

# Analyse vraag en aanbod ambulante zorg Cardea

Een onderzoek naar doelgroepen en best passend  
aanbod binnen de ambulante zorg van Cardea

Nederlands  
**Jeugd**  
instituut



**© 2012 Nederlands Jeugdinstituut**

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van Cardea Jeugdzorg.

Utrecht, november 2012

**Auteurs**

Karin Eijgenraam

Mariska Zoon

Rosita van Tongeren

Anne Addink

**Nederlands Jeugdinstituut**

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon 030 - 230 63 44

Website [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

E-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl)

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>4</b>
1.1	Inhoudelijk kader van het onderzoek.....	4
1.2	Vraagstelling .....	6
1.3	Aanpak van het onderzoek .....	6
1.4	Opbouw van dit rapport .....	8
<b>2</b>	<b>Doelgroepenanalyse .....</b>	<b>9</b>
2.1	Kenmerken en problemen in de totale groep.....	9
2.2	Uitkomsten sorteerrondes.....	13
2.3	Doelgroep 1: Verbetering vaardigheden jeugdige.....	14
2.4	Doelgroep 2: Verbetering basale opvoedingsvaardigheden .....	18
2.5	Doelgroep 3: Bescherming van de jeugdige .....	21
2.6	Doelgroep 4: Vergroten specifieke opvoedingsvaardigheden .....	23
2.7	Doelgroepen herkenbaar? .....	25
<b>3</b>	<b>Ambulant aanbod Cardea .....</b>	<b>26</b>
3.1	Ambulante Gezinsbehandeling.....	26
3.2	Mediation .....	28
3.3	VertrekTraining .....	28
3.4	Coaching oudere jeugd (12-18) .....	29
3.5	Meidencoaching.....	29
3.6	Ambulante woonbegeleiding 17+.....	29
3.7	Vaardigheidstrainingen en overig aanvullend ambulant aanbod.....	30
<b>4</b>	<b>Wat werkt bij de vier belangrijkste doelgroepen? .....</b>	<b>33</b>
4.1	Wat werkt bij de belangrijkste problemen .....	33
4.2	Wat werkt bij doelgroep 1: Verbetering vaardigheden jeugdige .....	41
4.3	Wat werkt bij doelgroep 2: Verbetering basale opvoedingsvaardigheden .....	43
4.4	Wat werkt bij doelgroep 3: Bescherming van de jeugdige .....	44
4.5	Wat werkt bij doelgroep 4: Vergroten specifieke opvoedingsvaardigheden .....	45
4.6	Samenvattend: Wat werkt bij de vier doelgroepen.....	46
<b>5</b>	<b>Matching vraag en aanbod.....</b>	<b>47</b>
5.1	Huidig aanbod versus benodigd aanbod .....	47
5.2	Wensen en verbeterpunten .....	48
<b>6</b>	<b>Conclusies, discussie en aanbevelingen.....</b>	<b>50</b>
6.1	Conclusies .....	50
6.2	Aanbevelingen.....	53
	<b>Bronnen .....</b>	<b>55</b>
	<b>Bijlagen .....</b>	<b>58</b>
	Bijlage 1. Assen, groepen en rubrieken CAP-J .....	59
	Bijlage 2. Digitaal formulier Doelgroepenanalyse .....	64

# 1 Inleiding

Cardea Jeugdzorg is een jeugdzorgorganisatie in de regio Zuid-Holland Noord, er werken ruim 400 professionals. Per jaar vinden ongeveer 2.750 kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar met ontwikkelings-, gedrags- en gezinsproblemen hun weg naar Cardea. De organisatie biedt ambulante hulp, daghulp, 24 uren-hulp of combinaties hiervan. Bij de programma's van Cardea wordt met het gezin samen gewerkt en er wordt nauw samengewerkt met onder andere gemeentelijke instellingen, kinder- en jeugdpsychiatrie en (speciaal) onderwijs. Eén van de doelstellingen van Cardea is hulp op maat te bieden. Dit wil zeggen dat de best passende hulpvormen worden gezocht, zodat deze zoveel mogelijk aansluit bij de behoefte van het gezin en gericht is op zo min mogelijk ingrijpen en zoveel mogelijk effect.

Cardea Jeugdzorg wil meer zicht krijgen op de problemen en hulpvragen van de cliëntenpopulatie, in hoeverre de doelstelling 'hulp op maat bieden' succesvol is en op welke wijze de matching tussen vraag en zorgaanbod indien nodig verbeterd kan worden. Cardea Jeugdzorg heeft het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) gevraagd om een doelgroepanalyse te doen en aanbevelingen te doen voor het matchingsproces tussen vraag en aanbod.

In dit rapport wordt verslag gedaan van dit onderzoek. In dit hoofdstuk schetsen we eerst het inhoudelijk kader van het onderzoek (§ 1.1), welke onderzoeksvragen zijn geformuleerd (§ 1.2) en hoe we het onderzoek hebben aangepakt (§ 1.3). In § 1.4 tenslotte geven we aan hoe de rest van het rapport is opgebouwd.

## 1.1 Inhoudelijk kader van het onderzoek

Uit diverse onderzoeken blijkt dat de beoogde doelgroep<sup>1</sup> van een bepaalde methode niet altijd overeenkomt met de groep cliënten die de zorg daadwerkelijk krijgt (o.a. Eijgenraam, Ligtermoet & Vermeij, 2010). Daarmee bestaat de kans dat de uitvoering van de methode onder druk komt te staan om deze toch toepasbaar te maken voor de cliënten waarvoor de methode gebruikt wordt. Voor het verbeteren van de effectiviteit van het hulpaanbod is het dan nodig om een omslag te maken van 'aanbodgericht' (op organisatieniveau) naar 'doelgroepgericht denken'. In plaats van de vraag "Is het zorgaanbod in onze organisatie effectief?", komen andere vragen meer op de voorgrond zoals: "Wat is de problematiek en zorgbehoefte van cliënten in onze organisatie en zijn hierin doelgroepen in te onderscheiden?", "Met welke zorg zouden die doelgroepen het beste geholpen kunnen worden?" en "Krijgen ze die zorg ook en zo nee, waar ligt dat dan aan: is het zorgaanbod niet (voldoende) beschikbaar of is de cliënt naar het verkeerde zorgaanbod doorverwezen?"

In een advies aan het IPO stellen Van Yperen & De Baat (2010) dat het mogelijk lijkt om zogenaamde *probleemprofielen*<sup>2</sup> voor de jeugdzorg te ontwikkelen. Het in kaart brengen van veel voorkomende probleemprofielen en doelgroepen vergt ten eerste zicht op de aard en ernst van de problematiek van cliënten. Hiervoor zijn twee instrumenten beschikbaar: het Classificatiesysteem Aard Problematiek –

---

<sup>1</sup> In diverse doelgroepanalyses van het Nederlands Jeugdinstituut definiëren we een doelgroep als een groep cliënten met overeenkomstige kenmerken (o.a. aard en ernst problemen) en een overeenkomstige hulpvraag en zorgbehoefte.

<sup>2</sup> Kenmerken van cliënten, in termen van voorkomende combinaties van de aard en ernst van hun problemen.

Jeugd (CAP-J, ook wel de ‘DSM voor de jeugdzorg’ genoemd; Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Steege & Oudhof, 2009) voor het *typeren van de aard van de problematiek* en de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP; Yperen, Eijgenraam, Berg, Graaf & Chênevert, 2010) voor het *taxeren van de ernst van de problematiek*. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft een methode ontwikkeld<sup>3</sup> om, met behulp van o.a. deze twee instrumenten, uit dossiergegevens informatie te destilleren waarmee doelgroepen geïdentificeerd kunnen worden die overeenkomsten laten zien in de aard en de ernst van de problematiek én overeenkomsten in zorgbehoefte. Dit laatste is essentieel, omdat twee cliënten die overeenkomsten laten zien in de problematiek, toch verschillende vormen van hulp nodig kunnen hebben. De zorgbehoefte wordt niet alleen bepaald door aard en ernst (hoewel dat wel de belangrijkste componenten zijn die de zorgbehoefte bepalen) maar ook door andere kenmerken van de cliënt die de duur of aard van de benodigde hulp verzwaren of verlichten, bijv. de draagkracht en stabiliteit van het gezin, de leerbaarheid en motivatie van ouders en jeugdige en de mate van steun uit het netwerk. Die combinatie van factoren (aard, ernst, draagkracht, stabiliteit, leerbaarheid, motivatie, hulpbronnen) bepaalt de haalbaarheid van de uitkomsten van de hulp en uiteindelijk het perspectief waar naar toe wordt gewerkt: kan de jeugdige thuis blijven wonen, gaat de jeugdige weer terug naar huis vanuit een residentiële instelling of wordt bijv. toegewerkt naar een plaatsing in een pleeggezin? En kan dit bereikt worden met een relatief lichte vorm van hulp of is hiervoor een intensieve behandeling nodig? Het doel van een doelgroepanalyse volgens deze methode is niet doelgroepbeschrijvingen te maken die wetenschappelijke onderbouwd zijn, maar om tendensen in de problematiek en zorgbehoefte zichtbaar te maken, zodat nagegaan kan worden of de best passende zorg voor die doelgroepen in voldoende mate beschikbaar is. Een zorgaanbieder kan daarmee beoordelen of diens aanbod voldoende passende interventies in huis heeft om ‘de markt van vragen’ goed te kunnen bedienen.

Met een doelgroepanalyse beoogt Cardea de matching tussen doelgroepen en het hulpaanbod te verbeteren en helder te kunnen communiceren (met o.a. gemeenten en zorgverzekeraars) voor welke doelgroepen Cardea een passend hulpaanbod in huis heeft.

Cardea kiest ervoor de doelgroepenanalyse gefaseerd uit te voeren en met een pilot te starten. Voor deze pilot is de inzet van expertise van het Nederlands Jeugdinstituut gevraagd. De pilot richt zich op de cliënten die met een indicatie ‘jeugdhulp’ naar Cardea verwezen worden; deze cliënten krijgen hulp in het kader van het zorgprogramma Ambulante Gezinsbehandeling (bestaande uit de hulpvormen Gezin Centraal, Gezin Centraal-LVB, Gezin Centraal-PIT, Parent Management Training Oregon en Triple P), Mediation, MultiDimensionele Familie Therapie (MDFT), VertrekTraining, Kanjertraining, Coaching oudere jeugd (12-18), Meidencoaching of Ambulante woonbegeleiding 17+. In een aantal gevallen wordt deze hulp gecombineerd met een vaardigheidstraining.

---

<sup>3</sup> De Engelse methode *Matching Needs and Services* (Dartington, 2001) vormt een belangrijke inspiratiebron voor de basis van deze methode. In diverse projecten heeft het NJI in het verleden hiermee onderzoek gedaan (o.a. Boendermaker, Eijgenraam & Geurts, 2004 ; Boendermaker, Eijgenraam, De Graaf, Moonen & Van der Pijll, 2005). De methode is door het NJI verder ontwikkeld en onderbouwd met o.a. CAP-J en kan naar behoefte worden aangepast (bijv. door scores van instrumenten die standaard in een organisatie worden gebruikt op te nemen).

## 1.2 Vraagstelling

In dit onderzoek staan de volgende vier vragen centraal:

1. Met welke problemen én hulpvragen kloppen cliënten bij Cardea aan en is het mogelijk deze te clusteren naar doelgroepen?
2. Komen deze doelgroepen ook overeen met de doelgroepen die wij met diverse programma's en methodieken beogen te bereiken?
3. Wat is op basis van theorie/onderzoek bekend over wat werkt bij/voor de verschillende doelgroepen?
4. Op welke wijze kan Cardea de match tussen doelgroep en zorgaanbod verbeteren? Is het nodig het zorgaanbod te herinrichten of aan te vullen? En zo ja, welke veranderingen zijn hiervoor nodig?

## 1.3 Aanpak van het onderzoek

Om de vier onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor een opzet in vier onderdelen:

1. Doelgroepanalyse
2. In kaart brengen ambulant aanbod Cardea
3. Literatuursearch naar 'wat werkt' bij top 5 doelgroepen
4. Verbeterpunten voor het matchingsproces opstellen

We beschrijven voor elk onderdeel de gevolgde werkwijze.

### 1. Doelgroepanalyse

Voordat we echt met het dossieronderzoek konden beginnen, hebben we eerst een kleine selectie dossiers bekeken, om te kunnen beoordelen of de dossiers voldoende informatie bevatten om het onderzoek te kunnen uitvoeren, met andere woorden of de dossiers voldoende zicht geven op de problematiek en hulpvraag van de cliënt. De kwaliteit van de dossiers bleek goed genoeg, dus konden we verder aan de slag met de rest van de dossiers.

Cardea heeft vervolgens vanuit het cliëntregistratiesysteem een steekproef getrokken en in overleg met het Nederlands Jeugdinstituut gecontroleerd en gecorrigeerd op representativiteit. Dossiers van cliënten die spoedhulp hebben gekregen, zijn alleen in het onderzoek meegenomen wanneer er daarna een ambulant vervolgaanbod is geïndiceerd. De reden hiervoor is dat de problematiek en zorgbehoefte van de cliënt anders nog te onduidelijk is, waardoor het lastig is om hierin doelgroepen te onderscheiden.

De doelgroepanalyse is in twee delen gedaan: formulieren coderen en formulieren sorteren in groepen. Eerst zijn dossiergegevens van 100 cliënten verzameld en gecodeerd op een daarvoor door het NJi ontwikkeld digitaal formulier. Het coderen werd uitgevoerd door gedragswetenschappers van Cardea, ter voorbereiding werden zij getraind in het invullen van het formulier. Vervolgens zijn deze 100 formulieren gesorteerd in groepen met overeenkomsten in de problematiek en zorgbehoefte. Hieronder is het nog eens stap voor stap beschreven:

- *Eerste bijeenkomst doelgroepanalyse* - Het dossieronderzoek is uitgevoerd door gedragswetenschappers van Cardea (onder begeleiding van medewerkers van het NJi), daarom stond deze eerste bijeenkomst in het teken van instructie en oefenen. Het doel van de bijeenkomst was dat de deelnemers na afloop van de bijeenkomst in staat zijn om de dossiers te coderen aan de hand van het formulier.

De bijeenkomst werd geleid door een medewerker van het Nederlands Jeugdinstituut en begon met een verkorte training in het gebruik van CAP-J. Vervolgens gingen de deelnemers aan de slag met een voorbeelddossier: zij classificeerden deze informatie aan de hand van categorieën uit CAP-J, daarnaast werden kort en bondig de kern van de problematiek, de hulpvraag en de gewenste haalbare uitkomsten geformuleerd.

- *Dossiergegevens van 100 cliënten verzamelen en coderen* - De honderd dossiers werden verdeeld onder de gedragswetenschappers, zij gingen deze in de periode na de eerste bijeenkomst coderen. Ze verzamelden hiervoor uit de dossiers informatie die bruikbaar is om problemen en hulpvragen in kaart te brengen (o.a. op basis van de aanmeldingsgegevens en het diagnostisch beeld). Deze informatie met betrekking tot de problemen werd gecodeerd aan de hand van categorieën uit CAP-J.  
Voor elk dossier werd een digitaal formulier ingevuld. Dit formulier was beschikbaar via internet; de gedragswetenschappers konden dit dus achter hun eigen bureau invullen. Er werden geen herleidbare gegevens van de cliënt genoteerd zodat de privacy gewaarborgd is. Ook na de eerste bijeenkomst was er de mogelijkheid nadere toelichting en instructie op het gebruik van het formulier te krijgen: de gedragswetenschappers kregen een handleiding op papier, het digitale formulier is voorzien van allerlei helpteksten en zij konden rechtstreeks terecht bij de betrokken NJi-medewerkers voor extra uitleg.
- *Tweede bijeenkomst doelgroepanalyse* - Tijdens deze tweede bijeenkomst met de gedragswetenschappers werd op basis van de ingevulde formulieren een indeling gemaakt in groepen met overeenkomsten in problematiek, hulpvraag en gewenste uitkomsten. Doel hiervan is te kijken of er tendensen zichtbaar zijn in problemen/hulpvraag en of er in de (potentiële) cliëntenpopulatie van de ambulante zorg bij Cardea verschillende doelgroepen te onderscheiden zijn. Het sorteren gaat in meerdere sorteerrondes: de eerste sorteerronde gaat om een eerste indeling in doelgroepen. Bij de tweede sorteerronde wordt nog eens gecheckt of de juiste formulieren in de juiste doelgroep zitten én of de verdeling van de doelgroepen overeind blijft (of dat er groepen gesplitst of samengevoegd moeten worden).

## **2. In kaart brengen ambulante zorgaanbod Cardea**

Terwijl de gedragswetenschappers druk bezig waren met het coderen van de dossiers, gingen de NJi-medewerkers aan de slag met een deskresearch<sup>4</sup> naar het ambulante hulpaanbod van Cardea. Hiervoor hebben we informatie bij Cardea zelf verzameld en deze aangevuld met informatie uit de Databank Effectieve Jeugdinterventies ([www.nji.nl](http://www.nji.nl) > Home > Kennis > Databanken > Effectieve jeugdinterventies). De verzamelde informatie is aan de hand van een aantal onderwerpen (doel van de interventie, doelgroep en aanpak) beschreven om een beeld schetsen van het ambulante aanbod van Cardea. Bij elke hulpvorm is aan de hand van CAP-J categorieën aangegeven wat de belangrijkste problemen zijn waarop het aanbod gericht is, om bij de doelgroepen te kunnen nagaan of het daadwerkelijk gekregen aanbod het best passende aanbod was gezien de problematiek en de hulpvraag.

## **3. Literatuursearch naar ‘wat werkt’**

Om de vraag “Wat is het best passende aanbod bij elke doelgroep?” te kunnen beantwoorden zijn we per doelgroep nagegaan wat er in de literatuur bekend is over ‘wat werkt’ bij die (combinatie van) problemen. Hierbij werd gebruik gemaakt van beschikbare informatie over effectieve interventies en specifiek werkzame factoren voor bepaalde doelgroepen. Hiervoor bieden de themadossiers die het Nederlands Jeugdinstituut samenstelt met informatie over wat werkt voor bepaalde doelgroepen en

---

<sup>4</sup> Desk research: het opsporen van gegevens die al eerder verzameld zijn ([www.thesauruszorgenwelzijn.nl](http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl))

bepaalde hulp/werksoorten informatie (zie <http://www.nji.nl> > Kennis > Dossiers). Deze kennisdossiers worden jaarlijks geactualiseerd. Daarnaast werd een aanvullende literatuursearch gedaan om voor de specifieke doelgroep(en) van Cardea onderbouwingen te vinden over werkzame factoren.

#### **4. Verbeterpunten voor het matchingsproces**

De laatste bijeenkomst met de gedragswetenschappers van Cardea had als doel verbeterpunten voor het matchen van vraag en aanbod op te stellen. Deze bijeenkomst bestond uit de volgende onderdelen:

- *Presentatie uitkomsten onderzoek* - Eerst werden de uitkomsten van de doelgroepanalyse, de deskresearch en literatuursearch gepresenteerd door het NJi.
- *Aan de slag in subgroepen* - De subgroepen kregen de opdracht om twee onderwerpen bij de kop te pakken: a. verbeterpunten bezien vanuit de top 5 van doelgroepen en b. verbeterpunten bezien vanuit het bestaande aanbod.
- *Plenaire bespreking* - De uitkomsten van de discussie in subgroepen werd plenair terug gekoppeld. Doel was om conclusies te formuleren met betrekking tot de consequenties van de te onderscheiden doelgroepen voor de matching met het huidige ambulante hulpaanbod.

### **1.4 Opbouw van dit rapport**

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van de doelgroepanalyse gepresenteerd. Het ambulante zorgaanbod van Cardea wordt beschreven in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 gaan we vervolgens in op 'wat werkt' bij de vier geïdentificeerde doelgroepen en in hoofdstuk 5 besteden we aandacht aan de matching tussen vraag en aanbod. In hoofdstuk 6 tenslotte zetten we nog een aantal conclusies en aanbevelingen op een rij.



## 2 Doelgroepenanalyse

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de totale groep aan de hand van een aantal kenmerken (§ 2.1), en welke doelgroepen uit de sorteerronde naar voren zijn gekomen (§ 2.2). Vervolgens geven we in de daarop volgende vier paragrafen een gedetailleerde beschrijving per doelgroep. In de slotparagraaf van dit hoofdstuk (§ 2.7) staan we stil bij de vraag in hoeverre de geïdentificeerde doelgroepen herkenbaar zijn voor de deelnemende gedragswetenschappers.

### 2.1 Kenmerken en problemen in de totale groep

De totale groep (N=99) is qua sekse gelijk verdeeld, de groep bestaat uit 48 meisjes (48,5%) en 51 jongens (51,5%). Deze hebben een leeftijd variërend van nul tot en met 17 jaar, waarbij de gemiddelde leeftijd 10,8 jaar is (sd 4,4). De leeftijdsopbouw ziet er als volgt uit: 7% van de jeugdigen is jonger dan 4 jaar, 49% heeft de leeftijd van 4-12 jaar en 44% is 13 jaar of ouder. Van de helft van de jeugdigen is de etniciteit onbekend. De andere helft bestaat voornamelijk uit jeugdigen met een Nederlandse etniciteit (37%). Andere etniciteiten zijn Surinaams (2%), Turks (1%), overig westers (3%) en overig niet-westers (7%).

De hulp die deze jeugdigen krijgen is bij de meerderheid in een vrijwillig kader (80%), bij de rest is er sprake van een (voorlopige) OTS (17%) of is het juridisch kader onbekend (3%).

Bij aanvang van de hulp wonen de meeste jeugdigen thuis (92%) of in een ander gezinsverband (2% 'anders' en 1% in een pleeggezin), enkele jeugdigen wonen in een residentiele voorziening (3%). Het type gezin van de jeugdigen is als volgt verdeeld: kerngezin (32%), eenoudergezin (36%), samengesteld gezin (12%), co-ouderschap (13%), LAT-relatie (1%), anders (4%). Van 2 jeugdigen is de gezinssituatie onbekend. Het toekomstperspectief van het gros van alle jeugdigen is dat zij thuis blijft wonen (79%). Ander toekomstperspectief is terug naar huis gaan (4%), zelfstandig gaan wonen (2%), in een residentiele gaan of blijven wonen (4%), in een pleeggezin wonen (1%) of anders (2%). Van 8% van de jeugdigen is het toekomstperspectief onbekend.

