zorg is het resultaat van een verschuiving binnen de zorg. Kinderen worden tegenwoordig niet meer zo snel uit huis geplaatst. Een uithuisplaatsing is een zeer ingrijpende maatregel voor zowel de kinderen als de ouders (Harder, Knorth & Zandberg, 2006) en gebeurt tegenwoordig alleen wanneer dit echt in het belang van het kind is (Van Dam & Ten Haaf, 1999). Sinds de invoering van verschillende varianten van de Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT), is de ambulante zorg meer op de voorgrond getreden.

Zo ook bij FlexusJeugdplein (FJ), een jeugdzorgaanbieder in Rotterdam voor ambulante- en residentiële hulpverlening. In september 2007 is deze instelling gestart met de

IPT methodiek, omdat zij bij voorkeur jeugdigen en hun ouders ondersteunen in hun eigen leefomgeving. Bij binnenkomst worden alle jeugdige cliënten met hun gezinnen gekoppeld aan een ambulante hulpverlener, ook als ze een indicatie hebben voor de residentiële zorg (zie bijlage 1). De ambulante werker gaat met de jeugdige en het gezin aan de slag, zodat er op redelijke termijn helderheid ontstaat over het perspectief thuis, doel en inhoud van de hulpverlening. Waar mogelijk krijgen de cliënten zoveel mogelijk zorg aan huis, maar wanneer IPT niet toereikend is of past bij hetgeen het gezin nodig heeft wordt een tijdelijke uithuisplaatsing toegevoegd aan IPT (zie bijlage 1). De ambulante werker houdt het zorgproces van het kind in de gaten en blijft daarnaast actief in het gezin. De werker creëert een stabiele omgeving om zo een terugplaatsing van het kind in het gezin mogelijk te maken (Handboek FlexusJeugdplein, 2009). De invoering van de IPT-methodiek zorgt allereerst voor een nieuwe start van de zorg binnen FJ, maar zorgt daarnaast voor onduidelijkheid over welke criteria van belang zijn bij het toewijzen van jeugdigen aan de ambulante of residentiële zorg (Handboek FlexusJeugdplein, 2009). FlexusJeugdplein wil hier graag meer inzicht in krijgen.

Bureau Jeugdzorg zegt geen gegevens aan te kunnen leveren waaruit blijkt bij welke kenmerken en soort problemen gezinnen doorgaans een indicatie voor 'jeugdhulp thuis' oftewel ambulante zorg krijgen (Vijfwinkel & Hollander, 2006). Uit onderzoek van Konijn, Metselaar en Stoll (2002) blijkt dat BJz de keuze voor het indiceren van zorg niet duidelijk onderbouwt in het indicatiebesluit. Een aantal criteria kunnen een rol spelen bij het toewijzen van jeugdigen aan bijvoorbeeld ambulante of residentiële zorg, zoals de kenmerken van de jeugdigen en het gezin, als ook de eerdere contacten met hulpverlening, de werkbaarheid van het cliëntensysteem, de leeftijd van de jeugdige en de omvang van de wachtlijst bij verschillende zorgaanbieders (Van Dam & Ten Haaf, 1999).

Daar het te veel is om in het huidige onderzoek op alle criteria in te gaan, wordt er alleen ingegaan op de kenmerken van de jeugdigen en het gezin. Door middel van een literatuurstudie wordt allereerst bekeken welke sociaal demografische kenmerken van jeugdigen, probleemgedragingen van jeugdigen en opvoedingsproblemen van ouders samenhangen met de ontvangen ambulante- of residentiële zorg van jeugdigen in jeugdzorginstellingen in het algemeen. Daarna worden de geformuleerde verwachtingen getoetst binnen een specifieke zorgaanbieder, FlexusJeugdplein.

Sociaal demografische gegevens

Geslacht

De enige literatuur die direct een koppeling maakt met een residentiële behandelingssetting is het onderzoek van Connor en collega's (2004). Zij hebben kenmerken van kinderen en adolescenten onderzocht binnen één enkel residentieel behandelingscentrum in Worcester Massachusetts. Uit het onderzoek komt naar voren dat de onderzochte meiden ($N = 80$) eerder voor behandeling worden opgenomen dan de jongens ($N = 317$). In vergelijking met de jongens vertonen de meiden meer verbale agressie, vallen ze anderen vaker fysiek aan en pijnigen zichzelf meer dan jongens (Connor et al., 2004). Het is niet mogelijk om de gevonden gegevens te generaliseren, omdat het onderzoek maar in één enkel behandelingscentrum heeft plaatsgevonden. In tegenstelling tot Connor en collega's (2004) komt uit de verdere gevonden literatuur geen rechtstreekse samenhang naar voren tussen geslacht en de ambulante of residentiële zorg (Connor, Steingard, Anderson & Melloni, 2002; Junger, Mesman & Meeuw, 2003; Piko, Fitzpatrick & Wright, 2005; Wichstrom, 1999, Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2002). Wat wel duidelijk naar voren komt is dat meisjes meer internaliserend probleemgedrag laten zien en dat jongens meer externaliserend gedrag vertonen (Junger et al., 2003; Piko et al., 2005). Bij jongens komen vaker gedragsstoornissen, antisociaal en agressief gedrag voor, terwijl meisjes meer teruggetrokken gedrag vertonen en depressie en innerlijke kwetsbaarheid ervaren (Connor et al., 2002; Wichstrom, 1999). Daarnaast zijn vrouwelijke adolescenten zeker twee keer zoveel angstiger en depressiever dan de mannelijke adolescenten (Zahn-Waxler et al., 2002).

Etniciteit

Door de gedragsproblemen van allochtone jeugdigen, zoals antisociaal en crimineel gedrag is er de laatste jaren een oververtegenwoordiging van allochtone jongeren in justitiële inrichtingen (Vollebergh, 2003). Het blijkt dat allochtone jeugdigen niet alleen meer externaliserend probleemgedrag vertonen dan autochtone jeugdigen (Stevens et al., 2003), tevens ervaren zij ook meer internaliserende problemen dan hun autochtone leeftijdgenoten (Darwish Murad, Joung, van Lethé, Bengi-Arslan & Crijnen, 2003). Een botsing tussen de Nederlandse cultuur en de thuiscultuur van de jeugdigen zou dit kunnen veroorzaken. Allochtone jeugdigen ervaren verschillen in normen en waarden en een verschil in gedragsverwachting in beide culturen wat tot verwarring kan leiden (Eldering & Knorth, 1997). Over het algemeen komen allochtone jeugdigen met internaliserende problemen in vergelijking tot de jeugdigen met externaliserende problemen relatief weinig met de zorg in

aanraking (Vollebergh, 2003). Maar duidelijk is dat allochtone externaliserende jeugdigen (Stevens et al., 2003) een grote groep vormen binnen jeugdzorginstellingen (Kromhout, Eldering & Knorth, 2000).

Type gezin

Het aspect 'type gezin' is aan de hand van een- en tweeoudergezinnen bekeken (VanderValk, Spruijt, de Goede, Meeus & Maas, 2004). Onderzoek heeft aangetoond dat de scheiding van ouders een negatieve invloed heeft op de ontwikkeling van kinderen. Zij kunnen hierdoor internaliserende en externaliserende problemen ontwikkelen (Simons, Lin, Gordon, Conger & Lorenz, 1999; VanderValk, Spruijt, de Goede, Maas & Meeus, 2005), die een aantal jaren na de scheiding nog steeds zichtbaar zijn (Amato, 2000). Zo hebben jeugdigen die opgroeien in een eenoudergezin, bijvoorbeeld na een scheiding, vaker een lager psychologisch welzijn (Sun, 2001), hebben zij vaker een negatief zelfbeeld (Dunlop, Burns & Birmingham, 2001) en hebben zij meer emotionele problemen (VanderValk, Spruijt, de Goede, Meeus & Maas, 2004) dan jeugdigen in een tweeoudergezin. Tevens uiten jeugdigen uit een eenoudergezin meer delinquent en agressief gedrag dan jeugdigen in een tweeoudergezin (VanderValk, 2001). Uit de beschreven literatuur komt dus naar voren dat jeugdigen uit een eenoudergezin meer internaliserende en externaliserende problematiek vertonen dan jeugdigen uit een tweeoudergezin.

