



10 JAAR GELEDEN, TOEN...

Over de mogelijke verandering in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start van de Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling

Carolien Kroeze (S3404889)

Masteropleiding Orthopedagogiek, Faculteit der Gedrags- en
Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider: dr. L. Visscher

Praktijkbegeleider: J. Horstman

Tweede beoordelaar: prof. dr. A.E.M.G. Minnaert

16 april 2023

Aantal woorden: 10.201

Samenvatting

Inleiding Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) wordt ingezet in gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP). Uit eerder landelijk onderzoek is gebleken dat de ernst van het probleemgedrag en de opvoedingsbelasting van GMCP bij de start van IAG in de periode 2009-2019 significant is afgenomen. Het doel van huidig onderzoek was om in kaart te brengen of en zo ja welke veranderingen in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting er zichtbaar waren tussen 2012 en 2021. **Methode** Er is gebruik gemaakt van een bestaande dataset (n=1426) met gezinnen die in de periode tussen 2012 en 2021 IAG ontvingen. Deze dataset bevatte informatie over sociaal demografische gegevens (geslacht, leeftijd, leefsituatie, voorafgaande hulp en type verwijzer), internaliserende- en externaliserende problemen en opvoedingsbelasting. Met deze data zijn, naast beschrijvende statistiek, ook een ANOVA en ANCOVA uitgevoerd. Vervolgens is een focusgroep georganiseerd met IAG professionals om inzicht te krijgen in mogelijke verklaringen voor de bevindingen. **Resultaten** De ernst van de gedragsproblemen van kinderen die IAG ontvingen is in de periode tussen 2012 en 2021 niet significant veranderd. Voor de jongere kinderen (1,5 tot en met 5 jaar) hangt het geslacht significant samen met de ernst van de gedragsproblemen. De leeftijd van het kind en de leefsituatie waarin het kind opgroeit hangen significant samen met mate waarin opvoeders zich belast voelen met de opvoeding. **Conclusie** Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat het nodig is om, ook in de toekomst, de vragenlijsten zorgvuldig te blijven gebruiken. Met de resultaten van de vragenlijsten kan vervolgonderzoek gedaan worden naar de veranderingen in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij andere programma's binnen Yorneo, om inzicht te krijgen in de mogelijke verandering bij totale doelgroep van Yorneo.

Summary

Introduction Intensive Ambulatory Family Treatment (IAG) is used in families with multiple and complex problems (GMCP). Previous national research has shown a significant decrease in the severity of problem behavior and parenting burden in GMCP at the start of IAG from 2009-2019. The purpose of current research was to identify whether and if so what changes in severity of behavioral problems and parenting burden were evident between 2012 and 2021.

Method An existing dataset (n=1426) of families who received IAG during the period between 2012 and 2021 was used. This dataset included information on social demographics (gender, age, living situation, prior help and type of referrer), internalizing and externalizing problems, and parenting burden. An ANOVA and ANCOVA were performed with these data, in addition to descriptive statistics. A focus group was organized with IAG professionals to gain insight into possible explanations for the findings. **Results** The severity of behavioral problems of children who received IAG did not change significantly between 2012 and 2021. For younger children (1.5 to 5 years), gender was significantly related to the severity of behavior problems. The age of the child and the living situation in which the child grows up are significantly related to degree to which educators feel burdened with parenting.

Conclusion Based on the results, it can be concluded that in the future, it is necessary to continue to use the questionnaires carefully. With the results of the questionnaires, follow-up research can be conducted into the changes in severity of behavioral problems and parenting burdens in other programs within Yorneo, to gain insight into the possible change in Yorneo's total target group.

Inleiding

‘De groeiende vraag naar jeugdzorg is geen nieuw fenomeen. Sterker, we kennen die groei al zeker twintig jaar.’ Zo stelt het Nederlands Jeugdinstituut (NJI, 2019). Maar sinds 2020 lijkt er sprake van een keerpunt: voor het eerst sinds de decentralisatie (2015) daalde het aantal jongeren dat jeugdhulp ontving (Bakker, 2022). De grootste daling betrof het aantal jongeren dat ambulante jeugdhulp ontving. In 2019 kregen 291,5 duizend jongeren deze vorm van jeugdzorg, in 2020 waren dit er 276,5 duizend. Van de 276,5 duizend gezinnen die ambulante hulp kregen, hebben 27.317 gezinnen te maken met meervoudige én complexe problemen. Een veelgebruikte definitie voor deze gezinnen luidt: een gezin van minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen (Baartman, 1988). Ghesquiere (1993) omschrijft een gezin met meervoudige en complexe problemen (GMCP) als een gezin met een chronisch complex van socio-economische en psychosociale problemen en waarvan de hulpverleners vinden dat het weerbarstig is voor hulp.

Een eenduidige beschrijving van deze gezinnen kan echter nog niet goed worden geformuleerd op basis van empirisch, wetenschappelijk onderzoek. In de praktijk herkennen hulpverleners de gezinnen echter vrijwel direct: zij schetsen vaak dezelfde kenmerken van deze gezinnen: veelvuldige, complexe, problemen op meerdere levensterreinen, ze leven in een cyclus van oplopende spanningen, ontladingen en verzoeningen, bestaan uit gezinsleden die sterk, negatief met elkaar verbonden zijn en hebben spanningen en conflicten tussen de verschillende generaties (Bodden & Dekovic, 2010). Er is vaak sprake van een wisselwerking tussen problemen op de verschillende levensterreinen. Ze lokken elkaar uit en houden elkaar in stand (Schout, 2010). Hierdoor is het vaak onduidelijk wat de oorzaak en wat het gevolg is. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat de opeenstapeling van problemen binnen een gezin zorgt voor een verhoogd risico op verwaarlozing, mishandeling of misbruik en op het ontwikkelen van ernstige gedrags- en ontwikkelingsproblemen (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019). Ook hebben zij een grotere kans op schooluitval, chronische werkloosheid en hoog zorggebruik (Evenboer, Reijneveld & Jansen, 2018). Deze gezinnen zijn daarnaast vaak moeilijk toegankelijk voor hulpverleners doordat ze weerstand bieden, medewerking weigeren of weinig gemotiveerd zijn (Berg-le Clercq, Zoon & Kalsbeek, 2012). Dit komt vaak door teleurstellende ervaringen in het verleden, waarbij eerder ingezette hulp in combinatie met de houding en handelwijze van de professional niet aansloten bij het gezin (Ghesquière, 1993).

Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) is een veelgebruikte, ambulante interventie voor GMCP die na verwijzing door bijvoorbeeld het wijkteam, huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten of rechters kan worden ingezet. Dat deze interventie vaak wordt ingezet komt mede doordat in het regeeringsbeleid is opgenomen dat jeugdhulp zo dicht mogelijk bij huis plaats moet vinden, zo licht, zo kort en zo tijdig mogelijk (Bakker, Berger, Jagers & Slot, 2000). Het hoofddoel van IAG is om kinderen thuis te laten wonen of ervoor te zorgen dat zij opnieuw thuis kunnen wonen. Hierbij is het van belang dat de thuissituatie voorziet in de minimale basiszorg, waarbij opvoeders kunnen voorzien in de basisbehoeften (veiligheid, lichamelijke verzorging en voeding) en in emotionele behoeften (liefde, zorg en verbintenis; controle en het consistent stellen van grenzen; het stimuleren van de ontwikkeling) (Van Rooijen, 2020). Om te verwezenlijken dat de kinderen thuis kunnen wonen, moeten de gedragsproblemen van het kind verminderd zijn, de opvoeders minder opvoedingsbelasting ervaren en moet het gezin gebruik kunnen maken van hun sociale netwerk. Uit diverse onderzoeken (Veerman & De Meyer, 2019; Damen et al., 2019; Evenboer et al., 2018; Van Assen et al., 2020) blijkt dat het probleemgedrag van kinderen en de opvoedingsbelasting van opvoeders significant afnemen door IAG. Daarnaast blijkt uit de meta-analyse van Veerman, Janssens en Delicat (2005) dat IAG zowel op het externaliserend probleemgedrag een middelgroot effect heeft (ES .60) als op de opvoedingsbelasting (ES .58). Deze conclusies worden ook getrokken in het onderzoek van Veerman, De Meyer en Roosma (2007).

De basis van IAG wordt gevormd door de visie en benadering van het oplossingsgericht werken (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019). Deze benadering is gericht op het versterken van de autonomie met de focus op de oplossing in plaats van op het probleem (Bakker & Bannink, 2008). Volgens het oplossingsgericht werken is het niet nodig om veel over het probleem en de oorzaken daarvan te weten om tot een goede oplossing te komen. Ook gaat deze benadering ervan uit dat gezinnen een zelf-oplossend vermogen hebben, maar dat dit alleen nog maar geactiveerd moet worden (Weerman, 2006). De IAG-hulpverlener hanteert volgens Van der Steege et al. (2013) drie uitgangspunten die centraal staan: iedereen is in staat nieuw gedrag te leren, verandering in gezinnen is altijd mogelijk en de gedragsproblemen van kinderen hebben een relatie met de context waarin ze opgroeien.

IAG bestaat uit twee belangrijke elementen. Ten eerste is de hulpverlener bezig met het opbouwen en onderhouden van een goede relatie met de gezinsleden. Hiervoor is een positieve en respectvolle houding van de hulpverlener van groot belang. Daarnaast sluit de

hulpverlener aan bij de behoeften van de gezinsleden en zorgt voor een houding van meerzijdige partijdigheid. Ten tweede heeft de hulpverlener te allen tijde aandacht voor de veiligheid van alle gezinsleden. De hulpverlener schakelt daarbij tussen de gezinsleden motiveren en de veiligheid centraal stellen (Van Rooijen, 2020). Om een verandering binnen het gezin te bewerkstelligen, maakt de hulpverlener gebruik van diverse instrumenten, technieken en middelen. Van Rooijen (2019) heeft deze ingedeeld in vijf onderdelen. Allereerst worden oplossingsgerichte gesprekstechnieken ingezet om de gezinssituatie in kaart te brengen, te evalueren, een oefening na te bespreken en bij het geven van psycho-educatie. Het geven van psycho-educatie vormt het tweede onderdeel van IAG. De hulpverlener geeft informatie aan de opvoeders en de kinderen over de betreffende problematiek en sluit daarbij aan bij het niveau en taalgebruik van de gezinsleden. Daarnaast is het aanleren van vaardigheden een belangrijk onderdeel van de hulpverlening. Door vaardigheden te leren, werken de gezinsleden aan het oplossen of verminderen van de problemen, veranderen ze hun gedrag en vergroten ze hun draagkracht. Het vierde onderdeel is het gebruik van gezinstherapeutische technieken om het gezinssysteem in kaart te brengen en de communicatie te verbeteren door ervan uit te gaan dat een gezin een systeem is waarbinnen de verschillende leden elkaar beïnvloeden. Dit houdt ook in dat een interventie gericht op één van de gezinsleden gevolgen heeft voor de rest van het systeem. Ten slotte wordt er gewerkt aan het vergroten en het benutten van het sociale netwerk. Het is van belang dat het gezin verder kan met mensen in hun sociale netwerk wanneer IAG is afgerond (Van Rooijen, 2019).