#### **Aard problemen**

Bij elk dossier is aan de hand van probleemcategorieën CAP-J aangegeven welke problemen aanwezig zijn bij die betreffende cliënt. De top 10 meest gescoorde problemen in de totale groep zijn:

1. A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (bij 49% van de cliënten)
2. D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (45%)
3. C201: Problemen met sociale vaardigheid (30%)
4. C101: Problemen met schoolprestaties/leerproblemen (27%)
5. D102: Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen (23%)
6. A901: Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (22%)
7. E102: Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden (21%)
8. A101: Introvert gedrag (20%)  
A201: Druk en impulsief gedrag (20%)
9. C102: Aandachtsproblemen (19%)  
D401: Problemen bij scheiding ouders (19%)  
E103: Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen) (19%)
10. A103: Stemningsproblemen (17%)

Niet in de top 10, maar wel belangrijk om te noemen: bij 19 dossiers (19%) is er sprake van verwaarlozing, mishandeling of seksueel misbruik (D301, D302 en D303).

Per cliënt is bovendien aangegeven welke problemen als 'kernprobleem' aangemerkt moeten worden (maximaal vijf problemen, dit wil zeggen de belangrijkste problemen waar de hulp op gericht zal zijn en waarvan verwacht wordt dat de aanpak ervan de grootste kans geeft op zo snel mogelijke vermindering van de problemen en de noodzakelijke verbetering van de situatie van de jeugdige. In onderstaand rijtje hebben we alleen de problemen opgenomen die bij minimaal 10% van de cliënten als kernprobleem werd benoemd. Op één probleem na (A301) komen deze problemen ook voor in de top 10 van meest gescoorde problemen (de volgorde en percentages zijn over het algemeen wel anders):

1. A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (bij 44% van de cliënten)
2. D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (40%)
3. D102: Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen (17%)
4. D401: Problemen bij scheiding ouders (15%)
5. A101: Introvert gedrag (14%)
6. A901: Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (13%)  
C201: Problemen met sociale vaardigheid (13%)
7. A201: Druk en impulsief gedrag (12%)
8. A301: Problemen met de competentiebeleving (10%)  
C101: Problemen met schoolprestaties/leerproblemen (10%)  
E103: Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen) (10%)

A202 en D101 zien we terug in elke doelgroepanalyse die het Nederlands Jeugdinstituut tot nu toe uitgevoerd heeft (zonder uitzondering staat deze twee categorieën in de top 3 van meest voorkomende problemen). Ook de andere twee D-categorieën zien we vaak terug in een top 5 of top 10. Opvallend is de categorie A101: deze komt zelden voor in een top 5 of 10. Vaak is deze problematiek wel aanwezig, zo horen we vaak terug van deelnemende gedragswetenschappers, maar komt dit pas gedurende het hulpverleningsproces naar voren; in de documenten die worden gebruikt voor de doelgroepanalyse (die beschikbaar zijn bij de start en de eerste periode van de hulp) wordt deze problematiek vaak nog niet vermeld.

Ook opvallend in dit rijtje is Problemen met de competentiebeleving (A301): dit probleem komt niet voor in de top 10 meest gescoorde problemen, maar bij alle cliënten waarbij dit als probleem is gescoord is het ook als kernprobleem benoemd.

Wel in de top 10 meest gescoorde problemen, maar beduidend minder vaak genoemd als kernprobleem: Stemningsproblemen (A103, bij 17% van de cliënten gescoord, bij 8% kernprobleem), Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden (E102, bij 21% gescoord, bij 4% kernprobleem) en Aandachtsproblemen (C102, bij 19% gescoord, bij 2% kernprobleem).

### ***Ernst problemen***

Het functioneren van de jeugdige en de kwaliteit van de opvoeding/omgeving kunnen door de codeurs worden gewaardeerd met vier kwaliteitsniveaus: Normaal of nauwelijks afwijkend van normaal, Enigszins afwijkend van normaal, Sterk afwijkend van normaal en Zeer sterk afwijkend van normaal. Deze niveaus (en de betekenis die eraan wordt gegeven) zijn niet volledig gelijk aan de STEP (Yperen, Eijgenraam, Berg, Graaf, & Chênevert, 2010), maar daar wel van afgeleid. De vier kwaliteitsniveaus hebben m.b.t. het functioneren van de jeugdige de volgende betekenis:

- *Normaal of nauwelijks afwijkend van normaal*: De jeugdige functioneert redelijk tot zeer goed op alle gebieden. Er zijn hooguit enige lichte problemen in het functioneren op een enkel

gebied, die door buitenstaanders mogelijk niet eens worden opgemerkt. Mensen die de jeugdige beter kennen, zouden zich zorgen kunnen maken.

- *Enigszins afwijkend van normaal*: Er zijn verschillende, duidelijk merkbare problemen. Er zijn bijv. opvallende gedrags- en emotionele problemen, of er is sprake van zorgwekkend middelengebruik. Er is mogelijk sprake van zwakbegaafdheid. Het vermogen om met anderen op te schieten is duidelijk beperkt. Het probleemoplossend vermogen is beperkt.
- *Sterk afwijkend van normaal*: Er zijn sterke gedrags- en emotionele problemen of stoornissen in het denken. Er is mogelijk sprake van een verslaving aan middelen. Er kan sprake zijn van een verstandelijke handicap. Het vermogen om met anderen op te schieten is ernstig beperkt. De jeugdige beschikt over zeer weinig (bij diens ontwikkeling passende) probleemoplossende vaardigheden.
- *Zeer sterk afwijkend van normaal*: Er zijn extreme gedrags- en emotionele problemen of stoornissen in het denken. Er kan sprake zijn van zeer zware verslaving aan middelen. Er kan sprake zijn van een zware verstandelijke handicap. Het vermogen om met anderen op te schieten is buitengewoon beperkt. Probleemoplossende vaardigheden zijn nagenoeg of geheel afwezig.

In de totale groep is het functioneren van de jeugdige in iets meer dan de helft van de gevallen beoordeeld met 'enigszins afwijkend van normaal' (54%), bij bijna een kwart 'sterk afwijkend van normaal' (24%) en bij slechts 2% 'zeer sterk afwijkend van normaal'. Bij 10% is het functioneren 'normaal of nauwelijks afwijkend van normaal' en bij nog eens 10% is het niet te beoordelen of onbekend.

Bij de kwaliteit van de opvoeding/omgeving hebben de vier waardes de volgende betekenis:

- *Normaal of nauwelijks afwijkend van normaal*: Goede, bij de jeugdige passende verzorging, bescherming, steun, aandacht, acceptatie, respect, ruimte voor autonomie, disciplineren, omgang met intimiteit en seksualiteit, overbrenging van waarden en normen, gelegenheid tot educatie. Redelijk tot goed probleemoplossend vermogen van de opvoeders. Redelijk tot zeer stabiele opvoedingsomgeving. Er zijn hooguit enige lichte problemen van tijdelijke aard, die door buitenstaanders mogelijk niet eens worden opgemerkt.
- *Enigszins afwijkend van normaal*: Problemen zijn duidelijk merkbaar en een enkele is ernstig: verzorging en opvoeding is matig, jeugdige wordt behoorlijk overvraagd, opvoeder slaat of maakt jeugdige bang (zonder ernstige lichamelijke of psychische schade), of staat geregeld schoolverzuim toe. Omgeving is onveilig, communicatie is verstoord, of er is veel conflict. Er is weinig oog voor lijdensdruk en bedreiging kind. Instabiele opvoedingsomgeving. Jeugdige lijdt duidelijk onder stressfactoren in omgeving.
- *Sterk afwijkend van normaal*: Opvoeder biedt weinig verzorging, toezicht, steun, protectie. Opvoeder biedt weinig genegenheid, aandacht, respect, stelt excessieve eisen, dreigt met ernstig geweld, benadert jeugdige doorgaans negatief en vijandig, slaat jeugdige (vrij ernstige plekken of lichte wonden nalatend), benadert jeugdige seksueel (zonder of met aanraking) en/of staat veel spijbelen toe. De situatie toont sterk gebrek aan warmte of sterke overbetrokkenheid, en/of er is ernstig of regelmatig geweld. Jeugdige lijdt aanzienlijk tot ernstig onder stress uit de omgeving.
- *Zeer sterk afwijkend van normaal*: Opvoeder verwaarloost/mishandelt en/of misbruikt de jeugdige ernstig. Jeugdige verkeert in levensgevaarlijke situaties, is getuige van extreem geweld,

mag strafbare feiten plegen en/of mag langdurig en vaak van school verzuimen. Er is sprake van zeer veel (sterk negatief beïnvloedende) stressfactoren. De situatie is extreem ongezond, bestaat uit chaos, volkomen gebrek aan betrokkenheid of onderlinge ruimte, en/of zeer hevig of veelvoorkomend geweld.

Bij de totale groep zien we dat de kwaliteit van de opvoeding/omgeving beduidend vaker de kwalificatie 'normaal of nauwelijks afwijkend van normaal' heeft gekregen, namelijk bij 23% van de dossiers. Dat geldt overigens ook voor de kwalificatie 'zeer sterk afwijkend van normaal', dit is namelijk bij 7% van de dossiers de beoordeling. Bij 28% is de kwaliteit van de opvoeding/omgeving 'enigszins afwijkend van normaal' en bij nog eens 28% 'sterk afwijkend van normaal'. Bij 15% van de dossiers is de kwaliteit niet te beoordelen op basis van het dossier of onbekend.

Een indicatie voor de ernst van de problematiek is daarnaast het aantal problemen. Want: hoe groter het aantal problemen, hoe complexer de problematiek. We hebben hiervoor gekeken naar het aantal kernproblemen dat is gekozen (met een maximum van 5), dit wil zeggen de problemen die aangepakt dienen te worden om de situatie van de cliënt te verbeteren. In de totale groep zijn er gemiddeld 3,5 kernproblemen gekozen. De verdeling was verder als volgt:

- 1 kernprobleem 8%
- 2 kernproblemen 13%
- 3 kernproblemen 28%
- 4 kernproblemen 24%
- 5 kernproblemen 26%

### **Leerbaarheid**

De leerbaarheid of leerstijl van ouders en jeugdige staat meestal niet expliciet in het dossier vermeld, de codeur moet hier dus een eigen interpretatie geven. Dit wil niet automatisch zeggen dat de ingeschatte leerbaarheid daardoor niet betrouwbaar is, maar we kunnen ook niet met enige stelligheid beweren dat die interpretatie wel betrouwbaar is. We weten het niet. Daarom moeten teksten in dit rapport die betrekking hebben op dit onderwerp, met enige voorzichtigheid gelezen worden.

Ruim twee derde van de jeugdigen wordt ingeschat als 'is in staat te leren': bij ongeveer de helft daarvan zijn verbale instructies voldoende en bij ongeveer de helft is het nodig dit te combineren met het voordoen en oefenen van het gewenste gedrag. Bij slechts 5% is de jeugdige 'onvoldoende in staat nieuw gedrag te leren' en is blijvende ondersteuning nodig. In bijna een kwart van de gevallen (23%) is de leerbaarheid van de jeugdige niet te beoordelen op basis van het dossier of is onbekend.

Voor de ouders geldt dat bijna de helft 'in staat is te leren van verbale instructies' (46%), 15% heeft naast verbale instructies nodig dat het gewenste voorgedaan en geoefend wordt. En vaker dan bij de jeugdigen geldt dat ouders 'onvoldoende in staat zijn te leren' en blijvende ondersteuning nodig hebben (13%). Bij meer dan een kwart van de dossiers is de leerbaarheid van ouders niet te beoordelen op basis van het dossier of onbekend (26%).

### **Motivatie**

Voor het onderwerp motivatie geldt hetzelfde als voor het onderwerp leerbaarheid: de motivatie van ouders en jeugdige staat meestal niet expliciet in het dossier vermeld, de codeur moet hier dus een eigen interpretatie geven. Wat nog eens extra lastig is, is dat er een verschil kan zijn in gemotiveerd zijn 'in woorden' en gemotiveerd zijn 'in daden'. Cliënten kunnen bewust of onbewust zich meer of minder gemotiveerd voordoen dan ze in werkelijk zijn (bijv. om wel of juist niet toegelaten te worden in een bepaald zorgaanbod of school), pas na verloop van tijd blijkt dan uit hun gedrag dat ze minder

of juist meer gemotiveerd zijn. Ook hier geldt dus dat teksten in dit rapport die betrekking hebben op motivatie, met enige voorzichtigheid gelezen moeten worden.

Bijna de helft van de jeugdigen is gemotiveerd voor verandering (44%), bij de ouders is dit maar liefst 73%. Nog eens 14% van de jeugdigen zien wel het nut van de beoogde verandering, maar zijn nog niet in staat (of bereid) om tot actie over te gaan om de gewenste verandering te bewerkstelligen; dat geldt ook voor 18% van de ouders. Sommige cliënten zien (nog) niet het nut van verandering (daarvoor ligt er dus nog een taak om de motivatie te vergroten): dat geldt voor 3% van de ouders en 5% van de jeugdigen. Een deel van de jeugdigen is nog dusdanig jong, dat werd beoordeeld dat de motivatie niet van toepassing is (9%). Ook voor de motivatie geldt dat bij sommige dossiers niet is te beoordelen hoe het hiermee staat; opvallend is wel het verschil tussen ouders (6%) en jeugdigen (28%).

### ***Balans in het gezin (verhouding draagkracht en draaglast)***

Ook voor het onderwerp balans geldt hetzelfde als voor de onderwerpen leerbaarheid en motivatie. De balans in het gezin staat niet expliciet in het dossier vermeld, de codeur moet hier dus een eigen interpretatie geven. Bij 41% van de gezinnen is de verhouding draagkracht en draaglast uit balans: de draaglast is hoog terwijl de draagkracht laag is. Bij 9% van de gezinnen is die balans gunstig: een relatieve lage draaglast bij een relatief hoge draagkracht. Bij 30% is de balans kwetsbaar (het gaat allemaal net, maar er moet niet te veel gebeuren anders raakt het gezin alsnog uit balans): bij 21% daarvan is de draagkracht relatief hoog maar is de draaglast tegelijkertijd ook hoog en bij de andere 9% is het net andersom (een lage draaglast bij een lage draagkracht). Bij 20% is de gezinsbalans niet te beoordelen op basis van het dossier of onbekend.

## **2.2 Uitkomsten sorteerrondes**

Er werden 99 formulieren ingevuld, twee daarvan bleken onbruikbaar (omdat uit het ingevulde formulier niet kon worden opgemaakt wat de belangrijkste problemen zijn en wat de zorgbehoefte is), zodat er in totaal 97 formulieren in groepen zijn ingedeeld.

In totaal zijn er vier hoofdgroepen ontstaan (doelgroep 1 en 2 kennen bovendien twee varianten):

- 1. *Verbetering vaardigheden jeugdige*** - De jeugdige heeft behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden en zelfvertrouwen/ weerbaarheid te vergroten. Bij twee derde van deze doelgroep heeft het gezin daarnaast behoefte aan begeleiding in het gezin om de gezinsrelaties en gezagsrelatie te verbeteren (N=33).
- 2. *Verbetering basale opvoedingsvaardigheden*** - De ouders hebben behoefte aan ondersteuning in het vergroten van de opvoedingsvaardigheden. Bij driekwart van deze doelgroep hebben de ouders daarnaast behoefte aan het verbeteren van de relatie en communicatie tussen ouders (N=20).
- 3. *Bescherming van de jeugdige*** - De jeugdige heeft behoefte aan bescherming tegen mishandeling en/of verwaarlozing. De ouders hebben behoefte aan het leren van vaardigheden om de veiligheid van hun kind te kunnen garanderen en een gezonde ontwikkeling van hun kind kunnen bevorderen (N=26).
- 4. *Vergroten specifieke opvoedingsvaardigheden*** - De ouders hebben behoefte aan het leren van specifieke opvoedingsvaardigheden om de psychiatrische problematiek van hun kind beter te kunnen hanteren. De jeugdige heeft behoefte aan het leren van vaardigheden met betrekking tot het omgaan met zijn/haar psychiatrische stoornis (N=18).

Een paar eerste indrukken op basis van deze verdeling:

- Qua grootte zijn de groepen redelijk gelijk verdeeld: de grootte varieert van krap een vijfde tot ruim een derde, er zijn dus geen uitzonderlijk grote of kleine groepen.
- Eén groep is specifiek gericht op het verbeteren van de vaardigheden van de jeugdige (doelgroep 1), bij de andere drie groepen staat de kwaliteit van de opvoeding centraal.
- Bij ruim een kwart is er sprake van (dreigende) mishandeling en/of verwaarlozing (doelgroep 3). Dit illustreert dat de problematiek bij deze groep cliënten fors is.

In de volgende vier paragrafen beschrijven we elke doelgroep aan de hand van een aantal kenmerken: achtergrondkenmerken (o.a. sekse en leeftijd), aard en ernst problematiek en andere factoren die de haalbaarheid van de gewenste uitkomsten bepalen (leerbaarheid, motivatie en balans in het gezin). Daarnaast gaan we bij elke doelgroep in op de zorgbehoefte.

## 2.3 Doelgroep 1: Verbetering vaardigheden jeugdige

Doelgroep 1 bestaat uit twee varianten. We beschrijven beide varianten van doelgroep 1 apart.

### Doelgroep 1A

**De jeugdige heeft behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden, om beter om te leren gaan met de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen en zelfvertrouwen/weerbaarheid te vergroten (N=11).**

#### ***Belangrijkste kenmerken doelgroep 1A***

##### *ACHTERGRONDKENMERKEN*

In doelgroep 1A bevinden zich meer meisjes (64%) dan jongens (36%). Deze groep heeft een leeftijdsopbouw van 14 tot en met 17 jaar, gemiddeld is deze doelgroep 15,5 jaar oud. Van bijna de helft van de jeugdigen is de etniciteit onbekend. De andere helft bestaat voornamelijk uit jeugdigen met een Nederlandse etniciteit (46%). De rest is overig niet-westers (9%). De hulp die deze jeugdigen krijgen is bij de meerderheid vrijwillig (73%), bij de rest is er sprake van een (voorlopige) OTS (27%). Bij aanvang van de hulp wonen de meeste jeugdigen thuis (91%).

Het type gezin van de jeugdigen in doelgroep 1A is als volgt verdeeld: kerngezin (46%), eenoudergezin (36%), samengesteld gezin (9%), anders (9%). Het toekomstperspectief van het gros van de jeugdigen in doelgroep 1A is dat zij thuis blijft wonen (82%) of zelfstandig gaat wonen (9%).

##### *AARD PROBLEMEN*

Net als in de totaalgroep zijn de meest gescoorde en kernproblemen hetzelfde. Wel verschillen soms de percentages omdat niet alle gescoorde problemen gekozen worden als kernprobleem. Indien die percentages afwijken, is eerst aangegeven hoe vaak het probleem gescoord is in deze groep, vervolgens hoe vaak het is gekozen als kernprobleem (KP):

- C201: Problemen met sociale vaardigheid (64%, KP: 73%)<sup>5</sup>
- A301: Problemen met de competentiebeleving (46%, KP: 46%)
- A101: Introvert gedrag (36%, KP: 27%)
- E103: Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen) (27%:)

---

<sup>5</sup> In een enkel geval is het percentage kernprobleem hoger dan het gescoorde probleem, dit komt omdat bij het invullen van het formulier een bepaald probleem als kernprobleem is opgevoerd, maar in de analyse eraan voorafgaand niet als probleem is gescoord.



- A901: Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (27%, KP:18%)
- E204: Gebrekkig sociaal netwerk jeugdige (18%)
- A103: Stemmingsproblemen (27%, KP:18%)

Combinaties van problemen: Van de jeugdigen die problemen met sociale vaardigheden hebben, heeft slechts 1 persoon (17%) ook problemen met de verwerking van een ingrijpende gebeurtenis, een andere persoon (17%) heeft ook stemmingsproblemen.

#### ERNST PROBLEMEN

Het functioneren van de jeugdige is vooral 'enigszins afwijkend van normaal' (55%), dit is vergelijkbaar met de hele groep cliënten die we hebben onderzocht. De kwaliteit van de omgeving is 'normaal of nauwelijks afwijkend van normaal' bij maar liefst 64%, dit is minder ernstig vergeleken met de hele groep cliënten.

Het aantal kernproblemen is in deze groep gemiddeld 3,4 (totale groep 3,5). De verdeling is als volgt (de percentages tussen haakjes zijn van de totale groep):

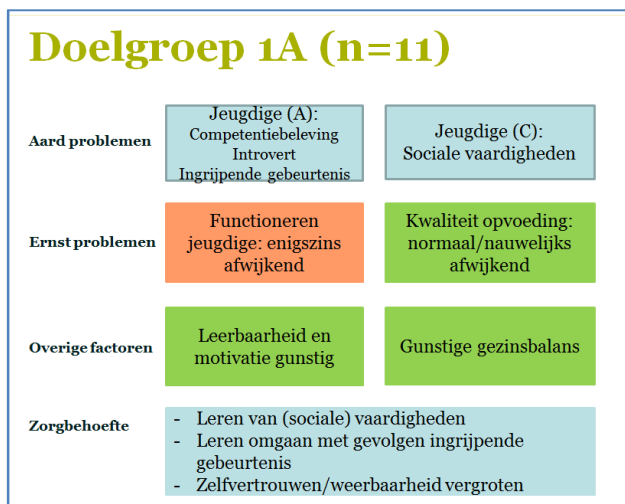
- 1 kernprobleem 9% (8%)
- 2 kernproblemen 18% (13%)
- 3 kernproblemen 27% (28%)
- 4 kernproblemen 18% (24%)
- 5 kernproblemen 27% (26%)

#### LEERBAARHEID, MOTIVATIE EN BALANS GEZIN

Zowel ouders (63%) als jeugdigen (82%) zijn in staat te leren van verbale instructies.

Zowel ouders (73%) als jeugdige (82%) zijn gemotiveerd voor verandering.

Gunstige gezinsbalans: draaglast laag/draagkracht hoog (36%).



Figuur 1. Belangrijkste kenmerken doelgroep 1A<sup>6</sup>

#### Wat zegt dit over de zorgbehoefte?

De problematiek beperkt zich vooral tot As A (functioneren jeugdige), vergeleken met de totale groep is de ernst van de problematiek bij deze doelgroep niet heel zwaar én de leerbaarheid, motivatie en balans in het gezin zijn vrij gunstig (vergeleken met de totale groep). Opvallend is verder dat het vooral om meisjes gaat en dat de leeftijd vrij hoog is. Bij alle jeugdigen in deze doelgroep zien we overwegend internaliserende problematiek bij de jeugdige zelf. Voor een groot deel (73%) gaat het

<sup>6</sup> De vakjes bij ernst en overige factoren zijn groen of oranje gekleurd om aan te geven of ze positief (groen) dan wel negatief (oranje) afwijken van de totale groep (niet gecheckt op significantie).

om jeugdigen met problemen op het gebied van sociale vaardigheden, die behoefte hebben aan het leren van sociale vaardigheden om te leren zich beter staande te houden en hun zelfvertrouwen en weerbaarheid te vergroten. Bij bijna een vijfde deel van deze groep gaat het om jeugdigen die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt (bijv. geweld en/of migratie) en problemen hebben met (het verwerken van) de gevolgen daarvan. De zorgbehoefte is vrijwel hetzelfde (met wellicht een wat ander accent, nl. ook het leren omgaan met de gevolgen van die ingrijpende gebeurtenis), namelijk het leren van vaardigheden om zichzelf staande te leren houden en zelfvertrouwen en weerbaarheid te vergroten.