Opvoedingsproblemen van de ouders

Van der Ploeg en Scholte (2003) hebben de gezinsproblematiek van 150 jeugdigen onderzocht bij opname in een residentiële behandelingssetting. Zij komen net zoals Jansen en Feltzer (2002) tot de conclusie dat de pedagogische onmacht van ouders het meest voorkomende gezinsprobleem is bij opname. Maar ook gezinsproblemen, zoals alcohol misbruik van een of beide ouders, het gebruiken van geweld van ouder op kind en de arrestatie van een ouder, kunnen leiden tot een plaatsing van de jeugdige in een residentiële setting (Connor et al., 2004). Daarnaast blijkt uit onderzoek van van der Ploeg en Scholte (2003) dat in meer dan de helft van de gezinnen bij opname sprake is van effectieve verwaarlozing van de jeugdige en dat er ernstige relatieproblemen zijn tussen de jeugdige en vader en/of moeder. Ook heeft meer dan de helft van de jeugdigen in deze gezinnen ernstige externaliserende problemen (vooral delinquent en agressief gedrag) en heeft bijna de helft van de adolescenten in sterke mate geïnternaliseerde problematiek, vooral teruggetrokken gedrag (van der Ploeg & Scholte, 2003). Uit het artikel van Stevens, Vollebergh, Pels en Crijnen (2005) blijkt dat er een samenhang bestaat tussen de relatieproblemen van ouders en

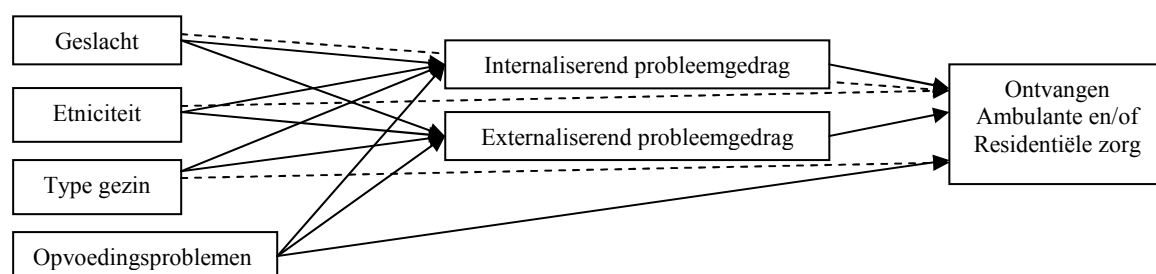
jeugdigen en internaliserende problemen van jeugdigen. Ook beschrijven zij een samenhang tussen de relatieproblemen van de ouders en internaliserende problemen bij adolescenten. Daarnaast kunnen armoede binnen het gezin en mentale problemen van ouders bijdragen aan (gedrags)problemen van adolescenten (Santrock, 2005).

Internaliserend en externaliserend probleemgedrag van de jeugdigen

Probleemgedrag van de jeugdigen, zoals internaliserende en externaliserende problematiek komt uit de voorgaande alinea's naar voren als twee belangrijke aspecten. Zowel geslacht, etniciteit, type gezin als de opvoedingsproblemen van de ouders worden gekoppeld aan het internaliserende of het externaliserende probleemgedrag van de jeugdigen. Internaliserende problematiek wordt hier gedefinieerd als 'naar binnen gekeerd' gedrag, zoals teruggetrokken, angstig- en depressief gedrag en suïcidaliteit. Externaliserende problematiek wordt daarentegen gedefinieerd als 'naar buiten gericht' gedrag, zoals agressief, crimineel- en oppositioneel gedrag (Junger et al., 2003). Dit gedrag staat op de voorgrond in residentiële instellingen, maar daarnaast is er ook sprake van internaliserende en psychiatrische problematiek (Harder et al., 2006; McDermott, McKelvey, Roberts & Davies, 2002). In onderzoek van Sladovic (2004) zijn kinderen die in een residentiële instelling wonen vergeleken met kinderen die thuis bij hun familie wonen. Hieruit blijkt dat er significant meer gedrags- en emotionele problemen voorkomen in de residentiële groep. Hierop aansluitend komt uit onderzoek van Metselaar, Knorth, Noom, van Yperen en Konijn (2004) dat jeugdigen met internaliserende problematiek meer ambulante zorg krijgen en dat jeugdigen met externaliserende problematiek vaker residentiële zorg ontvangen.

Externaliserend en internaliserend probleemgedrag zijn dus twee belangrijke aspecten voor het onderzoek, omdat zij interveniëren tussen de onafhankelijke variabelen geslacht, etniciteit, type gezin en de opvoedingsproblemen van de ouders en de ontvangen ambulante of residentiële zorg (zie figuur 1).

Model voor inzicht in samenhang



Figuur 1. Mogelijke samenhang tussen onafhankelijke, interveniërende en afhankelijke variabelen.

Vraagstelling, onderzoeksvragen en verwachtingen

Uit de literatuur komt naar voren dat de doelgroepenkenmerken geslacht, etniciteit, type gezin en opvoedingsproblemen van de ouders via internaliserend probleemgedrag en externaliserend probleemgedrag samenhang vertonen met de ontvangen ambulante of residentiële zorg van jeugdigen (zie figuur 1). Deze verschillende samenhangen worden getoetst bij FlexusJeugdplein (FJ). Dit is een hulpverleningsorganisatie in Rotterdam die ambulante, residentiële, crisis- en pleegzorg biedt aan jongeren van 0 tot en met 23 jaar met opgroei-problemen en aan hun gezinnen die opvoedingsproblemen ervaren. FlexusJeugdplein is door zijn grootstedelijkheid, complexe problematiek en doelgroep die voor een groot deel uit allochtone jeugd bestaat niet te vergelijken met andere hulpverleningsorganisaties binnen Nederland. Dit maakt het interessant om het onderzoek juist in deze instelling uit te voeren. In het huidige onderzoek komen alleen de werkvormen ambulante en residentiële zorg aan bod.

De centrale vraagstelling binnen FJ is: *'In hoeverre hangen geslacht, etniciteit, type gezin en opvoedingsproblemen van de ouders via internaliserend probleemgedrag en externaliserend probleemgedrag van de jeugdigen samen met de ontvangen ambulante (A) of residentiële (R) zorg van jeugdigen bij FJ?'* Om antwoord te geven op deze samenhangvraag zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- 1) 'In hoeverre is er samenhang tussen geslacht, het internaliserende of het externaliserende probleemgedrag van de jeugdige en de ontvangen A of R zorg bij FJ?' De verwachting is dat er bij meisjes vaker sprake is van internaliserende problemen en dat er bij jongens vaker sprake is van externaliserende problemen (Junger et al., 2003; Piko et al., 2005).
- 2) 'In hoeverre is er samenhang tussen etniciteit, het internaliserende of het externaliserende probleemgedrag van de jeugdige en de ontvangen A of R zorg bij FJ?' De verwachting is dat er bij allochtone jeugdigen vaker sprake is van externaliserende problemen dan bij autochtone jeugdigen (Stevens et al., 2003).
- 3) 'In hoeverre is er samenhang tussen type gezin, het internaliserende en externaliserende probleemgedrag van de jeugdige en de ontvangen A of R zorg bij FJ?' De verwachting is dat er bij jeugdigen uit een tweoudergezin vaker sprake is van internaliserende problemen en dat er bij jeugdigen uit een eenoudergezin vaker sprake is van externaliserende problemen (Simons, Lin, Gordon, Conger & Lorenz, 1999; VanderValk, Spruijt, de Goede, Maas & Meeus, 2005).
- 4) 'In hoeverre is er samenhang tussen de opvoedingsproblemen van de ouders, het internaliserend of externaliserend probleemgedrag van de jeugdige en de A of R zorg bij FJ?' De verwachting is dat er zowel sprake is van opvoedingsproblemen van de ouders en internaliserende problemen (Stevens et al., 2005) en externaliserende problemen van de jeugdigen (van der Ploeg & Scholte, 2003).
- 5) 'In hoeverre is er samenhang tussen het internaliserend probleemgedrag van de jeugdige en de ontvangen A of R bij FJ?' De verwachting is dat bij de ontvangen A zorg vaker sprake is van internaliserende problemen dan bij de ontvangen R zorg (Metselaar et al., 2004).