Het IAG-traject bestaat uit drie verschillende fasen, waarin de hulpverlener het gezin twee keer per week thuis opzoekt en duurt gemiddeld vijf tot zeven maanden. Tijdens de startfase (fase 1; 4 tot 6 weken) wordt gewerkt aan het opbouwen van een werkrelatie, wordt een gezamenlijke analyse van de problemen en krachten in het gezin gemaakt en worden gezamenlijk doelen geformuleerd. In deze fase worden ook gestandaardiseerde vragenlijsten ingevuld door de opvoeders die het probleemgedrag van het kind (Child Behavior Checklist; Achenback, 1991) en de opvoedingsbelasting (Opvoedingsbelasting Vragenlijst; Vermulst et al., 2015) van de opvoeders in kaart brengen. Daarnaast wordt in deze fase een begin gemaakt met het aanpakken van de problemen die prioriteit hebben. Vaak zijn dit problemen in de omstandigheden van het gezin (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019). In de veranderingsfase (fase 2; 10 tot 14 weken) wordt er met de hulpverlener gewerkt aan de doelen. Dit gebeurt aan de hand van concrete werkpunten en acties. Ook wordt de voortgang

regelmatig geëvalueerd en wordt de hulp zo nodig bijgesteld. Tijdens de afbouw- en afscheidsfase (fase 3; 6 tot 8 weken) werkt de hulpverlener toe naar een afronding van de hulp. Hierbij ligt de focus op het zich eigen maken en volhouden van het geleerde. De hulpverlener neemt steeds meer afstand en stuurt bij waar dat nodig is. In deze fase worden de gestandaardiseerde vragenlijsten opnieuw ingevuld. De resultaten worden met de gezinsleden besproken en vergeleken met de startmeting (Van Rooijen, 2020).

Het monitoren van de vooruitgang is een belangrijk onderdeel van IAG. Zoals hierboven beschreven, kunnen de ernst en de aard van de gedragsproblemen gemeten worden aan de hand van de Child Behavior Checklist (CBCL). Deze vragenlijst wordt besproken met de cliënt en zijn systeem. Met de resultaten van de vragenlijsten wordt de behandelinhoud vormgegeven en wordt op programmaniveau gekeken of de behandeling werkt. De kracht van het werken met vragenlijsten ligt in het snel beschikbaar hebben van de resultaten. Alleen dan is het mogelijk om de uitkomsten goed te borgen in de behandeling (Van Yperen, Veerman & Bijl, 2017). Door het gebruik van de vragenlijsten gaan opvoeders meer nadenken over hoe zij hun kind en de opvoeding ervaren (Elzinga, 2010). Finn (2007) liet zien dat het bespreken van de vragenlijsten meer inzicht geeft in de problemen van de cliënt, meer empowerment heeft en zorgt voor meer vooruitgang in de behandeling.

Naast het inzetten van de vragenlijsten op niveau van de cliënt, kunnen de resultaten ook op grotere schaal worden gebruikt. Zo worden jaarlijks op organisatie- en landelijk niveau de gegevens van de vragenlijsten en de sociaal-demografische gegevens van gezinnen die IAG hebben ontvangen verzameld. Ook worden de trends over de jaren meegenomen. Zo hebben Veerman & De Meyer (2019), aansluitend op de periode 2000-2008, in hun onderzoek de effectiviteit van IAG in de periode 2009-2019 in kaart gebracht. Uit dit onderzoek is gebleken dat de effectgrootte van IAG voor de totale groep middelgroot (.55) is en dat de effectgrootte over de jaren 2009-2019 heen stabiel is. Wel valt op dat de scores voor het probleemgedrag zowel bij start als bij afsluiting in de periode 2015-2019 significant lager zijn dan in de periode daarvoor (2009-2014). Uit diezelfde analyse wordt geconcludeerd dat de opvoedingsbelasting in de periode 2000-2008 significant ernstiger was dan in de periode 2009-2019 (Veerman & De Meyer, 2019). Uit datzelfde onderzoek blijkt dat de effectgrootte van IAG in de totale groep op de opvoedingsbelasting middelgroot is (.51), maar over de jaren heen niet stabiel. Er lijkt vanaf 2015 een dalende trend ingezet. De scores voor de opvoedingsbelasting bij start in de periode 2015-2019 vergeleken met die in de periode 2012-2014 zijn significant lager.

Landelijk is dus te zien dat er sprake is van een dalende trend in de ernst van de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start van IAG. Naast dat dit een landelijke trend lijkt te zijn, wordt bij Yorneo, locatie Assen, door de ambulante hulpverleners van het IAG-team ook benoemd dat zij het idee hebben dat het probleemgedrag bij de cliënten de afgelopen jaren minder ernstig is bij start van IAG. Echter is dit niet met zekerheid te zeggen. In dit onderzoek zal daarom worden gekeken in hoeverre deze landelijke afname in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting inderdaad ook zichtbaar is in de cijfers bij Yorneo, wat de eventuele oorzaken hiervan kunnen zijn en welke veranderingen geïmplementeerd kunnen worden op basis van de resultaten van de analyses. Wanneer bekend is hoe de ernst van de gedragsproblemen van kinderen bij start is veranderd, kan het zorgaanbod hier zo goed mogelijk op aansluiten. Een van de werkzame factoren van een interventie is namelijk het goed aansluiten bij het probleem en de hulpvraag. Dit is belangrijk, omdat hulp die goed aansluit bij de behoeften van kinderen, opvoeders en gezinnen effectiever is (Van Yperen et al., 2010). Als de kenmerken van de doelgroep veranderen, is het de vraag of IAG op de manier waarop het nu wordt aangeboden nog voldoende past bij de doelgroep of dat het beter zou zijn om de inhoud van IAG aan te passen. Daarnaast zal worden gekeken naar de verandering in het type verwijzer. Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg (Janssens, 2015) en het IAG-team van Yorneo heeft het idee dat er sinds die transitie sprake is van een verandering in soort verwijzer.

Dit onderzoek gaat in de kern over de mogelijke verandering in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start van IAG. Om een bijdrage te leveren aan de kennis hierover luidt de hoofdvraag van dit onderzoek: In hoeverre is de landelijk dalende trend in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start van IAG terug te zien in de cijfers van Yorneo in de periode 2012-2021? Deze hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van een aantal deelvragen, namelijk:

- 1) Welke veranderingen in sociaal demografische gegevens bij start van IAG zijn te zien in de data van de periode 2012-2021 bij Yorneo?
- 2) Welke veranderingen binnen de domeinen van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start van IAG zijn te zien in de data van de periode 2012-2021 bij Yorneo?
- 3) In welke mate hangen bepaalde sociaal demografische gegevens (geslacht, leeftijd, leefsituatie, voorafgaande hulp en verwijzer) samen met de mogelijk dalende trend in

ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting.

- 4) In hoeverre herkennen de professionals bij Yorneo de mogelijk verandering in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting en welke verklaringen hebben zij?

Methode

Onderzoeksdesign en onderzoekspopulatie

In dit onderzoek werd gekeken in hoeverre de landelijk dalende trend in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start van IAG ook terug te zien is in de cijfers van Yorneo. De data voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn verzameld door middel van een mixed-methods onderzoek, waarbij er gebruik is gemaakt van zowel kwantitatieve als van kwalitatieve onderzoekstechnieken. Uit onderzoek van McKim (2017) is gebleken dat een mixed-methods onderzoek ervoor kan zorgen dat de validiteit van de bevindingen hoger wordt. Daarnaast helpt een dergelijke methode bij het creëren van kennis. Er wordt geconcludeerd dat mixed-methods onderzoeken een breder en dieper begrip opleveren (McKim, 2017). Het kwantitatief onderzoek heeft vorm gekregen door analyses uit te voeren op bestaande data; namelijk de scores voor gedragsproblemen, de scores voor opvoedingsbelasting en de sociaal demografische informatie. De doelpopulatie bestond uit kinderen tussen de 1,5 en 18 jaar van Yorneo die tussen 2012 en 2021 met IAG zijn gestart. Er is gekozen om de data van 2012-2021 te gebruiken, omdat dit de meest recente data waren om uitspraken mee te kunnen doen. De uiteindelijke steekproef bestond uit cliënten van wie de CBCL en OBVL bij start van IAG volledig zijn ingevuld, van wie de sociaal demografische informatie (SDI) aanwezig was en die bij de start van IAG bij Yorneo toestemming hebben gegeven om de data te gebruiken voor onder andere het maken van effectrapportages.

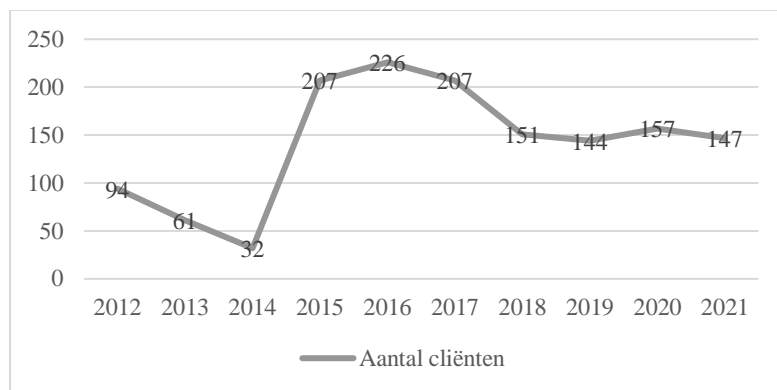
Vanuit BergOp, een programma voor de digitale verwerking van instrumenten voor diagnostiek en effectonderzoek, zijn er gegevens van 16571 cliënten verkregen. Uit deze dataset zijn 11057 cliënten verwijderd die een ander programma dan IAG hebben gevolgd of van cliënten van wie de vragenlijst op een ander moment dan bij de start is ingevuld. Van 5514 cliënten waren de scores voor de gedragsproblemen (CBCL) en de scores voor de opvoedingsbelasting (OBVL) aanwezig. Nadat cliënten met onvolledige vragenlijsten waren verwijderd, bleven er 3070 cliënten over. Cliënten, gekoppeld aan een identiek cliëntnummer, die vaker in het databestand voorkwamen zijn random verwijderd, waarna er nog gegevens waren van 2157 cliënten. Duplicaten kunnen ontstaan doordat bijvoorbeeld meerdere

opvoeders de vragenlijsten hebben ingevuld. De SDI-gegevens, de resultaten van de CBCL en de OBVL werden door middel van het identieke cliëntnummer gekoppeld aan elkaar, waarna er van 1426 cliënten bruikbare data lag. Van deze cliënten was dus de sociaal demografische informatie beschikbaar en waren de OBVL en CBCL volledig ingevuld en voldeden dus aan de inclusiecriteria.

In Figuur 1 is de verdeling van het aantal cliënten over de jaren 2012 te zien. Hierin is te zien dat uit 2014 slechts 32 cliënten zijn meegenomen in het onderzoek en dat in 2015 een sterke stijging in het aantal cliënten te zien is. Vanaf 2018 is het aantal cliënten redelijk stabiel. Tabel 1 toont de verdeling van het geslacht van de cliënten. De meeste cliënten waren jongens. Tabel 2 laat ten slotte zien hoe de cliënten verdeeld zijn over de leeftijdsgroepen. De meeste cliënten zitten in de leeftijdscategorie 6 tot 12 jaar ($n = 554$).

Figuur 1

Verdeling aantal cliënten over de jaren 2012 – 2021 ($n = 1426$)



Tabel 1

Verdeling geslacht cliënten binnen IAG

Geslacht	Aantal cliënten
Man	804
Vrouw	622
Totaal	1426

Tabel 2

Verdeling leeftijd cliënten binnen IAG

Leeftijd	Aantal cliënten
1,5 – 5 jaar	351
6 – 12 jaar	554
12 – 18 jaar	520
Ouder dan 18 jaar	1
Totaal	1426

Het kwalitatieve deel van dit onderzoek is uitgevoerd middels het afnemen van een groepsinterview met het IAG-team, om een verklaring te kunnen vinden voor de bevindingen. Het IAG-team bestaat uit twaalf ambulante hulpverleners en een gedragswetenschapper. Tijdens het interview waren uiteindelijk acht hulpverleners en een gedragswetenschapper aanwezig die beschikbaar waren en toestemming hebben gegeven voor het gebruiken van de informatie en de opname.