## **Doelgroep 1B**

**De jeugdige heeft behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden en zelfvertrouwen-weerbaarheid te vergroten. Het gezin heeft daarnaast behoefte aan begeleiding in het gezin om de gezinsrelaties en gezagsrelatie te verbeteren (N=22).**

### ***Belangrijkste kenmerken van groep 1B***

#### *ACHTERGRONDKENMERKEN*

Doelgroep 1B is qua sekse ongeveer gelijk verdeeld, er zijn iets meer jongens (55%) dan meisjes (45%). De leeftijd ligt tussen de 8 en 17 jaar oud, waarbij het zwaartepunt ligt bij 14 en 15 jaar (50%). De gemiddelde leeftijd is 13,3 jaar. Van meer dan de helft van de jeugdigen is de etniciteit onbekend. Verder bestaat doelgroep 1B voornamelijk uit jeugdigen met een Nederlandse (36%) of Surinaamse (5%) etniciteit. De hulp die deze jeugdigen krijgen is bij de meerderheid vrijwillig (77%) of er is sprake van een (voorlopige) OTS (18%). Bij aanvang van de hulp wonen de meeste jeugdigen thuis (91%). Het type gezin van de jeugdigen in doelgroep 1A is als volgt verdeeld: kerngezin (18%), eenoudergezin (36%), samengesteld gezin (5%), co-ouderschap (36%) en onbekend (5%). Het toekomstperspectief van het gros van de jeugdigen in doelgroep 1A is dat zij thuis blijft wonen (77%).

#### *AARD PROBLEMEN*

Op enkele uitzonderingen na, zijn net als in de totaalgroep de meest gescoorde en kernproblemen hetzelfde. Wel verschillen soms de percentages omdat niet alle gescoorde problemen gekozen worden als kernprobleem. Indien die percentages afwijken, is eerst aangegeven hoe vaak het probleem gescoord is in deze groep, vervolgens hoe vaak het is gekozen als kernprobleem (KP):

- A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (68%, KP: 82%)
- A901: Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (27%, KP: 23%)
- D105: Problematische gezinscommunicatie (20%, KP: 18%)
- D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (32%, KP: 18%)
- D102: Problemen bij ondersteuning, verzorging en bescherming (23%, KP: 18%)

Twee problemen die in deze groep relatief veel gescoord werden, werden beduidend minder vaak aangeduid als kernprobleem:

- E103: Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen) (46%, KP: 14%)
- C201: Problemen met sociale vaardigheid (41%, KP: 9%)

Combinaties van problemen: Van de 12 jeugdigen die opstandig-antisociaal gedrag laten zien, komen bij 11 jeugdigen ook problemen op as D voor (gezin en opvoeding), 2 jeugdigen hebben ook problemen met de verwerking van een ingrijpende gebeurtenis (5 in de hele doelgroep). Bij één cliënt zijn er problemen op alle drie de gebieden. Van de jeugdigen die opstandig-antisociaal gedrag



laten zien, hebben de ouders van 3 jeugdigen (25%) problemen met ondersteuning/verzorging/bescherming van hun kinderen.

#### ERNST PROBLEMEN

Functioneren jeugdige is enigszins afwijkend van normaal (59%), dit is vergelijkbaar met de hele groep cliënten die we hebben onderzocht. Kwaliteit omgeving is enigszins afwijkend van normaal (41%), dit is ernstiger vergeleken met de hele groep cliënten.

Het aantal kernproblemen is in deze groep gemiddeld 3,5 (totale groep ook 3,5). De verdeling is als volgt (de percentages tussen haakjes zijn van de totale groep):

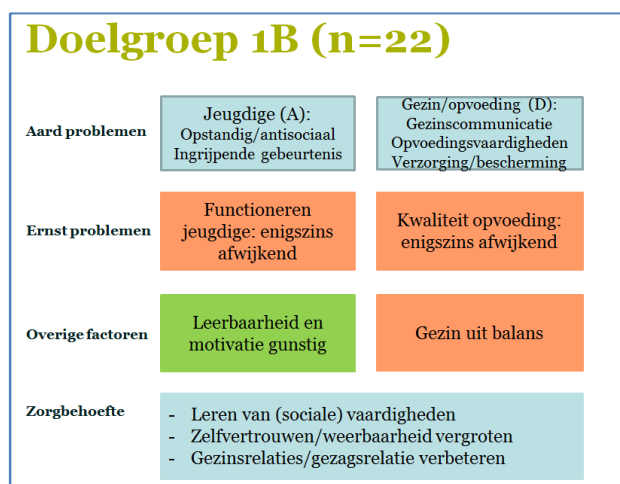
- 1 kernprobleem           5% (8%)
- 2 kernproblemen       14% (13%)
- 3 kernproblemen       36% (28%)
- 4 kernproblemen       23% (24%)
- 5 kernproblemen       23% (26%)

#### LEERBAARHEID, MOTIVATIE EN BALANS GEZIN

Ouders zijn in staat te leren van verbale instructies (55%). Jeugdigen ook, maar de meerderheid in combinatie met voordoen en oefenen (55%).

Zowel ouders (77%) als jeugdigen (41%) zijn gemotiveerd voor verandering.

Gezin uit balans: draaglast hoog/draagkracht (32%).



**Figuur 2. Belangrijkste kenmerken doelgroep 1B**

#### **Wat zegt dit over de zorgbehoefte?**

Vergeleken met groep 1A zien we in groep 1B veel meer externaliserende problematiek bij de jeugdige. Ook heeft groep 1B meer problemen op As D en minder problemen op As C. Ook in deze groep zien we een redelijk aantal jeugdigen met problemen met het verwerken van een ingrijpende gebeurtenis. De leeftijd ligt beduidend lager dan bij groep 1A en de verdeling jongens/meisjes is meer gelijk.

Meer dan de helft van de jeugdigen laat opstandig en/of antisociaal gedrag zien, meestal gecombineerd met problemen in het gezin/opvoeding. Alleen inzetten op het versterken van opvoedingsvaardigheden van ouders en/of het verbeteren van de gezinscommunicatie werd op de sorteerdag niet voldoende gevonden bij deze groep; ook bij deze jeugdigen zouden de (sociale) vaardigheden van de jeugdige zelf verbeterd moeten worden, zodat deze zich beter staande kan houden in allerlei situaties.

## 2.4 Doelgroep 2: Verbetering basale opvoedingsvaardigheden

Ook doelgroep 2 bestaat uit twee varianten. We beschrijven beide varianten van doelgroep 2 apart.

### Doelgroep 2A

**De ouders hebben behoefte aan ondersteuning in het vergroten van de opvoedingsvaardigheden (N=5).**

#### *Belangrijkste kenmerken van groep 2A*

##### *ACHTERGRONDKENMERKEN*

Doelgroep 2A bestaat uit iets meer jongens (60%) dan meisjes (40%). De leeftijd ligt tussen de 3 en 13 jaar oud, de gemiddelde leeftijd is 7 jaar. 80% van de jeugdigen heeft een Nederlandse etniciteit, 20 % is onbekend. De hulp die deze jeugdigen krijgen is bij alle jeugdigen vrijwillig (100%). Ook wonen zij allen bij aanvang van de hulp thuis. Het merendeel van de jeugdigen komt uit een kerngezin (60%), de rest komt uit een eenoudergezin (40%). Het toekomstperspectief van alle jeugdigen in doelgroep 2A is dat zij thuis blijft wonen.

##### *AARD PROBLEMEN*

Net als in de totaalgroep zijn de meest gescoorde en kernproblemen hetzelfde. Wel verschillen soms de percentages omdat niet alle gescoorde problemen gekozen worden als kernprobleem. Indien die percentages afwijken, is eerst aangegeven hoe vaak het probleem gescoord is in deze groep, vervolgens hoe vaak het is gekozen als kernprobleem (KP):

- D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (40, KP: 80%)
- A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (40%)
- D407: Problemen in de relatie met (stief)broers/zussen (40%)
- D405: Problematische relatie tussen ouders (40%, KP: 20%)
- A101: Introvert gedrag (20%, KP: 20%)
- A103: Stemningsproblemen (20%, KP: 20%)
- B301: Lichamelijke klachten (20%, KP: 20%)
- D104: Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak (20%, KP: 20%)
- D209: Mishandeling ouder door jeugdige (20%, KP: 20%)
- D509: Overmatige stress ouders (20%, KP: 20%)
- D510: Psychische/psychiatrische problematiek ouder (20%, KP: 20%)

Deze groep is dermate klein dat er niet veel zinnigs gezegd kan worden over veelvoorkomende combinaties. Wat wel opvallend is dat bij de drie cliënten waarbij de ouders ontoereikende opvoedingsvaardigheden hebben, bij alle drie de jeugdigen er geen sprake is van opstandig-antisociaal gedrag, bij twee van hen zijn er problemen in de relatie met (stief)broers/zussen.

##### *ERNST PROBLEMEN*

Functioneren jeugdige is enigszins afwijkend van normaal (60%) en bij de overige 40% normaal tot nauwelijks afwijkend van normaal, dit is duidelijk minder ernstig vergeleken met de hele groep cliënten die we hebben onderzocht. De kwaliteit van de omgeving is bij 40% sterk afwijkend van normaal, dit is duidelijk ernstiger vergeleken met de hele groep cliënten.

Het aantal kernproblemen is in deze groep gemiddeld 3,2 (totale groep 3,5). De verdeling is als volgt (de percentages tussen haakjes zijn van de totale groep):

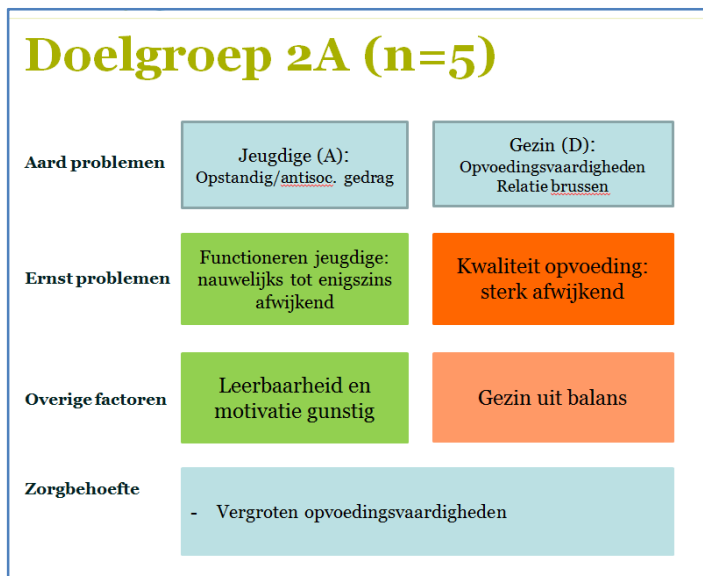
- 1 kernprobleem 20% (8%)
- 2 kernproblemen 0% (13%)
- 3 kernproblemen 40% (28%)
- 4 kernproblemen 20% (24%)
- 5 kernproblemen 20% (26%)

*LEERBAARHEID, BALANS GEZIN EN MOTIVATIE*

Zowel ouders (40%) als jeugdigen (60%) zijn in staat te leren van verbale instructies.

Zowel ouders (100%) als jeugdige (60%) zijn gemotiveerd voor verandering.

Gezin is uit balans: draagkracht is laag, terwijl draaglast hoog is (40%).



**Figuur 3. Belangrijkste kenmerken doelgroep 2A**

**Wat zegt dit over de zorgbehoefte?**

Bij alle vijf de cliënten in deze doelgroep waren de ‘sorteerders’ van mening dat de ouders en jeugdigen gebaat zijn bij een verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, bij sommige jeugdigen om de gedragsproblemen te verminderen en bij sommige jeugdigen om de relatie met broers/zussen te verbeteren.

**Doelgroep 2B**

**De ouders hebben behoefte aan ondersteuning in het vergroten van de opvoedingsvaardigheden en het verbeteren van de relatie en communicatie tussen ouders (N=15).**

**Belangrijkste kenmerken van groep 2B**

*ACHTERGRONDKENMERKEN*

Doelgroep 2B is qua sekse gelijk verdeeld, er zijn iets meer meisjes (53%) dan jongens (47%). De leeftijd ligt tussen de 0 en 12 jaar oud, de gemiddelde leeftijd is 7,7 jaar. Een derde van de jeugdigen heeft een Nederlandse etniciteit, de rest is onbekend. De hulp die deze jeugdigen krijgen is bij bijna alle jeugdigen vrijwillig (93%). De jeugdigen wonen allen bij aanvang van de hulp thuis. Het

merendeel van de jeugdigen komt uit een eenoudergezin (53%) of samengesteld gezin (27%). Het toekomstperspectief van alle jeugdigen in doelgroep 2A is dat zij thuis blijft wonen.

#### *AARD PROBLEMEN*

Op enkele uitzonderingen na, zijn net als in de totaalgroep de meest gescoorde en kernproblemen hetzelfde. Wel verschillen soms de percentages omdat niet alle gescoorde problemen gekozen worden als kernprobleem. Indien die percentages afwijken, is eerst aangegeven hoe vaak het probleem gescoord is in deze groep, vervolgens hoe vaak het is gekozen als kernprobleem (KP):

- D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (67%)
- D401: Problemen bij scheiding (60%, KP: 47%)
- A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (47%, KP: 33%)
- D405: Problematische relatie tussen ouders (40%, KP: 20%)
- D205: Problemen in de loyaliteit van jeugdige aan ouder (27%, KP: 20%)

Drie problemen die in deze groep relatief veel gescoord werden, werden beduidend minder vaak aangeduid als kernprobleem:

- D104: Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak (40%, KP: 7%)
- A901: Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (33%, KP: 7%)
- C201: Problemen met sociale vaardigheid (33%, KP: 0%)

Combinaties van problemen: Bij alle jeugdigen in deze doelgroep met opstandig/antisociaal gedrag, hebben de ouders ontoereikende opvoedingsvaardigheden; 40% daarvan (twee jeugdigen) heeft daarnaast problemen bij scheiding, 40% heeft daarnaast problemen relatie ouders, één jeugdige heeft daarnaast problemen met loyaliteit aan ouder. Bij twee van de cliënten met ontoereikende opvoedingsvaardigheden zijn er problemen in de relatie tussen ouders, bij drie cliënten spelen er problemen bij scheiding en bij twee cliënten zijn er problemen in de loyaliteit van jeugdige aan ouder.

#### *ERNST PROBLEMEN*

Functioneren jeugdige is enigszins afwijkend van normaal (60%), dit is minder ernstig vergeleken met de hele groep cliënten die we hebben onderzocht.

Kwaliteit van de omgeving is sterk afwijkend van normaal (47%), dit is veel ernstiger vergeleken met de hele groep cliënten.

Het aantal kernproblemen is in deze groep gemiddeld 3,5 (totale groep ook 3,5). De verdeling is als volgt (de percentages tussen haakjes zijn van de totale groep):

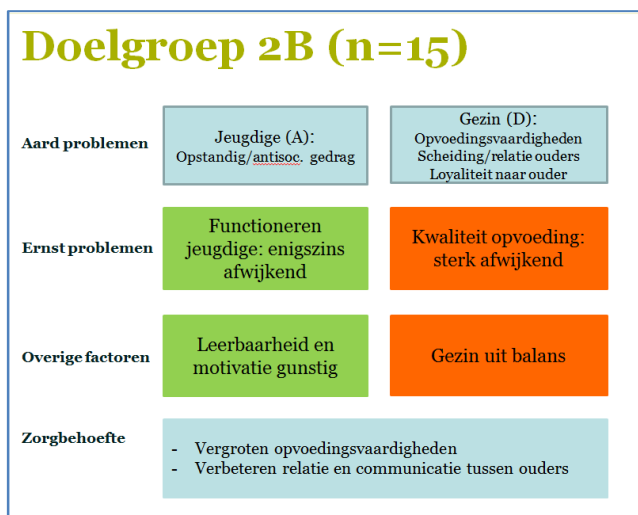
- 1 kernprobleem           7% (8%)
- 2 kernproblemen       13% (13%)
- 3 kernproblemen       27% (28%)
- 4 kernproblemen       33% (24%)
- 5 kernproblemen       20% (26%)

#### *LEERBAARHEID, BALANS GEZIN EN MOTIVATIE*

Zowel ouders (60%) als jeugdigen (53%) zijn in staat te leren van verbale instructies.

Zowel ouders (73%) als jeugdige (47%) zijn gemotiveerd voor verandering.

Balans in het gezin: draagkracht is laag, terwijl draaglast hoog is (47%)



**Figuur 4. Belangrijkste kenmerken doelgroep 2B**

### ***Wat zegt dit over de zorgbehoefte?***

Opvallend verschil met groep 2A is dat bij groep 2B juist wel de jeugdigen waarbij sprake is opstandig-antisociaal dit gepaard gaat met ontoereikende opvoedingsvaardigheden van de ouders. Een ander opvallend verschil is de aanwezigheid van problematiek gerelateerd aan een scheiding van de ouders en/of relatieproblemen bij de ouders. De zorgbehoefte heeft dan ook vooral betrekking op het verbeteren van die opvoedingsvaardigheden en/of het verbeteren van de relatie/communicatie tussen ouders, zodat de jeugdigen daar minder last van ondervinden.

## **2.5 Doelgroep 3: Bescherming van de jeugdige**

**De jeugdige heeft behoefte aan bescherming tegen mishandeling en/of verwaarlozing. De ouders hebben behoefte aan het leren van vaardigheden om de veiligheid van hun kind te kunnen garanderen en een gezonde ontwikkeling van hun kind kunnen bevorderen (N=26).**

### ***Belangrijkste kenmerken van groep 3***

#### *ACHTERGRONDKENMERKEN*

In doelgroep 3 bevinden zich evenveel meisjes als jongens. Deze groep heeft een leeftijdsopbouw van 0 tot en met 16 jaar, gemiddeld is deze doelgroep 8 jaar oud. Van bijna de helft van de jeugdigen is de etniciteit onbekend. De andere helft bestaat voornamelijk uit jeugdigen met een Nederlandse etniciteit (27%) en overig niet-westers (19%). De rest heeft een Surinaamse (4%) of overig westerse (12%) etniciteit. De hulp die deze jeugdigen krijgen is bij de meerderheid vrijwillig (62%), bij de rest is er sprake van een (voorlopige) OTS (36%). Bij aanvang van de hulp wonen de meeste jeugdigen thuis (89%) of residentieel (8%). Het type gezin van de jeugdigen in doelgroep 3 is als volgt verdeeld: kerngezin (39%), eenoudergezin (35%), samengesteld gezin (15%) en anders (11%). Het toekomstperspectief van het gros van de jeugdigen in doelgroep 1A is dat zij thuis blijft wonen (62%) of terug naar huis gaat (8%).

#### *AARD PROBLEMEN*

Op enkele uitzonderingen na, zijn net als in de totaalgroep de meest gescoorde en kernproblemen hetzelfde. Wel verschillen soms de percentages omdat niet alle gescoorde problemen gekozen

worden als kernprobleem. Indien die percentages afwijken, is eerst aangegeven hoe vaak het probleem gescoord is in deze groep, vervolgens hoe vaak het is gekozen als kernprobleem (KP):

- D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (58%, KP: 50%)
- D102: Problemen in ondersteuning, verzorging en bescherming (54%, KP: 42%)
- A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (46%, KP: 27%)
- A901: Problemen verwerking van een ingrijpende gebeurtenis (27%, KP: 19%)
- D300: Jeugdige slachtoffer mishandeling (42%, KP: 15%)
- D401: Problemen bij scheiding ouders (15%)
- D510: Psychische/psychiatrische problematiek ouder (31%, KP: 15%)

Drie problemen die in deze groep relatief veel gescoord werden, werden beduidend minder vaak aangeduid als kernprobleem:

- C201: Problemen met sociale vaardigheid (23%, KP: 8%)
- D405: Problematische relatie tussen ouders (23%, KP: 4%)
- C102: Aandachtsproblemen (23%, KP: 0%)

In het hele bestand (N=99) is bij 19 jeugdigen sprake van mishandeling/verwaarlozing; 11 daarvan zitten in doelgroep 3<sup>7</sup>. Bij acht van deze kinderen zijn er ook problemen in ondersteuning, verzorging en bescherming. Naast deze acht jeugdigen zijn er nog eens zes cases waarbij sprake is van problemen in ondersteuning, verzorging en bescherming. Kortom, bij in totaal 17 van de 26 cases is er duidelijk sprake van een onveilige situatie voor de jeugdige. Bij de overige negen cases werd, zo schatten we in, door de sorteerders beoordeeld er sprake was van een *dreigende* onveilige situatie.

#### *ERNST PROBLEMEN*

Functioneren jeugdige is vooral 'enigszins afwijkend van normaal' (46%), dit is minder ernstig vergeleken met de hele groep cliënten die we hebben onderzocht. Kwaliteit omgeving is verdeeld, maar voornamelijk sterk afwijkend van normaal (27%), dit is duidelijk ernstiger vergeleken met de hele groep cliënten.

Het aantal kernproblemen is in deze groep gemiddeld 3,6 (totale groep 3,5). De verdeling is als volgt (de percentages tussen haakjes zijn van de totale groep):

- 1 kernprobleem 8% (8%)
- 2 kernproblemen 15% (13%)
- 3 kernproblemen 23% (28%)
- 4 kernproblemen 19% (24%)
- 5 kernproblemen 35% (26%)

#### *LEERBAARHEID, MOTIVATIE EN BALANS GEZIN*

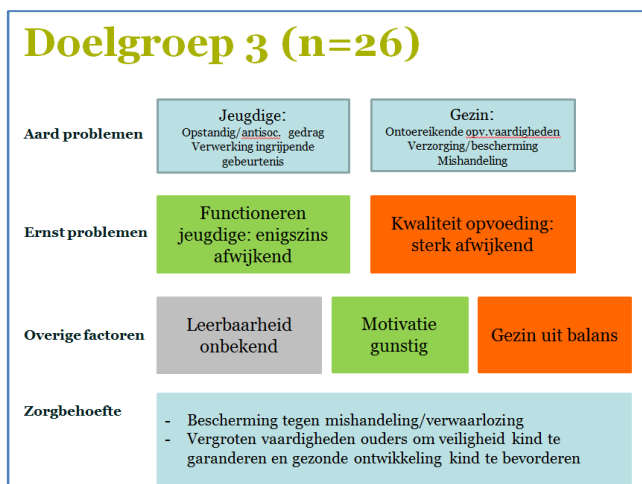
Over leerbaarheid kan niet veel gezegd worden, daarvoor missen te veel gegevens.