- 6) 'In hoeverre is er samenhang tussen het externaliserend probleemgedrag van de jeugdige en de ontvangen A of R zorg bij FJ?' De verwachting is dat bij de ontvangen R zorg vaker sprake is van externaliserende problemen dan bij de ontvangen A zorg (Metselaar et al., 2004).

De centrale vraagstelling, de onderzoeksvragen en de verwachtingen voor het onderzoek zijn nu bekend, maar hoe is dit te onderzoeken bij FlexusJeugdplein?

Methode

Participanten

Het dossieronderzoek, dat uit een select samengestelde steekproef bestaat, wordt uitgevoerd onder 80 adolescenten (34 jongens en 46 meisjes) in de leeftijd van 12 tot 18 jaar (leeftijd $M = 14,7$ jaar; $SD = 1,6$), die ambulante of residentiële zorg ontvangen van FlexusJeugdplein te Rotterdam. Tweeënvijftig procent ($N=42$) van de 80 adolescenten is geïndiceerd voor de ambulante hulpverlening en 49% van de adolescenten ($N=39$) heeft daadwerkelijk deze zorg ontvangen. Daarnaast is 48% van de adolescenten ($N=38$) geïndiceerd voor de residentiële zorg en heeft 51% van de adolescenten ($N=41$) uiteindelijk deze zorg ontvangen.

Van de 80 jeugdigen die in het onderzoek betrokken worden is 48% ($N=38$) een autochtone Nederlander en is 52% ($N=42$) een allochtone Nederlander. Daarnaast woont of heeft 60% van de adolescenten ($N=48$) in een eenoudergezin gewoond en woont of heeft 40% van de adolescenten ($N=32$) in een tweeoudergezin (twee biologische ouders, één biologische ouder en een stiefouder of pleegouders) gewoond. De steekproef ($N=80$) is groot genoeg om in het onderzoek statistische analyses uit te voeren (Baarda & de Goede, 2001).

Procedure

De tachtig indicatiebesluiten (IB's) en hulpverleningsplannen (HVP's) van de adolescenten worden met behulp van de ambulante werkers opgezocht in het cliëntsysteem (IJza1 en IJza2) van FlexusJeugdplein. Zesentwintig hulpverleners zijn benaderd met de vraag om namen van cliënten door te geven in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, die zij ambulante of residentieel begeleiden vanaf september 2007, omdat toen gestart is met de IPT-methode. Een negental hulpverleners heeft op dit verzoek gereageerd en heeft via de e-mail namen van de jeugdigen doorgegeven. Deze namen zijn opgezocht in het oude (IJza1) en het nieuwe systeem (IJza2) van de instelling. Op deze manier zijn uiteindelijk van 80 jeugdigen dossiers gevonden (40 ambulante en 40 residentiële geïndiceerde dossiers). De IB's en de eventueel aanwezige HVP's uit deze dossiers zijn gedownload en geprint. Aan de hand van een zelfgemaakte screeningslijst worden de IB's en HVP's gescoord en ingevoerd in een codeboek in SPSS.

Meetinstrumenten

Het is niet mogelijk om gebruik te maken van gestandaardiseerde vragenlijsten (CBCL: Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996; YSR: Verhulst, Van der Ende & Koot, 1997; GKS-II: Jansma, & Coole, 1996; NOSI; De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992), omdat FlexusJeugdplein pas recentelijk is gestart met het invoeren van deze vragenlijsten. Om toch de nodige gegevens te verzamelen uit de IB's en waar mogelijk uit de HVP's van de jeugdigen, is besloten om zelf een screeningslijst te ontwerpen.

De zelfgemaakte screeningslijst bestaat uit een aantal sociaal demografische kenmerken van de jeugdigen, probleemgedragingen van jeugdigen en de opvoedingsproblemen van ouders. De sociaal demografische gegevens zijn gegevens als geslacht (man of vrouw), leeftijd (12 tot 18 jaar), etniciteit (autochtone Nederlander of allochtone Nederlander; beide ouders zijn in het buitenland geboren of één van beide ouders is in het buitenland geboren, dan wordt er bekeken bij wie de jeugdige op dat moment verblijft), geïndiceerde zorg (ambulante gezinsbegeleiding of residentiële zorg), ontvangen zorg (ambulante gezinsbegeleiding of residentiële zorg) en type gezin (een- of tweeoudergezin).

De indicatoren om de opgroei problemen van de jeugdigen in kaart te brengen komen van de Child Behavior Checklist (CBCL; Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). De vragenlijst wordt als voldoende beoordeeld door de COTAN op de betrouwbaarheid, de begripsvaliditeit en op de criteriumvaliditeit (COTAN; in Kievit, Tak & Bosch, 2002) en daarom is besloten om de vragenlijst als voorbeeld te nemen voor de screeningslijst. Aan de hand van de verwachtingen van het onderzoek is bepaald dat de indicatoren die behoren tot de CBCL syndroomschalen: teruggetrokken/depressief, angstig/depressief, lichamelijke klachten, delinquent gedrag, agressief gedrag, internaliserend gedrag, en externaliserend gedrag, opgenomen worden in het onderzoek, waarbij teruggetrokken/depressief, angstig/depressief en lichamelijke klachten behoren tot de schaal internaliserend gedrag en delinquent- en agressief gedrag behoort tot de schaal externaliserend gedrag (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). In bijlage 2 staat beschreven welke opgroei probleemindicatoren behoren tot welke syndroomschalen en hoe de indicatoren worden geoperationaliseerd. De Cronbach's alpha's van de schalen delinquent-, agressief- en externaliserend gedrag zijn voldoende respectievelijk .61, .63 en .70. Van de schalen teruggetrokken/depressief, angstig/depressief en lichamelijke klachten is deze <.60 en dus onvoldoende, waardoor deze niet meegenomen worden in de analyses. De Cronbach's alpha van de schaal internaliserend gedrag is .61 en is dus voldoende betrouwbaar (Evers et al., 2002).

De indicatoren om de opvoedproblemen van de ouders te achterhalen komen van verschillende bevindingen uit de literatuur (Connor et al., 2004; Jansen & Feltzer, 2002; van der Ploeg & Scholte, 2003; Santrock, 2005; Stevens et al., 2005), zoals in de inleiding is te lezen. In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de schaal 'opvoedproblemen' die uit zes indicatoren bestaat: pedagogische onmacht, persoonlijke problemen van ouders, verslaving van ouders, structuur, onveilige situatie, verstoorde relatie en relatieproblemen tussen ouders. In bijlage 3 staat beschreven hoe de zes indicatoren geoperationaliseerd worden. De Cronbach's alpha voor de schaal opvoedingsproblemen voor de thuiswonende kinderen ($N=39$) bedraagt .69 en wordt als voldoende betrouwbaar beoordeeld (Evers et al., 2002).