Procedure

Bij Yorneo behoorde het afnemen de vragenlijsten, waaronder de CBCL en OBVL, al bij de standaardprocedure wanneer de cliënten hun behandeling starten. Hierdoor hoefden deze voor dit onderzoek niet meer afgenomen te worden bij cliënten. Er lag sinds 1999 data die via BergOp verkregen konden worden. Dit zorgde ervoor dat de cliënten niet extra belast zouden worden naast hun behandeling. De data is daarnaast voor een groot deel geanonimiseerd, wat wil zeggen dat er in het bestand geen namen of andere persoonlijke gegevens voorkomen. Wel staat er in het bestand een uniek cliëntnummer die gekoppeld is aan de cliënt. Voor de onderzoeker was het niet mogelijk om op basis van het cliëntnummer achter de persoonlijke gegevens van de cliënt te komen.

Om de informatie uit het groepsinterview te kunnen gebruiken, werd er voor start van het interview schriftelijk toestemming gevraagd aan de deelnemers van het interview. Zij zijn vooraf geïnformeerd middels een informatiebrief (Bijlage A). In dit interview werden de resultaten van de data-analyse besproken die volgens de onderzoeker het meest betekenisvol kunnen zijn voor de hulpverleners. Hieronder vallen de grafieken voor het aantal cliënten, de verandering in verwijzers en de verandering in gemiddelde scores op gedragsproblemen en opvoedingsbelasting. Bij deze figuren werd aan de hulpverleners steeds gevraagd wat hen opviel in de figuren en of zij een verklaring hebben voor de veranderingen. Deze vragen zijn geformuleerd op basis van de bespreekstappen van Van Yperen, Veerman & Bijl (2017). Het interview werd, met toestemming van de hulpverleners, opgenomen.

Meetinstrumenten

Sociaal demografische gegevens

In dit onderzoek is allereerst gebruik gemaakt van de sociaal demografische gegevens van de cliënten. Deze gegevens zijn: leeftijd, geslacht, verwijzer, voorafgaande hulp en leefsituatie en werden tijdens het eerste gesprek van de ambulante hulpverlener met het gezin

Mogelijke verandering in ernst gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

verkregen door middel van het startformulier. Dit startformulier bestond uit diverse open en gesloten items. Een voorbeeld van een item uit de vragenlijst was: ‘voorafgaande hulp gericht op de jeugdige’. Hierbij kon de hulpverlener kiezen uit vijftien antwoordmogelijkheden. Voorbeelden hiervan waren jeugd- en opvoedhulp, psychiatrie of GGD. De sociaal demografische gegevens zijn in categorieën verdeeld. Dit houdt in dat de antwoordmogelijkheden geclusterd zijn per categorie.

Leeftijd

Voor de leeftijd zijn vier categorieën gemaakt, namelijk 1,5 tot en met 5 jaar, 6 tot 12 jaar, 12 tot 18 jaar en ouder dan 18 jaar. Deze groepen zijn gebaseerd op de twee versies van de CBCL; namelijk de CBCL voor kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar en de CBCL voor kinderen van 6 tot 18 jaar. Om nog beter uitspraken te kunnen doen over verschillen tussen leeftijden, is de groep van 6 tot 18 jaar onderverdeeld in een groep van 6 tot 12 jaar en een groep van 12 tot 18 jaar.

Verwijzers

De verwijzers zijn verdeeld over vijf categorieën. Onder de categorie ‘medisch’ vallen de oorspronkelijke antwoorden: huisarts, jeugdarts, kinderarts en medisch specialist. De verwijzing door een justitiële inrichting of een rechter valt onder de categorie ‘gedwongen kader’. Bij de verwijzing in de categorie ‘gemeente’ horen de gemeente, centrum voor jeugd en gezin (CJG) en het sociaal team. Daarnaast is er nog een categorie ‘onbekend’ waarbij de verwijzer onbekend is.

Voorafgaande hulp

De voorafgaande hulp is verdeeld in negen categorieën. In de categorie ‘geen’ vallen de oorspronkelijke antwoordmogelijkheden niet van toepassing of geen. Geen Yorneo, anders of eigen financier vallen onder ‘onbekend’. Psychiatrie 24-uursverblijf, psychiatrie ambulante, psychiatrie dagbehandeling of een vrijgevestigd therapeut vormen de categorie ‘psychisch’. De justitiële jeugdinrichting, de penitentiaire inrichting, gesloten jeugdzorg en de jeugdreclassering vormen het ‘gedwongen kader’. In de categorie ‘onderwijs’ vallen school maatschappelijk werk en onderwijskundige instellingen (scholen/dagopvang). Ambulant geïndiceerd overig, bureau jeugdzorg, adviesbureau, Jongeren Advies Centrum (JAC), Jeugd en Opvoedhulp en residentieel overig vallen in de categorie ‘jeugdzorg’. Ten slotte zijn er

categorieën voor 'Yorneo', 'maatschappelijk werk' en 'medisch', waaronder het ziekenhuis, de huisarts en de GGD vallen.

Leefsituatie

Voor de leefsituatie zijn zeven categorieën gemaakt. 'Verblijf' wordt gevormd door de oorspronkelijke antwoordcategorieën 24-uursvoorziening en de residentiele voorziening. De categorie 'tweeouder gezin' bestaat uit de antwoordmogelijkheden beide biologische ouder, een biologische ouder, een biologische ouder met co-ouderschap en geen biologische ouders. 'Eenouder gezin' wordt gevormd door met co-ouderschap en geen biologische ouder. In de categorie familie/pleeggezin vallen adoptief ouder(s), familie, pleeggezin, gezinshuis en pleegzorgplaats. Ten slotte zijn er de categorieën 'gedwongen kader', bestaande uit de gesloten jeugdzorg en JJI (Justitiële Jeugdinrichting) strafrechtelijk, 'zelfstandig', bestaande uit samenwonend en zelfstandig en 'onbekend'.

Gedragsproblemen

Om het probleemgedrag en de vaardigheden van het kind te kwantificeren, is gebruik gemaakt van de Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001; Heflinger, Simpkins & Combs-Orme, 2000). Er zijn twee versies van de CBCL gebruikt: de versie voor ouders/verzorgers van kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar en de versie voor ouders/verzorgers van kinderen van 6 tot 18 jaar. De CBCL wordt individueel door de ouders of verzorgers van het kind ingevuld. De CBCL is beoordeeld door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) (Evers et al., 2005). De betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit zijn voldoende, de begripsvaliditeit is goed (Evers, Van Vliet-Mulder, & Groot, 2000). De COTAN-beoordeling van de nieuwste versie van de CBCL is nog niet bekend.

De CBCL voor kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar bestaat uit 99 vragen over emotionele en gedragsproblemen. Daarnaast is er nog een vraag over overige problemen. De vragen worden gescoord op een driepuntsschaal (helemaal niet; een beetje of soms; duidelijk of vaak) waarbij opvoeders aangeven in hoeverre dit in de afgelopen maanden bij het kind aanwezig is. Een voorbeeld van een stelling is: 'Mijn kind heeft nachtmerries.' De scores van het gedragsprobleemdeel worden ingedeeld in de syndroomschalen: emotioneel reagerend, angstig/depressief, lichamelijke klachten, teruggetrokken, slaapproblemen, aandachtsproblemen en agressief gedrag (Achenbach & Rescorla, 2001). De totale probleemscore wordt gevormd door alle items, met uitzondering van de syndroomschaal slaapproblemen.

De vragenlijst voor kinderen van 6 tot 18 jaar bestaat uit twee delen. Het competentiedeel bestaat uit 20 vragen over sport, hobby's en school die met ja/nee of op vierpuntsschalen ('minder dan gemiddeld', 'gemiddeld', 'meer dan gemiddeld', 'weet niet') beantwoord moeten worden. Een voorbeeld van een vraag is: 'Vergeleken met leeftijdsgenoten, hoeveel tijd is hij/zij bezig met sporten?' Dit deel bestaat uit drie schalen (activiteiten, sociaal en school) die samen de totale competentiescore vormen. Het gedragsprobleemdeel bestaat uit 118 vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee vragen over overige problemen, die worden gescoord op een driepuntsschaal (helemaal niet; een beetje of soms; duidelijk of vaak) waarbij opvoeders aangeven in hoeverre dit in de afgelopen maanden bij het kind aanwezig is. Een voorbeeld van een stelling is: 'Is ongehoorzaam thuis.' De scores van het gedragsprobleemdeel worden ingedeeld in de syndroomschalen: angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, regel overtredend gedrag en agressief gedrag en in de hieruit afgeleide schalen Internaliseren en Externaliseren. De totale probleemscore wordt gevormd door alle items, uitgezonderd twee (Evers et al., 2005).

Opvoedingsbelasting

De opvoedingsbelasting is gemeten door de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL; Vermulst et al., 2015). De OBVL richt zich op de mate waarin de ouder zich belast voelt door de opvoeding van de kinderen. De OBVL geeft de opvoedingsbelasting in een vijftal domeinen weer: problemen opvoeder-kindrelatie (6 items), problemen met opvoeden (7 items), depressieve stemmingen (7 items), rolbeperking (6 items) en gezondheidsklachten (8 items). Daarnaast wordt een totaalscore gevormd door de som van alle 34 items. De OBVL heeft 34 items die allen gescoord worden op een vierpuntschaal: (1) 'Geldt niet' tot (4) 'Geldt helemaal' waarbij aangegeven wordt in welke mate de ouder instemt met de stelling (Vermulst et al., 2015). Een voorbeeld van een stelling is: 'Ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is.' Volgens de COTAN Documentatie (Evers et al., 2010) is de betrouwbaarheid van de OBVL goed ($\alpha = .90$) en de begripsvaliditeit voldoende.

Voor zowel de CBCL als OBVL wordt gebruik gemaakt van de t-scores; een score gebaseerd op een normale verdeling met een gemiddelde van 50 en een standaarddeviatie van 10. Aan de hand van de t-scores wordt duidelijk hoe de score van een kind zich verhoudt tot de scores in de normgroep. De t-score bepaalt of er sprake is van aanzienlijke of ernstige problemen. Voor de CBCL-syndroomschalen ligt het afkappunt van het grensgebied bij een t-score van 67 (percentiel 95) en van het klinische gebied bij een t-score van 70 (percentiel 98)

(Krol et al., 1998). Voor de OBVL ligt het afkappunt van het grensgebied bij een t-score van 60 (percentiel 85) en van het klinische gebied bij een t-score van 64 (percentiel 91) (Vermulst et al., 2015).

Data-analyse

Voor de analyses is gebruik gemaakt van het programma IBM SPSS 28. Om inzicht te krijgen in welke veranderingen in sociaal demografische gegevens bij start van IAG te zien zijn, werd beschrijvende statistiek gedaan waarbij de sociaal demografische gegevens werden weergegeven in figuren en tabellen met behulp van percentages.

Welke veranderingen er in de periode tussen 2012 en 2021 binnen de domeinen van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start van IAG te zien zijn, werd vervolgens weergegeven in grafieken, waarbij per domein de gemiddelde t-scores voor gedragsproblemen en opvoedingsbelasting werden weggezet tegenover de jaren. Daarnaast werd een ANOVA uitgevoerd om de gemiddelden van de verschillende domeinen van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting met elkaar te vergelijken. Om een ANOVA uit te voeren, moet aan een aantal assumpties voldaan worden. Zo moet er een kwantitatieve, continue afhankelijke variabele zijn, een normaalverdeelde afhankelijke variabele, onafhankelijkheid van observaties, geen significante outliers, minimaal twee categorische, onafhankelijk groepen en moet er sprake zijn van homogeniteit in de variantie (Bevans, 2023). Volgens de centrale limietstelling kan door de grootte van de steekproef ($n=1426$) aangenomen worden dat aan de aanname van normaliteit wordt voldaan. Er werd de Levene test uitgevoerd om te bepalen of de variantie van iedere groep ongeveer hetzelfde is.