Zowel ouders (54%) als jeugdige (54%) zijn gemotiveerd voor verandering.

Gezin is uit balans: draagkracht is laag, terwijl draaglast hoog is (69%).

---

<sup>7</sup> De overige 8 zijn als volgt verdeeld: 1 in groep 1a, 3 in groep 1b, 4 in groep 2b.



**Figuur 5. Belangrijkste kenmerken doelgroep 3**

#### ***Wat zegt dit over de zorgbehoefte?***

Beschermen tegen een (dreigende) onveilige situatie, daar waar dat nodig is, staat voorop. Pas daarna kan er gewerkt worden aan de versterking van (opvoedings)vaardigheden bij de ouders. Zoals we in de inleiding van dit hoofdstuk al stelden, vonden we het opvallend dat binnen een groep cliënten die gebruik maakt van ambulante zorg zo'n groot aantal is waarbij bescherming van de jeugdige nodig is. Dit zou eerder verwacht worden in een groep cliënten die gebruik maakt van residentiele zorg (maar mogelijk is het percentage bij die groep cliënten nog veel hoger), een geplande analyse van dossiers uit meerdere doelgroepen analyses biedt hierover mogelijk meer duidelijkheid. Een mogelijke verklaring voor het feit dat de gezinnen in deze doelgroep het 'redden' met ambulante zorg, is dat het functioneren van de jeugdige beter is dan bij de totale groep.

## **2.6 Doelgroep 4: Vergroten specifieke opvoedingsvaardigheden**

**De ouders hebben behoefte aan het leren van specifieke opvoedingsvaardigheden om de psychiatrische problematiek van hun kind beter te kunnen hanteren. De jeugdige heeft behoefte aan het leren van vaardigheden met betrekking tot het omgaan met zijn/haar psychiatrische stoornis (N=18).**

### ***Belangrijkste kenmerken van groep 4***

#### *ACHTERGRONDKENMERKEN*

In doelgroep 4 bevinden zich meer jongens (67%) dan meisjes (33%). Deze groep heeft een leeftijdsopbouw van 9 tot en met 17 jaar, gemiddeld is deze doelgroep 13,3 jaar oud. Van de helft van de jeugdigen is de etniciteit onbekend. De andere helft bestaat voornamelijk uit jeugdigen met een Nederlandse etniciteit (39%), Turks (6%) en overig niet-westers (6%). De hulp die deze jeugdigen krijgen is bij de meerderheid vrijwillig (94%). Bij aanvang van de hulp wonen de meeste jeugdigen thuis (89%). Het type gezin van de jeugdigen in doelgroep 3 is als volgt verdeeld: kerngezin (39%), eenoudergezin (22%), samengesteld gezin (11%), co-ouderschap (11%) en anders (11%). Het toekomstperspectief van het gros van de jeugdigen in doelgroep 1A is dat zij thuis blijft wonen (78%).



#### AARD PROBLEMEN

De meest gescoorde problemen zijn:

- Stoornis op As A (83%)
- A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (61%)
- D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (57%)
- A201: Druk en impulsief gedrag (56%)
- Stoornis op As C (33%)
- C101: Problemen met schoolprestaties/leerproblemen (39%)

Op enkele uitzonderingen na, zijn net als in de totaalgroep de meest gescoorde en kernproblemen hetzelfde. De meest gekozen kernproblemen in doelgroep 3 zijn:

- A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (61%)
- D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (57%, KP: 50%)
- A201: Druk en impulsief gedrag (56%, KP: 31%)
- C101: Problemen met schoolprestaties/leerproblemen (39%, KP: 33%)

Drie problemen die in deze groep relatief veel gescoord werden, werden beduidend minder vaak aangeduid als kernprobleem:

- E102: Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden (50%, KP: 6%)
- C201: Problemen met sociale vaardigheid (44%, KP: 11%)
- C102: Aandachtsproblemen (33%, KP: 6%)

#### ERNST PROBLEMEN

Functioneren jeugdige is enigszins afwijkend van normaal (50%) en sterk afwijkend van normaal (39%), dit is beduidend ernstiger vergeleken met de hele groep cliënten die we hebben onderzocht. Kwaliteit omgeving is enigszins afwijkend van normaal (33%), dit is ernstiger vergeleken met de hele groep cliënten.

Het aantal kernproblemen is in deze groep gemiddeld 3,7 (totale groep 3,5). De verdeling is als volgt (de percentages tussen haakjes zijn van de totale groep):

- 1 kernprobleem 6% (8%)
- 2 kernproblemen 6% (13%)
- 3 kernproblemen 28% (28%)
- 4 kernproblemen 33% (24%)
- 5 kernproblemen 28% (26%)

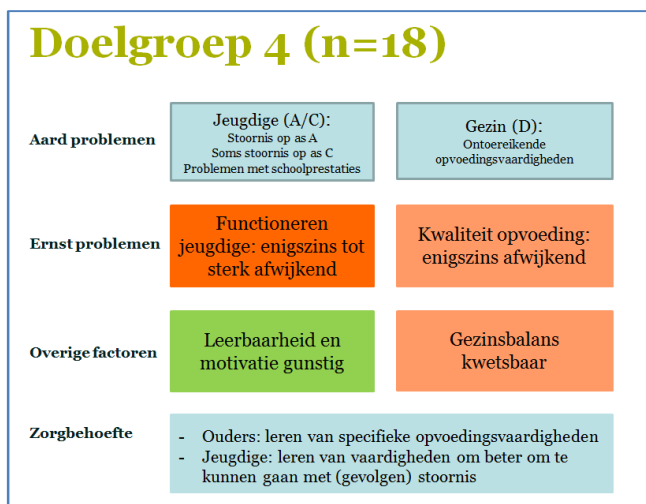
#### LEERBAARHEID, MOTIVATIE EN BALANS GEZIN

De jeugdige is in staat te leren van verbale instructies, in combinatie met voordoen en oefenen (56%). Ouders zijn in staat te leren van verbale instructies (56%).

Jeugdige is gemotiveerd voor verandering (39%). Ouders zijn gemotiveerd voor verandering (83%).

Gezinsbalans is kwetsbaar: draaglast hoog/draagkracht hoog (50%).





**Figuur 6. Belangrijkste kenmerken doelgroep 4**

### ***Wat zegt dit over de zorgbehoefte?***

Opvallend in doelgroep 4 is de aanwezigheid van psychiatrische problemen bij de jeugdige (soms in combinatie met eigen problematiek bij ouders). De leerbaarheid en motivatie zijn gunstig. Ouders hebben behoefte aan het leren van specifieke opvoedingsvaardigheden om beter met de stoornis van hun kind om te gaan.

Bij ruim een kwart van deze doelgroep is er vaak nog sprake van eigen problematiek van ouders, hiermee dient rekening worden gehouden bij de keuze voor en uitvoering van de interventie. In bepaalde gevallen zal niet alleen het arsenaal aan specifieke opvoedingsvaardigheden vergroot moeten worden, maar ook de basale opvoedingsvaardigheden versterkt.

## **2.7 Doelgroepen herkenbaar?**

De vier doelgroepen zijn gepresenteerd tijdens een slotbijeenkomst met de gedragswetenschappers die aan het onderzoek hebben meegewerkt. De gedragswetenschappers herkennen de thema's die besproken worden bij de cliënten/gezinnen (de doelgroepen). Wel geven zij aan dat er bepaalde karakteristieken niet goed naar voren komen uit het onderzoek. Een punt is bijvoorbeeld de multiproblematiek. De gedragswetenschappers geven aan dat er vaak sprake is van meer problemen dan nu in de omschrijving van de doelgroepen naar voren komt. Er is in dit onderzoek echter gekozen voor een globale omschrijving en om niet teveel in te gaan op detail.

De gedragswetenschappers geven tevens aan dat zij het lastig vonden om de leerbaarheid, motivatie, balans van het gezin en de ernst van de problematiek op basis van de dossiers te bepalen. De motivatie van zowel de jeugdige als de ouder(s) wat uit het onderzoek naar voren komt, vinden zij opvallend hoog. Hun indruk is dat dit in de praktijk lager is. Dit geldt voor elke doelgroep.

## 3 Ambulant aanbod Cardea

Aan de hand van informatie uit de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut ([www.nji.nl](http://www.nji.nl) > Home > Kennis > Databanken > Effectieve jeugdinterventies; gedownload in december 2011 en januari 2012) en diverse documenten van Cardea Jeugdzorg is het ambulante zorgaanbod van Cardea beschreven. Deze beschrijvingen zijn volgens een format gemaakt: doel, doelgroep, belangrijkste problemen, selectiecriteria en aanpak. Uitgebreide beschrijvingen zijn opgenomen in een apart document. In dit hoofdstuk is een verkorte versie hiervan opgenomen.

### 3.1 Ambulante Gezinsbehandeling

De behandelvarianten van Ambulante Gezinsbehandeling zijn ingedeeld naar het aantal cliëntencontacten: 15, 25 of 40 contacten. Per variant kan er gebruik worden gemaakt van specifieke interventies en methodieken om de beoogde doelen te bereiken. De verschillende interventies zijn: Gezin Centraal, Gezin Centraal-LVG, Gezin Centraal-P(I)T, Triple P, PMTO en MDFT.

#### ***Gezin Centraal***

Het belangrijkste doel van Gezin Centraal (GC) is om 'empowerment' te bevorderen en de zelfsturing bij gezinnen die vastlopen door verschillende problemen, te vergroten. Dit wordt gedaan door middel van een competentiegerichte aanpak waarbij zo veel mogelijk hulp 'op maat' geboden wordt. De concrete doelen van GC houden verband met de aard van de problematiek. De belangrijkste problemen waarop GC is gericht zijn: ontoereikende kwaliteit van de opvoeding, instabiele opvoedingssituaties, gedragsproblemen, emotionele problemen, problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd.

GC richt zich op gezinnen met kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar, waarbij preventieve hulpvormen of kortdurende ambulante hulpverlening niet toereikend zijn. Een gezin komt in aanmerking voor Gezin Centraal wanneer er geen reden is om PMTO of MDFT in te zetten. Wanneer sprake is van signalen van kindermishandeling wordt GC gecombineerd met Signs of Safety.

#### ***Gezin Centraal-LVG***

Gezin Centraal LVG sluit aan op de uitgangspunten van Gezin Centraal. Deze methodiek richt zich echter op gezinnen waarvan één of meerdere gezinsleden een licht verstandelijke beperking hebben.

#### ***Gezin Centraal-P(I)T***

Ook Gezin P(I)T is vergelijkbaar met de methodiek Gezin Centraal. Gezin Centraal-P(I)T wordt ingezet bij gezinnen waar sprake is van psychiatrische problematiek bij ouder(s) en/of kinderen. Hierbij worden Gezin Centraal en Psychiatrische (Intensieve) Thuisbehandeling gelijktijdig ingezet en op elkaar afgestemd.

#### ***Triple P***

Triple P, wat staat voor Positief Pedagogisch Programma, streeft naar de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen. Dit wordt bewerkstelligd door competent ouderschap en door het zelfvertrouwen van ouders te bevorderen. Ouders van kinderen van 4 tot 16 jaar vormen de doelgroep van Triple P. Triple P kent 5 interventieniveaus die elk een andere doelgroep kennen.

Cardea verzorgt niveau 4 en niveau 5. Niveau 4 houdt in dat ouders van kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen een training krijgen in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van het kind. Er vinden acht tot tien individuele bijeenkomsten plaats van anderhalf uur. Niveau 5 wordt ingezet wanneer sprake is van ernstige gedragsproblemen bij het kind en tevens andere problemen of disfunctioneren van het gezin. Daarbij krijgen ouders een intensieve, individuele training voor het gezin. Het gaat om elf sessies die elk een uur duren. Een indicatie voor Triple P is afhankelijk van de geschiedenis, aard en oorzaken van de problematiek, het psychosociaal functioneren van ouders en het kind en relatieproblemen bij ouders.

### ***PMTO***

Parent Management Training Oregon (PMTO) heeft als doel kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar met externaliserende gedragsproblemen beter te laten functioneren en hun gedragsproblemen te laten verminderen. PMTO werkt vanuit de visie dat gedragsproblemen van een kind behandeld kunnen worden door de ouders opvoedingsstrategieën te leren.

PMTO is een individueel programma, het wordt aangeboden per ouder of ouderpaar. De sessies duren een uur en vinden wekelijks plaats. De duur van de behandeling is onder andere afhankelijk van de opvoedingsvaardigheden waar ouders aan het begin van het programma over beschikken, de complexiteit van de gezinsstructuur en de betrokkenheid van ouders. In elk geval is er een minimum van 10 en een maximum van 30 sessies. PMTO kent een actieve opzet waarbij er door middel van rollenspel de toepassing van effectieve opvoedingsstrategieën wordt geoefend. Deze opvoedingsstrategieën zijn onder meer : je kind stimuleren door aanmoediging, het stellen van grenzen, zicht en toezicht houden, met elkaar problemen oplossen en positief betrokken zijn. Waar de aandacht ligt in het aanleren van de vaardigheden wordt individueel bepaald. De therapeut richt zich er op dat ouders de opvoedingsstrategieën succesvol toepassen in het dagelijks leven. Om deel te nemen aan PMTO moet het kind, in ieder geval gedeeltelijk, thuis wonen. Hier is minimaal één vaste verzorger die in staat is om tijdens de behandeling aandacht te besteden aan de opvoeding.

### ***MDFT***

De doelgroep van MultiDimensieele Familie Therapie (MDFT) bestaat uit jongeren tussen 12 en 18 jaar met enkelvoudige of meervoudige problematiek. Te denken valt aan gedragsproblemen, middelengebruik of – verslaving, delinquent gedrag maar ook gezinsproblematiek. Jongeren vanuit zowel justitieel als civielrechtelijk kader kunnen aangemeld worden, maar ook jongeren zonder maatregel. Doel is probleemgedrag zodanig te verminderen dat maatschappelijke participatie weer mogelijk wordt. Om dit te realiseren wordt een multidimensionale aanpak gehanteerd waarbij probleemgedrag aangepakt wordt op vier domeinen in het leven van de jongeren, namelijk de jongere en zijn problemen, de ouders, het gezin en de familie als geheel en voor de jongere belangrijke externe systemen (zoals leeftijdsgenoten, school, werk en mogelijk politie en justitie). MDFT kent een duur van vier maanden bij enkelvoudige en vier tot zes maanden bij meervoudige problematiek. MDFT werkt met een hoge contactfrequentie, er zijn twee tot drie sessies contactmomenten per week. Er zijn vier soorten sessies, het kan gaan om een sessie met de jongere alleen, met de ouders alleen, met de jongere en zijn ouders samen, of met de jongere (of gezin) met derden erbij (bijvoorbeeld reclasseringswerkers, leraren of leeftijdgenoten). Belangrijk bij MDFT is dat één van de ouders of een ouderfiguur bereid is om aan MDFT mee te werken.

### 3.2 Mediation

Voor Mediation komen ouders/partners met kinderen van 0-18 jaar in aanmerking waarbij de communicatie tussen de ouders/partners/betrokken personen wegens conflicten ernstig is verstoord en deze de voortgang van het hulpverleningsproces en de realisatie van de geformuleerde doelen in de weg staat. Mediation heeft tot doel de conflicten tussen ouders, ouder en partner zodanig op te lossen zodat communicatie mogelijk wordt en er afspraken gemaakt kunnen worden over de opvoeding. Mediation wordt altijd aangeboden in combinatie met gezinsbehandeling of in combinatie met omgangsbegeleiding

Mediation vereist een specifieke expertise; dit betekent dat mediation uitsluitend uitgevoerd kan worden door hulpverleners die daartoe opgeleid zijn. Bij mediation wordt uitgegaan van vertrouwelijkheid en geheimhouding en wordt er gewerkt aan het herstellen van het vertrouwen. Een mediation verloopt gefaseerd. Na een kennismakingsbijeenkomst wordt in verschillende bijeenkomsten verkend hoe beide partners/ouders tegen het conflict aankijken, de kern van het conflict duidelijk, worden de belangen van zowel de beide partners/ouders als die van de kinderen in kaart gebracht en wordt afgesproken welke zaken voor de toekomst opgelost moeten worden. Vervolgens gaat de onderhandelingsfase van start waarin gezocht wordt naar voor beide ouders/partner werkbare en geaccepteerde oplossingen van het conflict.

### 3.3 VertrekTraining

VertrekTraining (VT) is een intensieve, individuele training die er op gericht is om thuisloosheid bij jongeren tussen de 16 en 23 jaar te voorkomen of te doen afnemen, door middel van het creëren van een sociale leefomgeving en het scheppen van voorwaarden die de (re)integratie van de jongere in het maatschappelijke leven bevorderen. In VT krijgt een jongere inzicht in datgene wat hij/zij heel belangrijk vindt, de jongere wordt geactiveerd om belangrijke zaken te regelen zoals het zoeken van een baan of school, het oppakken van justitiële zaken of schulden en dergelijke. VT duurt 10 tot 12 weken, waarin 6 tot 10 uur per week contact mogelijk is met de trainer. De trainer helpt de jongeren bij het bevorderen van hun zelfstandigheid door een korte, intensieve begeleiding. Ze helpen bij het zoeken naar onderdak, het regelen van een inkomen, opleiding, werk, vrijetijdsbesteding en een sociaal netwerk.

Er is een aantal criteria die op een jongere van toepassing moeten zijn om voor VT in aanmerking te komen. Het gaat om één of meer van de onderstaande criteria:

1. de jongere heeft geen gezin waarin hij of zij kan terugkeren;
2. er is sprake van een labiele of onvolledige gezinsachtergrond;
3. er is (de laatste twee jaar voor opname in de residentiële instelling) sprake van ernstig zwerfgedrag;
4. er is sprake van ernstige gedragsproblemen.

### **3.4 Coaching oudere jeugd (12-18)**

Jongeren tussen de 12 en 23 jaar vormen de doelgroep van Coaching oudere jeugd. Het gaat hierbij om jongeren die op een bepaalde manier (in meer of minder mate) vastlopen in hun ontwikkeling. Coaching oudere jeugd heeft tot doel de jongeren individueel of in groepsverband te activeren en te begeleiden naar de vooraf gestelde einddoelen. Doelen verschillen per jongere, maar kunnen te maken hebben met uiteenlopende levensgebieden, zoals het beschikken over sociale vaardigheden, verbetering van communicatie met gezinsleden of het vinden van een passende dagbesteding en de daarbij horende vaardigheden.

Bij Coaching wordt gebruik gemaakt van een oplossingsgerichte aanpak. De zelfsturing van de jongeren wordt gestimuleerd en jongere wordt zich bewust van het feit dat hij positieve invloed kan uitoefenen op zijn eigen leven. De coach ondersteunt en stimuleert de jongere en denkt mee bij het zoeken naar oplossingen, door middel van individuele begeleidingsgesprekken, het geven van praktische hulp en het onderhouden van oudercontacten.

Coaching maakt integraal onderdeel uit van het daghulpprogramma 12-18 jarigen en kan ook als een ambulante op zichzelf staande hulpvorm worden ingezet. Bij de ambulante inzet van Coaching is er een specialisatie in Meidencoaching. Daar waar nodig kan de individuele coaching worden aangevuld met diverse Vaardigheidstrainingen en/of de Samenwerkingsactiviteiten die in groepsverband plaatsvinden.

### **3.5 Meidencoaching**

De jeugdige komt in aanmerking voor Meidencoaching wanneer er sprake is van seksespecifieke problematiek, zoals lage zelfwaardering, geringe zelfvertrouwen, relationele afhankelijkheid, het op zichzelf richten van negatieve gevoelens of specifieke meiden-acting-outgedrag. Meidencoaching biedt een combinatie van gezinsgesprekken en individuele coaching gesprekken gericht op het verminderen en hanteerbaar maken van 'meidenspecifieke' problematiek.

### **3.6 Ambulante woonbegeleiding 17+**

Ambulante woonbegeleiding is gericht op jongeren van 17 jaar of ouder en heeft als doel hen over praktische en sociale vaardigheden te laten beschikken zodat zij zelfstandig kunnen wonen en in de maatschappij kunnen functioneren. Binnen het traject richt de hulpverlening zich op het benutten van het sociale netwerk en het vergroten van competenties. De dagelijkse leefwereld van de jongere vormt het uitgangspunt bij het oefenen tijdens de begeleiding. Zo worden onder andere vaardighedenlijsten, rollenspellen en netwerkanalyses ingezet als instrumenten. Daarnaast zijn er verschillen activiteiten waar Ambulante woonbegeleiding gebruik van maakt, zoals mentorgesprekken die zowel inzicht geven als ondersteunend zijn, activiteiten die praktische ondersteuning bieden, zoals het vergroten van sociale competenties als competenties op praktisch gebied (bijv. financiën, formulieren invullen etc.) en praktische trainingen op het gebied van woonvaardigheden (bijv. kooktraining, budgettering). De begeleiding is individueel en vind bij de

jongere thuis plaats. Het kent een duur van gemiddeld zes maanden met gemiddeld één uur begeleiding per week.

### **3.7 Vaardigheidstrainingen en overig aanvullend ambulante aanbod**

Voor jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar die al een indicatie hebben voor een hulpaanbod, heeft Cardea een aantal trainingen om specifieke vaardigheden te verbeteren. De trainingen zijn gericht op empowerment, vraaggericht- en oplossingsgericht werken en ervaren leren. De trajectbegeleider bepaalt, op basis van gesprekken met cliënt, welke training geschikt is. Cardea heeft meerdere vaardigheidstrainingen in het ambulante aanbod: Kanjertraining, Rots & Water, Omgaan met boosheid, Weerbaarheidstraining en Kleur bekennen. Daarnaast zijn er nog de Samenwerkingsactiviteit koken en sport en de Ervaringstochten.

Deze trainingen/activiteiten worden niet als zelfstandig aanbod uitgevoerd, maar als combinatie met een van de eerder beschreven interventies.

#### ***Kanjertraining***

De Kanjertraining is geschikt voor jeugdigen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar die last hebben van psychosociale problematiek en is erop gericht om sociaal vaardig gedrag te stimuleren en sociale problemen te verminderen of te voorkomen. Daarnaast is het doel van de Kanjertraining om het zelfvertrouwen van het kind toe te laten nemen. De Kanjertraining is tevens gericht op de ouders met als doel het versterken van de opvoedingsvaardigheden van ouders zodat zij hun kinderen kunnen steunen en stimuleren bij het leren van sociaal vaardig gedrag, alsmede de betrokkenheid tussen ouder en kind bevorderen.