De opgroei- en opvoedproblemen worden door middel van de screeningslijst uit de indicatiebesluiten en hulpverleningsplannen gehaald. Dit is gedaan door de IB's en HVP's aandachtig te lezen en woorden of zinsdelen te onderstrepen en deze te koppelen aan een indicator uit de screeningslijst. Hierna wordt er bepaald of het woord of zinsdeel een positieve of een negatieve lading heeft. Bijvoorbeeld wanneer er wordt beschreven dat de jeugdige goed naar school gaat, kan hieruit geconcludeerd worden dat de jeugdige niet spijbelt. De indicator 'spijbelen' krijgt dan de code '0', er is geen sprake van een probleem. Wanneer er bijvoorbeeld beschreven wordt dat de jeugdige brandjes sticht, dan krijgt de indicator 'brandstichting' de code '1', er is dan zeker sprake van een probleem. Ook is het mogelijk dat een aantal indicatoren niet te coderen zijn, omdat deze niet of niet duidelijk uit de IB's of HVP's naar voren komen, deze indicatoren krijgen de code '99'. Daarna wordt er per schaal (delinquent gedrag etc.) een totaalscore berekend.

Om de betrouwbaarheid te kunnen berekenen zijn de codes '1' en '99' gehercodeerd naar respectievelijk de codes '2' en '1', omdat er anders te weinig gegevens beschikbaar waren om de betrouwbaarheid te kunnen berekenen. Voor het uitvoeren van de analyses wordt er gebruik gemaakt van de standaard codes '0', '1' en '99'.

Betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrument

De betrouwbaarheid van de screeningslijst wordt bepaald aan de hand van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Baarda & De Goede, 2001). Tien willekeurige dossiers van jeugdigen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar (5 ambulante en 5 residentieel geïndiceerd) zijn opgezocht en twee beoordelaars hebben vervolgens deze dossiers gescoord. Hierna is er een vergelijking gemaakt tussen de gevonden gegevens en hieruit is geconcludeerd dat er een redelijke overeenstemming bestaat tussen de twee beoordelaars. Een aantal indicatoren zijn samengevoegd om een nog betere overeenstemming te krijgen. De indicator 'regels' (houdt

zich niet aan de regels en afspraken) is opgenomen in de indicatoren ‘ongehoorzaam thuis, school en ergens anders’. Wanneer iemand namelijk ongehoorzaam is betekent dat, dat hij of zij zich niet aan de regels houdt. Daarnaast is een aantal indicatoren beter geoperationaliseerd, zoals de indicator ‘waardeloos’. Het gaat er hierbij om dat een jeugdige niet blij is met zichzelf en zich daardoor waardeloos of minderwaardig voelt. Het niet blij zijn met zichzelf heeft dus betrekking op het zelfbeeld van de jeugdige en op het zelfvertrouwen van de jeugdige (Santrock, 2005). Een betere uitleg van de indicator ‘waardeloos’ wordt dan; de jeugdige voelt zich waardeloos of minderwaardig, heeft een negatief zelfbeeld, heeft weinig zelfvertrouwen of is onzeker. Omdat er geen algehele overeenstemming was tussen de eerste twee beoordelaars, is er besloten om een derde beoordelaar te vragen om samen met de eerste beoordelaar de tien dossiers individueel aan de hand van de vernieuwde screeningslijst door te nemen. Hieruit kwam een zeer grote mate van overeenstemming. Alleen de indicatoren ‘alleen’ (liever alleen dan met anderen) en ‘teruggetrokken’ (gaat niet met anderen om) zijn nog samengevoegd tot de indicator ‘teruggetrokken’.

De validiteit wordt bepaald aan de hand van de begripsvaliditeit (Baarda & De Goede, 2001). Van de vijf residentiële dossiers zijn de ingevulde CBCL vragenlijsten opgezocht in de papierendossiers van de jeugdigen, daar deze nog niet te vinden zijn in het oude cliëntstelsel IJza1 van de instelling. Het is de bedoeling dat de vragenlijsten die tegenwoordig afgenomen worden bij FlexusJeugdplein opgeslagen worden in IJza2, zodat er een elektronisch dossier van de jeugdige aangelegd kan worden. Helaas kan hier dus nog geen gebruik van worden gemaakt. De CBCL gegevens op de syndroomschalen ‘externaliserend gedrag’ en ‘internaliserend gedrag’ zijn vergeleken met de gevonden gegevens van de eerste en tweede beoordelaar. Voor de externaliserende scores van de eerste beoordelaar blijkt er een matige niet significante positieve samenhang ($r = 0.580$; $p > .05$; $N = 5$) te zijn tussen de scores op externaliserend gedrag gevonden in de dossiers en de externaliserende scores uit de CBCL. Voor de internaliserende scores van de eerste beoordelaar blijkt er tevens een matige niet significante positieve samenhang ($r = 0.623$; $p > .05$; $N = 5$) te zijn tussen de scores op internaliserend gedrag gevonden in de dossiers en de internaliserende scores uit de CBCL. Voor de externaliserende scores van de tweede beoordelaar blijkt er een matige niet significante samenhang ($r = 0.495$; $p > .05$; $N = 5$) te zijn tussen de scores op externaliserend gedrag gevonden in de dossiers en de externaliserende scores uit de CBCL. Daarnaast blijkt er ook voor de internaliserende scores van de tweede beoordelaar een matige niet significante samenhang ($r = 0.454$; $p > .5$; $N = 5$) te zijn tussen de scores op internaliserend gedrag gevonden in de dossiers en de internaliserende scores uit de CBCL.

Statistische analyse

Om te onderzoeken of de variabelen sekse, etniciteit, type gezin en opvoedingsproblemen van de ouders via internaliserend en externaliserend probleemgedrag van de jeugdigen samenhangen met de ontvangen ambulante of residentiële zorg (zie figuur 1) worden er tien bivariate Pearson-product-momentcorrelaties (r) uitgevoerd (Baarda & de Goede, 2001). Daarnaast wordt een drietal Contingency coëfficiënt (C) toetsen en één Pearson-product-momentcorrelatie (r) uitgevoerd om de rechtstreekse samenhangen te bepalen tussen sekse, etniciteit, type gezin en opvoedingsproblemen van de ouders en de ontvangen ambulante of residentiële zorg (zie figuur 1). Wanneer er significante correlaties worden gevonden tussen variabelen op interval/ratio- en nominaal niveau zullen er onafhankelijke t -toetsen tweezijdig uitgevoerd worden om de verschillen in gemiddelden tussen de variabelen te bekijken (Baarda & de Goede, 2001). Wanneer er significante correlaties worden gevonden tussen zowel een onafhankelijke variabele en een interveniërende variabele als een interveniërende variabele en de afhankelijke variabele zal er een ordinale regressieanalyse uitgevoerd worden om het intermediaire effect te bekijken. Een resultaat is statistisch significant wanneer $p < .05$ is.

Resultaten**Tabel 1:** *Significante correlaties tussen onafhankelijke, interveniërende en afhankelijke variabelen.*

	Externaliserend probleemgedrag	Internaliserend probleemgedrag	Ontvangen Ambulante of Residentiële zorg
Geslacht	-.25*	.107	.17
Etniciteit	-.47*	-.09	.07
Type gezin	.20	.03	.13
Opvoedings- Problemen	.06	.16	-.11
Externaliserend Probleemgedrag	-	-	-.02
Internaliserend probleemgedrag	-	-	-.02

* $p < .05$.