In welke mate bepaalde sociaal demografische gegevens (geslacht, leeftijd, leefsituatie, voorafgaande hulp en verwijzer) samenhangen met de dalende trend in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting werd getoetst met een ANCOVA, waarbij het effect van de jaren werd gecontroleerd voor de sociaal demografische gegevens. Om een ANCOVA uit te voeren, moet er sprake zijn van een continue afhankelijke variabele, minimaal twee categorische onafhankelijke groepen, homoscedasticiteit, geen significante outliers, een normaalverdeelde afhankelijke variabele en onafhankelijkheid van observaties (Bevans, 2023). Volgens de centrale limietstelling kan door de grootte van de steekproef ($n=1426$) aangenomen worden dat aan de aanname van normaliteit wordt voldaan. Er werd de Levene test uitgevoerd om te bepalen of de variantie van iedere groep ongeveer hetzelfde is.

Uiteindelijk werd met behulp van Atlas.ti het interview met professionals thematisch geanalyseerd. Het interview werd inductief gecodeerd, waarna op basis van deze codes

thema's werden geformuleerd. Deze manier van analyseren wordt gebruikt om op een gestructureerde manier inzicht te krijgen in meningen, opvattingen en kennis van de professionals op basis van kwalitatieve gegevens. In dit interview werd gekeken in hoeverre de professionals bij Yorneo de verandering in ernst van gedragsproblemen herkennen en welke verklaringen zij hebben, waarna de opname gebruikt werd om de belangrijkste bevindingen te benoemen en te gebruiken voor conclusies en aanbevelingen (Verhoeven, 2018).

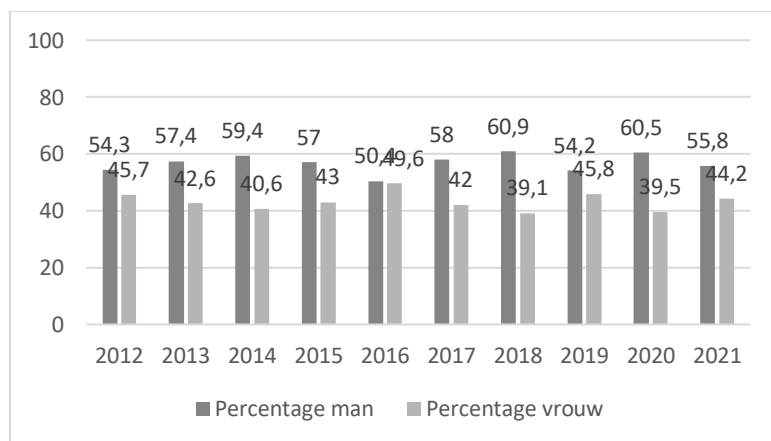
Resultaten

Veranderingen in sociaal demografische informatie

Om de eerste deelvraag te kunnen beantwoorden en inzicht te krijgen in de veranderingen in sociaal demografische gegevens bij start van IAG, is er beschrijvende statistiek uitgevoerd op het geslacht, de leeftijd, het type verwijzer, de voorafgaande hulp en de leefsituatie van de cliënt. Uit Figuur 2 blijkt dat elk jaar meer dan de helft van de cliënten man was. In 2018 was de het verschil het grootst en was 60,9% van de cliënten een man, tegenover 39,1% vrouw.

Figuur 2

Verdeling geslacht over de jaren 2012-2021

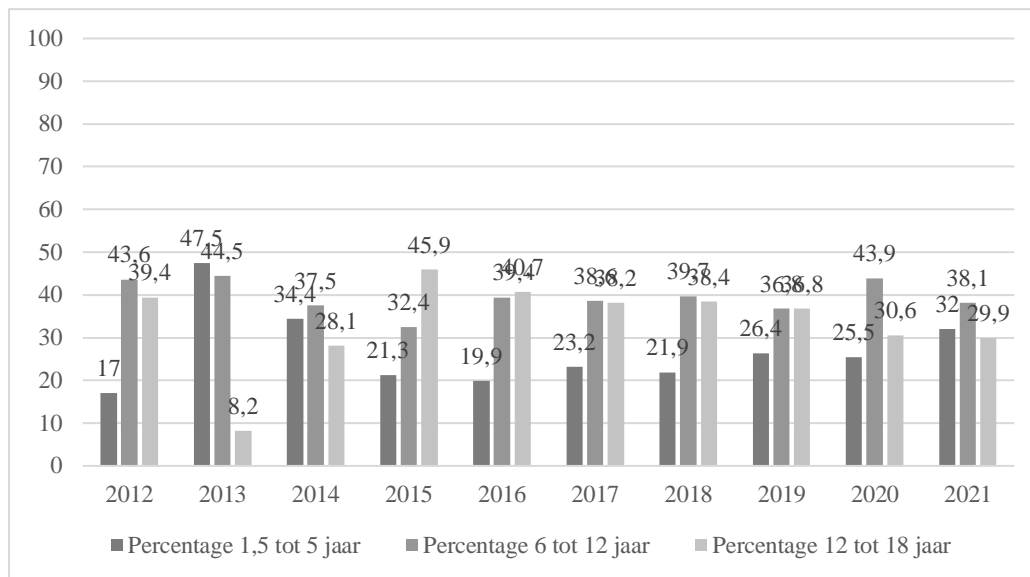


Noot. De verdeling van het aantal cliënten per jaar is terug te vinden in Figuur 1.

Figuur 3 toont de verdeling van de verschillende leeftijdscategorieën over de jaren 2012 tot en met 2021. In 2012 was het percentage cliënten tussen de 1,5 en 5 jaar slechts 17%. In 2013 steeg dit percentage naar 47,5%. Het percentage 12 tot 18-jarigen nam tussen 2012 (39,4%) en 2013 (8,2%) juist af. Het percentage cliënten tussen de 6 en 12 jaar heeft de minste spreiding en zit over de jaren tussen 32,4% en 44,5%.

Figuur 3

Verdeling leeftijdscategorieën over de jaren 2012-2021

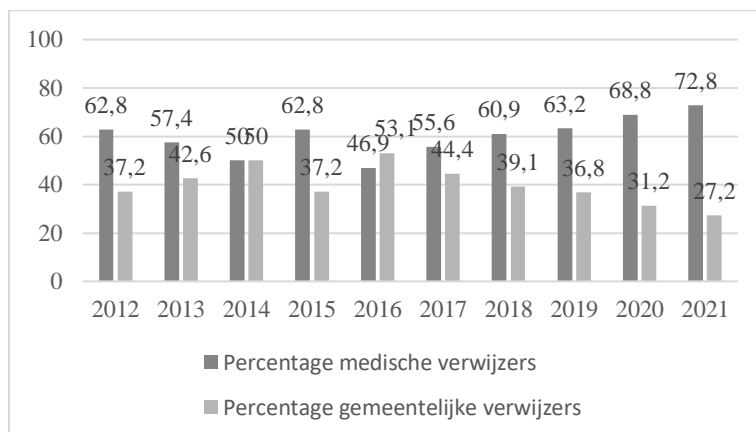


Noot. De verdeling van het aantal cliënten per jaar is terug te vinden in Figuur 1.

In Figuur 4 is de verdeling te zien van de verschillende type verwijzers door wie cliënten zijn verwezen. Hieruit blijkt dat, met uitzondering van 2016, de meeste cliënten worden verwezen door een medische verwijzer. Daarnaast is te zien dat vanaf 2017 het verschil tussen het percentage medische en gemeentelijke verwijzers elk jaar groter wordt, waarbij in 2021 72,8% van de cliënten verwezen is door een medische verwijzer.

Figuur 4

Verdeling verschillende verwijzers^a over de jaren 2012-2021



Noot. De verdeling van het aantal cliënten per jaar is terug te vinden in Figuur 1.

^a Onder de medische verwijzers vallen de huisartsen, kinderartsen, jeugdartsen en medisch specialisten en de gemeente, centrum voor jeugd en gezin (CJG) en het sociaal team vallen onder de gemeentelijke verwijzers.

Tabel 3 toont de verdeling van de voorafgaande hulp van de cliënt voordat IAG werd gestart. Tussen 2015 (1,4%) en 2019 (2,1%) is het percentage onbekend erg laag. In 2020 is het percentage onbekend aanzienlijk gestegen (38,9%). Het percentage geen voorafgaande hulp is in 2015 (42,0%) ten opzichte van 2014 (18,8%) aanzienlijk gestegen en van 2019 (45,8%) op 2020 (28,7%) weer gedaald. In 2019 was het percentage cliënten dat eerder al hulp binnen Yorneo heeft gehad (9,9%) aanzienlijk hoger dan in de rest van de jaren.

Tabel 3

Verdeling voorafgaande hulp over de jaren 2012 – 2021 (n = 1426) in procenten

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Voorafgaande hulp	Geen	14,9	11,5	18,8	42,0	42,9	46,9	47,0	45,8	28,7	34,7
	Onbekend	78,7	83,6	15,6	1,4	1,3	0,5	1,3	2,1	38,9	32,7
	Psychisch	2,1	0,0	12,5	13,0	10,2	11,1	9,9	5,6	1,3	3,4
	Onderwijs	2,1	0,0	6,3	8,7	9,7	6,8	3,3	2,8	3,8	2,7
	Jeugdzorg	1,1	3,3	31,3	20,8	26,5	22,2	15,2	25,7	19,7	16,3
	Medisch	1,1	1,6	6,3	8,2	6,2	6,3	6,6	13,9	7,0	7,5
	Maatschappelijk werk	14,9	0,0	9,4	4,8	2,7	4,3	6,6	1,4	0,6	2,0
	Gedwongen kader	0,0	0,0	0,0	1,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	Yorneo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	9,9	2,8	0,0	0,7

Noot. De toelichting van de categorieën is te lezen bij de beschrijving van de meetinstrumenten. De verdeling van het aantal cliënten per jaar is terug te vinden in Figuur 1.

In Tabel 4 is de verdeling van de leefsituatie van de cliënt bij start van IAG weergegeven. De meeste cliënten wonen in een eenouder gezin, namelijk meer dan 46,9%. Vanaf 2016 (6,6%) tot en met 2021 (0,7%) is het percentage cliënten dat bij familie of in een pleeggezin woont elk jaar afgenomen.

Tabel 4

Verdeling leefsituatie over de jaren 2012 – 2021 (n = 1426) in procenten

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Leefsituatie	Familie/pleeggezin	1,1	4,9	3,1	2,9	6,6	5,3	4,6	4,2	3,2	0,7
	Tweeouder gezin	35,1	37,7	28,1	42,5	45,1	37,2	40,4	36,8	35,7	34,0
	Eenouder gezin	63,8	57,4	65,6	54,1	46,9	57,0	53,0	57,6	58,0	65,3
	Onbekend	0,0	0,0	3,1	0,5	1,3	0,5	0,7	1,4	2,5	0,0
	Verblijf	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,6	0,0

Noot. De toelichting van de categorieën is te lezen bij de beschrijving van de meetinstrumenten. De verdeling van het aantal cliënten per jaar is terug te vinden in Figuur 1.

Veranderingen in gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Assumptie

Om de assumptie van homoscedasticiteit te testen, is de Levene's test uitgevoerd. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 5. Uit de resultaten is gebleken dat de p-waarden groter

zijn dan .05. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen in variantie, dus de assumptie van homoscedasticiteit is niet geschonden.