In totaal vinden er 12 bijeenkomsten van 1,5 uur plaats. Ouders en kinderen beginnen gezamenlijk en vervolgens wordt de groep opgesplitst. Binnen de Kanjertraining zijn er drie soorten activiteiten: kindergroep, oudergroep en een follow-up bijeenkomst waarbij ouders en kinderen hun ervaringen uit kunnen wisselen en de afspraken uit de training worden herhaald. De Kanjertraining wordt vaak in combinatie met gezinsbegeleiding gegeven.

#### ***Rots en Water***

Rots en Water (R&W) is een psychofysische training voor zowel jongens als meisjes in de leeftijd van 9 tot 18 jaar, die ondersteuning nodig hebben in het ontwikkelen van hun weerbaarheid. Hierbij gaat het om het bewust worden van eigen kracht en verantwoordelijkheid, het ontwikkelen van zelfkennis, zelfvertrouwen en zelfbeheersing. Jongeren wordt geleerd dat er een keuze gemaakt kan worden in het gedrag dat zij vertonen: een harde (rotsopstelling) of een zachte (wateropstelling). De veronderstelling is dat het programma speciaal geschikt is voor jeugdigen die minder verbaal zijn ingesteld.

R&W bestaat uit veertien basislessen van circa 90 minuten, waarvan de eerste acht over de fundamenteën van het programma gaan. De overige lessen behandelen verschillende thema's zoals seksualiteit, zelfverwezenlijking, het maken van eigen keuzes, spiritualiteit. De lessen kennen altijd groot gedeelte met fysieke oefeningen. Het protocol van R&W hoeft echter niet strak gevolgd te worden.

### ***Omgaan met boosheid***

De training Omgaan met boosheid richt zich op jongeren die moeite hebben om met hun boosheid om te gaan of hun agressie te reguleren. Naast het leren om te gaan met agressie en boosheid heeft de training voor ogen om bij de cliënt meer zelfvertrouwen te ontwikkelen en de kennis te vergroten over de achtergrond van de boosheid.

De training wordt gegeven door twee trainers en in totaal vinden er achttien bijeenkomsten van 1,5 uur plaats. Omgaan met boosheid is groepsgericht en de groepen bestaan uit 6 tot 8 personen. Tijdens de training worden er aan de jongere verschillende alternatieven aangereikt om met boosheid te gaan en deze te uiten. Dit gebeurt aan de hand van gesprekken, groepsopdrachten en oefeningen. Daarnaast wordt er door de trainers een ouderavond van 2 uur verzorgd.

### ***Weerbaarheidstraining***

De weerbaarheidstraining richt zich op meiden die weinig weerbaar zijn en streeft er naar om meiden beter voor zichzelf te laten opkomen in verschillende situaties. Daarnaast beoogt de weerbaarheidstraining het zelfvertrouwen te vergroten en heeft het als doel dat de jongere zich fysiek en mentaal kan verdedigen door middel van de eigen houding, stem en kracht.

De training wordt verzorgd door twee trainers en in totaal vinden er achttien bijeenkomsten van 1,5 uur plaats. De weerbaarheidstraining is groepsgericht en de groepen bestaan uit 6 tot 8 personen. De training bestaat uit twee onderdelen die door elkaar heen door het programma zijn verweven:

- 'Opkomen voor jezelf': hierin leren de jongere om op een goede manier voor zichzelf op te komen.
- 'Zelfverdediging': jongere leert hoe ze met behulp van haar lichaam voor zichzelf op kan komen.

Daarnaast wordt er door de trainers een ouderavond van 2 uur verzorgd.

### ***Kleur bekennen***

De training Kleur bekennen kan gezien worden als een zoektocht van de jeugdige naar zichzelf, waarbij creativiteit het belangrijkste middel vormt. Het doel van de training Kleur bekennen is dat jongeren beter uitdrukking kunnen geven aan hun emoties. Verder wil het ertoe bijdragen dat het zelfvertrouwen is toegenomen en dat de jongere meer inzicht heeft in zichzelf.

Tijdens de training werkt de jongere door middel van creatieve opdrachten aan zijn doelen. De jongere werken met verschillende materialen en expressievormen zoals tekenen en schilderen om zichzelf te uiten. In totaal vinden er 10 bijeenkomsten plaats van 1,5 uur. De training wordt in groepen van 6-8 personen gegeven door twee trainers, die tevens eenmalig een ouderavond organiseren.

### ***Samenwerkingsactiviteit koken en sport***

De samenwerkingsactiviteit richt zich op jongeren die moeite hebben met samenwerking en waarbij er een tekort is aan sociale vaardigheden. Het doel van de activiteit is dan ook dat de jongeren sociale vaardigheden beheerst die betrekking hebben op het omgaan met leeftijdsgenoten en autoriteiten. Het gaat om een sociale vaardigheidstraining in uitvoering en maakt gebruik van ervaringsgericht leren. De jongere moet in staat zijn te leren in een groep (van hun peers) en voor de jongeren is het makkelijker om vanuit directe praktijksituaties te leren dan vanuit abstracte gesprekken.

De samenwerkingsactiviteiten worden in groepsverband gegeven en kennen in totaal 20 bijeenkomsten van elk 2 uur. Ze vinden één keer week plaats gedurende een periode van 9 maanden.

### ***Ervaringstochten***

Het doel van een ervaringstocht is dat de jongere inzicht heeft in het eigen gedrag en keuzes kan maken, beslissingen durft te nemen en doorzet bij moeilijke situaties. Daarnaast streeft het er naar om het zelfvertrouwen te vergroten. De ervaringstochten kennen drie varianten, waarin de jongeren in een onbekende context geconfronteerd worden met zichzelf:

- looptochten;
- buitenlandreizen, werk-leer projecten, vakantie activiteiten (zoals een theaterproductie etc);
- ervaringsleer gezinsweekenden.

Tijdens de ervaringstochten wordt met behulp van praktische opdrachten in duo's gewerkt aan individuele werkdoelen.



## 4 Wat werkt bij de vier belangrijkste doelgroepen?

De ambulante jeugdzorg omvat veel verschillende typen zorg voor jeugdigen, dat geldt ook voor het aanbod van Cardea hebben we in het vorige hoofdstuk kunnen zien. Welke aanpak werkt nu het beste bij de geïdentificeerde doelgroepen? We hebben dat in dit hoofdstuk eerst voor de belangrijkste problemen binnen de steekproef op een rij gezet (§ 4.1) en vervolgens per doelgroep (§4.2 tot en met §4.5).

### 4.1 Wat werkt bij de belangrijkste problemen

De belangrijkste problemen (dat wil zeggen de problemen die (als eerste) in aanmerking komen om aangepakt te worden middels een interventie) waarvoor we in de literatuur hebben kunnen nagaan 'wat werkt', zijn:

- Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen
- Sociale vaardigheidsproblemen
- Gedragsproblemen
- ADHD
- Leerproblemen
- Ontoereikende opvoedingsvaardigheden
- Problemen bij scheiding ouders
- Verwaarlozing en/of mishandeling
- Problemen van ouders (zoals een licht verstandelijke beperking)

Per probleem geven we aan welke aanpak/interventies goed werken om de problemen te verminderen en/of beter hanteerbaar te maken.

#### ***Wat werkt bij ingrijpende gebeurtenissen?***

Hoewel sommige jeugdigen na een zeer stressvolle gebeurtenis heel veerkrachtig blijven, heeft het voor vele anderen diepgaande en blijvende gevolgen op hun ontwikkeling, gezondheid en veiligheid. Traumasymptomen die deze jeugdigen kunnen ervaren, kunnen opgedeeld worden in affectieve, gedragsmatige en cognitieve problemen. Deze kunnen uitmonden in een angststoornis als posttraumatische stressstoornis (PTSS), depressie of gedragsstoornis. Affectieve symptomen zijn angst, depressie, woede en stemmingswisselingen. Gedragsmatige problemen zijn gedragingen zoals het vermijden van bepaalde situaties of juist ongepast gedrag laten zien. Cognitieve symptomen zijn symptomen als irrationele gedachten, het hebben van een laag zelfvertrouwen of juist anderen niet vertrouwen (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008).

In een review van Van Rooijen-Mutsaers (2012) naar werkzame elementen in de behandeling van angststoornissen, wordt aangegeven dat, wanneer mogelijk, het belangrijk is om de omgeving van het kind te betrekken in de behandeling van PTSS. Psycho-educatie is daarbij erg belangrijk.

Psychotherapie die specifiek op het trauma gericht is en de traumatische ervaringen van het kind direct aanpakt lijkt de beste effecten te hebben. Deze therapie kan verschillende vormen aannemen, zo is er (traumagerichte) cognitieve gedragstherapie, psychodynamische psychotherapie en

gezinstherapie. Cognitieve gedragstherapie is hierbij de eerste keuze. Werkzame elementen van deze interventie zijn:

- psycho-educatie;
- ondersteuning, waaronder oudertraining (begeleiding bij het opzetten van een gestructureerde aanpak om angstig gedrag thuis in de gaten te kunnen houden);
- blootstelling.

### ***Wat werkt bij sociale vaardigheidsproblemen?***

Een aspect van het ervaren van problemen met sociale vaardigheden is het hebben van te weinig sociale vaardigheden, vaardigheden om vriendschappen te sluiten en te behouden of vaardigheden om met anderen te kunnen communiceren bijvoorbeeld, en kennis van sociale omgangsvormen, weten wanneer je iemand met u of jij kan aanspreken of weten wanneer je iemand die aan het woord is wel of juist niet in de rede kan vallen bijvoorbeeld (Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Van der Steege & Oudhof, 2009). Wanneer je deze vaardigheden mist is het lastig om aansluiting bij anderen leeftijdsgenoten te vinden. Problemen kunnen zich uiten op verschillende manieren, zo kunnen kinderen verlegen worden, gepest worden of juist gaan pesten en agressief gedrag vertonen.

De meeste sociale vaardigheidstrainingen zijn gebaseerd op een cognitieve gedragsmatige aanpak. Vlieg (2011) beschrijft in haar beschrijving van de interventie ‘Kanjertraining’ dat de combinatie van gedragstherapeutische technieken met cognitieve elementen, het oefenen van concrete problematische sociale situaties in een groep met leeftijdgenoten en een bijpassende oudertraining de meest effectieve benadering van sociale problemen van kinderen is. Volgens beschrijvingen van diverse interventies (onder andere Ince, 2007; Vlieg, 2011) zijn de volgende werkzame factoren binnen sociale vaardigheidstrainingen aan te wijzen:

- oefenen van gedrag;
- nadruk op positief gedrag;
- gebruik maken van sociale bekrachtiging vanuit de groep;
- integrale benadering.

### ***Wat werkt bij gedragsproblemen?***

Gedragsproblemen kunnen het gevolg zijn van verschillende risicofactoren, zoals bijvoorbeeld het ervaren van een traumatische gebeurtenis of een problematische gezinssituatie. Wanneer er alleen sprake is van gedragsproblemen, zijn volgens een review van De Baat (2011) de volgende werkzame elementen aan te wijzen:

- het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden, waaronder sensitiviteit;
- het bieden van cognitief gedragstherapeutische training aan kinderen en jongeren, gericht op het verbeteren van zelfcontrole en agressieregulatie;
- bij kinderen: zoveel mogelijk combineren van het trainen van ouder én kind;
- bij adolescenten: naast training van de jongere zelf ook interveniëren in het gezin;
- bij ouders die naast gebrekkige opvoedingsvaardigheden ook andere problemen hebben: inzet van gezinsinterventies waarin naast het trainen van opvoedingsvaardigheden ook aandacht is voor communicatie tussen ouders, voor praktische en financiële problemen en eigen problemen van de ouders;
- inzet van interventies op school, waarin náást training van het kind ook sprake is van training van leerkrachten in positief klassenmanagement.

Bij veel jongeren vanaf ongeveer veertien jaar is er geen sprake meer van gedragsproblemen, maar van gedragsstoornissen. Ook in de aanpak van gedragsstoornissen is het volgens Boendermaker en

Ince (2010) belangrijk om de ouders te trainen in opvoedingsvaardigheden en daarnaast de jeugdigen te trainen in zelfcontrole en probleemoplossende vaardigheden. Bij ernstige stoornissen is het zaak de training te combineren met interventies in het gezin die verder gaan dan alleen het trainen van de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

Bekende, goed onderzochte en effectieve programma's voor het trainen van opvoedingsvaardigheden bij ouders van kinderen tot ongeveer twaalf jaar zijn de Parent Management Training Oregon (PMTO), Triple P en Incredible Years. PMTO lijkt ook effectief te zijn bij ouders van jongens tussen de 14 en 16 jaar oud. Alle drie de interventies zijn door de Erkenningcommissie Jeugdinterventies als effectief erkend.

### ***Wat werkt bij ADHD?***

In een review van Foolen, Kalsbeek en Boendermaker (2011) komt naar voren dat het geven van voorlichting, ook wel psycho-educatie genoemd, de eerste stap in de behandeling van ADHD is. De gedachte hierachter is dat wanneer kinderen en hun ouders en leerkrachten worden voorgelicht over ADHD, wat het is, de oorzaken en hoe men er het beste mee kan omgaan, dit ervoor zorgt dat men meer begrip heeft voor de jeugdige met ADHD. Ook heeft men zo meer realistische verwachtingen van wat de behandeling kan bereiken. Symptoombestrijding is het belangrijkste doel van de behandeling. Daarnaast is de verwachting dat wanneer de symptomen worden aangepakt, ook de gevolgen van ADHD worden beïnvloed: wanneer men een kind helpt om minder druk en impulsief te worden en zich beter te concentreren, verbetert ook het zelfbeeld van het kind, de schoolprestaties, en de sociale vaardigheden.

Samengevat richt de behandeling van ADHD zich op vier doelen:

- het informeren van kinderen, ouders en leerkrachten over ADHD;
- de symptomen bestrijden en verminderen;
- de gevolgen van ADHD beperken;
- het sociale functioneren van het kind verbeteren.

De tweede stap in de behandeling van ADHD is het bestrijden van de symptomen. Dit wordt door middel van medicatie en/of psychosociale interventies gedaan. De werkzaamheid van medicatie is tot dusverre het duidelijkst aangetoond en wordt daardoor het meest benadrukt in richtlijnen voor de behandeling van ADHD, al wordt aangegeven dat psychosociale interventies met kind en ouders en op school ook waardevol kunnen zijn (Foolen et al., 2011). Psychosociale interventies zijn meer gericht op het vergemakkelijken van de omgang met anderen zonder medicijnen en het draagbaar maken van de gevolgen van ADHD, zowel voor de jeugdige zelf als voor zijn of haar ouder(s).

Psychosociale interventies zijn psycho-educatie en/of gedragstherapeutische training van ouders en leerkrachten, en voor het kind interventies als zelfregulatietraining, sociale vaardigheidstraining, daghulp, hulp bij motorische problemen en creatieve therapie. Gedragstherapie is de meest gebruikte vorm van psychosociale hulp (Foolen et al., 2011).

### *Comorbiditeit*

Comorbiditeit is het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer psychiatrische stoornissen (Pots, De Baat, Boendermaker & Zoon, in voorbereiding). De Gezondheidsraad (2000) beschrijft dat het klinisch beeld van ADHD in het algemeen complexer is dan de genoemde trias van gedragskenmerken aangeeft. Vaak zijn er ook problemen in de sociale vaardigheden of ontwikkelingsproblemen van spraak of motoriek. Circa de helft van de kinderen met ADHD vertoont ook overmatig opstandig en agressief gedrag, ruim een kwart heeft ook depressieve klachten, een angststoornis of een leerstoornis (Gezondheidsraad, 2000).

Foolen en collega's (2011) geven in hun review naar werkzame factoren bij ADHD aan dat de aard en ernst van de problematiek waar het kind mee te kampen heeft, bepaalt welke behandelmethode in eerste instantie de voorkeur heeft. Wanneer er sprake is van meer dan ADHD alleen, bijvoorbeeld wanneer ADHD samen gaat met opstandig en moeilijk gedrag, kan vooral gedragstherapie voor de jeugdige en het trainen van ouders in hoe hun kind aan te pakken, effectief zijn. Ook Pots en collega's (in voorbereiding) geven in hun review naar werkzame elementen bij comorbiditeit aan dat interventies gericht op ADHD en comorbide gedragsstoornissen die in de literatuur naar voren komen, psychosociale interventies en farmaceutische behandeling zijn. Zij beschrijven dat de eerste stap in de behandeling van ADHD en comorbide gedragsstoornissen, het gebruik van farmaceutica is. Vaak nemen dan symptomen van de disruptieve gedragsstoornissen af. Vervolgens wordt één of meerdere psychotherapeutische methoden zoals ouderbegeleiding en gedragstherapie, aangewezen die specifiek aansluiten op tekorten bij de jeugdige, de ouders of het gezin.

### ***Wat werkt bij leerproblemen?***

Problemen met schoolprestaties/leerproblemen kunnen een op zichzelf staand probleem zijn, maar kunnen ook samenhangen met een stoornis als ADHD. De drie kernsymptomen van ADHD, namelijk hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtszwakte, zorgen ervoor dat deze jeugdigen vaak niet goed mee kunnen komen op school. De voorwaarden om te kunnen leren, instructies op te volgen en in een groep te functioneren zijn te weinig aanwezig bij deze jeugdigen waardoor problemen met schoolprestaties/leerproblemen en schoolverzuim kan ontstaan (Gezondheidsraad, 2000). Om de kans op problemen met schoolprestaties te verminderen is het van belang dat leerkrachten weten wat ADHD is en weten hoe zij hier het beste mee om kunnen gaan. Dit kan door middel van psycho-educatie of een soort mediatietherapie voor leerkrachten (Gezondheidsraad, 2000). Cognitieve gedragstherapie heeft geen effect op de kernsymptomen van ADHD (Gezondheidsraad, 2000) maar lijkt uit een review van De Baat (2010) wel werkzaam te zijn in het tegengaan van schoolverzuim. Met name de zomercursus Plezier op school lijkt een positief effect te hebben op sociaal-emotionele problemen, een van de risicofactoren voor onder meer schoolverzuim, voor aanstaande brugklassers die op de basisschool gepest werden, angstig of onhandig zijn in de omgang met anderen, niet of onvoldoende voor zichzelf kunnen opkomen of opzien tegen de overgang naar het voortgezet onderwijs (De Baat, 2010).

Problemen met schoolprestaties kunnen ook het gevolg zijn van het hebben van een laag IQ of een leerstoornis. In deze gevallen is er geen 'genezing'. Het is van belang dat de stoornis vroeg wordt gesignaleerd, zodat de gevolgen van de stoornis beter beperkt kunnen worden. Om het leren gemakkelijker te maken, kan het voor een jeugdige met een laag IQ helpen om de communicatie te vereenvoudigen, de oefenstof concreet te maken en voor te structureren. Een jeugdige met een laag IQ heeft meer tijd nodig om de stof te verwerken en heeft meer externe sturing nodig (Zoon, 2012). Wanneer er sprake is van een leerstoornis is zowel de thuisomgeving als de leeromgeving bepalend

voor de mate waarin de leerstoornis uitgroeit tot een leerprobleem. Verliefs en Hermans (2000) geven acht basisassumpties voor het omgaan met jeugdigen met leerstoornissen:

- leef u in;
- geef de tijd;
- geef structuur;
- let op uw taal;
- spreek de kinderen aan;
- moedig aan en bekrachtig;
- wees consequent;
- wees realistisch.

### ***Wat werkt voor ouders met ontoereikende opvoedingsvaardigheden?***

Elderman, Van der Steege en Van den Braak (2007) zetten naar aanleiding van een literatuurstudie op een rij wat werkt bij ontoereikende opvoedingsvaardigheden. Zij vonden de volgende in Nederland uitgevoerde programma's waarover kleine tot grote effecten bekend zijn:

- Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)-varianten zoals Families First, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling;
- Videofeedbacktraining;
- Oudertrainingen of Parent Management Trainingen (individuele en groepshulp) zoals PMTO, Triple P, Incredible Years, Parent Child Interaction Therapy (PCIT), vooral geschikt voor ouders van jonge kinderen (tot 12 jaar);
- Multisysteemtherapie (MST) en functionele gezinstherapie (Family Functioning Therapy; FFT), vooral geschikt voor adolescenten én hun ouders.

De theoretische basis van deze interventies bestaat uit de sociale leertheorie, de empowermenttheorie en de systeemtheorie. De sociale leertheorie geeft aan hoe gedragsverandering het beste aangepakt kan worden: door positief gedrag te belonen, ongewenst gedrag gepast en mild te bestraffen, modelgedrag te tonen, gedragsinstructie te geven en door met gewenst gedrag te oefenen. De empowermenttheorie geeft aan dat de interventie erop gericht moet zijn de krachten van de gezinnen en de ouders te versterken. De systeemtheorie geeft aan dat gezinnen met elkaar een systeem vormen waarbij de ouders het gezag hebben over de jeugdigen. Om dat gezag te behouden moeten zij overleggen, onderhandelen en feedback geven aan de jeugdigen. Deze theorieën leggen de basis voor cognitieve gedragstherapeutische interventies, welke gericht zijn op verandering van (in dit geval opvoedings-)gedrag maar ook op het probleemoplossende vermogen, gedachten en gevoelens van de ouders. Ouders moeten leren leeftijdsadequaat gedrag bij hun kind te stimuleren, hun kind te ondersteunen bij schoolwerk en betrokken te zijn.

De trainingen en interventies voor ouders dienen ten minste de volgende ingrediënten te bevatten:

- vaardigheden om positief gedrag bij het kind te bekrachtigen;
- communicatieve vaardigheden;
- probleemoplossende vaardigheden;
- conflictbeheersing strategieën.

Deze interventies hanteren allen de gedachte dat doordat ouders de juiste opvoedings- en communicatieve vaardigheden aangeleerd krijgen, het probleemgedrag van de jeugdige wordt beïnvloed en verminderd. Er wordt gewerkt aan zowel de opvoedingsvaardigheden van de ouders, als de communicatie binnen het gezin en het verbeteren/versterken van de gezinsrelaties.

### ***Wat werkt bij problemen bij scheiding ouders?***

Wanneer ouders gaan scheiden breekt niet alleen voor de ouders, maar ook voor de kinderen een moeilijke periode met veel veranderingen aan. Kinderen kunnen door de scheiding diverse psychosociale problemen gaan vertonen, waaronder agressie en gedragsproblemen. De mate waarin kinderen op de langere termijn problemen hebben hangt af van een aantal factoren. Het blijkt dat het niet zo zeer de scheiding zelf is die tot langdurige problemen kan leiden maar dat vooral gebeurtenissen die daaraan vooraf gaan en die daarop volgen van belang zijn, zoals ouderlijke conflicten. Daarbij zijn de intensiteit en frequentie van de conflicten, de manier waarop conflicten worden opgelost en aanwezigheid van beschermende factoren (zoals een goede relatie met minstens één van de ouders, ouderlijke warmte en steun van broers en zussen) om de nadelige effecten hiervan te voorkomen de belangrijkste voorspellers van eventuele problemen bij de kinderen (Ince, in voorbereiding).