Uit de Pearson-product-moment correlatie analyse komt naar voren dat de variabele geslacht een matige negatieve samenhang vertoont met het externaliserende probleemgedrag van jeugdigen ($r = -.25$; $p < .05$; $N = 80$). Een verband is negatief wanneer een hoge score op de ene variabele, in dit geval externaliserend probleemgedrag, samengaat met een lage score op de andere variabele, geslacht (jongen=1 en meisje=2) (Baarda & de Goede, 2001). Mogelijk is er dus een samenhang tussen jongens en externaliserend probleemgedrag, maar omdat dit door middel van een samenhanganalyse niet duidelijk is, wordt er een t -toets uitgevoerd:

$t(78) = 2.30, p = .024$. Het blijkt dat de gemiddelde externaliserende score van jongens uitkomt op 7.79 ($sd = 3.95; N = 34$) in tegenstelling tot een gemiddelde score van 5.85 voor meisjes ($sd = 3.59; N = 46$). Dit wil zeggen dat jongens significant hogere scores op externaliserend probleemgedrag dan meisjes. Voor geslacht en internaliserend probleemgedrag van de jeugdigen wordt geen significante samenhang aangetoond: $r = .11; p > .05, N = 80$.

Tussen de variabele etniciteit en externaliserend gedrag is een redelijke negatieve samenhang gevonden: $r = -.47; p < .05; N = 80$. Ook hier is het niet mogelijk om iets over de richting van het verband te zeggen, maar mogelijk is er een samenhang tussen externaliserend gedrag en autochtone jeugd (autochtone jeugd=1, allochtone jeugd=2). Een t-toets wordt uitgevoerd om hier meer duidelijkheid over te krijgen: $t(78) = 4.75, p = .000$. De gemiddelde score voor de autochtone jeugdigen bedraagt 8.58 ($sd = 3.01; N = 38$) en voor de allochtone jeugdigen is dit 4.95 ($sd = 3.73; N = 42$). Dit betekent dat autochtone jeugdigen hogere scores op externaliserend gedrag dan allochtone jeugdigen. Voor etniciteit en internaliserend gedrag wordt er geen significante samenhang gevonden: $r = -.09; p > .05; N = 80$.

Uit de analyses komt verder naar voren dat er geen significante samenhang is tussen type gezin en externaliserend gedrag: $r = .20; p > .05; N = 80$, tussen type gezin en internaliserend gedrag: $r = .03; p > .05; N = 80$, tussen opvoedingsproblemen en externaliserend gedrag: $r = .06; p > .05; N = 80$ en tussen opvoedingsproblemen en internaliserend gedrag: $r = .16; p > .05; N = 80$. Vervolgens is de samenhang bekeken tussen externaliserend probleemgedrag en ontvangen A of R zorg ($r = -.02; p > .05; N = 80$) en tussen internaliserend probleemgedrag en ontvangen A of R zorg ($r = -.02; p > .05; N = 80$). Uit beide analyses komt naar voren dat er geen samenhang aangetoond kan worden. Als laatste zijn er analyses uitgevoerd om te bepalen of er een rechtstreekse samenhang aangetoond kan worden tussen geslacht en ontvangen A of R zorg ($C = .17; p > .05; N = 80$), etniciteit en ontvangen A of R zorg ($C = .07; p > .05; N = 80$), type gezin en ontvangen A of R zorg ($C = .13; p > .05; N = 80$) en opvoedingsproblemen en ontvangen A of R zorg ($r = -.11; p > .05; N = 80$). Voor alle variabelen geldt dat er geen significante samenhangen worden gevonden. Voor een overzicht van significante samenhangen zie tabel 1.

Discussie

In het huidige onderzoek is onderzocht of de variabelen geslacht, etniciteit, type gezin en opvoedingsproblemen van de ouders via het internaliserend en externaliserend probleemgedrag van de jeugdigen samenhang vertonen met de ontvangen ambulante of

residentiële jeugdzorg van FlexusJeugdplein. Daarnaast is bekeken of er tevens een rechtstreekse samenhang aangetoond kan worden tussen de variabelen geslacht, etniciteit, type gezin en opvoedingsproblemen van de ouders en de ontvangen ambulante of residentiële zorg van FJ. De instelling FJ heeft na de invoering van de IPT-methodiek graag inzicht in de (eventueel) nieuw ontstane doelgroepen binnen de ambulante en residentiële zorg, zodat dit meegenomen kan worden bij de evaluatie van de methodiek.

Uit onderzoek komt naar voren dat er voor de variabele geslacht samenhang aangetoond kan worden met het externaliserende probleemgedrag en dat dit specifiek geldt voor jongens. Dit resultaat komt overeen met wat Junger en collega's (2003) en Piko en collega's (2005) beschrijven. Jongens vertonen inderdaad meer externaliserend probleemgedrag dan meisjes. Dat meisjes daarentegen meer internaliserend probleemgedrag vertonen (Junger et al., 2003; Piko et al., 2003) komt niet overeen met wat in het huidige onderzoek is gevonden. Voor geslacht en het internaliserend probleemgedrag wordt er geen samenhang gevonden. Tevens wordt er geen samenhang gevonden tussen etniciteit, specifiek allochtone jeugdigen en het externaliserend probleemgedrag. In tegenstelling tot de verwachting (Stevens et al., 2003) blijkt er een samenhang te zijn tussen autochtone jeugdigen en externaliserend gedrag. Dit is een interessante bevinding, omdat de groep allochtone jeugdigen groot is binnen FJ (huidig onderzoek $N=42$ tegen een $N=38$ voor autochtone jeugdigen), waardoor de verwachting bestaat dat er inderdaad meer sprake is van externaliserend probleemgedrag bij de allochtone jeugdigen. Dit blijkt niet het geval. Ook blijkt er geen samenhang te bestaan tussen etniciteit en het internaliserend probleemgedrag. Daarnaast is er geen sprake van samenhang tussen type gezin en de internaliserende en/of externaliserende problematiek. Dit in tegenstelling tot wat er uit de literatuur naar voren komt. Bij jeugdigen die opgroeien in een eenoudergezin is er zowel sprake van internaliserend als externaliserend probleemgedrag (Dunlop et al., 2001; VanderValk et al., 2004; Sun, 2001; VanderValk, 2001). Voor de opvoedingsproblemen geldt dat er vaak zowel sprake is van opvoedingsproblemen bij de ouders als internaliserende en/of externaliserende problematiek bij de jeugdigen (van der Ploeg & Scholte, 2003; Stevens et al., 2005). In het huidige onderzoek is dit niet naar voren gekomen. Als laatste en tevens belangrijkste bevinding kan er in tegenstelling tot de verwachting (Metselaar et al., 2004) geen samenhang aangetoond worden tussen het internaliserend probleemgedrag en de ambulante zorg en het externaliserend probleemgedrag en de residentiële zorg. Tevens is het niet mogelijk om rechtstreekse samenhangen aan te tonen tussen de variabelen geslacht, etniciteit, type gezin en opvoedingsproblemen van de ouders en de ontvangen ambulante en/of residentiële zorg.

Het is dus voor alle onderzochte variabelen niet mogelijk om deze te koppelen aan de ambulante of residentiële zorg van FJ. Er blijft hierdoor voor FJ nog steeds onduidelijkheid bestaan over welke criteria van belang zijn bij het toewijzen van jeugdigen aan de ambulante of residentiële zorg.