Tabel 5

Significantiewaarden Levene's test

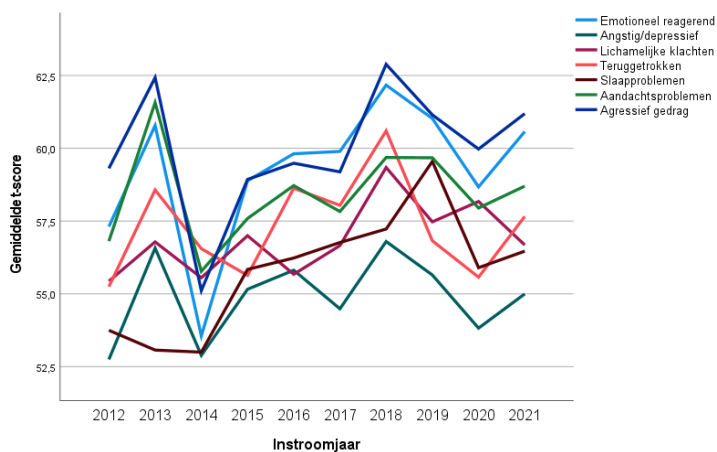
	Significantie
Opvoedingsbelasting	.173
Gedragsproblemen (1,5 tot en met 5 jaar)	.915
Gedragsproblemen (6 tot 18 jaar)	.135

Noot. Significantielevel .05

Figuur 5 toont de verandering in gemiddelde t-scores voor de domeinen van de gedragsproblemen bij kinderen 1,5 tot en met 5 jaar. Hierin is te zien dat de gemiddelde t-scores allemaal onder het grensgebied liggen (onder een t-score van 67). Tussen 2012 en 2019 is de gemiddelde t-score op slaapproblemen ($F = 1,641$; $p = .102$) het meest gestegen. Verder is op elk domein de gemiddelde t-score tussen 2020 en 2021 gestegen, behalve de lichamelijke klachten. Tabel 6 laat zien dat de gemiddelde t-scores op de domeinen niet significant veranderd zijn tussen 2012 en 2021.

Figuur 5

Gemiddelde t-scores voor de domeinen van de gedragsproblemen bij kinderen 1,5 tot en met 5 jaar (n = 351)



Noot. De verdeling van het aantal cliënten per jaar is terug te vinden in Figuur 1.

Tabel 6

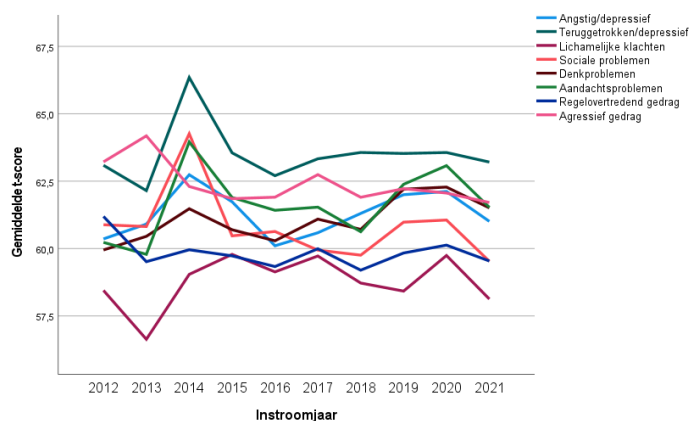
Resultaten van de ANOVA voor de domeinen van de gedragsproblemen bij kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar (n = 351)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Emotioneel reagerend	848,840	9	94,316	1,033	.413
Angstig/depressief	410,757	9	45,640	,906	.520
Lichamelijke klachten	400,549	9	44,505	,817	.601
Teruggetrokken	846,208	9	94,023	1,477	.155
Slaapproblemen	973,823	9	108,203	1,641	.102
Aandachtsproblemen	547,686	9	60,854	,960	.473
Agressief gedrag	857,685	9	95,298	,893	.531

Figuur 6 toont de gemiddelde t-scores voor de verschillende domeinen van de gedragsproblemen bij kinderen van 6 tot 18 jaar. Hierin is te zien dat op elk domein een stijging te zien is tussen 2013 en 2014, behalve op het domein agressief gedrag. Daarnaast is te zien dat tussen 2020 en 2021 de gemiddelde t-scores op elk domein zijn gedaald. Uit Tabel 7 blijkt dat de gemiddelde t-scores op de domeinen niet significant veranderd zijn tussen 2012 en 2021.

Figuur 6

Gemiddelde t-scores voor de domeinen van de gedragsproblemen voor kinderen van 6 tot 18 jaar (n = 1075)



Noot. De verdeling van het aantal cliënten per jaar is terug te vinden in Figuur 1.

Tabel 7

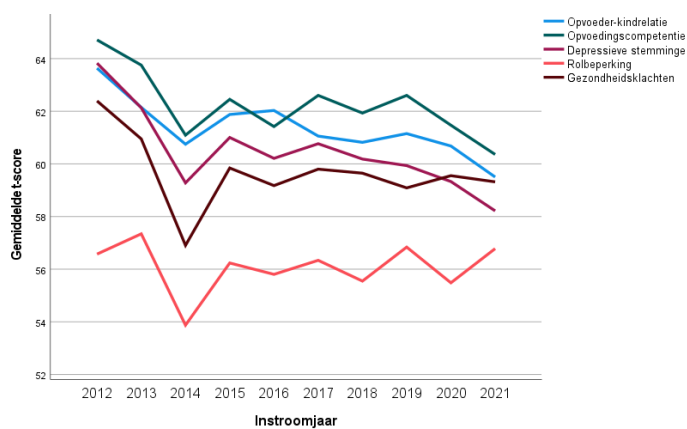
Resultaten van de ANOVA voor de domeinen van de gedragsproblemen 6 tot 18 jaar ($n = 1075$)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Angstig/depressief	615,631	9	68,403	,696	.713
Teruggetrokken/depressief	359,984	9	39,998	,407	.932
Lichamelijke klachten	577,025	9	64,114	,849	.571
Sociale problemen	591,331	9	65,703	,890	.533
Denkproblemen	580,567	9	64,507	,781	.634
Aandachtsproblemen	815,936	9	90,660	1,146	.327
Regelovertredend gedrag	250,381	9	27,820	,443	.912
Agressief gedrag	320,872	9	35,652	,338	.962

Figuur 7 toont de gemiddelde t-scores voor de domeinen van de opvoedingsbelasting. In 2014 is in alle domeinen een daling te zien ten opzichte van 2013. Vanaf 2015 ligt de gemiddelde t-score voor gezondheidsklachten elk jaar rond 59,5. Vanaf 2019 nemen de gemiddelde t-scores van zowel de opvoedingscompetentie als de opvoeder-kindrelatie en depressieve stemmingen af. Uit Tabel 8 blijkt dat de gemiddelde t-scores voor depressieve stemmingen significant veranderd zijn tussen 2012 en 2021 ($F = 2,936$, $p = .002$). De post-hoc-Tukey-toets toont de gemiddelde t-scores voor depressieve stemmingen tussen 2012 en 2020 ($p = .010$) en 2012 en 2021 ($p < .001$) significant zijn afgenomen.

Figuur 7

Gemiddelde t-scores van de domeinen voor de opvoedingsbelasting ($n = 1426$)



Noot. De verdeling van het aantal cliënten per jaar is terug te vinden in Figuur 1.

Tabel 8

Resultaten van de ANOVA op de domeinen voor de opvoedingsbelasting (n = 1426)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Opvoeder-kindrelatie	1341,242	9	149,027	1,311	.226
Opvoedingscompetentie	1570,809	9	174,534	1,268	.250
Depressieve stemmingen	2356,608	9	261,845	2,936	.002
Rolbeperking	556,543	9	61,838	,560	.830
Gezondheidsklachten	1174,093	9	130,455	1,344	.209

Samenhang tussen sociaal demografische informatie en verandering in gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Assumptie

Om de assumptie van homoscedasticiteit te testen, is de Levene's test uitgevoerd. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 9. Uit de resultaten is gebleken dat de p-waarden groter zijn dan .05. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen in variantie, dus de assumptie van homoscedasticiteit is niet geschonden.

Tabel 9

Significantiewaarden Levene's test

	Opvoedingsbelasting	Gedragsproblemen (1,5 tot en met 5 jaar)	Gedragsproblemen (6 tot 18 jaar)
Geslacht	.823	.053	.893
Leeftijdscategorie	.650	.981	.407
Leefsituatie	.074	.236	.611
Voorafgaande hulp	.068	.690	.327
Verwijzer	.114	.306	.074

Noot. Significantielevel .05

Om te bepalen in welke mate geslacht, leeftijd, leefsituatie, voorafgaande hulp en verwijzer samenhangen met de ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting over de jaren 2012 tot en met 2021, is er een per vragenlijst een ANCOVA uitgevoerd. De resultaten worden per vragenlijst besproken.

Gedragsproblemen bij kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar

Uit de uitgevoerde ANOVA is gebleken dat er geen significant effect is van het instroomjaar op de ernst van gedragsproblemen bij kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar (F= 1,182, p=.306). Uit Tabel 9 blijkt dat het geslacht (F = 4,673, p = .031) een significante

voorspeller is voor de ernst van gedragsproblemen, waarbij de jongens een hogere gemiddelde t-score (58,23) hebben dan meisjes (55,46).

Tabel 9

Resultaten ANCOVA

	df	Mean Square	F	Sig.
Geslacht	1	620,124	4,673	.031
Leeftijd	1	115,597	,871	.351
Leefsituatie	1	99,453	,749	.387
Voorafgaande hulp	1	7,369	,056	.814
Verwijzer	1	196,901	1,484	.224

Gedragsproblemen bij kinderen van 6 tot 18 jaar

Uit de uitgevoerde ANOVA is gebleken dat er geen significant effect is van het instroomjaar op de ernst van gedragsproblemen bij kinderen van 6 tot 18 jaar ($F = ,660$, $p = .746$). Tabel 10 toont de resultaten van de uitgevoerde ANCOVA voor de gedragsproblemen bij kinderen van 6 tot 18 jaar. De voorafgaande hulp ($F = 3,449$, $p = ,064$) is de belangrijkste voorspeller voor de ernst van gedragsproblemen bij kinderen tussen de 6 en 18 jaar, waarbij de gemiddelde t-score voor kinderen die eerder hulp in het gedwongen kader hebben gehad het hoogst is (66,00).

Tabel 10

Resultaten ANCOVA

	df	Mean Square	F	Sig.
Geslacht	1	331,110	3,300	.070
Leeftijd	1	189,403	1,888	.170
Leefsituatie	1	126,372	1,260	.262
Voorafgaande hulp	1	345,963	3,449	.064
Verwijzer	1	65,299	,651	.420

Opvoedingsbelasting

Uit de uitgevoerde ANOVA is gebleken dat er geen significant effect is van het instroomjaar op de opvoedingsbelasting ($F = 1,556$, $p = .124$). Uit Tabel 11 blijkt dat de leeftijd van het kind ($F = 21,406$, $p = <,001$) een significante voorspeller is voor de opvoedingsbelasting, waarbij de gemiddelde t-score op de opvoedingsbelasting het hoogst is voor opvoeders van kinderen tussen 12 en 18 jaar (63,48). Daarnaast blijkt dat de

leefsituatie een significante voorspeller is ($F = 6,145$, $p = ,013$), waarbij de gemiddelde t-score voor de opvoedingsbelasting het hoogst is bij kinderen in een 24-uursvoorziening of residentiele voorziening (77,00) en het laagst bij familie of pleeggezin (58,82).

Tabel 11

Resultaten ANCOVA

	df	Mean Square	F	Sig.
Geslacht	1	1,022	,007	.932
Leeftijd	1	2972,280	21,406	<.001
Leefsituatie	1	853,322	6,145	.013
Voorafgaande hulp	1	,001	,000	,998
Verwijzer	1	66,376	,478	,489

Herkenning bij en verklaringen door professionals

Om de vraag te beantwoorden in hoeverre de professionals bij Yorneo de cijfers wat betreft de ernst van de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting herkennen, worden per onderdeel de verklaringen, de cijfers die opvallen en de mate van herkenning besproken. In Bijlage B zijn thema's weergegeven. Per besproken figuur, worden de resultaten van het interview weergegeven.

Verdeling aantal cliënten over de jaren 2012 tot 2021

In de eerste figuur die besproken werd, is een overzicht gegeven van de verandering in aantal cliënten over de jaren 2012 tot 2021. Hierin is te zien dat het aantal cliënten tussen 2012 en 2014 erg laag is. Tussen 2014 en 2015 is er een grote stijging te zien en tussen 2017 en 2018 neemt het aantal cliënten weer wat af. Een hulpverlener benoemde het lage aantal cliënten tot 2014:

'Maar in 2014 zijn er toch niet maar 32 cliënten binnen Yorneo aangenomen voor IAG?'