Uit een review van Ince (in voorbereiding) naar werkzame factoren bij een scheiding, komen drie typen interventies naar voren: groepsgerichte interventies voor kinderen, groepsgerichte interventies voor ouders en mediation. De eerste twee typen interventies zijn vooral gericht op het voorkomen en of verminderen van problemen bij de kinderen en bestaan uit het bieden van sociale steun, het vergroten van coping vaardigheden en psycho-educatie. Mediation is gericht op het komen tot afspraken over allerlei zaken die te maken hebben met de scheiding. Ince (in voorbereiding) trekt voorzichtig de volgende conclusies:

#### *Kindgerichte interventies*

- Kortdurende (maximaal 10 bijeenkomsten), gestructureerde groepsgerichte interventies voor kinderen kunnen kinderen helpen in het omgaan met scheiding.
- Interventie binnen de eerste twee jaar na de scheiding heeft het meest effect.
- Interventies gericht op kinderen van 9-12 jaar laten het meeste effect zien.
- Het Amerikaanse Children of Divorce Intervention Project is het meest uitgebreid onderzocht en laat positieve effecten zien op onder andere, copingsvaardigheden, probleemoplossingsvaardigheden en minder externaliserende en internaliserende problemen. Een Nederlandse bewerking hiervan is Dappere Dino's. Dappere Dino's wordt in 2012 ter beoordeling voorgelegd aan de Erkenningscommissie Jeugdinterventies.
- In Nederland zijn twee erkende groepsgerichte interventies voor kinderen: *Kies en Jes!*

#### *Oudgerichte interventies*

In Nederland zijn er nog geen erkende interventies voor ouders om problemen die te maken hebben met scheiding te voorkomen of te verminderen. Wel zijn er aanwijzingen dat als een interventie erin slaagt het opvoedend handelen van ouders te veranderen dit een significante bijdrage kan leveren aan het welzijn van de kinderen en dat psychosociale problemen bij kinderen hierdoor kunnen afnemen. In de volgende paragraaf komen dan ook interventies met betrekking tot de opvoedingsvaardigheden van ouders ter sprake.



### *Mediation*

Vergeleken met juridische procedures gericht op het komen tot afspraken tussen ouders laat mediation vooral betere uitkomsten zien op de relatie tussen de partners, begrip voor behoeftes van kinderen en tevredenheid over het proces.

### ***Wat werkt bij een verhoogd risico op mishandeling/onveiligheid?***

Uit een review van Van Rooijen, Berg en Bartelink (2011) is gebleken dat opvoed- en oudertrainingsprogramma's en huisbezoekprogramma's effectief zijn in gezinnen met een verhoogd risico op mishandeling of beginnende problemen. Echter, is het voor een huisbezoekprogramma essentieel dat de hulp voor of kort na de geboorte van het kind start. Het betreft in deze doelgroep jeugdigen van gemiddeld 8 jaar oud, waardoor huisbezoeken hier niet geschikt zijn.

Opvoed- en oudertrainingsprogramma's vergroten de kennis en opvoedingsvaardigheden van ouders. Hierdoor krijgen ouders realistischer verwachtingen van hun kinderen en zijn zij beter in staat om hun kinderen op een adequate manier te benaderen. De gedachte is dat mishandeling zo wellicht voorkomen kan worden. Er is echter slechts beperkt onderzoek gedaan naar de invloed van opvoedtraining op mishandeling (Van Rooijen et al., 2011). Een voorbeeld van een ouderprogramma specifiek gericht op het voorkomen van mishandeling is Triple P. Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar (De Vries, 2008). Uit de review van Van Rooijen en collega's (2011) blijkt dat onderzoek lijkt te laten zien dat Triple P een positief effect heeft op het aantal gevallen van mishandeling, verwondingen ten gevolge van mishandeling en uithuisplaatsingen.

### *Aanleren van opvoedingsvaardigheden*

Naast bescherming en het garanderen van de veiligheid is er de behoefte van ouders om vaardigheden aan te leren zodat zij een gezonde ontwikkeling van hun kind kunnen bevorderen. Zoals eerder beschreven, kunnen deze vaardigheden worden aangeleerd middels opvoed- en oudertrainingsprogramma's. Deze worden vaak ingezet om de opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken om zo gedragsproblemen bij hun kinderen te voorkomen. Ouders leren strategieën om met het gedrag van hun kind om te gaan en hun kennis over opvoeding en de ontwikkeling van hun kind wordt vergroot. Opvoed- en oudertrainingsprogramma's maken gebruik van een cognitief-gedragsmatige aanpak om zo de denkpatronen die ouders over zichzelf en hun kinderen hebben, aan te pakken. Ouders leren hierbij belangrijke vaardigheden zoals communicatievaardigheden, belonen en straffen, time-outs (Van Rooijen et al., 2011).

In de review van Van Rooijen en collega's (2011) worden een aantal werkzame elementen binnen de oudertrainingsprogramma's onderscheiden:

- Ouders oefenen thuis én buitenshuis met vaardigheden.
- Ouders krijgen zowel individueel als groepsgewijs training.
- Het programma bestaat uit een combinatie van gedragsmatige en niet-gedragsmatige componenten. De gedragsmatige component richt zich op het aanleren van adequate opvoedingsvaardigheden. De niet-gedragsmatige component richt zich daarnaast op het veranderen van attitudes rondom kindermishandeling.
- Het programma bestaat uit een combinatie van leerstrategieën: bijvoorbeeld het oefenen van de vaardigheden in rollenspellen én voorlichting over de ontwikkeling van kinderen.
- Het programma is specifiek gericht op gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling.
- Het programma heeft een gestructureerde opzet.

- Het programma bestaat uit meer dan 12 sessies.
- Het programma gaat uit van en bouwt voort op de vaardigheden en sterke kanten van ouders.
- De hulpverlener legt huisbezoeken af om ouders in de thuissituatie te helpen de nieuw geleerde vaardigheden toe te passen.

### ***Wat werkt bij mishandeling?***

Wanneer er sprake is van mishandeling, dan is het nodig om hulpverlening of bescherming in te zetten. Het doel hiervan is om de mishandeling zo snel mogelijk te stoppen en de gevolgen hiervan voor de jeugdige te behandelen. Uit de review van Van Rooijen en collega's (2011) blijkt dat het meeste effect wordt behaald met een multimodale aanpak, waarbij een onderling samenhangend hulpaanbod wordt geleverd dat zich richt op meerdere systemen: ouders, jeugdigen, gezinnen, families, sociaal netwerk en instellingen waar gezinnen mee te maken hebben. Hulp moet gericht zijn op zowel de risico- als de beschermingsfactoren in het systeem. Multisysteemtherapie (MST) is een voorbeeld van een multimodale aanpak. Er is ook een specifieke aangepaste versie voor gezinnen waar mishandeling plaatsvindt, MSTCAN (Multisysteemtherapie voor Child Abuse and Neglect). Onderzoek liet zien dat gezinnen die aan dit programma deelnamen meer vooruitgang boekten dan gezinnen die een standaard kinderbeschermingsaanpak kregen (Van Rooijen et al., 2011).

### *Behandeling van jeugdigen*

Uit de review van Van Rooijen en collega's (2011) blijkt dat hulp aan mishandelde jeugdigen gericht dient te zijn op het herstellen van de emotionele en lichamelijke schade, het verwerken van de mishandeling, het bieden van nieuwe ontwikkelingskansen en het verminderen van gedrags- en ontwikkelingsproblemen. In Nederland zijn er weinig interventies die specifiek gericht zijn op mishandelde jeugdigen. Wel is er een breed algemeen aanbod van licht ambulante hulp tot intensieve klinische behandeling voor allerlei problemen die het gevolg van mishandeling kunnen zijn. Het sterkste bewijs voor methoden die effectief kunnen zijn in de behandeling van mishandelde jeugdigen is gevonden voor (cognitieve) gedragsmatige interventies en principes uit traumabehandeling (Van Rooijen et al., 2011).

### *Gezinsbehandeling*

Uit internationale overzichtsstudies blijkt dat intensieve thuishulpprogramma's in crisissituaties zorgen voor een vermindering van kindermishandeling in gezinnen met ernstige problemen, waarbij voornamelijk de intensiteit van het programma verschil maakte. Ook is het van belang dat interventies gericht zijn op het versterken van de sterke kanten en het netwerk van gezinnen (Van Rooijen et al., 2011). In Nederland is een groot gezinsgericht aanbod beschikbaar onder de noemer intensieve pedagogische thuishulp. Programma's voor intensieve pedagogische thuishulp zijn gericht op het vergroten van competenties van gezinsleden, het voorkomen van uithuisplaatsing van kinderen en het creëren van een situatie waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn Families First, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) en Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG). Veel van deze programma's zijn bedoeld voor gezinnen met chronische, meervoudige en complexe problematiek, zogenaamde multiprobleemgezinnen.



### ***Wat werkt voor ouders met een licht verstandelijke beperking?***

Wanneer er sprake is van een licht verstandelijke beperking van (een van) de ouder(s), heeft dit consequenties voor een behandeling en moet er rekening gehouden worden met de beperking. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is tot nu toe één interventie opgenomen die specifiek gericht is op ouders met een lichte verstandelijke beperking, namelijk de interventie Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding, een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). Wanneer er geen sprake is van een LVB, maar andere problematiek bij de ouder(s) is IPT ook geschikt. IPT is geschikt voor gezinnen met kinderen tussen 0 en 18 jaar en is gericht op gezinssituaties waar meer problemen tegelijk spelen. De ouders zijn vastgelopen in de opvoeding en de hulp heeft tot doel hun opvoedkundige competenties te versterken. De ouders zoeken hulp bij de opvoeding en hoe om te gaan met de handicap of het gedrag van hun kind.

## **4.2 Wat werkt bij doelgroep 1: Verbetering vaardigheden jeugdige**

Doelgroep 1 bestaat uit twee varianten:

- A. De jeugdige heeft behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden, om beter om te leren gaan met de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen en zelfvertrouwen/weerbaarheid te vergroten (N=11).
- B. De jeugdige heeft behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden en zelfvertrouwen-weerbaarheid te vergroten. Het gezin heeft daarnaast behoefte aan begeleiding in het gezin om de gezinsrelaties en gezagsrelatie te verbeteren (N=22).

We beschrijven wat werkt voor deze twee varianten apart.

### **Doelgroep 1A: Verbetering vaardigheden jeugdige**

De jeugdigen in doelgroep 1A hebben behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden, om beter om te leren gaan met de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen (o.a. geweld, migratie) en hun zelfvertrouwen/weerbaarheid te vergroten.

#### ***Belangrijkste problemen die aangepakt moeten worden bij doelgroep 1A***

- *Ingrijpende gebeurtenissen* - De symptomen die worden beschreven bij 'Wat werkt bij ingrijpende gebeurtenissen' zien we terug in doelgroep 1A. Meer dan 70% deze doelgroep heeft problemen met sociale vaardigheden, is te weinig weerbaar. Bijna de helft van de jeugdigen heeft problemen met de competentiebeleving, heeft een te lage zelfwaardering. Bijna een derde van de jeugdigen in deze doelgroep is in zichzelf gekeerd en bijna 20% heeft stemmingsproblemen, zoals verdriet of stemmingswisselingen. Dit zou heel goed te verklaren zijn vanuit de ervaring van een traumatische gebeurtenis en sluit aan bij de behoefte om te leren omgaan met de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen.
- *Het aanleren van sociale vaardigheden* - In doelgroep 1A ervaart meer dan 70% van de jeugdigen problemen met sociale vaardigheden. Er is sprake van een onbalans tussen de taken die passen bij de ontwikkeling van de jeugdigen en de vaardigheden waarover zij beschikken. Het gebrek aan vaardigheden kan diverse oorzaken hebben. In doelgroep 1A is er sprake van passief, teruggetrokken en gesloten gedrag. Door middel van een sociale vaardigheidstraining worden de nodige sociale vaardigheden om je 'staande te kunnen houden' aangeleerd, jeugdigen kunnen zichzelf redden, zijn weerbaar en weten hoe zij met anderen om moeten gaan.

### ***Interventies die voor doelgroep 1A in aanmerking komen:***

- psychotherapie, als traumagerichte cognitieve gedragstherapie, EMDR, psychodynamische psychotherapie en gezinstherapie;
- sociale vaardigheidstraining.

### **Doelgroep 1B: Verbetering vaardigheden jeugdige + gezinsrelaties**

De jeugdigen in doelgroep 1B hebben behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden en hun zelfvertrouwen/weerbaarheid te vergroten. Daarnaast laat meer dan de helft van de jeugdigen in deze doelgroep opstandige en/of antisociaal gedrag zien. Het gezin heeft daarnaast behoefte aan begeleiding in het gezin om de gezinsrelaties te verbeteren. Het gezin ervaart problemen in de communicatie en opvoedingsvaardigheden van de ouders.

### ***Belangrijkste problemen die aangepakt moeten worden bij doelgroep 1B***

- *Gedragsproblemen* - Gedragsproblemen kunnen het gevolg zijn van verschillende risicofactoren, zoals in deze doelgroep waarschijnlijk het ervaren van een traumatische gebeurtenis of problematische gezinsituatie.
- *Ingrijpende gebeurtenissen* - Binnen doelgroep 1B heeft 22.7% van de jeugdigen problemen met het verwerken van een ingrijpende gebeurtenis. De symptomen die worden beschreven bij 'Wat werkt bij ingrijpende gebeurtenissen' zien we ook terug in doelgroep 1B. Dit sluit deels aan bij het gedrag, maar vooral bij de behoeften van de jeugdigen in deze doelgroep. Meer dan de helft van de jeugdigen laat opstandig en/of antisociaal gedrag zien. De jeugdigen in doelgroep 1B hebben behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden en hun zelfvertrouwen/weerbaarheid te vergroten. Dit laatste kan verklaard worden vanuit de ervaring van een traumatische gebeurtenis.
- *Sociale vaardigheidsproblemen* Door middel van een sociale vaardigheidstraining worden de nodige sociale vaardigheden om je 'staande te kunnen houden' aangeleerd, jeugdigen kunnen zichzelf redden, zijn weerbaar en weten hoe zij met anderen om moeten gaan.
- *Ontoereikende opvoedingsvaardigheden*

### ***Interventies die voor doelgroep 1B in aanmerking komen:***

- cognitieve gedragstherapie;
- zelfregulatietraining;
- interventies op school;
- sociale vaardigheidstraining;
- Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)-varianten zoals Families First (FF) en Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG);
- videofeedbacktraining;
- oudertrainingen of Parent Management Trainingen (individuele en groepshulp) zoals PMTO, Triple P, Incredible Years, Parent Child Interaction Therapy (PCIT);
- multisysteemtherapie (MST);
- functionele gezinstherapie (Family Functioning Therapy; FFT).

### 4.3 Wat werkt bij doelgroep 2: Verbetering basale opvoedingsvaardigheden

Doelgroep 2 bestaat uit twee varianten:

- A. De ouders hebben behoefte aan ondersteuning in het vergroten van de opvoedingsvaardigheden (N=5).
- B. De ouders hebben behoefte aan ondersteuning in het vergroten van de opvoedingsvaardigheden en het verbeteren van de relatie en communicatie tussen ouders (N=15).

We beschrijven wat werkt voor deze twee varianten apart.

#### **Doelgroep 2A: Verbetering basale opvoedingsvaardigheden**

De jeugdigen in doelgroep 2A laten opstandig en antisociaal zien. Het belangrijkste probleem in deze doelgroep betreft echter de vaardigheden van ouders. Ouders hebben behoefte aan ondersteuning in het vergroten van de opvoedingsvaardigheden. Omdat het gedrag van de jeugdige veelal te verklaren is vanuit de opvoeding zal allereerst de opvoedingsvaardigheden van de ouders worden besproken. Het kan echter zijn dat daarmee het gedrag van de jeugdige niet verbetert, daarom wordt vervolgens besproken wat er werkt bij gedragsproblemen.

#### ***Belangrijkste problemen die aangepakt moeten worden bij doelgroep 2A***

- *Ontoereikende opvoedingsvaardigheden*
- *Gedragsproblemen* – De Baat (2011) geeft in haar review naar werkzame factoren wanneer sprake is van gedragsproblemen aan dat bij kinderen training van de ouders een van de belangrijkste onderdelen is (zie ‘wat werkt bij gedragsproblemen?’). Wanneer de genoemde interventies niet afdoende zijn, kan cognitief gedragstherapeutische training aan kinderen en jongeren geboden worden, gericht op het verbeteren van zelfcontrole en agressieregulatie. Ook kan het inzetten van interventies op school, waarin náást training van het kind ook sprake is van training van leerkrachten in positief klassenmanagement, werkzaam zijn.

#### ***Interventies die voor doelgroep 2A in aanmerking komen:***

- Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)-varianten zoals Families First, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling;
- videofeedbacktraining;
- oudertrainingen of Parent Management Trainingen (individuele en groepshulp) zoals PMTO, Triple P, Incredible Years, Parent Child Interaction Therapy (PCIT);
- multisysteemtherapie (MST);
- functionele gezinstherapie (Family Functioning Therapy; FFT);
- cognitieve gedragstherapie;
- training van leerkrachten.

#### **Doelgroep 2B: Verbetering basale opvoedingsvaardigheden + communicatie**

De jeugdigen in doelgroep 2B laten opstandig en antisociaal zien. Het belangrijkste probleem in deze doelgroep betreft echter relaties in het gezin en de scheiding van de ouders. Ouders hebben behoefte aan ondersteuning in het vergroten van de opvoedingsvaardigheden en het verbeteren van de relatie en communicatie tussen de ouders. Omdat veel van de problematiek in deze doelgroep te maken heeft met de scheiding van de ouders, zal allereerst besproken worden wat werkt wanneer ouders gaan scheiden. Het kan echter zijn dat dat niet afdoende is. Daarom wordt vervolgens besproken hoe de opvoedingsvaardigheden verbeterd kunnen worden en wat er werkt bij gedragsproblemen.

### **Belangrijkste problemen die aangepakt moeten worden bij doelgroep 2B**

- *Problemen met scheiding ouders*
- *Ontoereikende opvoedingsvaardigheden*
- *Gedragsproblemen* – De Baat (2011) geeft in haar review naar werkzame factoren wanneer sprake is van gedragsproblemen aan dat bij kinderen training van de ouders een van de belangrijkste onderdelen is (zie ‘wat werkt bij gedragsproblemen?’). Wanneer de genoemde interventies niet afdoende zijn, kan cognitief gedragstherapeutische training aan kinderen en jongeren geboden worden, gericht op het verbeteren van zelfcontrole en agressieregulatie. Ook kan het inzetten van interventies op school, waarin náást training van het kind ook sprake is van training van leerkrachten in positief klassenmanagement, werkzaam zijn.

### **Interventies die voor doelgroep 2B in aanmerking komen:**

- Groepsinterventies voor kinderen en hun ouders die gaan scheiden of zijn gescheiden: *Dappere Dino's*, *Kies* (Kind In Echtscheiding Situatie) en *Jes!*;
- Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)-varianten zoals Families First, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling;
- videofeedbacktraining;
- oudertrainingen of Parent Management Trainingen (individuele en groepshulp) zoals PMTO, Triple P, Incredible Years, Parent Child Interaction Therapy (PCIT);
- multisysteemtherapie (MST);
- functionele gezinstherapie (Family Functioning Therapy; FFT);
- cognitieve gedragstherapie;
- training van leerkrachten.

## **4.4 Wat werkt bij doelgroep 3: Bescherming van de jeugdige**

De jeugdigen in de derde doelgroep hebben behoefte aan bescherming tegen mishandeling en/of verwaarlozing. Daarnaast hebben de ouders behoefte aan het leren van vaardigheden om de veiligheid van hun kind te kunnen garanderen en een gezonde ontwikkeling van hun kind te bevorderen. Bij vier jeugdigen is er daadwerkelijk sprake van mishandeling. Allereerst wordt dan ook besproken wat werkt in gezinnen wanneer er sprake is van vroege signalering of een verhoogd risico op mishandeling alsmede wat ouders kunnen doen om te ontwikkeling van hun kind te bevorderen. Vervolgens zal besproken worden wat werkt wanneer er daadwerkelijk sprake is van mishandeling. Mishandeling betreft in deze rapportage verwaarlozing van kinderen, fysieke en verbale mishandeling tegen kinderen en seksueel misbruik van kinderen.

### **Belangrijkste problemen die aangepakt moeten worden bij doelgroep 3**

- *Verhoogd risico op mishandeling/onveiligheid*
- *Mishandeling* - In de gehele steekproef van Cardea is er bij 6% sprake van mishandeling. Van dit aantal bevindt zich 67% in doelgroep 3. Het is daarom van belang dat er kennis is naar wat werkt bij mishandeling in deze doelgroep.

### **Interventies die voor doelgroep 3 in aanmerking komen:**

- Diverse opvoed- en oudertrainingsprogramma's;
- Triple P;
- multisysteemtherapie (MST);

- behandeling van kinderen: (cognitieve) gedragsmatige interventies en principes uit traumabehandeling;
- Intensieve pedagogische thuishulp, zoals Families First, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) en Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG).

#### **4.5 Wat werkt bij doelgroep 4: Vergroten specifieke opvoedingsvaardigheden**

De jeugdigen in doelgroep 4 hebben behoefte aan het leren van vaardigheden met betrekking tot het omgaan met zijn of haar psychiatrische stoornis. Daarnaast hebben de ouders behoefte aan het vergroten van de opvoedingsvaardigheden, waarbij in sommige gevallen rekening moet worden gehouden met eigen (psychiatrische) problematiek. Bij het grootste deel van deze doelgroep heeft de jeugdige een gedragsstoornis, vaak gaat het om ADHD. Allereerst wordt dan ook besproken wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen/een gedragsstoornis. Vervolgens zal besproken worden wat werkt bij jeugdigen met ADHD. Tevens is er bij een aanzienlijk deel van deze jeugdigen sprake van problemen met schoolprestaties/leerproblemen (dit kan voortkomen uit ADHD of vanuit een leerstoornis of laag IQ). Om deze reden zal ook ter sprake komen wat werkt bij jeugdigen met leerproblemen. De opvoedingsvaardigheden die ouders nodig hebben bij het opvoeden van deze jeugdigen zullen in deze paragrafen naar voren komen.