Beperkingen van het onderzoek

Om hier meer duidelijkheid over te krijgen is het van belang om een aantal aspecten van het huidige onderzoek nader te bekijken. De zelfgemaakte screeningslijst is op zich een handig hulpmiddel voor ambulante hulpverleners om kenmerken van jeugdigen en het gezin uit indicatiebesluiten te halen. Zeker wanneer er geen gebruik gemaakt kan worden van vragenlijsten als de CBCL (Verhulst et al., 1996) en GKS-II (Jansma & Coole, 1996). Maar er zijn een aantal beperkingen wat betreft de zelfgemaakte screeningslijst die belangrijk zijn om te noemen. De betrouwbaarheid van de screeningslijst is goed te noemen. Toch is het goed om hier meer onderzoek naar te verrichten, daar de geformeerde schalen in eerste instantie te klein waren om de betrouwbaarheid te kunnen berekenen. De validiteit van de lijst is daarentegen niet goed te noemen. Het blijkt moeilijk om het probleemgedrag en de opvoedingsproblemen goed uit de IB's te halen. In het ene IB worden de problemen van de jeugdige en het gezin veel specifiek beschreven dan in het andere IB. Zo werd in een aantal IB's alleen gesproken over extreem probleemgedrag, terwijl in andere IB's dit extreme probleemgedrag duidelijk uitgesplitst werd in specifieke gedragstermen. Juist bij het analyseren van de IB's aan de hand van de zelfgemaakte screeningslijst is het belangrijk dat er geschreven wordt in specifieke gedragstermen anders is het probleemgedrag niet tot nauwelijks te scoren. In het codeboek is dit terug te zien, doordat er veel codes '99' zijn genoteerd. Dit betekent dat het probleemgedrag niet of niet duidelijk uit het IB naar voren kwam. Dit maakt het lastig om goede statistische analyses te doen, omdat er bij veel respondenten 'weet niet' gescoord wordt, waardoor er alleen schalen met weinig items beschikbaar zijn. Wanneer de CBCL gebruikt wordt zijn de schalen groter, omdat alle items gebruikt kunnen worden om de schalen te formeren (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). Het is aan te raden om in vervolgonderzoek dit probleem aan te pakken, door de begrippen op de screeningslijst aan de hand van een groot aantal dossiers nog specifiek en uitgebreid te beschrijven. Dit zou het makkelijker moeten maken om de IB's door te nemen. Als laatste is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat de resultaten misschien niet goed generaliseerbaar zijn, daar er alleen onderzoek is gedaan bij FlexusJeugdplein en niet ook in andere jeugdzorginstellingen. Voor vervolgonderzoek is het aan te raden om te bekijken of er

bij Stek en Lindenhof, twee grote jeugdhulpverleningsorganisaties in de omgeving van Rotterdam, doelgroep onderzoek is gedaan. Wanneer dit het geval is, is het interessant om dan de resultaten te vergelijken met de resultaten uit het eigen onderzoek. Het is belangrijk als zorgaanbieder om niet alleen een beeld te hebben van de eigen doelgroepen, maar ook van andere zorgaanbieders binnen de regio.

Implicaties

Het is dus voor alle onderzochte variabelen; geslacht, etniciteit, type gezin, opvoedingsproblemen van de ouders, internaliseren en externaliserend probleemgedrag, niet mogelijk om deze te koppelen aan de ambulante of residentiële zorg van FJ. Dit betekent dat FlexusJeugdplein geen duidelijk onderscheid kan maken tussen de doelgroep in de ambulante zorg en de doelgroep in de residentiële zorg. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat het intensieve ambulante hulpaanbod, in dit geval IPT bij FJ, steeds breder wordt. Het is hierdoor niet helemaal duidelijk voor welke cliënten het hulpaanbod precies bedoeld is (Vijfwinkel & Hollander, 2006). De resultaten van het huidig onderzoek laten dit ook zien. Er kan geen enkele samenhang aangetoond worden tussen de onderzochte variabelen en de A of R zorg. Het is aan te raden om in vervolgonderzoek de criteria te onderzoeken die FJ zelf hanteert om jeugdigen toe te wijzen aan de A of R zorg. Daarnaast wordt de ambulante hulp vaak gebruikt als aanvulling op bijvoorbeeld residentiële zorg, zo ook bij FJ, waardoor het moeilijk is om duidelijke grenzen te trekken tussen ambulante en residentiële zorg (Vijfwinkel & Hollander, 2006). Om hier een beter beeld van te krijgen is het aan te raden om het onderzoek nogmaals uit te voeren en alleen maar jeugdigen in het onderzoek op te nemen van wie na zes maanden het hulp perspectief helder is. Zijn het jeugdigen die alleen ambulante zorg nodig hebben of is het zaak dat een jeugdige tijdelijk uit huis wordt geplaatst (Handboek FlexusJeugdplein, 2009)? Dit maakt het makkelijker om een duidelijkere grens te trekken tussen de ambulante en de residentiële zorg.

Uit het huidig onderzoek blijkt tevens dat niet alleen de kenmerken van de jeugdigen en het gezin belangrijk zijn bij het beschrijven van een doelgroep. Ook andere aspecten spelen hierin een rol (van Dam & ten Haaf, 1999). Allereerst is het belangrijk om de eerdere contacten van het gezin met hulpverlening te onderzoeken, want hoe meer hulpverlening al heeft plaatsgevonden, hoe sneller een kind/jeugdige misschien uit huis wordt geplaatst. Ook de werkbaarheid van het cliëntensysteem is van groot belang. Wanneer, vooral ouders, niet meewerken aan het creëren van een stabiele omgeving voor een kind/jeugdige, wordt de noodzaak groter om een kind/jeugdige uit huis te plaatsen (Handboek FlexusJeugdplein,

2009). Tevens is de omvang van de wachtlijst een belangrijke factor bij het toewijzen van zorg en tevens bij het bepalen van de doelgroep. Wanneer er voor de jeugdige geen plek is binnen de zorg die nodig is, wordt er zolang een tussenoplossing gezocht (van Dam & ten Haaf, 1999). In vervolgonderzoek is het dus van belang om deze aspecten ook mee te nemen, zodat er aan de hand hiervan een duidelijke doelgroep omschrijving gemaakt kan worden en het voor FJ duidelijk wordt op welke gronden een jeugdige in de ambulante en/of residentiële zorg wordt opgenomen.

Referenties

- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal Marriage Family*, 62, 1269-1287.
- Baarda, Dr. D. B., & Goede, Dr. M. P. M. de (2001). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baarda, Dr. D. B., Goede, Dr. M. P. M. de, & Dijkum, Dr. C. J. van (2007). *Basisboek Statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Brock, A. J. L. L. de, Vermulst, A. A., Gerris, J. R. M., & Abidin, R. R. (1992). *NOSI: Nijmeegse Ouderlijke Stress Index*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M., & Steingard, R. J. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 13, 497-510.
- Connor, D. F., Steingard, R. J., Anderson, J. J., & Melloni Jr, R. H. (2002). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry Human Development*, 33, 279-294.
- Dam, C. van & Haaf, N. ten (1999). *Besluitvorming bij uithuisplaatsing. Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van een instrument om de kwaliteit van besluitvorming bij uithuisplaatsing te verbeteren*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Darwish Murad, S., Joung, I. M. A., Lenthe, F. J. van, Bengi-Arslan, L., & Crijnen, A. A. M. (2003). Predictors of self-reported problem behaviors in Turkish immigrant and Dutch adolescents in the Netherlands. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines*, 44, 412-423.
- Dunlop, R., Burns, A., & Birmingham, S. (2001). Parent-child relations and adolescent self-image following divorce: A 10 year study. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 117-134.
- Eijgenraam, K., Steege, M. van der, & Metselaar, J. (2004). *Beslissen in het Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW.
- Eldering, L., & Knorth, E. J. (1997). Marginalisering van allochtone jongeren en risicofactoren in hun dagelijks leven. *Kind en Adolescent*, 18, 2-14.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J. C. van, & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II (COTAN)*. Assen: Van Gorcum.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J. C., van, Resing, W. C. M., Starren, J. C. M. G., Alphen de Veer, R. J. van, & Boxtel, H. van (2002). *COTAN Testboek voor het onderwijs*. Amsterdam: Boom.