Hier werden vanuit de hulpverleners verschillende verklaringen genoemd. Een van de verklaringen is de summiere aandacht voor resultaatgericht monitoren (RGM) in 2014. Vanaf 2015 zou het kunnen zijn dat er meer focus kwam op het invullen van de vragenlijsten.

'Ik denk echt dat in 2015 de RGM wel heel belangrijk is gemaakt. Ik denk wel dat dat ongeveer het moment is geweest dat het ook in de teams is besproken. Daarvoor was het [invullen van de vragenlijsten] veel vrijblijvender.'

Mogelijke verandering in ernst gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Een andere verklaring voor de stijging van het aantal cliënten met ingevulde vragenlijsten zou de decentralisatie (2015) kunnen zijn. Vanaf dat moment zijn de gemeentes verantwoordelijk geworden voor de jeugdzorg. De hulpverleners geven aan dat ze denken dat voor de gemeente de vragenlijsten als verantwoording gebruikt kunnen worden:

‘Misschien was het ook meer nodig voor de gemeente in de onderhandeling. Dat je bewijs hebt en kunt laten zien dat het [de behandeling] zin heeft.’

Een hulpverlener benoemde daarnaast de daling in het aantal cliënten in 2018 waarna het aantal lijkt te stabiliseren. Dit zou volgens hen te maken kunnen hebben met het eigen onderzoeksbureau van Yorneo (PIONN) die rond dat jaar opgeheven is en die gebruik maakte van de resultaten van de vragenlijsten. Vanaf het moment dat het onderzoeksbureau er niet meer was, lag er minder druk op het invullen van de vragenlijsten door Yorneo. Een laatste kritische noot werd gegeven bij de periode 2018-2021, waarbij de opmerking gemaakt werd door een hulpverlener dat het lijkt alsof het aantal cliënten afneemt in 2018, maar dat er wel rekening gehouden moet worden met de vergrijzing. Het zou dus kunnen zijn dat er inderdaad minder cliënten aangemeld worden voor IAG, maar dat het aantal jongeren sneller daalt, waardoor het aantal cliënten dat aangemeld is voor IAG procentueel wel hoger kan zijn dan in de voorafgaande jaren.

Verdeling type verwijzers over de jaren 2012 tot 2021

De tweede figuur die besproken werd, was de verdeling van de verschillende verwijzers. Hierin is te zien dat het aandeel medische verwijzers, in vergelijking met de verwijzingen uit de gemeente, tussen 2012 en 2014 afnam en vanaf 2017 weer een grote stijging liet zien.

Wat de hulpverleners opviel, was dat vanaf 2017 de medische verwijzers toenemen en de gemeentelijke verwijzer afneemt. Vanuit het jonge kind team werd als verklaring gegeven dat zij de afgelopen jaren een nauwere samenwerking hebben met GGD's, waardoor het aantal medische verwijzers toegenomen kan zijn. Daarnaast geven zij als verklaring dat sinds de decentralisatie de wachttijden bij de gemeente groter zijn geworden:

‘Wat ik heb gemerkt de laatste jaren, en dat is niet alleen bij Yorneo, is dat het bij de gemeente heel lang duurt en dat ook wordt gezegd: ga maar via de huisarts. Dat gaat sneller. Dat mensen sneller via de huisarts en de POH [praktijk ondersteuner huisarts] verwezen worden.’

Mogelijke verandering in ernst gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Daarnaast worden de taken van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) benoemd als mogelijke verklaring voor de afname van gemeentelijke verwijzers. Zij hebben het idee dat de lichtere problematiek wordt behandeld door het CJG en dat er dus minder verwijzingen zijn naar Yorneo:

'Mogelijk dat de CJG's ook meer zelf zijn gaan doen. Dat in het voorliggend veld al meer wordt opgelost, zodat ze minder hoeven door te verwijzen naar ons. De afname in CJG zou dus kunnen komen doordat er meer in het voorliggend veld wordt opgelost.'

Een kritische noot die door een van de hulpverleners werd toegevoegd, is het verschil in het contract van de POH:

'Misschien vertekent het ook wel een beetje. In Noordenveld [een gemeente in de regio Assen] is de POH in dienst van de gemeente en in Assen is de POH in dienst van Yorneo. In gemeente Assen zal het een medische verwijzing zijn en in Noordenveld een gemeentelijke.'

Ten slotte was een van de opvallende punten dat er in de afgelopen 10 jaar geen cliënten waren, van wie de gegevens compleet waren, die verwezen zijn door bijvoorbeeld de jeugdbescherming. De hulpverleners konden deze uitkomst niet verklaren.

Gemiddelde t-scores van de domeinen van gedragsproblemen bij cliënten tussen 1,5 en 5 jaar

De derde figuur die besproken werd, geeft de gemiddelde t-scores voor de verschillende domeinen van de gedragsproblemen bij kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar weer. Hierin zijn veel schommelingen in de gemiddelde t-score te zien, maar vanaf 2014 lijkt het alsof er een stijging is in gemiddelde t-scores. Volgens de hulpverleners is het opvallend dat tussen 2012 en 2019 de gemiddelde t-score op slaapproblemen duidelijk is gestegen. De hulpverleners geven aan dat ze deze cijfers wel herkennen, maar hebben ze geen verklaringen voor deze toename:

'Dat is ook wel echt onze expertise. Dat is wel een van de hoofdmoten rondom regulatie, dus ik snap dat we die vooral binnenkrijgen en dat die ook hoog scoort.'

Wat verder opviel, zijn de hoge scores op emotioneel-reagerende kinderen en agressief gedrag. Dit is iets wat de hulpverleners herkennen in hun caseload:

'Dat herken ik ook echt wel, we hebben veel kinderen met driftbuien. Het is ook wel echt waar ouders last van hebben bij hun kind. De ouders zijn immers degenen die de vragenlijsten invullen.'

Mogelijke verandering in ernst gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Daarnaast is op bijna elk domein de gemiddelde t-score tussen 2020 en 2021 gestegen. Hiervoor geven de hulpverleners als mogelijke verklaring de situatie vol onduidelijkheid en veranderingen in het leven tijdens de coronacrisis.

Gemiddelde t-scores van de domeinen van gedragsproblemen bij cliënten tussen 6 en 18 jaar

De vierde figuur die besproken werd, geeft de gemiddelde t-scores van de verschillende domeinen van de gedragsproblemen bij kinderen van 6 tot 18 jaar weer. Hierin is te zien dat vanaf 2015 de gemiddelde t-scores redelijk stabiel lijken te zijn voor alle domeinen en een afname tussen 2020 en 2021 op alle domeinen. In deze figuur worden weinig cijfers door de hulpverleners als opvallend gezien. Wel merkte een hulpverlener de stijgende lijn bij het angstig/depressieve domein tussen 2016 en 2020 op en de relatief hoge score van teruggetrokken/depressief. Deze scores worden in de praktijk echter niet herkend.

‘Ik vind het wel opvallend dat teruggetrokken/depressief eigenlijk consistent de hoogste is, terwijl dat bij het jonge kind het laagst was. En ik vind het opvallend dat alle gemiddelden hoger liggen dan bij het jonge kind.’

Verder wordt de vergelijking met het jonge kind gemaakt tussen 2020 en 2021. Waarbij het opvallend is dat bij het oudere kind (6 tot 18 jaar) de gemiddelde scores dalen en bij het jonge kind (1,5 tot 5 jaar) de gemiddelde scores stijgen. Een mogelijke verklaring zien zij in de situatie tijdens corona:

‘Misschien reageren jonge kinderen meer op stress dan oudere kinderen.’

Gemiddelde t-scores van de domeinen van de opvoedingsbelasting

De laatste figuur die werd besproken, geeft de gemiddelde t-scores van de domeinen van de OBVL weer tussen 2012 en 2021. Hierin is te zien dat in elk domein voor de opvoedingsbelasting een daling te zien is, behalve bij de rolbeperking. Die ligt elk jaar ruim onder de gemiddelde t-scores van de andere domeinen. Daarnaast zijn de gemiddelde t-scores voor opvoeder-kindrelatie en opvoedingscompetentie het hoogst. Dit wordt over het algemeen door de hulpverleners wel herkend:

‘Ik herken wel heel veel ouders die zeggen ‘ik begrijp mijn kind niet en mijn kind begrijpt mij niet’. Dat zijn de bovenste twee lijntjes [opvoeder-kindrelatie en opvoedingscompetentie].’

Volgens een aantal hulpverleners was het opvallend dat de depressieve stemmingen zijn afgenomen. Daarvan werd gedacht dat de gemiddelde t-scores hoger zouden liggen, op

basis van de ervaringen binnen de gezinnen. Daarnaast zijn de gemiddelde t-scores voor de rolbeperking lager dan de hulpverleners hadden gedacht. Als verklaring hiervoor werd genoemd dat ouders zich wellicht bewust zijn van enige mate van rolbeperking wanneer ze een kind hebben. Een van de hulpverleners zei als volgt:

‘Dat past misschien ook wel meer bij het idee van een kind. Daar zit een rolbeperking aan vast.’

Als laatste punt werd benoemd dat de hulpverleners benieuwd zijn naar invloed van de coronacrisis en zijn ze benieuwd hoe de gemiddelde t-scores over een aantal jaren zijn:

‘Het lijkt inderdaad of er een daling te zien is tijdens de coronatijd, maar dan is het interessant wat er daarna gebeurt. Gaan ze dan weer stijgen? Omdat de maatschappij weer relatief normaal wordt.’

Conclusie en discussie

In het huidige onderzoek is gekeken naar de mogelijke verandering in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij de start van IAG. Daarnaast is onderzocht in welke mate de ambulante hulpverleners de resultaten herkennen en welke verklaringen zij hebben voor de verandering in sociaal demografische informatie en gemiddelde t-scores voor de domeinen van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting. Op basis van onderzoek van Veerman en De Meyer (2019) en de ervaringen van de hulpverleners was de verwachting dat de ernst van de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting af zou nemen, maar uit het huidige onderzoek is gebleken dat er geen significante afname te zien is in de domeinen van de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting, behalve op de depressieve stemmingen van de opvoeder. Er is geen dalende trend in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting gevonden, maar de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bleken wel samen te hangen met een aantal sociaal demografische gegevens. Het geslacht bleek een significante voorspeller te zijn voor de ernst van het probleemgedrag bij kinderen tussen 1,5 en 5 jaar en de leeftijd van het kind en de leefsituatie van het gezin bleken een significante voorspeller voor de mate van ervaren opvoedingsbelasting.