##### ***Belangrijkste problemen die aangepakt moeten worden bij doelgroep 4***

- *Gedragsproblemen* - De leeftijd van doelgroep 4 loopt van 10 tot 15 jaar. Bij veel jongeren vanaf ongeveer veertien jaar is er geen sprake meer van gedragsproblemen, maar van gedragsstoornissen.
- *ADHD* (evt. in combinatie met andere stoornissen, ook wel comorbiditeit genoemd)
- *Leerproblemen* – Problemen met schoolprestaties kunnen samenhangen met ADHD, maar kunnen in deze doelgroep ook het gevolg zijn van het hebben van een laag IQ (14%) of een leerstoornis (14%). In deze gevallen is er geen ‘genezing’. Het is van belang dat de stoornis vroeg wordt gesignaleerd, zodat de gevolgen van de stoornis beter beperkt kunnen worden.
- *Problemen van ouders* - In deze doelgroep moet rekening worden gehouden met de (psychiatrische) problematiek of licht verstandelijke beperking van de ouders zelf.

##### ***Interventies die voor doelgroep 4 in aanmerking komen:***

- Medicatie;
- psycho-educatie en/of gedragstherapeutische training van ouders en leerkrachten;
- cognitieve gedragstherapie;
- zelfregulatietraining;
- sociale vaardigheidstraining;
- daghulp;
- hulp bij motorische problemen;
- creatieve therapie;
- oudertraining;
- interventies op school;
- gezinsbegeleiding;
- Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG);
- Plezier op school.

## 4.6 Samenvattend: Wat werkt bij de vier doelgroepen

In het schema hieronder is aangegeven welk type aanbod goed past bij welke doelgroep, volgens de uitkomsten van de literatuursearch naar wat werkt:

Aanbod	Doelgroep	1A	1B	2A	2B	3	4
Individuele therapie voor de jeugdige, zoals CGT		X	X	X	X	X	X
Vaardigheidstraining jeugdige		X	X				X
Groepsinterventies m.b.t. scheidingsproblemen					X		
Medicatie jeugdige							X
Daghulp jeugdige							X
Psycho-educatie ouders/leerkrachten							X
Begeleiding/behandeling in het gezin			X	X	X	X	X
Oudertraining			X	X	X	X	X
Interventies op school/training leerkrachten			X	X	X		X

Wat opvalt:

- Individuele therapie voor de jeugdige (o.a. cognitieve gedragstherapie) wordt voor elke doelgroep als een passend aanbod gezien
- Begeleiding/behandeling in het gezin en oudertraining worden bij bijna alle doelgroepen als best passend aanbod genoemd (behalve bij doelgroep 1A)
- Bij doelgroep 4 is de grootste variëteit aan aanbod te zien
- Bij meer dan de helft van de doelgroepen wordt een aanbod op school en/of training van leerkrachten als een goed aanbod genoemd

## 5 Matching vraag en aanbod

In dit hoofdstuk focussen we op de aansluiting tussen vraag en aanbod. Is het best passende aanbod voldoende beschikbaar bij Cardea en wat kan daar (indien nodig) aan verbeterd worden?

### 5.1 Huidig aanbod versus benodigd aanbod

In het vorige hoofdstuk is per doelgroep nagegaan wat goed passend aanbod is. In hoeverre is dit aanbod beschikbaar bij Cardea? We zetten het per doelgroep op een rij:

- **Doelgroep 1** - De (sociale) vaardigheidstrainingen in het aanbod van Cardea sluiten goed aan bij de zorgbehoefte van doelgroep 1. Voor doelgroep 1A gaat het met name om weerbaarheidstraining die specifiek voor meiden is en Kleur bekennen gezien de problematiek. Ook de (weerbaarheids)training Rots en water kan worden ingezet, deze wordt zowel aan jongens als aan meiden gegeven. Gezien de leeftijd van de doelgroep zijn deze trainingen passend. Bij jeugdigen uit doelgroep 1B kan daarnaast de training Omgaan met boosheid worden ingezet om de jeugdige om kunnen laten gaan met zijn of haar boosheid. Uit de literatuur blijkt dat een oudertraining effectief kan zijn bij de problematiek van deze doelgroep. Binnen het aanbod van Cardea sluiten de Ambulante Gezinsbehandelingen goed aan bij doelgroep 1. Gekozen kan worden tussen Gezin Centraal of Triple P, niveau 5 vanwege de problematiek bij zowel de jeugdige als het gezin. Ook sluit deze qua leeftijd goed aan bij de doelgroep. Tevens kan Coaching 12+ worden ingezet bij doelgroep 1, waarbij aan zowel problematiek van de jongere zelf maar ook aan problemen binnen het gezin wordt gewerkt. Specifiek bij meiden kan gekozen worden voor Meidencoaching. Deze interventies passen goed gezien de leeftijd en problematiek.
- **Doelgroep 2** – Uit de literatuur blijkt dat het opvoedend handelen van de ouder(s) in doelgroep 2 verbeterd dient te worden, dit kan gedaan worden met behulp van een gezinsbehandeling. Diverse vormen van gezinsbehandeling van Cardea sluiten goed aan bij doelgroep 2. Gezien de ernst en leeftijd van de doelgroep kan zowel Gezin Centraal, Triple P niveau 4 als PMTO worden ingezet. Cardea biedt geen interventies aan specifiek voor kinderen met gescheiden ouders of ouders die in scheiding liggen (doelgroep 2B). Gezinnen waarbij echtscheidingsproblematiek voorop staat en de opvoedingsproblematiek niet heel ernstig is, zouden daarvoor wellicht beter buiten de jeugdzorg een specifiek op echtscheidingsproblematiek gericht aanbod moeten krijgen (bijv. KIES). Bij de gezinnen uit deze doelgroep die bij Cardea komen is de opvoedingsproblematiek meestal wel vrij ernstig en bovendien verweven met echtscheidings- en/of relatieproblemen van de ouders. De interventie Mediation is met name geschikt wanneer de interactie tussen ouders en communicatie tussen ouders en jeugdige verbetering nodig heeft.
- **Doelgroep 3** - Diverse opvoed- en oudertrainingsprogramma's kunnen werkzaam zijn bij doelgroep 3. Bewijs is er voor Triple P, wat door Cardea aangeboden wordt. Gezin Centraal of MDFT is ook goed mogelijk vanwege de multidimensionale aanpak van de interventie. Vanuit Cardea wordt altijd Signs of Safety ingezet wanneer vermoeden is van kindermishandeling.
- **Doelgroep 4** - Een interventie binnen het ambulante aanbod van Cardea dat goed aansluit bij doelgroep 4 is zowel Gezin Centraal-LVB als Gezin Centraal-P(IT). Er is hier namelijk sprake van



een psychische stoornis of LVB bij ouders en/of jeugdige. Wanneer er geen sprake is van psychische problematiek van de ouder, komen Triple P en PMTO in de literatuur naar voren als effectief.

De gezinsbehandeling kan aangevuld worden met een sociale vaardigheidstraining wanneer deze niet toereikend is. Omgaan met boosheid kan bijvoorbeeld goed worden ingezet. Uit de literatuur komt tevens creatieve therapie naar voren, hier kan Kleur bekennen worden ingezet.

We kunnen daaruit de volgende conclusies trekken:

- Het aanbod aan gezinsbehandeling is ruimschoots aanwezig bij Cardea: vraag en aanbod sluiten hier goed op elkaar aan.
- Aanbod gericht op het versterken van de vaardigheden van jeugdigen is ook voldoende aanwezig. Bij Cardea worden deze trainingen altijd als aanvullend op een gezinsaanbod of Coaching oudere jeugd geboden. Bij doelgroep 1A is het echter de vraag of er altijd een gezinsaanbod nodig is. Bij de cliënten waarbij de problematiek enkelvoudig is, en een training of therapie afdoende is, kan deze groep cliënten wellicht beter terecht bij een andere zorgaanbieder waar apart een training of therapie gevolgd kan worden (bij GGZ of voorliggend veld). In het geval het gaat om ernstige, complexe problematiek, waarvoor een training of therapie niet afdoende is maar er ook coachingsgesprekken nodig zijn (om de geleerde inzichten en vaardigheden te kunnen toepassen in de dagelijkse praktijk) is de cliënt wel aan het juiste adres bij Cardea.
- Psycho-educatie wordt in de literatuur genoemd als effectief middel (met name bij doelgroep 4 van belang). Dit is niet expliciet aanwezig in het aanbod van Cardea, maar maakt wel vaak (impliciet) onderdeel uit van de verschillende methodes. Dit zou explicieter in (bijv. folders over) het hulpaanbod vermeld kunnen worden.
- Voor ADHD of trauma's heeft Cardea geen interventies in het aanbod, maar daarin wordt mogelijk goed samengewerkt met de jeugd-GGZ.
- Interventies op school (of waarbij leerkrachten worden betrokken) worden niet expliciet in het aanbod genoemd. Daar waar nodig richt Coaching oudere jeugd zich op het functioneren van de jongere op school en begeleidt eventueel de leerkracht en jongere; dit kan nog explicieter genoemd worden in de methodebeschrijving.

## 5.2 Wensen en verbeterpunten

### *Scherper maken waar aanpak op gericht is*

Vanuit het aanbod bezien, hebben de gedragswetenschappers de indruk dat de doelgroepen de juiste interventies aangeboden krijgen. De gedragswetenschappers bij Cardea zijn goed op de hoogte van de interventies die zij aanbieden. Echter, wanneer de doelgroepen en het aanbod naast elkaar wordt gelegd wordt duidelijk dat sommige interventies bij erg veel doelgroepen worden gebruikt, zoals Triple P en PMTO en de interventies MDFT en Gezin Centraal. De gedragswetenschappers hebben zelf de indruk dat de selectiecriteria (om te kunnen beslissen welke interventie wordt ingezet) te weinig onderscheidend zijn en dat de beschikbaarheid van een interventie daardoor de doorslag kan geven. De gedragswetenschappers geven aan dat sommige punten beter en scherper omschreven kunnen worden, zoals bijvoorbeeld het probleem waar de interventie zich op richt, de frequentie en duur van de interventie. Ook moet duidelijker worden gemaakt wanneer welke interventie ingezet wordt en wat de verschillen zijn tussen interventies die op elkaar lijken. De keuze voor de interventie moet op basis van kennis en best passende interventie gedaan worden en niet op basis van beschikbaarheid.

### ***Nog een gezinsinterventie?***

Een nieuwe interventie die de gedragswetenschappers als aanvulling op Gezin Centraal graag in hun aanbod zouden zien, is Nieuwe Autoriteit (ontwikkeld door Haim Omer, hoogleraar psychologie aan de universiteit van Tel Aviv). Dit is een interventie die vooral gericht is op het leren/verbeteren van conflictbeheersingstrategieën die goed te gebruiken is in en voor gezinnen waarin chaos heerst of waarin gezag relaties afwezig zijn. Wel is de vraag of het nodig is nóg een gezinsinterventie toe te voegen aan een toch al divers aanbod (die ook weer onderhouden moet worden). Mogelijk valt er al veel winst te halen uit het scherper maken waar de aanpak van een interventie op is gericht.

### ***Specifieke technieken/instrumenten explicieter maken***

Wanneer gekeken wordt naar 'wat werkt' bij de verschillende doelgroepen, komt het aanbod redelijk goed overeen. Een werkzaam element bij doelgroep 4 is psycho-educatie. Dit komt wel terug in het aanbod van Cardea, maar is heel impliciet beschreven. Het is goed om dat element explicieter te maken. Dat geldt ook voor Signs of Safety en Familienetwerkberaad (niet in aanbodanalyse meegenomen, maar wel beschikbaar binnen Cardea).

### ***Aanbod te weinig of teveel beschikbaar?***

Door de gedragswetenschappers wordt aangegeven dat er een bepaalde groep cliënten is waar Cardea tekort schiet, namelijk wanneer er problemen zijn tussen partners. De interventie Mediation is te weinig beschikbaar of het gezin valt uit het programma vanwege een gebrek aan motivatie. De gedragswetenschappers geven aan dat er in die situatie een meer intensieve samenwerking dient te komen met andere instellingen.

De interventies VertrekTraining en Ambulante woonbegeleiding 17+ zijn geen enkele keer aan een doelgroep gekoppeld. Mogelijk doordat het wel gaat om een ambulante aanbod, maar veelal geboden wordt aan jeugdigen die vanuit een residentiële setting zelfstandig gaan wonen (en deze groep zat niet in de steekproef).

### ***Zorgtrajecten***

Het komt vaak voor dat meerdere interventies worden ingezet bij één cliënt, soms tegelijkertijd, soms na elkaar. Er is geen vaste volgorde waarop interventies worden ingezet. De visie bij Cardea is dat er altijd gestart wordt met een gezinsbehandeling of de interventie Coaching oudere jeugd om uit te zoeken waar de hulpvragen van de jeugdige en het gezin liggen. Er wordt per individu bekeken wat het beste werkt, gelet ook op de motivatie en hulpvraag van de cliënt/het gezin. Dit lijkt heel vraaggericht en op maat, maar het kan ook betekenen dat elke keer opnieuw het wiel uitgevonden moeten worden en onnodig veel tijd kost. Nu er meer zicht is op de verschillende doelgroepen, zou per doelgroep een 'scenario' gemaakt kunnen worden voor het best passende zorgtraject. Niet bedoeld als wringend harnas dat koste wat kost opgevolgd moet worden, maar als voorbeeld dat een hulpverlener een hoop tijd kan schelen bij het opstarten van de hulp.

### ***Samenwerking met andere instellingen***

De start van een zorgtraject kan 'hobbelig' zijn wanneer met andere instellingen samen wordt gewerkt. Wanneer bijvoorbeeld samen wordt gewerkt met de GGZ, stellen zij soms voorwaarden om aan een behandeling te kunnen beginnen; bijv. dat er een stabiele thuissituatie moet zijn voordat zij kunnen starten met behandelen (dit is bijvoorbeeld het geval bij doelgroep 1B en 4). Terwijl Cardea merkt dat het lastig is om die gezinssituatie te stabiliseren zolang de ouders regelmatig met de handen in het haar zitten vanwege de problematiek van de jeugdige.

## 6 Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vatten we eerst de conclusies uit hoofdstuk 2 en 3 samen (§ 6.1), vervolgens leggen we een aantal aanbevelingen voor in § 6.2.

### 6.1 Conclusies

We presenteren de conclusies uit het onderzoek aan de hand van de vier onderzoeksvragen uit § 1.2:

1. Met welke problemen én hulpvragen kloppen cliënten bij Cardea aan en is het mogelijk deze te clusteren naar doelgroepen?
2. Komen deze doelgroepen ook overeen met de doelgroepen die wij met diverse programma's en methodieken beogen te bereiken?
3. Wat is op basis van theorie/onderzoek bekend over wat werkt bij/voor de verschillende doelgroepen?
4. Op welke wijze kan Cardea de match tussen doelgroep en zorgaanbod verbeteren? Is het nodig het zorgaanbod te herinrichten of aan te vullen? En zo ja, welke veranderingen zijn hiervoor nodig?

#### **1. Problemen en hulpvragen cliënten ambulante zorg Cardea**

In totaal 99 dossiers van cliënten die bij Cardea jeugdzorg ambulante hulp hebben ontvangen, zijn geanalyseerd. Per cliënt is aangegeven wat de (maximaal) vijf kernproblemen zijn waar de hulp op gericht zal zijn en waarvan verwacht wordt dat de aanpak ervan de grootste kans geeft op zo snel mogelijke vermindering van de problemen en de noodzakelijke verbetering van de situatie van de jeugdige. Dit zijn de 10 meest genoemde kernproblemen:

1. A202: Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag (44%)
2. D101: Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (40%)
3. D102: Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen (17%)
4. D401: Problemen bij scheiding ouders (15%)
5. A101: Introvert gedrag (14%)
6. A901: Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (13%)
7. C201: Problemen met sociale vaardigheid (13%)
8. A201: Druk en impulsief gedrag (12%)
9. A301: Problemen met de competentiebeleving (10%)
10. E103: Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen) (10%)

Welke hulpvraag of zorgbehoefte een cliënt heeft wordt niet alleen bepaald door de aard van de problematiek (de top 10 hierboven) maar ook door de ernst van de problemen, de leerbaarheid en motivatie van ouders en jeugdige en de balans in het gezin. Die laatste drie factoren staan vaak niet expliciet in het dossier vermeld (voor een uitgebreidere beschrijving zie § 2.1), we beperken ons hier daarom tot de ernst van de problematiek.

De ernst van de problemen is beoordeeld op twee aspecten: het functioneren van de jeugdige en de kwaliteit van de opvoeding/omgeving. In de totale groep is het functioneren van de jeugdige bij een kwart beoordeeld met 'sterk afwijkend van normaal' (dit betekent dat er sprake is van sterke gedrags- en emotionele problemen of stoornissen) en bij ruim de helft met 'enigszins afwijkend van

normaal' (dit betekent dat er verschillende, duidelijk merkbare problemen zijn op het gebied van het functioneren van de jeugdige). De kwaliteit van de opvoeding/ omgeving is bij 23% van de dossiers normaal, bij 28% is de kwaliteit van de verzorging en opvoeding matig (jeugdige wordt bijvoorbeeld overvraagd, omgeving is onveilig, communicatie is verstoord, of er is veel conflict) en bij 35% is de kwaliteit slecht tot zeer slecht (opvoeder biedt weinig verzorging, toezicht, steun, protectie, genegenheid, aandacht, in sommige gevallen is er sprake van ernstige verwaarlozing, mishandeling en/of misbruik).

Daarnaast is gekeken naar het aantal kernproblemen (hoe groter het aantal problemen, hoe complexer de problematiek). Bij ruim driekwart van de werden er drie of meer kernproblemen gekozen (gemiddeld 3,5).

Van de 99 ingevulde formulieren werden er 97 ingedeeld in vier groepen met overeenkomsten in de zorgbehoefte (doelgroep 1 en 2 kennen bovendien twee varianten):

1. *Verbetering vaardigheden jeugdige* - De jeugdige heeft behoefte aan het leren van (sociale) vaardigheden om zich beter staande te leren houden en zelfvertrouwen/ weerbaarheid te vergroten. Bij twee derde van deze doelgroep heeft het gezin daarnaast behoefte aan begeleiding in het gezin om de gezinsrelaties en gezagsrelatie te verbeteren (N=33).
2. *Verbetering basale opvoedingsvaardigheden* - De ouders hebben behoefte aan ondersteuning in het vergroten van de opvoedingsvaardigheden. Bij driekwart van deze doelgroep hebben de ouders daarnaast behoefte aan het verbeteren van de relatie en communicatie tussen ouders (N=20).
3. *Bescherming van de jeugdige* - De jeugdige heeft behoefte aan bescherming tegen mishandeling en/of verwaarlozing. De ouders hebben behoefte aan het leren van vaardigheden om de veiligheid van hun kind te kunnen garanderen en een gezonde ontwikkeling van hun kind kunnen bevorderen (N=26).
4. *Vergroten specifieke opvoedingsvaardigheden* - De ouders hebben behoefte aan het leren van specifieke opvoedingsvaardigheden om de psychiatrische problematiek van hun kind beter te kunnen hanteren. De jeugdige heeft behoefte aan het leren van vaardigheden met betrekking tot het omgaan met zijn/haar psychiatrische stoornis (N=18).

## **2. Beoogde doelgroepen versus ingestroomde groepen cliënten**

Het ambulante aanbod van Cardea is gericht op jeugdigen en hun gezinnen (in de vorm van diverse vormen van begeleiding/behandeling in het gezin), ouders (oudertrainingen) en oudere jeugd (coaching 12+). Voor alle jeugdigen is er bovendien de mogelijkheid aanvullende trainingen te volgen (aanvullend op een gezinsaanbod of Coaching oudere jeugd).

Het aanbod aan gezinsbehandeling is ruimschoots aanwezig bij Cardea: vraag en aanbod sluiten hier goed op elkaar aan.

Aanbod gericht op het versterken van de vaardigheden van jeugdigen is ook voldoende aanwezig. We kunnen hier uit afleiden dat de gevonden doelgroepen overeen komen met de doelgroepen die Cardea met diverse programma's en methodieken beoogt te bereiken.

### 3. Wat werkt bij/voor de verschillende doelgroepen?

In het schema hieronder is aangegeven welk type aanbod goed past bij welke doelgroep, volgens de uitkomsten van de literatuursearch naar wat werkt:

Aanbod	Doelgroep					
	1A	1B	2A	2B	3	4
Individuele therapie voor de jeugdige, zoals CGT	X	X	X	X	X	X
Vaardigheidstraining jeugdige	X	X				X
Groepsinterventies m.b.t. scheidingsproblemen				X		
Medicatie jeugdige						X
Daghulp jeugdige						X
Psycho-educatie ouders/leerkrachten						X
Begeleiding/behandeling in het gezin		X	X	X	X	X
Oudertraining		X	X	X	X	X
Interventies op school/training leerkrachten		X	X	X		X

### 4. Verbetering matching vraag en aanbod

Een herinrichting van het ambulante aanbod is, gezien voorgaande conclusies niet nodig. Wel is er een aantal aandachtspunten:

- *Selectiecriteria aanscherpen* - De selectiecriteria (om te kunnen beslissen welke interventie wordt ingezet) zijn te weinig onderscheidend, bijvoorbeeld het probleem waar de interventie zich op richt, de frequentie en duur van de interventie kunnen scherper beschreven worden. Ook moet duidelijker worden gemaakt wanneer welke interventie ingezet wordt en wat de verschillen zijn tussen interventies die op elkaar lijken.
- *Aanbod op peil houden* – Bij tijd en wijle wordt er weer een nieuwe (gezins)interventie ontwikkeld, het is verleidelijk om dat dan op te nemen in het aanbod om een bepaalde (denkbare) leemte op te vullen. Wel is de vraag of het mogelijk is nóg een interventie toe te voegen aan een toch al divers aanbod en tegelijkertijd de kwaliteit van al die interventies op orde te houden.
- *Samenwerken* – Soms valt een verbetering van de matching tussen vraag en aanbod niet zozeer te halen uit het vergroten van dat aanbod, maar door de samenhang tussen verschillende interventies en/of instellingen te verbeteren. Zoals bijvoorbeeld bij gezinnen waar er problemen zijn tussen de ouders. De interventie Mediation zou vaker ingezet moeten kunnen worden om die problemen aan te pakken zodat de ouders meer open gaan staan voor andere vormen van gezinsbehandeling die ze ook nodig hebben (maar waarvoor de motivatie tanende is door onderlinge conflicten). Ook valt er winst te halen uit een nauwere samenwerking met de jeugd-GGZ, bij cliënten waarbij er sprake is van een mix van psychiatrische problemen bij de jeugdige én gezinsproblemen.
- *Zorgtrajecten* – Cliënten en hun situaties zijn uniek, maar hun problemen hebben ze nogal eens gemeen met cliënten die hen zijn voorgegaan. Bij elke cliënt met een 'blanco plan' beginnen is lang niet altijd nodig, het wel doen kan betekenen dat elke keer opnieuw het wiel uitgevonden moeten worden en onnodig veel tijd kost. Nu er meer zicht is op de verschillende doelgroepen, zou per doelgroep een 'scenario' gemaakt kunnen worden voor het best passende zorgtraject.