Handboek FlexusJeugdplein mei 2009

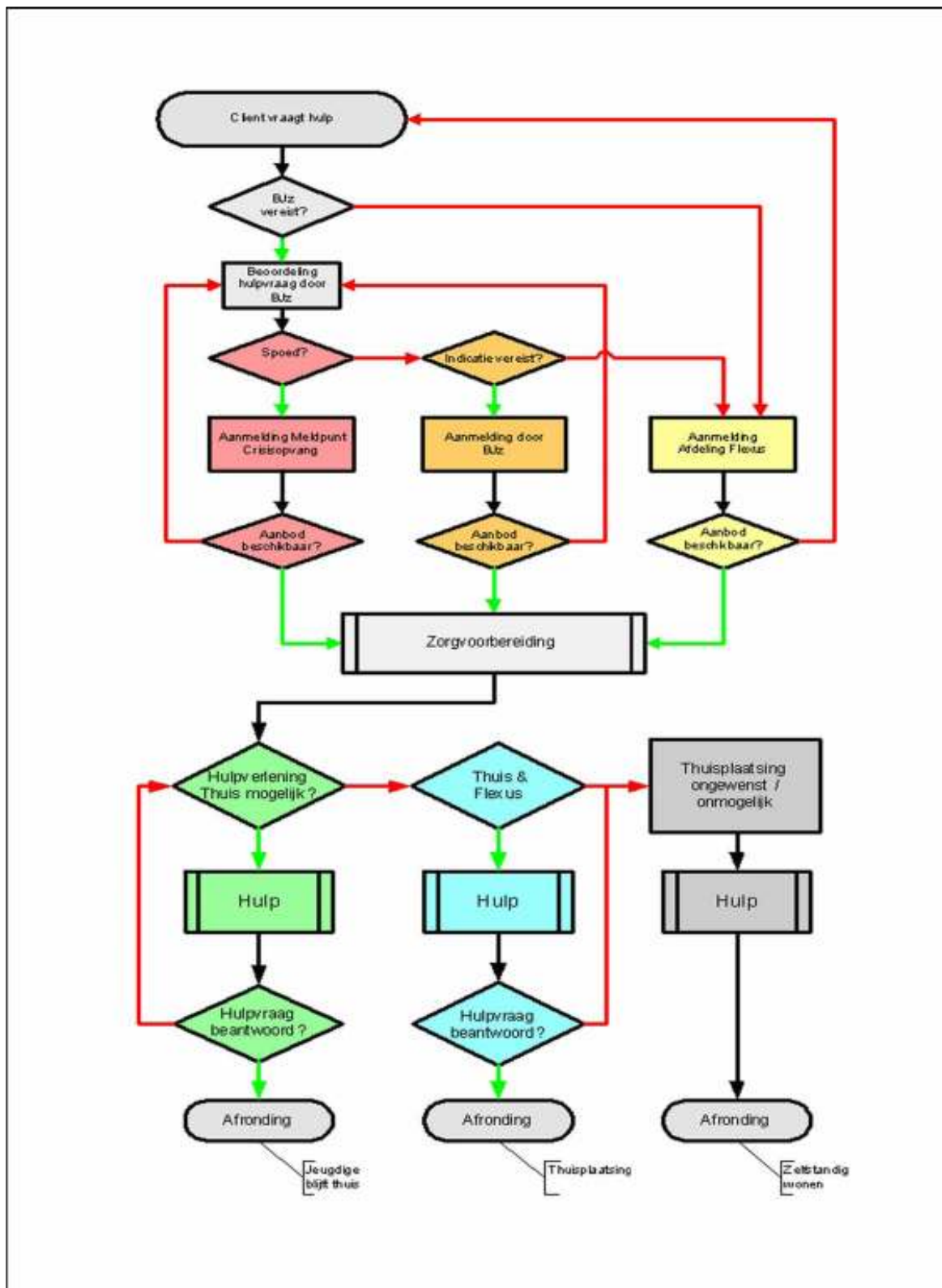
www.flexusjeugdplein.nl.

- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Jansma, J. B. M. & Coole, R. L. (1996). *GKS-II: Gezinsklimaat-schaal-II*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Jansen, M. G. & Feltzer, M. J. A. (2002). Follow-up en belevingsonderzoek bij jeugdigen uit een behandelingsstehuis. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 332-345.
- Junger, M., Mesman, J., & Meeus, W. (2003). *Psychosociale problemen bij adolescenten. Prevalentie, risicofactoren en preventie*. Den Haag: Van Gorcum.
- Kievit, T. H., Tak, J. A., & Bosch, J. D. (2002). *Handboek Psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdsstroom.
- Konijn, C., Metselaar, J., & Stoll, J. (2002). *Kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg. Deeltraject 3 van de monitor LPJ*. Den Haag / Utrecht: Landelijk Platform jeugdzorg / NIZW.
- Kromhout, M., Eldering, L., & Knorth, E. J. (2000). Cultural differences in residential child and youth care: Analyzing perspectives. *Child & Youth Care Forum*, 29, 359-372.
- McDermott, B. M., McKelvey, R., Roberts, L., & Davies, L. (2002). Severity of children's psychopathology and impairment and its relationship to treatment setting. *Psychiatric Services*, 53, 57-62.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., Noom, M. J., Van Yperen, T. A., & Konijn, C. (2004). Treatment planning for residential and non-residential care: A study on indication-for-treatment statements as input to the care process. *Child & Youth Care Forum*, 33(3), 151-173.
- Meeus, W., Dekovic, M., & Noom, M. (1996). Opvoeding en probleemgedrag in de adolescentie. *Pedagogisch Tijdschrift*, 21(4/5), 325-340.
- MOGroep Jeugdzorg. (2007). *Handboek indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*. Utrecht: LIRIK & GCT, Nederlands Jeugdinstituut.
- MOGroep Jeugdzorg (2009). Brancherapport Jeugdzorg 2008. Gevonden op 29 augustus 2009, op <http://www.mogroep.nl/scrivo/asset.php?id=380682>
- Ooyen-Houben, M. van (1991). *De ontwikkeling van kinderen na een uithuisplaatsing. Academisch proefschrift*. Maastricht: Datawyse.
- Piko, B. F., Fitzpatrick, K. M., & Wright, D. R. (2005). A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behaviour in two different cultural settings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 95-103.
- Santrock, J. (2005). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Scholte, E. M., Messing, C. T. H. M., Nijkerk, J. H., & Ploeg, J. D. van der (1992). *Probleemgedrag en interventie*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, DSWO Press.
- Simons, R. L., Lin, K. H., Gordon, L. C., Conger, R. D., & Lorenz, F. O. (1999). Explaining the higher incidence of adjustment problems among children of divorce compared with those in two-parent families. *Journal Marriage Family*, 61, 1020-1033.
- Sladovic, F. B. (2004). Predictors of behavioural and emotional problems of children placed in children's homes in Croatia. *Child and Family Social Work*, 9, 265-271.