Uit dit onderzoek is gebleken dat er geen significante veranderingen zijn in de verdeling van jongens en meisjes die IAG ontvingen. Wel bleek dat elk jaar meer jongens dan meisjes gestart zijn met IAG. Dit komt overeen met de landelijke cijfers van het CBS (2020) dat meer jongens dan meisjes een vorm van jeugdzorg krijgen. De meest voorkomende reden voor een aanmelding in de jeugdzorg is externaliserend probleemgedrag (De Castro, z.d.). Uit

onderzoek van Negriff & Susman (2011) is gebleken dat jongens een hoger risico hebben op het ontwikkelen van externaliserend probleemgedrag en meisjes tonen vaker internaliserend gedrag (Ginsburg & Silverman, 2000). Echter wordt er sinds 2016 in de cijfers van het CBS een toename gevonden in het percentage meisjes dat jeugdhulp ontvangt. In het huidige onderzoek is die verandering niet zichtbaar. Daarnaast is in dit onderzoek gebleken dat sinds 2016 het percentage medische verwijzers ten opzichte van de verwijzingen door de gemeente stijgt. De verwachting was echter dat door de decentralisatie (2015) het aantal verwijzingen door de gemeente toe zou nemen. Maar de wachttijden zijn bij de gemeente sinds de decentralisatie steeds langer geworden, omdat de gemeenten de nieuwe taken en verantwoordelijkheden niet konden waarmaken, waardoor het zou kunnen dat cliënten vaker via de huisarts een verwijzing krijgen (Wijsbroek et al., 2019). Uit onderzoek van het CBS (2020) is gebleken dat in 2019 ten opzichte van 2018 14% minder verwijzingen zijn door artsen, dit in tegenstelling tot de resultaten uit het huidige onderzoek. Uit de resultaten van huidig onderzoek is gebleken dat sinds 2016 het percentage cliënten dat in een pleeggezin of bij familie woont is afgenomen. Volgens Pleegzorg Nederland (2022) is er een lagere instroom bij pleegzorg doordat er de afgelopen jaren vaker ambulante hulp is ingezet om uithuisplaatsing te voorkomen. De afname zou ook te maken kunnen hebben met een tekort aan pleegouders, echter zou dat alleen een verklaring kunnen zijn voor de afname in 2021. In 2021 zijn er namelijk 13% minder pleegouders ingeschreven in vergelijking met 2020 (Pleegzorg Nederland, 2022). Ten slotte is in dit onderzoek naar voren gekomen dat over de jaren heen de meeste kinderen die aangemeld zijn voor IAG wonen in een eenoudergezin. Dit komt overeen met de resultaten van Hermanns et al. (2005) waarin geconcludeerd wordt dat kinderen uit eenoudergezinnen vaker problemen ontwikkelen dan kinderen uit tweeoudergezinnen. Daarnaast lopen kinderen van gescheiden ouders meer risico op het ontwikkelen van probleemgedrag dan kinderen van ouders die niet gescheiden zijn (Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove, Vanhorick, & Verhulst, 2002).

Uit dit onderzoek is gebleken dat er geen significante veranderingen zijn in de domeinen van de gedragsproblemen. Dit houdt in dat de ernst van de gedragsproblemen van kinderen die tussen 2012 en 2021 werden aangemeld niet significant veranderd is. Voorafgaand aan dit onderzoek was de hypothese dat er een verandering te zien zou zijn in de cijfers van Yorneo in de jaren 2012 tot en met 2021, omdat uit eerder onderzoek van Veerman en De Meyer (2019) bleek dat de ernst van de gedragsproblemen van kinderen in de periode 2015-2019 significant lager is dan in de periode daarvoor (2009-2014). Hulpverleners bij

Yorneo hadden deze verwachting ook. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie tussen huidig onderzoek en eerder onderzoek kan een verschil in sociaal demografische kenmerken van de steekproef zijn. De gemiddelde leeftijd van de cliënten in beide steekproeven was vergelijkbaar (9;1 jaar in onderzoek van Veerman & De Meyer (2019) en 9;2 jaar in huidig onderzoek), maar andere vergelijkingen met betrekking tot de steekproef konden niet gemaakt worden door het ontbreken van sociaal demografische kenmerken. In het huidige onderzoek zijn ook de veranderingen voor de domeinen van de opvoedingsbelasting meegenomen. Hieruit is gebleken dat de gemiddelde t-scores voor opvoeder-kindrelatie, opvoedingscompetentie en gezondheidsklachten zijn afgenomen tussen 2012 en 2021. De depressieve stemmingen van opvoeders zijn significant afgenomen. Een mogelijke verklaring voor de afname in opvoedingsbelasting kan de toenemende kennis van opvoeders over probleemgedrag bij kinderen door digitale bronnen zijn. Dit zorgt volgens Damen et al. (2019) voor meer psychologische empowerment van opvoeders, wat kan leiden tot meer begrip van het probleemgedrag van hun kind, waardoor de ervaring van opvoedingsbelasting wellicht wat kan afnemen. De resultaten van het huidige onderzoek komen overeen met de analyses van Veerman en De Meyer (2019) waaruit een dalende trend in opvoedingsbelasting is gebleken.

Er is geen dalende trend in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting gevonden, maar de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bleken wel samen te hangen met een aantal sociaal demografische gegevens. Uit dit onderzoek is gebleken dat het geslacht van de cliënt een significante voorspeller is voor de verandering in ernst van de gedragsproblemen bij kinderen tussen 1,5 en 5 jaar. Volgens De lange et al. (2018) is er weinig tot niets bekend over of interventies bij meisjes om een andere vorm en opzet vragen dan interventies voor jongens. Bij de oudere kinderen, namelijk tussen 6 en 18 jaar, is geen enkele sociaal demografisch gegeven een significante voorspeller gebleken. Naast de samenhang tussen de sociaal demografische gegevens en het probleemgedrag, is er ook gekeken naar de samenhang met de opvoedingsbelasting. Uit het onderzoek is gebleken dat de leeftijd van het kind en de leefsituatie waarin het kind opgroeit, significant samenhangt met mate waarin opvoeders zich belast voelen met de opvoeding. Opvoeders ervaren de opvoeding van kinderen tussen de 12 en 18 jaar als meest belastend. Volgens het NJI (z.d.) zijn kinderen vanaf 12 jaar op zoek naar een nieuwe positie ten opzichte van leeftijdsgenoten en opvoeders. Daarnaast wordt het kind minder afhankelijk van opvoeders en kunnen ze meer risico's nemen en eigen grenzen trekken om hun eigen identiteit te ontwikkelen. Hierdoor

zouden opvoeders het opvoeden van kinderen in deze leeftijdscategorie als meer belastend kunnen ervaren.

Sterke punten en limitaties

In het huidige onderzoek is er gebruik gemaakt van een grote dataset (n=1426). Dit is een van de sterke punten van het onderzoek. Door de grote dataset konden de analyses correct worden uitgevoerd. Daarnaast bevatte de dataset, naast de scores van de domeinen voor de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting, veel sociaal demografische informatie, waardoor er met dezelfde steekproef verschillende analyses uitgevoerd konden worden. Een ander sterk punt van het onderzoek is de combinatie die is gemaakt tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek, waardoor de validiteit van de bevindingen hoger kan worden (McKim, 2017).

Ondanks de sterke punten van het onderzoek, moeten de uitkomsten zorgvuldig geïnterpreteerd worden door een aantal beperkingen van het onderzoek. Allereerst zijn niet alle cliënten van de periode 2012 tot 2021 meegenomen in de steekproef, omdat de vragenlijsten en sociaal demografische informatie niet van iedere cliënt compleet was. Een andere reden waarom niet alle cliënten die IAG hebben gevolgd zijn meegenomen in de steekproef, is de naamgeving van het programma die in de afgelopen jaren een aantal keren is veranderd. In het databestand kwamen een groot aantal labels voor, waarvan niet precies duidelijk was welke labels onder IAG vallen. Het is mogelijk dat niet alle cliënten zijn meegenomen die IAG hebben gekregen. Hierdoor is niet met zekerheid te zeggen dat de steekproef representatief is. Daarnaast is het aantal cliënten tussen 2012 en 2014 te laag om uitspraken over te doen. Verder kan het zijn dat van de cliënten die meerdere programma's hebben gevolgd binnen Yorneo de t-scores voor de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting niet gekoppeld zijn aan de juiste sociaal demografische informatie, omdat de vragenlijsten en sociaal demografische informatie van de cliënt met bijbehorende identieke cliëntnummer random verwijderd zijn. Ten slotte is tijdens het interview te weinig doorgevraagd wegens een gebrek aan tijd. Volgens Patton (1990) is het van belang om het interview niet te beëindigen totdat er geen nieuwe informatie meer wordt gegeven, hieraan kon niet worden voldaan. Echter heeft het interview met de hulpverleners wel waardevolle inzichten opgeleverd als het gaat om de mate van herkenning en verklaringen voor veranderingen.

Implicaties

Aanbevelingen hulpverleners

Aangezien het geslacht van het jonge kind samenhangt met de ernst van de gedragsproblemen, kan het van belang zijn om bij jongens tussen 1,5 en 5 jaar extra te werken aan de opvoedvaardigheden van de opvoeders. Uit onderzoek is gebleken dat aandacht voor opvoedvaardigheden en de relatie tussen opvoeder en kind effectiever is dan de problemen die opvoeders ervaren te belichten (Gubbels, Van der Put & Assink, 2019). Daarnaast kan het van belang zijn voor de hulpverleners dat zij zich bewust zijn van de mogelijk ernstigere gedragsproblemen van kinderen die eerder hulp hebben gehad in het gedwongen kader. Wanneer een kind tussen 12 en 18 jaar wordt aangemeld of een kind uit een 24-uursvoorziening, moet de hulpverlener zich bewust zijn van een mogelijk hogere opvoedingsbelasting bij de opvoeder.

Aanbevelingen Yorneo

Huidig onderzoek levert een bijdrage aan kennis over de verandering in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start IAG bij Yorneo. Er is geen sprake van aanwijzingen om de methodiek-handleiding van IAG opnieuw te bekijken en te veranderen op basis van huidige uitkomsten, omdat er geen verandering in ernst van gedragsproblemen te zien is. Om de mogelijke veranderingen in de toekomst te kunnen blijven onderzoeken, is het nodig om de vragenlijsten zorgvuldig te blijven gebruiken en in te laten vullen. Wanneer de vragenlijsten zorgvuldig worden ingevuld, zal er een completer beeld geschetst kunnen worden van de cliënten bij Yorneo. Daarnaast is het van belang om in de toekomst de labels van programma's die onder IAG vallen niet te veranderen, tenzij daar een goede reden voor is. Duidelijk moet worden welke varianten er van IAG zijn en voor welke cliënten de behandeling geschikt is. Op die manier zullen alle cliënten die IAG ontvangen in een steekproef meegenomen kunnen worden. Daarnaast is het van belang om het programma IAG in te blijven zetten zoals in de methodehandleiding beschreven is. Hiervoor is nodig dat de hulpverlener en de gedragswetenschapper kritisch kijken naar het volgen van de methode. Alleen dan kan gekeken worden of IAG daadwerkelijk effectief is of dat er andere elementen werkzaam blijken.

Aanbevelingen vervolgonderzoek

Op dit moment zaten er in de steekproef geen cliënten die verwezen zijn door bijvoorbeeld de jeugdbescherming, omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria, terwijl deze cliënten wel voorkomen in de dataset. Dit is gelijk een onderwerp voor een volgend onderzoek, waarin kan worden gekeken waarom de gegevens van cliënten die zijn verwezen via de jeugdbescherming niet volledig zijn en of het aantal verwijzingen via de jeugdbescherming in de afgelopen jaren veranderd is. Zoals eerder is benoemd, zijn er nog geen verklaringen gevonden voor het verschil tussen het landelijke onderzoek naar IAG (Veerman & De Meyer, 2019) en huidig onderzoek. Uit vervolgonderzoek zou moeten blijken waardoor de cijfers van Yorneo niet overeenkomen met de resultaten van landelijk onderzoek. Daarnaast zou verder onderzoek met behulp van de resultaten van de CBCL en OBVL kunnen helpen om inzicht te krijgen in de eventuele verandering binnen andere programma's van Yorneo. Het zou kunnen zijn dat kinderen van opvoeders die meer opvoedingsbelasting ervaren worden verwezen naar intensievere hulpprogramma's, waardoor de gemiddelde t-score voor opvoedingsbelasting bij start van IAG lager liggen. Hierbij hoeft het niet zo te zijn dat de opvoedingsbelasting in het algemeen afgenomen hoeft te zijn. Tijdens het interview met de hulpverleners kwam naar voren dat ze benieuwd zijn naar de eventuele verandering over een aantal jaren, wanneer de samenleving na corona weer is genormaliseerd.

Conclusie

Huidig onderzoek laat zien dat de ernst van de gedragsproblemen van kinderen, zowel tussen 1,5 en 5 jaar als tussen 6 en 18 jaar, die in 2021 werden aangemeld niet significant is veranderd in ten opzichte van de jaren ervoor. Voor de jongere kinderen (1,5 tot 5 jaar) is het geslacht een significante voorspeller voor de ernst van de gedragsproblemen. De leeftijd van het kind en de leefsituatie waarin het kind opgroeit zijn significante voorspellers voor de mate waarin opvoeders zich belast voelen met de opvoeding. Het is belangrijk vervolgonderzoek te doen naar de veranderingen in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij andere programma's binnen Yorneo, om inzicht te krijgen in de mogelijke veranderingen bij de totale doelgroep van Yorneo.