Niet bedoeld als wringend harnas dat koste wat kost opgevolgd moet worden, maar als voorbeeld dat een hulpverlener een hoop tijd kan schelen bij het opstarten van de hulp.

## 6.2 Aanbevelingen

Op basis van de voorgaande conclusies komen we tot de volgende aanbevelingen:

- ***Verzamel gerichter informatie over belangrijkste informatie die zorgbehoefte duidelijk maakt.***

De zorgbehoefte van een cliënt wordt niet alleen bepaald door de aard van de problematiek maar ook door de ernst van de problemen, de leerbaarheid en motivatie van ouders en jeugdige en de balans in het gezin. Die laatste drie factoren staan vaak niet expliciet in het dossier vermeld, ook de ernst van de problematiek komt niet altijd duidelijk naar voren. Het is raadzaam dit soort gegevens gestructureerd/gestandaardiseerd te gaan verzamelen en te analyseren en goed vast te leggen in het dossier. Zodat al aan het begin van hulpverleningstraject scherper wordt wat de cliënt nodig heeft zodat dit ingezet kan worden (of er naartoe gewerkt kan worden).

- ***Beschrijven onderbouw interventies scherper***

Een aantal onderdelen van de interventies kunnen aangescherpt worden, zodat het onderscheid tussen de interventies duidelijker wordt. Dat geldt ten eerste voor de kernproblemen waar de interventie op gericht is. Gebruik daarvoor bijvoorbeeld het schema dat we tijdens de slotbijeenkomst hebben gebruikt waarbij we onderscheid maakten tussen de problemen waar de aanpak direct op is gericht en de problemen waar de interventie indirect een effect op kan hebben. In de interventietheorie zal dan ook duidelijk gemaakt moeten worden wat het precies is in de aanpak, dat maakt dat die problemen verminderen (dit is in feite een theoretische onderbouwing, zie ook databank effectieve interventies). In de beschrijving van de interventies kunnen ook specifieke technieken opgenomen worden (denk aan psycho-educatie), zodat duidelijker wordt wat er precies gedaan wordt in die interventie. Etaleer je sterke kanten! Tot slot kunnen de selectiecriteria nog verder aangescherpt worden, bijvoorbeeld ten aanzien van welke problematiek waarvoor die interventie wel/niet geschikt is (dat kan ook betekenen: te lichte problematiek), leeftijd, motivatie, etc.

- ***Stroomlijn het proces van besluitvorming***

Voor de besluitvormingsprocedure is het zinvol de selectiecriteria van de verschillende interventies op vergelijkbare wijze te formuleren, zodat deze makkelijker te vergelijken worden. Daarnaast is het zinvol criteria te expliciteren die van belang kunnen zijn voor de cliënt, zoals bijv. naar kantoor moeten komen, moeten deelnemen aan een groep en de intensiteit van de interventie.

Tot slot kan het beslissingsproces ondersteund worden door het ontwikkelen van een beslisboom, een hulpmiddel om gestructureerd volgens een aantal stappen te beoordelen welke interventie het beste past bij de cliënt.

- ***Ontwerp zorgtrajecten en werk hierin samen***

Ontwerp per doelgroep een 'scenario' voor het best passende zorgtraject. Niet bedoeld als wringend harnas dat koste wat kost opgevolgd moet worden, maar als voorbeeld dat een hulpverlener een hoop tijd kan schelen bij het opstarten van de hulp.

Doe dit niet alleen, maar zoek de samenwerking met andere organisaties: het scheelt een hoop geld (ook niet onbelangrijk in deze tijden) en het kan tevens de samenwerking met bijv. de GGZ bevorderen.

Met de jeugd-GGZ zou een voorbeeldzorgtraject ontwerpen kunnen worden voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld doelgroep 4 en/of subgroepen daarbinnen), zodat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt in plaats van dat één partij voorwaarden stelt.



## Bronnen

- De Baat, M. (2010). *Wat werkt bij het voorkomen en verminderen van schoolverzuim?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Baat, M. de (2011). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berger, M. (2005). Databank Effectieve Jeugdinterventies. *Beschrijving 'VertrekTraining'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 07-12-2011 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- Bemmel, de R., Bolt, A., & Tacq, E. (2002). *Gezin Centraal. Een gezinsgericht en vraaggericht programma met residentiële- en daghulpverlening voor kinderen en hun ouders: een experiment*. Leiden: Cardea.
- Boendermaker, L., & Ince, D. (2010). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Cardea (2011). *Checklist Doelgroep MDFT/FFT*. Cardea: Leiden.
- Cardea (2009). *Productbeschrijving Ambulante Woonbegeleiding 17+*. Cardea: Leiden
- Cardea (2009a). *Productbeschrijving Meidencoaching*. Cardea: Leiden.
- Cardea (2009b). *Productbeschrijving Mediation*. Cardea Leiden.
- Cardea (2009c). *Productbeschrijving Trainingen 6-12 jarigen*. Cardea: Leiden.
- Cardea (2009d). *Product Trainingen 12-18 jarigen*. Cardea Leiden.
- Cardea (2008). *Productbeschrijving Ambulante gezinsbehandeling*. Cardea Leiden
- Cardea (2008a). *Productbeschrijving Coaching 12-18 jaar*. Cardea: Leiden.
- Cardea (2008b). *Productbeschrijving Vaardigheidstrainingen 12-18*. Cardea: Leiden.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten: met de methode: Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dartington Social Research Unit. (2001). *Matching Needs and Services, a Dartington practice tool*. Dartington: Dartington Academic Press.
- Databank Jeugdinterventies ([www.nji.nl](http://www.nji.nl), geraadpleegd op ...).
- Dossier Gedragsstoornissen ([www.nji.nl](http://www.nji.nl), geraadpleegd op ...)
- Elderman, E., Van der Steege, M., & Van den Braak, J. (2007). Ouders met opvoedingsproblemen. In: Konijn, C., Van der Steege, M., Elderman, E., Bruinsma, W., & Van den Braak, J. (2007). *Werkzame werkwijzen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Elling, M. (2006). Databank Effectieve Jeugdinterventies. *Beschrijving 'Rots en Water'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 7-12-2011 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.

- Elling, M. (2005). Databank Effectieve Jeugdinterventies. *Beschrijving 'Functionele Gezinstherapie / FFT'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 07-12-2011 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- Elling, M., & Scheek, M. (2006). Databank Effectieve Jeugdinterventies. *Beschrijving 'Gezin Centraal'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 07-12-2011 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- Eijgenraam, K., Ligtermoet, I. & Vermeij, K. (2010). *De theoretische effectiviteit van De Sluis. Een onderzoek naar de theoretische effectiviteit van de Terugkeervoorziening De Sluis in Tilburg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Foolen, N., Kalsbeek, A., & Boendermaker, L. (2011). *Wat werkt bij ADHD?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Gezondheidsraad (2000). *Diagnostiek en behandeling van ADHD*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatie nr 2000/24.
- Ince, D. (2007). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Leefstijl'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ince, D. (in voorbereiding). *Wat werkt bij scheiding?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steege, M. van der, & Oudhof, M. (2009). *Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- MDFT (2011). *Website MDFT Nederland*. Geraadpleegd op 07-12-2011 van <http://www.mdft.nl/>.
- Nederlands Jeugdinstituut (2011). *Beschrijving Multidimensionele Familietherapie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 07-12-2011 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- Pots, C., De Baat, M., Boendermaker, L., & Zoon, M. (in voorbereiding). *Wat werkt bij comorbiditeit?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Rooijen-Mutsaers, K. van, Berg, T., & Bartelink, C. (2011). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Rooijen-Mutsaers, K. van (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Triple P (2011). *Website Triple P Nederland*. Geraadpleegd op 07-12-2011 van <http://www.triplep-nederland.nl>.
- Verliefde, E., & Hermans, R. (2000). *Geef me de tijd, kinderen met leerproblemen in de klas*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Vries, W. de (2008). Databank Effectieve Jeugdinterventies. *Beschrijving 'Triple P'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 07-12-2011 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- Vlieg, L. (2010). Databank Effectieve Jeugdinterventies. *Beschrijving 'Kanjertaining'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 7-12-2011 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- [www.cardea.nl](http://www.cardea.nl) (geraadpleegd op 3-8-2011).
- Ykema, F. (2004). *Het Rots en Waterperspectief. Een psychofysieke training voor jongens*. Amsterdam: SWP.

- Yperen, T. van, Eijgenraam, K., Berg, G. van den, Graaf, M. de, & Chênevert, C. (2010). *STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek: Handleiding 2010*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van, & Baat, M. de (2010). *Clustering problematiek cliënten jeugdzorg. Advies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zwikker, M., & Everdingen, van., J. (2008). Databank Effectieve Jeugdinterventies. *Beschrijving 'Parent Management Training Oregon (PMTO)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 7-12-2011 van <http://www.jeugdinterventies.nl>.

## Bijlagen

Bijlage 1. Assen, groepen en rubrieken CAP-J

Bijlage 2. Digitaal formulier doelgroepanalyse

## Bijlage 1. Assen, groepen en rubrieken CAP-J

In deze bijlage is de inhoudsopgave van het Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J) opgenomen. De volledige beschrijvingen zijn te vinden in Konijn, C., W. Bruinsma, L. Lekkerkerker, K. Eijgenraam, M. van der Steege en M. Oudhof (2009). *Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

### As A Psychosociaal functioneren jeugdige

#### Groep A100 Emotionele problemen

A101	Introvert gedrag
A102	Angstproblemen
A103	Stemmingsproblemen

#### Groep A200 Gedragsproblemen

A201	Druk en impulsief gedrag
A202	Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag

#### Groep A300 Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)

A301	Problemen met de competentiebeleving
A302	Problemen in de gewetensvorming/morele ontwikkeling
A303	Identiteitsproblemen

#### Groep A400 Gebruik van middelen/verslaving

A401	Problematisch gebruik van alcohol
A402	Problematisch gebruik van amfetamine
A403	Problematisch gebruik van cafeïne
A404	Problematisch gebruik van cannabis
A405	Problematisch gebruik van cocaïne
A406	Problematisch gebruik van (synthetische of natuurlijke) stoffen die hallucinaties opwekken zoals LSD, XTC en paddo's
A407	Problematisch gebruik van een vluchtige stof
A408	Problematisch gebruik van nicotine
A409	Problematisch gebruik van overige middelen
A410	Problematisch afhankelijkheidsgedrag niet aan middelen gerelateerd

#### Groep A900 Overige psychosociale problemen jeugdige

A901	Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen
A902	Overmatige stress
A903	Automutilatie
A904	Andere problemen psychosociaal functioneren jeugdige

**As B**      **Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige**

**Groep B100**      **Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap**

B101	Gehooraandoeningen
B102	Oogaandoeningen
B103	Spraakaandoening
B104	Motorische handicap
B105	(Chronische) lichamelijke ziekte

**Groep B200**      **Gebrekkige zelfverzorging, zelfhygiëne, ongezonde levenswijze**

B201	Problemen met zelfverzorging en zelfhygiëne
B202	Ongezonde levenswijze
B203	Overgewicht

**Groep B300**      **Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten**

B301	Lichamelijke klachten
B302	Voedings-/eetproblemen
B303	Zindelijkheidsproblemen
B304	Slaapproblemen
B305	Groei problemen
B306	Onverklaarbare lichamelijke klachten

**Groep B900**      **Overige problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige**

B901	Andere problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige
------	--

**As C**      **Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige**

**Groep C100**      **Problemen in de cognitieve ontwikkeling**

C101	Problemen met schoolprestaties/leerproblemen
C102	Aandachtsproblemen
C103	Problemen verbandhoudend met hoogbegaafdheid
C104	Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen

**Groep C200**      **Problemen met vaardigheden**

C201	Sociale vaardigheidsproblemen
------	-------------------------------

**Groep C900** *Overige problemen vaardigheden en cognitieve ontwikkeling*

- C901           Andere problemen cognitieve ontwikkeling jeugdige  
C902           Andere problemen vaardigheden jeugdige

**As D**           **Gezin en opvoeding****Groep D100** *Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding*

- D101           Ontoereikende opvoedingsvaardigheden  
D102           Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen  
D103           Pedagogische onwil  
D104           Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak  
D105           Problematische gezinscommunicatie

**Groep D200** *Problemen in de ouder-kindrelatie*

- D201           Gebrek aan warmte in ouder-kindrelatie  
D202           Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige  
D203           Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)  
D204           Vijandigheid tegen of zondebok maken van jeugdige door de ouder  
D205           Problemen in de loyaliteit van jeugdige naar ouder  
D206           Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder  
D207           Generatieconflict  
D208           Problemen door religieuze en/of culturele verschillen tussen ouder en jeugdige  
D209           Mishandeling ouder door jeugdige  
D210           Jeugdige weggelopen van huis  
D211           Jeugdige weggestuurd door ouders

**Groep D300** *Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin*

- D301           Jeugdige slachtoffer verwaarlozing  
D302           Jeugdige slachtoffer mishandeling  
D303           Jeugdige slachtoffer seksueel misbruik

**Groep D400** *Instabiele opvoedingssituatie*

- D401           Problemen bij scheiding ouders  
D402           Problemen met omgangsregeling  
D403           Problemen met gezagsrelaties  
D404           Problemen die gepaard gaan met het samengaan van twee gezinnen/samengestelde gezinnen  
D405           Problematische relatie tussen ouders  
D406           Problematische relatie jeugdige met partner opvoeder  
D407           Problematische relatie (stief)broers/zussen



**Groep D500    Problemen van ouder**

D501	Negatieve jeugdervaring/traumatische ervaring ouder
D502	Problemen met werkloosheid ouder
D503	Problemen bij zwangerschap of bevalling
D504	Moeilijke start ouderschap
D505	Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ouder
D506	Antisociaal gedrag ouder
D507	Gebruik van middelen/verslaving ouder
D508	Pleger seksueel misbruik
D509	Overmatige stress ouder
D510	Psychische/psychiatrische problematiek ouder

**Groep D600    Problemen van ander gezinslid**

D601	Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ander gezinslid
D602	Antisociaal gedrag ander gezinslid
D603	Gebruik van middelen/verslaving ander gezinslid
D604	Psychische/psychiatrische problematiek ander gezinslid

**Groep D700    Problemen in het sociaal netwerk gezin**

D701	Problemen in de familierelaties (niet het gezin)
D702	Gebrekkig sociaal netwerk gezin

**Groep D800    Problemen in omstandigheden gezin**

D801	Problemen met huisvesting
D802	Financiële problemen
D803	Problemen met hulpverleners of (vertegenwoordigers van) instanties
D804	Problematische maatschappelijke positie gezin als gevolg van migratie

**Groep D900    Overige problemen gezin en opvoeding**

D901	Andere problemen gezin en opvoeding
------	-------------------------------------

**As E    Jeugdige en omgeving****Groep E100    Problemen op speelzaal, school of werk**

E101	Problematische relatie met leerkracht, werkgever of leidinggevende/problemen met hiërarchische relatie
E102	Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden
E103	Motivatatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)
E104	Van school gestuurd
E105	Problemen met school-, studie- of beroepskeuze of vakkenpakket
E106	Problemen met werkloosheid jeugdige
E107	Problemen met speelzaal, schoolorganisatie of onderwijsstijl, arbeidsorganisatie

**Groep E200    Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd**

E201	Problemen met vrijetijdsbesteding
------	-----------------------------------

E202	Problemen met verliefdheid/liefde en relaties
E203	Problematische relatie met leeftijdgenoten (onder andere gepest worden buiten school/werk)
E204	Gebrekkig sociaal netwerk jeugdige
E205	Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)

**Groep E300    *Problemen in omstandigheden jeugdige***

E301	Problemen met zelfstandige huisvesting jeugdige
E302	Financiële problemen jeugdige
E303	Problemen van jeugdige met hulpverleners of (vertegenwoordigers van) instanties
E304	Problematische maatschappelijke positie jeugdige (onder meer als gevolg van migratie)
E305	Problemen jeugdige met justitiële instanties

**Groep E900    *Overige problemen omgeving jeugdige***

E901	Andere problemen jeugdige en omgeving
------	---------------------------------------

## Bijlage 2. Digitaal formulier Doelgroepanalyse

ID jeugdige  Ingedeeld in doelgroep:   
Naam invuller

### Achtergrondinformatie van de jeugdige

**Sekse jeugdige**  Klik hier en maak een keuze **Geboortedatum**   
**Leeftijd (op moment IB)**  **Datum indicatiebesluit**   
**Juridisch kader**  Klik hier en maak een keuze **Etniciteit**  Klik hier en maak een keuze  
**Verblijfplaats**  Klik hier en maak een keuze **Dagbesteding**   
**Gezinsvorm**  Klik hier en maak een keuze  
**Gezinssamenstelling**

### Codering diagnostisch beeld

#### Aard problemen (aan de hand van de vijf assen van CAP-J)

**As A. Psychosociaal functioneren jeugdige**  Klik hier en maak een keuze voor een eventuele eerste probleemcategorie op as A  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele tweede probleemcategorie op as A  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele derde probleemcategorie op as A  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele vierde probleemcategorie op as A  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele vijfde probleemcategorie op as A

Is er sprake van een stoornis bij de jeugdige op As A?

**As B. Lichamelijke gezondheid**  Klik hier en maak een keuze voor een eventuele eerste probleemcategorie op as B  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele tweede probleemcategorie op as B  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele derde probleemcategorie op as B

Is er sprake van een stoornis bij de jeugdige op As B?

**As C. Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling**  Klik hier en maak een keuze voor een eventuele eerste probleemcategorie op as C  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele tweede probleemcategorie op as C  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele derde probleemcategorie op as C

Is er sprake van een stoornis en/of beperking bij de jeugdige op As C?

**As D. Gezin en opvoeding**  Klik hier en maak een keuze voor een eventuele eerste probleemcategorie op as D  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele tweede probleemcategorie op as D  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele derde probleemcategorie op as D  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele vierde probleemcategorie op as D  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele vijfde probleemcategorie op as D

Vermoedens of aanwijzingen dat de huidige veiligheidssituatie van de jeugdige in het geding is

Is er sprake van een stoornis bij de jeugdige op As D?

**As E. Jeugdige en omgeving**  Klik hier en maak een keuze voor een eventuele eerste probleemcategorie op as E  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele tweede probleemcategorie op as E  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele derde probleemcategorie op as E  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele vierde probleemcategorie op as E  
 Klik hier en maak een keuze voor een eventuele vijfde probleemcategorie op as E

#### Ernst van de problematiek

Is er een ingevulde STEP in het dossier aanwezig?

#### Factoren die de haalbaarheid van gewenste en noodzakelijke veranderingen kunnen beïnvloeden

Leerbaarheid ouders	Klik hier en maak een keuze
Leerbaarheid jeugdige	Klik hier en maak een keuze
Balans in het gezin	Klik hier en maak een keuze
Motivatie ouder(s)	Klik hier en maak een keuze
Motivatie jeugdige	Klik hier en maak een keuze
Steun netwerk	Klik hier en maak een keuze
Beschermende factoren jeugdige	
Beschermende factoren ouders/gezin	
Beschermende factoren omgeving	
Toekomstperspectief	Klik hier en maak een keuze

### Keuze problemen die aangepakt worden en de gewenste haalbare uitkomsten

<b>Belangrijkste probleem</b>	Klik hier en maak een keuze voor het belangrijkste probleem
<b>Gewenste haalbare uitkomst 1</b>	Klik hier en maak een keuze voor de eerste gewenste haalbare uitkomst
<b>Probleem 2</b>	Klik hier en maak een keuze voor een eventueel tweede belangrijk probleem
<b>Gewenste haalbare uitkomst 2</b>	Klik hier en maak een keuze voor een eventuele tweede gewenste haalbare uitkomst
<b>Probleem 3</b>	Klik hier en maak een keuze voor een eventueel derde belangrijk probleem
<b>Gewenste haalbare uitkomst 3</b>	Klik hier en maak een keuze voor een eventuele derde gewenste haalbare uitkomst
<b>Probleem 4</b>	Klik hier en maak een keuze voor een eventueel vierde belangrijk probleem
<b>Gewenste haalbare uitkomst 4</b>	Klik hier en maak een keuze voor een eventuele vierde gewenste haalbare uitkomst
<b>Probleem 5</b>	Klik hier en maak een keuze voor een eventueel vijfde belangrijk probleem
<b>Gewenste haalbare uitkomst 5</b>	Klik hier en maak een keuze voor een eventuele vijfde gewenste haalbare uitkomst

### Hulpverleningsgeschiedenis

Periode zorg	Omschrijving van de zorg	Resultaat
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

(tot max. 10 periodes)

### Ingevulde CBCL, YSR en/of NOSI

Is er een ingevulde Child Behavior Checklist (CBCL) in het dossier aanwezig?

Is er een ingevulde Youth Self Report (YSR) in het dossier aanwezig?

Is er een ingevulde NOSI in het dossier aanwezig?

## Het Nederlands Jeugdinstituut

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkterrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten.

### **Missie**

De bestaansgrond van het Nederlands Jeugdinstituut ligt in het streven naar een gezonde ontwikkeling van jeugdigen, en verbetering van de sociale en pedagogische kwaliteit van hun leefomgeving. Om dat te kunnen bereiken is kennis nodig. Kennis waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de jeugd- en opvoedingssector kan verbeteren. Kennis van de normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen, preventie en behandeling van opvoedings- en opgroei problemen, effectieve werkwijzen en programma's, professionalisering en stelsel- en ketenvraagstukken. Het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelt, beheert en implementeert die kennis.

### **Doelgroep**

Het Nederlands Jeugdinstituut werkt voor beleidsmakers, staffunctionarissen en beroepskrachten in de sector jeugd en opvoeding. Wij maken kennis beschikbaar voor de praktijk, maar genereren ook kennisvragen vanuit de praktijk. Op die manier wordt een kenniscyclus georganiseerd, die de jeugdsector helpt het probleemoplossend vermogen te vergroten en de kwaliteit en effectiviteit van de dienstverlening te verbeteren.

### **Producten**

Het werk van het Nederlands Jeugdinstituut resulteert in uiteenlopende producten zoals een infolijn, websites, tijdschriften, e-zines, databanken, themadossiers, factsheets, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, trainingen, congressen en adviezen.

### **Meer weten?**

Met vragen over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen kunt u op werkdagen van 9 tot 13 uur terecht bij onze Infolijn, telefoon (030) 230 65 64 of via e-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl). Voor de meest actuele informatie: [www.nederlandsjeugdinstituut.nl](http://www.nederlandsjeugdinstituut.nl).