- Spruijt, E., Goede, M. de, & VanderValk, I. (2001). The well-being of youngsters and changing family types. *Patient Educational Counseling, 45*, 285-294.
- Stevens, G. W. J. M., Pels, T., Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A. M., & Crijnen, A. A. M. (2003). Parent, teacher and self-reported problem behavior in the Netherlands. Comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 38*, 576-585.
- Stevens, G. W. J. M., Vollebergh, W. A. M., Pels, T., & Crijnen, A. A. M. (2005). Predicting internalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40*, 1003-1011.
- Sun, Y. (2001). Family environment and adolescents' well-being before and after parents' marital disruption: A longitudinal analysis. *Journal Marriage Family, 63*, 697-713.
- Tilanus, drs. C. P. G. (2005). *Jeugdzorg: Werkvelden en kwaliteitsontwikkeling*. Amsterdam: uitgeverij SWP.
- VanderValk, I., Spruijt, E., Goede, M. de, Maas, C., & Meeus, W. (2005). Family structure and problem behavior of adolescents and young adults: A growth-curve study. *Journal of Youth and Adolescence, 34*, 533-546.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F. C. Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Vijfwinkel, D., & Hollander, M. (2006). *Intensieve Ambulante Jeugdzorg in Noord-Holland*. Leiden: Research voor Beleid bv.
- Vollebergh, W. A. M. (2003). Gemiste kansen: Culturele diversiteit en de jeugdzorg. *Kind en Adolescent, 24*, 209-221.
- Yperen, T. A. van, Nota, P. H., & Schaft, R. A. van der (1999). *Zorgtoewijzing: Knooppunt vraag en aanbod jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology, 35*, 232-245.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slaterry, M. J. (2002). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Developmental Psychopathology, 12*, 443-466.

Bijlage 1

Overzicht Cliëntroute



Bijlage 2

De ASEBA syndroomschalen met de bijbehorende geoperationaliseerde probleemindicatoren

Delinquent gedrag

Drinkt alcohol (zonder dat zijn/haar ouders dat goed vinden)

Schuldig na misdragen (voelt zich schuldig na zich misdragen te hebben)

Moelijkheden (gaat om met jongens of meisjes die in moeilijkheden raken)

Liegt/bedriegt (liegt of bedriegt)

Omgang (gaat liever om met oudere jongens of meisjes)

Weglopen (loopt weg van huis)

Brandstichting (sticht branden)

Huisdiefstal (steelt binnenshuis)

Diefstal buiten (steelt buitenshuis)

Vloeken (vloekt of gebruikt vieze woorden)

Seksueel (denkt te veel aan seks en is meer dan leeftijdgenoten geïnteresseerd in het andere geslacht)

Roken (rookt tabak)

Spijbelen (spijbelt/blijft weg van school)

Druggebruik (gebruikt drugs)

Vandalisme (is vernielzuchtig; maakt dingen om niets kapot)

Agressief gedrag

Ruzie (maakt ruzie buiten het gezin met leeftijdgenoten of met anderen)

Wreed (wreed, pesterig of gemeen tegen anderen)

Aandacht (eist de aandacht op)

Vernielteigen (vernielt eigen spullen)

Vernieltander (vernielt spullen van gezinsleden of van anderen)

Ongehoorz thuis (is thuis ongehoorzaam, houdt zich niet aan de regels en afspraken)

Ongehoorz school (is ongehoorzaam op school, houdt zich niet aan de regels op school, toont geen inzet)

Ongehoorz anders (is ongehoorzaam op andere plekken dan thuis en school, houdt zich hier niet aan de regels en de afspraken)

Vechten (vecht (veel), is een vechtersbaas)

Aanvallen (valt mensen lichamelijk aan)

Schreeuwen (schreeuwt, scheldt, gebruikt verbaal geweld)

Koppig (koppig, stuurs of prikkelbaar)

Stemming (stemming en gevoelens veranderen plotseling)

Mokken (mokt)

Achterdochtig (is achterdochtig)

Pesten (pest (veel), is een pestkop)

Driftbuien (heeft driftbuien of is snel driftig, boze buien, explosie van agressiviteit)

Bedreigen (bedreigt mensen)

Luidruchtig (is luidruchtig (overheersend))

Externaliserend gedrag

Delinquent gedrag

Agressief gedrag

Teruggetrokken / depressief

Leukvinden (er is heel weinig dat hij/zij leuk vindt, weinig tot geen interesse in activiteiten, verveelt zich snel)

Praatniet (weigert om te praten)

Gesloten (is gesloten, houdt dingen voor zichzelf)

Verlegen (is verlegen of timide)

Actief (weinig actief, beweegt zich langzaam of heeft weinig energie)

Ongelukkig (is ongelukkig, verdrietig, depressief)

Teruggetrokken (is teruggetrokken, gaat niet met anderen om, is liever alleen, heeft geen vrienden)

Angstig / depressief

Huilen (huilt, huilt veel)

Bangig (is bang voor bepaalde dieren, situaties of plaatsen anders dan school)

Bangschool (is bang om naar school te gaan)

Bangdoendenk (is bang dat hij/zij iets slechts zou kunnen doen of denken)

Perfect (heeft het gevoel dat hij/zij perfect moet zijn)

Houden van (heeft het gevoel of klaagt erover dat niemand van hem/haar houdt)

Waardeloos (voelt zich waardeloos of minderwaardig, heeft negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, is onzeker)

Nerveus (is nerveus, zenuwachtig, gespannen)

Angstig (is angstig/bang over een langere periode)

Schuldig (voelt zich voortdurend schuldig)

Schamen (schaamt zich gauw of voelt zich niet op zijn/haar gemak)

Zelfdodinggedachten (praat/denkt erover dat hij/zij zichzelf zou willen doden)

Zorgen maken (maakt zich voortdurend zorgen (om alles))

Lichamelijke klachten

Nachtmerries (heeft last van nachtmerries)

Obstipatie (heeft last van obstipatie/verstopping)

Duizelig (voelt zich duizelig of licht in het hoofd)

Moe (is (erg) moe zonder reden)

Pijnen (heeft pijn (hoofdpijn of buikpijn niet meegerekend))

Hoofdpijn (heeft/klaagt over hoofdpijn)

Misselijk (heeft last van misselijkheid)

Oogproblemen (heeft oogproblemen (waarvoor een bril of lenzen niet helpen)

Huiduitslag (heeft last van huiduitslag, zoals eczeem)

Buikpijn (heeft/klaagt over buikpijn)

Overgeven (geeft regelmatig tot vaak over)

Internaliserend gedrag

Anxious / depressed

Withdrawn / depressed

Somatic complaints

Bijlage 3 **De geoperationaliseerde indicatoren van de schaal ‘opvoedproblemen’** (van Ooyen-Houben, 1991; Scholte, Messing, Nijkerk & van der Ploeg, 1992)

Pedagogische onmacht (ouders hebben pedagogische onmacht, pedagogisch onvermogen om hun kinderen op te voeden, zij zijn niet berekend op hun taak en hebben geen overwicht, zij begrenzen niet of ouders hebben een beperkte intelligentie wat het opvoeden bemoeilijkt).

Structuur (ouders bieden geen structuur aan hun kinderen, bieden geen ondersteuning aan de (gedrags)ontwikkeling van het kind, stimuleren niet, de opvoedingsmaatregelen vormen geen samenhangend geheel en zijn wisselend van aard, ouders geven geen stabiliteit aan hun kinderen).

Persoonlijke problemen ouders (ouders hebben persoonlijke problemen; zij zijn langdurig ziek of hebben psychische klachten, zoals een depressie).

Verslaving van de ouders (ouders hebben last van verslavingsproblematiek, zij zijn verslaafd aan alcohol of aan drugs of aan beide).

Onveilige situatie (het kind wordt verwaarloosd door de ouders, geweld / mishandeling binnen het gezin (fysiek; slaan en schoppen, psychologisch; met woorden), kind wordt seksueel misbruikt).

Verstoorde relatie (relatie tussen jeugdige en ouders is verstoord, er is mogelijk geen emotionele band tussen ouders en jeugdige, de communicatie tussen jeugdige en ouders is niet goed).

Relatieproblemen van de ouders (ouders hebben relatieproblemen, er is veel ruzie onderling, tijdelijke of permanente scheiding van gezinsleden (scheiding (biologische) ouders).