Literatuurlijst

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth & Families.
- Baartman, H. (1988). Intensieve thuishulp voor multi-probleemgezinnen. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 6, 310-322.
- Bakker, R. (2022). *Jeugdhulp 2021*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl/nl/longread/rapportages/2022/jeugdhulp-2021>
- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 1, 55-59
- Bakker, K, Berger, M, Jagers, H., & Slot, W. (2000). *Begin in het gezin. Theorie en praktijk van crisishulp aan huis*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Berg-le Clercq, T., Zoon, M., & Kalsbeek, A. (2012). Wat werkt in multiprobleemgezinnen. *Nederlands Jeugdinstituut*. Geraadpleegd van <https://www.nji.nl>.
- Bevans, R. (2023, 9 maart). Two-Way ANOVA | *Interpretatie, Uitvoering & Voorbeelden*. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/statistiek/twoway-anova/>
- Bodden, Denise & Deković, Maja. (2010). Multiprobleemgezinnen ontrafeld. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*. 49.
- Centraal Bureau Statistiek. (2020). *Jeugdhulp 2019. Inleiding - Jeugdhulp 2019 | CBS*. <https://longreads.cbs.nl/jeugdhulp2019/>
- Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., van Pagée, R., Nieuwhoff, R., & Scholte, R. H. J. (2019). Parental empowerment and child behavioural problems during youth care involvement. *Child & Family Social Work*, 24(4), 467-476.
- De Castro. (n.d.). *Consortium Externaliserend probleemgedrag bij jongeren - ZonMw Digitale Publicaties*. <https://publicaties.zonmw.nl/consortia-effectiviteit-psychosociale-interventies-jeugd/consortium-externaliserend-probleemgedrag-bij-jongeren/>

- Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274–285.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijtsma, S. (2010). *COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Amsterdam: NIP
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2006/02 (COTAN)*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2005). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland (COTAN: Aanvulling 2005/01)*. Amsterdam: Boom.
- Finn, S. E. (2007). *In our clients' shoes: Theory and techniques of therapeutic assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ghesquière, P. (1993). *Multi-problem gezinnen: problematische hulpverleningssituaties in perspectief*. Garant.
- Ginsburg, G. S. & Silverman, W. K. (2000). Gender Role Orientation and Fearfulness in Children With Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 57-67.
- Gubbels, J., Van der Put, C.E., & Assink, M. (2019). The effectiveness of parent training programs for child maltreatment and their components: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2404; doi:10.3390/ijerph16132404
- Harland, P., Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P., & Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 176-184.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22 (1), 55–73.
- Hermanns, J., F. Öry en G. Schrijvers (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoeden en opgroei problemen*. Utrecht: Inventgroep

Mogelijke verandering in ernst gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Janssens, J.M.A.M. (2015). Transitie en transformatie in de jeugdzorg. *Kind Adolesc* 36, 191–204.

Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk*. (Ortho-Reeks). Lemniscaat.

Krol, N. P. C. M., De Bruyn, E. E. E., Jansen, M., Van Baal, C. P. P., & De Château, P. (1998). Van CBCL naar DSM: Een exploratief onderzoek. *Kind en adolescent*, 19, 203-211.

Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2013). *Onderbouwing Richtlijn Ernstige gedragsproblemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

McKim, C. A. (2017). The Value of Mixed Methods Research: A Mixed Methods Study. *Journal of Mixed Methods Research*, 11(2), 202–222.
<https://doi.org/10.1177/1558689815607096>

Negriff, S., & Susman, E. J. (2011). Puberal timing, depression, and externalizing problems: A framework, review and examination of gender differences. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 717-746.

Nederlands Jeugdinstituut (NJI). (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik*.
<https://www.nji.nl/publicaties/het-groeiend-jeugdzorggebruik>

Nederlands Jeugdinstituut (NJI) (z.d). Wat is belangrijk bij opvoeden?
<https://www.nji.nl/opvoeden-en-ouderschap/wat-is-belangrijk-bij-opvoeden#:~:text=Doordat%20de%20wereld%20van%20je,te%20luisteren%20naar%20je%20kind.>

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.)*. Sage Publications, Inc.

Pleegzorg Nederland. (2022). *Factsheet Pleegzorg 2021*.
<https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2022/06/Factsheet-Pleegzorg-2021-DEF.pdf>

Schout, G. (2010). *Het analyseren van multiproblematiek: Risicofactoren gewogen. Werken met multiprobleemhuishoudens*. Thieme Meulenhoff.

Mogelijke verandering in ernst gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Slotboom, A., Wong, T.M.L., Swier, C. & Broek, T.C. van der (2011). *Delinquente meisjes. Achtergronden, risicofactoren en interventies*. WODC. Amsterdam/Meppel: Boom Juridische Uitgevers

Van Aggelen, M., (2022) *Rapportage Onderbouwd werken met vragenlijsten 2021 – IOG*

Van Aggelen, M., (2022) *Rapportage Onderbouwd werken met vragenlijsten 2021 – Yorneo*

Van Assen, A. A., Knot-Dickscheit, J. J., Post, W. W., & Grietens, H. H. (2020). Home visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 114, 104994.

Van der Steege, M., Ligtermoet, I., Lekkerkerker, L. & Van der Vliet, E. (2013). *Methodiekhandleiding IAG*. Utrecht: NJI.

Van Rooijen, K. (2020). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Van Rooijen, K. (2019). *Methodiekhandleiding IAG*. Landelijk platform IAG 'Elk jaar bewezen beter.'

Van Yperen, T., Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Van Yperen, T., Veerman, J.W. & Bijl, B. (2017). Zicht op effectiviteit. *Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector* (blz. 461-478). Rotterdam: Lemniscaat

Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M., en Delicat, J.W. (2005), 'Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp. Een meta-analyse', in: *Pedagogiek*, jaargang 25, nummer 3, pagina 176-196.

Veerman J.W. & Meyer R., de (2019). *Meer zicht op effectiviteit IAG*. Praktikon.
Geraadpleegd van <https://www.ambiq.nl/media/afbeeldingen/rapport-iag-def.pdf>

Veerman, J. W., Meyer, R. E. de, & Roosma, A. H. (2007). Effectonderzoek aan huis: Opzet en uitkomsten van het onderzoek van de Hulp aan Huisprogramma's in Noord- en Oost-Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 155-168.

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken* (6^{de} editie). Boom Lemma

Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L. & Veerman, J. W. (2015). *Handleiding OBVL*. Nijmegen: Praktikon.

Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt. Theorie en toepassing voor de praktijk*. Amsterdam: Boom Nelissen.

Wijsbroek, S. A., Kesselring, D., Graas, M., Weijers, I., Vink, C., Broekhoven, L., Simons, I., Van Santvoort, F., & Smit, M. M. (2019). Jeugdzorg onder druk. *Justitiële Verkenningen*, 6. <https://repository.wodc.nl/handle/20.500.12832/815>

Bijlage A

Informatiebrief ambulante hulpverleners

Onderwerp: Onderzoek naar de verandering in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

Maart, 2023

Geachte Ambulante Hulpverleners IAG, beste collega's,

Zoals jullie weten ben ik op dit moment, naast het stagelopen, bezig met het schrijven en afronden van mijn masterthesis over de mogelijke verandering in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting aan het begin van het IAG-traject bij Yorneo aan de hand van data uit BergOp van 2012 tot en met 2021. In deze data zijn de CBCL en OBVL gegevens bij de start meegenomen van cliënten die IAG hebben gevolgd.

In de startfase van het IAG-traject worden gestandaardiseerde vragenlijsten ingevuld die het gedrag van het kind (Child Behavior Checklist; Achenback, 1991) en de opvoedingsbelasting (Opvoedingsbelasting Vragenlijst; Vermulst et al., 2015) van de opvoeders in kaart brengen. Met de resultaten van de vragenlijsten wordt de behandelinhoud vormgegeven en wordt op programmaniveau gekeken of de behandeling werkt. Naast het inzetten van de vragenlijsten op niveau van de cliënt, kunnen de resultaten ook op grotere schaal worden gebruikt. Zo hebben Veerman & De Meyer (2019) hebben, aansluitend op de periode 2000-2008, in hun onderzoek de effectiviteit van IAG in de periode 2009-2019 in kaart gebracht. Hier valt op dat de scores voor het probleemgedrag zowel bij start als bij afsluiting in de periode 2015-2019 significant lager zijn dan in de periode daarvoor (2009-2014). Uit diezelfde analyse wordt geconcludeerd dat de opvoedingsbelasting in de periode 2000-2008 significant ernstiger waren dan in de periode 2009-2019 (Veerman & Meyer, 2009). Landelijk is dus te zien dat er sprake is van een dalende trend in de ernst van de gedragsproblemen en opvoedingsbelasting bij start van IAG, maar de vraag is of deze daling ook uit de cijfers van Yorneo blijkt.

Een onderdeel van het onderzoek is een interview met jullie als IAG-hulpverleners. In dit interview zal ik de resultaten van het kwantitatieve onderzoek met jullie delen en wil ik graag jullie ideeën, verklaringen en mogelijke herkenningspunten meenemen in mijn onderzoek, maar hier heb ik schriftelijk jullie toestemming voor nodig. Het interview wordt opgenomen, zodat het interview beter en makkelijker te analyseren is. Deze opname zal na het analyseren worden verwijderd. Jullie zijn geheel vrij in het besluit om mee te doen aan het

Mogelijke verandering in ernst gedragsproblemen en opvoedingsbelasting

interview. Daarnaast hebben jullie altijd het recht om deelname aan het interview te stoppen zonder daarvoor een reden te geven. Jullie inbreng zal anoniem verwerkt worden, wat wil zeggen dat uitspraken of meningen niet naar een individu te herleiden is.

Door middel van deze brief wil ik jullie vragen om toestemming voor deelname aan het interview. Als er nog vragen zijn, kunnen jullie altijd contact opnemen via onderstaande gegevens.

Met vriendelijke groet,

Mede namens dr. Loraine Visscher

Carolien Kroeze

Student master Orthopedagogiek

Rijksuniversiteit Groningen

c.j.kroeze@student.rug.nl

Toestemmingsformulier voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek naar de mogelijke verandering in ernst van gedragsproblemen en opvoedingsbelasting.

- Ik heb de informatiebrief gelezen.
- Ik weet dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig is en dat ik op elk moment mijn toestemming mag intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven.
- Ik weet dat er een opname gemaakt zal worden die gebruikt zal worden voor de analyse van het interview en dat mijn antwoorden gebruikt zullen worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Naam hulpverlener:

Handtekening:

Datum:

Bijlage B

Codeboek

Thema's	Codes	Omschrijving
Verklaringen	Decentralisatie	Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg. De decentralisatie kan een oorzaak zijn voor veranderingen in cijfers.
	PIONN	Invloed van het onderzoeksbureau van Yorneo dat werkte met de uitkomsten van vragenlijsten.
	Populatie	Verklaringen op basis van veranderingen in de populatie.
	RGM	Het al dan niet focussen op resultaatgericht managen.
	Taken	Verandering in taken van verschillende betrokken organisaties.
	Verandering	Verandering in werkwijze Yorneo.
	Corona	De invloed van COVID-19 op de cijfers van Yorneo.
	Verwijzer	De verschillende verwijzers en hun positie.
	Werknemers	Informatie over de werknemers bij verschillende organisaties.
	Jonge kind	Specifieke verklaringen vanuit het jonge kind team.
Opvallendheden	Domeinen	Opvallende cijfers in de SDI gegevens en verschillende domeinen van de CBCL en OBVL.
Herkenning	Herkenbaar	Manier waarop de hulpverleners de cijfers al dan niet herkennen.